

Röntgenverordnung

**Das ist neu  
ab 1. Juli**

**Marktwirtschafts-Steuerung  
Chancen und Risiken**

**Stifterclub  
Dresdner Frauenkirche**



## Akzente

Liebe Leserinnen und Leser,

„Wir haben keine Lust mehr, sehr verehrte Frau Ministerin, nur noch das Feigenblatt der Menschlichkeit in einem Prozess gnadenloser Durchökonomisierung des Gesundheitswesens zu sein!“ Diese deutlichen Worte, die allen Heilberuflern aus der Seele sprechen dürften, adressierte Bundesärztekammer-Präsident Hoppe auf dem Deutschen Ärztetag in Rostock an Ulla Schmidt. Ihre Antwort fiel aus wie erwartet. Es blieb bei der zurzeit in üblicher „Wahl-Krampf“-Manier präsentierten geschönten Bilanz einer momentan wenig sattelfesten Bundesregierung. Und Hoppe malte auch gleich den Teufel an die Wand: „Die Gefahr ist groß, dass demnächst Patienten nur noch als Kosten- und Normengrößen im Finanzausgleich der Krankenversicherung gehandelt werden.“ Keine rosigen, wohl eher rot-grüne Aussichten.

Nicht mehr im rot-grünen Bereich, aber eindeutig im Dunstkreis rot-grünen Wahlkampf-Nebels anzusiedeln ist der Angriff des AOK-Verwaltungsratsvorsitzenden Peter Kirch gegen Kritiker des derzeitigen GKV-Systems: „Wer die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung rasiert, produziert Glatzen.“ Ein unglaublicher und „billiger Vorstoß“ gegen Heilberufler und kritische Politiker, meint der KZBV-Vorsitzende Dr. Rolf-Jürgen Löffler im Leitartikel dieser Ausgabe.

Doch während man auf nationaler Ebene immer noch so tut, als sei das deutsche System sakrosankt, wird in Brüssel und Straßburg längst an übergeordneten Maßgaben gearbeitet, die an den Grundfesten nationaler Eigenständigkeiten rütteln. Deutsche



Foto: MEV-EyeWrite-zm

■ *Der GKV-Patient: Künftig nur noch „Kosten- und Normengröße im Finanzausgleich der Krankenversicherung“?*

EU-Politiker reagieren auf die Brüsseler Gesetzgebungsmaschinerie, weil machtlos, noch weitgehend mit Schulterzucken. Vertreter der Bundeszahnärztekammer haben jetzt in einem ausführlichen Gespräch auf Einladung der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der EU-Kommission konkrete Wege sondiert, die – wo nötig – eine praktikable Schadensabwehr ermöglichen.

Um Schadensabwehr geht es auch bei der Vorsorge gegen die von Krankenkassen gewünschten und von Rot-Grün befürworteten Einkaufsmodelle zum „Aufbrechen der Kartelle auf der Seite von Leistungsanbietern“. Zahnarzt Martin Hendges und Prof. Wolfgang Goetzke bieten einen Überblick zum derzeitigen Entwicklungsstand.

Nach jahrelangem harten Ringen tritt voraussichtlich ab 1. Juli die neue Röntgenverordnung in Kraft. In unserer Titelgeschichte

informieren Prof. Jürgen Becker und der Zahnarzt und BZÄK-Referent Michael Krone vorab, was sich ändert und was Sie und Ihr Praxisteam künftig beachten müssen.

Übrigens: Dass die Arbeit in der Praxis eine Bereitschaft zu Kraft und Ausdauer erfordert, wissen wir. Bestätigt haben Sie das auch mit dem immensen Response auf unsere „Lauf Dich fit“-Aktion. Einige Reaktionen finden Sie im Leserforum.

Mit freundlichem Gruß



**Egbert Maibach-Nagel**  
zm-Chefredakteur

# zm

In diesem Heft



Foto: IZZ/Titelfoto: Corbis

**Am 1. Juli soll die neue Röntgenverordnung in Kraft treten. Die zm-Titelstory zeigt auf, was sich ändert und was künftig im Praxisalltag beachtet werden muss.**

**Seite 38**



**Symbol für den Stapellauf eines anderen Gesundheitswesens: Die Eröffnung des 105. Deutschen Arzttages fand in einer Rostocker Werft statt.**

**Seite 30**



Fotos: Schöner (r./)Aaevermann (l.)

**Blick auf die Innenkuppel: Der Zahnärzte-Stifterclub informiert über den aktuellen Stand des Wiederaufbaus der Dresdner Frauenkirche.**

**Seite 66**



Foto: CC

**Machtlos gegen Brüssel? Während nationale EU-Politiker sich ratlos geben, betreibt die Bundeszahnärztekammer aktiv Schadensabwehr.**

Seiten 14 und 34



Foto: Corbis

**Gefahr für die Zahnarztpraxis durch Einkaufsmodelle? Ein Sachstandsbericht.**

Seite 20

<b>Akzente</b>	<b>1</b>	<i>Colani-Truck: Prävention einmal anders</i>	<b>52</b>
<b>Leserforum</b>	<b>6</b>		
<b>Leitartikel</b>			
<i>Mangelnde Sachlichkeit: Dr. Rolf Jürgen Löffler, Vorsitzender der KZBV, über Schlammschlachten im Wahlkampf</i>	<b>8</b>		
<b>Nachrichten</b>	<b>10, 14</b>		
<b>Gastkommentar</b>			
<i>Hartwig Broll, Gesundheitspolitischer Fachjournalist in Berlin, über die anvisierte Datenmacht der Kassen</i>	<b>12</b>		
<b>Spree-Spitzen</b>	<b>18</b>		
<b>Politik und Beruf</b>			
<i>Strukturprobleme im Gesundheitswesen: Chancen und Risiken für den Zahnarzt</i>	<b>20</b>		
<i>Prävention und Kostenersparnis: Eine differenzierte Betrachtung</i>	<b>26</b>		
<i>Ärztetag in Rostock: Kritik an Ökonomisierung der Gesundheitspolitik</i>	<b>30</b>		
<i>Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“: Gesundheitsziele.de</i>	<b>32</b>		
<i>Brüssel: BZÄK im Gespräch mit deutschem EU-Botschafter</i>	<b>34</b>		
<b>Aus den Ländern</b>			
<i>Westerländer Fortbildungstagung: Tipps und Tricks aus der Implantologie</i>	<b>36</b>		
<b>Titelstory</b>			
<i>Neue Röntgenverordnung: Das sollten sie ab dem 1. Juli wissen</i>	<b>38</b>		
<b>Zahnmedizin</b>			
<i>Differentialdiagnostik: Intraorale Schwellungen</i>	<b>44</b>		
<i>Der besondere Fall: Zecke im Mundraum</i>	<b>48</b>		
<b>Medizin</b>			
<i>Neue Volkskrankheit: Depressionen</i>	<b>50</b>		
<b>Fachforum</b>	<b>54</b>		
<b>Veranstaltungen</b>	<b>57</b>		
<b>Formular Nebenwirkungen</b>	<b>65</b>		
<b>Freizeit und Reise</b>			
<i>Zahnärzte-Stifterclub: Die Baugerüste der Dresdner Frauenkirche fallen</i>	<b>66</b>		
<b>EDV und Technik</b>			
<i>Moderner und komfortabler: Medizin-Lexika auf CD-ROM und im Internet</i>	<b>70</b>		
<b>Finanzen</b>			
<i>Hedge-Fonds: Nicht immer das Gelbe vom Ei:</i>	<b>72</b>		
<i>Neue Rechtslage bei säumigen Zahlern</i>	<b>76</b>		
<b>Internationales</b>			
<i>ERO-Vollversammlung in Dubrovnik</i>	<b>78</b>		
<b>Historisches</b>			
<i>Rückblick: Die Entwicklung der feststehenden Apparatur</i>	<b>80</b>		
<b>Persönliches</b>	<b>84</b>		
<b>Industrie und Handel</b>	<b>86</b>		
<b>Impressum</b>	<b>93</b>		
<b>Letzte Nachrichten</b>	<b>125</b>		
<b>Zu guter Letzt</b>	<b>128</b>		





## Lauf Dich fit

**Die zm-Aktion „Lauf Dich fit“ hat in den vergangenen Wochen großen Anklang gefunden. Rund 350 Trainingspläne wurden angefordert und auch der Rat der Expertin Dr. Christine Graf wurde gern genutzt. Wir haben viele aufmunternde E-Mails erhalten – hier eine Auswahl.**

Danke für die gute Idee und Bereitstellung der Tipps. Bei früheren Trainingsversuchen gab ich immer wieder auf, weil die Pläne für mich nicht einzuhalten sind (mangels Konsequenz und Zeit); aber hier strecke ich den Zeitplan einfach um zirka das Doppelte, und habe kein schlechtes Gewissen. *Roswitha Bettecken*

Der Trainingsplan war wieder mal ein Grund, die Laufschuhe anzuziehen und was für die eigene Gesundheit zu tun. Doch ist es bei mir immer das selbe: Ich bin zwar so fit, dass ich mit dem „Trainingsplan für Läufer mit guter Fitness“ beginnen konnte, doch so nach zwei bis drei Wochen ist es vorbei mit den guten Vorsätzen. Es macht immer Spaß, wenn man läuft und man ist auch immer froh wenn man gelaufen ist, doch sobald man an einem Tag nicht dazu kommt, ist es aus. So wechseln sich bei mir meist zwei bis drei Wochen mit regelmäßigem Laufen mit zirka vier Wochen ohne Sport ab. Dies reicht dann nicht aus, um mal über eine Distanz von fünf Kilometern hinauszukommen. *Christian Gruber*

Angeregt durch ihren Trainingsplan habe ich wieder angefangen zu joggen – es viel mir relativ leicht. *Dr. M. Mann*

Es ist schon nicht einfach, sich nach einem langen Arbeitstag zu motivieren und sich zu bewegen. Bei mir klappt es unter dem Zwang des mitlaufenden Kollegen (keiner will sich die Blöße geben). Ob es nur an der Bewegung liegt ist, sicher schwer zu sagen, aber auf Grund von Erkältung musste ich bisher keinen Arbeitstag streichen. *Dr. Harry Löw*

Bei der „Lauf Dich fit“ Aktion sehe ich die Gefahr, dass die autodidaktischen Laufanfänger zu viele Fehler auch noch regelrecht einüben! Periodisierung und Leistungstest: Fehlzanzeige! *Rainer Holfeld*

Mein Mann und ich laufen nun seit zirka fünf Wochen nach Ihrem Programm, was wir sehr gut finden. Man kann es auch noch nach einem anstrengenden Tag bewältigen und es ist ein guter Ausgleich für andere Sportarten. *A. Rebstein-Geidel*

Das Trainingsprogramm ist sehr gut, doch über 50 Jahre muss man recht regelmäßig auf die Piste gehen. Gute Anregung, bitte weitermachen. *Dr. Stahl*

Lange Zeit habe ich mir schon vorgenommen, mal wieder etwas für die Fitness zu tun. Dank dieser Aufmunterung habe ich meinen inneren Schweinehund überwunden und bin sofort losgelaufen. Jeden Dienstagabend und Sonntagmorgen wird nun im Lauftreff gesportelt. Also macht es doch so wie wir und tut Euch zu einem schlagkräftigen Team zusammen, da muss man nicht nur für sich selber eine Ausrede finden, sondern eine, die vom Team akzeptiert wird. *Klaus Damm*

Gute Initiative, ich laufe seit 19 Jahren und kann mir mein Leben ohne Laufsport nicht mehr vorstellen. *Dr. Franke, Berlin*

Die Aktion hat mich dazu bewegt, wieder mit dem Laufen zu beginnen. Im September möchte ich meinen ersten Marathon mitlaufen. Das Laufen kompensiert super den aufgebauten Stress vom arbeitsreichen Tag. *Dr. Ira Weichert*



Ihrem Wunsche gemäß teile ich Ihnen mit, dass meine Frau und ich losgelaufen sind. Als Anfänger sind wir nun bei einer Leistung von 4,5 Kilometern im Zeitraum von zirka einer Stunde, und das möglichst drei Mal in der Woche. Unser Alter bewegt sich um die 60, das des uns begleitenden Dackels (Tempo angehend) 13 Hundejahre. *Dr. Thore Litta*

Das ist eine sehr gute Anregung. Planen Sie eine Fortsetzung Ihrer Initiative! Meine Erfahrung: Jeder Beginn ist die ersten zwei Wochen manchmal strapazios, danach tut es dem Körper und der mentalen Fitness gut und man möchte es nicht mehr lassen. Motto: Laufen Sie sich fit. *B. Goerigk*

Mit Interesse habe ich Ihren Artikel „Lauf Dich fit“ gelesen und daraufhin meine Laufaktivitäten intensiviert. Mittlerweile bin ich aus der Gewöhnungsphase ins Aufbautraining gekommen. *Dr. Silke Meyer-Rollwage*

Der Zahnarzt läuft gerne alleine – das ist korrekt. Ich laufe seit nunmehr 23 Jahren regelmäßig einsam und allein meine Waldläufe. Seit 15 Jahren jeden Tag sechs Kilometer in der Mittagspause. Das ist für mich aktive Erholung und Entspannung. Einen Laufpartner oder eine Gruppe muss ich nicht haben, da nur so völlige Entspannung möglich ist. Allerdings ist es auch schön, wenn ich mich HIN UND WIEDER einer Laufgruppe anschließe. *Dr. G. Rudolph*

Ich laufe seit einigen Monaten, auch schon bevor Ihre Aktion in der zm startete. Ich kam aber nicht über 30 Minuten am Stück hinaus und habe mir deshalb Ihre Trainingspläne angefordert. Jetzt schaffe ich 60 Minuten am Stück, und das sollte reichen. Ich laufe lieber alleine, so wie Joschka Fischer schreibt: Da habe ich Zeit zum Denken. Ich laufe, wenn ich Kopfschmerzen habe, wenn ich mich nicht wohlfühle, wenn ich Rückenschmerzen habe, alle Beschwerden sind nach zehn bis 20 Minuten Laufens weg, kommen aber wieder, also laufe ich alle drei Tage! *Ralf J. Radlanski*

Angeregt durch Ihren Artikel „Lauf Dich fit“ habe auch ich mir einen Trainingsplan über Download geholt. Obwohl ich schon über die Erfahrung von 29 Marathons verfüge, gab mir der Trainingsplan doch Hinweise, das Training abwechslungsreicher zu gestalten und durchaus auch Regenerationsphasen zuzulassen. Insgesamt finde ich solche Artikel, die einen Weg zur eigenen Gesundheit aufzeigen, sehr wichtig und freue mich auf weitere. *Gustav Dornheim*

## Nur der Zahnarzt entscheidet

■ Zum Beitrag „Zahnersatz aus Polen“ in zm 9/2002:

Die Inkorporation einer zahn-technischen Arbeit in den Mund unserer Patienten ist immer noch eine zahnärztliche Tätigkeit. – Nur wir, die Zahnärzte, entscheiden Kraft unseres akademischen Studiums, ob ein Zahnersatz eingliederbar ist oder nicht. Es ist eine Anmaßung von Herrn Stolle, Bundesvorsitzender des Freien Verbandes zahntechnischer Laboratorien (FVZL), der meines Erachtens eine Handwerksausbildung absolviert hat, sich in ärztliche Therapien einzumischen, indem er die Kompetenz der Kollegen bei der Bundeswehr anzweifelt, selbst die Qualität einer zahnärztlichen Arbeit beurteilen zu können. Das einzige was Herr Stolle offenkundig befürchtet, ist ein Wettbewerb dem auch sein Betrieb sich stellen muss.

Kollegen aufgepasst!

Wenn zwei Kronen dasselbe leisten, sollte das günstige Angebot zum Zuge kommen. Nur hierdurch schaffen wir Wirtschaftsreserven zur Finanzierung neuer Therapien und hiermit auch unseres ärztlichen Honorars.

*Dr. Rainer L. Schmidt  
ZA Viktor Maier  
Dr. Ann-Kathrin Jansen  
Hauptstraße 5a  
30974 Wenningsen*

■ Die zm-Redaktion ist frei in der Annahme von Leserbriefen und behält sich Sinn wählende Kürzungen vor.

## Ehrlich besetzt

■ Zur Titelgeschichte „Füllungsreparatur: Flicker oder gleich ganz neu“ in zm 8/2002:

Ganz herzlichen Dank für den Bericht von PD Dr. Kamann, der eine langverschwiegene Thematik ehrlich besetzt: Was tun und lassen, um die Pulpa zu schonen und die Zahnhartsubstanz so wenig wie nötig zu reduzieren. Für mich waren zwei Punkte am interessantesten:

1. Die vollständige reparative „re-dentistry“ benötigt mehr Zeit als die Erstanfertigung und
2. die Verwendung nichtmetallischer KD-Klammern, die vermutlich auch keine Spuren im Wurzelzement hinterlassen.

*Dr. Peter Paul Zehner  
Alicestrasse 8  
36304 Aisfeld*



Sie haben recht, dass die Optimierung von Qualität in der Zahnmedizin ein Thema ist – sein sollte wäre wohl korrekter. Reparaturvorschläge à la Kamann sind dafür sicher kein gutes Beispiel und bestenfalls für den sonntäglichen Notdienst tauglich, aber auch nur dafür. Dass ein Universitätsangehöriger wie Herr Kamann sich auch noch wundert, dass seinem Arbeitsgebiet nicht mehr Bedeutung beigemessen wird, spricht Bände. Wie wär's denn `mal mit einem Blick über den Zaun in Richtung Praxis, Betriebswirtschaft und Juristerei, Herr Kamann? ...

*Dr. Reinhard Uhlig  
Hamburger Straße 125  
22083 Hamburg*



Foto: KZBV

## Ein billiger Vorstoß

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Zeiten, in denen Wahlkampf redlich geführt wurde, sind wohl Relikte längst vergangener, gesünderer Tage unserer Demokratie. Inzwischen kennen wir von den um Wählerstimmen buhlenden, zusätzlich vom Wettstreit um öffentliche Präsenz angetriebenen Politikern längst Härteres. Der Schlagabtausch in der Arena der Polit-Gladiatoren funktioniert – gesteuert vom Brot-und-Spiele-Prinzip der quotengesteuerten Medien – nicht mehr nach den Regeln wünschenswerter Fairness und gebotener Sachlichkeit. So weit, so schlecht.

Unerträglich und in diesem Ausmaß neu im aktuellen Wahlkampf ist allerdings der Auftritt skrupelloser Polit-Söldner, die außerhalb des parlamentarischen Gefüges eigene Machtinteressen verfolgen. Jüngstes Beispiel ist der an Unverfrorenheit kaum zu überbietende Auftritt des AOK-Verwaltungsratsvorsitzenden Peter Kirch vor Journalisten in Berlin. Kirch verballhornte die ohnehin traurige aktuelle Antisemitismus-Diskussion durch einen gezielten Griff in den bisher wohl größten Dreck deutscher Polit-Injurien. „Wer die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung rasiert, produziert Glatzen“, heißt der Satz, der bisher Gewohntes weit überschreitet.

Was der AOK-Mann mit dieser Beleidigung nicht nur den Oppositionsparteien, die dem Gedanken einer längst überfälligen Prüfung unseres solidarischen Gesundheitssystems folgen, sondern gerade auch allen Heilberuflern dieser Republik an den Kopf geschmissen hat, ist weit schmutziger als das immer wieder gegen unseren Berufsstand erhobene Geschrei der „Abzocker-Mentalität“. Kirch diskreditiert diejenigen, die angetreten sind, im Sinne des ärztlichen Eides für Gesundheit und Überleben ihrer Patienten zu sorgen, als Wegbereiter rechtsradikaler Strömungen unserer Gesellschaft. Der Satz hat nur ein Ziel: Er soll diejenigen, die Auswege aus der das Gesundheitssystem zerstörenden Kassen-Doktrin suchen, ins gesellschaftliche Abseits stellen. Dabei ist diese Unflätigkeit selbst bei genauerer Betrachtung der Kirch'schen Argumentation nicht ansatzweise haltbar: Die „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ führe zu schweren finanziellen und gesundheitlichen Nachteilen für breite Bevölkerungsschichten, die von Arbeitslosigkeit und sozialem Abstieg bedroht seien. Das ist nicht nur flach gedacht, sondern schlichtweg falsch.

Als Wiederholung für Unverbesserliche: Die von uns Zahnärzten vorgeschlagene Alternative der befundorientierten Festzu-

schüsse im Verbund mit Kostenerstattung ist gerade der Ausweg aus der im derzeitigen System praktizierten sozialen Ungerechtigkeit. Es ging nie um die Ausgrenzung sozial Benachteiligter. Im Gegenteil: Wer jetzt nicht bereit ist zu handeln, provoziert den Kollaps unseres Gesundheitswesens, macht sich schuldig, wenn eines Tages medizinisch Notwendiges nicht mehr für alle Menschen dieser Gesellschaft zur Verfügung steht. Darum geht es.

Mehr-Klassen-Medizin ist hier und heute das Ergebnis des Vorgehens von Leuten wie Peter Kirch. Wer den planwirtschaftlichen Kassenstaat herbeiredet, schafft „Wasser auf die Mühlen von Populisten und Radikalen“ – nicht wir, die wir nach Auswegen aus dem ökonomischen Dilemma unter Erhaltung der medizinischen Versorgung suchen. Wir – und diesen Gedanken folgen inzwischen auch viele Protagonisten der oppositionellen Parteien – bieten an, im zahnmedizinischen Bereich das befundorientierte Festzuschuss-Modell im Verbund mit der Kostenerstattung zu erproben. Ein Bereich, der mit all seinen Leistungen so viel kostet, wie die gesetzlichen Krankenkassen schon allein an Verwaltungsgebühren schlucken. Warum die Angst, sich auf eine derartige Überprüfung unserer Alternative einzulassen?

Auf jeden Fall hat dieser Vorstoß des AOK-Verwaltungsratsvorsitzenden unser Rest-Vertrauen in die bei anderen Kassenvertretern vielleicht bestehende Dialogbereitschaft nicht gerade gestärkt. Was der AOK-Verwaltungsratsvorsitzende gemacht hat, ist auch in Zeiten des Bundestagswahlkampfes nicht „recht und billig“, sondern nur billig.

Mit freundlichen Grüßen

**Dr. Rolf Jürgen Löffler**  
Vorsitzender der KZBV

## Disease Management und Datenmacht

Ab dem 1. Juli sollen die ersten Disease-Management-Programme (DMP) Versorgungswirklichkeit werden. Es handelt sich dabei um nicht mehr und nicht weniger als eines der verbliebenen, großen Prestigeprojekte von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Der während der Diskussion um eine Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Kassen deutlich



**Das Ringen zwischen Ärzteschaft und Kassen um Art und Umfang der für Disease Management benötigten Daten hat nur vordergründig mit Qualitätssicherung zu tun. Der Zugriff auf Daten bedeutet auch Macht.**

**Hartwig Broll**  
Gesundheitspolitischer  
Fachjournalist in Berlin

gewordene Schacher um Ausgleichsbeträge in Milliardenhöhe sollte durch die Förderung der DMP eine „versorgungspolitische Komponente“ bekommen.

Ob die DMP auf der Grundlage von Empfehlungen des Koordinierungsausschusses und einer entsprechenden Rechtsverordnung des BMG die Versorgung nun tatsächlich verbessern oder nicht, berührt wird in jedem Fall das machtpolitische Gefüge zwischen Krankenkassen und ärztlichen Körperschaften. Denn qualitätsgesicherte Programme sind nur dann möglich, wenn die entsprechenden Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Grundlage valider Daten durchgeführt werden. Der Streit, wer mit

welchen Daten für die Qualitätssicherung der Programme zuständig sein sollte, war insofern vorprogrammiert. Die Kassen wollten zu diesem Zweck, wie es im RSA-Reformgesetz auch vorgezeichnet ist, von den KVen personenbezogene Befunddaten. Diese lehnten dieses Ansinnen unter Hinweis auf die Gefahr eines „gläsernen Patienten“ ab. Ende Mai schien dann ein Kompromiss erreicht: In den DMP soll zukünftig zwischen einem „kurzen“ und einem „langen“ Datensatz unterschieden werden. Der kurze Datensatz soll unverschlüsselt an die Kassen gegeben werden, enthält dafür aber nur allgemeine

Angaben zum Gesundheitszustand des Patienten. Der lange Datensatz soll an eine von Kassen und KVen gemeinsam verwaltete Datensammelstelle gehen, die die Daten dann pseudonymisiert. Den KVen bliebe so die Datenhoheit über die Überwachung der ärztlichen Behandlungsqualität, während die Kassen einzelnen Versicherten gezielte Informationen zukommen lassen könnten, ohne allerdings direkt ins Behandlungsgeschehen eingreifen zu können. Unabhängig davon, ob dieser Kompromiss von den Vorstandsetagen beider Seiten abgesegnet und in den noch ausstehenden Vertragsverhandlungen umgesetzt wird, zeichnen ihn die Nachteile der meisten Lö-

sungen aus, die an den grünen Tischen der Selbstverwaltungspartner ausgeheckt werden. In der Praxis ist er nämlich kaum umsetzbar, führte auf jeden Fall zu einer Vervielfachung des Aufwandes für die Dokumentation der Behandlungen in den DMP nach Einschätzung mancher Experten müssten erhebliche Teile der Dokumentation sogar wieder in Papierform durchgeführt werden. Man darf also davon ausgehen, dass auch mit diesem Kompromiss das letzte Wort in der Datenfrage noch nicht gesprochen ist.

Die Auseinandersetzungen um die Datenmacht innerhalb der Selbstverwaltung hat nur vordergründig tatsächlich mit Qualitätssicherung zu tun – und ebenfalls nur vordergründig etwas mit dem „gläsernen Patienten“. Den Kassen geht es nämlich gerade auch um den „gläsernen Arzt“, dessen Handeln im Versorgungsalltag bei entsprechenden Daten viel besser einzuschätzen und im Zweifelsfall auch zu bewerten ist. Und den KVen geht es insbesondere darum, mit der Hoheit über die Behandlungsdaten den Kernbestand ihres Einflusses zu sichern. Bei allen Diskussionen um den Sicherstellungsauftrag: Die Entmachtung der ärztlichen Körperschaften beginnt dann, wenn ihnen der alleinige Zugriff auf die Behandlungsdaten genommen werden kann. Sollten die Auseinandersetzungen um die DMP-Datensätze weitergehen, dürfte es interessant sein, wie sich das BMG bei der Ausgestaltung der Rechtsverordnung in dieser Machtfrage positionieren wird. ■



Foto: MEV



*Kassenärztliche Bundesvereinigung*

## Zehn Forderungen an die Politik

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) spricht sich für eine konsequente Ausgliederung der Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. Bei der Vertreterversammlung in Rostock forderten die Delegierten von der künftigen Bundesregierung, ein erweitertes Festzuschusswesen zu etablieren und allen Patienten zu ermöglichen, sich für die Kosten-erstattung zu entscheiden.

In ihren „Zehn Forderungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland an die Politik“ machen sich die Kassenärzte außerdem dafür stark, Zusatz- und Wahltarife einzuführen sowie mehr Kosten- und Leistungstransparenz zu schaffen. Die Einführung eines Hausarzt-Tarifes wird befürwortet, Primärarzt-Modelle aber scharf abgelehnt. Die KBV-Delegierten bekennen sich zum Wettbewerb im Gesundheitswesen und zeigen sich bereit, unter gewissen Bedingungen Einzelverträge anstelle von Kollektivverträgen zuzulassen.

Der KBV-Vorsitzende Dr. Manfred Richter-Reichhelm hat hierzu der Vertreterversammlung ein neues Vertragskonzept vorgestellt. Es sieht vor, dass Sonderverträge mit einzelnen Ärzten und Arztgruppen möglich werden und dass KVen und Kassen den Sicherstellungsauftrag künftig gemeinsam wahrnehmen. Grundlage des Konzeptes sind die Ablösung der Honorarbudgets, eine bundeseinheitliche Vergütungsstruktur und eine Gebührenordnung in Euro mit einheitlichen Qualitätsanforderungen in Klinik und Praxis.

Der KBV-Länderausschuss hat zudem beschlossen, dass die für die Honorierung der niedergelassenen Ärzte geltenden Praxisbudgets zum 1. Januar 2003 abgeschafft und eine neue Gebührenordnung möglichst früh eingeführt werden soll. Diesen neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) will die KBV bis Ende Juni 2002 fertigstellen.

zm/pm

*Ostdeutsche Kassenärzte*

## Warnung vor dem Kollaps

Die ostdeutschen Kassenärzte haben erneut vor einem Kollaps im Bereich der ambulanten Betreuung gewarnt. Sie forderten von der Politik Sofortmaßnahmen. Nicht besetzte Arztpraxen würden in den neuen Ländern zunehmend zu einem Versorgungsnotstand führen, hieß es auf dem vierten Kassenärztertag in Rostock. In den nächsten sechs Jahren gingen in Mecklenburg-Vorpommern 30 bis 40 Prozent aller niedergelassenen Ärzte in den Ruhestand, in den anderen neuen Bundesländern sei die Situation ähnlich.

Die CDU-Vorsitzende Angela Merkel sprach sich in Rostock für mehr Eigenverantwortung der Patienten aus. Diese sollten selbst entscheiden können, ob

sie mit einer medizinischen Grundversorgung zufrieden seien oder Risiken durch einen höheren Eigenbeitrag abdecken wollten.

pr/dpa

*Disease Management*

## Umsetzung ist jetzt offen

Nach der neuen Beschlusslage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die Disease-Management-Programme (DMP) nicht exekutierbar, weil die KBV als Partner im kollektiven Bundesmantelvertrag ausfällt. Die Folge: Ob und wann Disease-Management-Programme von den Krankenkassen umgesetzt werden können, stehe in den Sternen.



Fotos: MEV

Diese erste Bewertung von Thomas Ballast, dem Verhandlungsführer der Ersatzkassen bei den Beratungen über die DMP, zeigt ein Dilemma der Kassen: Obwohl nun von Gesetzes wegen fast alle Voraussetzungen für den Start der Disease-Management-Programme geschaffen sind – die Rechtsverordnung liegt als Entwurf vor, und bis zum 1. Juli

könnte die Bundesregierung sie rechtskräftig machen –, fehlt jetzt der wichtigste Vertragspartner, nämlich die Ärzte. Sie lehnen die Lieferung von versichertenbezogenen Daten über den Behandlungsverlauf in DMP ab. Aus der Sicht von Ballast wäre es unrealistisch, darauf zu hoffen, dass einzelne Berufsverbände oder gar einzelne Ärzte als Vertragspartner für DMP in Frage kommen. Ein Funke Hoffnung bestehe noch darin, eventuell in Verhandlungen mit einzelnen KVen regionale Vereinbarungen abzuschließen.

pr/ÄZ

*Marburger Bund fordert*

## Ausbeutung der Ärzte beenden

Der Marburger Bund hat eine umgehende Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern gefordert, um den sich anbahnenden Ärztemangel abzuwenden. Zwar sei es gelungen, die „Ausbeutung der Ärzte“ als zentrales Thema in die Öffentlichkeit zu bringen, erklärte Verbandschef Frank Ulrich Montgomery auf der Hauptversammlung der Klinikärztergewerkschaft in Rostock. Dies reiche jedoch bei weitem nicht aus. Unter anderem soll mit der Umsetzung des EuGH-Arbeitszeiturteils vom Oktober 2000 (Bereitschaftszeit ist Arbeitszeit) und der Bezahlung der Ärzte im Praktikum (AiP) nach Assistenzgehältern der Arztberuf attraktiver gestaltet werden. Die Hauptversammlung forderte außerdem die Beseitigung der Diskriminierung von Ärztinnen und die Verbesserung ihrer Karriere-Chancen.

pr/pm / dpa

Umfrage**PZR immer beliebter**

Immer mehr Deutsche lassen eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchführen. Eine Umfrage des Meinungsfors-

keiten und den Nutzen der PZR tiefergehend zu informieren, führt Colgate im September 2002 zum zweiten Mal den Monat der Mundgesundheit in Deutschland durch. Fachlich unterstützt wird die Aktion von der BZÄK. pr/pm



schungsinstituts Emnid im Auftrag von Colgate im April 2002 hat ergeben: 47 Prozent der Deutschen haben schon einmal eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch genommen. Noch im April 2001 lag die Zahl derer, die in einer repräsentativen Emnid-Umfrage auf die Frage „Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?“ mit „Ja“ geantwortet haben, lediglich bei 35 Prozent. Das heißt: In nur einem Jahr lässt sich ein deutlicher Zuwachs beobachten. Eine erfreuliche Tatsache, wie auch Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, feststellt. Nicht zuletzt dürfte auch die gemeinsame Aufklärungskampagne von Colgate und der Bundeszahnärztekammer zu dem guten Ergebnis beigetragen haben. Laut der aktuellen Emnid-Umfrage halten drei Viertel der Befragten die PZR für eine medizinisch sinnvolle Behandlung. Um über die Möglich-

BKK-Landesverband**Kontrakt mit Doc Morris verboten**

Das bayerische Sozialministerium hat dem BKK Landesverband den Bezug von Arzneien über die Internetapotheke „Doc Morris“ verboten. Die Versicherten der Betriebskrankenkassen können jetzt apothekenpflichtige Arzneimittel nicht mehr über das Internet beziehen. „Dieses einheitliche Verfahren ist notwendig, um zwischen den Kassen im Freistaat einen fairen Wettbewerb zu gewährleisten“, erklärte Sozialministerin Christa Stewens. Das Sozialministerium vertritt die Auffassung, der Bezug von Medikamenten über das Internet verstoße gegen das Versandhandelsverbot für Arzneimittel. Das Bundesgesundheitsministerium zeigte sich damit einverstanden: Das Verbot decke sich „mit unserer Rechtsauffassung“, so eine Sprecherin in Berlin. om



EU-Sozialpolitik

## Europa kommt

Die Gestaltung nationaler Sozialpolitik wird unter dem zunehmenden Einfluss von EU-Kommission und Europäischen Gerichtshof immer schwieriger. Das wurde beim vierten Euroforum der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung (GVG) deutlich. Gesundheitspolitiker der Bundestagsfraktionen stellten einheitlich fest, dass eine Kluft zwischen Maastricht-Vertrag – wonach das Gesundheitssystem national zu regeln sei – und aktuellen Urteilen des EuGH bestehe. „Die nationalen Regelungsmechanismen reichen nicht mehr aus“, erklärte Eike Hovermann (SPD). Der Europäische Gerichtshof schaffe mit seinen Urteilen Tatsachen jenseits des Maastricht-Vertrages. Karl-Josef Laumann von der CDU/CSU betonte, dass

eine Deregulation nötig sei. Es werde allerdings immer schwieriger, eigene Entscheidungen zu treffen. „Sozialpolitik muss in nationaler Souveränität bleiben“, so Laumann. Er kritisierte zugleich den mangelnden Einfluss des Parlaments auf EU-Richtlinien und Verordnungen.



Foto: goodshoot

Detlef Parr (FDP) begrüßte hingegen die Chancen, die sich durch grenzüberschreitende EU-Regelungen für das Gesundheitswesen ergeben. Parr schloss sich allerdings auch der Kritik seiner Vorredner an, dass die Vorlagen und Regelungsmechanismen vonseiten der EU immer undurchschaubarer würden. om

GKV fordert Vorsorge-Ausbau

## Weiterentwicklung der Prävention



Foto: PhotoDisc

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben den Ausbau der medizinischen Vorsorge in Deutschland gefordert. Die Prävention müsse endlich als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ verstanden werden, heißt es im GKV-Grundsatzpapier „Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland“. Noch immer bewerte das deutsche Gesundheitswesen die Behandlung von Krankheiten höher als die Vorsorge, so die Kritik der GKV. Zwischen beiden Bereichen gebe es ein „finanzielles Missverhältnis“. So würden jährlich rund 250 Milliarden Euro für die medizini-

## Kommentar

### Mitmischen statt zuschauen

„Irgendwie haben wir uns anders vorgestellt“, scheinen uns die EU-Sozialpolitiker sagen zu wollen. Orientierungslos gestehen sie ein, dass man von europäischer Realität überrollt worden ist. Es stimmt: Im Prinzip ist der Maastricht-Vertrag eindeutig. Das Gesundheitswesen wäre demnach national zu regeln. Die Realität sieht aber anders aus: ob grenzüberschreitende Leistungen, Parallelimport oder Versandhandel – der EuGH mischt kräftig mit und die deutschen EU-Sozialpolitiker schauen fassungslos zu. Europa bietet – auch und gerade für die freien Berufe – viele neue Möglichkeiten. Diese Chancen eines Gren-

zen überwindenden Sozialsystems – etwa durch Kostenerstattung und Festzuschüsse – gilt es gestalterisch in die Hände zu nehmen. Dies fordert die BZÄK bereits seit Jahren und setzt sich dafür in Brüssel ein.

Statt über mangelnden Einfluss und Unübersichtlichkeit des „Molochs Europa“ zu lamentieren, sollten die Damen und Herren Sozialpolitiker ihre Geschicke in die Hand nehmen. Nationale Politik muss sich stärker mit dem Europa-Parlament verzahnen. Europapolitik gehört in die Öffentlichkeit, muss intensiv diskutiert werden. Kommunikation und Gestaltung sind gefragt, und nicht weinerliches Gejammer. Denn Europa lässt sich nicht mehr aufhalten – aber kreativ verändern. *Otmar Müller*

sche Versorgung ausgegeben, aber nur neun Milliarden für die Prävention. Zur Finanzierung müssten in Zukunft auch Institutionen außerhalb des Gesundheitswesens eingebunden werden. om/dpa

■ **Das Grundsatzpapier ist einzusehen unter:**  
[www.g-k-v.com/download/grundsatzpapier\\_prävention.de](http://www.g-k-v.com/download/grundsatzpapier_prävention.de)

Sterbehilfegesetz in Belgien

### Gegen-Vorstoß angekündigt

Die Bundesjustizministerin Herta Däubler-Gmelin hat das belgische Gesetz zur Freigabe der aktiven Sterbehilfe scharf kritisiert und einen Gegen-Vorstoß in der EU angekündigt.

Das Gesetz verstoße gegen die Grundgedanken der EU-Grundrechte-Charta, die einen klaren Lebensschutz vorsehe, so die Ministerin.

„Wir müssen uns jetzt auch in der Europäischen Union über solche Grundsatzfragen unterhalten“. Sie halte es für den absolut falschen Weg, Ärzten die Entscheidung zuzuweisen, wann das Leben beendet werden solle.

Das belgische Parlament hatte am 16. Mai ein Sterbehilfe-Gesetz beschlossen, das eine Tötung auf Verlangen für unheilbar kranke Patienten erlaubt, die nicht in absehbarer Zeit sterben werden. Auch auf dem 105. Deutschen Ärztetag in Rostock wurde das Euthanasie-Gesetz scharf verurteilt. om/dpa

*KZBV weist Vorwürfe zurück*

## **Kassen-Kritik ist ein „Manöver“**

Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hält die jüngste Kritik der Krankenkassen an der zahnärztlichen Reformpolitik für ein „durchschaubares Manöver zur Abwertung der zahnärztlichen Leistungen“. Während die Zahnärzteschaft das Ziel verfolge, den Stellenwert der Prophylaxe in erheblichem Maße zu stärken, arbeiteten die Kassen darauf hin, den Status Quo des Leistungskataloges zu erhalten und den Budgetrahmen für die Zukunft festzuschreiben.

„Dieser Ansatz ist keine Reform, sondern ein Zementieren des jetzigen Mangelstatus“, so KZBV-Vorsitzender Dr. Rolf-Jürgen Löffler. „Wer schon wie heute, wie die AOK, für zahnärztliche Leistungen nur noch die Hälfte dessen bezahlt, was noch vor einigen Jahren gezahlt wurde, kann nicht erwarten, den medizinischen Fortschritt auch

in Zukunft zum Nulltarif zu bekommen.“ Der Vorwurf, in keinem Land der Welt würde soviel für zahnärztliche Leistungen ausgegeben wie in Deutschland, sei absurd, da es nirgendwo einen „derart überbordenden Leistungskatalog“ gäbe.

Im Gegensatz zu dem von Kassenvertretern erweckten Eindruck arbeite die KZBV intensiv an einer Neustrukturierung des BEMA. Löffler: „Hier geht es um die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung in unserer Bevölkerung für die kommenden Jahre. Dieses Thema ist nicht dazu geeignet, um die Zahnärzte und ihre Arbeit öffentlich zu diskreditieren.“ dev/KZBV

*Tschechische Zahnärzte*

## **Meisterschaft im Tennis**

Zur ersten internationalen Tennismeisterschaft vom 20. bis 22. September 2002 laden die tschechischen Zahnärzte nach Pilsen ein. Zahnärzte aus Deutschland



Foto: MEV

sind zur Teilnahme herzlich willkommen. Teilnahmegebühr: 50 Euro. Ein gesellschaftliches Programm ist vorgesehen. Weitere Informationen auch über Unterkunft sowie Turnieranmeldungen inklusive Angaben über Name, Adresse, Alter und Startposition gibt es bei: Euroverlag s.r.o., Bolzanova 5, 32025 Plzeň, Tel: 00420/ 197421040 oder 00420/ 197422182, Fax: 00420/ 197422277, E-Mail: evholky@volny.cz. Alle Angemeldeten bekommen ein komplettes Turnierprogramm, inklusive Unterkunftsangebot und Begleitprogramm. pr

*Verlosung des Asics-Laufdress*

## **Gewonnen haben alle**

Die zm-Aktion „Lauf Dich fit“ ist abgeschlossen. Viele Zahnärzte haben ihren „inneren Schweinehund“ überwunden und sind losgelaufen. Damit sind sie auf jeden Fall auf der Gewinner-Seite.

Wir bedanken uns für das rege Interesse an der Aktion und die vielen Zuschriften. Wir haben 48 E-Mails mit ihren Lauf Erfahrungen erhalten – eine Auswahl finden Sie im Leserforum. Gewinner der Verlosung des Asics-Laufdress ist Herr/Frau Schlegel aus Balingen. Der Gewinner wird per E-Mail benachrichtigt. om





Implantation**Frühzeitige OP hat viele Vorteile**

Frühzeitiges Implantieren hat sehr viele Vorteile. Vor allem wird ein Knochenabbau verhindert. Das sagte jetzt Professor Dr. Jürgen Richter, Würzburg, in Westerland. Gleichzeitig werden damit Zahnlosigkeit und die mit einem herausnehmbaren Zahnersatz unmittelbar verbundenen Probleme vermieden. Zusätzlich warnte Richter davor, im posterioren Bereich Stützfeiler zu setzen, da diese nie ganz spannungsfrei als Prothesenträger dienen könnten, was unweigerlich einen Verlust des Implantats nach sich ziehen würde. Er fordert daher, dass bereits bei der Planung der implantatgetragenen Prothesenkonstruktion die Nachgiebigkeit im posterioren Bereich mit eingeplant werden sollte. sp

Marketing**Patientenbindung mit Praxiszeitung**

Patienten können sehr persönlich angesprochen werden und eine engere Bindung an die Praxis erfahren, wenn sie beim ersten Besuch eine Praxiszeitung erhalten. Diese sollte Informationen aus dem Team sowie Neues zum Thema Zahnmedizin, Zahnhigiene sowie Tipps und Tricks zur Prothesenreinigung und mehr enthalten. Das sagte der Kommunikationswissenschaftler Herbert Prange kürzlich in Westerland. Auch Kochrezepte, Themen zur Tierhaltung und eben einiges über neue Zahnersatzmaterialien oder erklärende Beiträge zu in der Praxis durchgeführten Restaurationsmethoden können zusätzliche Interes-

sen beim Patienten wecken und Anregung für ein Patientengespräch geben.

