



BUNDESMINISTERIUM  
FÜR GESUNDHEIT

Alois Stöger diplômé  
Bundesminister

XXIV. GP.-NR

5029 IAB

21. Juni 2010

zu 5115 IJ

Frau  
Präsidentin des Nationalrates  
Mag<sup>a</sup>. Barbara Prammer  
Parlament  
1017 Wien

Wien, am 17. Juni 2010

GZ: BMG-11001/0111-I/5/2010

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 5115/J der Abgeordneten Tadler, Dr. Belakowitsch-Jenewein, Jury, Linder und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

**Frage 1:**

Der genannte Fall ist mir bekannt. Die Patientin war in ständiger Behandlung in den Landeskliniken Salzburg, die Kosten für die dortige Behandlung wurden übernommen. Die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen wurden satzungsgemäß (Zuschüsse) von der SGKK übernommen. Ende Dezember 2008/Anfang Jänner 2009 wandte sich die Mutter der Betroffenen an den Ombudsmann der SGKK, im Juni 2009 an die Salzburger Patientenvertretung, die dieses Ansuchen an die SGKK weiterleitete. Es ging um mehrere Leistungen (Leistungen in Zusammenhang mit der stationären Behandlung z.B. Simulation des Kiefers, Fahrtkosten, Kosten für Kronen und Implantate).

Die SGKK teilt mit, dass die Mutter der Betroffenen die Behandlung nun doch nicht, wie zuletzt bei der Sendung „Bürgeranwalt“ geplant, bei einem niedergelassenen Zahnarzt durchführen lassen will. Es ist nun die Durchführung der Behandlung in der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Wien beabsichtigt. Eine medizinische Begutachtung wurde durchgeführt, ein Kostenvoranschlag wird in Kürze der SGKK übermittelt werden. Die Kasse teilt mit, dass sie diesen Fall wie für eine Versicherte der WGKK abrechnen wird (die SGKK ist dem Vertrag nicht beigetreten), der Rest könnte zumindest teilweise aus dem Unterstützungsfonds übernommen werden.

**Frage 2:**

Ja. Grundsätzlich handelt es sich beim Krankheitsbild „Aplasie“ um eine Nichtausbildung von Organen, die mitunter auch genetisch bedingt sein mag. Eine „dentale Aplasie“ ist die Nichtanlage von permanenten Zähnen.

Als weitere Untergliederung ist die Hypodontie, Oligodontie und Anodontie anzusehen. Unter Hypodontie versteht man das Fehlen eines oder mehrerer Zähne. Die Oligodontie ist durch das Fehlen vieler Zähne geprägt. Die Anodontie beschreibt das Fehlen aller Zähne.

Die häufigste Form einer Hypodontie ist die Aplasie der dritten Molaren (eines oder mehrerer Weisheitszähne bei ca. 20 % der Bevölkerung), gefolgt von den oberen seitlichen Schneidezähnen (12 und 22), den unteren zweiten Prämolaren (Vormahlzähne 35 und 45) und den unteren mittleren Schneidezähnen (31 und 41).

**Frage 3:**

Abhängig von der untersuchten Population wird die Häufigkeit von Hypodontien im bleibenden Gebiss mit 2,3 % bis zu 11,3% angegeben. In Österreich wurden von Volk (1963) 9533 Schulkinder im Alter von 9 – 15 Jahren auf das Vorkommen von fehlenden Zahnanlagen untersucht. Dabei wurden bei 911 Kindern Agenesien festgestellt. Das ergab eine Prävalenz von 9,6 %.

Im bleibenden Gebiss gibt es signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen sind häufiger (Verhältnis 3:2) betroffen als Männer.

