

30. Internationale Dental-Schau

Möglich ist viele

Die zm auf
CD-ROM

Mundgesundheit
im Alter

IDS



Akzente

Natürlich sind Deutschlands Zahnärzte nicht nur als umworbene Kundschaft, als „Neu-“ und Wissbegierige vor Ort. Sie firmieren im fünftägigen Messegetümmel auch mit ihren beruflichen Standesvertretungen. Vertreter aus Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde stehen auf eigenem Gemeinschaftsstand auch in diesem

Unsere Aufgabe auf der IDS ist vor allem die des unabhängigen Beobachters. Deshalb gibt es in gewohnter Manier in diesem Heft den fachlichen, kritischen Ausblick unseres langjährigen Autors und Messebeobachters Dr. Karl-Heinz Kimmel auf das, was die IDS 2003 bringen wird. Deshalb wird es auch die in Heft 8 erscheinende Messe-Nachlese geben. Eine unserer großen Freiheiten: Für Sie da zu sein.



Foto: KölnMesse/IDS

Liebe Leserinnen und Leser,

sie gilt als die weltgrößte, maßgeblich innovative und meistbesuchte Dentalfachmesse: An Superlativen zur Einschätzung der IDS, der Internationalen Dental-Schau, herrscht auch in diesem Frühjahr 2003 kein Mangel. Sogeffekte – im Sinne sich selbst erfüllender Prophezeiung – sind quasi programmiert. Der nächste Ausstellerrekord steht ins Haus. Wieder einmal kommen nahezu „alle“. Und ganz unabhängig von der desolaten Lage, von kranken Kassen, leeren Geldbeuteln und ungewisser Zukunft: Nicht nur die mit Neuem oder Pseudo-Neuem lockende Industrie sieht die IDS als internationalen Treffpunkt, als Kommunikationsplattform der „dentalen Familie“. Wieder einmal werden ganze Praxisteams, Zahnärzte aus vielen Teilen Europas zur Zufriedenheit der Aussteller ihren Beitrag leisten.

■ *Fünf Tage anstrengende Hektik: Die Internationale Dental Schau in den Kölner Messehallen öffnet vom 25. bis 29. März wieder einmal ihre Tore.*

Jahr wieder Rede und Antwort. Natürlich werden auch die zm auf dem Stand ihrer Herausgeber präsent sein: Dieses Mal sogar mit zm-eigenem Vortragsangebot am Freitag und Samstag der Messewoche. Mit frisch gepresster, volltextsuchfähiger Jahress Ausgabe auf CD-ROM. Mit einem fotografischen Messegruß über zm-online – also mit Rat und Tat.

Vor allem aber werden wir auf der IDS mit der Mission aktiv sein, die einer zm-Redaktion vorrangig zukommt: Es ist die aus zahnärztlicher Sicht notwendige kritische Begleitung der dentalindustriellen Entwicklung, die Begutachtung und Einschätzung dessen, was auf dieser Fachmesse vorgestellt wird und später in Ihren Praxen eingesetzt werden soll.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

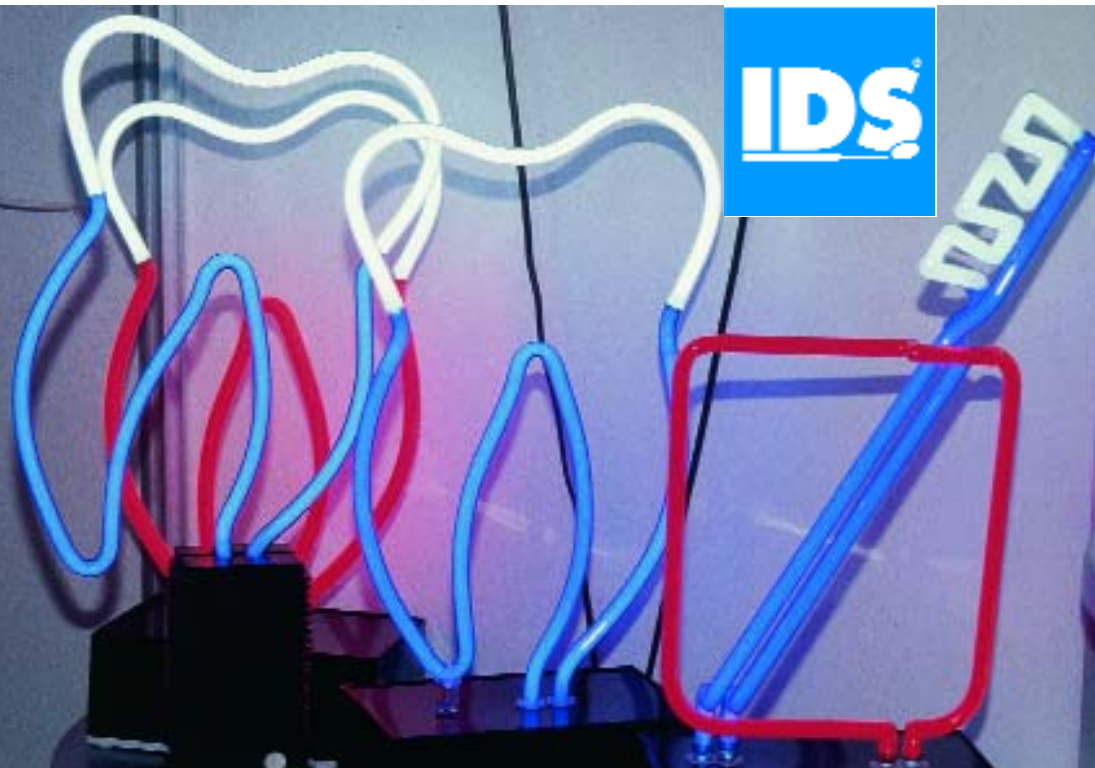


Foto: KölnMesse/IDS

Zum Titel

Die große Vorschau für die Internationale Dental-Schau, die vom 24. 3. bis zum 29. 3. 2003 in Köln ihre Tore öffnen wird

Seite 30



Foto: Lopata

Ohne Recall-Termine kann Prophylaxe nicht funktionieren. Um den Patienten hierfür zu motivieren, bedarf es eines guten Konzeptes.

Seite 106



Foto: Fritzen

Akromegalie, eine Erkrankung, die der Zahnarzt oft als Erster diagnostizieren kann.

Seite 42

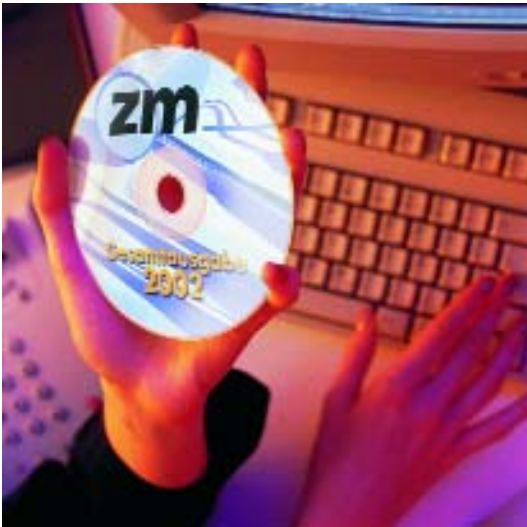


Foto: MEV/zm

Die zm-Gesamtausgabe 2002 auf CD-ROM ist da – pünktlich zur IDS ist das elektronische Nachschlagewerk erhältlich.

Seite 112



Foto: EyeWire

Ein Urteil bringt den Krankenhausfrieden durcheinander: Bereitschaftsdienst soll Dienstzeit werden.

Seite 26

Akzente	1	Medizin	
Leitartikel		Andrologie	58
Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, sieht Alterszahnheilkunde als Dreh- und Angelpunkt der Gesundheitspolitik	4	Prädiabetes	60
		Obstipation	64
Gastkommentar		Tagungen	
Rainer Vollmer, Berlin, reflektiert verschiedene Ideologien für Gesundheitsreformen.	6	Neue Gruppe	68
		Dt. Ges. für Implantologie	70
Leserforum	8	Fachforum	
Nachrichten	10,14	Neues aus der „Kons“	72
Aktuelles Thema		Rezensionen	78
Neues Gutachten des Sachverständigenrates	12	Veranstaltungen	80
Spree-Spitzen	20	Prophylaxe	
Politik und Beruf		Alterszahnheilkunde	100
Deutscher Ärztetag	22	Praxismanagement	
Bereitschaftsdienst auf Arbeitszeit	26	Patientenmotivation: Oral Wellness	106
Aus den Ländern		EDV und Technik	
Schlossgespräch in Westfalen-Lippe	28	zm-Gesamtausgabe 2002 auf CD-ROM	112
Titelstory		Finanzen	
Vorschau auf die IDS	30	Immobilienfonds	114
zm-Impulsreferate auf der IDS	38	Achtung Steuerfalle	118
Zahnmedizin		Freizeit und Reise	
Akromegalie	42	Rückenschulen & Co.: Auswahl gegen die Qual	124
Arzneimittelkommission: Nebenwirkungsmeldungen 2002	46	Historisches	
Formblätter für die Meldung von Nebenwirkungen	52/54	Beethovens Taubheit	128
Der aktuelle klinische Fall: Okklusionszyste nach OK-Resektion	56	Persönliches	136
		Industrie und Handel	138
		Identifizierungen	146
		Impressum	148
		Letzte Nachrichten	169
		Zu guter Letzt	172





Foto: Lascini

Kernfrage Alterszahnheilkunde

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

alle Strategien, die sich zurzeit mit der Reform im Gesundheitswesen beschäftigen, müssen sich einer Kardinalfrage stellen: Wie bekommt man die gesundheitspolitischen Probleme einer ständig wachsenden Alterspyramide in den Griff? Echte Lösungsansätze müssen ans Eingemachte gehen. Sie tangieren die Systemfrage und reichen weit in Bereiche der Finanzierung, Versorgung oder Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hinein.

Heruntergebrochen auf die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde stellt sich die Kernfrage ganz konkret in der Alterszahnheilkunde (siehe Beitrag Seite 100 in diesem Heft). Sie ist der Dreh- und Angelpunkt, um den herum gesundheits- und sozialpolitische Problemstellungen im Bereich Zahnmedizin gelöst werden müssen. Berufspolitik und Fachlichkeit müssen ineinander greifen.

Der Kollege in der Praxis bekommt die Herausforderungen einer immer älter werdenden Bevölkerung bereits jetzt hautnah zu spüren. Ältere Patienten weisen multimorbide Krankheitsbilder auf. Neben zahnmedizinischem sind medizinisches Wissen und soziale Kompetenz gefragt. Um es auf den Punkt zu bringen: In der Alterszahnheilkunde sind alle Erkrankungsbilder der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kumuliert. Daraus ergibt sich einerseits ein großer Bedarf, andererseits auch ein enormes präventives Potential.

Eine ganz besondere Herausforderung für die zahnärztliche Versorgung stellen sozio-ökonomische Risikogruppen dar. Altersarmut, soziale Schieflage, Pflegebedürftigkeit und multikausale Krankheitsbilder fordern den Blick aufs Ganze. Verstärkt stellt sich die Frage der Zugangswege zu diesen Gruppen. Der Zahnarzt allein ist damit überfordert. Vielmehr geht es darum, interdisziplinär zusammenzuarbeiten.

Deshalb hat die Bundeszahnärztekammer in ihren Konzepten zur Alterszahnheilkunde im Rahmen von „Prophylaxe ein Leben lang“ die Frage des Zugangs neu definiert und entsprechende Instrumentarien entwickelt. Der Leitfadentext „Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“ ruft die zahnärztliche Kollegenschaft auf, sich verstärkt mit diesem Thema in der Praxis auseinanderzusetzen und sich für künftige Entwicklungen fit zu machen. Das „Handbuch der Mundhygiene“ dient als Ratgeber für Pflegepersonal in Heimen, um für die Wichtigkeit von präventiven Maßnahmen gerade bei alten und chronisch kranken Menschen zu sensibilisieren.

Eine zentrale Rolle bei der Versorgung älterer Menschen spielt das Praxisteam. Deshalb sollten die Mitarbeiterinnen zum Beispiel im Rahmen von Fortbildungen auf diese Herausforderungen vorbereitet werden. Es stellt sich auch die Frage, inwieweit der Zahnarzt

beziehungsweise seine Mitarbeiter präventive Hausbesuche machen soll. Denn für immobile Patienten ist es oft die einzige Lösung, eine zahnärztliche Behandlung wahrzunehmen. Gerade bei dieser Patientengruppe ist es enorm wichtig, mit Fingerspitzengefühl vorzugehen, einen vertrauensvollen Bezug zu schaffen, um durch rechtzeitiges Eingreifen schwerwiegendere orale Erkrankungen im Vorfeld einzudämmen oder zu vermeiden. All das verlangt nach einer Stärkung der sozialen Kompetenz des Zahnarztes. Nicht nur der Therapeut ist gefragt, sondern vielmehr der lebenslange Partner des Patienten in allen Fragen rund um die Zahnmedizin. Das greift tief in Fragen der Lebensqualität hinein und erfordert eine ganzheitliche Betrachtungsweise.

Deshalb muss der Blick von der Alterszahnheilkunde aus zu Systemfragen in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion gehen. So ist dringend zu fordern, eine geplante Ausgliederung von zahnmedizinischen Leistungen aus der GKV unter präventionspolitischen Gesichtspunkten zu betrachten. Das gilt vor allem für das Vermeidbarkeitsprinzip.

Hier muss man differenziert vorgehen. Alleinige fiskalische Betrachtung könnte sich medizinisch gesehen als Bumerang ent-

puppen. Es besteht die große Gefahr, dass aus ökonomischen Gesichtspunkten heraus das Ärztliche, das Medizinische, zu kurz kommt.

Seitens der Standespolitik und der Wissenschaft werden wir uns deshalb vehement dafür einsetzen, einer Trivialisierung und Deprofessionalisierung des Berufsstandes entgegenzuwirken. Für Gespräche mit der Gesundheitspolitik muss deshalb unser Konzept der befundorientierten Festzuschüsse mit Kostenerstattung die argumentative Grundlage sein.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Ideologisch überfrachtet

Nach den Auseinandersetzungen der letzten Monate um die diesjährige Gesundheitsreform beginnen sich nun Konturen abzuzeichnen. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat den Anfang gemacht und legte ihren „3. Rohentwurf eines Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetzes (GMG)“ vor. Das allerdings muss noch ausgefüllt werden mit den finanzstrukturellen Vorstellungen der Rürup-Kommission, die überraschend hörte, dass die ihr anfänglich

nur, wenn sie mehr Finanzvolumen in die GKV presst – für die ohnehin finanziell malträtierte Bevölkerung Grund zur unsäglichen Wut auf diese Regierung.

Oder es muss ein massiver Ausgabenblock aus dem GKV-Leistungskatalog herausgenommen, das Risiko privatisiert werden. Und da gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder die privaten Unfälle (vom Ski- bis zum Hausputz-Unfall) oder aber die gesamte Zahnmedizin. Beide Leistungsblöcke dürften

rund elf Milliarden Euro an Entlastung für die Kassen ausmachen. Nicht für den Bürger, der muss sich durch private Zusatzversicherungen absichern.

Ein Vertreter der Rürup-Kommission hat sich auf die

nicht möglich; es wird zu einem Hasardspiel der Versicherten führen, ihre Unfälle zu verschleiern. Und es werden unterschiedlichste Tarife unterschiedlichster Versicherungsunternehmen aus alle Branchen hinzugezogen.

Klarer, abgrenzbarer ist es, die zahnmedizinische Versorgung in die Eigenverantwortung des Versicherten zu legen. Dazu hat die private Krankenversicherung als einzig Betroffene bereits Rechnungen angestellt. Das Ergebnis: Eine Prämie wird durchschnittlich 20 bis 25 Euro im Monat je Versicherten kosten. Allerdings: Diese Prämien sind nur zu halten, wenn die Behandlungskosten sich im Rahmen der jetzigen Gebührenordnung für GKV-Versicherte bewegen. Das bedeutet, dass ein Rückgriff auf die GOZ für Private höhere Prämien verursacht. Oder man einigt sich auf Festbeträge für die Behandlung.

Geflissentlich übersehen wird, dass in dem Gesetzentwurf zwei weitere Paragraphen zu finden sind, die für Zahnärzte bedeutungsvoll sein können und auch von der Opposition gestützt werden dürften: Freiwillig Versicherte sollen sich im Rahmen einer Kostenerstattung im Ausland behandeln lassen können. Und: Krankenkassen können mit Leistungserbringern im Ausland Behandlungsverträge abschließen.

Vor allem die zweite Festlegung muss stark beachtet werden. Denn den Kassen wird erlaubt, in den Wettbewerb deutscher Leistungserbringer (sprich Zahnärzte und Dentallabors) einzugreifen. Das aber würde den Wettbewerb auf den Kopf stellen.



Die Ideen für Gesundheitsreformen sprießen allüberall im Lande. Jeder, der etwas – politisch – auf sich hält, macht Vorschläge zu Hauf. Allerdings oft mit einem Nachteil: Die Reformideen sind aus der jetzigen politischen Situation geboren, manchmal von Ideologie überfrachtet und meist auch untauglich für eine langfristige Sanierung des deutschen Gesundheitswesens.

Rainer Vollmer
Gesundheitspolitischer
Fachkorrespondent Berlin

zugebilligte Beratungszeit von einem halben Jahr auf drei Monate bis April verkürzt wurde. Die Bundestagsfraktion der Union steht bereit, nach Vorlage eines echten Gesetzentwurfs in Verhandlungen mit Regierungsvertretern einzutreten. Denn: Nur ein gemeinsam erstellter Gesetzentwurf hat Chancen, den Bundesrat zu passieren. Fast alle neuen Bestimmungen einer Gesundheitsreform sind zustimmungspflichtig.

Über eins ist man sich einig: Die Lohnnebenkosten sollen auf höchstens 40 Prozent sinken, die GKV-Beitragssätze somit auf rund 13 Prozent. Das aber schafft die Politik

Herausnahme der Zahnmedizin festgelegt; danach die Grünen, dann die CDU. Von der CSU darf angenommen werden, dass sie sich nach der Bayern-Landtagswahl am 21. September ebenfalls der Forderung anschließt. Das wiederum hat Kanzlerberater Rürup und die von den Traditionalisten der SPD gejagte Ministerin Schmidt auf den Plan gerufen. Die lehnen eine Privatisierung der zahnmedizinischen Versorgung ab. Der Vorschlag kommt nicht aus ihren Reihen. Sie plädieren für das „Unfall-Paket“, übersehen dabei allerdings – bewusst oder unbewusst: Die Abgrenzung bei Unfällen ist fast



Foto: USIA Uni Karlsruhe

Hilfe aus der Gruppe

■ Zum Artikel „Take off statt Burnout“ in zm 5/2003:

Wer hätte sich da nicht erlappt gefühlt bei der herzerfrischenden Aufzählung der zehn Möglichkeiten, wie man sich selbst „fix und fertig“ machen kann? Auch wird es da an Zustimmung nicht mangeln beim Nachvollziehen der zehn Gebote zum „Take off statt Burnout“. Nur, wie geht das im konkreten Einzelfall, authentisch, echt und herzlich mit Mitarbeitern und Patienten umzugehen? Wie werde ich überhaupt erst einmal geradlinig, offen und konfliktfähig und wie kommuniziere ich daraus resultierend klar und stimmig? Und last but not least: Wie dosiere ich schwierige Fälle homöopathisch – wie erkenne ich diese vor allem erst einmal rechtzeitig? Da möchte ich die Aufforderung der Autorin, „Chancen zu nutzen, sich mit gleichgesinnten Kollegen intensiv austauschen zu können“, aufgreifen und ergänzend komplettieren: Triff Dich mit aufgeschlossenen Kollegen in einer Gruppe, in der Du am konkreten Fall aus der Praxis lernst, für Dich als konkrete Person im wertschätzenden Schutz der Gruppe für Beruf und „im richtigen Leben“ umzusetzen, was dieser Artikel vermittelt.

Dr. Joachim Stoffel
Albert-Schweitzer-Straße 4
87527 Sonthofen-Rieden

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

Paracelsus widerlegt ?

■ Zum Beitrag „Auswirkungen restaurativer Werkstoffe auf die Mundschleimhaut“ in zm 22/2002:

Der Beitrag des Herrn Wirz enthält zahlreiche Mängel und Fehler. Zu den ätiologischen Faktoren der Prothesenunverträglichkeit werden sechs Hauptgruppen aufgelistet, im Text ist dagegen nur von fünf die Rede. Nur die drei ersten und die beiden letzten werden kommentiert. Auch die redundanten Sätze im zweiten Absatz unter „Metallbedingte Erkrankungen“ wecken den Verdacht hastiger Zusammenstellung. Wieso sind Entzündungen im marginalen Bereich von Pfeilerzähnen.... und die Beweglichkeit von Pfeilerzähnen.... subjektive Krankheitsbilder?

Konzentrationsangaben in Gewichtsprozent sind längst zu Gunsten von Massenprozent verlassen worden und seit vielen Jahren nicht mehr zulässig. Die Abbildungen 8 und 9 enthalten Angaben zur Grundbelastung beziehungsweise Schleimhautbelastung in μM (μMol ?); korrekterweise müssten jedoch Konzentrationen, etwa μMol -Gramm (Speichel beziehungsweise Gewebe) angegeben werden.

Auch der Text zur Korrosion irritiert: Das Lokalelement ist keine Korrosionsform sondern eine Korrosionsursache; Korrosionsformen dagegen sind Galvanische Korrosion (als Folge der Belastung eines Galvanischen Elementes) sowie Lochfraß und Spaltkorrosion (beide als Folge von Konzentrationselementen). Ursache der Spaltkorrosion ist nicht nur die verminderte Sauerstoffzufuhr im Spalt. Sauerstoffdefizit allein wirkt in der Regel korrosionsmindernd;

die Spaltkorrosion ist die Folge einer unterschiedlichen Sauerstoffkonzentration im Elektrolyt (Belüftungselement) an verschiedenen Orten des betroffenen Werkstückes. Somit ist auch ein Metallstift im Wurzelkanal nicht eo ipso der Spaltkorrosion unterworfen; zusätzliche Bedingung ist, dass unter anderem eine metallisch leitende Verbindung zur belüfteten Mundhöhle besteht. Dass im Speichel keine Elektronen fließen, bedeutet nicht, dass dort kein (Ionen-)Strom fließt. Es bedarf auch nicht der Entfernung eventueller Passivschichten, um im Munde mit Hilfe von Messstrippen Ströme zu messen, da zumindest die bei NEM-Dentalliegierungen vorhandenen oxidischen Passivschichten – wenn auch weniger gut – elektrisch leitend sind.

In Abb. 7 findet sich von den in der Legende aufgezählten Ursachen für ein Lokalelement hier nur eine einzige: Denn Inhomogenitäten sind nicht dargestellt und der gezeigte Einschluss in der Tiefe hat keinen erkennbaren Einfluss auf das Korrosionsgeschehen an der Oberfläche, ebensowenig wie die zahlreichen Lunker im Inneren des gezeigten Werkstückes; nur die zur Oberfläche offenen Poren (Verarbeitungsfehler) bedingen allenfalls je ein Belüftungselement. Unerwähnt dagegen bleibt das mögliche Belüftungselement im Zusammenhang mit der Ablagerung von Korrosionsprodukten. Isolierte, nicht dissoziierte NaCl-Moleküle sind in einem Elektrolyten nicht möglich; zum einzelnen Cl⁻-Ion fehlt das Na⁺-Ion. Warum überhaupt wird Kochsalz in die Abbildung eingeführt? Im Text wird dazu nichts gesagt; zwar fördern Chlorid-Ionen (in hinreichend hohen Konzentra-



tionen, etwa im Meerwasser) speziell bei Stählen den Lochfraß, unter Mundbedingungen sind sie dagegen allenfalls von nachgeordneter Bedeutung. Was soll das H⁺-Ion im abgeschlossenen Lunker? Werden beim Gießen Säure-Einschlüsse erzeugt? Wo sind die den beiden H⁺-Ionen entsprechenden Negativladungen, wenn man die 4 Elektronen (e⁻) den 4 Me⁺-Ionen im Elektrolyt zuordnet? Falsch ist auch, dass die Ionenreaktionen $2(\text{OH})^- + 2\text{Me}^+ = 2\text{Me}(\text{OH}) = \text{Me}_2\text{O} \times \text{H}_2\text{O}$ und $\text{Cl}^- + \text{Me}^+ = \text{MeCl}$ als Reduktion bezeichnet werden; in der 1. Gleichung fehlt zudem nach dem 2. Gleichheitszeichen ein Me⁺. In diesen Gleichungen sind die die Ionenladung kennzeichnenden Minuszeichen mit bloßem Auge nicht zu erkennen. Die mit der Metaloxidation korrespondierende Reduktionsgleichung ist zwar vorhanden, wird aber als solche nicht benannt; warum wurde sie nicht in der üblichen Formulierung $2 \text{H}_2\text{O} + \text{O}_2 + 4 \text{e}^- \Rightarrow 4 (\text{OH})^-$ dargestellt, dann auch passend zu den 4 Me⁺-Ionen?

Zu den Patientenbeispielen werden bei den Fällen 1, 3 und 4 insgesamt fünf Werte zu korrosionsbedingt erhöhten Metallgehalten der Schleimhaut in mg/g angeführt, von denen auf den ersten Blick allenfalls der Kadmi-umgehalt mit 22mg/g (Fall 4) rational erscheint; die restlichen Angaben nennen irrwitzige Werte von 459mg/g für Nickel

(Fall 1) bis 25850mg/g für Gold (Fall 3), also zirka 26 Gramm Gold auf 1 Gramm Schleimhaut. Vergleicht man diese Werte mit den Angaben der Abb. 9 unter der Annahme, dass dort tatsächlich die Einheit $\mu\text{Mol/g}$ verwendet wurde, so zeigt sich, dass die im Text genannten Werte um zirka einen Faktor 10 (beim Nickel um einen Faktor 5) größer sind; selbst mit dieser Korrektur bleibt es aber in allen Fällen bei Beträgen $> 1\text{mg/g}$, was dafür spricht, dass es sich nicht etwa um einen Druckfehler (fälschlich mg statt $\mu\text{g} = 1/1000\text{mg}$ oder $\text{ng} = 1/1000\text{mg}$) handelt. In Abb. 8 zur physiologischen Grundbelastung finden sich (wieder unter der Voraussetzung von $\mu\text{Mol/g}$ als Einheit) zu den Maxima der Gingiva-Belastung erneut irrationale Werte: zirka 1870mg/g für Nickel und zirka 32600mg/g für Zink (aufgrund der wenig genauen Rückbestimmung aus einer logarithmischen Skala sind die Angaben mit dem Vorbehalt „zirka“ versehen). Damit sind auch alle anderen Werte dieser Abbildung desavouiert. Den Text zu Fall 3 schließlich kann man nur dahingehend interpretieren, dass Toxizität und Quantität als voneinander unabhängige Ursachen für pathologische Reaktionen verstanden werden. Ist denn die Einsicht „sola dosis facit venenum“ von Paracelsus (1493 – 1541) inzwischen widerlegt? Die zm-Redaktion sollte klären, wie es möglich war, dass dieser Beitrag nicht aufgehalten wurde.

Prof. Dr. H. Meiners
Rudolf-von-Langen-Str. 1
48147 Münster

Eine Replik des Autors ist in Arbeit und wird in einer der nächsten Ausgaben veröffentlicht

„No sports“

■ Zum Beitrag „Verunsicherung der Breitensportler“ in zm 4/2003:

Bekanntlich wurde Sir Winston Churchill nach seinem lakonischen Motto „No sports“ 93 Jahre alt. Haben die Ratgeber einer Ministerin sich nicht genügend umgesehen?

So gab es vor über 30 Jahren ein bemerkenswertes Buch „So vermeiden Sie Sportunfälle“ (Moe-wig-Reihe Nr. 3140). Leider wurden Reit- und Trampolin-Unfälle darin nicht behandelt. Was aber zum Beispiel Skiunfälle in den europäischen Alpenländern angeht, so kam der Autor, Dr. Erhard Keller, München, Olympiasieger von 1968 und 1972, auf folgende Zahlen pro Jahr: mindestens 400 000, schätzungsweise aber 800 000 bis eine Million Unfälle. Haben die Ratgeber der Ministerin etwa die „Apotheken-Umschau“ vom Februar 2002 ignoriert? Dort hieß es wörtlich: „...in Deutschland pro Jahr fünf (!) Millionen Sportunfälle...!“ Dr. Kellers mutiges Buch wurde anscheinend ziemlich boykottiert, weil niemand die Wahrheit hören wollte. Sollte ihm nicht noch das Bundesverdienstkreuz verliehen werden? Die Aussage „Der Sport spart dem Gesundheitssystem viel Geld...“, hört sich demnach wie ein Karnevalswitz an und ist offenbar nur eine Teilwahrheit, ungläublich. Dr. Keller: „Sport ist nicht gesund. Er kann gesund sein.“

Günther Müller
Landrat-Albrecht-Straße 1
21337 Lüneburg

Neues Gutachten des Sachverständigenrates

40 Milliarden Euro schweres Sparpaket

Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen hat sein jüngstes Gutachten unters Volk gebracht. Die Gesundheitsweisen wollen die GKV mit verschiedenen Sparvorschlägen um 40 Milliarden Euro entlasten. So könnte der durchschnittliche Beitragssatz um bis zu vier Prozentpunkte gesenkt werden. Bei den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen traf das Gutachten auf ein unterschiedliches Echo.

Statt eines grundlegenden Systemwechsels befürworten die Sachverständigen eine schrittweise Strukturreform des Gesundheitswesens. Doch die vorgeschlagenen Einschnitte wären trotzdem tief: Kassenpatienten sollen in Zukunft Privatunfälle und Zahnersatz selbst absichern, auf Miet- und Zinserträge Beiträge zahlen und für jeden Arztbesuch eine Praxisgebühr entrichten. Zudem befürworten die Experten



„Ich werde die Zahnbehandlungen nie aus dem Paket der Kassen herausnehmen.“

Ulla Schmidt,
Bundesgesundheitsministerin

des Sachverständigenrats in ihrem Gutachten zur „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ im Gesundheitswesen, die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten einzuschränken. Weitere Sparvorschläge sehen Einschnitte bei Fahrtkosten, ambulanten Vorsorgeleistungen in Kur- und Badeorten, bei Massagen und Brillen sowie kieferorthopädischen Leistungen für Erwachsene und Jugendliche vor.

Auf 684 Seiten beschäftigt sich der Sachverständigenrat mit Möglichkeiten, das deutsche Gesundheitswesen – etwa durch integrierte Versorgung und Chroniker-Programme – effizienter zu gestalten, Verschiebeshöfe zu beenden und die Einnahmeseite der GKV zu stärken. Bei vollständiger Umsetzung des Sparpakets geht es um ein Entlastungsvolumen von 40 Milliarden Euro. Damit könnte der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen auf etwa 10,4 Prozent sinken. Könnte. Denn die Sparmaßnahmen sind in ihrer Gesamtheit

umstritten und es ist fraglich, wie viele der Vorschläge auch wirklich in die Tat umgesetzt werden. So würden die Gesundheitsweisen beispielsweise gerne die Verschiebeshöfe der Vergangenheit beenden und versicherungsfremde Leistungen wie Sterbegeld, Empfängnisverhütung, Haushaltshilfe oder Krankengeld aus der GKV ausgliedern und durch Steuergelder finanzieren. Der Haken an der Sache: 15 Milliarden Euro zusätzliche Belastungen für den Finanzminister Hans Eichel.

Und der beschäftigt sich gerade akut mit der Sorge, ob wenigstens in diesem Jahr die Neuverschuldung unter der drei Prozent-Marke bleibt und somit die Maastricht-Kriterien eingehalten würden.

Eigenlob von allen Seiten

Zwar kam zunächst viel Lob von den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen – doch das bezog sich jeweils nur auf die mögliche Umsetzung eigener Vorschläge. So begrüßte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, dass sich die Experten gegen einen generellen Systemwechsel ausgesprochen hatten.



Das Sachverständigengutachten lässt aufhorchen: 40 Milliarden Euro Sparvolumen könnten realisiert werden.

„Die solidarische Krankenversicherung hat sich bewährt. Ich stimme mit dem Sachverständigenrat darin überein, dass Reformschritte im Rahmen des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen sind“, erklärte Schmidt. Sie sah sich in ihrer Ansicht bestärkt, vor allem durch adaptive Strukturformen das Gesundheitswesen besser und kostengünstiger zu machen.

Doch die Leistungen für Zahnbehandlungen etwa – die der Sachverständigenrat gerne aus der GKV ausgliedern würde – will Schmidt bei den gesetzlichen Krankenkassen lassen: „Ich werde die Behandlungen nie aus dem Paket der Kassen herausnehmen.“ Das Gutachten hat für die private Absicherung des Zahnersatzes einen Spareffekt von 3,7 Milliarden Euro errechnet und eine schrittweise Ausgliederung der Leistungen vorgeschlagen. Die Sparvorschläge der Sachverständigen zur Finanzreform der GKV kommentierte Schmidt eher zurückhaltend und verwies auf die Rürup-Kommission, die ja den aus-



Foto: Lopata

Zwiespalten: CSU-Gesundheitspolitiker Horst Seehofer hält die Ideen für unrealistisch.

Fotos: MEV/zm/Bundesbildstelle



„Das Gutachten ist eine vernünftige Grundlage für eine sachliche Reformdiskussion. Es enthält manche Giftzähne für Krankenkassen, Patienten und Versicherte, aber das Gesundheitswesen muss grundlegend reformiert werden.“

Hans-Jürgen Ahrens,
Vorsitzender des
AOK-Bundesverbandes

drücklichen Auftrag habe, die finanzielle Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit der Sozialversicherungen neu zu konzeptionieren.

Unrealistische Vorschläge

Die CDU sieht das Gutachten mit gemischten Gefühlen. CSU-Gesundheitsexperte Horst Seehofer begrüßte den „Grundansatz des Gutachtens mit der Ablehnung planwirtschaftlicher Ansätze und der Befürwortung von mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung“, hielt aber auf der anderen Seite eine Reihe der Vorschläge für unrealistisch oder fragwürdig. Die vom Rat vorgeschlagene Belastung der Steuerhaushalte sei auf absehbare Zeit nicht realisierbar, so Seehofer. Eine Praxisgebühr, die bei jedem Arztbesuch fällig wäre, lehnt er prinzipiell ab, ebenso die geplante Verbreite-

rung der Beitragsbemessungsgrundlage auf Zins- und Mieteinkünfte.

Seehofer hält die Ausgliederung von Leistungsbereichen zwar für vernünftig, kritisiert aber gleichzeitig die im Gutachten dafür vorgesehene Auswahl von Freizeitunfällen aufgrund von Abgrenzungsproblemen. Der CSU-Gesundheitspolitiker macht allerdings auch keinerlei Angaben darüber, welche Bereiche sinnvoller zur Ausgliederung geeignet seien.

Die Kritik der Union betrifft durchaus die Kernbereiche des Gutachtens – eine Umsetzung des vollen Sparpakets scheint also utopisch. Ohne die Zustimmung der Opposition wird es zu keiner umfassenden Gesundheitsreform kommen. Was von den Vorschlägen der Sachverständigen übrig bleibt und inwieweit die GKV dann noch entlastet werden kann, hängt zu einem Großteil auch von den Vorstellungen der Union ab.

Gebremste Euphorie

Als ein weiterer Bremsklotz bei der Umsetzung des Sparpakets könnten sich die Gewerkschaften erweisen. Das Gutachten sei eine klare Absage an einen Systemwechsel, begrüßten DGB und Ver.di das Bekenntnis der Sachverständigen zu adaptiven Struktur-Reformen. Ver.di-Chef Frank Bsirske warnte jedoch gleichzeitig vor einem „Ausschlachten“ des Leistungskataloges. Für das Herauslösen zahnmedizinischer Leistungen etwa sehe Ver.di „null Spielraum“, so Bsirske. Und die stellvertretende DGB-Vorsitzende Ursula Engelen-Kefer lehnte das

„geballte Streichpaket“ in Bausch und Bogen ab und kritisierte vor allem die Pläne zur Privatisierung der Unfallversicherung.

Lob kam dagegen von den Krankenkassen. Der AOK-Bundesverband lobte das Gutachten als eine „vernünftige Grundlage für eine sachliche Reformdiskussion“. Der AOK-Vorsitzende Hans-Jürgen Ahrens begrüßte, dass auf das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags und auf Kopfpauschalen statt der lohnbezogenen Beiträge verzichtet worden sei. Natürlich enthalte das Gutachten „manche Giftzähne für Krankenkassen, Patienten und Versicherte“, so Ahrens, aber das Gesundheitswesen müsse grundlegend

reformiert werden, um den Anstieg der Beitragsätze zu stoppen. Dies sei ohne unpopuläre Maßnahmen nicht zu erreichen.

Besonders aus volkswirtschaftlicher Sicht ist die Höhe der Kassen-Beitragsätze immens wichtig. Die Gesundheitsweisen betonen in ihrem Gutachten, dass es mit einer Senkung der Lohnnebenkosten gelingen könnte, relevante arbeitsmarkt- und be-

schäftigungspolitische Impulse zu setzen. Dementsprechend positiv ist auch die Reaktion der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Die Vorschläge seien „ein sinnvoller Beitrag zur Senkung der überhöhten Personalzusatzkosten“, heißt es aus dem Arbeitgeberlager. Eine deutliche Senkung der Lohnnebenkosten sei Voraussetzung für Erhalt und Schaffung von Arbeitsplätzen und damit auch für die Stärkung der Finanzbasis der Sozialversicherung insgesamt. om



Hat den Vorsitz im Sachverständigenrat: Prof. Dr. Eberhard Wille

Foto: Aevermann

Rückenwind für Gesetzgebung

Reformbereitschaft höher als erwartet

Eine aktuelle Studie des Meinungsforschungsinstituts EMNID ergab, dass 82 Prozent der deutschen Versicherten tiefgreifende Gesundheitsreformen befürworten und bereit sind, mehr Eigenverantwortung zu tragen und eine höhere Eigenbeteiligung in Kauf zu nehmen. Die Reformbereitschaft der Deutschen sei sehr viel höher, als Politik und Medien bislang angenommen haben.

Die hohe Zustimmung zu wirklichen Reformen im Gesundheitswesen sei auch Rückenwind für den bevorstehenden Gesetzgebungsprozess. Weitere wichtige Resultate: 75 Prozent der Befragten halten eine Verbesserung der medizinischen Versorgung für notwendig. 82 Prozent sind bereit, umfassende Reformen mitzutragen. Der Aufbau eines integrierten Versorgungssystems (91 Prozent) und die Schaffung von Transparenz (85 Prozent) sowie der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sind für die Befragten die wichtigsten Punkte einer erfolgreichen Gesundheitsreform.

Die quantitative Befragung wurde im Februar 2003 durchgeführt und basiert auf einer repräsentativen Stichprobe von 1000 Befragten der in Deutschland lebenden deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren. dev/pm

Kommentar

Stimmungsbarometer

Man mag ja von Bevölkerungsbefragungen halten was man will, aber eines zeigen sie sicherlich: ein aktuelles Stimmungsbild. So ist schon beachtlich, dass laut der jüngsten EMNID-Studie 82 Prozent der Versicherten sich für tiefgreifende Reformen im Gesundheitswesen aussprechen und auch eine höhere Eigenverantwortung befürworten. Der Trend zum Stimmungsumschwung ist nicht zu leugnen. Was die große Politik betrifft, so zeigten bereits die letzten



Foto: MEV

Kommunalwahlen in Schleswig-Holstein sowie die Landtagswahlen in Niedersachsen und Hessen, dass die Regierung durch die Wählermeinung kräftig ihr Fett abbekommen hat. Stünde zu diesem Zeitpunkt die derzeitige Gesundheitspolitik zur Disposition, würde diese von den Versicherten ein dickes Minus bekommen. Die Zeichen sind also überreif für eine Gesundheitsreform. Aber diesmal muss es eine echte sein. Und wie man sieht – die Bevölkerung ist bereit, auch wesentliche Einschnitte mitzutragen. *Gabriele Prchala*

Verordnungsverhalten der Ärzte

KBV weist Kritik zurück

„Wir Kassenärzte sind nicht länger gewillt, den Sündenbock zu spielen.“ Mit diesen Worten hat in Berlin der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Manfred Richter-Reichhelm, auf Kritik des Bundesministeriums für Gesund-

heit und Soziale Sicherung (BMGS) reagiert. Dieses hatte bei der Präsentation der Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen den Kassenärzten vorgehalten, weit mehr Medikamente verschrieben zu haben, als sie durften. Richter-Reichhelm weiter: „Die Aussage von Klaus Theo Schröder, wir seien für zwei Drittel des Krankenkassendefizits von knapp drei Milli-

arden Euro verantwortlich, ist eine Milchmädchenrechnung: Wir haben durch die Verordnung von Arzneimitteln nur 960 Millionen Euro zu dem Defizit beigetragen, der Krankenhaussektor jedoch 1,16 Milliarden Euro. Wenn Ulla Schmidt den Patienten diese Arzneimittel vor-enthalten will, soll sie es deutlich sagen und verantworten.“

pr/pm

Minus höher als angenommen

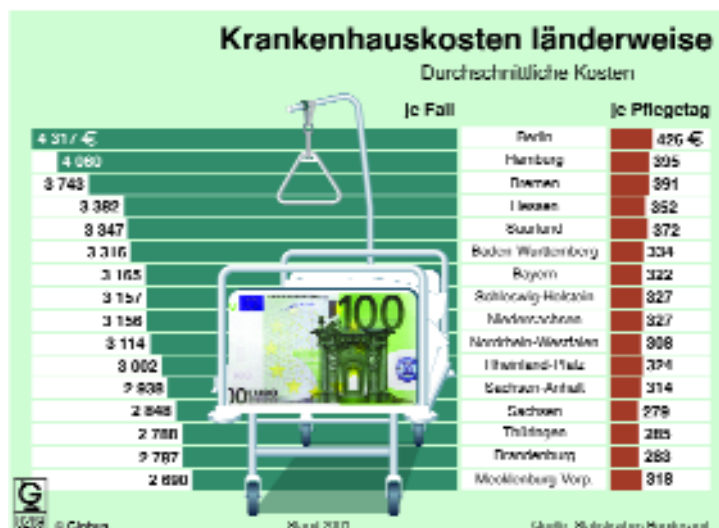
Drei Milliarden Euro GKV-Defizit

Die gesetzlichen Krankenkassen haben 2002 ein Defizit von 2,96 Milliarden Euro verzeichnet. Das vom Gesundheitsministerium berichtete Minus liegt damit noch höher als von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt geschätzt. Schmidt war von rund 2,5 Milliarden Euro ausgegangen. Rund zwei Drittel des Defizits seien durch die zu hohen Ausgaben für Arzneimittel verursacht, sagte Staatssekretär Klaus Theo Schröder. Zwar hätten Kassenärzte und Krankenkassen Anfang 2002 eine Ausgaben-senkung um 4,6 Prozent vereinbart. Tatsächlich seien die Aus-

gaben jedoch um 4,8 Prozent gestiegen. Dies habe ein Minus von mehr als zwei Milliarden Euro verursacht. Zweite Ursache für das Defizit sei der geringe Anstieg der Lohnsumme.

Die Gesamtausgaben der Krankenkassen betragen im vergangenen Jahr 142,61 Milliarden Euro. Dabei stiegen die Leistungsausgaben um drei Prozent an, die Verwaltungskosten der Kassen jedoch um 4,5 Prozent.

dev/dpa



„Rohentwurf“ aus dem Bundesgesundheitsministerium

Erste Analyse: Zwangsfortbildung soll kommen

Der dritte Referenten-„Roh-Entwurf“ aus dem Bundesgesundheitsministerium zur Reform im Gesundheitswesen kursiert derzeit noch als vertrauliches und ausdrücklich nicht abgestimmtes Papier im Bundesgesundheitsministerium (BMGS), liegt der Bundeszahnärztekammer aber bereits vor. Eine der zu schluckenden Kröten, so eine erste Analyse der BZÄK:



Foto: zmf/CC

Die Pflicht zur fachlichen, zertifizierten (Zwang-)Fortbildung soll kommen, bei deren Nichterfüllung der Kassenzulassungszug droht. In der Fortbildung sollten ausschließlich fachliche Themen auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und frei von wirtschaftlichen Interessen behandelt werden. Nicht anerkannt würden danach künftig fachbezogene Informationsveranstaltungen der Industrie. Der Nachweis über die Fortbildung solle durch entsprechende Zertifikate der Kammern nach den von der BZÄK aufzustellenden Kriterien erfolgen.



Das so genannte „einrichtungsinterne Qualitätsmanagement“ werde auch auf den ambulanten Bereich und die zahnärztliche Versorgung ausgedehnt. Detailregelungen für das geplante „Zentrum für Qualität in der Medizin“ unter Aufsicht des BMGS liege, so die BZÄK, jetzt ebenfalls vor. Zu dessen Aufgaben zähle unter anderem die Bereitstellung von Informationen für die Versicherten, Erstellung evidenzba-

siert Leitlinien, Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität, Abgabe von Empfehlungen an die Bundesausschüsse sowie Empfehlungen zur Anerkennung der Zwangsfortbildungsmaßnahmen. Die strukturellen Änderungen bei den KZVen und der KZBV sähen künftig die Wahl eines hauptamtlichen Vorstands vor, der von der Vertreterversammlung gewählt werde. BZÄK

Gedankenspiele

Löffler befürchtet staatlichen Weg

Dr. Rolf-Jürgen Löffler, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), sieht das Gesundheitswesen auf dem Weg in eine staatliche, von Krankenkassen dominierte Politik. Angesichts der jüngsten Gedankenspiele aus dem Bundesgesundheitsministerium zieht er ein verheerendes Fazit.

„Das ist ein Anschlag auf die niedergelassenen Arzt- und Zahnarztpraxen, die regelrecht ausbluten, mit dem Ergebnis, dass der Patient sein Heil in staatlichen Einrichtungen finden soll“, so Löffler. Für jede Diagnose gebe es bald ein „Schema F nach Listenmedizin“. „Dann ist Schluss mit individueller leistungsorientierter Versorgung“, so Löffler. dev/KZBV

Aufruf des Bündnisses Gesundheit 2000

Erster Deutscher Bündnistag am 2. April in Berlin

Alle zahnärztlichen Kolleginnen, Kollegen und ihre Beschäftigten sind eingeladen, aktiv am 1. Deutschen Bündnistag am 2.



April 2003 teilzunehmen. Dieser Tag soll den Diskussionsprozess weiter intensivieren und die Positionen der 38 im Bündnis vertretenen Berufsgruppen der Öffentlichkeit und der Politik verdeutlichen. Gerade für die zahnärztliche Versorgung ergeben sich aus der demographischen Entwicklung, dem medizinischen Fortschritt und der gestiegenen Erwartungshaltung der Patienten Herausforderungen, die mit den zurzeit dargelegten Reformvorschlägen nicht zu lösen sind. Gefordert wird vom Gesetzgeber:

- Schaffung einer auf die Belange der zukünftigen Herausforderungen an die Zahnmedizin abgestimmten Reform
- Einhaltung der Fürsorgepflicht gegenüber den Patienten und dem Berufsstand
- Oberste Priorität für die Freiheit des Berufsstandes und mehr Eigenverantwortung für die Patienten
- Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse im Rahmen einer präventionsorientierten Zahnheilkunde.

Diese Forderungen liegen der Politik seit Jahren vor. Ziel des „Bündnis Gesundheit 2000“ ist, die Bevölkerung über die gravierenden Folgen verfehlter Strukturpolitik im Gesundheitswesen aufzuklären und sich den Herausforderungen an eine tragfähige Gesundheitsreform zu

■ **Genauere Informationen zum Zeitablauf gibt es unter <http://www.bzaek.de>**

Patientenbefragung

Verständnis für Protestaktionen

Knapp zwei Drittel aller Patienten haben Verständnis für die Protestmaßnahmen der niedergelassenen Ärzte. Dies ist das Ergebnis einer Studie der Rheinischen Fachhochschule in Köln. Jeder Zweite der befragten Patienten hat demnach die verschiedenen Protestaktionen im Dezember wahrgenommen. 54 Prozent zeigten nicht nur Verständnis, sondern konnten auch Gründe für den Protest von Ärzten und Apothekern benennen. Zwei Drittel der Befragten gaben an, sie verfolgten die Diskussionen um Maßnahmen der Bundesregierung zur Ausgaben-

stellen. Daher ist nicht nur die Solidarität im Berufsstand, sondern mit allen Gesundheitsberufen gefordert. BZÄK

senkung. Sparmaßnahmen, die ein Krankenhaus aus Budgetgründen zwingt, nur noch Notfallpatienten anzunehmen, wurden strikt abgelehnt. 66 Prozent lehnten solche Sparmaßnahmen ab, „weil die Patientenversorgung durch das Krankenhaus gesichert sein muss.“ om/pm

BZÄK betont

Zahnärzte wenden GOZ korrekt an

Zahnärzte verhalten sich bei der Bemessung ihrer Gebühren völlig rechtskonform, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. Er nimmt damit Stellung zu einem Artikel der Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 3. März 2003. Dort hieß es, dass Deutschlands Zahnärzte versuchten, bei den Privatpatienten höhere Honorare durchzusetzen. Weitkamp begründet dies mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 2001, in dem festgestellt wurde, dass die Zahnärzte von den Gestaltungsmöglichkeiten, die ihnen die Gebührenordnung eröffnet, nur wenig Gebrauch machen. Weitkamp mahnt den Gesetzgeber abermals an, die

seit 15 Jahren unveränderten Punktwerte der Gebührenordnung für Zahnärzte der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen. BZÄK

Apollonia-Stiftung

Förderpreis ausgeschrieben



Zum zweiten Mal vergibt in diesem Jahr die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ einen Förderpreis für journalistische und/oder wissenschaftliche Leistungen. „Durch den Preis, der mit 10000 Euro dotiert ist, will die Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe die präventionsorientierte Zahnheilkunde fördern und die Zahnheilkunde als präventives ärztliches Handeln im Ansehen der Bevölkerung verankern“, so der Stiftungsvorsitzende und Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Walter Dieckhoff. Der Preis kann sowohl für wissenschaftliche Leistungen auf diesem Gebiet als auch für journalistische Publikationen erlangt werden. Die Bewerbung um den Preis ist an die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“, Auf der Horst 29, 48147 Münster zu richten. Abgabetermin ist der 1. Juni 2003. pr/pm

■ Die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ wurde im Jahr 2000 von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe ins Leben gerufen. Wesentlichen Anteil an der Errichtung hatte der jetzige Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp.



Foto: KV Saarland

Rechtswissenschaftlicher Vortrag

Wuchernde staatliche Fürsorge

„Es wird immer deutlicher, dass unsere sozialen Sicherungssysteme an den Grenzen ihrer Belastbarkeit angekommen sind.“ Zu diesem Schluss kam der Rechtswissenschaftler Prof. Dr. Friedrich Schnapp von der Bochumer Ruhr-Universität im Rahmen eines Symposiums der Bertelsmannstiftung.

Zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung vor über 100 Jahren seien lediglich 15 Prozent in ihr versichert gewesen, heute fast 90 Prozent, so der Rechtswissenschaftler. „In den letzten 30 Jahren hat der Gesetzgeber durch über 50 Gesetze mit über 7000 Einzelbestimmungen die GKV zu sanieren versucht.“ Schnapp verdeutlichte die zunehmende Verstaatlichung der Krankenversicherung anhand einer Vision: Um den Schutz des Lebens eines jeden Bürgers zu gewähren, würde demnach der Staat seine Bevölkerung zwangsweise gegen Verhungern und Verdursten versichern. „Jeder Versicherte erwirbt den Anspruch, sich von staatlich zugelassenen Ernährungsberatern verordnen zu lassen, was er essen und trinken soll“, so Schnapps Metapher einer überbordenden staatlichen Fürsorge. Überlebenskassen und staatliche Ernährungsberater bekämen den gesetzlichen Auftrag einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Lebensmittelversorgung. Als Sparmaßnahme käme es zu Kontingentierungen in den einzelnen Lebensmittelgruppen: Ein Versicherter, der Hunger auf Gurkensalat verspüre, müsste sich von seinem Ernährungsbe-

rater sagen lassen, dass dessen Gemüsebudget erschöpft sei. „Der Staat als paternalistisch-fürsorglicher Sozialingenieur – dahinter hat schon Immanuel Kant den Tyrannen verborgen gesehen“, beschloss Schnapp diesen Blick in die Zukunft und fügte hinzu, dass diese Vision gar nicht so weit entfernt von der Realität sei und in der heutigen GKV bereits jeder Einzelne entmündigt werde. zm

BZK Stuttgart

Neuer Vorsitzender



Dr. Konrad Bühler, Eislingen (Foto), wurde zum neuen Vorstandsvorsitzenden der Bezirkszahnärztekammer für den Regierungsbezirk Stuttgart gewählt. Neues Vorstandsmitglied ist auch Dr. Dr. Thomas Eiche, Stuttgart.

Bereits seit Beginn der Legislaturperiode im Amt sind Dr. Rolf Maurer, Bietigheim-Bissingen, Dr. Renate Lüllwitz-Hoch, Böblingen und Dr. Helmut Schönberg, Fellbach. pr/pm

Arbeitsmedizin**Chemikalien gefährden Zahnarzt-Personal**

Foto: BfA

In zahnärztlichen Praxen und Dentallaboren werden viele Chemikalien mit potenziell sensibilisierenden Eigenschaften eingesetzt. Finnische Wissenschaftler haben untersucht, wie häufig eine respiratorische Hypersensitivität bei zahnärztlichem Personal auftritt. Aus dem finnischen Register für Berufskrankheiten

wurden Details über die Fälle mit respiratorischer Hypersensitivität erfasst. IgE-Spiegel wurden analysiert und die Peakflow-Werte spirometrisch gemessen. Zwischen 1975 und 1998 wurden 64 Personen erfasst, die in zahnärztlichen Praxen und Dentallaboren arbeiteten und an respiratorischen Problemen litten. Die Häufigkeit der Fälle nahm zwischen 1990 und 1998 deutlich zu. Methacrylate verursachten häufig Asthma, Rhinitis und allergische Alveolitis. Weitere Stoffe, die gehäuft zu Atemwegsproblemen führten, waren Chloramin-T und Latex aus Naturkautschuk. sp/pd

Auslobung**DOGOZ-Förderpreis**

Erstmalig schreibt die DOGOZ (Deutsche Gesellschaft für organische Zahnmedizin) Ihren Förderpreis für noch nicht veröffentlichte Arbeiten auf dem Gebiet der regenerativen, organischen Zahnmedizin aus. Der Preis ist mit 2000 Euro dotiert. Einsendeschluss ist der 31. Dezember 2003. Die Preisverleihung erfolgt bei der Jahreshauptversammlung der DOGOZ in Hamburg im September 2004. Nähere Informationen bei der DOGOZ,
Koenigstraße 55
25335 Elmshorn
Tel.: 04121/ 26 96 08
Fax: 04121/257 63
E-Mail:
dogz@arztmail.de,
Internet:
www.dogz.de.

sp

Arbeitsmedizin**Stress schlägt auf das Herz**

Permanente Überlastung im Beruf gilt als gesundheitsschädlich. In einer prospektive Kohortenstudie wurde untersucht, wie sich Belastungen auf die kardiovaskuläre Mortalität auswirken. An der Studie nahmen 812 Beschäftigte einer finnischen Metallverarbeitungs-Fabrik teil. Die Eingangsuntersuchung erfolgte 1973; die Teilnehmer wurden durchschnittlich 25,6 Jahre beobachtet. Voraussetzung für die



Foto: PhotoDisc

Teilnahme war, dass zu Studienbeginn keine koronare Herzkrankung vorlag.

Hoher Stress im Beruf wurde definiert als das Zusammentreffen von hohen Arbeitsanforderungen bei gleichzeitiger niedriger Autorität: Diese Beschäftigten hatten ein 2,2fach höheres Risiko, an einer kardiovaskulären Erkrankung zu versterben als ihre Kollegen.

Auch Beschäftigte mit unbefriedigender beruflicher Situation (wenig Gehalt, geringe Aufstiegschancen) wiesen eine 2,4fach höhere kardiovaskuläre Mortalität auf.