Bilder aus dem Praxisalltag vermitteln eine familiäre Atmosphäre und lassen den Patienten gerne wiederkommen. Es reicht, wenn diese Zeitung auf dem praxiseigenen PC erstellt wird und wenn nicht anders möglich, nur als Kopie vorliegt. Der Patient erhält aber bei jedem Besuch „seine“ Ausgabe und wird glücklich damit nach Hause gehen. sp



Fotos: Internet

Abrechnungstipp**Freie Vereinbarung nur handschriftlich**

Freie Vereinbarungen sollten nie am Computer, sondern allein handschriftlich eingetragen werden, das unterstütze erfahrungsgemäß bei der Erstattungsstelle im Streitfall die Glaubwürdigkeit, dass mit dem Patienten auch wirklich persönlich gesprochen wurde und dieser der Vereinbarung zugestimmt hat. Computereinträge könnten auch routinemäßig durchgeführt werden. Diesen Praxistipp gab Dr. Ulrich Rubehn, Elmshorn, Vorstands-

mitglied des Freien Verbandes, bei einem GOZ-Praxisseminar anlässlich der Westeländer Fortbildungswoche. sp

Sinuslift**Sinusitiden keine Kontraindikation**

Patienten mit chronischen Sinusitiden können bei Bedarf genauso mit einem Sinuslift versorgt werden, wie Patienten ohne diesen Krankheitsverlauf.

Implantologie**Raucher haben schlechte Karten**

Raucher sind nur in äußersten Fällen für die Implantation künstlicher Zähne geeignet. Auch, wenn noch einige Tage nach dem Eingriff dieser Erfolg versprechend aussieht, so beginnen doch erfahrungsgemäß bereits nach wenigen Wochen die ersten Probleme. Meistens enden sie mit einem Verlust des Implantats, wie sich Professor Dr. Markus Hürzeler, München, kürzlich in Westerland ausdrückte. Er fordert daher, dass rauchende Patienten, die zu einer Implantation anstehen, mindestens zwölf Monate vor dem Eingriff nikotinkaren sind. Professor Dr. Mathias Kern, Kiel, blickt bei seinem rauchenden Klientel nach plastisch-chirurgischen Eingriffen auf die niedrige Erfolgsrate von 20 Prozent zurück. sp

Parodontalchirurgie**Immer mit Lupenbrille**

Besondere Schwierigkeit, eine ästhetisch schöne Einzelzahnrestauration zu setzen, bereite ein hohes, girlandenförmiges Zahnfleisch, das über der Drei-Millimeter-Grenze liegt. Hier sei nicht immer mit einem ästhetisch schönen Erfolg zu rechnen, wie sich Professor Dr. Markus Hürzeler, München, in einem Vortrag ausdrückte. Er empfiehlt gerade bei solchen schwierigen parodontalchirurgischen Fällen immer mit einer sechsfachen Lupenbrille zu arbeiten. Das gelte nicht nur für den Behandler, sondern für das gesamte Team, so der Referent.

### Zahnmännchen Süßwaren

## Per Mausclick im Internet bestellen

Bequem, besonders günstig und mit nur wenigen Klicks können interessierte Fachleute ab sofort zahnfreundliche Süßwaren und Schokolade im Internet bestellen: Die Aktion zahnfreundlich e.V., Düsseldorf, hat ihr Service-Angebot für Zahnarztpraxen, Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnspflege und alle Profis zum Thema „zahngesunde Ernährung“ erweitert: Ab sofort kann unter [www.zahnmännchen.de](http://www.zahnmännchen.de) eine Auswahl leckerer Süßigkeiten bestellt



werden, die garantiert wissenschaftlich getestet sind und keine Karies verursachen. Der neue Süßwaren-Shop ist ausschließlich Fachleuten und natürlich den persönlichen Mitgliedern der Aktion vorbehalten und nur über ein Passwort zu nutzen, das über die Homepage der Aktion zahnfreundlich angefordert werden kann. Mit diesem neuen Service kommt die Aktion zahnfreundlich e.V. rechtzeitig vor dem diesjährigen „Tag der Zahngesundheit“ (25. September) dem Wunsch vieler Zahnarztpraxen, Prophylaxefachkräfte und LAGs nach, die für ihre Patienten und für Besuche in Kindergärten und Schulen, für Publikumsveranstaltungen, einen „Tag der offenen Tür“ oder

einfach als süße Aufmerksamkeit Zahnfreundliches bereithalten wollen. Das Angebot im zahnfreundlichen Süßwaren-Fachshop wird ständig erweitert. Für Verbraucher hält die Aktion zahnfreundlich übrigens witzige Fan-Artikel, wie T-Shirts, Baseball-Caps oder Bleistifte mit dem Zahnmännchen-Logo, bereit. Und für alle die Lust haben, elektronische Grüße zu verschicken, gibt es süße Zahnmännchen-Motive. Mehr bei: Aktion zahnfreundlich e.V. Alt Pempelfort 9 40211 Düsseldorf [aktion-zahnfreundlich@t-online.de](mailto:aktion-zahnfreundlich@t-online.de) sp

### Hals-Kopf-Bereich

## Reparatur für zerstörtes Gewebe

Patienten mit Erkrankungen im Hals-Kopf-Bereich werden, so hoffen die Forscher, in Zukunft von den vielfältigen Möglichkeiten der modernen Regenerationsmedizin profitieren. Über deren Einsatzmöglichkeiten und Stand diskutierten kürzlich Experten in Baden-Baden. In Deutschland erkranken jährlich etwa 13 000 Menschen an Karzinomen in der Kopf- und Halsregion. Insbesondere Tumoreroperationen im Gesichtsbereich machen anschließend in den meisten Fällen umfangreiche funktionelle und ästhetische Rekonstruktionen erforderlich. „Der ursprüngliche

### DAS BfArM meldet

## Beryllium in Dentallegierungen

Im Rahmen des Informationsaustausches gemäß § 29 Medizinproduktegesetz weist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf eine Resolution des Normungsgremiums CEN/TC 55 Zahnheilkunde vom 26. Februar 2002 (Anlage) zur Anwendung von Beryllium in Dentallegierungen hin. Diese empfiehlt für Dental-Normen ausgehend von dem Gesundheitsgefährdungspotenzial für Beryllium einen oberen Grenzwert von 0,02 Masse Prozent, so dass die so genannten berylliumhaltigen Nickelbasislegierungen dann nicht mehr erfasst werden. Die Relevanz dieser Empfehlung, insbesondere für Zahntechniker, ergibt sich aus der Möglichkeit einer berufsbedingten Beryllium-Exposition durch zum Beispiel Ausarbeitung und Poli-

tur von Gussobjekten, bei der eventuelle gesundheitliche Risiken (Krankheitsbild der „chronic beryllium disease“ oder Berylliose) nicht ausgeschlossen werden können. Im Sinne eines vorbeugenden Patientenschutzes sind berylliumhaltige Dentallegierungen auf Grund des im Vergleich zu anderen Legierungen ungünstigeren Korrosionsverhaltens abzulehnen; eine große Anzahl alternativer, berylliumfreier Legierungen steht zur Verfügung. Das Ministerium weist darauf hin, dass im aktuellen Dental-Vademekum (7. Ausgabe, 2000) zwar keine berylliumhaltigen Dentallegierungen mehr aufgelistet sind, es jedoch nicht ausgeschlossen werden kann, dass entsprechende Produkte auch in Deutschland vertrieben werden. sp/pm

mit Zellen besiedeln, können die Funktion zerstörten oder fehlenden Gewebes übernehmen. Als Ersatz für körpereigenes Knochengewebe eignen sich zum Beispiel biokompatible Materialien wie Hydroxylapatit oder Tricalciumphosphat, die in den verbleibenden Knochen implantiert werden. „Vorläuferzellen, aus denen sich Knochenzellen entwickeln, können dieses Trägermaterial anschließend besiedeln und neues Gewebe bilden“, so Löwenheim. Um die Neubesiedlung der Trägermaterialien zu verbessern, werden inzwischen auch Wachstumsfaktoren, so genannte Bone morphogenetic proteins (BMPs), zur Regeneration von Knochengewebe eingesetzt. sp/pm



Berlins AOK ist am teuersten

## Willkommen im Club



Foto: MEV/zm (M)

Wer zur High Society gehören will, der braucht neben anderen Status verstärkenden Dingen vor allem eines: die Mitgliedschaft in einem möglichst exklusiven Club. Die meisten werden dabei sicher an Golfplätze denken, an Yachten oder an Zigarrensalons. Nun, für Berliner Entrepreneurs gibt es natürlich – dem kosmopolitischen Hauptstadt-Flair sei Dank – einen ganz besonders noblen Club, der allein schon über seine horrenden Mitgliedsbeiträge regelt, wer dabei sein darf und wer nicht.

Die Rede ist von der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK). Denn mit einem Beitragssatz von 15,6 Prozent wird die AOK Berlin wohl bald die teuerste Kasse in ganz Deutschland sein. Wie eine Berliner Lokalzeitung berichtet, würde derzeit ein entsprechende Erhöhung um 0,7 Prozentpunkte geprüft. Nach

Ansicht des Berliner AOK-Vorsitzenden Rolf Müller kommen die hohen Beiträge daher, dass Berlin einfach über „zu viele Unikliniken, zu viele niedergelassene Ärzte und zu viele Betten in den Krankenhäusern“ verfüge.

Zugegeben: Noch ist die AOK kein wirklich exklusiver Club. Rund 660 000 Mitglieder sind hier versichert. Aber spätestens im November könnte sich da ja etwas tun. Dann wird nämlich über die Beiträge für 2003 entschieden. Und nach internen Berechnungen der AOK müssten die eigentlich bei 17,8 Prozent liegen. dev

## Aufgeschnappt und angespitzt

■ Auch das sommerliche Berlin freut sich über Ausflüge ins Blaue. Zum Beispiel in den neuen „Park der Sinne“. Wer's gerne grün mag, aber eben auch ein wenig exklusiv, der ist vielleicht bei der AOK ganz gut aufgehoben. Es muss ja nicht immer gleich ein Trip zum Fünften Kontinent sein.



Foto: MEV

Attraktionen für Millionen

## Berausende Park-Situation

Jede europäische Metropole, die etwas auf sich hält, verfügt neben Theatern, Museen und Boulevards auch über jene magischen Orte, an denen die werktätige Bevölkerung sich vergnügen und zerstreuen kann – Freizeit- oder Erlebnisparks. Kopenhagen hat den Tivoli, Wien hat den Prater, Paris hat Disneyland. Und auch Berlin hat erlebnishungrigen Stadtmenschen einiges zu bieten. Die können sich nämlich ab sofort im „Park der

Stippvisite in Australien

## Wowi wirft den Bumerang



Foto: MEV/zm (M)

Klaus Wowereit auf den Spuren von Crocodile Dundee: Berlins Regierender Bürgermeister war im vergangenen Monat zu Besuch in Australien. Acht Tage lang bereiste er den Fünften Kontinent, um die Werbetrommel für den Standort Berlin zu

rühren. Wowereit traf sich mit Unternehmern, mit Universitätsprofessoren und mit Ministerpräsident John Howard, um seine frohe Botschaft an den Mann zu bringen – dass nämlich Berlin der richtige Standort für alle sei, die sich in Richtung Osteuropa orientieren wollen.

Ob der Bumerang zurück kommt und in nächster Zeit an der Spree eine australische Investorenschwemme beginnt? Vielleicht deswegen, weil man sich hier fast wie zu Hause in „Down Under“ fühlt? Immerhin hat Berlin ja eine erstaunliche Ähnlichkeit mit einem Känguru – große Sprünge machen, auch wenn der Beutel leer ist. dev



Foto: CC

Geruchs- und Hörsinn der Menschen anregen will. Für die Zukunft werden „weitere Attraktionen“ versprochen. Ob dann vielleicht wenigstens eine Losbude dabei ist? dev

*Marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen*

## Chancen und Risiken für den Zahnarztberuf

Wolfgang Goetzke, Martin Hendges

*Trotz einer Serie von Reformgesetzen bleiben die Strukturprobleme unseres Gesundheitswesens ungelöst. Der Bedarf an Leistungen wächst unaufhörlich. Die Medizin kann immer mehr leisten, die Gesundheit wird den Menschen immer wichtiger, die Bevölkerung immer älter. Und alles das soll, so das offenbar unbeirrbar Credo der Gesundheitspolitik, mit einem stagnierenden Anteil am Volkseinkommen geleistet werden. Dass das nicht geht, weiß auch die Politik. Die alle vier Jahre um das Regierungsmandat buhlenden Parteien trauen sich aber nicht, dem Bürger die Wahrheit zu gestehen, dass auch und gerade die nicht rationalisierbare Gesundheits-Dienstleistung ohne die dafür notwendigen Finanzmittel nicht unbegrenzt vermehrbar ist.*



Foto: Corbis

*Zahnarzt und Patient: eingezwängt von politischer Reglementierung und ökonomischen Zwängen.*

Noch lebt die Politik von der Schutzbehauptung, dass erst einmal Qualitätsdefizite und Rationalisierungsreserven ausgeschöpft werden müssen, bevor die „solidarische“ Fiktion des „alles für alle“ aufgelöst werden kann. Ein begriffliches Verwirrspiel um Fehlsteuerungen, Leitlinien und Evidenzbasierung der Medizin beschäftigt derzeit die Expertenrunden. Dass dieses Ablenkungsmanöver nicht mehr lange trägt, ist aber schon jetzt nur zu offensichtlich.

### Neue Konzepte

Neue Lösungen müssen also her. Die Gesundheitsökonomie ist gefragt und weiß auch eine Antwort: Marktwirtschaft und Wettbewerb im Gesundheitswesen sollen eine dauerhafte Lösung bringen. Das für die Politik Verführerische an diesem Konzept ist, dass es die Verteilungskonflikte im Gesundheitswesen ohne politisch zu verantwortende Leistungsverknappung steuern könnte.

Politiker aller Parteien haben mittlerweile in ihre programmatischen Konzepte und Wahlprogramme entsprechende Ansätze und Ankündigungen aufgenommen, zum Teil in kämpferischer Attitüde („Aufbrechen der Kartelle auf der Seite der Leistungsanbieter“), zum Teil in recht verhaltener Form („Einführung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente“), um die Wähler-Klientel nicht zu verschrecken. Man muss aber kein Prophet sein, um für die Zeit kurz nach der nächsten Bundestagswahl eine echte Systemveränderung im Gesundheitswesen vorauszusagen.

Ärzte- und Zahnärzteschaft werden von diesen Entwicklungen massiv betroffen sein. Das ganze tradierte System der kollektiven Wahrnehmung von beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Berufsstände wird in Frage gestellt werden. Nahelegend also, sich mit entsprechenden Szenarien intensiv, ernsthaft und frühzeitig auseinander zu setzen.

Eine solche Auseinandersetzung beginnt notwendigerweise mit einer Analyse der Ausgangs-Situation:

- Welche Möglichkeiten bietet seit der Gesundheitsreform 2000 schon das geltende Sozialgesetzbuch (SGB) V?
- Wie äußern sich konkret die im Gesundheitswesen agierenden Politiker und Sachverständigen?
- Was fordern Vertreter der gesetzlichen und privaten Krankenkassen?
- Wie ist der status quo des eigenen Berufsstandes?

### SGB V: Der aktuelle Stand

Wenig bekannt ist, dass das SGB V schon jetzt den Parteien der Kollektivverträge konkrete Möglichkeit zu Einzelabschlüssen bietet:

#### § 64 – Vereinbarungen mit Leistungserbringern:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs.1 od. 2 schließen. ...“

### § 140 a – Integrierte Versorgung:

„... Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden. Dieses Recht besteht auch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern ...“

Die Inhalte solche Einzelverträge auf dieser Rechtsgrundlage können vielfältig sein:

– Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der integrierten Versorgung,

– Regelungen zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung,

– Regelungen über die inhaltlichen Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte einschließlich Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl,

– Regelungen zur Finanzierung.

Das für manche als unrealistisch heraufbeschworene Menetekel des Einkaufsmodells für die Krankenkassen ist also in der Rechtssystematik des SGB V schon heute angelegt.

### Aktuelle Stellungnahmen

Doch was sagen die Akteure selbst? Eine wahre Flut von Expertenmeinungen und politischen Bekenntnissen sind in diesem Zusammenhang zu registrieren.

Besonders markant sind die Thesen von SPD-Politiker Florian Gerster, der sich zwar mittlerweile aus der Gesundheitspolitik abgemeldet hat, aber durchaus die moderne Denkrichtung in seiner Partei artikulierte:

# CDU

„**Mehr Wettbewerb und Flexibilität im zu starren Vertragssystem zwischen Kassen und Leistungserbringern werden helfen, die strukturellen Defizite des Gesundheitswesens zu beseitigen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Dienste zu erhöhen.**

(aus dem Regierungsprogramm der CDU)

■ Das Gesundheitswesen in Deutschland ist durch kartellähnliche Strukturen auf der Seite der Leistungserbringer und der Kostenträger gekennzeichnet.

■ ... Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit können durch direkte Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern gestärkt werden (Einkaufsmodell).

■ Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen stammt noch aus einer Zeit der Unterversorgung. Heute behindert dieser gesetzliche Auftrag neue, erfolgreich erprobte Vertragsmodelle zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern. Er muss deshalb eingeschränkt werden.

### Das Konzept der CDU

Hierzu einige markante Stichworte aus dem aktuellen CDU-Regierungsprogramm unter der Überschrift „Ein menschliches Deutschland gestalten“:

„Mehr Wettbewerb und Flexibilität im zu starren Vertragssystem zwischen Kassen und Leistungserbringern werden

helfen, die

strukturellen Defizite des Gesundheitswesens zu beseitigen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Dienste zu erhöhen. Die Krankenkassen sollen mehr Verantwortung für die Ausgestaltung ihres Angebotes erhalten, etwa für unterschiedliche Selbstbehalte und Mehrleistungen. Nur mit mehr Gestaltungsfreiheit kann ein funktionie-

render Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen entstehen. Dieser Wettbewerb führt letztlich zu höherer Qualität und einer besseren Effizienz unseres Gesundheitssystems.

Die dazu erforderlichen Voraussetzungen werden wir im Organisations-, Vertrags- und Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung schaffen.

Alle Budgetierungen bei den Leistungserbringern werden abgeschafft. Um den tatsächlichen Aufwand für medizinische Leistungen deutlich zu machen und erbrachte Leistungen besser zu kontrollieren, soll eine Wahlmöglichkeit zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip – ohne Vorleistung bei größeren Beträgen – geschaffen werden.“

### Die Position der FDP

Hier Auszüge aus dem aktuellen gesundheitspolitischen Programm der Liberalen:

„Mehr Wettbewerb für versicherten- und patientengerechte Lösungen. Der Wettbewerb fördert die Kreativität, versicherten- und patientengerechte Lösungen zu finden. Er muss deshalb intensiviert werden.“

Die gesetzliche Vorgabe für einheitliche und gemeinsame Verhandlungen der Krankenkassen muss fallen. An die Stelle staatlicher Vorgaben müssen Verhandlungslösungen treten. Staatliche Planwirtschaft führt zu Missmanagement und Fehlleitung knapper Ressourcen. Auch auf Seiten der Leistungsanbieter ist Wettbewerb erforderlich, um eine effiziente Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu erreichen. Dabei muss der freie Zugang zur Berufsausübung stets erhalten bleiben.“

# F.D.P.

„**Wettbewerb fördert die Kreativität, versicherten- und patientengerechte Lösungen zu finden. Er muss deshalb intensiviert werden. Die gesetzliche Vorgabe für einheitliche und gemeinsame Verhandlungen der Krankenkassen muss fallen.**

(aus dem gesundheitspolitischen Programm der FDP)



Foto: Danetzki

SPD-Vordenker Florian Gerster: „Das Gesundheitswesen in Deutschland ist durch kartellähnliche Strukturen auf der Seite der Leistungserbringer und der Kostenträger gekennzeichnet.“



## Die Vorstellungen der SPD

Was sagte unsere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt noch kürzlich?

- Eine Aufteilung der Kassenleistungen in Grund- und Wahlleistungen ist „unsozial und ökonomisch schwachsinnig!“
- Die KVen müssen entmachtet werden (Pressekonferenz vom 5.12.2001).
- Der Wechsel von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung muss erschwert werden.

Und MdB Kirschner, SPD, forderte:

- die Abschaffung des „Blockadekartells“ der K(Z)Ven,
- eine noch viel radikalere Entmachtung der Kassenarztlobby,
- die Auflösung des Kontrahierungszwangs,
- den Übergang der Sicherstellung an die Krankenkassen.

Die geistige Quelle für diese Aussagen ist die gesundheitsökonomische Expertenrunde im Auftrage der SPD. Sie fordert:

- Der Aufbau einer modernen, qualitätsorientierten Wettbewerbsordnung ist notwendig.

- „Solidarischer Wettbewerb“ heißt nicht: Aufgabe der solidarischen Finanzierung, Einführung von Wahl- und Regelleistungen.
- Bisherige institutionelle Strukturen sind ein Innovations-, Qualitäts- und Effizienzhemmnis.
- Beitragssatzstabilität ist ein wichtiges Ziel.

- Ein neuer GKV-Ordnungsrahmen mit Öffnungsangebot für alle Krankenkassen ist notwendig.

Das hat unter anderem Konsequenzen für die Organisation der GKV, das Verbänderecht und die Selbstverwaltungsorganisationen.

- Die KVen können allenfalls formale Voraussetzungen zur Teilnahme an der GKV-Versorgung prüfen.
- Die Sicherstellung der Versorgung ist durch die Erfüllung gesetzlich normierter Vorgaben durch die Krankenkassen zu garantieren.
- Der Kontrahierungszwang gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen entfällt.

– Kein Markt kann funktionieren, in dem jeder Nachfrager gesetzlich verpflichtet ist, mit jedem Anbieter zu kooperieren.

- Es wird eine Rückführung einheitlicher und gemeinsamer Verträge notwendig.
- Gefordert wird ein einheitlicher Leistungskatalog für alle Krankenkassen.
- Institutionen, die die Aufgabe der Qualitätssicherung und -weiterentwicklung haben, dürfen nicht selbst Teil des Wettbewerbs sein.
- Gruppen von Anbietern konkurrieren mit anderen Gruppen von Anbietern.
- Kurzfristig ist ein Verzicht auf die Budgetierung nicht möglich (erst bei Erfolg von Einzelverträgen!).

Dieses Gedankengut ist auch eingeflossen in ein Positionspapier mit „Eckpunkten einer neuen Gesundheitspolitik“, das der Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung vorgelegt hat. Dort heißt es unter anderem:

„Im Mittelpunkt einer neuen Gesundheitsreform muss der Aufbau einer modernen, solidarischen Wettbewerbsordnung stehen. Die bisherigen Möglichkeiten des Wettbe-



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: „Die KVen müssen entmachtet werden.“

Fordert die Abschaffung des „Blockadekartells“ der KVen: SPD-MdB Klaus Kirschner

Foto: Danetzki

zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, damit sich die wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung im Wettbewerb herausbilden kann. Umgekehrt haben auch einzelne Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern kaum Chancen, sich durch besondere Leistungsfähigkeit oder besondere Wirtschaftlichkeit zu profilieren und so einen größeren Marktanteil in der Versorgung der Versicherten an sich zu binden.

Zu einer solidarischen Wettbewerbsordnung gehören:

### Ein einheitlicher Leistungskatalog

Ein sinnvoller Wettbewerb muss sich auf die Frage konzentrieren, welche Qualität und welche Kosten-Nutzen-Relation eine bedarfsgerechte Versorgung für alle Versicherten haben muss. Vermieden werden muss ein Wettbewerb, in dem sich die Versorgung nicht mehr am medizinisch notwendigen Bedarf, sondern an der Zahlungsfähigkeit der Versicherten oder ihrer Attraktivität für die Krankenkassen orientiert.

Nicht die Frage, welche Leistungen von den Krankenkassen finanziert werden, sondern von wem und wie die Leistungen erbracht werden, muss Gegenstand des neuen Wettbewerbs sein. Staatliche Aufgabe ist es, den Rahmen für einen einheitlichen Leistungskatalog zu bestimmen und eine moderne Gesundheitsberichterstattung aufzubauen.

### Ein Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen

Die Krankenkassen müssen die Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung übernehmen. Wie in jedem wettbewerblichen System muss die Leistung von demjenigen garantiert werden, der auch die Verantwortung für die Kosten trägt. Eine Krankenkasse wird vom Versicherten mit seinen Beiträgen verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung zu garantieren. Dieser Verantwortung entledigt sich die Krankenkasse heute durch die pauschale Weitergabe dieses Auftrages an einen Monopol-

werbs werden kaum zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung genutzt. Krankenkassen, aber auch Ärzte, Krankenhäuser und die übrigen Erbringer von Gesundheitsleistungen sind heute zu sehr durch starre Vorschriften eingeschränkt.

Der Wettbewerb ist bisher auf halber Strecke stehen geblieben. Es fehlen die notwendigen Instrumente in den Beziehungen

anbieter. In Zukunft müssen die Krankenkassen ihr Rollenverständnis wandeln: Sie müssen vom „payer“ zum „player“ im Gesundheitswesen werden. Voraussetzung dafür ist die umfassende Revision des GKV-Organisationsrahmens.

### Ein Fortfall des Kontrahierungszwanges zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen

Kein Wettbewerb kann ohne geeignete Wettbewerbsordnung funktionieren. Wettbewerb entsteht nicht, wenn jeder Nachfrager gesetzlich verpflichtet ist, mit jedem Anbieter zu kooperieren. Dies bedeutet für den Nachfrager, dass er auch Leistungen einkaufen muss, von denen er weiß, dass sie seinen qualitativen Anforderungen nicht entsprechen. Heute müssen die Krankenkassen auch mit denjenigen Einrichtungen Verträge schließen, die keine gesicherte Versorgungsqualität bieten. Künftig müssen Krankenkassen und Anbieter freie Verträge im Rahmen der qualitätsorientierten Versorgung schließen können. Der Wettbewerb führt dann zu mehr Effizienz, wenn er Anbietern mit hoher Qualität und einer guten Kosten-Nutzen-Relation Vorteile ermöglicht. Wenn der Sicherstellungsauftrag durch die Krankenkassen übernommen wird, darf es für die Leistungserbringer keine Pflicht geben, einen Einheitsvertrag aller Krankenkassen erfüllen zu müssen. Umgekehrt kann es einer Krankenkasse und einem Patienten nicht zugemutet werden, über den Bedarf hinaus oder in Fällen inakzeptabler Qualität dennoch Verträge abzuschließen zu müssen.

### Eine Weiterentwicklung des Leistungskataloges

Die Prüfung des Leistungskataloges auf Bedarfsgerechtigkeit kann weder den Krankenkassen noch den Leistungserbringern aufgetragen werden. Die Prüfung neuer Verfahren für die Aufnahme in den Leistungskatalog beziehungsweise die Prüfung bereits etablierter Verfahren im Lichte des technischen Fortschritts muss unabhängig geregelt, klar definiert und zugeordnet sein. Dazu sollte auf wissenschaftlichen Sachverstand und dafür eingerichtete Insti-



Foto: Goodshoot

Aus dem ABC der AOK

### „Einkaufsmodell - purchasing model“

Politischer Begriff für ein mögliches Organisationsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei dem die Krankenkassen ohne Beteiligung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KVen) Verträge direkt mit Ärzten und Zahnärzten schließen, in denen unter anderem die Leistungen, Preise und Qualitätsstandards frei verhandelt werden. Das Einkaufsmodell ist von den Krankenkassen als Gegenentwurf zur Monopolstellung der KVen in die politische Diskussion eingebracht worden. In seiner Struktur ähnelt es den Health Maintenance Organisations (HMOs) in den USA.

(Quelle: <http://212.227.33.34/bundesverband/>)

tutionen zurückgegriffen werden, wie dies in England zum Beispiel durch das National Institute of Clinical Excellence (NICE) getan wird.“

Diese Thesen sprechen für sich und bedürfen keiner weiteren Interpretation.

### Vorstellungen aus GKV und PKV

Die Vorstellungswelt der GKV-Funktionäre lässt sich unter anderem aus den Formulierungsvorschlägen des AOK-Bundesverbandes für die Rahmenvereinbarungen gemäß § 140 SGB V ablesen:

- Allgemeine Voraussetzungen
    - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung;
  - Besondere Voraussetzungen
    - zum Beispiel bestimmte fachliche Ausrüstung;
    - zusätzliche Qualifikation;
    - besondere technische oder personelle Ausstattung;
  - Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte
    - kein Rechtsanspruch auf Teilnahme an der integrierten Versorgung,
    - sachgerechte Auswahlkriterien;
  - Vergütung
    - Die Vergütung kann als Festbetrag, nach Einzelleistungen, als Kopfpauschale, als Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.
- Die GKV möchte also vor allem die Zahl der Anbieter bestimmen können, aber auch die PKV strebt Direktverträge mit Leistungsanbietern an und möchte im Wahlleistungsbereich der GKV tätig werden.

### Kritik und Forderungen der Spitzenverbände der GKV

Die Position der Spitzenverbände der GKV lässt sich in folgenden Stichworten zusammenfassen:

- eine schon jetzt defizitäre Umsetzung der Sicherstellung (mangelhafte Dienstbereitschaft und mehr),
- Kritik an dem „Anpreisen“ individueller Gesundheitsleistungen,
- K(Z)Ven verhindern Transparenz und behindern die Umsetzung des § 140,
- Forderung nach Einführung von Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den K(Z)Ven,
- Forderung einer Weiterentwicklung des „Kollektivvertragssystems“:
  - Konkrete Versorgungsinhalte und Aufträge sollen über Einzelverträge geregelt werden.
  - Kollektivverträge dienen nur der Sicherstellung allgemeiner Grundlagen und Mindestanforderungen an die Qualität.
- dauerhafter Beibehalt der Budgets,

- Einforderung von mehr Mitwirkungsrechten bei:
  - Abrechnungsprüfung
  - Plausibilitätskontrolle
  - Honorarverteilung
  - Überprüfung der Qualität.



Foto: Corbis

Gefahr für den Praxisalltag: Einkaufsmodelle erfordern rechtzeitige Gegenwehr.

## Status quo des eigenen Berufsstandes

Wie ist in dieser Situation der Berufsstand der Zahnärzte aufgestellt? Auch hierzu einige stichwortartige Thesen:

- zunehmende Betroffenheit durch Budget, HVM, Degression, Wirtschaftlichkeitsprüfung und fehlende Anpassung der Honorare;
- Frustration, Resignation oder Gleichgültigkeit als Folgen;
- viele haben gelernt, im System zu (über)leben;
- der Berufsstand
  - mutiert zum Einzelkämpfertum,
  - stellt Zwangsmitgliedschaft in Körperschaften nicht in Frage,

- kompensiert fehlende gerechte Honorierung durch mehr Einsatz und noch mehr Arbeitszeit,
- richtet Leistung HVM-konform aus,
- nutzt vorhandene Spielräume nicht (GOZ),
- geht im Dschungel der Paragraphen, Bestimmungen, Verordnungen und gesetzlich festgeschriebenen Reglementierungen unter,
- hat keine Lobby
- wird zunehmend in der Öffentlichkeit in Verruf gebracht
- und gerät immer mehr in die „Ethik-Falle“.

## Mögliche Szenarien

Wer im Politik-Geschehen bestehen will, der darf sich nicht allein an dem orientieren, was er möchte, sondern muss vor allem zur Kenntnis nehmen, was Gesetzgeber und Öffentlichkeit einfordern. Welche Parameter sind also wahrscheinlich feste Größen in einer geplanten Gesundheitsreform?

Nicht ernsthaft zur Disposition stehen werden die Budgetierung, Beitragssatzstabilität, eine solidarische Grundfinanzierung, ein einheitlicher Leistungskatalog, die Sachleistung und das System von GKV und PKV.

Bestehen bleiben werden auch die KZVen und Kammern, jedoch mit reduzierten beziehungsweise veränderten Aufgabenfeldern. Das von der GKV zu bietende Leistungsspektrum bleibt gleich oder wird noch größer. Reformvorhaben zielen ab auf neue Transparenzgesetze, den Ausbau der Qualitätssicherung, eine Stärkung der Patientenrechte und zunehmende Patientenorientierung.

- Offen sind vor allem die folgenden Aspekte:
- Wer bekommt den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag?
  - Wird es einen Kontrahierungszwang für die Krankenkassen geben?

- Erhalten die Kassen das Vertragsmonopol der KZVen?

- Erfolgt die Teilnahmeberechtigung alleine über die Zulassung?

- Wie gestaltet sich die Vertragsbeziehung zwischen Zahnarzt und Krankenkassen?

Bei der Ausfüllung entsprechender Szenarien ist konkret zu klären:

- die Einführung von Wettbewerbsparametern im vertragszahnärztlichen und/oder im außervertraglichen Bereich;

- die Modifizierung des Sicherstellungsauftrages oder ein vollständiger Übergang an die Krankenkassen;

- Beibehaltung der KZV als Vertragspartner oder Umorganisation zur Regulierungsbehörde;

- Einführung von Wettbewerbsparametern, wie Preis, Qualität, Gewährleistung, Art der Vergütung (Einzelleistungsvergütung bis hin zur Kopfpauschale), Qualifizierung des Anbieters, Kopplung an Wahlbeziehungsweise Mehrleistungen;

- die Frage der Anfälligkeit für Einzelverträge unter diesen Rahmenbedingungen

bei Fachgruppen, HVM-geschädigten beziehungsweise Systemgeschädigten, Klinikmodellen (Medeco) oder zahnärztlichem Nachwuchs (Neugründer und mehr).

Wenn sich die Standesführung der Zahnärzte dieser Entwicklung stellt, gilt es zunächst, möglichst „realistische Szenarien“ zu beschreiben. Erst danach macht es Sinn, darüber nachzudenken, wie der

Berufsstand agieren, reagieren oder aufgestellt sein sollte.

## Schwächung der Leistungsanbieter

Als Fazit ist festzuhalten, dass die führenden politischen Parteien für die anstehende Gesundheitsreform 2003/2004 ganz neue Reformansätze zu Grunde legen. Durch „solidarischen Wettbewerb“ soll die Misere des deutschen Gesundheitswesens in der

„Die Krankenkassen müssen die Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung übernehmen. Wie in jedem wettbewerblichen System muss die Leistung von demjenigen garantiert werden, der auch die Verantwortung für die Kosten trägt.“

aus dem Positionspapier „Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik“ des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung.



GKV beendet werden. Damit ist aber nicht freier und gleichberechtigter Wettbewerb gemeint. Das Gegenteil ist der Fall. „Solidarisch“ soll dieser Wettbewerb nämlich dadurch sein, dass er unter festen Vorgaben, wie Beitragssatzstabilität und Budgets, steht.

Es geht also um die ungleichgewichtete Stärkung der Position der Krankenkassen. Die Seite der Leistungsanbieter soll geschwächt werden, indem man Kollektivverträge zurückführt, damit die Vertragshoheit der KVen beziehungsweise KZVen aufgelöst wird und über die Einführung von Einzelverträgen der Berufsstand zersplittert.

Die Kontrahierungspflicht der Krankenkassen steht zur Disposition.

Sie sollen künftig die Möglichkeit erhalten, besondere Voraussetzungen zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu definieren, um so eine Reduzierung der Anbieterzahl erreichen zu können.

Die Qualität der Versorgung steht zudem im Mittelpunkt, ohne dass dafür mehr Geld ins System gestellt werden soll. Da nicht damit zu rechnen ist, dass zukünftig weniger Leistungen von der Bevölkerung abgefragt werden, kann das Resultat nur sein, den Preis der Leistungen weiter senken zu müssen. Zum gleichen Ergebnis führt es, wenn auch künftig zu gleichen Kosten „alles für alle“ geboten werden soll und sich darüber hinaus der medizinisch-technische Fortschritt im Leistungskatalog der GKV wiederfinden soll.

## Vorsorge treffen

Unter dem Preisdiktat einer Marktmacht „Gesetzliche Krankenversicherung“, die 18 Milliarden Euro im Bereich der Zahnmedizin zu verteilen hat, wird es – ohne Re-Organisation der Anbieterseite – zu einem Ausbluten vieler Zahnarztpraxen kommen. Zu befürchten ist dann auch ein Verteilungskampf innerhalb des Berufsstandes. Dies könnte beispielsweise Resultat einer weiteren fachlichen Differenzierung sein,

bei der es den einzelnen Gruppierungen nur darum geht, ein möglichst großes Stück aus dem Budgetkuchen herauszuschneiden zu können. Die Entwicklung in der Ärzteschaft sollte dafür ein mahnendes Beispiel geben.

Bei solchen Gefahren stellen sich auf Seiten des Berufsstandes schnell Resignation und Frustration ein. Aber gerade jetzt gilt es, den Kopf nicht in den Sand zu stecken, sondern Konzepte zu erarbeiten, mit denen ein adäquates Gegengewicht auf der Anbieterseite geschaffen werden kann. Notwendige und noch nicht erfüllte Voraussetzung dafür ist zunächst, dass der Berufsstand – vom einzelnen Zahnarzt an der Basis bis hin

zu den verschiedenen Berufsvertretungen auf Länder- und Bundesebene – sich dieser Gefahren bewusst wird und den dringenden Handlungsbedarf erkennt.

In vielen Bundesländern wurden schon im Zusammenhang mit der geplanten

„GKV-Gesundheitsreform 2000“ vor allem zur Abwehr von Einkaufsmodellen so genannte regionale Initiativen und landesweite Dachverbände gegründet. Nur kam es damals nicht zur Umsetzung aller geplanten Reformvorhaben (wie etwa auch die Abschaffung der KZVen). Das hatte zur Folge, dass viele Zahnärzte – aber auch Standesvertreter – die Einkaufsmodellproblematik ad acta legten und man sich wieder eher der HVM-Diskussion widmete.

Spätestens jetzt ist die Zeit gekommen, diese Initiativen neu mit Leben zu erfüllen. Auf der Bundesebene hat – unter der Federführung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte – ein verbandsübergreifender Koordinierungsausschuss seine Arbeit dazu bereits aufgenommen.

*Dipl. Kfm. Prof. Dr. Wolfgang Goetzke  
Im Hörnchen 12  
51429 Bergisch Gladbach*

*ZA Martin Hendges  
Bergisch Gladbacher Str. 434  
51067 Köln*

„Die Seite der Leistungsanbieter soll geschwächt werden, in dem man Kollektivverträge zurückführt, damit die Vertragshoheit der KVen beziehungsweise KZVen aufgelöst wird und über die Einführung von Einzelverträgen der Berufsstand zersplittert.“

*W. Goetzke, M. Hendges*

*Diskussion um Prävention und Kostenersparnis*

## Ein glasklares Jein

**Immer wieder wird in Wissenschaft wie Politik die Frage kontrovers diskutiert, ob Prävention Kosten spart. Die Wahrheit liegt irgendwo dazwischen, und es ist wichtig, das Thema differenziert über den Lebensbogen des Menschen zu betrachten. Jetzt liegen neue Veröffentlichungen vor, die weitere Denkanstöße geben.**



Foto: Corbis

*Kostenersparnis durch Prävention? Die Frage wird ergebnisoffen diskutiert.*

Vorsorge bringt mehr Gesundheit und spart langfristig auch noch Geld. Auf diese einfache Formel bringt so mancher Gesundheitspolitiker gern die Diskussion um Prävention. Vor Illusionen wird gewarnt, so die Meinung von Prof. Dr. Fritz Beske, Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, in einem kürzlich veröffentlichten Beitrag (Deutsches Ärzteblatt, 3. Mai 2002, Seite 940 f). Er kritisiert vor allem Aussagen im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“. Dort hieß es, dass sich rund 25 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden ließen. Beske argumentiert dagegen, dass das Ziel der Prävention in erster Linie die Verlängerung des Lebens und die Verbesserung der

Lebensqualität sei. Bei einzelnen Krankheitsbildern wie auch bei einer generellen Stärkung der Gesundheit könnten zwar auch Kosten gespart werden. Ob sich Einsparungen im Gesundheitswesen ergeben, sei zumindest bei einer kurz- oder mittelfristigen Betrachtungsweise eher zu verneinen und langfristig offen. Was den zahnmedizinischen Bereich betrifft, so spielt das Thema eine zentrale Rolle. Die Bundeszahnärztekammer hatte im Oktober 2001 einen Workshop mit dem Titel „Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen“ durchgeführt. Aus dem interdisziplinären Blickwinkel heraus wurde das gesundheits- und versorgungspolitisch immer wichtiger werdende Thema der präventiven Ansatz-

punkte im Alter unter zahnmedizinischen, sozialmedizinischen sowie unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten beleuchtet. Soeben ist der Tagungsband dazu erschienen, der die Diskussion weiter in die Öffentlichkeit bringen wird (siehe Kasten).

### Der gesamte Lebensbogen

Das Fazit der Veranstaltung lautete: Eine oralpräventive Versorgung sollte den gesamten Lebensbogen eines Menschen umfassen. Wesentliches Ziel einer lebenslang begleitenden Prophylaxe ist ein Zusammendrängen des Zahnverlustrisikos auf einen möglichst späten und möglichst kurzen Abschnitt der Lebenszeit eines Menschen. Diese „Kompression der Morbidität“ führt zu einem erhöhten oralen, aber auch allgemeinen Gesundheitsgewinn über eine

größere Lebensspanne eines Menschen hinweg. Er führt damit auch zu einer verbesserten Lebensqualität der Bevölkerung insgesamt.

Nach Einschätzung der Referenten wird es eine echte Kostenexplosion durch zahnmedizinische Prävention im Alter nicht geben, aber auch keine kurzfristige Ausgaben-senkung über alle Altersgruppen betrachtet. Dabei wird die Kosten-Nutzen-Relation der Oralprophylaxe ganz entscheidend auch von der demografischen Entwicklung nach Umfang und Altersschichtung der Bevölkerung in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten beeinflusst – und natürlich von der Erwartungshaltung der Patienten.

