

Integrierte Versorgung

Im  
**Netz** der  
Kassen

**Presseforum  
der KZBV**

**Hyperkinetische  
Störungen**

## Akzente

Liebe Leserinnen und Leser,

etwaige gute Vorsätze der Silvesternacht noch im Kurzzeitgedächtnis, gehen viele von uns mit Blick nach vorn in den Alltag des neuen Jahres – mancher neugierig auf das, was da kommen mag. Übersteigter Optimismus, so vorhanden, wird in der Regel bald ernüchtert: Der Datumswechsel ist nun mal kein Sprung in eine andere Wirklichkeit.

So beschäftigt die seit Jahren als Großereignis angekündigte Währungsumstellung auf den Euro Deutschlands Bevölkerung seit Herausgabe der Starter-Kits jetzt eher während des sortierend-suchenden Griffs ins Portemonnaie oder dem überraschten Blick auf niedrig anmutende Preise in den Auslagen.

Die politische Dimension eines geeinten Europas oder mittel- bis langfristig mögliche Auswirkungen europäischer Politik auf unsere Euro-Geldbeutel haben hingegen derzeit in den Köpfen wenig Platz. Joachim Kirchmann, langjähriger zm-Autor in Finanzfragen, richtet Augen und Sinn auf die mögliche Zukunft der frisch geborenen Währungsunion. Vorsicht vor Euro-Euphorie kann nicht schaden. Denn das, was jetzt frisch aus der Presse kommt und glänzt, ist nun mal kein Gold.

Nüchtern betrachtet haben die zm auch die gesundheitspolitischen Versprechungen der rot-grünen Regierung für das Wahljahr 2002. Das, was Ulla Schmidt notgedrungen Ende letzten Jahres vollmundig als Weg in eine sichere Zukunft der gesetzlichen Kran-

Foto: CC



■ *Neues Geld, neues Glück? Entscheidend bleibt, was man daraus macht: Ob der Euro-Euphorie der Kater folgt, liegt – wie vieles andere auch – in den Händen der Politik.*

kenversicherung zu verkaufen suchte, ist kein Ausweg. Es sind eher die immer halberziger verfolgten alten Irrwege in den Zusammenbruch eines Gesundheitswesens, das – noch – durchaus alle Voraussetzungen für eine gesunde Zukunft hätte. Im Jahr der Wahl werden dagegen Dinge aktuell, die eher an die Zeit der Kostendämpfungs-gesetzgebung erinnern. Einen „Ehren-Berg“ haben sich die Gesundheitspolitiker damals wie heute damit nicht erschauelt.

Auch das Setzen der rot-grünen Heilsversprecher auf Integrationsverträge ist eher Verzweiflungstat als konzeptionell durchdachte Strategie. Unsere Titelgeschichte stellt dar, was Leistungsträger „im Netz der Kassen“ tatsächlich zu erwarten haben.

Dabei mangelt es nicht an vernünftigen Alternativen. Angst um die „Solidarität“ mit denen, die in Not sind, ist – entgegen allen Unkenrufen der Gesundheitsministerin – gerade bei einer Differenzierung in Vertrags- und Wahlleistungen nicht angebracht. Denn diese ist – kombiniert mit einer Kostenerstattung und befundorientier-

ten Festzuschüssen – letztlich gerechter als das derzeitige System. Das wissen nicht nur Deutschlands Zahnärzte, sondern auch immer mehr Fachwissenschaftler, oppositionelle Politiker und – last but not least – kritisch begleitende Journalisten.

Es gibt also Hoffnung auf neue Perspektiven. Die Weichen könnten die Verantwortlichen schon heute, mit kurzfristiger Wirkung stellen. Wo Experten das weltweite Gesundheitswesen langfristig sehen, steht auf einem anderen Blatt. Auch der Blick auf die „Megatrends und Szenarien“ spart nicht mit Spannung.

Anregende Lektüre wünscht Ihr



*Egbert Maibach-Nagel*

**Egbert Maibach-Nagel**  
zm-Chefredakteur



Foto: Mauritius

**zum Titel**

*Die Jagd ist eröffnet: Mit der integrierten Versorgung öffnen sich Tür und Tor für Vernetzung und Einkaufsmodelle. Wenn's nach dem Willen der Politik geht, dürfen die Krankenkassen bald Fangen spielen.*

Seite 24



Foto: Grohs

**Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA):**  
Die Ausbildungszahlen steigen.

Seite 18



Foto: Xenos-Verlag

**Zappelphilipp... Hyperaktive Kinder,**  
woher das kommt und wie man mit ihnen umgeht ...

Seite 32



Foto: EyeWire

**Science fiction oder Prognose? Wie das Gesundheitswesen im Jahr 2015 aussehen könnte, beschreiben die Megatrends der Zukunft.**

Seite 52



Foto: zm

**Um das Spannungsfeld zwischen präventionsorientierter Zahnheilkunde und Zahntechnik ging es auf der VDZI-Tagung in Kassel.**

Seite 22

**Akzente 1**

**Grußwort**

*Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, und Dr. Karl Horst Schirbort, Vorsitzender der KZBV, blicken kämpferisch in das bevorstehende Jahr der Wahl* **6**

**Nachrichten 8, 12**

**Gastkommentar**

*Walter Kannengießer, Sozialpolitik-Journalist, konstatiert eine Minus-Bilanz der rot-grünen Regierung* **10**

**Das aktuelle Thema**

*Ulla Schmidts Reformmodell streut Wählern Sand in die Augen* **11**

**Spree-Spitzen 14**

**Die andere Meinung**

*Karlheinz Kimmel: Der zahnärztliche Berufsstand im Wandel der Zeit* **15**

**Politik und Beruf**

*KZBV-Pressforum: Wettbewerb ist machbar* **16**

*Ausbildungszahlen ZFA: Der Trend steigt an* **18**

*Gesundheitswesen: Drei neue Gutachten* **20**

*BVA zum Risikostrukturausgleich: Mit Fehlern rechnen* **21**

*VDZI-Versammlung in Kassel: Wettbewerb als Chance* **22**

**Aus den Ländern**

*Berliner Forum: Hingehen, wo die Patienten sind* **23**

**Titelstory**

*Integrierte Versorgung: Im Netz der Kassen* **24**

**Zahnmedizin**

*Stellungnahme der DGZMK und DGZPW: Kronen und Brücken* **28**

*Stellungnahme der DGZ: Restauration* **30**

**Medizin**

*Präventivmedizin: Raucherentwöhnung* **31**

*Störfall in der Praxis: Der Zappelphilipp* **32**

*Repetitorium: Beinödeme* **35**

**Tagungen**

*Jahrestagung Arbeitskreis Psychologie: Angst* **38**

*Nebenwirkungsformular* **40**

*Veranstaltungen* **41**

*Bekanntmachungen* **49**

**Prophylaxe**

*Großer Erfolg: Monat der Mundgesundheit* **50**

**Praxismanagement**

*Gesundheitsmarkt: Szenarien zum Markt der Zukunft* **52**

**Finanzen**

*Die Zukunft des Euro: Langzeiteffekt* **56**

*Industrie und Handel* **60**

*Letzte Nachrichten* **85**

*Zu guter Letzt* **88**



## Im Jahr der Wahl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

so turbulent, wie es begann – im Januar 2001 wurde Ex-Ministerin Andrea Fischer durch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt abgelöst – hörte das erste Jahr des neuen Jahrtausends auch wieder auf: Die Unruhe in der Gesundheitspolitik beherrschte das politische Tagesgeschehen. Nach langem Zögern ließ sich das Gesundheitsministerium, auch auf Drängen der eigenen Reihen, auf erste Vorschläge für eine Gesundheitsreform ein. Grundlegendes

Zeit nach der Bundestagswahl 2002. Bis dahin hat der Wähler die Chance, in diesem immer existenzieller werdenden Ringen um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens die Spreu vom Weizen zu trennen. Die Patienten, die Menschen dieser Gesellschaft sind es, die letztlich durch ihr Wahlvotum im vor uns liegenden Jahr die Entscheidung über Wohl oder Wehe des Gesundheitswesens, über die Qualität der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung und damit auch über unser aller berufliches Dasein treffen.

diesen Möglichkeiten einer allseits vorteilhaften Neuorientierung setzt.

Wir werden die Zeit bis zum Bundestagswahlkampf dafür nutzen, sachlich, aber mit Nachdruck unsere Überzeugungsarbeit zu leisten. Wir müssen weitere Vernünftige dazu gewinnen, über die Neuausrichtung des Gesundheitswesens nachzudenken, sich mit unseren Ideen konstruktiv auseinander zu setzen.

Wir werden als Heilberufler aber auch darum kämpfen, dass nicht weiter an den Grundfesten unserer Freiberuflichkeit ge-



**Dr. Dr. Jürgen Weitkamp,**  
Präsident der Bundeszahnärztekammer



**Dr. Karl Horst Schirbort**  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

war dabei nicht zu finden, Schädliches um so mehr. Unterm Strich: Es bleibt beim „Herumdoktern“ am maroden System. Der Mut für wirkliche Neuerungen fehlt weiterhin.

Alternative Konzepte, wie Sie die deutsche Zahnärzteschaft immer wieder in die Diskussion einbringt, werden schlichtweg ignoriert, allerdings, wie immer mehr erkennbar wird, nur noch seitens der amtierenden Bundesregierung.

Was laut Ulla Schmidt an Neuerungen folgen soll, ist schwammig – in der Aussage wie in der Systematik. Und es bleibt beim immer wieder propagierten Aufschub grundlegender Reaktionen: Avisierter Zeitpunkt für die nächste Scheinreform ist, so bestätigte sich auch Ende des zurückliegenden Jahres, die

Vieles von dem, was in diesem Jahr zu tun ist, ist deshalb Überzeugungsarbeit – unter den Politikern in der Bundeshauptstadt, in Stadt und Land, aber auch gerade im Gespräch mit unseren Patienten.

Die zahnärztlichen Organisationen stehen kurz vor dem Abschluss ihrer Großprojekte einer Neubeschreibung der Zahnheilkunde und einer arbeitswissenschaftlichen Studie. Die sachliche Arbeit ist getan. Jetzt wird es darum gehen, allen an der Entscheidung beteiligten die Chancen zu verklären, die in diesen neuen Grundlagen für eine qualitative, fortschrittsfähige und präventionsorientierte Zahnheilkunde liegen.

Wir müssen aber auch die Schranken aufzeigen, die das bisherige Gesundheitssystem

rüttelt wird. Ein freier Beruf und eine freie Arztwahl sind die Voraussetzungen für eine zukunftsweisende und solidarische medizinische und zahnmedizinische Versorgung. Wir wissen uns in unserem Handeln auf der richtigen Seite, auf der unserer Patienten.

Im Namen der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wünschen wir Ihnen für das neue Jahr Ausdauer, Gesundheit und den nötigen Erfolg zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben – in ihrer Praxis wie auch im gesellschaftlichen Umfeld.



Arzneimittelsparpaket**Änderungen und Verspätung**

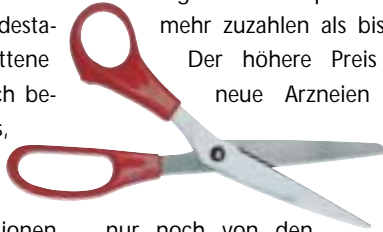
Das von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt geplante Arznei-Sparpaket ist kurz vor der Verabschiedung im Bundestag noch geändert worden. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages präzisierte die umstrittene Aut-idem-Regelung. Auch beschloss der Ausschuss, dass die Krankenhäuser 2003 eine Finanzspritze

von zusätzlich 100 Millionen Euro erhalten sollen, um die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter zu verbessern. Nach der geplanten Aut-idem-Regelung sollen die Ärzte künftig in der Regel dem Apotheker überlassen, aus einer Wirkstoffgruppe eines der fünf günstigsten Mittel herauszusuchen. Allerdings soll der Apotheker nur Mittel auswählen dürfen, die in Wirkungsstärke und Packungsgröße mit dem verordneten Medikament identisch sind und für das gleiche Krankheitsbild zugelassen sind. Auch die Darreichungsform muss austauschbar sein.

Die Bundesländer haben den Zeitplan für das von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt geplante Arznei-Sparpaket allerdings gekippt. Im ständigen Beirat beim Bundesrat lehnten alle 16 Länderbevollmächtigten die Bitte der Bundesregierung ab, die Frist für das Gesetz zu verkürzen und dieses schon am 20. Dezember in der Länderkammer zu beraten. Damit kann das Gesetz voraussichtlich erst im März und nicht wie geplant schon am 1. Januar in Kraft treten. om/dpa

Gesundheitsreform 2003**Tiefe Einschnitte**

Bei der für 2003 geplanten großen Gesundheitsreform plant Gesundheitsministerin Ulla Schmidt auch tiefe Einschnitte in den Arzneimittelmarkt. Kranke sollen für große Arzneipackungen mehr bezahlen als bisher.



Der höhere Preis für neue Arzneien soll nur noch von den Kassen bezahlt werden, wenn das Mittel einen wirklichen Fortschritt bringt. Dazu will Schmidt eine neue „vierte Hürde“ für die Zulassung einrichten. Auch will sie prüfen, die Preisbindung für Arzneien in Apotheken aufzuheben und den Versandhandel von Medikamenten zu erlauben. Dies kündigte Schmidt bei der Vorlage einer Studie zu Sparreserven bei Arzneien an. In dem Gutachten fordern die Experten zudem, die Mehrwertsteuer auf Arzneien zu senken. Schmidt will die Zuzahlungen so ändern, dass Kranke für die größte Packungsgröße künftig „mindestens das Doppelte“ bezahlen müssen als für die kleinste. om/dpa

Secours Dentaire International**Zahnarzt für Kamerun gesucht**

Secours Dentaire International (SDI) ist eine schweizerische Stiftung mit dem Ziel der Zusammenarbeit in Ländern der dritten Welt auf dem Gebiet der Zahnmedizin. Schwerpunkte der Kooperation sind die Ausbildung der lokalen Mitarbeiter, Prophylaxeprogramme in den Schulen in der Umgebung der Kliniken

und langfristig das Erreichen einer finanziellen Autonomie. Für einen dreimonatigen Aufenthalt in Kamerun für Frühjahr 2002 sucht SDI einen Zahnarzt/ Zahnärztin mit mehrjähriger Berufserfahrung, guten Englischkenntnissen und technischem Geschick. Der Aufgabenbereich umfasst die theoretische und praktische Ausbildung von Dentaltherapeuten und Prophylaxehelferinnen. Flug und eine Aufwandsentschädigung werden übernommen. Bei Interesse bitte melden bei:

Dr. Stefan Ragotzki, Richard-Wagner-Straße 13, 53115 Bonn, Tel.: 0228/ 422 10 43. pr/pm

Vilmar. Auf der Konferenz – von der AQS ausgerichtet – wurden Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in den verschiedenen Versorgungsbereichen entwickelt. Strukturelle Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung und Instrumente des Qualitätsmanagements standen ebenso auf der Tagesordnung wie Qualitätsverbesserungen durch evidenzbasierte Medizin und eine stärkere Patientenorientierung im Gesundheitswesen. om/pm

BZÄK-Internetseiten**Veranstaltungen umfassend**1. Nationale Qualitätskonferenz**Mehr Qualität**

„Gemeinsames Ziel aller Beteiligten muss es bleiben, die medizinische Versorgung für die Patienten künftig noch sicherer zu machen.“ Dies sagte Prof. Dr. Karsten Vilmar, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS), auf der ersten Nationalen Qualitätskonferenz in Bremen. Qualitätssicherung sei kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck, so



Fotos: MfEV/Bremen

Viele zm-Leser nutzen bereits regelmäßig den Veranstaltungskalender, den die Bundeszahnärztekammer auf ihrer Homepage anbietet ([www.BZAEK.de](http://www.BZAEK.de), dort unter „Zahnärzte“, „Veranstaltungshinweise“). Was viele von ihnen aber noch nicht wissen: Es handelt sich dabei um die bundesweit wohl umfassendste Übersicht des Fortbildungsangebots der Landes Zahnärztekammer im Bereich Zahnmedizin. Möglich wird dies durch die dezentralisierte Pflege des Kalenders: Jede LZK hat über ein eigenes Zugangspasswort direkten Zugriff auf die Homepage und kann so ihr Angebot jeweils aktuell ins Netz stellen. Die Bundeszahnärztekammer plant, diesen Service mit Unterstützung der Landes Zahnärztekammer in den kommenden Monaten noch weiter auszubauen. BZÄK

## Gesundheitspass

### **Ablehnung**

Neben Bayerns Ärzten lehnen auch die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder den von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) geplanten Pflicht-Gesundheitspass strikt ab. „Es ist das ureigenste Recht des Patienten selbst zu entscheiden, wem er seine sensibelsten Daten anvertraut und in welchem Umfang er das tut“, erklärte Bayerns Datenschutzbeauftragter Reinhard Vetter. Dieses Recht des Patienten würde durch eine Vorlagepflicht beseitigt werden, die mit der Einführung eines solchen Passes zu befürchten wäre. pr/dpa



des Patienten. Die Gesellschaft müsse sich daher der Frage stellen: „Wieviel Gesundheit wollen wir uns leisten?“. Oliver Mast von der Bayer Vital GmbH forderte eine wohl überlegte Übertragung der Kostenverantwortung von der Solidargemeinschaft auf den Patienten. Eine Ausgabenkontrolle im Gesundheitswesen, so Mast, sei nötig, um Freiraum für medizinischen Fortschritt und Innovationen zu bewahren. om

## Gewerkschaft verdi

### **Keine Grund- und Wahlleistungen**

„Unser Gesundheitssystem – solidarisch finanziert“ ist der Titel eines Vorschlagskatalogs der Gewerkschaft verdi. In dem 18-seitigen Papier wird die doppelte Facharztstruktur im ambulanten wie stationären Sektor kritisiert. Verdi fordert, das Verbot ambulanter Behandlung im Krankenhaus zu Gunsten einer integrierten Gesamtversorgung aufzuheben. Auch die Medikamentenversorgung durch Krankenhausapotheken solle ermöglicht werden. Einig sind sich die Gewerkschafter mit Ulla Schmidts Eckpunktepapier: So soll die Pflichtversicherungsgrenze angehoben und die Krankenversicherungspflicht ausgeweitet werden. Eine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen wird abgelehnt. Auch die „wirtschaftliche Monopolstellung“ der KV'en ist den Gewerkschaftern ein Dorn im Auge: Sie sehen die Selbstverwaltung der Ärzte als „Einschränkung beim Wettbewerb um Qualität und Effizienz.“ om

## Forum Pharma und Technologie

### **Stille Rationierung**

Über die Ausgabenbegrenzungen im Gesundheitswesen und deren Folgen diskutierten Vertreter der Ärzteschaft, Krankenkassen, Pharmaindustrie und Medizintechnologie auf der Medica in Düsseldorf. „Verweigerte Therapie – verlängertes Leid?“ Zu dieser Fragestellung hatte der Marburger Bund diesmal die Reihe „Forum Pharma und Technologie“ organisiert. „Therapieverweigerungen dürften sich auf Einzelfälle beschränken“, konstatierte zunächst Wolfgang Schmeinck vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Er betonte, die Stimmung in der Bevölkerung sei schlechter als die Lage. Ganz anders sah das Dr. Leonhard Hansen von der KBV: Die Budgetierung führe zu Irrationalismen im Arzt-Patienten Verhältnis. Der Sparzwang im Gesundheitswesen führe zu stillen Rationierungen – zu Lasten

Neues Suchtpotential**SMS, Joggen und Mountainbike**

Abhängigkeiten von nicht-stofflichen Mitteln nehmen in der Gesellschaft nach Erfahrung von Ärzten weiter zu. Nach der mittlerweile als Krankheit anerkannten Spielsucht seien Beratungsstellen zunehmend auch mit krankhaftem Gebrauch von Handys konfrontiert, sagte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Hellmut Koch, anlässlich des 52. Fortbildungskongresses der Kammer in Nürnberg.

Der Begriff Sucht hat dann Berechtigung, wenn der Betroffene die Kontrolle über das eigene Handeln verliert und die Dosis ständig steigern muss. „Sucht besteht dann, wenn Leute von ihren Handys nicht mehr lassen können, geradezu zwanghaft mehr als 100 SMS-Kurznachrichten pro Tag verschicken – und hinterher mit immensen Telefonrechnungen konfrontiert sind, die sie nicht mehr bezahlen können.“

Den Betroffenen selbst ist das Grundproblem oft gar nicht bewusst. Zum Chaos führen dann lediglich die finanziellen Folgen. Ähnliches gelte für den Handel mit Aktien, der den Menschen immer mehr vereinnahmt und ihn zwingt, bei jeder Gelegenheit die neuesten Kurse zu kontrollieren.

Neue Formen der Sucht bildet sich ebenso auch bei bestimmten Sportarten heraus, bei denen stark Endorphine ausgeschüttet werden, wie etwa Joggen oder Mountainbike-Fahren. „Das ist zwar meist nicht gesundheitsschädlich, ist aber auch zwanghaft und birgt zudem die Gefahr der sozialen Isolation.“ sp/dpa

Robert-Koch-Stiftung**Preis und Medaille verliehen**

Den mit 120 000 Mark dotierten Robert-Koch-Preis erhielt in diesem Jahr Prof. Dr. Axel Ullrich (57) vom Max-Planck-Institut für Biochemie. Mit der Robert-Koch-Medaille in Gold wurde Prof. Dr. Nicholas A. Mitchinson (73), von der UCL Medical School in London geehrt.

Ullrichs Forschungsarbeiten waren die Grundlage für die Entwicklung des ersten spezifischen Anti-Krebs-Medikaments Herceptin. Dieses blockiert gezielt ein vom Tumor gebildetes Onkoprotein und bringt so das Krebswachstum zum Stillstand. Mitchinson erhält die Robert-Koch-Medaille in Gold in Ehrung seines Lebenswerks auf dem Gebiet der Immunologie. Sein wissenschaftliches Werk umfasst fundamentale Beiträge zum Verständnis von immunologischen Reaktionen im Körper. Auf der Grundlage seiner Forschung konnte ein Impfstoff entwickelt werden, der Kinder vor Hirnhaut- und Lungenentzündungen schützt. om/pm

Therapieansatz bei Parodontitis**Full Mouth Desinfection**

Mikrobiologische Untersuchungen zur Behandlung von Parodontitis belegen: Die neue Technik der einmaligen Full Mouth Therapie ist der traditionellen quadrantenbezogenen Behandlung deutlich überlegen (Mogardini et al. 1999). Dies ist das wichtigste Ergebnis des Symposiums „Parodontitis – eine Infektionskrankheit?“, das die Zahnärztekammer Nordrhein gemein-

sam in Zusammenarbeit mit der Universität Köln veranstaltete. Paropathogene Bakterien als ein Verursacher der Parodontitis kolonisierten in verschiedenen Nischen der Mundhöhle – so auf der Mukosa, in den Fissuren und auf der Zunge, betonte Prof. Dr. Marc Quirynen, Leuven, in seinem Vortrag. „Da diese Bakterien intraoral transferiert werden können, ist es wichtig, die ganze Mundhöhle als eine Einheit zu betrachten.“ Unbehandelte Taschen und Nischen könnten bereits behandelte Stellen wieder infizieren – deshalb müsse der parodontale Eingriff in einer einmaligen radikalen Sitzung in Angriff genommen werden oder es müsste in den Behandlungsintervallen zumindest eine sichere antiseptische Desinfektion aller möglichen Herde erfolgen, so Quirynen. Die Ergebnisse des Symposiums, das im Mai bereits in Zürich stattfand, finden sich in *Swiss Dent* 22 (2001), Nr. 6. om

Forschungspreis**Analyse besonders anspruchsvoll**

Den Jahrespreis 1999/2000 der Konrad-Morgenroth-Fördergesellschaft erhielt Privatdozent Dr. Dr. Richard Werkmeister, Münster (siehe Foto), für seine Arbeit: „Die Bedeutung von erbB-Onkogenen für die Prognose und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms und seiner Vorstufen“. Professor Dr. Konrad Morgenroth, Vorsitzender des Wissenschaftsbeirats der Fördergesellschaft, bezeichnete die Arbeit wegen ihres methodischen Ansatzes und der systematisch durchgeführten Analyse als „besonders anspruchsvoll“. Es handelt sich bei den Untersuchungs-



Foto: privat

ergebnissen um einen Ansatz zur Erweiterung der diagnostischen Maßnahmen bei präkanzerösen Veränderungen in der Mundhöhle. Die Konrad-Morgenroth-Fördergesellschaft hat es sich zur Aufgabe gemacht, Forschungen zur Früherkennung von Tumoren im Mund- und Kieferbereich zu unterstützen und die zahnärztliche Versorgung Behinderter zu verbessern. Der Förderpreis ist mit 5 000 Mark (zukünftig 3 500 Euro) dotiert. om/pm

**Erratum**

Leider haben sich im Artikel von Dr. Ralf Schulze „Radioopake Messraster auf Röntgenfilmen“ in zm 24/2001, Seiten 28 bis 30 zwei Fehlerteufel eingeschlichen. Wir bitten dies zu entschuldigen und korrigieren wie folgt: Auf Seite 28, in der dritten Spalte müsste es heißen: Die zu fordernden Kriterien für eine ideale Projektion sind: 1) möglichst großer Fokus-Objekt-Abstand, 2) möglichst kleiner Objekt-Film-Abstand, 3) parallele Ausrichtung zwischen Objekt- und Bildauffangebenen-Achse. Auf Seite 29 zu Beginn des letzten Spaltendrittels sollte stehen: Eine Schwankung der abgebildeten Länge von fünf Prozent hätte bei einem 13-Millimeter-Implantat eine Darstellung zwischen 13,3 Millimetern und 12,7 Millimetern zur Folge. sch



KZBV Jahrbuch 2001

## Wirtschaftsfaktor Zahnärzte



Die Zahl der deutschen Vertragszahnärzte stieg 2000 auf 53 498. Sie arbeiteten durchschnittlich 48,0 (West) beziehungsweise 48,9 Stunden (Ost) pro Woche und erwirtschafteten einen Gesamtumsatz von rund 35 Milliarden DM. Ende 2000 beschäftigten die Vertragszahnärzte rund 216 000 Arbeitnehmer, davon rund 37 000 Auszubildende. Diese und weitere statistische Basisdaten zur gesamtwirtschaftlichen Bedeutung der Zahnärzte, zu GKV-Einnahmen und -Ausgaben, Bevölkerungsstruktur, zur betriebswirtschaftlichen Entwicklung der Zahnarztpraxen und anderem mehr bietet das jetzt veröffentlichte KZBV Jahrbuch 2001.

Die als objektive Quelle und wichtiges „Handwerkszeug“ bewährte Datensammlung aus amtlichen und offiziellen Statistiken von KZBV, BZÄK, Statistischem Bundesamt sowie Bundesgesundheitsministerium kann zum Selbstkostenpreis von

8 Euro (zuzüglich Porto) bestellt werden bei der KZBV, Postfach 41 01 69, 50861 Köln  
 Tel.: 0221/4001-117/-116 oder -246  
 Fax.: 0221/4001-180  
 pr/KZBV

*Heidelberger Kolloquium*

### Brückenschlag

Mit dem aktuellen Stand der Diskussion über Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Zahnheilkunde beschäftigte sich das Heidelberger Kolloquium der Akademie für Praxis und Wissenschaft (APW). Aus Sicht der einzelnen zahnmedizinischen Disziplinen wurde am ersten Dezemberwochenende im Klinikum am Neuenheimer Feld diskutiert. Der Brückenschlag zu standespolitischen Themen sei „ein Novum in der Geschichte der APW“, so Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Ärztlicher Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde am Universitätsklinikum Heidelberg. Als Vertreter der Bundeszahnärztekammer referierte Dr. Peter Boehme über die Einschätzung des Sachverständigengutachtens und der darin enthaltenen, „sehr maßvollen Kritik“ an der deutschen Zahnheilkunde.

Boehme betonte die Wichtigkeit einer aktualisierten Approbationsordnung. Für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellte Dr. Holger Weißig fest, dass Subsidiarität und Solidarität neu zu gewichten und präventive Maßnahmen sowie fachliche Leitlinien stärker gefragt sind. dev

# Minus-Bilanz



Foto: Archiv

Auch Deutschland ist in der Rezession angekommen. Das Sozialprodukt wächst nicht mehr, es schrumpft. Das wird von manchen, die von eigenen Versäumnissen ablenken wollen, den Amerikanern angelastet. Fast zehn Jahre lang war Amerika die Konjunkturlokomotive der Welt. Nicht zuletzt wir Deutschen haben davon profitiert; der Export hat das wirtschaftliche Wachstum bei uns kräftig beschleunigt. Aber auch die amerikanische Hochkonjunktur musste einmal enden. Man hätte sich eine weiche Landung gewünscht, doch der Abschwung führte rasch in die Rezession. Der neue Ölpreis-Schock, der starke Dollar und der Börsencrash trugen dazu bei.

Inzwischen sind die Ölpreise wieder kräftig gesunken, und an den Börsen macht sich vorsichtiger Optimismus breit. Das könnte als Signal für einen neuen Aufschwung gesehen werden. Doch so einfach funktioniert die Wirtschaft nicht. Das liegt auch daran, dass mit der Globalisierung die nationalen Volkswirtschaften enger vernetzt worden sind. Wenn die konjunkturellen Risiken so groß geworden sind, so liegt dies auch

**Das alte Jahr bescherte uns die Rezession, Kursstürze an den Börsen, wieder steigende Arbeitslosenzahlen und den Kampf gegen den Terrorismus. Für das neue Jahr sind die Perspektiven kaum besser. Zwar sinken Preise und Zinsen, dennoch ist allenfalls im zweiten Halbjahr mit einer Stabilisierung der Konjunktur und Wachstum zu rechnen.**

daran, dass nahezu gleichzeitig alle wirtschaftlich bedeutsamen Regionen dieser Welt in die Rezession geraten sind. Das macht die Lage so brisant und jede in Zahlen fixierte Prognose problematisch. Das gleicht dem Lesen im Kaffeesatz.

Finanzminister Eichel, der für das abgelaufene Jahr zunächst mit einem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) von 2,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr gerechnet hatte, muss sich am Ende mit etwa 0,7 Prozent zufrieden geben. Die Bundesregierung und fast alle professionellen Konjunkturpropheten mussten von Quartal zu Quartal ihre Prognosen und Erwartungen nach unten korrigieren. Jetzt rechnet Eichel für 2002 mit einer Wachstumsrate von etwa 1,25 Prozent. Im Wahljahr ist Optimismus für die Regierenden Pflicht.

Die Sachverständigen sehen die Entwicklung inzwischen noch skeptischer. Ihre Prognosen liegen deutlich darunter; bis nur 0,7 Prozent reichen auch für 2002 die Erwartungen. Der Optimismus Eichels stützt sich vor allem darauf, dass die Preise fallen, der so wichtige Ölpreis nicht wieder steigt und die Zinsen weiter sinken, was die öffentlichen Haushalte entlastet und zu Investitionen anregt.

Die Pessimisten verweisen auf die schlechte Stimmung der Unternehmen. Die Investitionen nehmen ab. Sie sind Motor für Wachstum und Beschäftigung. Vom Export gehen kaum Impulse aus, solange die Weltwirtschaft in der Krise steckt. Eichel verweist gerne auf die Wirkung der Steuerreform; sie stütze die Nachfrage. Aber die Wirkung dieser Reform ist verpufft. Der Entlastungseffekt, der bis 2005 gestreckt wird, ist zeitweise durch den inflationären Preisanstieg, vor allem für Energie, kompensiert worden. Die mittelständische Wirtschaft und die Bezieher mittlerer Einkommen sind bislang faktisch nicht entlastet worden. Hier vor allem wäre Kaufkraft zu mobilisieren. Aber die Koalition lehnt jedes Vorziehen der nächsten Stufen der Steuerreform ab. Der Hinweis auf den Anstieg der Schulden vermag nicht zu überzeugen, denn auch bei Fortdauer der Wachstumspause steigen überall die Defizite und damit auch die Schulden. Deutschland ist zum Schlusslicht der wirtschaftlichen Entwicklung Europas geworden. Das liegt nicht nur an der Exportabhängigkeit der deutschen Wirtschaft, sondern auch an der Verkrustung der Strukturen und dem fehlenden Mut, die Sozialsysteme konsequent zu reformieren. Da wird teure Arbeitsbeschaffung finanziert, obwohl damit rentable Arbeitsplätze nicht geschaffen werden. Rieters Rentenreform wird schon bald nachgebessert werden müssen; seine Rechnungen gehen nicht auf. Gesundheitsministerin Schmidt versucht krampfhaft, sich und das kranke System bis zum Wahltag zu retten. Schröders innenpolitische Bilanz ist mager: Die Wirtschaft lahmt, die Abgabenbelastung steigt, die Arbeitslosigkeit nimmt zu, die Politik trickst mit Zahlen, die IG Metall schockt mit ihrer Lohnforderung von fünf bis sieben Prozent die Unternehmen, nach der Wahl droht die Erhöhung der Mehrwertsteuer. Für Optimismus bleibt da wenig Platz.

**Walter Kannengießer**

Sozialpolitik-Journalist

■ Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Deutliche Kritik an Ulla Schmidt

## Ministerin streut Wählern Sand in die Augen

**Die Pläne der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt für eine „Reform“ nach der nächsten Bundestagswahl stoßen auf breite Ablehnung (siehe dazu auch Beiträge in zm 24/2001). Als „Griff in die parteipolitische Trickkiste“ kritisieren Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung das bedingungslose Festhalten am bestehenden Gesundheitssystem.**

Die jüngsten Erklärungen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) zur künftigen Gesundheitspolitik der Bundesregierung bieten keine zukunftsorientierten Perspektiven. Sie stellen vielmehr den plumphen Versuch dar, den Wählern Sand in die Augen zu streuen und reihen sich nahtlos ein in die Folge gesundheitspolitischer Enttäuschungen der vergangenen Jahre.

Die Zwei-Klassen-Gesellschaft in der medizinischen und zahnmedizinischen Versor-



Foto: bpa

*Will kosmetische Reparaturen statt Veränderungen:  
Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt*

gung, die die Ministerin durch das Festhalten am bestehenden System verhindern will, besteht doch längst. Sie ist unter anderem in Ausgrenzungen von Kassenpatienten bei der Arzneimittelversorgung, Leistungsbegrenzungen in verschiedenen Bereichen und nicht zuletzt durch die Einschränkungen der Budgets sogar relativ fest fundamentiert.

### Ein Mangel an Ideen

Aus der Zahnmedizin sei auf das Beispiel der Prothetik verwiesen: Jemand, der in der Lage ist, viel Geld auszugeben, erhält auch entsprechend mehr Geld aus der Krankenversicherung dazu. Was daran solidarisch sein soll, müsste die Ministerin doch einmal näher erläutern. Der aktuelle Griff in die partei-ideologische Trickkiste gipfelt in der Behauptung, die Befürworter einer Deregulierung zielten darauf, dem eigentlichen Solidaritätsprinzip den Garaus zu machen, um die Arbeitgeber zu entlasten. Wenn wir auf diesem Niveau diskutieren wollen, müsste unsere Antwort darauf wohl simpel lauten: Gesundheit statt Sozialismus.

Wer jetzt so tun will, als funktioniere das solidarische System in der bestehenden Form doch prächtig, und es gelte nur, kleinere Dellen kosmetisch zu behandeln, verschließt einfach die Augen vor der Realität und verlässt sich auf das bekannte Morgen-

stern-Prinzip, wonach nicht sein kann, was nicht sein darf. Außerdem zeugt das von einem Mangel an Ideen. Immerhin ist die Ministerin noch Realistin genug, um festzustellen, dass das versorgungsmedizinische Leistungsniveau des von ihr gepriesenen Systems trotz extrem hoher Aufwendungen den internationalen Vergleichen in vielen Feldern hinterher hinkt.