Diese Zusammenhänge galten auch nach der Korrektur für individuelle Risikofaktoren. Hohe Stresspegel führten nach fünf Jahren zu einer Erhöhung des Serumcholesterins; Beschäftigte, die ihre beruflichen Anstrengungen nicht ausreichend gewürdigt sahen, neigten nach zehn Jahren zu einem erhöhten Body Mass Index, wie die Praxis-Depeche schreibt. sp

Erfolgsmodell**Curriculum Implantologie**

Im Jahr 2002 haben 301 Zahnärztinnen und Zahnärzte das „Curriculum Implantologie“ von DGI, APW und DGZMK mit der Prüfung abgeschlossen. Damit hat sich die Zahl der Absolventen im Vergleich zum Vorjahr nahezu verdreifacht.

Für die erste von zwei Prüfungen in diesem Jahr sind bereits 265 Teilnehmer eingeladen. Derzeit nutzen 582 Zahnmediziner dieses Weiterbildungsangebot. sp/pm

Unterschätzt**Sucht im Alter**

Zwischen 1990 und 1998 wurde an der Psychiatrischen Univ.-Klinik Lübeck anhand der ICD-10-Kriterien die Zahl der Patienten über 64 ermittelt, die eine Alkohol- oder Medikamenten-Abhängigkeit aufwiesen oder Substanzmissbrauch betrieben.



Foto: PhotoDisc

Von den stationären Probanden waren 17,7 Prozent der Männer und 4,2 Prozent der Frauen über 64 alkoholabhängig. In 5,8 Prozent wurde ein Medikamenten-beziehungsweise Drogenmissbrauch festgestellt, am häufigsten ein Benzodiazepin-Abusus. Bei den ambulanten Patienten fand sich Alkoholabhängigkeit bei 10,8 Prozent der Männer und 3,2 Prozent der Frauen, Medikamentenmissbrauch in 3,9 Prozent der Fälle. Die Komplikationshäufigkeit (Delir, Korsakoff-Syndrom, Benzodiazepin-Entzug) nahm mit dem Alter drastisch zu. Bei älteren Menschen ist Substanzmissbrauch weniger häufig als bei Jüngeren, die Komplikationsrate aber höher, wie eine Untersuchung beweist. sp

Schicken Sie die Patienten hin

Patienten-Event auf der IDS in Köln



Foto: Ivoclar Vivadent

Kinderclown „Mausi Mausini“

Während sich die dentale Fachwelt zur IDS 03 in den Kölner Messehallen ein Stelldichein gibt, hat in unmittelbarer Nähe auch die Kölner Bevölkerung die Möglichkeit, sich über moderne Zahnmedizin und Zahntechnik zu informieren.

In enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Köln, der Aktion Zahnfreundlich e.V., Vertretern der Zahnärzteschaft, der Zahntechniker-Innung sowie anderen engagierten Partnern veranstaltet Ivoclar Vivadent einen Tag des Patienten unter dem Motto: „Lächeln verbindet – schöne, gesunde Zähne ein Leben lang“.

Der Mittwochvormittag (26. 3. 03) steht ganz im Zeichen der Prophylaxe. Federführend ist hierbei das Gesundheitsamt Köln, das dieses Thema den über 500 Schülern näher bringen wird. Die Kinder erleben im Rahmen eines Mitspieltheaters die Schwerpunkte gesunde Zähne, Ernährung und Zahnpflege und werden zum Mitmachen und

Lernen motiviert. Im Anschluss an die Vorstellung erhält jeder Schüler ein persönliches „König Zahnlos-Zahnpflegepaket“ mit nützlichen Utensilien für die Zahnpflege. Der Inhalt des Paketes wird unter anderem von Wrigley GmbH, Oral B und der Aktion Zahnfreundlich gesponsert.

Ab 13.00 bis 17.00 Uhr präsentiert Ivoclar Vivadent der Kölner

Bevölkerung die vielfältigen Möglichkeiten der modernen Zahnmedizin und Zahntechnik. Das umfangreiche Aktionsprogramm ist für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen interessant. Der Nachmittag beinhaltet Infostände, Live-Vorführungen und Vorträge zu den unterschiedlichsten Themen wie Karies, Bleaching, Zahnersatz und vieles mehr. Und wer wissen möchte, wie hoch sein persönliches Kariesrisiko ist, kann dies ebenfalls testen lassen.

Näheres bei:

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2
FL-9494 Schaan
Tel.: +423 235 3535
Fax.: +423 236 36 33
E-Mail:
info@ivoclarvivadent.com
http://www.ivoclarvivadent.com

Organspendezahlen 2002

Zahl der Organspender könnte höher liegen

Im Bundesdurchschnitt haben im Jahr 2002 zwölf Personen pro eine Million Einwohner ihre Organe nach dem Tod gespendet; das sind insgesamt 1029 Organspender. Es wurden 3305 Transplantationen durchgeführt. Aktuell stehen laut Eurotransplant, der Vermittlungsstelle in Leiden, Niederlande, 11 500 Patientinnen und Patienten auf der Warteliste und hoffen auf ein Transplantat.

„Die Zahl der Organspender stagniert, obwohl sie bundesweit deutlich höher liegen könnte“, sagt Professor Dr. Martin Molzahn, Vorstandsvorsitzender der DSO, Neu-Isenburg, anlässlich einer Pressekonferenz. Dies bestätigten die seit langem positiven Zahlen in der Region Nord-Ost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) mit über 19 Organspendern pro eine Million Einwohner und in Bayern mit fast 15 Organspendern pro eine Million Einwohner. Auch gebe es eine deutliche Steigerung von 25 Prozent in Nordrhein-Westfalen von 2001 auf 2002, erklärt Molzahn. Zudem beweise die Situation in anderen

europäischen Ländern, dass Zahlen von 20 und mehr Organspendern pro eine Million Einwohner möglich seien, so der Mediziner. In Spanien sind es sogar 30 Organspender pro eine Million Einwohner.

Informationen zur Organspende erhalten alle Interessenten am Infotelefon Organspende – eine gemeinsame Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der DSO – unter der kostenlosen Rufnummer 0800/90 40 400. Hier können auch Organspendeausweise bestellt werden. sp



Foto: zm

Psychologie

Anerkennung nach Zahnbehandlung

Wichtigste Aufgabe eines Zahnarztes sollte es sein, einen hässlichen Menschen zu einem normal aussehenden und nicht unbedingt zu einem attraktiven Menschen zu machen. Denn, so Dr. Jutta Margraf-Stiksrud, Marburg, kürzlich in Leipzig, die Schönheit hat zwar Einfluss auf die Akzeptanz in der Gesell-

schaft aber nicht auf den Charakter.

Der Patient sollte daher nicht zu einem „Bild“ gemacht werden, sondern so „in Form“ gebracht werden, dass für ihn und sein soziales Umfeld eine größere Akzeptanz und eine damit verbundene verstärkte Anerkennung erreicht wird. sp

Eiskalt abgerechnet

Verschiedene wurden liquidiert

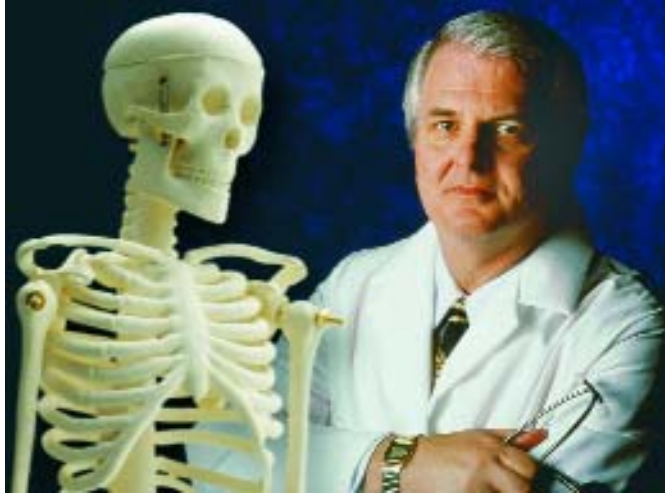


Foto: PhotoDisc/zm (M)

Totgesagte leben länger. Und wer richtig tot ist, lebt noch länger. Sagen jedenfalls die Jungs von der AOK – und meinen damit, dass es in Berlin Kassenärzte geben soll, die Leistungen bei Patienten abrechnen, die längst gestorben sind. Eine Vorstellung, die der AOK natürlich überhaupt nicht passt: „Hochgerechnet kommt man spielend auf mehrere Tausend Tote, mit denen Ärzte noch ein Geschäft machen“, so die harte Anklage.

Was war da nur passiert? Also, ein Berliner Arzt hatte am 20. November eine Konsultationsgebühr für einen schwer an Krebs erkrankten Patienten abgerechnet. Soweit, so gut. Der Patient war allerdings bereits seit mehr als zwei Wochen tot. Ein Aufschrei ging durch die hauptstädtische GKV-Landschaft: „Ärzte betrügen im großen Stil die Kassen!“

Dass das aber doch alles gar nicht so ist, wurde dann Anfang dieses Monats klar. Von ursprünglich fast 450 verdächtigten Praxen sind noch 14 Ärzte übrig geblieben, bei denen die Kassenärztliche Vereinigung Berlin „Bedarf für weitere Prüfun-

gen sieht“. Sie hatten nach dem Hinscheiden ihrer Patienten Leistungen berechnet; und das zum Teil neun Quartale später. Allein wegen des dabei entstandenen Schadens wird sich wohl niemand im Grabe umdrehen: Prüfungen kamen auf eine Gesamtsumme von 941 Euro – weniger als ein Millionstel des gesamten Jahreshonorars aller Berliner Ärzte. dev

Surf-Süchtige in der Ambulanz

Ohne Netz und doppelten Klick

„Google“, „Yahoo“, „AltaVista“ – für mehr als 10000 Berliner sind das echte Suchmaschinen. So viele Hauptstädter sind, wenn



Foto: MEV

man den Experten glaubt, nämlich Internet-Junkies. Und die Anzahl steigt ständig. In der Ambulanz des Humboldt-Klinikums

Aufgeschnappt und angespitzt

■ Was machen Berliner Eltern mit ihrem Nachwuchs, wenn die Kita dicht macht? Vielleicht morgens ins Internetcafé schicken und nachmittags vor die Glotze setzen? Auf der Straße ist es in Berlin auf jeden Fall zu gefährlich. Da sollen seit Neuestem sogar Untote ihr Unwesen treiben.



Foto: MEV

Böger schmeißt die Kleinen raus

Abgetretene Kinder

„Geht draußen spielen!“, sagt Bildungssenator Klaus Böger. Leuchtet ja auch irgendwie ein, dass ihm das Geplärre der lieben Kleinen ein wenig zu laut ist. Schließlich zeichnet Böger für 92000 kommunale Kindertagesstättenplätze verantwortlich. Da kommt einiger Lärm zusammen. Deswegen werden die Berliner Kitas jetzt auch drastisch reduziert. Zwei Drittel der Plätze sollen an „freie Träger“ abgetreten werden. Wie viele Kitas dann noch übrig bleiben sei noch nicht abzusehen, so Bögers Sprecher

Thomas John – genauso wenig wie die Summe, die durch die Abtretung eingespart wird. Eins ist aber auf jeden Fall klar: Wenn die Rotzlöffel erst mal vor die Tür gesetzt worden sind, wird's deutlich ruhiger im Haus. dev



Foto: MEV

werden heute fast zehn Mal so viele Web-Süchtige behandelt wie noch vor fünf Jahren. Mit Gesprächs- und Verhaltenstherapie versuchen die Psychiater die Abhängigen aus dem Netz zu holen. Die meisten Patienten sind so um die 18 Jahre alt und werden von ihren besorgten Eltern zur Behandlung gebracht. Ist ja klar, dass Mama und Papa sich sorgen, wenn Töchterchen und Sohnmännchen Tag für Tag mehr als fünf Stunden surfen – wo sie die Zeit doch so schön gemeinsam vor dem Fernseher verbringen könnten. dev

Der außerordentliche Deutsche Ärztetag in Berlin fordert

Stellschrauben auf mehr Freiheit drehen

Auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 18. Februar in Berlin machten die Fraktionsspitzen im Bundestag deutlich: Die Politik zeigt sich offen und gesprächsbereit. Trotz angebrachter Skepsis nahmen die Ärzte die Dialogangebote an. Anscheinend hat der Ärzteprotest der letzten Wochen Wirkung gezeigt.



Fotos: Lopata

Auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag setzten die Ärzte ihre eigenen Vorstellungen zur Reform im Gesundheitswesen den Plänen von Rot-Grün entgegen.

Zuversichtlich gab sich der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, vor der Presse: Die Chancen stünden günstig, durch Gespräche mit den Fraktionen „Irrläufer“ in der gesundheitspolitischen Diskussion zu verhindern, fasste er die engagierte Debatte des Vormittags zusammen. Kurzfristig hatte die Bundesärztekammer ihre rund 250 Delegierten zu einem außerordentlichen Ärztetag in die Hauptstadt geladen, um angesichts der

Neugestaltung des Gesundheitswesens ihren eigenen Reformvorstellungen entsprechendes Gehör zu verschaffen und konstruktiv mit der Politik zu diskutieren. Gekommen waren alle Fraktionsvorsitzenden des Deutschen Bundestages, außerdem zahlreiche weitere prominente Gesundheitspolitiker. Ministerin Ulla Schmidt verzichtete auf eine Teilnahme, äußerte aber nachträglich ebenfalls ihre Gesprächsbereitschaft.



Boten den Ärzten ihre Gesprächsbereitschaft an: SPD-Fraktionschef Franz Müntefering und Krista Sager von der Fraktionspitze der Grünen



In seiner engagierten Rede sprach Hoppe den Delegierten aus dem Herzen und ging heftig mit den Reformplänen von Rot-Grün ins Gebet: „Wir müssen die Stellschrauben des Systems auf mehr Freiheit drehen. Es muss wieder um Patientenbehandlung und nicht um Krankheitsverwaltung gehen. Wir brauchen endlich vernünftige Arbeitsbedingungen, unter denen gute Medizin wieder möglich wird.“ Und: „Wir können bei derart begrenzten Ressourcen nicht länger für die unbegrenzten Leistungsversprechen der Politiker einstehen.“

Hoppe unterstrich, dass die rot-grünen Eckpunkte keinen Weg in eine soziale Reform wiesen. Vehement lehnte er die Zwangsregulierung der ärztlichen Fortbildung („Ärzte-TÜV“) und ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin ab.

Ethische Talfahrt

Die GKV stünde vor gravierenden Problemen, weil sie ständig als sozialpolitische Manövriermasse missbraucht würde, mahnte Hoppe eindringlich. Die größte Gefahr ergebe sich im „Ökonomismus“ und dem immer weiter um sich greifenden Denken einer Kosten-Nutzen-Analyse, das eine ethische Talfahrt einleite. Die Ärzteschaft setze sich für eine Reform ein, die auch in Zukunft eine individuelle Gesundheitsversorgung für alle ermögliche. Dazu gehöre die Stärkung der hausärztlichen Versorgung, eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung und eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Transparenz, Prävention und Eigenvorsorge seien wichtige Parameter.

Seine Einladung zu Reformgesprächen mit der SPD-Fraktion

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Merkel fordert Ausgliederung



Auf dem außerordentlichen Ärztetag hatte die CDU/CSU-Fraktions- und CDU-Bundesvorsitzende Angela Merkel (Foto: l.) die Ausgliederung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aus der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert. Gleichzeitig kündigte sie an, gemeinsam mit den Organisationen der Zahnärzteschaft über eine sozial verträgliche Abfederung nachden-



ken zu wollen. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (r.), als Vertreter der Zahnärzteschaft anwesend und begrüßt, führte am Rande der Veranstaltung mit dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, Horst Seehofer, in dieser Sache einen intensiven Meinungsaustausch der mit weiteren Politikern intensiviert werden soll.

BZÄK

sprach Fraktionschef Franz Müntefering gleich zu Beginn seiner Rede aus. Die Ärztekritik an den Reformvorstellungen bezeichnete er als teilweise überzogen, denn: „das, was vorgetragen ist, ist gesamtgesellschaftlich notwendig.“ Dennoch, so unterstrich er, sei es selbstverständlich, Kompromisse zu schließen und gemeinsam das Thema politisch zu bewältigen. Er fasste die Kernvorstellungen aus Koalitionssicht (mehr Effizienz, Qualität) zusammen und schlug vor, „vernünftig“ aufeinander zuzugehen: „Ärzte und Selbstverwaltung sind unverzichtbar“. Krista Sager von der Fraktionsspitze der Grünen unterstrich ihrerseits das Gesprächsangebot und umriss vor den Delegierten ihre

Reformvorstellungen. Man wolle ein bürgerorientiertes Gesundheitswesen, Wahlfreiheit und mehr Transparenz, die sich über Qualität und Preis definiere. Mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit seien nötig. Die Zerschlagung der Selbstverwaltungsstruktur sei nicht vorgesehen. Die Diskussion über Finanzierung und Einnahmen werde nicht die Strukturdiskussion ersetzen. Beides sei notwendig, um im Gespräch zu bleiben.

Der FDP-Fraktionsvorsitzende Wolfgang Gerhardt unterstrich die Elemente von Freiheit und Selbstverantwortung und die Bedeutung der Ärzteschaft in diesem Gefüge: „Der Freie Beruf gehört zu den zentralen Merkmalen eines demokratischen Staates.“



V.l.n.r.: KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm mit Horst Seehofer (CSU), Wolfgang Gerhardt und Dieter Thomae (beide FDP)



Fotos: Lopata

Unterstrich die Bedeutung der Freiberuflichkeit: FDP-Fraktionschef Wolfgang Gerhardt

Er verlangte „umfassende Kurskorrekturen, sonst fährt das System an die Wand.“ Dazu gehöre mehr Wettbewerb, der Abbau bürokratischer Regelungen und Kostenerstattung statt Sachleistung. Qualitätssicherung sei eine ureigene Aufgabe der Ärzteschaft selbst.

CDU-Chefin Angela Merkel sprach mit ihrem Appell an die Politik, dem Beruf des Arztes mehr Achtung entgegenzubringen, den Delegierten aus der Seele. Sie trug die Positionen der CDU/CDSU zu den Reformvorhaben vor und ließ durchblicken, dass bei den anstehenden Verhandlungen Kompromisse mit der Opposition zu schließen seien. So sollten ihrer Meinung nach Qualitätsstandards nur von der Ärzteschaft selbst geregelt werden und nicht über ein Institut für Qualitätssicherung. Sie sprach sich für Wahlmöglichkeiten, Bonustarife und Eigenverantwortung der Patienten aus. Ziel sei außerdem, die Lohnnebenkosten und die Kassenbeiträge zu senken, die Arbeitgeberanteile festzuschreiben sowie sozial gestaffelte Selbstbehalte einzuführen.

KBV-Chef kämpferisch

Kämpferisch gab sich der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, und machte trotzdem deutlich, dass die Bereitschaft der Ärzte zum Dialog weiter bestehe. Im Mittelpunkt seiner Kritik standen das geplante Institut für Qualitätssicherung und der Ärzte-TÜV: „Gesundheit ist ein viel zu wertvolles Gut, als dass es nach den Kriterien der Stiftung Warentest ausgesucht werden kann.“

Und: „Wir lassen nicht zu, dass Zuteilungsmedizin und Wartelisten in Deutschland eingeführt werden. Wir lassen nicht zu, dass unter dem Deckmantel von Strukturveränderungen die flächendeckende qualifizierte Versorgung der Patienten gefährdet wird.“ Richter-Reichhelm forderte, die kooperative Zusammenarbeit zwischen den Ebenen und Sektoren zu fördern. Er sprach sich für einen Qualitätswettbewerb und mehr Transparenz im System aus.

Aus Sicht der Krankenhausärzte unterstrich der Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Frank-Ulrich Montgomery, den dringenden Reformbedarf. Was der Politik aber fehle, sei Durchblick, Einblick und Weitblick. Eindringlich forderte er die Abschaffung des Arztes im Praktikum AiP und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Die Integration ambulanter und stationärer Versorgung müsse so geregelt



Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe: Bei begrenzten Ressourcen kann man keine unbegrenzten Leistungsversprechen geben.

werden, dass nicht mehr ein Keil zwischen niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte getrieben werden kann.

Zum Abschluss des Ärztetages verabschiedeten die Delegierten eine Resolution zur Reform des Gesundheitswesens, in der die Kernforderungen des Berufsstandes noch einmal zusammengefasst sind. „Eine neue soziale Krankenversicherung, die auch in Zukunft gute Medizin für alle versprechen kann, wird nur dann entstehen, wenn wir ehrlich miteinander umgehen und uns tatsächlich um Generationengerechtigkeit bemühen!“, heißt es dort. pr

Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit

Ein Urteil mit Konsequenzen

Für Ärzte in deutschen Kliniken war es ein Schlag ins Gesicht – und gleichzeitig ein Sieg durch das Hintertürchen. Bereitschaftsdienste werden vorerst weiterhin nicht als Arbeitszeit anerkannt. Das Bundesarbeitsgericht hat die Klagen von Krankenhausärzten abgewiesen, die sich auf ein Urteil des europäischen Gerichtshofes gestützt hatten. Doch die Richter stellten fest, dass das deutsche Recht nicht EU-kompatibel ist.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat in seinem Urteil einen Widerspruch zwischen deutschem und europäischem Recht festgestellt. Eine europarechtskonforme Auslegung des deutschen Arbeitszeitgesetzes sei nicht möglich, so das BAG. Dementsprechend musste die Klage nach deutschem Recht abgewiesen werden. Gleichzeitig sehen die Richter jetzt aber die Politik am Zug: Gesetzgeberische Maßnahmen liegen nicht in der Kompetenz des Gerichts, stellte BAG-Präsident Hellmut Wissmann klar und forderte die Regierung zum Handeln auf. Grundlage der beiden Klagen von Medizinern aus Hamburg und Baden-Württemberg war ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom Oktober 2000, wonach der Bereitschaftsdienst spanischer Ärzte in Form persönlicher Anwesenheit in der Gesundheitseinrichtung insgesamt als Arbeitszeit anzusehen ist. Deutsche Kliniken hatten die EU-Entscheidung bisher als nicht übertragbar bezeichnet. Doch nach dem BAG-Urteil ist eine Neuregelung in Deutschland nur noch eine Frage der

Zeit. Unklar ist, welche Kosten die Umsetzung der EU-Richtlinie verursachen wird. „Bundesarbeitsminister Wolfgang Clement muss nun sofort das Arbeitszeitgesetz ändern und den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit werten“, wettete Dr. Frank Ulrich Montgomery vom Marburger Bund nach der Urteilsverkündung. Diese Gesetzesänderung führe zwangsläufig zur Einstellung 15 000 zusätzlicher Ärzte und zur Erhöhung des Krankenhausbudgets um eine Milliarde Euro. Und die Deutsche Krankenhausgesellschaft

geht noch weiter: Nach ihren Berechnungen wären 27 000 neue Stellen im ärztlichen und pflegerischen Bereich nötig. Kostenpunkt: 1,7 Milliarden Euro zusätzliche Kosten im Jahr. Entsprechend fällt die Reaktion der Krankenkassen aus: Ausgeruhte Ärzte sind gut. Aber bitte ohne Mehrbelastung für die GKV. Eine organisatorische Neuordnung führe schließlich nicht per se zu Mehrausgaben der Krankenhäuser. In einer Pressemitteilung verwiesen die Spitzenverbände der Kassen auf das Beispiel der Landesbetriebskrankenhäuser (LBK) in Hamburg, die zeitgemäße Arbeitszeitmodelle ohne Bereitschaftsdienst und ohne Mehrkosten entwickelt hätten.

Und tatsächlich: Der LBK Hamburg sieht Bereitschaftsdienst als „Relikte vergangener Zeit und überholter Klinikstrukturen“ und bietet seinen Arbeitnehmern die Wahl zwischen einem 38,5-Stunden- oder einem 48-Stunden-Vertrag. So können die Beschäftigten aus dem Bereitschaftsdienst aussteigen und haben trotzdem die Wahl, größere Einkommenseinbußen gegenüber der Bereitschaftsdienstregelung zu vermeiden. Denn genau daran scheiterten in der Vergangenheit verschiedene Krankenhäuser – die Ärzte wollten auf

die lukrative Geldquelle durch den Bereitschaftsdienst nicht verzichten.

Diese Schwachstelle nutzte Ulla Schmidt in ihrer Reaktion auf das Urteil. Den schwarzen Peter, den ihr das BAG vor die Nase hielt, reichte sie gleich an die Kliniken weiter. Die Krankenhäuser seien jetzt in der Pflicht, die Arbeitszeiten im Interesse der Patienten und der Beschäftigten entsprechend neu zu gestalten.

Über ihre Sprecherin ließ sie mitteilen, dass bereits mit dem Fallpauschalengesetz im vergangenen Jahr 100 Millionen Euro bereitgestellt worden seien, um die Arbeitszeit neu zu gestalten. Bisher seien hier aber keine Mittel abgerufen worden, so die Sprecherin.

Eine Reaktion, die Montgomery die Zornesröte ins Gesicht trieb: „Wie kann man nur so hinter dem Mond leben“, erregte

sich der Chef des Marburger Bundes. Die Reaktion der Gesundheitsministerin, das Urteil zunächst einmal zu ignorieren und zum Tagesgeschäft überzugehen, hinterließ ihn schlicht „fassungslos“.

Kurze Atempause

Klappern gehört zum Handwerk – auch Montgomery weiß, dass 15 000 Ärzte nicht auf der Straße stehen und auf Anstellung warten. Doch die Ärzte wollen den Druck auf den Gesetzgeber verstärken: Das Erfurter Urteil bedeute einen Aufschub der Problematik, „eine kurze Atempause“, so Ärztekammer-Präsident Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Wie schnell das deutsche Arbeitszeitgesetz der europäischen Richtlinie tatsächlich angepasst werden kann, ist schwer einschätzbar. Der schleswig-holsteinische Kammerpräsident Dr. Franz-Joseph Bartmann geht von einer Übergangsfrist von mindestens sechs Jahren aus. om



Foto: EyeWire

Abgeschlafft und ausgelutscht: 30-Stunden-Wochen sind für Klinikärzte keine Seltenheit.

9. Schlossgespräch in Westfalen-Lippe

Wenig Lust auf Lahnstein II

„Etwa zehn Jahren plus x“ – so sieht SPD-Parlamentarier Eike Hovermann die Zeitachse für eine gesamtkonzeptionelle Gesundheitsreform. Beim traditionellen Schlossgespräch von KZV und ZÄK Westfalen Lippe am 24. Februar auf Schloss Wilkinghege in Münster war der SPDler der einzige offensive Verfechter parteiübergreifender Reformmodelle à la „Lahnstein“.



Foto: ZÄK WL

Für KZV und ZÄK Westfalen-Lippe eine Tradition: das Schlossgespräch mit Journalisten

„Wirkliche strukturelle Änderungen brauchen ein Lahnstein II“, warb der von SPD-Traditionisten wegen seiner progressiven Thesen kritisch beäugte Hovermann auf dem zum 9. Mal mit Journalisten geführten Schlossgespräch für parteiübergreifende Gespräche und einen Konsens für eine umfassende Gesundheitsreform. Seine Maßstäbe – darunter mehr „echter“ Wettbewerb, Europakompatibilität und Versorgungsqualität – weichen von denen der SPD-Gewerkschaftler deutlich ab. Denn er kann sich Festzuschüsse und eine Option auf Kostenersatzung ebenso vorstellen wie ein Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages für die GKV oder den Wegfall sektoraler Budgets.

Für schwierig hält Hovermann Mischformen aus Einzelverträgen und kollektivem System. Ein solches strukturelles Nebeneinander sei nur möglich, wenn die Krankenkassen auch den Sicherstellungsauftrag übernehmen. Kritisch sieht Hovermann dagegen die von der CDU/CSU zur Prüfung vorgeschlagene Herausnahme der gesamten zahnärztlichen

Behandlung aus dem GKV-Leistungskatalog. Zwecks Schaffung von Transparenz fordert Hovermann die Einführung einer intelligenten Chipkarte, einer elektronischen Patientenakte und eines Datentransparenzgesetzes. Grund für deutliche Kritik seitens der Zahnärzteschaft:

„Was in den Gesetzentwürfen steht, hat mit personenbezogener Daten-

sammelwut zu tun,“ konterte KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Günther E. Buchholz. Sehr wohl vorstellen kann sich Buchholz allerdings die Herausnahme der Behandlung aus der GKV nach dem systemneutralen Modell der Zahnärzteschaft – gerade wegen der Vorteile für Prävention und Planbarkeit zahnmedizinischer Versorgung.



Foto: Bundestag

SPDler mit progressiven Thesen: MdB Eike Hovermann

Zwang zur Vernunft

Das „Was, warum und wie“ des zahnärztlichen Modells hat BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich den Journalisten in seinem Eingangsreferat ausführlich dargestellt. An der GKV-Problematik – mangelnde Einnahmen und zunehmende Alterung der Gesellschaft – trage die Zahnärzteschaft keine Schuld. Ganz im Gegenteil hätten Deutschlands Zahnärzte in den vergangenen Jahren ihren Beitrag geleistet, dass Deutschland in Sachen Prävention „kein Entwicklungsland“ mehr sei: „Wir liegen mit an der Spitze der europäischen Kariesliga“. Ein Dorn im Auge



Foto: Lopata

Gegen soziale Ungerechtigkeiten: BZÄK-Vize Dr. Dietmar Oesterreich

ist dem BZÄK-Vize die systembedingte „soziale Ungerechtigkeit, weil nur bestimmte Therapien GKV-unterstützt“ seien. Wenig Verständnis für die derzeitige von immer wieder neuen Vorschlägen getragene Gesundheitspolitik der Bundesregierung zeigte der CDU-Bundestagsabgeordnete Jens Spahn: „Jeden Tag wird eine neue Sau durchs Dorf getrieben, keiner weiß, in welche Richtung.“ Spahn zur Qualitätsdiskussion: „Wer im Ausland erkrankt, tut nichts lieber, als in die Heimat zurückzukehren.“ Der CDUler forderte definitiv die Herausnahme bestimmter medizinischer Leistungen. Kleine Risiken solle der Staat – sozial richtig ausbalanciert – den Einzelnen tragen lassen. Ein „Lahnstein II“ sei gegenwärtig nicht der richtige Weg, gebraucht werde ein Gesetzesentwurf

der Regierung, der dann diskutiert werden müsse. Hinderlich für die Diskussion sei die große Divergenz der gesundheitspolitischen Vorstellungen innerhalb der Bundesregierung selbst.

Obwohl FDP-MdB Detlef Parr gegenwärtig einen „Zwang zur Vernunft“ in der Gesundheitspolitik konstatierte, sei ein „Lahnstein II“ und die Klärung der Grundsatzfragen durch eine große Koalition kein Grund, „Hurra zu schreien“. Wichtiger sei, dass jetzt bestimmte Freiheiten umgesetzt werden. Angesichts der anhaltenden Diskussion um die Wirtschaftlichkeit des Systems und die Folgen weiterer Kürzungen nach ihrem „Menschenbild“ im Gesundheitssystem befragt, äußerten sich insbesondere die westfälisch-lippischen Gastgeber aus der Zahnärzteschaft eindeutig: „Die kommunikative Information zwischen Zahnarzt und Patient funktioniere genau so gut wie das übergeordnete Informationsangebot der Zahnärzteschaft für die Bevölkerung“, versicherte ZÄK-Präsident Dr. Walter Dieckhoff. Sein Kollege und KZV-Vorsitzender Dr. Dietmar Gorski betonte seine Hoffnung „auf einen Weg, der allen, der Bevölkerung, der Wissenschaft und der Ärzteschaft, gerecht wird“.

mn

Möglich ist vieles

Karlheinz Kimmel

Möglich ist vieles – gerade auch in unserer Fachwelt. Die 30. IDS, die Internationale Dental-Schau in Köln (25. bis 29. März), weltweit größte Dental-Fachmesse, glänzt wieder mit Ausstellerrekord und wartet auf mit Neuem aus der Industrie. Trotz der in deutschen Landen hinderlichen systemisch bedingten Schranken gilt auch diesmal: Facettenreichtum aus Forschung und Technik lädt ein zur zwar anstrengenden, aber umfassenden Fortbildungschance für alle, die wissen wollen, wie es im Praxisalltag weitergehen kann.

In einer Vorab-Pressemitteilung zur IDS 2003 setzt sich die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) mit der politischen und fachlichen Bedeutung dieser in den Hallen 13 und 14 sowie im Europa-Saal der Köln-Messe veranstalteten Messe auseinander. Sie kommt zu dem Schluss, dass die weltgrößte internationale Leistungsschau der Dentalindustrie „unser aller Interesse verdient“.

In der BZÄK-Stellungnahme ist aber auch vom Gegensatz zwischen den gebotenen und wahrnehmbaren Möglichkeiten die Rede. Das betrifft sicherlich die Auswahl der Arbeitsmittel und Werkstoffe für zahnärztliche und zahntechnische Zwecke. Unbestreitbar ist die Problematik, dass zwischen dem immensen Angebot auf dem globalen Dentalmarkt und den Realitäten der allgemeinen zahnärztlichen Arbeitspraxis zwangsläufig eine erhebliche Diskrepanz besteht. Schon deshalb ist es wichtig, die IDS 2003 als Fortbildungsgelegenheit zu begreifen und auszunutzen.

Investitionen gestern und heute

Bedenkt man, dass eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt bei der Neugründung einer Praxis – so das Untersuchungsergebnis des Instituts der Deutschen Zahnärzte für das Jahr 2001 – im Durchschnitt 320 000 Euro für deren Ausrüstung und sonstige Ausstattung investiert haben, lässt dies erkennen, wel-

ches Investitionsvolumen auch gegenüber den anderen medizinischen Fachbereichen erforderlich ist.

Dieser hohe Betrag schließt aber längst nicht alle Möglichkeiten ein, die heute von der Dentalindustrie geboten werden. Dies macht insbesondere das diesjährige IDS-Programm deutlich, das erneut eine erhebliche technologische Ausweitung aufweist. Hier reicht die Skala von der digitalen Röntgentechnik über die CAD/CAM-Verfahren bis zu den implantologischen Navigationsgeräten, die bei der vorangegangenen IDS 2001 noch zu den überraschenden Innovationen gehörten.

Gegenüber früheren Zeiten beherrscht die Elektronik in zahlreichen Produkt- und Funktionsbereichen noch mehr das Feld. Wäre hier nicht die Betriebsverlässlichkeit und -sicherheit der einzelnen Geräte und der Ausrüstungssysteme erheblich verbessert worden, könnte man Angst haben, in so hohem Maße von deren Funktionsfähigkeit abhängig zu sein. Dies war zuerst der Fall, als in den 50er Jahren die Motor-Patientenstühle allmählich die Ölpumpmodelle ablösten, die über Jahrzehnte hinweg der technische Standard waren.

Wenn sich die IDS jetzt zum 30. Mal wiederholt, wird gerade bei einem solchen Jubiläum bewusst, wie sich die Zeiten geändert haben. Noch frappanter war der Übergang von der Bohrmaschine zur Turbine (1957) und dann zum elektronisch gesteuerten Mikromotor (1965). Übrigens hatte eine komplette Praxisausrüstung mit einem dem damals üblichen einen „Sprechzimmer“ in den 50er Jahren um die 15 000 DM



Viele Facetten erfordern den Blick aufs Ganze: Die Kenntnis zukunftsweisender Lösungen im Bereich der dentalen Industrie, auf der IDS 2003 konzentriert zu sehen, schärft die Fähigkeit, im Praxisalltag die richtigen Weichen zu stellen.

gekostet. Und ein Röntgengerät (2 500 DM) gehörte schon als „Luxus“ dazu. Aber man hatte zu dieser Zeit von der AOK nur elf DM pro Krankenschein bekommen und konnte gewiss keine großen Sprünge machen.

Pflicht zur doppelten Information

„Die Zukunftsaussichten einer modernen und wissenschaftlich abgesicherten präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind in den letzten Jahren außerordentlich gestiegen. Jeder Zahnarzt hat die Pflicht und jeder Patient das Recht, im Rahmen der Beratungsleistungen über die Fort-



Foto: Corbis/zm (M)

schritte und den heutigen Stand der Zahnheilkunde (und damit auch der Technik) aufzuklären beziehungsweise aufgeklärt zu werden.“ Diese Aussage aus der BZÄK-Pressmitteilung impliziert, dass sich der Zahnarzt über den Stand von Wissenschaft und Technik gründlich informieren sollte, was in puncto Arbeitsmittel und Werkstoffe nur bei einer IDS auf optimale Weise möglich ist.

Da mögen der Fachhandel und Andere auf ihre eigenen Informationsveranstaltungen und sonstigen Quellen verweisen, die immer nur unvollkommen sein können, was die Quantität und ebenso zum Teil auch die Qualität des Gebotenen betrifft. Abgesehen davon, dass nur bei dieser traditionsreichen VDDI-Veranstaltung – mit über 1 400 Unternehmen aus 51 Ländern aller Erdteile – das weltweite Angebot auf dem Dentalmarkt vorgestellt wird, bieten insbesondere die großen Unternehmen ihr bestes Personal und dazu noch speziell eingeladene Exper-

ten aus Wissenschaft und Arbeitspraxis für die Demonstration ihrer neuen Produkte auf.

Dies gilt insbesondere für jene Erzeugnisse, bei denen man ihre Anwendung via Vorführung kennen lernen sollte. Es gilt aber ebenso für jene Produktbereiche, bei denen man – wie etwa bei den Implantations- und CAD/CAM-Systemen – nur so einen wirklich kompletten Überblick gewinnen kann.

Erfahrungsaustausch als Gebot der Stunde

Erfreulich ist, dass die Bundeszahnärztekammer – über alle standespolitischen Querelen hinweg – den gemeinsamen IDS-Besuch von Zahnärzten und Zahntechnikern als Möglichkeit aufzeigt. Der praktische Erfahrungsaustausch über neue technische und materialbezogene Errungenschaften und deren Anwendung wird im Rahmen

der IDS-Vorberichte vom Autor schon seit Jahren empfohlen. Im Zeichen der Optimierung der voraussetzungsorientierten und dabei systematisch abgestimmten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in beiden Partnersystemen spielt ein bestmöglicher gemeinsamer Kenntnisstand eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Was die bereits erwähnten CAD/CAM-Systeme betrifft die – bis auf das CEREC-Verfahren (Sirona Dental) – im zahntechnischen Bereich eingesetzt werden, geht es beim IDS-Besuch vor allem darum, dass beide – Zahnarzt und Zahntechniker – die grundsätzlichen Voraussetzungen zu einer Entscheidung für oder gegen deren Anwendung kennen. Zeit muss man haben, wenn man sich da gründlich informieren will. Deshalb ist es notwendig, ein paar Tage für die Kölner IDS einzuplanen.

Bei der kaum überschaubaren Vielzahl der Legierungen und inzwischen auch Keramikmaterialien ist es für Zahnarzt und Zahntechniker erforderlich, sich auf eine bestimmte Linie zu einigen. Hier ist eindringlich darauf hinzuweisen, dass der Zahnarzt die Verantwortung für die richtige Werkstoffauswahl trägt, es aber vor allem bei größeren Dentallaboratorien nicht rationell sein dürfte, für jeden seiner Kunden eine individuelle Legierung anzuwenden, so dass auch hier die IDS 2003 eine Abstimmungshilfe bieten kann.

Vollkeramik oder Metallkeramik?

Im Zusammenhang mit dem Materialkomplex stellt sich immer noch die Frage, welche Werkstoffe die besten Versorgungsmöglichkeiten ergeben. Bei der Metallkeramik geht es nicht nur um die konventionelle Gieß- und Aufbrenntechnik, da die während der letzten Jahre in den Vordergrund drängende Galvanotechnik bei entsprechender Keramikverblendung ebenfalls zur Metallkeramik zu zählen ist. Und über die Fortschritte dieser Substanz schonenden Verfahrensweise sollte man sich auf jeden Fall informieren. Da ist die Zahl der Anbieter noch größer geworden, da man sich sehr wohl der Bedeutung dieser Rekon-

struktionsmöglichkeit bewusst geworden ist, die vor allem in Deutschland von der Wissenschaft mit zahlreichen Untersuchungsergebnissen anerkannt wird.

Bei der Vollkeramik wurden die Voraussetzungen kontinuierlich verbessert, wobei die Zirkoniumoxidkeramik eine besondere Rolle spielt. Hier wird die IDS 2003 weitere Fortschritte bringen. Auf die damit zusammenhängende CAD/CAM-Technik wurde bereits hingewiesen.

Mehr Implantat-Systeme

Die Zahl der Implantationssysteme und deren klinische und zahntechnische Komponenten hat erneut erheblich zugenommen. Die Implantation spielt bei der IDS 2003 also eine besondere Rolle. Klar ist, dass die in diesem Bereich aktiven Zahnärzte und MKG-Chirurgen diese Ausstellung als wichtige Fortbildungsgelegenheit ansehen. Aber es ist auch für andere Kolleginnen und Kollegen notwendig, sich über die diesbezügliche Entwicklung zu informieren, um die jeweilige Situation bei ihren Patienten besser einschätzen zu können.

Ein Schwerpunkt erster Ordnung ist in dem Umstand zu sehen, dass man sich insbesondere über die Art der professionellen Reinigung bei mit Implantaten versorgten Patienten im Klaren sein muss. Die üblichen Ultraschall- und Handinstrumente mit einem Arbeitsteil aus Metall sind für diesen Zweck nicht geeignet, da die Implantatköpfe damit leicht verkratzt werden können. Das muss unbedingt vermieden werden, denn eine dadurch geförderte Belagbildung kann zur folgenreichen Peri-



Die Köln-Messe:
seit 1992 fester
Standort der IDS

Fotos: KölnMesse/IDS

implantitis führen. Das Problem- und Verantwortungsbewusstsein der Zahnärzte ist hier gefordert.

Prävention im Blickpunkt

Während in früheren Zeiten die Arbeitsmittel für die Karies- und Parodontitisprophylaxe einen geringen Anteil am IDS-Programm hatten, nehmen diese auch im Sinne der wissenschaftlichen und standespolitischen Neuformulierung – so auch die BZÄK-Stellungnahme zur IDS 2003 – einen besonderen Platz im diesjährigen Produkt-

angebot ein. Die diagnostischen Möglichkeiten der Kariesfrüherkennung und -prävention haben im Laufe der letzten Jahre in erheblichem Maße zugenommen. Ob es sich um die Laserfluoreszenz-, die digitale Röntgentechnik oder andere Methoden handelt, die IDS 2003 ist der richtige Ort, sich mit der produkt- und verfahrensbezogenen Entwicklung vertraut zu machen. Ein weiterer guter Anlass, die Reise in die rheinische Domstadt zu planen.

Präparationstechnik mit neuen Perspektiven

Ebenso wie die ureigentliche Prävention ist es das erklärte Ziel der Präparationstechnik von heute und morgen, in diesem Fall iatrogene Schädigungen zu vermeiden und gesunde Zahnschubstanz so gut wie irgendwie möglich zu schonen.

Auf der einen Seite wird diese Grundforderung durch minimal-invasive Arbeitsmittel und Methoden unterstützt, was mit miniaturisierten rotierenden und speziellen oszillierenden Instrumenten bewirkt werden kann. Auf der anderen Seite wird diese Ziel-



Dr. Karlheinz Kimmel – langjähriger IDS-Berichterstatler der zm – besuchte seine erste IDS 1937 in Düsseldorf, die mit dem Paladon-Prothesenkunststoff die revolutionäre Ablösung der Kautschukmaterialien einleitete. Die IDS 2003 ist seine 20. Internationale Dental-Schau insgesamt. Seine zur IDS 2003 erscheinende Fachweltchronik 1945 – 2002 („Erinnerungen – Perspektiven – Impulse“) spiegelt die Evolution zwischen der IDS 1951 und der IDS 2003 wider. Gerade der IDS-bezogene Rückblick führte ihn zu der Erkenntnis, dass es immer wieder „1000 Gründe“ gibt, diese Fachmesse zu besuchen und „sich von der Vielgestaltigkeit der industriellen Leistungen auch ein wenig überwältigen zu lassen“.

Foto: Archiv

setzung durch Grobkorn-Diamant- (> ISO-Ausführung 524), zu groß dimensionierte (\varnothing > ISO-Arbeitsteilgröße 014) und scharfkantige (ISO-HM-Formen 010, 107 und 110) Arbeitsmittel regel- („unge“) -recht sabotiert, da sich weder die Hersteller noch eine leider große Zahl von Zahnärzten an gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse halten. Die gemeinsame Stellungnahme von DGZMK, DGZ und DGZPW (zm 5/1999, Seite 63) spricht hier eine klare Sprache und ist eine optimale Leitlinie für Wissenschaft, Industrie und Arbeitspraxis.

Um bei der Präparationstechnik zu bleiben: Erfreulicherweise drängt jetzt vor allem die Wissenschaft auf das Einhalten bestimmter Regeln, wenn es um Knochenpräparationen, zum Beispiel bei der Implantatbett-Aufbereitung, geht. Es darf nur mit sterilen technischen Arbeitsmitteln unter Einsatz steriler Kühlmedien präpariert werden, so dass das diesbezügliche Angebot der Geräte- und Implantathersteller zu den ebenso aktuellen wie wichtigen IDS-Exponaten gehört. Diese Chirurgiemotoren mit den damit benutzten Übertragungs- und Präparationsinstrumenten sind unmittelbare Bestandteile optimaler Implantationssysteme.

Die IDS 2003 wird zeigen, dass die Anwendung der rotierenden Instrumente weiterhin Standard bei der Präparationstechnik bleibt. Dies gilt uneingeschränkt für alle Präzisionspräparationen, da weder die Laser- noch die allenthalben umstrittene Pulverstrahltechnik für das Erreichen genau definierter Präparationsformen geeignet ist. Der Indikationsbereich der kinetischen Energie ist – trotz aller Propagandasprüche – mehr und mehr eingeschränkt worden und vor allem arbeitshygienisch höchst bedenklich.

Füllungen: Weiteres „Warten auf Godot“?

Das Thema „Kavitätenversorgung mit plastischen Füllungsmaterialien“ beschäftigt uns, seit von der Synthese von Funktion, Bioverträglichkeit, Technik und Ästhetik die Rede ist. Unabhängig von der doch nur scheinbaren Gefährlichkeit des Amalgams sucht man nach einem rundum guten



Die IDS – nicht nur Produktmesse sondern auch Event: Hier wird oft auch gezeigt, wie es geht.

Werkstoffsystem, da das Füllungsmaterial allein dieses Ziel nicht zu erreichen vermag. Wir sind inzwischen bei der „7. Generation“ der so bedeutsamen Haftvermittler zwischen Kompositen und Zahnhartsubstanzen angekommen. Hier konnte bisher zwar ein punktueller Fortschritt, aber noch kein Durchbruch in Richtung des angestrebten Ideals bewirkt werden. Die IDS 2003 wird zeigen, was seit der IDS 2001 in den Forschungs- und Entwicklungsabteilungen der Werkstoffanbieter geschehen ist, wobei die erzielten Ergebnisse eine klinisch positive Relevanz aufweisen sollten.

Zurück zu vernünftigen Rahmenbedingungen

„Um die Schere zwischen den heutigen Möglichkeiten einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht weiter auseinander driften zu lassen, müssen von der Gesundheitspolitik entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden...“ Diese Aussage der BZÄK-Pressemitteilung zur IDS 2003 rückt auch die politische Dimension der Fachmesse und -ausstellung ins Blickfeld.



Zeit für Gespräche und Beratung vor Ort



Fotos: KölnMesse/IDS

Internationaler Treffpunkt der Dentalbranche – hier die IDS 2001

Hinzu kommt, dass nicht nur die Schere zwischen den Möglichkeiten einer optimalen zahnmedizinischen Versorgung und der dazu notwendigen ökonomischen Basis, sondern ebenso zwischen dieser und der vom Gesetzgeber zunehmend geforderten Qualitätssicherung auseinander geht. Eine optimale Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hängt in hohem Maße von der Chance ab, die dafür erforderlichen Arbeitsmittel- und Werkstoffsysteme anschaffen und anwenden zu können.

Aber nicht nur die wirtschaftliche Grundlage spielt hier eine Rolle, sondern im gleichen, vielleicht noch höheren Maße das Wissen um das Angebot auf dem Dentalmarkt und dessen richtiger Anwendung in der Arbeitspraxis. Nicht alles ist zu teuer – siehe das Beispiel „Präparationstechnik“ – um das Bestmögliche bewirken zu können.

Die Politik und auch die Krankenversicherungen sind sich augenscheinlich nicht darüber im Klaren, dass allein schon die heutigen und noch mehr die zukünftigen Anforderungen an die hygienische, technische und sonstige Sicherheit der Patienten und der Praxisteams manche Zahnärztin und manchen Zahnarzt mit unüberwindlichen Problemen konfrontiert.

Die unzähligen Regelwerke in Form von Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften, Normen, Richtlinien, Empfehlungen und mehr. zehren an den personellen und materiellen

Kräften. Denken wir nur an die Auflagen in puncto Sterilisation und Sterilhaltung, die noch dazu – was den richtigen Sterilisator-typ betrifft – mit erheblichen Unsicherheiten und Verunsicherungen verknüpft sind, sind wir gefordert, erhebliche Beträge in die entsprechenden Arbeitsmittel zu investieren, wobei die diesbezügliche europäische Norm EN 13060 für Kleinststerilisatoren schon seit zwölf Jahren auf sich warten lässt. In dem neuen DAHZ-Hygieneleitfaden (6. Ausgabe seit 1989, erscheint zur IDS 2003) wird die Dampfsterilisation als das einzige akzeptable Sterilisationsverfahren angegeben, wobei alle Experten inzwischen dazu neigen, den zukünftigen Typ B (mit Vorvakuum und mehr) beim Neukauf zu empfehlen. Hier sollten sich alle Interessenten bei der IDS 2003 vergewissern, dass das jeweils angepriesene Modell den Anforderungen entspricht und so zur Sterilisation von englumigen Instrumenten (zum Beispiel Hand- und Winkelstücken, Turbinen, Ultraschallinstrumenten) geeignet ist.

Dialog mit Standespolitik und Wissenschaft

Die vorbereitende Zusammenarbeit des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie mit den berufsständischen Vertretungen hat nicht zuletzt dazu geführt, dass die Internationale Dental-Schau auch eine gute

Dialogmöglichkeit zwischen Besuchern und den nationalen standespolitischen und wissenschaftlichen Organisationen bietet (Halle 13.2 Standnummer 50/51).

Raum für kollegiale Gespräche und Gesprächsforen rund um praxisnahe Themen bieten Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde, das Institut der Deutschen Zahnärzte und die zm-Redaktion.

Die BZÄK-Pressemitteilung als eine der hauptsächlichen Grundlagen dieser IDS-Vorschau hat auch die europäische Fachpresse auf diese Möglichkeiten des Dialogs mit unseren nationalen Organisationen aufmerksam gemacht.

„1000 Gründe“ für einen Besuch der IDS 2003

Es ist für manche Angehörige unserer Fachwelt irgendwie ein Faszinosum, wenn sie an die IDS denken, die immer wieder – wie keine andere Dentalausstellung und sonstige Veranstaltung weltweit – die Entwicklung der Produkte und Produktsysteme für zahnärztliche und zahntechnische Zwecke auf einzigartige Weise dokumentiert. Dieser konstruktiv-kritische Beitrag, in dem bewusst nur wenige Firmen und Produkte erwähnt werden, wird mit einer IDS-Nachlese in der zm-Ausgabe 8/2003 fortgesetzt. Dort geht es dann mehr zur Sache, was die IDS-Aussteller und deren Exponate betrifft. ■

Dr. med. dent. Karlheinz Kimmel
Haskenstraße 7
56335 Neuhäusel



zm-Impulsreferate bei der IDS 2003

Praxismanagement live on stage

Mit einem eigenen Vortragsprogramm präsentiert sich die zm-Redaktion in diesem Jahr auf der Internationalen Dental-Schau in Köln. Am Messestand in Halle 13.2 werden am 28. und 29. März insgesamt sechs Impulsreferate zu aktuellen Themen aus dem Bereich Praxismanagement geboten – kostenlos für alle Besucher und mit anschließender Diskussionsrunde.

Fachliche Qualifikation von Behandler und Mitarbeitern sowie eine moderne Technik und Einrichtung sind in einer Zahnarztpraxis absolut unverzichtbar. Um aber aus einer funktionierenden eine hervorragende Praxis zu machen, kommen noch andere Dinge hinzu, die über den zahnmedizinischen Bereich hinaus gehen. Die zm-Rubrik „Praxismanagement“ greift daher regelmäßig Themen auf, die sich mit Fragen der Praxisführung, -strategie und -entwicklung beschäftigen.

Was es bislang nur in gedruckter Form gab, wird auf der Internationalen Dental-Schau in Köln, der IDS 2003, nun zum ersten Mal auch „live“ präsentiert. Am 28. und 29. März werden zm-Autoren und weitere Experten sechs Impulsreferate zu Themen aus dem Bereich Praxismanagement halten. Alle IDS-Besucher können kostenlos an den 20-minütigen Vorträgen und der anschließenden Diskussion mit den Referenten teilnehmen.

■ Investitionen bei zahnärztlichen Existenzgründungen

Seit 1984 analysiert das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer jährlich das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Im Impulsreferat werden aktuelle Untersuchungsergebnisse des IDZ präsentiert und über die derzeit laufende „ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenz-



Investitionen bei zahnärztlichen Existenzgründungen
Dr. David Klingenberg

gründungen“ – kurz „AVE-Z“ – informiert.

Referent **Dr. David Klingenberg** ist seit Juni 2001 Projektleiter mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie am IDZ. Der 39-jährige Volkswirt war zuvor wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut für Sozialpolitik.

■ Oral Wellness – neue Wege in der Patientenbindung

Die moderne Zahnheilkunde ist ohne nachhaltige und regelmäßige Prophylaxe nicht denkbar. Heute stellt sich nicht mehr die Frage, ob Prophylaxe sinnvoll ist, sondern es stellt sich die Frage, wie man die Motivation des Patienten für Prophylaxe über Jahre gewährleisten kann. Das Impulsreferat stellt unter dem Titel „Oral Wellness“ eine Möglichkeit der Patientenmotivation vor (siehe auch in diesem zm-Heft ab Seite 106).

Referent **Dr. Martin Nemeč** hat an der Philipps-Universität Marburg Zahnmedizin studiert und ist seit 1994 niedergelassen in eigener Praxis in Hanau. Er ist Vorstandsmitglied des Förderkreises Gesundheit Rhein-Main und referiert unter anderem beim ZÄF und Q-Medesthetics zu den Themen periorale Weichgewebsaugmentation und Prophylaxe.



Oral Wellness – neue Wege in der Patientenbindung
Dr. Martin Nemeč

■ Fit für Praxis und Freizeit – Gesundheitscoaching

Eine eigene Praxis erfordert viel Herzblut, Engagement und Idealismus. Alles im rechten Maß und im angemessenen Timing, bedeutet dies auch eine Quelle von Erfolg, Bestätigung, Spaß und Freude an der Arbeit. Dass es im Alltag eines Zahnarztes oft ganz anders und einfach nur stressig zugeht, ist aber auch klar. Doch mit ein paar Tipps lässt sich der Burnout vermeiden – und das Gegenteil erreichen. Im Impulsreferat zum Gesundheitscoaching werden genau diese Tipps und Infos gegeben.

Referentin **Dr. Martina Obermeyer** hat von 1980 bis 1986 Zahnheilkunde studiert und startete 1994 ein neues Praxiskonzept in Kochel am See. Im Jahr 1999 war sie „Zahnärztliche Unternehmerin des Jahres“. Sie hält Vorträge zu Themen im Bereich Ganzheitliche Zahnheilkunde, zur Mitarbeiterführung und zum Management by delegation.