Das Resümee der jetzt im Tagungsband veröffentlichten Diskussion fasst noch einmal Antworten auf die Kernfragen des Workshops zusammen:

#### ■ Gibt es aus zahnmedizinischer Sicht eine Kostenexplosion im Alter?

Fazit: Nein. Da der Begriff negativ besetzt ist, sollte er nicht weiter verwendet werden. durch die Erfolge der Prävention wird es jedoch zu einer Verschiebung für restaurative und prothetische Maßnahmen vom mittleren auf die höheren Lebensalter kommen. Kurzfristige Ausgaben-senkungen wird es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht geben.

#### ■ Gibt es im Alter orale Gesundheitsgewinne durch Prävention?

Fazit: Ja. Sie sind noch ausbaufähig und gewinnen auch unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung besondere Bedeutung. Die Mundgesundheitsprobleme des alten Menschen sind vielschichtig und seine Lebenssituation ist sehr differenziert. Deswegen müssen neue Strategien, auch für die Randgruppen, erarbeitet werden. Hierbei ist die ganze Gesellschaft gefordert. Es besteht außerdem interdisziplinärer Forschungsbedarf und Bedarf für die Fortbildung der Zahnärzte.

#### ■ Welche versorgungspolitischen Konsequenzen gibt es?

Fazit: Im Rahmen des zahnärztlichen Konzeptes „Prophylaxe ein Leben lang“ sind die

Neuer IDZ-Band:

## **Kostenexplosion durch Prävention?**

Soeben ist der IDZ-Band „Kostenexplosion durch Prävention? – Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen“ erschienen. In dieser Publikation sind die Beiträge eines interdisziplinären Referentenkreises dokumentiert, die im Rahmen eines Workshops der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) im Oktober 2001 in Berlin vor einem Fachpublikum aus Forschung und Politik gehalten wurden. Alle Beiträge wurden für die vorliegende Publikation von den Referenten noch einmal überarbeitet und insbesondere auch in die vorhandene Forschungsliteratur detailliert eingeordnet beziehungsweise bibliografisch geankert. Zusätzlich enthält die Publikation eine ausführliche Dokumentation der Podiumsdiskussion und eine – englischsprachige – Gesamtzusammenfassung. Die Autoren dieser Publikation sind Reiner Biffar, Peter Boehme, Wilhelm Kirch, Almuth Künkel, Wolfgang Micheelis, Dietmar Oesterreich, Elmar Reich, Markus Schneider, Friedrich Wilhelm Schwartz, Jürgen Weitkamp, Sebastian Ziller.

pr/IDZ

**Der IDZ-Band 26 ist beim Deutschen Zahnärzte Verlag, Köln, erschienen und im Buchhandel erhältlich. Der Preis dieser Publikation beträgt 39,95 Euro.**



Alterszahnheilkunde und die Prävention im Alter Themenfelder, die an Bedeutung gewinnen können.

Es handelt sich um einen interdisziplinären Ansatz, der sehr differenziert angegangen werden muss. Orale Gesundheitsgewinne im Alter sind durch geeignete Strategien (Erwachsenen-Prophylaxe und Setting-Ansätze) zu erzielen, haben aber ihren Preis. Versorgungspolitische Strategien müssen noch entwickelt werden, dabei sind die Zahnärzte auf die Unterstützung in Politik und Öffentlichkeit angewiesen.

In Zukunft werden mehr Zähne erhalten bleiben, also wird mehr festsitzender Zahnersatz gefertigt werden. Gleichzeitig könnte durch geeignete Konzepte der Anteil der Tertiärprävention zurückgedrängt und mehr Sekundärprävention angeboten werden. Erforderlich ist ein Umdenken und eine Umschulung in der Aus- und Fortbildung.



## Trends und Konsequenzen bis 2020

Zu interessanten Annahmen kommt Rüdiger Saekel, ehemaliger Ministerialrat im Bundesgesundheitsministerium, in seiner Prognose „Zahngesundheit: Trends und Konsequenzen bis 2020“ (in: die BKK, 4/2002, Seite 135 ff). Saekel geht unter anderem kritisch mit der Studie der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik DGZPW „Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020“ um. Diese Studie geht von einem weitgehend konstanten Grundmuster des Zahnverlustes und einer nur geringfügig rückgehenden Zahl von fehlenden Zähnen bis 2020 aus. Saekel prognostiziert – im Gegensatz zu den Aussagen des IDZ-Bandes und der DGZPW-Studie – dass bis 2020 mit erheblichen Behandlungsrückgängen im Bereich der Prothetik und signifikanten Ausgabenreduktionen in der „so-

zialen Zahnheilkunde“ insgesamt zu rechnen sei. Der Bedarf an Zahnerhaltung für die über 40-Jährigen werde bis 2020 ansteigen, da mehr eigene Zähne im Mund versorgt werden müssten. Da zahnerhaltende Maßnahmen in aller Regel wesentlich kostengünstiger als prothetische Leistungen seien, sei der dadurch verursachte Behandlungsmehraufwand für die Zahnerhaltung deutlich geringer als die Minderausgaben für nicht mehr notwendigen Zahnersatz.

Saekel argumentiert weiter, dass analog zur Modernisierung des Leistungskataloges die finanziellen Anreizstrukturen des zahnärztlichen Bewertungsmaßstabes verändert werden müssten, denn prothetische und kieferorthopädische Leistungen würden immer noch deutlich besser vergütet als zahnerhaltende Maßnahmen. Diagnostische, planerische und beratende Maßnahmen müssten einen höheren Stellenwert erhalten. Kritisch setzt sich der Vizepräsident der Bundes-

zahnärztekammer und Vorsitzende des BZÄK-Ausschusses Präventive Zahnheilkunde, Dr. Dietmar Oesterreich, mit den Aussagen Saekels auseinander. Anerkennung findet Saekels Aufarbeitung der epidemiologischen Datenlage. „Der Beitrag unterstreicht die Komplexität der Thematik und zeigt, wie unsicher langfristige Projektionen zur Bedarfsermittlung zahnärztlicher Leistungen sind.“, so Oesterreich. „Er unterschätzt jedoch bei den Prognosen über die Zeit erheblich den demografischen Faktor.“ Nicht nur die nachwachsende Bevölkerung sei von Interesse, sondern auch die immer älter werdende Bevölkerung, die letztlich auch zahnärztlichen Behandlungsbedarf auslöse. Weiterhin setze sich Saekel nicht mit den zur Verfügung stehenden arbeitswissenschaftlichen Grundlagen und der wissenschaftlichen Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auseinander. pr

105. Deutscher Ärztetag in Rostock

## Menschlichkeit statt Ökonomisierung

**Mit harten Worten kritisierte Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe eine Gesundheitspolitik der Bürokratisierung, Standardisierung und Ökonomisierung. Der Deutsche Ärztetag, der vom 28. bis 31. Mai in Rostock stattfand, setzte deutliche Akzente.**



*Interessantes Ambiente: Die Eröffnung des Deutschen Ärztetages fand in einer Werft statt.*

Damit hatte Ulla Schmidt sicherlich nicht gerechnet. „Wir haben keine Lust mehr, sehr verehrte Frau Ministerin, nur noch das Feigenblatt der Menschlichkeit in einem Prozess gnadenloser Durchökonomisierung des Gesundheitswesens zu sein!“ – Scharf und deutlich nahm der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages in der Kvaerner Warnow Werft in Warnemünde bei Rostock eine Gesundheitspolitik der Bürokratisierung, Standardisierung und Ökonomisierung in die Kritik und plädierte für mehr Menschlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen.

„Vor allem sollte niemand mehr den populistischen Selbstdarstellungen expertokratischer Selbstdarstellungen auf den Leim gehen, die mit äußerst zweifelhaften internationalen Vergleichen das deutsche Gesundheitswesen schon auf der Intensivstation sehen“, sagte er. Vehement wehrte sich der Ärztepräsident gegen Checklisten-Medizin, einen Kassenversorgungsstaat und die Schematisierung medizinischer

Behandlungsabläufe. „Patienten sind keine Kunden, sondern Bedürftige mit dem berechtigten Anspruch auf qualitativ hochstehende medizinische Versorgung.“

Mit Sorge betrachtete er die Kopplung der Disease-Management-Programme (DMP) an den Risikostrukturausgleich, was zu einer unheilvollen Verquickung von Medizin und Ökonomie geführt habe. „Die Gefahr ist groß, dass demnächst Patienten nur noch als Kosten- und Normgrößen im Finanzausgleich der Krankenversicherung gehandelt werden.“ Und: „Der ‘gesunde Chroniker’ wird also zum lukrativsten Versicherten.“

### Optimistische Bilanz

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nutzte den Ärztetag als Forum für eine Bilanz ihrer Leistungen kurz vor Abschluss der Wahlperiode. Optimistisch verkündete sie – schließlich ist ja Wahlkampf – sie werde auch beim nächsten Deutschen Ärztetag als Ministerin wieder dabei sein. Schmidt zeigte sich für die Belange der Ärzte sehr

offen. Als positiv zählte sie die Reform des Medizinstudiums, bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte, die schrittweise Aufhebung der sektoralen Budgetierung inklusive der Abschaffung floatender Punktwerte auf. „Wir müssen den Arztberuf wieder attraktiver machen“, betonte sie. Als wichtigen Schritt dahin bezeichnete sie die neue Approbationsordnung für Ärzte, die mit den Bereichen Geriatrie, Prävention und hausärztlicher Versorgung ein neues Arztbild in den Mittelpunkt stelle und damit auch gesellschaftspolitischen wie ethischen Herausforderungen gerecht werde. Ein Ergebnis der reformierten Ausbildung werde auch die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP) sein. Bis dahin müssten aber Schritte zu einem besseren Verdienst unternommen werden.

Schmidt sprach eine Vielzahl ärztlicher Anliegen an. Bessere Arbeitsbedingungen seien mit der Umsetzung des EuGH-Urteils zu erwarten. Der Arbeitszeitgipfel habe weitere Modelle erarbeitet. Die Ministerin hob noch einmal die Abschaffung der Arzneimittelbudgets und der Kollektivregresse hervor. Aber bezüglich der Ausgabenentwicklung gebe es noch keine Entwarnung. Ausdrücklich sprach sich Schmidt dafür aus, den Sicherstellungsauftrag bei den KVen zu belassen. Sie griff das Thema der Standardisierung auf und betonte, dass evidenzbasierte und leitliniengestützte Medizin eine individuelle Therapie nicht ersetzen könnte. Mit den DMPs seien erstmals Anreize entstanden, dass chronisch Kranke optimal behandelt würden.

Zum Schluss sprach sie sich dafür aus, die starre Budgetierung im ambulanten Bereich zu lockern. Floatende Punktwerte seien ungerecht und bestrafen die Ärzte, die immer viel arbeiteten.

Eines fiel auf der Veranstaltung krass ins Auge: Zwischen dem echten Anliegen der Ärzte, ein von Menschlichkeit geprägtes Arzt-Patienten-Verhältnis in den Mittelpunkt zu rücken und dem Anliegen der Politik, Steuerungselemente eines solidarisch



Nutzte den Anlass für eine optimistische Bilanz: Ministerin Ulla Schmidt.

geprägten Sozialsystems in den Vordergrund zu rücken, liegen Welten. Das zeigte sich zum Beispiel auch im Grußwort der Sozialministerin Mecklenburg-Vorpommerns, Martina Bunge (PDS): Die solidarische Versicherung müsse verteidigt, aber auch gangbar gemacht werden, erklärte sie. Medizinischer Fortschritt zum Nulltarif sei nicht haltbar, sagte sie und forderte, mehr Geld ins System zu pumpen.

### BZÄK-Präsident bringt Tagung auf den Punkt

Dem hohen Stellenwert der Veranstaltung entsprechend waren Gäste aus den zahnärztlichen Landesorganisationen anwesend. Für die Bundeszahnärztekammer kamen ihr Präsident, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Foto), Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich und Hauptgeschäftsführer Klaus Schlechtweg. Für die KZBV war die Leiterin des Berliner Büros Elfie Schmidt-Garreth dort. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp brachte die Veranstaltung aus zahnärztlicher Sicht auf den Punkt: „Die Veranstaltung hat gezeigt, dass die Politik am Kern der Sache vorbei redet. Das, was das eigentliche Arzt-Patienten-Verhältnis auszeichnet, ist Menschlichkeit, nicht Ökonomisierung. Das Wesen des wahren Arztums, so wie es Präsident Hoppe und der Paracelsus-Preisträger Prof. Lasch in Worte fassten, fußt auf Helfen und Heilen und nicht auf Checklistenmedizin. Die Ärztevertreter hielten den Politikern in Warnemünde deutlich den Spiegel vor.“ pr



Foto: Kirschn

Der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Andreas Crusius, machte deutlich, dass der Arzt schon seit langer Zeit im Spannungsfeld zwischen Medizin und den politischen Rahmenbedingungen stehe. Er machte vor allem auf den Ärztemangel in Ostdeutschland aufmerksam: „Wenn die Gesundheitspolitik so weitergeht, dann haben wir unsere Zukunft schon einmal erlebt.“

Einer der Paracelsus-Preisträger der deutschen Ärzteschaft, Prof. Dr. Dr. Dr. Hanns Gotthard Lasch, bewegte die Gäste ganz besonders. Er machte jungen Ärzte Mut, auch weiterhin zu ihrem Beruf zu stehen. Helfen und Heilen müssten trotz wachsender ökonomischer Zwänge auch weiterhin Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit sein.

### Ureigenste Belange

Ärztepräsident Hoppe sprach in seiner Rede ureigenste ärztliche Belange an, die später auch Gegenstand der Beratungen der Delegierten waren. So forderte er dringend zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern auf. Er dankte Ulla Schmidt für die Novellierung der Approbationsordnung und drängte auf die Reform der Bundesärzteordnung und die Abschaffung des AiP. Besondere Sorgen machten ihm Nachwuchsprobleme und drohender Ärztemangel; die Belange von Ärztinnen müssten in diesem Zusammenhang stark gefördert werden. Ganz entschieden setzte er sich für die Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung von Kindern ein und wandte sich mit Vehemenz gegen Forderungen nach einer aktiven Sterbehilfe. Hier eine Auswahl der wichtigsten Beschlüsse des Deutschen Ärztetages – auf einen Blick:

- Absage jeder Form einer Checklisten-Medizin. Die individuelle Behandlung von Patienten und die Anwendung wissenschaftlich begründeter Leitlinien sind keine Gegensätze, sondern müssten sinnvoll miteinander verbunden werden.
- Gefordert wird ein schneller und tiefgreifender Wechsel in der Gesundheitspolitik. Die Ärzte fordern mehr Kostentransparenz, die Ausdehnung der Einnahmehasis der



Fotos: Aevertmann

Verurteilte die „Durchökonomisierung des Gesundheitswesens“: Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe.

GKV und die Aufgabe versicherungsfremder Leistungen.

- Datenübermittlung untergräbt das Vertrauen zwischen Arzt und Patient. Weder die Übermittlung von Befunddaten noch die Information der Krankenkasse über das Verhalten der einzelnen Patienten durch die behandelnden Ärzte ist mit dem Selbstverständnis des Arztberufes in Einklang zu bringen.
- Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit. Arbeitgeber von Bund, Ländern und Gemeinden sind aufgefordert, das EuGH-Urteil zur Arbeitszeit bei den laufenden Tarifverhandlungen zu berücksichtigen.
- Das Werbeverbot der Ärzte ist gelockert. Künftig können Ärzte auch auf Tätigkeitsschwerpunkte oder Qualifikationen hinweisen, die nicht Gegenstand des Weiterbildungsrechts sind. Mit der Novellierung der Muster-Berufsordnung reagierte das Ärzteparlament auf jüngste Urteile des Bundesverfassungs- und Bundesverwaltungsgerichts.
- Der Weg ist frei für einen Hausarzt neuen Typs. Eine zweigliedrige Struktur in allgemeinmedizinisch/internistisch geprägte Hausärzte und spezialisierte Internisten löst den bisherigen Status quo ab, nach dem bisher zwischen Allgemeinmedizinern, hausärztlich tätigen Internisten und spezialärztlich tätigen Internisten unterschieden wurde.
- Gefordert wird ein Konzept für mehr Ärztinnen in Führungspositionen. pr



Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“

## Ambitionierter Konsens

**Das Projekt „gesundheitsziele.de“ erarbeitet im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums konkrete Gesundheitsziele für Deutschland. Anhand einer Auswahl exemplarischer Krankheiten werden aber nicht nur die Ziele definiert, sondern auch konkrete Vorschläge, wie man diese erreichen kann.**

Das GVG-Projekt ist nicht nur ambitioniert, es unterscheidet sich auch von den meisten anderen Gesundheitsprogrammen. Der große Unterschied: Zusammenarbeit. Denn gesundheitsziele.de sieht sich als Konsensplattform für alle Beteiligten im Gesundheitssystem. „Die Verantwortung für eine Strukturveränderung in die Hände nur einer bestimmten Interessen-Gruppe zu legen, führt in der Regel zur sofortigen Fundamentalopposition der übrigen Akteure. Beim GVG-Projekt sind alle Akteure eingebunden und definieren die Ziele gemeinsam“, betonte Monika Hommes, Referentin im Bundes-Gesundheitsministerium, auf dem Hauptstadtkongress.

Prof. Rainer Hess, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, stellte eine weitere Besonderheit heraus: „Wir setzen uns mit unseren Gesundheitszielen bewusst ab von den Disease Management Programmen.“ Die DMPs seien eng mit dem Risikostrukturausgleich verquickt – hier gebe es neben wirtschaftlichen Gesichtspunkten der Krankenkassen auch politische und taktische Hintergründe. Gesundheitsziele.de versuche hingegen, nicht nur gemeinsam mit allen Akteuren Ziele im Konsens zu definieren, sondern insbesondere die Prävention in den Vordergrund zu stellen. „Wenn Patienten in einem Disease Management Programm landen, sind sie bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit – da ist das Kind doch schon in den Brunnen gefallen“, konstatierte Hess.

Die Zielsetzung des Projektes sei daher bewusst breiter angelegt – es gehe um mehr, als lediglich um die optimierte Versorgung von Kranken. „Wir wollen alle Bürger erreichen, nicht nur die Kranken.“ Man habe die Absicht zu beweisen, dass man mit definierten Gesundheitszielen „bessere Ergebnisse



*Bewegung tut gut: eins der Themen der Arbeitsgruppe „Gesund in die Zukunft“.*

erreichen kann, als mit der herkömmlichen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen“, betonte der KBV-Vorsitzende.

Als vorläufige Zielthemen definiert gesundheitsziele.de zunächst fünf Krankheitsbilder, die in einzelnen Arbeitsgruppen (AG) bearbeitet werden:

- Diabetes
- Brustkrebs
- Depression
- Herzinfarkt
- chronischer Rückenschmerz.

Drei weitere AGs beschäftigen sich mit den Themen „Tabakkonsum reduzieren“, „gesundheitliche Kompetenz der Patienten stärken“ und dem Präventions-Programm „Gesund in die Zukunft“. Damit soll vor allem die Altersgruppe der unter 20-Jährigen erreicht werden: es geht um Ernährungsverhalten, Stressbewältigung und Bewegung.

### Eine runde Gruppe

„Rauchen ist der bestuntersuchte Risikofaktor für eine ganze Reihe von Erkrankungen“, erklärte Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Sie erläuterte auf dem Berliner Kongress das Gesundheitsziel ihrer Arbeitsgruppe: die Prävalenz des Rauchens zurück-

zudrängen. In der AG vereinigen sich Ärzteschaft, Kassen, Kultusministerien und Elternvertreter. „Eine runde Gruppe, die alle Kompetenzen zu diesem Thema abdeckt“, so Pott. Um das Rauchen signifikant zurückzudrängen, reichten gesetzgeberische Maßnahmen allein nämlich nicht aus – nur mit Zwang erreiche man wenig. Daher definierte die Arbeitsgruppe zunächst vier Aktionsbereiche: Förderung des Nichtrauchens bei Kindern, allgemeine Rauchentwöhnungsangebote für Raucher, Schutz vor dem passiven Rauchen sowie gesetzgeberische und strukturelle Maßnahmen. Für jeden Aktionsbereich wurden die Zielgruppen aufgesplittet und jeweilige Teilziele und Methoden ausgearbeitet. Dabei greift die Arbeitsgruppe auch auf bereits bestehende relevante Projekte zurück und bewertet diese auf ihre Tauglichkeit.

Wenn im Juli die Umsetzungsstrategien der acht Arbeitsgruppen der Regierung vorgeschlagen würden, ruhen alle Methoden auf einem Fundament qualitätsorientierter, evidenzbasierter Medizin, betonte Hess. „Und natürlich müssen wir auch belegen können, dass Kostengründe kein Hinderungsgrund sein müssen.“ om

### zm-Info

Gesundheitsziele.de ist eine Kooperation des Gesundheitsministeriums mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). Der Forschungsauftrag wurde im Dezember 2000 von der Gesundheitsministerkonferenz erteilt. Im Sommer 2002 sollen der Politik konkrete Vorschläge vorgelegt werden, die dann ab 2003 umgesetzt werden könnten. Gesundheitsziele.de beteiligt neben Politik, Ärzteschaft und Kostenträgern auch Wissenschaftler, Patientenverbände und Krankenhäuser. Im Konsens aller Akteure werden die Gesundheitsziele definiert und evaluiert. Das Projekt stellt sich im Internet vor und fordert die Besucher der Seite zur Kommentierung auf – so soll größtmögliche Transparenz hergestellt werden. ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de))

*BZÄK-Gespräch mit deutschem EU-Botschafter*

## Brüssel prägt das Gesundheitswesen

**Abseits nationaler Politik schafft die Europäische Union (EU) mit ihren Harmonisierungsbestrebungen weitreichende Konsequenzen für die jeweiligen Gesundheitssysteme ihrer Mitglieder. Anlässlich einer Einladung in die ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der EU-Kommission in Brüssel erörterten Vertreter der Bundeszahnärztekammer mit den deutschen Abgesandten Strategien und Handlungsmöglichkeiten zur Bewahrung heilberuflicher Notwendigkeiten innerhalb eines vereinten Europas.**

Als typischen Brüsseler Tag bezeichnete Gastgeber Dr. Wilhelm Schönfelder, Botschafter der ständigen Vertretung, die Situation vor Empfang des Vorstandes der Bundeszahnärztekammer am 20. Mai in Brüssel. Es sei zentrale Aufgabe seiner Institution, am europäischen Gesetzgebungsprozess teilzunehmen und im deutschen Sinne Kompromisse zu ermöglichen, erklärte der Diplomat das Arbeitsfeld der stän-

lichkeit zur Abwahl der Entscheider, falls der Einzelne nicht mit der Gesetzgebung einverstanden ist“.

Auch wenn Schönfelder angesichts mangelnder Finanzierbarkeit nicht mit einer Harmonisierung der nationalen Sozialsysteme innerhalb der EU rechnet, sind die Auswirkungen der EU-Gesetzgebung auf das deutsche Gesundheitswesen inzwischen mannigfaltig. Brüssel befasse sich

zen zu gehen. Das wird mittelfristig kommen,“ prognostizierte der Brüsseler Diplomat mit Blick auf ein Beispiel der EU-Politik.

### Kampf um nationale Standards

Von der EU-Kommission weit entwickelt sei inzwischen auch der Gesetzgebungsprozess zur Harmonisierung nationaler Qualifizierungsstandards ärztlicher und zahnärztlicher Berufe. Wie der Diplomat ausführte, werde man in Brüssel allerdings dafür kämpfen, dass die nationalen Anforderungen für die Qualifizierung der Heilberufe nicht der Harmonisierung geopfert werden. Auch wenn die Kommission die Beratung in dieser Frage abgeschlossen habe, werden sich jetzt der Rat und das Parlament mit dieser Thematik befassen.

Hier werde die Bundeszahnärztekammer mit ihrer weiteren Arbeit ansetzen, betonten BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und der für EU-Angelegenheiten zuständige Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels das Vorgehen für die weiteren Aktivitäten. Gerade weil die Politik Brüssels für die Bürger oft „nicht nachvollziehbar gestaltet wird“, lege die BZÄK einen Schwerpunkt ihrer lobbyistischen Arbeit gerade auch auf das Brüsseler Büro, betonte BZÄK-Präsident Weitkamp die Aktivitäten der Zahnärzteschaft am „Puls des Geschehens“.

Möglich sei, dass sich die Umsetzung der Gleichwertigkeitsprüfungen, die eine Nivellierung der hohen deutschen Qualifizierungsstandards auf niedrigerem Niveau bewirken kann, über Jahre hinzieht. Der EU-Rekord für die Umsetzung eines Gesetzgebungsverfahrens liege immerhin bei 31 Jahren, erläuterte der für Gesundheitsfragen zuständige Referent der Brüsseler Vertretung Niggemeier. Auch wenn das Bundesgesundheitsministerium eine kritische Stellungnahme zum EU-Vorhaben an das federführende Bundeswirtschaftsministerium geliefert habe, müssten die Einflüsse



Fotos: BZÄK/Brüsseler Büro

*Diskutierten über EU-Politik und nationale Folgen: BZÄK-Hauptgeschäftsführer Klaus Schlechtweg, BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich, BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, EU-Botschafter Dr. Wilhelm Schönfelder, BZÄK-Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels (v.l.n.r.).*

digen Vertretung. Entgegen immer noch vorherrschender nationaler Überzeugung werde in Brüssel europäisches Recht mit großen Auswirkungen auf nationale Gegebenheiten gesetzt. Vieles von dem, was seitens der Kommission vorbereitet werde, gelange gar nicht mehr auf die politische Ebene. Und es gebe nun mal „keine Mög-

längst nicht mehr ausschließlich mit Fragen zur Agrar- und Wirtschaftspolitik, sondern auch dezidiert mit Regelungen wie der politisch gewollten europäischen Krankenversicherungskarte oder grenzüberschreitender medizinischer Versorgung. „Wenn Zahnersatz im Ausland billiger ist, dann wird es künftig auch möglich sein, über die Gren-

zur Änderung des Kommissions-Entwurfs über die Beratung der Ratsgremien genutzt werden. Ausschlaggebend sei jetzt die Positionierung der Mitgliedstaaten in den Gremien. Komme es zur Ablehnung durch einzelne Mitglieder, habe das EU-Parlament das letzte Wort. Hier liegt eine weitere Chance für die deutsche Zahnärzteschaft. Gerade im Vorfeld zu den Wahlen seien Gespräche mit den zuständigen Abgeordneten noch erfolgversprechend. Für Kontakte mit der Brüsseler Vertretung der Bundeszahnärztekammer, so sicherte man in der Brüsseler Außenstelle der Bundesregierung zu, stehe man jederzeit zur Verfügung.

Mit Sorge betrachtete Botschafter Schönfelder die beabsichtigte schnelle Umsetzung der EU-Ost-Erweiterung: „Wenn wir nicht aufpassen, kann der deutsche Netto-Beitrag in der Finanzierung der EU ab dem



*Expertengespräch zum Thema Gesundheit:  
Dr. Dr. Weitkamp, Referatsleiter für Gesundheit  
Frank Niggemeier, Dr. Schönfelder  
(v.l.n.r.).*

Jahr 2006 auf 18 Milliarden Euro steigen. Wir werden das alles nur bekommen, wenn wir was dafür bezahlen.“ Ein teures Unterfangen, allerdings sei die Erweiterung aber auch bestes präventives Management. Nicht auszuschließen sei angesichts der bevorstehenden Erweiterung aber auch ein Demokratie-Defizit innerhalb der EU. Mit Blick auf die bisherige Vorgehensweise der gesetzlichen Prozesse sei eine funktionierende EU mit 25 oder mehr Mitgliedern nicht mehr in herkömmlicher Weise praktikierbar. Notwendig sei, so Schönfelder, die Beibehaltung des Nationalstaaten-Prinzips. Ein Konstrukt „à la USA“ kann sich der Leiter der ständigen Vertretung in Brüssel nicht vorstellen. mn



Westerländer Fortbildungstagung

## Tipps und Tricks aus der Implantologie für die Implantologie

**Eine Rekordzahl von über 700 Teilnehmern verzeichnete die Schleswig-Holsteiner Zahnärzte-Fortbildung auf Westerland. Grund für diese hohe Teilnehmerzahl war sicherlich das Thema Implantologie, das von erfahrenen Hochschullehrern und Praktikern Tipps und Tricks sowohl für den Einsteiger als auch für den Profi für den Praxisalltag auf Lager hatte.**

Aber auch die erstmalige Einrichtung des Praxistages, führte zum Erfolg. Waren doch die Vorträge zeitlich so gelegt, dass wirklich jeder Zahnarzt, der eine Übernachtung in Westerland aus zeitlichen oder finanziellen Gründen scheut, per Bahn oder Auto rechtzeitig die Insel erreichen und anschließend wieder verlassen kann. Ein Gewinn für den jungen Niedergelassenen, der dann nur den Mittwoch Vormittag nicht in der Praxis sein kann. Diese Idee wurde mehr als dankbar und mit Lob der Anwesenden angenommen.

Viel Beifall erntete am Eröffnungstag ein ungewöhnlicher Referent: Mit Professor Dr. Gerhard Lange hatte die Zahnärztekammer einen versierten Sprachexperten für den Festvortrag gewonnen. Lange, Professor an der Kölner Universität im Fach Rhetorik, weihte das Auditorium in die Regeln der Rhetorik ein und demonstrierte vorwiegend Situationen, die für Zahnärzte im Umgang mit Patienten relevant sind.

Die Implantologie gewinnt im täglichen Praxisalltag zunehmend an Bedeutung. Das war auch der Grund, warum sich die Fortbildungsreferenten in diesem Jahr entschlossen hatten, das

Thema aus der Sicht des Kieferchirurgen, des Oralchirurgen, des Prothetikers und des Materialkundlers beleuchten zu lassen. So gab Professor Dr. Dr. Franz Härle dem implantologischen „Neuling“ den Tipp, vor seinem ersten Sinuslift am Patienten an der Eischale zu üben. „Erst wenn Sie vorsichtig und exakt mit der Diamantfräse Ihren Namen auf das rohe Ei schreiben können, ohne das Eihäutchen zu verletzen, können



„Ein Lächeln ist noch immer der kürzeste Weg zwischen zwei Menschen.“

Prof. Dr. Gerhard Lange, Köln

Sie mit dem Sinuslift in der Praxis starten“, so der erfahrene Operateur.

Professor Dr. Mathias Kern empfahl, bei einer Metallkeramikkrone vom Zahntechniker zervikal eine kleine Kerbe einbringen zu lassen. Diese soll als Abnehmhilfe dienen, wenn die Krone nach der Zementierung doch einmal entfernt werden muss.

Professor Dr. Markus Hürzeler, München, riet den anwesenden Zahnärzten, bei der Vorbereitung einer Sofortimplantation peinlichst darauf zu achten, dass die bukkale Wand der Extraktionsalveole vollständig erhalten bleibt.

Der zu extrahierende Zahn sollte vorsichtig aus der Alveole „herausgeschält“ werden. Auch Fragen zur Liquidation eines implan-

tatgetragenen Zahnersatzes standen in Westerland mit auf dem Programm.

So riet Dr. Ulrich Ruhbehn, Elmshorn, in seinem Seminar zur GOZ: „Der Steigerungsfaktor ist Chefsache!“. Jeder Zahnarzt solle, so der Referent, vor Beginn einer jeden Behandlungsmaßnahme, individuell den Faktor eigenhändig festlegen. Ruhbehn



Der Kammerpräsident Dr. Tycho Jürgensen ganz im Amt bei der Eröffnung der Westländer Fortbildungswoche und als „D.J. T.J.“ beim Kollegentreff. Hier tischt er den Kollegen Leckerbissen aus seiner umfangreichen Jazz-Sammlung auf.



Fotos: Gehl

gab eine Reihe Tipps, wie der Zahnarzt von seiner 2,3-Paxis „wegkommt“.

Einen festen Bestandteil in der Westländer Fortbildungswoche hat das KZV-Fenster inne, das in diesem Jahr von dem Stellvertretenden Vorsitzenden der KZBV Dr. Jürgen Fedderwitz gestaltet wurde. Fedderwitz nahm zu dem Thema „Kann die KZBV im Gestaltungswettbewerb mit den Krankenkassen zahnärztliche Interessen noch erfolgreich vertreten?“ Stellung. Seine Aus-

führungen machten deutlich, dass nur die Kompetenz der Zahnärzte in der Lage ist, Konzepte zu entwickeln, die zukünftig akzeptable Verhältnisse für den Berufsstand liefern können.

„Das was wir fordern, das müssen wir auch gesellschaftlich „rüberbringen“.“

Dr. Jürgen Fedderwitz, 2. Vorsitzender der KZBV.

# Das sollten Sie ab dem 1. Juli wissen

Jürgen Becker, Michael Krone

Voraussichtlich zum 1. Juli 2002 wird eine neue Röntgenverordnung (RöV) in Kraft treten, die laut offiziellem Sprachgebrauch eigentlich gar nicht neu ist. Obwohl umfangreiche Änderungen der seit 1987 gültigen RöV erfolgen werden, spricht der Verordnungsgeber lediglich von einer Novellierung der Röntgenverordnung oder genauer gesagt von einer Verordnung zur Änderung der Röntgenverordnung. Ziel der Novellierung ist die nationale Umsetzung zweier europäischer Richtlinien aus den Jahren 1996 und 1997. Es sind dies die Richtlinien 96/29/Euratom (Grundnorm) und 97/43/Euratom (Patientenschutzrichtlinie).

**D**a die nationale Umsetzung europäischer Richtlinien immer mit Fristen verbunden ist sollte nicht unerwähnt bleiben, dass in diesem Falle die Umsetzung bereits zum Mai 2000 hätte erfolgen sollen. Mitverantwortlich für die deutliche Überschreitung des gesetzten Zeitplanes war unter anderem auch ein Wechsel in den Kompetenzen. Lag die Verantwortung für die RöV früher beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, so wurde die Novellierung nunmehr unter der Federführung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) abgeschlossen.

## Ziel der Euratom-Norm

Das Ziel der Euratom-Normen ist es, in den Mitgliedsstaaten der EU die Strahlenexposition der Bevölkerung zu verringern, da vor allem die ICRP Richtlinie 60 zu einer Neubewertung der strahlenbiologischen Risiken durch ionisierende Strahlung geführt hatte. Auf Grund der geänderten Risikobewertungen wurden die Grenzwerte für die Bevölkerung (von 1,5 auf 1 mSv im Kalenderjahr) und für beruflich strahlenexponierte Personen von 50 auf 20 mSv im Kalenderjahr ab-

gesenkt. Auf Grund des sich rasch entwickelnden medizinischen und technischen Fortschritts sah das BMU es auch als notwendig an, das erforderliche Fachwissen regelmäßig zu aktualisieren. Die Fortentwicklung der digitalen Aufnahmeverfahren machte es ebenfalls notwendig, die rechtlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen an die Aufzeichnungs- und Dokumentationspflicht entsprechend zu ändern.

Die von der Bundeszahnärztekammer und der DGZMK mehrfach vorgebrachten Argumente, dass die strahlenbiologischen Risiken in unserem Fachgebiet im Vergleich zur Heilkunde ausgesprochen gering sind, fanden leider beim BMU kein Gehör, obwohl sogar das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) in seinem Parlamentsbericht 1999 publiziert hatte, dass dentale Tubusaufnahmen trotz ihres Anteil von 18,4 Prozent an



Fotos: EyeWire/PhotoDisc





*Röntgenaufnahmen sind wichtig für die Therapie-Entscheidung.  
Ab 1. 7. 2002 gelten für das Röntgen neue Regeln.*

allen Röntgenuntersuchungen nur zu etwa 0,1 Prozent zur kollektiven effektiven Dosis beitragen. Da die unterschiedlichen strahlenbiologischen Risiken in der Heil- und Zahnheilkunde leider nicht getrennt berücksichtigt wurden, gelten alle Regelungen in der RöV gleichermaßen für die Heil- und Zahnheilkunde.

Die nachfolgenden Zeilen sollen Sie vorab informieren, welche Bestimmungen sich für Sie und ihr Praxisteam ändern werden und vor allem, welche Bestimmungen ab dem Datum des voraussichtlichen Inkraft-Tretens beachtet werden müssen.

In diesem Zusammenhang muss auch berücksichtigt werden, dass zahlreiche nachgeordnete Richtlinien zur Röntgenverordnung durch die Strahlenschutzkommission noch nicht fertiggestellt wor-

den sind. Dies betrifft vor allem auch die Fragen, wie die Fachkunde und die Kenntnisse im Strahlenschutz aktualisiert werden sollen.

### **Sofort zu beachten**

■ Genau wie dies bisher der Fall war, ist es auch nach den Bestimmungen der novelierten RöV erforderlich, den Text dieser Verordnung beim Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Einsicht ständig verfügbar zu halten (§ 18 Abs.1 Nr.4).

Bis zum Erscheinen dieses Artikels dürfte der endgültige Text der RöV auf der Homepage des BMU unter [www.bmu.de](http://www.bmu.de) zur Verfügung stehen, so dass jede Praxis den Inhalt der Verordnung über das Internet erhalten und selber ausdrucken kann.

■ Neu aufgenommen wurde in § 18 die Verpflichtung, dass die beim Betrieb einer Röntgeneinrichtung beschäftigten Personen anhand einer deutschsprachigen Gebrauchsanweisung durch eine entsprechend qualifizierte Person in die sachgerechte Handhabung eingewiesen werden und über die Einweisung unverzüglich Aufzeichnungen angefertigt werden müssen.

### **Rechtfertigende Indikation**

Ein in die Röntgenverordnung neu eingeführter Begriff ist die rechtfertigende Indikation. Unter den in § 2 aufgeführten Begriffsbestimmungen ist dieser Begriff erläutert. Rechtfertigende Indikation ist die Entscheidung eines Arztes oder Zahnarztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz, dass und in welcher Weise Röntgenstrahlung am Menschen in der Heilkunde oder Zahnheilkunde angewendet wird. Der § 23 der RöV führt hierzu weiter aus, dass die Stellung einer rechtfertigenden Indikation die Feststellung erfordert, dass der gesundheitliche Nutzen der Anwendung gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt.

Eine Abwägung, die auch bisher schon vor jeder Anfertigung einer Röntgenaufnahme selbstverständlich war, nur dass diese zukünftig für jede Patientenaufnahme, zum Beispiel im Röntgenjournal, zu protokollieren ist.

In § 23 wird ebenfalls gefordert, dass andere Verfahren mit vergleichbarem gesundheitlichen Nutzen, die mit keiner oder geringerer Strahlenexposition verbunden sind, bei der Abwägung zu berücksichtigen sind. In der Heilkunde wird dies zu einer weiteren Aufwertung der Sonographie und magnetischen Resonanztomographie führen.

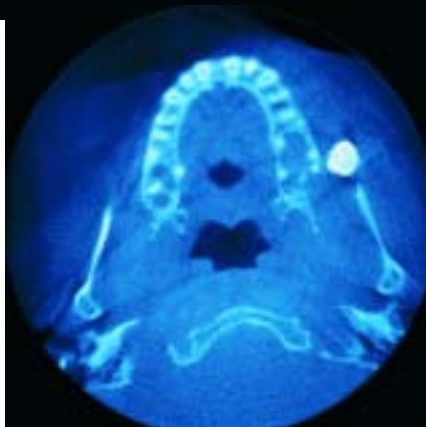
Bei den meisten Untersuchungen in der Zahnheilkunde und hier vor allem der Zahnhartgewebe stehen heute noch keine alternativen Untersuchungsverfahren ohne Anwendung ionisierender Strahlung zur Verfügung, die einen vergleichbaren gesundheitlichen Nutzen haben, so dass zum Beispiel bei parodontalen Erkrankungen, der Kariesdiagnostik (mit Bissflügelaufnah-



Fotos: Becker



Die digitale Volumentomographie erweitert das diagnostische Spektrum in der Zahnheilkunde beträchtlich. Im Rahmen der Novellierung der RöV wurde dieses neue Aufnahmeverfahren in den Bereich der dentalen Untersuchungsverfahren in die Richtlinie für Sachverständigenprüfungen aufgenommen. Da für dieses neue Aufnahmeverfahren in der Regel jedoch keine Ausbildung während des Studiums erfolgte, ist hierfür zukünftig eine separate Fachkunde notwendig. Die Bildsequenz zeigt die Möglichkeit der Darstellung eines intraoperativ ins Weichgewebe dislozierten Zahnes 28 in axialen und transversalen Schichten.



men), der Endodontie, der Frakturdiagnostik oder der Lokalisation retinierter Zähne die rechtfertigende Indikation nach RöV durch die klinische Indikation gestellt werden kann.

In diesem Zusammenhang sind Patienten auch weiterhin über frühere Anfertigungen von Röntgenaufnahmen, die für die vorgesehene Anwendung von Bedeutung sein können, zu befragen. Darüber hinaus ist bei bestehender oder nicht auszuschließender Schwangerschaft die Dringlichkeit der Anwendung besonders zu prüfen. Auch dies ist kein grundsätzliches Novum.

Im § 28 werden die Dokumentationspflichten näher erläutert. Es wird klargestellt, dass über jede Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen Aufzeichnungen angefertigt werden müssen, die auch Angaben zur rechtfertigenden Indikation und zum Röntgenbefund enthalten.

### Aufbewahrungsfristen

Im bereits erwähnten § 28 werden auch die Aufbewahrungsfristen geregelt. Die zehnjährige Aufbewahrungsfrist für Röntgenbilder und die entsprechenden Aufzeichnungen sind bekannt. Neu hingegen ist eine deutliche Ausweitung dieser Fristen bei Kindern und Jugendlichen. Die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren. Wird also bei einem achtjährigen Kind eine Röntgenaufnahme angefertigt, so sind die Aufzeichnungen hierüber 20 Jahre aufzubewahren. Hintergrund dieser Regelung ist, dass Kinder ein höheres Risiko für stochastische Strahlenschäden haben und durch die längere Aufbewahrungsdauer Angaben über eine medizinische Strahlen-

exposition länger verfügbar sind. In den Absätzen 4, 5 und 6 des § 28 werden weitere Regelungen zu den Anforderungen an Röntgenbilder und Aufzeichnungen auch und gerade im Hinblick auf elektronische Datenträger beschrieben. Eine Auflistung der in diesen Absätzen im Einzelnen gestellten Forderungen würde den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Hier geht es vor allem darum, dass kein Informationsverlust eintreten darf, dass die Daten während der Dauer der geforderten Aufbewahrungsfristen in angemessener Zeit verfügbar sind und dass eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung als solche zu erkennen ist. Röntgenbilder können bei der Aufbewahrung auf elektronischem Datenträger komprimiert werden, wenn sichergestellt ist, dass die diagnostische Aussagekraft erhalten bleibt.