Gemäß Diagnosen- und Leistungsverzeichnis der österreichischen Krankenanstalten wurden in den Jahren 2006 bis 2008 insgesamt 51 PatientInnen stationär wegen Anodontie/Hypodontie/Oligodontie in Haupt- oder Nebendiagnose behandelt

Bundesland	Altersgruppe	2006	2007	2008	2006 bis 2008 insg.
Kärnten	5 bis 9 Jahre	1			1
	10 bis 14 Jahre		1		1
	20 bis 24 Jahre		1	1	2
	25 bis 29 Jahre			1	1
	Summe	1	2	2	5
Niederösterreich	10 bis 14 Jahre			1	1
	45 bis 49 Jahre		1		1
	Summe		1	1	2
Oberösterreich	10 bis 14 Jahre	1	1	1	3
	15 bis 19 Jahre	1			1
	20 bis 24 Jahre			1	1
	25 bis 29 Jahre			1	1
	55 bis 59 Jahre		1		1
	80 bis 84 Jahre			1	1
	Summe	2	2	4	8

Steiermark	bis 4 Jahre	1			1
	10 bis 14 Jahre	1			1
	15 bis 19 Jahre		1		1
	20 bis 24 Jahre	1	1		2
	70 bis 74 Jahre			5	5
	Summe	3	2	5	10
Tirol	10 bis 14 Jahre	1			1
	35 bis 39 Jahre			1	1
	Summe	1		1	2
Wien	15 bis 19 Jahre	2			2
	25 bis 29 Jahre			1	1
	35 bis 39 Jahre		1	1	2
	50 bis 54 Jahre			1	1
	55 bis 59 Jahre			2	2
	65 bis 69 Jahre		1	2	3
	70 bis 74 Jahre			3	3
	75 bis 79 Jahre			4	4
	80 bis 84 Jahre	1		1	2
	85 bis 89 Jahre			4	4
	Summe	3	2	19	24
<b>Gesamtsumme</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>32</b>	<b>51</b>	

Quellen: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

#### Fragen 4 bis 7:

Die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) hat mit der Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik Wien und einem weiteren Vertragszahninstitut einen Vertrag abgeschlossen, dessen Leistungsgegenstand auch die Möglichkeit bietet, bei Patienten mit dentaler Aplasie Leistungen auf Kassenkosten zu erbringen, die über den Leistungsumfang bei den niedergelassenen Vertragszahnärzten hinausgehen. Im konkreten Behandlungsfall wird im Einvernehmen zwischen dem Leiter der Zahnklinik und dem zahnärztlichen Chefarzt festgelegt, ob die Voraussetzungen für die Einstufung des Patienten als sogenannter „Sonderleistungspatient“ gegeben sind. Dies trifft in den in § 30 Abs. 3 der Satzung der WGKK genannten Indikationen, oder bei Indikationen die als vergleichbar eingestuft werden, zu.

Diesen Indikationen ist gemeinsam, dass ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist und deshalb unter anderem der festsitzende Zahnersatz als Ausnahmeregelung Kassenleistung ist. Unter diesen vergleichbaren Indikationen können auch Behandlungsfälle mit dentaler Aplasie fallen.

Zur Entscheidung welche Vertragsleistungen zu welchen Kosten verrechnet werden können, bedarf es der einvernehmlichen Einstufung als Sonderleistungspatient und der chefarztlichen Bewilligung der konkreten Leistungen sofern eine Bewilligungspflicht in der Satzung der WGKK für diese Leistung, wie z.B. beim Zahnersatz vorgesehen, ist.

Wenn die oben genannten Voraussetzungen vorliegen, können diese Behandlungsfälle folgende Leistungen umfassen:

Computertomographie  
Großes Diagnosepaket  
Kleines Diagnosepaket  
Kronen, Brückenglieder  
Implantate  
Kieferorthopädie festsitzend  
Augmentation mit autologem Transplantat

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 114 Behandlungsfälle mit Diagnose Aplasie als Sonderleistungsfälle bewilligt. Die Gesamtkosten der Wiener Gebietskrankenkasse für die abgerechneten Sonderleistungen (Anlage 4 des Kassenvertrages) betragen € 63.267,75. Pro Behandlungsfall wurden somit durchschnittlich € 554,98 für Anlage 4-Leistungen mit der Kasse verrechnet.