Fit für Praxis und Freizeit – Gesundheitscoaching
Dr. Martina Obermeyer

■ Z-PMS – Zahnärztliches Praxismanagementsystem

Die bestmögliche zahnmedizinische Versorgung der Patienten ist das Ziel der Bundeszahnärztekammer bei den Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Voraussetzung für ein sinnvolles Praxismanagement ist die Bereitschaft zur selbstkritischen Überprüfung der Prozesse

Die zm-Impulsreferate im Überblick

Freitag, 28. März 2003

Uhrzeit	Thema	Referent/in
10:00	Investitionen bei zahnärztlichen Existenzgründungen	Dr. David Klingenberg
12:00	Oral Wellness – neue Wege in der Patientenbindung	Dr. Martin Nemeč
14:00	Fit für Praxis und Freizeit – Gesundheitscoaching	Dr. Martina Obermeyer

Samstag, 29. März 2003

Uhrzeit	Thema	Referent/in
10:00	Z-PMS – Zahnärztliches Praxismanagementsystem	Dr. Gerhardus Kreyenberg
12:00	Praxiserfolg – Zukunftschancen erkennen und nutzen	Stefan Seidel
14:00	Imagebildung – Mechanismen und Instrumente zum Aufbau eines gewünschten Images	Sabine Nemeč

Z-PMS – Zahnärztliches Praxismanagementsystem
Dr. Gerhardus Kreyenberg



im Rahmen der eigenen zahnärztlichen Praxistätigkeit. Mit dem „Zahnärztlichen PraxisManagementSystem“ (Z-PMS) sollen Anregungen zur Installierung eines praxisindividuellen, systematischen und sinnvollen Qualitätsmanagements auf der Ebene der Praxisorganisation gegeben werden. Referent **Dr. Gerhardus Kreyenberg** hat Zahnmedizin an der Universität Münster studiert und ist seit 1985 in einer Gemeinschaftspraxis mit seiner Ehefrau niedergelassen. Seit 1998 ist er Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer

Westfalen-Lippe. Seine Zuständigkeiten als Vorstandsreferent liegen in den Bereichen Praxismanagement, BUS-Dienst und Röntgenstelle.

Praxiserfolg – Zukunftschancen erkennen und nutzen

Man muss nicht weit blicken, um zu erkennen, dass Deutschland sich in einer unangenehmen wirtschaftlichen Lage befindet. Dies gilt natürlich auch für Zahnärzte. Viele sind sicher, die derzeitigen Umstände seien für die Negativentwicklung ihrer Praxen verantwortlich. Tatsächlich jedoch verstellt eine solche Sichtweise den Blick auf die Erfolgchancen, die sich trotz oder gerade aufgrund der sich wandelnden Rahmenbedingungen für jeden einzelnen Zahnarzt ergeben. Das Impulsreferat will zeigen, welche das sein können. Referent **Stefan Seidel** ist Gründer und Geschäftsführer der zahnärztlichen Marketingagentur und Un-



Praxiserfolg – Zukunftschancen erkennen und nutzen
Stefan Seidel



Imagebildung – Mechanismen und Instrumente zum Aufbau eines gewünschten Images
Sabine Nemeč

Namen machen. Das Impulsreferat zeigt, wie Imagebildung funktioniert und wie sie sich aktiv gestalten lässt. Referentin **Sabine Nemeč** hat über mehrere Jahre in internationalen Werbeagenturen Marken und Dienstleister betreut. Seit 1999 ist sie Geschäftsführerin von Healthcare Communication, einer Agentur für Imagebildung, Strategie, Kreation und Train-

ternehmensberatung New Image Dental. Er ist auf die Bereiche Coaching, Strategie, Kommunikation und Motivation spezialisiert. Neben dem Marketing-Arbeitsbuch „Erfolg ist kein Zufall“ hat er Fachartikel zu den Themen Kommunikation, Praxisstrategie und Motivation verfasst.

Imagebildung – Mechanismen und Instrumente zum Aufbau eines gewünschten Images

Mehr wirtschaftlicher Erfolg in der Praxis, mehr freie Zeit, eine qualitätsbewusste Zahnheilkunde, mehr Lebens- und Arbeitsqualität; und Patienten, mit denen eine angenehme Zusammenarbeit möglich ist – viele Ziele, die durch einen Leitgedanken verwirklicht werden können: Sich einen Namen machen. Das Impulsreferat zeigt, wie Imagebildung funktioniert und wie sie sich aktiv gestalten lässt. Referentin **Sabine Nemeč** hat über mehrere Jahre in internationalen Werbeagenturen Marken und Dienstleister betreut. Seit 1999 ist sie Geschäftsführerin von Healthcare Communication, einer Agentur für Imagebildung, Strategie, Kreation und Training im Gesundheitsmarkt. Sie ist Autorin von Fachartikeln sowie der beiden Titel „Corporate Identity in der Zahnarztpraxis“ und „Die Magie des Images“.

zm-Impulsreferate auf der IDS 2003

- Freitag, 28. März und Samstag, 29. März
- jeweils um 10.00, 12.00 und 14.00 Uhr
- Halle 13.2, Stand 50/51



Schulen Sie Ihren diagnostischen Blick

Akromegalie – Früherkennung ist sinnvoll

Reimar Fritzen, Sven-Mario Alisch

Die Akromegalie ist eine relativ seltene Erkrankung (etwa vier auf 1 000 000 Neuerkrankungen pro Jahr) [1,2], die trotz ihrer charakteristischen klinischen Erscheinung auch heute oft erst sehr verzögert diagnostiziert wird. Nicht selten sind Zahnärzte die Ersten, die typische Symptome erkennen und entsprechend handeln können. Hier eine Übersicht über das Erkrankungsbild.

Von Symptombeginn bis Diagnosestellung vergehen nicht selten zehn Jahre oder mehr [1,3]. Eine verzögerte Diagnosestellung ist mit erhöhter Morbidität und Mortalität behaftet wobei die Prognose wesentlich von der Dauer und dem Ausmaß des Wachstumshormonexcesses abhängt [4,5].

Da die Akromegalie heute gut therapierbar, in der Mehrzahl der Fälle bei rechtzeitiger Diagnosestellung sogar heilbar ist [6], wäre eine frühzeitige Diagnosestellung wünschenswert. Aufgrund der geringen Prävalenz ist ein Massenscreening zur Frühdiagnose nicht geeignet. Die Kenntnis der typischen Symptome der Akromegalie kann jedoch helfen, entsprechende Personen rechtzeitig einer gezielten Diagnostik zuzuführen.

Pathogenese

Der Akromegalie liegt eine vermehrte Bildung von Wachstumshormon (STH = somatotropes Hormon) nach Abschluss des Längenwachstums zu Grunde. Physiologisch erfolgt die Bildung von Wachstumshormon in den eosinophilen Zellen des Hypophysenvorderlappens. Kommt es zu Proliferation und autonomer sekretorischer Aktivität dieser Zellen, resultiert ein Wachstumshormonexcess. Das Wachstumshormon ist, wie der Name sagt, ein wesentlicher Regulator des Längenwachstums. Dabei wirkt das Wachstumshormon überwiegend indirekt über die Stimulation der IGF-1 (Insulin-like-growth factor 1) Synthese. Nach dem Schluss der Epiphysenfugen kann ein Wachstumshormonexcess nicht mehr zu einem weiteren Längenwachstum führen, es kommt jedoch durch Proliferation an anderer Stelle zu der

charakteristischen Vergrößerung der Akren, die der Krankheit ihren Namen gab.

Sowohl Wachstumshormon selbst wie auch IGF-1 haben einen proliferationsfördernden Effekt auf viele Zellsysteme, außerdem sind verschiedene metabolische Effekte bekannt. Insbesondere ist die hyperglykämische Wir-

wölbung der Stirn und vergrößerten Gesichtszügen (vergleiche Abb.1) wird von den Patienten selbst und auch von im selben Haushalt lebenden Angehörigen oft nicht wahrgenommen, da es sich um einen langsam schleichenden Prozess handelt. Dem Zahnarzt dürfte neben der Makroglossie vor



Abbildung 1: Eineiige Zwillingsschwester. Rechts typische Stigmata der Akromegalie.

kung von STH zu nennen, die den bei Patienten mit Akromegalie oftmals zu findenden Diabetes mellitus erklärt. Aber auch eine vermehrte Schweißneigung, Fertilitätsstörungen und eine verstärkte Koagulabilität bei Patienten mit Akromegalie können über metabolische Effekte des STH-IGF-1 Systems erklärt werden.

Symptomatik und Komplikationen

Eine Zusammenfassung der Symptome ist in Tabelle 1 dargestellt.

Die typischen Veränderungen des Gesichts, mit Wachstum der Ohren, der Nase, Vor-

allem die Prognathie mit vergrößerten Zahnzwischenräumen im Bereich des Unterkiefers auffallen. Aufgrund einer Proliferation des paryngealen Weichteilgewebes kommt es nicht selten zu einem Schlaf-Apnoe-Syndrom [7].

Auf Nachfrage berichten Patienten oft über eine Zunahme der Schuh- und Ringgröße. Hyperhidrosis, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus aber auch Arthrosen finden sich oft bei Patienten mit Akromegalie, jedoch sind diese Symptome wenig spezifisch. Die Haut ist typischerweise verdickt, daneben findet sich eine Weichteilschwellung die insbesondere an den Fingern gut sichtbar ist, die Hände sind typischerweise feucht.



Gehirn 3D-Modell (freigestellt) mit farblich markierter Hypophyse

Sofern der Akromegalie ein Makroadenom der Hypophyse zugrunde liegt können darüber hinaus Symptome durch den Druck auf das Chiasma opticum im Sinne von Sehstörungen (Doppelbilder, Quadranten- oder Hemianopsie) sowie durch eine Hypophyseninsuffizienz bestehen. Durch den Wachstumshormonexcess kommt es daneben auch zu einem Wachstum innerer Organe (Organomegalie) wobei insbesondere

Symptome durch den Wachstumshormonexcess

Vergrößerung der Hände
 Verdickung der Finger
 Vergrößerung der Füße
 Makroglossie (Sprachstörungen)
 Schlaf-Apnoe-Syndrom
 Vergrößerung des Unterkiefers (Prognathie)
 Vergrößerung der Zahnzwischenräume
 Vergrößerung der Gesichtsschädels
 Verdickung der Haut
 Vergrößerung der Talgdrüsen (Akne)
 Gelenkschmerzen,
 Bewegungseinschränkungen
 Karpaltunnelsyndrom

Symptome durch Kompressionserscheinungen

Sehstörungen
 Kopfschmerzen
 Hypophysenvorderlappeninsuffizienz
 – Müdigkeit/Adynamie
 – Zyklusstörungen
 – Impotenz
 – Reduktion der Körperbehaarung
 – Hypotonie
 – Bradykardie
 – Übelkeit, Brechreiz
 – Kälteintoleranz

die Kardiomegalie, oft mit sekundären Vitien, zu nennen ist. Kardiovaskuläre Ereignisse tragen wesentlich zur erhöhten Mortalität bei Patienten mit Akromegalie bei [8], wobei dies neben der proliferativen Wirkung von STH auf das Myokard durch metabolische Effekte des Wachstumshormonexcesses erklärt werden kann [9,10]. Weiterhin finden sich vermehrt Schilddrüsenvergrößerungen, auch mit Knotenbildung [11]. Die Inzidenz von Malignomen ist bei Patienten mit Akromegalie mäßig erhöht [12], wobei insbesondere für colorectale Tumore eine Korrelation des Risikos mit der Höhe der IGF-1 Werte als Ausdruck der Krankheitsaktivität nachgewiesen wurde [13].

Diagnostik

Bei klinischem Verdacht auf Akromegalie erfolgt primär die endokrinologische Sicherung der Diagnose. Als Goldstandard gilt hier nach wie vor der STH-Suppressionstest mit Glucose. Dabei wird nach Bestimmung des basalen STH dieser Parameter in 30-minütigen Intervallen nach oraler Applikation von 100 Gramm Glucose gemessen. Physiologisch ist eine Suppression des Wachstumshormonspiegels auf < 1 ng/ml. Zusätzlich sollte immer auch die Bestimmung von IGF-1 erfolgen da dieser Parameter eine längere Halbwertszeit aufweist und weniger starken Schwankungen durch exogene Faktoren unterworfen ist [12,14].



Pos. Lippenstufe bei Akromegalie

Tabelle 1



Foto: Fotosammlung Dr. Fritzen

MRT-Scan eines Hypophysen-Adenoms

Nach Sicherung der Diagnose erfolgt die morphologische Diagnostik mittels MRT oder CCT mit gezielter Darstellung der Hypophysenregion.

Therapie

Therapie der Wahl ist die neurochirurgische Resektion des Hypophysenadenoms, heutzutage in der Regel über einen transphenoidalen Zugang möglich. Ziel sollte die komplette Entfernung aller Adenomzellen sein. Die Rezidivwahrscheinlichkeit ist dabei ent-

scheidend von der Expertise des Chirurgen abhängig, so dass die Therapie unbedingt entsprechend spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben sollte [15]. Sofern eine komplette Resektion nicht möglich ist, kann bei nachweisbarem Restgewebe eine Radiatio den Wachstumshormonexcess in vielen Fällen beherrschen [16,17]. Neben der konventionellen Bestrahlung setzt sich hier zunehmend die stereotaktische Bestrahlung mittels Gamma-

Knife oder Linearbeschleuniger durch. Damit ist oftmals eine einzeitige Behandlung möglich, das Risiko einer Hypophysenvorderlappeninsuffizienz wird durch die exakte Fokussierung auf das Adenomgewebe minimiert [18,19]. Der Effekt der Radiatio auf die Wachstumshormonsekretion setzt nicht unmittelbar, sondern mit einer Latenz ein, so dass eine erste Evaluation nach etwa sechs Monaten sinnvoll ist.

Bei persistierendem Wachstumshormonexcess, oder auch bis zur definitiven Therapie, ist die medikamentöse Hemmung der Wachstumshormonsekretion erforderlich. Hier kamen bis in die achtziger Jahre des



Fotos: DocCheck/QuickClick

Zahnfehlstellung bei UK-Akromegalie



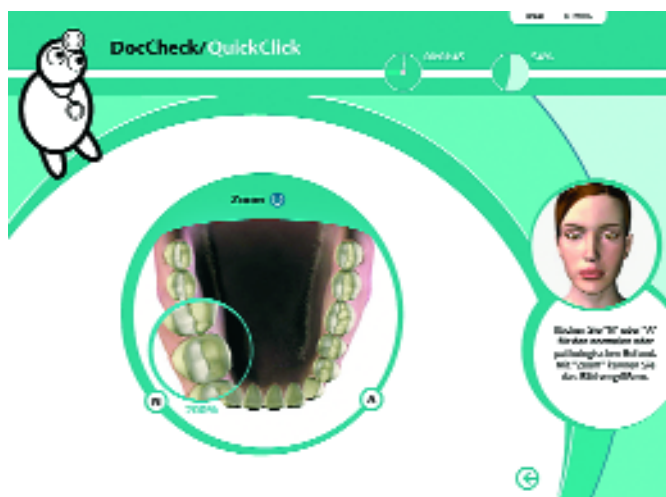
Normalbefund

letzten Jahrhunderts überwiegend Dopaminagonisten zum Einsatz. Mit diesen Medikamenten gelingt es jedoch kaum, den Wachstumshormonspiegel zu normalisieren, so dass sich in den Industriestaaten die Behandlung mit lang wirksamen Somatostatinanaloga durchgesetzt hat. Hier steht mit Octreotid ein Präparat zur Verfügung, mit dem in der Mehrzahl der Fälle die Wachstumshormonwerte normalisiert, und ein weiteres Tumorwachstum verhindert beziehungsweise bei Makroadenomen oft eine Tumorverkleinerung erreicht werden kann [20]. Als neue Entwicklung wird demnächst ein Wachstumshormonrezeptorantagonist zur Therapie der Akromegalie zur Verfügung stehen, der insbesondere erst dann zum Einsatz kommen wird, wenn durch Operation, Bestrahlung und medikamentöse Therapie mit Somatostatinanaloga keine ausreichende Kontrolle des Wachstumshormonexcesses [21,22] erreicht werden kann.



Fotosammlung Prof. Klingmüller

Vorher/Nachher-Bild einer Akromegalie-Patientin



Akromegalie im Web

Die Firma Novartis bietet im Internet eine interaktive Fortbildung speziell für Zahnärzte an. In wenigen Minuten lernen Sie alles Wissenswerte über die Akromegalie – unterstützt von klinischen Bildern und interessanten Animationen. Unter der Webadresse

www.sandostatin.de/quickclick

können Sie an dieser kostenlosen Fortbildung teilnehmen und – bei erfolgreicher Beantwortung aller Fragen – drei wertvolle Einkaufsgutscheine à 100 Euro gewinnen.

nen insbesondere Makroglossie, Malokklusion, Prognathie und vergrößerte Zahnzwischenräume als möglicher Hinweis auf eine Akromegalie auffallen [23].

Dr. med. Reimar Fritzen
Universitätsklinikum Düsseldorf
Abteilung für Endokrinologie
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Dr. med. dent. Sven-Mario
Alisch
Rösrather Straße 16
51107 Köln-Ostheim

Zusammenfassung

Die Akromegalie ist in fortgeschrittenem Stadium eine Blickdiagnose für jeden, der diese Erkrankung kennt. Da die einzelnen Symptome im Frühstadium wenig spezi-

fisch sind, andererseits die Frühdiagnose wesentlich zur Reduktion der Morbidität und Mortalität beitragen kann, ist die endokrinologische Evaluation auch bei Personen, die nur einzelne Symptome aufweisen, sinnvoll. In der zahnärztlichen Praxis kön-

zm Leser
service

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

Die Arzneimittelkommission der BZÄK/KZBV informiert

Nebenwirkungsmeldungen im Jahr 2002

Christoph Schindler, Wilhelm Kirch

Die Entdeckung und Bewertung unerwünschter Wirkungen (UAW) von Arzneimitteln ist oft erst nach der Zulassung eines Medikaments – wenn ausreichend Anwendungserfahrung vorliegt – möglich. Es ist daher notwendig, Einzelberichte zu Verdachtsfällen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen, die im Zusammenhang mit der Anwendung in der klinischen Praxis bekannt werden, von zentraler Stelle systematisch zu erfassen und auszuwerten. Für den zahnärztlichen Bereich ist dafür die Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer zuständig. Der vorliegende Beitrag fasst die Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen des Jahres 2002 zusammen.

Nach dem so genannten Stufenplanverfahren sind die Arzneimittelkommissionen der Heilberufe – so auch die Zahnärzte der BZÄK und der KZBV – aufgerufen, Nebenwirkungsmeldungen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weiterzuleiten, um so eine Risikominimierung beziehungsweise ein Höchstmaß an Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten. Im Rahmen dieser Anforderungen bietet die Arzneimittelkommission der BZÄK und der KZBV seit langem allen Zahnärzten in Klinik und Praxis einen fachspezifischen Beratungsdienst an, welcher auch eine interne Sammlung und Auswertung der gemeldeten UAWs beinhaltet. Wie bereits in den Vorjahren geschehen, wird im Folgenden eine Zusammenstellung aller im Jahr 2002 an die AK-BZÄK/KZBV von zu meist niedergelassenen Zahnärzten gemeldeten Fälle zu beobachteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen gegeben.

Nebenwirkungsvergleich 1995 bis 2002

Im Jahr 2002 gingen 71 Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen ein. Insgesamt wurden 88 Präparate gemeldet. Teilweise wurden als mögliche Ursachen der beobachteten Nebenwirkung mehrere Arzneimittel angegeben. Betrachtet man den Zeitraum der letzten vier Jahre von 1999 bis 2002, so werden jährlich von Zahnärzten durchschnittlich 71 Meldungen zu UAWs abgegeben (Abbildung 1).

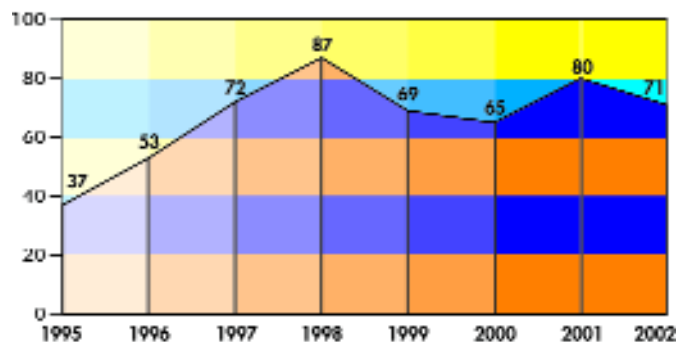


Abb. 1:
Anzahl der gemeldeten Nebenwirkungen 1995 – 2002

Der Anteil der Meldungen zu unerwünschten Wirkungen von Antibiotika ist im Vergleich zu den Vorjahren auf 45 Prozent angestiegen und macht damit inzwischen fast die Hälfte der insgesamt bundesweit abgegebenen Nebenwirkungsmeldungen von Zahnärzten aus. Positiv hingegen ist das kontinuierliche Sinken der Anzahl der Meldungen zu Lokalanästhetika zu verzeichnen (Abbildung 2). Mit nur 21 Prozent gemeldeten Nebenwirkungen gegenüber 28 Prozent im Jahr 2001 und 33 Prozent im Jahr 2000 ist hier im Vergleich zu den Vorjahren ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Die Anzahl der Meldungen zu Analgetika (sechs Prozent gegenüber fünf Prozent im Vorjahr) ist in etwa gleich geblieben. Das Gleiche gilt für den Anteil der Meldungen in der Gruppe "Sonstige" (28 Prozent gegenüber 30 Prozent im Vorjahr). In dieser inhomogenen Gruppe sind vor allem Antihypertensiva, Mundspüllösungen und Präparate zum Dentinschutz enthalten (Tab. 1). Häufig handelt es sich aber vor allem auch um Präparate, die nicht vom Zahnarzt verordnet wurden. Dies

erklärt sich aus der Tatsache, dass eine vom Zahnarzt beobachtete Nebenwirkung nicht immer eindeutig dem vom Zahnarzt applizierten Präparat zuzuordnen ist und daher die vom Haus- oder Facharzt verschriebene Medikation ebenfalls gemeldet wird.

In der Gruppe der Lokalanästhetika war 2002 der Anteil von Articain (83 Prozent) wie auch schon in den Vorjahren hoch, was sicher auf die breite Anwendung des Präpa-

rates zurückzuführen ist (Tabelle 1). In der Gruppe der Antibiotika ist die Anzahl der gemeldeten Nebenwirkungen für die Gruppe der Penicilline auf 18 Prozent gegenüber 30 Prozent im Vorjahr weiter abgesunken. Die Anzahl der Meldungen zu Clindamycin hingegen liegt auch weiterhin auf dem hohen Niveau von 2001:

- **2002: 70 Prozent**
(23 von 33 Meldungen zu Antibiotika)
- **2001: 71 Prozent**
(17 von 24 Meldungen zu Antibiotika)
- **2000: 39 Prozent**
(7 von 18 Meldungen zu Antibiotika)
- **1999: 33 Prozent**
(10 von 30 Meldungen zu Antibiotika)
- **1998: 15 Prozent**
(3 von 20 Meldungen zu Antibiotika)
- **1997: 33 Prozent**
(8 von 24 Meldungen zu Antibiotika)

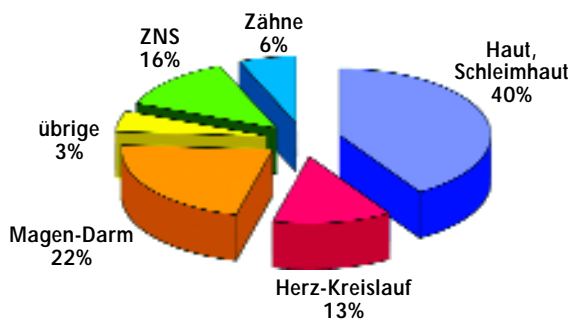
Diese Fälle von unerwünschten Wirkungen zu Clindamycin umfassten Symptome des Gastrointestinaltraktes (Übelkeit, Erbrechen, blutige Diarrhoe, pseudomembranöse Colitis) sowie der Haut und Schleimhaut (Exan-

	Substanz	n	Haut/Schleimhaut	Magen-Darm	Herz-Kreislauf	ZNS	Zähne	Sonstige
Analgetika	Rofecoxib	1			Hypertonie			
	Diclofenac	1					Zahnschmerzen	
	Ibuprofen	2	generalisiertes Exanthem					Anaphylaxie, Atemnot
	Paracetamol	1		Übelkeit, Diarrhoe				
Antibiotika	Clindamycin	23	Exanthem, Urtikaria, Brennen, Schwellung, Hautrötung, Juckreiz	Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Magenschmerzen, pseudomembr. Colitis	Kreislaufkollaps, Schwindel, Herzrasen	Kopfschmerzen, Schwindel		Geschmacksirritation, Quincke-Ödem, Atemnot, Wadenkrämpfe
	Amoxicillin	4	Exanthem	blutige Diarrhoe			Zahnverfärbung	Fieber, Verlust des Geschmacksinns
	Metronidazol	4	Exanthem	Blut im Stuhl				Fieber, schwarze Haarzunge
	Erythromycin	2	epidermale Nekrolyse li. Gesicht					Tinnitus
	Phenoxymethylpenicillin	2		Diarrhoe, Magenschmerzen				Muskelverspannung
	Cefuroximaxetil	1		Magenschmerzen				
	Azithromycin	1	Rötung, Schwellung im Gesicht					
	Doxicyclin	1		Diarrhoe, Erbrechen				
	Propicillin	1	Exanthem					
	Ofloxacin	1	ulceröse Schleimhautläsion					
Lokalanästhetika	Articain/Epinephrin	15	Exanthem, Schleimhautläsionen		Schwindel, Hypertonie, Kreislaufprobleme	unscharfes Sehen, kein Tränenfluss, Sprachstörungen, Amnesie, Angst, Exzitation		Atemnot, Bronchospasmus
	Mepivacain	3	labiale Schwellung, Ulcerationen am Gaumen		Herzrasen, Beklemmung, Schwindel	Ohnmacht, Zittern, Schwindel, Kopfschmerz		
sonstige	Ethinylestradiol, Levonog.	1		Diarrhoe				
	Omeprazol	1	lichenoide Gingivaveränderung					
	Clopidogrel	1	buccale Desquamation					
	Methylphenidat	1	Gingivahyperplasie					
	Acetylcystein	1	Gingivahyperplasie					
	Alizaprid	1					Melanodontie	
	Ondansetron	1					Melanodontie	
	Methotrexat	2	Ulceration Mundschleimhaut				Melanodontie	Ulceration Bauch, Gesäß
	Fluorouracil	1					Melanodontie	
	Mesna	1					Melanodontie	
	Phenprocoumon	1					Temperaturempfindlichkeit	
	Atorvastatin	1					Temperaturempfindlichkeit	
	Carvedilol	1					Temperaturempfindlichkeit	
	Prednisolon	1	Exanthem, Quaddeln			Hypertonie		
	Triamcinolon	1	Juckreiz					
	Amlodipin	1					Gingivahyperplasie	
	L-Thyroxin	1					Gingivahyperplasie	
	Tyrothrizin	1					Temperaturempfindlichkeit	
	Paraaminobenzoat	1		Sodbrennen				
	Hexetidin	2	Ulcerationen, Bläschenbildung					
	Wasserstoffperoxid	1	Exanthem					
	Aminfluorid	1						Zungenbrennen
	Zinnfluorid	1						Zungenbrennen

Tabelle 1: Übersicht der Nebenwirkungsmeldungen zu einzelnen Wirkstoffen

them, Urtikaria, Hautrötung). Dieser Anstieg ist höchstwahrscheinlich dadurch zu erklären, dass Clindamycin auf Grund seines breiteren Spektrums im anaeroben Bereich auch von Zahnärzten zunehmend häufiger verordnet wird. Über diesen beobachteten Anstieg der Nebenwirkungsmeldungen zu Clindamycin hatten wir bereits gesondert in den zm berichtet [1].

Ein besonders interessanter möglicher Zusammenhang zwischen Penicillintherapie und der seltenen aber bekannten Nebenwirkung einer durch Fluorchinolonthherapie induzierten Tendinitis ergab sich aus einer Meldung zur Therapie mit Phenoxyethylpenicillin: Eine 65-jährige Patientin hatte zunächst nach zehntägiger Therapie mit Levofloxacin als Nebenwirkung eine schmerzhaft entzündliche Tendinitis der rechten Achillessehne entwickelt, die nach dreiwöchiger Immobilisation folgenlos ausheilte. Etwa drei Monate später erhielt die Patientin nach einem zahnärztlichen Eingriff Phenoxyethylpenicillin und entwickelte nach Einnahme der zweiten Dosis



erneut Symptome einer entzündlichen Tendinitis. Das Penicillin wurde abgesetzt und die antibiotische Therapie wurde für weitere vier Tage mit Clindamycin fortgesetzt. Innerhalb von 48 Stunden besserten sich die Beschwerden der Patientin erheblich und die Sehnenentzündung heilte innerhalb von drei Wochen aus. Dieser Fallbericht deutet auf eine sehr seltene mögliche Nebenwirkung von Penicillin bei prädisponierten Patienten hin [2].

Bei den Analgetika war der Anteil der gemeldeten Fälle 2001 gegenüber 2000 auf etwa die Hälfte gesunken (Abb.2) und hielt sich 2002 mit sechs Prozent etwa auf Vorjahresniveau. Insgesamt lagen nur Meldungen zu vier Präparaten vor (Tab.1).

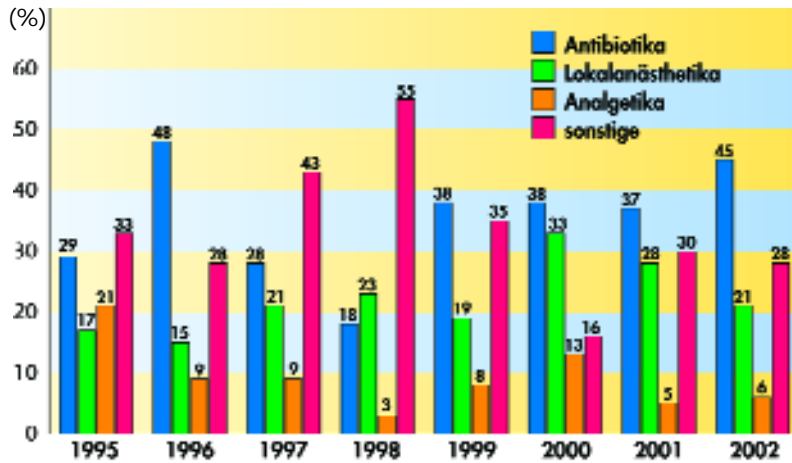


Abb. 2: Vergleich der Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu den einzelnen Wirkstoffgruppen in den Jahren 1995 bis 2002

Organbezogenheit der Nebenwirkungen

Im Jahr 2001 erfolgten noch knapp mehr als die Hälfte (53 Prozent) aller Meldungen zu Nebenwirkungen, welche die Haut und Schleimhaut betrafen und sich in Form von Schleimhautläsionen im Bereich des Mundes beziehungsweise in Form generalisierter Hautausschläge äußerten. Im Jahr 2002 ist der Anteil an Nebenwirkungen auf Haut und Schleimhäute um zwölf Prozent auf 41

sche Reaktionen mit protrahiertem Verlauf wurden nicht gesehen. Der Anteil an gemeldeten gastrointestinalen Störungen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von elf Prozent auf 22 Prozent verdoppelt (Tab. 1, Abb. 3). Beeinträchtigungen des Gastrointestinaltraktes wurden fast ausschließlich im Zusammenhang mit Antibiotikatherapie beobachtet. Hierbei bezog sich der Hauptanteil an Meldungen auf das Präparat Clindamycin. Diese waren zumeist leicht bis mittelgradig ausgeprägt. In drei Fällen trat unter der Therapie mit Clindamycin eine pseudomembranöse Colitis auf. Über ZNS-Störungen wurde in 13 Prozent der gemeldeten Fälle berichtet, wobei meist Schwindel und Kopfschmerzen nach Articain-Anwendung gesehen wurden.

Resümee

Im Jahr 2002 wurden der BZÄK/KZBV insgesamt 71 Meldungen zu Arzneimitteln mitgeteilt. 45 Prozent der angezeigten Präparate waren Antibiotika, 21 Prozent Lokalanästhetika, sechs Prozent Analgetika und 28 Prozent sonstige Arzneistoffe. Die gemeldeten Nebenwirkungen waren meist leicht bis mittelgradig ausgeprägt.

Dr. med. Christoph Schindler
 Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wilhelm Kirch
 Institut für Klinische Pharmakologie
 Technische Universität Dresden
 Fiedlerstraße 27, 01307 Dresden



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

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

									◀ Graue Felder nicht ausfüllen! ▼						
	Pat. Init. <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>			Geburtsdatum <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>									Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat:	
Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):															
lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>															
aufgetreten am: _____ Dauer: _____															
Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen			BfArM-Nr.									
1.															
2.															
3.															
4.															
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④		dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>									
Allgemeinerkrankung:															
behandelt mit:															
Anamnestiche Besonderheiten: Nikotin <input type="checkbox"/> , Alkohol <input type="checkbox"/> , Schwangerschaft <input type="checkbox"/> , Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> , Arzneim. Abusus <input type="checkbox"/>															
Sonstiges:															
Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> gegen:															
Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:															
Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> (gegf. Befund beifügen) Todesursache:															
Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):															
Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM <input type="checkbox"/> , Hersteller <input type="checkbox"/> , Arzneim.-Komm. Ärzte <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>															
Datum: _____															
Unterschrift _____															
Erklärung der Kontaktperson: Zum Zwecke der Aufklärung des Vorkommnisses stimme ich der Weitergabe meines Namens sowie meiner Anschrift einschließlich Telefon- und ggf. Telefaxnummer an den Hersteller bzw. an den Bevollmächtigten des Herstellers des Medizinproduktes zu.															
Datum/Unterschrift															

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

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 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																															
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten																																	
Zahnbefund:	<table style="border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <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 <input type="checkbox"/>																																
<u>Erklärung der Kontaktperson:</u> 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																																	



In dieser Rubrik stellen Kliniker Fälle vor, die diagnostische Schwierigkeiten aufgeworfen haben. Die Falldarstellungen sollen Ihren differentialdiagnostischen Blick schulen.

Spätfolgen operativer Eingriffe an der Kieferhöhle

Okklusionszyste der Restkieferhöhle nach totaler Oberkiefer-Resektion

Martin Kunkel, Torsten E. Reichert

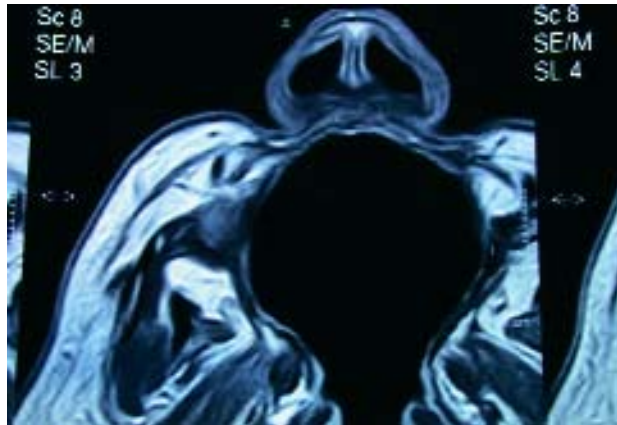


Abbildung 1:
Resektionsdefekt
24 Jahre nach totaler
Oberkieferresektion

Kasuistik

Es handelte sich um einen 67-jährigen Patienten, bei dem vor 24 Jahren ein ausgebreitetes Oberkieferkarzinom reseziert worden war. Nach kompletter Maxillektomie (Abbildung 1) waren die durch die Resektion eröffneten Nasennebenhöhlen sekundär epithelisiert und über annähernd zwei-einhalb Jahrzehnte symptomlos geblieben. Nach zehnjähriger regelmäßiger Tumornachsorge stellte sich der Patient nun in langem Abstand zur letzten Untersuchung wegen einer das rechte Jochbeinmassiv destrukturierenden, die Infraorbitalregion vorwölbenden Raumforderung vor. Die Progression des Befundes mit Verdrängung des rechten Bulbus oculi nach cranial war für den Patienten durch Doppelbildsehen erkennbar geworden. Die MRT-Diagnostik zeigte eine ausgedehnte, den Jochbeinkörper durchsetzende, homogene und scharf begrenzte Raumforderung, die den Infraorbitalrand und Orbitaboden subtotal verbraucht hatte (Abbildung 2 a und b). Unter der Verdachtsdiagnose einer Okklusionszyste wurde der Befund zunächst zur Entlastung und bioptischen Diagnosesicherung von enoral inzidiert, biopsiert und eine Drainage eingebracht.

Die definitive Therapie erfolgte über einen subziliaren Zugang. Abbildung 3 a zeigt die Vorwölbung des Befundes nach infraorbital mit weitgehender Auflösung der caudalen knöchernen Orbitabegrenzungen, Abbildung 3b den Situs nach Ausräumen der Okklusionszyste. In der Resthöhle ist jetzt die nach enoral ableitende Drainage erkennbar. Die Periorbita und eine caudale fibröse Narbenzone waren jeweils als Schichten erhalten geblieben. Die Rekonstruktion des Orbitabodens erfolgte daher mit einer PDS-Schale, die auf einen medialen und lateralen Knochenanteil aufgelagert werden

konnte. Da der Patient ausbestrahlt war, wurde auf eine Spongiosaplastik zur Okklusion des Lumens verzichtet und eine sekundäre Auffüllung durch Granulationsgewebe unter Erhalt der enoralen Drainage abgewartet.

Diskussion:

Okklusionsphänomene der Nasennebenhöhlen stellen eine seltene, aber recht typische Spätkomplikation operativer Eingriffe an pneumatisierten Räumen des Gesichtsschädels dar. Die diagnostische Schwierigkeit dieser Befunde liegt in der außerordentlich langen Latenz zum Ersteingriff, und der klinisch oft sehr unspezifischen Symptomatik. Da nicht selten mehr als 20 Jahre bis zu einer Manifestation von Beschwerden vergehen, wird häufig erst die Folgegeneration von Chirurgen mit diesem Phänomen konfrontiert. Während im vorliegenden Fall durch die infraorbitale Vorwölbung und die Diplopie konkrete Hinweise auf eine Raumforderung zu einer umgehenden bildgebenden Diagnostik führten, liegen häufig nur subjektive Angaben über unklare Schmerz- und

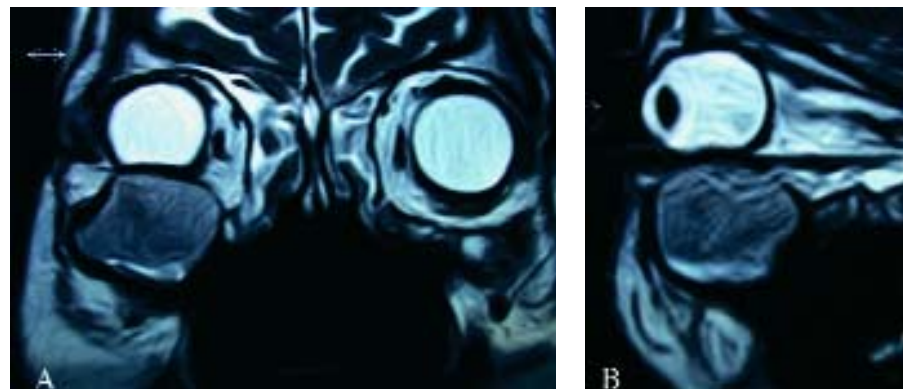


Abbildung 2: Die Abbildungen zeigen frontale (A) und sagittale (B) Schnittebenen im größten Durchmesser des Befundes. Im Seitenvergleich wird die Auflösung der caudalen knöchernen Orbita und die Verdrängung des rechten Bulbus gut erkennbar.

Fazit für die Praxis

- Okklusionsphänomene nach Operationen an den Nasennebenhöhlen können auch nach sehr langer Latenz von über 20 Jahren auftreten
- Die klinische Symptomatik ist meist unspezifisch, richtungweisend ist die Anamnese
- Eine Bildgebung mittels CT oder MRT ist häufig sinnvoll.

Missempfindungen des Patienten ohne klinisch objektivierbare Befunde vor. Da es sich immer um voroperierte Patienten, meist nach radikalen Kieferhöhlenoperationen oder Mittelgesichtsfrakturen, handelt, werden die Beschwerden häufig als unspezifische Narbenschmerzen verkannt. Auch die konventionelle Röntgendarstellung in Form der Nasennebenhöhlenaufnahme

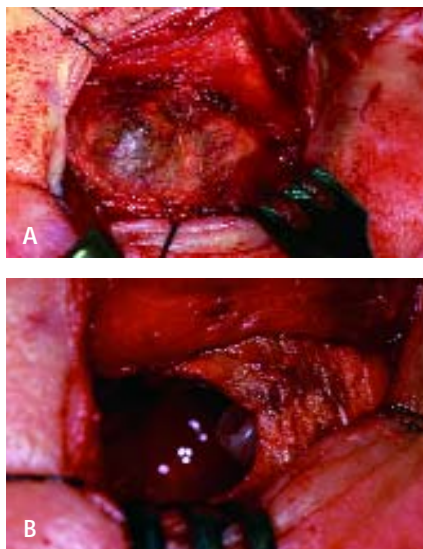


Abbildung 3: Die Abbildung A zeigt die infraorbitale Vorwölbung der Okklusionszyste (A), die den Jochbeinkörper und den Infraorbitalrand nach ventral durchbricht. Nach Abtragung der Zyste (B) unter Erhalt der teilweise papierdünnen Knochenlamelle wird intraluminal die enoral eingebrachte Drainage erkennbar.

führt nicht immer zu einer eindeutigen Diagnose, so dass bei neu aufgetretenen unklaren Beschwerden in langem zeitlichen Abstand zu Verletzungen oder Voroperationen an den Nasennebenhöhlen eine CT oder MRT-Bildgebung sinnvoll erscheint. In der klinischen Realität führt oft erst die akute Infektion der Okklusionszyste zur chirurgischen Intervention mit intraoperativer Verifizierung des Befundes.

PD Dr. Dr. Martin Kunkel
 PD Dr. Dr. Torsten E. Reichert
 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Johannes-Gutenberg-Universität
 Augustusplatz 2
 55131 Mainz

zm Leser service

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

Andrologie

Mehr Auswahl bei der oralen Therapie der Erektile Dysfunktion

Till Uwe Keil

Seit Beginn des Februar läuft ein therapeutischer Wettstreit um die wirksamere orale Therapie der Erektile Dysfunktion, der – obwohl es um verschreibungspflichtige Medikamente geht – vor allem von den Patienten selbst entschieden wird. Neben dem bislang als Viagra® zum Begriff gewordenen Sildenafil steht nun mit Tadalafil (Cialis®) ein zweiter, chemisch völlig anders strukturierter Hemmstoff des Enzyms Phosphodiesterase-5 (PDE-5) zur Verfügung. Seine Besonderheit: Eine deutlich längere Halbwertszeit, die eine spontanere Möglichkeit zur sexuellen Aktivität ermöglicht.

Nur etwa 15 Prozent der von einer als behandlungsbedürftig eingestuften Erektile Dysfunktion betroffenen Männer werden bislang wirklich auch behandelt. Der Markt für PDE-5-Inhibitoren wird aber nicht als sechsmal so groß wie heute abgedeckt eingestuft, sondern als doppelt so groß. Das liegt teilweise am Alter der Patienten, am fehlenden Partner oder auch an einer gewissen Resignation, die immer wieder beobachtet wird, so Prof. Hartmut Porst, Urologe und deutscher Studienleiter für alle PDE-5-Inhibitoren auf der Fachpressekonferenz zur Einführung von Tadalafil am 30. Januar 2003 in Frankfurt.

Wirkzeitfenster vergrößert

Durch die besondere chemische Struktur wird Tadalafil erst nach mehr als 17 Stunden so weit abgebaut, dass die Serumspiegel die Hälfte des maximalen Wertes betragen. Dieser hohe, so genannte $t_{1/2}$ -Wert führt dazu, dass die Patienten selbst 36 Stunden nach der Einnahme noch zu 60 Prozent erfolgreich, dass heißt bis zum vollendeten Koitus mit ihrer Partnerin sexuell aktiv sein konnten. Abb. 1 zeigt die Daten aus einer Studie, die Prof.

Porst an 348 Patienten im Vergleich zu Placebo durchführen konnte. Den Patienten war aufgegeben worden, in einem engen Zeitfenster von mehr als 20 und weniger als 30 Stunden beziehungsweise mehr als 30 und weniger als 48 Stunden nach Einnahme des Versuchspräparates vier Mal einen Geschlechtsverkehr zu versuchen. Dieses vergrößerte Wirkzeitfenster von Tadalafil spielt für die meisten Paare eine wichtige Rolle, wie die Befragung von 973 Patienten in zwölf Ländern ergab: Als häufigste Nennung, was bei einem neuen Präparat gegen die Erektile Dysfunktion besonders wichtig sei, nannten die Befragten

„Sex nicht planen zu müssen“ (93 Prozent „wichtig“ oder „sehr wichtig“). Die nächste Nennung betraf die „Normalisierung“ des sexuellen Verhaltens. Unter den ersten sieben Nennungen kam die Wirkstärke, das heißt die Rigidität der Erektion nicht vor – wahrscheinlich, weil dies vom eingeführten Sildenafil bereits sehr zufrieden stellend bewirkt wird.

Insgesamt zeigt Tadalafil in der höheren Dosis von 20 Milligramm einen Effekt bei 81 Prozent der in Studien behandelten Männer. Zu einem erfolgreichen Sexualverkehr waren 75 Prozent der Patienten fähig. Auch bei Diabetikern, die gewöhnlich als schwer therapierbar gelten, wirkte Tadalafil noch bei 76 Prozent.

Offenes Rennen um die Patientengunst

Prof. Porst geht davon aus, dass die derzeit zwei – und in wenigen Wochen durch die erwartete Einführung des etwas wirkschnel-

leren Vardenafil (Levitra®) drei – PDE-5-Inhibitoren nach den Erfahrungen und Präferenzen der Patienten und ihrer Partnerinnen ausgewählt werden. Der Arzt kann nur über die für alle Präparate gleichen Vorsichtsmaßnahmen (keine Nitrate oder NO-Donatoren gleichzeitig einnehmen, das – angegriffene – Herz nicht durch eine ungewohnte Belastung gefährden) aufklären. Die Präferenz wird etwa nach folgenden Kri-

terien gesetzt werden:

- hohe Effektivität (erzielbare Rigidität),
- hohe Zuverlässigkeit,



Foto: Lilly ICOS

Endlich könnte es wieder „klappen“, denn neue Medikamente sind auf dem Markt.

Wirkzeitfenster von Tadalafil

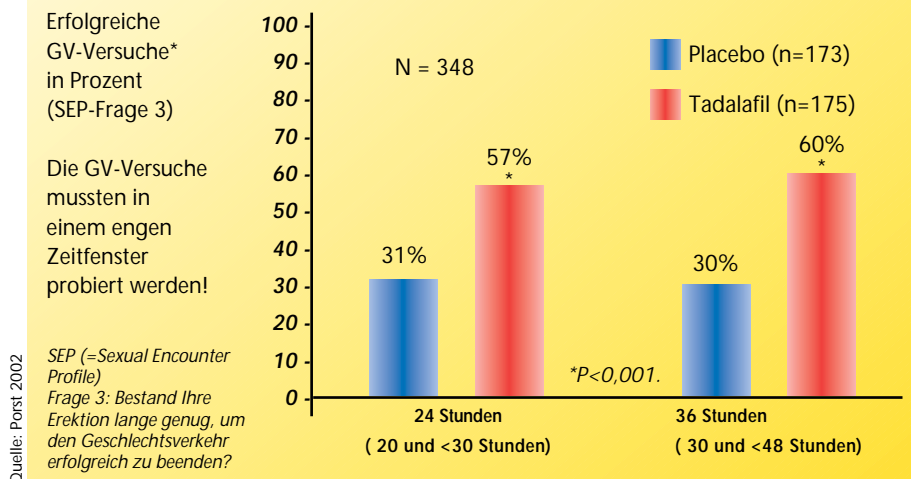


Abb. 1: Wirkzeitfenster Tadalafil (* = vollendeter Koitus)

- natürliches Gefühl der Erektion,
- günstiges Sicherheitsprofil, vor allem wenige Nebenwirkungen,
- größtmögliche Spontaneität des Sexuallebens,
- schneller Wirkeintritt sowie
- vernünftiger Preis.

Gerade im letzten Punkt wird sich noch zeigen müssen, ob der nominell zehn bis 15 Prozent niedrigere Preis von Cialis® im Vergleich zu Viagra® tatsächlich real günstiger ist. Prof. Porst sieht die Wirkstärke von 20 Milligramm Tadalafil etwa bei der von 50 Milligramm Sildenafil. Letzteres ist aber

auch als 100mg-Tablette erhältlich, die der Patienten teilen kann, wodurch er etwas günstiger wegkommt als mit der 20mg-Tablette Tadalafil.

Wie es weiter geht

Wahrscheinlich wird die Konkurrenz der drei verfügbaren PDE-5-Inhibitoren auf Dauer den als überhöht empfundenen Preis für die Präparate senken. Die Therapie wird besser auf die individuellen Bedürfnisse der Paare, zum Beispiel beim Führen einer „Wochenend-Ehe“, fokussierbar sein.

Eines der Ziele, die Sexualität bei den erkrankten Männern insgesamt zu normalisieren, wird durch Tadalafil leichter erreichbar sein: Eine tägliche Einnahme niedriger Dosen von etwa fünf Milligramm könnte zur dauerhaften Normalisierung führen – durch ein Präparat mit langer Halbwertszeit ist das einfacher zu verwirklichen. ■

Metabolisches Syndrom

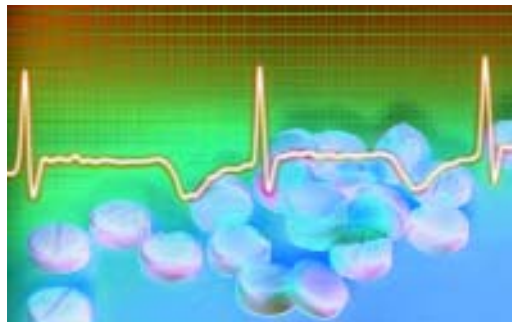
Prädiabetes hat Krankheitswert

Durch konsequenten Einsatz des Alpha-Glukosidasehemmers Acarbose kann bei Patienten mit Prädiabetes (erhöhte Serumglukosespiegel nach Mahlzeiten) nicht nur der Ausbruch eines manifesten Diabetes drastisch reduziert werden, sondern auch die kardiovaskulären Risiken der betroffenen Patienten. Damit ist erstmals in einer prospektiven Studie nachgewiesen worden, dass der Prädiabetes Krankheitswert hat. Das Medikament Glucobay, dessen Wirkstoff Acarbose ist, erhielt in der Konsequenz dieser unerwarteten Wirksamkeit den diesjährigen Robert-Koch-Award zugesprochen.

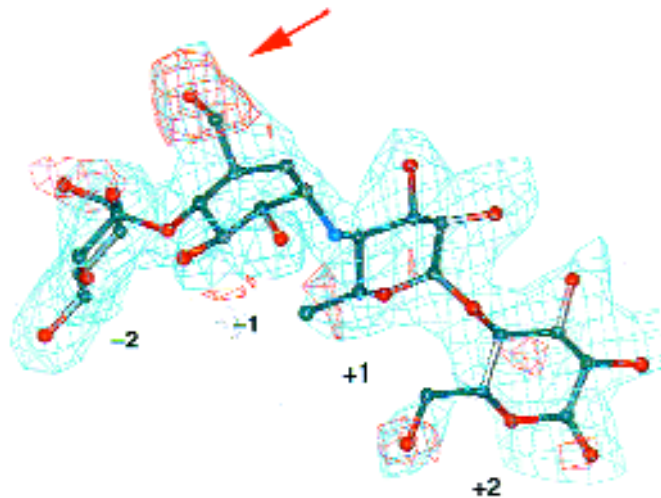
In einem interdisziplinären Symposium unter Leitung des Kardiologen Prof. Georg Ertl, Würzburg, und des Diabetologen Prof. Eberhard Standl, München, wurde Ende Januar dieses Jahres die Verleihung des Robert-Koch-Awards für innovative, bewährte und wissenschaftlich noch immer ergiebige Medikamente an das acarbosehaltige Glucobay begründet.

91 Prozent weniger Infarkte

Patienten mit gestörter Glukosetoleranz (IGT) fallen in der Regel nicht auf. Vor Veröffentlichung der Daten aus der STOP-NIDDM-Studie (J.L. Chiasson et al.: Diabetologia, 45. Jg. 2002, Suppl.2, S. A 104) wäre auch kein Arzt auf den Gedanken gekommen, solche Patienten zu behandeln. Das Kürzel steht für „Study to prevent Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus“. An der Studie nahmen mehr als 1 400 Patienten über vier Jahre teil. Der Prädiabetes wurde als Zeichen einer leichten Störung im Glukosestoffwechsel betrachtet. Einen Krankheitswert wollte man darin nicht erkennen. Nun zeigt aber die Studie, dass nicht nur mehr als ein Drittel der Probanden, die im Laufe von vier Beobachtungsjahren unter Plazebo zu manifesten Diabetikern werden, durch Acarbose davor bewahrt werden können, sondern dass durch die Einnahme dieses Medikamentes auch die Entstehung



Fotos: IS/Ruiterkamp



Das komplizierte Gebilde der Acarbose

des Bluthochdrucks und das Risiko von kardiovaskulären Komplikationen generell und speziell des Herzinfarktes deutlich gesenkt werden (Abb. 2).

Die Mechanismen dieser Wirkung einer simplen Verminderung des Glukosetransports durch die Darmwand – das ist die Wirkung von Acarbose – werden noch nicht vollständig verstanden. Hilfreich ist allerdings die Erkenntnis, dass die Gefäßwand

durch hohe Serumglukosewerte angegriffen wird, was zur Arteriosklerose führt, die wiederum eine der Hauptursachen von Hypertonie, KHK und Herzinfarkt sowie Schlaganfall ist. Außerdem ist die diabetische Hyperglykämie auch eine der wichtigsten Ursachen von Erblindung und Nierenversagen. Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, periphere Verschlusskrankheit und Nierenversagen werden folgerichtig auch im so genannten Metabolischen Syndrom als ein grundlegendes Krankheitsbild zusammengefasst.

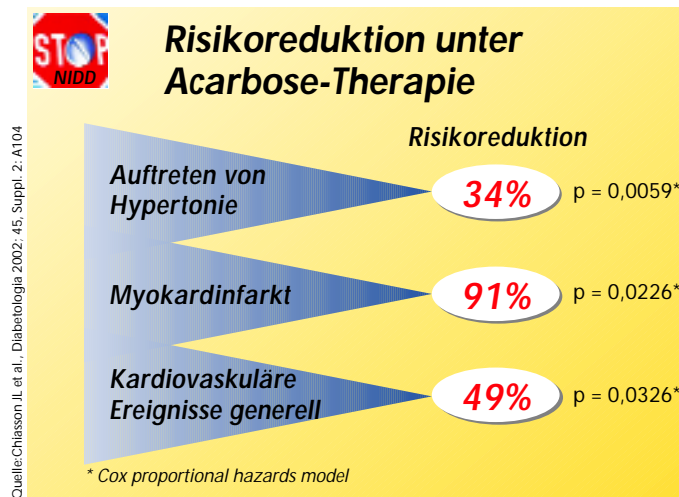
Neu ist jedoch, dass bereits die Erhöhung des Blutzuckers nach Mahlzeiten, die so genannte postprandiale Hyperglykämie, die sich mit einem Glukosebelastungstest nachweisen lässt, derart gefährlich ist. Hochgerechnet lassen sich die relativen Risikozahlen füllen, indem sich allein die Zahl der Herzinfarkt-Todesfälle durch Prädiabetes in Deutschland pro Jahr um mehr als 30 000 vermindern ließe, würde man alle Prädiabetiker erfassen und mit Acarbose behandeln.

Diese Zahl ist natürlich ein theoretisches Konstrukt, denn man wird in der Realität kaum alle Patienten mit IGT finden. Doch sollte es möglich sein, bei Patienten mit familiärer Belastung einen Test auf Glukoseintoleranz zu machen und bei positiven Werten die Allgemeinmaßnahmen (Aktivierung, Gewichtsabnahme und Ernährungsberatung) sowie die Gabe von Acarbose zu beginnen.

Prävention ernst nehmen

Die Gesundheitspolitiker können für die Humanmedizin viel aus der Zahnheilkunde lernen. Sie als Zahnarzt wissen, dass etwa eine gute Kariesprophylaxe später viele Kosten erspart. Dies ist offenbar auch den Gesundheitspolitikern und Kassenfunktionären gut erklärt worden. In der Humanmedizin ist man davon noch Welten entfernt.

