

Praxisgestaltung

Mit **Farbe**
zur **Form**

**Investitionen
bei Zahnärzten**

**40 Jahre
Aminfluorid**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wer in diesen Sommer hohe Erwartungen setzte, wurde zumindest vom Wetter bisher nicht enttäuscht. Das Sommerspektakel der Politik fällt für gesundheitspolitisch weit Vorausdenkende – abgesehen von ersten Vernunftzeichen beim Zähnersatz – eher „mau“ aus. Dennoch: Der Konsens der Volksparteien brachte neben Kostenentlastungen für Arbeitgeber wenigstens Ansätze struktureller Veränderungen. Nachhaltige Zukunftssicherung ist das, was Ulla Schmidt und Horst Seehofer präsentierten, aber immer noch nicht.

Sicher hat der Recht, der sagt, es hätte auch schlimmer kommen können. Aber der Mix der Parteienfärbungen aus rot, grün, schwarz und ein wenig gelb-blau brachte weitestgehend das gewohnte „grau in grau“ weiterer Kostendämpfungsmaßnahmen und Kompromisse.

Also abgesehen vom Lichtblick Zähnersatz ein wenig farbenfrohes Ergebnis, von dem man sich bald wieder abwendet, um sich wieder auf den Praxisalltag zu konzentrieren. Und der sollte nicht grau gehalten sein, verbringt man dort doch die längste Zeit des Tages. Und man hat – trotz aller politischer Rahmensetzungen – hier die Chance, sein Umfeld selbst zu gestalten, sich, seinem Team und vor allem auch seinen Patienten das Alltagsleben angenehmer zu machen. Einmal Hand aufs Herz: Wie oft haben Sie sich – abseits der rein technischen Überlegungen zu Behandlungseinheiten, Röntgengeräten und EDV-Ausstattung – mal Gedanken über ein freundliches Umfeld für ihre Patienten, Mitarbeiter und, last but not least, sich selbst gemacht? In der Regel



■ *Sommerliche Farben schaffen Lebensfreude: Was wir in unserer Freizeit mit Genuss aufnehmen, spielt in der Arbeitswelt eine eher untergeordnete Rolle. Aber gut gewählte Farben zeigen Wirkung, schaffen Motivation und sind „Marketing“ für zufriedene Patienten.*

gehören solche Überlegungen zur Kategorie „unter ferner liefen“.

Was im eigenen trauten Heim selbstverständlich ist, nehmen die meisten für ihr Arbeitsleben nicht so wichtig. Aber auch dort lebt man quasi in den eigenen vier Wänden. Erst die Arbeit, dann das Vergnügen? Das Zauberwort, das auch das Praktizieren leichter macht, heißt Motivation. Ein freundliches Wartezimmer, ein einladender Empfang oder ein mit Bedacht ausgestatteter Sozialraum sind eine Form von Marketing. Da kann die richtig ausgesuchte Wandfarbe, das richtige Bild oder auch das passende Mobiliar kleine Wunder wirken, die ein erfolgreiches Arbeiten einfacher machen. Ausstattung ist nicht nur eine Frage der Ergonomie, nicht immer die des Geldes, sondern oft eine Frage des Überlegens, des richtigen Gespürs und eines guten Know-how.

Ein weites Feld, das wir in dieser Ausgabe zum Titelthema gemacht haben. Vielleicht verkürzt es noch in diesen Sommer mal den Griff zur Farbbrolle oder zum Telefonhörer für das Gespräch mit Handwerkern.

Wir wünschen uns, dass Ihnen selbst und Ihren Mitarbeitern ein – trotz des politischen „Grau und Grau“ – schönes Alltags-Umfeld genau das leichter macht, was Sie Ihren Patienten möglich machen wollen: Ein sympathisches Lächeln.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: CC / Titelbild: Mauritius-zm

Zum Titel

Von einer attraktiven Praxisgestaltung profitieren Zahnarzt, Mitarbeiter und Patienten gleichermaßen. Farbe und Design bringen Behandlungszimmer und Warteräume in die richtige Form.

Seite 26



Foto: MEV

Mit ihrem Zwei-Tarif-Modell geben die Kassenärzte Antworten zur Reform im Gesundheitswesen.

Seite 22



Foto: PhotoDisc

40 Jahre lang haben viele Millionen Deutsche ihre Zähne mit Zahnpasta geputzt, die Aminfluorid enthielt. Und die Zähne der Deutschen sind erheblich besser geworden. Mehr zu diesem „Wirkstoff“, der jetzt Geburtstag hat.