Im Jahr 2009 waren es 119 Fälle mit der Diagnose Aplasie, die als Sonderleistungsfälle eingestuft wurden. Die Gesamtkosten betragen € 69.660,25 und die durchschnittlichen Kosten pro Behandlungsfall für Anlage 4-Leistungen € 585,38.

Der Vertrag mit der Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik wurde vom Hauptverband abgeschlossen. Dem Vertrag sind neben der WGKK auch eine Reihe anderer Krankenversicherungsträger beigetreten. Die obigen Ausführungen zum vertraglichen Leistungsgegenstand für Sonderleistungspatienten und die Einstufung von Aplasie-Patienten als Sonderleistungspatienten gelten auch für diese Krankenversicherungsträger entsprechend.

**Frage 8:**

Die medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes ist zwar österreichweit gleich, im Zahnbereich bestehen aber unterschiedliche Rechtsgrundlagen (auch Satzungsregelungen und Verträge) im Vergleich zur allgemeinen Krankenbehandlung: Die Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) hat uns mitgeteilt, dass von (der Mutter) der Betroffenen und auch in der gegenständlichen Anfrage anscheinend zumindest teilweise davon ausgegangen wird, dass diese Erkrankung so zu behandeln wäre, wie jede andere (nichtzahnmedizinische) Krankheit. Für Zahnbehandlung und Zahnersatz bestehen jedoch in den Sozialversicherungsgesetzen eigene, von den Bestimmungen betreffend die Krankenbehandlung abweichende, Regelungen.

Die für die Versicherten zu erbringenden Leistungen unterscheiden sich daher von den Leistungen einer Krankenbehandlung.

Es kann sich auch nicht um eine Erkrankung im Sinne des ASVG, sondern um ein Gebrechen handeln, auf das die Bestimmungen des § 154 ASVG anzuwenden sind. Darüber hinaus können die Versicherten Ansuchen um Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds stellen. Derartige Ansuchen werden bewilligt, wenn die

festgelegte Einkommensgrenze nicht überschritten wird. Da es sich hierbei um eine freiwillige Zuschussleistung handelt, kann über deren Höhe keine verbindliche Angabe gemacht werden.

Ob die Kosten für mögliche Behandlungen übernommen werden (z. B. eine Bissanhebung und nachfolgende Versorgung mit Kronen und Brücken), hängt davon ab, ob das Fehlen des oder der Zähne die Kaufunktionen einschränkt.

Bei Fehlen der Weisheitszähne, die häufigste Form der dentalen Aplasie, erfolgt in der Regel keine Kostenübernahme durch die Versicherungsträger.

Bei Fehlen anderer Zähne (z. B. Das fehlen des zweite Zahns im Quadranten, das ist die zweithäufigste bekannte Aplasie) und/oder zusätzlichem Vorliegen einer Mikroodontie, wird im Einzelfall durch den chefärztlichen Dienst beurteilt, ob eine Kostenübernahme möglich ist. Gegebenenfalls, werden die Kosten erforderlicher Kronen, Brücken und anderer abnehmbarer Zahnersatzelemente im Rahmen spezieller vertraglicher Vereinbarungen übernommen.

Bei Fehlen vertraglicher Direktverrechnungsverträge (wie z. B. bei niedergelassenen Zahnärzten) müssen die Versicherten allerdings in Vorleistung treten. Eine vertragliche Regelung mit Direktverrechnung für festsitzenden Zahnersatz gibt es mit der Universitätszahnklinik Wien und der Universitätszahnklinik Graz.

Bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) wird bei Vorliegen von dentaler Aplasie im Ausmaß von mindestens vier Zähnen, im Zuge einer Beurteilung durch den medizinischen Leiter der Zahnambulatorien (Chefzahnarzt), grundsätzlich ein medizinischer Sonderfall konstatiert. In diesen Fällen kommt es zur Übernahme jeglicher Behandlungen, wobei meistens eine Versorgung durch einen festsitzenden Zahnersatz in Form von Brücken oder Implantaten erfolgt.