Am Beispiel des Metabolischen Syndroms lässt sich das gut beschreiben: Acarbose ist zwar zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 zugelassen, weil es den postprandialen Blutzucker senkt. Man hat sich aber nicht die Mühe gemacht, es in den Entwurf der Positivliste oder die Medikamentenliste des DMP für Diabetes aufzunehmen. Begründet wird dies mit der Entbehrlichkeit von Acarbose: Ein Medikament lediglich für die Kontrolle des postprandialen Blut-



zuckers anzuwenden wäre doch viel zu teuer und der gleiche Effekt durch vernünftige Ernährung und mehr zu erreichen ... Wer jedoch weiß, wie schwierig in der Praxis gerade diese übergewichtigen Menschen zu einer Veränderung ihres Lebensstils zu bewegen sind, wird beim Versagen

der Allgemeinmaßnahmen nicht lange zögern, um die Belastung durch die nunmehr offenkundigen Risiken möglichst rasch zu vermindern.

Dr. Till U. Keil

Abb. 2: Die wichtigsten Ergebnisse zur Prävention von kardiovaskulären Ereignissen unter einer vierjährigen Therapie mit Acarbose im Vergleich zu Placebo bei Patienten mit Prädiabetes (STOP-NIDDM-Studie, Chiasson 2002).

Toxikologie**Mehr Suizidversuche mit Paracetamol**

Paracetamol gilt in der Dosierung von 500 Milligramm pro Tablette als sicheres Mittel zur Bekämpfung von Schmerzen und Fieber. Es wird besonders bei Kindern gerne als Zäpfchen verordnet. Damit löste es Metamizol ab, dessen angebliche Gefährlichkeit erst in den 80er Jahren nach Jahrzehnten breiter Anwendung in verschiedenen Verbraucherkampagnen angeprangert wurde. Nun zeigt sich aber, wie so oft in der Geschichte der Pharmakologie, dass auch

während der vergangenen sieben Jahre von 8,9 auf 12,4 Prozent. Von den 4021 im Zeitraum zwischen 1. Januar 1995 und 31. Mai 2002 in Mainz registrierten Paracetamol-Vergiftungen konnte etwa die Hälfte nachverfolgt werden. Ab einer Paracetamol-Dosis von 140 mg/kgKG wurden mittel- bis schwergradige Symptome bemerkt, die eine Entgiftung mit N-acetyl-p-benzoquinoneimin erforderlich machte. Hilfsweise konnte auch Acetylcystein verabreicht werden.

In der Regel kam es bei den Patienten zum Leberversagen. Die Todesursache war jedoch in fast allen Fällen Herzversagen, da die mit eingenommenen nicht-steroidalen Antirheumatika beziehungsweise Alkohol das Profil der Schädigung veränderten. Insgesamt wurden acht Todesfälle gesehen (Dtsch Med Wochenschr 128 [2003] S. 15 bis 19).

Kommentar

Paracetamol wird bei hohen Serumspiegeln in ein Leber schädigendes Stoffwechselprodukt umgewandelt. Es ist auch bei längerer Anwendung in vorgeschriebener Dosis ein schleichendes Lebergift. Die Toxizität wird hier zu Lande weitgehend unterschätzt, während in skandinavischen Ländern die Aufmerksamkeit auf diese Gefahr zu einer Verringerung der Packungsgröße geführt hat. Ein achtloser Umgang mit Paracetamol ist gefährlich.

T. U. Keil



Foto: PhotoDisc

Keine Lösung, aber leider oft gewählter Ausweg: Suizid, weil das Leben nicht mehr lebenswert scheint und man nicht mehr will.

Paracetamol nicht ohne Risiken ist. Patienten, die zwei Packungen mit zehn Tabletten zusammen mit Alkohol oder Antirheumatika schlucken und während der ersten zwölf Stunden kein Antidot erhalten, haben eine schlechte Prognose.

Dr. Marc-Alexander von Mach, Beratungsstelle bei Vergiftungen an der Universität Mainz, berichtet von einem Anstieg der suicidalen Handlungen mit Paracetamol

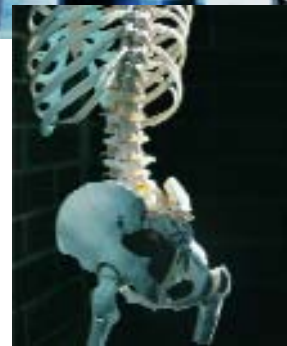
Orthopädie**Frakturen durch Hypervitaminose A**

Eine bevölkerungsweite Longitudinalstudie, in der 2322 Männer im Alter zwischen 49 und 51 Jahre aus der Region Uppsala (Schweden) über 30 Jahre beobachtet wurden, zeigte, dass man mit einer Vitamin-A-Supplementierung auch zu viel des Guten tun kann. Hohe Spiegel an Vitamin A (Retinol) im Serum, die beim Studieneintritt gemessen wurden, führten während der Beobachtungszeit zu einem siebenfach erhöhten Risiko für Knochenfrakturen. Insbesondere waren die Hüftfrakturen in dieser Klientel erhöht, wenn im Serum Retinol stark erhöht war.



Fotos: PD/EyeWire

Vorsicht mit zuviel Vitamin A, es kann zu Knochenbrüchen kommen.



Diese Ergebnisse von Karl Michaëlsson und seinen Kollegen von der Universität Uppsala (N Engl J Med 348 [2003] 287 bis 294) werden durch die Resultate verschiedener Tierversuche und In-vitro-Experimente unterstützt, wie der Endokrinologe Paul Lips von der Universität Amsterdam in einem Editorial der selben Ausgabe des Magazins bemerkt. Während sich die Gabe höherer Dosen von Retinol besonders im Kindesalter zur Prävention von Augenerkrankungen noch diskutieren lässt, sollte im Alter die Menge des supplementierten Vitamin A nicht mehr als 0,6 bis 0,9 Milligramm Retinol betragen.

T. U. K.

Obstipation

Bedeutung der Ernährung wird überschätzt

Christine Vetter

In Deutschland fehlen epidemiologische Untersuchungen, doch aus den USA ist bekannt, dass rund ein Viertel der Bevölkerung regelmäßig unter Beschwerden durch eine Obstipation leidet. Die Ursachen sind vielfältig und werden nicht selten falsch eingeschätzt.



Foto: ABDA

Was ist, wenns nicht so klappt, wie man möchte? Da es viele Ursachen dafür geben kann, gibt es für Obstipation jeweils eine individuelle Patentlösung.

Hier zu Lande wird nach Prof. Dr. Paul Enck, Tübingen, von vergleichbaren Zahlen ausgegangen und die Verstopfung gilt nach seinen Worten längst als eine Art Zivilisationskrankheit. Allerdings gibt es keine Hinweise dafür, dass die Prävalenz der Störung ansteigt. „Zwar war die Obstipation früher sicher seltener, Kriterien dafür, dass es sich um ein zunehmendes Krankheitsbild handelt, gibt es aber nicht“, erklärte der Mediziner bei einem Falk-Satellitensymposium während der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoff-

wechselkrankheiten in Bonn. Er räumte dort mit Vorurteilen zum Thema Obstipation auf: So ist die Störung keineswegs auf die Industrienationen begrenzt. Zwar ist sie in Afrika seltener als in Europa, keine Unterschiede aber werden zwischen Lateinamerika und Nordamerika gesehen. Falsch ist auch die These, das Problem sei in ländlichen Regionen weniger häufig als in städtischen Gebieten, wohl aber gibt es sozioökonomische Unterschiede, wobei Menschen in sozial höher stehender Schicht seltener über eine Obstipation klagen.

Oft mehr Glaube als Wissen

Noch deutlich überschätzt wird nach Privatdozent Dr. Michael Karaus, Göttingen, die Bedeutung der Lebensweise für die Obstipation. Diese nämlich wird oft als Folge einer ungesunden Lebensweise angesehen. „Viele der dabei aufgeführten Zusammenhänge aber basieren auf ungesicherten Überlieferungen“, gab der Mediziner zu bedenken. Das betrifft beispielsweise den Rat, die Verdauungsstörung morgens durch ein Glas Wasser auf nüchternen Magen zu bekämpfen. Dazu Karaus: „Es gibt keinerlei Belege dafür, dass Wasser den Entleerungsreiz auslösen kann.“

Ballaststoffreiche Ernährung hilft wenig

Zwar ist es nach seinen Worten richtig, für eine ballaststoffreiche Ernährung zu plädieren, die Rolle der Ballaststoffe bei der Obstipation wird nach Karaus aber allgemein überschätzt. Gut belegt ist nach seinen Worten, dass durch einen vermehrten Ballaststoff-Anteil in der Nahrung das Stuhlgewicht erhöht und die Darm-Transitzeit verkürzt werden kann. Daraus wird oft rückgeschlossen, dass Obstipierte zu wenig Ballaststoffe verzehren, was sich aber in Studien nicht bestätigen ließ. Sie zeigen jedoch, dass Obstipierte auf einen gesteigerten Ballaststoffverzehr schlechter mit ihrer Darmtätigkeit reagieren als Darmgesunde. Generell sollte man nach Karaus bei der Behandlung der Obstipation nicht zuviel von allgemeinen Maßnahmen erwarten. Denn ähnlich wie bei den Ballaststoffen zeigt sich auch bei der Trinkmenge kein Unterschied zwischen obstipierten und nicht-obstipierten Menschen und es gibt keine Studie, die tatsächlich belegt, dass eine erhöhte Flüssigkeitszufuhr, über das normale Maß hinaus, die Obstipation bessert. Ähnlich sieht es bei der Bewegung aus. Belegt ist, dass sich die Darmmobilität durch eine akut gesteigerte körperliche Aktivität beeinflussen lässt. „Die Darmtransitzeit beschleunigt oder verlangsamt sich dadurch aber nicht wesentlich“, gab der Mediziner

zu bedenken. Auch sind Obstipierte nach seinen Angaben nicht weniger körperlich aktiv als gesunde Kontrollpersonen.

Andererseits ist gut bekannt, dass bestimmte Erkrankungen, wie etwa ein Morbus Parkinson, ein Diabetes mellitus oder Depressionen, mit einer Obstipation einhergehen können. Auch muss beachtet werden, dass verschiedene Medikamente, wie etwa Opiode, Antihypertensiva, Anticholinergika sowie bestimmte Antidepressiva, einer Obstipation Vorschub leisten können.

Obstipation - mehr als eine Befindlichkeitsstörung

Diese wird nicht selten als harmlose Störung, quasi als Befindlichkeitsstörung abgetan. Das aber wird den Problemen der Betroffenen nicht gerecht. Denn die Beschwerden können für die Erkrankten laut Enck zu einer erheblichen Belastung werden.

Das am stärksten belastende Symptom ist nach einer Untersuchung bei 312 Patienten die Notwendigkeit des starken Pressens bei der Defäkation. Hierunter leiden 32 Prozent der Betroffenen. An zweiter Stelle folgt die Klage über zu harten Stuhlgang bei 20 Prozent der Patienten, gefolgt von Beschwerden wie „zu seltener Stuhlgang“. Das Gefühl einer Passagebehinderung quält nach Enck zwölf Prozent der Betroffenen und ein ebenso hoher Anteil fühlt sich durch das Gefühl einer unvollständigen Darmentleerung nach der Defäkation besonders beeinträchtigt. Sechs Prozent der Befragten geben schließlich an, die Notwendigkeit digitaler Manipulationen bei der Stuhlentleerung als stärkste Belastung zu erleben.

Halten solche Beschwerden an, so ist eine gezielte Behandlung nach Prof. Dr. Thomas Frieling, Krefeld, unerlässlich. Sie basiert zunächst auf der Einnahme von Quell- und Füllstoffen, beispielsweise indischen Flohsamen (*Plantago ovata*), Kleie oder Leinsamen. Hilft dies nicht, so sind Laxantien indiziert. „Es handelt sich hierbei um sehr effektive Wirkstoffe, die bei sachgerechter Anwendung sicher sind“, meinte der Medi-

ziner. Wichtig aber ist, dass auf einen bestimmungsgemäßen Gebrauch geachtet wird.

Immer die potenziellen Nebenwirkungen beachten

Laxantien können nach Frieling grundsätzlich in Füll- und Quellstoffe (Weizenkleie, Leinsamen, Flohsamen, *Sterculia*) unterschieden werden sowie in osmotische Laxantien (Salinische Laxantien, Zucker



Foto: USDA

Einige getrocknete Pflaumen (hier allerdings noch frisch vom Baum) helfen, den Darm in Bewegung zu bringen. Wichtig dabei: viel trinken!

und Zuckeralkohole), Makrogole, Antiabsorptiv-sekretorische Substanzen (Anthrachinone, Diphenole) sowie weitere Abführhilfen, zum Beispiel rektale Entleerungshilfen.

Alle Gruppen zeichnen sich durch eine gute klinische Wirksamkeit aus, bei der Verordnung ist deshalb in erster Linie das jeweilige Nebenwirkungsprofil zu beachten. Das betrifft beispielsweise die Gefahr der vermehrten Gasbildung im Darm bei den natürlichen Ballaststoffen oder die bekannten Elektrolytverluste bei den sekretorisch stimulierenden Wirkstoffen und auch deren Missbrauchspotenzial.

Das Missbrauchspotenzial beachten

Die mit Abstand am häufigsten verwendeten Laxantien sind so genannte stimulierende Substanzen, zu denen im Wesentlichen die oft als natürlich und pflanzlich angepriesenen Pflanzenextrakte aus Senna, Aloe, Rhamnum und Rheum gehören sowie die Diphenylmethan-Derivate. Die Substanzen wirken über eine Stimulation des Wasser- und Elektrolyttransportes und führen

meist innerhalb von acht bis zehn Stunden zur Darmentleerung. Diese prompte Wirkung ist nach Frieling wahrscheinlich die Erklärung dafür, dass solche Präparate von bis zu 84 Prozent der obstipierten Patienten genutzt werden. Es besteht jedoch ein nicht unerhebliches Missbrauchspotenzial, denn die ursprüngliche Intention des „Gebrauchs bei Bedarf“ wird nach Frieling leider oft verlassen und das Medikament dann regelmäßig genommen. Zusammen mit den Analgetika sind die genannten Laxantien nach seinen Angaben die häufigsten Medikamente, die ohne Arztbesuch gekauft und somit unkontrolliert angewandt werden.

Deutlich besser bewertet der Mediziner die osmotisch wirksamen Macrogole. Es handelt sich um Polyethylenglykole, Verbindungen mit sehr hoher Wasserbindungskapazität, für die kein Missbrauchspotenzial beschrieben ist. Ihr Wirkmechanismus ist physikalischer Natur:

Die Polyethylenglykole erhöhen lokal den osmotischen Druck, indem sie das Wasser, mit dem sie eingenommen werden, im Kolon halten und auf diese Weise das Stuhlvolumen erhöhen und den Stuhl hydratisieren. Dadurch wird die Darm-Passage begünstigt und die Defäkation erleichtert. Die Präparate sind gut verträglich. Sie haben den Vorteil, nicht metabolisiert zu werden, und führen, anders als manche anderen Laxantien, nicht zu einer vermehrten Gasbildung im Darm und den damit verbundenen Beschwerden.

*Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln*

Jahrestagung der Neuen Gruppe 2002

Ganz im Zeichen der Ästhetik

Stefan Scholz

Zu dem Motto „Schöne Zähne – Form, Funktion, Faszination“ äußerten sich auf der Neuen Gruppe-Tagung in der Alten Oper Frankfurt diverse international aktive Referenten und präsentierten den State of the Art der ästhetischen Zahnheilkunde. Den rund 1 100 Teilnehmern wurde ein theoretisch umfassendes Programm geboten, welches durch praktische Workshops ergänzt wurde.

Zum Einsatz von Keramik in der Zahnheilkunde äußerten sich Dr. Gernot Mörig, Düsseldorf, und ZTM Michael Brusch, Düsseldorf, hinsichtlich einer defektorientierten Hybridpräparation, insbesondere bei Prämolaren, im Gegensatz zur konventionellen Goldpräparation zur Minimierung der Frakturgefahr. Je nach vorher bestimmter Transluzenz wird ein dual- oder lighthärtender Kompositzement zur Zementierung verwendet.

Vorteile der Veneerpräparation im Vergleich zur Vollkrone sehen Dr. Konrad Meyenberg, Zürich, Schweiz, und ZTM Walter Gebhard, Zürich, Schweiz, im fast vollständigen Ausbleiben endodontischer Komplikationen. Sie beschreiben die Anwendung von Wurzelstiften aufgrund erhöhter Frakturgefahr kritisch. Trotz zufrieden stellender werkstoffkundlicher Aspekte des Zirkonoxids wird auf die langzeiterprobte Verwendung von konventioneller Metallkeramik mit aufgebrannter Stufe verwiesen.

Das konzeptionelle Vorgehen bei Veneerversorgungen erläuterte Dr. Pascal Magne, Genf, Schweiz, unter besonderer Betonung des team approach von Behandler, Zahntechniker und Patient. Maßgebend hierbei sei die Anfertigung eines additiven Wax-ups und dessen Übertragung mit Hilfe eines Silikonsschlüssels auf die Präparation zur Vermeidung übermäßigen Substanzverlustes („uniformity of thickness“). Empfohlen wird ein zweizeitiges Bonding des präparierten Dentins vor der Abformung und

beim Einsetzen der Restauration. Die grundsätzlich gleichwertige Verwendbarkeit sowohl von Vollkeramik – insbesondere Zirkonoxid – als auch Metallkeramik veranschaulichte ZTM Willi Geller, Zürich, Schweiz, anhand zweier dreigliedriger Frontzahnbrücken an demselben Patienten,



Foto: Scholz

Veranstaltungsort der Jahrestagung 2002 der Neuen Gruppe: Die Alte Oper in Frankfurt

wobei detailliert auf materialbedingte Schichttechniken eingegangen wurde.

Totalprothetik zur Gesichtsrekonstruktion

Das von Dr. Guiseppe Allais, Turin, Italien, und ZTM Jürg Stuck, Singen, vorgestellte Konzept sieht die Totalprothetik nicht im eigentlichen Sinne, sondern die Wiederherstellung des Gesichtes samt Kommunikationsfähigkeit des Patienten durch die Beeinflussung der mimischen Muskulatur im Vordergrund. Daher solle die Aufmerksamkeit weg von der rein dentalen Problembehand-

lung hin zur fazialen und oralen Betrachtungsweise gehen, um eine biologische Aufgabe zu lösen. Kennzeichnend für die Positionierung der Zähne sei eine sprachgeführte Frontzahnaufstellung direkt am Patienten und die Berücksichtigung einer dynamischen Okklusion im Seitenzahnbereich. Ebenso wurden die funktionellen Aspekte der Prothetik von Dr. Alexander Gutowski, Schwäbisch Gmünd, beleuchtet: „Okklusion ist nicht alles, aber ohne Okklusion ist alles nichts.“

Er beschrieb den Wandel von der idealen Okklusion im Schlussbiss in retraler Kontaktposition mit Front-Eckzahn-Führung hin zu einer gut funktionierenden habituellen Interkuspidation bei gutem Okklusionsgefühl mit akzeptierten Exkursionsführungen exklusive der Therapie von Funktionsstörungen.

Kompositrestauration

Die systematische Vorgehensweise bei direkten Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich wurde von Dr. Didier Dietschi, Genf, Schweiz, unter biomechanischen und ästhetischen Gesichtspunkten erläutert, wobei detailliert auf die Stresssymptomatik bei der Polymerisation und das Handling der dabei auftretenden Kräfte durch entsprechende Schichttechniken eingegangen wurde. Als flexibles Moment wird zunächst eine dünne Schicht Flow-Komposit am Kavitätenboden empfohlen. Wie auch Dr. Roberto Spreafico,

Busto Arsizio, Italien, realisiert er die primäre Umwandlung einer Klasse II Kavität in eine Klasse I Kavität durch anfängliche Schichtung der approximalen Lamelle. Zur weiteren Schichtung werden ein bis zwei Millimeter dicke und einzeln ausgehärtete Kompositsschichten verwendet. Die Lichthärtung erfolgt dabei immer unter Verwendung von Kunststoffmatrizen und lichtdurchlässigen Keilen in Richtung der Kavitätenwände.

Größere Defekte sollten durch die indirekte Herstellung von Kompositinlays am Patienten oder Modell versorgt werden, wobei nach Isolation der Kavität mit einem Silikonfilm und Lichthärtung das Inlay aus der Kavität entfernt und anschließend adhäsiv zementiert wird.

Dr. Roberto Spreafico riet aufgrund persönlicher Erfahrungen dazu, im Seitenzahnbereich indirekten Kompositinlays gegenüber

keramischen Restaurationen den Vorzug zu geben. Eventuell beobachtete Verfärbungen nach längerer Tragezeit seien hinsichtlich der Ästhetik im Seitenzahnbereich zu Vernachlässigen. Aufgrund dieser wird im Frontzahnbereich keramischen Restaurationen den Vorzug gegeben. Die individuelle Farbnahme mit einer Materialprobe am Zahn wird als essentiell erachtet, da herkömmliche Farbringe diesbezüglich insuffizient seien. Als hilfreich wird die Verwendung eines Silikonschlüssels angesehen.

Hinsichtlich der Farbsättigung empfiehlt Dr. Guiseppo Allais gerade im sichtbaren Bereich die Verwendung der Dentinfarbe A4 als Grundlage mit anschließender Schmelzschichtung. Bei der Modellation von Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich wird die Okklusionskontrolle vor Behandlungsbeginn als wichtig erachtet, um eventuelle abschließende Korrekturen

der Füllungshöhe zu minimieren. Besonderes Augenmerk wird dabei auf den tiefsten Punkt der Füllung gelegt. Für die anatomische Kauflächengestaltung hilft eine idealisierte Zahnschablone aus Gips. Die abschließende Live-Modellation einer Klasse II Kavität veranschaulichte den vorangegangenen theoretischen Teil.

Die nächste Jahrestagung wird das Thema „Panorama der Ästhetik“ haben und vom 30.10. bis 01.11.2003 in Mainz stattfinden.

*ZA Stefan Scholz
Hindenburgstr. 28
79102 Freiburg*

*Dr. Pascal Marquardt
Universitätszahnklinik
Hugstetter Straße 55
79106 Freiburg*

Tagung der Österreichischen, Schweizerischen und Deutschen Implantologen

Perfektion durch Präzision

Lutz Tischendorf, Ernst-Jürgen Richter

So lautete das Thema der 2. Gemeinschaftstagung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie, der Österreichischen Gesellschaft für orale Chirurgie und Implantologie und der Schweizerischen Gesellschaft für orale Implantologie vom 4. 12. bis 7. 12. 2002 in München. Es wurden 1 800 Teilnehmer registriert.



Foto: MEY

München war Tagungsort der zweiten Gemeinschaftstagung aller deutschsprachigen Implantologen.

Großen Raum beanspruchten die gegenwärtig intensiv bearbeiteten Themen zum Knochenaufbau unter Einsatz von Knochenersatzmaterialien und Membranen, zu den Wachstums- und Differenzierungsfaktoren sowie zur Modulation der Knochenantwort auf die Implantatinsertion. Ohne ins Detail der hoch interessanten, vorwiegend experimentellen Studien, insbesondere aus Erlangen, Wien, Kiel und Göttingen, zu gehen, kann resümierend festgestellt werden, dass auf diesen Gebieten vieles im Fluss ist, einiges aber – wie der Einsatz des „Platelet Rich Plasma“ – die ursprünglichen Erwartungen nicht erfüllt hat und manches euphorisch Erwartete, wie die „Bone Morphogenetic Proteines“, bisher

noch an der Zulassung, an den Kosten und an erprobten Applikationsrichtlinien scheitert.

Implantatoberflächen sind optimiert

Allerdings scheint sich abzuzeichnen, dass modifizierte Implantatoberflächen oder bestimmte Knochenkonditionierungsmethoden zu Verbesserungen der Ergebnisse führen, allerdings werden diese nur bei ungünstiger Knochenqualität deutlich. Inwieweit derartige Modifikationen eine Verkürzung der Behandlungszeiten im Sinne einer Sofort- oder Frühbelastung beziehungsweise bei Sofortimplantationen be-

günstigen, muss noch abgewartet werden. Bis dato ist nur die erfolgreiche Sofortversorgung von vier stegverblockten Implantaten im zahnlosen Unterkiefer ausreichend dokumentiert. Verkürzte Einheilzeiten sowie das Verfahren der Sofortbelastung sollten daher als Ausnahmefaktoren bis auf Weiteres auf die Behandlung spezieller Situationen beschränkt sein. Diese bieten sich im klinischen Alltag eher selten. Viele allgemein als Risiko eingestufte Faktoren, wie die Osteoporose, werden offenbar von lokalen Faktoren so überlagert, dass ihr Einfluss entweder unbedeutend ist oder nicht bewiesen werden kann. Gleiches gilt auch für Detaillierkenntnisse zur Knochenantwort auf die Implantatinsertion aus biomechanischer Sicht. Die unterschiedlichen Verfahren der operativen Implantatbettverbesserung (lokale Osteoplastik, Distractionsosteogenese, Knochentransfer vom Beckenkamm) besitzen voneinander deutlich abgrenzbare Indikationen. Für die Wahl des jeweils angewendeten Verfahrens scheint jedoch eher die subjektive Erfahrung des jeweiligen Behandlers entscheidend zu sein.

Navigation

Mit Spannung erwarteten die Tagungsteilnehmer, wie die aktuelle Einschätzung der hoch technisierten Planungs- und Insertionshilfen (Stichwort Navigation) unter dem Aspekt Präzision ausfallen würde. Obwohl der Nachweis geliefert wurde, dass die Präzision gesteigert und das Handling vereinfacht werden konnten, werden die immer noch hohe Strahlenbelastung und die Kosten als Nachteile eingestuft. Die entscheidenden Fragen, „welche Präzision ist in der Implantologie tatsächlich notwendig beziehungsweise erreichbar“ und „sind durch den Einsatz dieser neuen Technologien Qualitätsverbesserungen oder Indikationserweiterungen möglich“, blieben letztlich

unbeantwortet. Kritisch wurde erwähnt, dass ein Trend zu einer ungerechtfertigten, techniklastigen Diagnostik entstanden sei, die dennoch typische Anfängerprobleme, wie zu eng an Zähne platzierte Implantate, nicht ausschließe. Auch konnte nicht eindeutig geklärt werden, wie genau die Bestimmung des Eindrehmoments bei der Implantatinserterion erfolgt beziehungsweise welche Bedeutung dem beikommt und wie präzise die Abformung nach dem „Offen-Löffel-Verfahren“ (Pickup-Methode) ist.

Einzelkronen im Trend

Weiterhin wurde analysiert, inwieweit abweichend von Verfahren der konventionellen Prothetik für die Implantatprothetik andere Vorgehensweisen sinnvoll sind. Offenbar geht der Trend weg von verblockten und verschraubten prothetischen Restaura-

tionen auf Implantaten hin zu Einzelkronen, was allerdings stabile Abutment-Implantat-Verbindungen erfordert, die jetzt alle großen Implantatfirmen anbieten. Weiterhin wurde anlässlich der Tagung deutlich gemacht, dass bei umfangreichen Rekonstruktionen durchaus eine Beschränkung auf Implantationen in strategisch bedeutsamen Regionen ausreichend ist. Dennoch haben die klassischen implantologisch-prothetischen Konzepte ihre Bedeutung nicht verloren.

Fazit und Ausblick

Der Kongress bot Gelegenheit, sich über die vielfältigen Fortschritte der Implantologie in den letzten Jahren zu informieren. Das Bild, welches ein Durchschnittsbürger von der Implantologie hat, ist hingegen ein anderes: Eine repräsentative, professionelle

Umfrage aus Österreich offenbarte eine erschreckende Unkenntnis der Patienten über die Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde, so dass hier ein reiches Betätigungsfeld für eine fachspezifische Aufklärung vorliegt.

Die nächste Jahrestagung der DGI ist vom 27. bis 29. November 2003 in Göttingen unter dem Titel „Visionen und Traditionen“ geplant. Die nächste Gemeinschaftstagung aller Implantologen des deutschsprachigen Raumes wird im Jahre 2004 in Bern/Schweiz stattfinden.

*Dr. med. habil. Lutz Tischendorf
Niemeyerstr. 23, 06110 Halle/Saale*

*Prof. Dr. E.-J. Richter
Poliklinik für zahnärztliche Prothetik
Pleicherwall 2, 97070 Würzburg*

Die Abstracts der Vorträge sind unter der Homepage der DGI (www.dgi-ev.de) abrufbar.

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 zm 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.

Ätztechnik und bakterielle Besiedlung der Randspalten

Das Anätzen mit Phosphorsäure beugt der Randspaltbildung beim Legen einer Kompositfüllung vor.

Das Ziel dieser Studie war, das Auftreten von Randspalten, Pulpentzündungen und Pulpnekrosen im Zusammenhang mit der verwendeten Ätztechnik beziehungsweise Säure beim Legen einer Kompositrestauration zu untersuchen.

Hierzu wurden 110 bukkal lokalisierte Klasse-V-Kavitäten an kariesfreien, aus kieferorthopädischen Gründen zu extrahierenden Prämolaren gesunder Pa-

tienten (im Alter zwischen neun und 25 Jahren) präpariert, ohne hierbei die Pulpa zu exponieren. Nach einem Zeitraum zwischen 20 und 381 Tagen wurden die Zähne entfernt und entsprechend der verwendeten Ätztechnik einer von insgesamt drei experimentellen Gruppen zugeordnet (1. Gruppe: Total-Etch (Phosphorsäure, 37 Prozent), 2. Gruppe: Konditionierung mit EDTA (17 Prozent), 3. Gruppe: nicht konditionierte Kavitäten). Die Kompositrestaurationen wurden hinsichtlich der bakteriellen Besiedlung der Randspalten und der Pulpreaktionen

(Entzündungsreaktion, Tertiärdentinbildung) des Zahnes untersucht.

Hierbei zeigte sich, dass entzündliche Pulpreaktionen und Tertiärdentinbildung mit der bakteriellen Besiedlung der Randspalten korrelierten, und dass das Anätzen vor dem Legen einer Kompositrestauration die Randspaltbildung minimierte. Darüber hinaus ist die Verwendung von 37-prozentiger Phosphorsäure im Vergleich zu EDTA

zu favorisieren. 65 Prozent der nicht angeätzten Kavitäten wiesen eine bakterielle Besiedlung der Randspalten auf, bei Verwendung von EDTA hingegen betrug der Anteil 51 Prozent und bei der Konditionierung mit Phosphorsäure 20 Prozent.

Murray, P; Smyth, T; About, I; Remusat, R; Franquin, J; Smith, A: The effect of etching on bacterial microleakage of an adhesive composite restoration. J Dent 2002; 30: 29-36

Zwei Adhäsivsysteme und ihre Randspaltbildung

Die Simulation der klinischen Bedingungen begünstigt die Ausbildung von Randspalten.

In-vitro-Studien zur Randdichtigkeit von Adhäsivsystemen werden oft unter Temperaturbeziehungsweise Luftfeuchtigkeitsverhältnissen durchgeführt, die nicht charakteristisch für die Mundhöhle sind.

Das Ziel dieser Studie war daher, die Auswirkungen der Temperatur und der relativen Luftfeuchtigkeit bei der Verwendung von zwei verschiedenen Adhäsivsystemen (Scotchbond MultiPurpose Plus = SBMP+ und Clearfil SE Bond = SEB) hinsichtlich der Ausbildung von Randspalten zu überprüfen. Hierzu wurden an 60 frisch extrahierten kariesfreien Molaren mesial und distal Klasse-II-Kavitäten präpariert.

Die jeweiligen Adhäsivsysteme wurden mesial unter typischen In-vitro-Bedingungen (20°C / 40 Prozent relative Luftfeuchtigkeit) und distal unter charakteristi-

schen klinischen Bedingungen (35°C / 95 Prozent relative Luftfeuchtigkeit) verarbeitet.

In der ersten Gruppe wurde SBMP+ genau nach Herstellerangaben verwendet, in der zweiten Gruppe wurde der Primer des SBMP+ stark luftgetrocknet und in der dritten Gruppe SEB genau nach Herstellerangaben angewendet.

Nach Verwendung der jeweiligen Adhäsivsysteme wurden die Kavitäten mit dem Komposit Z



100 restauriert und nach Belastung der Zähne beziehungsweise Restaurationen im Kausimulator (simuliert okklusale mechanische und thermische Belastung) mit Hilfe eines Farbstoff-



Fotos: zm/DP

penetrationstestes hinsichtlich der Ausbildung von Randspalten überprüft.

Die Simulation intraoraler Bedingungen verursachte in allen drei Gruppen einen prozentualen Anstieg der Randspaltbildung im Vergleich zu den simulierten Temperatur- und Luftfeuchtigkeitsverhältnissen außerhalb der Mundhöhle.

Bei der Verwendung von Clearfill SE Bond war dieser Unterschied

im Vergleich zu den anderen Bondings geringer. Bei In-vitro-Studien adhäsiver Systeme sollten die praxisnahen Bedingungen stets Berücksichtigung finden und dementsprechend die Ergebnisse von In-vitro-Studien vorsichtig interpretiert werden.

Bensnault, C; Attal, JP: Influence of a simulated oral environment on microleakage of two adhesive systems in Class II composite restorations. J Dent 2002; 30: 1-6

Konditionierung mit Säure und/oder Er-YAG Laser

Die alleinige Konditionierung mit einem Er-YAG Laser ist dem Anätzen mit 37-prozentiger Phosphorsäure unterlegen.

Der Er-YAG (Erbium-yttrium aluminium garnet) Laser findet klinische Anwendung bei der Präparation von kleineren Kavitäten,

Rauigkeiten des Schmelzes, Eröffnung der Dentintubuli ohne Ausbildung einer Schmierschicht und einer Keimminderung.

In dieser Studie wurden nach Konditionierung mit Phosphorsäure und/oder Er-YAG Laser und dem Legen von Kompositfüllungen (Scotchbond 1® Adhäsivsystem und Z 100® Komposit)

die Randspalten in drei experimentellen Gruppen verglichen. Dazu wurden an 18 frisch extrahierten Zähnen jeweils lingual und bukkal Klasse-V-Kavitäten präpariert und drei Gruppen (n = 12) gebildet.

In Gruppe 1 wurden die Kavitäten mit 35-prozentiger Phosphorsäure konditioniert. In Gruppe 2 erfolgte die Konditionierung mittels Er-YAG Laser (2 Hz und 250 mJ Dentin, 300 mJ Schmelz; jeweils unter Wasserkühlung), während in Gruppe 3 die Kavität nach der Laserbestrahlung zusätzlich mit der Phosphorsäure konditioniert wurde. Die Proben wurden dann einer zyklischen

thermischen Belastung (500x) zwischen sechs bis 60°C unterzogen und anschließend mittels Farbstoffpenetrationsanalyse ausgewertet.

Die Randspaltbildung war bei alleiniger Anwendung von 35-prozentiger Phosphorsäure signifikant geringer als in den anderen

beiden Gruppen, so dass die Anwendung des Er-YAG Lasers zur Kavitätenkonditionierung ungeeignet erscheint.

Ceballos, L; Osorio, R; Toledano, M; Marschall, GW: Microleakage of composite restorations after acid or Er-YAG laser cavity treatments. Dent Mater 2001; 18: 340-346

Pulpreaktion nach Bonding u. Phosphorsäure

Bei tiefen Kavitäten ist die Applikation von Kalziumhydroxid vor Anwendung der Total-Etch-Technik zu empfehlen.

Das Ziel der vorliegenden In-vivo-Studie war, die Pulpreaktionen nach Verwendung eines One-Bottle-Adhäsiv-Systems unter Anwendung verschiedener Ätztechniken und der zusätzlichen Behandlung pulpanahen Dentins mit Kalziumhydroxid zu evaluieren. Hierzu wurden an 18 kariesfreien Prämolaren Klasse-V-Kavitäten präpariert und nach 30 Tagen aus kieferorthopädischen Gründen extrahiert.

In der ersten Gruppe wurden die Kavitäten mit der Total-Etch-Technik (35-prozentige Phosphorsäure) konditioniert, zweimal SB 3M Dental Products® (SB) als Adhäsiv aufgetragen und anschließend mit dem Komposit Z-100 3M Dental Products® (Z-100) versorgt. Im Unterschied dazu wurden in der zweiten Gruppe ausschließlich der Schmelz mit Phosphorsäure konditioniert und in der dritten Gruppe vor der selektiven Konditionierung von Schmelz und Dentin die pulpanahen Bereiche mit Dycal® (Ca(OH)₂-Liner) abgedeckt.

Bei einer verbliebenen Dentinschichtdicke < 300 µm konn-

ten beim Total-Etch-Verfahren (ohne Kalziumhydroxidabdeckung der pulpanahen Bereiche) moderate Entzündungsreaktionen sowie eine Desorganisation von pulpaalem Gewebe und eine dünne Schicht Tertiärdentin erkannt werden. In der zweiten Gruppe waren nur bei einer verbliebenen Dentinschichtdicke < 162 µm Entzündungsreaktionen zu erkennen, welche zudem nicht sehr ausgeprägt erschienen. Bei einer zusätzlichen Verwendung von Kalziumhydroxid konnten die besten Ergebnisse erzielt werden; es ergaben sich keinerlei histologisch auffallende Charakteristika in der dritten Gruppe.

Daher ist bei sehr tiefen Kavitäten die Verwendung eines erhärtenden Ca(OH)₂-Präparates vor dem Konditionieren der Kavität und dem folgenden Adhäsivsystem zu empfehlen.

Souza Costa, CA; Lopes do Nascimento, AB; Teixeira, HM: Response of human pulps following acid conditioning and application of a bonding agent in deep cavities. Dent Mater 2002; 18: 543-551

*ZA Thomas Stiller
Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin
Aßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin*



Foto: TARGIS

da hierdurch im Vergleich zur üblichen Verwendung des Winkelstücks über eine gewisse Schmerzlinderung berichtet wird. Viele Eigenschaften des Lasers lassen positive Aspekte bei der Verwendung zur Zahnhartgewebekonditionierung vor dem Legen einer Kompositfüllung erwarten. So berichten viele Autoren von mikroskopisch kleinen

Maxillomandibuläre Umstellungsosteotomien

Johannes Franz Hönig stellt in seinem Buch das Göttinger Konzept der interdisziplinären kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie skelettaler Dysgnathien vor. Obwohl der Titel vorerst Ärzte der kieferchirurgischen Disziplin anspricht, ist das Werk grundlegend für alle interessant, die sich mit der komplexen prä-, peri- und postoperativen Versorgung von Dysgnathie-Patienten beschäftigen. Nach einer kurzen Einleitung über Proportionslehre und Weichteilanalyse führt Johannes Franz Hönig den Leser schnell auf den Kernpunkt des Buches: die Kondylenfixation. Mit anschaulichen Zeichnungen wird das Göttinger Splint-Management bei unterschiedlichen Modelloperationen dargestellt, bevor der Autor die einzelnen Operationstechniken differenziert

darstellt. Klinische Beispiele der wesentlichen skelettalen Dysgnathien runden am Ende des Buches die Ausführungen ab. Eine didaktische Besonderheit stellt die beiliegende DVD dar, mit der der Leser die theoretischen Ausführungen anhand anspruchsvoller Videos vertiefen kann. Dieses Buch ist für Göttinger Studenten ein „must have“ und gibt dem fortgeschrittenen Kliniker einen schnellen und fundierten Einblick in das Göttinger Konzept zur orthognathen Chirurgie.

OA Dr. Thomas Stamm, Münster
stammt@uni-muenster.de

Maxillomandibuläre Umstellungsosteotomien

Johannes Franz Hönig. Steinkopff Verlag Darmstadt, 2002.
93 Seiten, 113 Abbildungen,
1 DVD
ISBN 3-7985-1276-0

Lehrbuch der Schmerztherapie

Michael Zenz und Ilmar Jurna setzen einmal mehr Maßstäbe. Im Jahre 1993 war ihnen mit der Herausgabe des ersten deutschsprachigen Lehrbuchs der Schmerztherapie eine Pioniertat gelungen. Jedes danach erschienene deutschsprachige Werk – und es waren nicht wenige – musste sich am „Zenz/Jurna“ messen lassen. Nun liegt die 2. Auflage vor. Knapp 400 Seiten umfangreicher als das Ausgangswerk, behält es die bewährte Gliederung in „Grundlagen“, „Pharmakologie“, „Methoden“, „Krankheitsbilder“ und „spezielle Themen“ bei. An-



schauliche Abbildungen und Tabellen bereichern die durchweg interessanten 68 Kapitel. Die Frage, ob dieses Buch denn auch

für Zahnärzte von Interesse sei, erübrigt sich. Die Aussagen der Professoren Spiekermann (Aachen) und Wagner (Mainz) anlässlich des Festakts auf der 50. Jahrestagung der DGZPW im Mai 2001 in Bad Homburg, dass der Schmerz eine zunehmende Rolle in der Zahnmedizin spielen werde, zeigen die Richtung auf. Hierbei werden vor allem die chronischen Schmerzen im Mittelpunkt stehen. Wer ein geeignetes Lehrbuch sucht, um sich mit diesem zukunftssträchtigen, aber bislang vernachlässigten Gebiet vertraut zu machen, muss nicht lange suchen. Der „Zenz/Jurna“ sollte die erste Wahl sein. Renommierte Autoren – das Autorenverzeichnis gleicht einem „Who is who“ in der deutschen Schmerzforschung und -medizin –, eine ansprechende Aufmachung und ein für zahnmedizinische Verhältnisse äußerst attraktiver Preis machen dieses Werk geradezu zu einem „Muss“ für alle Zahnärzte, die erkannt haben, dass Patienten mit – vor allem chronischen – Schmerzen mehr Aufmerksamkeit verdienen als bisher.

Priv.-Doz. Dr. Jens C. Türp, Freiburg/Basel

Lehrbuch der Schmerztherapie

Zenz M., Jurna I. (Hrsg.):
Lehrbuch der Schmerztherapie – Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung, 2. Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2001,
970 Seiten, 75, 70 Euro,
ISBN 3-8047-1805-1

Strukturprobleme im Gesundheitssystem

Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar? Diese Frage stellen die Autoren Dr. Eckhard Bloch und Christian Wolf, beide aus der Hauptverwaltung der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), in ihrem neuen Buch: „Strukturprobleme und



Reformansätze im deutschen Gesundheitssystem“. Das Werk stellt zunächst die Grundstruktur der Gesundheitsversorgung dar und geht dann auf die bisherigen Kostendämpfungsmaßnahmen und die aktuellen Reformvorschläge für die GKV ein. Die Darstellung richtet sich nicht nur an Fachleute, sondern auch an interessierte Personen, die erfahren wollen, wie unser Versorgungssystem funktioniert – und wie es in Zukunft erhalten werden kann. pr

Ist unser Gesundheitswesen noch bezahlbar? Strukturprobleme und Reformansätze im deutschen Gesundheitssystem

Eckhard Bloch, Christian Wolf
Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, St. Augustin 2002,
138 Seiten, 12, 80 Euro,
ISBN 3-537-74310-6

Rote Liste® 2003

Rote Liste® wird von diesem Jahr an im Format DIN A4 erscheinen, da die jährlichen Zuwächse eine Verarbeitung in dem bisherigen, kleineren Format nicht mehr zuließen. Weitere Neuerungen: Erstmals sind die Präparatenamen farbig gedruckt und auch die Griffleisten sind rot hervorgehoben. Insgesamt haben diese Maßnahmen bewirkt, dass die Handhabung vereinfacht werden konnte und auch die Lesbarkeit und Auffindbarkeit noch einmal deutlich verbessert wurde. Rote Liste® 2003 beinhaltet unter anderem 9 449 Präparateeinträge, 12 189 Darreichungsformen, 34 561 Preisangaben von 536 pharmazeutischen Unternehmen. Diese Unternehmen repräsentieren damit zirka 95 Prozent des Wertes der deutschen Arzneimittelproduktion.

Auf Grund der Datenfülle und der wiederum verbesserten Qualität für den Anwender, ist das Arzneimittelverzeichnis Rote Liste® für die Fachkreise weiterhin ein unverzichtbares Arbeits- und Informationsmedium. Die Liste beinhaltet EU-Zulassungen und Medizinprodukte.

ROTE LISTE® 2003

Herausgeber: Rote Liste Service GmbH, Bestellung (61 Euro plus Versand) beim Verlag, Verlag: Editio Cantor Verlag, Aulendorf, Fax: 07525/940-180, ISBN 3-87193-268-X

Im IDZ erschienen

BAZ-II: Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde

Mit der Schlagzeile „BAZ-II: Zahnmedizin neu vermessen – Ein Großprojekt zur Reform der Zahnheilkunde“ haben die zm in Heft 7/2002 (Seite 34) über eine Untersuchung des Instituts der Deutschen Zahnärzte berichtet, deren Ergebnisse im Band 27 der IDZ-Materialienreihe vorliegen. Dass es sich wirklich um einen außerordentlichen Beitrag zur Evaluierung der zahnärztlichen Berufsausübung handelt, wird in den elf Kapiteln dieser Publikation auf vielfältige Weise deutlich gemacht. Abgesehen von dem generellen Nutzen dieser Studie für die Diskussion über das Leistungsgefüge der Zahnarztpraxis lässt sie klar erkennen, dass die Arbeitswissenschaft eine der wichtigsten Grundlagen für die Praxis- und Arbeitsgestaltung des Zahnarztes ist. Kennzeichnend für die bisherige Situation ist der Erfahrungsbericht aus der Praxis – eine Kasuistik zum Projektablauf (Seiten 89 bis 92) – von Peter Dünninger, der nicht zum ersten Mal an einer IDZ-Untersuchung beteiligt



Foto: zm

war und auch zu den Autoren des Würzburger Studienhandbuchs zur Qualitätssicherung gehört (1988). Der beschriebene Dialog mit seinem Beobachter-Zahnarzt – einem der Bundeswehresanitätsoffiziere Z, die die schwierige Aufgabe zu erfüllen hatten, die Daten während der Arbeitsabläufe zu erheben – zeigt, wie wenig bewusst über den eigenen Arbeitsstil im ergonomischen Sinne nachgedacht wird. Eine der wesentlichen arbeitswissenschaftli-

chen Erkenntnisse ist die Tatsache, dass gleiche Belastungen unterschiedliche Beanspruchungsgrade ergeben. Der zahnärztliche Arbeits-einsatz weist sowohl körperlich-energetische als auch geistig-informative Belastungen auf, wobei die Stärke und das Mischungsverhältnis beider Tätigkeitstypen in Abhängigkeit von der Art der Belastung (= Behandlungsmaßnahme) variiert. Die Ermittlungen der Belastungsdauer und -höhe bei den einzelnen Behandlungsmaßnahmen und der damit

So nicht! Diese Haltung führt zu körperlichen Schäden! Eine „ergonomische“ Studie in Buchform.

verbundenen Therapieschritte ergaben ein überaus aufschlussreiches Bild vom komplexen Arbeitsgeschehen im Arbeitssystem Zahnarztpraxis, das sicherlich die Bedeutung dieser Studie weit über ein reines Stoppuhr-Verfahren hinaus erkennen lässt. Die empirischen Profile zur Beanspruchungsdauer und -höhe sowie die



Schlussfolgerungen und Ausblicke nehmen 153 Seiten des 337-seitigen Untersuchungsberichtes ein, der zur Pflichtlektüre einer großen Anspruchsgruppe in Wissenschaft, Politik und Arbeitspraxis gehören sollte. Man muss das Buch selbst lesen, um sich über die körperlich-energetischen und geistig-informativen Beanspruchungen in der Zahnarztpraxis klar zu werden. Die sich aus den Untersuchungsergebnissen ergebenden Erkenntnisse haben zwar eine grundsätzliche forschungspolitische Bedeutung, sind aber ebenso in hohem Maße für eine bessere ergonomiebezogene Einschätzung der zahnärztlichen Berufsausübung relevant. Ganz klar kristallisiert sich aus dem Gesamtergebnis dieser und aller anderen themenbezogenen IDZ-Forschungsprojekte heraus, dass Arbeitswissenschaft und

Zahnheilkunde als untrennbarer Komplex aufzufassen sind.

BZÄK und KZBV haben – trotz nicht immer einfacher Finanzlage – die Mittel für diese und andere IDZ-Untersuchungen und -Publikationen bereitgestellt, wie beide Organisationen schon in den 70er Jahren – mit dem damaligen BDZ/KZBV-Ausschuss „Zahnärztliche Berufsausübung“ als ausführende Einrichtung – den Leitfaden „Die rationelle

Praxis“ mit ihren arbeitswissenschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Inhalten herausgegeben haben. Begrüßenswert und segensreich wäre es, wenn die Bundeszahnärztekammer bei ihrer inzwischen ausgezeichneten Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – mit der hier besprochenen IDZ-Publikation als Argumentationshilfe – die Hochschule dazu bringen könnte, die Arbeitswissenschaft als Ausbildungsinhalt ernst zu nehmen, anzuerkennen und in das zahnmedizinische Studium zu integrieren.

Dr. med. dent. Karlheinz Kimmel
Haskenstraße 7
56335 Neuhäusel

Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II)
Wolfgang Michealis, Victor Paul Meyer et al., IDZ, Köln, Deutscher Zahnärzte Verlag GmbH,
44, 95 Euro, ISBN 3-934280-51-X



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 81	Kiefer-/Oralchirurgie	ZÄK Nordrhein	S. 81
	ZÄK Niedersachsen	S. 84		ZÄK Niedersachsen	S. 84
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 86		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84
	Freie Anbieter	S. 95/97		Freie Anbieter	S. 97
Endodontie	ZÄK Hamburg	S. 84	Kieferorthopädie	ZÄK Nordrhein	S. 82
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84		LZK Berlin/Brandenburg	S. 82
Helferinnen-Fortb.	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 86		Freie Anbieter	S. 92-98
	Freie Anbieter	S. 94/95	Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 81
Implantologie	ZÄK Nordrhein	S. 81		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84
	ZÄK Niedersachsen	S. 84	Parodontologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 82
	ZÄK Hamburg	S. 84		ZÄK Hamburg	S. 84
	Freie Anbieter	S. 92-98		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84
		ZÄK Westfalen-Lippe		S. 86	
			KZV Freiburg	S. 86	
			Prothetik	ZÄK Nordrhein	S. 81/82
				ZÄK Hamburg	S. 84
				KZV Freiburg	S. 86
				Freie Anbieter	S. 92
			Restaurative ZHK	ZÄK Nordrhein	S. 82
				LZK Berlin/Brandenburg	S. 82
				ZÄK Hamburg	S. 84
				APW	S. 91
				Freie Anbieter	S. 93-97

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 81

Kongresse Seite 86

Universitäten Seite 91

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 91

Freie Anbieter Seite 92

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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende
 Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Thema: Lebensbedrohliche Notfälle in der Zahnarztpraxis
Seminar für Praxismitarbeiter und Zahnarzt-Ehegatten
Referent: Dr. Dr. Till S. Mutzbauer, Ulm
Termin: 04. 04. 2003, 14.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 50,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)
Kurs-Nr.: 03060

Thema: Lebensbedrohliche Notfälle in der Zahnarztpraxis
Seminar nur für Zahnärzte
Referent: Dr. Dr. Till S. Mutzbauer, Ulm
Termin: 05. 04. 2003, 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR
Kurs-Nr.: 03061*

Thema: Orale Rehabilitation im sichtbaren Bereich
Referent: Prof. Dr. Michael Augthun, Priv.-Doz. Dr. Joachim Tinschert, Aachen
Termin: 05. 04. 2003, 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 220,00 EUR
Kurs-Nr.: 03086 (B)

Thema: Frühdefibrillation
Seminar nur für Zahnärzte
Referent: Dr. Dr. Till S. Mutzbauer, Ulm
Termin: 06. 04. 2003, 09.00 – 17.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR
Kurs-Nr.: 03062 P(B)

Thema: Erweiterte Techniken in der oralen Implantologie
Referent: Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
Termin: 09. 04. 2003, 14.00 – 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 250,00 EUR
Kurs-Nr.: 03090 P(B)

Seminare für Assistenten

Thema: Intensiv-Abrechnungseminar in Ratingen
Seminar für Assistentinnen, Assistenten und neu niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte
Ort: Hotel Holiday Inn, Broichhofstraße 3, 40880 Ratingen
Seminarleiter: Dr. Hans Werner Timmers
Termin: 28. 03. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
29. 03. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 190,00 EUR
Kurs-Nr.: 03392

KZV-Fortbildung im Karl-Häupl-Institut

Thema: Zahnersatz bei Kassenpatienten – Teil 2 – Die aktuelle Gesetzeslage ist Grundlage des Kurses
Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. Hans Werner Timmers, Essen; Dr. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach
Termin: 09. 04. 2003, 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR
Kurs-Nr.: 03307

Thema: Abrechnung Bema – Gebührentarif E: Systematische Behandlung von Parodontopathien mit besonderer Berücksichtigung der vertragsgerechten Abrechnung – der aktuelle Stand
Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
Dr. Wolfgang Schnickmann, Neunkirchen-Seelscheid

Termin: 09. 04. 2003,
14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR
Kurs-Nr.: 03308
**Fortbildungsveranstaltung
der Bezirksstellen**

Aachen

Thema: Bildgebende Verfahren
in der Kiefergelenkdiagnostik –
Hilfestellung zur Diagnostik und
Therapie von Cranio-Mandi-
bulären-Dysfunktionen
Referent: Privatdozent Dr. Alfons
Hugger, Düsseldorf
Termin: 02. 04. 2003,
15.00 – 17.00 Uhr
Ort: AGIT-Technologiezentrum
am Europaplatz, Saal 2
Dennewartstraße 25 - 27,
52068 Aachen
Teilnehmergebühr: gebührenfrei,
Anmeldung nicht erforderlich
PKW-Fahrer halten bitte 2,00
EUR bei der Einfahrt in die Tief-
garage bereit
Kurs-Nr.: 03411

Bezirksstelle Bergisch Land in Verbindung mit dem Bergischen Zahnärzterein

Thema: Behandlungsplanung bei
Frontzahntraumata
Referent: Professor Dr. Hans-
Günter Schaller, Halle
Termin: 05. 04. 2003,
10.00 – 12.00 Uhr
Ort: Hörsaal der Pathologie im
Klinikum Wuppertal-Barmen
Heusenerstraße 40,
42283 Wuppertal
gebührenfrei, Anmeldung nicht
erforderlich
Kurs-Nr.: 03075

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Thema: Prothetischer Arbeitskreis
Referent: Professor Dr. Ulrich
Stüttgen, Düsseldorf und
Mitarbeiter
Termin: Jeden 2. Mittwoch im
Monat, 15.00 Uhr
Ort: Karl-Häupl-Institut, Fortbil-
dungszentrum der Zahnärz-
tekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Straße 8,
40547 Düsseldorf (Lörick)
Teilnehmergebühr pro Quartal:
55,00 EUR
Kurs-Nr.: 03352

Köln

Thema: Prothetischer Arbeitskreis
mit dem Schwerpunktthema
Konventionelle und Implantat-
prothetik
Referent: Professor Dr. Wilhelm
Niedermeier, Köln und Mitarb.
Termin: Die Termine für Semi-
nare und Visitationen werden In-
teressierten unter der Tel.-Nr.
0221/47 86 337 mitgeteilt.
Veranstaltungsort: Kleiner Hör-
saal der Klinik und Poliklinik für
Zahn-, Mund- und Kieferheil-
kunde der Universität zu Köln,
Kerpener Straße 32,
50931 Köln (Lindenthal)
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR für
ein Seminar und 55,00 EUR für
jede Visitation
Kurs-Nr.: 03362

Auskunft u. schriftl. Anmeldung:
Zahnärztekammer Nordrhein,
Karl-Häupl-Institut,
Emanuel-Leutze-Straße 8,
40547 Düsseldorf (Lörick)
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

LZK/Berlin Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Ganzheitlich orientierte
Kieferorthopädie - Kurs II mit au-
dio-visueller Demonstration,
praktischen Übungen und Fall-
besprechungen
Referent: Dr. Hubertus von
Treuenfels - Eutin
Termin: 04. 04. 2003,
14:00 – 18:00 Uhr
05. 04. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.2

Thema: Wege zum „Dr. med.
dent.“

Referenten: PD Dr. Stefan
Zimmer – Berlin
Prof. Dr. Jahn – Berlin
Termin: 09. 04. 2003,
14:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 98,00 EUR
Kurs-Nr.: 2110.0

Thema: Die Präparation und das
Anpassen von Konfektionskro-
nen

Referent: OA Dr. Christian
Finke - Berlin
Termin: 30. 04. 2003,
14:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 135,00 EUR
Kurs-Nr.: 2156.0

Thema: Ästhetische Frontzahnre-
staurationen mit Komposit
Referent: Prof. Dr. Bernd Klaiber
- Würzburg

Termin: 09. 05. 2003,
13:00 – 18:00 Uhr
10. 05. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 495,00 EUR
Kurs-Nr.: 2140.0

Thema: Baustein 7- Strukturierte
Fortbildung Parodontologie -
Vorbehandlung und Planung
von restaurativen Therapien
Referenten: Prof. Dr. Reiner Biffar
und Prof. Dr. Thomas Kocher –
Greifswald

Termin: 09. 05. 2003,
14:00 – 20:00 Uhr
10. 05. 2003, 09:00 – 15:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 315,00 EUR
Kurs-Nr.: 2003.7

Thema: Ganzheitlich orientierte
Kieferorthopädie - Kurs III mit
audio-visueller Demonstration,
praktischen Übungen und Fall-
besprechungen

Referent: Dr. Hubertus von
Treuenfels - Eutin
Termin: 09. 05. 2003,
14:00 – 18:00 Uhr
10. 05. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.3

Thema: Applied Kinesiology,
Curriculum zur Grundausbil-
dung – Grundkurs 2

Referent: Dr. Hans Garten -
München
Termin: 10. 05. 2003,
08:30 – 19:00 Uhr
11. 05. 2003, 09:00 – 16:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 335,00 EUR
Kurs-Nr.: 2143.0

Thema: Klinische Aufbisschiene
und dann? Behandlungskonzept
zur Stabilisierung einer thera-
peutischen Okklusionsposition -
Kurs 3

Referent: Dr. Uwe Harth -
Bad Salzuflen
Termin: 16. 05. 2003,
14:00 – 19:00 Uhr
17. 05. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 435,00 EUR
Kurs-Nr.: 2086.3

Thema: Traumen im jungen Kin-
dermund Prophylaxe und Be-
handlung von Zahntraumen im
Milchgebiss sowie im jugendli-
chen bleibenden Gebiss

Referenten: Dr. Dietlind Petzold
und PD Dr. Paul-Georg Jost-
Brinkmann – Berlin
Termin: 16. 05. 2003,
14:00 – 19:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 145,00 EUR
Kurs-Nr.: 2134.0

Thema: Die Kunst des Auftretts -
persönlich überzeugen!