### Röntgenpass

Musste bisher lediglich nach einem vorhandenen Röntgenpass gefragt werden, so besteht nunmehr für den behandelnden Zahnarzt die Verpflichtung bei Röntgenuntersuchungen Röntgenpässe bereitzuhalten. Absatz 2 des bereits mehrfach erwähnten § 28 fordert weiterhin, dass diese Röntgenpässe nicht nur bereitzuhalten, sondern auch dem Patienten anzubieten sind. Einzutragen sind in den Röntgenpass Angaben über Zeitpunkt und Art der Anwendung, über die untersuchte Körperregion und Angaben zum untersuchenden Arzt/Zahnarzt. Diese Angaben stellen nur ein Teil der Fakten dar, die in den Aufzeichnungen bei jeder Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen enthalten sein müssen. Genaue Auskunft über den vollständigen Inhalt der geforderten Aufzeichnungen gibt hier Absatz 1 des § 28.

### Arbeitsanweisungen

Im § 18 werden die sonstigen Pflichten beim Betrieb einer Röntgeneinrichtung beschrieben. Zu diesen Pflichten gehört in Zukunft auch die Erstellung schriftlicher Arbeitsanweisungen. Der Paragraph 18 Abs. 2 lautet: Für jede Röntgeneinrichtung zur An-

wendung von Röntgenstrahlen am Menschen sind schriftliche Arbeitsanweisungen für die an dieser Einrichtung häufig vorgenommenen Untersuchungen oder Behandlungen zu erstellen. Die Arbeitsanweisungen sind für die dort tätigen Personen zur jederzeitigen Einsicht bereitzuhalten und auf Anforderung der zuständigen Stelle zu übersenden.

Waren die bisher genannten Punkte solche, die unmittelbar nach In-Kraft-Treten der novellierten Röntgenverordnung umgesetzt sind, so sind die nachfolgend genannten Punkte solche, die aus verschiedenen Gründen einer gewissen Übergangsfrist bedürfen. Dennoch sollten sie an dieser Stelle bereits erwähnt werden, da sie zum Teil doch wesentliche Neuerungen mit sich bringen.

## Fachkunde im Strahlenschutz

Es wird ein neuer § 18 a eingefügt, der die erforderliche Fachkunde und die Kenntnisse im Strahlenschutz regelt. Nach dem Wortlaut dieses Paragraphen wird die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte und Zahnärzte in der Regel durch eine für den jeweiligen Anwendungsbereich geeignete Ausbildung, praktische Erfahrung und die erfolgreiche Teilnahme an von der zuständigen Stelle anerkannten Kursen erworben. Die Kursteilnahme darf nicht länger als fünf Jahre zurückliegen.

Diese Regelung hätte ohne weiteren Zusatz bedeutet, dass der frisch approbierte Zahnarzt zum Erwerb der Fachkunde zunächst einen der oben erwähnten Kurse hätte absolvieren müssen. Auf Drängen der Bundeszahnärztekammer und der DGZMK konnte erreicht werden, dass die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz auch mit Bestehen der Abschlussprüfung einer staatlichen oder staatlich anerkannten Berufsausbildung erworben wird. Voraussetzung hierfür ist allerdings eine vorherige Feststellung durch die zuständige Behörde, dass die entsprechende Ausbildung, zum Beispiel in der Universität, einen ausreichenden Umfang zur Vermittlung der Sach- und Fachkunde hat.

Weiterhin wird in dem neuen § 18 a gefordert, dass die Fachkunde im Strahlenschutz mindestens alle fünf Jahre durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem von der zuständigen Stelle anerkannten Kurs oder anderen von der zuständigen Stelle als geeignet anerkannten Fortbildungsmaßnahmen aktualisiert wird. Diese Regelungen gelten entsprechend für den Nachweis der Kenntnisse im Strahlenschutz für die bei der technischen Durchführung der Röntgenaufnahme

halb von zwei Jahren nach In-Kraft-Treten treten eine Aktualisierung nachweisen. Für den Zeitraum zwischen 1973 bis einschließlich 1987 gilt eine Frist von drei Jahren zur Aktualisierung. Für alle, die ihre Fachkunde und Kenntnisse nach 1987 erworben haben, muss die Aktualisierung innerhalb der nächsten fünf Jahre nach in Kraft treten erfolgen. Somit ist für diese Personengruppe für die Aktualisierung Zeit bis maximal zum 1. Juli 2007.

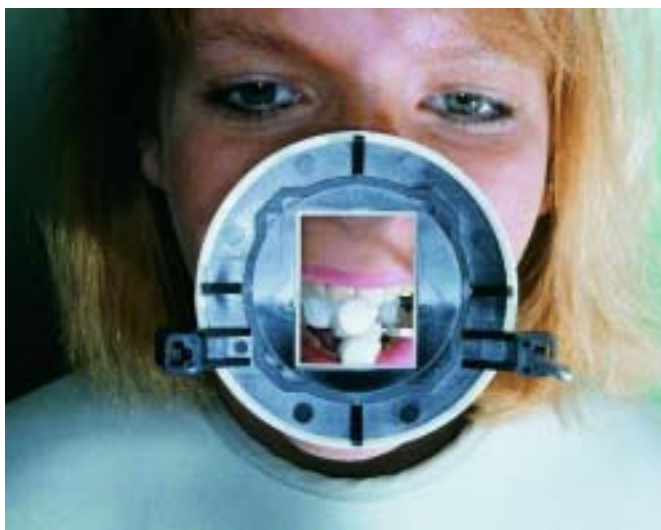


Foto: Becker

*Intraorale Aufnahme-technik mit einem Filmhalter. Der Aufbissblock wird durch Watterollen fixiert, die Bleiblende im Fenster ermöglicht eine Reduktion der Strahlenexposition.*

men mitwirkenden Helferinnen. Auch diese müssen ihre Kenntnisse alle fünf Jahre aktualisieren. Da sich das BMU in dieser Frage bereits recht früh auch in der Außendarstellung eindeutig positioniert hatte, waren Versuche diese Aktualisierung für den Bereich der zahnärztlichen Röntgendiagnostik auszusetzen oder zumindest zu verlängern, vermutlich von Beginn an zum Scheitern verurteilt. Glücklicherweise wurden jedoch Übergangsregelungen aufgenommen.

## Übergangsvorschriften

Die in § 45 geregelten Übergangsvorschriften besagen, dass Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz, die vor In-Kraft-Treten der novellierten Röntgenverordnung erworben wurden, zunächst weiter bestehen. Für die Aktualisierung gibt es ein abgestuftes zeitliches Vorgehen. Alle diejenigen, die ihre Fachkunde oder Kenntnisse vor 1973 erworben haben, müssen inner-

Sicherlich darf hierbei nicht vergessen werden, dass es im Bereich der Zahnmedizin um rund 60 000 Zahnärztinnen und Zahnärzte und um rund 130 000 Helferinnen geht. Somit ist auch dies angesichts der zunächst ausreichend erscheinenden Übergangsvorschriften eine nicht zu unterschätzende Aufgabe, die in den Richtlinien nach Röntgenverordnung noch sinnvoll gelöst werden muss.

## Bestandsschutz

Bisher konnten auch so genannte Hilfskräfte ohne abgeschlossene Berufsausbildung Kurse zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz absolvieren, um bei der technischen Durchführung von Röntgenuntersuchungen mitzuwirken. Diese bisher eigentlich keinen Anlass zur Beschwerde gebende Regelung musste auf Grund des MTA-Gesetzes geändert werden. Zukünftig stehen diese Kurse nur noch Personen mit einer ab-



Röntgenaufnahmen sollten nicht ohne einen Leuchtkasten befundet werden.

Foto: Corbis

geschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung offen (§ 24 Absatz 2, Nr. 4). Zahnmedizinische Fachangestellte können auch zukünftig die Kenntnisse im Strahlenschutz während der Ausbildung erwerben. Voraussetzung ist das Bestehen der Abschlussprüfung.

Wichtig für die so genannten Hilfskräfte ist es, dass es im § 45 Abs. 9 einen zeitlich unbefristeten Bestandsschutz für die Kenntnisse im Strahlenschutz gibt, sofern diese nach der bisher geltenden Fassung der Röntgenverordnung bei der technischen Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen mitwirken durften. Selbstverständlich gelten hier die gleichen oben beschriebenen Regelungen bezüglich der Fristen der Aktualisierung der Kenntnisse.

### Qualitätssicherung und zahnärztliche Stellen

Durch den Wortlaut des § 16 ist das Bundesamt für Strahlenschutz dazu aufgerufen, so genannte diagnostische Referenzwerte für die Durchführung von Röntgenuntersuchungen in der Heilkunde und Zahnheilkunde zu erstellen und zu veröffentlichen.

Stellt die zahnärztliche Stelle im Rahmen ihrer Aufgaben eine beständige und ungegerechtfertigte Überschreitung dieser Referenzwerte fest, so hat sie dies der zuständigen Behörde mitzuteilen. Die novellierte Röntgenverordnung enthält eine erhebliche Ausdehnung der Aufgaben und Befugnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Stellen. Diese müssen allerdings ebenso wie

### zm-Info

#### Ab dem In-Kraft-Treten erstmals zu beachten:

- Erstellung schriftlicher Arbeitsanweisungen nach § 18
- Einweisung der Mitarbeiter anhand der Gebrauchsanweisung und entsprechende schriftliche Dokumentation
- Angaben zur rechtfertigenden Indikation und ihre schriftliche Dokumentation nach § 23 Absatz 1 Satz 1 für jede Röntgenuntersuchung:
- Bei Röntgenuntersuchungen der erhobene Befund nach § 28 Absatz 1 Nr. 5
- Ausstellung eines Röntgenpasses

andere Bereiche der Röntgenverordnung noch in entsprechenden Richtlinien präzisiert werden. Diese noch fertig zu stellenden Richtlinien betreffen neben den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen unter anderem die Bereiche Sachverständigenprüfung sowie auch die Inhalte und Anforderungen an die Fachkunde im Strahlenschutz und deren Aktualisierung.

Aus diesem Grunde und in Anbetracht der bestehenden Übergangsvorschriften sollte man zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Anmeldung und Teilnahme an entsprechenden Kursen überdenken. Hier sollten zunächst die Informationen durch die Landeszahnärztekammern in den nächsten Monaten abgewartet werden.

Da auch im Bereich der Gerätetechnik noch Konkretisierungen durch die entsprechenden Richtlinien erfolgen können, die sich vor allem auf den Bereich der digitalen Röntgentechnik beziehen, sollte man bei zurzeit geplanten Investitionen auf eine entsprechende Ausgestaltung der vertraglichen Vereinbarung mit dem Hersteller oder Lieferanten achten. Es sollte selbstverständlich sein, dass kostenintensive Investitionsgüter in solchen Situationen innerhalb eines angemessenen Zeitraumes nach ihrer Inbetriebnahme gegebenenfalls auf den gesetzlich geforderten Stand nach- oder umgerüstet werden. Ein Betreiber kann im Regelfall die anstehenden technischen Anforderungen nur schwer oder gar nicht beurteilen.

### Medizinische Forschung

In § 28 a – g wird ausführlich die Anwendung ionisierender Strahlung in der (zahn-)medizinischen Forschung geregelt. Zuständig für die Genehmigung klinischer Studien ist das Bundesamt für Strahlenschutz.

Zahlreiche zwischenzeitlich diskutierte Regelungen wurden nicht in die RöV aufgenommen. Eine grundsätzliche Genehmigungspflicht für alle Röntgengeräte wurde nicht umgesetzt, es bleibt bei der Anzeigepflicht nach § 4 RöV. Auch die arbeitswöchentliche Konstanzprüfung der Filmverarbeitung bleibt bestehen.



## Historische Entwicklung

Am Freitag, dem 8. November 1895 beobachtete Prof. Wilhelm Conrad Röntgen erstmals eine neue Art von Strahlung. Eine Kathodenstrahlröhre sandte anscheinend eine unsichtbare Strahlung aus, die auf einer mit Barium-Platincyano- beschichteten Platte eine Fluoreszenzstrahlung im sichtbaren Bereich auslöste.

Foto: wave x-ray



Wilhelm Conrad Röntgen  
(1845 – 1923)

Die erste medizinische

Anwendung dieser neuen Strahlung, die er Röntgen X-Strahlung nannte, ist eine Untersuchung der Haare von Bertha Röntgen am 22. Dezember 1895 gewesen. Prof. Röntgen konnte seine Beobachtungen bereits am Neujahrstag des Jahres 1896 in den Berichten der Würzburger Physikalischen Gesellschaft publizieren.

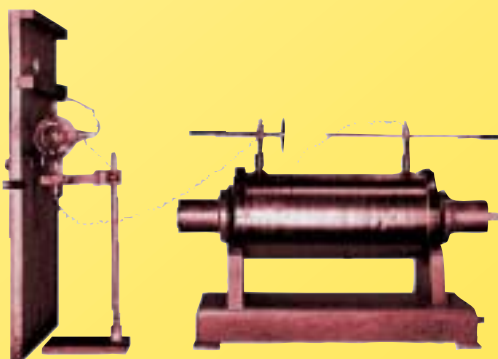
Die erste zahnmedizinische Anwendung war eine Bissflügelaufnahme, die der Zahnarzt Dr. Otto Walkhoff in Braunschweig am 14. Januar 1896 bei sich selbst anfertigte. Die Belichtungszeit betrug zirka 25 Minuten. Bereits acht Wochen nach der Entdeckung Röntgens publizierte J. Daniel in Science einen Bericht, in dem er über einen Haarverlust seiner Kollegin im Gesichtsbereich berichtete, nachdem er sie dort mit Röntgenstrahlen untersucht hatte. Obwohl damals bereits mehrere Berichte über unerwünschte Nebenwirkungen (Verbrennungen der Haut, Haarverlust, Augenschmerzen) erschienen, waren die Ursachen hierfür noch längere Zeit unklar. Erst Leonard beschrieb im Jahre 1898, dass die Röntgenstrahlung selbst diese Nebenwirkungen auslösten.

Im April 1898 konnte O. Walkhoff die ersten extraoralen Aufnahmen vorstellen, obwohl er damals ebenfalls als Nebenwir-

kung einen Haarausfall bei seinen Patienten auf der Seite beobachtete, die untersucht worden war. Sein Freund Fritz Giesel, mit dem Walkhoff viele Experimente zusammen durchgeführt hatte, starb 1927 auf Grund eines metastasierenden Karzinoms, das durch eine schwere Bestrahlung seiner Hände hervorgerufen worden war.

Bereits wenige Tage nach der Veröffentlichung durch C. Röntgen begann Thomas E. Edison in den USA nach besseren Fluoreszenzverbindungen zu suchen. Vier seiner Mitarbeiter testeten ungefähr 8000 Verbindungen. Im März 1896 fanden sie heraus, dass Calciumwolframat zur Anregung einer Fluoreszenz durch Röntgenstrahlen am besten geeignet ist. Dieses Material wurde dann in Verstärkerfolien eingesetzt und über viele Jahrzehnte bis zur Einführung von Verstärkerfolien auf der Grundlage seltener Erden benutzt.

J. Becker



Mit diesem Apparat erforschte Wilhelm Conrad Röntgen eine neue bis dahin unbekannte Art von Strahlung, über deren Entdeckung er am Neujahrstag 1896 erstmals berichtete. Zu der damaligen vorläufigen Veröffentlichung über die „X-Strahlen“, wie Röntgen sie nennt, legt er einige „X-Strahlen-Fotos“ bei, zum Beispiel die Aufnahmen der Labortüre und der Hand seiner Frau.

Nach einer Änderung der Röntgeneinrichtung oder ihres Betriebes, welche die Bildqualität oder die Höhe der Strahlenexposition beeinflussen kann, ist nur dann eine so genannte Teilabnahmeprüfung erforderlich, wenn es sich um eine nachteilige Beeinflussung handeln könnte. Geplant war eine solche Prüfung auch bei eindeutig verbessernden Maßnahmen, zum Beispiel beim Wechsel zu Filmen mit höherer Empfindlichkeit. Dies wäre eindeutig kontraproduktiv im Hinblick auf die gewünschte Reduktion der Strahlenbelastung gewesen. Es bleibt somit in diesen Fällen bei der pragmatischen Lösung einer überlappenden Konstanzprüfung. Weiterhin wurde nicht realisiert, dass der Betrieb einer Röntgeneinrichtung nunmehr vier Wochen vorher der zuständigen Behörde angezeigt werden muss. Es bleibt nach dem Bundesratsverfahren bei der bisherigen Zwei-Wochen-Regelung.

Der vorliegende Artikel enthält nur die wichtigsten Aspekte der novellierten Röntgenverordnung. Im Internet wird neben dem Text der Verordnung auch die Begründung zur RöV abrufbar sein, die auch Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen enthält.

Die Novelle der RöV unterstreicht, dass die zahnärztliche Radiologie ein gleichberechtigter Teil der medizinischen Röntgendiagnostik ist und dass es zukünftig möglich ist, mit zahnärztlicher Approbation auch die Fachkunde für weitergehende Untersuchungsverfahren, wie etwa die digitale Volumentomographie, zu erwerben.

Prof. Dr. Jürgen Becker,  
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Aufnahme, Westdeutsche Kieferklinik,  
Universitätsklinikum Düsseldorf,  
Moorenstraße 5,  
40225 Düsseldorf

ZA Michael Krone,  
Bundeszahnärztekammer  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin

**zm** Leser-  
service

Die neue Röntgenverordnung und einen zm-Artikel „100 Jahre Röntgen“ können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

*Darauf sollten Sie bei jedem Patienten achten*

# Differentialdiagnostik intraoraler Schwellungen

Ulrich Meyer, Ulrich Joos

*Intraorale Schwellungen sind Zustände, die den Zahnarzt häufig in der Praxis oder Klinik konfrontieren. Während viele dieser Zustandsbilder nach Anamneseerhebung und klinischer Untersuchung einer zu Grunde liegenden Krankheit einfach zugeordnet werden können, gibt es jedoch vielfältige Situationen, in denen die Genese ungeklärt ist (Abbildung 1).*

*Der vorliegende Beitrag beschreibt das differentialdiagnostische Vorgehen bei einem derartigen Befund.*



Abb. 1: Unklare Schwellung des Gaumenbereiches

Foto: Meyer

Bei der differentialdiagnostischen Anamnese ist zu beachten, dass jeder Schwellungszustand abgeklärt werden sollte, da eine Malignomkrankung als mögliche Ursache in Betracht kommt und eine späte Diagnostik die Therapiemöglichkeiten solcher Erkrankungen einschränkt. Die Evaluierung intraoraler Schwellungen erfordert von daher die Kenntnis der verschiedenen Erkrankungen, die mit dem klinischen Befund einer Schwellung einhergehen, sowie der diagnostischen Schritte, die zur Abklärung der Pathogenese notwendig sind. Das Ausschöpfen aller diagnostischen Schritte ist insbesondere zur Abklärung malignomsuspekter Befunde unerlässlich.



Abb. 2: Sarkom des Gaumens



Abb. 3: Dentogener Abszess im Bereich des Alveolarfortsatzes

## Klassifizierung intraoraler Schwellungszustände

### nach zeitlichem Verlauf

- perakut  
(Luft/Flüssigkeitseinlagerung)
- akut  
(Zell- und Flüssigkeitseinstrom)
- schleichend  
(Zelleinlagerung/Gewebeproliferation)
- chronisch  
(Zelleinlagerung/Gewebeproliferation)

### nach Pathogenese

- entzündlich
- tumorös
- traumatisch
- immunologisch
- dysregulativ

### nach vorherrschender Gewebeart

- Zahnapparat
- Knochen
- Bindegewebe
- Muskulatur
- Drüsen
- Schleimhaut

Tabelle 1

## Klassifizierung der intraoralen Schwellungen

Intraorale Schwellungen lassen sich nach verschiedenen Kriterien klassifizieren. Neben dem Alter des Patienten, dem zeitlichen Verlauf der Schwellung und der anatomischen Region sind es die Pathogenese

Pathogenese	Erkrankung
tumorös	Benignom (epithelial, mesenchymal) Malignom (Carcinom, Sarkom, hämatologische Malignome)
entzündlich	bakteriell (Abszess, Infiltrat, Phlegmone, Osteomyelitis), viral, immunologisch
zystisch	odontogene Zyste, nicht-odontogene Zyste, Ranula
dysregulativ	Granulome, Osteopathien
traumatisch	Kontusion, Kompression, Fraktur, Fremdkörpereinsprengung, iatrogen
verschiedenartig	Angioneurotisches Ödem, Kollagenosen

Tabelle 2

einwanderungen charakterisiert. Schleichende Vergrößerungen von Geweben können dagegen durch Zellhyperplasien oder Zellhypertrophien sowie Vermehrungen der extrazellulären Matrixbestandteile erklärt werden (Abbildung 4).

### Anamneseerhebung

Das diagnostische Vorgehen beginnt mit der Erhebung der allgemeinen und speziellen Anamnese, mit besonderem Augenmerk bezüglich bekannter Vorerkrankungen, akuter Erkrankungen sowie der zeitlichen Koinzidenz des Schwellungsauftritts mit anderen Ereignissen.

Die klinische Untersuchung sollte mit der Inspektion aller Mundhöhlenbereiche beginnen. Neben der Erhebung des Zahnstatus (Kariesdiagnostik, Vitalprüfung der Zähne, Determinierung des Parodontalstatus) sollte eine Beurteilung der Mundschleimhaut sowie die Untersuchung des Sekretflusses der Speicheldrüsen erfolgen (Abbildung 5).

Von entscheidender diagnostischer Bedeutung ist die Palpation der Schwellung. Sie kann einfach durch den Zahnarzt durchgeführt werden und gibt bei genauer Betrachtung viele Hinweise auf die möglichen Differentialerkrankungen. Palpatorisch zu erfassende Parameter einer Schwellung sind:

- Größe
- Konsistenz
- Oberflächenbeschaffenheit
- Verschieblichkeit
- Abgrenzung zur Umgebung sowie
- Druckdolenz

und Histologie, die die Schwellung charakterisieren (Tabelle 1).

Der Begriff „Tumor“ wird in der allgemeinen Pathologie als neu aufgetretene Volumenzunahme (Schwellung) einer Region aufgefasst. Er wird dabei gleichermaßen für Neoplasien (Abbildung 2) als auch für entzündungsbedingte Schwellungen (Abbildung 3) verwendet, da der „Tumor“ eines der fünf klassischen Entzündungszeichen darstellt. Neben diesen beiden großen Erkrankungsentitäten gibt es jedoch verschiedene andere Erkrankungen, die zu intraoralen Schwellungszuständen führen können und deren Kenntnis in der Differentialdiagnostik von großer Bedeutung ist. Tabelle 2 gibt dabei einen Überblick über die verschiedenen pathologisch definierten Erkrankungen, die der Zahnarzt in seine differentialdiagnostischen Überlegungen einfließen lassen sollte.

Das konzeptionelle diagnostische Herangehen an solche Schwellungszustände kann insbesondere über den zeitlichen Verlauf sowie die zu Grunde liegenden Gewebestrukturen erfolgen, da die Art der Gewebeveränderung die zu Grunde liegende Erkrankung definiert. Während perakute Schwellungszustände nur durch Luft- und Flüssigkeitseinlagerungen hervorgerufen werden können, sind akute Schwellungen durch einen Flüssigkeitseinstrom sowie Zell-



Abb.4: Epulis im Bereich des Oberkiefers



Abb.5: Ranula des Mundbodens

### Klinische Diagnostik

Palpationskonsistenz	Histologische Gewebestruktur
knisternd	Lufteinlagerung (Emphysem)
ödematös	diffuse Flüssigkeitseinlagerung
elastisch	gewebebegrenzte Flüssigkeitseinlagerung
prall	Zell- und Gewebevermehrung
verhärtet	Zelleinlagerung, Extrazellulärmatrixvermehrung
hart	ossifizierend

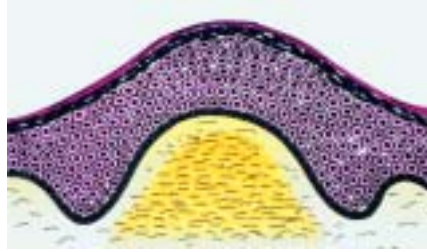
Tabelle 3



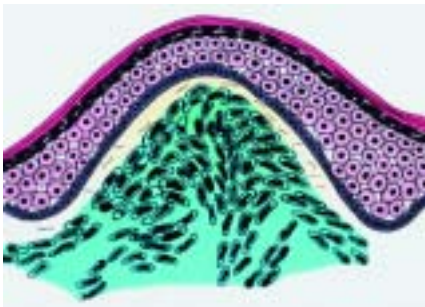
## Palpation



Luft einlagerung



Flüssigkeit einlagerung



Zelleinwanderung



Tumorbildung

Abb. 6: Schema der histologischen Befunde verschiedener Schwellungszustände

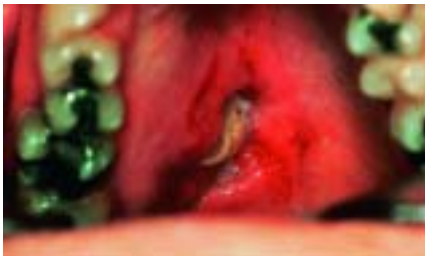


Abb. 7: Zustand nach Biopsie eines Oberkieferneoplasmas (histologisch Plattenepithelkarzinom)

## Palpation

Die Palpationskonsistenz (Tabelle 3) ist ein Befund, der es dem Kliniker ermöglicht, die Gewebestrukturen, die aus pathologischer Sicht die Erkrankung definiert, näher zu befeunden. Da die verschiedenen Gewebeteile (Zellen, Extrazellulärmatrix, Extrazellulärflüssigkeit) eine unterschiedliche Palpationscharakteristik aufweisen, kann mit genauer Palpation die Zusammensetzung der Schwellung klinisch evaluiert werden (Abbildung 6).

## Radiologie und Laborparameter

Das weitere diagnostische Vorgehen umfasst dann die Durchführung radiologischer und laborchemischer Untersuchungen. In Abhängigkeit von der Lokalisation und der Konsistenz der Schwellung sollte die Art der radiologischen Untersuchung differenziert gewählt werden (Tabelle 4). Knochenassoziierte Schwellungen sollten dabei mittels Nativradiologie oder Computertomographie abgeklärt werden, während bei Verdacht auf Weichteilprozesse sonographische und kernspintomographische Verfahren diagnostische Vorteile besitzen.

Der Verdacht auf entzündlich bedingte Schwellungszustände, die im intraoralen Bereich am ehesten bakteriell, seltener viral oder immunologisch bedingt sind, erfordert die Untersuchung verschiedener Laborparameter (Tabelle 4). Insbesondere bei den häufig vorkommenden bakteriell be-

### Apparative Diagnostik

### Verdachtsdiagnose

#### Radiologie

Nativröntgen

Zysten, ossifizierender Tumor, Granulom, knochenassoziierte Entzündung

Sonographie

Abszess, Infiltrat, Weichteilzyste, Tumor, Lymphom

Computertomographie

Abszess, Infiltrat, Granulom, Tumor, Osteopathie

Magnetresonanztomographie

Abszess, Infiltrat, Granulom, Weichteiltumor

Zusatzverfahren (Szintigraphie,

Osteomyelitis, Speicheldrüsenerkrankung,

Sialographie, Positronen

Tumorsuche

Emissionstomographie)

#### Labordiagnostik

Leukozyten

bakterielle Entzündung

(Infiltrat, Abszess, Osteomyelitis)

Blutsenkungsgeschwindigkeit,  
C-reaktives Protein

bakterielle oder virale Entzündung, Tumor, immunologisches Geschehen

Blutbild

leukämische Infiltrate

Immunstatus

Kollagenosen

Spezialuntersuchungen

C1-Esterase Inhibitor-Mangel

Antikörperdiagnostik

lymphotrope Viruserkrankungen

#### Histologie

Konventionell

#### Vorbehandlung

Formalinfixierung

Schnellschnittuntersuchung

Nativpräparate

Spezialuntersuchungen

Kryofixierung

Tabelle 4

dingten intraoralen Schwellungszuständen sollte der Leukozytenwert als wichtiger diagnostischer Marker bestimmt werden. Er dient einerseits zur Feststellung einer bakteriellen Infektion, seine Höhe kann jedoch auch Hinweise in der Unterscheidung zwischen Infiltrat und Abszess liefern.

## **Biopsie**

Sollte nach Ausschöpfen der verschiedenen diagnostischen Maßnahmen noch Unklarheit über die zu Grunde liegende Erkrankung bestehen oder liegt ein malignom-suspekter Befund vor, so stellt die Gewinnung einer Gewebeprobe den entscheidenden Schritt zur definitiven Diagnostik dar (Abbildung 7).

Während Gewebeproben von in der Tiefe liegenden Prozessen grundsätzlich auch

durch Feinnadelbiopsien gewonnen werden können, stellt insbesondere im intraoralen Bereich die Probeexzision das klinische Verfahren zur Gewebegewinnung dar. Die meisten Erkrankungen lassen sich nach konventioneller Aufarbeitung dann pathologisch-histologisch determinieren, während in Einzelfällen histologische Spezialuntersuchungen notwendig werden.

## **Therapie**

Nach Klärung der Ursache der Schwellungszustände, die in Abhängigkeit von der Erkrankung auf den verschiedenen Ebenen des diagnostischen Vorgehens erfolgen kann, sollte eine befundadäquate Therapie eingeleitet werden, die sich auf die klinischen und apparativen Befunde stützen kann. In seltenen Fällen kann durch expek-

tatives Vorgehen der Spontanverlauf abgewartet werden, oder durch den Erfolg einer Behandlung eine Diagnose ex-juvantibus gestellt werden. Insgesamt muss jedoch betont werden, dass ein Patient bei nicht zu klärendem intraoralen Schwellungszustand frühzeitig in eine Fachklinik eingewiesen werden sollte, um diagnostische und therapeutische Verzögerungen zu vermeiden.

*OA PD Dr. Dr. Ulrich Meyer  
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,  
Universität Münster  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr.hc. U. Joos)  
Waldeyerstrasse 30  
48149 Münster*

*ulmeyer@uni-muenster.de*

*Der besondere Fall*

## Bio-Zecke unter der Zunge

Ein Kollege ist auf Grund unseres Repetitorium-Beitrags in zm 7/2002 „FSME“ inspiriert worden, uns folgenden Fall zu schildern.

Nach dem Genuss von frischem, grünen „Biosalat“ verspürte ich an der Zunge einen bekannten Schmerz, Selbstdiagnose: Solitäräphte.

Am späten Abend intensivierte sich der Schmerz heftig, zum Beispiel wie bei einer Pulpitis. Auch bei totaler Ruhelage der Zunge nahm der ungewöhnlich stechende Schmerz immer mehr zu.

Im Badezimmer war es schwierig, schräg vor dem Spiegel durch die Brille zu schauen, allein die Wange abzuhalten, die Zunge zur Seite und mit dem Mundspiegel den Mundboden herunterzudrücken.

### *Ixodes ricinus sublingualis*

Da entdeckte ich dann endlich die höllisch stechende, fast erbsengroße „Blutblase“.

Mit einer Colledge-Pinzette fasste ich unter das ominöse Ding – ein Griff und ich konnte mir das Kügelchen in Ruhe betrachten.

Die zunächst heftig einsetzende Blutung konnte ich durch Druckkompression stillen. Bei etwa 60facher Vergrößerung konnte ich



Foto: Frisch

den prall vollgesaugten Leib und den Kopf der Zecke gut erkennen.

Eine Hypersensibilität der betroffenen Unterlippenseite und erhöhter Speichelfluss blieben noch monatelang erhalten. Die Zecke muss im Salat oder auf dem Obst „gesteckt“ haben!

#### Fazit:

**Bei der Inspektion der Mundhöhle muss man auch mit Ungeziefer rechnen.**

ZA Wolrad Frisch  
Ahdener Weg 8  
33100 Paderborn

## Mein außergewöhnliches Praxisereignis

Am 28. Februar 1994 stellte sich der 30-jährige, sehr sympathische Patient in meiner Praxis vor. Er war der Besitzer eines Tätowierungsstudios. Mit Erstaunen sah ich bei der Befundaufnahme ein Totenkopfvener am Zahn 11.

Auf die Anfrage hin, ob er sich darüber bewusst wäre, dass es etwas Dauerhaftes sei, öffnete er sein Hemd und zeigte mir seinen, mit ähnlichen Motiven voll tätowierten Oberkörper. Die ästhetische Verletzung der Krone 21 hatte ihn offenbar weniger gestört.

Dr. Peter Koeber  
Heidelberger Str. 34  
51065 Köln

**Berichten auch sie über außergewöhnliche Fälle in Ihrer Praxis. Wenn Sie Fragen haben, einfach anrufen unter 0221-4001-259.**



Foto: Koeber



Psychiatrie

## Affektive Störungen sind „Normalität“ geworden

Depressionen und Angstzustände sind zur Volksseuche geworden. Eine repräsentative Umfrage des Münchner TNS-Emnid-Instituts an deutschsprachigen Normalpersonen älter als 14 Jahre erbrachte erschreckende Zahlen: Fast jeder vierte Bundesbürger fühlt sich deutlich durch Symptome von Angst und Depressivität beeinträchtigt. Damit sind solche affektiven Störungen zum mit Abstand häufigsten Gesundheitsproblem hier zu Lande avanciert. Durch die Verminderung der Vitalität strahlen affektive Störungen prognostisch ungünstig auch in den somatischen Bereich aus.

Obwohl wir Deutschen in einem geordneten und wohlhabenden Gemeinwesen leben, fühlen sich viele von uns niedergeschlagen, ausgeliefert, unfähig ihr Leben in den Griff zu bekommen. Bisherige Erhebungen in Arztpraxen gingen davon aus, dass affektive Störungen von Krankheitswert eine Punktprävalenz (Häufigkeit an einem bestimmten Stichtag) von sechs bis zwölf Prozent haben.

Nun dokumentiert die erste bevölkerungsweite Erhebung mit 24 Prozent wesentlich höhere Anteile belasteter Personen in der Bevölkerung. Diese Menschen fühlen sich ernsthaft durch die politische oder wirtschaftliche Entwicklung bedroht. Sie haben nicht die Kraft, ihre alltäglichen Verpflichtungen in Familie, Beruf oder Haushalt zu erfüllen und kommen mit der Fülle der auf

sie einströmenden Eindrücke und Informationen nicht zurecht. Das erläuterte die Emnid-Mitarbeiterin Dr. Maike Bestenhorn aus München auf einer Fachpressekonferenz kürzlich in Hamburg.

### Struktur der Erhebung

Die vom 11. bis 29. Januar dieses Jahres im Auftrag der Arzneimittelfirma Schwabe von EMNID durchgeführte Mehrthemenbefragung erfasste 2224 deutschsprachige Personen. Ihre Auswahl erfolgte zufallsgesteuert aus dem Melderegister.

Die Teilnehmer füllten in einem von Eins (=überhaupt nicht) bis Fünf (=sehr stark) skalierten Selbstbefragungsbogen zu folgenden 14 Items über ihre Symptome im Zeitraum der vergangenen 14 Tage aus:



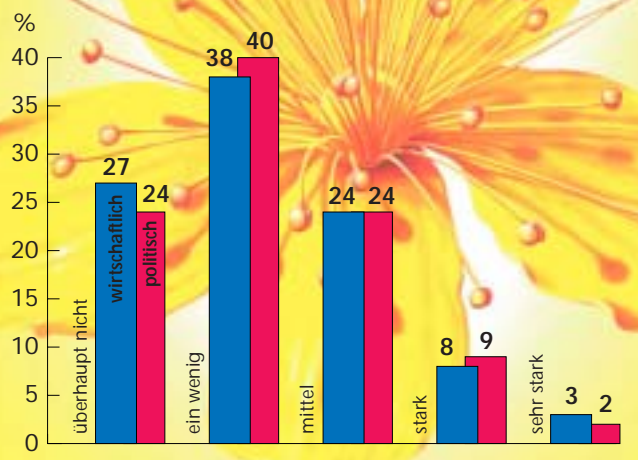
Foto: EyeWire

Depressionen und Angst sind immer häufiger zu beobachten.

- Gefühl der Mattigkeit oder Energielosigkeit,
- Gefühl der Niedergeschlagenheit und Bedrücktheit,
- Gefühl der inneren Unruhe,
- Erhöhte Reizbarkeit oder Nervosität,
- Gefühl der Beklemmung,
- Gefühl, zu nichts Lust zu haben,
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit,
- Gefühl, sich nicht richtig konzentrieren zu können,
- Gefühl, dass vieles schwer von der Hand geht,
- Gefühl der Angst vor der Zukunft,
- Gefühl der Benommenheit,
- Schlafprobleme oder frühmorgendliches Erwachen,
- Gefühl der eigenen Hilflosigkeit oder des Ausgeliefertseins,
- Gefühl der Angst oder Bedrohung durch Terror, Krieg oder biologische Waffen.

Der Bogen umfasste also zehn Fragen zur Depressivität und vier Fragen zu Angststörungen. Lagen zwei oder mehr Nennungen vor, so erfolgte eine entsprechende Einstufung. Wurden fünf oder mehr Symptome in den vergangenen zwei Wochen als zumindest „mittelmäßig stark“ einge-

### Wirtschaftliche und politische Entwicklung wird als Belastung erlebt



Grafik: zm/Quelle: Schwabe/Emnid

Abb. 1:  
Repräsentative  
Bevölkerungsumfrage  
von Emnid (n = 2224)  
zu Gefühlen von  
Belastung,  
Überforderung  
und Hilflosigkeit.

stuft, so wurde – in Anlehnung an den ICD-10 – der Proband als „stark beeinträchtigt“ erfasst.

Die Studie wurde Laptop-gestützt durchgeführt. Insgesamt wurden drei Befragungsbereiche erfasst:

- subjektive Belastung im Umfeld von Wirtschaft und Politik, durch allgemeine Auswirkungen der technischen Umwelt, Sorgen und Befürchtungen;
- subjektive Einschätzung der Befragten über die Häufigkeit und Schwere von Symptomen der Depressivität und Angst (siehe oben);
- individuelle Lösungsstrategien.

### Wichtigste Erkenntnisse

Die Studie hat mit einer Reihe verbreiteter Auffassungen aufgeräumt, so zum Beispiel, dass Bürger der Neuen Bundesländer von affektiven Störungen wesentlich stärker betroffen seien oder dass Frauen bei solchen Erkrankungen dominierten. Die wirklich ermittelten Unterschiede sind marginal.

Dafür zeigte sich, dass Befragte aus Ein- und Zwei-Personenhaushalten 1,5-fach stärker betroffen sind als Probanden aus größeren Haushalten. Ebenso sind besonders stark Probanden aus dem niedrigsten Bildungsniveau (Volksschule ohne Lehre) affektiv deformiert: Hier finden sich 30 Prozent stark belastete Patienten im Unterschied zu 20 Prozent im höchsten Bildungsbereich. Diese Personen sind auch ungleich häufiger



Grafik: Schwabe/Emnid

Abb. 2: Ergebnis der Emnid-Umfrage: Gefühle von Belastung, Überforderung und Hilflosigkeit haben deutlich zugenommen.

in ärztlicher Behandlung und erhalten Medikamente zur Therapie ihrer Gefühlsstörung.

### Quellen der Belastung

Rund 35 Prozent der Befragten gaben an, sich durch die wirtschaftliche oder politische Entwicklung mäßig stark, stark oder sehr stark belastet zu fühlen.

Ein Viertel der erfassten Bürger gab zu Protokoll, es sei in der letzten Zeit schwerer geworden, die wichtigsten Lebensbereiche wie Beruf, Haushalt oder Familie im Griff zu haben. Hier dominierten die Neuen Bundesländer (30 Prozent), insbesondere Sachsen und Thüringen (35 Prozent). Personen, die durch die wirtschaftliche Entwicklung stark oder sehr stark belastet werden, geben zu 50 Prozent auch in dieser Frage eine besondere Belastung an.

30 Prozent der Befragten haben bereits bemerkt, dass ihnen die Informationsflut über den Kopf wächst. Sechs Prozent fühlen sich eindeutig überfordert, hier insbesondere Personen mit einer geringen Bildung. Ab einem Alter von 40 Jahren nehmen die

Schwierigkeiten mit dem IT-Bereich deutlich zu. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Ergebnisse aus diesem Bereich in grafischer Auftragung.

### Große Bürde von Depressivität und Angst

24 Prozent der Befragten sind stark beeinträchtigt durch Depressions- und Angstsymptome (Abbildung 3). 21 Prozent leiden an mittelstarken bis sehr starken Angstgefühlen. 36 Prozent der Befragten hatten in den zwei Wochen vor der Befragung eine depressive Phase durchgemacht. Etwas häufiger als der Durchschnitt sind hier Frauen, alte Menschen und Personen mit geringem Einkommen betroffen.

Auffällig und auch von den Experten bislang unterschätzt ist die Abneigung der meisten Betroffenen, einen Arzt aufzusuchen. Mehr als drei Viertel aller Betroffenen, die mindestens an einem Symptom leiden, gehen nicht zum Arzt und legen auch keinen Wert auf eine Behandlung. Neun Prozent der Befragten sind aktuell bei einem Arzt in Behandlung. In der Gruppe der stark Beeinträchtigten (mit mehr als fünf Symptomen) verdoppelt sich dieser Anteil immerhin. Am häufigsten finden wir beim Arzt und in (medikamentöser) Behandlung auch hier ältere Menschen und Patienten mit geringem Einkommen.

### Präferenz der natürlichen Therapiemöglichkeiten

Bei den eingesetzten Medikamenten dominieren in der Selbstmedikation (44 Prozent der Betroffenen) beziehungsweise im Bereich der ärztlichen Verordnung (59 Prozent der Patienten) pflanzliche Arzneimittel. Chemisch definierten Antidepressiva wer-

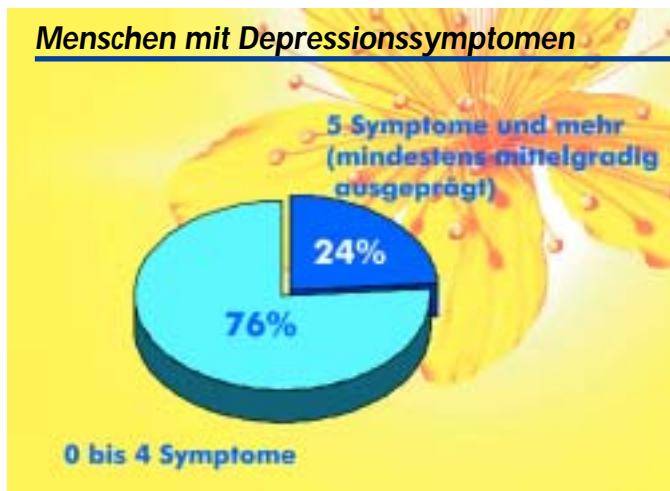


Abb. 3: Anteil der befragten Personen, die an fünf oder mehr Depressionssymptomen im Zeitraum der letzten zwei Wochen vor der Abfrage gelitten hatten.