Wirklich profitieren könnte der Patient wohl nur von einem seitens der Zahnärzteschaft angestrebten Wettbewerb der Leistungserbringer und der Krankenkassen. Die Ecken, Kanten und Lücken dessen, was wir zurzeit haben, wird übrigens auch der von Frau Schmidt immer häufiger beschworene „Runde Tisch“ nicht glätten können. Er eignet sich allerdings hervorragend als politische Endlos-Warteschleife.

Wenn die Ministerin eine künftige Aufteilung der Krankenversicherung in Grund- und Wahlleistungen ausschließt, muss sie mehr dagegen setzen können als schwammige Absichtserklärungen wie „Qualität sichern – Wirtschaftlichkeit stärken“. BZÄK und KZBV fühlen sich in ihrer Auffassung von vielen Seiten bestätigt, die sich mit Gesundheits- und Sozialpolitik befassen. Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass das System in der bestehenden Form schon auf Grund der Alterspyramide innerhalb kurzer Zeit vollends zusammenbrechen wird. Wenn Gesundheitsökonomien uns vorrechnen, dass schon eine geringfügige Umstellung des Solidarausgleichs in Richtung Grundversorgung die Beiträge rasch um etwa ein Drittel (also unter zehn Prozent) absenken könnte, ist das sicher kein Argument, das man einfach mit sozialistischem Gedankengut aushebeln könnte. Für in diesem Zusammenhang besonders erstaunlich erachte ich die Tatsache, dass beim vergleichbaren Rentensystem die notwendigen Strukturänderungen längst vollzogen sind. Vielleicht fehlt uns in der Gesundheitspolitik ja einfach der Macht- und Lobby-Apparat der Großversicherer.

*Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, BZÄK-Präsident*

### Alles schon dagewesen

#### Die wichtigsten Eckpunkte der „großen Gesundheitsreform“:

**Hausärzte:** GKV-Patienten sollen zuerst zum Hausarzt. Sie zahlen dann weniger als Versicherte, die das nicht tun – Zwei-Klassen-Medizin pur.

**Patientenpass:** Die gesamte Krankengeschichte lesbar auf einem Chip.

**Fortbildung:** Kassenärzte werden zur Fortbildung verpflichtet. Bei Weigerung sollen sie im Extremfall ihre Zulassung verlieren.

**Arzneien:** Erwogen wird, Versandapotheken zuzulassen. Die Zuzahlungen für Großpackungen werden deutlich erhöht.

**Versicherungspflichtgrenze:** Sie wird erhöht, um mehr gut Verdienende in den gesetzlichen Kassen zu halten.

**Krankenkassen:** In Zusammenarbeit mit Privatversicherungen können die GKVen günstige Zusatzpolicen anbieten.

**Verträge:** KVen und KZVen verlieren ihr „Monopol“. Die Alternative: Einkaufsmodelle für die Kassen.

**Honorare:** Kassenärzte werden stärker über Fallpauschalen für bestimmte Krankheitsbilder vergütet, um eine „Flucht in die Menge“ zu verhindern. dpa/zm

Journalisten-Tanz

## Presseball auf Italienisch

Warum eigentlich stehen das Colosseum in Rom, der Uffizien-Palast in Florenz und die Scala in Mailand? Na, weil Berlin wahrscheinlich kein geeigneter Standort für diese Gemäuer gewesen wäre. An der Spree gibt's deshalb nur Reichstag, Europa-Center und Schwangere Auster. Ach ja, und das Internationale Kongresszentrum ICC. Der einstmals futuristische Gebäudeklotz war in den vergangenen Jahren unter anderem Veranstaltungsort für den Berliner Presseball. Aber damit ist jetzt Schluss. Denn die Journalisten von der Spree wollen bei ihrem Tanzvergnügen mehr Flair. Medi-

terranes Flair, um genau zu sein. Der Presseball am 12. Januar widmet sich deshalb dem Thema „Italien“. Erwartet werden der italienische Botschafter Silvio Fagioli und Parlamentspräsident Pier Ferdinando Casini. Und um sich auch so richtig schön im Glanz der Anderen sonnen zu können, ist der Presseball vom ICC in die Staatsoper unter den Linden umgezogen.



Foto: MEV (M. ZH)

Honorar-Probleme

## Ausgezahlt und K.O.

Wiederholen ist gestohlen – sagte das Berliner Landessozialgericht und wies Forderungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin zurück, die bereits ausgezahlte Honorare zurückerstattet haben wollte. Angeblich wurden 20 Millionen Euro zuviel ausgezahlt – „Geld, das wir tatsächlich nicht hatten“, wie der stellvertretende KZV-Vorsitzende Karl-Georg Pochhammer erklärt. Die Krankenkassen hätten von 1997 bis 1999 weniger als geplant an die KZV überwiesen. Pochhammer: „Wir wissen nicht, was wir machen sollen. Das ist eine unhaltbare Situation.“ dev/dpa

Rund 1800 Gäste sollen kommen, die Karten kosten bis zu 350 Euro und sind angeblich schon ausverkauft. Eine italienische Nacht beim Berliner Presseball klingt ja auch wirklich verlockend – selbst wenn's nur zu einer Opera Buffa reicht. dev

Vivantes GmbH

## Erste Gewinne ohne Kündigung



Foto: MEV

Das größte Krankenhausunternehmen Deutschlands, die Berliner Vivantes GmbH, will bereits ab kommendem Jahr erste Gewinne machen, so der Vivantes-Aufsichtsratsvorsitzende Hartmann Kleiner. Für 2003 werde ein Jahresüberschuss von 0,5 Millionen Euro und für 2006 einer von 13,9 Millionen Euro angestrebt. Dazu müssten in den kommenden fünf Jahren weitere 3765 der jetzt knapp 13 000 Beschäftigten das vor einem Jahr

gegründete Unternehmen verlassen, was ohne Kündigungen erfolgen sollte. Betriebsbedingte Kündigungen seien bis 2006 ausgeschlossen. Bis dahin solle die Bettenzahl von derzeit 6158 auf 5200 sinken. In diesem Jahr liegt der Fehlbetrag noch bei 190 Millionen Euro. Vivantes wird einige Geschäftsbereiche ausgliedern und zu selbstständigen Tochterunternehmen machen, darunter ein Versorgungszentrum für die Kliniken, das Gebäudemanagement und den Einkauf. Die Berliner Krankenkassen haben sich mit Vivantes auf eine stufenweise Reduzierung des Gesamtbudgets von 730 Millionen Euro im Jahre 2000 um jährlich 20 Millionen Euro geeinigt. dev/dpa

## Aufgeschnappt und angespitzt

■ **Südländisches Temperament mitten im brandenburgischen Winter – das gibt's wohl nur beim Berliner Presseball. Manch anderen Spree-Anwohnern will es derzeit so gar nicht warm ums Herz werden – kein Wunder, wenn einem beim Blick in die Kassen das große Frösteln kommt.**



Foto: MEV

Preis für Molekularbiologin

## Mäuse, Menschen und Moneten

Was für Walt Disney seine Mickey Mouse war, das sind für Carmen Birchmeier-Kohler ihre Knock-Out-Mäuse. Denn diese kleinen Nager haben der Berliner Molekularbiologin ganze anderthalb Millionen Euro beschert. So hoch ist nämlich der Leibniz-Förderpreis dotiert, den Birchmeier-Kohler von der Deutschen Forschungsgemeinschaft verliehen bekommt. Die 46-jährige Forscherin von der Spree

ist die einzige Frau unter insgesamt zwölf Preisträgern. Bei den Versuchen mit ihren Knock-Out-Mäusen habe sie „eine Reihe von Wachstumsfaktoren entdeckt und damit zum Verständnis menschlicher Krankheiten beigetragen“, so die Jury. dev/dpa



Foto: PhotoDisc

Reminiszenzen – Reflexionen – Herausforderungen

## Berufsstand im Wandel der Zeit

Karlheinz Kimmel

Wenn auch der zahnärztliche Berufsstand nicht unmittelbar von den vor allem ethisch geprägten Auseinandersetzungen über die Gentechnik betroffen ist, besteht allein schon wegen der technologischen Entwicklung innerhalb der oralmedizinischen Versorgung eine kaum übersehbare Diskrepanz zwischen den Erfordernissen, Möglichkeiten und Grenzen des komplexen Leistungskatalogs. Der gegenwärtige Stand von Wissenschaft, Technik und Recht stellt hohe Anforderungen an alle Fachweltbereiche und -berufe, die insbesondere mit dem Begriff der voraussetzungsorientierten Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den verschiedenen Arbeitssystemen verbunden sind. Politische und wirtschaftliche Aspekte beeinträchtigen allzu oft die Kraft des positiven Denkens und Handelns auch im Sinne der Freiberuflichkeit des Zahnarztes. Nicht zu unterschätzen sind die menschenbezogenen Defizite in punkto Fortbildung und der damit verknüpften Anpassung an die oralmedizinische und -technische Evolution.

Wenn man – wie der Autor – die ganze Epoche der letzten fünf Jahrzehnte „sehenden Auges“ miterlebt und punktuell auch aktiv mitgestaltet hat, wird einem in steigendem Maße bewusst, dass zwischen der Situation unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg und den verschiedenen Zwischenstadien einerseits sowie der heutigen Lage andererseits ein geradezu fantastischer Unterschied besteht.

Niemand – weder unsere Lehrer noch wir frisch approbierten Zahnärzte – konnte im Jahre 1950 auch nur einigermaßen voraussagen, wie der Stand von Wissenschaft, Technik und Recht am Anfang des 21. Jahrhunderts aussehen würde. Die Kunststoffe – bei der IDS 1937 mit dem „Evergreen“ Paladon erstmals vorgeführt – hatten den Kautschuk als Prothesenmaterial allmählich abgelöst. Zemente und Amalgam (noch mit Gamma-2-Phase) waren die Standard-Fül-

lungsmaterialien. Die maximale Drehzahl der Stahlbohrer und -fräser sowie der keramischen Schleifkörper betrug 15 000 min<sup>-1</sup>. Teilprothesen wurden aus Stahl geprägt und mit individuell gebogenen Stahlklammern (als „Extraktionshilfen“) versehen. Kronen wurden aus geschnittenen und zusammengelöteten Blechstücken sowie einer gegossenen Kappe hergestellt. Die „Einserpraxis“ (= ein Zahnarzt, eine Helferin, ein Behandlungsplatz, ein Wartezimmer) war Standard. Äußerst selten gab es Praxen mit einem Bestellsystem. Die überwiegende Zahl der Maßnahmen (zum Teil zu 100 Prozent) wurde stehend am sitzenden Patienten



Foto: Archiv

*Die Entwicklung der zahnmedizinischen Technologien der letzten fünf Jahrzehnte hat immer wieder auch ethische Fragen aufgeworfen, meint Dr. Karlheinz Kimmel.*

ausgeführt. In nur sehr wenigen Praxen gehörte die Keramik-Jacketkrone – mit dem dabei notwendigen Kupferring/Stentsabdruck – zum Versorgungsumfang. Der Gipsabdruck mit seinem unvermeidlichen Puzzlespiel ließ kaum Präzisionsabformungen zu. Der zu den Kassen zugelassene Zahnarzt erhielt eine Scheinpauschale von zirka elf Mark pro Quartal und war gezwungen, mit den Scheinen von Oma und Opa (damals „durch die Bank“ Träger von Totalprothesen) die Sanierung bei den Enkelkindern zu versuchen. Eben diese Oma trug mit den Lutschstangen aus einer aggressiven Zuckerqualität nicht unwesentlich zum oft schrecklichen Zustand der Kindermäuler bei. Die Praxen blieben ungezählt, wo das Kindergebrüll am Nachmittag die Regel war. Nur wenige Zahnärzte besaßen ein eigenes Haus und auch nicht viele ein Auto.

Als der Autor am Anfang der 60er Jahre mit

der Versorgung von Kunststoff- und dann allmählich von Keramikverblendkronen begann, wollte ihn sein früherer Meister – bei dem er 1940/41 zwischenzeitlich in der Lehre war – davon mit der Bemerkung abbringen, dass doch der Dr. W. – damals einer der prominenten Zahnärzte in Koblenz – diesen modernen Kram nicht mitmachen würde. Gerade die wohlhabenderen Patienten vom Land wollten doch mit ihren sichtbaren Goldkronen ihren „Reichtum“ demonstrieren.

Mit der CrCoMo-Modellgrussprothese und den Metallkeramik-Rekonstruktionen, aber vor allem mit der Einführung der Präparationstechnik im höheren Drehzahlbereich (> 100 000 min<sup>-1</sup>) und der Zahnschubstanz schonenden Kühltechnik und den wesentlich verbesserten Abformmaterialien wurde in der Mitte der 60er Jahre eine neue Ära begonnen, die zu einem totalen Wandel der Praxis- und Arbeitsgestaltung führte. Der Computer kam erst viel, viel später. Und die Implantation war bis 1982 ein exotisches Unterfangen.

Seit der IDS 1951 in Hamburg – ein Jahr nach meinem Staatsexamen – waren die 19 IDS-Veranstaltungen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie immer wieder Spiegelbild der Produkt- und Verfahrensentwicklung. Wer sie im Dreijahres- und seit 1995 im Zweijahresabstand bewusst erlebt hat, kann einigermaßen abschätzen, welches Stadium mit der IDS 2001 erreicht worden ist. Gewiss, eine Reihe von neuen Erzeugnissen waren zu diesem Zeitpunkt schon nicht mehr innovativ, da die Prototypen und weitere Entwicklungsstufen schon vorher vorgestellt worden waren, etwa die digitale Röntgentechnik, die Fortschritte im Keramikbereich, der EDV-Einsatz als Ganzes oder die minimal-invasive Präparationstechnik, um nur ein paar der neueren Entwicklungen zu nennen. Prävention und Ästhetik beherrschen mehr und mehr das Denken und Handeln. In mancherlei Beziehung gibt da auch bei uns den Widerstreit zwischen Ethik und Technologie. Und wir müssen in beiden Feldern unsere Kompetenz beweisen.

Karlheinz Kimmel  
Löhrstraße 139  
56068 Koblenz

Presseforum der KZBV

## Wettbewerb und Solidarität sind machbar

**„Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – ein Widerspruch in sich?“ Diese Grundsatzfrage diskutierten Pressevertreter und Experten aus Politik und Wissenschaft auf einem Presseforum der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) am 3. und 4. Dezember in Berlin. Das Ergebnis: Wettbewerb und Solidarität, so waren sich die geladenen Diskutanten bis auf den SPD-Vertreter Prof. Martin Pfaff weitgehend einig, sind kein Widerspruch, ihre Gemeinsamkeit erfordert aber grundlegend neue Ansätze im Gesundheitssystem.**

In einer Woche, die sich als bisheriger Höhepunkt der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung in der Ära der Bundesgesundheitsministerin darstellte, bildete die KZBV-Veranstaltung einen besonderen Auftakt. Was geboten wurde, war sachorientierte Diskussion zu einem dann einsetzenden politischen Grundsatzstreit, der die Dringlichkeit einer Lösung erneut verdeutlichte.

Der KZBV-Vorsitzende Dr. Karl Horst Schirbort betonte vor Pressevertretern die Not-



Foto: KZBV

*Fordert, dass der Patient Nutznießer des Wettbewerbs sein muss: KZBV-Vorsitzender Dr. Karl Horst Schirbort.*

wendigkeit des von der Zahnärzteschaft seit Jahren geforderten Systemwechsels: „Wir müssen uns jetzt den Herausforderungen stellen, denen die gesetzliche Krankenversicherung langfristig durch den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt ausgesetzt ist.“ Erforderlich sei eine grundlegende Reform und „kein Herumdoktern an Symptomen“, um den „bis zum Jahre 2040 prognostizierten Beitragssatz von mindestens 23 Prozent“ zu verhindern.

Wettbewerb müsse sich zwischen den Leistungsträgern auf der einen und Kostenträgern auf der anderen Seite abspielen.

### Quittung ist keine Lösung

Der Patient, so forderte Schirbort, müsse Nutznießer des Wettbewerbs sein. Er bestimme „entscheidend den Wettbewerbsprozess“: „Seine Souveränität und Eigenverantwortung muss in unserem Gesundheitswesen weiter ausgebaut und gestärkt werden.“ Deshalb plädiere die Zahnärzteschaft für die Einführung der Kostenerstattung in Verbindung mit befundorientierten Festzuschüssen. Patientenquittungen, ein Vorschlag der Bundesgesundheitsministerin, seien keine Lösung, weil der Patient keinerlei Verantwortung für die Quittung und deren Begleichung trage. Problematisch sei, dass „auf der einen Seite dem Versicherten die Kassenwahlfreiheit“ auf der Grundlage eines hoch komplexen Risikostrukturausgleichs gegeben werde, man aber gleichzeitig darüber nachdenke, die freie Arztwahl durch Netze, Einkaufsmodelle und Einzelverträge einzuschränken.

Notwendig seien auch Entscheidungsspielräume und Wahlmöglichkeiten, die sich auf den Leistungskatalog beziehen: „Für den zahnmedizinischen Versorgungsbereich setzen wir uns für solidarisch finanzierte Vertragsleistungen und individuell finanzierte Wahlleistungen ein.“

Mit Blick auf die aktuell diskutierte Einführung von Einkaufsmodellen warnte Schirbort, dass Einzelverträge zwischen einzelnen der rund 55 000 deutschen Zahnärzte und den etwa 400 Krankenkassen zwangsläufig „einen Flickenteppich in der

medizinischen Versorgung“ schaffen würden: „Es kann nicht angehen, dass auf der einen Seite 'Monopole' zerschlagen werden und auf der anderen Seite 'Kartelle' bestehen bleiben,“ monierte der KZBV-Chef. Preisdumping mit entsprechend negativen Folgen für die Versorgung und Qualität wäre die zwangsläufige Folge.

In einem Grundsatzvortrag stellte der Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik an der Universität der Bundeswehr München ein Modell wettbewerblicher Orientierung in der Krankenversicherung vor. Nach gegenwärtigem Prinzip einer Umverteilung der Krankheitslasten zwischen Gesunden und Kranken, Ein- und Mehrpersonenhaushalten sowie niedrigen und hohen Einkommen bliebe das Äquivalenzprinzip nicht erhalten. Das Resultat: Der verantwortungsbe-



Foto: Lopata

*Gibt dem gegenwärtigen System noch maximal 15 Jahre bis zum endgültigen Zusammenbruch: Prof. Dr. Günter Neubauer.*

wusste Umgang mit den knappen Ressourcen gehe verloren. Erwerbstätige seien überfordert, mit negativen Folgen für Leistungswillen und Regenerationsverhalten. Um in diesem System die Gefahr der Unterversicherung für einkommensschwache Hochrisikogruppen zu vermeiden, sei eine staatliche Regulierung erforderlich.

Eine Erfolg versprechende Alternative sieht der Ökonom in einer solidarischen Grundabsicherung mit geregelttem Wettbewerb

und privater, wettbewerblicher Zusatzversicherung. Zur Absicherung des demographischen Risikos empfiehlt Neubauer, eine Kapitaldeckung auf der Beitragsseite aufzubauen, den Arbeitgeberanteil auszuführen und pro Versichertem Pauschalbeiträge zu erheben. Einer Überforderung wird durch die Reduktion auf eine Grundsicherung Rechnung getragen. Ein geregelter Wettbewerb, so stellte Neubauer den Journalisten dar, werde durch eine Vielzahl von Deregulierungen im derzeit bestehenden System der GKV intensiviert und Sorge somit für mehr Effizienz und Effektivität.

Wichtig sei, in allen Bereichen die Entscheidungsfreiheit der Versicherten und Patienten möglichst weit zu halten. Notwendig sei vor allem Leistungs- und Preistransparenz. Neubauer: „Dadurch wird die derzeitige Ausrichtung unserer GKV auf Verbände, Körperschaft und Experten durch die Verlagerung der Entscheidungen auf die Versicherten und Patienten neu justiert.“ Das Fazit: Nicht der geregelte Wettbewerb ist das Ende der solidarischen Krankenversicherung, sondern die solidarische Krankenversicherung ist ohne Wettbewerb am Ende. Neubauer ist überzeugt, dass das derzeitige System ohne einen grundsätzlichen Wechsel die nächsten 15 Jahre nicht überstehen wird.

## Ein ideales Feld

Als ideales Feld für einen Reformansatz bezeichnete der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Peter Kuttruff den Bereich der Zahnmedizin. Denn: „Der heute von der Politik eingeforderte Paradigmenwechsel in der Zahnheilkunde – weg von der Spätbehandlung hin zur Frühversorgung – hat auch ohne gesetzliche Zwänge stattgefunden.“ Hier sei der Beweis getroffen, „dass Eigenverantwortungskonzepte den Nachfragebedarf erheblich steuern würden“. Eine Kostenexplosion im zahnärztlichen Bereich habe es, anders als oft behauptet, nie gegeben.

Nur der sich selbst verantwortliche, motivierte, freiberuflich tätige Arzt und Zahnarzt werde in einem durch soziale Marktwirtschaft erzwungenen Wettbewerb alles tun, um seinen Patienten optimale Leistung zu bekommen zu lassen, weil er dafür belohnt

und nicht bestraft werde. Kuttruff: „Die in meinen Augen künstlich hochgespielte Schutzbedürftigkeit der deutschen Bevölkerung vor den massenhaft abzockenden raffgierigen Zahnärzten ist abwegig, weil der abzockende Zahnarzt Gefahr läuft, ein über Jahre hinweg mühsam aufgebautes Vertrauensverhältnis zu seinen Lasten viel schneller



Foto: Danetzki

*Sieht in der Zahnmedizin ein ideales Feld für einen Reformansatz: Dr. Peter Kuttruff, stellvertretender Vorsitzender der KZBV.*

zu zerstören, als er es aufgebaut hat.“ Mittelpunkt aller Bestrebungen, so Kuttruff, sei der Patient: „Nur wenn er Diagnose und Therapie kennt, nur wenn er an der Abrechnung beteiligt wird, kann er beurteilen, ob das, was an ihm gemacht wird, wirklich gut, angemessen und erfolgreich ist.“

## Budget: Der Patient im Weg

Für eine stringenter Fassung des Leistungskataloges plädierte auch der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KBV), Dr. Manfred Richter-Reichhelm. Versicherungsfremde Leistungen müssten steuerfinanziert, Leistungen, die der Verantwortung des Einzelnen unterliegen, privat abgesichert werden. Auch die KBV plädierte für eine Trennung in Solidar- und Individualleistungen. Richter Reichhelm: „Die Selbstverwaltung ist zu beauftragen, Vorschläge zur leistungsspezifischen Bereinigung des Leistungskatalogs vorzulegen.“ Allerdings fordert die KBV, anders als die KZBV, die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten neben dem

Erwerbseinkommen, auch aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit.

Wettbewerb, so schränkte das Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Prof. Dr. Martin Pfaff (SPD) ein, sei „nicht zwingender Weise mit Markt verbunden“. Auch Eigenverantwortung heiße nicht „zwangsläufig Regel- und Wahlleistungen“. Die erforderliche Trennung der Leistungen hält der SPD-Mann „in der Praxis für sehr problematisch“.

Als grundsätzlich verkehrt bezeichnete der stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses Wolfgang Zöller (CSU) den ausschließlichen Sparansatz der rot-grünen Bundesregierung. Während bei der Budgetierung der Patient nicht im Mittelpunkt, „eher im Weg“ stehe, biete die höhere Eigenverantwortlichkeit andere Möglichkeiten. Gerade im Bereich der Zahnmedizin sei die Differenzierung in Kern- und Wahlleistungen kein Problem. In anderen Bereichen könne durch ein so genanntes „Opting out“ – eine Abwahl von Leistungen – und einer damit verbundenen Beitragsrückgewähr, ein Anfang gemacht werden. Mehr Eigenverantwortung, so warnte der CSU-Politiker, sei nur möglich, wenn der Staat wesentlich stärker die gesellschaftspolitische Verantwortung trage und „erzieherisch“ wirke.

Als massives Problem versteht der Gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Dr. Dieter Thomae, die anstehende Erhöhung der GKV-Beiträge. Im Sachleistungssystem würden die Heilberufe bestraft: „Rot-Grün vernichtet die Freiberuflichkeit in der Bundesrepublik Deutschland.“ Thomae forderte die Einführung der Kostenerstattung, den Abbau des Risikostrukturausgleichs und mehr Möglichkeiten des Wettbewerbs unter den Kassen „mit dem Risiko, dass auch Krankenkassen pleite gehen können“.

Insgesamt präsentierte das KZBV-Pressforum nicht nur Ansätze für alternative Wege aus der GKV-Misere. Es machte – direkt vor der GKV-Pressbilanzkonferenz der Bundesgesundheitsministerin – den Journalisten auch deutlich, dass inzwischen alle bis auf die rot-grüne Regierung eine grundlegende Reform fast einhellig für überfällig halten.

mn

Ausbildungszahlen Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA)

## Der Trend steigt an

Die aktuellen Zahlen aus 2001 über die neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte (alte Berufsbezeichnung: Zahnarzthelferin) sowie die Vergleichszahlen zu den Vorjahren zeigen: Das Interesse steigt an, wie eine Untersuchung der BZÄK von 1996 bis 2001 ergab.



Foto: Grohs

Immer mehr junge Frauen lassen sich zur ZFA ausbilden.

Ab dem Jahr 1996 (Beginn des Berichtszeitraumes) nahm die Gesamtzahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) in Deutschland kontinuierlich ab, um im Jahr 1999 mit 11 398 Neuabschlüssen ihren bisherigen Tiefpunkt zu erreichen (vergleiche 1996: 15 008 Neuabschlüsse).

Nach der im Jahr 2000 einsetzenden Trendwende setzte sich erfreulicherweise die Zunahme von neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen für ZFA auch in 2001 fort. Die Ab- und Zunahme der Zahlen für Neuabschlüsse schlägt sich statistisch in den alten Bundesländern (ABL) deutlicher nieder

als in den neuen Bundesländern (NBL) (NBL einschließlich Berlin). Letztere zeigen im Trend stabilere Werte, allerdings auf einem niedrigeren Niveau (siehe Abbildung 1). Bundesweit wurden in diesem Jahr zum 30. September insgesamt 14 779 Ausbildungsverträge für ZFA neu abgeschlossen (ABL: 12 904; NBL: 1 875). Gegenüber dem Vorjahr haben die Ausbildungszahlen damit im Durchschnitt um 6,65 Prozentpunkte zugenommen (ABL: +6,94 Prozent; NBL: +4,69 Prozent).

## Zuwächse

In den alten Bundesländern sind im Jahr 2001 besonders hohe Zuwächse in Bremen, Rheinland-Pfalz und Bayern zu beobachten. Einzig das Saarland hat, im Vergleich zum Vorjahr, mit -12,05 Prozentpunkten einen deutlichen Rückgang bei den vermittelten Auszubildenden zu verzeichnen.

In den neuen Bundesländern imponiert Mecklenburg-Vorpommern mit einem Rück-

### Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für ZFA

Bundesland	2000	2001	Veränderung zum Vorjahr in Prozent
<b>Baden-Württemberg</b>	1 964	2 133	8,60
Freiburg	411	414	0,73
Karlsruhe	456	508	11,40
Stuttgart	734	843	14,85
Tübingen	363	368	1,38
<b>Bayern</b>	2 424	2 666	9,98
<b>Berlin</b>	555	580	4,50
<b>Brandenburg</b>	218	217	-0,46
<b>Bremen</b>	135	158	17,04
<b>Hamburg</b>	311	341	9,65
<b>Hessen</b>	1 155	1 181	2,25
<b>Mecklenburg-Vorp.</b>	221	195	-11,76
<b>Niedersachsen</b>	1 459	1 566	7,33
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	3 269	3 420	4,62
Nordrhein	1 780	1 851	3,99
Westfalen-Lippe	1 489	1 569	5,37
<b>Rheinland-Pfalz</b>	655	755	15,27
Koblenz	239	262	9,62
Pfalz	242	261	7,85
Rheinhessen	95	133	40,00
Trier	79	99	25,32
<b>Saarland</b>	166	146	-12,05
<b>Sachsen</b>	376	410	9,04
<b>Sachsen-Anhalt</b>	235	250	6,38
<b>Schleswig-Holstein</b>	529	538	1,70
<b>Thüringen</b>	186	223	19,89
<b>Gesamt</b>	13 858	14 779	6,65 %

Tabelle 1:  
Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für ZFA in den Jahren 2000 und 2001 (Stichtag: 30. September), prozentuale Veränderungen zum Vorjahr.  
Quelle: (Landes- und Bezirks-)Zahnärztekammern, Berechnungen BZÄK



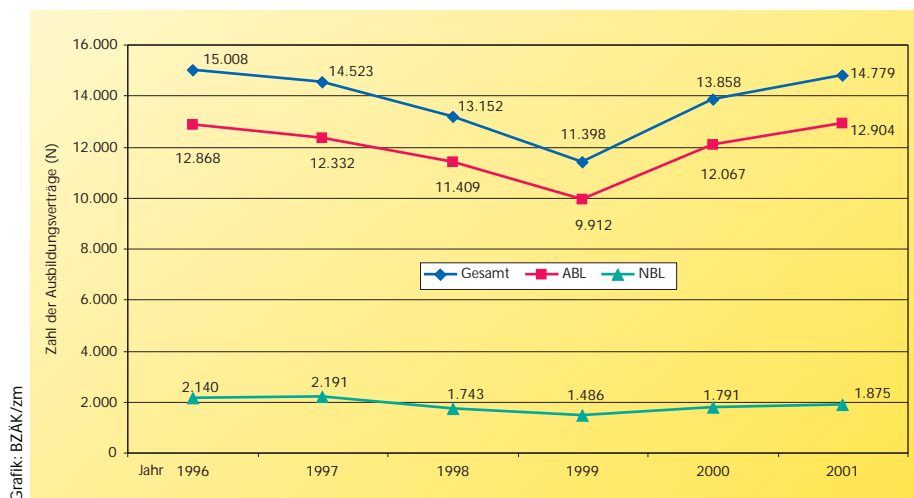


Abb. 1: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte in Deutschland 1996-2001 (Stichtag: 30. September).  
Quelle: Landes- und Bezirks-Zahnärztekammern

gang der Ausbildungszahlen um 11,76 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr. Sachsen, Sachsen-Anhalt und Berlin konnten hingegen Gewinne verbuchen (zwischen neun Prozent und 4,5 Prozent).

Die bundesweite Zunahme von Ausbildungsverträgen für ZFA im Jahre 2001 im Vergleich zum Vorjahr spricht für die Bereitschaft der praktizierenden Kolleginnen und Kollegen, trotz erschwelter betriebswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen längerfristig in gut ausgebildete und qualifizierte Fachkräfte zu investieren. Die intensiven Bemühungen der Zahnärztekammern, Ausbildungsverhältnisse zu vermitteln, spiegeln sich ebenfalls in diesen Zahlen wider.

Die Ausbildung von Fachpersonal bietet nicht nur jungen Menschen die Chance des Berufseinstieges, sondern ist ein wesentlicher Bestandteil der Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen.

Dr. Sebastian Ziller,  
Zahnärztliche Abteilung der BZÄK,  
Chausseestr. 13,  
10115 Berlin

*Drei neue Gutachten im Gesundheitswesen*

## Da geht's lang

**Sachverständigenrat, Wirtschaftsforschungsinstitut oder Expertenkommission – zurzeit kommen gute Ratschläge zur Zukunft des Gesundheitswesens aus allen Richtungen. Viele hundert Seiten Papier, viele Vorschläge – teils alter Hut, teils radikale Umorientierung. Hier eine Zusammenfassung der Kernpunkte.**

„Wir sind nicht bereit, länger als Sündenbock für gesetzgeberische Mängel und die Handlungsunfähigkeit der Krankenkassen herzuhalten“, polterte Manfred Richter-Reichhelm auf der KBV-Vertreterversammlung in Berlin. Er forderte Politik und Krankenkassen zu einem sachbezogenen Dialog auf, statt leere Wettbewerbsplatitüden zu reproduzieren. Grund für den Unmut: das Gutachten „Weichenstellung für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik“.

Das 20-seitige Werk der Expertenkommission – bestehend aus den vier Professoren Gerd Glaeske, Karl Lauterbach, Bert Rürup und Jürgen Wasem – birgt viel Sprengstoff. Zentrale Aussage der Wissenschaftler: die kassenärztliche Selbstverwaltung sei strukturell überfordert und das Monopol der KVen im Hinblick auf Vertrags- und Vergütungsstrukturen nicht zukunftsfähig. „Krankenkassen brauchen die Möglichkeit, mit Ärzten, Ärztenetzen und auch Krankenhäusern direkt Behandlungsverträge schließen zu können“, heißt es im Gutachten. Weitere Kernpunkte der Expertenkommission:

- Absage an Grund- und Wahlleistungen: „Es gibt keine Notwendigkeit für einen grundlegenden Systemwechsel in Richtung einer Privatisierung des Gesundheitsrisikos“
- Qualitätskontrolle: Unabhängige Institutionen sollen geschaffen werden, die mit evidenzbasierten Leitlinien Qualitäts- und Versorgungsziele vorgeben
- Integrierte Versorgung: Förderung einer sektorenübergreifenden Behandlung durch Verknüpfung von stationärem und ambulanten Sektor
- Förderung von medizinischen Innovationen; der therapeutische Nutzen muss jedoch zweifelsfrei belegt sein
- Priorität der Vorsorge: „Eine moderne Gesundheitspolitik setzt auf den Vorrang der Prävention“

- Das Qualifizierungssystem im Gesundheitsbereich muss verbessert und für Ärzte attraktiver werden

- Abkopplung der Versicherungspflichtgrenze vom Lohn: Alle Einkünfte – etwa aus Mieteinnahmen – müssen zur Beitragsbemessung herangezogen werden

- Lotsenfunktion des Hausarztes neben der Basisversorgung



Das Gutachten der vier Pro-

fessoren bestätigt im Wesentlichen die von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt bereits im Eckpunktepapier vertretenen Ansätze – wen wundert's, war doch die SPD Auftraggeberin des Gutachtens.

Fast zeitgleich mit diesem kam auch das Zusatz-Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen heraus. Das Hauptgutachten war zu dem Ergebnis gekommen, es gebe parallel eine Über-, Unter- und Fehlversorgung. Diese Fehlsteuerungen seien das Kernproblem für ein patienten-, gesundheits-, und effizienzorientiertes Gesundheitssystem. Unter der Überschrift „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ ging es im jetzt vorgestellten Zusatzpapier um Effektivität in der Arzneimittelversorgung. Für die Gutachter ergeben sich große Effizienzpotentiale durch

- Umstellung von Originalpräparaten auf Generika
- Nutzung von Preisdifferenzen zwischen Krankenhaus und öffentlicher Apotheke
- Substitution von teuren Analogpräparaten (me-too-Präparate) durch therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe

- Erwerb preisgünstiger Arzneimittel im Ausland und Aufhebung des Versandhandelsverbotes

- Senkung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel

- Aufhebung der „Preisbindung der zweiten Hand“ bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten

Mit drastischen Beitragsberechnungen wartete das dritte – ebenfalls im Dezember vorgestellte – Gutachten auf. „Die Spanne der errechneten Beitragssätze für das Jahr 2040 reicht unter Ausschluss der Extremwerte von 18 bis 28 Prozent.“ Allerdings: Der demographische Faktor durch Bevölkerungsalterung ist bei diesen Berechnungen vernachlässigbar. Von einer Kostenexplosion könne derzeit

keine Rede sein, heißt es in diesem Gutachten des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung (DIW). Radikalste Vor-

schläge der Expertise, die im Auftrag des Wirtschaftsministeriums erstellt wurde:

- Auflösung der privaten Krankenversicherung und Ausdehnung der Pflichtversicherung auf die gesamte Wohnbevölkerung.