Bei der Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK) ist bisher kein derartiger Fall aufgetreten. Im Anlassfall wäre analog der WGKK vorzugehen.

Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK) beurteilt die dentale Aplasie als medizinischen Sonderfall „angeborene Nichtanlage“ im Sinne einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und gewährt einen satzungsmäßigen Kostenzuschuss.

Auch die Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK) wertet dentale Aplasie als einen medizinischen Sonderfall (Einzelfallbeurteilung) und es wird gemäß den rechtlichen Bestimmungen ein Kostenzuschuss gewährt.

Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK) teilt mit, dass die prothetische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen nur mit abnehmbarem Zahnersatz (Prothesen) erfolgen kann. Für Erwachsene ist eine Versorgung mittels Implantaten in Kombination mit festsitzendem oder auch abnehmbarem Zahnersatz möglich.

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) hat Verträge mit der Wiener Universitätszahnklinik und dem Zahnambulatorium Wienerberg City abgeschlossen. Bei Auftreten von Aplasie übernimmt die VAEB auch die Kosten einer notwendigen Behandlung für die Betroffenen. Patienten werden nach Rücksprache mit der Klinikleitung und der Chefzahnärztin der VAEB als Sonderleistungs-Patienten eingestuft. Übernommen werden Leistungen wie beispielsweise Diagnosepakete, Marylandbrücken, Kronen und Implantate. Sie leistet neben der beschriebenen

Direktverrechnung auch die in besonderen medizinischen Fällen satzungsgemäß vorgesehenen Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) leistet satzungsgemäß Zuschüsse für Implantat und Krone.

Bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) wird aufgrund der unterschiedlichen Erscheinungsformen über die Kostentragung nur nach individueller Prüfung entschieden. Die Nichtanlage eines Weisheitszahnes löst keine leistungsrechtliche Bewilligung bzw. Kostentragung durch die Krankenversicherung aus.

Bei der Betriebskrankenkasse Austria Tabak ist in den letzten fünf Jahren ein derartiger Fall aufgetreten. Dabei wurde ein Großteil der Kosten durch den Unterstützungsfonds getragen.

#### **Frage 9:**

Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn definiert sich gemäß § 120 Z 1 ASVG als ein „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“.

Letztendlich erfolgt die Entscheidung durch den OGH über dessen Rechtsprechung (besonders in Abgrenzungsfragen). Davon zu trennen ist aber die Frage der Kostenübernahme (siehe Ausführungen zu Frage 8).

#### **Frage 10:**

Dass eine Krankheit eine „anerkannte Krankheit“ werden sollte bzw. müsste, ist nicht nachvollziehbar. Wahrscheinlich handelt es sich hier um ein Missverständnis zwischen Bewertung einer Situation als Krankheit und den Fragen der Finanzierung bzw. Kostenübernahme durch die Sozialversicherung.

Im Folgenden einige Literaturstellen zur Epidemiologie von atypischer Bezahnung:

*Acta Odontologica Scandinavica*

1984, Vol. 42, No. 3, Pages 137-139

*Hypodontia, hyperodontia, and double formation of primary teeth in Iceland An epidemiological study*

Thórdur Eydal Magnússon †

Department of Orthodontics, Faculty of Odontology, University of Iceland, Reykjavik, Iceland

†Correspondence: Thórdur Eydal Magnússon, Department of Orthodontics, Faculty of Odontology, University of Iceland, Reykjavik, Iceland

*The aim of this study was to determine the prevalence of hypodontia, hyperodontia, and double formation of primary teeth in Icelandic children in the dental stage DS 02 (primary dentition complete). The study group comprised 927 children (498 boys and 429 girls). This was about 9% of all children aged 0-83 months in Reykjavik at the time of the registration of these anomalies, during the winter of 1978-1979. The children included those presenting for regular examinations in two health centers, children from three kindergartens, and seven pre-school classes from two schools in Reykjavik. Of these children 61.9% were selected for this study as they proved to be in dental stage DS 02 (primary teeth fully erupted). The prevalences were hypodontia, 0.5%; hyperodontia, 0.5%; and double formation, 0.7%. Comparison was made with earlier results from Iceland and with results from several other nations.*