Grafik: Schwabe/Emnid

den mit fünf Prozent beziehungsweise 39 Prozent deutlich seltener eingesetzt.

Die wenigsten Patienten, die eine Behandlung überhaupt für möglich halten, wollen mit einem chemisch definierten Antidepressivum versorgt werden (sieben Prozent). Dagegen sind pflanzliche Arzneimittel, wie Johanniskrautextrakt (Depressivität) oder Baldrianextrakt (Angstsyndrom), besonders beliebt (50 Prozent), gefolgt von Entspannungstechniken, wie Autogenes Training (15 Prozent).

## Kommentar

Depressivität und Angststörungen beeinträchtigen nach mehreren internationalen Studien die Prognose der Betroffenen drastisch. Die in Deutschland weitgehend somatisch ausgerichtete Medizin läuft mehr und mehr ins Leere, wenn die affektiv belasteten Patienten nicht erfasst und behandelt werden.

Dafür eignen sich insbesondere pflanzliche Arzneimittel, wie eine Praxis-Kohortenstudie an 2 462 Patienten zeigte, über die Prof. Michael Habs von der Firma Schwabe auf der gleichen Fachpressekonferenz berichtete. Durch die Zugabe eines hoch dosierten Baldrianextraktes zur antidepressiven Grundmedikation mit Johanniskrautextrakt war eine sehr gut verträgliche, schnell einsetzende und ökonomisch günstige Therapie gegeben.

Doch wird auch eine derartige Behandlung nur die symptomatische Ebene treffen, ohne die Wurzeln der verbreiteten Depressivität und Angsterkrankung an den Wurzeln packen zu können.

Es fällt aber auch dem Autor dieses Berichtes schwer zu begreifen, warum sich so viele Menschen, die sich doch die meisten Wünsche ohne Schwierigkeiten erfüllen können, derart hoffnungslos und ausgeliefert fühlen.

Dr. Till U. Keil

*Präventivmedizin einmal anders*

# Colani-Truck soll Gesundheitsmuffel ködern

**Einen gänzlich auf ein scheinbar gesundes männliches Klientel ausgelegten Köder haben sich die Verantwortlichen der Karlsruher Pharmafirma Pfizer ausgedacht. Sie lassen bis Ende August einen vom berühmten italienischen Designer Colani futuristisch entworfenen Truck (Bild) zu den für männliche Gesundheitsmuffel typischen Veranstaltungen fahren und bieten den Neugierigen nebenbei ein handfestes Screening- und Beratungsprogramm.**



Fotos: Pfizer

Truck „Der gesunde Mann“

Gerade in ihren besten Jahren sind Männer am stärksten gesundheitlich in Gefahr. Doch die meisten ahnen nichts von ihrem Zustand. Sie sind es gewohnt, sich etwas abzufordern. Sie achten kaum auf ihren Körper und missachten Alarmsymptome. Daher war es ein Anliegen der Firma Pfizer, diese Männer, die bestimmt nicht zum Arzt gehen, bei günstigen Gelegenheiten wenigstens für einen Check-up zu begeistern („Geht der Mann nicht zum Test, so muss der Test zum Manne kommen“).

Wie der Vorsitzende der Geschäftsführung von Pfizer in Deutschland, Werner D. Soukup, jetzt vor der Presse erklärte, haben sich die dortigen Präventivmediziner vor allem das kardiovaskuläre Risiko der scheinbar gesunden Männer als diagnostisches Ziel ausgesucht. Auf dem im Ruhezustand auf 120m<sup>2</sup> ausfahrbaren Aufleger des Trucks entsteht eine positiv getönte Gesundheitswelt aus Beratung, Screening und Kommunikation. Gemessen werden alle Werte, die



*Jung, vital und fast grenzenlos belastbar sieht sich noch der Mann um 50, die Realität ist aber bisweilen ganz anders.*

es erlauben, nach der so genannten Procam-Formel das Zehn-Jahres-Risiko für einen Herzinfarkt recht genau zu bestimmen: die Blutfette HDL und LDL, Serumglukose, Blutdruck und Body-Mass-Index.



Erste Pilotphasen des Projektes am Rande eines großen Golfturniers erbrachten interessante Zahlen: Von den 6 297 erfassten Männern hatte jeder zweite einen erhöhten Blutdruck, 44 Prozent hatten gestörte Blutfettwerte. Jeweils mehr als 90 Prozent dieser gefährdeten Männer hatte keine Ahnung über das Risiko und die Möglichkeiten, es zu vermindern.

Patienten mit solchen Risiken werden zum Arzt geschickt. Um solche Schritte und natürlich auch die eigene Aktivität zu fördern, finden sich im Beratungsbereich eine Reihe wirklich gut aufgemachter Broschüren, die mit den entsprechenden Fachverbänden zusammen erstellt wurden. Beraten wird hier über Ausdauertraining, Atemwegserkrankungen, Bluthochdruck, Depressivität, Zuckerkrankheit und die Erektile Dysfunktion. Gerade letztere ist oft ein erstes

Symptom von Gefäßschäden. Daher gilt der Penis des Mannes auch als die „Wünschelrute“ seines Gefäßsystems. Der Truck fährt durch ganz Deutschland. Sein spektakulärster Auftritt wird wohl vom 26. bis 28. Juli sein: Da parkt er am Hockenheimring während der großen Autorennen. T.U.K.

#### Viruserkrankungen

### **Simpler Trick verbessert Therapie der Hepatitis C**

Eine Art chemische Schutzfunktion (Pegylierung) vermag Interferon alpha-2 zu einer wesentlich schärferen Waffe gegen die Virushepatitis C zu machen. Diese ist durch Bluttransfusionen und vor allem auch bei immungeschwächten Patienten auf dem Vormarsch. Im Gegensatz zur Hepa-

titis A und B gibt es gegen die Hepatitis C noch keine Impfung. Unter dem Namen Pegasys wird die Firma Roche ab Ende dieses Jahres ihr pegyliertes Interferon alpha-2 zur Verfügung stellen.

Wie die Drs. Ed Holdener und Guido Magni von der Roche-Forschung in Basel (Schweiz) auf dem letzten der konzerneigenen Forschung und Entwicklung gewidmeten Pressetag im oberbayrischen Penzberg betonten, wird durch die Pegylierung die Therapieantwort von bislang 19 Prozent auf 39 Prozent verbessert. Gibt man Pegasys zusammen mit Ribavirin, so verbessert sich die Therapieantwort von bislang 44 Prozent auf 56 Prozent.

Eindrucksvoll ist auch, dass sich der nach Zwölf Wochen noch virusfreie Anteil der erreichbaren Patienten auf 86 Prozent erhöht. T.U.K.

*Für Sie gelesen*

## Neues aus der Welt der „Kons“

**Weltweit wird auf dem Gebiet der Zahnmedizin geforscht und weltweit werden diese Forschungsergebnisse in Fachzeitschriften publiziert. Aber welcher Zahnarzt kann schon all diese Veröffentlichungen lesen, auch wenn sie noch so interessant sind. Die zsm haben Fachleute gebeten, für Sie zu lesen und die wichtigsten Arbeiten, die auch für den täglichen Praxisablauf relevant sind, kurz zusammengefasst, so dass auch Sie immer up to date sind.**



Grafik: zsm

### Kontamination von Matrizenbändern

Die mehrfache Verwendung von Matrizenbändern ist in vielen zahnärztlichen Praxen Usus. Ist dies aber auch mit hygienischen Kautelen zu vereinbaren? Eine schottische Studie untersuchte die Kontamination von Matrizen und Matrizenhaltern mit Blutresten nach der Sterilisation. Dabei wurde vor allem darauf geachtet, mit welcher Methode die Matrizen vor dem Sterilisationsvorgang gereinigt worden waren.

Dazu wurden 133 gebrauchte Matrizenbänder und Matrizenhalter aus 16 Zahnarztpraxen mit Hilfe des Kastle-Meyer-Tests, einer forensisch anerkannten Untersuchungsmethode, auf Reste von Blut untersucht. 47 Prozent dieser Matrizenbänder und Matrizenhalter waren vor dem Autoklavieren im Ultraschallbad gereinigt worden, die

übrigen 53 Prozent wurden von Hand gesäubert oder lediglich in Desinfektionslösung eingelegt. An 21 Prozent aller Matrizenbänder beziehungsweise 19 Prozent aller Matrizenhalter ließen sich nach der Sterilisation eine Kontamination mit Blutresten nachweisen. Dabei ergaben sich große Unterschiede im Hinblick auf die durchgeführte Reini-

gungsmethode. So waren in der Gruppe der mit Ultraschall gesäuberten Matrizenbänder beziehungsweise Matrizenhalter lediglich sechs Prozent beziehungsweise drei Prozent kontaminiert. In der Gruppe der handgesäuberten Instrumente waren dies 34 Prozent beziehungsweise 32 Prozent. Die Unterschiede zwischen beiden untersuchten Gruppen waren hochsignifikant. Die vorgefundenen Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine Reinigung mit Hilfe der angewendeten Methoden eine Kontamination mit Blut und damit eine mögliche Kontamination

mit Mikroorganismen, insbesondere Hepatitis-Viren, nicht ausschließen kann. Sofern in der zahnärztlichen Praxis Matrizenbänder mehrfach verwendet werden, ist eine Reinigung im Ultraschallbad effektiver als eine manuelle Reinigung. Inwieweit andere Reinigungsmethoden, etwa mit Hilfe enzymatischer Lösungen, den Beschriebenen überlegen sind, sollte in weiteren Studien untersucht werden.

Quelle:

Lowe, A.H., Bagg, J., Burke, F.J.T., Mackenzie, D., McHugh, S.: A study of blood contamination of Siqueland matrix bands. *Br Dent J* 192, 43-45 (2002)

### Längenbestimmung gekrümmter Kanäle

Eine exakte Längenbestimmung ist die Voraussetzung für eine vollständige Aufbereitung des Wurzelkanals. Dabei kommt der digitalen Röntgentechnik eine wachsende Bedeutung zu. Ihre Vorteile liegen in einer verringerten Strahlenbelastung und in der sofortigen Verfügbarkeit der Röntgenbilder. Zudem können die Daten im Computer weiterverarbeitet werden. In der vorliegenden Studie wurde die Genauigkeit digitaler und konventioneller Röntgenbilder in Bezug auf die Bestimmung der Kanallänge miteinander verglichen.

Hierzu wurden konventionelle Röntgenbilder von 60 extrahierten unteren Molaren angefertigt und die Wurzelkrümmung vermessen. Die Zähne wurden nach dem Grad der Krümmung ihrer mesialen Wurzeln in drei Gruppen eingeteilt. Nach der Trepanation wurde die reale Wurzellänge bestimmt, indem eine Feile in einen der mesialen Kanäle eingeführt wurde, bis sie am Apex zu sehen war. Die Feilen wurden mit Komposit fixiert und die Zähne in einer opaken Acrylmasse eingebettet. Rönt-

genaufnahmen aller Zähne wurden sowohl mit einem digitalen (Reveal X-ray-Sensorsystem) und einem konventionellen Röntgengerät angefertigt. Die Länge der Zähne wurde auf folgende Arten bestimmt:

1. Die Länge der Feile wurde auf dem konventionellen Röntgenbild mit einem Millimetermaß abgemessen.
- 2./3. Die Länge der Feile wurde auf dem digitalen Röntgenbild durch direkte Vermessung ermittelt. Dabei wurde die Krümmung der Kanäle berücksichtigt,



indem die Strecke durch eine 3-Punkt- beziehungsweise 4-Punkt-Messung in zwei beziehungsweise drei Abschnitte unterteilt wurde.

4. Die inserierte Feile wurde entfernt und vermessen.

Die mit Hilfe der konventionellen Technik gemessenen Längen kamen den realen Längen am nächsten. Die mit der digitalen Röntgentechnik gemessenen Werte tendierten zu einer Vergrößerung der realen Messlängen. Dieser Trend war an Zähnen mit geringer Wurzelkrümmung häufiger zu beobachten, als an Zähnen mit größerer Krümmung. Ebenso tendierten die 4-Punkt-Messungen im Vergleich zu den 3-Punkt-Messungen zu einer Vergrößerung der Messlänge. Zwischen allen beobachteten Werten konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden, so dass die Autoren zu dem Schluss kamen, dass die verfügbaren digitalen Röntgentechniken eine der konventionellen Röntgentechnik vergleichbare Genauigkeit in Bezug auf die Längenbestimmung besitzen.

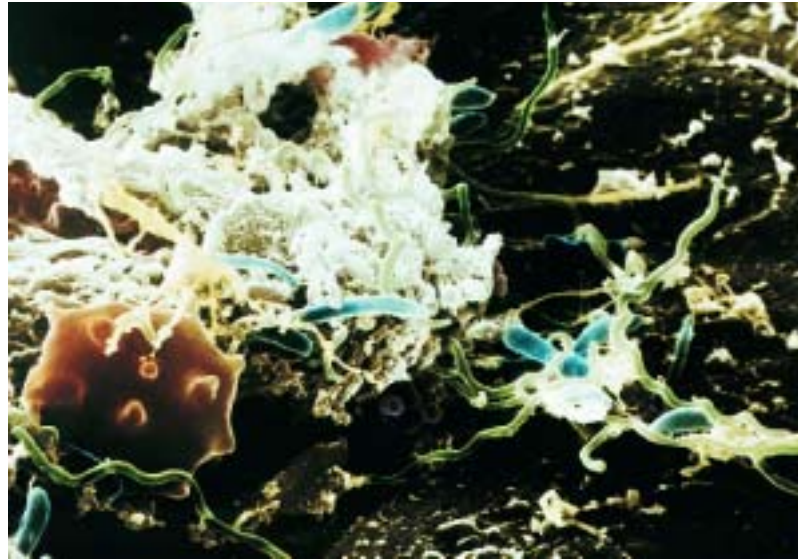
Quelle:  
Mentes, A., Gencoglu, N.: Canal length evaluation of curved canals by direct digital of conventional radiography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 93, 88-91 (2002)

## Zinkchlorid als Glykolysehemmer

Die Hemmung der Plaquebildung und des Stoffwechsels ihrer Bakterien durch Zinksalze wurde bereits in mehreren Studien nachgewiesen. Die folgende Untersuchung versuchte zu ermitteln, inwiefern Zinkchlorid den Glycolysestoffwechsel einiger pathogener oraler Mikroorganismen hemmt.

Dafür wurde zunächst die Säureproduktion von *S. mutans*, *S. salivarius*, *S. sobrinus*, *A. naeslundii* und *L. casei*, bei pH 5, 6 und pH 7 in so genannten pH-Stat-Experimenten bestimmt. Die Streptokokken wiesen von allen untersuchten Mikroorganismen mit Abstand die höchste Säurebildung auf. Dabei lag sie für *S. salivarius* doppelt so hoch wie für die beiden anderen Spezies. Alle Mikroorganismen zeigten im neutralen pH-Wert-Bereich sowie initial die höchste Produktion an Säure. Unter Zugabe von Zinkchlorid verringerte sie sich, wobei sie durch höhere Konzentrationen von  $ZnCl_2$  stärker gehemmt wurde als durch niedrigere.

In weiteren Experimenten wurde der Abfall des pH-Wertes in einer fünfprozentigen Glukoselösung sowie dessen Veränderung durch Zugabe verschiedener Konzentrationen von Zinkchlorid untersucht. Ohne Zugabe von  $ZnCl_2$  kam es bei den Streptokokken zur stärksten Absenkung des pH-Wertes. Der pH-Wert-Abfall bei den anderen Mikroorganismen war weniger stark und eher linear. Die Kurve wurde durch eine alleinige Zugabe von  $ZnCl_2$  wenig beeinflusst. Wurde die Lösung jedoch zusätzlich in gewissen Abständen umgerührt, so wurde der Abfall des pH-Wertes deutlich gesenkt und die Kurven zeigten



Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme von Plaquebakterien aus einer entzündeten Zahnfleischtasche: Bakterien, Kokken und Spirillen mit Erythrozyt.

einen linearen Verlauf. Eine Ausnahme bildete *S. salivarius*, bei dem der pH-Wert-Abfall nur initial gebremst werden konnte. Der endgültige pH-Wert lag nach 20 Minuten im gleichen Bereich wie ohne Zugabe von  $ZnCl_2$ .

Die in dieser Studie verwendeten Konzentrationen von 0,2 bis 1 mM konnten die Säureproduktion der untersuchten Mikroorganismen um bis zu 90 Prozent reduzieren. Die Konzentrationen, die erforderlich sind, um den bakteriellen Stoffwechsel innerhalb der Plaque zu reduzieren, liegen jedoch weit höher. Zudem ist die Wirkung von Zinkchlorid auf den Bakterienstoffwechsel von kurzer Dauer. Eine weitere Wirkung von Zink besteht in der Hemmung der Bildung von Hydroxylapatit und

verwandten kristallinen Strukturen. Dies führt zwar zu einer Reduktion der Zahnsteinbildung, allerdings auch zur Hemmung der Remineralisation. Die Autoren sprechen daher keine Empfehlung für Zinkchlorid als Plaque hemmenden Zusatz für Zahnreinigungsmittel aus.

Quelle:  
He, G., Pearce, E.I.F., Sissons, C.H.: Inhibitory effect of  $ZnCl_2$  on glycolysis in human oral microbes. *Arch Oral Biol* 47, 117-129 (2002).

Jan Philip Reister  
Freie Universität Berlin  
Abmannshäuser Str. 4 – 6  
14197 Berlin



## Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 60	Praxismanagement	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58
Ästhetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58		ZÄK Nordrhein	S. 60
	KZV Freiburg	S. 60	Prophylaxe	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58
Desinfektion	ZBV Oberpfalz	S. 58		Bayerische LZK	S. 60
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58	Prothetik	ZÄK Nordrhein	S. 60
Füllungstherapie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58/59		KZV Freiburg	S. 60
	ZÄK Nordrhein	S. 59/60	Röntgenologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 59
Helferinnen-Fortb.	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 59			
	Freie Anbieter	S. 64			
Implantologie	Freie Anbieter	S. 64			
Kieferorthopädie	ZÄK Nordrhein	S. 60			
	Freie Anbieter	S. 64			
Notfallbehandlung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 59			
	Bayerische LZK	S. 60			
Parodontologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 59			
	ZÄK Nordrhein	S. 60			
	KZV Freiburg	S. 60			
	Freie Anbieter	S. 64			

<b>Fortbildung der Zahnärztekammern</b>	<b>Seite 58</b>
<b>Kongresse</b>	<b>Seite 61</b>
<b>Wissenschaftliche Gesellschaften</b>	<b>Seite 64</b>
<b>Freie Anbieter</b>	<b>Seite 64</b>



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

### ZBV Oberpfalz



#### 16. Oberpfälzer Zahnärztetag

**Veranstalter:** Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz in Zusammenarbeit mit dem Klinikum der Universität Regensburg  
**Termin:** 27. – 29. 06. 2002  
**Thema:** Verhütung von Infektionen und kompetentes Infektmanagement

27. 06. 2002, 19.00 Uhr  
**Feierliche Eröffnung im Festsaal der Regierung der Oberpfalz**  
**Festvortrag: „BSE und Milzbrand im Zeitalter der (Un-)Vernunft – Infektionen und Volkshysterie“**  
 Prof. Dr. S. Bhakdi, Leiter des Instituts für medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Mainz

#### Wissenschaftliches Programm

28. 06. 2002, 9.00 – 12.00 Uhr  
**„Gefahr und Gefährdung“**

Prof. Dr. Klaus Bößmann, Kiel  
**Wie schütze ich den Patienten, meine Mitarbeiter und mich?**  
**Vorgehen bei Kontaminationen**

Dr. Hans-Jörg Linde, Regensburg  
**Händedesinfektion, Berufskleidung/Schutzkleidung, Handschuhe, Winkelstücke, Fußbodendesinfektion, Sterilisation**

Prof. Dr. Wolfgang Jilg, Regensburg  
**Hepatitis B (Was tun, wenn die Impfung nicht angeht? Erfolgskontrolle, Auffrischung), Influenza**

14.00 – 17.30 Uhr  
**„Parodontologie“**

Prof. Dr. J. W. Kleinfelder, Nijmegen, Holland  
**Ätiologie, Diagnose und prognostische Beurteilung chronischer und aggressiv verlaufender Parodontalerkrankungen**

Priv.-Doz. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kiel  
**Wachstumsfaktoren, Wiederaufbau von Gewebe**

Priv.-Doz. Dr. Michael Christgau, Regensburg  
**Diabetes mellitus und Rauchen – zwei kontrollierbare Risikofaktoren in der Parodontologie**

Prof. Prof. hon. Dr. Andrea Mombelli, Genf, Schweiz  
**Medikamentöse Therapie der Parodontitis: Realität oder Illusion?**

29. 06. 2002, 9.00 – 12.45 Uhr  
**„Implantologie“**

Prof. Dr. Bernd Salzberger, Regensburg  
**Antibiotikaphylaxe: Endokarditis, Dauer, Applikationsform, was tun bei Allergie?**

Dr. Ady Palti, Kraichtal  
**Goldstandard: wann implantieren, wann nicht? Knochendichte und Knochenangebot, Indikation/Kontraindikation**

Prof. Dr. Dr. Dr. hc. Daniel van Steenberghe, Leuven, Belgien  
**Ursache von Implantatverlust: mikrobiologische und okklusale Faktoren**

Dr. Dr. Joachim Lachner, Regensburg  
**Prä-, intra- und postoperative Komplikationen in der dentoalveolären Chirurgie**

#### Helferinnen-Programm

28. 06. 2002, 9.00 – 11.30 Uhr

Erika Voggesberger, Eveline Kleingütl, Dr. Hans-Jörg Linde, Regensburg  
**Theorie und Praxis der Hygiene in der zahnärztlichen Praxis**

Nachmittags Aufteilung in Gruppen jeweils: 14.00 – 16.30 Uhr

1. Silvia Feirer, ZMF, DH, Ernährungs- und Diätberaterin, Nördlingen, Anke-Christina Beer, Dagmar Zenk, Kornelia Wimmer, Dr. Jens Wild, Dr. Ulrike Thalmeier, Dr. Kay Krause, Regensburg.  
**Praxis der Hygiene und Infektiologie, praktische Durchführung des Streptokokkennachweises** (max. 60 Teilnehmer/innen)

2. Dr. Johannes Müller, Wörth/Isar, ZA. Jiri Zemen, Pilsen, Tschechien, ZA Norman Tischer, Landshut  
**Kofferdam in 100 Sekunden** (ca. 80 Teilnehmer/innen)

3. Dr. Winfried Emmerich, Bad Kissingen  
**Abrechnungseminar: Gestaltungsmöglichkeiten der GOZ auch bei Kassenpatienten nutzen**

#### Auskunft und Anmeldung:

ZBV Oberpfalz  
 Albertstraße 8  
 93047 Regensburg  
 Tel.: 0941/592 04-70  
 Fax: 0941/592 04-0  
 e-mail: zbv-oberpfalz@t-online.de

### LZK Berlin/Brandenburg



#### Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

**Thema:** Moderne Umgangsformen, Stil und Etikette, Kommunikation

**Referent:** Karin Matteredne - Hösbach  
**Termin:** 06. 09. 2002, 14:00 – 20:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 159 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2088.0

**Thema:** Ästhetische Frontzahnversorgung mit keramischen Veneers  
**Referent:** Dr. Jan Hajtó, München  
**Termin:** 07. 09. 2002, 09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 249 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2063.0

**Thema:** Personalauswahl, -führung und -motivation  
**Referent:** W. Michael Harris - Hamburg  
**Termin:** 07. 09. 2002, 09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 279 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2082.0

**Thema:** Der erfolgreiche Auftritt in Beruf und Öffentlichkeit

**Referent:** Karin Matteredne - Hösbach  
**Termin:** 07. 09. 2002, 09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 235 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2089.0

**Thema:** Systematische Vector®-Anwendung in der alltäglichen zahnärztlichen Prophylaxepraxis  
**Referent:** Dr. Peter Paul Zehner - Ailsfeld  
**Termin:** 13. 09. 2002, 14:00 – 19:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 260 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2053.0

**Thema:** Hightech-Endodontie  
**Referent:** Dr. Thomas Mayer - München  
**Termin:** 14. 09. 2002, 09:00 – 18:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 360 EUR  
**Kurs-Nr.:** 1944.0

**Thema:** Goldgussfüllungen, keramische Inlays und Veneers  
**Referent:** Prof. Dr. Georg Meyer - Greifswald  
**Termin:** 14. 09. 2002, 09:00 – 18:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 265 EUR  
**Kurs-Nr.:** 1961.0

**Thema:** Zahnärztliche Fotografie, Dokumentation und Patientenberatung  
**Referent:** Dr. Peter Paul Zehner - Ailsfeld  
**Termin:** 14. 09. 2002, 10:00 – 15:30 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 175 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2054.0

**Thema:** Strukturierte Fortbildung Parodontologie - Baustein 7  
**Referent:** Prof. Dr. Reiner Biffar - Greifswald; Prof. Dr. Thomas Kocher - Greifswald  
**Termin:** 20. 09. 2002, 14:00 – 20:00 Uhr, 21. 09. 2002, 09:00 – 15:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 315 EUR  
**Kurs-Nr.:** 1850.7

**Thema:** Füllungsreparatur und Reparaturfüllung  
**Referent:** PD Dr. Walter Kamann - Witten  
**Termin:** 20. 09. 2002, 14:00 – 18:00 Uhr  
**Ort:** Zahnklinik Süd  
**Gebühr:** 185 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2061.0

**Auskunft und Anmeldung:**  
 Philipp-Pfaff-Institut Berlin  
 Flottenstraße 28-42  
 13407 Berlin-Reinickendorf  
 Tel.: 030 / 414 72 50  
 Fax: 030 / 414 89 67  
 E-mail: Pfaff@zahnaerztekammer-berlin.de  
 Internet: www.zahnaerztekammer-berlin.de

## ZÄK Westfalen-Lippe



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Manuelles Schärfen von Parodontalinstrumenten  
**Referent:** SDH Charlotte Kramer, Meilen/Schweiz  
**Termin:** 26. 06. 2002, 15.00 – 19.30 Uhr  
**Gebühr:** ZA 112 EUR, ZH 56 EUR  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 162

**Thema:** Vollkeramik von A-Z  
**Referent:** Dr. Daniel Edelhoff, Aachen  
**Termin:** 26. 06. 2002, 15.00 – 19.00 Uhr  
**Gebühr:** 155 EUR  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 131

**Thema:** Teamfortbildung Notfallmedizin  
**Referent:** PD Dr. Dr. Monika Daubländer, Mainz  
 Dr. Thomas Schneider, Mainz  
**Termin:** 29. 06. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 258 EUR, ZH 129 EUR  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 147

**Thema:** Mundschleimhauterkrankungen  
**Referent:** PD Dr. Dr. Richard Werkmeister, Münster  
**Termin:** 03. 07. 2002, 15.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 108 EUR  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 251

**Thema:** Ab heute kostet's was  
**Referent:** Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum  
**Termin:** 03. 07. 2002, 15.00 – 19.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 138 EUR, ZH 69 EUR  
**Kurs-Nr.:** FBZ 027 202

### Helferinnenfortbildung

**Thema:** Röntgen- und Strahlenschutzkurs gemäß § 23 Ziff. 4 RöV  
**Referent:** Dr. med. dent. Irmela Reuter  
**Termin:** 05. 07. 2002, 9.00 – 16.00 Uhr  
 06. 07. 2002, 9.00 – 15.00 Uhr  
**Gebühr:** 220 EUR  
**Kurs-Nr.:** Zi 023 214

**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

## ZÄK Nordrhein



### Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

**Thema:** Kunst und Praxis unsichtbarer Kompositfüllungen – Kurs A  
**Referent:** Dr. Roberto Spreafico, Busto Arsizio (I)  
**Termin:** 05. 07. 2002, 14.00 – 20.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 220 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02050 \*



**Thema:** Wir bieten super Zahnheilkunde – nur wie sagen wir es unseren Patienten  
**Team Power II** (beachten Sie bitte auch den Kurs 02009  
**Referent:** Dr. Gabriele Brieden, Hilden  
**Termin:** 05. 07. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr;  
 06. 07. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 220 EUR und 75 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)  
**Kurs-Nr.:** 02011 T(B)

**Thema:** Kunst und Praxis unsichtbarer Kompositfüllungen – Kurs B  
**Referent:** Dr. Roberto Spreafico, Busto Arsizio (I)  
**Termin:** 06. 07. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 220 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02051 (B)

**Thema:** Parodontologie – Therapie – 3. Teil einer 3geteilten Kursreihe (Beachten Sie bitte auch die Kurse 02059 und 02060)  
**Referent:** Prof. Dr. Heinz H. Renggli, Nijmegen (NL)  
**Termin:** 10. 07. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 110 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02061 (B)

**Thema:** Moderne Präparationstechniken  
**Referent:** Dr. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf  
**Termin:** 10. 07. 2002, 14.00 – 19.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 220 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02102 P(B)

**Thema:** Craniomandibuläre Dysfunktion – Basisuntersuchung  
**Referent:** Dr. Stefan Kopp, Jena  
**Termin:** 12./13. 07. 2002, jeweils 9.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 440 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02103 P(B)

**Thema:** Weichgewebsmanagement und prothetische Suprastrukturen unter ästhetischen Aspekten – A –  
**Referent:** Dr. Markus Schlee, Forchheim  
**Termin:** 13. 07. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 250 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02124\*

**Thema:** Weichgewebsmanagement und prothetische Suprastrukturen unter ästhetischen Aspekten – B –  
**Referent:** Dr. Markus Schlee, Forchheim  
**Termin:** 14. 07. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 425 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02125 P(B)

#### KZV-Kurs im Karl-Häupl-Institut

**Thema:** Die leistungsgerechte Abrechnung prophylaktischer Leistungen nach Bema und GOZ unter besonderer Berücksichtigung der Abdingung  
**Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter**  
**Referent:** Dr. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach  
**Termin:** 12. 07. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 30 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02310

#### Fortbildung der Universitäten Düsseldorf

**Thema:** Prothetischer Arbeitskreis  
**Termin:** Jeden 2. Mittwoch im Monat, 15.00 Uhr  
**Referent:** Professor Dr. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf und Mitarbeiter  
**Teilnehmergebühr pro Quartal:** 55 EUR  
**Ort:** Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der ZAK Nordrhein, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf (Lörrick)  
**Kurs-Nr.:** 02353

#### Köln

**Thema:** Prothetischer Arbeitskreis mit dem Schwerpunktthema Konventionelle und Implantatprothetik  
**Referent:** Professor Dr. Wilhelm Niedermeier, Köln und Mitarb.  
**Termin:** Die Termine werden interessierten Teilnehmern unter der Tel.-Nr. 0221/478 63 37 mitgeteilt.  
**Teilnehmergebühr:** 30 EUR für ein Seminar und 55 EUR für jede Visitation  
**Ort:** Kleiner Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln, Kerpener Str. 32, 50931 Köln (Lindenthal)  
**Kurs-Nr.:** 02362

#### Auskunft und schriftliche

**Anmeldung:**  
 Zahnärztekammer Nordrhein, Karl-Häupl-Institut, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf (Lörrick) oder Postfach 10 55 15 40046 Düsseldorf  
 Tel.: 0211/526 05-29  
 Fax: 0211/526 05-21  
 Internet: www.khi-direkt.de  
 E-Mail: khi-zak@t-online.de

#### KZV Freiburg



#### Fortbildungsforum Freiburg

**Thema:** Rosa Ästhetik in der Teil- und Totalprothetik  
**Referent:** ZTM Siegbert Witkowski, Freiburg  
**Termin:** 06. 07. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 245 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02/118

**Thema:** Die effiziente Aufbereitung des gekrümmten Wurzelkanals – Aktuelle Konzepte  
**Referenten:** Prof. Dr. Thomas Attin, Göttingen; Dr. Christoph Zirkel, Köln  
**Termin:** 13. 07. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 325 EUR

**Thema:** Strukturierte und Zertifizierte Fortbildung: „Parodontologie I“  
**Referenten:** Prof. Dr. Gisbert Krekeler und Mitarbeiter, Freiburg  
**Termin:** 24. – 27. 07. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 3 323 EUR (Baustein 1-3)  
**Kurs-Nr.:** 02/602A

**Thema:** Strukturierte und Zertifizierte Fortbildung: „Parodontologie II“  
**Referenten:** Prof. Dr. Gisbert Krekeler und Mitarbeiter, Freiburg  
**Termin:** 4. – 7. 09. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 3.323 EUR (Baustein 1-3)  
**Kurs-Nr.:** 02/602B

**Thema:** Zaubern für Kinder in der Zahnarztpraxis – Ein Medium zur positiven Kontaktaufnahme und zur Entspannung des Patienten  
**Referentin:** Annalisa Neumeyer, Freiburg  
**Termin:** 11. 09. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 145 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02/504

**Thema:** Demonstration Totalprothesen  
**Referentin:** Dr. Sabine Hopmann, Lemförde  
**Termin:** 13./14. 09. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 455 EUR  
**Kurs-Nr.:** 02/119

**Auskunft:** Sekretariat des Fortbildungsforum Freiburg, Tel.: 0761/45 06-160  
 Fax: 0761/45 06-460  
**Anmeldung:** Bitte schriftlich an das Fortbildungsforum/FFZ, Merzhauser Str. 114 – 116, 79100 Freiburg, Fax: 0761/45 06-460

#### Bayerische LZK



#### Akademie für Zahnärztliche Fortbildung

**Thema:** Umsetzung der Individualprophylaxe in der Praxis  
**Termin:** 05. 07. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr;  
 06. 07. 2002,  
**Ort:** Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. H. Michel  
**Kursgebühr:** 335 EUR  
**Kurs-Nr.:** 72273

**Thema:** Kinder-Notfallkurs  
**Termin:** 12. 07. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr;  
 13. 07. 2002, 9.00 – 14.00 Uhr  
**Ort:** 1. Tag: Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg;  
 2. Tag: Klinikum Süd, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg

**Sonstiges:** Referenten: Prof. Dr. Dr. M. Farmand, Dr. H. Lodes, Dr. S. Stolte  
**Kursgebühr:** 280 EUR  
**Kurs-Nr.:** 72285

**Auskunft:** Akademie für Zahnärztliche Fortbildung, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg  
 Tel.: 0911/588 86-0  
 Fax: 0911/588 86-25  
 Anmeldung über Fax: 089/724 80-188 oder über [www.blzk.de/Zahnaerzte](http://www.blzk.de/Zahnaerzte)

## Kongresse

### ■ Juni

**CARS 2002**  
**Termin:** 26. – 29. 06. 2002  
**Thema:** CARS 2002 – Computer Assisted Radiology and Surgery 16th Int. 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](mailto:fschweikert@cars-int.de)  
<http://www.cars-int.de>

**Jubliäumstagung der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**  
**Thema:** Moderne Therapiestrategien im Lückengebiss  
**Veranstalter:** Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Martin-Luther-Universität, DGZMK  
**Termin:** 28./29. 06. 2002  
**Ort:** Kultur- und Kongresszentrum Kempinski, Halle/Saale  
**Auskunft:** Ges. f. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Martin-Luther-Universität, Große Steinstr. 19, 06097 Halle  
 Tel.: 0345/557 37 63  
 Fax: 0345/557 37 73  
 e-mail: [Hans-Guenter.Schaller@medizin.Uni-Halle.de](mailto:Hans-Guenter.Schaller@medizin.Uni-Halle.de)

### ■ Juli

**6. Unterfränkischer Zahnärztetag** zusammen mit der 90-Jahr-Feier der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten  
**Veranstalter:** Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken  
**Termin:** 18. 07. 2002: Wiedersehenstreffen;  
 19. 07. 2002: 6. Unterfränkischer Zahnärztetag  
**Ort:** Barbarossasaal, Maritim Hotel Würzburg  
**Auskunft:** ZBV Unterfranken, Dominikanerplatz 3d, 97070 Würzburg  
 Tel.: 0931/321 14-0  
 Fax: 0931/321 14-14

**8th International Congress on Lasers in Dentistry in conjunction with the 14th Annual Meeting of the Japanese Society for Laser Dentistry**  
**Veranstalter:** International Society for Lasers in Dentistry (ISLD)  
**Termin:** 31. 07. – 02. 08. 2002  
**Ort:** Yokohama, Japan  
**Auskunft:** Prof. Dr. M. Frentzen (Country Representative) Zentrum für ZMK, Welschnonnenstr. 17, 53111 Bonn  
 Fax: 0228/24 44  
 e-mail: [Matthias.Frentzen@ukb.uni-bonn.de](mailto:Matthias.Frentzen@ukb.uni-bonn.de)

### ■ August

**IADS Annual Summer Meeting**



**Veranstalter:** Dental Students Scientific Association-Egypt  
**Termin:** 4. – 11. 08. 2002

**Ort:** Sharm El Sheikh city, southern Sinai  
**Auskunft:** Dental Students Scientific Association-Egypt, Faculty of Dentistry, Alexandria University, Champolion Street, Azarita, Alexandria, Egypt  
 Tel.: 00-203-48 68 066  
 Fax: 00-203-48 68 286  
 www.dssa-egypt.com

**6. Jahrestagung der International Society Aesthetic Laser Surgery**  
**Termin:** 9./10. 08. 2002  
**Ort:** Charité – CVK, Augustenburgerplatz 1, 13353 Berlin  
**Auskunft:** Dr. Jan-Dirk Raguse, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen, Charité – CVK  
 Tel.: 030/450-55 50 22 oder 030/450-55 05 55  
 Fax: 030/450-55 59 01  
 jan-dirk.raguse@charite.de  
 internet: www.medizin.uni-greifswald.de/mkg\_chir/laser\_gelinks.htm

**The South African Dental Association IDEC 2002**  
**Termin:** 18. – 23. 08. 2002  
**Ort:** ICC – Durban – South Africa  
**Auskunft:** South African Dental Association, c/o Progressive Public Relations PO Box 70860 Overport 4067, South Africa  
 Tel.: +27-31-309 1106  
 Fax: +27-31-309 1117  
 e-mail: propr@csurf.co.za

**11. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern**  
**53. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorp. Ges. f. ZMK-Heilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.**  
**Thema:** Prävention in jedem Lebensalter  
**Termin:** 30. 08. – 01. 09. 2002  
**Ort:** Rostock-Warnemünde, Hotel „Neptun“  
**Auskunft:** ZÄK Meckl.-Vorp. Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
 Tel.: 0385/591 08-0  
 Fax: 0385/591 08-20

## ■ September

**16th Congress of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery**  
**Termin:** 03. – 07. 09. 2002  
**Ort:** Münster  
**Veranstalter:** European Ass. for Cranio-Maxillofacial Surgery  
**Auskunft:** Ina Ziegler, Universitätszahnklinik, Waldeyerstr. 30, 48129 Münster  
 Tel.: 0251/83 47 009  
 Fax: 0251/83 47 184  
 E-Mail: izieg@uni-muenster.de  
 www.medxhead.com/muenster2002

**75. Wissenschaftl. Jahrestagung**  
**Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie  
**Termin:** 11. – 15. 09. 2002  
**Ort:** CCH Congreß Centrum Hamburg  
**Auskunft:** Congress Partner GmbH, Birkenstraße 37, 28195 Bremen  
 Tel.: 0421/30 31 31  
 Fax: 0421/30 31 33 oder Prof. Dr. B. Kahl-Nieke  
 Tel.: +49 (40) 428 03-22 55  
 Fax: +49 (40) 428 03-59 60  
 e-mail: dgkfo@uke.uni-hamburg.de  
 www.uke.uni-hamburg.de/kfo

**DGP-Jahrestagung 2002**  
**Generalthema:** Entscheidungsfindung in der Parodontologie  
**Termin:** 12. – 14. 09. 2002  
**Ort:** Baden-Baden  
**Auskunft:** Büro der DGP  
 Tel.: 0941/27 04 93  
 Fax: 0941/27 04 60  
 e-mail: dgparo@t-online.de  
 Internet: www.dgparo.de

**37. Bodenseetagung und 31. Helferinnentagung**  
**Veranstalter:** BZK Tübingen  
**Termin:** 13./14. 09. 2002  
**Ort:** Lindau  
**Auskunft:** BZK Tübingen, Bismarckstr. 96, 72072 Tübingen  
 Tel.: 07071/9111-0  
 Fax: 07071/9111-209

**8. Jahrestagung der DGZH**  
**Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose  
**Termin:** 13. – 15. 09. 2002  
**Ort:** Hotel Steigenberger, Berlin

**Auskunft:** DGZH e.V. Esslinger Straße 40, 70182 Stuttgart  
 Tel.: 0711/236 06 18  
 Fax: 0711/24 40 32  
 e-mail: mail@dgzh.de

**„Cleft2002“ 2nd World Cleft Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation**  
**Termin:** 15. – 19. 09. 2002  
**Ort:** München  
**Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie der Technischen Universität München  
**Auskunft:** Loesch GmbH; Ms. Angela Schulz Starnberger Strasse 4 D-82061 Neuried Germany  
 Phone: (+49) 89 - 99804-115  
 Fax: (+49) 89 - 99804-155 oder Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. H.-H. Horch  
 Phone: (+49) 89 - 4140-2921  
 Fax: (+49) 89 - 4140-4993  
 E-Mail: info@cleft2002.com  
 www.cleft2002.com

**eGlobal Health Forum 2002**  
**Termin:** 18. – 20. 09. 2002  
**Ort:** London, Barbican Centre  
**Auskunft:** International eHealth Association, 3rd Floor, 21-24 Millbank, London, SW1P 4QP UK  
 Tel.: +44(0)20 78 28 77 77  
 Fax: +44(0)20 76 81 15 23  
 e-mail: info@ehealth2002.org  
 info@ieha.info

**10. Fortbildungstage der ZÄK Sachsen-Anhalt**  
**Thema:** Interdisziplinäre Aspekte in der zahnärztl. Funktionslehre – diagnostische u. therapeut. Konsequenzen f. die tägl. Praxis  
**Termin:** 20. – 22. 09. 2002  
**Ort:** Ramada Treff Hotel Wernigerode  
**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

**3rd International Autumn Dental Conference**  
**Veranstalter:** The International Dental Foundation  
**Termin:** 25. 09. 2002  
**Ort:** Penha Longa Golf Resort, Portugal

**Auskunft:** International Dental Foundation, 53 Sloane Street, SW 1X 9SW United Kingdom  
 Tel.: 00 44 (0)20 72 35-07 88  
 Fax: 0044 (0)20 72 35-07 67  
 idf@idf dentalconference.com  
 www.idfdentalconference.com