- Finanzierung dieses neuen Systems: Erhebung von – nach Krankenkassen differenzierten – Pro-Kopf-Beiträgen. Der Arbeitgeberanteil könnte direkt an den Arbeitnehmer ausgezahlt werden, wodurch der Krankenkassenwettbewerb stärker gefördert würde. Zusatzeffekt: der Druck einer lohnbezogenen Beitragsstabilität entfiel.

Die Gutachter sind sich allerdings einig, dass wesentliche Grundvoraussetzung für mehr Wettbewerb ein funktionierender Risikostrukturausgleich sei. Auch in diesem Gutachten wird die Aufspaltung des Leistungskataloges abgelehnt: „Einschränkungen des Leistungskataloges sind keine Maßnahme der Effizienzsteigerung. Auch die Trennung in Pflicht-Absicherung und freiwillige Vorsorge ist im Gesundheitswesen gegenwärtig nicht zielführend.“

Die BZÄK wird zu den Gutachten in Kürze eine ausführliche Stellungnahme erarbeiten. om

BVA zum Risikostrukturausgleich

## Man muss mit Fehlern rechnen

**Mit den Plänen der Bundesregierung, den Risikostrukturausgleich unter den gesetzlichen Krankenversicherungen zu ändern, kommen zusätzliche umfangreiche Kontrollmaßnahmen auf das Bundesversicherungsamt (BVA) zu. Zur Prüfung von Disease-Management-Programmen und des Risikopools sollen in den nächsten zwei Jahren allein auf Bundesebene dieser Behörde 17 neue Stellen – unter anderem auch für Mediziner – eingerichtet werden.**

Mit einer durchschnittlichen Anhebung um 0,3 Prozentpunkte blieb der Präsident des Bundesversicherungsamtes in seiner Prognose über den zu erwartenden Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sehr zurückhaltend. Wie Dr. Rainer Daubenbüchel anlässlich der Vorstellung des BVA-Tätigkeitsberichts und des Jahresberichtes des Prüfdienstes Krankenversicherung in Bonn erklärte, sei der „sprunghafte“ Anstieg der Arzneimittelausgaben aber nicht der alleinige Grund für die deutlichen Beitragssteigerungen. Denn bereits im Herbst 2000 habe das Amt einen Finanzmehrbedarf von rund 0,2 Prozentpunkten festgestellt. Nur: Die Kassen hatten mit Blick auf die Novelle des Risikostrukturausgleichs aus Wettbewerbsgründen ihre Rücklagen aufgezehrt und so die Beitragssatzanhebungen künstlich hinausgezögert.



Foto: BVA

Sieht mehr Bedarf zur Kontrolle der gesetzlichen Krankenkassen durch den neuen Risikostrukturausgleich:  
BVA-Präsident Dr. Rainer Daubenbüchel.

fälle. Der Anreiz, künftig den Kassen, die für chronisch Kranke besonders strukturierte Behandlungsprogramme schaffen, erhöhte Leistungsausgaben zuzuschreiben, und somit den Wettbewerb um „gesunde Versicherte“ herunterzuschrauben, stellt das BVA vor neue Prüfaufgaben. Hier muss „ein völlig neues Verwaltungsverfahren installiert werden, wobei insbesondere zu untersuchen sein wird, ob die Kassen die in der RSA-Verordnung definierten Anforderungen an die Behandlungsprogramme auch

durch den Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern erfüllen“, kündigte Daubenbüchel an.

## Volles Risiko

Ebenfalls umfangreiche Prüfarbeiten stehen dem BVA durch die Schaffung der besonderen Risikopools ins Haus. Wird ein Betrag geltend gemacht, muss er anhand von Belegen geprüft werden. Dem entsprechend forderte Daubenbüchel, diese Kontrollen schon jetzt im Gesetz, zumindest aber in der Verordnung verbindlich festzuschreiben, „damit diese manipulationsempfindliche Geschichte überprüft werden kann“. Gründe dafür braucht der Präsident der Bundesbehörde nicht lange zu suchen, geht es doch um viel Geld. Hier müsse man „immer mit Fehlern rechnen“.

Entsprechende Erfahrungen hat das BVA bereits sammeln müssen: Schon bei vielen freiwillig versicherten Selbständigen, so monierte das Amt, wurden von einzelnen Kassen noch nicht einmal Mindestbeiträge eingezogen. Denn die Kasse schade sich in solchen Fällen ja nicht selbst, sondern wegen des RSA immer der gesamten Gemeinschaft. Auch wenn in den besagten Fällen die Arbeitsanweisungen der Vorstände in Ordnung seien, stimme das Verhalten einzelner Geschäftsstellen dann nicht. Hier sei die Versuchung zur Manipulation wegen der großen Geldsummen groß.

Schon deshalb – so die Schlussfolgerung der Systemzwänge – lohnt es sich, im Rahmen

des immer komplizierteren Systems das BVA mit zusätzlichen Prüfungsaufgaben zu versehen. Beispiele dafür gab es genügend: So hatten die Beamten bereits mit der bundesweiten Überprüfung der Mitversicherten ins Schwarze getroffen: 700 000 Menschen, so stellte sich im Rahmen einer konzentrierten Aktion der Prüfdienste auf Bund und Länderebene heraus, waren von den Kassen unrechtmäßig mitversichert worden. mn

## Es kommt um so härter

Mit Jahresbeginn 2002 trifft es die Versicherten jetzt um so härter. Insbesondere Kassen, die bereits auf hohem Beitragsniveau liegen, müssten Anfang dieses Jahres mit weiteren Mitgliederverlusten rechnen. Diese konnten, so Daubenbüchel, durch den alten Risikostrukturausgleich (RSA) kaum ausgeglichen werden.

Kritisch sieht der BVA-Präsident die Umsetzung der mit dem neuen RSA erwarteten Disease-Management-Programme und dem Handling der Risikopools für besonders teure Leistungs-



*BZÄK-Präsident bei der VDZI-Mitgliederversammlung in Kassel*

## Den Wettbewerb als Chance nutzen

**Um das Spannungsfeld zwischen präventionsorientierter Zahnheilkunde und Zahntechnik zu beleuchten, hatte der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) den Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, zum Gespräch geladen. Weitkamps Appell: Die Zahntechniker sollten sich einem fairen Wettbewerb stellen und die Herausforderungen der Präventionsorientierung für den Berufsstand als Chance nutzen.**

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, kam mit einer eindringlichen Botschaft zur VDZI-Mitgliederversammlung am 4. Dezember 2001 nach Kassel: Er forderte die Zahntechniker auf, das Praxislabor endlich aus dem Zielfokus der politischen Diskussionen zu verdrängen und stattdessen die wirklichen Belange dieser Zeit



*Dr. Dr. Jürgen Weitkamp,  
BZÄK-Präsident*

ins Visier zu nehmen. Er verwies auf die Chancen, die sich aus einem fairen Wettbewerb und aus den Herausforderungen der präventionsorientierten Zahnheilkunde ergeben. Weitkamp betonte, er wolle die Koexistenz von Zahnärzteschaft und Zahntechnik nachdrücklich unterstützen. Die Notwendigkeit des Erhalts des Praxislabors sei vom Bundesgerichtshof bestätigt worden. Dr. Weitkamp betonte, dass sich die über die zahnärztlichen Laboratorien verarbeitete Menge über Jahre konstant zwischen 27 bis 31 Prozent bewege. Er wehrte sich gegen die Forderung des VDZI, das zahnärztliche Labor ordnungspolitisch zu begrenzen, um den zahntechnischen Berufsstand zu schützen. Einen Protektionismus, welchen der VDZI auch gegenüber der Politik verschiedentlich eingefordert hatte, könne und dürfe es nicht geben. „Einen Zaun um eine grüne Wiese zu ziehen, ist illusorisch“. Stattdessen ermutigte er dazu, „ein Stückchen mehr Marktwirtschaft“ zuzulassen und sich den Wettbewerb zu erschließen. Die Vielfalt der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistung müsse nach Preis und Angebot wahr-

genommen werden, wobei der Patient im Mittelpunkt stehen und nach seinen Bedürfnissen wählen müsse. Dr. Weitkamp betonte, dass er durch entsprechende Rechtsprechung und die Entwicklung in Europa auch allmählich einen Wandel im System der gesundheitlichen Versorgung hin zu mehr Liberalität und Wettbewerb erwarte.

### Präventionsorientierung

Der BZÄK-Präsident erläuterte den Zahntechnikern die Bedeutung der präventionsorientierten Zahnheilkunde: „Es wird noch Prothetik geben, aber in wesentlich anderer Form“. Er forderte ein Modell von diagnose- und befundabhängigen Festzuschüssen und machte die Chancen deutlich, die sich auch für den zahntechnischen Beruf ergeben: „Bei aller Solidarität sollte man vor dem Wettbewerb keine Bedenken haben.“ Der zum Zeitpunkt der Diskussion noch amtierende VDZI-Präsident Lutz Wolf appellierte an die Zahnärzteschaft, das erneute Angebot des VDZI zu einem umfassenden gesundheitspolitischen Dialog mit dem Ziel gemeinsamer Lösungen anzunehmen. (Wolf und der gesamte VDZI-Vorstand traten noch am gleichen Nachmittag wegen verbandsinterner Aus-



*Lutz Wolf, VDZI*

Fotos: zm

*Der Kommentar*

### Jetzt ist der VDZI am Zuge

Der Dialog zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern liegt bekanntlich schon seit längerem auf Eis. Grund: Die Zahntechniker sehen sich durch die vermeintliche Konkurrenz des Praxislabors bedroht. BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp kam mit einer eindeutig nach vorn gerichteten Botschaft nach Kassel: Statt im Vergangenen verhaftet zu bleiben, sollte man den Blick in die Zukunft richten und sich den tatsächlichen Herausforderungen stellen. Aber trotz Lippenbekenntnissen zur gemeinsamen Dialogbereitschaft zeigte sich in der Diskussion, dass es den Zahntechnikern nach wie vor mehr um die Rettung von Pfründen statt um echte Reformen geht. Jetzt ist der VDZI am Zuge, Schritte nach vorn zu gehen. Doch das dürfte sich angesichts der derzeitigen Orientierungslosigkeit in der Verbandsspitze noch hinziehen. pr

einandersetzungen um Finanzfragen überraschend zurück.) „Die Zusammenarbeit von Zahnarztpraxis und Gewerbelabor ist und muss eine echte Vertrauensbeziehung sein und bleiben“, sagte er. Wolf forderte eine Verständigung über eine sozialverträgliche Mindestversorgung mit Zahnersatz in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Grundversorgung sehe er in dem augenblicklichen Leistungsrahmen beschrieben. „Dieses fachliche Versorgungsniveau zur gesetzpolitischen Disposition zu stellen, hieße für beide Berufsstände, aber vor allem für die zahnärztlichen Gremien, einen schweren politischen Glaubwürdigkeitsverlust, eine Diskreditierung jahrzehntelanger fachlicher Praxis und fachlicher Notwendigkeit in der Versorgung in Kauf zu nehmen“, sagte Wolf. Für ein dereguliertes GKV-System verlangte er nach Rahmenbedingungen. Für die Techniker existenzielle Strukturfragen einem angeblich freien Markt zu überlassen, hieße, seiner berufsständischen Verantwortung auszuweichen und Fehlentwicklungen Tür und Tor zu öffnen. pr

3. Berliner Zahn- und Mundgesundheitsforum war überlaufen

## Hingehen, wo die Patienten sind

**Der Ort war bewusst gewählt für diese Reihe: Die URANIA, ein erstklassiges Haus für Erwachsenenfortbildung in Berlin, in dem auch Nobelpreisträger ihre Gedanken unters Volk bringen, bewies sich erneut als geeigneter Ort, um über Mundgesundheit zu reden und offene Ohren zu finden.**

Aus pädagogischen Gründen nicht kostenlos, sondern mit einem kleinen Obolus versehen, wurde am 7. November 2001 nunmehr zum dritten Mal die Bevölkerung zum Zahn- und Mundgesundheitsforum eingeladen, diesmal unter der Überschrift „Implantate“. Bilanz: Die Kasse musste vorzeitig schließen, der 320-Personen-Raum war überfüllt, rund 1000 Besucher drängten sich durch die Informationsausstellung.

Mit finanzieller und organisatorischer Unterstützung von einem Sponsor präsentieren die Zahnärztekammer Berlin, die beiden Hochschulen und die Zahn-techniker-Innung in dieser Veranstaltungsreihe jeweils ein Oberthema „von allen Seiten“, stellen Vor- und Nachteile gegenüber, ebenso wie die Kosten, prinzipiell wird „Kassenversorgung“ nicht schlecht gemacht und teure Alternativlösungen nicht unkritisch „verkauft“.

### Aufsuchende Kommunikation

Das Konzept der Veranstaltungsreihe: aufsuchende Kommunikation, glaubwürdige Präsentation, ehrliche Inhalte, individuelle Gespräche an Info-Ständen – und keine peinlichen Diskussionen im Saal. Hier wird verwirklicht, was Professor Almuth Künkel beim BZÄK-Workshop zu Prävention im Alter jüngst gefordert hatte: Die Menschen dort ansprechen, wo sie sind, und sie so ansprechen, dass sie es verstehen – und ihnen nicht aufdrängen, was sie nicht selber wünschen, aber zeigen, was sie sich wünschen könnten. Die Resonanz der Besucher – durchaus kritische Berliner Bevölkerung – ist oft geradezu herzlich. Die Akteure sind inzwischen gewöhnt, dass man sich bei ihnen bedankt für die hilfreiche Unterstüt-

zung der eigenen Meinungsbildung. Gekommen waren die Besucher zum Thema „Implantate“ – das ist ein Gebiet, das viel Interesse, aber auch viele Sorgen und Ängste beinhaltet, also attraktiv ist. Mitgenommen haben die Besucher neben Hinweisen zu Verfahren, Werkstoffen, Haltbarkeiten, Aussehen, Komfort, anamnestischen Voraussetzungen und Einheilproblemen unerwartet auch eine ganze Menge an Informationen rund um Prophylaxe.



Vermutlich wäre zum Thema „Richtig Zähneputzen“ nicht ein Zehntel der Besucher erschienen – nun aber wurden viele erreicht, die anfangs andere Interessen hatten. Implantate, hörten sie, ließen sich vermeiden bei sorgfältiger Mundhygiene, frühzeitiger PAR-Behandlung, PZR nach individuellen Rhythmen, Zahnverlust sei keine normale Alterserscheinung, Zahnbettlerkrankungen auch nicht – und all diese Nachrichten wurden nicht in einem eigenen Beitrag vermittelt, sondern eingebaut in Moderation und Präsentation, wie in einem „Trojanischen Pferd“. Zahnersatzträger – das waren wohl die meisten im Publikum – erfuhren, dass sie eine sehr gute Mundhygiene brauchen, um

möglichst viele natürliche Zähne zu erhalten – und dass Implantate einen nicht von allen Lästigkeiten erlösen: Im Gegenteil sei hier sogar eine exzellente Mundhygiene nötig, um die teuren Drittwurzeln nicht wieder zu verlieren.

### Geschenkidee: Zahnersatz

Wie geplant und gehofft, kamen in den Pausen in der Ausstellung dann auch viele Fragen zu Hygiene und Erhalt der natürlichen Zähne. Denn das war den URANIA-Besuchern nach der dreistündigen Veran-



Fotos: Dohlus

Individuelle Gespräche mit den Besuchern standen beim Berliner Forum im Mittelpunkt.

staltung klar: „Mal eben ganz locker ein Implantat setzen“, wie die Werbung und manche Veranstalter postulieren – das geht nicht. Aber wer sich dafür entschließt, auch das wurde deutlich, bekommt ein Plus an Lebensqualität, das viele junge Menschen gar nicht nachvollziehen können. Gegen Finanzsorgen hatte ZTM Rainer Struck abschließend einen guten Tipp: „Ein Implantat muss sie nichts kosten“, meinte er zur hörbaren Verblüffung der Zuhörer im Saal, „Sie bekommen doch so viel geschenkt – warum nicht mal erstklassigen Zahnersatz?“

Birgit Dohlus  
Danckelmannstr. 9  
14059 Berlin

# Im Netz der Kassen

Sascha Devigne

**Seit vergangenem Monat ist es 'raus: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat in einer programmatischen Rede ihr Konzept zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgestellt. Medizinische Qualität und solidarische Finanzierung spielen darin zwar auch eine Rolle. Im Mittelpunkt aber stehen integrierte Versorgung, Vernetzung und Einzelvertragssystem. Ein altes Thema ist plötzlich aktueller denn je. Einige Kassen möchten am liebsten jetzt schon Fangen spielen. Ihre Beute: die niedergelassenen Ärzte.**

**I**m Grunde scheint die Sache ja ganz einfach und logisch zu sein. Statt alleine und jeder für sich zu arbeiten, schließen sich Ärzte zusammen, um eine bessere Versorgung ihrer Patienten zu gewährleisten. Keine unnötigen Doppel- und Dreifachuntersuchungen, keine überflüssigen Überweisungen, keine ungewollten Klinikaufenthalte. Netz-Mediziner sollen Netz-Patienten schneller, besser, günstiger behandeln. Die integrierte Versorgung macht's möglich.

Rechtlich ist die Sache seit Jahren beschlossen. Nach Paragraph 140a SGB V ermöglicht die integrierte Versorgung eine Versorgung der Versicherten, die auf verschiedene Leistungssektoren übergreift. Die Begründung zum Gesetzentwurf sah vor, Versorgungsformen zu schaffen, die „zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich“ liegen.

Bei näherem Hinsehen ist die integrierte Versorgung aber viel mehr als ein System zur besseren Koordination ambulanter und

stationärer Patientenversorgung, mehr als eine ablaufoptimierte Zusammenarbeit zwischen Facharzt und Krankenhaus.

Integrierte Versorgung

setzt die Vernetzung der Einzelpraxen voraus – und ist damit ein Türöffner für das Einzelvertragssystem. Die Kassen gehen auf Ärzefang und ziehen sich genau jene Mediziner in ihre Netze, von denen sie sich die größte Kosteneffizienz versprechen (siehe zm 5/2000).

Ärzte als Angestellte von Krankenkassen – für die meisten deutschen Mediziner wohl ein Horrorszenario. Andere Länder, andere Sitten: In den USA und auch in der Schweiz ist „Health Maintenance Organization“ (HMO) ein verbreitetes Modell – welches allerdings scharf kritisiert wird. Gemeinschaftspraxen schließen sich dem HMO-System an, erhalten jährliche Pauschalen für jedes Versicherungsmitglied und müssen damit alle Leistungen abdecken, von der ambulanten Diagnose bis zur stationären Therapie. Dadurch sollen überflüssige Untersuchungen vermieden und bis zu 40 Prozent der Ausgaben eingespart werden.

## Auf Versichertenfang

„Integrierte Versorgung bietet ungekannte Wachstumsmöglichkeiten“, meint Diplom-Volkswirt Christof Mutter von der Freiburger Unternehmensberatung CMK. Allerdings sei ein Erfolg nur dann möglich, wenn Patienten das integrierte Versorgungsangebot der Kassen annehmen. „Es muss einem Netzwerk gelingen, für Krankenversicherte attraktive Angebote zu finden und zu präsentieren.“ Wenn den Kassen die Ärzte erst ins Netz gegangen sind, gehen sie auf Versichertenfang.

„Hab' Dich!“  
Wer seinem Hätscher  
erst einmal ins Netz  
gegangen ist,  
sieht die Dinge  
aus einer anderen  
Perspektive.

Um integrierte Versorgung zu realisieren, wären „nicht nur Verträge zwischen Leistungsanbietern und Kassen“ nötig. Auch könne man den Aufbau integrierter Versorgungsnetze nicht deterministisch planen, so Mutter. „Solche Zusammenschlüsse müssen sich entwickeln und man kann lediglich die Entwicklung zu steuern versuchen.“

Den Krankenkassen ist die integrierte Versorgung überaus angenehm. Seit den Seehofer-Reformen müssen sie um ihre Versicherten kämpfen – und über den Beitragssatz ist dieser Kampf nicht zu gewinnen. Mutter: „So wird gerade für jene Krankenkassen, die im Konkurrenzkampf keinen anderen Wettbewerbsvorteil aufweisen können, der Anreiz bestehen, integrierte Versorgungsformen als neue Angebote zu präsentieren.“

Wie zum Beweis hatte der AOK-Bundesverband bereits im Sommer 2000 über die Integrationsversorgung gejubelt. „Der Alltag des deutschen Gesundheitswesens ist noch immer von starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geprägt, zu Lasten des Patienten“, hieß es da in einer Pressemitteilung. „Um die Gräben zu überwinden, setzt die AOK auf integrierte Versorgung.“ Da ein eigenes Budget für diese Projekte zur Verfügung stünde und sich die Beteiligten „von den Vergütungskriterien lösen dürfen, die für Mediziner außerhalb der Netze gelten“, sei es möglich, „andere



Foto: Corbis/StockMarket

Schwerpunkte zu setzen“. Von ihren Leistungserbringern erwarte die AOK, dass sie sich vertraglich verpflichten, die Versicherten „qualitätsgesichert, wirksam, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ zu behandeln. Für die willigen Netz-Patienten wiederum stellte die Kasse einen „Beitragsbonus“ in Aussicht. Ein kleiner Köder für die große Beute.

„Die Krankenkassen besitzen allein nicht genügend Expertenwissen, um zu entscheiden, welcher Arzt für welche Aufgabe geeignet ist“, meint Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Geeinigt hatten sich die KBV und die GKV-Spitzenverbände aber bereits im Sommer 2000. Mit einer Rahmenvereinbarung verständigten sich beide Seiten über die Grundlagen einer

integrierten Versorgung. Im Frühjahr dieses Jahres hatten die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) nach Gesprächen mit den Kassenverbänden hingegen festgestellt, „dass sie angesichts der Haltung der Krankenkassen keine Möglichkeit sehen, einen Konsens über eine Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung zu finden“.

### **Ungleichmäßig versorgt**

Zwar teilen KZBV und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Auffassung des Runden Tisches, dass „eine sektorenübergreifende Versorgung im Interesse einer patientenorientierten Behandlung anzustreben“ ist. Das bedeutet allerdings nicht, dass die integrierten Versorgungsformen, so wie sie in Para-

graph 140a SGB V festgelegt sind, begrüßt werden. Besonders kritisch sehen KZBV und BZÄK, dass die sektorenübergreifende Versorgung nur „unter sehr eng begrenzten Voraussetzungen“ ermöglicht wird; nämlich nur für Patienten, die an einer integrierten Versorgung teilnehmen und nur für Ärzte, die mit bestimmten Krankenkassen Verträge abschließen. „Damit ist aber eine gleichmäßige, allen Versicherten zugängliche Versorgung nicht gewährleistet“, so die Stellungnahme von KZBV und BZÄK.

Ein wesentlicher Grund dafür, dass die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Zahnärzten scheiterten: Die GKV-Spitzenverbände hatten gefordert, dass integrierte Versorgung nicht nur sektorenübergreifend, sondern auch innerhalb des zahnärztlichen Sektors möglich sein soll. Das

allerdings sei, so KZBV und BZÄK, durch das Gesetz nicht gedeckt. Hier ist lediglich eine Aufteilung in haus- und fachärztliche Versorgung für den ärztlichen, nicht aber für den zahnärztlichen Bereich vorgesehen.

Wann und wo macht integrierte Versorgung im zahnmedizinischen Bereich überhaupt Sinn? Nach Ansicht von BZÄK und KZBV besitzt sektorenübergreifende Versorgung in diesem Bereich „keine große Relevanz“. Nur bei wenigen zahnärztlichen Behandlungen ist auch der ambulante ärztliche oder stationäre Sektor betroffen. Schnittstellen werden etwa bei der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie gesehen oder auch bei der Behandlung von Behinderten. Gerade hierbei, so KZBV und BZÄK, sei aber die integrierte Versorgung auf Grundlage von Paragraph 140 SGB V „kein geeignetes Instrument zur Verbesserung sektorenübergreifender Maßnahmen für alle betroffenen Patienten“.

### Einkaufsmodelle

Für den KZBV-Vorsitzenden Dr. Karl-Horst Schirbort stellen die gesetzlichen Regelungen zur integrierten Versorgung aber aus anderen Gründen eine Gefahr dar – sie sind, so der KZBV-Vorsitzende, „die ersten Einfallstore für Einkaufsmodelle“. Die KZBV lehnt die heiß diskutierten Einkaufsmodelle eindeutig ab. „Sie bringen weder Kostenvorteile noch Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung“, so Schirbort. „Im Gegenteil, sie bringen allein einen Macht- und Kompetenz-Zuwachs auf Seiten der Krankenkassen.“ Schirbort befürchtet Preisdumping auf Kosten der Versorgungsqualität. Die freie Arztwahl des Patienten wäre eingeschränkt und die Souveränität, eigene Entscheidungen hinsichtlich seiner Behandlung zu treffen, wäre verloren. Die Pläne von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, die freie Arztwahl einzuschränken und Einzelpraxen durch Versorgungsnetze zu verdrängen, belegen für Schirbort eindeutig den „Marsch auf den Kassenversorgungsstaat mit einem vollständig gegängelten und entmündigten Patienten.“



Foto: Bundesbildstelle

**„Die Ärzte der Zukunft behandeln in vernetzten Strukturen.“**

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

In einem Positionspapier zum Runden Tisch hatte die KZBV im Sommer deutlich gemacht, dass sie in Einkaufsmodellen „keine Lösungen der gravierenden Probleme im Gesundheitswesen“ sieht. Sie stünden nicht nur in einem „eklatanten Widerspruch“ zum System der Sozialen Marktwirtschaft, sondern bedeuteten auch eine Oligopolisierung der Nachfrageseite. „Die Ärzte haben in Einkaufsmodellen keinen Einfluss auf die Verträge.“ Krankenkassen würden aus ihrer dominanten Rolle heraus die Bedingungen diktieren. Wer ein Netz erst in der Hand hält, der will damit unter Garantie auch etwas fangen.

„Die Politiker sehen in den Einkaufsmodellen geradezu eine Heilslehre“, so BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. „Fragt man etwas näher nach, so wird bald klar, dass diese Einkaufsmodelle, wenn sie Realität würden, in ihrem Umfeld und in ihren Auswirkungen überhaupt noch nicht durchdacht sind.“ Die deutschen Zahnärzte wären sehr gut beraten, Einkaufsmodelle im derzeitigen System grundlegend abzulehnen – „und zwar ohne Wenn und Aber“.

Für ein „geordnetes und sinnvolles Miteinander kollektiv- und einzelvertraglicher

**„Wir dürfen nicht warten, bis den Oligopolen der Krankenkassen der Einzelne von uns hilflos gegenüber steht.“**

KZBV-Vorsitzender Dr. Karl-Horst Schirbort



Foto: zm/karplishing

Gestaltungsmöglichkeiten“ spricht sich hingegen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) aus. Sollte es zu einem Ausbau des Einzelvertragssystems kommen, müssten aber zunächst einige zentrale Punkte geklärt werden. So fragt die DKG etwa, wie sich bei immer differenzierteren Angeboten der Krankenkassen eine einheitliche Versorgung für alle GKV-Versicherten aufrecht erhalten lässt. Auch dürften Qualitäts- und Bedarfsaspekte nicht aufgrund zunehmenden Wettbewerbs und dem Ziel, Kosten zu senken, vernachlässigt werden. Zudem müsse feststehen, wem der Sicherstellungsauftrag zuzuordnen ist, wenn Einkaufsmodelle zunehmend an Bedeutung gewinnen. „Die Kompetenz zur Ausgestaltung einzelvertraglicher Lösungen“, so die DKG, „darf nicht allein bei den Kassen liegen.“

### Modellprojekte

„Schon heute ist es möglich, eine integrierte Versorgung des Patienten zu gewährleisten“, so Schmidt. Entsprechende Modellprojekte laufen bereits. „Wenn es trotzdem noch hapert, so mag das nicht nur daran liegen, dass alte Gewohnheiten gerade in der Selbstverwaltung schwer zu überwinden sind, sondern auch daran, dass das Vertragsrecht sich als Hemmnis auswirkt.“ Ulla Schmidt möchte die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen neu definieren. Ärzte sollen, so der Wille der Ministerin, mit den Krankenkassen alleinverantwortlich Verträge abschließen dürfen. „Ich neige dazu, jedem Arzt und jeder Ärztin selbst das Recht einzuräumen, mit den gesetzlichen Kassen Verträge über Leistungen abzuschließen.“ Das „Kartell der Kassenärztlichen Vereinigungen“ müsse aufgebrochen werden. Und: „Das Geld der Beitragszahler muss der medizinischen Leistung folgen und nicht dem kleinsten gemeinsamen Nenner einer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung.“

Eine Sichtweise, die manche sogar teilen; etwa Andreas Hoffmann von der Süddeutschen Zeitung. „Die Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten in der heutigen Form ist überholt“, schreibt er in einem Kommentar seines Blattes, „sie



wesentliche Vorteile	wesentliche Nachteile
<b>Kollektivvertragssystem</b>	
gleichmäßige, flächendeckende Versorgung Ordnungsfunktion Ermöglichung einheitlicher Qualitätsanforderungen (Standards)	Abschottung der Sektoren fehlende Flexibilität unzureichende Kapazitätssteuerung Verzögerung von Innovationen Marktungleichgewichte
<b>Einzelvertragssystem</b>	
stärkere Versichertenorientierung ökonomische Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität Flexibilisierung der Vertragsgestaltung bedarfsgerechte Vertragsgestaltung	Zersplitterung der Versorgung keine globale Steuerung Einschränkung der freien Arztwahl Machtungleichgewichte

*In ihrer Empfehlung für den Runden Tisch hat die „Arbeitsgruppe zur integrierten Versorgung“ das Spannungsverhältnis zwischen Kollektiv- und Einzelverträgen untersucht und tabellarisch gegenübergestellt. (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit)*

blockiert mehr als sie fördert. Auch die Monopole der Kassenärztlichen Vereinigung sind Dinosaurier der Sozialpolitik.“

Für einige, so Schirbort, scheint das Gesundheitswesen wohl nur „an der Allmacht der Ärzte und Zahnärztekartelle“ zu leiden. „Bezeichnenderweise sollen die Oligopole der Krankenkassen dabei unangetastet bleiben.“ Um Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, müssen Arztpraxen mehr kooperieren, sagt die Gesundheitsministerin. Fragt sich nur, ob die Ärzte das auch wollen. Nach einer Umfrage der Freiburger Unternehmensberatung CMK können sich immerhin drei Viertel der befragten Ärzte vorstellen, Mitglied eines Netzes im Sinne der integrierten Versorgung zu werden. Bereits heute gibt es in Deutschland mehr als 300 Praxisnetze und Qualitätsgemeinschaften. Bei einem ausgebauten Netzwerk, so eine Schätzung, sei mit Sparmöglichkeiten von 20 bis 25 Prozent zu rechnen – durch kooperative Nutzung von Geräten, durch Laborgemeinschaften oder durch gemeinsamen Einkauf. „Wir müssen Schluss damit machen, dass Ärzte Einzelkämpfer sind“, so Schmidt. „Die Ärzte der Zukunft behandeln in vernetzten Strukturen.“ Und die sollen nach Schmidts Willen dadurch erreicht werden, dass nie-

dergelassene Mediziner in verschärfte Konkurrenz und damit unter Preisdruck geraten – und ihnen de facto nichts anderes mehr übrig bleibt, als sich zusammenschließen. Schmidt: „Die Vergütung ärztlicher Leistungen ist eine Stellschraube, mit der womöglich noch mehr bewegt werden kann.“

### Sicherstellungsauftrag

Fragt sich nur, was. „Wer den Sicherstellungsauftrag vollständig den Krankenkassen übergeben will“, so Schirbort, „der erreicht damit, dass die Preise für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung und damit die Qualität nach unten gedrückt werden.“ Das Problem betrifft vor allem diejenigen, die derzeit auch am Kollektivvertragssystem unmittelbar beteiligt sind: die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesvereinigungen der Ärzte und Zahnärzte. Im Rahmen des Runden Tisches haben diese Akteure eine Arbeitsgruppe gebildet, um zu prüfen, wie die integrierte Versorgung weiterentwickelt werden kann und was eine Öffnung des Kollektivvertragssystems bedeuten würde.

Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe fallen durchaus divergent aus. Darüber, dass eine

sektorenübergreifende Versorgung sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der Behandlung steigern soll, besteht Konsens. Auch herrscht Einigkeit darüber, dass es keinen vollständigen Wechsel – weg von Kollektivverträgen, hin zu Einzelverträgen – oder eine Streichung der integrierten Versorgung geben dürfe. „Möglichst soll es zu einem geordneten Nebeneinander oder Miteinander beider Vertragssysteme kommen“, stellt die Arbeitsgruppe fest. Als Begründung wird angeführt, dass sowohl Kollektivverträge als auch Einzelverträge ihre Vor- und Nachteile haben (siehe Tabelle).

Hindernisse für eine integrierte Versorgung sind nach Ansicht der Arbeitsgruppe in der Bedarfsplanung, dem Zulassungsrecht und der sektoralen Budgetierung zu sehen. Denn diese führen „zur Abschottung zwischen den verschiedenen Leistungssektoren“. Auch fehle derzeit die gesetzliche Grundlage zur kollektivvertraglichen Regelung der integrierten Versorgung. Probleme bereitet es der Arbeitsgruppe zudem, festzustellen, inwieweit Ärzte und Zahnärzte durch ihren Zulassungsstatus beschränkt sind, wenn im Rahmen der integrierten Versorgung Verträge gestaltet und abgeschlossen werden. Fazit für den „Runden Tisch“: Die Diskussion zu Kollektiv- und Einzelverträgen sollte „auf einer verbreiterten ordnungspolitischen Ebene fortgeführt werden“ – unabhängig von etwaigen Finanzierungsfragen.

„Wir dürfen nicht warten, bis uns die Realitäten überrollt haben“, sagt Schirbort, „und den Oligopolen der Krankenkassen der Einzelne von uns hilflos gegenüber steht.“ Und auch BZÄK-Präsident Weitkamp warnt vor den Tücken der Netze: „Zum Einkauf gehören immer zwei – derjenige, der einkauft, und derjenige, der sich einkaufen lässt.“



Gemeinsame Stellungnahme der DGZMK und DGZPW

# Sind vollkeramische Kronen und Brücken wissenschaftlich anerkannt?

Lothar Pröbster

Vollkeramische zahnärztliche Restaurationen zeichnen sich durch hohe Ästhetik und Biokompatibilität aus. Die Vorteile vollkeramischer Restaurationen sind: kein toxisches oder allergisches Potential der Keramik, geringe Plaqueanlagerung, mögliche Schonung von Zahnhartsubstanz und Parodont und sehr gute Ästhetik. Die Vielfalt der auf dem Markt angebotenen Systeme und die nicht immer durch Studien belegten Angaben zu Indikationsbereichen und Verfahrensweisen erschweren eine sichere Anwendung vollkeramischer Systeme in der Praxis. Für die Anwendung von Keramiken für vollkeramische Restaurationen sind werkstoffkundliche Grundkenntnisse unerlässlich. Silikatkeramiken werden oft auch als Glaskeramik bezeichnet, da neben dem kristallinen



mensetzung (Tabelle 1), Verarbeitung (Tabelle 2) und klinischer Anwendung (Tabelle 3) klassifiziert werden:

Keine der vorgenannten Einteilungen lässt primär eine Aussage über die spezifische Indikation eines vollkeramischen Materials zu. Aus der Analyse der publizierten klinischen Studien zu keramischen Restaurationen lässt sich ableiten, dass materialspezifische

Indikationen bestehen. Die hohen Frakturaten früherer Vollkeramiksysteme haben gezeigt, dass Keramiken mit Biegefestigkeiten unter 200 MPa für die angestrebte Indikation der konventionell zementierten Kronen und Brücken nicht geeignet sind. Für Keramiken mit hoher Festigkeit liegen positive klinische Daten vor. Demgegenüber zeigen Silikatkeramiken mit Festigkeiten unter 200 MPa als Adhäsivrestaurationen gute Überlebensraten. Es ist also zu unterscheiden zwischen konventionell zementierbaren Vollkeramikrestaurationen und adhäsiv zu befestigenden Vollkeramikrestaurationen.