Referent: Jens Thomas
Termin: 16. 05. 2003,
14:00 – 20:00 Uhr
17. 05. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der
Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 265,00 EUR
Kurs-Nr.: 2153.0

Auskunft und Anmeldung:
Philipp-Pfaff-Institut Berlin
Aßmannshauerstraße 4 – 8
14197 Berlin
Tel.: 030/4 14 72 50
Fax: 030/4 14 89 67
E-Mail: info@pfaff-berlin.de

ZÄK Niedersachsen**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Neue Entwicklungen in der plastisch-ästhetischen und regenerativen Parodontalchirurgie

Referent: Dr. Karin Jepsen, PD Dr. Sören Jepsen
Termin: 11. 04. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 345,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0316

Thema: Die Halb- und Rechtwinkeltechnik und ihre Anwendungsgebiete

Referent: Gebriele Kapp-Mwanjali
Termin: 12. 04. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 85,- EUR
Kurs-Nr.: H 0318

Thema: Kleine Laborarbeiten zur Steigerung des Praxisertrages

Referent: Andreas Boldt
Termin: 12. 04. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 150,- EUR
Kurs-Nr.: H 0319

Thema: Aufschleifen von zahnärztlichen Instrumenten

Referent: Elisabeth Meyer
Termin: 23. 04. 2003, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 75,- EUR
Kurs-Nr.: H 0320

Thema: Abrechnung implantologischer Leistungen und ihrer Suprakonstruktionen

Referent: Dr. Henning Otte
Termin: 25. 04. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 110,- EUR
Kurs-Nr.: H 0321

Thema: Sonderseminar im ZFN Gestaltungsspielräume der GOZ nutzen – ist Chefsache

Referent: Dr. Henning Otte
Termin: 26. 04. 2003, 9.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: 75,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0317

Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen
 Zahnärztliches Fortbildungszentrum, Zeißstr. 11 a,
 30519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-311 oder 313
 Fax: 0511/83391-306

ZÄK Hamburg**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Direkte zahnfarbene Restaurationen – eine Investition für die Zukunft

Referent: Prof. Dr. Bernd Klaiber, Würzburg
Termin: 12. 04. 2003
Gebühr: 160 EUR
Kurs-Nr.: 20365 kons

Thema: Die parodontologische Ultraschallbehandlung

Referent: Dr. Michael Maak, Lemförde
Termin: 12. 04. 2003
Gebühr: 230 EUR
Kurs-Nr.: 40451 paro

Thema: Implantationskurs für Fortgeschrittene

Referent: Dr. Dr. Werner Stermann, Hamburg
Termin: 16. 04. 2003
Gebühr: 90 EUR
Kurs-Nr.: 50340 EUR

Thema: Probleme bei der Erstellung totaler Prothesen in der täglichen Praxis – zweiteiliges Praktikum – (Forts. v. 09. 04.)

Referent: Dr. Wolfgang Schildt, ZA Thomas Springer, Hamburg
Termin: 23. 04. 2003
Gebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: 50339 proth

Thema: Kinderzahnheilkunde – Aktueller Stand praxisrelevanter Themen

Referent: Dr. Rüdiger Lemke, Hamburg
Termin: 26. 04. 2003
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 20366 kons

Thema: Vorhersagbarer endodontischer Erfolg – Das Wurzelsystem entdecken und beherrschen

Referent: Dr. Edith Falten, Hamburg
Termin: 26. 04. 2003
Gebühr: 200 EUR
Kurs-Nr.: 40452 kons

Anmeldung:

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

ZÄK Sachsen-Anhalt**Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“**

Thema: Endo-Revision ganz einfach – Entfernen von Wurzelfüllungen und -stiften

Referent: Dr. Michael Cramer, Overath
Termin: 11. 04. 2003, 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: Z/2003-028

Thema: Die organisierte Rezeption – Persönlichkeit, Qualifikation und Management

Referent: Brigitte Kühn, Seeshaupt
Termin: 11. 04. 2003, 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: H-13-2003

Thema: Terminierung

Referent: Brigitte Kühn, Seeshaupt
Termin: 12. 04. 2003, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162

Gebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: H-14-2003

Thema: Parodontale Chirurgie – zweiteiliger Kurs – Teil II – Diagnostik, Befund, Indikation, Möglichkeiten ästhetischer PA-Chirurgie

Referent: OA Dr. Christian Gernhardt, OA Dr. Stefan Reichert, beide Halle/S.
Termin: 12. 04. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hlle, Universitätsklinik für Zahnerhaltung und PAR, Harz 42-44
Gebühr: 250 EUR (nur im Paket zu buchen)
Kurs-Nr.: Z/2003-010

Thema: Notfallseminar für das Praxisteam

Referent: Prof. Dr. Dr. J. Schuberth, Prof. Dr. D. Schneider, Dr. J. Lindner, alle Halle/S.
Termin: 12. 04. 2003, 9.00 – 14.30 Uhr
Ort: Halle, Maritim Hotel, Riebeckplatz 4
Gebühr: ZA 80 EUR, ZH 65 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH/2003-012

Thema: Erster Klasse beim Zahnarzt – Ein erprobtes Konzept für Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungsqualität

Referent: Dr. Michael Cramer, Overath
Termin: 12. 04. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH/2003-029

Thema: Praktische Umsetzung der professionellen Zahnreinigung (ausgebucht)

Referent: Genoveva Schmid, Berlin
Termin: 25. 04. 2003, 15.00 – 19.00 Uhr;
 26. 04. 2003, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Harz 42-44
Gebühr: 220 EUR
Kurs-Nr.: H-15-2003

Thema: Arbeitskreis Kieferorthopädie

Referent: Prof. Dr. Opitz, Berlin
Termin: 26. 04. 2003, 9.00 – 12.30 Uhr
Ort: Halle/S., Hörsaal des Zentrums für ZMK der MLU Halle-Wittenberg, Große Steinstr. 19
Gebühr: 50 EUR
Kurs-Nr.: Z/2003-042

Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt,
Große Diesdorfer Str. 162,
39110 Magdeburg,
Frau Einecke
Tel.: 0391/739 39 14
Fax: 0391/739 39 20
e-mail: einecke@zahnaerztekam-
mer-sah.de

ZÄK Westfalen-Lippe



Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Erfolgreiche Praxis-
führung
Referent: Dr. Sigrid Olbertz, Marl
Termin: 26. 03. 2003,
15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 144 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 105

Thema: Homöopathie für
Zahnärzte – Kurs 1
Referent: Dr. Heinz-Werner
Feldhaus, Hörstel
Termin: 28. 03. 2003,
14.00 – 19.00 Uhr;
29. 03. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 374 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 120

Thema: Systematische Diagnos-
tik und Therapie in der Parodon-
tologie
Referent: PD Dr. Rainer
Buchmann, Hamm
Termin: 28. 03. 2003,
15.00 – 19.00 Uhr;
29. 03. 2003, 9.00 – 15.00 Uhr
Gebühr: 312 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 149

Thema: Die richtige Berechnung
zahntechn. Leistungen – Offen-
sive für Qualität und Leistung
Referent: ZTM Michael Schnitz,
Paderborn
Termin: 02. 04. 2003,
14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 65 EUR
Kurs-Nr.: FBZ xxx

Helferinnen-Fortbildung

Thema: GOZ I – Basiskurs
Referent: ZMF Daniela Greve-
Reichrath
Termin: 01. und 15. 04. 2003,
jeweils 9.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 200 EUR
Kurs-Nr.: Zi 033 100

Thema: Röntgen- und Strahlen-
schutzkurs gemäß § 18 a Abs. 3
RöV
Referent: Dr. med. dent. Imela
Reuter
Termin: 04. 04. 2003,
9.00 – 16.00 Uhr;
05. 04. 2003, 9.00 – 15.00 Uhr
Gebühr: 220 EUR
Kurs-Nr.: Zi 033 211

Auskunft und Anmeldung:
Akademie für Fortbildung der
ZÄK Westfalen-Lippe
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Inge Rinker,
Tel.: 0251/507-604
Fax: 0251/507-609
e-mail: Ingeborg.Rinker@zahn-
aerzte-wl.de
Christel Frank
Tel.: 0251/507-601
e-mail: christelFrank

KZV Freiburg



Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Problemlösungen im
parodontalen und implantologi-
schen Recall
Referent: Dr. Anton Wetzol,
Zürich
Termin: 11. 04. 2003
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 165,- EUR
Kurs-Nr.: 03/107

Thema: Zeit- und Selbstmanage-
ment, Modul 1 – Instrumente
und Tipps zum positiven Um-
gang mit der Zeit
Referent: Dipl.-Verwaltungsbe-
triebswirt Michael Breßmer,
Freiburg
Termin: 11. / 12. 04. 2003
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 390,- EUR
Kurs-Nr.: 03/301

Thema: Motivations- und Men-
taltraining – Die Kunst, Ziele zu
erreichen

Referent: Prakt. Betriebswirt
Manfred J. Weber,
Frbg.-Waltershofen
Termin: 17. 05. 2003
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 490,- EUR Praxisteam
(1 ZA und 1 ZAH)
280,- EUR Einzelperson
Kurs-Nr.: 03/302

Thema: Erfolge genießen –
Wege zur intelligenten Vermö-
gensanlage
Kursleitung: Apotheker- und
Ärztbank, Filiale Freiburg
Termin: 21. 05. 2003
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 49,- EUR

Thema: Kronen- und Brücken-
prothetik mit IPS Empress 2
Optimale rote und weiße Ästhe-
tik eines systematischen Team-
workkonzeptes
Referent: Dr. Christoph Zawta,
Meran
Termin: 23./24. 05. 2003
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 1 280,- EUR Team
(1 ZA und 1 Zahntechniker)
Kurs-Nr.: 03/108
Auskunft: Sekretariat des Fortbil-
dungsforum 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

Kongresse

■ März

**2nd International Congress of
Drugs, Biomaterials, Equipments
and Stomatological Medicine**
Veranstalter: Nereus Group of
Companies
Termin: 20. – 23. 03. 2003
Ort: Athen, Hellas (Greece)
Auskunft: Congress Dept.
Nereus Group of Companies,
2 Afentouli Street
Piraeus 185 36 Hellas (Greece)
Tel.: 0030 210 45 24 842
Fax: 0030 210 41 82 308
e-mail: info@synedria.gr
www.synedria.gr

**18th National Meeting – 2nd In-
ternational Meeting of the Asso-
ciation Italiana Odontoiatri**
Termin: 20. – 23. 03. 2003
Ort: Hotel Excelsior e Hotel Ma-
jestic, Napoli, Italien
Auskunft:
www.aegeecagliari.org

2. Regionaltagung des LIN
Veranstalter: Landesverband Im-
plantologie Niedersachsen
Termin: 21. 03. 2003
Ort: Intercity Hotel Göttingen
Auskunft: Daniela Winke,
Weidkampshaide 10,
30659 Hannover
e-mail: dgi-winke@t-online.de

Frühjahrssymposium des D.Z.O.I.
Veranstalter: Deutsches Zentrum
für orale Implantologie e.V.
Hauptthema: „back to the roots“
Implantologie vom Praktiker für
den Praktiker
Termin: 21. – 23. 03. 2003
Ort: Sorat Insel Hotel,
Müllerstr. 7, 93059 Regensburg
Auskunft: D.Z.O.I.-Kongressbüro
Hauptstr. 7a, 82275 Emmering
Tel.: 08141/53 44 56
Fax: 08141/53 45 46
e-mail: Sekretariat@dzo.org
www.dzo.org

lags GmbH, 86925 Fuchstal,
Jakob-Strobl-Str. 11
Tel.: 08243/96 92-12
Fax: 08243/96 92-22
e-mail: t.seelos@teamwork-me-
dia.de

Conference, Exhibition and
Event Mangers,
PO Box 1237
Milton Qld 4064
Tel.: 07/33 69/78 66
Fax: 07/33 69/14 71
www.orgaus.com.au

DGZI-Frühjahrstagung und Expertensymposium

Hauptthema: Sofortimplantation
und Sofortbelastung

Termin: 23./24. 05. 2003

Ort: Berlin

Auskunft: DGZI e.V.,

Bruchsaler Str. 8,
76703 Kraichtal

Tel.: 07251/44 02 99-0

Fax: 07251/44 02 99-29

e-mail: info@dgzi.de

www.dgzi.de

54. Jahrestagung der Arbeitsge- meinschaft für Kieferchirurgie gemeinsam mit dem AK für Oral- pathologie und Oralmedizin innerhalb der DGZMK

Thema: Verfahren zur Augmenta-
tion in der oralen Implantologie
– evidenzbasiert?

Termin: 29. – 31. 05. 2003

Ort: Bad Homburg v.d.H.,
Maritim Kongresszentrum

Auskunft: Schriftführer der AG

für Kieferchirurgie

PD Dr. Dr. T. E. Reichert

Augustusplatz 2, 55131 Mainz

Tel.: 06131/17 30 83

e-mail: reichert@mkg.klinik.uni-
mainz.de

frenz@mkg.klinik.uni-mainz.de

www.ag-kiefer.de

ICCMO-Frühjahrstagung in Mallorca

Themen: Schleudertrauma,
Kinder

Veranstalter: International
College of Cranio-Mandibular
Orthopedics, Sektion Deutsch-
land, e.V.

Termin: 29. – 31. 05. 2003

Ort: Costa de Calvia, Mallorca

Gebühr: Mitglieder 150 EUR,

Nichtmitglieder 250 EUR

Auskunft: Dr. Horst Kares

Grumbachtalweg 9

66121 Saarbrücken

Tel.: 0681/89 40 18

Fax: 0681/89 75 95

(Infos unter: <http://iccmo.de>)

Dentistry under the Sun

Veranstalter: Australian Dental
Association Queensland

Termin: 29. 05. – 01. 06. 2003

Ort: Queensland

Auskunft: Renee Henshaw,

Organizers Australia,

Berlin Kongress 2003

17. Berliner Zahnärztetag

**32. Deutscher Fortbildungskon-
gress für die Zahnarzhelferin**

13. Berliner Zahntechnikertag

Veranstalter: Quintessenz

Verlags-GmbH

Motto: Digitale Praxis

Termin: 30./31. 05. 2003

Ort: Estrel Hotel Berlin,

Convention Center

Auskunft: Quintessenz Verlags-

GmbH, Antje Bauer

Tel.: 030/761 80-616

Fax: 030/761 80-693

e-mail: bauer@quintessenz.de

www.quintessenz.de

■ Juni

45. Fortbildungstagung der

ZÄK Schleswig-Holstein

Thema: Parodontologie: Neues
und Bewährtes

Termin: 02. – 06. 06. 2003

Ort: Westerland/Sylt

Auskunft: ZÄK Schleswig-Holst.

Westring 498, 24106 Kiel

Tel.: 0431/26 09 26-0

Fax: 0431/26 09 26-15

www.zaek-sh.de

ConsEuro 2003

Veranstalter: European Federa-
tion of Conservative Dentistry

und Deutsche Gesellschaft für
Zahnerhaltung

Termin: 05. – 07. 06. 2003

Ort: München

Kongresszentrum Gasteig

Auskunft: Prof. Dr. R. Hickel

Poliklinik für Zahnerhaltung

Goethestr. 70, 80336 München

Tel.: 089/51 60-32 01

Fax: 089/51 60-53 44

www.conseuro.info

8. Wilmersdorfer Symposium

Gold, Keramik, Kunststoff –

Die Qual der Wahl?

Veranstalter: Freunde und Förde-
rer der Zahnmedizin an der

Freien Universität Berlin e. V.

Termin: 14. 6. 2003, 14.00 Uhr

Ort: Zahnklinik der FU Berlin,

Aßmannshäuser Str. 4-6

14197 Berlin

Gebühr: frei
(Spenden sind willkommen)
Auskunft: Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeyer, Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Aßmannshäuser Str. 4-6 14197 Berlin
Tel.: 030/84 45 62 44
Fax: 030/84 45 62 38
E-Mail: freesm@zedat.fu-berlin.de

10. Europäisches Sommersymposium in Heringsdorf auf Usedom
Veranstalter: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.
Termin: 16. – 21. 06. 2003
Ort: Heringsdorf auf Usedom
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn
Tel.: 0228/855 70
Fax: 0228/34 06 71
e-mail: hol@fvdz.de

T.D.A. 10th International Dental Congress – Dentalya
Veranstalter: Turkish Dental Association
Termin: 19. – 21. 06. 2002
Ort: Antalya
Auskunft:
Tel.: +90 212 292 88 08
Fax: +90 212 292 88 07
www.dentalya.org/2003
dentalya@interium.com.tr

EUROPERIO 4
Veranstalter: European Federation of Periodontology (EFP)
Termin: 19. – 21. 06. 2003
Ort: ICC Berlin
Auskunft: www.europerio4.de
e-mail: wbengel@t-online.de

APW Frühjahrstagung ZF1250
Veranstalter: Akademie Praxis und Wissenschaft
Thema: Traumatologie
Tagungsleiter: Prof. Dr. A. Herforth, Düsseldorf, Prof. Dr. G. Wahl, Bonn
Termin: 20. – 21. 06. 2003
Ort: Würzburg, Hotel Maritim
Auskunft: APW Geschäftsstelle Lindemannstraße 96 40237 Düsseldorf
Tel.: 0211/66 96 73 0
Fax: 0211/66 96 73 31
E-Mail: apw.fortbildung@t-online.de

CARS 2003
Thema: Computer Assisted Radiology and Surgery – 17th International Congress and Exhibition
Termin: 25. – 28. 06. 2003
Ort: London, Queen Elizabeth II Conference Centre
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

Tel.: 07742/922 434
Fax: 07742/922 438
e-mail: fschweikert@cars-int.de
internet: www.cars-int.de

■ Juli

50th ORCA Congress
Thema: Cariology in the 21st Century state of the Art and Future Perspectives
Termin: 02. – 06. 07. 2003
Ort: Konstanz
Auskunft: www.orca-carles-research.org

17. Jahrestagung ESDE/EGZE
Veranstalter: European Society of Dental Ergonomics (ESDE) (Europäische Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE)), mit Ausstellung
Termin: 04./05. 07. 2003
Ort: Koblenz, Deutschland
Thema: Auf dem Weg in die digitale Zahnarztpraxis – sinnvoller Einsatz computergest. Arbeitsmittel bei der Patientenbehandlung u. bei der Praxisorgan.
Auskunft: Frank Micholt, Generalsekretär ESDE EGZE Klinikstraat 9, B-3500 Hasselt
Fax: +32-11-27 44 90
e-mail: secretary.esde@skynet.be
www.esde.org

MEDcongress
Veranstalter: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V.
Termin: 06. – 12. 07. 2003
Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart,
Tel.: 0711/76 34 43
Fax: 0711/76 69 92
e-mail: bn@medicacongress.de

■ September

12. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern
54. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Ges. f. ZMK-Heilkunde an den Univ. Greifswald und Rostock e.V.
Hauptthemen: Endodontie aktuell; Praxishygiene in der ZMK-Heilkunde; Standespolitik
Termin: 05. – 07. 09. 2003
Ort: Rostock-Warnemünde

Auskunft: ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin,
Internet: http://www.zaekmv.de
Tel.: 0 385/ 5 91 08 13
Fax: 0 385/ 5 91 08 23

38. Bodenseetagung und 32. Helferrinnentagung
Veranstalter: BZK Tübingen
Termin: 12./13. 09. 2003
Ort: Lindau
Auskunft: BZK Tübingen Bismarckstr. 96, 72072 Tübingen
Tel.: 07071/911-0
Fax: 07071/911-209

FDI/ADA World Dental Congress
Termin: 18. – 21. 09. 2003
Ort: Sydney Convention & Exhibition Centre Darling Harbour
Auskunft: FDI Congress Dep.
Tel.: +33 4 50 40 50 50
Fax: +33 4 50 40 55 55
congress@fdiworldental.org
www.fdiworldental.org

15. Saarländischer Zahnärztetag
Termin: 19./20. 09. 2003
Ort: Kongresshalle Saarbrücken
Auskunft: Ärztekammer des Saarlandes, Abteilung Zahnärzte Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken
Tel.: 0681/586 08-0
Fax: 0681/584 61 53
e-mail: mail@zaek-saarland.de
internet: www.zaek-saarland.de

WHO CC-Symposium gemeinsam mit der 10. Jahrestagung der DGK
Veranstalter: WHO Kollaborationzentrum (WHO CC) und Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK)
Hauptthema: „Prävention oraler Erkrankungen“ (anlässlich des 20-jährigen Bestehens des WHO CC)
Termin: 25. 09. 2003
Ort: Jena

Auskunft: WHO-Sekretariat der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde (Frau Simionoff)
Tel.: 0361/741 13 09

■ Oktober

33. internationaler Jahreskongress der DGZI
Hauptthema: Optimale proth. Versorgung durch perf. Planung
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft f. zahnärztl. Implantologie
Termin: 02. – 04. 10. 2003
Ort: Maritim Hotel Bonn
Auskunft: DGZI e.V., Bruchsaler Str. 8, 76703 Kraichtal
Tel.: 07251/44 02 99-0
Fax: 07251/44 02 99-29
e-mail: info@dgzi.de
www.dgzi.de

Prague Dental Days
Veranstalter: Tschechische Zahnärztekammer
Termin: 22. – 25. 10. 2003
Ort: National House – Vinohrady náměstí Miru 9, Prague 2
Auskunft: Česká stomatologická komora – „PDD“ Ječná 3, 120 00 Praha 2
ing. Hana Štěpánková
Tel.: +420 224 918 613
Fax: +420 224 917 372
e-mail: stepankova@dent.cz
www.dent.cz

■ November

13. Harzer Fortbildungsseminar
Veranstalter: Gesellschaft für Kieferorthopädie, Zahntechnik e.V.
Thema: Kieferorthopädie – gestern heute morgen
Termin: 14. – 16. 11. 2003
Ort: Wernigerode
Auskunft: Sekretariat der GK Frau Heike Pietack
Tel.: 0335/40 03 658
www.gk-online.org

Universitäten

Universität Düsseldorf

Wissenschaftliches Symposium zu Ehren von Prof. em. Dr. med. dent. Hermann Böttger

Termin: 26. 04. 2003,
9.00 – 13.00 Uhr
Ort: Hörsaalbereich der MNR-Klinik des Universitätsklinikums der Heinrich-Heine-Universität, Gebäude 13.55, Universitätsstraße 40225 Düsseldorf

Programm

Einführung

Dr. med. dent. Wilhelm Osing, Düsseldorf

Spitze mit Galvano – entdecken Sie die Möglichkeiten

Dr. med. dent. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf

Die kraniomandibuläre Dysfunktion retrospektiv-prospektiv

Prof. Dr. med. dent. Jürgen P. Engelhardt, Düsseldorf

Klinische Tätigkeit und High-tech-Medizin – Symbiose oder Frustration?

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Alfons Hugger, Düsseldorf

Virtueller Artikulator und funktionelle Okklusion

Prof. Dr. med. dent. Bernd Kordaß, Greifswald

Think ceramics: Neue vollkeramische Systeme von der Dicor- bis zur computergefertigten Krone

Prof. Dr. med. dent. Peter Pospiech, Homburg/Saar

Effiziente Techniken in der Totalprothetik

Prof. Dr. med. dent. Jürgen Setz, Halle

30 Jahre enossale Implantologie

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Hubertus Spiekermann, Aachen

Zum Frittkionsverhalten von Teleskopkronen

Prof. Dr. med. dent. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf

Düsseldorfer Prothetik als Basis zeitgemäßer Zahnheilkunde

Prof. Dr. med. dent. Heiner Weber, Tübingen

Universität Münster

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Strahlenfolgen an Zahnhartgewebe und Mundhöhle
Veranstalter: Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie – Radioonkologie (Prof. Dr. N. Willich)

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Prof. Dr. Dr. hc. Joos)
Universitätsklinikum Münster

Termin: 10. 05. 2003,
9.00 – 13.30 Uhr

Ort: Hörsaal L 20, Lehrgebäude des Universitätsklinikums, Albert-Schweitzer-Straße 33, 48149 Münster

Sonstiges: Die Veranstaltung gibt einen praxisbezogenen Überblick über aktuelle Aspekte der zahnärztlichen Betreuung von Patienten vor und nach Strahlentherapie.

Kursgebühr: 10 EUR

Auskunft: Dr. Dorothea Riesenbeck, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie – Radioonkologie, Universitätsklinikum Münster, 48129 Münster
Fax: 0251/83 47 347

Wissenschaftliche Gesellschaften

APW

Fortbildungskurse

Thema: Der chronische Gesichtsschmerz

Durchführung: PD Dr. Dr. Daubländer, Prof. Dr. Egle
Termin: 16./17. 05. 2003

Ort: Mainz

Kursgebühr: 455 EUR

Kurs-Nr.: APW-Seminar ZF 1212

Thema: Präparationen für vollkeramische Restaurationen und Veneers

Durchführung: Prof. W. B. Freesmeyer und Mitarbeiter

Termin: 16./17. 05. 2003

Ort: Berlin

Kursgebühr: 455 EUR

Kurs-Nr.: APW-Hands-on-Kurs ZF 1234

Auskunft: Birgit Barten, APW
Lindemannstraße 96
40237 Düsseldorf
Tel.: 0211/66 96 73 0
Fax: 0211/66 96 73 31
E-Mail: dgzmk@t-online.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: Gutes muss nicht teuer sein – Implantate in verschiedenen Preissegmenten

Veranstalter: Dr. Ihde Dental
Termin: 19. 03. u. 02. 07. 2003,
14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Implantat Centrum Augsburg, Augsburg Str. 26,
86444 Mühldorf

Sonstiges: Ref.: Dr. Herbert Sirch,
ZTM Gerhard Stachulla

Kursgebühr: 180 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH, Erfurter Straße 19,
85386 Eching/München
Tel.: 089/31 97 61-0
Fax: 089/31 97 61-33
e-mail: info@ihde.com

Thema: Zirkon – Wunderwerkstoff der Zukunft?

Veranstalter: Metalor Technologies GmbH

Termin/Ort: 19. 03., Bielefeld;
08. 05., Kassel; 14. 05., Köln;
01. 09., Stuttgart;

01. 10., Dortmund;

15. 10., München;

30. 10., Berlin; 06. 11., Freiburg

Sonstiges: Ref: ZTM Joachim Maier

Auskunft: Metalor Technologies GmbH, Rotebühlplatz 19,
70178 Stuttgart
Tel.: 01803/63 82 567

Thema: Laser-Veranstaltung für Einsteiger mit dem LWI-II-Schweißblaser der Firma Schütz-Dental „8 Jahres Lasererfahrung auf den Punkt gebracht“

Veranstalter: Schütz-Dental GmbH

Termin: 19. 03., 07. 05. und
17. 09. 2003

Ort: de Roy & Wennemann Zahntechnik GmbH & Co KG
Sonstiges: Seminarleiter: ZTM P.

Wennemann, ZTM M. Heinrichs
Kursgebühr: 210 EUR + MwSt.

Auskunft: Frau Weichert,
Frau Carpentier, de Roy & Wennemann Zahntechnik GmbH & Co KG, Harpener Feld 33,
44805 Bochum
Tel.: 0234/50 70 3-0
Fax: 0234/50 70 333

Anzeige

Thema: Prinzipien der biomechanischen Okklusion – Teil I

Veranstalter: ZÄT-Info Informations- und fortbildungsgesellschaft für Zahnheilkunde
Termin: 20. – 22. 03. 2003

Ort: 48346 Ostbevern
Sonstiges: Ref.: ZTM Michael Polz, Erlangen

Kursgebühr: 998 EUR + MwSt.

Auskunft: ZÄT-Info, Erbdrostenstr. 6,
48346 Ostbevern
Tel.: 02532/73 30
Fax: 02532/77 93

Thema: Licora-Vollkeramik auf Licora-Käppchen

Veranstalter: Girrbach Dental GmbH

Termin: auf Anfrage

Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: ZTM Thomas Hahne

Kursgebühr: 400 EUR pro Person

Auskunft: Martina Weber,
Postfach 910115,
75091 Pforzheim
Tel.: 07231/957-251
Fax: 07231/957-249

Thema: Keramik-Arbeitskurse „vor Ort“

Veranstalter: Girrbach Dental GmbH

Termin: auf Anfrage

Ort: vor Ort

Sonstiges: Ref.: ZTM Axel Franzen, ZTM Thomas Hahne, ZTM Michael Leinsinger, ZTM Rainer Gläser, ZT Josef Böhm, ZTM Clemens Motel
Kursgebühr: 1 600 EUR /Tag

Thema: Der Diagnostik-Kurs
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 21. 03. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Scholz

Kursgebühr: 205 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Braun,
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803 409

Thema: Das Drahtgerät – Funktionskieferrorthopädie „light“

Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 21. 03. 2003

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ralf Meyer
Kursgebühr: 205 EUR + MwSt.

(KFO), 255 EUR + MwSt. (Techn.)
Auskunft: Sabine Braun,
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803 409

Thema: Funktion A-Kurs Statik/Dynamik

Veranstalter: Girrbach Dental GmbH

Termin: 21. 03. 2003

Ort: Pforzheim

Sonstiges: Der gemeinsame Nenner für Zahnarzt und Techniker in der Artikulation;
Ref.: Dr. Rolf D. Hönes, ZT Hans-Jürgen Gebert

Kursgebühr: 440 EUR pro Person

Auskunft: Martina Weber,
Postfach 910115,
75091 Pforzheim
Tel.: 07231/957-251
Fax: 07231/957-249

Thema: Aus Fehlern wird man klug – Management, Kommunikation, Motivation

Veranstalter: dental-qm

Termin: 21. 03. 2003,
17.00 – 19.30 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Fehler kosten Geld und Nerven. Diese Veranstaltung umfasst wesentliche Aspekte der Praxiskommunikation sowie den professionellen Umgang mit Fehlern.
Kursgebühr: 65 EUR + MwSt.

Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn,
Jungfernstieg 21, 24103 Kiel
Tel.: 0431/97 10-308
Fax: 0431/97 10-309
e-mail: schwinn@dental-qm.de
internet: www.dental-qm.de

Thema: Okklusionsschiene
FT-Aufbisschiene

Veranstalter: Girrbach Dental
GmbH

Termin: 21. – 22. 03. 2003

Ort: Berlin

Sonstiges: Funktionstherapeutische Maßnahmen mit Hilfe von Aufbisschienen; Ref.: OA Dr.

Olaf Bernhardt, Dr. Bernd Schwahn

Kursgebühr: 620 EUR pro Person

Auskunft: Martina Weber,
Postfach 910115,
75091 Pforzheim

Tel.: 07231/957-251

Fax: 07231/957-249

Thema: Behandlungskonzepte
bei Kiefergelenksproblemen

Funktionstherapie und Prothetik

Veranstalter: Fortbildungsinstitut
Schöne Zähne

Termin: 21./22. 03. 2003

Ort: 97753 Karlstadt

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Kraus,
Zahnarzt Stefan Scherg

Kursgebühr: ZÄ: 450 EUR,
Physiotherap.: 300 EUR,
Team (1 ZA + 1 PT): 650 EUR,
Jede weitere Anmeldung: 250 EUR
alle inkl. MwSt.

Auskunft: Zahnarzt Stefan
Scherg, Fortbildungsinstitut
Schöne Zähne, Am Steinlein 3,
97753 Karlstadt

Tel.: 09353/61 43

Fax: 09353/90 99 705

e-mail: info@schoene-zaehne-
scherg.de

internet: www.schoene-zaehne-
scherg.de

Thema: Konuskronentechnik in
Reintitan

Veranstalter: DENTAURUM J. P.
Winkelstroeter KG, CDC-Cen-
trum Dentale Kommunikation

Termin: 21. – 22. 03. 2003

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZTM Gunther
Nobs, ZTM Joachim Schuhenn

Kursgebühr: 510 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Braun,
Dentaurum, Turnstr. 31,
75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

Thema: Kieferorthopädische Be-
handlung Erwachsener

Veranstalter: Dentaurum J.P.
Winkelstroeter KG – CDC – Cen-
trum Dentale Kommunikation

Termin: 21./22. 03. 2003

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. H. G.
Sergl

Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Braun,
Dentaurum, Turnstr. 31,
75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

Thema: Typodontkurs IV –
Spezial-Biegekurs

Veranstalter: Dentaurum J.P.
Winkelstroeter KG – CDC – Cen-
trum Dentale Kommunikation

Termin: 21. – 23. 03. 2003

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Dr. Oliver M.
Bacher

Kursgebühr: 619 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Braun,
Dentaurum, Turnstr. 31,
75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

Thema: Entdecke Dein Talent –
Mausini®Grundseminar für Kör-
persprache-Stimme-Präsenz

Veranstalter: Mausini®

Termin: 21. – 23. 03. 2003

Auskunft: Mausini®,
Theaterschule Verlag,
Schwackenreute Haus Nr. 16,
78357 Mühlingen,

Tel.: 07775/92 00 20

Fax: 07775/92 00 22

e-mail: mausini@t-online.de

www.mausini.com

Thema: Keramik Front- und Sei-
tenzahn Farbbestimmung à la
Natur

Veranstalter: Girrbach Dental
GmbH

Termin: auf Anfrage

Ort: Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZTM Christian
Berg

Kursgebühr: 800 EUR pro Person

Auskunft: Martina Weber,
Postfach 910115,
75091 Pforzheim

Tel.: 07231/957-251

Fax: 07231/957-249

Thema: Implantieren mit Endo-
pore Totalprothesen

Veranstalter: Girrbach Dental
GmbH

Termin: auf Anfrage

Ort: Hamburg

Sonstiges: Strategie zu Akzeptanz
und praktischer Durchführung;

Ref.: Dr. Wolfgang Ratfisch

Kursgebühr: 300 EUR pro Person

Auskunft: Martina Weber,

Postfach 910115,
75091 Pforzheim
Tel.: 07231/957-251
Fax: 07231/957-249

Thema: Gewinnmaximierung durch perfekte Kommunikation mit den Patienten

Veranstalter: Go-consulting
Praxismanagement
Termin/Ort: 21. 03., Berlin;
29. 03., Düsseldorf;
04. 04., Stuttgart

Sonstiges: Bei Bedarf auch In-House-Seminare, Umgang mit schwierigen (Privat-)Patienten, sofort umsetzbares gewinnorientiertes Terminmanagement, Rollenspiele

Kursgebühr: 199 EUR + MwSt.

Auskunft: Go-Consulting,
Herr Brandes,
Sendlingerstr. 24,
80331 München
Tel.: 089/79 97 88 oder
0172/84 66 160
Fax: 089/74 99 46 29

Thema: Kommunikation total zwischen Zahnarzt und Patient

Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 21./22. 03. 2003
Ort: Lüneburg

Kursgebühr: 390 EUR

Auskunft: DENT-MIT,
Bahnhofstr. 35,
07985 Elsterberg
Tel.: 036621/226 36
Fax: 036621/226 37

Thema: Der gute Ton am Telefon
Veranstalter: IFG Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 22. 03. 2003

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: Dipl.-Germ. Karin

Namianowski, Köln, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining

Kursgebühr: 298 EUR inkl. Tagungsverpflegung + MwSt.
Auskunft: IFG-Büro,
Wohldstraße 22,
23669 Timmendorfer Strand
Tel.: 04503/77 99 33
Fax: 04503/77 99 44
e-mail: info@ifg-hl.de
internet: www.ifg-hl.de

Thema: Informationsveranstaltung zur Kursreihe „Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker“

Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH

Termin: 22. 03. 2003, 10.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg,
Streithorstweg 3

Sonstiges: Kursinhalte und -aufbau werden vorgestellt. Gasthörer-schaft beim anschließenden Übungskurs möglich; Anmeldung unbedingt erforderlich

Kursgebühr: kostenfrei
Auskunft: Frau Gardemin
Streithorstweg 3,
49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker

Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH

Termin: 22. 03. 2003,
11.00 – 18.00 Uhr

Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: 18-monatige Kursreihe (6 Einzelblöcke zu je 3 Monaten) Rotationsverfahren. Einstieg je-

derzeit möglich. Gasthörer-schaft nach Anmeldung möglich

Kursgebühr: auf Anfrage
Auskunft: Frau Gardemin
Streithorstweg 3,
49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Modul 2: QM-Dokumentation Teil 1

Veranstalter: dental-qm

Termin: 22. 03. 2003

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Aufbau und Erstellung von Prozessbeschreibungen, Organigramm für die Praxis, Aufbau Stellenbeschreibung

Kursgebühr: 420 EUR + MwSt.

Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl.
Kirsten Schwinn,
Jungfernstieg 21, 24103 Kiel
Tel.: 0431/97 10-308
Fax: 0431/97 10-309
e-mail: schwinn@dental-qm.de
internet: www.dental-qm.de

Thema: Patientenorientierte Kommunikation

Veranstalter: Andrea Thees
Training-Seminare

Termin/Ort: 22. 03., Trier;
29. 03., Bernkastel-Kues

Sonstiges: Für Mitarbeiterinnen der Zahnarztpraxis; Prof. Telefonieren, Terminvergabe, Umgang mit „schwierigen“ Patienten, Patientenbetreuung, etc.

Kursgebühr: 150 EUR + MwSt.

Auskunft: Andrea Thees,
Im Rehgarten 1,
55286 Wörrstadt
Tel.: 06732/93 37 57
Fax: 06732/93 37 56
e-mail: Andrea-Thees@gmx.de
www.za-praxistraining.de

Thema: Basis-Intensivkurs

Biotan/Titanokeramik

Veranstalter: Schütz-Dental GmbH

Termin: 22. 03. 2003,
05. 07. 2003

Ort: Corona Zahntechnik GmbH,
34119 Kassel; Seminare vor Ort möglich – Termine und Kursgeb. nach Absprache

Sonstiges: Seminarleiter: ZTM Dieter Siebert

Kursgebühr: 350 EUR inkl. MwSt.

Preisnachlass ab 2. Techniker
Auskunft: ZTM Dieter Siebert,
CORONA Zahntechnik GmbH,
Raabestraße 14a, 34119 Kassel
Tel.: 0561/32 021-22
Fax: 0561/32 546

Thema: Das System IMPLA – einfach und sicher implantieren. Theorie und Praxis implantatprothetischer Versorgungen

Veranstalter: Schütz-Dental GmbH

Termin: 22. 03. 2003,
18. 10. 2003

Ort: Dr. Winand Olivier, Zahn-
arzt, Dorstener Straße 380,
46119 Oberhausen

Sonstiges: Seminarleiter:

Dr. Winand Olivier

Kursgebühr: 404 EUR + MwSt.

Auskunft: Schütz-Dental GmbH,
Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach
Tel.: 06003/814 395 oder 396
Fax: 06003/814 906

Thema: Funktion B-Kurs, Vom Befund zur Schiene – Funktionskompaktkurs mit dem Cadiax compact

Veranstalter: Girrbach Dental GmbH

Termin: 22. 03. 2003

Ort: Pforzheim

Sonstiges: Elektronische Registrierung der UK-Bewegung, Auswertung und Therapieansätze;
 Ref.: Dr. Rolf D. Hönes, ZT Hans-Jürgen Gebert
Kursgebühr: 440 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber,
 Postfach 910115,
 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Lingualtechnik in der Kieferorthopädie – Möglichkeiten und Grenzen
Veranstalter: Ärztekammer für Vorarlberg
Termin: 25. 03. 2003, 19.30 Uhr
Ort: Dornbirn/Österreich, Ärztekammer-Schulgasse 17
Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. E. Pümpel, Univ. Zahnklinik Innsbruck
Kursgebühr: 30 EUR
Auskunft: Dr. Otto Bartwart,
 Färbergasse 15,
 A-6850 Dornbirn
 Tel.: 0043-55 72-522 55
 Fax: 0043-55 72-522 55 4

Thema: Die richtige Anwendung der GOZ – Aktuelles zur GOZ-Abrechnung
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 26. 03. 2003, 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Elsterberg
Kursgebühr: 160 EUR für den Zahnarzt; 140 EUR f. d. Helferin
Auskunft: DENT-MIT,
 Bahnhofstr. 35,
 07985 Elsterberg
 Tel.: 036621/226 36
 Fax: 036621/226 37

Thema: Beraten mit Herz und Verstand
Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin: 26. 03. 2003, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Kempten
Sonstiges: Für Teams, ZÄ und Mitarbeiter, Teilnehmerzahl: max. 15
Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining Mühlholz 6, 88260 Argenbühl
 Tel.: 07566/94 13 44
 Fax: 07566/94 13 45

Thema: telefonischer und persönlicher Umgang mit dem Patienten am Empfang
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 27. 03. 2003
Ort: Nürnberg
Kursgebühr: 115 EUR + 20 EUR Tagungspauschale je Teiln.
Auskunft: DENT-MIT,
 Bahnhofstr. 35,
 07985 Elsterberg
 Tel.: 036621/226 36
 Fax: 036621/226 37

Thema: Schöpfen Sie alle GOZ-Abrechnungsmöglichkeiten aus?
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 28. 03. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Angelika Doppel
Kursgebühr: 230 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Haranni Academie,
 Renate Dömpke, Schulstraße 30,
 44623 Herne
 Tel.: 02323/946 83 00
 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Perioprophyllaxe® state of the Art – 2003; praktikable PA-Programm
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 28./29. 03. 2003
Ort: Elsterberg
Kursgebühr: 710 EUR für den Zahnarzt, 290 EUR f. d. Helferin
Auskunft: DENT-MIT,
 Bahnhofstr. 35,
 07985 Elsterberg
 Tel.: 036621/226 36
 Fax: 036621/226 37

Thema: Keramik II – Nuance 850 Live – für den Keramik Individualisten – Natürlichkeit ohne Grenzen –
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 28./29. 03., 09./10. 05., 26./27. 09., 10./11. 10., 07./08. 11. 2003
Ort: Göbert Dental-Labor GmbH 34599 Neuental-Zimmersrode
Sonstiges: Seminarleiter: ZTM Erich Göbert
Kursgebühr: 550 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau/Herr Göbert, Göbert Dental-Labor GmbH, Ahornstraße 1, 34599 Neuental-Zimmersrode
 Tel.: 06693/85 42
 Fax: 06693/83 60

Thema: Moderne Restaurationstechniken – Neue Materialien – Neue Polymerisationsgeräte
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 02. 04. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Reinhard Hinkel
Kursgebühr: 145 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Haranni Academie, Renate Dömpke, Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/946 83 00
 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Lust auf schöne Zähne machen – innovativ beraten, innovativ motivieren
Veranstalter: Initiative proDente e.V.
Termin: 02. 04. 2003
Ort: München und Essen
Sonstiges: Maximale Teilnehmerzahl: 12
Kursgebühr: 120 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: 01805/55 22 55
 www.prodente.de

Thema: Abrechnungen zahn-technischer Leistungen im Eigenlabor
Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG
Termin: 03. 04. 2003, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, 70178 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Jeannette Angermann-Daske
Kursgebühr: 105 EUR + MwSt.; 79 EUR + MwSt. für Wagner Star Classic Kunden und Vorb.-Ass.
Auskunft: Herr Sartor, Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, Rotebühlstr. 87, Postfach 10 52 54, 70045 Stuttgart
 Tel.: 0711/61 55 37 430
 Fax: 0711/61 55 37 429
 e-mail: H-J.Sator@wagner-dental.de

Thema: Kataokas Master Workshop IPS d. Sign
Veranstalter: Ivoclar Vivadent AG
Termin: 03./04. 04. 2003
Ort: International Center for Dental Education (ICDE) in Schaan/Liechtenstein
Sonstiges: Ref.: Shigeo Kataoka, die Kurse werden von Japanisch ins Deutsche übersetzt

Auskunft: Ivoclar Vivadent AG, Bendererstr. 2, FL9494 Schaan, Fürstentum Liechtenstein,
 Tel.: +423-235-36 15
 Fax: +423-235-37 41
 e-mail: nicole.albrecht-kirchler@ivoclarvivadent.com

Thema: Strahlenschutzkurs für Zahnärzte (S44Z)
Veranstalter: Forschungszentrum Karlsruhe – Fortbildungszentrum Technik und Umwelt (FTU)
Termin: 03. – 05. 04. 2003 und 13. – 15. 11. 2003
Ort: Forschungsz. Karlsruhe GmbH, Fortbildungszentrum f. Technik u. Umwelt (FTU), Hermann-von-Helmholtz-Platz 1, 76344 Eggenstein-Leopoldshafen
Sonstiges: Der Kurs schließt mit einer Prüfung ab
Kursgebühr: 680 EUR
Auskunft: Frau Annette Wallburg Forschungszentrum Karlsruhe GmbH, Postfach 3640, 76021 Karlsruhe
 Tel.: 07247/82-32 51
 Fax: 07247/82-48 57
 e-mail: annette.wallburg@ftu.fzk.de
 http://fortbildungs.fzk.de

Thema: KFO-Laserschweißen
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 04. 04. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Kursgebühr: 165 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Dentaurum, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-479
 Fax: 07231/803-409

Thema: Creapress & Creation LF Presskeramik
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 04. 04. 2003
Ort: Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZTM Jochen Seiler oder ZTM Alexandra Neukam oder ZT Stefan Thunert
Kursgebühr: 450 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Workshop Aufbissbehefe Individuelle Funktion mit Cadiax compact
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 04./05. 04. 2003
Ort: Zwickau
Sonstiges: Vermittlung theoretischer und praktischer Kenntnisse;
 Ref.: OA Dr. Stefan Kopp
Kursgebühr: 700 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Licora-Vollkeramik II Patientenfall; Vollkeramik-Krone mit Creation AV
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 04./05. 04. 2003
Ort: Hamburg
Sonstiges: Licora – der Schlüssel zur perfekten Frontzahnästhetik;
 Ref.: Hubert Schenk
Kursgebühr: 780 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Ein integriertes Konzept zur kombinierten kieferorthop.-kieferchirurg. Therapie von Dysgnathien
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 04. – 05. 04. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: PD Dr. D.M.D., D.D.S., Nezar Watted, OA Dr. D.M.D., D.D.S., Josip Bill
Kursgebühr: 510 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Dentaurum, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-479
 Fax: 07231/803-409

Thema: Spass am Erfolg – Konzept 2007 – Erfolgsmodelle für die Zukunft
Veranstalter: ZACK Zahnarzt Coaching & Konzepte GmbH
Termin: 04./05. 04. 2003
Ort: Hamburg-Eppendorf
Sonstiges: Die erfolgreiche Führung einer Gemeinschaftspraxis durch gemeinsames Behandlungskonzept, intelligente Organisation, gute Kommunikation und motivierte Mitarbeiter
Kursgebühr: 672,80 EUR inkl. USt.

Auskunft: Moorbirkenkamp 4, 22391 Hamburg
 Tel.: 040/679
 Fax: 040/679 30 46

Thema: Problemfallseminar: Hilfe! Was tun, wenn es schlecht läuft?
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: =4./05. 04. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Radlanski, Berlin
Kursgebühr: 560 EUR
Auskunft: Frau Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
 Tel.: 069/942 21-113
 Fax: 069/942 21-201

Thema: Praxiskurs Implantologie mit Dr. Georg Bayer
Veranstalter: Fortbildungsinstitut Schöne Zähne
Termin: 04./05. 04. 2003
Ort: 97753 Karlstadt
Sonstiges: Ref.: Dr. Georg Bayer, Zahnarzt Stefan Scherg, Zahntechnikermeister Hlavacek
Kursgebühr: 800 EUR inkl. MwSt.
 Der Preis beinhaltet die Verpflichtung während des Kurses und ein gemeinsames Abendessen
Auskunft: Zahnarzt Stefan Scherg, Fortbildungsinstitut Schöne Zähne, Am Steinlein 3, 97753 Karlstadt
 Tel.: 09353/61 43
 Fax: 09353/90 99 705
 e-mail: info@schoene-zaehne-scherg.de
 internet: www.schoene-zaehne-scherg.de

Thema: Zyklus Naturheilverfahren III Craniosacraltherapie
Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH
Termin: 04./05. 04. 2003
Ort: Schlehdorf am Kochelsee
Kursgebühr: 600 EUR (für jeden weiteren Teilnehmer aus Ihrer Praxis erhalten Sie ienen Sonderabatt von 50 %)
Auskunft: Aufwind Consulting GmbH, Kocheler Straße 1, 82444 Schlehdorf
 Tel.: 08851/61 56 91
 Fax: 08851/61 56 90

Thema: MZK 1 – Die Cranio-Mandibuläre Orthopädie „Myozentrische Bissfindung“
Veranstalter: Institut für Temporomandibuläre Regulation
Termin: 04. – 06. 04. 2003
Ort: 91052 Erlangen

Sonstiges: Neben der funktionellen Bisslagebestimmung soll ein umfassendes Verständnis der cranio-mandibulären Funktion vermittelt werden

Kursgebühr: 525 EUR
Auskunft: ITMR, Schuhstr. 35, 91052 Erlangen
 Tel.: 09131/20 55 11
 Fax: 09131/223 90

Thema: Vorstellung des Allfit®-Implantatprogramms; Implantationen unterschiedlicher Indikationen u.a.

Veranstalter: Dr. Ihde Dental
Termin: 05. 04. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bärenweg 41, 76149 Karlsruhe

Sonstiges: Ref.: Dr. Felix Drobig
Kursgebühr: 330 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH, Erfurter Straße 19, 85386 Eching/München
 Tel.: 089/31 97 61-0
 Fax: 089/31 97 61-33
 e-mail: info@ihde.com

Thema: 7 Schritte zur erfolgreichen Prophylaxepaxis – Ein Teamkurs für Behandler und Mitarbeiterinnen

Veranstalter: Firma AL Dente
Termin: 05. 04. 2003

Ort: Oldenburg
Sonstiges: Ref.: Ute Rabling u. Enno Kramer; Fordern Sie unseren umfangreichen Fortbildungskalender 2003 an
Kursgebühr: 790 EUR je Team (2 Teilnehmer)

Auskunft: Marion Borchers, Kamphof 10, 26180 Oldenburg, Tel.: 04402/97 29 77
 Fax: 04402/97 29 78

Thema: Kinesiologie in der Zahnarztpraxis

Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH

Termin: 05. 04. 2003, 9.00 – 17.30 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Die Kinesiologie bietet eine einfache Möglichkeit zur Diagnostik von Störfeldern, Unverträglichkeiten, Allergien und Fehlfunktionen im Mund-/Kieferbereich

Kursgebühr: 260 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Frau Gardemin Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
 Tel.: 05475/95 98 55
 Fax: 05475/52 57

Thema: Geschäftsleitungs-Seminr (für die/den Praxisinhaber/in)

Veranstalter: dental-qm
Termin: 05. 04. 2003

Ort: Hamburg
Sonstiges: QM-Aufgaben der Geschäftsleitung, Management und Mitarbeiterführung

Kursgebühr: 420 EUR + MwSt.
Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn,

Jungfernstieg 21, 24103 Kiel
 Tel.: 0431/97 10-308
 Fax: 0431/97 10-309
 e-mail: schwinn@dental-qm.de
 internet: www.dental-qm.de

Thema: Basis Kurs L WI – II Laserschweißen (Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten möglich)

Veranstalter: Schütz-Dental GmbH
Termin: 05. 04., 28. 06. und 27. 09. 2003

Ort: Corona Zahntechnik GmbH, Raabestraße 14 a, 34119 Kassel
Sonstiges: Seminarleiter: ZTM Dieter Siebert; Seminare vor Ort möglich, Termine und Kursgebühr nach Absprache
Kursgebühr: 250 EUR inkl. MwSt. (100 EUR Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten)
Auskunft: ZTM Dieter Siebert, Corona Zahntechnik GmbH, Raabestraße 14 a, 34119 Kassel
 Tel.: 0561/320 21-22
 Fax: 0561/325 46

Thema: Creapress & Creation LF Presskeramik

Veranstalter: Girrbach Dental GmbH

Termin: 05. 04. 2003
Ort: Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZTM Jochen Seiler oder ZTM Alexandra Neukam oder ZT Stefan Thunert

Kursgebühr: 450 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Diodium-Laser – Anwenderseminar mit Live-OP's
Veranstalter: Weil-Dental GmbH
Termin: 05. 04., 05. 07., 18. 10. und 22. 11. 2003

Ort: Badgasse 3, 83607 Holzkirchen
Sonstiges: Seminarleiter: Dres. Neidlinger

Kursgebühr: 395 EUR + MwSt. (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat: 125 EUR + MwSt.

Auskunft: Weil-Dental (Frau Weck, Frau Wotschel, Frau Aust) Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach
 Tel.: 06003/814-220 oder 06003/814-230 oder 06003/814-240
 Fax: 06003/814-906

Thema: Grundlagen der Implantologie

Veranstalter: Dr. Ihde Dental
Termin: 05./06. 04. 2003

Ort: Harburger Ring 10, 21073 Hamburg
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr. Nicolas Abou Tara

Kursgebühr: 390 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH, Erfurter Straße 19, 85386 Eching/München
 Tel.: 089/31 97 61-0
 Fax: 089/31 97 61-33
 e-mail: info@ihde.com

Thema: Gnathologie Aufwachs-kurs: Die Molaren, Morphologie des Kauzentrums

Veranstalter: Girrbach Dental GmbH

Termin: 07. – 09. 04. 2003
Ort: Pforzheim

Sonstiges: Der Okklusions-Kompass; Ref.: ZT Dieter Schulz, Aufwachs-kurs Teil 1
Kursgebühr: 820 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Titanseminare „Biotan-System“

Veranstalter: Schütz-Dental GmbH

Termin: 08./09. 04., 19./30. 04., 13./14. 05., 03./04. 06., 24./25. 06., 08./09. 07., 09./10. 09. und 23./24. 09. 2003

Ort: Schütz-Dental GmbH, Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach
Sonstiges: Seminarl.: Herr Distler
Kursgebühr: 349 EUR + MwSt.

Auskunft: Schütz-Dental GmbH, Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach
 Tel.: 06003/814-620 oder -630
 Fax: 06003/814-906

Thema: Erfolgreiche Prophylaxe in der Implantologie

Veranstalter: Firma Al Dente

Termin: 09. 04. 2003

Ort: Oldenburg
Sonstiges: Fordern Sie unseren umfangreichen Fortbildungskalender 2003 an
Kursgebühr: 150 EUR
Auskunft: Marion Borchers, Kamphof 10, 26180 Oldenburg, Tel.: 04402/97 29 77
 Fax: 04402/97 29 78

Thema: Röntgen-Workshop

Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG

Termin: 09. 04. 2003, 14.00 – 16.30 Uhr

Ort: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, 70178 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Tobias Rücker
Kursgebühr: 80 EUR + MwSt., 60 EUR + MwSt. für Wagner Star Classic Kunden und Vorb.-Ass.