## ■ Oktober

**FDI Weltzahnärztekongress**



**Termin:** 01. – 05. 10. 2002  
**Ort:** Wien  
**Auskunft:** FDI World Dental Federation  
 13, chemin du Levant l'Avant Centre  
 F-01210 Ferney-Voltaire  
 Tel.: +4420/79 35 78 52  
 Fax: +4420/74 86 01 83

**Traditional 71st Mrdujska Regatta**  
**Termin:** 02. – 06. 10. 2002  
**Ort:** Split  
**Auskunft:** Hrvatska Stomatoloska Komora, 10 000 Zagreb, Kurelcjeva 3, Hrvatska  
 Tel./Fax: .. 385 1/48 16 541, 48 16 540  
 e-mail: hsk@hsk.hr  
 www.hsk.hr

**126. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre (AGFu) Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung (AfG) Arbeitskreis Didaktik und Wissensvermittlung der DGZMK und der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) (Nieders. Zahnärztetag 2002)**





**Termin:** 03. – 05. 10. 2002  
**Themen:** Forschung an der Hochschule – Fortschritte f. die Praxis  
 Keramiken in der Zahnheilkunde  
 „Regenerative“ Therapien  
**Ort:** HCC Congresszentrum  
 Hannover  
**Auskunft:** Congress Partner  
 GmbH, Michael Jargstorf,  
 Tel.: 0421/30 31 31  
 Fax: 0421/30 31 33  
 e-mail: registration1@cpb.de

**Compass-Implant  
 (Computer Assisted Implantology)**  
**Themen:** Bildgebende Systeme,  
 Planungssysteme, Navigations-  
 systeme, Roboter Systeme  
**Veranstalter:** Charité Berlin  
**Termin:** 10. – 12. 10. 2002  
**Ort:** Charité, Campus Virchow  
 Clinic, Abt. f. Mund-, Kiefer- und  
 Gesichtschirurgie – Medizinische  
 Navigation und Robotik,  
 Augustenburger Platz 1,  
 13353 Berlin  
**Auskunft:** www.compass-im-  
 plant.com

**26. Jahrestagung für Forensische  
 Odonto-Stomatologie**  
**Termin:** 12. 10. 2002  
**Ort:** Johannes-Gutenberg-  
 Universität, Klinik für ZMK,  
 Augustusplatz 2, 55131 Mainz  
**Auskunft:** Dr.Dr. Klaus Rötzscher,  
 Wimphelingstraße 7,  
 67346 Speyer/Rhein,  
 Tel 06232/9 20 85,  
 Fax 06232/65 18 69  
 E-mail roetzsch.klaus.dr@t-on-  
 line.de

**10th Salzburg Weekend Seminar**  
**Veranstalter:** European Associa-  
 tion for Cranio-Maxillofacial Sur-  
 gery; Medizinische Forschungs-  
 gesellschaft Salzburg; Öster-  
 reichische Krebshilfe Salzburg  
**Thema:** Diseases and Tumors of  
 the facial Bones  
**Termin:** 26./27. 10. 2002  
**Ort:** Salzburg  
**Auskunft:** Univ.-Doz. Dr. Johann  
 Beck-Mannagetta  
 Landeskliniken Salzburg  
 Müllner Hauptstr. 48  
 A-5020 Salzburg/Austria  
 Tel.: +43-662-4482-3601  
 Fax: +43-662-4482-884  
 e-mail: j.beck-  
 mannagetta@lks.at

**36. Jahrest. der Neuen Gruppe**  
**Thema:** Schöne Zähne: Form,  
 Funktion, Faszination, Neue  
 Technologien  
**Termin:** 31. 10. – 03. 11. 2002  
**Ort:** Alte Oper Frankfurt  
**Anmeldung:** Quintessenz Verlag  
 GmbH Tagungsservice,  
 Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin  
 Tel.: 030/76 18 05  
 Fax: 030/76 18 06 80  
 e-mail: central@quintessenz.de

## ■ November

**Annual Conference of the  
 Icelandic Dental Association**  
**Termin:** 08./09. 11. 2002  
**Ort:** Reykjavik

*Anzeige*

**Auskunft:** Bolli Valgarsson,  
 General Director,  
 Icelandic Dental Association  
 Tel.: (+354) 57 50 500  
 Fax: (+354) 57 50 501  
 Web: www.tannsi.is oder  
 www.icelandair.net/index.jsp

**12. Harzer Fortbildungsseminar**  
**Veranstalter:** GK Gesellschaft für  
 Kieferorth. Zahntechnik e.V.  
**Thema:** Neues und Bewährtes  
**Termin:** 15. – 17. 11. 2002  
**Ort:** Goslar Hahnenklee  
**Auskunft:** Sekretariat  
 Tel.: 0335/400 36 57  
 www.gk-online.org

**6. Thüringer Zahnärzte- und  
 5. Thüringer Zahntechnikertag**  
**Veranstalter:** LZK Thüringen  
**Termin:** 22./23. 11. 2002  
**Ort:** Messehalle Erfurt,  
 Gothaer Str. 34, 99094 Erfurt  
**Auskunft:** LZK Thüringen  
 Barbarossahof 16,  
 99092 Erfurt  
 Tel.: 0361/74 32-144 o. 142

## ■ Januar 2003

**50th International Alpine Dental  
 Conference**  
**Veranstalter:** The International  
 Dental Foundation  
**Termin:** 11. – 18. 01. 2003  
**Ort:** Hotel Annapurna,  
 Courchevel 1850, France

**Auskunft:** International Dental  
 Foundation,  
 53 Sloane Street, London,  
 SW 1X 9SW United Kingdom  
 Contact: Agnes Barrett  
 Tel.: 00 44 (0)20 72 35-07 88  
 Fax: 0044 (0)20 72 35-07 67  
 idf@idf dentalconference.com  
 www.idfdentalconference.com

**50. Winterfortbildungskongress  
 der ZÄK Niedersachsen**  
**Termin:** 22. – 25. 01. 2003  
**Ort:** Braunlage  
**Auskunft:** ZÄK Niedersachsen  
 Zahnärztl. Fortbildungszentrum  
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
 Tel. 0511/83391-311 oder 313  
 Fax. 0511/83391-306

**15. Jahrestagung Arbeitskreis  
 Psychologie und Psychosomatik  
 in der Zahnheilkunde in der  
 DGZMK gemeinsam mit der Poli-  
 klinik für Kinderzahnheilkunde  
 für Kieferorthopädie und dem In-  
 stitut für Angewandte Psycholo-  
 gie (Universität Leipzig)**  
**Termin:** 31. 01. – 01. 02. 2003  
**Ort:** Universität Leipzig,  
 Hörsaalgebäude  
**Thema:** Psychologie und Ästhetik  
 – Anspruch und Wirklichkeit  
**Auskunft:** Universität Leipzig,  
 Poliklinik für Kinderzahnheilk. f.  
 Kieferorthopädie, Frau Uhde,  
 Nürnberger Str. 57,  
 04105 Leipzig  
 Tel.: 0341/972 10 70  
 Fax: 0341/972 10 79  
 kizhk@medizin.uni-leipzig.de

## ■ März

**49. Zahnärztetag der  
 ZÄK Westfalen-Lippe**  
**Thema:** Zahnerhaltung – die Bas-  
 is einer präventionsorientierten  
 ZahnMedizin  
**Termin:** 13. – 16. 03. 2003  
**Ort:** Gütersloh  
**Auskunft:** ZÄK Westfalen-Lippe,  
 Auf der Horst 29/31,  
 48147 Münster  
 Tel.: 0251/507-0  
 Fax: 0251/507-570  
 www.zahnaerzte-wl.de

**51st International Alpine Dental  
 Conference**  
**Veranstalter:** The International  
 Dental Foundation  
**Termin:** 29. 05. – 05. 04. 2003  
**Ort:** Hotel Annapurna,  
 Courchevel 1850, France  
**Auskunft:** International Dental  
 Foundation,  
 53 Sloane Street, London,  
 SW 1X 9SW United Kingdom  
 Contact: Agnes Barrett  
 Tel.: 00 44 (0)20 72 35-07 88  
 Fax: 0044 (0)20 72 35-07 67  
 idf@idf dentalconference.com  
 www.idfdentalconference.com

## Wissenschaftliche Gesellschaften

### EBM Deutsches Netzwerk

#### Evidenzbasierte Zahnmedizin

**Termin:** 26./27. 07. 2002  
**Veranstalter:** Fachbereich Zahnmedizin in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.

**Sonstiges:** Kurs speziell für Zahnmediziner aus Praxis und Hochschule. Der Kurs bietet einen Überblick über die Arbeit des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierter Medizin und der Cochrane Collaboration. Der Kurs umfasst Kleingruppenarbeit und Diskussion mit maximal sechs Personen und einem Tutor, Plenarvorträge sowie praktische Übungen zur Datenbankrecherche (Medline, Cochrane Library).

**Auskunft und Anmeldung:**  
Anne Rebstock,  
Universitätsklinik für Zahn-,  
Mund- und Kieferklinik,  
Abteilung Zahnärztl. Prothetik,  
Hugstetter Str. 55,  
79106 Freiburg  
Tel.: 0761/270-49 53  
Fax: 0761/270-48 24  
e-mail: rebstock@zmk2.ukl.uni-freiburg.de  
internet: www.ebm-netzwerk.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:** Carmen-Keramik – Schichtkurs für Fortgeschrittene  
**Veranstalter:** Esprident GmbH aesthetic dental products – CDC – Centrum Dentale Kommunikation  
**Termin:** auf Anfrage  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Ref.: ZT Gerd Menold  
**Kursgebühr:** 335 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Renate Sacher, Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
Tel.: 07231/803-479  
Fax: 07231/803 409

**Thema:** Balance halten  
**Veranstalter:** APO Consult / KZV Bayern  
**Termin:** 19. 06. 2002, 15.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Würzburg  
**Kursgebühr:** 49 EUR  
**Auskunft:** APO Consult GmbH, Am Seestern 18, 40547 Düsseldorf  
Tel.: 0211/59 98-432  
Fax: 0211/59 98-742

**Thema:** PS = Perfektion + Speed: Aktuelle Trends in der Implantologie – Die Erfolgsfaktoren von morgen?  
**Veranstalter:** Friadent GmbH  
**Termin:** 21. – 23. 06. 2002  
**Ort:** Kongresszentrum der Friatec AG in Mannheim  
**Sonstiges:** Veranstaltung mit Teilnahme am Formel 1 Grand Prix/Nürburgring  
**Kursgebühr:** 1 398 EUR zzgl. MwSt. inkl. Formel 1 Eintrittskarte  
**Auskunft:** Friadent GmbH, Steinzeugstr. 50, 68229 Mannheim  
Tel.: 0621/43 02-022  
Fax: 0621/43 02-023

**Thema:** Praxisrelevante Gestaltungsmöglichkeiten  
**Veranstalter:** APO Consult / KZV Hessen  
**Termin:** 28. 06. 2002, 14.30 – 18.30 Uhr  
**Ort:** Frankfurt/Main  
**Kursgebühr:** 49 EUR  
**Auskunft:** APO Consult GmbH, Am Seestern 18, 40547 Düsseldorf  
Tel.: 0211/59 98-432  
Fax: 0211/59 98-742

**Thema:** The Optimal Time for Implant Placement – Different Treatment Options  
**Veranstalter:** Friadent GmbH  
**Termin:** 28./29. 06. 2002  
**Ort:** Kongresszentrum der Friatec AG in Mannheim  
**Sonstiges:** Mit praktischen Übungen und Live-Operationen; FRIALIT®-2 und XiVE® System  
**Kursgebühr:** 520 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Friadent GmbH, Steinzeugstr. 50, 68229 Mannheim  
Tel.: 0621/43 02-022  
Fax: 0621/43 02-023

**Thema:** Telefontraining für Empfangsmitarbeiterinnen  
**Veranstalter:** DENT-MIT  
**Termin/Ort:** 03. 07. 2002, Freiburg/Breisgau;  
12. 07. 2002, Singen/Bodensee;  
17. 07. 2002, Bad Friedrichshall;  
26. 07. 2002, Stuttgart  
**Sonstiges:** Telefonischer u. persönlicher Umgang mit dem Patienten am Empfang  
**Kursgebühr:** 100 EUR je Teilnehmer; 20 EUR Tagungspauschale je Teilnehmer  
**Auskunft:** DENT-MIT, Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg  
Tel.: 036621/226 36  
Fax: 036621/226 37

**Thema:** 2. Nehrer Paro-Symposium – Parodontitis-Therapie und parodontale Regeneration – Innovationen und Strategien  
**Veranstalter:** Hain Lifescience GmbH  
**Termin:** 06. 07. 2002, 9.30 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Nehren  
**Sonstiges:** Referenten: Prof. Dr. Andrea Mombelli, Genf, Dr. Pia-Merete Jervoe-Storm, Bonn, Dr. Günter Schenk, München, Dr. Wolfgang Dirlwanger, Nagold  
**Kursgebühr:** 75 EUR (inkl. 16 % MwSt. und microDent-Analysengutschein); 198 EUR Praxisteam-Sonderpreis, max. 4 Personen (inkl. 16 % MwSt. und microDent-Analysengutschein)  
**Auskunft:** Hain Lifescience GmbH, Hardwiesenstraße 1, 72147 Nehren  
Tel.: 07473/94 51-0

**Thema:** Kieferorthopädischer Spezialkurs „Die Hansa-Platte“  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation  
**Termin:** 12./13. 07. 2002  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Ref.: ZT Konrad Hofmann, Dr. Günther Goldann  
**Kursgebühr:** 410 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Renate Sacher, Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
Tel.: 07231/803-479  
Fax: 07231/803 409

**Thema:** Selbstzahlerleistungen – wie sage ich es meinem Patienten  
**Veranstalter:** DENT-MIT  
**Termin:** 24. 07. 2002  
**Ort:** Tübingen  
**Kursgebühr:** 133 EUR und 15 EUR Tagungspauschale  
**Auskunft:** DENT-MIT, Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg  
Tel.: 036621/226 36  
Fax: 036621/226 37

**Thema:** Locora-Vollkeramik I auf Licora-Käppchen  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 26. 07. 2002  
**Ort:** Pforzheim  
**Sonstiges:** Ref.: ZTM Peter Biekert  
**Kursgebühr:** 450 EUR pro Person  
**Auskunft:** Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim  
tel.: 07231/957-220  
Fax: 07231/957-219

**Thema:** Keramik I Metallkeramik  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 27. 07. 2002  
**Ort:** Pforzheim  
**Sonstiges:** Einführungskurs in die Schichttechnik mit Creation/Surprise; Ref.: ZTM Peter Biekert  
**Kursgebühr:** 400 EUR pro Person  
**Auskunft:** Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim  
tel.: 07231/957-220  
Fax: 07231/957-219

## Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen und Beinahevorkommnissen bei der Anwendung von Medizinprodukten in der Zahnheilkunde

Heben Sie diese Seite für  
einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Arzneimittelkommission Zahnärzte  
BZÄK/KZBV  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin

Die Meldung wird von der Arzneimittelkommission unverzüglich weitergeleitet an:  
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,  
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Meldung erstattet von (Zahnklinik, Praxis, Anwender etc.)	
Straße	
PLZ	Ort
Bundesland	
Kontaktperson	
Tel.	
Fax	
Datum der Meldung	Unterschrift

Hersteller (Adresse)																																	
Handelsname des Medizinproduktes	Art des Produktes (z. B. Prothesenbasismaterial, Füllungsmaterial, Legierung):																																
Modell-, Katalog- oder Artikelnummer	Serien-/Chargennummer(n)																																
Datum des Vorkommnisses	Ort des Vorkommnisses																																
Patienteninitialen	Geburtsjahr	Geschlecht   w   m   w   w																															
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten																																	
Zahnbefund:	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">18</td><td style="padding: 0 5px;">17</td><td style="padding: 0 5px;">16</td><td style="padding: 0 5px;">15</td><td style="padding: 0 5px;">14</td><td style="padding: 0 5px;">13</td><td style="padding: 0 5px;">12</td><td style="padding: 0 5px;">11</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21</td><td style="padding: 0 5px;">22</td><td style="padding: 0 5px;">23</td><td style="padding: 0 5px;">24</td><td style="padding: 0 5px;">25</td><td style="padding: 0 5px;">26</td><td style="padding: 0 5px;">27</td><td style="padding: 0 5px;">28</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">48</td><td style="padding: 0 5px;">47</td><td style="padding: 0 5px;">46</td><td style="padding: 0 5px;">45</td><td style="padding: 0 5px;">44</td><td style="padding: 0 5px;">43</td><td style="padding: 0 5px;">42</td><td style="padding: 0 5px;">41</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">31</td><td style="padding: 0 5px;">32</td><td style="padding: 0 5px;">33</td><td style="padding: 0 5px;">34</td><td style="padding: 0 5px;">35</td><td style="padding: 0 5px;">36</td><td style="padding: 0 5px;">37</td><td style="padding: 0 5px;">38</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		
Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:																																	
Art des Vorkommnisses (lokal/systemisch, z. B. Rötung, Ulceration, Geschmacksirritation, Ganzkörperbeschwerden)																																	
Lokalisation des Vorkommnisses																																	
Beschreibung des Verlaufes																																	
Behandlungsmaßnahmen																																	
Ergebnis	Beratungsbrief erbeten   w																																
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																																	



## Die Baugerüste fallen

**Der Zahnärzte-Stifterclub, der aus der zm-Initiative zum Wiederaufbau der Dresdner Frauenkirche hervorgegangen ist, wird nun direkt von Dresden aus vom zahnärztlichen Kollegen Dr. Hans-Christian Hoch betreut, veröffentlicht seine Berichte aber weiterhin auch über die zm. Wir berichten hier über den weiteren Gang und den Stand der Wiederaufbau-Arbeiten in Dresden und werben für die restliche Finanzierung des großen steinernen Bogenfeldes, das von der schon gespendeten „Zahnärzte-Säule“ getragen wird.**

Wenn dieser Bericht erscheint, dann sind die umfangreichen Gerüste rund um die Dresdner Frauenkirche fast gefallen. Damit ist der gesamte äußere Bau sichtbar. Jetzt kann man schon gut erkennen, wie die Kirche eines Tages insgesamt aussehen wird. Die Voraussetzungen für das weitere Anwachsen des Baus wurden Ende April mit der Hebung des Wetterschutzdaches von bisher 43,90 Meter auf nun 56,80 Meter geschaffen. Diese Erhöhung um rund 13 Meter macht die Frauenkirche nun endgültig weithin über die Dächer Dresdens sichtbar. Der Hebevorgang war schon fast eine



Fotos: Schöner



*Bald geben die Gerüste den Blick auf die Dresdner Frauenkirche frei.*

Routine. Dazu nutze man, wie in den vergangenen Jahren, Hydraulikaggregate, die das gesamte 160 Tonnen schwere Dach an 16 Punkten gleichzeitig hochzogen. Die ganze Vorbereitung, das Heben selbst und das Nachbauen der Gerüste, bedeutete wieder große Anspannung und großen Aufwand bei allen Beteiligten.

Das gesamte Wetterschutzdach ruht nun auf dem bereits fertig gestellten Mauerwerk. In einer Höhe von 37 Metern ist eine Arbeitsfläche von 36 x 36 Meter entstanden. Dach und Arbeitsfläche werden von insgesamt 16 Stützen, die auf dem Hauptgesims bei etwa 28 Meter Höhe verankert sind, und den vier Stützen des aus dem Kirchenschiff aufragenden Mittelturms getragen. Der außen stehende riesige Turmdrehkran wurde auf 70 Meter erhöht.

Bis Ende Juni erfolgt nun der Rückbau des gesamten Außengerüsts vor dem Mauerwerk und damit die optische Freigabe des Außenmauerwerkes der Kirche. Bis dahin werden die Steine des Kuppelanlaufs fertig verfugt sein, alle nötigen Installationen zum Blitzschutz vorgenommen sowie die Fenstergaube in den Treppentürmen an den sichtbaren Stellen mit Kupfer, sonst mit dem wesentlich langsamer oxidierenden Blei, abgedeckt sein.

Jetzt hat beim weiteren Aufbau die Kuppel selbst die Priorität, wobei das Ziel ist, monatlich bis zu 300 Kubikmeter Sandstein zu verbauen, um die weitere Hebung des Daches planmäßig für November dieses Jahres sicher zu stellen. Die ersten Schichten der Hauptkuppel sind schon gesetzt.

Die Planungen für die nächste Dachhebung sind schon in vollem Gange, denn Termingerechtigkeit ist äußerst wichtig, um nicht während des Hebens widrigen Temperatur- und Windverhältnissen ausgesetzt zu sein und um für den Winter wieder eine vollständig witterungsgeschützte Halle zu schaffen. Permanent ist deshalb eine koordinierte Zusammenarbeit von Sandsteinlieferanten, Steinmetzen, Steinsetzern und Gerüstbauern sowie den planenden und prüfenden Ingenieuren erforderlich.

In der Zwischenzeit hat es um die Vergabe des Auftrags zum Neubau der 1945 völlig zerstörten Silbermann-Orgel einen heftigen



Die Arbeiten gehen planmäßig voran.

Streit gegeben, der hoffentlich mit einem beide Seiten befriedigenden Ergebnis abgeschlossen wird. Es geht um die Frage, ob die ursprüngliche Silbermann-Fassung der Orgel oder ein Ersatz des bis 1945 schon mehrfach umgebauten und erweiterten Instruments realisiert werden sollte. Öffentliche Auseinandersetzungen gab es auch auf Grund von Pressevorwürfen, nach denen der Vorsitzende der Fördergesellschaft, der Startrompeter Professor Ludwig Güttler, sich mit Honoraren zu Lasten des Wiederaufbaus bedient haben sollte. Alle beteiligten Gremien stellten sich empört hinter Güttler, es wurde sofort nachgewiesen, dass Prof. Güttler auf jedes Honorar für

die vielfältigen Wiederaufbau-Konzerte in der Unterkirche verzichtet hat und dass auch die Künstler der jeweiligen Gruppen und Orchester auf große Anteile ihrer Honorare verzichtet haben.

Die Untersuchungen einer extra beauftragten Wirtschaftsprüfung haben darüber hinaus ergeben, dass die zur Debatte stehenden Konzerte in der Unterkirche insgesamt und auch ohne die nachfolgenden Spenden eine Kostenüberdeckung zu Gunsten des Wiederaufbaus der Frauenkirche erbracht haben.

Hartmut Friel  
Jägerhofstraße 172  
42119 Wuppertal

## Spendenkupon

### Zahnärzte-Stifterclub Dresdner Frauenkirche

Postfach 120510, 01006 Dresden, Tel. 0351/498 190, Fax 0351/498 1949,  
E-Mail: office@frauenkirche-dresden.org, Internet: www.frauenkirche-dresden.org

■ Ich möchte ..... Stifterbrief(e) erwerben, und zwar

in Platin für 10 000 € (= Sitzplatz),  in Gold für 1 500 €,  in Silber für 750 €,  in Bronze für 250 €

Wortlaut der Eintragung (nur Name, Vorname, Titel):

■ Ich bestelle ..... Frauenkirchen-Armbanduhren zum Einzelpreis von insgesamt 51,13 €  
(einschließlich 10,23 € Spende und 5,50 € Versandkosten).

■ Ich bestelle ..... Frauenkirchen-Taschenuhren zum Einzelpreis von 255,13 €  
(einschließlich 35,79 € Spende) zuzüglich 5,50 € Versandkosten.

■ Ich bestelle das Jahrbuch – Jahrgang

<input type="radio"/> 1996	<input type="radio"/> 1997	<input type="radio"/> 1998	je 20,- Euro	..... Stück
<input type="radio"/> 1999			23,- Euro	..... Stück
<input type="radio"/> 2000			23,50 Euro	..... Stück
<input type="radio"/> 2001			29,70 Euro	..... Stück
<input type="radio"/> Set-Angebot 1996 – 1998			30,- Euro	..... Stück
Zuzüglich Versandkostenpauschale pro Sendung			5,50 Euro	

Ich interessiere mich für die Dresden-Reise vom 29.11.- 01.12.2002.

Den Gesamtbetrag in Höhe von ..... € habe ich auf das Spendenkonto 000 536 605 4 bei der Apobank Dresden, BLZ 100 906 03 überwiesen. Ich weiß, dass die Bestellung erst ausgeführt wird, wenn der entsprechende Betrag eingezahlt worden ist. Die Spendenbescheinigung wird mir später zugeschickt.



Datum

Adresse

Unterschrift

Praxisstempel

## Werden Sie Stifter und fahren Sie mit nach Dresden

Der Zahnärzte-Stifterclub, hervorgegangen aus der zm-Initiative, hat mit einer Spendensumme von rund 1,2 Millionen DM bereits die „Zahnärzte-Säule“ samt des größten Teils ihres steinernen Überbaus gespendet und wirbt nun weiter für den Rest der Finanzierung des großen Bogenfeldes über der Säule. Er bittet die zm-Leser hier wieder um die Zeichnung von Stifterbriefen, um den Erwerb von Taschen- und Armbanduhren und bietet die Teilnahme an einer Stifter-Reise nach Dresden.



Fotos: Schöner

Ein Blick vom Fluss auf das „Elb-Florenz“, im Hintergrund die Frauenkirche.

Die zm-Veröffentlichung von November 2001 hat mit 42 438,80 Euro, also rund 83 000 DM wieder ein gutes Ergebnis gebracht. Es wurden zwei Platin-Stifterbriefe mit der individuellen Sitzplatz-Adaption, neun goldene, acht silberne und zehn bronzene Stifterbriefe gezeichnet, dazu noch 39 Armbanduhren und zwei Taschenuhren mit dem Sandstein-Bruchstück und festem Spendenbetrag erworben. Es fehlt jetzt noch einmal so viel, um das zweite Spendenziel nach der Säule, die Finanzierung des gesamten Überbaus der Zahnärzte-Säule mit 750 000 DM zu erreichen.

Auch die jüngsten und die künftigen Zeichner von Stifterbriefen kommen mit ihrem Namen auf die gemeinsame Ehrenliste. Dafür wirbt der Zahnärzte-Stifterclub mit diesem Beitrag. Bitte zeichnen Sie einen Stifterbrief in Gold für 1500 Euro oder einen

in Silber für 750 Euro oder einen in Bronze für 250 Euro. Oder adaptieren Sie einen Platin-Stifterbrief für 10 000 Euro samt individuellem Namensschild am Sitzplatz im Kirchenschiff oder auf einer Empore der Frauenkirche in direkter Umgebung der Zahnärzte-Säule. (Lesen Sie dazu auch die ausführliche Schilderung des Platin-Stifterbriefes in zm 23 vom 1. Dezember 2001 oder fordern Sie besondere Informationen zum Platin-Stifterbrief in Dresden an.)

Bestellungen und Anfragen bitte mit dem Spendenkupon am Ende dieses Berichts. Sie können auch wieder die schönen und bei den zm-Lesern sehr beliebten und schon hundertfach erworbenen Uhren mit der Silhouette der Frauenkirche und dem eingelegten Sandstein-Trümmerteil aus Kirchenstein erwerben und dabei gleich eine

### zm-Info

#### Ein wunderschönes Jahrbuch

Die Gesellschaft zur Förderung des Wiederaufbaus der Dresdener Frauenkirche hat auch für das Jahr 2001 wieder ein sehr schönes, umfassendes und informatives Jahrbuch vorgelegt. In diesem wie in allen Ausgaben zuvor werden aktuelle Informationen und Kommentierungen über den Wiederaufbau und seine Details gegeben. Darüber hinaus gibt es viele hoch interessante wissenschaftliche und besonders historische Beiträge zu Themen der Frauenkirche oder solche, die damit in Zusammenhang stehen. Im Jahrbuch 2001 sind es beispielsweise Beiträge zu den Themen „Wo Steine reden“ von Hans-Jochen Vogel, „Deutschland – Dresden – Bekenntnisse eines Engländers“ von Alan Keith Russel, „Der Ruf aus Dresden 1990“ von Ludwig Güttler und Hans-Joachim Jäger, „Eine Studie zum Umgang mit dem Trümmerberg“ aus dem Jahre 1988 von Dieter Schölzel sowie „Die Planung des Innenausbaus der Dresdner Frauenkirche“ von Uwe Kind. Das Jahrbuch „Die Dresdener Frauenkirche“ 2001 ist mit Sicherheit für alle engagierten Stifter und Spender sehr attraktiv. Auch alle früheren Jahrgänge ab 1996 sind noch erhältlich, die Jahrgänge 1996 bis 1998 sogar im günstigen Set-Angebot. Verlag Hermann Böhlau Nachf., Weimar, ISBN 3-7400-1161-0. Die Preise finden Sie auf dem Spendenkupon am Ende unseres Berichtes, mit dem Sie auch bestellen können. Sie werden es nicht bereuen. hf

Spende mit Spendenbescheinigung tätigen. Es gibt sie als elegante Taschenuhr für 255,13 Euro einschließlich einer Spende von 39,75 Euro oder als Armbanduhr für 51,13 Euro einschließlich 10,23 Euro Spendenanteil. Alle Einzahlungen auf das Spendenkonto des Zahnärzte-Stifterclubs Nr. 000 536 6054 bei der Apobank Dresden, BLZ 100 906 03.





*Von Anfang an Kontaktmann, Betreuer und Berater der zm-Initiative zum Wiederaufbau der Dresdner Frauenkirche: Dr. Hans-Christian Hoch.*

## zm-Initiative

### Ihr Partner in Dresden

Die zm-Initiative zum Wiederaufbau der Dresdener Frauenkirche und die Betreuung des dadurch entstandenen Zahnärzte-Stifterclubs werden jetzt direkt von Dresden aus von Zahnarzt Dr. Hans-Christian Hoch betreut. Dr. Hoch ist einer der Männer der ersten Stunde, die unmittelbar nach der Wende 1989 die Initiative zum Wiederaufbau der Dresdner Frauenkirche ergriffen haben. Er ist heute Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft zur Förderung des Wiederaufbaus der Dresdener Frauenkirche e.V.

Dr. Hoch war von Anfang an Kontaktmann, Betreuer und Berater der zm-Initiative, hat bisher zwei Stifter-Reisen von zm-Lesern und Stiftern nach Dresden organisiert und betreut und wird dies auch bei der für Ende dieses Jahres geplanten dritten Reise tun. Er ist mit seiner Mitarbeiterin Frau Gießmann verantwortliche Anlaufstelle des Zahnärzte-Stifterclubs unter der Adresse der Gesellschaft zur Förderung des Wiederaufbaus der Frauenkirche Dresden e.V. Postfach 120510, 02006 Dresden, Tel. 0351 / 498 190, Fax 0351 / 4981949, E-Mail: office@frauenkirche-dresden.org und im Internet unter: www.frauenkirche-dresden.org.

Das Spendenkonto lautet: 000 536 6054, Apobank Dresden, BLZ 100 906 03. hf

Für alle Stifterbriefe und für die Spendenanteile beim Erwerb von Uhren erhalten die Besteller unaufgefordert eine Spendenbescheinigung fürs Finanzamt. Bitte benutzen Sie für Ihre Bestellung den Kupon am Ende des Berichts und wenden Sie sich bei Fragen direkt an die Betreuung des Zahnärzte-Stifterclubs in Dresden. Die Adresse:

**Postfach 120510, 01006 Dresden,**  
**Tel. 0351/498 190, Fax 0351/498 1949,**  
**E-Mail: office@frauenkirche-dresden.org**  
**Internet: www.frauenkirche-dresden.org.**

Schließlich noch ein besonderes Angebot: Der Betreuer des Zahnärzte-Stifterclubs in Dresden, Dr. Hans-Christian Hoch, plant für Ende dieses Jahres wieder eine exklusive Stifter-Reise nach Dresden. In Aussicht genommen ist das Wochenende des 1. Advents mit einem Besuch der Semperoper am Freitag, den 29.11.2002, 19:00 Uhr, Oper: A Midsummer Night's Dream von B. Britten, einem Vortrag und Führung durch die Baustelle der Frauenkirche durch Dr. Hoch am Sonnabend, dem 30.11.2002 vormittags



*Die Frauenkirchen-Taschenuhr, 2. Edition, mit brilliantgoldener Bedruckung auf dunkelgrünem Zifferblatt. Mit aufgedruckter Silhouette des Bauwerkes und eingearbeitetem Trümmerstein aus der Kirchenruine. Limitiert auf 1000 Stück, nummeriert. Schweizer Handaufzugswerk 17 Steine, unzerbrechliche Zugfeder und Stoßsicherung, verglaste Rückseite. Mit einer vergoldeten Panzerkette. Preis 255,13 Euro, davon 35,79 Euro Spendenanteil, mit Spendenbescheinigung.*



*Die schon 1350 Mal von Zahnärzten/innen bestellte Armbanduhr mit Sandstein-Bruchstück aus der Frauenkirchen-Ruine, 15. Edition auf 25000 Stück limitiert. Der Preis beträgt 51,13 Euro einschließlich eines Spendenanteils von 10,23 Euro.*

und am Abend der Besuch eines Konzertes in der Unterkirche der Frauenkirche um 20:00 Uhr, Liederabend mit dem berühmten Dresdner Bariton Olaf Bär. Einzelheiten über Daten, Hotels, Veranstaltungen und Preise werden konkreten Interessenten zu gegebener Zeit mitgeteilt. Es geht jetzt zunächst darum die Größenordnung des Interesses zu ermitteln. Weitere Kontakte erfolgen dann individuell. Bitte nutzen Sie zur zunächst unverbindlichen Interessenbekundung den entsprechenden Teil unseres Spendenkupsens oder wenden Sie sich per Fax oder Telefon an die oben angegebene Adresse. ■

Medizin-Lexika auf CD-ROM und im Internet

## Durchklicken statt durchblättern

Henry Schneider

**Nachschlagewerke sind für jeden Mediziner unverzichtbare Arbeitshilfen. Auch Zahnärzte müssen in Ihrer Praxis immer wieder mal zum Lexikon greifen, um Begriffe und Sachverhalte nachzuschlagen. Moderner und komfortabler als gebundene Bücher im Regal sind dabei CD-ROMs oder Online-Angebote. Die Auswahl nimmt hier ständig zu – und natürlich auch die qualitativen Unterschiede.**

Mit 1842 Seiten und einigen Kilogramm Gewicht muss sich beschäftigen, wer die neue Auflage des bekannten medizinischen Nachschlagewerks „Psyhyrembel“ in Händen hält. Das Werk, das für 38,95 Euro – be-

paratur). Die Zahnmedizin ist im Psyhyrembel erwähnt, wenn auch zahlreiche Einträge zu kurz geraten sind. So findet sich etwa die Haarleukoplakie, nicht aber die im ICD10 erwähnte Erythroplakie.



Der „Psyhyrembel“ auf CD-ROM

ziehungsweise 58 Euro inklusive CD – den Besitzer wechselt, ist ein bekanntes Universallexikon, wenn es darum geht, stichwortartig medizinische Sachverhalte kurz zu erfassen. Fast 3000 neue Fachbegriffe und zahlreiche neue Terminologia anatomica wurden in die aktuelle Auflage integriert, die sich auch an die neue deutsche Rechtschreibung hält. Man findet unter anderem neueste Erkenntnisse zu Prionkrankheiten, neue Begriffe zu Molekularmedizin und -biologie, Gentherapie, Genomprojekt, genetischen Erkrankungen, viele neue Substanzen (Arzneimittel) und einige angepasste gesetzliche Regelungen in der Übersicht. Das Buch ist vierfarbig gestaltet, wenn auch zahlreiche Abbildungen vor allem seltenerer Erkrankungen noch schwarz-weiß sind; die Bildqualität lässt jedoch oft zu wünschen übrig (zum Beispiel bei der Multiband-App-

Lexika wie der Psyhyrembel müssen sich heutzutage auch mit dem Internet messen lassen. Wer mit Google nach Erythroplakie sucht, findet auf Anhieb etwa 50 Einträge. Auch der Konkurrent, das Roche-Lexikon ist da erfolgreicher, weil der Begriff zumindest genannt wird. Im Internet ist das Roche-Lexikon (4. Auflage) zudem kostenfrei zugänglich. Das Bildmaterial des gedruckten Psyhyrembel findet sich im so genannten „Hyperbook“ auf der mit-

gelieferten CD wieder. Es belegt bei Indizierung auf der Festplatte etwa 22 MB – ein verträglicher Wert. Die Vorteile gegenüber der Printversion liegen vor allem im schnellen Aufrufen von Hyperlinks wie auch in der Dokumentation der durchgeführten Recherche.

### Dinosaurier der Medizin

Auch Unscharfsuche und Auflistung der Grenzbegriffe sind durchaus hilfreich. Diese Funktionen stehen im Online-Roche-Lexikon nicht zur Verfügung, hier muss nach Wortbestandteilen gesucht werden. Zwar bietet der Psyhyrembel beispielsweise zum Bundeseseuchengesetz die umfangreichere Darstellung, jedoch ist die Information mickrig gegenüber kurzen Recherchen im Internet. Trotz der Dicke des Psyhyrembel



Foto: CC/Schneider

*Dicke Schmöker oder flache Silberscheiben? Medizinische Lexika gibt's längst nicht nur in gebundener Form.*

bleiben für Begriffe wie „Zahnimplantat“ nur fünf Zeilen ohne Foto. Wie lange solche Dinosaurier der Medizin angesichts des elektronischen Fortschritts noch Bestand haben werden, bleibt abzuwarten. Jedenfalls wurden vom de Gruyter-Verlag die Möglichkeiten der CD nicht ausgenutzt, denn multimediale Elemente vermisst man doch sehr. Herzgeräusche mit Frequenzbändern darzustellen ist zwar nett, ein Tondokument wäre aber wohl sinnvoller.



Bildschirmansicht des „Roche“-Lexikons

Die Rote Liste weist einen ähnlichen Standard auf wie der Psyhyrembel. Seit einigen Jahren versendet der Editio cantor-Verlag die Rote-Liste-CD kostenfrei an die deutschen Zahnärzte. Damit ist zumindest ein Jahr lang eine Übersicht aktuell verfügbarer Medikamente zur Hand, über Inhaltsstoffe, Interaktionen und Nebenwirkungen. Und



Die „Rote Liste“ im Internet-Look

natürlich zählt heute auch der Preisvergleich bei Aut-idem-Produkten. Der therapeutisch innovative Zahnarzt ist gezwungen, für Medikamente, die in Deutschland nicht erhältlich sind (zum Beispiel Periostat), Alternativen zu suchen (etwa Doxyderma 50, wobei die Tablette in diesem Fall zu halbieren ist), wenn er auf diese Therapieformen setzt.

## Werkzeug mit Schönheitsfehlern

Die Rote Liste ist sicherlich das beste Werkzeug zur Selektion – wenn da nicht die Innovation wäre. Mit dem Jahrgang 2002 hat der EC-Verlag leider vom eigenständigen Software-System Abschied genommen und auf ein Internet-konformes Software-Layout gewechselt. Und das war ein Fehler: Die enormen, gegenüber früher verdreifachten Datenmengen, die bei der Installation auf die Festplatte geschaufelt werden, sind noch zu verzeihen. Unverzeihlich sind aber die Performance-Verluste. Suchroutinen

und Selektion sind gähnend langsam geworden, woran auch ein schneller Rechner wenig ändert. Die Freude an der Bedienung ist nicht groß, besonders nicht für Benutzer, welche die alte Version kennen.

Der lachende Dritte ist in diesem Fall ein bisher nicht besonders bekannter, wenn auch schon etablierter Konkurrent der Roten Liste: der so genannte ifap-Index.

Schon nach kürzester Zeit war auf zahnärztlichen Plattformen (www.deut-



Der „ifap-Index“ ist ein Geheimtipp.

schedental.de) der alternative Tipp zu finden. Nach kurzer Anmeldung und einigen Tagen Wartezeit erhält man von der ifap GmbH eine CD, die nicht nur fast identische Arzneimitteldatenbanken enthält, sondern auch hilfreiche Dinge, wie die BDA-Manuals. Die ifap-Datenbank ist nach Doc-Check-Login auch online nutzbar, wobei die Suche sehr schnell ist. Ein Online-Update ist nach Autorisierung möglich, so dass die Daten stets aktuell vorliegen. Einige Hilfen, wie die Interaktionsprüfung, sind gut gelöst und geben zumindest grobe Warnhinweise zu Wechselwirkungen der Medikamente. Preisvergleiche und Berücksichtigung der Festbetragsregelung bestätigen den deutlichen Vorsprung des ifap-Indexes zur Roten Liste.

Dr. Henry Schneider  
Rurstr. 47a  
52441 Linnich  
zahnarzt@kariesfrei.de

## zm-Service

### Links und Adressen

Links und Bestelladressen zum aktuellen Artikel und zu den zurückliegenden Folgen finden sich im Internet unter [www.multimediapraxis.de](http://www.multimediapraxis.de)



*Was von der Modeanlage Hedge-Fonds zu halten ist*

## Ei des Kolumbus oder Risikofalle

Joachim Kirchmann

**Nach zwei grausamen Baissejahren und bislang unerfüllten Hausse-Erwartungen sind die Aktienanleger ratlos. Hedge-Fonds aber geben vor, in guten wie in schlechten Börsenzeiten auf der Gewinnerseite zu stehen. Seit kurzem können nicht mehr nur Großinvestoren, sondern auch Kleinanleger diese Wunderwaffe der Spekulation ergreifen. Ohne Verletzungsgefahr?**

Das eingedeutschte Wort „hedgen“ („to hedge“ bedeutet auf Englisch „sichern“ oder „schützen“) nahmen bislang fast ausschließlich Börsenprofis in den Mund. Sie gaben damit kund, dass sie eine gekaufte Aktienposition durch eine für einen begrenzten Termin verkaufte Gegenposition vor Wertverfall geschützt hatten. Fielen die Aktien im Kurs, stieg auf der anderen Seite der entsprechende Terminkontrakt im Wert – und umgekehrt. Unterm Strich ist mit einem recht spesenträchtigen Dauerplatz auf der Trendschaukel kein Blumentopf zu gewinnen.

Deshalb verfolgen die Profis der Aktienspekulation seit eh und je schon die Idee, Absicherungsgeschäfte zu betreiben, ohne sie an konkret zu schützende Wertpapiere zu binden. Völlig ungebunden wetten sie auf Hausse oder Baisse. Liegen sie mit ihren Werten, die ihnen bei relativ gerin-



Fotos: CC/MEV

*Mehr als 6000 Hedge-Fonds gibt es weltweit – und nicht alle sind unbedingt das Gelbe vom Ei.*

gen Einsätzen relativ hohe Gewinne einbringen, richtig im Trend, verdienen Sie das ganze große Geld.