Tab. 1:  
Einteilung nach  
werkstoffkundlicher  
Zusammensetzung

oxidkeramische Werkstoffe	silikatkeramische Werkstoffe
glasinfiltriertes Aluminiumoxid	Feldspatkeramik
glasinfiltrierter Mg-Al-Spinell	Leuzitkeramik
glasinfiltriertes Zirkonoxid	Lithium-Disilikatkeramik
dichtgesintertes Aluminiumoxid	Fluoro-Apatit-Keramik
dichtgesintertes Zirkonoxid	

nen auch ein nicht kristalliner Glasanteil vorliegt. Unter Oxidkeramik versteht man einfache Oxide, wie Aluminiumoxid, Zirkondioxid und Titandioxid, sowie komplexe Oxide, wie Spinelle. Für die klinische Eignung einer Keramik zur Herstellung einer vollkeramischen Restauration müssen neben der Erfüllung der einschlägigen Normen vor allem die physikalisch-chemischen Eigenschaften bewertet werden. Dies sind die Biegefestigkeit, die Bruchzähigkeit, der Weibull-Modulus, die unterkritischen Risswachstumsfaktoren, die Dauerfestigkeit unter Wechsellast und die Risskorrosion durch Wasser sowie die Konditionierbarkeit für Verbundsysteme. Vollkeramische Systeme können nach werkstoffkundlicher Zusam-

Formsinterung  
Gießen  
Heißpressen  
Kopierschleifen  
CAD/CAM/CIM

Tab. 2: Einteilung nach dem  
Herstellungsverfahren

Konventionell zementierbare Restaurationen	Adhäsiv zu befestigende Restaurationen
Stiftaufbauten	Einlagefüllungen
Einlagefüllungen	Teilkronen
Kronen	Veneers
Brücken	

Tab. 3:  
Einteilung  
nach klinischer  
Anwendung

kraft- und spannungsschlüssiger Verbund zwischen Restauration und Zahn besteht, hängt die Belastbarkeit von der Eigenfestigkeit der Restauration ab. Diese wird bestimmt von den physikalischen Eigenschaften der Keramik und der Geometrie der Restauration. Konventionell zementierte Restaurationen müssen deshalb möglichst hohe Festigkeitseigenschaften des keramischen Werkstoffs und eine materialadäquate Präparation mit optimaler Widerstands- und Retentionsform aufweisen.

■ Für Stiftaufbauten und Einlagefüllungen aus Zirkonoxidkeramik, bei denen wegen ihrer hohen Biegefestigkeit das konventionelle Zementieren möglich erscheint, liegen hinreichende Langzeitergebnisse nicht vor.

■ Kronen: Konventionell zementierte vollkeramische Kronen sind angezeigt, wenn neben der allgemeinen medizinischen Indikation für die Überkronung eines Zahnes folgende Kriterien erfüllt werden können: Retentionsform (Stumpfhöhe mindestens vier Millimeter, Präparationswinkel sechs bis zehn Grad),

Widerstandsform (zirkuläre Stufe von einem Millimeter Breite, Mindestschichtstärke ein Millimeter, inziso-okklusale Schichtstärke 1,5 bis zwei Millimeter, gerundete innere Linien- und Kantenwinkel).

Die genannten Anforderungen stellen gegenüber einer herkömmlichen Verblendkrone einen erheblich höheren klinischen Aufwand dar. Der Mindestabtrag stellt bei Prämolaren und unteren Schneidezähnen ein Risiko für die Vitalerhaltung der Pulpa dar. Einfachere Präparationsformen (Hohlkehle) erscheinen bei sehr hohen Bruchzähigkeiten (Zirkonoxid) möglich. Opakere Kernkeramiken werden als Gerüst mit Sinterkeramiken verblendet, während bei Keramiken mit zahnhartsubstanzähnlicher Lichtdurchlässigkeit die Restaurationen lediglich bemalt und glasiert werden können. Die Befestigung erfolgt mit Zementen (Phosphat-, Glasionomer- und Hybridmonomerzementen), wobei Zemente mit hoher Lichtdurchlässigkeit zu besseren ästhetischen Ergebnissen im Kronenrandbereich beitragen. Unter Beachtung der publizierten Langzeiterfahrungen der jeweiligen

Systeme sind konventionell zementierte vollkeramische Kronen für das Front- und Seitenzahngelände wissenschaftlich anerkannt.

■ Brücken: Bei Brücken treten unter Last grundsätzlich Biegemomente auf, die Zugspannungen zur Folge haben. Die Keramik muss deswegen eine möglichst hohe Bruchzähigkeit aufweisen. Die für vollkeramische Kronen dargelegten Präparationsregeln sowie die Herstellervorschriften für die Gerüstgestaltung sind strikt zu befolgen. Die geforderten Mindestdimensionen sind jedoch klinisch nicht immer zu realisieren. Auch fehlen pragmatische Messverfahren der erreichbaren Dimensionen und der auftretenden Belastungen. Die geringen verfügbaren klinischen Daten machen gegenwärtig eine sehr strenge Indikationsstellung und eine Beschränkung auf dreigliedrige Brücken zum Ersatz eines Zahnes nötig. Von zukünftigen Zirkonoxidkeramiken wird erwartet, dass die Gerüstgestaltung derjenigen der Metallkeramik entspricht.

## Adhäsive keramische Restaurationen

Adhäsivrestaurationen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie durch einen kraftschlüssigen, reproduzierbaren und dauerhaften Verbund an der Zahnhartsubstanz verankert werden. Dies führt zu einer erheblichen Erhöhung der Belastbarkeit. Voraussetzung für einen Verbund ist die Adhäsivtechnik an der Zahnhartsubstanz, die Konditionierung der keramischen Fügefläche (Ätzung mit Flusssäure, Silanisierung) und die Verwendung eines Kunststoff-Komposits als Adhäsivmedium. Dentinkonditionierer sind für den Verschluss eröffneter Dentintubuli notwendig (Verhinderung postoperativer Beschwerden) und können zum Verbund beitragen. Anzustreben sind möglichst große Fügeflächen im Zahnschmelz. Die Präparation soll schmelzbegrenzt sein, da für dentinbegrenzte Adhäsivrestaurationen keine hinreichenden klinischen Daten vorliegen. Kriterien für adhäsive keramische Restaurationen sind: defektbezogene, schmelzbegrenzte Präparation, gerundete innere Linien- und Kanten-

winkel, keine mechanische Retention, adhäsive Aufbaufüllungen aus Komposit zur Erzielung gleichmäßiger Schichtstärken, adhäsives Befestigen unter streng kontrollierten Bedingungen (zum Beispiel Kofferdam). Der klinische Aufwand ist durch die Präparationsziele, provisorische Versorgung (wenig mechanische Retention) und die zeitintensive Adhäsivtechnik wesentlich höher als bei konventionellen Gussrestaurationen. Für folgende Indikationen liegen hinreichend klinische Daten vor, um sie als wissenschaftlich anerkannt einzustufen:

■ Adhäsive keramische Einlagefüllungen und labiale Veneers sind im Statement der DGZMK 1998 als wissenschaftlich anerkannt worden.

■ Adhäsive Teilkronen sind im Seitenzahngelände indiziert bei größeren okklusalen, approximalen, vestibulären Defekten mit nicht unterstützten Kavitätenwänden im Höckerbereich, sowie zur Okklusionstherapie (Bisshebung und mehr). Wegen der defektbezogenen, mechanisch nicht retentiven Präparation liegt ab der Beteiligung eines Höckers eine Teilkrone vor. Die Indikation im Frontzahngelände kann bei Formabweichungen, Verfärbungen, Stellungsanomalien, Formänderung von transpositionierten Zähnen, Diastemata, Zahnfrakturen, Abrasionen, Erosionen, multiplen Füllungen, Rekonstruktion von Führungsflächen und bei Non-Okklusion gegeben sein. Frontzahnteilkronen liegen vor, wenn bei defektbezogener Präparation neben der vestibulären die inzisalen, approximalen und lingualen Flächen ganz oder teilweise mit einbezogen werden.

■ Für adhäsiv befestigte Vollkronen und Brücken machen die verfügbaren klinischen Daten gegenwärtig eine gesicherte Aussage noch nicht möglich.

*Lothar Pröbster, Wiesbaden/Tübingen*

**Siehe auch unter der Internetadresse:**  
[www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de)



**Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.**

*Stellungnahme der Dt. Ges. für Zahnerhaltung (DGZ) und der Hochschullehrer für Zahnerhaltung*

## Direkte zahnfarbene Restaurationen im Frontzahnbereich

**Diese Stellungnahme zum Einsatz von direkten zahnfarbenen Restaurationen im Frontzahnbereich beschreibt den aktuellen Stand der Wissenschaft. Sie gibt den bisherigen und künftig zu erwartenden Anwendungsbereich wieder und soll dazu beitragen, die adäquate Bewertung in Leistungskatalogen zu erleichtern.**

Kompositkunststoffe (Komposite) werden bereits seit etwa vier Jahrzehnten im Frontzahnbereich verwendet und dabei zur Versorgung von Kavitäten der Klassen III, IV und V eingesetzt. Seit etwa fünf bis zehn Jahren finden sie in der täglichen Praxis zusätzlich auch zur Korrektur von Zahnverfärbungen, -lückenbildungen, -fehlstellungen und -fehlbildungen im Sinne der direkten Technik (zum Beispiel direktes Veneer, direkte Formkorrektur) Anwendung.

Mit der Verbesserung der werkstoffkundlichen Eigenschaften von Kompositen und der Neuentwicklung von Adhäsivsystemen, die nicht nur am Schmelz, sondern auch am Dentin eine ausreichende Abdichtung und Haftung erlauben (Dentinadhäsive beziehungsweise Schmelz-/Dentinadhäsive), können seit Beginn der 90er Jahre auch Frontzahnrestaurationen, die aufgrund ihrer Größe und Lage komplexere Anforderungen hinsichtlich Farbe, Transparenz, Form und Funktion abverlangen, hergestellt werden. Die Weiterentwicklung von Kompositmaterialien verbesserte deren physikalischen Eigenschaften wesentlich und erlaubte aufgrund eines größeren Angebotes an Farben und Opazitäten die Herstellung optisch ansprechender und langlebiger Frontzahnrestaurationen. Das Ergebnis sind ästhetisch und funktionell hochwertige, mehrschichtig eingebrachte Restaurationen, die sowohl am Schmelz als auch am Dentin haften und somit mit früheren Kompositfüllungen nicht mehr vergleichbar sind. Der früher hohe Verlust an Zahnhartsubstanz aufgrund konventioneller makroretentiver Präparationen, insbesondere bei den Kavitätenklassen III, IV und V, konnte somit deutlich eingeschränkt werden. Ebenso kann auf den Einsatz

parapulpärer Schrauben heute verzichtet werden. An die Stelle der Substanz opfernder Präparationen sind schadensgerechte „Adhäsivpräparationen“ getreten, die einen äußerst differenzierten und zeitaufwändigen Einsatz diverser Präparationsinstrumente erforderlich machen.

Die hohen funktionellen und ästhetischen Ansprüche an direkte mehrschichtige schmelz-/dentinadhäsive Restaurationen im Frontzahnbereich bedingen somit eine andere, das heißt wesentlich aufwändigere Präparations- und Verarbeitungstechnik. Wurden früher bei konventionellen Kompositfüllungen nach entsprechender Präparation die Komposite in der Regel in wenigen Arbeitsschritten eingebracht und erhärtet, so ist es heute für die Versorgung notwendig, eine zeitaufwändigere Schichttechnik einzusetzen, um randdichte und ästhetisch befriedigende Restaurationen zu erzielen. Der Zeit-, Material- und Geräteaufwand ist hierbei erheblich gestiegen.

Die genannten Gesichtspunkte, insbesondere die Entwicklung der Schmelz-/Dentinadhäsive zur Praxisreife in den 90er Jahren und die erweiterten Indikationsmöglichkeiten mit direkten mehrschichtigen Restaurationen, konnten bei der Entwicklung des heute geltenden Leistungskataloges (GOZ 1987/88) nicht entsprechend berücksichtigt werden. In der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5.8.1996 wird zum Ausdruck gebracht, dass die Kompositfüllungstherapie wie auch Adhäsivtechnik (Schmelzbonding) bei Erlass der GOZ bekannt waren. Dies darf jedoch nicht mit den erst in den 90er Jahren zur Praxisreife

entwickelten und heute empfohlenen Schmelz-/Dentinadhäsiven verwechselt beziehungsweise gleichgesetzt werden.

Schmelz-/Dentinadhäsive, mehrschichtige Restaurationen erfordern also einerseits einen höheren Gesamtaufwand, andererseits aber können indirekte Restaurationen in Form von Frontzahnkronen, Veneers und mehr dadurch vermieden werden, und sie sind bei korrekter Verarbeitung als parodontal günstig einzustufen.

Die Versorgung komplexerer Defekte im Front- und Seitenzahnbereich mit Kompositen wurde in früheren Stellungnahmen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (DGZMK/DGZ) bis Ende der 80er Jahre weitgehend abgelehnt, da diese bezüglich Randspaltbildung,

Abrasion/Attrition und Frakturgefahr inakzeptabel waren. Stattdessen war in der Regel die Herstellung von laborgefertigten Werkstücken (meist Überkronungen) das Mittel der Wahl. Insbesondere die mangelnde Haftung und Abdichtung der Komposite am Dentin ließ eine Ausweitung der Indikation für die damaligen Komposite nicht zu.

Mit den heute bewährten Schmelz-/Dentinadhäsiven und verbesserten Kompositen (schmelz-/dentinadhäsive Restaurationen) kann aber ein Beitrag zu einer präventionsorientierten Zahnheilkunde geleistet und in vielen Fällen unnötiger Verlust gesunder Zahnhartsubstanz vermieden werden.

Hiermit wird verdeutlicht, dass die bisherige Leistungsbewertung zu undifferenziert ist und den wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht mehr adäquat Rechnung trägt. Ein Festhalten an der bisherigen Bewertung, insbesondere bei der Herstellung komplexerer Restaurationen im Frontzahnbereich wäre somit ein Signal in die falsche Richtung, da sie dazu verleiten würde, Überkronungen auch in solchen Situationen vorzunehmen, die heute durch direkte Restaurationen schadensgerechter gelöst werden können.

*Prof. Dr. E. Hellwig (Präsident der DGZ)*

*Prof. Dr. D. Heidemann*

*(Präsident elect der DGZ)*

*Prof. Dr. R. Hickel (Past-Präsident der DGZ)*

*Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle (Sprecher der Hochschullehrer für Zahnerhaltung)*



Präventivmedizin

## Raucherentwöhnung für Herz und Lunge ein Geschenk

**Besonders für Patienten, bei denen das Rauchen bereits deutliche gesundheitliche Schäden hinterlassen hat, wird die Entwöhnung vom Glimmstängel zu einem dringlichen, manchmal lebensnotwendigen Ziel. Zwei prospektive Studien zeigen nun, dass auch bei diesen angegriffenen Patienten die „Pille gegen das Rauchen“ einen wirksamen Weg zur Abstinenz eröffnet.**

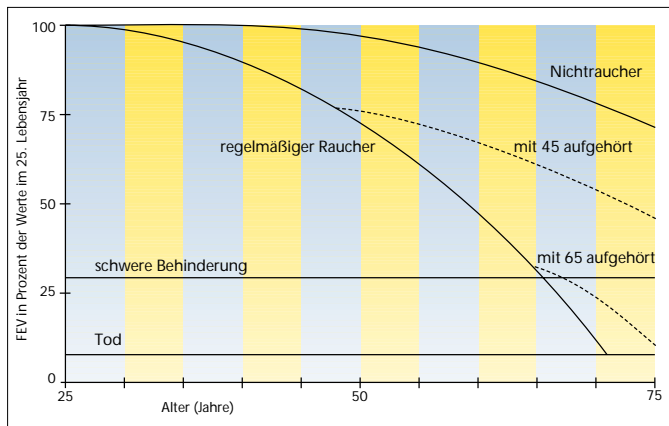


Abb. 1: Lungenfunktionsverlust bei Nichtrauchern, Rauchern und nach einem (rechtzeitigen) Ausstieg. Quelle: Bundesverband der Pneumologen Deutschland).

Eine der wichtigsten vermeidbaren Ursachen für den Herzinfarkt stellt das Rauchen dar. Man hat in den Zigaretten auch den wichtigsten Schadstoff ausgemacht, das Kohlenmonoxid, betonte der Münchner Kardiologe Dr. Peter Boliljanoff auf dem Pressegespräch „Raucherentwöhnung mit Herz und Verstand“ Anfang Dezember in Hamburg. Kohlenmonoxid ist ein potenter Endothelkiller und Gegenspieler des protektiven HDL-Cholesterins. Wie sich nun an einer Studie mit 626 Herzpatienten aus zehn Ländern zeigte, vermag die Einnahme von einer Tablette 300 mg Bupropion SR (Zyban®) über sieben Wochen 43 Prozent der starken Raucher abstinent zu machen (unter Plazebo waren es 19 Prozent). Nach einem halben Jahr waren es noch 27 Prozent, aus der Plazebo-Gruppe elf Prozent. Die Medikation war gut verträglich. Im Vergleich zu Plazebo traten lediglich Schlafstörungen, Mundtrockenheit und Schwindel etwas häufiger auf. Wenn der behandelnde Arzt diese Nebenwirkungen ankündigte, gab es in der Regel keine Probleme für die Anwender, die im Übrigen die Tabletten selbst zahlen (eine Tagesdosis liegt unter dem Preis für eine Schachtel Zigaret-

ten). Bupropion wird als einziges nikotinfreies Medikament zur Unterstützung der Raucherentwöhnung speziell von Fachärzten wie Kardiologen und Pneumologen bevorzugt, weil die Erfolgsraten höher sind und die Patienten eher abstinent werden. Zur Sicherheitsdiskussion der vergangenen Wochen sagte Dr. Lars Bergmann, Fachreferent für Neurologie der Münchner Herstellerfirma, dass unter der beobachteten Zahl von mehr als acht Millionen Bupropion-Anwendern keine bedrohlichen Nebenwirkungen bekannt wurden, wenn man Patienten, die zu Krämpfen neigen, von der Therapie ausschließt.

### Bei chronischer Bronchitis

Gemessen am forcierten expiratorischen Volumen (FEV) sind Patienten mit chronisch-obstruktiven Lungenkrankheiten (COPD) auf einem lebensgefährlichen Weg zur definitiven schweren Behinderung durch Versiegen der Lungenfunktion. In einem leidenschaftlichen Plädoyer warb Prof. Pál László Bölcskei, Nürnberg und München, für die Raucherentwöhnung bei diesen Patienten. Er verwies auf die in der

Abbildung dargestellte abfallende Lungenfunktionskurve bei Rauchern und die Verbesserung beim Ausstieg aus der Nikotinsuchtkrankheit.

Auch bei Patienten mit COPD und mehreren vergeblichen Versuchen, das Rauchen aufzugeben, gibt es eine Studie mit Bupropion SR. 404 Patienten wurden für zwölf Wochen behandelt und auch hier schafften doppelt so viele mit Hilfe der Tablette als unter Plazebo den Verzicht auf die Zigarette (18 versus zehn Prozent). Die Abstinenzraten nach einem halben Jahr waren 16 beziehungsweise neun Prozent.

Bölcskei begründet die geringere Erfolgsrate im Vergleich zu den Herzpatienten damit, dass es sich hier quasi um einen harten Kern der Raucher handele, die es oft wohl schon aufgegeben hätten, noch auf eine Gesundung zu hoffen. Sicher spiele es auch eine Rolle, dass die COPD schleichend verläuft, so dass der Leidensdruck wie auch das direkte Erlebnis des Abstinenzersfolgs für die Patienten nicht so deutlich sind wie bei den Herzpatienten.

### Pharmakologische Mogelei

Noch kurz zum Wirkprinzip von Bupropion: Das Mittel greift genau dort im ZNS an, wo der Raucher mit jeder neuen Zigarette einen Kick setzt, der ihn aktiviert und „belohnt“, wie sich der Allgemeinarzt Dr. Otmar Caréwicz, Dossenheim, ausdrückte. Fällt die Nikotinwirkung im Hirn ab, so geht der Raucher nach der nächsten Zigarette. Diesen „Schmacht“, wie Caréwicz sich ausdrückte, mildert Bupropion. Es lässt die Neurotransmitter auf einem niedrigen, aber spürbaren Niveau, so dass der Abfall der Nikotinwirkung nicht mehr als Mini-Entzug gefühlt wird. Aber auch hier gilt: Ohne einen starken Willen auf dem Boden einer klaren Einsicht und einen deutlichen Entschluss aufzuhören wirkt auch die beste Pille nicht. Es sei Sache der Ärzte (und der Zahnärzte?), nicht nur mit gutem Beispiel voranzugehen, sondern auch gefährdete Herz- oder Lungenkranke unter ihren Patienten gezielt anzusprechen.

Dr. T. U. Keil

*Der Störfall in der Praxis*

## Hyperkinetische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Friedrich Linderkamp

*Die Geschichte vom Zappelphilipp ist auch heute noch jedem Erwachsenen präsent. Und immer wieder trifft man im Bekanntenkreis oder in der Zahnarztpraxis auf Kinder, die einfach nicht still sitzen können und durch gesteigerten Aktivitäts- und Bewegungsdrang auf sich aufmerksam machen. Was steckt hinter diesem Syndrom, das ab einem gewissen Grad ein Krankheitsbild darstellt, wie kann man diesem begegnen und vor allem, wie kann diesen Kindern geholfen werden? Diese Fragen beantwortet der folgende Beitrag aus Sicht eines Kinderpsychologen.*

Erscheinungsbild und Klassifikation: Hyperkinetische Störungen (HKS) sind eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter. Gemäß der American Psychiatry Association (1994) tritt die Störung bei drei bis sechs Prozent der Schulkinder auf, wobei Jungen sechs bis neun Mal häufiger betroffen sind als Mädchen. Das Symptompektrum bei HKS lässt sich in die Bereiche der primären und der sekundären Symptomatik unterteilen. Die primäre Symptomatik ist gekennzeichnet durch Verhaltensprobleme einerseits aus dem Bereich unaufmerksamen Verhaltens und andererseits durch übermäßiges hyperaktiv-impulsives Verhalten. Dabei zeigt sich die Unaufmerksamkeit der betreffenden Kinder in der Weise, dass es ihnen zum einen nicht möglich ist, in Anforderungssituationen eine ausreichende Ausdauer aufzubringen (eingeschränkte Daueraufmerksamkeit) und zum anderen eine Konzentration auf die spezifischen Anforderungen in einer Situation nur unzulänglich gelingt, da die Kinder sehr sensibel auf Störreize reagieren (erhöhte Ablenkbarkeit). Dieses Problemverhalten manifestiert sich vor allem in Anforderungssituationen, die nicht selbst motiviert sind, sondern von außen an die Kinder herangetragen werden. Dies ist im Schulleistungskontext der Fall, wenn die Kinder im Unterricht oft nicht sitzen bleiben können, dazwischen rufen, andere unterbrechen und Aufgaben nicht geordnet angehen und nicht konzen-

triert (planvoll-reflexiv) bei der Sache bleiben können. Große Probleme zeigen sich zudem in komplexeren sozialen Situationen. Hier weckt das unaufmerksame und sprunghafte Verhalten des Kindes oft Unmut und wird von Gleichaltrigen sowie von Erwachsenen als sehr störend erlebt, so dass die betreffenden Kinder oft abgelehnt werden und häufig soziale Ausgrenzung erfahren.

### Probleme vor allem bei Fremdmotivation

Das sekundäre Symptompektrum umfasst eine beträchtliche Bandbreite komorbider Verhaltens-, Erlebens- und Leistungsprobleme. So belegen Metaanalysen von Subgruppenstudien, dass 30 bis 90 Prozent hyperkinetischer Kinder differenzialdiagnostisch gleichzeitig als dissozial klassifiziert werden können. Zudem leiden wahrscheinlich bis zu 85 Prozent hyperaktiver Kinder unter zusätzlichen affektiven Störungen. Im Einzelnen weisen ein Drittel der HKS-Kinder depressive Neigungen auf, und bei über einem Viertel der Kinder sind zusätzliche Angststörungen festzustellen. Des Weiteren haben 80 bis über 90 Prozent aller hyperaktiven Kinder Lernschwierigkeiten in Form einer fächerübergreifenden Schulleistungs-



Foto: MEV

*Kinder mit großem Bewegungsdrang sind eigentlich normal. Aber nicht selten steigert sich diese Aktivität in Hyperaktivität.*

problematik. 23 bis 35 Prozent hyperaktiver Kinder sind Klassenwiederholer (vergleiche Linderkamp, 1996).

Insbesondere diese sekundären beziehungsweise Folgeprobleme der betreffenden Kinder erhöhen das Risiko der Stabilisierung und Chronifizierung über das Kindes- und Jugendalter hinaus bis ins Erwachsenenalter. Entsprechend dokumentieren Längsschnittuntersuchungen, dass etwa 60 Prozent der betroffenen Kinder auch noch als Erwachsene Symptome einer HKS aufweisen. Zudem wurden in erhöhtem Ausmaß antisoziale beziehungsweise delinquente Verhaltensweisen, wenige beziehungsweise konfliktreiche Sozialbeziehungen sowie Drogenmissbrauch bei heranwachsenden hyperaktiven Kindern festgestellt (vergleiche Naumann, 1996).

Was die Ätiologie bei HKS betrifft, so sind sowohl biologisch-dispositionale als auch psychosoziale Faktoren anzuführen. Ergebnisse psychobiologischer Forschung führen die mangelnde Selbststeuerungs-

fähigkeit hyperaktiver Kinder auf eine defizitäre Regulation im noradrenergen System des ZNS zurück. Ursächlich hierfür sind zum einen unspezifische prä-, peri- und postnatale und in nicht unerheblichem Ausmaß genetische Faktoren. Hereditätsstudien weisen hier ein fünffach erhöhtes HKS-Risiko für Kinder hyperaktiver Eltern auf (vergleiche Samudra & Cantwell, 1999). Als weitere bedeutsame Größen gelten psychosoziale Faktoren. So liegt häufig eine beeinträchtigte Eltern-Kind-Beziehung vor, die durch eine verstärkte Anwendung bestrafungsorientierter Erziehungspraktiken, vermehrte Unsicherheit und Selbstkritik sowie weniger Gelassenheit und Souveränität in der Erziehung gekennzeichnet ist (siehe Saile & Gotschneider, 1995).

**Diagnostische Kriterien:** Zu bedenken ist an dieser Stelle, dass sowohl unaufmerksames Verhalten, wie hohe Sensibilität für externe Reize und Ungeduld, als auch motorische Unruhe und Impulsivität gleichsam ein Kennzeichen gesunden kindlichen Verhaltens darstellen können, wenn es im Sinn wissbegierigen Lerninteresses oder intensiven explorativen Spielverhaltens interpretiert werden kann. Unter diesen Umständen kann ein solches Verhalten durchaus als sehr positiv im Sinn von „antriebsstark“ und „aufgeweckt“ wahrgenommen werden. Zudem besteht aktuell das Problem der Fehldiagnose, indem im Zuge des derzeitigen starken öffentlichen Interesses an der Problematik des „Zappelphilipps“ vor schnell ein diagnostisches Urteil gefällt wird. Daher ist hervorzuheben, dass eine klinische Problematik erst dann gegeben ist, wenn neben den

- charakteristischen Verhaltensmerkmalen für Unaufmerksamkeit (mangelnde Ausdauer, geringe Vorausplanung, mangelnde Sorgfalt, Abgelenktheit), Impulsivität (mit Antworten herausplatzen, andere stören und unterbrechen) und Hyperaktivität (extensiver Bewegungsdrang)

- die Verhaltensaüßerungen im Vergleich zu Kindern mit gleichem Entwicklungsstand in deutlich stärkerer Ausprägung sowie

- situationsübergreifend (zum Beispiel zu Hause und in der Schule) vorliegen und dabei

- einen deutlichen Leidensdruck in den sozialen, schulischen oder beruflichen Lebenszusammenhängen des betroffenen Kindes oder Jugendlichen verursachen. Des Weiteren

- müssen die Verhaltensmerkmale seit mindestens sechs Monaten vorliegen sowie
- vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben.

- Die Störung ist auszuschließen, wenn anderweitige schwerer wiegende Entwicklungsstörungen vorliegen und wenn das Störungsverhalten eher als reaktiv bedingt zu sehen ist; das Kind also auf relativ akute krisenhafte Lebensereignisse (Überforderung nach Umschulung, Trennung der Eltern und mehr) reagiert.

Diese Zuweisungsmerkmale finden sich in international gültigen Klassifikationssystemen wieder (ICD-10; DSM-IV) und sind mithin bindend für ein fachlich fundiertes diagnostisches Vorgehen (im Einzelnen vergleiche Lauth & Linderkamp, 1995).

### **Therapie/Intervention:**

Unter Berücksichtigung der Behandlungsstandards der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1991) ist bei Kindern und Jugendlichen mit HKS eine multimodale Therapiekonzeption angezeigt. Bei diesem Vorgehen kommen im Wesentlichen eine medikamentöse Behandlung und verhaltenstherapeutische Methoden beziehungsweise Konzepte zum Einsatz.

Die medikamentöse Behandlung erfolgt zu meist mit Stimulanzien (Methylphenidat – zum Beispiel Ritalin®) und stellt eine Maßnahme dar, die bei starker hyperaktiv-impulsiver Symptomausprägung indiziert ist, da sie sehr zur Entlastung des Kindes und der Familie führt. Auf Seiten des Kindes kann somit etwa eine drohende Sonderbeschulung abgewendet werden, innerfamiliär wird eine Eskalation beziehungsweise Chronifizierung der Beziehungskonflikte verhindert. Die Stimulanzientherapie ist bei 60 bis 90 Prozent der betreffenden Kinder

wirksam, die Effekte sind umfassend und führen zur signifikanten Verbesserung sowohl der motorisch-impulsiven Symptomatik als auch des Aufmerksamkeitsverhaltens. Kontraindikationen liegen vor bei Tic-Störungen, herab gesetzter Hirnkrampfschwelle sowie bei Medikamentenabusus im Umfeld des Kindes. Bis auf eher geringe Schlaf- und Appetitstörungen und zum Teil anfänglichen Bauch- und Kopfschmerzen sind keine Nebenwirkungen bekannt. Bisherige Untersuchungen dokumentieren auch keine erhöhte Gefahr der Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit. Jedoch sind die Therapieeffekte begrenzt, denn es fehlen Generalisierungen auf die sozialen und Schulleistungsdefizite und auch Langzeiteffekte bleiben aus. Insofern handelt es sich bei der Stimulanzienverabreichung nicht um eine symptombezogene Heilbehandlung, sondern um eine Maßnahme zur Entspannung der Situation, ohne dass die Kinder jedoch einen Kompetenzgewinn erfahren. (siehe Fisher & Beckley, 1999). Es sind daher stets ergänzende therapeutische Maßnahmen angezeigt, um einen Kompetenzaufbau seitens des Kindes zu erreichen. Verhaltenstherapeutische Maßnah-

men haben den Aufbau sozialer und kognitiver Fertigkeiten zum Ziel, die das Kind dabei unterstützen, sein Verhalten besser zu steuern und zu organisieren (Linderkamp, 2001; Lauth & Schlottke, 1999).

### **Literaturempfehlung**

*Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (1999). Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Weinheim: Psychologie Verlags Union.*

### **Eltern müssen einbezogen werden**

Ganz wesentlich ist dabei die Einbeziehung der Eltern und auch der Lehrer des Kindes. Entsprechende Elterntrainings (Döpfner et al., 1997) zielen darauf ab, Veränderungen hinsichtlich (häufig automatisierter) negativer Interaktionsmuster zu erzielen, indem die Erziehungskompetenz der Eltern gestärkt wird, um so das Verhalten des Kindes besser steuern zu können. Dabei werden mit den Eltern vor allem Verhaltensmuster positiver sozialer Verstärkung (wie Zuwen-

dung bei ausdauerndem Spiel) aber auch spezielle operante Methoden (wie Token-System) eingeübt.

Im Rahmen einer Beratung weiterer Bezugspersonen wird praktisches Wissen über das Störungsbild vermittelt, so dass es möglich wird, positive Interaktionen mit dem hyperaktiven Kind anzubahnen sowie angemessenes Verhalten des Kindes gezielt zu verstärken. Dies ist sowohl für permanente Bezugspersonen wie Lehrer und Erzieher als auch für kurzzeitig zuständige Personen (zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte) von Relevanz.



Foto: MEV

Hyperaktive Kinder sind durch Unaufmerksamkeit stärker unfallgefährdet.

## Störungshintergrund bei HKS

■ Das „überdrehte Verhalten“ der Kinder ist nicht selbst gewählt und auch kein Ausdruck „freudiger Erregung“, sondern steht für eine elementare Selbststeuerungsproblematik.

■ Daher besteht auf Seiten des Kindes kein „böser Wille“; das Kind selbst leidet massiv unter seinem Steuerungsproblem (auch wenn dies im Kontakt mit dem „überdrehten“ Kind oft schwer zu erkennen ist).

■ Das Kind kann Situationen häufig nicht richtig einschätzen; ist daher erhöht unfallgefährdet.

■ Hinter einer „großen Klappe“ verbergen sich große soziale Unsicherheit, Ängstlichkeit und weitreichende Selbstwertprobleme – insofern besteht ein großer Unterstützungsbedarf.

■ Es besteht ein sehr großer Bedarf nach Anerkennung.

■ Es liegt auf Seiten des Kindes eine zumeist wenigstens durchschnittliche Intelligenz und oft ein großes kreatives Potenzial vor.

## Angemessenes Verhalten bei HKS

■ Gelassenheit und Souveränität sind die Voraussetzungen, damit Sie Kontrolle über die Situation erhalten und sie behalten.

■ Seien Sie dem Kind positiv zugewandt, unterstellen Sie ihm (auch non-verbal, zum Beispiel mimisch) keine böse Absicht.

■ Auch wenn das Kind sie einer harten Prüfung unterzieht: bleiben Sie „stur liebenswürdig“.

■ Im Umgang mit dem Kind ist ein hohes Maß an Strukturierung notwendig.

■ Sagen Sie dem Kind gleich zu Anfang genau, was Sie in welcher Abfolge in welchem Zeitrahmen vorhaben.

■ Sprechen Sie das Kind viel an.

■ Seien Sie dem Kind permanent zugewandt und nehmen Sie zum Zweck der Aufmerksamkeitslenkung auch durchaus kurzen Körperkontakt (Oberarm, Schulter) mit dem Kind auf.

■ Wenn das Kind unerlaubt Dinge nimmt: nehmen Sie dem Kind die Dinge emotions- und wortlos wieder ab.

■ Keine negativen Prophezeiungen („So wird das NIE was!“) oder generalisierte Anklagen („IMMER musst Du hier herumtreten!“).

■ Keine Moralisierungen („So etwas tut man aber nicht!“).

■ Keine Diskussionen und langwierigen Verhandlungen mit dem Kind.

■ Geben Sie statt dessen sachliche klare, kurze Anweisungen.

■ Ignorieren Sie so weit es geht das permanente Gerede des Kindes – inklusive möglicher verbaler Provokationen und Beleidigungen.

■ Wenn es zu heftig wird: Nutzen Sie sprachlich unterstützte Gesten: Das Kind fest (aber nicht böse) anschauen, die flache Hand „bremsend“ hochheben und deutlich „Stopp!“ sagen.

■ Sagen Sie in kurzen, klaren Sätzen, was SIE möchten („Ich-Botschaften“); nicht: „Lass das!“ sondern: „Ich möchte, dass du deine Hände auf deine Beine legst!“

■ Bleiben Sie „eng am Kind“, halten Sie so oft wie möglich (freundlichen) Blickkontakt.

■ Drohen Sie dem Kind nicht.