*J Clin Pediatr Dent. 2010 Winter;34(2):169-72.*

*Defining subphenotypes for tooth agenesis: does side matter?*

*Costa Mde C, K uchler EC, Filho PF, Modesto A, Vieira AR.*

*Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, School of Dentistry, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil.*

**Abstract**

**OBJECTIVES:** The etiology of tooth agenesis is still poorly understood. The identification of sub-populations with specific types of hypodontia (subphenotypes) would allow testing the specific hypothesis that certain genetic factors contribute to the specific subphenotype. The aim of this work was assessing a large cohort to verify if preferential tooth agenesis subphenotypes could be identified. **METHOD:** Panoramic radiographs of 1052 cases were examined and 1034 were used in this study. The presence of tooth agenesis was assessed in the study population. **RESULTS:** The frequency of tooth agenesis in the studied population was 3.77%. While bilateral cases did not differ in the frequency of agenesis by arch ( $p = 0.8$ ), unilateral cases presented more commonly agenesis on the mandibular arch ( $p = 0.03$ ). This result was clearly driven by the frequency of second premolar agenesis, which was the most common absent tooth in the studied population. Unilateral lower second premolar agenesis was found more often than bilateral agenesis ( $p = 0.047$ ). **CONCLUSIONS:** Our findings that unilateral lower second premolar agenesis is more common than bilateral agenesis, with a trend for unilateral agenesis being more common on the right side may suggest specific genetic factors may be differentially expressed depending on the side.

PMID: 20297711 [PubMed - indexed for MEDLINE]

*Refuat Hapeh Vehashinayim. 2005 Apr;22(2):49-53, 87.*

*[Prevalence of congenitally missing teeth in Israeli recruits]*

*[Article in Hebrew]*

*Goren S, Tsoizner R, Dinbar A, Levin L, Brezniak N.*

*Dept. of Orthodontics, the Medical Corps, Israeli Defense Forces.*

**Abstract**

**AIM:** To evaluate the prevalence of congenitally missing teeth in a population of 18-year old Israeli army recruits. **PATIENTS AND METHODS:** The study population consisted of 226 out of 280 random 18-year-old Israeli army male recruits. The panoramic radiographs of those who fitted the criteria were examined by two dentists. The absence of permanent teeth in those radiographs was recorded. **RESULTS:** The prevalence of tooth agenesis (including the third molars) was 43.8%. The prevalence of tooth agenesis excluding the third molars was 5.3%. There were 11 subjects (4.2%) with a missing lower 2nd pre-molar, 3 subjects (1.1%) presented congenitally missing maxillary lateral incisors. As for the third molars, 101 subjects (5.83%) presented hypodontia of at least one third molar. Hypodontia of lower third molar was more common than hypodontia of upper third (22.1% and 16.4% respectively). 20 subjects (7.6%) presented bilateral mandibular missing third molars, 13 (4.9%) presented bilateral maxillary missing third molars and nine (3.4%) presented combined bilateral maxillary and mandibular missing third molars. **CONCLUSION:** The prevalence of tooth agenesis in Israeli army recruits was found within the wide range of reported similar data in the literature with some unique characteristics to this population.