Nun aber wollen „Hedger“, auch wenn sie von der eigentlich zu schützenden Vermögenssubstanz losgekettet sind, keine Hasardeure sein. Sie bringen deshalb ihre Geschäfte in Fonds ein. Hier gleichen sich die Plusposten mit den unvermeidbaren Minuspositionen zu einem – hoffent-

lich – immer noch hochprozentigen Renditedurchschnitt aus. Vor allem aber: Auf der Grundlage der risikoentschärfenden Fondskonstruktion können sich die Hedger erlauben, ein richtig großes Rad zu drehen.

nem Hedge-Fonds gewöhnlich mehrere Millionen Euro.

Wie stark jedoch die Hebelkraft auch auf der Verlustseite wirken kann, erfuhren vor vier Jahren die Großinvestoren in dem mit Dollar-Milliarden gespickten Hedge-Fonds LTCM. Kaum jemand kannte bis dahin dieses Spekulations-Schlachtschiff.

Dann aber musste wegen eines gigantischen Verlustvolumens (vor allem aus fehlbewerteten Russland-Anleihen) sogar der US-Notenbank-Chef Alan Greenspan einspringen, um den LTCM-Fonds vor der Pleite zu retten. Diese hätte alle Börsen dieser Welt in einen Abwärtsstrudel gezogen. Allein die helvetische Großbank Union Bank of Switzerland verlor damals 950 Millionen Schweizer Franken und wäre beinahe selber durch die Belastung mit ihrer LTCM-Beteiligung untergegangen.

### Kleine Brötchen

Ungeachtet der gerade noch verhinderten LTCM-Großpleite gibt es mittlerweile um die 6000 Hedge-Fonds. Weltweit haben sie an die 500 Milliarden US-Dollar aufgesaugt, mehr als das zweifache Volumen des deutschen Bundeshaushalts. Doch im Geschäftsalldag laufen nicht mehr überwiegend die gigantischen Trendwetten. Es werden in großem Volumen auch kleine Brötchen gebacken. So etwa in Form von Arbitrage-Deals: In Frankfurt etwa kaufen die Fondsmanager eine Aktie in hoher Stückzahl für 50 Euro ein,

*Der langjährige Autor unserer Rubrik „Finanzen“ (früher Altersvorsorge) ist gerne bereit, unter der Telefon-Nr. 089/64 28 91 50 Fragen zu seinen Berichten zu beantworten.  
Dr. Joachim Kirchmann  
Harthausen Straße 25  
81545 München*

## zm-Info

### Ausgewählte Zertifikate

In der Theorie (nicht in der Praxis) sind Hedge-Fonds-Zertifikate das Ei des Kolumbus in der Geldanlage. Doch mangelnde Kosten- und Kurstransparenz sowie begrenzte Laufzeiten machen diese Wertpapiere nicht gerade attraktiv. Für all jene, die sich dennoch mit dieser Spezies anfreunden wollen, sind hier vier Empfehlungen genannt.

■ **SG Hedge Index** (Société Générale), Wertpapierkennnummer (WKN) 711 711, ohne Fälligkeitsbegrenzung, ein Prozent Ausgabeaufschlag und 3,08 Prozent jährliche Managementgebühr, wöchentliche Kursangabe

■ **Diversified Alpha** (Barclays Bank), WKN 791 171, fällig am 20. Dezember 2006, kein Ausgabeaufschlag, 2,75 Prozent jährliche Managementgebühr, tägliche Wertberechnung aus rund 20 offiziell zertifizierten Fonds

■ **Hedge Star X** (Deutsche Bank), WKN 665 498, fällig am 31. Januar 2011, kein Ausgabeaufschlag, 2,20 Prozent jährliche Managementgebühr und jährlich zehn Prozent vom Gewinn, breite Fondstreue

■ **Comas Plus B** (Commerzbank), WKN 719 497, fällig am 15. Mai 2007, kein Ausgabeaufschlag, 1,50 Prozent jährliche Managementgebühr und zehn Prozent vom Jahresgewinn, monatliche Kursberechnung

um sie zur gleichen Zeit in London zu 51 Euro zu verkaufen. Auch auf Anleihen, Rohstoffe und Währungen lässt sich, etwas trickreicher, das Arbitragegeschäft übertragen.



Dennoch: Hedge-Fonds sind nach Meinung der deutschen Börsenaufsicht immer noch so riskant, dass sie hier zu Lande nicht zum Vertrieb an die Masse der Kleinanleger zugelassen sind. Kauft hingegen ein deutscher Steuerbürger einen ausländischen Fondsanteil, etwa ein Produkt der schweizerischen Creinvest AG, muss er zur Strafe die eventuell angefallenen hochprozentigen Renditen voll und ganz versteuern. Bei den amtlich tolerierten Fonds hingegen sind die Kursgewinne nach einem Jahr Spekulationsfrist steuerfrei.

Doch wo ein Wegweiser in Richtung „hohe Rendite“ zeigt, ist in aller Regel auch ein Weg. So emittieren deutsche wie auch französische, britische und schweizerische Großbanken sogenannte Hedge-Fonds-Zertifikate. Der Zertifikat-Inhaber besitzt damit keinen substantiellen Anteil an einem Hedge-Fonds, sondern nur ein so genanntes Derivat. Hierbei handelt es sich um ein eigenständiges Wertpapier, das an die Wertentwicklung

eines zumeist ganzen Korbes voller Hedge-Fonds gekoppelt ist. Dadurch wird das Hedge-Fonds-Risiko auf ein Niveau nivelliert, das auch für Privatanleger erträglich ist.

Doch auch die Hedge-Fonds-Zertifikate, die von nahezu allen deutschen Geldinstituten vermittelt werden, haben bis auf wenige Ausnahmen einen technischen Pferdefuß: Ihre Laufzeit ist begrenzt. Damit grenzen die Emit-

tenten selber ein großes Risiko ein. Das aber bedeutet im ungünstigen Fall: Das Zertifikat wird zu einem Zeitpunkt ausbezahlt, der für den Käufer verlustreich ist. Er hat dann keine Chance mehr, wie etwa bei einem ganz normalen Aktienfonds, entstandene Verluste einfach auszusitzen.



Doch wo deutsche Geldinstitute den kleinen Mann mit ins Boot der vermeintlichen Großgewinne einsteigen lassen, kassieren sie nicht nur hinter den Kulissen kräftig ab, ohne dass er davon in der Regel erfährt. Auch der Eintrittspreis für eine Bootsfahrt auf rauer See fällt recht happig aus: So kostet etwa das Value Vision Protect-Zertifikat der HypoVereinsbank (Wertpapierkennnummer: 593 244) drei Prozent

Ausgabeaufschlag, 4,25 Prozent jährliche Managementgebühr und alljährlich auch noch zehn Prozent vom erwirtschafteten Gewinn. Pauschal liegt der Zertifikat-Anleger gewiss nicht schief, wenn er von der Jahresrendite sechs Prozent zur Deckung der diversen Kosten abzieht. So viel muss dann ein Zertifikat mindestens verdienen, wenn der Investor unterm Strich überhaupt im Plus landen will.

### Zertifikat-Gebühren

Die Gebühren fallen so unterschiedlich aus, dass sie nicht vergleichbar sind. Doch eine Beteiligung am Gewinn (die Margen liegen zwischen zehn und 20 Prozent) sollte der Anleger nur mit Bedacht akzeptieren. Und wenn hinter einem Zertifikat ein Bündel von 20 oder auch 50 einzelner Hedge-Fonds steht, dann entstehen auch hier, für den Zertifikat-Inhaber zumeist nicht sichtbar, ganz erhebliche Gebühren und Kosten, die gleich an der Quelle die Rendite erheblich schmälern können. Somit droht der Anleger bereits aus den offenen und versteckten Kosten in eine Renditefalle zu geraten.

Fazit: Auch Hedge-Fonds-Zertifikate sind letztlich keine sichere Bank, sondern wiederum nur eine Wette mit ungewissem Ausgang. Sicher sind lediglich die hohen ausgewiesenen wie auch die versteckten Kosten. Wer indes auf Nummer Sicher gehen will, sollte in den derzeit unsicheren Zeiten lieber in einen konservativen, rein auf Substanzwerte ausgerichteten Aktienfonds investieren oder einen bestehenden Aktienfonds aufstocken und dann geduldig warten. Denn Zeit ist immer noch das sicherste Geld. ■

Neue Rechtslage seit Anfang 2002

## Schnelles Handeln bei säumigen Zahlern

Sigrid Olbertz

*Seit Anfang des Jahres hat sich für Zahnärzte in Sachen Schuldrecht einiges geändert. Zwar wird es (wie bei jeder gesetzlichen Neuerung) mehrere Jahre dauern, bis ein genauer Überblick über die neue Rechtslage geschaffen ist. Die neue Rechtskultur wird sich erst durch richterliche Entscheidungen herausbilden müssen. Dessen ungeachtet sind einige gesetzliche Neuerungen schon heute für den Zahnarzt von Interesse und Bedeutung.*

### Änderungen im Verjährungsrecht

Das Verjährungssystem ist vereinheitlicht worden. Einige Verjährungsfristen wurden drastisch verkürzt, andere dagegen verlängert. Die neuen Vorschriften gelten für alle ab dem 1. Januar 2002 entstehenden Ansprüche. Für Ansprüche, die vor dem 1. Januar 2002 entstanden sind und bis zum 31. Dezember 2001 noch nicht verjährt waren, gilt der Grundsatz: Es läuft die Verjährungsfrist, die im Vergleich zwischen der alten und der neuen Frist kürzer ist.

■ Von bisher zwei Jahren wurde die **Verjährung von Honoraransprüchen** auf drei Jahre verlängert. Sie beginnt mit Ende des Jahres, aus dem der Anspruch stammt (in dem also die zahnärztliche Leistung erbracht beziehungsweise die korrekte Rechnung erstellt wurde und der Schuldner diese auch erhalten hat). Eine Honorarforderung vom 2. Mai 2002 würde demnach am 31. Dezember 2002 beginnen, zu verjähren. Die Verjährungsfrist endet drei Jahre später am 31. Dezember 2005. Bisher wurde die Verjährung

zum Beispiel durch Zustellung eines Mahnbescheides oder durch Erhebung der Klage unterbrochen. Wurde diese Unterbrechung beendet, begann die ursprüngliche Verjährungsfrist neu zu laufen. Nach neuem Recht wird die Verjährungsfrist durch die Einleitung der oben genannten Maßnahmen nur noch gehemmt. Das bedeutet, dass eine Verjährung nicht weiterläuft, sondern „ruht“. Anschließend läuft die ursprüngliche Verjährungsfrist weiter.

Für eine Hemmung reicht eine einfache Mahnung nicht aus. Der Zahnarzt muss nach wie vor zu drastischeren Mitteln greifen – etwa Klageerhebung oder Zustellung des Mahnbescheides im Mahnverfahren. Neuerdings ruht der Ablauf der Verjährungsfrist auch dann, wenn zwischen Zahnarzt und säumigem Zahler Verhandlungen stattfinden. Aber wie gesagt: Nach Abbruch der Verhandlungen läuft die bis zum Verhandlungsbeginn abgelaufene Verjährungsfrist weiter.

Zukünftig kann also ein zügiges Handeln seitens des Zahnarztes erforderlich sein.

Was bisher als Unterbrechung der Verjährung bezeichnet wurde, heißt nun „Neubeginn der Verjährung“. Wie die eindeutigere Wortwahl schon darstellt, beginnt eine Verjährungsfrist von Neuem, wenn der Patient gegenüber dem Zahnarzt – zum Beispiel durch Abschlagszahlung – den Anspruch anerkennt. Gleiches gilt, wenn eine Vollstreckung beantragt oder vorgenommen wurde.

Haftungsansprüchen wurde auf drei Jahre verkürzt. Aber: Die Dreijahresfrist beginnt erst mit Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Geschädigte Kenntnis von der Person des Schädigers und den anspruchsbegründenden Umständen erlangt hat.

Gerade das subjektive Element der Kenntniserlangung kann dazu führen, dass die Dreijahresfrist erst Jahre nach dem schädigenden Ereignis beginnt – nämlich dann, wenn sich die Folgen einer vermeintlichen ärztlichen Fehlbehandlung zeigen. Zur Vermeidung „ewiger Verjährungsfristen“ sieht das neue

Recht Verjährungshöchstgrenzen unabhängig von der Kenntniserlangung des Geschädigten vor. Diese laufen, je nach Art des entstandenen Schadens, zwischen zehn und 30 Jahren.

Keine Änderung der Verjährungsfristen hingegen erfolgte im Bereich der deliktischen Ansprüche, also dem Bereich, aus dem der Schmerzensgeldanspruch resultiert. Weiterhin wird die Verjährung drei Jahre ab Kenntnis des schädigenden Ereignisses betragen. Auch hier gelten die zuvor erwähnten Höchstgrenzen. Somit wurden die Verjährungsfristen für vertragliche Haftungsansprüche und für deliktische Haftungsansprüche angepasst.

■ Bisher galt für die **Verjährung von Verletzungen der Vertragspflichten** – wie etwa der Sorgfaltspflicht aus dem Behandlungsvertrag – eine Frist von 30 Jahren. Diese Verjährungsfrist aus vertraglichen

■ **Verjährung von Gewährleistungsansprüchen:** Die kaufrechtlichen Gewährleistungsansprüche eines Zahnarztes, gleichgültig ob gegen Zahn-techniker oder sonstige Lieferanten, verjähren nunmehr erst



Foto: goodshoot



nach zwei Jahren. Dagegen beträgt die Gewährleistungsfrist für Mängelansprüche bei einem Bauwerk wie bisher fünf Jahre.

## Änderungen im Kaufrecht

Das gesamte Kaufrecht ist umfassend neu und verbraucherfreundlich gestaltet worden. Der Gesetzgeber geht nun davon aus, dass bei einem mit Mängeln behafteten Kaufgegenstand dem Verkäufer zunächst die Möglichkeit zur Nachbesserung einzuräumen ist. Die Nachbesserung kann durch Mangelbeseitigung oder Lieferung einer mangelfreien Ware erfolgen. Insoweit hat der Käufer grundsätzlich ein Wahlrecht. Gelingt die Nachbesserung nicht, kann der Käufer den Kaufpreis mindern oder vom Vertrag zurücktreten und sogar Schadensersatz verlangen. Schadensersatzansprüche beschränken sich dabei nicht nur auf Ansprüche gegenüber dem Verkäufer, sondern können auch gegenüber dem Hersteller der Ware bestehen – insbesondere, wenn dieser eine Garantieerklärung abgegeben hat.

Bezüglich der Reichweite der Käuferrechte unterscheidet das

Gesetz künftig danach, ob an dem Geschäft ein Verbraucher (so genannter Verbrauchsgüterkauf) oder nur ein Unternehmer beteiligt ist. Für den Fall des Verbraucherkaufes wurden die Verbraucherrechte erheblich ausgeweitet.

Kauft ein Zahnarzt eine Ware, so ist zu unterscheiden, in welcher Eigenschaft er diese erwirbt. Kauft er sie für den Privatbereich, handelt er als Verbraucher und die gesetzlichen Verjährungsfristen können nicht durch die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Verkäufers verkürzt werden. Bei neuen Waren beträgt diese zwei Jahre, bei gebrauchten Gegenständen mindestens ein Jahr. Kauft er die Ware für seine Praxis, handelt er als Unternehmer. Hier ist eine Verkürzung der Verjährungsfristen durch die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zulässig.

## Verzugszinsen

Ebenso wirkt sich diese Neugliederung auf fällige Verzugszinsen aus. Befindet sich der Zahnarzt im Zahlungsverzug gegenüber



einem Lieferanten oder seinem Labor, muss er auf Grund seines Unternehmerstatus einen höheren Verzugszins zahlen, als ein Verbraucher im Privatbereich.

Bei Unternehmern liegen die Verzugszinsen acht Prozent über dem Basiszinssatz von zurzeit 2,57 Prozent. Dagegen wird der Verbraucher nur mit fünf Prozent über dem Basiszinssatz belastet.

Der Verbraucherstatus gilt selbstverständlich auch für Patienten. Begleitet ein Patient nicht innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungslegung die zahnärztliche Liquidation, befindet er sich automatisch (auch ohne Mahnung) in Verzug. Da der Patient jedoch Verbraucher ist, muss auf der Liquidation ein Hinweis über den automatisch eintretenden Zahlungsverzug erfolgen. Um hier Probleme hinsichtlich des Verzugsseintritts zu vermeiden, ist es empfehlenswert, auf der Honorarrechnung einen genauen, angemessenen Leistungszeitpunkt zu setzen (etwa: „Zahlung zwei Wochen nach Erhalt der Rechnung“). Wird nach dieser Zeit nicht ge-

zahlt, befindet sich der säumige Patient automatisch in Verzug. Weitere Mahnungen (gegebenenfalls mit weiteren Fristsetzungen) sind nicht erforderlich.

## Änderungen im Arbeitsrecht

Die neue Gesetzeslage hat auch Auswirkungen auf das Arbeitsrecht. Der Gesetzgeber weist dem Zahnarzt als Arbeitgeber im Ergebnis den Unternehmerstatus zu. Damit erlangt der Arbeitnehmer den höher schutzwürdigen Status des Verbrauchers. Daraus folgt, dass Unklarheiten im Arbeitsvertrag im Zweifel zu Lasten des Zahnarztes gehen. Ebenso dürfen Bestimmungen im Arbeitsvertrag den Arbeitnehmer nicht unangemessen benachteiligen.

Die Vielfalt der Gesetzesänderungen wird in den nächsten Jahren Zahnärzte und Gerichte beschäftigen. Denn erst durch entsprechende richterliche Auslegung wird eine zunehmende Rechtssicherheit entstehen.

*Dr. Sigrid Olbertz, MBA  
Zahnärztin und  
Master of Business Administration  
Im Hesterkamp 12 a  
45768 Marl*

*ERO-Vollversammlung in Dubrovnik*

## Gemeinsame Trends und vielfältige Probleme

**Gemeinsame Trends, aber auch eine Vielfalt an ureigensten zahnärztlichen Belangen wurden auf der letzten Sitzung der ERO in Dubrovnik diskutiert. Ganz aktuell ist die Auseinandersetzung mit der EU-Ost-Erweiterung.**

Europa wächst immer mehr zusammen und das gilt auch für die Zahnärzte. Ähnliche Probleme beschäftigen die zahnärztlichen Berufsverbände in Europa. Diese miteinander auszutauschen und zu gemeinsamen Standpunkten zu kommen, ist eine wichtige Aufgabe der Europäischen Regionalorganisation, der ERO. Dabei wird die ERO immer größer oder anders gesagt, die Tendenzen in Europa, besonders in Mittel- und Osteuropa, zur Bildung vieler Nationalstaaten, spiegeln sich auch in der ERO wider. Zu den bereits 36 Mitgliedsländern der ERO wurden bei der diesjährigen Vollversammlung (26./27. April) drei neue Länder aufgenommen, nämlich die Zahnärzterverbände von Bulgarien, Armenien und Georgien. Weiter

### ■ Veränderungen im Verband

Darüber wurde aus mehreren Ländern berichtet. Dies betrifft personelle, strukturelle und organisatorische Veränderungen. Die bedeutendste strukturelle Veränderung wird aus Österreich berichtet. Dort hat die EU ein „Vertragsverletzungsverfahren“ eingeleitet mit dem Ziel, die Organisation der Ärzte und Zahnärzte in einer gemeinsamen Kammer in Frage zu stellen. Daher wird die Trennung der Zahnärztekammer von der Ärztekammer zurzeit diskutiert.

### ■ Zahnärztliche Ausbildung

Über eine EU-konforme Umstellung der zahnärztlichen Ausbildung wird aus den beitriftswilligen Ländern und Österreich berichtet.

kunde in Mitteleuropa, wenn hier auch die Tendenz zur Reduzierung der Anzahl der Gebiete zu verzeichnen ist. Andererseits bestehen Tendenzen zur Ausdifferenzierung der Zahnheilkunde und damit zu mehr Spezialisierungen in westeuropäischen Ländern, insbesondere Großbritannien.

### ■ Manpower-Fragen

Sie sind weiterhin in mehreren Ländern aktuell. Über einen Mangel an Zahnarzt-Nachwuchs wird aus Norwegen berichtet, insbesondere betrifft das Gebiete in Nord-Norwegen. Die Neueröffnung einer zahnmedizinischen Fakultät in Norwegen (Tromsø) wird daher diskutiert.

### ■ Zahnarzhelferinnen, Dental Hygienists, Zahntechniker

In den Niederlanden besteht die Tendenz zur weiteren Verselbständigung der Dentalhygienikerinnen durch die Ausweitung der Ausbildungsdauer auf vier Jahre. Die ERO wird sich dieser Entwicklung entgegenstellen müssen. Von aktuellen Schwierigkeiten der Verselbständigung der Zahntechniker wird aus der Slowakei berichtet, hier ist vorgesehen, dass ein Praxislabor nicht mehr durch Zahnärzte geführt werden darf.

### ■ Vertragsverhandlungen

Es wird von teils erfolgreichen Verhandlungen, zum Beispiel aus den Niederlanden, wie auch von schwierigen Verhandlungen (Österreich) berichtet. Die finanziellen Mittel für zahnärztliche Versorgung sind in Mitteleuropa immer noch zu gering. Die Honorare wurden häufig nur gerade an die Inflationsrate angeglichen.

Ein wichtiges Thema für die ERO mit ihren bald 40 Mitgliedsländern ist die EU-Ost-Erweiterung. Neben den 15 Mitgliedstaaten werden voraussichtlich bis 2004 weitere zehn Länder Mitglied der EU werden, noch mehr Länder streben eine Mitgliedschaft an. Wichtigste Fragen beim EU-Beitritt sind aus zahnärztlicher Sicht die Qualität und Qualitätssicherung der zahnärztlichen Berufsausübung sowie Fragen des Patientenschutzes. Von der EU-Kommission aus wird zurzeit die Äquivalenz der Ausbildung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in den beitriftswilligen Ländern überprüft. Es scheint, dass befristete Übergangsregelungen vereinbart werden, um den freien Aus-



Foto: Kirsich



Foto: Pfeifer



Foto: Lopata

*BZÄK-Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels (l.) setzte sich besonders für die deutschen Zahnärzte ein. Dr. Fritz-Josef Willmes, BZÄK (m.), und Dr. Wilfried Beckmann, Vorsitzender FVDZ (r.), waren die deutschen Delegierten bei der ERO-Vollversammlung in Dubrovnik.*

haben eine Mitgliedschaft beantragt: Ukraine, Aserbaidschan und Kirgistan.

Die Berichte der Länder über aktuelle Entwicklungen bildeten einen wichtigen Part der Tagesordnung. Der ERO-Vorstand bat die Bundeszahnärztekammer als federführende Stelle eine Zusammenfassung der Länderberichte in der Vollversammlung vorzustellen.

Als wichtige gemeinsame Themen und Trends in den Ländern wurden unter anderem herausgestellt:

### ■ Fortbildung

Mit besonderer Brisanz wird von der Bundeszahnärztekammer die Tatsache beurteilt, dass in einigen Ländern eine Zwangsf Fortbildung mit Rezertifizierung (zum Beispiel Kroatien, Großbritannien) existiert, in anderen Staaten wird eine Fortbildungsteilnahme auf freiwilliger Basis mit Punkteerwerb gefordert.

### ■ Spezialisierungen

Es gibt immer noch recht viele Spezialisierungen in der Zahn-, Mund- und Kieferheil-

tausch von Personen und Dienstleistungen im Sinne eines qualitätsgesicherten Verbraucherschutzes zu gewährleisten.

Es ist eine wichtige Aufgabe der ERO, die beitriftswilligen Länder bei ihren Bemühungen zum EU-Beitritt zu beraten und zu unterstützen. Die Bundeszahnärztekammer hingegen muss zusätzlich eigene Interessen vertreten. Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels: „Wir tun alles bei der EU-Kommission und dem Europäischen Parlament, dass Deutschland – vor allem Ostdeutschland – nicht von nicht ausreichend qualifizierten Zahnärzten überschwemmt wird. Wir fordern mit Vehemenz Übergangsfristen.“

Bei der diesjährigen Vollversammlung wurde die Rolle der ERO in Europa und in der FDI in einem gesonderten Themenblock diskutiert. Die ERO hat ihre eigene Stellung zu finden in Bezug zum Zahnärztlichen Verbindungsausschuss, ZÄV, und zur Fédération Dentaire Internationale, FDI.

Das seit Jahren von allen deutschen Zahnärzteverbänden vorgebrachte Votum, die beiden europäischen Zahnärzteverbände ERO und ZÄV zu einem einzigen europäischen Zahnärzteverband zusammen zu legen, wurde bisher von der Mehrheit der europäischen Mitgliedsländer abgelehnt. Daher schlug BZÄK-Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels, der in beiden europäischen Organisationen aktiv ist, eine Arbeitsteilung bei der Themenbearbeitung durch ERO und ZÄV vor. Dieser Vorschlag wurde in der ERO Vollversammlung in Dubrovnik mit großer Zustimmung zur Kenntnis genommen und der Vorstand mit der Realisierung beauftragt. Die BZÄK wird eine effizientere Struktur in den europäischen Zahnärzteorganisationen einfordern. BZÄK



## Historischer Rückblick

# Die Entwicklung der festsitzenden Apparatur

Boris Sonnenberg, Gernot Göz

## Teil 1 – Historischer Überblick 1728 bis 1878

**Schiefe Zähne müssen kein Schicksal sein. Schon im frühen 18. Jahrhundert haben Zahnärzte damit begonnen, sie gerade „in Reihe“ zu stellen. In einem dreiteiligen Beitrag lesen Sie die historische Entwicklung der festsitzenden kieferorthopädischen Apparatur bis hin zum heutigen Bracket.**

Die erste in der Literatur beschriebene Apparatur für die Bewegung von Zähnen entstand im 18. Jahrhundert. Fauchard hat diese 1728 in seinem Werk „Le Chirurgien Dentiste ou traité des dents“ in Paris veröffentlicht. Das Fauchard-Band wurde aus Silber oder Gold hergestellt und mit Seidenfäden oder Drähten an den anormal stehenden Zahn sowie an die Nachbarzähne ligiert (Abb. 1) [Ward 1964]. Auch Bourdet

zm 12: Teil 1  
Historischer Überblick  
1728 bis 1878

zm 13: Teil 2  
Historischer Überblick  
1906 bis 1980

zm 14: Teil 3  
Bracketentwicklung

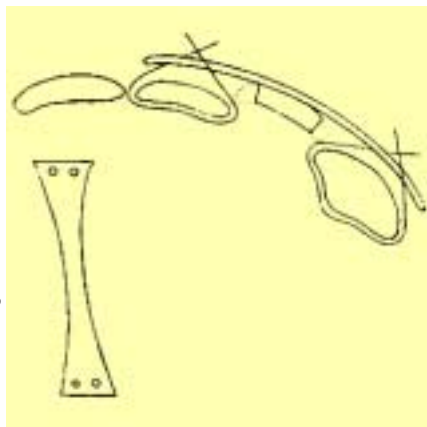


Abb. 1: Fauchard Band (1728) [Kaminek 1980]

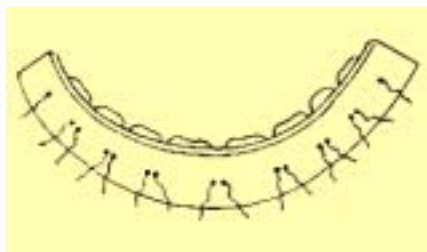


Abb. 2: Bourdet Band (1757) [Kaminek 1980]

hat 1757 mit einem breiten Metallband gearbeitet. Unregelmäßig stehende Zähne wurden mit der Zange luxiert und mit Seide an einem breiten Metallband befestigt, das alle Zähne des Zahnbogens umgab (Abb. 2). Anfang des 19. Jahrhunderts wurde be-

gonnen, Aufbisse an den Metallbändern zu befestigen. Catalans gab eine Beschreibung seines Planum inclinatum, einer geneigten Fläche für das Geraderichten von Zähnen. Die Apparatur bestand aus einer Art Band, das an den Unterkieferzähnen entlang lief und mittels Klammern und Ligaturen befestigt wurde. An dieser festen Gold-Platin-Basis wurde ein von vorne unten nach hinten oben gerichteter Vorsprung angelötet, der als schiefe Ebene diente. Bei jedem Zusammenbeißen drängte die schiefe Ebene die oberen Frontzähne nach außen (Abb. 3). Fox versuchte bei der Regulierung der Progenie, den Unterkiefer hinter den Oberkiefer zu bringen und erhöhte dazu ebenfalls den Biss. Er benutzte eine Art Fauchard-Band, befestigte an den Enden ein Stück Kork und schob dieses zwischen die Backenzähne. Später stanzte er zu diesem Zweck Gold- und Silberkappen, stülpte diese über die Zähne und lötete das Band an die Kappen an (Abb. 4).

Durch weitere Zusätze, wie Holzkeile, spezielle Ligaturentechniken und den Zahn umfassende Hilfsmittel, wie Kappen, Ösen und Ringe, wurde versucht, die Ergebnisse zu verbessern.

So empfahl Delabarre, schiefe Zähne durch Holzkeile und Seidenfäden, die er zwischen

die Zähne einlegte und festband, geradezurichten. Musste ein Zahn gezogen werden, drängte er die Nachbarzähne mittels kleiner Holzkeile in die Lücke. Bei Rotationen verwandte er eine Art Kappe, die dem gedrehten Zahn genau ansaß. An einer Seite der

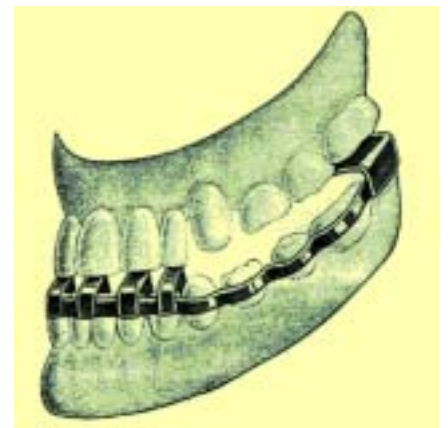


Abb. 3: Catalan (1800) Planum inclinatum [Kaminek 1980]

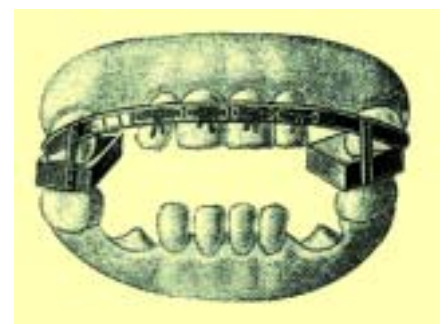


Abb. 4: Fox (1810) Progenieregulator [Pfaff 1906]



Abb. 5: Delabarre (1815) Rotationskappchen [Pfaff 1906]



Abb. 6: Linderer (1837)  
Doppelspange [Pfaff 1906]



Abb. 7:  
Maury (1828)  
Ligatur mit  
Schleifenligatur  
[Pfaff 1906]



Abb. 8: Linderer (1837)  
Blehhaken [Angle 1913a]

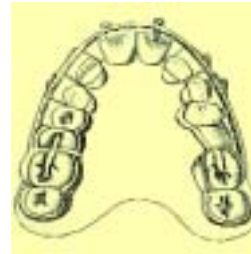


Abb. 9: Schange (1841)  
Apparatur zur Regulierung  
von Schiefständen  
[Angle 1913a]



Abb. 10: Schange (1841)  
Klammerband zur Zahn-  
rotation [Pfaff 1906]

Kappe befand sich eine Öse, in der ein gebogener Hebel befestigt wurde. Dieser Hebel wurde mit seinem freien Ende der Zahnreihe entlang mit Ligaturen befestigt (Abb. 5). Eine Doppelspange wurde von Linderer bei multiplen Achsendrehungen eingesetzt. An der mesialen und distalen Seite der Zähne waren Bohrungen in der Doppelspange an-

gebracht, um die Zähne mit Holzkeilen zu rotieren (Abb. 6) [Pfaff 1906]. Maury extrahierte die ersten Prämolaren eines Kiefers bei stark hervorstehender Front und verwandte eine Ligatur, um die Eckzähne in die entstandene Lücke zu ziehen. Das Abrutschen der Seidenfäden vermied er durch das Befestigen kleiner Bleche, die er in Hakenform

über die Zähne greifen ließ (Abb. 7). Linderer verzichtete auf diese Bleche und bevorzugte bei seinen Regulierungen die nach ihm benannte Schleifenligatur.

Damit die Fäden nicht unter das Zahnfleisch glitten, ließ er die Ligatur über die Schneideflächen greifen (Abb. 8) [Angle 1913a].



Abb. 11: Linderer (1848) Metallring zur Zahnrotation [Pfaff 1906]



Abb. 12: Carabelli (1842) Zahnregulierungsapparat [Pfaff 1906]



Abb. 13: Carabelli (1842) Zahnregulierungsapparat [Pfaff 1906]

nem halbkreisförmigen Band, das zwei gezahnte Enden besaß. Der gezahnte Teil des Bandes griff an den Hülsen in ein Zahnrad ein, das mit Hilfe eines Uhrenschlüssels gedreht werden konnte. Die anderen Zähne befestigte er mit Seidenligaturen (Abb. 14). Zur Vermeidung eines palatinalen Kippens der Oberkieferfrontzähne bei Reduzierung einer Frontzahnstufe oder zur Regulierung eines Steilstandes der Oberkieferfront, zeigte Farrar 1878, wie er den labial verlaufenden Bogen zum Festhalten der Frontzähne benutzte, während er die Vorwärts-

Schlinge verbesserte dann die Apparatur Catalans und entwickelte zur Regulierung der Schiefstände eine Apparatur, welche aus zwei die Molaren und Prämolaren umfassenden Klammern bestand. An der bukkalen Seite war ein breitgeschlagener Golddraht angelötet, der den bukkalen Flächen des Zahnbogens folgte und von den nach auswärts zu drängenden Zähnen etwas abstand (Abb. 9). Um für eine Rotationsbewegung die Zahnkrone körperlich fassen zu können, benutzte er eine Art Klammerband, das den Zahn durch zwei von den Molaren kommende Fadenzüge drehte (Abb. 10) [Pfaff 1906].

Linderer veröffentlichte 1848 ein Handbuch, in welchem Methoden zum Geraderichten von Zähnen beschrieben wurden. Er verwandte unter anderem Ringe mit Ösen und Ligaturen zur Achsendrehung. Ein Metallring, der an einer Seite offen war und dessen Enden ungefähr fünf Millimeter auseinander standen, wurde an beiden Enden durchbohrt. Der Ring wurde angelegt und mit einem Faden zusammengebunden. Die an dem Ring angebrachten Ösen verband man über Ligaturen mit einem Molaren, indem die äußere Ligatur nach innen geführt wurde und die innere nach außen (Abb. 11).

Eine weitere Entwicklung ging in die Richtung, Mechaniken aus dem Bereich des Maschinenbaus zu übernehmen und zu miniaturisieren. Carabelli hat auf diese Weise

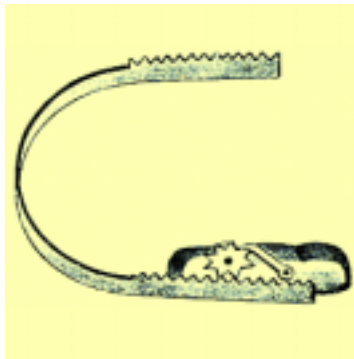


Abb. 14: Rogers (1847) Regulator [Pfaff 1906]

zahlreiche Apparate entwickelt. Als Erster fertigte er seine Apparate nicht mehr am Patienten direkt, sondern im Labor auf Patientenmodellen an. Zwei Apparaturen, die durch ihre Kompliziertheit auffallen, seien hier erwähnt. An einem Metallbügel war ein System von Miniaturgewinden und Wellen befestigt. Die zu regulierenden Zähne wurden von Fäden umschlungen, die um die Wellen liefen. Durch Aktivierung der Gewinde wurden die betreffenden Zähne nach außen gezogen. Eine Sperrvorrichtung aus einem Zahnrad und einer Sperrklinke hielt die Welle in ihrer neuen Lage fest (Abb. 12). Carabelli benutzte auch eine Miniaturschraubenpresse, um einen Zahn in palatinaler Richtung zu verschieben. Die Schraube verlief durch den Labialbügel und wurde durch ihre Eigenreibung im Gewinde in der gewünschten Lage festgehalten (Abb. 13).

Rogers entwickelte etwa zur gleichen Zeit einen „Regulator“. Dieser bestand aus zwei die Molaren umfassenden Klammern und ei-

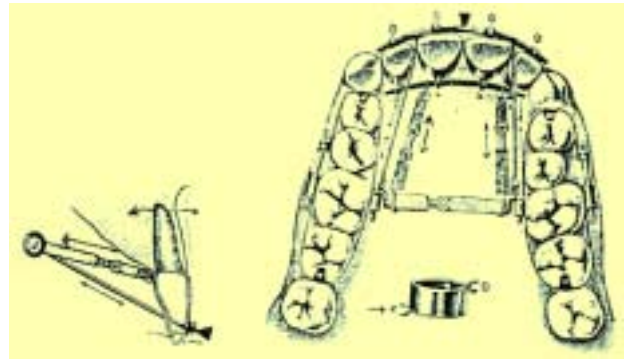


Abb. 15: Farrar (1878) Apparatur zur Reduzierung einer Frontzahnstufe [Angle 1913b]

oder Rückwärtsbewegung der Wurzeln durch Druck oder Zug zweier Hebeschrauben durchführte. Er bewirkte mit dieser Mechanik eine Torquebewegung, benötigte jedoch für den bukkalen Wurzeltorque eine andere Vorrichtung als zur Durchführung eines lingualen Wurzeltorques (Abb. 15) [Angle 1913b].

Dr. Boris Sonnenberg  
Olgastraße 39  
70182 Stuttgart

Prof. Dr. Dr. Gernot Göz  
Poliklinik für Kieferorthopädie  
Osianderstraße 2-8  
72076 Tübingen

Den zweiten und dritten Teil lesen Sie in den zM 13 und 14

zm Leser service

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



## AG Dentale Technologie: neuer Vorstand gewählt

Die 31. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V. (ADT) geht mit einem neuen Vorstand in ein neues Jahrzehnt ihres Bestehens. So wurde Prof. Dr. Heiner Weber, Ärztlicher Direktor, Tübingen, zum Ersten Vorsitzenden und Prof. Dr. Jürgen Setz, Ärztlicher Direktor, Halle, zum stellvertretenden Ersten Vorsitzenden gewählt. Jan Langner, Zahntechnikermeister, Schwäbisch Gmünd wurde zweiter Vorsitzender, Jürgen Mehlert, Zahntechnikermeister, Hamburg, erhielt das Amt des stellvertretenden zweiten Vorsitzenden.

Der neue Vorstand hat sich zwei Bereiche zum Ziel gesetzt:

1. Förderung des fachlichen Nachwuchses im zahntechnischen und zahnmedizinischen Bereich durch kostenlose Mitgliedschaften für die Zeit der Ausbildung/ Studium.



2. Bei der Programmgestaltung wird durch gezielte, schwerpunktmäßige Vortrageeinladung die Themenauswahl um einen aktuellen Beitrag mit besonderer Bedeutung für die praktische Arbeit und Auswirkung für den Patienten erweitert.

Außerdem wird unter dem Aspekt der vorgenannten Förderung des Nachwuchses ein eigener Programmteil für diesen Personenkreis angeboten. sp/pm

## Dr. Hein in Prag geehrt



Dr. Werner Hein, Präsident der Internationalen Gesellschaft für Präventivmedizin, Nabburg, ist vor kurzem vom ersten Vizegesundheitsminister Tschechiens, Dr. Michal Pohanka, geehrt worden. Er bekam von ihm ein Dankeschreiben für seine interdisziplinäre Studie „Primär-Primär-Prävention – zur Entwicklung eines gesunden Kauorgans“ persönlich überreicht. Mit der Studie habe Hein, der seit 1991 Gastdozent an der Karlsuniversität Prag und Pilsen ist, Vorbildliches für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Länder geleistet. Im September 2001 wurde die Arbeit auf einem internationalen Symposium in Prag vorgestellt. pr

## Bundesverdienstkreuz an Prof. Dr. Franz Daschner

Der Direktor des Instituts für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Freiburg, Professor Dr. med. Franz Daschner, wurde mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Die Verleihung wurde durch den Rektor der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Jäger, vorgenommen.

Franz Daschner hat sich seit 1976 im Laufe seiner 25-jährigen Tätigkeit am Freiburger Universitätsklinikum konsequent für die Belange der Krankenhaushygiene und der Umweltmedizin eingesetzt. Vor allem seinem persönlichen und wissenschaftlichen Engagement ist es zu verdanken, dass sich in Deutsch-



land Krankenhaushygiene und Umweltmedizin entwickelt haben, die einerseits zu erheblicher Reduktion der Umweltbelastung von Krankenhäusern und zu Kosteneinsparungen geführt, andererseits einen sehr hohen Hygienestandard garantiert haben. sp/pm

## DGZPW hat neu gewählt



Auf der Mitgliederversammlung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde (DGZPW) wurde jetzt in Dresden der gesamte Vorstand der Gesellschaft neu gewählt: Erster Vorsitzender wurde Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Köln. Er löst damit Professor Dr. Hubertus Spiekermann,

Aachen, nach Ablauf seiner Amtszeit ab. Zum zweiten Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Rainer Biffar, Greifswald, und zum dritten Vorsitzenden der Praktiker Uwe Diedrichs, Neuss, berufen. Als vierter Vorsitzender (Werkstoffkunde) wurde Prof. Dr. Heinz Kappert, Freiburg, nominiert. Prof. Dr. Manfred Wichmann, Erlangen, wurde als Schriftführer in seinem Amt bestätigt. sp

Wünsche, Anregungen, Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen  
Postfach 41 0168  
50 861 Köln  
Tel.: 0221-4001-252  
Fax: 0221-4001-253  
e-mail: zm@kzbv.de  
ISDN: 0221-40 69 386

## Industrie und Handel

Servicekupon  
auf Seite 93

BEYCODENT

### Terminplaner für die Praxisführung



Das Terminplaner-Angebot von Beycodent wurde auf eine breite Auswahl von 13 verschiedenen Terminplaner-Einteilungen erweitert. Das Besondere ist die universelle Anpassung an die bestehende Termin- und Bestellstruktur der Praxis. Sowohl das Ringordner-System mit auswechselbaren Einlagen als auch die fest gebundenen Spiralbücher sind jeweils im Standard- oder Großformat erhältlich. Praxen, die spezielle Anforderungen an die Terminplanung stellen, haben die Möglichkeit, ihren

eigenen Terminplaner von Beycodent anfertigen zu lassen. Auf Wunsch gibt es eine kostenlose Mustermappe. Für einen ersten Eindruck kann man sich unter [www.beycodent.de](http://www.beycodent.de) informieren. Eine telefonische Vorabinformation ist zudem unter der Rufnummer 027 44/92 00 90 erhältlich.