■ Kleine Störungen sollten ignoriert werden.

■ Auf größere Störungen gelassen aber konsequent korrigierend reagieren. Dabei keine Ermahnungen und Appelle, sondern:

■ sprechen Sie das Kind direkt und unaufgeregt an, dass Sie um seine Probleme still zu sitzen wissen und arbeiten Sie auf diesem Hintergrund mit Belohnungen: „Ich weiß, dass Du nicht so gut still halten kannst und deshalb biete ich Dir an, dir immer eine Münze/zehn Pfennig (oder einen Gummibär oder Ähnliches) zu geben, wenn Du es schaffst, bis der Zeiger der Uhr an der Wand ein mal 'rum ist, still zu sitzen (oder den Mund offen zu halten oder Ähnliches).“ Wenn das Kind es schafft, loben Sie es sehr und fahren Sie so fort („Ein Wettbewerb ums still Sitzen“). Bereiten Sie dieses „Spiel“ mit dem Kind gegebenenfalls bereits telefonisch mit der Mutter vor.

■ Das Kind erlebt selten Erfolge. Also: Loben Sie das Kind von Beginn an und zwar auch für kleine Erfolge – zum Beispiel wenn es dem Kind gelungen ist an einem (kurzen) Stück den Mund offen zu halten.

■ Schließlich: Auch die Mütter der Kinder brauchen viel Zuspruch, denn sie fühlen sich zumeist recht hilflos und (erziehungs-)unsicher, werden häufig kritisiert und erleben soziale Ausgrenzung. Daher ist es angezeigt, sensibel für positive Aspekte im Verhalten des Kindes und der Mutter zu sein und diese Beobachtungen auch (verstärkend) zurückzumelden.

Dipl.-Psych. Dr. Friedrich Linderkamp  
Universität Dortmund  
Fakultät Rehabilitationswissenschaften/  
Rehabilitationspsychologie  
Zentrum für Beratung und Therapie  
Emil-Figge-Straße 50  
D-44221 Dortmund  
E-Mail: [friedrich.linderkamp@uni-dortmund.de](mailto:friedrich.linderkamp@uni-dortmund.de)



Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.



Repetitorium

## Beinödeme

**Geschwollene Beine vor allem im Knöchelbereich, meist abends nach einem langen und anstrengenden Tag mit stundenlanger Tätigkeit im Sitzen oder Stehen oder auch nach einer langen Auto- oder Flugreise, wer kennt das nicht? Oft sind sie harmlos und vorübergehender Natur, oft sind sie aber auch Ausdruck einer (beginnenden) Abflussstörung im Bereich der Venen oder des Lymphsystems. Auch kann sich hinter den geschwollenen Knöcheln ein kardiales Ödem oder, was oft nicht erkannt wird, ein Lipödem verbergen – Grund genug also, die „dicken“ Beine ernst zu nehmen und der Ursache auf den Grund zu gehen. Allerdings lassen Diagnostik und Therapie der Beinödeme hier zu Lande oft noch zu wünschen übrig.**

Ödeme können passager auftreten oder konstant vorhanden sein, meist im Bereich der Beine, doch es können durchaus auch andere Körperregionen betroffen sein. Gemeinsam ist den Ödemen, dass sie auf eine Abflussstörung zurückgehen. Diese aber kann vielfältige Ursachen

haben. Allerdings werden Beinödeme hier zu Lande von vielen Betroffenen, aber auch von vielen Ärzten noch nicht ernst genug genommen. Sie werden oft erst in einem späten Stadium diagnostiziert, und bei der Therapie gibt es noch erhebliche Defizite, so das Fazit bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie in Bad Nauheim.

Die Ödeme sind harmlos, wenn es sich beispielsweise um ein Inaktivitätsödem handelt. So schwellen bei fast allen Menschen während längerer Flugreisen die Füße und die Beine an. Grund hierfür ist der Ausfall der venösen Muskelpumpe, welche für den Rücktransport von Gewebeflüssigkeit über die Venen verantwortlich ist. Es entstehen eiweißarme Ödeme, die sich rasch zurückbilden, sobald der Betroffene seine gewohnte Aktivität wieder aufnimmt.

Ödeme können aber auch im Zusammenhang mit Erkrankungen auftreten und bedürfen dann einer gezielten Therapie. So kann sich beispielsweise bei einer chronischen Herzinsuffizienz das Blut im gesamten Kreislauf stauen. Der venöse Druck ist

**Medizinisches Wissen erlangt man während des Studiums. Das liegt für Sie wahrscheinlich schon lange zurück. Inzwischen hat sich in allen Bereichen viel getan, denn Forschung und Wissenschaft schlafen nicht. Wir wollen Sie mit dieser Serie auf den neuesten Stand bringen. Das zm-Repetitorium Medizin erscheint in der zm-Ausgabe zum Ersten eines Monats.**

erhöht, und es kommt auch im Liegen zu Ödemen. Ein ähnliches Phänomen kann auftreten, wenn eine Extremität für einige Stunden nicht durchblutet wurde. Mit Wiedereintreten der Blutzirkulation bilden sich in einem solchen Fall zum Teil massive Ödeme aus, ehe das Lymphsystem wieder seine volle Funktionsfähigkeit zurückerlangt. Eine solche Ödembildung wird auch beobachtet, wenn Patienten mit arterieller Durchblutungsstörung, zum Beispiel durch eine chirurgische Rekonstruktion, wieder eine normale Durchblutung entwickeln.

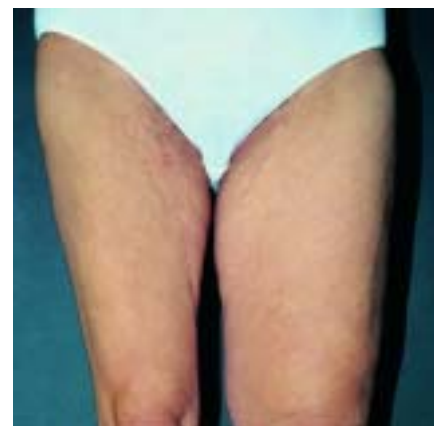
### Phlebödem

Deutlich weiter verbreitet aber sind Ödeme aufgrund einer manifesten venösen Abflussstörung. Man spricht dann von einem Phlebödem. Dieses geht auf eine Erkrankung des Venensystems zurück und gehört neben dem Lymph- und dem Lipödem zu den häufigsten Ödemformen. Es tritt praktisch nur an den Beinen auf und ist durch einen erhöhten venösen Druck infolge einer Schwäche der Venenklappen bedingt.

Durch die Klappeninsuffizienz steigt der Blutdruck in aufrechter Position in den Beinvenen an und kehrt anders als beim Venengesunden unter Aktivierung der Muskelpumpe nicht auf den Normalwert zurück.

Der erhöhte Druck setzt sich in den Kapillarbereich fort und bewirkt eine vermehrte Filtration bei verminderter Reabsorption, so dass insgesamt eine gesteigerte Produktion von Gewebeflüssigkeit resultiert. Kann das Lymphsystem die Flüssigkeit nicht abtransportieren, so entsteht ein phlebostatisches oder kurz ein Phlebödem. Es ist eiweißarm und hinterlässt beim Aufdrücken des Fingers eine sichtbare Delle im Gewebe.

Durch die Stauung ist meist die Haut im betroffenen Beinbereich bläulich verfärbt und mit zunehmender Krankheitsdauer entwickelt sich eine Braunfärbung infolge der Ablagerung von abgebautem Hämoglobin im Gewebe. Diese entsteht durch den Zerfall roter Blutkörperchen, welche durch den hohen venösen Druck aus dem Blut ins Ge-



Fotos: Fa. Jobst

*Bei Schwellungen einer Extremität sollte grundsätzlich nach einem Lymph- oder einem Lipödem gefahndet werden.*

webe austreten und nicht zurücktransportiert werden können. Wird das Phlebödem nicht adäquat behandelt, beispielsweise durch eine operative Sanierung der erkrankten Venen, so drohen Komplikationen wie Thrombosen oder auch die Entwicklung eines offenen Beingeschwürs (Ulcus cruris).

### Lymphödeme

Völlig andere Ursachen als das Phlebödem hat das Lymphödem. Ihm liegt eine Störung im Bereich des Lymphsystems zu Grunde. Hierbei handelt es sich um ein Transportsystem, welches in enger Nachbarschaft zum Blutgefäßsystem verläuft und ähnlich wie dieses Flüssigkeiten im Körper transportiert.

Dies geschieht ebenfalls über Leitungsbahnen und Kapillaren und das in gewissen Abständen kontrolliert über die Lymphknoten. Es handelt sich außerdem anders als beim Blutgefäßsystem um einen Halbkreislauf. Dieser beginnt im Gewebe mit den Kapillaren, die die Gewebsflüssigkeit und die darin gelösten Proteine (Lymphe) aufnehmen und den Leitungsgefäßen zuführen. Diese werden aus zylindrisch gebauten hohlen Muskeleinheiten gebildet, die durch Klappen voneinander getrennt sind. Die Klappen führen beim Zusammenziehen des Muskelschlauchs zu einer körperwärts gerichteten Lymphströmung. Von den Leitungsbahnen aus wird die Lymphflüssigkeit etwa in Höhe der großen Halsvenen in das Venensystem eingeschleust, so dass das Lymphgefäßsystem direkt mit dem Blutgefäßsystem verbunden ist.



*Genetisch bedingte Lymphödeme können auch schon bei Kindern auftreten.*

Die Lymphe enthält keine Erythrozyten und ist daher farblos. Bewegt wird sie über eine rhythmische Pulsation der Lymphgefäße. Sind diese geschädigt, so kann die Gewebsflüssigkeit nicht in ausreichender Menge aufgenommen und abtransportiert werden. Sie bleibt im Gewebe zurück, was zur Schwellung, also zum Ödem, führt. Man spricht folglich von einem Lymphödem.

### Primäres Lymphödem

Das Lymphödem kann anlagebedingt entstehen und wird dann als primäres Lymphödem bezeichnet. So können beispiels-

weise die Kapillaren fehlen oder nur in geringer Zahl ausgebildet sein, so dass nur wenig Lymphflüssigkeit gebildet werden kann. Denkbar ist auch, dass die Lymphgefäße selbst in zu geringer Zahl vorhanden oder zu eng sind, so dass die Transportkapazität nicht ausreicht, um die anfallende Gewebeflüssigkeit abzutransportieren. Die primären Lymphödeme kommen infolge der genetischen Disposition oftmals familiär gehäuft vor, können aber auch sporadisch auftreten. In rund 40 Prozent ist nur die Extremität einer Seite betroffen, bei 60 Prozent der Patienten besteht die Veränderung beidseitig.

In 85 Prozent der Fälle wird die Schwellung erstmals vor dem 35. Lebensjahr registriert, meist zwischen der Pubertät und dem 20. Lebensjahr. Sie beginnt üblicherweise einseitig, bei jedem zweiten Patienten ist später jedoch auch die zweite Extremität betroffen. Die Schwellung wird dabei oft erst nach einem auslösenden Ereignis manifest. Es kann sich dabei um einen banalen Insektenstich handeln, um eine kleinere Verletzung oder auch um eine Schwangerschaft.

### Sekundäre Lymphödeme

Andererseits können auch Schädigungen der Lymphbahnen infolge von Verletzungen oder beispielsweise durch Operationen zu einem Lymphödem führen, welches dann als sekundäres Lymphödem bezeichnet wird. Auch Infektionen können entsprechende Folgen haben. Anders als das primäre Lymphödem des Beines, das typischerweise im Unterschenkel- und Fußbereich beginnt, entwickelt sich die sekundäre Krankheitsform meist vom Oberschenkel aus.

In unseren Breitengraden ist die Tumorthherapie die häufigste Ursache eines sekundären Lymphödems. Denn Tumorzellen neigen dazu, in die Lymphgefäße einzuwandern und von dort aus Metastasen zu bilden. Bei verschiedenen Krebsformen, beispielsweise dem Mammakarzinom, reicht es deshalb meist nicht, nur den Tumor zu operieren, auch die benachbarten Lymphknoten müssen entfernt werden. Es kommt damit quasi zwangsläufig zu einer Schädigung des Lymphsystems und das

insbesondere, wenn sich zusätzlich eine Bestrahlungstherapie anschließt. So ist zum Beispiel nach einer Brustkrebs-Behandlung das Risiko der Entwicklung eines sekundären Armödems hoch, weil die Lymphknoten in den Achselhöhlen fast regelhaft entfernt werden. Bis zu einem gewissen Grad kann der Körper dies ausgleichen, je nach Anlage und auch je nach Ausmaß der Operation muss nach dem Eingriff aber mit einer Ödembildung gerechnet werden. Anders als beim Phlebödem ist die Haut beim Lymphödem nicht verfärbt und es besteht in aller Regel auch kein Krampfaderleiden.

### Stadien des Lymphödems

Beim Lymphödem handelt es sich fast immer um einen progredienten Prozess. Die Schwellung entwickelt sich zunächst langsam und beruht nur auf der Ansammlung der eiweißreichen Gewebeflüssigkeit. Diese aber enthält Zellen, die schließlich aktiv werden und analog der Wundheilung neues Gewebe bilden. Es kommt zur Fibrosierung und schließlich zur Vernarbung des neuen Gewebes, also zur Sklerose, einer spürbaren Verhärtung des Lymphödems. Das betroffene Gewebe hat eine verminderte Abwehrkraft, weshalb sich im Bereich der Lymphödeme leicht Infektionen ausbilden und zum Teil sogar schwere Hautinfektionen wie das Erysipel. Damit wird ein Teufelskreis eingeleitet, weil solche Infektionen das Lymphsystem zusätzlich schädigen. Üblicherweise wird das erste fassbare Stadium als Stadium 0 bezeichnet. Solange das Lymphödem reversibel ist, liegt ein Stadium I vor. Hierbei ist das Gewebe noch weich und die Schwellung geht bei Hochlagern der Extremität zurück. Im Stadium II hat sich bereits eine Fibrosierung ausgebildet, die Schwellung geht auch beim Hochlagern nicht zurück und Stadium III charakterisiert schließlich eine schwere Erkrankung, auch Elephantiasis genannt mit unförmiger Veränderung der betroffenen Extremität.

### Das Lipödem

Beim Lipödem handelt es sich um eine Fettverteilungsstörung, die allerdings sehr häu-



*Lymphödeme können erhebliche Ausmaße annehmen. Das gilt insbesondere für das sekundäre Lymphödem, beispielsweise nach Operationen oder Verletzungen.*

fig nicht erkannt wird. Die Störung kommt praktisch nur bei Frauen vor. Sie geht mit einer deutlichen Verdickung im Beinbereich einher. Diese beruht auf einer Fettgewebsvermehrung, die auch mit konsequentesten diätetischen Maßnahmen nicht beseitigt werden kann. Die Lipohypertrophie ist besonders häufig bei adipösen Frauen anzutreffen, was erklärt, warum die Störung oft als solche nicht diagnostiziert und behandelt, sondern den betroffenen Frauen lediglich zu einer (sinnlosen) Reduktionsdiät geraten wird.

Erkennbar aber ist das Lipödem daran, dass die Beine (seltener auch die Arme) überproportional dick sind, als es zum Rumpf passt. Typischerweise sind außerdem die Füße nicht vom Ödem betroffen und zeigen eine völlig unauffällige Form. Das Lipödem tritt anders als das Lymphödem fast immer beidseitig auf und das in der Regel symmetrisch. Die Hautfarbe ist normal, das Gewebe kann anders als beim Phlebödem nicht durch Druck eingedellt werden und es besteht meist kein Krampfaderleiden.

Die Veränderungen machen den betroffenen Frauen zunächst keine Beschwerden. Mit der Progression der Erkrankung aber kommt es zu Spannungsschmerzen, die Beine fühlen sich schwer an und reagieren druckempfindlich.

Übrigens sind neben den reinen Krankheitsformen des Phleb-, Lymph- oder Lipödems auch gemischte Formen im Sinne eines

Phleb-Lymphödems, eines Lip-Lymphödems oder auch eines Lip-Lymph-Phlebödems möglich.

### **Therapie der Beinödeme**

Während beim Phlebödem häufig das Problem durch eine konsequente Therapie des zu Grunde liegenden Venenleidens behandelt werden kann, ist beim Lymph- wie auch beim Lipödem ein kurativer Ansatz praktisch nicht möglich. Ziel der Behandlung ist deshalb vor allem die Entstauung, indiziert ist eine komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE). Diese besteht aus zwei Phasen, wobei zunächst versucht wird, eine möglichst ausgeprägte Entstauung zu erwirken, die schließlich in der zweiten Behandlungsphase konsequent gehalten werden soll.

In der ersten Phase steht deshalb die manuelle Lymphdrainage im Vordergrund. Dabei versuchen eigens ausgebildete Lymphtherapeuten durch leichte, streichende oder drückende Bewegungen die Lymphkapillaren zu öffnen und die Motorik der Lymphbahnen anzuregen. Die betroffene Extremität wird anschließend mit einem Kompressionsverband versehen, damit sich möglichst keine neue Stauung bildet. Nach Abschluss der manuellen Lymphdrainage muss mittels einer konsequenten Kompressionstherapie für den Erhalt des Therapieerfolges gesorgt werden.

Allerdings werden speziell in dieser Phase noch sehr viele Behandlungsfehler gemacht, wie bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie deutlich wurde. Es wurde vor allem moniert, dass sowohl das Lymph- und mehr noch das Lipödem von vielen Ärzten nicht oder erst sehr spät erkannt und dass oftmals keine adäquate Therapie eingeleitet wird. Erfolgt eine manuelle Lymphdrainage, wird zudem anschließend oft keine optimale Versorgung mit Kompressionsstrümpfen gewährleistet, hieß es in Bad Nauheim. So ist immer darauf zu achten, dass die Patienten Kompressionsstrümpfe erhalten, die konsequent an die individuellen anatomischen Verhältnisse angepasst werden.

Mit „Fertigware“ ist das aber nicht zu realisieren und auch nicht mit rundgestrickten Kompressionsstrümpfen, also mit Strümpfen, die vom Fuß bis zum Oberschenkel aus der gleichen Maschenzahl gestrickt sind. Ein vernünftiger Druckaufbau über die gesamte Extremität lässt sich nur durch Strümpfe erzielen, die aus gestricktem Gewebe angefertigt werden, was an der stets vorhandenen Naht erkennbar ist. Nur diese Strümpfe gewährleisten, so die Lymphtherapeuten, eine optimale Anpassung, einen optimalen Druckaufbau und damit auch eine optimale Kompression. Es kommt dadurch nicht – wie ansonsten oft zu beobachten – zum Einrollen der Kompressionsstrümpfe und zu Einschnürungen und damit möglicherweise sogar zu zusätzlichen Schädigungen des Gewebes.

Unabhängig von einer konsequenten Kompressionstherapie ist eine sorgfältige Hautpflege für Patienten mit Beinödem von großer Bedeutung, um Pilz- oder auch bakteriellen Infektionen vorzubeugen. Wichtig ist ferner regelmäßige Bewegung und im Idealfall ein regelrechtes Gymnastikprogramm, um den Abtransport der Lymphe zu unterstützen. ■

*Die Autorin der Rubrik „Repetitorium“ ist gerne bereit, Fragen zu ihren Beiträgen zu beantworten*

**Christine Vetter**  
Merkenicher Str. 224  
50735 Köln

*Jtg. Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik*

## Zähne, Mund und Angst

**Anfang Oktober 2001 traf sich in Erlangen der Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde unter der Leitung von Dr. Klaus Hertrich aus Erlangen. Ein ausgewogenes wie auch umfangreiches wissenschaftliches Programm zum Thema „Zähne, Mund und Angst“, Standortbestimmung für ein neues „altes“ Thema“ sowie zu freien Themen fand großen Anklang und war die Basis für interessante Diskussionen zwischen den Referenten und den zahlreichen Teilnehmern.**



*Historischer  
Marktplatz  
Erlangen*

Foto: Funk

Angst – Ursache und Therapiemöglichkeiten. In drei Hauptreferaten wurde das Thema „Angst“ unter ätiologischen, therapeutischen und spezifisch-therapeutischen Aspekten zunächst näher definiert. PD Dr. Konrad Reschke, Leipzig, erläuterte unterschiedliche ätiologische Erklärungsmodelle der verschiedenen Angststörungen, von welchen Paradigmen und Anleitungen zur Führung dieser Patienten während der zahnärztlichen Behandlung abgeleitet werden.

Eine zahnärztliche Behandlung ängstlicher Patienten, die allen Qualitätsmaßstäben der Behandlung eines nicht ängstlichen Patienten gerecht werden muss, fordert der neue Erste Vorsitzende PD Dr. Peter Jöhren, Witten, in seinem Übersichtsreferat zum Thema „Die Therapie von Patienten mit Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie“. Er stellt heraus, dass eine Sedierung ängstlicher Patienten jeglicher Form zur dauerhaften Überwindung der Angsterkrankung wenig Erfolg verspre-

chend ist und allenfalls bei Patienten mit fehlender Compliance oder im Akutfall Anwendung finden sollte. Vielmehr sollten psychologische Methoden, zum Beispiel Modelllernen oder reine Entspannungsverfahren, die Methoden der ersten Wahl bei dieser Patientengruppe sein. Ergänzend zu den ersten beiden Hauptreferaten zeigte Dr. Jürgen Staats, Braunschweig, mit Hilfe eines Fallbeispiels, wie hypnotherapeutische Verfahren eine Angstbewältigung fördern können.

Dipl.-Psych. PD Dr. Almut Makuch und Dr. Bianca Düring, Leipzig, konnten mit Hilfe einer umfangreichen Studie feststellen, dass der Ausprägungsgrad der Behandlungsangst bei jungen Schulkindern abhängt von Übertragungsängsten seitens nahestehender Familienmitglieder und von der allgemeinen Ängstlichkeit der betroffenen Kinder. Ebenso interessant war der Bericht von Mats Mehrstedt und Mitarbeitern aus Hamburg über die Erfahrungen, die zahnbehandlungsphobische Patienten, die die

zahnärztliche Angstambulanz in Hamburg aufsuchten, mit Zahnärzten gemacht hatten. Dr. Alexander Pirk aus Berlin und Daniela Daniel, Berlin, stellten eine vollkommen neue Möglichkeit des Angstabbaus vor. Sie registrierten eine sehr positive Resonanz auf die Informationsseite „[www.aubacke.de](http://www.aubacke.de)“, die seit 1997 für Zahnbehandlungsphobiker angeboten wird. Dres. Renate und Wolfgang Hoefl, Stuttgart, erläuterten die Möglichkeiten der Prävention und die positive Veränderung des subjektiven Erlebens, sofern Behandler und Assistenz in zahnärztlicher Hypnose ausgebildet sind und negative Elemente der Praxis umstrukturiert werden.

### Musik und Hörgeschichten

Dipl.-Psych. Dr. Jutta Margraf-Stiksrud und Paul Wnuk, Marburg, berichteten über die Problematik der Objektivierung einer audioanalgetischen Einflussnahme auf eine emotionale Reaktion wie Angst. Im Rahmen einer kontrollierten experimentellen Studie gelang es ihnen, die Effekte von Musik und Hörgeschichten bei 62 Kindern auf allen drei Ebenen des Angsterlebens zu prüfen.

Die Patientengruppe wies im Unterschied zur Kontrollgruppe günstigere physiologische und motorische Reaktionen während und nach der Behandlung auf. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Volker Zimmermann und PD Dr. Peter Jöhren, Witten, die an 22 Probanden nachweisen konnten, dass die Empfindungsreizschwelle sowohl durch Audioanalgesie als auch durch die Belegung der Hörbahnen um etwa 30 Prozent erhöht wird.

## Zusammenarbeit mit Psychologen

Zahnbehandlungsphobie in Kombination mit anderen psychischen Problemen und psychosomatischen Störungen muss vom Psychotherapeuten behandelt werden.

Dipl.-Psych. Hans-Jörg Hautkappe, Stuttgart, stellte hierzu ein Modell zur effektiven Zusammenarbeit vor. Ebenso empfiehlt sich laut Dr. Ingwert-H. Tschürtz, Schwäbisch Gmünd, angesichts extremer übersteigter Würgereaktionen die Zusammenarbeit mit dem Psychologen. In einfach gelagerten Fällen können die Erwartungsangst und die damit gekoppelten Würgereaktionen dieser Patienten durch gezielte verbale Anweisungen und gegebenenfalls durch Hypnose beherrscht werden.

Univ. Lekt. Dr. Gerhard Kreyer, Langenlois, Österreich, stellte eine Untersuchung zur systematischen Erprobung verschiedener Methoden zahnmedizinisch-psychologischer Angstabbau-Konzepte, basierend auf 53 949 psychisch erkrankten und psychisch behinderten stationären Patientenfällen der ICD-Diagnosegruppe 300 – 309, vor. Er führte aus, dass mit Hilfe der „integrativen Anxiolyse“, die verschiedene Methoden in hierarchischer Reihenfolge miteinander kombiniert, der Prozentsatz unvermeidbarer Vollnarkosen von etwa 16 Prozent auf 0,7 Prozent gesenkt werden konnte.

## Chronische Schmerzen

Schwerpunkt des zweiten Tages war das Thema „Chronischer Schmerz“. PD Dr. Dr. Monika Daubländer berichtete über die Ergebnisse der Mainzer Arbeitsgruppe zum Thema „Psychosomatische Aspekte bei Patienten mit chronischem Kiefer-Gesichtsschmerz“. Es lassen sich demnach deutliche Hinweise auf eine Angsterkrankung oder Depression bei chronischen Schmerzpatienten nachweisen. Diese psychische Alterierung sollte im Sinne eines Screenings mit Hilfe standardisierter Fragebögen bei Patienten mit chronischen Schmerzen eruiert werden. Auf erhebliche Kritik stieß die Forderung von Prof. Dr. Tore L. Hansson, Münster, Asymmetrien des aufsteigenden Unterkieferastes, welche seiner Auffassung nach die Hauptursache für unklare Kiefer-Gesichtsschmerzen darstellen, mit Hilfe eines Orthopantomogrammes festzustellen. Dr. Inge Staehle, Erlangen, wies mit einer Umfrage bei 368 Zahnärzten aus Nürnberg nach, dass die Defizite in der Aus- und Weiterbildung hinsichtlich psychosomatischer Krankheitsbilder die Erkennung und den Umgang mit psychosomatisch erkrankten Patienten erheblich erschweren und diese Patientengruppe als belastend im Praxisalltag empfunden wird. Dr. Dr. Gerhard Michael Doll, München, stellte die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe aus München hinsichtlich der sozialen Einflussfaktoren auf

die Compliance im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung vor. Eine in Aussicht gestellte verbesserte Ästhetik wirkte als Motivationsschub. Die Zeit der Pubertät beeinflusste hingegen die Compliance negativ. In einem weiteren Beitrag konnte die Münchener Arbeitsgruppe darlegen, dass die Schulbildung der Eltern sowie deren Aufsicht während der Zahnpflege sich auf die Mundhygiene von Kindergartenkindern positiv auswirkt. Dr. Horst Kelderer, Innsbruck, zeigte anhand des Fallbeispiels einer an Bulimie erkrankten Patientin auf, dass das biopsychosoziale Krankheitsmodell auch in der Zahnheilkunde an Bedeutung gewonnen hat.

## Mitgliederversammlung

Auf der Tagesordnung der Mitgliederversammlung stand die Wahl des zukünftig nur noch aus einem Ersten und Zweiten Vorsitzenden bestehenden neuen Vorstandes, den in einer Zeit der Neufassung der zahnärztlichen Approbationsordnung und der Qualitätssicherung umfangreiche Aufgaben erwarten. Zum Ersten Vorsitzenden wurde PD Dr. Peter Jöhren aus Witten und zur Zweiten Vorsitzenden wurde Dr. Inge Staehle aus Erlangen gewählt.

*Priv. Doz. Dr. Anne Wolowski  
Waldeyerstrasse 30  
48149 Münster*

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte BZÄK/KZBV  
Chausseestraße 13, 10115 Berlin

						◀ Graue Felder nicht ausfüllen! ▼
	Pat. Init.	Geburtsdatum	Geschlecht	Schwangerschaftsmonat:		
			m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>			

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):


lebensbedrohlich: ja  nein

aufgetreten am: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④     
 dieses früher gegeben ja  nein      
 vertragen ja  nein      
 ggf. Reexposition neg.  pos.

Allgemeinerkrankung: \_\_\_\_\_

behandelt mit: \_\_\_\_\_

Anamnестische Besonderheiten: Nikotin , Alkohol , Schwangerschaft , Kontrazeptiva , Arzneim. Abusus

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten  
nein , ja  gegen: \_\_\_\_\_

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: \_\_\_\_\_

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiederhergestellt  wiederhergestellt mit Defekt  noch nicht wiederhergestellt  unbekannt  Exitus

(gegf. Befund beifügen) Todesursache: \_\_\_\_\_

Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.): \_\_\_\_\_

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM , Hersteller , Arzneim.-Komm. Ärzte

sonstige \_\_\_\_\_

Beratungsbrief erbeten

Name des Zahnarztes \_\_\_\_\_ Klinisch tätig? ja  nein

(evtl. Stempel) \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Erklärung der Kontaktperson:  
Zum Zwecke der Aufklärung des Vorkommnisses stimme ich der Weitergabe meines Namens sowie meiner Anschrift einschließlich Telefon- und ggf. Telefaxnummer an den Hersteller bzw. an den Bevollmächtigten des Herstellers des Medizinproduktes zu.

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

## Fortbildung im Überblick

Endodontie	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 42	Parodontologie	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 42
	Bergischer Zahnärzterverein	S. 47		ZÄK Bremen	S. 43
Helferinnen-Fortb.	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 42	Prophylaxe	Uni Zürich	S. 46
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 43		ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 42
	LZK Hessen	S. 43		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 43
Hypnose	Freie Anbieter	S. 48	Prothetik	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 42
	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 42		Röntgenologie	Freie Anbieter
Implantologie	ZÄK Hamburg	S. 42			
	RWTH Aachen	S. 45			
	Uni Basel	S. 46			
Kiefer-/Oralchirurgie	ZÄK Hamburg	S. 42			
	Uni Groningen	S. 46			
Kieferorthopädie	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 42			
	ZÄK Hamburg	S. 42			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 43			
	Freie Anbieter	S. 47/48			

**Fortbildung der Zahnärztekammern** Seite 42

**Kongresse** Seite 43

**Universitäten** Seite 45

**Wissenschaftliche Gesellschaften** Seite 47

**Freie Anbieter** Seite 47



Wollen Sie an einer Fortbildungsveranstaltung einer Kammer oder KZV teilnehmen? Den unten stehenden Kupon können Sie für Ihre Anmeldung verwenden. Einfach ausschneiden, ausfüllen und per Post oder Fax an den Veranstalter senden.



Absender:

.....  
 .....  
 .....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....  
 .....  
 .....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.: .....

Thema: .....

Datum: .....

Ort: .....

## Fortbildung der Zahnärztekammern

### ZÄK Mecklenburg-Vorpommern



#### Fortbildung im Januar und Februar 2002

**Thema:** Hypnosecurriculum (Z1-Z6): Z2 Grundlagen der zahnärztlichen Hypnose  
**Referenten:** Dr. H. Freigang, Dipl.-Psych. G. Schütz  
**Termin:** 11. 01. 2002, 14.00 – 20.00 Uhr, 12. 01. 2002, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztekammer Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
**Gebühr:** 384 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 1

**Thema:** Die parodontologische Behandlung und prothetische Versorgung von Patienten mit weit fortgeschrittenem Attachmentverlust  
**Referent:** Dr. A. Rühling  
**Termin:** 16. 01. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Trihotel am Schweizer Wald Tessiner Straße 103, 18055 Rostock  
**Gebühr:** 60 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 2

**Thema:** Behandlung mit Totalprothesen unter Beachtung funktioneller Zusammenhänge (mit Übungen)  
**Referent:** Prof. Dr. R. Biffar  
**Termin:** 19. 01. 2002, 9.00 – 15.00 Uhr, 20. 01. 2002, 9.00 – 15.00 Uhr  
**Ort:** Zentrum für ZMK Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald  
**Gebühr:** 250 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 3

**Thema:** Prävention von Funktionsstörungen vor und während restaurativer Maßnahmen (Kurs II)  
**Referenten:** Dr. T. Mundt, Dr. G. Meistring

**Termin:** 26. 01. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr, 27. 01. 2002, 9.00 – 15.00 Uhr  
**Ort:** Zentrum für ZMK Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald  
**Gebühr:** 256 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 4

**Thema:** Die Rezeptionskraft = die rechte und linke Hand des Zahnarztes (für Zahnarzhelferinnen)  
**Referent:** B. Kühn  
**Termin:** 26. 01. 2002, 9.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Hotel am Ring Große Krauthöfer Straße 1, 17044 Neubrandenburg  
**Gebühr:** 167 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 41

**Thema:** Problemlösungen in der Endodontie  
**Referenten:** Dr. A. Löw, Dr. H. Steffen  
**Termin:** 30. 01. 2002, 15.00 – 20.00 Uhr  
**Ort:** Zentrum für ZMK, Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald  
**Gebühr:** 111 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 5

**Thema:** Der Einsatz oszillierender Instrumente in der Parodontologie  
**Referenten:** Dr. J. Fanghänel, Dr. H. Plötz  
**Termin:** 02. 02. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Zentrum für ZMK, Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald  
**Gebühr:** 111 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 6

**Thema:** Hämangiome und andere gefährliche Gefäßerkran-kungen mit Falldarstellungen  
**Referenten:** Prof. Dr. Dr. K. Gundlach, J.-H. Lenz  
**Termin:** 16. 02. 2002, 9.00 – 12.00 Uhr  
**Ort:** Klinik und Polikliniken für ZMK, Stempelstraße 13, 18057 Rostock  
**Gebühr:** 65 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 7

**Thema:** Kieferorthopädisches Fallplanungsseminar 2  
**Referent:** Prof. Dr. R. Grabowski  
**Termin:** 20. 02. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Klinik und Polikliniken für ZMK, Stempelstraße 13, 18057 Rostock  
**Gebühr:** 111 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 8

**Thema:** Quetschbiss oder Fein-zentrik? Praxisnahe Konzepte für die Relationsbestimmung bei voll- u. teilbezahnten Patienten  
**Referenten:** Dr. M. Leukardt, Dr. M. Lange  
**Termin:** 23. 02. 2002, 9.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Klinik und Polikliniken für ZMK, Stempelstraße 13, 18057 Rostock  
**Gebühr:** 179 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 9

**Thema:** Grundlagen der zahnärztlichen Behindertenbe-handlung  
**Referent:** Prof. Dr. P. Cichon  
**Termin:** 23. 02. 2002, 8.00 – 12.00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztekammer Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
**Gebühr:** 109 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 10

**Thema:** Professionelle Prophylaxe für alle Altersgruppen  
**Referent:** PD Dr. Ch. Splieth  
**Termin:** 27. 02. 2002, 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Hotel am Ring Große Krauthöfer Straße 1, 17044 Neubrandenburg  
**Gebühr:** 100 €  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 11

**Anmeldungen für alle Seminare:** Geschäftsstelle der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, bzw. im Internet unter <http://www.zaekmv.de>

Das Referat Fortbildung ist unter Tel.: 0 385/ 5 91 08 13 und Fax: 0 385/ 5 91 08 23 zu erreichen

## ZÄK Hamburg



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Wissenschaftl. Abend – Sofort- und Spätversorgung beim dentoalveolären Trauma  
**Termin:** 07. 01. 2002  
**Ort:** Hamburg  
**Referent:** Prof. Dr. J. Becker, Düsseldorf  
**Gebühr:** gebührenfrei  
**Kurs-Nr.:** 10138 chir

**Thema:** Zahnärztlich-chirurgi-sche Problemfälle  
**Termin:** 16. 01. 2002  
**Ort:** Hamburg  
**Referent:** Dr. Dr. Götz Ehmann, Hamburg  
**Gebühr:** 95 €  
**Kurs-Nr.:** 31158 chir

**Thema:** Implantationskurs für Fortgeschrittene  
**Termin:** 23. 01. 2002  
**Ort:** Hamburg  
**Referent:** Dr. Dr. W. Stermann, Hamburg  
**Gebühr:** 90 €  
**Kurs-Nr.:** 50320 impl

**Thema:** Kieferorthopädische Vor-tragsreihe – Alters und Kieferge-lenkdysfunktionen – limitierende Faktoren oder Perspektiven für die Herbstbehandlung  
**Termin:** 25. 01. 2002  
**Ort:** Hamburg  
**Referent:** Dr. S. Ruf, Giessen  
**Gebühr:** 100 DM  
**Kurs-Nr.:** 20316 kfo

**Thema:** Moderne Konzepte der Wurzelkanalbehandlung (WKB)  
**Termin:** 25./26. 01. 2002  
**Ort:** Hamburg  
**Referent:** Prof. Dr. K. Löst, Prof. Dr. R. Weiger, Tübingen  
**Gebühr:** 350 DM  
**Kurs-Nr.:** 40420 kons

**Anmeldung:** Bitte schriftlich an die ZÄK Hamburg, Fortbildung, Postfach 74 09 25, 22099 Hamburg  
 Frau Dressler  
 Tel.: 040/73 34 05-38  
 Frau Zink  
 Tel.: 040/73 34 05-37  
 Fax: 040/732 58 28



## ZÄK Westfalen-Lippe



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Offensive für Qualität und Leistung 2002 – Finanzielles Gleichgewicht in der zahnärztlichen Praxis

**Referent:** Michael Laufenberg, Köln

**Termin:** 12. 01. 2002,  
9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 266 €  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 101

**Thema:** Zähneknirschen und Gesichtsschmerz

**Referent:** PD Dr. Dr. Jörg E. Otten, Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg

**Termin:** 16. 01. 2002,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 168 €  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 123

**Thema:** Unter-, Fehl- und Überversorgung in der Zahnmedizin

**Referent:** Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Heidelberg

**Termin:** 16. 01. 2002,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 159 €  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 118

**Thema:** Ein integriertes Konzept zur kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie von Dysgnathien

**Referent:** Dr. Nezar Wattad, Dr. Dr. Josip Bill, Würzburg

**Termin:** 18./19. 01. 2002,  
jeweils 9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 509 €  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 117

**Thema:** Offensive für Qualität und Leistung 2002 – Erfolgskontrolle und Erfolgssteigerung durch betriebswirtschaftliches Praxisführung

**Referent:** Dipl.-Kfm. Günter Wendel, Dortmund

**Termin:** 19. 01. 2002,  
9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 266 €  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 103

### Helferinnen-Fortbildung

**Thema:** Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) Kompaktkurs

**Referent:** Dipl.-DH Dorothee Neuhoß

**Termin:** Auswahlverfahren  
06. 05. 2002,  
Kursbeginn 02. 09. 2002  
**Gebühr:** 3 262 €  
**Kurs-Nr.:** Zi 023510

### Auskunft und Anmeldung:

Akademie für Fortbildung der ZÄK Westfalen-Lippe  
Inge Rinker  
Auf der Horst 31,  
48147 Münster  
Tel.: 0251/507-604  
Fax: 0251/507-609  
E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahn-aerzte-wl.de

## LZK Hessen



### 7. Fortbildung zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin für das Jahr 2002

Melden Sie sich jetzt an! Nähere Informationen erhalten Sie bei der LZK Hessen, Referat Zahnarzt-helferinnenfortbildung,  
Lyoner Str. 30,  
60528 Frankfurt/Main,  
Tel.: 069 / 66 80 64-23

## ZÄK Bremen



### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** Parodontale Diagnostik  
**Referent:** OA Dr. Peter Purucker, Berlin

**Termin:** 09. 02. 2002,  
9.15 – ca. 12.00 Uhr  
**Ort:** „Deutsches Schifffahrtsmuseum“ Hans-Scharoun-Platz 1,  
27568 Bremerhaven  
**Gebühr:** kostenlos  
– mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

**Kurs-Nr.:** 1007/01  
**Auskunft/Anmeldung:**

Evelyn Busch  
Tel.: 0421/2200 732  
Fax: 0421/2200 731  
E-Mail: ebusch@bremer-zahnaerztehaus.de

Skovsgaard, Randers, Dänemark;  
OA PD Doz. Dr. Jens Türp,  
Freiburg i. Br.; Prof. Dr. Winfried  
Walther, Karlsruhe; Dr. Dr.  
Jürgen Weitkamp, Köln u.a.