PMID: 16121958 [PubMed - indexed for MEDLINE]

*Community Dent Health. 2002 Dec;19(4):258-61.*

*Reported prevalence of congenitally missing teeth in two Norwegian counties.*

*Nordgarden H, Jensen JL, Storhaug K.*

*Department of Oral Surgery and Oral Medicine, Faculty of Dentistry, University of Oslo, Oslo, Norway.*

*hildeno@odont.uio.no*

**Abstract**

**OBJECTIVE:** The prevalence of hypodontia (congenital absence of one or more teeth) has been reported to vary between 2.2 and 10.1%, but few studies on the prevalence of oligodontia (congenital absence of six or more permanent teeth, third molars excluded) have been performed. The aims of the present study were to examine

the reported prevalence of hypodontia and oligodontia among 18-year-old individuals in two Norwegian counties. A further aim was to examine the distribution of missing teeth in this sample. **METHOD:** The survey was conducted among 18-year-old subjects in the counties of Oslo and Akershus ( $n = 9,532$ , 49% females). Public dentists were asked to count registered congenitally missing and extracted teeth. **RESULTS:** The reported prevalence of hypodontia was found to be 4.5%, and was significantly higher among females (5.1%) than males (4.0%). The teeth most often missing were the mandibular second premolars (47% of all missing teeth) followed by the maxillary second premolars and lateral incisors (both 20% of all missing teeth). The reported prevalence of oligodontia was found to be 0.084%. **CONCLUSION:** Hypodontia was seen in 450 of 1000 and oligodontia 8.4 of 10.000 persons in this sample.

PMID: 12489841 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Minerva Stomatol. 1998 Dec;47(12):655-63.

A clinical and statistical study of etiologic aspects related to associated tooth anomalies in number, size, and position.

Baccetti T.

Istituto di Odonto-Gnato-Stomatologia, Università degli Studi, Firenze.

#### Abstract

**BACKGROUND:** The study was aimed to reveal patterns of association among five types of dental anomalies (aplasia of second premolars, small size of maxillary lateral incisors, infraocclusion of primary molars, ectopic eruption of first molars, and palatal displacement of maxillary canines) in an untreated orthodontic population, aged 7-14 years. **METHODS:** The prevalence of associated tooth anomalies in five groups of 100 subjects each and characterized by the constant presence of one primarily diagnosed dental anomaly was compared to the prevalence for the examined dental anomalies in a control group of 1,000 subjects, deriving from a common initial sample of 4,850 subjects. **RESULTS:** Significant reciprocal associations ( $p < 0.008$ ) were found among four dental anomalies (aplasia of second premolars, small size of maxillary lateral incisors, infraocclusion of primary molars, and palatal displacement of maxillary canines), suggesting a common genetic origin for these conditions. Ectopic eruption of first molars appeared to be a rather separate pathological entity with respect to all other examined tooth anomalies. **CONCLUSIONS:** The statistically demonstrated existence of associations among different tooth anomalies is clinically relevant, since the diagnosis of those anomalies that appear earlier may indicate potential risk for later developing tooth and eruption disturbances.

PMID: 10207301 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Supernumerary and Congenitally Missing Primary Teeth in Finnish Children

An Epidemiologic Study


Authors: Seppo Järvinen a; Liisa Lehtinen b

Affiliations: a Department of Dentistry, University of Kuopio,

b Department of Dentistry, Public Health Centre, Lahti, Finland

DOI: 10.3109/00016358109162264

Publication Frequency: 6 issues per year

Published in:  Acta Odontologica Scandinavica, Volume 39, Issue 2 1981, pages 83 - 86

Subject: Dentistry;

#### Abstract

The prevalence of supernumerary and congenitally missing primary teeth was studied in a sample of 1141 children aged 3-4 years. The prevalence of supernumerary teeth was 0.4%; all the supernumerary teeth being located in the maxillary incisor area. The prevalence of congenitally missing teeth was 0.9%; seven of the missing teeth being maxillary and four mandibular lateral incisors. The differences in the prevalence of the anomalies between the sexes were not statistically significant. Of the fifteen children with a numerical variation of primary teeth, four developed similar anomalies in the permanent dentition.

Keywords: Pedodontics; hyperdontia; hypodontia



**Fragen 11 bis 13:**

Entsprechend den obigen Ausführungen ist eine Anerkennung einer Krankheit als solche nicht erforderlich.