Auskunft: Herr Sartor, Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, Rotebühlstr. 87, Postfach 10 52 54, 70045 Stuttgart
 Tel.: 0711/61 55 37 430
 Fax: 0711/61 55 37 429

e-mail: H-J.Sator@wagner-dental.de

Thema: Professionelle Anwendung und professionelle Abrechnung von Füllungsmaterialien mit kosmetischem Mehrwert!

Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG

Termin: 10. 04. 2003, 13.30 – 18.30 Uhr

Ort: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, 70178 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Helmut Aunitz, Jeannette Angermann-Daske
Kursgebühr: 125 EUR + MwSt.; 95 EUR + MwSt. für Wagner Star Classic Kunden und Vorb.-Ass.

Auskunft: Herr Sartor, Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, Rotebühlstr. 87,

Postfach 10 52 54, 70045 Stuttgart

Tel.: 0711/61 55 37 430
 Fax: 0711/61 55 37 429

e-mail: H-J.Sator@wagner-dental.de

Alterszahnheilkunde aus Sicht der Gerontologie

Prävention sorgt für mehr Mundgesundheit im Alter

Die Tatsache, dass die Gesellschaft immer mehr altert, hat entscheidende Auswirkungen auf die zahnmedizinische Versorgung. Schon bald wird jeder Zahnarzt in seiner Praxis mit dieser Entwicklung konfrontiert: Die Patienten werden älter, haben immer länger ihre eigenen Zähne und verlangen nach spezifischen Behandlungskonzepten. Das Problem ist vielschichtig und erfordert interdisziplinäre Ansätze, wie einer der führenden Gerontologen Deutschlands, Prof. Dr. Andreas Kruse aus Heidelberg, der Zahnärzteschaft bestätigt (siehe dazu auch den Leitartikel von BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich in diesem Heft).



Foto: MEV

Zufrieden älter werden ist auch eine Frage der Prävention.

„Die Art und Weise, wie Menschen im Lebenslauf gelebt haben, entscheidet mit über ihre physische und psychische Gesundheit sowie über den Grad ihrer Selbstständigkeit im Alter.“ In seinem Vortrag im Rahmen der letzten Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer in Hamburg machte Prof. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, deutlich, dass die Beschäftigung mit dem Alter und die Tatsache, dass die Gesellschaft allmählich immer älter wird, entscheidende Auswirkungen auf die zahnmedizinische Versorgung hat. Fragen der Lebensführung, der lange Erhalt

der körperlichen und seelischen Gesundheit und ein gesundes Sozialleben sind Faktoren, die ineinander greifen und die dafür sorgen, dass ein Mensch in Würde und Zufriedenheit alt wird. Es finden sich positive Zusammenhänge der körperlichen Aktivität mit Stimmung, Lebenszufriedenheit und Selbstständigkeit. Geistige Aktivität stellt einen gewissen Schutz gegen den Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter dar. Aus gerontologischer Sicht erscheint es wichtig, die gedankliche Vor-

„Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde soll viel intensiver in die Diagnostik des gesundheitlichen und funktionellen Status einbezogen werden.“

*Prof. Dr. Andreas Kruse,
Heidelberg*

wegnahme und Beschäftigung mit dem eigenen Altersprozess als eine Aufgabe der Prävention anzusehen.

Für den Zahnarzt ist es sinnvoll, sich diese Faktoren vor Augen zu halten und gerade auch seine älteren Patienten im Gesamtbild zu betrachten. Das Alter, so Kruse, ist ein für die zahnmedizinische Versorgung immer wichtiger werdender Lebensabschnitt. Seine Thesen:

- Die Anzahl älterer Menschen mit erhaltenem Zahnbestand wird – auch wegen verbesserter Präventions- und Therapiebedingungen – immer weiter ansteigen.

- Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde soll viel intensiver als bisher in die Diagnostik des gesundheitlichen und funktionellen Status einbezogen werden.

- Erkenntnis und Methoden der Zahnheilkunde sollen noch stärker als bisher in Präventionskonzepte einbezogen werden, die darauf zielen, ein gesundes und selbständiges Alter zu fördern.

- Die Selbstverantwortung des Menschen für sein Alter gewinnt zunehmend an Bedeutung.

- Aus gerontologischer Sicht sind die Projekte und Publikationen der Bundeszahnärztekammer zur Prävention für das Alter zu unterstützen.

Ausführlich ging Kruse auf Aussagen der Berliner Altersstudie ein [I. Nitschke, W. Hopfmüller, 1996. Die Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In: K. U. Meyer und P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Seiten 429-448, Berlin: Akademieverlag].

Dort wurde geprüft, inwieweit die Untersuchungsteilnehmer die Anforderung einer halbjährlichen zahnärztlichen Kontrolle erfüllten. Diese Anforderung wurde in keiner der erfassten Altersgruppen (70 bis 103 Jahre) umgesetzt.

Junge und alte Alte

Die ‚jungen Alten‘ (70 bis 84 Jahre) waren im Mittel vor elf Monaten beim Zahnarzt gewesen, die ‚alten Alten‘ (85 Jahre und älter) im Mittel vor drei Jahren. Zwischen



Die Anzahl älterer Menschen mit erhaltenem Zahnbestand stellt die Zahnärzte vor besondere Herausforderungen.

Foto: zm

zm-Info

Vier Alterskohorten

Für eine Abschätzung der zukünftigen Bedarfsentwicklung ist es notwendig, zwischen vier Kohorten zu differenzieren:

■ Der zahnärztliche Behandlungsbedarf der heute **über 80-Jährigen** spiegelt die präventive und kurative Versorgung der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wider; im aktuellen Zahnbestand zeigen sich die Folgen von epidemischer Karies und einem hohen Anteil an Zahnverlusten. Infolge einer vergleichsweise geringen Anzahl erhaltener Zähne und einer eher bescheidenen Erwartungshaltung sind die von dieser Gruppe artikulierten Versorgungsansprüche eher moderat.

■ Die heute **45- bis 64-Jährigen** waren zwar in ihrer Kindheit von epidemischer Karies betroffen, sie haben später aber von Fortschritten der Zahnerhaltung profitiert. Die Versorgungsansprüche dieser Gruppe sind deutlich höher. Hier besteht eine hohe primäre, vor allem aber sekundär- und tertiärpräventive Versorgungslast.

■ Die heute **25- bis 44-Jährigen** bilden die erste Gruppe, die von dem Kariesrückgang in den 70er und 80er Jahren erkennbar profitierte. Hier kann davon ausgegangen werden, dass der Restaurationsbedarf auch im Alter erheblich geringer sein wird als in den beiden erstgenannten Gruppen. Kennzeichnend für den zahnärztlichen Behandlungsbedarf dieser Gruppe ist vor allem die Gewährleistung einer effektiven, kontinuierlichen Oralhygiene.

■ Bei den **nach 1975 Geborenen** zeigt sich der für die Gruppe der 25- bis 44-Jährigen beschriebene Trend noch deutlicher. Dies weist auf die Notwendigkeit einer umfangreichen präventiven Orientierung in den nächsten Jahrzehnten hin.

Quelle: Kruse, BZÄK-Bundesversammlung Hamburg, 2002

dem 45. und 65. Lebensjahr gehen durchschnittlich zehn bis 15 Zähne verloren, wobei der Zahnverlust vor allem in den Stützzonen auftritt. Bei den 65- bis 74-Jährigen fehlen im Durchschnitt 15,4 Zähne. Immer mehr natürliche Zähne bleiben erhalten: 75 Prozent der 65- bis 74-Jährigen verfügen im Durchschnitt über 13,8 eigene Zähne. Ab dem 85. Lebensjahr sind zwischen 55 und 75 Prozent in beiden Kiefern zahnlos.

Kruse unterstreicht: Bei Eingliederung von Totalprothesen im Alter ist insbesondere bei schlecht erhaltenen Kieferkammern mit beträchtlichen Anpassungsproblemen sowie mit einer deutlich reduzierten Kaukraft und Kaueffizienz zu rechnen. Schlecht sitzende Prothesen führen langfristig zu einem nicht bemerkten, verstärkten Abbau der Kieferknochen, der vor allem bei totalen Unterkieferprothesen eine Einschränkung im Halt der Prothese mit sich bringt. Patienten, die ihren Zahnersatz nicht tragen können, leiden manchmal so stark, dass sie sämtliche sozialen Bindungen und Kontakte abbrechen.

„Weiterhin ist zu bedenken“, so Kruse, „dass die eingeschränkte Kaukapazität gerade bei älteren Menschen einen Risikofaktor für Minder- oder Unterernährung dar-

stellt. Die Sicherstellung einer guten zahnmedizinischen Betreuung ist auch davon abhängig, inwieweit Ärzte und Pflegefachkräfte die Oralhygiene als einen bedeutsamen Bereich des geriatrischen Assessments sowie der Beratung betrachten.“

Kruse unterstützte die Forderung von Zahnmedizinern, dass alle Berufsgruppen, die in die Betreuung von alten Patienten einbezogen sind, einen Überblick

über die Grundlagen zahnmedizinischer Aspekte in der Prävention und Rehabilitation erhalten sollten. Ärzte müssten geschult werden, Mängel am Zahn-

ersatz, Karies und Parodontopathien im Ansatz zu erkennen. Weiterhin müssten Einrichtungen die Grundlagen der Zahn-, Mund- und Prothesenhygiene beherrschen, sodass (zunehmende) Schäden an einem Gebiss auf Grund von längerer Vernachlässigung vermieden werden.

Zu den zentralen zahnmedizinischen Präventionsansätzen zählen:

- die intensive Mund- und Prothesenhygiene,
- Kontrollbesuche beim Zahnarzt,
- individuelle Prophylaxemaßnahmen,
- die rechtzeitig einsetzende Sanierung bei Zahndefekten.

„Die Zahnheilkunde der Zukunft wird in den nächsten 20 Jahren sicher nicht preiswerter.“

Prof. Dr. Andreas Kruse,
Heidelberg



Foto: zm

Aufsuchende Betreuung zu Hause ist für immobile Patienten oft sehr wichtig.

Drei Szenarien

Kruse skizziert drei mögliche Szenarien der Entwicklung des Zahnbestandes und des zahnärztlichen Behandlungsbedarfes. [Er nimmt dabei Bezug auf die „Kerschbaum-Studie“: DGZPW, Hrsg., 2001: „Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020“. Ein Bericht der I + G Gesundheitsforschung München, Seiten 1-102]. Dabei stellt er unterschiedliche Annahmen über die Effektivität von Präventionsbemühungen bis zum Jahr 2020 vor:

■ Das erste Szenario (verhalten-realistische Variante) geht davon aus, dass die heute Zwölfjährigen mit kariesfreien Gebissen nie Karies bekommen werden, eine Annahme, die aufgrund der Schmelzhärtung nach Remineralisation, der positiven Motivationsprägung und des Fehlens von Prädilektionsstellen bei Füllungen vertretbar erscheint. Für die anderen Kinder wird von einer Konstanz der Prävalenzen aus dem Jahre 1997 ausgegangen. Die Implikationen dieses ersten Szenarios für den zahnmedizinischen Versorgungsbedarf in höheren Altersgruppen können naturgemäß erst deutlich werden, wenn die heute Zwölfjährigen die entsprechenden Lebensalter erreichen.

■ Das zweite Szenario (kontrollorientiertes Inanspruchnahmeverhalten – realistisch-optimistische Variante) geht von dem Befund der DMS-III Studie des Instituts der

Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus, demzufolge sich ein kontrollorientiertes Inanspruchnahmeverhalten positiv auf den Zahnerhalt auswirkt. Unter der Voraussetzung, dass alle Personen zu einem positiven kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhalten motiviert werden können, wäre im Jahre 2020 für die Gruppe der 55- bis 70-Jährigen eine Erhöhung des Zahnbestandes von drei Zähnen zu erwarten, der Zahnbestand eines 65-Jährigen im Jahre 2020 würde dem eines heute 60-Jährigen entsprechen.

■ Das dritte Szenario (Verbesserung der Mundhygiene in Risikogruppen – unrealistisch-optimistische Variante) beschreibt die maximal erzielbare Verbesserung des Zahnbestandes. Dieses Szenario geht davon aus, dass sich das durch die schlechteste Mundhygiene gekennzeichnete Fünftel der Bevölkerung im Jahre 2020 wie die verbleibenden vier Fünftel der Bevölkerung verhalten wird. Unter dieser (unrealistischen) Voraussetzung wäre der Zahnbestand der im Jahre 2020 60-Jährigen um drei Zähne höher als jener der heute 60-Jährigen, was eine Verschiebung des heutigen Zahnbestandes in ein sechs bis sieben Jahre höheres Lebensalter bedeuten würde.

zm-Info

Arbeitsgruppe „Gesund altern“

Die Arbeitsgruppe „Gesund altern“ im Rahmen des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung, an der auch die Bundeszahnärztekammer beteiligt ist, hat zum ersten Mal getagt. Vorsitz hat der Gerontologe Prof. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg. Im Mittelpunkt der Arbeit steht, das öffentliche Bewusstsein für ein verändertes Altersbild auf Basis der demographischen Entwicklung zu wecken, die Selbstverantwortung zu unterstützen und vermehrt Aktivitäten im Alter zu fördern. BZÄK

Kosten und Nutzen

Ausführlich geht Kruse auf Aspekte der Kosten- und Nutzen-Seite von Prävention ein und bezieht sich dabei auf die Ergebnisse des Workshops der Bundeszahnärztekammer vom Oktober 2001 „Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen“. Die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung konzentrieren sich gegenwärtig auf das frühe und mittlere Erwachsenenalter, nicht auf das höhere und hohe Alter, so zitiert Kruse aus dem Tagungsband. Durch zahnmedizinische Prävention lassen sich erhebliche orale Gesundheitsgewinne erzielen; auch alte und sehr alte Menschen würden in Zukunft in ihrem Zahnbestand von Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung profitieren.

Es sei allerdings darauf hinzuweisen, dass zahnmedizinische Prävention kurzfristig nicht in der Lage sein werde, zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben beizutragen. Des Weiteren könne angenommen werden, dass der Haupteffekt präventiver Bemühungen auch langfristig weniger in einer Kostensenkung, als vielmehr in einer Verlagerung der in früheren Lebensaltern anfallenden Kosten auf spätere Lebensalter bestehen werde. Auch würden zukünftige orale Gesundheitsgewinne mit hoher Wahrscheinlichkeit mit zunehmenden Versorgungsansprüchen einhergehen.

Kruse zitiert das Fazit der Tagung: Die Zahnheilkunde der Zukunft werde in den nächsten 20 Jahren sicher nicht preiswerter. Der medizinische Fortschritt und eine größere Lebensqualität bei den Älteren hätten ihren Preis. Aber auch die Annahme einer Kostenexplosion in der zahnärztlichen Versorgung müsse als unrealistisch bezeichnet werden. Im Vergleich mit der gesamten Medizin bestehe in Deutschland ein relativ hoher Ausgabenbetrag für die zahnärztliche Versorgung. Dieser sollte auch bei den Veränderungen der Zukunft genügend Flexibilität bieten, um eine vernünftige Gesamtversorgung sicher zu stellen. pr

Patienten-Motivation durch Prophylaxe

Oral Wellness

Martin Nemeč

Die moderne Zahnheilkunde ist ohne nachhaltige und regelmäßige Prophylaxe nicht denkbar. Es gibt eine Reihe von verschiedenen Prophylaxe-Konzepten, die den Therapieerfolg der Parodontologie oder der Implantologie sichern können. Heute stellt sich nicht mehr die Frage, ob Prophylaxe sinnvoll ist, sondern es stellt sich die Frage, wie man die Motivation des Patienten für Prophylaxe über Jahre gewährleisten kann. „Oral Wellness“ ist ein praktikables Konzept, das in der Praxis Anwendung finden kann.

Moderne Behandlungskonzepte gliedern sich in drei Behandlungsphasen, in die Initialtherapie, die eigentliche Therapiephase und die Erhaltungsphase. Gerade die Erhaltungsphase gewährleistet die langfristige Sicherung des Therapieziels. Eine Erhaltungsphase ohne Prophylaxe macht keinen Sinn. Der Praktiker wird beobachten, dass die Motivation der Patienten nach Therapieende relativ hoch ist, wenn es darum geht die Prophylaxe-Termine wahrzunehmen. Mit der Zeit fällt die Regelmäßigkeit drastisch ab.

Es stellt sich die Frage, in wie weit sich die Motivation des Patienten für Prophylaxe im Laufe der Zeit ändert und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Ein neues Prophylaxe-Konzept könnte es möglich machen, eine hohe Motivation zur Teilnahme am Prophylaxeangebot in der täglichen Praxis zu sichern.

Terminfrequenz

Die Entwicklung des Konzeptes „Oral Wellness“ begann mit einer Fragestellung: Zu welchem Zeitpunkt ändert sich die Terminfrequenz bei der Prophylaxe? Das Patientengut einer Zahnarztpraxis wurde hinsichtlich dieser Fragestellung überprüft. Zusätzlich sollten mehr als 500 Patienten auf einem Fragebogen die subjektiven Gründe für Prophylaxe angeben. Das Ergebnis der Auswertung sehen Sie in Abbildung 1.

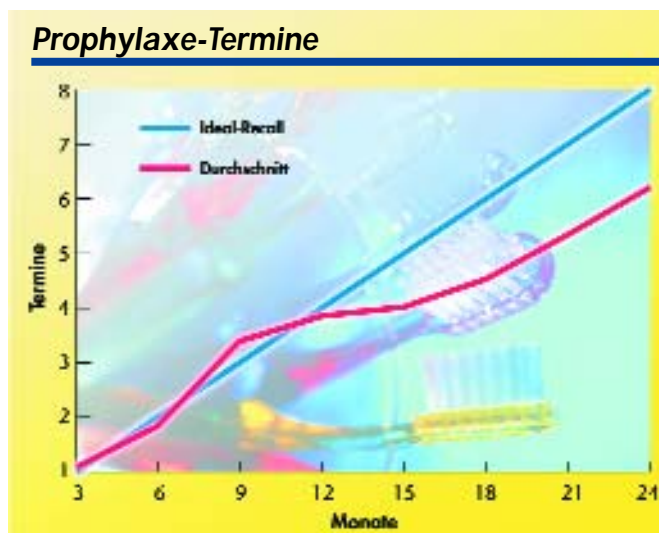


Abb. 1: Vergleich der tatsächlichen Prophylaxe-Termine zum Ideal-Recall

Die Motivation nimmt zwölf Monate nach Therapieende deutlich ab. Das heißt: Die Patienten nehmen das Angebot zur Prophylaxe nahezu viermal im Jahr an. Nach zwölf Monaten ist die Bereitschaft zur Prophylaxe nicht mehr ausgeprägt.

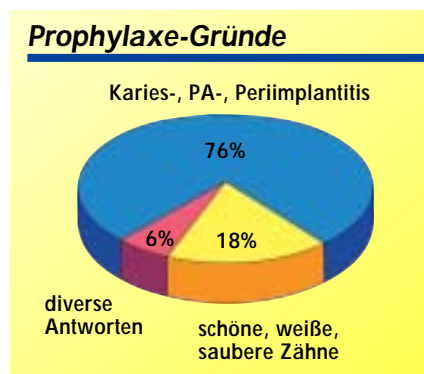


Abb. 2: Gründe der Prophylaxe bis zwölf Monate (Auswertung der Gruppe 1)

Anhand dieses Ergebnisses wurden die vorliegenden Fragebögen in zwei Gruppen aufgeteilt. Bei der ersten Gruppe (Gruppe 1) lag das Therapieende bis zu zwölf Monaten und in der zweiten Gruppe (Gruppe 2) über zwölf Monate zurück (Abb. 2).

Mehr als drei Viertel der Befragten (Gruppe A) kommen zu den Prophylaxe-Terminen, um Karies, Parodontitis oder Periimplantitis zu vermeiden. 18 Prozent (Gruppe B) gaben an, wegen schöner, weißer oder sauberer Zähne das Angebot wahrzunehmen. Konzentriert man sich auf die beiden Hauptaus-

sagen, so fällt auf, dass Gruppe A aus rational geprägten Gründen zur Prophylaxe erscheint. Bei Gruppe B sind eher emotionale Gründe ausschlaggebend.

Hier lassen sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Motivationen feststellen. Die Erkrankungsvorbeugung stellt eine rational begründete Motivation dar. Die Erfahrungen während der Therapie und die Aussagen der Behandler sind präsent. Die zweite Aussagegruppe ist stärker durch Emotionen geprägt. Das bedeutet: Der Patient möchte gut aussehen, sich etwas Gutes tun – oder beides. Lässt sich diese Beobachtung auch über zwölf Mo-

naten hinaus feststellen? Die Abbildung 3 zeigt das Ergebnis der Auswertung.

Elf Prozent der Befragten geben an, zur Prophylaxe zu kommen, um Karies, Parodontitis oder Periimplantitis zu vermeiden – also aus rationalen Gründen. 86 Prozent der Befragten geben an, wegen schöner, weißer und sauberer Zähne zu kommen. Wie unschwer zu erkennen ist, steht nicht mehr die rational geprägte Motivation im Vordergrund, sondern die emotional geprägte Motivation. Nach zwölf Monaten sind Ästhetik und Wohlfühlen die wichtigsten Gründe für Prophylaxe.

Hieraus ergeben sich einige praktische Konsequenzen für die Patientenansprache:

■ Bis zu zwölf Monaten nach Therapieende lässt sich der Patient mit rationalen Gründen motivieren. So ist es in diesem Zeitraum wichtig, auf die medizinischen

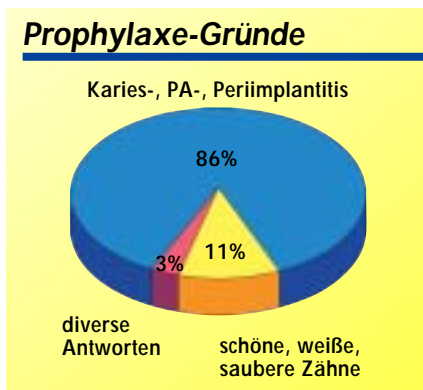


Abb. 3: Gründe für Prophylaxe bis zwölf Monate (Auswertung der Gruppe 2)

Aspekte der Prophylaxe hinzuweisen und dem Patienten die Folgen aufzuzeigen.

■ Danach muss der Patient emotional aktiviert werden. Eine ständige Aufklärung über die Pathogenese von Karies oder Parodontitis ist sicherlich sinnvoll, hat aber über den Zeitpunkt von zwölf Monaten nach Therapieende nicht die entscheidende Wirkung. Ab diesem Zeitpunkt ist es besser, den Patienten über seine Emotionen anzusprechen. Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, den Patienten emotional zur Prophylaxe zu motivieren. Angst stellt einen wirkungsvollen, aber sehr kurz anhaltenden Motivator dar. Um eine ständige Motivation zu erzielen, müssen die Angstsznarien gesteigert werden – ein Beispiel wäre das Angstsznario „Zahnverlust“. Diese Motivationsmöglichkeit ist natürlich überhaupt nicht mit der zahnärztlichen Berufsethik vereinbar.

Belohnungseffekt

Eine weitere Möglichkeit einer emotionalen Aktivierung stellt der Belohnungseffekt dar. Er ist nachhaltiger und stärker in seiner Wirkung. „Ich gönne mir etwas Gutes“ ist eine Aussage, die den Belohnungseffekt beschreibt. In diesen Bereich fällt die Motivation der Patienten für ästhetische Zahnheilkunde, aber auch für die Implantologie. Wenn sich der Patient für eine aufwändige Veneer-Versorgung entscheidet, um sein Aussehen zu verbessern, tut er das nicht aus rationalen Gründen. Nein – das neue, bessere Erscheinungsbild tut ihm gut. Ähnlich verhält es sich mit der Entscheidung für

eine Implantatversorgung. Einer der Hauptgründe für eine implantatgetragene Prothese das sichere Gefühl beim Essen – das heißt, wieder „ohne Angst“ essen zu können. Die Sicherheit im sozialen Zusammenleben führt zu einem Wohlfühlgefühl. Lee et al. (J Periodontol 2002 Sep; 73(9): 1037-42) konnte in seiner Studie über den Vergleich zwischen der präoperativen Erwartung und postoperativen Zufriedenheit des Patienten feststellen, dass Schmerz- und Angstfreiheit während der Behandlung für die Zufriedenheit des Patienten entscheidend sind. Wichtig ist also, wie angenehm die Behandlung durchgeführt wurde.

Weil ein Wohlfühlgefühl am Besten durch Entspannung und Entspannung wiederum

führen können. Weiterhin sollte der Aufwand für den Patienten einer einfachen Prophylaxe-Sitzung entsprechen. Und: Die Massage soll eine hohe Effektivität besitzen. Eine Entspannung soll in relativ kurzer Zeit erreicht werden.

In Zusammenarbeit mit einem staatlich geprüften Masseur und medizinischen Bademeister sowie einer Krankengymnastin wurde eine spezielle Form der Entspannungs-Massage entwickelt, die einfach und bequem im Behandlungsstuhl durchzuführen ist. Das Verständnis einer Massage wird dabei weiter gefasst als herkömmlich, da es sich nicht nur um die klassischen Streichungen, Knetungen und „deep frictions“ handelt. Vielmehr gehören auch Akkupres-

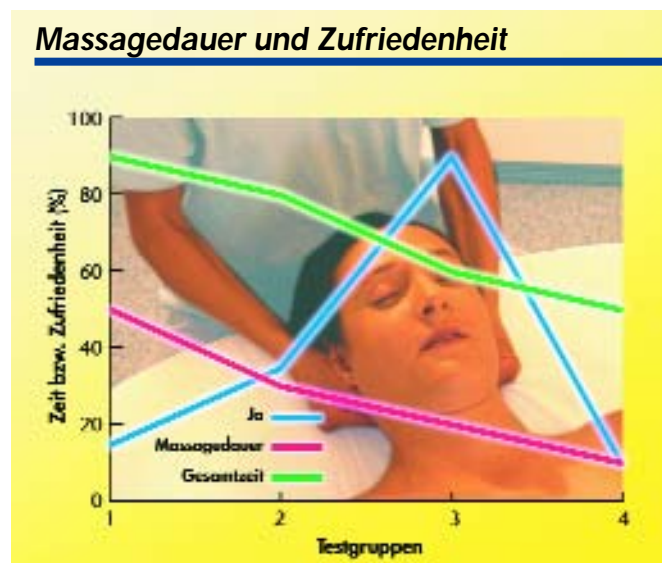


Abb. 4: Abhängigkeit der Massagedauer zur Zufriedenheit

am schnellsten durch Massage erreicht wird (Engle VF, J. Nurs Scholarsh 2000; 32(3): 287-93; De Marco-Sinatra, Holist Nurs Pract 2000 Apr; 14(3): 30-9) wurde für die Zahnarztpraxis eine spezielle Massage entwickelt, die eine Reihe von Vorgaben erfüllen muss, um den Aufwand in der Praxis so gering wie möglich zu halten. Es sollten keine oder nur geringe Investitionen in neue Geräte oder in bestehende Räumlichkeiten notwendig sein. Die Entspannungstechnik sollte leicht erlernbar sein und keine zusätzliche Ausbildung zum Physiotherapeuten erforderlich machen. Die Prophylaxe-Mitarbeiterin soll nach detaillierter Einweisung die Massage selbstständig durch-

führen und die sanfte Stimulation von neuralgischen Punkten dazu.

Ziel ist eine Entspannung, die für den Patienten angenehm ist. Der Patient soll nach der „Oral Wellness“-Sitzung nicht müde sein und es darf ihm nicht schwerfallen, sich aus dem Behandlungsstuhl zu erheben. Hierbei ist die Massagedauer von entscheidender Bedeutung. Die subjektiv empfundene Entspannung (beziehungsweise Zufriedenheit) ist abhängig von der Massagedauer. (Abb. 4)

Man sieht, dass eine längere Massage nicht unbedingt zu einer höheren Zufriedenheit des Patienten führt. Der Belohnungseffekt kann verloren gehen. Es hat sich eine Ent-

spannungsmassagedauer von zirka 15 bis 20 Minuten bewährt. Dabei wurde die Erfahrung gemacht, dass auch bei einer Gesamtlänge von mehr als 90 Minuten für die Prophylaxe-Sitzung der Entspannungseffekt verloren geht.

„Oral Wellness“ setzt sich aus zwei Abschnitten zusammen – einer professionellen Zahnreinigung (PZR) und einem Wellness-Massage-Teil. Der Massage-Teil (oder Wellness-Teil) wird immer erst nach der PZR durchgeführt. Die Reihenfolge der einzelnen Behandlungsschritte im Wellness-Teil sollte genau eingehalten werden, da es für den Erfolg der Behandlung relevant ist.

Grundsätzlich wird von der Schulter über den Hals zum Gesicht hingearbeitet. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Streichungen, Zirkelungen und Knetungen in einer fließenden Bewegung ausgeübt werden. Ruckartige Bewegungen und ein zu starker Kraftaufwand sind zu vermeiden. Die Position des Patienten entspricht einer bequemen Rücklage. Die Mitarbeiterin nimmt am Kopfende des Behandlungsstuhls Platz, um eine guten Zugang zu allen relevanten Massagebereichen zu haben. Die Nackenbehandlung geht grundsätzlich der Kopfbehandlung voraus, eingeleitet mit Streichungen. Diese stellen den ersten Kontakt zwischen Mitarbeiter und Patient dar und haben eine leicht hyperämisierende Wirkung.

Streichen und kneten

Konkret wird die kraniozirkuläre Muskulatur wie folgt behandelt: Zunächst wird die Nackenregion ausgestrichen; inklusive der oberen Schulterblattregion. Von der Schultergürtelmuskulatur – insbesondere musculus deltoideus – wird mit Streichung kranialwärts, Handwurzelzirkelungen und Knetungen fortgefahren. Die Gesichtsmassage dient zur Detonisierung/Beruhigung und wird vorsichtig ausgeführt. Man arbeitet von der Gesichtsmitte nach lateral mit Strei-

chung, gefolgt von Fingerspitzenzirkelungen über die Stirn, besonders am Haaransatz, an der Nasenwurzel und an den Schläfen. Es folgt eine Ausstreichung und leichte Knetung der Augenbrauen. Nach Streichung und Fingerzirkelung der Nase werden die Jochbögen von der Nasenwurzel zu den Schläfen ausgestrichen. Mit leichten Streichungen des Pars orbitales des m. orbicularis oculi wird diese Region abgeschlossen. Weitere Streichungen und Knetungen vom

im Allgemeinen unwohl zu fühlen;

- 98 Prozent der Befragten gaben an, dass sie die Behandlung wiederholen werden;

- 74 Prozent möchten diese Behandlung drei bis vier Mal im Jahr durchführen lassen.

Lassen sich diese Aussagen auch tatsächlich in der täglichen Praxis wiederfinden? Eine Analyse des Recall-Verhalten bezüglich Prophylaxe bestätigte dies (Abb. 5).

Es ist deutlich zu erkennen, dass es nicht mehr zu dem typischen Abfall der Prophylaxe-Termine nach zirka zwölf Monaten kommt. Der Durchschnittswert für einen Ideal-Recall auf vierundzwanzig Monate beträgt 4,5. Der tatsächliche Recall-Terminwert beträgt 4,43. Somit lässt sich die Aussage treffen, dass „Oral Wellness“ eine effiziente Möglichkeit darstellt, die Motivation und Compliance der Patienten bezüglich der Prophylaxe innerhalb der Erhaltungsphase deutlich zu verbessern.

Fazit: „Oral Wellness“ bietet dem erwachsenen Patienten einen zusätzlichen Nutzen und die Möglichkeit, sich „verwöhnen zu lassen“.

Dem Zahnarzt bietet sie eine Argumentations- und Überzeugungshilfe, den Patienten an präventive Leistungen heranzuführen. Eine repräsentative Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte zum Thema Prophylaxe zeigt, dass 94 Prozent der befragten Zahnärzte mehr Spaß am Beruf haben, wenn der größte Teil der Patienten eine gute Mundhygiene betreibt.

Das vorgestellte Konzept ermöglicht es, die emotionale Bindung des Patienten an die Praxis zu erhöhen und ihre Authentizität zu steigern. Denn ein erlebtes „zum Wohle unserer Patienten“ hat eine deutlich höhere Glaubwürdigkeit als ein lediglich ausgesprochenes. Der Zahnarztbesuch lässt sich durch „Oral Wellness“ positiv belegen – und führt zu einem deutlichen Angstabbau der Patienten.

Dr. Martin Nemec
Rosenstr. 12, 63450 Hanau
M.Nemec@t-online.de

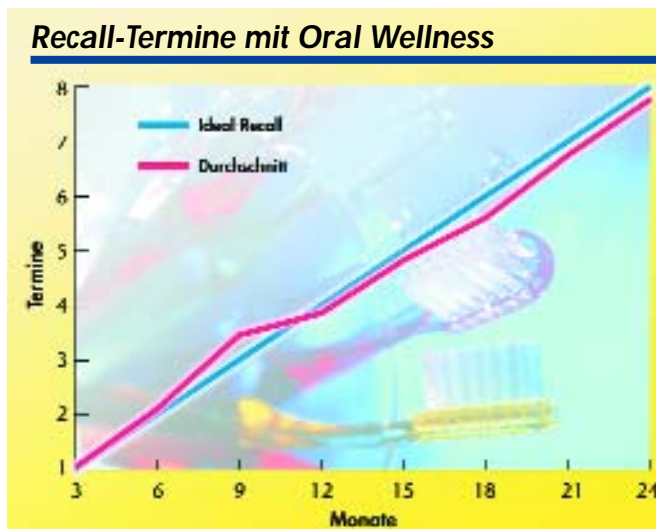


Abb 5: Recall-Termine mit Oral Wellness

Kieferwinkel zum Kiefergelenk werden mit leichten Fingerzirkelungen im Bereich des m. masseter sowie leichter Akupressur des F. infraorbitale abgeschlossen. Zum Abschluss der Massage wird der Unterkieferrand zur Claviculargrube ausgestrichen. Als zusätzliche Maßnahme zur Entspannung können Entspannungsmusik, Duftöle und gedämpftes Licht eingesetzt werden.

Zur Überprüfung des Entspannungserfolgs wurde eine weitere Befragung von rund 400 Patienten durchgeführt. Die Ergebnisse im Überblick:

- 94 Prozent empfanden „Oral Wellness“ als entspannend;

- fünf Prozent fanden die Massage nicht sonderlich entspannend, wobei diese Patienten nach eigenen Angaben durch äußere Einflüsse in der Entspannung gestört wurden;

- ein Prozent empfand die „Oral Wellness“-Sitzung als nicht entspannend, wobei diese Patienten angaben, sich bei Massagen

zm Gesamtausgabe 2002 auf CD-ROM

Suchen, finden, nachschlagen – in Sekundenschnelle

Wieviel Platz im Bücherregal benötigt ein kompletter Jahrgang der Zahnärztlichen Mitteilungen? Antwort: Genau neun Millimeter. So dick ist nämlich das Cover der zm-Gesamtausgabe 2002. Zum ersten Mal erscheint in diesem Jahr unser Jahresband auf CD-ROM. Pünktlich zur Internationalen Dental-Schau kommt der Silberling auf den Markt – mit sämtlichen Texten und Bildern, einer komfortablen und schnellen Volltextsuche und einer einfachen und intuitiven Bedienung.



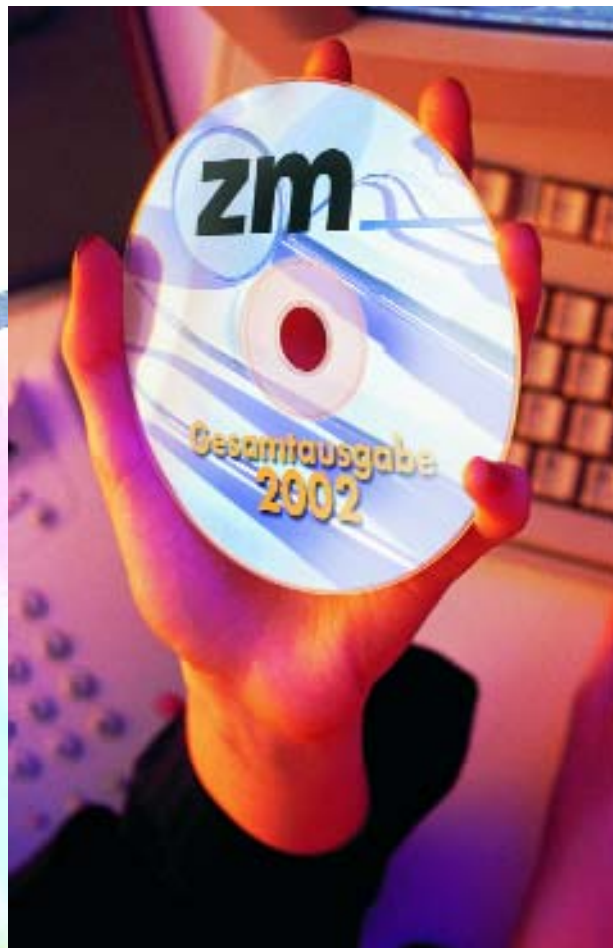
„Wo habe ich noch mal diesen Artikel über Zahnheilkunde im Alter gelesen?“ – „Da gab's doch letz- tens ein Repetitorium zu Hautkrebs...“ –

„Wie war das eigentlich mit den Steuerspar- modellen?“ Bestimmt ging Ihnen das auch schon einmal so: Sie konnten sich daran er- innern, einen interessanten Text in den Zahnärztlichen Mitteilungen gesehen zu haben, aber als Sie noch mal nachschlagen wollten, wussten Sie nicht mehr so genau, in welcher Ausgabe der eigentlich stand. Bei mehr als 3000 Seiten – so umfangreich ist nämlich ein zm-Jahrgang – ist es ja auch alles andere als einfach, direkt die richtige Stelle zu finden. Jedes Heft einzeln zu durchblättern dauert natürlich viel zu lange. Womöglich ist ja auch das Heft, das

Sie benötigen, gerade nicht zur Hand. Klar, ein Anruf oder eine E- Mail an die Redaktion würden be- stimmt weiterhelfen. Aber besser und deutlich schneller wäre es doch, direkt und ohne lange suchen zu müssen an die Informationen zu ge- langen, die Sie benötigen.

Texte, Grafiken, Fotos

Und genau das ist jetzt möglich: Pünktlich zur Internationalen Den- tal-Schau (IDS) in Köln erscheint Ende März die erste zm-Gesamtaus- gabe auf CD-ROM. Sämtliche 24 Hefte des 92. Jahrgangs sind hier in digita- ler Form enthalten, alle Texte, Grafiken und Fotos – und alles im Original-Layout, so wie Sie es aus den Print-Hefen kennen. Die CD-ROM lässt sich sowohl vom PC als auch



Egal, ob PC oder Mac – der Silberling läuft auf fast allen Rechnern

vom Mac starten. Durch die Verwendung des pdf-Standards ist eine große Kompati- bilität zu fast allen gängigen Computer-Be- triebssystemen gegeben. Auch auf älteren Rechnern mit niedrigerer Prozessorleistung und kleinerem Speicher kann mit der CD- ROM gearbeitet werden. Wie das geht? Hier eine kurze Übersicht:

- **Installation:** Damit die zm-Gesamtausgabe 2002 auf dem Rechner gelesen werden kann, muss zunächst der kostenlose „Acrobat Reader“ installiert werden. Die entsprechende Software ist auf der CD-ROM enthalten, kann aber auch über das Internet heruntergeladen werden. Diese Installation muss nur ein einziges Mal vorge- nommen werden; anschließend lässt sich die CD-ROM sofort starten.
- **Startseite:** Bei jedem Start der CD-ROM erscheint zunächst eine Übersicht sämtli- cher 24 zm-Titel des Jahrgangs 2002. Die



Alle 24 Hefte im Original-Layout – ein Klick aufs Cover genügt.



Fotos: MEV/zm



Titel können angeklickt werden, um in das Inhaltsverzeichnis des jeweiligen Heftes zu gelangen. Links neben der Heftübersicht befindet sich eine Navigationsleiste, über welche die wichtigsten Funktionen der CD-ROM erreicht werden können: „Suche“, „Infos“ und „Kontakt“.

■ **Suche:** Nur ein paar Stichwörter genügen, um mit Hilfe der Volltextsuche direkt die richtige Stelle in der zm-Gesamtausgabe zu finden. Wer in das Eingabefeld zum Beispiel „Zahnheilkunde“ und „Alter“ einträgt, erhält sämtliche Artikel, die sich mit diesem Thema beschäftigen, in einer übersichtlichen Liste angezeigt – inklusive der jeweiligen Rubriken und Heftnummern. Ein

Klick auf den Listeneintrag, schon öffnet sich der entsprechende Artikel, in dem die gesuchten Begriffe außerdem farblich hervorgehoben sind. Die Suche wird auf Grundlage eines Volltext-Index durchgeführt, der für die CD-ROM optimiert wurde und daher sehr schnell Ergebnisse liefert – innerhalb weniger Sekunden lassen sich so Artikel finden, nach denen früher mühsam und lange gesucht werden musste.

■ **Inhaltsverzeichnis:** Eine weitere Möglichkeit, Artikel nachzuschlagen, ist das „Durchblättern“ der CD-ROM mittels der Inhaltsverzeichnisse. Hinter jedem der 24 zm-Titel auf der Startseite stecken sämtliche Artikel, die in dem jeweiligen Heft erschienen sind. Um den entsprechenden Text lesen zu können, genügt ein Klick auf den Eintrag im Inhaltsverzeichnis. Anschließend gelangt man problemlos zurück zur Startseite.

■ **Infos:** Um die Benutzung der CD-ROM so leicht wie möglich zu machen, sind die wichtigsten Hinweise in kurzer und einfacher Form zusammengefasst worden. Weitere Hilfestellungen für die Benutzer bietet die Online-Hilfe des „Acrobat Reader“.

Neben den schnellen und einfachen Suchmöglichkeiten bietet die CD-ROM noch weitere Vorteile. Alle Artikel können am Bildschirm gelesen oder ausgedruckt werden, die Texte lassen sich beliebig vergrößern oder verkleinern, Bilder und Grafiken ein- und auszoomen. Wer Passagen aus zm-Texten in eigenen Arbeiten, Aufsätzen oder Artikeln zitieren möchte, kann das mit Hilfe der „Copy & Paste“-Funktion bequem und ohne die Gefahr eines Tippfehlers machen. Um vorab schon einen Eindruck von der ersten zm-Gesamtausgabe auf CD-ROM zu bekommen, bietet sich ein Besuch auf der IDS vom 25. bis 29. März in Köln an – die zm-Redaktion präsentiert den Silberling an ihrem Messestand (Halle 13.2, Stand 50/51). dev

■ **Infos zur Bestellung** der CD-ROM „zm Gesamtausgabe 2002“ finden Sie in diesem Heft auf Seite 81.

Offene Immobilienfonds

Dinosaurier mit Renditerisiko

Joachim Kirchmann

Offene Immobilienfonds sind und waren in der Börsenbaisse der Anlagerenner. Denn hier gab es kaum oder gar keine Kursverluste. Doch es droht ein böses Erwachen, wenn die Gesellschaften zur Steuerkasse gebeten werden.

Ohne viel Aufhebens zählen die Offenen Immobilienfonds zu den Dinosauriern der Geldanlage. Vor allem, wenn an den Aktienbörsen Baisse herrscht, schaufeln die Geldanleger Milliarden von Euro in das Verdauungssystem dieser Investitionsgiganten. Und das ohne große Werbeanimation. Denn Offene Immobilienfonds sind für Anlagestrategen, die von der Offensive in die Defensive wechseln, eine sichere Burg: Das Geld wandert in Fonds, die es überwiegend in renditeträchtigen Gewerbeimmobilien zur Arbeit schicken. Hier ist es weitgehend vor Wertverfall, Inflation und vor stark schwankenden Kursen geschützt.

Im Börsenbaissejahr 2001 flossen 7,3 Milliarden Euro in die Offenen Immobilienfonds, im Börsenstressjahr 2002 sogar 14,9 Milliarden Euro – während auf dem Hausehöhepunkt im Jahr 2000 knapp drei Milliarden Euro abgezogen und weitgehend in Aktien umgetauscht wurden. Im November 2002 warteten bei den deutschen Immobilienfonds rund 17 Milliarden Euro auf Anlage. Die deutschen Fonds zählen mittlerweile zu den größten Immobilien-Investoren im europäischen Ausland, vor allem in Großbritannien und in Frankreich. Zwischen einem Offenen und einem Geschlossenen Immobilienfonds besteht ein gravierender



Investitionsgiganten: Offene Immobilienfonds sind – im Gegensatz zum Brachiosaurus – nicht vom Aussterben bedroht.

Unterschied: Ein offener Fonds nimmt unbegrenzt Kapital an und wandelt es in Fondsanteile um. Ein geschlossener Fonds nimmt von den interessierten Investoren nur so viel Kapital auf, wie er für die Errichtung eines konkreten Gebäudes benötigt. Die Anteile an Offenen Immobilienfonds sind frei handelbar. Die Anteile an geschlossenen Immobilienfonds sind, wenn überhaupt, zumeist nur unter der Hand zu Schätzpreisen verkäuflich.

Wertschätzung

Die Anteilspreise der knapp 20 in Deutschland angebotenen Offenen Immobilienfonds werden börsentäglich oder periodisch im Wirtschaftsteil der großen Tageszeitungen wie auch in den einschlägigen Wirtschafts- und Börsenmagazinen veröffentlicht. Anders als bei Aktienfonds wird der

Anteilspreis nicht auf der Grundlage der aktuellen Aktienkurse des Fondsvermögens berechnet. Die Preisangabe basiert vielmehr überwiegend auf Wertgutachten. Diese berücksichtigen im Wesentlichen die Mietrendite, den Standort, die Qualität der Mieter mit ihren Mietverträgen und den Bauzustand. In die Wertschätzung geht selbstverständlich viel Goodwill ein. Selbst wenn am Markt für Großimmobilien die Kauf- und Verkaufspreise stark schwanken, nach oben wie nach unten, schlägt dies – anders als bei Aktienfonds – auf die Fondskurse kaum durch.

Aber nicht nur aus diesem Grund stellt sich die Frage: Wie realistisch, wie glaubwürdig sind die Anteilspreise der Offenen Immobilienfonds? Denn fast alle deutschen Fondsgesellschaften, auch die alteingesessenen, die sich auf die Immobilienanlage speziali-

siert haben, sind mit einem Gutteil, viele sogar mit einem Großteil ihres Fondsvermögens, ins Ausland abgewandert. Seit Sommer 2002 erlaubt das Vierte Finanzmarktförderungsgesetz den Fondsmanagern, nicht nur europaweit Anlagechancen zu suchen. Jetzt dürfen deutsche Fonds auch weltweit Immobilienobjekte erwerben und ihr Publikum auf breiter Ebene am Renditeerfolg beteiligen.

Die Ausweitung der Aktivitäten ins Ausland war lebensnotwendig für die deutschen Fondsbetreiber. Denn hier zu Lande gab und gibt es kaum noch Standorte allererster Güte und erst recht nicht zu Grundstückspreisen, die Gewerbeimmobilien für die Geldgeber noch renditeträchtig machen. Da auch in Zukunft in Deutschland nicht mit nennenswertem Wirtschaftswachstum zu rechnen ist, lenken die deutschen

Immobilienfonds das Anlegergeld lieber dorthin, wo die Wirtschaft nicht lahmtrifft: nach London, nach Paris, in die irische Hauptstadt Dublin, nach Madrid, Helsinki oder Brüssel, wo die wuchernde EU-Bürokratie immerfort Verwaltungsgebäude sucht.

Vitales Ausland

Im Ausland ist der Markt für Gewerbeimmobilien in aller Regel viel vitaler und lebhafter als in Deutschland. Die Orientierung ins Ausland bringt nicht nur bessere Renditechancen bei einer breiteren Streuung des Risikos. Die Objekte selbst, vor allem die erstklassigen, kommen jenseits der deutschen Grenzen viel häufiger auf den Markt. Daraus ergeben sich für die Fondsgesellschaften schnell zu realisierende Anschaffungen, durch die das Geld der Investoren relativ rasch dem intendierten Anlageziel zugeführt wird. In der Vergangenheit nämlich wussten viele Offene Immobilienfonds mangels Gelegenheiten nicht, wohin mit dem vielen Anlagegeld. Sie parkten einen Großteil der zufließenden Mittel auf niedrig verzinsten Festgeldkonten oder in Kurzläufern am Rentenmarkt. Zuweilen ähnelten beliebte Fonds mehr einem Rentenfonds als einem Offenen Immobilienfonds.

Umgekehrt ergibt sich aus schnell realisierbaren Objektverkäufen die Möglichkeit, Verkaufsgewinne zu realisieren. Denn nicht die Mieteinnahmen, von denen noch die Kosten für die Verwaltung und Erhaltung der Objekte wie auch für das Fondsmanagement abgezogen werden, füttern die Renditen werbeträchtig über den Durchschnitt hinaus. Es sind die spekulativ erwirtschafteten Verkaufsgewinne, die den doch

recht mageren Fondsrenditen vor im Schnitt vier Prozent den gewünschten Schub nach oben geben – und zwar über fünf Prozent hinaus in Richtung sieben Prozent. Mit einem Wertzuwachs von 7,3 Prozent im Jahr 2002 ist der noch recht junge, aber zu 100 Prozent im Ausland (davon zu 66 Prozent in den USA) engagierte Grundinvest Fonds der logische Renditespitzenreiter.

Doch anders als in Deutschland, wo für Privatanleger die Spekulationsgewinne aus Immobilienverkäufen steuerfrei sind (waren), müssen in den meisten europäischen Staaten und auch in den USA solche Gewinne mehr oder minder hoch versteuert werden, und zwar direkt von den juristischen Eigentümern der Objekte. Das aber sind die Fondsgesellschaften. Diese müssten eigentlich Rückstellungen für ihre Verkaufsgewinne im Ausland bilden, um daraus die allfälligen Steuern zu bezahlen. Diese Rückstellungen werden vom Fondsvermögen abgezogen. Sie sind somit aus der Vermögensmasse und deren Wertzuwachs ausgeklammert, was den Fondspreis und damit auch die Jahresrendite nicht unbedeutend reduziert. Wenn ein Fonds erstmals die Rückstellungen voll bedient, würde nach einer Einschätzung des unabhängigen und erfahrenen Fondsanalysten Stefan Loipfinger eine Jahresrendite mit einem Schlag um mehr als zwei Prozentpunkte gekappt.

Eine simple Beispielrechnung, bezogen auf ein einziges konkretes Objekt: Ein Fonds kaufte 1994 in den USA ein Gewerbeobjekt für zehn Millionen US-Dollar. Er verkaufte es im Jahr 2002 für 15 Millionen US-Dollar, also mit fünf Millionen Dollar oder 50 Prozent Gewinn. Zu versteuern ist in den

USA, wie allgemein üblich, der Veräußerungsgewinn abzüglich Restbuchwert des Kaufpreises. Der Restbuchwert berücksichtigt die jährlichen Abschreibungen in Höhe von 2,5 Prozent vom Kaufpreis. Bei einer Haltedauer von acht Jahren beträgt der Restbuchwert bei einem Kaufpreis von zehn Millionen Dollar 8,2 Millionen Dollar. Zu versteuern wären 6,8 Millionen Dollar, und das mit 42 Prozent. An Steuern wären somit 2,8 Millionen Dollar fällig.

Steuerverhältnisse

Bei einer Million gezeichneten Fondsanteilen schlägt beispielsweise der gewinnträchtige Verkauf ohne Steuerrückstellung mit einem Fondspreis von 15 Dollar zu Buche; unter Berücksichtigung der Steuern beträgt der Fondspreis allerdings nur 12,20 Dollar. Daraus ergibt sich eine Differenz von 23 Prozent. Mit anderen Worten: Um diesen Prozentsatz weicht ein im Ausland engagierter Immobilienfonds von der Realität ab, wenn er stur die deutschen Steuerverhältnisse der Vergangenheit fortschreibt; das heißt, keine Steuerzahlungen auf Verkaufsgewinne berücksichtigt. Gewiss: Die USA bieten bei der Besteuerung von Immobiliengewinnen ein Extrembeispiel. Doch in den maßgeblichen Ländern Europas weichen die Abschreibungs- und Steuersätze gar nicht weit von den amerikanischen ab.

■ **Frankreich:** vier Prozent jährliche Abschreibung und 34 Prozent Steuern auf den Verkaufsgewinn

■ **Spanien:** zwei Prozent respektive 35 Prozent

■ **Belgien:** drei Prozent respektive 33,99 Prozent

■ **Schweden:** zwei Prozent respektive 28 Prozent

■ In **Großbritannien** fallen für Ausländer keine Steuern auf Verkaufsgewinne aus Immobilien an.

■ In den **Niederlanden** wird die Besteuerung gerade geändert.

Bislang noch fehlen verbindliche Vorschriften, ob und wie Offene Immobilienfonds Rückstellungen für die Versteuerung von Verkaufsgewinnen beim Fondsvermögen zu berücksichtigen haben. Der Gesetzgeber, ohnehin nicht besonders sachkundig in Sachen Geldanlage, hat bei der

tisch bewertet. Hier stimmen die Renditeangaben. Das Gleiche gilt für den Grundbesitz Invest der Deutschen Bank mit einem Auslandsanteil von derzeit 24 Prozent. Auch der Difa Fonds Nummer 1 (Auslandsanteil: 28 Prozent) und der Difa Grund (Auslandsanteil: knapp 49 Prozent) rechnen fair ab. Bei den Offenen Immobilienfonds der Sparkassen (Deka) findet eine Steuerrückstellung in voller Höhe statt, aber abgezinst über zehn Jahre.

lungen für Steuerzahlungen im Ausland. Der große Hausinvest (Inventarwert: rund zehn Milliarden Euro; Mutterbank: Commerzbank) hat immerhin schon rund 74 Prozent seines Anlagekapitals ins Ausland verlagert. Dieser Publikumsliebbling (Rendite 2002: 5,5 Prozent) verweigert aber jegliche Angaben zu den renditerelevanten Steuerrückstellungen.

Ein Renditewunder ist auch bei zunehmender Auslandsorientierung von den Offenen deutschen Immobilienfonds nicht zu erwarten. Ein Steuersparvehikel waren diese Fonds nur in begrenztem Maße. Die Nettomietträge mussten bislang voll versteuert werden. Nur die Verkaufsgewinne aus rein deutschen Objekten waren von Steuern befreit. Da aber in Deutschland die Umschlaggeschwindigkeit von gewerblichen Großimmobilien relativ gering ist, fiel im Schnitt der steuerfreie Renditeanteil nicht sonderlich hoch aus. Wie die Besteuerung nach Verabschiedung der in Planung befindlichen neuen Steuergesetze ausfallen wird, ist aufgrund der neuen politischen Lage vorerst völlig ungewiss.

Wie Aktienfonds sind auch Offene Immobilienfonds ein langfristiges Anlageinstrument. Bei Aktienfonds gebietet die Volatilität des Kursverlaufs eine lange Haltedauer, ehe sich über alle Kurskurven hinweg ein deutlicher Durchschnittstrend nach oben zeigt. Bei Offenen Immobilienfonds sind es primär die Kosten, die den Anleger fesseln. Bei einem Ausgabeaufschlag von zumeist fünf Prozent muss in etwa eine Jahresrendite gleich beim Einstieg geopfert werden. Bis dieser „Verlust“ halbwegs wieder wettgemacht ist, gehen viele Jahre ins Land. ■



Foto: DeNoia

Schwergewichte: Offene Immobilienfonds sind die Kolosse der Branche.

Formulierung des Vierten Finanzmarktförderungsgesetzes, mit dem er den deutschen Fondsgesellschaften den Weg ins Ausland ebnete, eine gesetzliche Regelung im Hinblick auf Steuerrückstellungen offenbar vergessen. Kein Wunder daher, dass bei der freihändigen Regelung der Rückstellungsfrage unter den Fondsgesellschaften ein wahres Durcheinander herrscht. Realistische Renditevergleiche sind nicht mehr möglich.