**Termin:** 16. 03. 2002,  
9.00 Uhr – ca. 18.00 Uhr  
**Ort:** Holstenhallen 3 und 4 in  
Neumünster

**Gebühr:** Zahnärzte/innen 75 €  
Assistenten 50 €  
Helferinnen 50 €  
2. Helferin 37,50 €  
weitere Helferinnen 25 €  
Studenten, Auszubildende 15 €  
**Anmeldung:** Nur über entsprechende, noch zu versendende Meldekarte möglich!

**Auskunft:** Frau Dr. Dagmar Thürkow, Tel.: 04347/13 13,  
Fortbildungsreferentin;  
Frau Ludwig,  
Tel.: 0431/38 97-128,  
Fax: 0431/38 97-100,  
Mitarbeiterin der Geschäftsstelle für Fortbildung der KZV S-H

## Kongresse

### ■ Januar 2002

**10. Jahrestagung des IAZA**  
**Veranstalter:** Interdisziplinärer Arbeitskreis „Zahnärztliche Anästhesie“ der DGZMK und die Deutsche Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

**Thema:** Neue Aspekte der Notfalldiagnostik und -therapie

**Termin:** 12. 01. 2001  
**Ort:** Hörsaal der Uniklinik für ZMK-Heilkunde Mainz  
**Auskunft:** Univ.-Prof. Dr. G. Wahl  
Zentrum für ZMK, Welschnonnenstr. 17, 53111 Bonn  
Tel.: 0228/287 24 09  
Fax: 0228/287 26 53

**Anmeldung:** IAZA-Kongressbüro  
Freiherr-vom-Stein-Str. 19  
55131 Mainz  
Tel.: 06131/525 49  
Fax: 06131/55 64 46  
e-mail: hollweg.mainz@t-online.de

## KZV Schleswig-Holstein



### 9. Zahnärztetag

**Veranstalter:** Kassenzahnärztliche Vereinigung S-H und Zahnärztekammer S-H  
**Thema:** Praxisführung der Zukunft – worauf müssen wir vorbereitet sein?

**Referenten:** Prof. Dr. Bernd Kordaß, Greifswald; Dr. Wolfgang Richter, Düsseldorf; Dr. Herluf

#### 49th International Alpine Dental Conference

**Veranstalter:** The International Dental Foundation  
**Termin:** 20. – 27. 01. 2002  
**Ort:** Courchevel, 1850, France  
 Hotel Annapurna  
**Auskunft:** The International Dental Foundation, 53 Sloane Street, London SW1X 9SW UK  
 Tel.: 44(0)207 235 07 87  
 Fax: 44(0)207 235 07 67

#### 10. Zahnärztetag der ZÄK Sachsen-Anhalt

**Thema:** Tendenzen in der Zahnheilkunde und ihre Bewertung  
**Veranstalter:** ZÄK Sachsen-Anhalt gemeinsam mit der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
**Termin:** 26. 01. 2002, 9.30 Uhr  
**Ort:** Magdeburg, Herrenkrug-Parkhotel  
**Auskunft:** ZÄK Sachsen-Anhalt, Postfach 4309, 39018 Magdeburg,  
 Tel.: 03 91/7 39 39 14  
 Fax: 03 91/7 39 39 20  
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

#### Arab Dentistry

**Thema:** The International Dental Product, Equipment & Services Exhibition & Conference  
**Termin:** 26. – 29. 01. 2002  
**Ort:** Dubai World Trade Centre, Dubai, United Arab Emirates  
**Auskunft:** John Hassett,  
 Tel.: 0097/14 33 65 161  
 Fax: 0097/14 33 64 006  
 e-mail: jhassett@iir-dubai.com  
 vlee@iir-dubai.com

### ■ Februar

#### 2. Frühjahrs Symposium „Funktion“

**Termin:** 08./09. 02. 2002  
**Ort:** Wiesensee, Westerbürg, Lindner Hotel u. Sporting Club  
**Veranstalter:** Westerbürger Kontakte (WEKO)  
**Thema:** Diagnostik und Therapie bei CMD – Konfusion, Konfrontation, Konsens, Konzepte  
**Auskunft:** Westerbürger Kontakte Bilzstraße 5, 56457 Westerbürg  
 Tel.: 02663/39 66  
 Fax: 02663/39 76  
 e-mail: webuko@t-online.de  
 www.westerbuergerkontakte.de

#### 34. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos

**Termin:** 09. – 16. 02. 2002  
**Ort:** Davos  
**Auskunft:** Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn  
 Tel.: 0228/85 570  
 Fax: 0228/34 06 71  
 e-mail: hol@fvdz.de

#### 21. Int. Symposium für Zahnärzte und Kiefer-Gesichtschirurgen

**Termin:** 16. – 23. 02. 2002  
**Ort:** St. Anton am Arlberg  
**Auskunft:** Prof. Dr. Dr. E. Esser, Klinikum Osnabrück, Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück  
 Tel.: 0541/405-46 00  
 Fax: 0541/405-46 99  
 e-mail: mkg-Chirurgie@klinikum-osnabrueck.de

#### Internationales Implantologie-Symposium

**Veranstalter:** RWTH Aachen, Klinik für Prothetik  
**Termin:** 22./23. 02. 2002  
**Ort:** Aachen  
**Auskunft:** Congress Partner GmbH  
 Tel.: 0421/30 31 31  
 Fax: 0421/30 31 33  
 www.cpb.de/implant

#### Preventive Dentistry 2002

**Veranstalter:** Department of Preventive Dentistry, Universität Jena  
**Termin:** 22./23. 02. 2002  
**Ort:** Hotel Steigenberger Esplanade  
**Auskunft:** Anke Schneider  
 Tel.: (49)361-741-1205  
 Fax: (49)361-741-1105

#### 3. Internationales KFO-Praxisforum 2002

**Thema:** Praktische Kieferorthopädie – Interdisziplinäre Erfahrungen aus Klinik und Praxis sowie Prophylaxekonzepte für Patient und Praxis-Team  
**Termin:** 23. 02. – 01. 03. 2002  
**Ort:** Zermatt/Schweiz  
**Auskunft:** Dr. Anke Lentrodt, Eidelstedter Platz 1, 22523 Hamburg  
 Tel.: 040/570 30 36  
 Fax: 040/570 68 34  
 e-mail: kfo-lentrodt@t-online.de

### ■ März

#### 31. Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung

**Termin:** 04. – 09. 03. 2002  
**Ort:** Kitzbühel  
**Veranstalter:** Österreichische Gesellschaft für Kieferorthopädie  
**Auskunft:** Bis 28. 02. 2002: A-6370 Kitzbühel, Webergasse 13, Tel.: +43/5356/64 0 84  
 Fax: +43/5356/64 7 42  
 e-mail: tagung-kitz@aon.at  
 Ab 01. 03. 2002: Wirtschaftskammer Tirol, A-6370 Kitzbühel, Josef Herold-Straße 12  
 Tel/Fax: +43/5356/66 9 16

#### 48. Zahnärztetag Westfalen-Lippe

**Termin:** 07. – 10. 03. 2002  
**Tagungspräsident:** Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald  
**Thema:** Interdisziplinäre Aspekte der Zahnmedizin  
**Auskunft:** Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel.: 0251/507-604  
 Fax: 0251/507-619  
 E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahn-aerzte-wl.de

#### Expodental 2002

**Termin:** 14. – 16. 03. 2002  
**Ort:** Madrid, Spanien  
**Veranstalter:** Feria de Madrid  
**Auskunft:** Feria de Madrid Parque Ferial Juan Carlos I. 28042 Madrid  
 Tel.: (34) 91 722 50 30  
 Fax: (34) 91 722 57 91  
 e-mail: expodental@ifema.es  
 www.expodental.ifema.es

#### 9. Schleswig-Holst. Zahnärztetag

**Termin:** 16. 03. 2002  
**Ort:** Neumünster  
**Thema:** Praxisführung der Zukunft – worauf müssen wir vorbereitet sein?  
**Auskunft:** Frau Dr. Thürkow,  
 Tel.: 04347/13 13;  
 Frau Ludwig,  
 Tel.: 0431/38 97-128,  
 Fax: 0431/38 97-100

#### Internationale Tagung Ego-State-Therapy

**Termin:** 19. – 22. 03. 2002  
**Ort:** Göttingen  
**Veranstalter:** Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose  
**Auskunft:** M.E.G. Geschäftsstelle, Waisenhausstr. 55, 80637 München  
 Tel.: 089/340 29 720  
 Fax: 089/340 29 719  
 www.MEG-Hypnose.de

#### Saldent 2002

**International Dentistry Fair**  
**Termin:** 21. – 23. 03. 2002  
**Ort:** Poznań, Polen  
**Auskunft:** Poznan International Fair Ltd  
 Glogowska Street 14  
 60-734 Poznań, Poland  
 Tel.: 004861/869 25 92  
 Fax: 004861/866 58 27  
 www.mtp.com.pl

### ■ April

#### 27. Schwarzwaldtagung

**Veranstalter:** BZK Freiburg, LZK Baden-Württemberg  
**Termin:** 12./13. 04. 2002  
**Ort:** Titisee  
**Thema:** Zahnerhaltung – state of the art  
**Auskunft:** BZK Freiburg  
 Merzhauser Str. 114-116  
 79100 Freiburg  
 Tel.: 0761/45 06-0  
 Fax: 0761/45 06-450

### ■ Mai

#### 53. Jahrestagung der AG für Kieferchirurgie gem. mit dem AK für Oralpathologie und Oralmedizin innerhalb der DGZMK

**Veranstalter:** Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie gemeinsam mit dem Arbeitskreis für Oralpathologie und Oralmedizin innerhalb der DGZMK  
**Termin:** 09. – 11. 05. 2002  
**Ort:** Bad Homburg v.d.H.  
**Thema:** Chirurgische Zahnerhaltung, Geweberegeneration und Weichgewebsmanagement  
**Auskunft:** ABC Congress Service Ariane Minarik  
 Arberstr. 18, 81679 München  
 Tel.: 089/23 11 50 15  
 Fax: 089/26 31 67

### 9. Europäisches Sommersymposium in Heringsdorf

**Veranstalter:** Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.  
**Termin:** 26. 05. – 01. 06. 2002  
**Ort:** Heringsdorf auf Usedom  
**Auskunft:** Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.  
 Mallwitzstraße 16  
 53177 Bonn  
 Tel.: 0228/855 70  
 Fax: 0228/34 06 71  
 e-mail: hol@fvdz.de

### ■ Juni

#### 16. Jahrestagung der EGZE

**Veranstalter:** Europäische Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE)  
**Thema:** Licht und Farbe in der Zahnarztpraxis – neueste wissenschaftliche Erkenntnisse u.s.w.  
**Termin:** 14./15. 06. 2002  
**Ort:** Spa Island, Piestany, Slowakai, Kongresscenter  
**Auskunft:** Frank Micholt, EGZE-Generalsekretär, Klinikstraat 9, B-3500 Hasselt  
 Tel.: +32-89-41 20 10  
 Fax: +32-11-27 44 90  
 e-mail: congress@esde.org

#### CARS 2002

**Termin:** 26. – 29. 06. 2002  
**Thema:** CARS 2002 – Computer Assisted Radiology and Surgery 16th International Congress and Exhibition  
**Ort:** Palais des Congrès, Paris, France  
**Auskunft:** Prof. Heinz U. Lemke, c/o Technical University Berlin, Computer Graphics and Computer Assisted Medicine, Secr. FR 3-3, Franklinstr. 28 - 29, 10587 Berlin, Germany,  
 Tel: +49-7742-922 434  
 Fax: +49-7742-922 438  
 e-mail: fschweikert@cars-int.de  
<http://www.cars-int.de>

### Universitäten

#### RWTH Aachen

##### Internationales Implantologie-Symposium Aachen

**Veranstalter:** RWTH Aachen, Klinik für Prothetik  
**Termin:** 22./23. 02. 2002  
**Ort:** Aachen

##### Programm

Freitag, 22. 02. 2002  
 9.00 – 10.30 Uhr

##### Eröffnung

Prof. Dr. Dr. H. Spiekermann, Aachen  
**30 Jahre enossale Implantologie**

Dipl.-Ing. Prof. Dr. E.-J. Richter, Würzburg  
**Die Verbundbrücke: damals und heute**

Pause

11.00 – 13.00 Uhr

Prof. Dr. Dr. W. Wagner, Mainz  
**Chancen und Gefahren einer kontinuierlichen Ausweitung der Indikationsstellung für enossale Implantate**

Prof. Dr. K. Lang, Bern  
**Technische Risiken in der Implantologie**

Prof. Dr. G. Watzek, Wien  
**Optimierung der Sinus-Lift-Operation**

Diskussion/Mittagessen

14.00 – 15.00 Uhr

Prof. Dr. P. Schärer, Zürich  
**Ästhetische Probleme in der Implantologie**

Prof. Dr. D. Buser, Bern  
**Ästhetik in der Implantologie aus chirurgischer Sicht**

Pauser

15.30 – 16.30 Uhr

PD Dr. M. Hürzeler, München  
**Sofortbelastung in der Implantologie. Ästhetischer Vorteil?**

Dr. U. Gründer, Zürich  
**Der ewige Kampf – Die Papille**

Diskussion

17.00 – 18.00 Uhr  
**Get Together Party**

Samstag, 23. 02. 2002  
 9.00 – 10.30 Uhr

Prof. Dr. F. Khoury, Olsberg  
**Erfahrungen mit mandibulärem Knochen zu knöchernen Rekonstruktionen im Rahmen der implantologischen Versorgungen**

Prof. Dr. Dr. F. W. Neukam, Erlangen  
**Augmentationsverfahren in der Implantologie**

Dr. A. Kirsch, Stuttgart  
**Perio-implantat-prothetische Rehabilitation komplexer Fälle**

Pause

11.00 – 12.30 Uhr

Prof. Dr. F. Lampert, Aachen  
**Induzierte Knochenregeneration am Alveolarkamm**

Prof. Dr. Dr. D. Riediger, Aachen  
**Das vaskularisierte Knochen-Transplantat**

Prof. Dr. J. M. Gilsbach, Aachen  
**Was spielt sich oberhalb der Zahnebene ab? Eine neurochirurgische Betrachtung**

Prof. Dr. V. Schumpelick, Aachen  
**Risiken und Vorteile abdominaler Mesh-Implantate**

Prof. Dr. Ch. Mittermayer, Aachen  
**Metastasierung: Mechanische Einschwemmung oder Soil and Seed?**

Prof. Dr. F. U. Niethard, Aachen  
**Der Zahn der Zeit**

12.30 Uhr  
Mittagessen

13.30 – 15.00 Uhr

Prof. Dr. Th. Kerschbaum, Köln  
**Langzeitverweildauer vom Implantaten**

D.M.D. PhD. J. A. Sorensen,  
Portland  
**The State of the Art in All-ceramic Implant Abutments**

Prof. Dr. Y. Lin, Peking  
**Distractionsosteogenese**

Pause

16.00 – 18.00 Uhr

Dr. M. Degidi, Bologna  
**Immediate Loading in the Partially and Fully Edentulous Patients: Clinical Experience and Future Perspectives**

Prof. Dr. M. Simion, Mailand  
**Treatment of Defect Sites**

D.D.S., M.S. S. A. Jovanovic,  
Los Angeles  
**Realität und Illusion der horizontalen und vertikalen knöchernen Rekonstruktion**

Diskussion/Ende

**Auskunft:** Congress Partner GmbH  
Tel.: 0421/30 31 31  
Fax: 0421/30 31 33  
www.cpb.de/implant

## RWTH Aachen

### CEREC-Basisseminar

**Thema:** Basistraining, um mit CEREC in der täglichen Praxis einen erfolgreichen Anfang machen zu können, inkl. post-training support  
**Organisation:** Lehrstuhl für Konservierende Zahnheilkunde (Univ.-Prof. Dr. F. Lampert)  
**Termin:** 25./26. 01. 2002,  
Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr,  
Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr  
**Seminargebühr:** 770 €  
**Trainer:** Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans  
**Ort:** Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitäts-

klinikums der RWTH Aachen,  
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen  
**Sonstiges:** Trainer: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans

**Auskunft/Anmeldung:**  
Tel./Fax: 02302/304 51  
Infoline: 0175/400 47 56  
E-Mail: jerome.rotgans@t-online.de  
URL: <http://www.rwth-aachen.de/zpp>

## Uni Basel

**Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde**

**Thema:** Implantologie – Moderne Verfahren in der Implantologie  
**Referent:** Prof. Dr. J. Th. Lambrecht, Uni Basel, Prof. Dr. Dr. R. Ewers, Uni Wien, Prof. Dr. Dr. B. Hoffmeister, Uni Berlin, Prof. Dr. Dr. Th. Kreuzsch, Klinikum Nord, Hamburg, Prof. Dr. Dr. K. Wangerin, Marienhospital, Stuttgart  
**Termin:** 01. 02. 2002  
**Ort:** Basel

**Thema:** Mundschleimhauterkrankungen: Praxisbezogene Diagnostik  
**Referent:** Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht, Prof., Dr. St. Büchner, Dermatologische Klinik, Universitätsspital Basel, Prof. Dr. M. Podvinec, Klinik für HNO-Krankheiten, Kantonsspital Aarau  
**Termin:** 07. 02. 2002  
**Ort:** Basel

**Auskunft:** Frau B. Olufsen u. Frau G. Oertlin  
Zentrum für Zahnmedizin, Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde  
Hebelstrasse 3,  
CH-4056 Basel  
Tel.: 0041/ 61/ 2672606  
Fax: 0041/ 61/ 2672607

## Uni Zürich

### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Wurzelkanalaufbereitung Balanced Force – ProFile. Theoretischer und praktischer Kurs  
**Referent:** Dr. F. Barbakow, Dr. C. Schrader und Mitarbeiter  
**Termin:** 01. 02. 2002  
**Ort:** Zürich  
**Gebühr:** 561 €

**Thema:** Obturation von Wurzelkanälen – Theoretischer und praktischer Kurs  
**Referent:** Dr. F. Barbakow, Dr. B. Lehnert u. Mitarbeiter  
**Termin:** 02. 02. 2002  
**Ort:** Zürich  
**Gebühr:** 662 €

**Thema:** Parodontologie-Kurs – Theoretischer und praktischer Kurs  
**Referent:** Dr. A. Wetzel, Dr. J. S. Hermann u. Mitarbeiter  
**Termin:** 22./23. 02. 2002  
**Ort:** Zürich  
**Gebühr:** 770 €

**Auskunft:** Frau U. Hurdmann,  
Zentrum ZZMK,  
Plattenstr. 11, CH 8028 Zürich  
Tel.: 0041/1/634 32 71  
Fax: 0041/1/634 43 08  
e-mail: [hurdman@zmk.unizh.ch](mailto:hurdman@zmk.unizh.ch)

## Universität Leipzig

**13. Interdisziplinäres Phoniatrie-Symposium Leipzig und 1. Workshop „Kinder- u. Jugendstimme“**

**Themen:**  
**Symposium:** Die Kinder- und Jugendstimme aus interdisziplinärer Sicht – Der Einfluss der Psyche auf Stimme und Hören, Freie Themen  
**Workshop:** Gesangspädagogen und Stimmphysiologen trainieren in kleinen Gruppen – Spezielle Themen und Methoden der Kinder- und Jugendstimmgebung  
**Termin:** Symposium: 21. – 23. 2. 2002 u. Workshop: 22. – 24. 2. 2002  
**Ort:** Symposium: Universitätsstr. 7, 04109 Leipzig, Hörsaal 9, Workshop: Klinik für HNO-Heilkunde, Liebigstr. 18a, 04103 Leipzig  
**Kongresssprachen:** Englisch (Symposium), Deutsch

**Gebühren:** Symposium: 80 Euro, Workshop: 30 Euro  
**Sonstiges:** Als wissenschaftliche Beiträge für das Symposium können Vorträge, Poster und Videos zu den Hauptthemen und zu den freien Themen aus dem Fachgebiet angemeldet werden.  
**Auskunft:** Universitätsklinikum Leipzig AöR,  
Abt. Phoniatrie/Pädaudiologie, Liebigstr. 18a, 04103 Leipzig,  
Sekretariat Frau G. Loges  
Tel.: 0341/97 21 800  
Fax: 0341/97 21 709  
E-Mail: [uchsm@medizin.uni-leipzig.de](mailto:uchsm@medizin.uni-leipzig.de)

## Universität Groningen

### Fortbildungsveranstaltung Parodontologie in Köln

**Thema:** Moderne Verfahren der parodontalen Chirurgie. Ein Konzept für die tägliche Praxis.  
**Referent:** Prof. Dr. Jörg W. Kleinfelder, Universität Groningen u. Nijmegen (Niederlande)  
**Termin/Ort:** 02. 02. 2002,  
9.00 – 17.00 Uhr  
Hotel Maritim, Köln  
**Kursgebühr:** 225 €

### Fortbildungsveranstaltung Parodontologie in Dortmund

**Thema:** Moderne Verfahren der parodontalen Chirurgie. Ein Konzept für die tägliche Praxis.  
**Referent:** Prof. Dr. Jörg W. Kleinfelder, Universität Groningen u. Nijmegen (Niederlande)  
**Termin/Ort:** 16. 02. 2002,  
9.00 – 17.00 Uhr  
Hotel Maritim, Köln  
**Kursgebühr:** 225 €

### Programm

– Parodontitisrisiko: Rauchen, Diabetes, Stress, Osteoporose, Interleukin-1-Polymorphismus  
– Gesundheitsrisiken durch Parodontitis: kardiovaskuläre Erkrankungen, Frühgeburtenrisiko  
– Nicht-chirurgische Parodontalbehandlung: Handinstrumente, (Ultra-)schall, Lasereinsatz  
– Chirurgische Parodontalbehandlung: Lappenkürettage, Access flap, modifizierte Widman-Lappenoperation, apikale Verschiebelappenplastik, Gingivektomie  
– Regenerative Parodontaltherapie: Folientechnik (bioabsorbier-

bar versus nicht-resorbierbar), Implantatmaterialien, Schmelzmatrixproteine (EMD), Bone morphogenetic proteins (BMPs) – Mukogingivale Chirurgie: Fre-nulektomie, Schleimhauttransplantat, Vestibulumplastik – Plastische Parodontalchirurgie: Rezessionsdeckung, Koronale Verschiebelappenplastik, Bindegewebsstransplantat, Envelope-Technik, Gesteuerte Geweberegeneration (GTR)

**Auskunft:** Prof. Dr. Jörg W. Kleinfelder, Zahnärztliche Kliniken der Universität Groningen, A. Deusinglaan 1 (THK) NL 9713 AV Groningen Fax: 0031/50 363 26 96 mail: j.w.kleinfelder@med.rug.nl oder Kurssekretariat Köln/Dortmund Ferdinandstr. 10 45889 Gelsenkirchen Tel.: 0209/856 79

## Universität Witten/Herdecke

### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** Disharmonie im Gesichtsschädelaufbau – skelettale Beeinflussung vs. dentale Kompensation  
**Termin:** 16. 02. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Universitätszahnklinik Witten  
**Sonstiges:** Referenten: Prof. Dr. H. Landmesser und Mitarbeiter, Dr. D. Jung  
**Kursgebühr:** 300 DM einschl. Skriptum, Material und Imbiss

**Auskunft:** Claudia Stobinski, Universität Witten-Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten Tel.: 02302/926-668 Fax: 02302/926-661

## Universität Münster

### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** Moderne orthodontische Drähte – Eigenschaften, Auswahl, klinische Anwendung Flex Developer – goldener Lückenschluss  
**Termin:** 15./16. 02. 2002, 9.00 – 18.00 Uhr

**Ort:** ZMK-Klinik, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster  
**Referenten:** PD Dr. Christoph Bourauel, Bonn; Dr. Heinz Winsauer, Bregenz  
**Kursgebühr:** 1 150 DM (750 DM Weiterbildungsassistenten mit Nachweis)

**Anmeldung:** Sekretariat der Poliklinik für Kieferorthopädie, Frau Möllers, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster Tel.: 0251/83-47 100 Fax: 0251/83-47 187

## Freie Universität Berlin

### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** Die Pendulumapparatur – praktischer/theoretischer Kurs  
**Veranstalter:** FU Berlin, ZMK, Abt. Kieferorthopädie  
**Termin:** 16. 02. 2002  
**Ort:** Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Aßmannshäuser Str. 4-6  
**Sonstiges:** Kurssprache Englisch, Referent: Dr. Giuseppe Scuzzo, Rom  
**Kursgebühr:** Kieferorthopäden: 430 € Assistenten in Weiterbildung mit Bescheinigung 200 €

**Auskunft:** Frau Leue, Sekretariat Prof. Holtgrave, Aßmannshäuser Str. 4-6, 14197 Berlin Tel.: 030/84 45 62 43 Fax: 030/ 84 45 62 42 e-mail: kieferorthopaedie@medizin.fu-berlin.de

## Wissenschaftliche Gesellschaften

### Bergischer Zahnärztereverein e. V.

### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** Moderne Endodontie – Eine Übersicht über gängige konventionelle und maschinelle Aufbereitungsmethoden  
**Termin:** 02. 02. 2002, 10.00 – 12.00 Uhr  
**Ort:** Hörsaal Pathologie des Klinikums Wuppertal-Barmen

**Sonstiges:** Referent: Prof. Dr. Hans-Günter Schaller, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
**Kursgebühr:** gebührenfrei

**Auskunft:** Geschäftsstelle Bergischer Zahnärztereverein, Holzer Straße 33, 42119 Wuppertal Tel.: 0202/42 50 567 Fax: 0202/42 08 28 e-mail: info@bzaev.de Internet: www.bzaev.de

## Freie Anbieter

*In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt, ein entsprechender Vordruck ist bei der zm-Redaktion erhältlich. Die Formblätter sollten mindestens acht Wochen vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Kurzfristig zugesandte Veröffentlichungswünsche können nicht berücksichtigt werden. Die Redaktion*

**Thema:** Ganzheitliche Funktionsdiagnostik und -therapie in der Zahnheilkunde  
**Veranstalter:** DENT-MIT  
**Termin:** 17./18. 01. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr; 19. 01. 2002, 9.00 – 15.00 Uhr  
**Ort:** Elsterberg  
**Sonstiges:** Referent: Dr. med. dent. Wolfgang Boisserée, Köln  
**Kursgebühr:** 925 E für den ZA, 715 E für den Assistenzzahnarzt (inkl. MwSt.)  
**Auskunft:** DENT-MIT, Bahnhofstraße 35, 07985 Elsterberg Tel.: 036621/226 36 Fax: 036621/226 37

**Thema:** Unterweisung für Ärzte über den Strahlenschutz in der Diagnostik mit Röntgenstrahlen  
**Veranstalter:** Forschungszentrum Karlsruhe – Technik und Umwelt  
**Termin:** 19. 01. u. 21. 09. 2002  
**Ort:** 76344 Eggenstein-Leopoldshafen, FTU

**Sonstiges:** Dozenten: Dipl.-Phys. Uwe Mankin, Dipl.-Ing. Klaus Maurer, Dipl.-Ing. (BA) Susanne Nuss, Dr. Siegfried Schmid, alle St. Vincentius-Krankenhäuser, Strahlenklinik, Karlsruhe  
**Kursgebühr:** 80 €  
**Auskunft:** Frau Annette Wallburg Forschungszentrum Karlsruhe GmbH, Fortbildungszentrum für Technik und Umwelt, Postfach 36 40, 76021 Karlsruhe Tel.: 07247/82-32 51 Fax: 07247/82-48 57 e-mail: annette.wallburg@ftu.fzk.de

**Thema:** Muskuläre Behandlungstechniken – eine neue Praxisdimension  
**Veranstalter:** DENT-MIT  
**Termin:** 31. 01./01. 02. 2002  
**Ort:** Elsterberg/Vogtland  
**Sonstiges:** Erweiterte prophyl. Therapie und Wirtschaftlichkeit  
**Kursgebühr:** 430 € der Zahnarzt, 300 € die HelferIn  
**Auskunft:** DENT-MIT, Bahnhofstraße 35, 07985 Elsterberg Tel.: 036621/226 36 Fax: 036621/226 37

**Thema:** Zähne und Kiefergelenk als Störfelder für den Gesamtorganismus  
**Veranstalter:** DENT-MIT  
**Termin:** 01./02. 02. 2002  
**Ort:** Elsterberg/Vogtland  
**Sonstiges:** Diagnostik und Neurltherapie  
**Kursgebühr:** 475 € für den ZA  
**Auskunft:** DENT-MIT, Bahnhofstraße 35, 07985 Elsterberg Tel.: 036621/226 36 Fax: 036621/226 37

**Thema:** Praxis-Managerin  
**Veranstalter:** dental-training-consulting  
**Termin/Ort:** 01./02. 02., 15./16. 03, 19./20. 04., 31. 05./01. 06., Dortmund; 12./13. 03., 16./17. 04., 14./15. 05., 18./19. 06., Frankfurt; 19./20. 03., 23./24. 04., 28./29. 05., 25./26. 06., Berlin  
**Sonstiges:** Aufbau eines „Qualitäts“-Systems. Praxisorganisation, EDV-Schulung, Beachung der Kammer-„Qualitäts“-Modelle  
**Kursgebühr:** 2 500 € inkl. 16 % MwSt. und Mittagessen Option: 1 000 € exkl. MwSt. Seminart-Software

**Auskunft:** Christian Seidel d-t-c, Am Berge 8c, 58456 Witten Tel.: 02302/726 68 Fax: 02302/717 86 e-mail: Seminare@Seidel-d-t-c.de

**Thema:** Informationsveranstaltung zur Kursreihe „Vorbereitung auf die amtsärztliche  
**Veranstalter:** PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH  
**Termin:** 02. 02. 2002, 12.00 Uhr  
**Ort:** 49163 Bohmte-Hunteburg  
**Sonstiges:** Kursinhalte und -aufbau werden vorgestellt. Gasthörer beim anschließenden Übungskurs sind möglich. Anmeldung unbedingt erforderlich.  
**Kursgebühr:** kostenfrei  
**Auskunft:** Fr. Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg Tel.: 05475/95 98 55 Fax: 05475/5257

**Thema:** Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker  
**Veranstalter:** PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH  
**Termin:** 02. 02. 2002, 14.00 – 21.00 Uhr  
**Ort:** 49163 Bohmte-Hunteburg  
**Sonstiges:** 18-monatige Kursreihe, Rotationsverfahren, Einstieg jederzeit möglich, in 3-Monatsblöcken einzeln zu belegen. Gasthörerschaft nach Anmeldung möglich  
**Kursgebühr:** auf Anfrage  
**Auskunft:** Fr. Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg Tel.: 05475/95 98 55 Fax: 05475/5257

**Thema:** Titaneramik Triceram mit höchstem Anspruch – ganz einfach  
**Veranstalter:** ESPRIDENT GmbH aesthetic dental products CDC – Centrum Dent. Kommunikation  
**Termin:** 07./08. 02. 2002  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Referenten: ZT Franck Chomet, ZT Francois Hartmann  
**Kursgebühr:** 335 € + MwSt.  
**Auskunft:** Renate Sacher, Esprident, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-479 Fax: 07231/803-409

**Thema:** Patienten-Intensivberatungs-Seminar für ZA  
**Veranstalter:** New Image Dental  
**Termin:** 08. 02. u. 19. 04. 2002  
**Ort:** Zornheim bei Mainz  
**Sonstiges:** Das individuelle Verkaufsgespräch; Patienten erfolgreich beraten effektiver Aufbau Verkaufsgespräch  
**Kursgebühr:** 305 € zzgl. MwSt.  
**Auskunft:** K. Scheuermann, Tel.: 06136/95 55 00 Fax: 06136/95 55 033

**Thema:** Homöopathie in der Zahnarztpraxis  
**Veranstalter:** PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH  
**Termin:** 09. 02. 2002, 9.00 – 16.45 Uhr  
**Ort:** 49163 Bohmte-Hunteburg  
**Sonstiges:** Ziel des Kurses ist, neben der Vermittlung der notwendigen Grundkenntnisse, Therapiekonzepte an die Hand zu geben, die sofort in der Praxis umgesetzt werden können. Referent: Dr. med. dent. H. Hommel, Wiesbaden  
**Kursgebühr:** 260 € inkl. MwSt.  
**Auskunft:** Fr. Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg Tel.: 05475/95 98 55 Fax: 05475/5257

**Thema:** Kreativität und Höchstleistung  
**Veranstalter:** IFG Fortbildungsgesellschaft mbH  
**Termin:** 09./10. 02. 2002  
**Ort:** Herzogenaurach, Hotel Herzogspark  
**Sonstiges:** 2-Tages-Intensiv-Seminar; Ref.: Dr. Ulrich Strunz  
**Kursgebühr:** 1 267,24 € + MwSt. inkl. Tagungsverpflegung und Seminarunterlagen  
**Auskunft:** IFG-Büro, Wohldstraße 22, 23669 Timmendorfer Strand Tel.: 04503/77 99 33 Fax: 04503/77 99 44 e-mail: info@ifg-hl.de internet: www.ifg-hl.de

**Thema:** Einführung in das Qualitätsmanagement  
**Veranstalter:** Merlyn Praxisberatung  
**Termin/Ort:** 15. 02., Münster; 09. 03. 2002, Nürnberg  
**Sonstiges:** Wir geben Ihnen Tipps wie Sie Kundenerwartungen übertreffen und ins QM-System einsteigen können

**Kursgebühr:** 240 € pro Person zzgl. MwSt.  
**Auskunft:** Petra Hermann, Hellweg 208, 45279 Essen Tel.: 0172/249 14 62 Fax: 0201/51 28 20

**Thema:** Praktisches Training zur Verbesserung Ihrer Patientengespräche  
**Veranstalter:** DENT-MIT  
**Termin:** 15. 02. 2002  
**Ort:** Ochsenfurt, Hotel Polisia  
**Sonstiges:** Erfolgreiche Zahnarztpraxen kommunizieren besser mit Videotraining  
**Kursgebühr:** 265,90 € je Teilnehmer  
**Auskunft:** DENT-MIT, Bahnhofstraße 35, 07985 Elsterberg Tel.: 036621/226 36 Fax: 036621/226 37

**Thema:** Kieferorthopädischer Grundkurs Teil I – Herstellung von Plattenapparaturen  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation  
**Termin:** 15./16. 02. 2002  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Referent: ZT Jörg Meier  
**Kursgebühr:** 410 € + MwSt.  
**Auskunft:** Renate Sacher, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-479 Fax: 07231/803 409

**Thema:** Grundwissen und Ausbildung der KFO-Helferin  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation  
**Termin:** 15./16. 02. 2002  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Referent: Prof. Dr. Ralf J. Radlanski  
**Kursgebühr:** 460 € + MwSt.  
**Auskunft:** Renate Sacher, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-479 Fax: 07231/803 409

## Bekanntmachungen der Berufsvertretungen

### KZV Land Brandenburg



#### Änderung der Satzung wegen Sicherungseinbehalt (§ 6 Abs. 1)

Frau Dr. Ingrid Heine beantragt:

Gemäß § 5 der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg stelle ich für die Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 01. Dezember 2001 folgenden Antrag:

Die Vertreterversammlung möge beschließen:

In § 6 Abs. 1a der Satzung der KZV Land Brandenburg wird nach dem 2. Spiegelstrich das Wort „oder“ eingefügt und folgender Wortlaut angefügt:

„- wenn von der KZV Land Brandenburg oder den Prüfungsgremien bei der KZV Land Brandenburg gegen ein Mitglied Honorarkürzungen beschlossen worden sind und der Vorstand aufgrund von konkreten Tatsachen zu dem Ergebnis kommt, dass die Durchsetzung der Forderung gefährdet ist.“

Begründung:

In den Fällen, in denen gegen einen Zahnarzt zum Beispiel durch die Prüfungsgremien ein Regress beschlossen wurde und aufgrund konkreter Tatsachen zu befürchten ist, dass die Durchsetzung der Regressforderung gefährdet ist, kann der Vorstand der KZV Land Brandenburg aufgrund der derzeit geltenden Satzung, um Überzahlungen zu vermeiden, keine Sicherheitseinbehalte tätigen. Mithin bedarf die Satzung einer entsprechenden Ergänzung.