**Frage 14:**

Da es zahlreiche Ursachen für das angeborene Fehlen von Zähnen gibt, muss das individuelle Krebsrisiko im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Krankheit, Genmutation bzw. exogenen Ursache (Chemotherapie, Bestrahlung, Infektion) beurteilt werden.

Das Journal of the American Dental Association publizierte 2008 eine Studie (hypodontia as a risk marker for epithelial ovarian cancer: a case-controlled study), die eine höhere Prävalenz von Hypodontien bei Patientinnen mit Ovarialkarzinomen beschreibt.

**Fragen 15 bis 18:**

Vorweg ist festzuhalten, dass kieferorthopädische Tätigkeiten vom Berufsbild des/der Zahnarztes/Zahnärztin erfasst sind. Nach der derzeit geltenden Rechtslage sieht das zahnärztliche Berufs- und Ausbildungsrecht in Österreich zwar keine Regelungen betreffend die Ausbildung und Berufsausübung von Fachzahnärzten/-innen vor, doch normiert es hinsichtlich Spezialisierungen, dass Angehörige des zahnärztlichen Berufs zur Erweiterung, Vertiefung oder Spezialisierung der berufsspezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten Weiterbildungen absolvieren können.

Die Österreichische Zahnärztekammer kann Richtlinien über das Ausmaß und die Form zahnärztlicher Weiterbildungen erlassen, zahnärztliche Weiterbildungen durchführen und zahnärztliche Weiterbildungsdiplome verleihen und hat auf Antrag den Abschluss von im Inland oder Ausland absolvierten zahnärztlichen Weiterbildungen anzuerkennen, sofern diese nach Art, Inhalt und Umfang die Erweiterung, Vertiefung oder Spezialisierung der berufsspezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten gewährleisten.

Hinsichtlich der Spezialisierung im Bereich Kieferorthopädie ist festzuhalten, dass die Fortbildungsrichtlinien der Österreichischen Zahnärztekammer ein entsprechendes zahnärztliches Fortbildungsdiplom vorsehen, das bei Erbringung von 50 Fortbildungspunkten in diesem Bereich erworben werden kann.

Was die einschlägigen unionsrechtlichen Regelungen betrifft, so ist zunächst darauf hinzuweisen, dass nach der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der zahnärztliche Beruf zu den sieben sektorellen Berufen zählt, deren Berufsbild und Ausbildung harmonisiert sind, in den Mitgliedstaaten den in der Richtlinie festgelegten Mindestanforderungen zu entsprechen haben und damit der gegenseitigen automatischen Anerkennung unterliegen.

Was die Ausbildung zum Fachzahnarzt betrifft, so steht es den Mitgliedstaaten frei, ob und für welche Spezialisierungen sie diese einrichten. Für eine automatische Anerkennung sind allerdings bestimmte Mindestanforderungen, insbesondere die

Dauer von mindestens drei Jahren, festgelegt. Derzeit sind in 20 Mitgliedstaaten zahnärztliche Weiterbildungen in der Kieferorthopädie eingerichtet, die diesen Mindestanforderungen entsprechen und daher der automatischen Anerkennung unterliegen.

Die Frage der Einführung des/der Fachzahnarztes/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie in Österreich wurde bereits vor einigen Jahren diskutiert, damals wurde der Bedarf seitens der zahnärztlichen Standesvertretung eingehend geprüft und verneint. Im Rahmen der Erarbeitung des neuen Zahnärztegesetzes, das am 1. Jänner 2006 in Kraft getreten ist, wurde diese Frage seitens der zahnärztlichen Standesvertretung neuerlich einer Prüfung unterzogen, die ergab, dass für eine diesbezügliche weitere Entscheidung jedenfalls eine umfassendere Implementierung und Evaluierung des im Jahre 1998 eingeführten neuen Zahnmedizinstudiums erforderlich sein werde. Bis dato liegen meinem Ressort noch keine diesbezüglichen Ergebnisse vor.

**Frage 19:**

Ich darf auf die Beantwortung der Fragen 10 bis 14 verweisen.