Fonds, die gezielt nur im Ausland anlegen, weisen die Rücklagen für Steuerzahlungen gemäß den erzielten Wertsteigerungen in voller Höhe aus und sind damit realis-

Mit Rückstellungen in Höhe von 58 Prozent der zu erwartenden Steuerlast, abgezinst über zehn Jahre, operieren der CS Euroreal (Auslandsanteil: 49 Prozent) und der CS-WV Immofonds (Auslandsanteil: 49 Prozent). Hier besteht die Gefahr, dass die Rückstellungen nicht ausreichen. Der Interselect von Westinvest stellt 25 Prozent der Steuern auf Verkaufsgewinne zurück, was bei einem Auslandsanteil von 66 Prozent womöglich ebenfalls viel zu wenig ist. Der Grundwertfonds der Degi (Dresdner Bank und Allianz Versicherung) bildet bei einem Auslandsanteil von derzeit 13,5 Prozent keinerlei Rückstel-

Steuerfalle für Vermieter

Hindernislauf bei der Renovierung

Weil kein klärendes Gesetz existierte, gibt es jetzt zwei Urteile des Bundesfinanzhofs (BFH) zur steuerlichen Absetzbarkeit von Renovierungskosten. Nun aber strickt die Regierung aus dem Hinterhalt an einem Gesetz, das die steuerlich günstigen BFH-Urteile nachträglich zur Makulatur erklärt.

Altbaurenovierung ist steuerlich betrachtet ein Hindernislauf. Zwischen den Schikanen Anschaffungskosten, Herstellungskosten und Erhaltungskosten musste bislang der renovierungsfreudige Immobilieneigner schlafwandlerisch sicher jonglieren, wollte er steuerlich nicht ins Abseits geraten. Und wenn er steuerlich einen Volltreffer landen wollte, dann durften seine Renovierungsrechnungen in der Summe 15 Prozent der ursprünglichen Anschaffungskosten für das renovierungsbedürftige Objekt nicht überschreiten. Diese 15 Prozent definierte das Finanzamt als Werbungskosten.

Und diese dürfen in dem Jahr, in dem eine Zahlung fällig ist, mit einem Schlag in voller Höhe vom zu versteuernden Einkommen des Renovierungs-Bauherren abgezogen werden. Vorausgesetzt: Die lokalen Finanzbeamten spielen freundlicherweise mit und stellen ihrerseits keine Hindernisse in den Weg.

Wurde vom zuständigen Finanzamt die Definition „Werbungskosten“ für Modernisierungs-, Renovierungs- oder Sanierungsarbeiten aberkannt, fiel der Finanzaufwand hierfür automatisch unter die Rubrik „Herstellungskosten“. Diese Kosten lassen sich nicht mehr im Jahr der Zahlung steuerlich voll abschrei-



Schweißtreibende Angelegenheit: Der Fiskus hält Vermieter auf Trab.

ben. Sie werden auf die gesamte Abschreibungsdauer von 40 oder 50 Jahren umgelegt und dürfen jährlich nur mit zwei oder 2,5 Prozent „linearer Abschreibung“ in die Steuerrechnung eingehen. Kein Wunder, dass bei dieser Abschreibungspraxis viele der Benachteiligten „Willkür“ riefen und gerichtliche Klage einreichten. Mitte vergangenen Jahres nun fällt als Endinstanz das oberste deutsche Finanzgericht, der Bundesfinanzhof in München (BFH), gleich zwei sensationelle Urteile. Ihr Tenor: Weil für die 15-Prozent-Regelung die gesetzliche Grundlage fehle, dürften auch umfangreiche Sanierungs- und Renovierungsar-

beiten, die diesen Prozentsatz überschreiten, nach der Anschaffung einer gebrauchten Immobilie als Werbungskosten sofort von der Steuer abgesetzt werden (Aktenzeichen IX R 39/97 und IX R 52/00).

In Kenntnis der laufenden Prozesse vor dem BFH hatten Zehntausende von betroffenen Vermietern ihre negativen Steuerbescheide mit einem Einspruch und einem Verweis auf die

ausstehenden Urteile „offen“ gehalten. Nur dann bestand rein rechtlich die Möglichkeit, bei einem Urteil zu Gunsten der steuerlich Betroffenen eine neue Steuerrechnung mit Erstattungsansprüchen aufzumachen. Das für die Steuerzahler positive Urteil kam. Doch die Finanzbehörden stellen sich weiterhin stur. Seit kurzem wissen die Hingehaltenen, weshalb: Versteckt in dem Entwurf

eines (jetzt wahrscheinlich gar nicht mehr relevanten) „Steuervergünstigungsabbaugesetzes“ existiert eine Regelung, mit der die 15-Prozent-Grenze genau definiert und gesetzlich festgeschrieben wird. Sogar rückwirkend. Und damit provoziert die amtierende Regierung wieder einmal einen Verfassungskonflikt. Denn die deutsche Verfassung garantiert ein so genanntes „Rückwirkungsverbot“.

Dabei hatten sich die BFH-Richter redlich bemüht, die Versäumnisse des Gesetzgebers aufzuarbeiten und Klarheit rund um die komplexe Materie zu schaffen. Die 15-Prozent-Grenze wurde ersatzlos gestrichen. Die

für Werbungskosten relevanten Immobilien wurden in drei Standard-Kategorien unterteilt: „sehr einfacher“, „mittlerer“ und „sehr anspruchsvoller Gebrauchswert“. Wer bei Renovierungs- und Sanierungsarbeiten die angestammte (womöglich durch einen Gutachter bestätigte) Kategorie nicht verlässt, also nicht aufsteigt, kann so viele Kosten produzieren wie er für angemessen hält. Sie gelten dann als steuerlich bevorzugte Werbungskosten. Nur wer in einen höheren Standard aufsteigt, erzeugt Herstellungskosten, die nach dem steuerlich weniger reizvollen Prinzip der linearen Abschreibung verwertbar sind.

Kernbereiche

Noch einen anderen Kriterienkatalog stellten die BFH-Richter auf: Sie definierten vier Kernbereiche der Sanierung und Renovierung: Fenster in Bezug auf Wärme- und Lärmschutz, Sanitäranlagen sowie Elektro- und Heizungsinstallationen. Werden in einem Zug gleich drei oder gar alle vier Kernbereiche deutlich verbessert, liegt ein Standardwechsel vor. Dann sind die entstehenden Kosten Herstellungskosten. Werden hingegen in maximal zwei Kernbereichen Modernisierung, Umbauten oder Erweiterungen vorgenommen, dürfen die Kosten hierfür als Werbungskosten steuerlich geltend gemacht werden. jk

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

*Dr. Joachim Kirchmann
Harthäuser Straße 25
81545 München*

Rückenschulen & Co.

Auswahl gegen die Qual

Martina Schönege

„Klassische Rückenschule, Feldenkrais, Zilgrei, Alexandertechnik, Pilates und mehr: Wer seinen Rücken mit Gymnastik kräftigen möchte, hat die Qual der Wahl. Mit den folgenden Erläuterungen und Übungsbeispielen fällt die Entscheidung leichter.

Die richtige Gymnastik für den Rücken zu finden, ist delikate: Schließlich möchte man nicht Öl ins Feuer gießen, sondern Balsam für die „wunde Stelle“ finden. Das Angebot an Trainingsformen für Wirbelsäule und Rückenmuskulatur wird immer umfangreicher – ein Zeichen dafür, wie verbreitet die Rückenproblematik ist. Mittlerweile gibt es Übungen für jedes individuelle Bedürfnis und für jeden Geschmack. Etwas haben die unterschiedlichen Methoden dennoch gemeinsam: Alle erfordern Ruhe und Konzentration.

Klassische Rückenschule

Die klassische Rückenschule setzt sich aus einer Vielzahl von Übungen zusammen, mit deren Hilfe die Muskulatur gestärkt und der Rücken wirkungsvoll unterstützt werden kann. Die Übungen beziehen sich auf die Bereiche Lenden-, Hals- und Brustwirbelsäule und können anhand entsprechender schriftlicher Anleitung mit Abbildungen zu Hause durchgeführt werden. Wichtig ist, die Übungen regelmäßig durchzuführen:

Täglich fünf Minuten bringen mehr als einmal eine halbe Stunde pro Woche. Die einzelnen Übungen werden bei Zwischenpausen von zirka 15 Se-

kunden zwei- bis dreimal langsam und konzentriert wiederholt. Gleichmäßig atmen und unbedingt aufhören, wenn irgendwo was weh tut (ein leichtes Ziehen in den Muskeln ist normal). Da es sehr viele Übungen gibt, kann sich jeder sein individuelles Programm zusammenstellen.

Weiterhin gibt es eine Art „Haltungs- und Bewegungsleitfaden“, der klassische Haltungs- und Bewegungsfehler des Alltags aufzeigt und vorgibt, wie

zm-Info

Begriffe

Begriffe in der Rückenschule:

Mobilisation:

Die Beweglichkeit fördern

Stabilisation:

Stärkung der Muskulatur in körpergerechter Haltung

Dehnung (Muskulatur):

Den Bewegungsspielraum vergrößern und die Verletzungsanfälligkeit reduzieren

Kräftigung:

Leistungsfähigkeit erhöhen und so den Stütz- und Bewegungsapparat entlasten

Körperwahrnehmung:

Sensibilisierung für die eigene Körperhaltung und so Vermeidung von Fehlhaltungen

Dehnungsübungen: Halsdehnung

- Kopf nach rechts vorne neigen
- Dehnung durch Zug der rechten Hand sanft verstärken
- Schulter der Gegenseite nach unten ziehen
- Spüren Sie die Dehnung im Hals-Nacken-Bereich?
- Die Übung mit nach links vorne geneigtem Kopf wiederholen

Strickleiter

- Hände bei aufrechtem Oberkörper Richtung Decke strecken
- in der Vorstellung, sich eine Strickleiter hochzuhangeln, abwechselnd mit der linken und rechten Hand nach oben greifen und dabei „immer größer werden“
- kontrollierte Ausführung relativ „kleiner“ Bewegungen nach oben
- starke Oberkörperschwankungen vermeiden
- insgesamt 20 „Kletterbewegungen“
- unbedingt auf kontinuierliche, entspannte Atmung achten

Entspannung für den unteren Rücken

- Oberkörper nach vorne beugen und Rücken ganz rund machen
- Zug der Hände an den Knöcheln kann die Dehnung verstärken
- Langsam aufrichten und dabei mit den Händen auf den Oberschenkeln abstützen
- Position zirka 20 Sekunden beibehalten





Kräftigungsübungen: Fingerhakeln

- Finger vor der Brust ineinander haken und auseinander ziehen
- Schulterblätter fest zusammenziehen
- Spannung zweimal für zirka zehn Sekunden halten



Adler

- Arme in „Hände hoch!“-Stellung, Arme und Schultern nach hinten ziehen
- Dann den Oberkörper etwas nach vorne neigen. Halten Sie den Rücken und den Kopf gerade und spannen Sie die Bauchmuskulatur etwas an
- Spannung 15 bis 30 Sekunden halten



Washbrettbauch

- bei aufrechtem Sitz an der Stuhlvorderkante ein Bein leicht anheben
- der Handballen des Gegenarmes drückt gegen den Oberschenkel
- statisches Halten in dieser Position
- auf korrekte Atmung achten! (deutliche Ausatmung)
- Dauer je Seite zirka zehn bis zwölf Sekunden

man es richtig macht (etwa das Heben von Lasten oder Arbeiten im Stehen).

zm-Reihe

Fit auf die sanfte Tour

– Motivation zu Sport, um die eigene Gesundheit zu stärken.

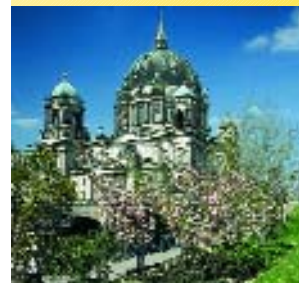


Foto: zm Archiv

Übungsbeispiel für die Hals- und Brustwirbelsäule:

Setzen Sie sich gerade auf einen Stuhl und bauen Sie eine Grundspannung auf. Grundspannung, das heißt Füße nach unten stemmen, Bauch und Gesäßmuskulatur anspannen, Schultern nach unten drücken, Kopf zieht nach oben (in entspannter Kopfhaltung, also nach hinten mit leichtem Blick nach oben). Strecken Sie nun die Arme seitwärts aus und beschreiben sie mit den Armen je acht kleine Kreise vorwärts und rückwärts. Dann lockern.

(Quelle: Karlsruher Rückenforum und Orthomed Sport Forum e.V., „Die kleine Rückenschule“)

Übungsbeispiel zur Mobilisierung der Wirbelsäule:

Begeben Sie sich in den Vierfüßlerstand. Die gesamte Wirbelsäule im Wechsel erst runden, dann strecken (wie eine Welle). Der Kopf bleibt in Verlängerung der Wirbelsäule, heben Sie ihn nicht. Der Blick bleibt zum Boden gerichtet. Wiederholen Sie die Bewegung achtmal langsam und gleichmäßig. (Quelle: GU, „Ratgeber für den Rücken“).

Zilgri

Zilgri findet vor allem bei schmerzhaften Beschwerden des Bewegungsapparates, etwa bei Verspannungen und Blockaden der Wirbelsäule, verklemmten Nerven und Muskelverkrampfungen Anwendung, aber auch in der Geburtsvorbereitung, bei Verdauungsproblemen, Migräne und zur Rehabilitation. Die von der Italienerin Adriana Zillo und dem Chiropraktiker Hans Greissing 1978 in Italien entwickelte Kombination aus einfachen Körperhaltungen und Bewegungen mit fünf bewussten Atemzügen und entspannten Pausen führt zu verbesserter Durchblutung, größerer Beweg-

zm-Info

Grundregeln für das Rückenschulprogramm

- Immer sanft beginnen und die Trainingsintensität nur langsam steigern
- Ruhig und gleichmäßig atmen: Einatmen in der Anspannungsphase, Ausatmen in der Entspannungsphase
- Übungen, die Schmerzen bereiten, sofort abbrechen
- Alle Übungen zwischen fünf- und zehnmal wiederholen

lichkeit und Schmerzlinderung. Die Übungen werden grundsätzlich in der „guten Richtung“ ausgeführt. Wenn etwa die rechte Schulter verspannt ist, wird mit der linken Schulter gearbeitet. Es wird auf die Beweglichkeit in den drei verschiedenen Ebenen (horizontal, frontal und sagittal) geachtet. Der tägliche Zeitaufwand beträgt zwischen zehn bis 30 Minuten, maximal fünf verschiedene Übungen dürfen hintereinander durchgeführt werden und höchstens dreimal am Tag. In den zm 12/1999, Seiten 50 bis 53 und in 20/1998, Seiten 76/77 wurde über diese Methode berichtet.

Übungsbeispiel: „Der Schwan“

Zur Verbesserung von Schmerzen und Verspannungen im Kopf- und Nackenbereich, Blockaden bei der Kopfdrehung, Kopfschmerzen oder steifem Hals.

Bewegungsebene: Drehen des Kopfes auf der Horizontalebene. Selbstuntersuchung in der Horizontalebene.

Aufrechter Sitz auf einem Stuhl, die Arme hängen locker herab, Kopf im Lot, Blick geradeaus. Den Kopf soweit es geht nach links drehen, dann nach rechts. Ist die Drehung nach rechts zum Beispiel schmerzhafter als nach links, erfolgt die Zilgrei-Übung nach links.

Dazu aufrecht auf den Stuhl setzen, den Kopf zur beschwerdefreieren, linken Seite bis zum Endpunkt drehen und ein kleines Stück zurück, damit eine entspannte Haltung vorliegt. Nun fünf komplette Zilgrei-Atmungszyklen durchführen, das heißt an etwas Schönes denken, Kiefer und Zunge entspannen, einatmen – maximal fünf Sekunden Pause, ausatmen – maximal fünf



Fotos: Photodisc

Die einfühlsame Unterstützung durch einen Therapeuten ist für manchen Anfänger eine wichtige Hilfe beim Einstieg in ein aktives Rücken-schul-Programm.

Sekunden Pause, und wiederholen. Nach Beendigung der fünf Atmungszyklen normal weiteratmen und den Kopf langsam wieder in die Ausgangsstellung zurückdrehen. Um festzustellen, ob es eine Veränderung zu vorher gibt, den Kopf vorsichtig nach rechts drehen. Auch wenn eine Verbesserung spürbar ist, die Bewegung nicht übertreiben.

Alexandertechnik

Die Alexandertechnik ist eine Bewegungsschule. Die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung wird geschult, man lernt, sich schädliche Bewegungs- und Haltungsgewohnheiten bewusst zu machen, sich von diesen zu lösen

und zu entspannen. Ihr Entwickler, Frederick M. Alexander (1869 bis 1955) war Schauspieler und litt bei seinen Auftritten an einer chronischen unspezifischen

„ **Täglich fünf Minuten bringen mehr als einmal eine halbe Stunde pro Woche.**

Heiserkeit. Das veranlasste ihn zu einer verstärkten Selbstbeobachtung, bei der ihm deutlich wurde, wie unangemessen er mit seinem Körper umging. Die Methode, die er auf der Basis seiner Entdeckungen entwickelte, machte es ihm möglich, Muskelbelastungen und strapazierende Bewegungen zu reduzieren.

Die klassische Alexandertechnik erlernt sich auch ohne Arzt, Therapeut oder Trainer. Wer sie aus einem Buch lernen möchte, braucht allerdings umfangreiches Bildmaterial.

Einen kleinen Einblick gibt das folgende Beispiel:

Selbstbeobachtung: Heben Sie Gegenstände mit einer Hand auf und ziehen dabei die Schultern hoch?

Tragen Sie Lasten immer in einer Hand und krümmen dabei eine Körperseite während Sie die andere überdehnen?

Lerninhalte der Bewegungsschule: Bücken und drehen Sie sich mit Hilfe der dafür vorgesehenen beweglichen Knochenverbindungen. Beugen Sie sich mit Hilfe des Hüftgelenks, anstatt die Wirbelsäule zu krümmen. Drehen Sie sich aus der Taille, anstatt die Bewegung nach unten zu verlagern und die Beine in eine unnatürliche Haltung zu zwingen.

Halten Sie Ihren Körper von Kopf bis Fuß möglichst gerade, entspannen sie die Kinnmuskulatur. Bauch einziehen und sich Schulter- und Beckenbereich als Teil des Rückens vorstellen: in Form eines gut ausbalancierten Rechtecks, von dem aus Arme und Beine sich frei bewegen können. Beim Sitzen sollte die Wirbelsäule nicht gekrümmt sein und der Bauch nicht durchhängen.

(Quelle: Gallagher-Mundy, 1997)

Pilates

Die ganzheitliche Pilates-Methode wurde auf der Basis fernöstlicher Trainingsmethoden entwickelt. Durch langsame kontrollierte Bewegungen sowie bestimmte Atemtechniken wird dem Körper Energie zugeführt



Vor dem Spiegel lernt man, die individuellen Rückenübungen korrekt und ohne Haltungsverfäler auszuüben.

und ohne spezielles Zubehör bei minimalem Aufwand maximaler Erfolg erzielt. Schon eine Viertelstunde täglich verhilft zu einer besseren Körperhaltung und selbst hartnäckige Rückenschmerzen können mit der Pilates-Methode gelindert werden. Pilates ist ein viel Disziplin erforderndes konzentriertes Trainingsprogramm, bei dem Bänder und Gelenke gekräftigt werden, die Beweglichkeit des Körpers wird erhöht und die Muskeln gedehnt. Das Hauptge-

wicht liegt dabei auf der Dehnung und Streckung des Körpers: damit wird er geschmeidiger, beweglicher und länger. Über den Körper hinaus ist Pilates jedoch eine ganzheitliche Disziplin, die Körper, Geist und Seele gleichermaßen fordert, eine Bewegungsphilosophie, die Körper und Geist zu einer Einheit bringt. Die Übungen werden langsam und konzentriert ausgeführt – nicht die Häufigkeit, sondern die Qualität der Bewegungen ist entscheidend.

Neben dem Rücken gibt es beispielsweise Übungen zur Kräftigung und Dehnung für die Hände und das Handgelenk (Schwache Arme und Hände belasten den Rücken.) Die Übungen lassen sich auch in der Praxis zwischendurch ausführen.

Die Methode wird in vielen Gymnastik-Studios angeboten, unter Namen wie Polestar, Stott Methode, P-Methode, Body Control Pilates oder Balanced Body.

Übungsbeispiel

1) Auf den Rücken legen, die Beine im Rechten Winkel zur Brust heben, Arme ausgestreckt neben den Körper legen und die Handflächen auf den Boden pressen.

2) Kopf und Schulter leicht anheben, bis die Arme sich leicht über dem Boden befinden. Die Unterschenkel heben, bis die Zehen höher als die Knie in die Luft ragen. Achtung: Nicht ins Hohlkreuz gehen! Die Lendenwirbelsäule bleibt im Bodenkontakt.

3) Arme rhythmisch auf- und abbewegen. Diese Pumpbewegun-

gen fünfmal beim Einatmen und fünfmal beim Ausatmen ausführen, insgesamt 50 mal. (Das sind fünf Atemzyklen, die langsam auf zehn Atemzyklen – also 100 mal – gesteigert werden.)

4) Die Übung kann erschwert werden, indem man die geschlossenen Beine senkrecht in die Luft streckt.

Zum Abschluss der Übung Kopf ablegen und Knie anwinkeln.

Achtung: Während der Übung nicht die Handgelenke abknicken, die Arme immer synchron bewegen und die Schultern gerade lassen – nicht rund machen und mit den Armen nach vorne ziehen.

Funktionelle Ausgleichsgymnastik

Der Krankengymnast und Reha-Therapeut Thomas Einsingbach und der Orthopäde Dr. Thomas Wessinghage haben mit ihrer Funktionellen Ausgleichsgymnastik ein Konzept gegen Alltagsstress und Überlastungen zum Ausgleich von Fehlbelastungen entwickelt, mit dessen

Hilft man selbstständig chronischen Überlastungszuständen vorbeugen kann und das so zu einem positiven Lebensgefühl beiträgt. In Buchform erhältlich, geht der Funktionellen Ausgleichsgymnastik ein Check-up-Test voraus, der den persönlichen Zustand von Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination und Kraft feststellt. Anschließend ist es leicht, die passenden individuellen Übungen zu finden. Wer sich nicht zutraut, sein eigenes Programm alleine zu erstellen, für den gibt es acht vorgefertigte Übungsprogramme zu Themen wie Muskuläre Spannungsregulierung, Statische Kraftausdauer, dynamische Kraftausdauer und mehr. Gerade für den Zahnarzt ist das statische Kraftausdauertraining interessant: Die Muskulatur um Hals- und Brustwirbelsäule wird gestärkt, denn wenn nicht genug Kraft vorhanden ist, schmerzen die Muskeln aufgrund der daraus resultierenden Verkrampfung.

Weiterhin gibt es persönliche Übungsprogramme für den Arbeitsplatz, den Feierabend, für Unterwegs, das Wochenende, für Senioren und für intensive Kräftigung und Dehnung.

Funktionelle Ausgleichsgymnastik: Th. Einsingbach, Dr. Th. Wessinghage, Pflaum Verlag München, 13 Euro, ISBN 3-7905-0664-8

Feldenkrais

„Abenteuer im Dschungel des Gehirns“ nannte Moshé Feldenkrais seine Idee einer sehr sanften Bewegungsschule. Die Feldenkrais-Methode kann auch von eher unsportlichen Menschen praktiziert werden. Es geht vor allem darum, zu erlernen, wie man sich gesünder und

besser bewegt und den Körper bewusst spürt, also um die Verfeinerung des Zusammenspiels zwischen Nervensystem und Muskulatur.

Feldenkrais-Kurse werden zum Teil von Krankenkassen, aber auch in Gesundheitszentren und an Volkshochschulen angeboten. Am häufigsten angewandt ist die **Gruppenarbeit**. Dabei führen die Übenden stehend, sitzend oder liegend langsame, oft kleinste Bewegungen aus, die der Leiter mit kurzen verbalen Anweisungen vorgibt. Es geht

dabei keineswegs darum, eine klar definierte „Figur“ korrekt nachzubilden. Jeder soll vielmehr tastend und entdeckend ganz für sich herausfinden, wie er eine bestimmte Bewegung ausführt. So findet jeder seine persönlichen Grenzen, die es ohne Anstrengung allein durch bewusste Wahrnehmung und Bewegung zu erweitern gilt. Richtig oder falsch gibt es dabei nicht, die individuelle Bewegungsform und die Wahrnehmung des eigenen Körpers stehen im Mittelpunkt.



Ganzkörperaktivierung, Dehnung und Kräftigung: Mit dem Gyrotonic Expansion System – hier in der Kölner Praxis „Das Zentrum“ – lassen sich mehr als 3000 Übungen durchführen.

zm-Info

Bravo zum Walking-Echo

Rund 200 Zahnärzte haben den Leserservice zum Thema Walking und Nordic Walking in den zm 19/2002 angefordert. Diese starke Nachfrage bestätigt nicht nur den Bedarf an Bewegung sondern auch den Einsatzwillen der Zahnärzte, etwas für ihre Gesundheit zu tun.

Bei der **Einzelarbeit** wird der so genannten „Funktionalen Integration“ vertraut. Dabei verbringt der Patient die Stunde auf einer Liege, im Sitzen, Stehen oder Gehen. Feine präzise Berührungen des Lehrers helfen ihm, seine aktuellen Bewegungsmuster zu erkennen, eingefleischte Verhaltensmuster aufzugeben und Alternativen herauszubilden.

Kleiner Test:

Falten Sie Ihre Hände oder verschränken Sie die Arme vor der Brust. Beobachten Sie sich. Liegt immer der selbe Daumen oben und, wie üblich, der rechte Arm über dem linken? Versuch Sie es andersherum. Haben Sie jetzt das Gefühl, dass etwas nicht stimmt? Wenn ja, hat die Demonstration ihren Zweck erfüllt: Was wir einmal eingeübt haben, wiederholen wir gewöhnlich unbewusst. Bestimmte Bewegungen und Haltungen werden selbstverständlich und wir merken nicht mehr, wie sehr wir dabei immer dieselben Muskelgruppen überdehnen, die Wirbelsäule falsch belasten und den Körper überstrapazieren.



Fotos: PhotoDisc

Bei starken Verspannungen hilft oft auch eine fachmännische Massage bevor man daran gehen kann, die Muskulatur aktiv zu stärken...

Gyrotonic Expansion System

Das Gyrotonic Expansion System (GXS) besteht aus einer Verbindung verschiedener Trainingsgeräte, die den dreidimensionalen Bewegungsablauf des Menschen ansprechen, ähnlich wie bei Yoga. Durch die fließenden Bewegungen, die man an diesem Gerät ausführt, wird der gesamte Körper aktiviert, Muskelketten verbunden und tiefe, gelenksnahe Muskulatur aktiviert. Bänder, Sehnen und Bindegewebe werden stimuliert, sogar die Organe profitieren durch die resultierende Massagewirkung. Gleichzeitig ermöglicht der geführte Widerstand des Gerätes die Dehnung und Kräftigung der Muskeln. Dieses System hilft besonders bei Rücken- und Gelenksbeschwerden, denn Wirbelsäule und Schultergelenke werden durch diesen besonderen Bewegungsablauf wunderbar beweglich und Kraft in den Armen, Schultern und dem Rücken wird aufgebaut. Gleichzeitig wird die Körperhaltung korrigiert, der Brustkorb wird aufgerichtet und gestreckt. Das GXS

lässt sich natürlich für alle Körperregionen einsetzen, also etwa auch für die Beine, den Bauch oder die Hüftregion (es gibt mehr als 3 000 verschiedene Übungen). Allerdings, es kann nicht zu Hause praktiziert werden und man braucht eine Einweisung und Betreuung durch entsprechend ausgebildetes Personal. Wer Interesse an dieser Trainingsform hat, wendet sich am besten an seinen Orthopäden oder an Reha-Einrichtungen mit guter Ausstattung oder fordert den Leserservice an.

Tergumed®

Tergumed® ist ein patentiertes, aus fünf Modulen bestehendes, zwölfwöchiges intensives Pro-



....und auch die klassische Wärmflasche kann etwas Erleichterung bringen.

gramm für den Rücken. Mit Blick auf die Gesamtzusammenhänge als Ursache für Rückenbeschwerden umfasst und behandelt es die Module „Beweglichkeit und Präzision“, „Kraft“, „Koordination“, „Ausdauer“ und „Verhalten“. 18 Trainingseinheiten enthalten individuell für jeden Patienten abgestimmte Elemente aus den jeweiligen Modulen. Ein umfassender ärztlicher Befund

und die computergestützte Analyse der Rumpfmuskulatur sowie ein submaximaler Ausdauerstest bilden die Basis für den individuellen Trainingsplan. Der Erfolg wird von Arzt und Therapeut sowie durch begleitende Tests geprüft und optimiert.

Das Programm ist sinnvoll

- als weiterführende Therapie, wenn herkömmliche Physiotherapie nicht ausreichend war,
- als aktive Maßnahme gegen Schmerz, wenn eine Schwäche der Rumpfmuskulatur vorhanden ist,
- oder als Zeit sparende Prophylaxe bei einseitigen Tätigkeiten.

Ein Wort zum Schluss

Grundsätzlich gilt, dass nur alleine aktiv werden soll, wer nicht an akuten Schmerzen oder Vorschäden, wie Bandscheibenvorfall oder Ähnlichem, leidet. Dann ist zunächst der Orthopäde zu konsultieren. Wer zum ersten Mal



Tergumed®: Die Fortschritte bei der Therapie können dank moderner Technik und intensiver Betreuung optimal überwacht werden.

Übungen für seinen Rücken ausgeführt, sollte sich in fachkundige Hände begeben und für den Einstieg einen Kurs belegen – eine klassische Rückenschule etwa, um einen ersten Eindruck zu gewinnen. Rückenschülern mit Vorkenntnissen, die ihre Übungen alleine zu Hause durchführen, empfiehlt es sich, die Übungen, wenn möglich, vor einem Spiegel auszuführen und so eventuelle Fehlhaltungen bei der Ausführung zu vermeiden.

Martina Schönegege
Feltenstr. 115
50827 Köln



Auf den letzten Nachrichtenseiten können Sie Literaturempfehlungen und Adresseninfos (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) anfordern. Rückenübungen für Zwischendurch gibt es auch im Internet unter www.fahrschuleheil.de/tipps/ruecken02.htm.

Beethovens Taubheit

„Wie ein Verbannter muß ich leben“

Hans-Peter Zenner

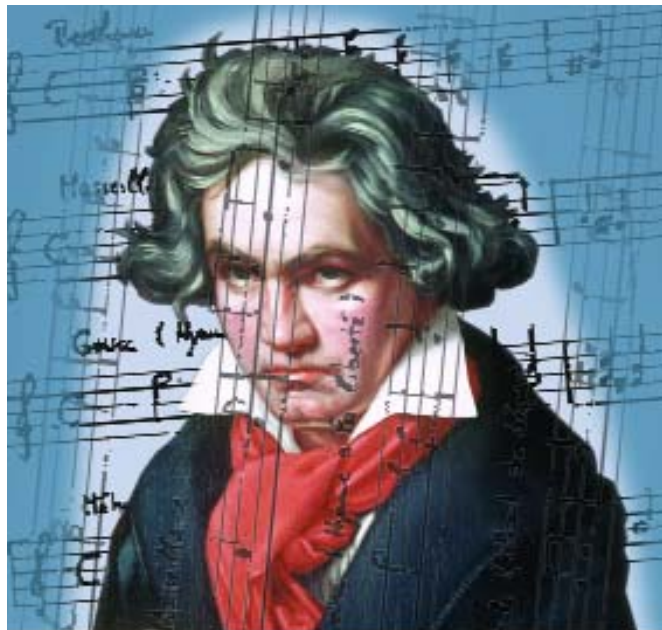
Eindrucklich beschreibt der Komponist die charakteristische soziale Isolation des Schwerhörigen, die Schwerhörigkeit als Krankheit. Mit den Mitteln der modernen Medizin hätte man ihm wahrscheinlich helfen können.

„So bald ich tot bin, ..., so bittet ihn (seinen Arzt Professor J. Adam Schmidt) in meinem Namen, daß er meine Krankheit beschreibe, ... damit wenigstens soviel als möglich die Welt nach meinem Tode mit mir versöhnt werde ...“ Dies schrieb Ludwig van Beethoven 1802, gerade 32 Jahre alt, in sein Heiligstädter Testament.

Beethoven war bereits als 28-Jähriger schwerhörig. Die letzten Jahre seines Lebens war er taub – ein Dornenweg für den hoch begabten Musiker. Hört man die 1798 zu Beginn seiner Schwerhörigkeit komponierte, schwer klingende Klaviersonate D-Dur (op. 10) „largo e mesto“, so glaubt man, etwas von der Ahnung dieses schweren Weges in der Musik wiederzufinden. 1801. Im Alter von 31 Jahren, schildert Beethoven seine Symptome: Schwerhörigkeit mit Hochtonverlust und Sprachverständlichkeitsverlust, quälende Ohrgeräusche (Tinnitus), Verzerrungen (Recruitment) und Überempfindlichkeit für Schall (Hyperakusis). In einem Brief an seinen Freund Dr. Franz Gerhard Wegeler (1765 bis 1848) vom 29. Juni beschreibt Beethoven die dissonante Kognition von Menschen und eigener Musik:

„Der neidische Dämon hat meiner Gesundheit einen schlimmen Streich gespielt, nämlich mein Gehör ist seit drei Jahren immer schwächer geworden (Schwerhörigkeit)... nur meine Ohren, die sausen und brausen Tag und Nacht fort (Tinnitus)... Ich bringe mein Leben elend zu. Seit zwei Jahren meide ich alle Gesellschaften, weils mir nicht möglich ist, den Leuten zu sagen, ich bin taub.

Hätte ich irgend ein anderes Fach so gings noch eher, aber in meinem Fach ist es ein schrecklicher Zustand... Die hohen Töne von Instrumenten und Singstimmen höre ich nicht (Hochtonverlust), wenn ich etwas weit weg bin, auch die Bläser im Orchester nicht. Manchmal auch hör ich den Redner, der leise spricht, wohl, aber die Worte nicht



Genialer Musiker und stocktaub: Ludwig van Beethoven

(Sprachverständlichkeitsverlust), und doch, sobald jemand schreit, ist es mir unausstehlich (Hyperakusis).“

Es war Kant, der anmerkte, schlechtes Sehen trenne von den Dingen, Schwerhörigkeit hingegen trenne von den Menschen. Beethoven beschreibt die charakteristische, soziale Isolation des Schwerhörigen, die Schwerhörigkeit als Krankheit, die im wahrsten Sinne des Wortes doppelt unsichtbar ist: Man kann sie nicht sehen, und der Betroffene macht sich unsichtbar. Beethoven zieht sich aus der Welt der Hörenden

zurück. Ein bestimmender Teil seines Menschseins geht Beethoven unaufhaltsam verloren.

Der kranke Beethoven hatte Suizidgedanken. Nur seine Kunst rettete ihn. Der Verlust des Hörens und kühne Kompositionsentwürfe – eigentlich ein Widerspruch in sich, und doch waren sie bei Beethoven vereinbar.

Sein damaliger Arzt, Professor J. Adam Schmidt (1759 bis 1808) vom Josefinum in Wien, hatte Beethoven die Kur in Heiligenstadt empfohlen. Ihm widmete Beethoven das Klaviertrio WoO 38 (eine Bearbeitung von Opus 2). Er hatte es bereits 1791 geschrieben, noch bevor er schwerhörig wurde – ein fröhlich und unbeschwert klingendes Stück, so als wollte Beethoven seinem Arzt sagen, sein Gehör und sein Gemüt sollten wieder so werden wie ehemals. 1805 komponiert der 35-Jährige die ersten Skizzen für die 5. Sinfonie (Op. 67/1, 1807/8). Bekannt ist das Pochmotiv. Der Text dazu lautet: „So klopft das Schicksal

an unsere Seele.“ Beethoven ist noch nicht taub – doch auf dem Weg dorthin.

Um Beethovens Schwerhörigkeit und spätere Taubheit zu verstehen, muss man wissen, wie das Ohr funktioniert. Das Ohr ist das empfindlichste und schnellste Sinnesorgan des Menschen. Die große Empfindlichkeit des menschlichen Ohrs kann man ermessen, wenn man bedenkt, dass der soeben wahrnehmbare Schalldruck im Innenohr zu Auslenkungen von nur etwa 10^{-10} m, also ungefähr vom Durchmesser eines Wasserstoffatoms, führt. Zeitlich können mehr

als 1 000 hintereinander auftretende Ereignisse pro Sekunde aufgelöst werden. Vom Trommelfell wird das Schallsignal durch Schwingungen der Mittelohrknöchelchen auf den Steigbügel und von dort durch Ein- und Auswärtsbewegungen seiner Fußplatte auf das Innenohr übertragen. Ein Schallsignal führt dazu, dass der Steigbügel im Mittelohr vibriert, wodurch im flüssigkeitsgefüllten Innenohr eine Welle erzeugt wird. Diese wandert durch das Innenohr (daher ihr Name „Wanderwelle“: sie ähnelt einer Meereswelle am Strand), strandet schließlich und reizt an dieser Stelle einige bestimmte Haarzellen. Es wird angenommen, dass die Wanderwelle dabei die Sinneshäärchen der Haarzellen (Grafik siehe Seite 130) umbiegt und diese Abscherung der Stereo-



zilien die Öffnung von Ionenkanälen in den Zellmembranen an der Spitze der Zilien hervorruft. Interessanterweise ziehen kleine Fäden von den Spitzen der meisten Sinneshäärchen zur Wandung der dahinter stehenden Zilie. Werden die Stereozilien in Erregungsrichtung umgebogen, so werden die Spitzenfäden gespannt. Man stellt sich vor, dass durch den Zug K^+ -durchlässige Ionenkanäle geöffnet werden und dass durch diese Kanäle positiv geladene K^+ -Ionen in die Haarzelle einströmen. Das Innere der Haarzelle wird dadurch elektrisch positiver. Auf diese Weise wird das mechanische Schallsignal in ein körpereigenes elektrisches Signal überführt. Man spricht von der mechano-elektrischen Transduktion.

Das gesunde Ohr hat eine erstaunlich gute Fähigkeit, Tonhöhen zu unterscheiden. Ohne diese Fähigkeit wäre Beethovens Musik nur Schallbrei. Ohne diese Fähigkeit kann der Kranke auch Sprache kaum noch verstehen. Für die Ausbildung der Tonhöhenselektivität besitzt das Innenohr einen

raffinierten zweistufigen Mechanismus. Für die Beschreibung der ersten Stufe erhielt der im Dritten Reich aus Deutschland vertriebene Georg von Békésy 1961 den Nobelpreis. Die bereits erwähnte Wanderwelle hat nämlich zwei wichtige Eigenschaften. In Abhängigkeit von der Tonhöhe strandet sie jeweils an einem ganz bestimmten Ort entlang dem Innenohr: Bei hohen Tönen strandet sie am Anfang, bei mittleren in der Mitte und bei tiefen Tönen am Ende des Innenohres. Und dann ganz anders als bei einer Meereswelle: Unmittelbar bevor sie strandet, wird sie an dieser Stelle plötzlich wie von einer Hand ergriffen, bis zu 1 000fach verstärkt und mit einer sehr scharfen Spitze versehen, bevor sie anschließend sofort in sich zusammenfällt. Die Spitze der 1 000fach verstärkten Wanderwelle stimuliert exklusiv die an diesem Ort vorhandenen wenigen, für diese Tonhöhe verantwortlichen inneren Haarzellen, die anschließend Transmitter an einige afferente Hörnervenfaser weitergeben. Damit bei einer bestimmten Tonhöhe wirklich nur die wenigen inneren Sinneszellen exklusiv gereizt werden, braucht die Wanderwelle eine scharfe Spitze. Dreimal häufiger als innere Sinneszellen sind für diese Spitze die äußeren Haarzellen verantwortlich.

Wanderwelle im Innenohr

Äußere Haarzellen erzeugen nämlich kräftige mikromechanische Schwingungen in der Schallfrequenz. Dazu können sich äußere Haarzellen bis zu 20 000-mal pro Sekunde (20 kHz) verkürzen und verlängern. Dadurch wirken sie wie Servomotoren, die die strandende Wanderwelle ergreifen und sie bis zu 1 000fach verstärken. Die zusätzliche Schwingungsenergie entsteht nur an dem für die jeweilige Tonhöhe charakteristischen, eng umschriebenen Ort des Innenohres. Die Spitze der so erzeugten starken Welle wird scharf lokalisiert an wenige innere Haarzellen abgegeben. Durch diese so genannte cochleäre Verstärkung (Cochlear amplifier) wird die hohe Frequenzselektivität des gesunden Ohres – Voraussetzung für Sprachverständnis und Musikhören – erreicht.

Beethovens Symptome lassen vermuten, dass auch bei ihm – wie bei vielen Innenohrschwerhörigen – die scharfe Frequenzabbildung in der Cochlea nicht mehr vorhanden war. Als Folge litt er insbesondere an der von ihm geschilderten Einschränkung der Sprachverständlichkeit. Die drastische Verstärkung der Wanderwelle, die zur scharfen Spitze und damit erst zur Frequenzselektivität führt, fehlte bei ihm offenbar. Dieser grundlegende Unterschied kann heute am ehesten auf den Ausfall der äußeren Haarzellen zurückgeführt werden. Wenn eine äußere Hörsinneszelle sich nicht mehr bewegt, dann fehlt die Spitze der Wanderwelle. Dann nimmt man wahr, wie Beethoven wahrgenommen hat: „Hör ich ... wohl ..., aber verstehe die Worte nicht.“ Aufgrund Beethovens Beschreibungen kann man annehmen, dass seine Schwerhörigkeit damit begann, dass er sukzessive äußere Hörsinneszellen verlor.

Sukzessiver Hörverlust

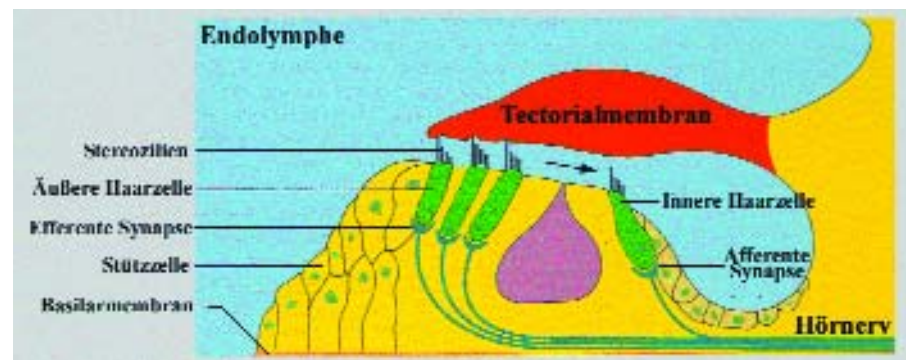
Störungen oder Funktionsverluste der Motilität äußerer Haarzellen sind eine außerordentlich häufige Ursache der Innenohrschwerhörigkeit. Klinisch erkennt man sie am positiven „Recruitment“ oder/ und am Amplitudenabfall/-verlust der TEOAE (transient evoked otoacoustic emission). Bei niedrigen Schalldruckpegeln wird die Wanderwelle nicht mehr aktiv verstärkt, sodass der Schall erst oberhalb der schlechteren physiologischen Schwelle der äußeren Haarzelle, nämlich ab etwa 50 bis 70 dB, gehört wird. Also: Innere Haarzellen hören ohne äußere Haarzellen an der Schwelle nichts, sondern erst ab 50 bis 70 dB. Klinisch resultiert eine Schwellenanhebung im Tonaudiogramm von maximal 50 bis 70 dB. Darüber hinaus geht die durch die Verstärkung erzeugte scharfe Spitze der Wanderwelle, die für die Frequenzselektivität von Bedeutung ist, verloren. Dies kann einen Verlust der Sprachdiskrimination im Sprachaudiogramm erklären. Weiterhin tritt ein Recruitment auf, und die Amplitude transitorischer otoakustischer Emissionen nimmt ab oder geht verloren. Die TEOAE messen nämlich direkt die Mobilität äußerer

Haarzellen. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass binaurale Hörleistungen wie laterales räumliches Hören und Signalerkennung vor Hintergrundgeräuschen deutlich eingeschränkt sind.

Die Behandlung von Beethovens Ohrenleiden begann 1800. Mandelöl-Ohrentropfen und Meerrettich-Baumwolle wurden angewandt, danach bestimmte Teesorten, aber auch so genannte Vesikatorien, die zu Blasen auf der Haut führten; man hoffte, dass mit Verschwinden der Blasen auch die Krankheit vergehe. Was heute fremd anmutet, war typisch für die damalige Zeit. Schließlich wurden ihm lauwarmer Donaubäder verschrieben, die ihm bei seinem Ohrgeräusch etwas geholfen haben sollen.

Allerdings war von Heilung keine Rede, und so war Beethovens Ärzte-Hopping kein

(„taub“ bedeutete damals auch schwerhörig). Ein Jahr später (1815) meinten Neate und Simrock, englischer Pianist der eine und sein Verleger der andere, wenn überhaupt noch ein Restverstehen vorhanden sei, dann nur noch auf dem linken Ohr. Von seiner rechten Seite angesprochen, verstehe Beethoven nichts mehr. 1816, so Simrock, sei Persönliches nur noch schriftlich vermittelbar gewesen. Seit 1818 wurden Gespräche mit Beethoven ausschließlich schriftlich geführt. Überliefert sind rund 400 so genannte Konversationshefte. Vergleicht man Beethovens Porträts aus den Jahren 1812, 1815 und 1818, so gewinnt man den Eindruck, sein Antlitz sei in diesen sechs Jahren fast 20 Jahre älter geworden. Es spiegelt offensichtlich die furchtbare Erfahrung Beethovens wider.



Äußere und innere Haarzellen; aus Zenner, „Hören“, in: Schmidt-Thews: Physiologie, Springer, Heidelberg

Wunder. Aber die besten Ärzte seiner Zeit konnten ihm alle nicht helfen. Und doch hat Beethoven in den Jahren bis 1812 acht seiner neun Sinfonien abgeschlossen. Es war Johann Melzel, der Erfinder des Metronoms, der Beethoven 1814 eine kleine Hilfe zukommen ließ: ein Hörrohr. Eine weitere Unterstützung war ein an seinem Erard-Flügel befestigter Holzstab, den Beethoven zwischen seine Zähne nahm. Auf diese Weise hatte er ein Vibrationsempfinden.

Doch selbst diese kleinen Fortschritte wurden sofort zunichte gemacht. Ab 1814 verschlimmerte sich Beethovens Schwerhörigkeit zunehmend. Die Indizien: 1814 war sein letzter öffentlicher Auftritt als Pianist. Danach spielte er nur noch im Freundeskreis oder für sich alleine. Der Musiker Tomaschek beschrieb Beethoven als sehr taub

Es sollte noch schlimmer kommen. 1819 schrieb der schwedische Dichter Atterbom, Beethoven sei, was man „stocktaub“ nenne. Ludwig Spohr beobachtete 1821, dass Beethoven beim Piano die Tasten nicht mehr anschlug.

Am 7. Mai 1824 wurde Beethoven als Dirigent eines Konzertabends angekündigt. Von der Ouvertüre „Die Weihe des Hauses“ über eine Teilaufführung der Großen Messe (Kyrie, Credo, Agnus dei) bis zur 9. Sinfonie war ein umfangreiches Programm zu hören. Beethoven war zwar formal Dirigent, tatsächlich folgte das Orchester Michael Umlauf, dem „assistierenden“ Dirigenten. Frenetischen Beifall gab es bereits nach dem Kyrie. Beethoven wandte sich jedoch nicht zum applaudierenden Publikum. Man nahm ihn bei den Schultern und drehte ihn sanft

um, damit er den Beifall in Empfang nehmen könne. Offensichtlich war Beethoven taub. Nach allem, was wir heute wissen, kann man vermuten, dass 1824 nicht nur Beethovens äußere Hörsinneszellen, sondern auch seine inneren Hörsinneszellen ihre Funktion aufgegeben hatten.

Was hat Beethoven zu jener Zeit seiner vollständigen Ertaubung komponiert? Die *Missa solemnis* mit ihrem *Kyrie* (Op. 123), nach dessen Erklingen die Ertaubung evident wurde. Aber der vom sozialen Rückzug Betroffene komponierte auch: „Seid umschlungen Millionen“ und: „Alle Menschen werden Brüder“ (9. Sinfonie, op. 125, 1823/24). Vielleicht wollte er mit seiner glanzvollen Musik etwas über sich sagen, was der Ertaubte mit Sprache allein nicht mehr ausdrücken konnte.

Auch ohne Schwerhörigkeit und Taubheit war Beethoven ein kranker Mann. Er hatte Masern, aber auch Pocken gehabt. Die

von Franz Klein 1812 erstellte Gesichtsmaske Beethovens zeigt charakteristische Pockennarben. Alois Weizenbach, Chirurgie-Professor in Salzburg, notierte einen Typhus vor 1798. 1797 bis 1802 wurden von seinem damaligen Arzt Professor Schmidt rheumatische Beschwerden genannt. Ob diese mit unseren heutigen medizinischen Begriffen übereinstimmen, bleibt unklar. Ab 1802 litt er immer wieder an Infekten der Nase, an Nasenbluten und an einem Asthma bronchiale. 1810 ist er offenbar schwer auf den Kopf gestürzt. Beethoven war ausgeprägt kurzsichtig. Er trug Sehgläser zwischen 1,5 bis vier Dioptrien.

In seinen Briefen beschreibt er nicht nur seine Schwerhörigkeit, sondern auch Unterleibskrämpfe und Unterleibskrankungen. Die Bäder in der Donau, von denen die Rede war, dienten nicht nur dazu, sein Ohrenleiden zu lindern, sondern auch sein Unterleibsleiden zu behandeln. Heutige



Beethovens Hörrohre wurden von Johann Melzel, dem Erfinder des Metronoms, hergestellt.

Quelle: Beethovenhaus Bonn

Erkenntnisse lassen auf eine Pankreatitis schließen. In seinen letzten Lebensjahren (ab 1821) kamen ein Ikterus und Hämoptoen (ab 1825) hinzu.

„Matt und elend lag er da, zuweilen tief seufzend . . .“

Im Krankenzimmer herrschte während Beethovens letzten Lebenswochen reger Betrieb. Der Kranke erlebte soziale Zuwendung, von der er sich mehr als 15 Jahre ausgeschlossen hatte. Nicht nur kamen täglich mindestens zwei Ärzte zur Visite, sondern auch Freunde und Bekannte stellten sich regelmäßig ein. Der spätere Komponist und Schriftsteller Ferdinand Hiller war zusammen mit seinem Kompositionslehrer, Johann Nepumuk Hummel, in den letzten Tagen bei Beethoven. Er besuchte ihn im März 1827, also unmittelbar vor seinem Tod, dreimal und war am 8. März „nicht wenig

erstaunt, den Meister dem Anschein nach behaglich am Fenster sitzend zu finden“. Beim zweiten Besuch, am 13. März, war Beethoven bereits bettlägrig. Er stöhnte zuweilen tief, habe aber noch viel und lebhaft gesprochen. Und über den Besuch am 23. März schreibt Hiller: „Matt und elend lag er da, zuweilen tief seufzend, kein Wort mehr entfiel seinen Lippen – der Schweiß stand ihm auf der Stirn.“ Am selben Tag unterschrieb Beethoven sein letztes Testament – nach von Breuning im Halbschlummer. Am 24. März 1827 tobte nachmittags ein Gewitter über Wien – und Beethoven starb.

Beethovens Leichnam blieb bis zur Obduktion, die übrigens in seinem Haus stattfand, in seinem Bett liegen. Begraben wurde er am 29. März. Andenkensjäger hatten ihm bis dahin fast das gesamte Kopfhaar abgeschnitten. Die Obduktion nahm Dr. Johann Wagner, Assistent am Pathologischen Mu-

seum, vor. Sein Gehilfe war der später berühmte Dr. Karl von Rokitansky.

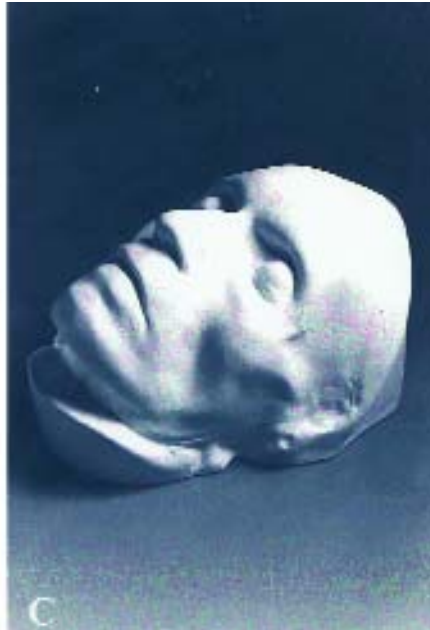
Am ehesten wird man heute meinen, dass Beethoven an einer so genannten chronischen Innenohrschwerhörigkeit gelitten hat. Seit 1798 wies Beethoven mit voranschreitendem Hochtönenverlust, Sprachverständlichkeitsverlust, Tinnitus und Hyperakusis sehr charakteristische Zeichen dieses Leidens auf. In diesem Fall wäre es zunächst zum Funktionsverlust und Untergang der äußeren Haarzellen – und mit der Ertaubung auch der inneren Haarzellen – gekommen. Nach Untergang der inneren Haarzellen kann auch der Hörnerv zum Teil zugrunde gehen. Im Sektionsprotokoll steht, dass der Hörnerv deutlich zu dünn gewesen sei, zusammengeschrumpft und marklos. Wagner und Rokitansky bemühten sich, bei dem hochberühmten Mann, der an einer Taubheit gelitten hatte, das Gehör mit den damals zur Verfügung stehenden Mitteln zu



Abbildungen: Beethovenhaus Bonn

B

links: Beethovens Lebendmaske von Franz Klein, 1812;



C

rechts: Beethovens Totenmaske

beschreiben. Die Haarzellen waren noch nicht entdeckt, ein Mikroskop gab es nicht. Nur das bloße Auge stand zur Verfügung. So ist die Beschreibung der zu dünnen Hörnerven Zeichen damaliger größtmöglicher Präzision.

Untergang der Sinneszellen

Schwer zu beantworten ist die Frage, warum die Sinneszellen untergingen. Eine Lues, die man Beethoven später andichtete, war offensichtlich nicht die Ursache. Unwahrscheinlich ist, dass eine Lues einzig und allein das Gehör betraf und ansonsten völlig folgenlos an seinem Körper vorüberging. Bei der damaligen Häufigkeit der Lues haben die beiden Sektionsärzte sicher nach Zeichen einer Lues gesucht. Die Schädelverletzung kann auch nicht Ursache des Hörverlustes gewesen sein, denn es fehlt der zeitliche Zusammenhang. Typhus scheidet ebenfalls als Ursache aus. Auch hier wird man einen engen zeitlichen Zusammenhang mit der Ertaubung fordern: Zu dem Zeitpunkt, als der Typhus auftrat, müsste auch die Ertaubung aufgetreten sein. Dies war nicht der Fall. Für eine Altersschwerhörigkeit ist Beethoven nicht alt genug geworden. Auch eine Bleivergiftung macht nicht schwerhörig: Arbeiter von Bleiberg-

werken, etwa in Südamerika, leiden zu Tausenden an Bleivergiftungen. Schwerhörig sind sie nicht. Man findet Angaben, dass Beethoven an einer Otosklerose, einer Knochenkrankheit des Ohres, gelitten haben soll. Das verbesserte Hören mit dem Holzstab am Klavier wird als Indiz aufgefasst. Allerdings macht eine Otosklerose außerordentlich selten völlig gehörlos. In 30-jähriger klinischer Tätigkeit hat der Autor eine beidseitige Ertaubung durch Otosklerose noch nicht erlebt. Auf Fotos von Beethovens Schädel glaubt man eine Knochenverdickung zu sehen, wie sie für eine Pagetsche Krankheit typisch ist. Allerdings ist der von Fotos bekannte Schädel Beethovens ein Gipsabdruck, der nach Beethovens Exhumierung im Jahr 1863 angefertigt wurde. Damals war Beethovens Schädel in neun Teile zerfallen. Nachdem diese neun Teile von Alois Wittmann zusammengefügt worden waren, stellte er davon einen Gipsabdruck her. Die beim Gipsabdruck sichtbare Verdickung kann also auch auf einen Abdruck- oder Rekonstruktionsfehler zurückgehen.