Die Delegierten der Vertreterversammlung nehmen den von Frau Dr. Heine gestellten Antrag einstimmig an.

KZV Land Brandenburg  
Abt. Öffentlichkeitsarbeit  
Frau Pöschel  
Helene-Lange-Str. 4-5  
14469 Potsdam  
Tel.: 0331/2977 337  
Fax: 0331/2877 220

### KZV Koblenz-Trier



#### Vertreterversammlung

Gemäß § 7 Abs. 5 der Satzung in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Koblenz-Trier wird die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Koblenz-Trier zur Konstituierenden Sitzung am Samstag, dem 2. Februar 2002, 9.30 s.t., nach Koblenz, Geschäftsstelle der KZV Koblenz-Trier, Bahnhofstr. 32, Sitzungssaal 2. Etage einberufen.

Die Sitzung ist öffentlich.

#### Tagesordnung

1. Wahl
  - a) des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
  - b) des stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung gemäß § 7 Abs. 4 der Satzung
2. Frage- und Informationsstunde mit dem amtierenden Vorstand
3. Wahl
  - a) der Mitglieder des Vorstandes
  - b) des Vorsitzenden des Vorstandes
  - c) des stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes gemäß § 9 Abs. 2 und 3 der Satzung
4. Nachrücken der Ersatzmänner gemäß § 9 Abs. 4 der Satzung

5. Wahl der Vertreter und Ersatzmänner für die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 8 Buchst. d) der Satzung

6. Wahl der Mitglieder folgender Ausschüsse:  
a) Rechnungsprüfungsausschuss  
b) Zulassungsausschüsse  
c) Berufungsausschuss  
d) sonstiges Ausschüsse gemäß § 8 Buchst. l) der Satzung

7. Wahl der Mitglieder der Widerspruchsstelle nach § 85 SGG gemäß § 8 Buchst. i) der Satzung

8. Beschlussfassung über eingebrachte Anträge

Im Auftrag des amtierenden Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Koblenz-Trier

Dr. Rudolf Hegerl, Vorsitzender

KZV Koblenz-Trier  
Bahnhofstr. 32  
56068 Koblenz  
Tel.: 0261/91 20 - 0  
Fax: 0261/91 20 - 240

### Verlust von Kammerausweisen

#### BZK Stuttgart



Die Bezirkszahnärztekammer Stuttgart gibt den Verlust von folgenden Kammerausweisen bekannt:

Dr. Samad Zareie, Zahnarzt  
Arthur-Gruber-Str. 74  
71065 Sindelfingen  
ausgestellt am 12. 12. 2000

Dr. Dorothea Engels,  
Zahnärztin für Kieferorthopädie,  
Favoritengärten 37,  
71634 Ludwigsburg,  
geb. am 19. 04. 1947,  
ausgestellt am 20. 09. 1978

BZK Stuttgart  
Albstadtweg 9  
70567 Stuttgart  
Tel.: 0711/78 77-0  
Fax: 0711/78 77-238

### ZÄK Niedersachsen



Die Zahnärztekammer Niedersachsen gibt den Verlust von folgendem Kammerausweis bekannt:

Thomas Kessler,  
Debstedter Straße 12,  
27607 Langen,  
geb. am 29. 08. 1969  
in Bremerhaven,  
ausgestellt am 29. 05. 1996

Dr. Rüdiger Warnke,  
Granatstraße 17,  
30823 Garbsen,  
geb. am 29. 04. 1955  
in Hannover,  
Ausweis-Nr. 1677,  
ausgestellt am 17. 04. 1985

Zahnärztepaar  
Ingeborg Fuchs,  
geb. 16. 12. 1928 in Hannover  
Koppelweg 13, 30655 Hannover  
Ausweis-Nr. 3017,  
ausgestellt am 07. 06. 1993  
und  
Kostja Fuchs,  
geb. 29. 03. 1923 in Hannover,  
Koppelweg 13, 30655 Hannover  
Ausweis-Nr. 1360,  
ausgestellt am 10. 01. 1983

ZÄK Niedersachsen  
Zeißstraße 11  
30519 Hannover  
Tel.: 0511/833 91-0  
Fax: 0511/833 91-116

*Monat der Mundgesundheit mit großem Erfolg*

## Bewusstsein für professionelle Prophylaxe wurde gestärkt

**Der im September 2001 erstmals von Colgate mit fachlicher Unterstützung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) durchgeführte Monat der Mundgesundheit ist in der Öffentlichkeit auf großes Interesse gestoßen.**

Mehr als 120 000 Teilnehmer an der großen Prophylaxe-Aktion, eine rege Nachfrage nach gedruckter Information und ein starkes Medieninteresse am Thema Prophylaxe zeugen davon.

„Unser zentrales Ziel, die professionelle Zahnreinigung (PZR) in der Zahnarztpraxis bekannter zu machen und das Interesse der Bevölkerung an dieser Form der Prophylaxe zu wecken, haben wir damit erreicht“, resümiert Marcus Macioszek, Marketing Manager von Colgate Deutschland. Lob kommt auch von der BZÄK: „Die Aktion hat dazu beigetragen, das Thema Prävention in der Zahnheilkunde mit ihren wesentlichen Bestandteilen in der breiten Öffentlichkeit noch stärker zu verankern“, ist Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, überzeugt.

### Hohe Beteiligung

Erfreulich hoch war die Beteiligung an der großen Prophylaxe-Aktion zur professionellen Zahnreinigung. Mehr als 120 000 Personen haben im September an der Aktion teilgenommen, um ihre Chance zum Gewinn eines PZR-Gutscheins im Wert von 150 DM zu nutzen. Im September wurden täglich 100 Gutscheine verlost. Übrigens: Die Aktion läuft noch bis Ende Januar 2002. Dann werden nochmals 200 PZR-Gutscheine à 150 DM verlost. Reges Interesse haben die Aktionen auch in der Zahnärzteschaft hervorgerufen. Viele Zahnarztpraxen haben den zusammen mit der



*Professionelle Tipps für gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch bietet diese kompakte Broschüre. 800 000 Exemplare wurden in den vergangenen Wochen verteilt.*

BZÄK entwickelten Folder zur professionellen Zahnreinigung bestellt. Die kompakte Broschüre beleuchtet die wichtigsten Aspekte der PZR. „Die Nachfrage nach unseren Broschüren war so groß, dass wir zwischenzeitlich sogar nachdrucken mussten. Mit dem Versand der Broschüren sind wir kaum nachgekommen“, heißt es bei Colgate. Insgesamt 20 000 Zahnärzte haben das Informationsangebot genutzt.

### PZR kein Fremdwort mehr

Vieles spricht dafür, dass der Begriff „PZR“ inzwischen kein Fremdwort mehr sein dürfte. Viele Medien haben das Thema PZR mit Interesse aufgenommen. Die in der Presse erschienenen Artikel zum Thema Prophylaxe und PZR erreichten mehr als zehn Millionen Leser. Interessante Informationen lieferten auch die zwei Broschüren zum Thema Prophylaxe. Insgesamt 1,4 Millionen Exemplare sind hiervon in den vergangenen Wochen verteilt worden. Auch die eigens eingerichtete Internet-Homepage [www.monat-der-mundgesundheits.de](http://www.monat-der-mundgesundheits.de) wurde stark frequentiert.

Foto: Colgate



*Prophylaxe beim Profi: 3 000 PZR-Gutscheine à 150 DM hat Colgate während des Monats der Mundgesundheit verlost.*

3 000 professionelle Zahnreinigungen wurden verlost. Aufklärung und Motivation zu mehr Prophylaxe sind eine dauerhafte und langfristige Aufgabe. Für Colgate ist deshalb klar: „Wir werden uns auch im nächsten Jahr für die PZR engagieren und den September 2002 zum Monat der Mundgesundheit machen.“ BZÄK



*Gesundheitsmarkt – Markt der Zukunft*

# Megatrends und Szenarien – Heute in 13 Jahren

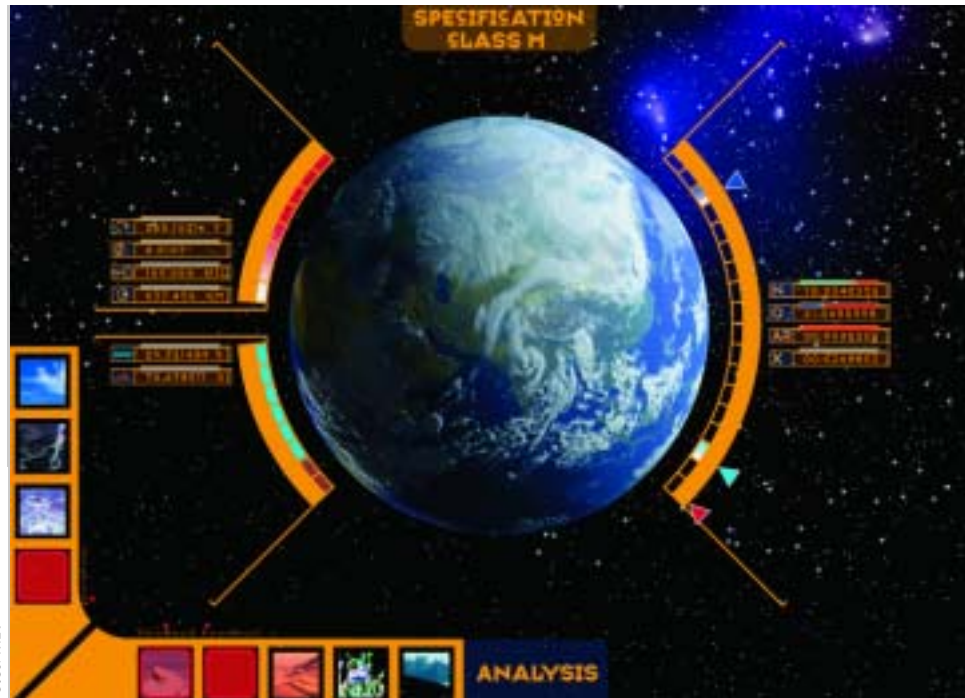
Sabine Nemeč

**Ein Blick in die Zukunft ist faszinierend und aufregend – oder einfach nur informativ. Bei manchem sorgen die Prognosen für ein Schmunzeln, weil vieles schier unglaublich oder einfach lächerlich wirkt. Zumindest im ersten Moment. Aber wie oft schon überholte die Wirklichkeit die vermeintliche Science Fiction?**

Was bringt uns die Zukunft? Dank einer über vierzigjährigen Erfahrung aus Trendforschung, Futurologie und Projektion von Zukunftsszenarien ist es möglich, sich die Zukunft für viele Lebensbereiche auszumalen. Wir erhalten ein umfassendes Bild, wenn durch Erforschen und Benennen von Visionen verschiedene Strömungen zusammengefasst werden. Mit diesem neuen Verständnis und dem Überblick werden Zusammenhänge plötzlich sichtbar und ermöglichen eine bessere Orientierung. Ressourcen können effektiver genutzt und Maßnahmen zielgerichtet eingesetzt werden.

Wie der Blick in die Geschichte zeigt, bleiben Visionen in aller Regel keine „Zukunftsmusik“. Bei der Verwirklichung vorhergesagter Szenarien oder Trends ist auch die Kraft der „self-fulfilling prophecy“ nicht zu unterschätzen. In allen Unternehmen wird heute nach vorne geschaut und für die Zukunft gehandelt. Ständig werden neue Produkte oder Techniken entwickelt. Moderne Ideen, Strategien und Richtung weisende Trends entstehen.

Der Gesundheitsmarkt gilt als einer der größten Wachstumsmärkte der Zukunft. So ist es kein Wunder, dass ihm verschiedene Untersuchungen gewidmet wurden, um dank treffsicherer Prognosen für die zu erwartenden Veränderungen in diesem Seg-



Fotos: MEV

*Wird die Science Fiction von heute zur Wirklichkeit von morgen?  
Wie sieht das Gesundheitswesen im Jahr 2015 aus?*

ment gewappnet zu sein. Beeindruckendes Zahlenmaterial liefert die Szenario-Untersuchung „Krankenhaus 2015“ der internationalen Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungs-Gesellschaft Arthur Andersen. Demnach wird sich der Gesamtumsatz für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen in Deutschland von 280 Milliarden Euro (2000) bis zum Jahr 2015 mehr als verdreifachen. Verantwortlich für diese Steigerung sind der rasante medizinische Fortschritt, die steigende Lebenserwartung, die Alterung der Bevölkerung, die kaum veränderte „Vollkasko“-Mentalität und das Leistungsniveau.

## Der Patient von morgen

Weiter prognostiziert diese Untersuchung, dass Leistungen, welche durch gesetzliche und private Krankenversicherungen abgedeckt sind, von 80 auf weniger als 50 Pro-

zent sinken. Der Patient der Zukunft wird erheblich mehr in seine eigene Gesundheit investieren müssen. Aktuell stammen ungefähr sieben Prozent des Gesundheitsbudgets direkt aus den Taschen von Privatpersonen. Künftig sollen es fast 30 Prozent sein. Dies wird möglich dank eines veränderten Gesundheits-Verständnisses in der Gesellschaft. Gesund sein bedeutet heute nicht mehr nur das Fehlen von Krankheit, sondern impliziert Leistungsfähigkeit, Attraktivität und Esprit. Im gesellschaftlichen Wertewandel hat auch die „Krankheit als Schicksal“ ausgedient. Gesundheit als Kompetenz- und Attraktivitätsfaktor, der auf emotionaler Ausgeglichenheit und gesellschaftlicher Integration beruht, wird an diese Stelle treten. Der Mensch wird sich vom Patienten zum Gesundheitskunden wandeln.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO fragte Menschen in 15 Ländern, was es für

sie bedeute, „gut zu leben“ Die Antwort lässt aufhorchen. Für die Mehrzahl der Befragten ist eine gute Gesundheit ein wesentliches Merkmal dafür, „gut zu leben“. Gute Gesundheit trägt entschieden zur Lebensqualität bei.

Die 1999 von Prof. Dr. Gert Gutjahr und der Frankfurter Allgemeinen Zeitung durchgeführte Untersuchung „Pharmamarkt 2020“ liefert viele interessante Aufschlüsse zum neuen Verständnis von Gesundheit und den Patienten. Diese empirische Zukunftsstudie, die Befragungsergebnisse von 119 europäischen Pharmaunternehmen ausgewertet hat, zeigt darüber hinaus denkbare Megatrends im Gesundheitswesen auf. Sie entwirft mögliche Zukunftsszenarien und -projektionen – auch für den Bereich „Gesellschaft und Gesundheit in Deutschland“. Ein Szenario ist eine plausible zukünftige Situation, die systematisch auf Basis der aktuellen Situation entwickelt wird.

## Rasante Entwicklung

Die Globalisierung der Wirtschaft und die sich stetig ändernde Informationslandschaft prägen unseren Alltag. Demografische Veränderungen in der Bevölkerung, europäische Gesundheitsreformen, die Verlagerung von politischen Kräften sowie nicht zuletzt die rasante technische und therapeutische Entwicklung in der Medizin und der Zahnheilkunde sind Faktoren, die das Gesundheitswesen und damit unser gesamtes Leben beeinflussen, es grundlegend und langfristig verändern.

Der renommierte Trendforscher John Naisbitt beschreibt Megatrends als große gesellschaftliche, ökonomische, politische und technologische Veränderungen, die sich langsam entfalten – und, wenn sie erst wirksam geworden sind, ihren Einfluss zwischen zehn Jahren und länger ausüben. Der Begriff Trends hingegen umschreibt Veränderungen, die von kürzerer Lebensdauer sind. So können verschiedene Trends innerhalb eines Megatrends entstehen, wirken und wieder abklingen. Bereits 1960 wurde von den Futurologen des US-amerikanischen Hudson-Instituts ein Trend zur Erhöhung der menschlichen Lebenserwar-



„High Tech Medizin“ sorgt für Pharmazeutika, die hoch wirksam sind – und entsprechend teuer.

tung aufgrund verbesserter Ernährung und Gesundheitsvorsorge prognostiziert. Darüber hinaus ermittelte die Studie von Gutjahr vier Megatrends.

### Megatrend 1: Die Health-Ökonomie

Mit dem Megatrend Health-Ökonomie werden die wirtschaftlichen Aspekte der Gesundheit in den Vordergrund gerückt. Es ist nicht länger nur das persönliche Wohlergehen des Patienten ausschlaggebend, sondern auch der Kostenaufwand, der durch seine Krankheit verursacht wird. Das bisherige Grundverständnis in der Medizin, dem Patienten ohne jeden Blick auf die Kosten bestmöglich zu helfen, wird in Frage gestellt.

Überlegungen zum Spannungsfeld Gesundheit und Kosten stehen im Raum:

- Wie viel darf uns Gesundheit im Einzelfall wert sein?
- Wo endet Verantwortung der Solidargemeinschaft und staatliche Verpflichtungen?
- Was darf Gesundheit kosten?

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, ob Patienten, die sich vorbildlich und „gesundheitsfördernd“ verhalten – indem sie sich während der Therapie engagieren oder durch das Wahrnehmen regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen prophylaktisch handeln – entsprechend honoriert werden sollten. Risikogruppen, wie Raucher und Leistungssportler, müssten hingegen mit gesonderten Auflagen rechnen. Die derzeit anstehenden Reformen im Gesundheitswesen werden als die ersten Schritte in Richtung Health-Ökonomie gesehen.

### Megatrend 2: Prävention und Diagnose statt Therapie

Dieser Megatrend baut auf den Megatrend Health-Ökonomie auf. In der Vergangenheit wurde das Hauptaugenmerk auf die Diagnose und die Therapie gelegt. Hier wird sich ein Wandel von der kurativen Medizin hin zur präventiven Medizin vollziehen – von der passiven zur aktiven Gesundheit, vom Patienten zum Kunden.

Zentraler Gedanke ist, inwieweit Gesunderhaltung und Vorbeugung von Krankheiten sinnvoller und entsprechend kostengünstiger sind als eine Therapie. Es geht nicht nur darum, Krankheitsrisiken zu vermeiden, sondern auch darum, körpereigene Funktionen, etwa das Immunsystem, zu stärken.

Zukunftsorientierte Ansätze umfassen Selbsthilfemedizin, prophylaktische Untersuchungen, eine weitere Optimierung und Entwicklung der Diagnostik sowie die gezielte und sinnvolle Nahrungsmittelergänzung. Über die Bedeutung dieses ganzheitlichen Gesundheits-Bewusstseins sind sich auch die gesetzlichen Krankenkassen bereits bewusst. Kurse und Beratungen zur Stressbewältigung und zur Entspannung werden schon heute angeboten. Prophylaktisch sollen die Psyche stabilisiert und der Körper gestärkt werden, um dadurch die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung zu verringern.

### Megatrend 3: Global Marketing

Der Megatrend „Global Marketing“ ist eine Entwicklung, die vor allen Dingen Unternehmen betrifft, die im Gesundheitswesen

tätig sind, und dabei insbesondere die Pharmafirmen – aber auch die Dentalfirmen.

Forschung und Entwicklung von Produkten fordern hohe Investitionen. Um diese Investitionen gewinnorientiert auszugleichen, wird der Aspekt des weltumspannenden Marketings für Unternehmen wichtiger. Auch hier ist zu differenzieren: Neben den großen, internationalen Konzernen werden sich kleinere und flexiblere nationale Nischenanbieter etablieren. Die Globalisierung wird sich auch in der Namensgebung von Produkten bemerkbar



*Vorbeugung und Naturheilmittel: Bringt die Zukunft eine „sanftere“ Medizin?*

machen. Mit einem international einsetzbaren Produktnamen können Ärzte und Zahnärzte weltweit die gleiche Bezeichnung verwenden und Unternehmen kosteneffizienter agieren.

#### **Megatrend 4: Der emanzipierte Patient**

Die Rolle des Patienten wird sich weiterentwickeln – vom mündigen zum emanzipierten Patienten, der Gesundheit als Kompetenz versteht. Der Patient engagiert sich zunehmend für seine Gesundheit und ist auch bereit, finanziell mehr beizusteuern. Über Internet, Literatur oder Hersteller informiert sich der zukünftige Patient über mögliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen und Therapien. Dadurch eignet er sich ein hohes Krankheitsverständnis an und wird die vom Arzt oder Zahnarzt empfohlenen Behandlungen selbstbewusst hinterfragen. Die logische Konsequenz: Der Patient wird in Zukunft mehr Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen, einen höheren fi-

nanziellen Eigenanteil bezahlen und somit auch stärker über seine Therapie und Medikation mitentscheiden. Das gilt vor allem für Menschen mit überdurchschnittlichem Einkommen.

Verschiedene Faktoren begünstigen diese Veränderung – die Gesundheitsreformen, das restriktive Verhalten der Ärzte sowie die Nutzung neuer Medien. Da sich der Patient emanzipiert, wird dem Arzt eine neue Rolle zugeteilt. Er wird sich vom verordnenden Arzt zum „Gesundheitsberater“ wandeln. Einen hohen Stellenwert für den Patienten wird die persönliche, ausführliche und qualifizierte Beratung erhalten.

## **Gesundheits-Szenarien**

Auf der Basis dieser Megatrends kristallisieren sich vier Szenarien heraus: „Liberalisierung“, „Restriktion“, „Effektive Medizin“ und „Sanfte Medizin“. Von diesen vier Szenarien sind drei positiv gewichtet: „Liberalisierung“, „Effektive Medizin“ und „Sanfte Medizin“. Dagegen ist „Restriktion“ ein Negativszenario.

Die Zukunftsbilder „Restriktion“ und „Liberalisierung“ spiegeln mögliche Entwicklungen im Gesundheitswesen wider. „Effektive Medizin“ und „Sanfte Medizin“ konzentrieren sich auf Tendenzen im Bereich der Medizin. Die Dimensionen, die dem Szenarien-Modell zu Grunde liegen, werden zum einen durch Forschung und Produkt, zum anderen durch Wirtschaft und Verwaltung festgelegt.

#### **Szenario 1: Liberalisierung**

Dieses Szenario geht davon aus, dass Phar-

maunternehmen im Jahre 2020 uneingeschränkt und hauptsächlich von marktwirtschaftlichen Gegebenheiten beeinflusst auf größtmöglichen Markterfolg hinarbeiten. Neben einem umfassenden Angebot an Medikamenten und Dienstleistungen werden dann auch Produkte entwickelt, die dem gewandelten Gesundheitsverständnis entsprechen, wonach Gesundheit als psychische und körperliche Fitness verstanden wird. Lifestyle-Medikamente, wie Viagra und Xenical, sind Vorläufer dieses Anspruchs.

Es wird eine höhere Compliance bei der Medikation und Therapie durch gut informierte Patienten geben. Waren in der Vergangenheit dem Arzt und dem Zahnarzt Werbeverbote auferlegt, so wird es dann ein Informationsrecht geben, das Ärzten und Zahnärzten sachliche Informationen über ihre beruflichen Tätigkeiten gestattet. Das ärztliche Werberecht erfüllt einerseits den Anspruch des Patienten auf medizinische Selbstbestimmung und auf freie Arztwahl. Arzt und Zahnarzt haben andererseits das Recht der Informations-, Berufs- und Meinungs-Freiheit. Wer seinen Patienten nicht vollständig über verschiedene Therapiemöglichkeiten aufklärt, könnte Gefahr laufen, rechtlich belangt zu werden.

#### **Szenario 2: Restriktion**

Dieses Negativszenario ist eher ein Schreckensszenario. Aufgrund dramatischer Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen werden die Leistungen von Arzt und Zahnarzt durch staatliche Preiskontrollen und die vorgegebene Regulierung von Erstattungsansprüchen der Patienten stark reglementiert. Der Arzt hat seine Entscheidungsbefugnis über den Einsatz von Arzneimitteln und Behandlungsoptionen weitgehend verloren. Der Wunsch der Krankenkassen, einen „gläsernen Arzt“ zu schaffen, zeigt, dass es bereits heute Ansätze für ein solches Restriktions-Szenario im deutschen Gesundheitswesen gibt.

#### **Szenario 3: Sanfte Medizin**

Dieses Positivszenario geht auf den Megatrend „Diagnose und Prävention“ zurück, in dem vorbeugende Maßnahmen an Rele-



*Gesundheit gehört zum Lifestyle: Psychische und körperliche Fitness werden gesellschaftlich immer wichtiger.*

vanz gewinnen. Dadurch rücken auch Naturheilmittel mehr ins Zentrum des Geschehens. Die Kombination von biologischen und chemischen Substanzen in Medikamenten ermöglicht eine verbesserte und verträglichere Behandlung. Eine erhöhte medikamentöse Wirksamkeit geht einher mit einer deutlichen Reduktion von Nebenwirkungen. Genanalysen zur Berechnung von persönlichen Krankheitsanlagen und zur Unterstützung einer gezielten Medikamentenvergabe werden wahrscheinlicher.

#### **Szenario 4: Effektive Medizin**

Der Begriff „High-Tech-Medizin“ umschreibt dieses Szenario am besten. Durch interdisziplinäre Forschungsarbeit werden innovative, hoch wirksame, selektive und entsprechend teure Pharmazeutika entwickelt. Die Zeiten für Entwicklung und Forschung werden sich verkürzen.

Das Szenario des „liberalisierten Gesundheitswesens“ in Deutschland ist auch laut der Arthur Andersen Studie das Wahrscheinlichste. Das Gesundheitssystem mit den derzeit geltenden Bedingungen wird auf Dauer nicht mehr finanzierbar sein. Die gesetzliche Krankenversicherung wird abgelöst durch ein steuerfinanziertes System von Grundversorgung und wahlfreien Zu-

satzversicherungen. Der Versicherungsnehmer entscheidet selbst, welche Krankheitsrisiken abgedeckt werden sollen und welchen Beitrag er zu zahlen bereit ist. Weder in der Organisation noch in der Leistungsvielfalt wird es zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen noch große Unterschiede geben. Deshalb werden sie auch stärker gegeneinander in Wettbewerb treten.

Patientenverbände werden mehr Einfluss bekommen und entsprechend ein fester, demokratischer und legitimierter Mitgestalter im gesundheitspolitischen Prozess sein. Der Krankenhausmarkt wird sich grundlegend wandeln. Wegen Überkapazitäten und engen ökonomischen Rahmenbedingungen wird bis zum Jahr 2015 jedes vierte Krankenhaus schließen müssen. Von 2240 Krankenhäusern werden rund 1700 übrig bleiben. Die freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger werden Marktanteile zu Lasten der öffentlich-rechtlichen Träger gewinnen. Die Leistungen der Krankenhäuser werden nach objektiven Kriterien, wie etwa Evidence Based Medicine, gewertet. Die gute Leistungsfähigkeit wird das Hauptkriterium für Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses sein. Dabei ist die Umsetzung eines Qualitätsmanagements unumgänglich.

Zu einer optimalen und effizienten Versorgung des Patienten, so wird prognostiziert, trägt dann die Vernetzung von Ärzten untereinander in Krankenhäusern und auch mit niedergelassenen Ärzten, bei.

Im ambulanten Bereich werden sich verstärkt privatwirtschaftliche Träger von Gesundheitsnetzen, die aus unterschiedlichen Leistungserbringern bestehen, durchsetzen. Bis zum Jahre 2015 wird mit 25 bis 30 solcher Gesundheitsunternehmen gerechnet. Um ihren Kapitalbedarf zu sichern, werden diese Unternehmen an die Börse gehen. Auch Franchise-Systeme werden sich etablieren. Diese verschiedenen Netze werden ein abgestimmtes Marketing umsetzen, da die berufsrechtlichen Hindernisse nicht mehr existieren.

Neue Informationstechnologien eröffnen neue Wege in der medizinischen Beratung, Diagnostik, Behandlung und Pflege. Der virtuelle Arzt, der beispielsweise während einer Operation online zugeschaltet ist, hat seinen Status des Ungewöhnlichen ebenso verloren wie der Patient mit einem hohem Informationsstand über Krankheiten.

Die Ausbildung von Ärzten, Zahnärzten und medizinischem Personal wird neu definiert. In Zukunft wird nicht allein der Grad der Spezialisierung zunehmen; auch werden marketingorientierte und betriebswirtschaftliche Aspekte integraler und selbstverständlicher Teil der Ausbildung sein.

Über Begriffe wie der Arzt und Zahnarzt als Gesundheits-Dienstleister oder der Patient als Kunde werden im Jahre 2015 keine Debatten mehr geführt. Sie sind ein Selbstverständnis geworden und erhitzen nicht mehr die Gemüter wie noch im Jahre 2001.

*Sabine Nemeč  
Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH)  
Rosenstr. 12  
63450 Hanau*

■ **Wie kann eine Praxis schon heute die Weichen für die Zukunft stellen? Welche Möglichkeiten stehen dem Zahnarzt zur Verfügung? In der kommenden zm-Ausgabe werden Handlungsstrategien vorgestellt, die sich auf die eingangs geschilderten Szenarien zurückführen lassen.**

*Die Zukunft des Euro*

## Zitterpartie mit Langzeiteffekt

**Vor drei Jahren wurde er eingeführt – jetzt haben wir den Euro im Portmonee. Das ist für Europa eine Wohltat ohnegleichen. Doch der Euro kam mit Geburtsfehlern auf die Welt. Für die Zukunft wird ihm viel zugemutet. Bleibt er trotzdem stark und stabil?**

Nach dem 1. Januar 2002 kommt sich ganz Deutschland vor wie auf Urlaub. Das neue Geld, das die Bundesbürger gegen die vertraute Mark eintauschen müssen, sehen die meisten zum ersten Mal. Es mutet wie eine Fremdwährung an. Und um eine Vorstellung vom Wert der zu kaufenden Waren und Dienstleistungen zu bekommen, muss man umrechnen. Zum Glück haben es die Deutschen bequem. Der Euro-Preis mal zwei ergibt in etwa eine Vorstellung in Mark. Viele Europäer werden vorerst wohl mit dem Taschenrechner einkaufen gehen, um das neue Preisgefühl zu bekommen.

Dennoch: Für Reisende, für die produzierende Wirtschaft, für den Handel und für die Finanzwelt ist eine europäische Einheitswährung ein Segen. Der kostenträchtige Geldumtausch entfällt. Preise, Löhne, Gebühren oder auch Börsenkurse sind in ganz Europa bereits auf einen Blick vergleichbar. Dabei wird sich allerdings der portugiesische Bauarbeiter fragen, warum er einen Stundenlohn von nur drei Euro bekommt, während ein Niederländer mit gut 14 Euro rechnen kann. Ein deutsches Unternehmen des Maschinenbaus wird sich fragen, warum es seinen deutschen Arbeitnehmern den Spitzenstundenlohn von durchschnittlich 14,68 Euro zahlen soll, wenn in Irland 8,91

Euro, in Spanien 8,21 Euro, in Griechenland 4,67 Euro und in Portugal sogar nur 3,64 Euro Tarif sind. Fazit: Portugiesen oder Spanier liebäugeln mit Jobs in Deutschland oder den Niederlanden. Und Unternehmer aus europäischen Hochlohnländern lassen durchkalkulieren, wie viel preiswerter und damit Gewinn bringender sie in anderen EU-Staaten produzieren könnten.