BEYCODENT  
BEYER + CO GmbH  
Wolfsweg 34  
57562 Herdorf  
Tel.: 027 44/92 00-0  
Fax: 027 44/766  
E-Mail: [info@beycodent.de](mailto:info@beycodent.de)

JOHN O. BUTLER

### Chlorhexidin-Gel-Zahnpasta

Das Paroex Sortiment von John O. Butler wurde seit April durch die Paroex Chlorhexidin-Gel-Zahnpasta erweitert. Diese Zahnpasta enthält wie die Mundspülung 0,12 Prozent Chlorhexidylgluconat und zusätzlich Vitamin E sowie D-Panthenol. Sie ist zudem frei von anionischen Schaumstoffen. Die neue Zahnpasta ist ideal für Menschen mit

Zahnfleischproblemen oder mit erhöhtem Kariesrisiko. Geeignet ist sie auch für die lokale Interdentalraum-Reinigung oder bei bakteriell bedingtem Mundgeruch.

JOHN O. BUTLER GmbH  
Beyerbachstraße 1  
65830 Kriftel  
Tel.: 061 92/270 01  
Fax: 061 92/270 05

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

RÖSCH

### Kassenzulassung des INJEX™ Systems

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben entschieden, dass die notwendigen Bedingungen zur Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis erfüllt sind. Mit Datum vom 30. April 2002 teilte der IKK Bundesverband der Rösch AG Medizintechnik die Aufnahme des INJEX™ Systems in das Hilfsmittelverzeichnis inklusive Vergabe der entsprechenden Positionsnummer mit. Damit ist die Grundvoraussetzung für eine Kostenerstattung durch Krankenkassen erfüllt. Einschränkungen bezogen auf Anwendungsbereiche des INJEX™ Systems sind in dem Bescheid nicht enthalten. Die Rösch AG Medizintechnik befasst sich mit der

Forschung, Entwicklung und dem Vertrieb nadelfreier Applikations- und Messtechnologie. Bekanntestes Produkt ist INJEX™, eine unter anderem für Diabetiker entwickelte „Spritze ohne Nadel“, mit der Insulin schmerzarm injiziert werden kann. Das INJEX™ System eignet sich ebenfalls zur Lokalanästhesie im Dentalbereich, zur Thromboseprophylaxe mit Heparin, zur Immunmodulation mit Interferon/Interleukin sowie zur Gabe von Hormonen und Impfstoffen.

Rösch AG Medizintechnik  
Prof. Dr. med. Burghard Weidler  
Tel: 030/66 79 15-0  
[www.roesch-ag.de](http://www.roesch-ag.de)  
E-Mail: [vorstand@roesch-ag.de](mailto:vorstand@roesch-ag.de)

DMG

### Schnelle und zuverlässige Befestigung



TempocemNE von DMG ist ein automatisch anmischbarer eugenolfreier Befestigungszement zur provisorischen Befestigung von Kronen und Brücken. Jetzt ist er auch in der kleinen und handlichen Smartmix-Spritze erhältlich. TempocemNE-Smartmix kann ohne Ausbringgerät automatisch dosiert, angemischt und direkt appliziert werden. Die Mischkanülen sind noch kleiner und feiner als beim DMG Auto-

mix-System. TempocemNE ist universell einsetzbar, egal ob die definitive Versorgung konventionell oder adhäsiv erfolgt. Die geringe Filmstärke sorgt für eine hohe Passgenauigkeit. Die Haftung ist auf sicheren Halt bei gleichzeitig leichter Entfernbarkeit optimiert.

TempocemNE-Smartmix erweitert die Luxatemp-Familie. Hierzu bietet DMG ein Handbuch „Temporäre Versorgung im Focus“ an, das über das kostenfreie Service-Telefon 08 00/36 44 262 angefordert werden kann.

DMG Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH  
Elbgaustraße 248  
22547 Hamburg  
Tel.: 040/84 00 60  
Fax: 040/84 00 62 22  
[www.dmg.de](http://www.dmg.de)  
E-Mail: [info@dmg-hamburg.de](mailto:info@dmg-hamburg.de)

Ivoclar Vivadent**Brennen und Pressen in einem Gerät**

Ivoclar Vivadent hat den Pressofen EP 600 weiterentwickelt. Der neue EP 600 Combi ist eine Kombination aus Press- und Brennofen, wodurch das Pressen und Brennen von Keramikmaterialien in einem Gerät möglich wird.

Die Basis bildet der bewährte EP 600 Pressofen, der um Software und einen Brenntisch erweitert wurde. Dem Anwender stehen 50 Programme zur Auswahl, die frei und individuell eingestellt werden können. Mittels der zweistufigen Pro-

grammwahl können auch komplexere Spezialbrände durchgeführt werden.

Der EP 600 Combi verfügt über einen „intelligenten“ elektronischen Pressantrieb mit Drucksensor, wodurch ein Druckluftanschluss für einen pneumatischen Antrieb unnötig ist. Der Combi-Ofen ist mit einem Standardprogramm für die Verpressung von IPS Empress Rohlingen ausgestattet, weitere Pressprogramme können individuell gewählt werden. Das Kartenlesegerät bietet die Möglichkeit, zusätzliche Press- und Brennprogramme auf separaten Karten zu speichern. Auf Grund seiner Vielseitigkeit kann der neue EP 600 Combi im Laborbetrieb noch universeller eingesetzt werden.

*Ivoclar Vivadent AG  
Bendererstr. 2  
FL-9494 Schaan  
Tel.: +423 35 35 35  
Fax: +423 236 37 27  
www.ivoclarvivadent.com  
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com*

3M ESPE**3M ESPE Dental Talent Award 2002**

Mit einem Kurzvortrag über eigene Forschungsarbeiten können zahnmedizinische Nachwuchswissenschaftler von deutschen Universitäten einen wichtigen Schritt in ihre Zukunft machen: Der 3M Espe Dental Talent Award, zu dem die 3M Espe AG am 10. Oktober 2002 nach Seefeld in Oberbayern einlädt, winkt mit einem dreimonatigen Studienaufenthalt in den USA im Wert von mehr als 10000 US-Dollar als Hauptpreis. Teilnahmeberechtigt sind nicht ha-

bilitierte Zahnärzte, die an deutschen Universitäten angestellt sind. Nähere Informationen sind bei Espe erhältlich, Anmeldungen sind bis spätestens zum ersten August 2002 einzureichen an:

*3M ESPE AG  
z. Hd. Dr. Gerhard Kultermann  
ESPE Platz  
82229 Seefeld  
Tel.: 081 52/700-0  
Fax: 081 52/700-16 85  
www.espe.de  
info@espe.de*

Heraeus Kulzer**Auszeichnung für Desensibilisierer**

Das renommierte amerikanische Testinstitut „Reality Esthetics“ hat den Gluma Desensitizer von Heraeus Kulzer als einzigen Desensibilisierer mit der Bestnote fünf Sterne ausgezeichnet. Besonders hoben die Tester hervor, dass klinische Studien die lange Wirksamkeit bestätigen und dass sich dieses Präparat als einziges seiner Kategorie vorteilhaft auf den Haftverbund auswirkt. Positiv wurde auch bewertet, dass der Desensibilisierer als hygienische Einmalapplikation („Single Dose“) erhältlich ist.

Der Gluma Desensitizer dient sowohl der nachhaltigen desensibilisierenden Behandlung empfindlicher Zahnhälse als auch dem Schutz präparierter Zähne. Der Zahnarzt trägt den Desensibilisierer einfach auf die zu behandelnden Stellen auf, trocknet diese im Luftstrom und spült den Zahn ab. Die Wirkung tritt unmittelbar ein und hält bei hypersensiblen Zahnhälse mindestens



tens ein Jahr lang an. Das unabhängige Testinstitut Reality Esthetics in Houston, Texas, prüft Jahr für Jahr Dentalprodukte auf ihre klinische Bewährung. Jährlich erscheint eine Buchausgabe mit den neuesten Ergebnissen. Internet-User können sich unter [www.reality-esthetics.com](http://www.reality-esthetics.com) näher informieren oder eine E-Mail an [info@reality-esthetics.com](mailto:info@reality-esthetics.com) schicken.

*Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG  
Dentist Products Division  
Grüner Weg 11  
63450 Hanau  
Tel.: 08 00/43 72 33 68 (gratis)  
Fax: 061 81/35-35 62  
E-Mail: [info.dent@heraeus-kulzer.com](mailto:info.dent@heraeus-kulzer.com)  
[www.heraeus-kulzer.de](http://www.heraeus-kulzer.de)*

KCI Therapiegeräte**IKK empfiehlt V.A.C. Therapie**

Die V.A.C. Therapie wird seit Jahren in der stationären Versorgung von akuten und chronischen Wunden eingesetzt. Bisher wurde die Therapie im ambulanten Bereich als Hilfsmittel abgerechnet. Da diese Therapie aber kein Hilfsmittel

ist, hat der IKK Bundesverband einen Antrag beim zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gestellt, ob der Arzt die V.A.C. Therapie in ambulanten Praxen verordnen kann. Der IKK Bundesverband hält die Therapie für wirtschaftlich und therapeutisch notwendig.

*KCI Therapiegeräte GmbH  
Am Klingenberg 10  
65396 Walluf bei Wiesbaden  
Tel.: 061 23/605 06 05  
Fax: 061 23/605 06 57*



*Belmont Takara*

## Bei Behandlungsplätzen sparen



Behandlungsplätze ausländischer Hersteller, wie zum Beispiel von Belmont, sind denen der verbreiteten deutschen Marken qualitativ mindestens ebenbürtig. Sie sind zudem in der Anschaffung preisgünstiger und verursachen weniger Reparaturkosten. Das ergab eine im März 2002 extern durchgeführte Befragung von 250 Praxen. Die zufriedensten Nutzer (77,5 Prozent) hatten Belmont-Stühle. Dann folgten Sirona/ Siemens

mit 68,8 Prozent und KaVo mit 66,7 Prozent.

Die geringsten Kosten für Reparaturen verursachten Belmont-Stühle mit durchschnittlich nur 273,61 Euro pro Stuhl und Jahr. Auf Rang zwei folgte KaVo mit 325,88 Euro.

*Belmont Takara Company  
Europe GmbH  
Dental Info. Deutschland  
Berner Straße 18  
60437 Frankfurt/Main  
Tel.: 069/50 68 78-0  
Fax: 069/50 68 78-20*

*Dentaurum*

## Revalidierung nach EMAS II bestanden



Seit 1996 gibt es bei der Dentaurum-Gruppe ein geprüftes Umweltmanagementsystem. In regelmäßigen Abständen lassen die Unternehmen Dentaurum J. P. Winkelstroeter KG, Esprident GmbH und Tiolox Implants GmbH dieses System von einem unabhängigen Umweltgutach-

ter überprüfen. Auch die zweite Revalidierung wurde glänzend bestanden. Am 11. April 2002 überreichte Oliver Laukel, Umweltberater der IHK Nord-schwarz-wald, die Registrierungs-urkunden EMAS II an die Geschäftsleitung und den Arbeitskreis Managementsysteme.

*DENTAURUM J. P. Winkelstroeter KG  
Turnstr. 31  
75228 Ispringen  
Tel.: 072 31/803-184  
Fax: 072 31/803-345  
E-Mail: thomas.schirmer@  
dentaurum.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

*3i Implant Innovations*

## Implantatprothetik leicht gemacht

Mit einem neuen Aufbau für Deckprothesen macht 3i Implant Innovations die Implantatprothetik für Standardindikationen noch leichter. Der LocatorTM passt auf fast alle Implantate mit Standardaußensechskant und ebenso auf transgingivale Implantattypen. Durch eine neuartige Konstruktion kann der LocatorTM-Aufbau Implantatneigungen von bis zu 40° ausgleichen. Dadurch werden abgewinkelte Aufbauten unnötig. Der Aufbau wurde speziell zum leichten Befestigen von Deckprothesen entwickelt. Die selbstausrichtende Konstruktion erleichtert dem Patienten nicht nur den Umgang mit dem Zahnersatz, sondern spart auch dem Zahnarzt in der Nachsorge Zeit: Das Doppelretentionselement ist besonders verschleißarm. Durch eine Bauhöhe von nur 3,17 Millimetern ist der LocatorTM-Aufbau



besonders geeignet für Fälle mit einem geringen vertikalen Platzangebot. Weitere Informationen und die Broschüre sind erhältlich bei:

*3i Implant Innovations  
Gerwigstraße 66B  
76131 Karlsruhe  
Tel.: 07 21/63 14-220/-221  
Fax: 07 21/63 14-222  
www.3i-implant.de  
E-Mail: zentrale@3i-implant.de*

*GEBR. BRASSELER*

## Speziell entwickeltes Finierset



vier Größen, mit denen sich die korrekte, primäre Gestalt der Kaufläche gestalten lässt. Mit der Normalkornversion arbeitet man Form gebend, mit der Feinkornversion glättend.

Mit den beiden ultrafeinen Hartmetall-Finierinstrumenten erhalten die Restaurationen eine fein abgestimmte Anatomie und ein ästhetisches Finish. Diese Instrumente sind in einem autoklavierbaren Behandlungsständer aus Aluminium erhältlich.

Obwohl das Komposit-Füllungs-material fast bis zur endgültigen Form modelliert werden kann, müssen die Restaurationen mit rotierenden Instrumenten finiert und poliert werden. Komet empfiehlt das dafür entwickelte Finierset 4336A mit einer neuartigen Diamantinstrumentenform in

*Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG  
Postfach 160  
32631 Lemgo  
www.brasseler.de  
info@brasseler.de*

DÜRR DENTAL**Fit mit der VistaCam in drei Stunden**

Bei der Motivation des Patienten zur Prophylaxe lassen sich moderne Intraoralkameras wie die VistaCam von Dürr Dental wirkungsvoll einsetzen. Deren Möglichkeiten werden oft aber nur zu einem Bruchteil genutzt. Oft genügen ein paar Hinweise zur Handhabung der Kamera, eine Hilfestellung zur effektiven Verwendung der zugehörigen Software DBSWIN und ein zielgerichtetes Training zum Patientengespräch. Mit ihrem kompakten Programm macht die dreistündige Vistacademy-Anwender-

schulung Intraorale Kamera das Team fit für den umfassenden Einsatz in der Prophylaxe. Lange Anfahrtswege entfallen: Die Dürr Dental-Berater kommen direkt in die Praxis.

Interessenten wenden sich an Mirjana Zippert, 071 42/705-287, E-Mail: vistacademy@duerr.de.

*DÜRR DENTAL GmbH & Co. KG  
Dr. Martin Koch  
Höpfigheimer Straße 17  
D-74321 Bietigheim-Bissingen  
Tel.: 071 42/70 53 40  
Fax: 071 42/207 36  
E-Mail: koch.m@duerr.de*

Zeiss**Applikationsbilder sofort auf CD**

Die Medilive Image-Box von Carl Zeiss kann an jede Videoquelle angeschlossen werden. Nur ein Knopfdruck genügt, und schon kann der Arzt Still-Bilder aus Videosequenzen speichern, selektieren und sofort auf CD-ROM brennen, und all das ohne zusätzliche Soft-

oder Hardware, die bei einer Digitalkamera immer notwendig sind. Die Qualität der Bilder wurde speziell den Verwendungszwecken angepasst. Tiefenschärfe und Farbtreue stehen klar im Vordergrund. Die Bilder stehen auch im TIFF oder JPEG-Format zur Verfügung.

*Carl Zeiss, Geschäftsbereich  
chirurgische Geräte  
73446 Oberkochen  
Tel.: 073 64/20 49 22  
Fax: 073 64/20 49 59  
www.zeiss.de/surgical  
E-Mail: surgical@zeiss.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

VDW**Endometrie: Video und CD-ROM**

Raypex® 4 hat sich als erster Apexlocator der vierten Generation innerhalb kurzer Zeit den Spitzenplatz unter den elektronischen Längenmessgeräten erobert. Innerhalb von zehn Monaten fanden über 2000 Geräte den Weg in die Zahnarztpraxen. In erster Linie sind die komfortable Bedienung, das neuartige Display statt der sonst üblichen Zeiger und die exakten Messergebnisse für diesen Erfolg verantwortlich. Raypex® 4 zeigt dem Zahnarzt, wo sich das Foramen apicale befinden, und zwar in jedem Medium. Eine Röntgenaufnahme dagegen lässt diese Bereiche meist nur erraten.

In Zusammenarbeit mit der Praxis des Endometrie-Experten Dr. Dirk Hör aus St. Wendel hat VDW nun umfangreiche Informationen zum Thema elektronische Längenmessung zusammengestellt. Diese stehen als Video und interaktive CD-ROM zur Verfügung. Ausführlich wird die Problematik



der exakten Längenbestimmung geschildert und Lösungsmöglichkeiten angeboten. Zur Abrechnung gibt es außerdem ein neues Informationsblatt für den Zahnarzt und eine separate Patienteninformation. Video oder CD-ROM und die Informationsblätter können kostenlos von VDW München bezogen werden.

*VDW GmbH  
Postfach 83 09 54  
81709 München  
www.vdw-dental.com  
E-Mail: info@vdw-dental.com*

VITA**Die Vollkeramik-Seite im Internet**

Wer jetzt die aktuelle Internet-Adresse [www.in-ceram.de](http://www.in-ceram.de) aufruft, taucht in die Welt der Vollkeramik ein. News, Hintergründe, Termine und Wissenschaft sind aktuell und lebendig aufbereitet. Klar strukturiert bietet [www.in-ceram.de](http://www.in-ceram.de) Zahnärzten, Zahntechnikern und Patienten eine neue Dimension der Information. Broschüren können sofort ausgedruckt oder direkt am Bildschirm bestellt werden. Klinische Aspekte, Präparation und Zementierungsschritte wer-

den präsentiert. In drei öffentlichen Diskussionsforen können Zahnärzte, Zahntechniker und Patienten ihre Fragen zur Vollkeramik stellen, Erfahrungen einbringen und Fragen beantworten.

*VITA Zahnfabrik H. Rauter  
GmbH & Co. KG  
Postfach 1338  
79704 Bad Säckingen  
Tel.: 077 61/562-0  
Fax: 077 61/562-299  
www.vita-zahnfabrik.com  
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com*

Schütz Dental Group

## 30 Jahre Betriebszugehörigkeit



„Geht nicht, gibt's nicht!“, so hat Günter Kuntzsch schon immer gelebt und gearbeitet. 30 Jahre ist der Vertriebsleiter bei der zur Schütz Dental Group gehörenden

Tochter Weil-Dental. 1972 kam Kuntzsch als Branchenfremder in die Schütz-Gruppe. Während es damals vor allem um Verbrauchsmaterialien ging, ist Kuntzschs Aufgabengebiet ebenso wie die Produktpalette der Firmengruppe stetig gewachsen.

Schütz Dental Group  
Dieselstraße 5-6  
61191 Rosbach  
Tel.: 060 03/814-575  
Fax: 060 03/814-905  
E-Mail: schuetz-werbung@t-online.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

BUSCH

## Vibrationsarmes Exkavieren



mit denen schonend und präzise exkaviert werden kann. Die neuen Rundbohrer aus Hartmetall von Busch mit der vibrationsarmen SX-Verzahnung erfüllen diese Anforderungen. Die Ausführung 1SX, das Nachfolgemodell des 1S, zeichnet sich nicht nur durch seine schnittfreundige, dem Dentin angepasste Schneidegeometrie aus, sondern ermöglicht durch die neue Verzahnung eine ziemlich vibrationsfreie Exkavation.

BUSCH & CO. KG  
Unterkaltenbach 17-27  
51766 Engelskirchen  
Tel.: 022 63/860  
Fax: 022 63/207 41

Das Entfernen von kariösem Dentin bei der Präparation pulpavitaler Zähne erfordert Instrumente,



Absender (in Druckbuchstaben):

---



---



---

Kupon bis zum 28.7.2002 schicken oder faxen an:

**zm**

Deutscher Ärzte-Verlag  
Leserservice Industrie und Handel  
Claudia Melson  
Postfach 40 02 65  
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- Belmont Takara – Bei Behandlungsplätzen sparen (S. 90)
- BEYCODENT – Terminplaner für die Praxis (S. 86)
- BUSCH – Vibrationsarmes Exkavieren (S. 93)
- DENTAURUM – Revalidierung nach EMAS II bestanden (S. 90)
- DMG – Schnell und zuverlässige Befestigung (S. 86)
- DÜRR DENTAL – Fit mit der VistaCam in drei Stunden (S. 92)
- GEBR: BRASSELER – Speziell entwickeltes Finiererset (S. 90)
- Heraeus Kulzer – Auszeichnung für Desensibilisierer (S. 88)
- 3i Implant Innovaions – Implantatprothetik leicht gemacht (S. 90)
- Ivoclar Vivadent – Brennen und Pressen in einem Gerät (S. 88)
- JOHN O. BUTLER – Chlorhexidin-Gel-Zahnpasta (S. 86)
- KCI Therapiegeräte – IKK empfiehlt V.A.C. Therapie (S. 88)
- 3M ESPE – 3M ESPE Dental Talent Award 2002 (S. 88)
- RÖSCH – Kassenzulassung des INJEX™ Systems (S. 86)
- Schütz Dental Group – 30 Jahre Betriebszugehörigkeit (S. 93)
- VDW – Endometrie: Video und CD-ROM (S. 92)
- VITA – Die Vollkeramik-Seite im Internet (S. 92)
- Zeiss– Applikationsbilder sofort auf CD-ROM (S. 92)



**Herausgeber:** Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.Ö.R.

**Redaktion:**

Egbert Maibach-Nagel, Chefredakteur, mn; Gabriele Prchala, M. A. (Politik, Zahnärzte, Leserservice), Chefin vom Dienst, pr; Assessorin d. L. Susanne Priehn-Küpper (Wissenschaft, Dentalmarkt) sp; Sascha Devigne, (Praxismanagement, Finanzen, EDV) dev; Otmar Müller, Volontär, om

**Gestaltung:** Piotr R. Luba, K.-H. Nagelschmidt, M. Wallisch

**Für dieses Heft verantwortlich:** Egbert Maibach-Nagel

**Anschrift der Redaktion:** Postfach 41 01 68, 50861 Köln, Tel. (02 21) 40 01-251, Telefax (02 21) 4 00 12 53 E-Mail: zm@kzbv.de internet: www.zm-online.de ISDN: (0221) 9 40 02 81

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

**Verlag, Anzeigendisposition und Vertrieb:** Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50859 Köln; Postfach 40 02 54, 50832 Köln, Fernruf: (0 22 34) 70 11-0, Telefax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln,

Kto. 010 1107410 (BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 44, gültig ab 1. 1. 2002.

**Geschäftsführung** der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Hermann Dinse, Dieter Weber

**Leiter Zeitschriftenverlag:** Norbert Froitzheim Froitzheim@aerzteverlag.de http://www.aerzteverlag.de

**Verantwortlich für den Anzeigenteil:** Marga Pinsdorf Pinsdorf@aerzteverlag.de

**Vertrieb:** Nicole Schiebahn Schiebahn@aerzteverlag.de

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbzugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 162,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 50,40 €. Einzelheft 6,75 €.

Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

**Herstellung:** Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

**Lt. IVW IV/1. Quartal 2002:** **Druckauflage:** 79 633 Ex. **Verbreitete Auflage:** 78 634 Ex.

**Ausgabe A** **Druckauflage:** 72 750 Ex. **Verbreitete Auflage:** 72 130 Ex.

**92. Jahrgang** **ISSN: 0341-8995**

## Inserenten dieser zm-Ausgabe

**3M Espe AG**  
Seite 9

**Astra Tech GmbH**  
Seite 81

**Bego Bremer Goldschlägerei Wilh. Herbst GmbH & Co.**  
Seite 55

**Beycodent-Verlag**  
Seite 71

**BMW Motorrad AG**  
Seiten 28 und 29

**Busch & Co. KG**  
Seite 53

**Dental Magazin**  
Seite 91

**Dentsply De Trey GmbH**  
Seite 33

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank**  
Seite 75

**Deutsche Telekom AG**  
Seiten 4 und 5

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung**  
Seite 61

**DKV Deutsche Krankenversicherung AG**  
Seite 11

**E. Hahnenkratt GmbH**  
Seite 25

**enfresh GmbH**  
Seite 61

**Friadent GmbH**  
Seite 19

**GC Germany GmbH**  
Seite 85

**Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG**  
2. Umschlagseite

**Girrbach Dental-Systeme**  
Seite 79

**Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG**  
Seite 27

**Integrated Dental**  
Seite 89

**KaVo**  
Seite 13

**Kettenbach Dental**  
4. Umschlagseite

**MDent**  
Seite 61

**Multivox Petersen GmbH**  
Seite 77

**NTI-Kahla**  
Seite 47

**Pharmatechnik**  
Seite 35

**Procter & Gamble/blend-a-med**  
Seite 37 und 3. Umschlagseite

**Promunidi srl**  
Seite 59

**roeko**  
Seiten 49 und 63

**S & M Schülke & Mayr**  
Seite 15

**Solutio GmbH**  
Seite 87

**Vita Zahnfabrik**  
Seite 73

**W & H Deutschland GmbH & Co. KG**  
Seite 83

**Wieland Dental + Technik**  
Seite 7

**ZM-online**  
Seite 124

**Einhefter, 4s.**

**Degussa Dental GmbH & Co. KG**  
zwischen den Seiten 16 und 17

**Einhefter, 2s.**

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH**  
zwischen den Seiten 64 und 65

**Vollbeilagen**

**Degussa/Booklet auf Einhefter Spitta-Verlag**

Gesundheitsausgaben

**Ausgabenrekord und Ärztemangel**

Deutschland ist bei den Aufwendungen für die Gesundheit weltweit in der Spitzengruppe. Die Gesundheitsausgaben erreichten mit 218,4 Milliarden Euro im Jahr 2000 ihren bisher höchsten Stand und übertrafen den Wert von 1999 um 4,1 Milliarden Euro.

Trotz dieses Ausgabenrekords war die Zahl der Beschäftigten mit rund 4,1 Millionen im Jahr 2000 leicht rückläufig. Beim Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) rangiert Deutschland hinter den Vereinigten Staaten auf Rang zwei. Diese Ergebnisse legte das Statistische Bundesamt vor.

Obwohl die Bundesrepublik in Bezug auf die Arztdichte weltweit an der Spitze liegt, gibt es nach Einschätzung der Statistiker erste Anzeichen für einen künftigen Ärztemangel. Sie weisen dazu auf die rückläufigen

Studentenzahlen in den Medizin-Studiengängen. Mit seinen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben belegte Deutschland 1998 nach den USA und der Schweiz weltweit den dritten Platz. Diese Vergleichswerte dürften sich inzwischen kaum geändert haben.

om/dpa

Europatag der BZÄK in Berlin

**Europataugliche Politik gefordert**

Die Bundeszahnärztekammer hat auf ihrem Europatag am 5. Juni 2002 in Berlin eine europataugliche Gesundheitspolitik eingefordert. Mit Unverständnis beobachtet sie die im Wahlkampf auf das Schild der Parteien gehobenen Ziele in der Gesundheitspolitik.

„Es fehlen europataugliche Konzepte,“ erklärte BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp vor der Presse. Nur ein auf Liberalität bauendes System könne eine Zukunft haben.

Vize-Präsident Dr. Wolfgang Sprekels betonte, dass die BZÄK die Bundesregierung dazu aufgefordert habe, alle nationalen Regelungen abzuschaffen, die einem patientenorientierten Gesundheitswesen entgegenstehen. Über das Brüsseler Büro der BZÄK sei man in alle zahnärztlichen Aspekte des europäischen Integrationsprozesses eingebunden.

In einer Resolution wurden auf dem Europatag Eckpfeiler einer medizinischen Versorgung in Europa verabschiedet. Sie soll den europäischen Gesundheitsministern vorgelegt werden. Darin spricht man sich unter anderem für einen europäischen Gesundheitsmarkt, eine „europäkompatible“ Gestaltung des nationalen Gesundheitssystems und für einen freiberuflichen Wettbewerb als Garant für eine patientenfreundliche Versorgung aus.

Eine ausführliche Berichterstattung erfolgt in der nächsten Ausgabe. pr



Foto: Klinikum Lahr

Erstes Quartal 2002

**GKV-Defizit leicht zurückgegangen**

Das Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) belief sich im ersten Quartal 2002 auf 0,86 Milliarden Euro. Im Vergleichszeitraum des Vorjahres lag diese Zahl noch bei 1,14 Milliarden wie Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (Foto) Anfang des Monats mitteilte. In den alten Bundesländern ergab sich ein Defizit in den ersten drei Monaten dieses Jahres von 0,98 Milliarden Euro, in den neuen Ländern dagegen ein Überschuss von 110 Millionen. dev/dpa

Absender (in Druckbuchstaben):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kupon schicken oder faxen an:

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



**zm** *Leser service* **Nr. 12**  
2002

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

J. Becker: Neue Röntgenverordnung (S. 38)  
vollständiger Text der Verordnung und zm Artikel „100Jahre Röntgen“

B. Sonnenberg: Entwicklung festsitzender Apparaturen (S. 80)  
Literaturliste

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

Hoffnung auf Konjunktur**AOK erwartet Milliardendefizit**

Trotz der aktuellen Beitragserhöhungen rechnen die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Jahr erneut mit einem Milliardendefizit. Bereits 2003 könnten neue Beitragserhöhungen anstehen. „Den Kassen bleibt dann nur noch die Hoffnung auf eine endlich deutlich bessere Konjunktur und Beschäftigungslage, um die Beitragssätze über 2002 hinaus stabil halten zu können“, so der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Hans Jürgen Ahrens. Ahrens macht vor allem den fortgesetzten Ausgabenanstieg bei Arzneien für die Fi-

nanznöte verantwortlich. „Trotz der gesetzlichen Sparmaßnahmen erhöhten sich die Ausgaben im ersten Quartal dieses Jahres bundesweit um rund vier Prozent im Vergleich zum Vorjahr, in dem ja bekanntlich die Ausgaben mit rund zehn Prozent geradezu explodiert waren.“ Bereits in den ersten drei Monaten seien die mit den Kassenärzten vereinbarten Ausgabengrenzen um 500 Millionen Euro überzogen worden. Mit Blick auf den Deutschen Ärztetag in Rostock appellierte Ahrens an die Mediziner, bei Arzneien zu sparen. dev/dpa

Öffentlicher Gesundheitsdienst**Prophylaxe weiter ausbauen**

Foto: elmex

Einen weiteren Ausbau der Gruppenprophylaxe forderten die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf dem 52. Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Nur wenn es gelinge, die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen weiterhin nachhaltig zu verbessern, werde zahnmedizinische Prävention auch langfristig erfolgreich sein,

heißt es in einer Mitteilung des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG). Auch durch die präventive Arbeit in Kindergärten und Schulen sei in dieser Altersgruppe eine deutliche Reduktion der Karies bereits erreicht worden. Der bisherige Vorstand des BZÖG unter dem Vorsitz von Dr. Klaus-Günther Dürr wurde auf dem Kongress bestätigt. om/pm

Auch Männer erkranken**Brustkrebs trifft nicht nur Frauen**

Foto: PhotoDisc

Neben den etwa 43 000 Frauen, die jedes Jahr in Deutschland an Brustkrebs erkranken, müssen auch etwa 400 Männer mit dieser Krankheit behandelt werden. Wie die Würzburger Frauenärztin Priv.-Doz. Dr. med. Jael Backe im „Deutschen Ärzteblatt“ berichtet, erkranken Männer durchschnittlich zehn Jahre später an Brustkrebs als Frauen. Das

mittlere Erkrankungsalter liegt zwischen 61 und 65 Jahren. Die Chancen einer erfolgreichen Behandlung sind bei den Männern allerdings schlechter als bei Frauen, weil die Krankheit bei ihnen meist in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird. Im Jahr 1999 sind in Deutschland 182 Männer an Brustkrebs verstorben. thy

Imagekampagne der GKV**FVDZ übt Kritik**

Mit deutlichen Worten kritisierte Dr. Wilfried Beckmann, Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte in Berlin die vom AOK-Bundesverband und anderen GKV-Spitzenverbänden angekündigte Imagekampagne: „Statt die Versichertenbeiträge für die gesetzlich vorgesehene Versorgung von Kranken zu verwenden, wollen die Kassen das Geld zum Aufpolieren ihres angeschlagenen Images benutzen. Unser Gesundheitswesen lässt sich nicht durch eine millionenteure Werbeaktion retten – zukunftsfähige Strukturreformen, ausgerichtet am Leitbild des mündigen Bürgers, müssen her.“ pr/pm

Krankenkassen-Schwund**Eine viertel Million Mitglieder verloren**

Der Mitgliederschwund bei den gesetzlichen Krankenkassen hält Zeitungsberichten zufolge an. So haben die Angestellten-Krankenkassen – wie etwa Barmer, DAK oder Techniker Krankenkasse – in den ersten drei Monaten dieses Jahres rund 251 000 Mitglieder. Die Ortskrankenkassen verzeichneten angeblich ein Mitglieder-Minus von 130 000. Mehr als 106 000 Versicherte wechselten von der gesetzlichen zu einer privaten Krankenversicherung. dev/dpa



Attraktivität der GKV

## TK lehnt Anhebung des Beitrags ab

Die Techniker Krankenkasse (TK) lehnt die Forderung des DGB ab, den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutlich anzuheben. „Das sind einfallslose Rezepte von vorgestern, damit löst man aber die Probleme von morgen nicht“, so TK-Verwaltungsratsvorsitzender Wolf Garling.



Eine Anhebung füge nach Ansicht Garlings der gesetzlichen Krankenversicherung Schaden zu, da so die Attraktivität der GKV geschmälert und den privaten Kassen Vorteile verschafft würden. Auf dem DGB-Bundeskongress in Berlin hatten die Gewerkschaften mit Blick auf die geplante Gesundheitsreform 2003 gefordert, den Höchstbeitrag zur Krankenkasse drastisch zu erhöhen. Betroffen wären Arbeitnehmer mit einem Bruttoeinkommen von mindestens 3 375 Euro im Monat.

Garling bezweifelt, dass sich mit einer Anhebung des Höchstbeitrages das Beitragssatzniveau nachhaltig senken lasse. Statt in die sozialpolitische Mottenkiste zu greifen, solle man sich lieber darauf konzentrieren, das Gesundheitssystem flexibler zu machen und von Reglementierungen zu befreien. dev/dpa

Ärzte Rheinland-Pfalz

## Neues Praxisschild

Mit einem speziellen Praxisschild können die rheinland-pfälzischen Ärzte zukünftig auf besondere Kenntnisse bei der Behandlung von Diabetes hinweisen. Mit dem Zusatz „Diabetologe“ werde die ärztliche Qualitätssicherung zum Wohl der Patienten weiter ausgebaut, erklärte der Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Frieder Hessenauer, in Mainz. Die Kammer rechnet damit, dass sich viele Allgemeinmediziner und Internisten die neue Bezeichnung zulegen, die es den Angaben zufolge bisher nur in einem weiteren Bundesland gibt. In rund vier Monaten rechnet die Kammer mit den ersten Anträgen für die neue Bezeichnung. Zuvor muss die Zusatzqualifikation noch vom Gesundheitsministerium genehmigt werden.

pr/dpa

Ursachen von Volkskrankheiten

## Schmidt will mehr Medizinforschung

Die „Community Medicine“, die sich mit der Erforschung der Ursachen von Volkskrankheiten beschäftigt, hat nach Ansicht von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt einen wichtigen Stellenwert in der Zukunft der Krankenversorgung. Bei der zunehmenden Alterung der Gesellschaft müsse die Medizin dafür sorgen, dass die Menschen solange wie möglich gesund bleiben, so Schmidt bei einer Veranstaltung am Greifswalder Universitätsklinikum.

Prävention und Gesundheitsforschung seien wichtige Bestandteile, um auch in Zukunft eine

bezahlbare Versorgung für alle sichern zu können. Greifswald ist bundesweites Zentrum der „Community Medicine“. In einer breit angelegten Studie wurden mehr als 5000 Menschen untersucht und nach ihren Lebensgewohnheiten befragt. Ziel der Untersuchungen ist es, die vielschichtigen Ursachen von Volkskrankheiten, wie Diabetes, Bluthochdruck und Alkoholismus, zu erkennen und deren Entstehen zu verhindern.

dev/dpa

Arzneien für Kliniken

## Monopol soll gebrochen werden

Das Münchner Gesundheitsunternehmen Curanum AG will gemeinsam mit der Damp Holding AG das Belieferungsmonopol der Apotheken für Kliniken brechen. Beide Unternehmen haben bei der EU-Kommission Beschwerde gegen das deutsche Apothekengesetz erhoben. Sie möchten für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen den Direktkauf von Arzneimitteln erreichen. Dadurch ließen sich zehn Prozent der Medikamentenkosten sparen, teilten die Unternehmen mit. Die deutsche Gesetzgebung verstoße gegen europäische Regelungen, die innerhalb der EU ausdrücklich den freien Handel mit Medikamenten erlaubten, hieß es in der Begründung. Bisher dürften Krankenhäuser und Pflegezentren ihre Arzneimittel nur über Apotheken der näheren Umgebung oder stark eingeschränkt aus dem europäischen Ausland beziehen. om/dpa

Fritz Beske Institut Kiel

## Gesundheitswesen in der Diskussion

Am Vorabend der Kieler Woche (Foto) veranstaltet das Fritz Beske Institut für Gesundheitssystem-Forschung am Freitag, 21. Juni 2002 ab 17 Uhr eine Podiumsdiskussion zu aktuellen Problemen des Gesundheitswesens. „Erwartungen an die Gesundheitspolitik“ ist der Titel der Veranstaltung im Hotel Maritim Bellevue, an der Vertreter der Bundesparteien, der Krankenkassen und der ärztlichen und zahnärztlichen Standesorganisationen teilnehmen.



Foto: Presseamt Kiel

Neben dem gesundheitspolitischen Sprecher der FDP-Fraktion, Dr. Dieter Thomae, dem Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Dr. Hans Jürgen Ahrens, und dem Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Rainer Hess, wird auch Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, mitdiskutieren. Moderiert wird die Veranstaltung von Prof. Dr. Fritz Beske. dev

■ **Weitere Information zur Veranstaltung sind erhältlich unter Telefon (0431) 38 95 224.**

### Fix unterwegs

„Das ist so, wie wenn man die Oma die Treppe runterschubst und sagt, hoi, kannst du schnell laufen.“

*Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer zu den Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen. dpa, 28.05.02*

### Kondom-Bäume

Mit „Kondom-Bäumen“ wollen australische Gesundheitsexperten unter Ureinwohnern des Kontinents für „Safer Sex“ werben. Präservative in Zweige zu hängen, habe sich bei einem Programm im Buschgebiet nahe der abgelegenen Stadt Fitzroy Crossing bestens bewährt, sagte Projektleiter Patrick der Zeitung „Sidney Morning Herald“. Die rund 3000 Aborigines der Gegend „pflückten“ auf dem Weg in die Stadt monatlich etwa 3500 Kondome. In der Region im Westen Australiens hatte es die landesweit höchste Rate von Geschlechtskrankheiten wie Syphilis und Tripper gegeben. Nun sei die Rate gesunken, sagte Davies. Die Plastikspender für Kondome in den Bäumen sollten daher auch in Stadtparks angebracht werden. *dpa, 21. März 2002*



Fotos: MEV/PhotoDisc



Illu.: Sauppe

### Nicht krank

Was ist eine Krankheit, was nicht? Diese Frage stellte das „British Medical Journal“ (324, 2002, 833) seinen Lesern in einer Web-Umfrage, 570 Mediziner nahmen daran teil. 44 Prozent glaubten, dass Älterwerden keine Krankheit ist – es steht auf der Top-Ten der „Nicht-Krankheiten“ ganz oben. Auf Platz zwei landeten Probleme am Arbeitsplatz (35 Prozent), gefolgt von Langlewige (32 Prozent) und Ringen unter den Augen (31 Prozent). Hässlichkeit landete, vor grauen Haaren und großen Ohren, auf Rang zehn (24 Prozent). „Wir wollen damit eine Diskussion über das Thema in Gang bringen“, sagte BMJ-Herausgeber Richard Smith. Körperliche Vorgänge und kosmetische Probleme würden zunehmend als Krankheiten betrachtet. Die Grenzen sind fließend. Für viele Mediziner sind Sommersprossen, Jetlag und Schwangerschaft keine Erkrankungen. Doch auch Depressionen und Osteoporose gehören für je zwei Prozent zu den „Nicht-Krankheiten“.

*Ärzte Zeitung, 16. April 2002*

*Stehaufmännchen Ulla Schmidt: Auch auf dem 106. Deutschen Ärztetag will sie wieder als Ministerin dabei sein. Man darf gespannt sein.*

### Gutes Aussehen als Erfolgsfaktor

Über die Hälfte der Deutschen (54 Prozent) meinen, dass gut aussehende Menschen erfolgreicher sind als weniger attraktive. Immerhin jeder Fünfte hält sie auch für glücklicher. Der gesellschaftliche Trend zur Überbewertung des Äußeren spiegelt sich vor allem bei jüngeren Menschen wider. Dies ergab eine re-

präsentative Befragung der DAK und der Zeitschrift Vital. Während Männer neben dem Bauch fast nur noch über das Aussehen ihrer Zähne klagen, stören Frauen auch ihre „Problemzonen“ Beine, Gesäß und Brust.



om/pm

### (Kalorien-) arm im Geiste

Jetzt ist es amtlich: Schönheit bringt Erfolg! Die DAK-Studie hat die Oberflächlichkeit des Dichter-und-Denker-Volkes schonungslos aufgedeckt. Tiefgang scheint heute bereits zu sein, der Ursache von Lachfalten nachzuspüren und diese zu beseitigen.

Jeder Dritte unter 30 beneidet laut Studie gut aussehende Menschen um ihre Attraktivität. Schönheit kommt von innen, möchte man ihnen zuschreien – und Erfolg kommt durch Leistung. Und das Glück ist nun wirklich ganz wo anders zu suchen. Doch die Argumente bleiben mir im Halse stecken wie der 5000-Kalorien-Burger mit Extra-Käse, in den ich gerade genüsslich beißen wollte. Sieht der Kollege, der erst kürzlich befördert wurde, nicht wirklich deutlich besser aus? Und auch der Chef mit Marathon-Erfahrung und Idealgewicht steht plötzlich in einem ganz anderen Licht da. Na klar, die sind gar nicht besser als ich, sondern einfach nur schöner und schlanker – und bestimmt auch glücklicher. Mist. Nie wieder Burger mit Extra-Käse. Dann kommt bestimmt auch mein Erfolg ganz von selbst.