Die moderne Medizin hätte Beethoven zwar nicht heilen – sie hätte ihm jedoch helfen können. Vermutlich hätte er seine Musik noch viele Jahre lang mit modernen Hörgeräten hören können. Später hätte man

ihm möglicherweise ein modernes Hörimplantat operativ ins Mittelohr einpflanzen können. Durch Mikrovibrationen reizt es die inneren Hörsinneszellen, wenn die äußeren zerstört sind. Nach dem Untergang der inneren Haarzellen hätte man Beethoven ein Cochlear-Implantat in die Hörschnecke einsetzen können. Ein Cochlear-Implantat wirkt, wenn das gesamte Innenohr einschließlich der inneren Hörsinneszellen nicht mehr funktioniert, aber der Hörnerv noch intakt ist.

Selbst wenn – wie bei Beethoven der Fall – schließlich die Hörnerven ebenfalls betroffen sind, gibt es heute Hilfe, nämlich in Form eines Hirnstammimplantats. Das Implantat reizt das Gehirn direkt. Der Hörnerv wird nicht gebraucht. Allerdings funktionieren Cochlear-Implantat und Hirnstamm-Implantat nicht so perfekt wie das normale Hörvermögen. Sie ermöglichen jedoch in vielen Fällen eine sprachliche Kommunikation. Einschränkend muss man sagen, dass diese Implantate ausdrücklich nicht dafür konzipiert sind, Musik besonders gut zu hören. Vielmehr besitzen diese Implantate einen hoch spezialisierten Computer, der vor allem Sprache verarbeitet und diese in ganz bestimmte elektrische Signale zerlegt. Diese werden vom Hörnerven oder dem Gehirn aufgenommen und an das Sprachzentrum weitergegeben. Beethovens Musik klingt daher mit einem Cochlear- oder Hirnstamm-Implantat nicht unbedingt elegant, aber er hätte sie vermutlich hören können.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzteverlages aus: Dtsch Arztebl 2002; 99: A 2762–2766 (Heft 42)

*Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
Hans-Peter Zenner
Ärztlicher Direktor
Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik
Elfriede-Aulhorn-Straße 5
72076 Tübingen*



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

Dr. Kettling verstorben

Am 28. Januar 2003 verstarb plötzlich und unerwartet der Oberstarzt Dr. Werner Kettling, Kommandozahnarzt im Sanitätskommando III in Weißenfels. Mit Dr. Werner Kettling verliert der Zahnärztliche Dienst der Bundeswehr einen seiner erfahrensten Sanitätsoffiziere in fachlich leitender Funktion, der wegen seiner großen Kompetenz, seines unermüden Engagements und seiner menschlichen Wärme innerhalb und außerhalb der Bundeswehr in hohem Ansehen stand.



Fotos: privat

Dr. Kettling wurde am 6. August 1947 in Unna geboren. Nach dem Abitur, das er in München ablegte, und einer zweijährigen Ausbildung zum Reserveoffizier der Sanitätstruppe, begann er ab 1972 an der Westfälischen Wilhelms Universität in Münster das Studium der Zahnmedizin, das er Ende 1977 mit der Approbation abschloss. Darauf diente er zunächst als Truppenzahnarzt und Leiter der Zahnarztgruppe in Ahlen, wo er 1980 zum Oberstabsarzt befördert und 1981 zum Berufssoldaten ernannt wurde.

Im Jahre 1982 wechselte er zum Heeresamt nach Köln, hier erfolgte 1983 seine Beförderung zum Oberfeldarzt. Sein weiterer Werdegang führte ihn 1985 als

Referent in das Bundesministerium der Verteidigung in Bonn. Es folgte eine Verwendung als Wehrbereichszahnarzt des Wehrbereichskommandos IV in Mainz. In gleicher Funktion wechselte er 1989 zum Wehrbereichskommando III nach Düsseldorf über, wo er bis 2001 blieb.

Dr. Kettling wurde 1990 zum Oberstarzt befördert, 1992 promovierte er zum Dr. med. dent. Für seine Verdienste im zahnärztlichen Dienst der Bundeswehr wurde Dr. Kettling 1994 mit dem Ehrenkreuz der Bundeswehr in Silber ausgezeichnet.

Bedingt durch die Umstrukturierung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr wurde der Dienstposten des Wehrbereichszahnarztes in Düsseldorf aufgelöst und Dr. Kettling im Oktober 2001 als Kommandozahnarzt zum Sanitätskommando III nach Weißenfels versetzt.

Für die ihm fachlich unterstellten Sanitätsoffiziere Zahnarzt war Oberstarzt Dr. Kettling stets ein verständnisvoller Vorgesetzter mit pragmatischem Führungsstil. Er setzte sich stets mit Nachdruck zum Wohle der Zahnmedizin in der Bundeswehr ein. Mit den zahnärztlichen Landesvertretungen pflegte er immer eine gute Zusammenarbeit auf der Basis intensiver Kontakte und eines regen Meinungsaustausches.

Der Zahnärztliche Dienst der Bundeswehr trauert um einen vorbildlichen Kameraden, hochgeachteten Kollegen, und guten Freund. Wir werden ihn in ehrendem Andenken behalten.

Dr. Günther Brassel

Prof. Reither verstorben

Am 17.2.2003 ist Prof. Dr. Dr. W. Reither nach langer, schwerer Krankheit verstorben.

Er gehörte zu der Generation von Hochschullehrern, die, geformt von Krieg und Nachkriegszeit, die Entwicklung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Medizinischen Fakultäten aktiv mitgestaltet hat und dafür sorgte, dass die zahnmedizinischen Disziplinen heute als selbständige Ordinate und Polikliniken an den Medizinischen Fakultäten etabliert sind. Seine ärztliche Tätigkeit in den medizi-



nischen Kernfächern Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pathologie und Bakteriologie in den Jahren 1948 bis 1952 und eine prothetische Ausbildung bei seinem Lehrer, Prof. Dr. Dr. h.c. K. Falck in München gaben ihm ein breites Fundament an solidem Wissen in der Medizin und Zahnmedizin. So ist es verständlich, dass er gerade das Fach Zahnersatzkunde stets unter dem ärztlichen Aspekt vertrat, wobei er aber technisches Wissen und Können immer als Grundlage ansah.

Seine wissenschaftliche Laufbahn absolvierte er an der Klinik für ZMK in München. 1968 folgte er einem Ruf auf den Lehrstuhl nach Freiburg, wo er bis 1979 zunächst als Klinikdirektor

und später als Vorsitzender des neu geschaffenen Zentrums für ZMK die Geschicke der Klinik begleitete. Unter seiner Führung wurden die Fächer Kieferchirurgie, Kieferorthopädie und Zahnerhaltungskunde als selbständige Ordinate in die Medizinische Fakultät eingegliedert und die Klinik durch Um- und Erweiterungsbauten zu einem der leistungsfähigsten Zentren für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erweitert. Als Kliniker war er der Kollegenschaft stets verbunden. 1957 wurde er zum außerordentlichen Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Bayerns gewählt. 1966 wurde er Fortbildungsreferent der Landes Zahnärztekammer Bayerns; in Freiburg war er seit seiner Berufung Fortbildungsreferent der Bezirks Zahnärztekammer Südbadens, seit 1976 auch Fortbildungsreferent der ZÄKBW. Von 1976 bis 1980 war er Vorstandsmitglied der LZÄK und ab 1980 gewähltes Vorstandsmitglied der BZÄK Freiburg. Für seine rege Schaffenskraft wurde Prof. Reither mehrfach ausgezeichnet. 1964 erhielt er den Arnold-Bieber-Preis, 1979 die silberne Ehrennadel der Deutschen Zahnärzte, 1985 das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse und 1989 die Verdienstmedaille der Landes Zahnärztekammer Baden-Württembergs. Mit Prof. Reither verliert die Kollegenschaft einen aufrechten und geradlinigen Vertreter seines Faches in Wissenschaft und Praxis. Seine Schüler werden in ehrend im Gedächtnis behalten.

Wolfgang Gernet

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 144

3M ESPE

Aufschluss über das Kariespotenzial



Ein neuer Chairside-Schnelltest zur Bestimmung des Kariespotenzials: Das ist Clinpro Cario L-Pop von 3M Espe. Der Test basiert auf dem Nachweis von Milchsäure, gebildet von Karies verursachenden Bakterien im Biofilm der Zunge. Hierfür wird ein mit Speichel befeuchtetes Teststäbchen in einen L-Pop Blister gesteckt, der aktiviert wird. Das Teststäbchen wird dann für zwei Minuten

in der gemischten Flüssigkeit der beiden Flüssigkeitsreservoirs belassen. Anschließend wird die Einfärbung mit der beiliegenden Farbtafel verglichen. Die Milchsäurefreisetzung ist ein Indikator für die Stoffwechselaktivität Karies verursachender Bakterien. Je höher die Stoffwechselaktivität dieser Bakterien im Mund des Patienten ist, umso höher ist das Potenzial dieser Bakterien, Karies zu verursachen.

3M ESPE AG
ESPE Platz
82229 Seefeld
Freecall: 08 00 / 275 37 73
Freefax: 08 00 / 329 37 73
www.3mespe.de
E-Mail: info3mespe@mmm.com

solutio

E-Mails und SMS an Patienten

Eine Hilfe für die schnelle Kommunikation: Die Software Charly von solutio ermöglicht jetzt den Versand von SMS-Mitteilungen, wie Termin-Benachrichtigungen, Termin-Erinnerungen, Info-Mitteilungen oder Recall, direkt auf das Handy des Patienten. Diese Form der Versendung von Informationen ist kostengünstiger als der Postversand, als Mailings und als Direktanrufe, erfordert außerdem einen geringeren Personalaufwand und bietet zu-

sätzlich die Möglichkeit, die Information gleichzeitig an mehrere Patienten durch eine Serienbrief-Funktion zu senden. Außerdem können auch E-Mails aus Charly verschickt werden. solutio stellt sein Informationssystem auf der IDS vor.

solutio GmbH
Röhler Weg 16
71032 Böblingen
Tel.: 0 70 31 / 46 18 - 70
Fax: 0 70 31 / 46 18 - 77
www.solutio.de
E-Mail: info@solutio.de

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

SIRONA

Winkelstück zur Wurzelkanalaufbereitung

Mit dem Winkelstück SIRONiTi unterstützt Sirona den Zahnarzt in der endodontischen Behandlung. Es ist mit fünf Drehmomentstufen ausgestattet, die über einen Vorwählring direkt am Winkelstück einzustellen sind. So lassen sich Wurzelkanäle in Kombination mit allen gängigen Nickel-Titan-Feilen ohne zusätzliches Tischgerät aufbereiten. Mit jedem Winkelstück erhält der Zahnarzt einen Satz Torque CARDS, die ihm die einzustellende Stufe 1 bis 5 für die aktuell verwendete Feile angibt. Herzstück des innovativen Winkelstücks ist die vergoldete Magnetkupplung mit ihrer einzigartigen „Retrorotation“: Beim Überschreiten des Drehmoments verhindert SIRONiTi das Blockieren der Feile im Wurzelkanal. Die An-

triebskraft reißt nicht abrupt ab, sondern es erfolgt ein weiches Auslösen der Kupplung – ganz automatisch ohne zusätzliche Einstellung. Das bedeutet schnelles und sicheres Arbeiten. Die patentierte Sirona-Technologie mit ISO-Adaption lässt alle Freiheit bei der Antriebswahl. Das Winkelstück wird direkt auf den Elektromotor gesteckt, weitere Einstellungen an der Einheit sind nicht erforderlich.



SIRONA Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51 / 16 29 01
Fax: 0 62 51 / 16 32 60
E-mail: contact@sirona.de
www.sirona.de

GEBR. BRASSELLER

Moderne Endo- und Präp-Instrumente

Substanz schonende Präparation und moderne Endodontie, so lauten die Schwerpunkte des diesjährigen IDS-Programmes von Kommet. Im Laborbereich ist das Leitthema die effiziente Bearbeitung von Keramik in der Freihandbearbeitung und in der Frästechnik. MFile ist für die maschinelle Wurzelkanal-Aufbereitung in drei Schritten konzipiert. Das aus insgesamt acht NiTi-Instrumenten bestehende System ist übersichtlich und systematisch aufgebaut. Die Hartmetallinstrumente des Satzes 4383 zur minimalinvasiven Restauration nach Dr. Neumeyer sind zum pulpanahen Exkavieren geeignet, die filigranen Diamantinstrumente werden zur Füllungsnachbearbeitung verwendet. Für

die sichere und schonende Kronenstumpfpräparation wurde der Satz 4384 nach Prof. Günay entwickelt. Keramikbrückengerüste lassen sich mit dem neuen Diamantrad 8910R schonend bearbeiten. Das Diamantrad 8910R.104.200 ist geeignet für das Schleifen von Rändern an Keramikbrücken und zum Ausarbeiten und Gestalten der Konkavitäten an Frontzähnen.



GEBR. BRASSELLER GmbH & CO. KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 0 52 61 / 701-0
Fax: 0 52 61 / 701-289
www.brasseler.de

Girrbach Dental

Gesichtsbögen, Werkstoffe und mehr

Auf dem IDS-Messestand (Halle 13.1, Gang G/H, Stand 20-21) stellt Girrbach Dental Produktneuheiten vor: Zum Beispiel bekommt der Artex mit der patentierten Leipziger Glabellastütze ein Hilfsteil, das die Gelenkachse mit dem Artex-Gesichtsbogen physisch ermittelt. In Kombination mit der Einmal-Bissgabel Quickbite minimiert sich der Zeit- und Materialaufwand beim Registrieren. Ein wichtiger Schritt für die Frontzahn-Aufstellung: Mit dem am Artex-Gesichtsbogen adaptierbaren Glasschild Clinometer nach Dr. Behrendt lassen sich Bipupillarlinie und Zahnreihen in Einklang bringen. Digident zur CAD/CAM-Fertigung präsentiert sich mit der verbesserten 4-Achs-Maschine Digiducit



und dem Hochgeschwindigkeits-scanner Digiscan. Die neue Creation-Zi-Verblendkeramik für alle Zirkondioxid-Gerüste in den 16 Grundfarben schließt den Ästhetik-Kreis der Vollkeramikgerüste.

Girrbach Dental GmbH
Dürrenweg 40
75177 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 957 - 210 / 221
Fax: 0 72 31 / 957 - 219
E-Mail: info@girrbach.de
www.girrbach.de

Computer konkret

Zertifizierte Zahnarztsoftware



Die zahnärztliche Verwaltungssoftware stoma-win von Computer konkret bietet neben allen Funktionen, die für die Planung und Abrechnung vertraglicher und außervertraglicher Leistungen erforderlich sind, eine ganze Reihe von Features für ein erfolgreiches Praxismanagement und Controlling. Dazu gehören Terminplaner, Wartezimmerfunk-

tion sowie ein umfangreiches Kontrollbuch, Abfrage- und Statistiksystem. Mit stoma-media steht den Zahnärzten nun eine Diagnostiksoftware zur Verfügung, die von der DEKRA nach der Medizinprodukte-Richtlinie 93/42/EWG zertifiziert wurde. Das Produkt bietet dem Anwender ein Bildarchiv mit freien Ansichten, Schnittstellen zu digitalen Röntgensystemen, Scannern und Kameras.

Computer konkret AG
Theodor-Körner-Str. 6
08223 Falkenstein
Tel.: 0 37 45 / 78 24 33
Fax: 0 37 45 / 78 24 19
www.computer-konkret.de
E-Mail: vertrieb@computer-konkret.de

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

Hager & Werken

Übernahme von Meyer-Haake

Zur IDS 2003 übernimmt die Firma Hager & Werken, Duisburg, die Meyer-Haake GmbH, Oberursel (Foto von links: Andreas Huber, Christine Meyer-Haake und Michael Hager). Mit dem Namen Meyer-Haake wird vor allem die Hochfrequenz-Chirurgie verbunden. Viele Praxen und Universitätskliniken arbeiten mit den HF-Surg Geräten. Christine Meyer-Haake wird Hager & Werken weiter beratend unterstützen. Ha-

ger & Werken selbst präsentiert sich auf der IDS in Halle 13.1 (Gang D10/E11) mit Neuheiten wie Mira-2-Ton Tablets (neuartigen Einfärbetabletten für Plaque aus Lebensmittelfarben), oder Occlu-Print, einem Stempel für Kompositfüllungen sowie mit einigen so genannten Klassikern wie Miraject, N2, Pic-Brush, Mirafluor und weiteren Produkten. Für Zahntechniker wird beispielsweise das Carat/Biopaque Sortiment angeboten.



Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54
47006 Duisburg
Tel.: 02 03 / 99 269-0
Fax: 02 03 / 29 92 83
www.hagerwerken.de
E-Mail:
info@hagerwerken.de

Heraeus Kulzer

Mit Neuigkeiten zur IDS

Eine neue Gerätegeneration für das Galvanoforming wird Heraeus Kulzer während der IDS präsentieren. Preciano iQ heißt die Weiterentwicklung der Preciano-Systemfamilie mit besonders kurzen Prozess-Zeiten. Für die Zahnprothetik wird eine neue Presskeramik vorgestellt, die das im Markt bereits eingeführte Metallkeramik-System HeraSun um die Komponente Vollkeramik ergänzt. Zur IDS wird das Universalcomposite Venus durch ein entsprechendes Bondingsystem (iBond) und eine darauf abgestimmte Polymerisations-Lampe ergänzt. Auch an der Schnittstelle zwischen Zahnarzt und Labor, bei den Abformmaterialien, hat Her-

aeus Kulzer seine Werkstoffpalette ergänzt. Zur IDS wurde ein vollkommen neues Polyether-Abformmaterial entwickelt, mit dem der Zahnarzt auch in nicht völlig trockener Umgebung arbeiten kann und das für den Patienten geschmacksneutral ist.

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 35 44 19
Fax: 0 61 81 / 35-35 68
www.heraeus-kulzer.de
E-Mail: Dieter.Kaempfe@heraeus-kulzer.com



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

JOHN O. BUTLER

CHX im Fünf-Liter-Kanister

Für den Großbedarf in der Praxis: Die alkoholfreie Paroex Chlorhexidin-Mundspülung 0,12 Prozent gibt es jetzt in einem Fünf-Liter-Kanister. Dies ist eine kostengünstige Alternative zu den ansonsten erhältlichen kleinen Flaschen.

Durch Spülen mit Wasser wird jedoch der Bakteriengehalt des Aerosols nicht reduziert. Wird aber vor Behandlungsbeginn mit Chlorhexidindigluconat gespült, verringert sich sowohl die Gesamtbakterienzahl als auch der Gehalt an schwarz pigmentierten, anaeroben Keimen, beta-hämolyisierenden Bakterien und Streptococcus mutans. Das beschrieb bereits 1997 ein Autorenteam um



Dr. Christiane Eschmann-Speer in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (DZZ). Die Dosierpumpe für den Fünf-Liter-Kanister gibt es separat zu kaufen, sie ist immer wieder verwendbar. Paroex Chlorhexidin-Mundspülung 0,12 Prozent ist drei Jahre haltbar.

JOHN O. BUTLER GmbH
Beyerbachstr. 1
65830 Krieffel
Tel.: 0 61 92 / 2 70 01
Fax: 0 61 92 / 2 70 05
E-Mail: service@jbutler.de

Ivoclar Vivadent

Mit neuen Werkstoffen zur IDS

Das Füllungsmaterial Artemis und der Verblendwerkstoff SR Adoro

sind die beiden Produkt-Highlights, die Ivoclar Vivadent auf der IDS 2003 vorstellen wird. Artemis ist ein lichthärtendes Füllungsmaterial mit einer breiten Palette an Farben und Transparenzen für naturgetreue Rekonstruktionen der Zähne. SR Adoro ist ein mikrogefüllter, lichthärtender Verblendwerkstoff für Voll- und Teilverblendungen, mit dem indirekte metallunterstützte und metallfreie Restaurationen hergestellt werden. SR Adoro lässt sich leicht und schnell auf Hochglanz polieren und der natürliche Opaleffekt sowie der schmelzähnliche Glanz führen zu einer ästhetischen Prothetik. Im



abnehmbaren Bereich werden die neuen Zahnlinien vorgestellt, bei der die Themen Ästhetik und Funktionalität im Vordergrund stehen. Mit dem neuen Vivaglass Cem PL auf Glasionomerbasis lassen sich festsitzende prothetische Arbeiten aus Metall, VMK – zum Beispiel IPS d.SIGN – und dafür geeignete Vollkeramikmaterialien – zum Beispiel IPS Empress 2 – befestigen.

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2
FL-9494 Schaan
Tel.: 04 23 / 235 35 35
Fax.: 04 23 / 236 36 33
www.ivoclarvivadent.com
E-mail: info@ivoclarvivadent.com

Dürr Dental

IDS-Highlight: bildgebende Verfahren

Der diesjährige IDS-Messestand von Dürr Dental steht im Zeichen der bildgebenden Verfahren in der Zahnmedizin. Mit vertrauter Handhabung liefert das Speicherfolien-Auslesegerät VistaScan automatisch digitale Daten für die

Betrachtung und Bearbeitung am Bildschirm. Im Bereich der Intraorkameras verbindet die neue VistaCam CL die Vorteile einer handlichen Funkkamera mit ausgeprägter Tiefenschärfe. In den anderen Unternehmensbereichen hat Dürr Dental ebenfalls Neu-



heiten zu bieten – etwa den großen Kompressor Quattro

Tandem, die neue kleine Saugmaschine VS 300 oder die Erweiterung der Indikation des Vectors in der Prophylaxe. Ein zusätzliches Handstück dient dabei zur Zahnsteinentfernung. Und ein weiteres Mal heißt es: Willkommen im Dürr HygieneClub! – Wissenswertes rund um Desinfektion, Reinigung und Pflege in der Zahnarztpraxis, gewürzt mit Geselligkeit und Spaß im Kreis der Club-Mitglieder. Den Messestand von Dürr Dental finden die Besucher in Halle 14.1, Gang E 30 bis G 31.

Dürr Dental GmbH & Co.KG
Höffigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705-249
Fax: 0 71 42 / 705-288
www.duerr.de
E-Mail: info@duerr.de

Gillette Gruppe Deutschland

Oszillierend-rotierend reinigt effektiv

Elektrische Zahnbürsten mit einer oszillierend-rotierenden Technologie, wie sie von Braun Oral-B entwickelt wurde, sind bei der Entfernung von Plaque und Reduktion gingivaler Symptome effektiver als andere manuelle oder auch „schallaktive“ Zahnbürsten. Dieses Ergebnis des Cochrane-Instituts für Gesundheitsforschung wurde auf der „Forsyth Institute Conference on Evidence-based Dentistry“ am 11. Januar 2003 vorgetragen. Das unabhängige englische Cochrane-Institut für Gesundheitsforschung hat für die Analyse alle verfügbaren und veröffentlichten Studien zwischen 1964 und 2001 ausgewertet. Ins-

gesamt wurden mehr als 2500 Studien teilenehmer evaluiert. Die Ergebnisse werden in der Cochrane Library, Ausgabe Januar 2003, veröffentlicht.

Weitere Informationen sind unter www.cochrane.org erhältlich.

Gillette Gruppe Deutschland GmbH & Co. oHG
Geschäftsbereich Oral-B
Frankfurter Str. 145
61476 Kronberg/Taunus
Tel.: 0 61 73 / 30-51 54
Fax: 0 61 7 3/ 30-50 42
www.oralb.com



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

TOKUYAMA

Dauerhafte Prothesenunterfütterung

Zur diesjährigen IDS präsentiert Tokuyama eine dauerhafte Prothesenunterfütterung der zweiten Generation: Tokuyama Rebase II. Das weltweit operierende Unternehmen mit Stammsitz in Japan und Europa-Zentrale in Deutschland verspricht deutliche Zeit- und Kostenersparnis für den Zahnarzt. Darüber hinaus bietet das Produkt hohe Annehmlichkeiten für die Patienten, weil die Temperatur äußerst gering an-

steigt und nahezu kein Geruch oder Geschmack wahrnehmbar ist. Zudem können sich die Besucher des Messestandes von den Eigenschaften des Ein-Schritt-Haftvermittler-Systems One-Up Bond F überzeugen. Inzwischen kann das Unternehmen auf umfangreiche wissenschaftliche Studien zurückgreifen, welche die Leistungsfähigkeit und Haltbarkeit von One-up Bond F belegen. Weitere Informationen während der Internationalen Dental-Schau (IDS) in Köln, Halle 14.1, Stand B34 bis C35 oder bei:

TOKUYAMA
Siemensstraße 37
48341 Altenberge
Tel.: 0 25 05 / 93 85 13
Fax: 0 25 05 / 93 85 15
www.One-Up-Bond-F.de

GC Germany

Hybridkomposit mit Mikrofüller

Zur IDS stellt GC das neue Resin-zement-Hybridkomposit mit Mikrofüller vor: GC Gradia Direct für Restaurationen mit natürlichem Aussehen und langer Haltbarkeit. Mit der Farbpassung von GC Gradia Direct Anterior an die umgebende Zahnstruktur gelangen ästhetische Restaurationen. Das röntgendichte GC Gradia Direct Posterior kombiniert den ästhetischen Aspekt mit mechanischen Eigenschaften: Durch hohe Bruchfestigkeit bietet es hohe Druck- und Verschleißfestigkeit gegenüber der Okklusionsbelastung und setzt die gegenüberliegende Bezahnung einem niedrigen Abrieb aus. Weitere IDS-Neuheiten am GC-Stand (Halle 13.2, Stand N



10 / O 11) sind das schwarze Silikon GC Fit Checker „Black“ zur Überprüfung der Passgenauigkeit bei Keramikronen und Brücken, das Keramik- sowie das GC Initial Keramik-System.

GC Germany
Paul-Gerhardt-Allee 50
81245 München
Tel.: 0 89 / 89 66 74-0
Fax: 0 89 / 89 66 74 29
E-Mail:
info@germany.gceurope.com
www.germany.gceurope.com

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

ULTRADENT

Kopfstützen: eine wichtige Unterstützung

Zur bequemen und sicheren Lagerung des Kopfes während der Behandlung hat Ultradent sein Angebot um drei Kopfstützen-Elemente erweitert. Bei der Kopfstütze „Typ Flex“ ist das Kopfpolster – gefüllt mit einem Memory-Schaum – direkt mit der Kopfstütze verbunden und somit in der Höhe variabel sowie in der Neigung schwenkbar. Dieser Schaum passt sich jeder Kopfform an und behält diese Form auch einige Zeit lang bei. Eine weitere Variante ist „Typ C“, eine magnetische ebenfalls mit dem Memory-Schaum gefüllte Auflage. Die magnetische Befestigung ermöglicht es, die Auflage in alle Richtungen zu verschieben. Durch die mittige Öffnung und die seitli-

chen Polster bietet die U-förmige, magnetische Auflage „C 2002“ für den Patientenkopf einen sicheren Halt. Hier kann die Lage des Kopfes genau definiert werden und bietet bei chirurgischen Eingriffen am narkotisierten Patienten eine breitere Abstützung.

ULTRADENT
Stahlgruberring 28
81829 München
Tel.: 089 / 42 09 92 – 70
Fax: 089 / 42 09 92 – 50
E-Mail: info@ultradent.de
www.ultradent.de

VITA

Farbsystem – Bewährtes und Neues

Der vor fünf Jahren eingeführte Vita Toothguide 3D-Master ist der Fachwelt als System zur Bestimmung und Reproduktion natürlicher Zahnfarben bekannt. Farbnachbesserungen wurden minimiert. Anlässlich der IDS 2003 wird das Vita System 3D-Master durch zwei Innovationen ergänzt: Vita Easysshade, das elektronische Farbmessgerät zur präzisen Zahnfarbbestimmung und die Toothguide Trainings Box (TTB) für das Farbseh-Training, das von der Universität Leipzig entwickelt und zur Praxistauglich-

keit gebracht wurde. Außerdem sind die im Anschluss an die vergangene IDS eingeführten elf neuen Zahnformen des Sortiments Vita Physiodens unter die Lupe zu nehmen. Auch auf dem

Gebiet der Verblendkeramik gibt es Neuigkeiten: VITAVM 7 für die vollkeramischen Gerüstmaterialien, die Verblendkeramik D für Vita In-Ceram YZ Cubes for Cerec sowie VITAVM, ein lichthärtendes Mikropartikel-Composite zur Verblendung von Kronen, Brücken und Teleskop-Kronen.

VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Postfach 13 38
79704 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 562-0
Fax: 0 77 61 / 562-233
www.vita-zahnfabrik.com
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com

Wrigley Oral Healthcare Programs

Comic zur Kariesprophylaxe



spannende Story entstanden, die in farbenfrohen, lustigen Bildern alles Wesentliche über die Rolle von Zucker und Bakterien bei der Kariesentstehung sowie die Vorbeugung mit Zahnbürste, fluorid-

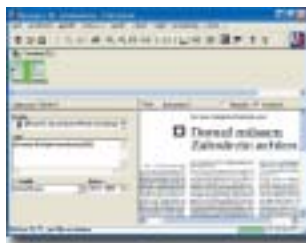
„Dentiman“ heißt der Held mit dem Kalzium-Schild im neuen Aufklärungscomic, den Wrigley Oral Healthcare Programs jetzt zur Kariesprophylaxe der Sechsbis Zwölfjährigen herausgebracht hat. Mit wissenschaftlicher Unterstützung der Professoren Lutz Stöber, Jena, und Joachim Klimek, Gießen, ist eine

haltiger Zahnpasta und Xylit-haltigem Zahnpflegekaugummi erzählt. Der Comic wird für Praxen, den Gruppenprophylaxe-Unterricht und Schulen kostenlos zur Verfügung gestellt.

Wrigley Oral Healthcare Programs
Biberger Straße 18
82008 Unterhaching
Fax: 0 89 / 6 65 10 - 2 19
www.wrigley-dental.de

BDV

Archivierungssystem mit doppeltem Nutzen



Windows-PCs, das Datei-Standards und eine SQL-Datenbank verwendet. Uniarchiv kann Dokumente, wie Rundschreiben, Briefe und Bilder, patienten- oder themenbezogen elektronisch archivieren. Uniarchiv erstellt aus den Rechnungen die Buchungssätze, die über die Datev-Schnittstelle zum Beispiel in das Rechnungswesen des Steuerberaters übertragen werden.

Aktuell zur IDS 2003 wurden die Praxisprogramme Unident und VISident um Schnittstellen zu Uniarchiv ergänzt. Uniarchiv ist ein computergestütztes Archivierungssystem, das Archivieren und Buchen kann. Zu Uniarchiv gehören die Module Unicapture und Unides. Zusammen bilden sie ein Client-Server-System für

BDV Branchen-Daten-Verarbeitung GmbH
Ziegelstr. 1
59439 Holzwickede
Tel.: 0 23 01 / 910 910
Fax: 0 23 01 / 44 11
info@bdv.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 16. 04. 2003 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 Beitr ge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- 3M ESPE – Aufschluss über das Kariespotenzial (S.138)
- BDV – Archivierungssystem mit doppeltem Nutzen (S.144)
- GEBR. BRASSELER – Moderne Endo- und Präp-Instrumente (S.138)
- Computer konkret – Zertifizierte Zahnarztsoftware (S.139)
- Dürr Dental – IDS-Highlight: bildgebende Verfahren (S.141)
- GC Germany – Hybridkomposit mit Mikrofüller (S.142)
- Gillette Gruppe Deutschland – Oszillierend-rotierend reinigt effektiv (S.141)
- Girrbach Dental – Gesichtsbögen, Werkstoffe und mehr (S.139)
- Hager & Werken – Übernahme von Meyer-Haake (S.140)
- Heraeus Kulzer – Mit Neuigkeiten zur IDS (S.140)
- Ivoclar Vivadent – Mit neuen Werkstoffen zur IDS (S.140)
- JOHN O. BUTLER – CHX im Fünf-Liter-Kanister (S.140)
- SIRONA – Winkelstück zur Wurzelkanalaufbereitung (S.138)
- solutio – E-Mails und SMS an Patienten (S.138)
- TOKUYAMA – Dauerhafte Prothesenunterfütterung (S.142)
- ULTRADENT – Kopfstützen: eine wichtige Unterstützung (S.142)
- VITA – Farbsystem – Bewährtes und Neues (S.142)
- Wrigley Oral Healthcare Programs – Comic zur Kariesprophylaxe (S.144)

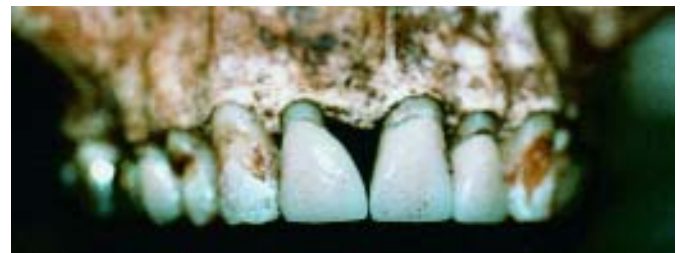
Identifizierungen

Polizeiinspektion Celle

Fund eines menschlichen Schädels

Am Vormittag des 20. 01. 2003 wurde durch Waldarbeiter in einem Waldstück bei Wolthausen im Landkreis Celle ein menschlicher Schädel und dazugehörige Unterkieferknochen aufgefunden. Rechtsmedizinische Untersuchungen haben ergeben, dass es sich um den Schädel eines Mannes mittleren Alters handelt.

Bei der Liegezeit wird von mehreren Jahren ausgegangen. Die Identität des Mannes ist unbekannt. Das Zahnschema trifft auf keinen gemeldeten Vermisstenfall zu. Laut Aussage der Rechtsmediziner handelt es sich um ein mehrfach zahnärztlich behandeltes Gebiss mit Auffälligkeiten.



K*		B*		KV		FA		KV		f		KV		1		FK		K*		FA	
33	34	33	32	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
R L																					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38						
FA		KG		FK		fp		fp		fp		KV		B		K*					

K = Krone; * = unbek. Material, silberfarben, hoch retiniert;
 B = Brückenglied; KV = Verblendkrone; FA = Amalgamfüllung;
 f = fehlender Zahn; FK = Kunststofffüllung; KG = Goldkrone (in diesem Fall „Sparlegierung“); 1 = Zahn 23 hat keilförmigen Defekt vestibulär;
 11 fehlt/Nichtanlage; Das Diastema wurde zahntechnisch durch VHK Kronen versorgt, der 12 wurde mit einer 11-Krone versorgt;
 Zahn 38 tief verlagert

Hinweise werden erbeten an die:
 Polizeiinspektion Celle, 1. Fachkommissariat,
 Jägerstr. 1, 29221 Celle,
 Tel.: 05141/277-31 15 oder 05141/277-0,
 Fax: 05141/277-31 50.

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d. .R.

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel, Chefredakteur, mn;
Gabriele Prchala, M. A. (Politik, Zahnärztle, Leserservice), Chefin vom Dienst, pr;
Assessorin d. L. Susanne Priehn-Kopper (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 K In, 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 Signalen 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 Bilder übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Verlag, Anzeigendisposition

und Vertrieb: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50859 K In; Postfach 40 02 54, 50832 K In, Fernruf: (0 22 34) 70 11-0, Telefax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, K In,

Kto. 010 1107410 (BLZ 370 606 15), Postbank K In 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 45, gültig ab 1. 1. 2003.

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 Zeitungsbezugsgeld 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, K In

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.



IVW

Lt. IVW IV/4. Quartal 2002:

Druckauflage: 79 966 Ex.

Verbreitete Auflage: 78 708 Ex.

Ausgabe A

Druckauflage: 70 683 Ex.

Verbreitete Auflage: 69 753 Ex.

93. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

Inserenten dieser Zm-Ausgabe

3M Espe AG
Seite 19

Anclar
Seite 93

Astra Tech GmbH
Seite 119

Aventis Pharma Deutschland GmbH
Seiten 24/25

Bai-Edelmetall AG
Seite 141

Bego Bremer Goldschl gerei Wilh. Herbst
Seite 117

Beycodent
Seite 23

Braun GmbH
Seite 7

Busch & Co.
Seite 61

Castellini S.p.A.
Seite 111

Chem. Fabrik Kreussler & Co. GmbH
Seite 95

Colgate Oral Pharmaceuticals
Seiten 45/71

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Seiten 83/92

Degussa Dental GmbH
Seiten 33/53

Dentaurum
Seiten 91/95

Dentsply DeTrey GmbH
Seite 27

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Seiten 81/145

DKL
Seite 125

DKV AG
Seite 11

DMG Dental-Material GmbH
Seite 63

Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
Seite 75

DTP-Systems Dr. B. Kessler
Seite 43

Dr. Dental GmbH & Co. KG
Seite 5

DZZ Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift
Seite 143

Enrium Direct Bankers AG
Seite 113

Evident GmbH
Seite 15

F1 Dentalsysteme Deutschland GmbH
Seite 89

Gaba GmbH
Seiten 87/101

GC-Germany GmbH
Seite 131

Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG
2. Umschlagseite

Gendex Dental-Systeme
Seite 69

Girrbach Dental GmbH
Seite 77

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Seiten 21/55

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Seite 65

hawo GmbH
Seite 129

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Seiten 47/99

Ivoclar Vivadent GmbH
Seite 37

KaVo Dental GmbH & Co. KG
Seite 29

Kettenbach GmbH & Co. KG
Seite 79

Kodak
Seite 127

Meyer Superdenta GmbH
Seite 73

Miele & Cie GmbH & Co.
Seite 35

Multivox Petersen GmbH
Seite 94

Nobel Biocare AB
Seite 103

NTI-Kahla GmbH
Seite 57

Oralprophylaxe
Seite 147

Orangedental
Seite 93

Permadental
4. Umschlagseite

Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Seiten 49/51

Pluradent AG & Co. KG
Seite 105

Primus Beier & Co.
Seite 13

ProSecur
Seite 115

S&M Sch Ike & Mayr GmbH
Seite 123

Schott Dental
Seite 59

Sch tz Dental Group
Seite 85

Sirona Dental Systems GmbH
Seiten 40/41 und 3. Umschlagseite

Southern Dental Industr. GmbH
Seite 67

Tanaka Dental GmbH
Seite 115

Tokuyama Europe GmbH
Seite 107

US Dental GmbH
Seite 133

Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Seite 17

Voco GmbH
Seite 109

W&H Deutschland GmbH & Co. KG
Seiten 91/135

Waldmann Licht-Technik
Seite 139

Wieland Dental + Technik
Seite 9

zzi Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie
Seite 137

Einhefter, 4seitig

Atrix Laboratories GmbH

Tabakrahenkonvention

Deutschland unterstützt WHO

Deutschland hat bei der sechsten und abschließenden Verhandlungsrunde der WHO zur Tabakrahenkonvention in Genf den Vorschlag des brasilianischen Vorsitzenden der WHO-Verhandlungsgruppe zur Tabak-



Foto: Uni Heidelberg

rahmenkonvention mitgetragen. Mit dieser Entscheidung erreicht die Bundesregierung, dass die EU-Mitgliedstaaten eine einheitliche Position zur WHO-Tabakrahenkonvention einneh-

men und in Genf mit einer Stimme sprechen. „Ich freue mich, dass aus deutscher Sicht der Weg jetzt frei ist für eine Einigung bei der Tabakrahenkonvention. Das Ziel der WHO, den Tabakkonsum weltweit zu reduzieren, wird von der Bundesregierung auf allen Ebenen unterstützt. Beispiele hierfür sind die Umsetzung des WHO-Partnerschaftsprojektes ‚Tabakkonsum reduzieren‘ und die WHO-Tagung zum Tabakkonsum, die wir am 31. März und 01. April 2003 in Berlin organisieren. Daneben bleibt die Bundesregierung aus verfassungsrechtlichen Gründen bei ihrer Ablehnung des totalen Werbeverbotes, da dieses in nationale Kompetenzen eingreift“, teilt die Parlamentarische Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, mit.

pr/pm

Video für Zahnarztpraxen

Film ab - rund um das Thema Mäuse

Prodente präsentiert auf der IDS am 26. März 2003 eine Welturaufführung. Ein kleiner Spielfilm rund um das Thema Zähne hat auf dem Messestand Premiere. Regisseur der Produktion ist Armin Maiwald, einer der Miterfinder der Lach- und Sachgeschichten in der Sendung mit der



Maus. Im Anschluss an die Vorführung gibt der Regisseur eine Autogramstunde.

Der Film soll in Zahnarztpraxen und auf kleinen Messen zum Einsatz kommen. Der Film ist rund sechs Minuten lang und erzählt die Geschichte eines Vaters, der eines Tages beim Sport einen Zahn verliert. Prodente wird den Film auf VHS und DVD vertreiben. Bestellungen sind auf der

IDS oder im Internet unter www.prodente.de möglich.

om/pm

Neue Veröffentlichung

Modell zur GKV-Finanzierung

In einer gemeinsamen Abhandlung haben BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Justiziar René Krousky und Dr. Sebastian Ziller von der Bundeszahnärztekammer ihr Modell für die „Finanzierung der GKV und Umgestaltung des Leistungsrechts in der ZahnMedizin insbesondere unter dem Aspekt der Kostenerstattung einschließlich der europarechtlichen Perspektiven“ in der aktuellen Ausgabe der „Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften“ (11. Jg., H 1, 2003) veröffentlicht. Die soeben erschienene Zeitschrift ist über die Geschäftsstelle der BZÄK per mail (info@bzaek.de) zu beziehen. BZÄK

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

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







Für den schnellen Kontakt:
Tel. 0221/40 01 252
Fax 0221/40 01 253
e-mail zm@kzbv.de
ISDN 0221/4069386



Nr. 6
2003

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

-  R. Fritzen: Akromegalie (S. 42) Literaturliste
-  C. Schindler: Nebenwirkungsmeldungen 2002 (S. 46) Literaturliste
-  M. Kunkel: Okklusionszyste (S. 56) Literaturliste
- M. Schönegge: Rückenschulen (S. 120) Buchempfehlungen und Adressen
- H. Zenner: Beethoven (S. 128) Literaturliste

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

Produktsicherheitsrat erfolgreich

BfArM folgt Anregungen

Als Erfolg seiner Arbeit kann der Deutsche Rat für Qualität und Sicherheit von Produkten und Systemen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (kurz: Produktsicherheitsrat) die Aufnahme seiner Anregungen in die inzwischen verabschiedeten „Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu Meldekriterien für Vorkommnisse mit Dentalprodukten“ verbuchen. Auf der jüngsten Sitzung befasste sich der Produktsicherheitsrat erstmals auch mit konkreten Patientenbeschwerden, für die er gemäß § 5 seines Statuts zuständig ist.

BZÄK

Entlastung der GKV

DGB fordert von Eichel Mithilfe

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) fordert, dass Finanzminister Hans Eichel die gesetzlichen Krankenkassen bei der geplanten Gesundheitsreform um vier bis fünf Milliarden Euro entlastet. Mit dem Geld müssten versicherungsfremde Leistungen bezahlt werden, die bisher aus Kassenbeiträgen bezahlt würden, so die stellvertretende DGB-Vor-

sitzende Ursula Engelen-Kefer. Eichel müsse sehen, dass er diese Summe im Haushalt freischaufele. Als versicherungsfremd gelten Leistungen wie Mutter-Kind-Kuren, Mutterschaftsgeld und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Nach Ansicht von Engelen-Kefer sollen diese Leistungen nicht gestrichen werden. Sie sollen aber von allen Bürgern über Steuern und nicht nur von Arbeitnehmern und Arbeitgebern über Beiträge bezahlt werden. Die Sozialexperten aller Parteien sind sich einig, dass eine solche Umfinanzierung sozial gerechter wäre. Bisher scheiterte dies jedoch an den jeweiligen Finanzministern.

om/dpa

Als Partner ernst nehmen

Patienten fordern mehr Mitsprache

Mehr Mitspracherechte und Mitwirkungsmöglichkeiten für die Patienten fordert die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) von der geplanten Gesundheitsreform. Versicherte und Patienten müssten als Partner ernst genommen werden. Dies gelte für alle Bereiche des Gesundheitswesens, so DGVP-Präsident Ekkehard Bahlo. Dazu gehöre auch die Mitsprache bei der Festlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen. Die Diskussion darüber werde völlig über den Kopf der Versicherten hinweg geführt, kritisierte Bahlo. Es sei kurzsichtig und falsch, allein von einem unmaßig fordernden Patienten auszugehen und auch daher Versicherten und Patienten

Mitwirkungsmöglichkeiten zu verweigern. Die DGVP halte es deshalb für notwendig, dass auch Versicherte im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vertreten sind, der über die Kassenzulassung einzelner Leistungen entscheidet.

dev/pm

Ombudsmann

7 000 Anfragen bei Schlichtungsstelle

Streitigkeiten über Behandlungskosten und Heilmethoden sind die häufigsten Gründe für Beschwerden beim Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. In den ersten 15 Monaten seiner Tätigkeit habe er knapp 7 000 Anfragen von Patienten erhalten, die mit der Entscheidung ihrer Versicherung nicht zufrieden waren, so Ombudsmann Arno Surminski aus Berlin. Die unabhängige Schlichtungsstelle war am 1. Oktober 2001 eingerichtet worden. Patienten können sich bei ihr im Falle von Konflikten mit den Versicherungen

kostenlos beraten lassen – sofern sie noch kein Gericht eingeschaltet haben. Die Versicherungen wollen durch die Schlichtungsstelle hohe Prozesskosten vermeiden. Bei 13 Prozent der bearbeiteten Fälle ging es um Kosten für Behandlungen bei Ärzten oder Zahnärzten, die die Versicherung nicht übernehmen wollte. Ebenso häufig gab es Streit darüber, ob eine Heilbehandlung notwendig ist oder nicht. Bei sieben Prozent standen alternative Heilmethoden, wie etwa Akupunktur, zur Debatte. Über zu hohe Beiträge klagten elf

Prozent, bei zehn Prozent der Patienten ging es um die Kündigung des Vertrages. Zur Pflegeversicherung hatten nur zwei Prozent der Patienten Fragen.

om/dpa

EU-Krankenversicherungskarte

Im Ausland wird alles einfacher

Wer während des Urlaubs oder eines längeren Arbeitsaufenthalts in einem EU-Land erkrankt, bekommt die Behandlungskosten künftig einfacher und schneller erstattet. Eine in allen EU-Staaten vom 1. Juni 2004 an gültige Krankenversicherungskarte solle derzeitige Vordrucke für die Rückerstattung im Ausland entstandener Kosten ersetzen, teilte die EU-Kommission jetzt mit.



Foto: PD

Auch Ärzte, Krankenhäuser und Sozialversicherungsträger sollen dadurch einfacher an ihr Geld kommen. Die EU-Staaten müssen diesem Vorschlag im EU-Ministerrat noch zustimmen. Die EU-Mitgliedstaaten hatten sich bereits auf politischer Ebene darauf verständigt, dass Patienten künftig bei einem befristeten Aufenthalt im EU-Ausland auch zusätzliche medizinische Leistungen in Anspruch nehmen könnten. Bislang haben Bürger innerhalb der EU nur das Recht auf medizinisch dringend notwendige Behandlungen.

om/dpa



Foto: MEV

DAK rückt zurecht

Haushalt steht auf solider Basis

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) weist Spekulationen des NDR zurück, die Kasse befinde sich in einer schweren Krise. Die Behauptung, dass die Kasse vor einer Insolvenz stehe und dies Gegenstand von Erörterungen im Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) gewesen sei, entbehrte jeder Grundlage. Die DAK habe ihren Haushalt auf einer soliden Finanzbasis aufgestellt. Der Beitragssatz von 15,2 sei kostendeckend und diene dem Abbau des im vergangenen Jahr angefallenen Defizits. Es gebe keine Krise der DAK, sondern eine politisch verursachte Krise der gesetzlichen Krankenversicherung. Die DAK will bis Ende 2004 weitere 1400 Stellen streichen. Im Zuge von Rationalisierungsmaßnahmen habe die Kasse seit 2001 bereits 700 Stellen abgebaut, teilte DAK-Sprecher Jörg Bodanowitz mit. pr/pm

Senkung der Sozialbeiträge

Rürup will keine Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung steht nur acht Jahre nach ihrer Gründung womöglich vor dem Aus. Die Rürup-Kommission prüft nach einem Zeitungsbericht, die Pflegeversicherung in ihrer bisherigen Form abzuschaffen und so die Sozialbeiträge um 1,7 Prozentpunkte zu senken. Auch in der Regierung, in der Union, bei Arbeitgebern und Gewerkschaften wird die Zukunft der Pflege diskutiert. Dabei gibt es unterschiedliche Modelle. Derzeit erhalten zwei Millionen



Foto: PD

Menschen Pflegeleistungen. Der Unions-Sozialexperte Horst Seehofer (CSU) plädiert dafür, die Pflegeversicherung in ihrer bisherigen Form abzuschaffen und mit den Krankenkassen zusammenzulegen. Die Pflegeversicherung „steht vor der Pleite und hat in ihrer bisherigen Form keine gesicherte Zukunft“, sagte Seehofer. dev/dpa

Mitarbeiter verlieren Jobs

Apotheken stehen vor dem Aus

Viele Apotheken stehen als Folge des so genannten Beitragssatzsicherungsgesetzes vor dem Aus, so die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Nach einer Umfrage des Deutschen Apothekerverbandes könnten zehn bis 15 Prozent der rund 140 000 Mitarbeiter in Apotheken ihren Arbeitsplatz verlieren.

Allein in den hessischen Apotheken seien im Januar bereits 800 Kündigungen ausgesprochen worden. Zahlreiche weitere Mit-



Foto: ABDA

arbeiter würden von Arbeitszeitverkürzungen oder Streichung von übertariflichen Vergütungen betroffen sein. Als Grund für die bedrohliche Situation vieler Apotheken nannte ABDA-Präsident Hans-Günter Friese die ungerechte Lastenverteilung durch das Beitragssatzsicherungsgesetz. Dies sollte die Apotheken nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) mit rund 350 Millionen Euro belasten. Die ABDA habe bereits im vergangenen Jahr davor gewarnt, dass der pharmazeutische Großhandel den auf ihn entfallenden Sparbeitrag zum allergrößten Teil auf die Apotheken weiterwälzen würde. dev/pm

Nicht den Privaten überlassen

Klusen fordert GKV-Zusatz

Sollte die Bundesregierung ganze Leistungsbereiche aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) streichen, dürfe man die Absicherung dieser Leistungen nach Ansicht der Techniker Krankenkasse (TK) nicht den Privatversicherungen überlassen. Dies fordert TK-Vorstandsvorsitzender Norbert Klusen.

„Für die Versicherten würde es teurer, und auch ordnungspolitisch wäre ein solcher Schritt verfehlt“, so Klusen. Ein interdisziplinäres Gutachten habe jüngst gezeigt, dass Zusatzversicherungen in der GKV ökonomisch sinnvoll und rechtlich konfliktfrei seien. Grundsätzlich müsse sich die Politik jedoch im Klaren sein, dass

das Streichen von Leistungen nichts bringe. „Wenn man jetzt einen Block von 15 Milliarden Euro aus der GKV herauslöst, landet man beim Ausgabenvolumen von 1998. Daran lässt sich leicht ablesen, dass man in wenigen Jahren vor den gleichen Problemen steht wie heute, wenn es nicht parallel zu einschneidenden Strukturveränderungen kommt“, so Klusen. dev/pm

Offene Koordinierung

Gespräche in Brüssel

In ihrem Schlussbericht vor dem EU-Reformkonvent hat sich die Arbeitsgruppe „Soziales Europa“ für eine Kompetenzerweiterung der Union in den Bereichen des Gesundheitsschutzes und der Daseinsvorsorge ausgesprochen. Die besonders in Deutschland umstrittene Erweiterung der Methode der offenen Koordinierung ist Gegenstand eines Hintergrundgesprächs, das die Vertreterinnen des Brüsseler Büros der BZÄK mit der EU-Abgeordneten Karin Jöns (SPD/SPP) führen wollen. Dabei soll Jöns auch die Schirmherrschaft des Parlamentarischen Abends der europäischen Zahnärzteschaft angetragen werden, der auf Initiative von BZÄK-Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels am 23. November im Anschluss an die ZÄV-Plenarsitzung bei der EU mit mehreren EU-Abgeordneten stattfinden soll. Reaktionen auf die Resolution zur Festschreibung des Rechts auf freie Arztwahl in die Europäische Verfassung, die auf die Initiative von BZÄK und FVDZ zurückgeht, erwartet das Brüsseler Büro der BZÄK ebenfalls ab Mitte März. BZÄK

Lach-Yoga-Seminar in Indien

Ein zweiwöchiges Lach-Yoga-Seminar veranstaltete der Münchener Autor und Yoga-Trainer Heiner Uber in Kerala in Süd-Indien. Zwei Jahre lang recherchierte der Journalist in indischen Lach-Clubs, ließ sich von Yogis in der Lach-Meditation unterweisen und war Gast beim Lach-Fest der Shintoisten in Kawabe in Japan. Seine Erkenntnisse gab er in einem einwöchigen Kurs unter dem Titel „Lach dich glücklich“ weiter; in der zweiten Woche wurde sich bei Ayurveda-Massagen vom vielen Lachen erholt (14 Tage, mit Linienflug und VP im „Manaltheeram Beach Resort“ ab 1738 Euro p.P. im Dz.). aus *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, 23.02.2003



Illu.: Sauppe

... und noch ein Gutachten

Wackerstein in Harnblase

Einen 780 Gramm schweren Stein haben Dr. Andreas Wiedemann und Mitarbeiter vom Marienhospital in Gelsenkirchen bei einem Patienten mit Ersatzblase entdeckt. Dem Mann wurde 1986 auf Grund eines Urothelkarzinoms die Blase entfernt. Als Ersatzblase bekam er damals einen Kock-Pouch aus Dünndarm. Beim regelmäßigen Einführen des Katheters zum Entleeren bemerkte der Patient jetzt einen kratzenden Widerstand (Der Urologe B, 6, 2002, 515). Die Röntgenaufnahme ergab einen Stein mit zwölf Zentimeter Durchmesser. Steine sind eine typische Komplikation bei einem Kock-Pouch. Ein so großer Stein sei bisher aber in der wissenschaftlichen Literatur nicht beschrieben worden, so die Ärzte. *Ärzte-Zeitung vom 10. 02 2002*

Gut Ding will Weile haben

Wie lange ein vergnüglicher Koitus zu dauern hat, ist eine Frage von Kondition und Zeit. Und mit



Foto: MEV

letzterer haben sich Urologen der Universität zu Köln beschäftigt – mittels Stoppuhr. Dabei stellte sich heraus, das bei Patienten mit ejaculatio praecox die Immissionsdauer, wie die Urologen zu sagen pflegen, 2:32 Minuten betrug und bei gesun-

den Patienten 3:01 Minuten. Eine Teilnehmergruppe ließ sich besonders viel Zeit: Die der europäischen Urologen. Im Selbst-

versuch beglückten sie ihre Partnerinnen stolze 5:58 Minuten lang.

Medical Tribune, 18.02.2003

Erfolg durch Betäubung

Wir Männer sind nicht zimperlich. Wir bringen Leistung Tag für Tag. Mal sehr gute Leistungen, meistens noch bessere. Körperliche Schmerzen sind uns fremd, Seelenpein ist was für das schwache Geschlecht. Doch es gibt diesen einen Bereich, wo auch Männer so etwas wie Schmerzempfinden kennen – das heimische Schlafzimmer. Das Problem: Unpünktlichkeit. Denn wer zu früh kommt, den bestraft der vernichtende Blick der Gattin. Auf der Suche nach evidenzbasierten Daten beobachteten nun Urologen an der Kölner Universitätsklinik die – wie es der Fachmann nennt – „Immissionsdauer“ des Koitus, berichtet die *Medical Tribune*. Na gut, Wissen ist Macht. Allein, es fehlt der Lösungsansatz. Da haben die türkischen Kollegen aus der Urologie einen besseren Beitrag geleistet. In der Zeitschrift „Urologia“ veröffentlichten sie den Tipp: Erfolg durch Lokalanästhesie. 20 Minuten vor dem Sex soll dem überempfindlichen Manne eine fünfprozentige Lidocain-Prilocain-Salbe die nötige Gelassenheit liefern. Und weil die Osmanen auch an die Frauen denken, folgte noch ein Zusatzhinweis: Kondom nicht vergessen, damit die Frau auch was davon hat.