### Druck auf die Preise

Mit anderen Worten: Der Euro bringt (noch mehr) Bewegung in die Wirtschaft des Kontinents. Wechselkursrisiken, die früher teuer abgesichert oder aber in Kauf genommen werden mussten, gibt es nicht mehr. Die Zeit der Währungsabwertungen, mit denen sich vor allem die europäischen Südstaaten gerne und oft aus Konjunkturkrisen befreien, ist vorbei. Abwertung bedeutete für ausländische Unternehmer bei der Rückführung von Kapital ins Heimatland immer einen herben Verlust, der nicht selten alle anderen Produktivitätsvorteile auffraß. Nun lassen sich Gewinne, die etwa in Portugal oder Griechenland erwirtschaftet werden, ohne Währungsrisiko transferieren. Aber auch Sparer bekommen einen größeren Spielraum: Sie können sorglos ihr Geld in den Euro-Ländern anlegen, in denen die höchsten Zinsen gezahlt



*Kommt alles Gute von oben? Der Euro ist da und muss zeigen, was er kann.*

werden, derzeit etwa in Irland oder in Spanien. Das Wechselkursrisiko, das früher hohe Zins-einnahmen schnell wieder schrumpfen ließ, ist mit dem Euro eliminiert.

Ein politisch gewolltes Ziel der Währungsunion ist auch, das allgemeine Preisniveau auf eine breitere Basis zu stellen. Wenn nämlich die Preise für alle gängigen Güter und Dienstleistungen europaweit auf der Grundlage einer einheitlichen Währung vergleichbar sind, vergrößert sich der Wettbewerbsdruck. Dadurch werden die Preise sinken, zumindest aber in Schach gehal-

ten. Denn die Bewohner von Euro-Land fragen sich demnächst, ob sie etwa ihr kostspieliges Konto weiterhin bei der angestammten Bank führen müssen, oder ob sie nicht besser, womöglich zum halben Preis, die Dienste eines niederländischen oder eines südspanischen Instituts in Anspruch nehmen sollten.

In den Niederlanden ist nämlich der Kosten senkende Automatisierungsgrad sehr hoch. Und in Spanien verdienen Bankangestellte nur etwa halb soviel wie in Deutschland, was eine Preissenkung um die Hälfte rechtfertigen

würde. Ähnliche Preis senkende Wettbewerbsbedingungen gelten für Versicherungen, für Lebens- und Genussmittel, für höherwertige Konsumgüter wie etwa Autos, für Investitionsgüter und auch für Medikamente. Warum müssen die autoverliebten Deutschen in Europa für die gleichen Modelle durchweg die höchsten Preise zahlen? Warum muss das Allerwelts-Schmerzmittel Aspirin in Deutschland doppelt so teuer sein wie in Frankreich?

## Politische Probleme

Leider bilden zwölf souveräne Staaten die Währungsunion mit dem Euro. Das bedeutet: In jedem dieser Staaten gibt es einen anderen Mehrwertsteuersatz. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der Preise erheblich erschwert. Immerhin konnte sich ganz Europa bei der Erfindung und Einführung der Mehrwertsteuer auf diese Art der Besteuerung von Waren und Dienstleistungen einigen. Man kann sich die fremde Mehrwertsteuer zwar sparen, wenn man bei der Einführung eines im Ausland gekauften Produkts die deutsche Mehrwertsteuer zahlt. Aber das ist eine bürokratische Bremse für den freien, innereuropäischen Warenverkehr, zumal für den privaten.

In der politischen Souveränität der zwölf Euro-Staaten sind auch die Probleme des Euros begründet. Politische Souveränität bedeutet nämlich auch und vor allem, dass jeder Euro-Staat sein eigenes Haushaltsbudget aufstellt. Damit bestimmt er den Verschuldungsgrad, und mit dem Grad der Staatsverschuldung mehr oder minder auch das Inflations- und nationale

Zinsniveau. So darf es nicht wundern, dass jedes Euro-Land seine eigene Inflationsrate wie auch ein individuelles Zinsniveau hat. In Spanien und Irland etwa ist die Inflation etwa doppelt so hoch wie in Deutschland oder Frankreich. Entsprechend hoch fallen dort auch die Zinsen zumindest für kurzfristige Laufzeiten aus.

Fatal ist: Das schwächste Glied in der Euro-Kette, das mit besonders hoher Inflation und demgemäß mit entsprechend hohen Zinsen zu kämpfen hat, bestimmt das Zinsniveau für alle. Denn da es kein Währungsrisiko mehr gibt, wandert das Kapital automatisch dorthin, wo die höchsten Zinsen geboten werden. Will jedoch ein Staat verhindern, dass das Sparkapital seiner Bürger in fremde Regionen abwandert, muss er mit entsprechend hohen Zinsen gegenhalten und so versuchen, es zurückzulocken. Denn die heimische Wirtschaft ist auf dieses Sparkapital, etwa zur Finanzierung von Investitionen, angewiesen.

## Missachtete Verträge

Zwar sieht der Vertrag von Maastricht, der dem Euro zumindest in der Anlaufphase eine Art Stützkorsett verschaffen soll, beim Grad der Staatsverschuldung und bei der Höhe der Inflation eine Grenze. Wenn die Grenzen überschritten werden, drohen theoretisch Strafen. Doch lassen sich stolze Nationen, wie Italien, Spanien oder auch Frankreich, von Bürokraten aus Brüssel eine hohe Geldstrafe aufbrummen? Selbst wenn eine Geldstrafe wegen unerlaubter Überschuldung akzeptiert würde – sie müsste bei den ge-



Foto: godshoot

*Wie im Urlaub: die neue, fremde, eigene Währung.*

forderten Milliarden mit neuen Schulden bezahlt werden. Nach einer präzisen Einschätzung ist der Euro eigentlich gar keine Währung. Er ist eher als ein Währungsfonds einzustufen, in dem die zwölf Euro-Staaten ihre nationalen Währungen zu festen Wechselkursen eingebracht haben. Vier dieser Währungen waren relativ stark (die Mark, der österreichische Schilling, der französische Franc und der niederländische Gulden). Alle anderen Währungen waren seit eh und je, ziemlich schwach auf der Brust. Der Mix der Starken und der Schwachen ergab im Verhältnis zum US-Dollar bereits in relativ kurzer Zeit einen Kursverlust von rund 25 Prozent. Der Einführungspreis des Euro zu 1,18 für einen US-Dollar war wohl mehr an der (damals noch) starken Mark als an der Realität orientiert. Die Realität des Marktes taxiert den Euro derzeit auf rund 90 Cent.

## Das Pferd von hinten aufgezäumt

Eine echte Währung verlangt indessen eine einheitliche, übergeordnete und wohl überlegte Budgetpolitik – das heißt, auf breiter Ebene ausgeglichene Ausgaben und Steuereinnahmen. Dann nämlich hätte eine unabhängige Notenbank einen

konkreten Ansatzpunkt für die enorme Hebelkraft des zinsbestimmenden Diskontsatzes (zu dem sich Großbanken bei der Staatsbank Kredit genehmigen können). Doch die Europäische Zentralbank kann gegenwärtig mit ihrer Zinspolitik nur Wegweiser aufstellen. Ob sich die Nationalstaaten an diese Vorgaben halten, unterliegt ihrem Goodwill als Mitspieler in der Euro-Mannschaft. Sanktionen für „Ungehorsam“ sind nicht vorgesehen. Kurzum: Der Euro als Währung setzt eigentlich ein politisch geeintes Europa voraus. Zittern müssen die Euro-Inhaber auch um die zukünftige politische Unabhängigkeit der Europäischen Zentralbank (EZB). Analog zur Deutschen Bundesbank und zur US-Notenbank soll die EZB gemäß dem Maastricht-Vertrag völlig unabhängig von politischen Einflüssen und Zielsetzungen schalten und walten können. Nur so, das hatten die Amerikaner und die Deutschen überzeugend bewiesen, bleibt eine Währung in der Substanz stabil. Haben jedoch Politiker freie Hand, an den Stellschrauben einer Währung zu drehen, dann erlauben sie es sich durchaus, aus machtpolitischen und wahltaktischen Überlegungen eine Abwertung durchzusetzen oder auf Kredit ein Konjunkturförderungsprogramm zu inszenieren. Das jedenfalls sind schnell wirkende Methoden, eine kränkelnde Wirtschaft aufzupäppeln. Frankreich, Italien oder auch Spanien kennen das gar nicht anders. Hier ist ein starker politischer Einfluss auf die Währung geradezu Tradition. Nun droht der Europäischen Zentralbank, auf dem Vertragspapier eine honorige, politische völlig unabhängige Institution,

leider doch die Politisierung. Der tapfere Wim Duisenberg, als Holländer eine neutrale Notenbank gewohnt, ist womöglich nur – dank einer politischen Mausehelei mit Frankreich – auf Abruf gewählt. Hätte der amtierende Präsident der französischen Nationalbank derzeit kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren am Hals, würden die Franzosen womöglich jetzt schon Druck machen, um in der Halbzeit des Wim Duisenberg, also im Jahr 2003, ihren Monsieur Trichet als EZB-Präsidenten zu inthronisieren. Auch wenn ein anderer Franzose dieses Amt übernehmen sollte, steht die Neutralität der EZB auf dem Spiel. Ein massiver Vertrauensverlust für den Euro.

Auch die Brüsseler Eurokratie ist eine Gefahr für die Stabilität des Euro. Hier regiert zunächst mehr Bürokratie als Demokratie. Die „Regierung“ Europas leistet sich zwei überaus kostspielige Parlamentssitze (neben Brüssel zur Prestigebefriedigung der Franzosen auch einen neu erbauten in Straßburg). Doch das Europa-Parlament hat nicht viel zu sagen und wird, vor allem aus Deutschland, mit überwiegend abgehalfterten Kandidaten besetzt. Die Brüsseler Europa-Bürokratie beschäftigt sich überwiegend mit der Ausarbeitung von oft lebensfeindlichen Vorschriften sowie der Verteilung von Subventionen. In der Hauptsache aber verwaltet sie (zum Zorn und Schaden der Dritten Welt) eine landwirtschaftliche Zollunion. Doch jetzt wollen ehrgeizige EU-Kommissare, allen voran der deutsche Günter Verheugen, „echte“ Politik machen. Sie betreiben die Integration Osteuropas in die Europäische Wirtschaftsunion.

Die ersten Beitritte werden bereits im Jahr 2004 angestrebt. Auf dem EU-Gipfel 1999 in Berlin sollte eigentlich eine Reform zumindest des überaus kostspieligen Agrarwesens auf den Weg gebracht werden. Frankreich als größter Nutznießer dieser Subventionsmaschinerie blockierte. Und Spanien sprach die Erpressung aus, alle fälligen Beschlüsse zu sabotieren, wenn zu Gunsten Osteuropas der Geldstrom nach Spanien weniger üppig als bislang fließen sollte. Also wurde (wieder einmal) keine der dringenden erforderlichen Reformen, vor allem des Agrarwesens, beschlossen. Jetzt sollen, mit massiver Unterstützung der Deutschen, die ersten Osteuropa-Kandidaten der EU und damit auch dem Euro beitreten, bevor eine entsprechende Finanzplanung ausgearbeitet ist. Die soll erst in der Zeit zwischen 2007 bis 2013 unter Dach und Fach gebracht werden.

Das aber bedeutet: Die EU zäumt wieder einmal, weil man sich nicht einigen kann, das politische Pferd von hinten auf: Zuerst der Beitritt Osteuropas, dann eine Neuregelung der Mitbestimmung und der Finanzen. Damit rast Europa, ohne aus der deutschen Wiedervereinigung gelernt zu haben, einer Finanzkatastrophe entgegen. So belastet der Beitritt der beitriffsfähigen Osteuropa-Kandidaten nach einer Studie der Dresdner Bank den EU-Haushalt sofort mit jährlich rund 44 Milliarden Euro. Da Deutschland etwa die Hälfte dieses Haushalts zu finanzieren hat, fließen rund 30 Milliarden Euro mehr als bisher (9,3 Milliarden Euro) nach Brüssel. Das entspricht in etwa dem Mammutetat des deutschen Arbeits- und Sozialministeriums.



Foto: MEV

*Keine Schlafmünzen:  
Der Euro-Cent muss rollen.*

## Schlusslicht Deutschland

Mit einem Verschuldungsgrad von 2,5 Prozent (gemessen am Bruttoinlandsprodukt, dem gesamten Volkseinkommen) ist Deutschland derzeit, der größte Schuldenmacher im Konzert der zwölf EU-Staaten. Über die wahren Gründe dieser hohen Schuldenlast wird ungern öffentlich gesprochen. Sie liegen aber auf der Hand: Die Renten wie auch die Arbeitslosenhilfe für etwa zehn Millionen Bürger der ehemaligen DDR werden – direkt oder indirekt – aus dem Bundeshaushalt bezahlt. Genaue Zahlen bleiben geheim. Die Bezieher dieser Gelder haben in der Regel nie in eine westdeutsche Sozialkasse Geld eingezahlt. Sie werden jetzt aber – und das ist der Staat der Wiedervereinigung auch schuldig – aus der Staatskasse alimentiert.

Der Euro wäre eine wunderbare Sache, wenn die Politik nicht wäre. Die Europa-Politiker betrachten den Euro lediglich als Ersatz für einen gravierenden Mangel an politischer Einmütigkeit. Für sie ist er der kleinste gemeinsame Nenner, auf den sie sich bislang verständigen konnten. Und er dient, vor allem für Osteuropa, als Magnet, den Machteinflussbereich der EU zu

vergrößern. In Wirklichkeit aber wollen die meisten EU-Staaten gar kein vereintes Europa. Sie wollen aus einer Geldquelle schöpfen, die primär andere speisen. Sie wollen aus den EU-Kassen möglichst viel mehr herausbekommen, als sie einzahlen müssen, notfalls mit Erpressung. Auch Osteuropa will, darüber wird nicht nur debattiert, sondern bereits heftig gestritten, in erster Linie Geld aus Brüssel sehen. Wenn sich demnächst auch die EU im Verein mit ihren Mitgliedsstaaten hoch verschulden muss, um völkerrechtlich relevante Verträge zu erfüllen, blüht im Euro wahrscheinlich die Inflation auf. Denn im Keim ist sie im neuen Geld bereits enthalten. Inflation aber ist ein Gift, das alle wirtschaftlichen Tugenden absterben lässt. Das Engagement, vernünftig zu wirtschaften, ist dahin. Der Wohlstand schwindet.

Und so ist nicht ausgeschlossen, dass auch die Europäische Währungsunion in einigen Jahren enden könnte wie Mitte des 19. Jahrhunderts die „Lateinische Münzunion“ (aus Frankreich, Belgien, Italien, der Schweiz und Griechenland) oder auch die „Skandinavischen Münzunion“ (zwischen Dänemark, Norwegen und Schweden). Auf dem Vertragspapier waren sie „auf ewig“ begründet. In der Praxis wurden sie alsbald zum Zankapfel und deshalb wieder abgeschafft. ■

*Der langjährige Autor unserer Rubrik „Finanzen“ ist gerne bereit, unter der Telefon-Nr. 089/64 28 91 50 Fragen zu seinen Berichten zu beantworten.*

*Dr. Joachim Kirchmann  
Harthauer Straße 25  
81545 München*

zm-online-Aktion

## Endspurt beim „Unwort 2001“

Wer macht das Rennen? „Risikostrukturausgleich“, „Budget“ oder vielleicht doch „Einkaufsmodele“? Die Wahl zum „Zahnärztlichen Unwort des Jahres 2001“ geht in die heiße Phase. Noch bis zum 16. Januar können Sie auf den Internet-Seiten von [zm-online](http://zm-online.de) für Ihr favorisiertes Unwort stimmen oder eigene Vorschläge machen. Die Ergebnisse werden in der Print-Ausgabe der zm (Nr. 3/2002) vorgestellt.

Wer sich über den aktuellen Stand bei der Abstimmung informieren oder mitmachen möchte – hier ist die Web-Adresse:

[www.zm-online.de](http://www.zm-online.de)



Foto: MEV

Grüne fordern

## Pflichtversicherung in der GKV für alle

Mit Blick auf die für 2003 geplante große Gesundheitsreform haben die Grünen gefordert, die „gesamte Wohnbevölkerung“ in den gesetzlichen Krankenkassen zu versichern. Auch sollten kin-

derlose Ehepartner nicht mehr kostenlos mitversichert sein, sagte die Gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Fraktion, Katrin Göring-Eckhardt. Sie plädierte ferner dafür, die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben.

om/dpa

Patientenbefragung

## Vertrauen in Hausarzt

Der Hausarzt genießt bei seinen Patienten deutlich mehr Vertrauen als jeder andere Mediziner. 90 Prozent aller Erkrankten verlassen sich auf die Diagnose ihres vertrauten Arztes. Den übrigen Ärzten trauen nur rund drei Viertel der Patienten über den Weg. Dies ist das Ergebnis einer Umfrage unter mehr als 1000 Bundesbürgern, die das Meinungsforschungsinstitut INRA/Mölln auf der Medizinfachmesse Medica vorgestellt hat.

pr/dpa

Hepatitis Impfstoff

## Aventis Pasteur ruft Charge zurück

Das Pharmaunternehmen Aventis Pasteur ruft Fertigspritzen zur Vorbeugung gegen Hepatitis A wegen möglicher mangelnder Wirkung zurück.

Der Wirkstoffgehalt liege bei einigen der Fertigspritzen unter der festgelegten Mindestmenge, teilte das Unternehmen kürzlich in Leimen mit. Zurückgerufen werden die Fertigspritzen mit den Wirkstoffen Vaqta und Vaqta K pro infantibus (für Kinder). Mit diesen Produkten geimpfte Menschen seien möglicherweise nicht ausreichend geschützt.

Gegen Hepatitis A werde gewöhnlich bei Reisen in Gebiete geimpft, in denen die Krankheit vorkommt, so ein Unternehmenssprecher. Möglicherweise betroffene Personen sollten ihren Impfschutz beim Arzt überprüfen lassen.

sp/dpa

Absender (in Druckbuchstaben):

---



---



---

Kupon schicken oder faxen an:

**ZM-Redaktion**  
**Leserservice**  
**Postfach 41 01 68**  
**50861 Köln**



Für den schnellen Kontakt:  
 Tel. 0221/4001252  
 Fax 0221/4001253  
 e-mail [zm@kzbv.de](mailto:zm@kzbv.de)  
 ISDN 0221/4069386

**zm** *Leser service*

**Nr. 1**  
 2002

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

L. Pröbster: Stellungnahme DGZMK und DGZPW (S. 28) Literaturliste



Dr. F. Linderkamp: Hyperkinetische Störungen (S. 32) Literaturliste



diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):



Kritik am Gesundheitssystem**Endlich eine wirkliche Reform**

Die Beitragsspirale bei den Kassen ist nach Ansicht des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), Hansjoachim Fruschki, „nur dann zu stoppen, wenn endlich eine wirkliche Reform erfolgt und es nicht länger bei Ankündigungen bleibt“.



Foto: DAK

Das deutsche Gesundheitssystem sei durch eine Über- sowie Unterversorgung gekennzeichnet, so Fruschki. „Eine Reform muss die Überversorgung beenden und Angebote garantieren, die auf einer qualitätsgesicherten und an Leitlinien orientierten Medizin beruhen“. Deshalb sei es richtig, die Weiterbildung der Ärzte industrieunabhängig und zertifiziert zu organisieren, sagt der DAK-Chef. Außerdem brauchten die Kassen neue Möglichkeiten, Verträge zu schließen. Kassenärztliche Vereinigungen seien Kartelle, weil sich ihnen jeder Arzt anschließen muss, der Leistungen für Versicherte der Kassen abrechnen will, meint Fruschki. Auch die Subventionierung der „Schein-Betriebskrankenkassen“ über den Risikostrukturausgleich müsse beendet werden. Zudem müssten finanzielle Verschiebungen zwischen den Zweigen

der Sozialversicherung unterbleiben, erklärte der DAK-Vorsitzende. Heute finanziere jeder mit seinen Krankenkassenversicherungsbeiträgen auch die Arbeitslosenversicherung mit.

om/dpa

BWL für Zahnärzte**Erster Studiengang verabschiedet**

Der erste Studiengang des berufs begleitenden Aufbaustudiums „Betriebswirtschaft für Zahnärzte“ der FOR-MED GmbH in Bayreuth ist vor kurzem erfolgreich verabschiedet worden. Der Studiengang wurde für die Belange von Zahnärzten unter wissenschaftlicher Leitung des Bayreuther Gesundheitsökonom Prof. Dr. Peter Oberender konzipiert. Der Unterricht erfolgt in Präsenzphasen am Wochenende. Im März 2002 wird der zweite Ausbildungslehrgang auf dem Campus der Universität Bayreuth beginnen. Informationen bei: FOR-MED GmbH, Postfach 100647, 95406 Bayreuth, Tel: 0921/30605, Fax: 0921/30615, E-Mail: info@form-ed.de. pr

Daten des Gesundheitswesens**Neuaufgabe**

Die Datensammlung „Daten des Gesundheitswesens“ des Bundesgesundheitsministeriums ist neu aufgelegt worden. Die zweijährlich aktualisierte Zusammenstellung aus den verschiedensten Quellen gesundheitsrelevanter Bereiche bietet allen Interessierten vielfältige Informationen über das Gesundheitswesen. Das Buch erscheint im NOMOS-Verlag als Band 137

der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und ist im Buchhandel für 78 DM zu erhalten. Es kann aber auch direkt beim Verlag bestellt werden: NOMOS Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Postfach 610, 76486 Baden-Baden, Tel.: 07221/21040, Fax: 07221/210427. pr/pm

Rote Liste® 2002**Ausgabe erscheint später**

Die nächste Ausgabe der Roten Liste® wird voraussichtlich im März/April 2002 ausgeliefert. Grund für die Verzögerung ist, dass erst weit über den Redaktionsschluss der Roten Liste® hinaus die neue Festbetragsanpassungsverordnung (FAVO) im Bundesgesundheitsministerium (BMG) verabschiedet wurde. Preise und Festbeträge in Euro (Stand 1. Januar 2002) konnten daher der „Rote Liste® Service GmbH“ erst Mitte Dezember 2001 zur Verfügung gestellt werden. Demzufolge wird die inhaltliche und redaktionelle Bearbeitung der Roten Liste® zum größten Teil im neuen Jahr durchgeführt. Herausgeber und Verlag bedauern die Verspätung außerordentlich und bitten die Fachkreise um Verständnis. pr/pm

Medizinische Entdeckungen**Patentagentur soll vermarkten**

Eine Patent- und Verwertungsagentur (PVA) soll Erfindungen von Wissenschaftlern der interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung (IZKF) vermarkten. Das IZKF der Universitätsklinik

Münster habe einem entsprechenden Vertrag zugestimmt, teilte die Universität mit. Zuvor hätten bereits die IZKF-Standorte Leipzig, Jena, Würzburg, Köln, Aachen und Erlangen-Nürnberg zugestimmt. Die in München beheimatete Agentur werde das Anmelden und Verwerten von Patenten übernehmen.

Die Internet-Adresse der Agentur: www.izkf.de. om/dpa

Unterversorgung**In Hessen droht Ärztemangel**

Foto: EyeWire

Die hessische Landesärztekammer befürchtet einen Ärztemangel. Sie warnt vor einer drastischen Unterversorgung an den hessischen Krankenhäusern. Der Arbeitsmarkt für Ärzte sei „radikal umgekippt“, so der Präsident der Landesärztekammer, Alfred Möhrle. „Während noch vor einem Jahr auf jede freie Stelle zahlreiche Bewerbungen kamen, ist es jetzt in den Krankenhäusern kaum möglich, gewisse Arztstellen zu besetzen.“ Das gelte vor allem für qualifizierte Fachärzte, aber auch für Ärzte im Praktikum. dev/dpa

Krankenhausbehandlung**Höhere Ausgaben für die Patienten**

Die Kosten für Krankenhausbehandlungen sind in Deutschland im Jahr 2000 stärker gestiegen als die gesamten Verbraucherpreise. Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, gaben die insgesamt 2242 Krankenhäuser für die Behandlung ihrer Patienten rund 53 Milliarden Euro aus. Das waren 2,1 Prozent mehr als im Jahr davor. Die Inflationsrate lag bei 1,9 Prozent. 1998 und 1999 hatte der Anstieg der Krankenhauskosten bei jeweils zwei Prozent gelegen, 1997 waren es 0,5 Prozent. dev/dpa

Archäologischer Fund**Zahnheilkunde vor 8000 Jahren**

Zahnschmerzen sind nach Erkenntnissen von US-Archäologen bereits vor 8000 Jahren fachmännisch behandelt worden. Die Wissenschaftler fanden in Pakistan Menschenzähne mit gebohrten Löchern, berichtet das Magazin „Bild der Wissenschaft“.

Andrea Cucina und Kollegen von der Universität von Missouri-Columbia entdeckten diese Indizien für „therapeutisches Bohren“ in der Ausgrabungsstätte Mehrgarh, die laut Experten als der früheste Beweis für eine permanente Siedlung angesehen wird. Die Löcher sind nach Ansicht der Forscher vorsätzlich in die Zähne gebohrt worden, da sie sehr genau begrenzt seien und konzentrische Bohr-Rillen aufwiesen. Diese Technik sei bereits von der Schmuckherstellung bekannt. Die Forscher schließen aus, dass die Zähne angebohrt wurden, um aus ihnen Ketten zu machen.

Denn die behandelten Zähne steckten noch in einem Kieferknochen. Mögliche Füllungen haben sich den Wissenschaftlern zufolge nicht erhalten. Cucina nimmt an, dass die Löcher mit Pflanzenmaterial gefüllt wurden. Unklar ist bislang, wie die Patienten für die Eingriffe betäubt wurden. dev/dpa

Qualitätspreis NRW 2001**Zahnarztgruppe ausgezeichnet**

Der Nordrhein-Westfälische Wirtschaftsminister Ernst Schwanhold hat im Rahmen des siebten Bonner Qualitätstages die Qualitätsgruppe des Wählerverbandes Zahnärzte Westfalen, Bochum (13 Zahnarztpraxen mit 105 Mitarbeitern), mit dem Qualitätspreis NRW 2001 ausgezeichnet.



Ausgehend von der Idee, zahnärztliche Leistungen transparenter – und somit vergleichbarer – zu gestalten, entwickelten die Praxisinhaber ein Qualitätsmanagement-System, das auf der Basis beruht, alle Praxen bilden „ein Unternehmen“ und ordnen sich als „einzelne Abteilungen“ in dieses System ein.

Der bereits zum sechsten Mal vergebene Preis honoriert langfristiges und effektives Engagement im Bereich des Qualitätsmanagements. om/pm

Britisches Gesundheitswesen**Deutsche Ärzte gesucht**

Foto: MEV

Die britische Regierung benötigt medizinisches Personal aus dem europäischen Ausland, um das kränkelnde staatliche Gesundheitswesen zu kurieren. Vor allem deutsche und spanische Ärzte und Pfleger sollen angeworben werden, berichtet die „Financial Times“. Zudem sollen Unternehmen aus anderen europäischen Ländern zum Ausbau der medizinischen Versorgung sowie für die Übernahme ungenutzter Stationen und Operationssäle gewonnen werden.

om

Krankenversicherung**Merkel will die Eigenbeteiligung**

CDU-Vorsitzende Angela Merkel hat eine Selbstbeteiligung nach dem Muster der Kraftfahrzeugversicherung vorgeschlagen, um im Gesundheitswesen die Kosten zu senken. „Jeder Versicherte soll in bestimmten Grenzen die Wahl haben, ob er von der Versicherung eine Vollversorgung haben will oder eine ordentliche Grundversorgung mit entsprechender Eigenbeteiligung“, so Merkel. Entsprechend könnten die Beiträge für die Grundversorgung sinken. Mit ihrer Position nähert sich die CDU-Vorsitzende den Vorschlägen des ehemaligen Bundesgesundheitsminis-

ters Horst Seehofer (CSU) an. Dieser plädiert zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen seit langem für ein System der Patienten-Selbstbeteiligung im Krankheitsfall. dev/dpa

Neuer Impfstoff**Mit Ziegen-Herden gegen Malaria**

Gen-Mäuse, die mit ihrer Milch einen Impfstoff produzieren, wecken neue Hoffnung im Kampf gegen Malaria. Der Stoff habe vier von fünf nachträglich infizierten Affen vor einer Malaria-Infektion geschützt, berichten US-Forscher. In der ungeimpften Vergleichsgruppe seien sechs von sieben infizierten Affen erkrankt. Ziel der Forscher ist es, später einmal die Massenproduktion des Impfstoffs mit Hilfe von Ziegen zu starten.

„Ein Impfstoff muss nicht nur effektiv, sondern auch billig zu produzieren sein, wenn er in den Ländern mit hoher Malaria-Rate eingesetzt werden soll“, so Anthony Stowers vom Nationalen Institut für Allergien und Infektionskrankheiten (NIAID). „Wenn das funktioniert, könnte eine Herde von ein paar Ziegen möglicherweise genug Impfstoff für ganz Afrika produzieren.“

Die Forscher hatten ein Gen des gefährlichsten Malaria-Erregers „Plasmodium falciparum“ in Mäuse eingeschleust und diese Erbanlage nur in den Brustdrüsen der Tiere aktiviert. Die Mäuse produzierten daraufhin mit der Milch ein Oberflächenprotein des Erregers. Diese Impfstoffsubstanz wurde isoliert und in die Affen injiziert. Deren Immunsystem entwickelte dann einen Schutz gegen die Malaria-Erreger. dev/dpa

## C'est la vie!

Erst hat man Zähne,  
weiß wie Schnee,  
doch mit der Zeit  
tut's auch mal weh;  
ein Zahn wird schwarz,  
dann bricht er ab,  
da gibt es Ärger, nicht zu knapp!  
Der Onkel Doktor sagt dann bloß,  
„die Lage ist ernst, aber  
nicht hoffnungslos!  
Da setzen wir ein Krönchen drauf,  
das fällt doch überhaupt nicht auf.“  
Nun hat man ein paar  
Jährchen Ruh',  
dann schlägt das Schicksal  
wieder zu.  
Jetzt wird nicht mehr lang'  
gefackelt,  
weil die ganze Front schon wackelt.  
Die Brückenpfeiler will man halten  
und eine neue Front gestalten.  
Dann sieht man wieder aus wie neu  
und ist so schön, wie einst im Mai!  
Da hängt der Himmel voller Geigen  
und man kann seine (falschen)  
Zähne zeigen.  
Die Freude währt nur kurze Zeit,  
dann ist es wieder mal so weit.  
Der Zahn der Zeit hat es geschafft,  
dass nicht nur eine Lücke klafft.  
Ersatz muss her, um jeden Preis,  
das ist nicht billig, wie man weiß.  
Als letzte Rettung ganz gewiss,  
gibt es letztendlich ein Gebiss!  
Doch ist das Ding  
nicht ganz geglückt,  
dann passiert's, dass es dich drückt.  
Man beißt sich durch  
und fügt sich drein;  
denn ohne will man  
auch nicht sein!  
Dann muss man sich  
zufrieden geben,  
c'est la vie – so ist das Leben!

*Eingesandt von zm-Leserin  
Edith Thiem aus Sömmerda*

## Wohl

„Ich würde dann auch vorschlagen, nicht Wellness-Tourismus zu sagen, sondern Wohlbefindlichkeitsfremdenverkehr.“ (Die FDP-Abgeordnete Christel Aschmoneit-Lücke ironisch im schleswig-holsteinischen Landtag zu Begrifflichkeiten.)

*dpa, 15. November 2001*

## Reingelegt

Pferde sind bekanntlich dumm. So ist es kein Wunder, dass sie sich leicht hereinlegen lassen: Ihnen reicht bereits ein Spiegel im Stall, damit sie sich nicht einsam fühlen. Sie seien dann wesentlich entspannter, hat der britische Verhaltensforscher Daniel Mills von der Universität in Lincoln herausgefunden. Statt hektisch den Kopf hin und her zu schwingen, werden die Pferde ruhig und verbringen gar über ein Viertel ihrer Zeit damit, in den Spiegel zu schauen, berichtet die britische Zeitung „The Telegraph“. Mills warnt aber davor, einen Glasspiegel in den Stall zu hängen: „Es ist wichtig, dass der Spiegel bruchsicher ist.“  
*Ärzte Zeitung, 18. 9. 2001*

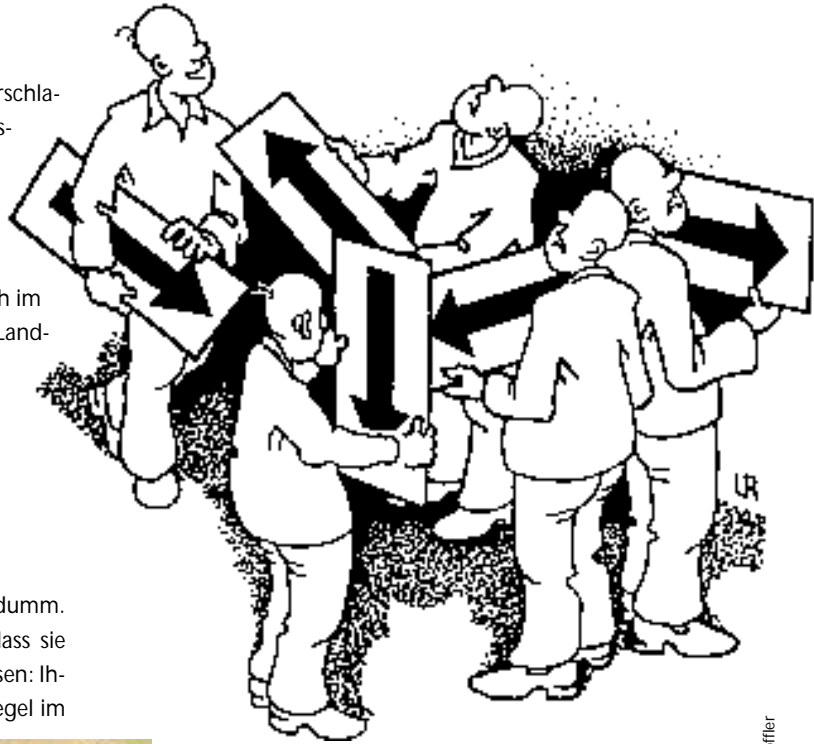


Fotos: MEV

## Tipp für Briten

Nehmt das erste Flugzeug und kommt her.

*Tipp des in einer deutschen Klinik genesenden Norwegers Espen Olsen an englische Patienten in einem BBC-Bericht über die Möglichkeit, sich in Deutschland medizinisch behandeln zu lassen.*



Illu.: Löffler

*Da geht's lang:  
Endlich eine klare Richtung für unser Gesundheitswesen.*

## Abwehr

Winterzeit: Abends ist das Bett kalt, morgens die Wohnung; Windschutzscheiben voll Laubmatsch, nasse Füße und durchgeschlagene Dauerwellen. Winterzeit – Erkältungszeit. Der Hals kratzt, Kamillentee, die rote Triefnase widersteht jedem Make-up, überall Rotzfahren. Zeit zum Vorsorgen! Nein, keinen Winterspeck anlegen – die letzte Rückkehr zum Waschbrettbauch tut jetzt noch weh... Abwehr stärken ist angesagt. Die innere, die gegen Bakterien und so. Gesundheitspflege hilft Kosten sparen! Ein direkter Beitrag zur Gesundheitsreform! Also gleich in die Sauna und kräftig Schwitzen. Unsere Politiker brauchen allerdings keinen Saunagang, die schwitzen schon beim bloßen Gedanken an Gesundheit. Obwohl, Soldatenschänder Steiner hat kalte Füße gekriegt und Scharping ist leicht verschnupft – Stimmenverlust durch Schwimmbade-Genuss? Ob denen ein heißer Saunagang geholfen hätte? Klar scheint: So richtig Schwitzen kann Wunder wirken – raus mit dem ganzen Dreck, clean werden, fit bleiben und dann lupenreine Lösungen finden...und gesunde Inhalte für Reformvorschläge. ■