Seite 32



Foto: PD

Britische Zahnärzte bereiten sich auf die größten Veränderungen ihres Praxisalltags seit 20 Jahren vor.

Seite 78



Foto: MEV

Ein Zahnarzt konnte die Deutschen Ärzte-Golfmeisterschaften für sich entscheiden. Mehr aus dem Sport

Seite 80



Editorial 1

Leitartikel

KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz zum parteiübergreifenden Konsens in der Gesundheitsreform **4**

Nachrichten 6, 10

Gastkommentar

Martin Eberspächer, Bayerischer Rundfunk, sieht einen wachsenden Trend zur Staatsmedizin **8**

Spree-Spitzen 14

Politik und Beruf

Investitionsanalyse Praxisgründung 2002: Gemeinschaftspraxen weiter im Aufwind **16**

KBV-Reformkonzept: Das Zwei-Tarif-Modell **22**

Aus den Ländern

9. IZZ-Pressforum an der Akademie Karlsruhe zum Thema Qualitätsförderung **24**

Titelstory

Praxisgestaltung: Mit Farbe zur Form **26**

Zahnmedizin

40 Jahre Aminfluorid: Ein Wirkstoff zum Schutz vor Karies **32**

Der aktuelle klinische Fall: Myxom im Bereich eines Weisheitszahnes **36**

Medizin

Repetitorium: Fuß- und Nagelpilz **38**

Präventivmedizin: Dem Übergewicht zu Leibe rücken **42**

Komplementärmedizin: Neurophysiologie für ganzheitliche Medizin **43**

Sportmedizin: Ginkgo **44**

Onkologie: Bei Lungenkrebs ASS **44**

Onkologie: Problemfall Tumordiagnose **44**

Tagungen

14. Internationaler Kongress Dentale Röntgentechnik **46**

52. DGZPW-Jahrestagung **48**

AG Keramik-Symposium 2003 **50**

Veranstaltungen 53

Prophylaxe

Wrigley-Prophylaxe-Preis **66**

Recht

Leistungsausgrenzungen bei Zahnersatz: Viel Spielraum für den Gesetzgeber **68**

Finanzen

Kapitallebensversicherungen: Alpträume statt Kursgewinne **72**

Lebensversicherungen in Großbritannien: Britisches Fairplay **76**

Internationales

Aktuelles aus Großbritannien: Preisschilder in Zahnarztpraxen **78**

Freizeit und Reise

Sport-Wettbewerbe für Mediziner **80**

Persönliches 82

Bekanntmachungen 83

Neuheiten 84

Impressum 90

Letzte Nachrichten 119

Zu guter Letzt 116



Foto: KZBV

Der kleinste gemeinsame Nenner

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der aufmerksame Deutsche denkt beim „kleinsten gemeinsamen Nenner“ sehr schnell an die Pisa-Studie, in diesem Fall geht es aber um Politik: Bis zur Bekanntgabe der „Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform“ war die Inszenierung nahezu perfekt. Noch am Vorabend des Abschlusses wurden die Verhandlungsführer Schmidt und Seehofer sehnsüchtig in Christiansens Polit-Talkshow erwartet. Dort wollte man „die größte Reform seit der Wiedervereinigung“ dem staunenden Publikum vorstellen.

Es kam anders: Das Aushandeln der Kompromisse erforderte ein weiteres Nachsitzen, der Zuschauer musste mit Abgesandten vorlieb nehmen, die – selbstverständlich – viel redeten, aber – natürlich – das Schweigegelübde einhielten. Was dann am kommenden Tag bekannt wurde, bestätigte die Skepsis vieler Beobachter. Das „neue Lahnstein“ war kein „großer Wurf“. Für die auf Nachhaltigkeit setzenden Fachleute war es wieder einmal der „Berg, der kreiβte, und eine Maus gebar“.

Also keine Überraschung? Auch wenn die Arbeitgeber sich im Laufe der Verhandlungen immer mehr im Zentrum der politischen Gedankengänge wählten, das Ergebnis dann als nicht ausreichend bezeichneten, gilt auf den ersten Blick: Das politische gesteckte Ziel von über 20 Milliarden

Euro an Einsparungen war rechnerisch erreicht. Rot, Grün und Schwarz sehen ihre Hausaufgaben erst einmal als erledigt an. Gelb-Blau mäkelt noch.

Dabei fängt die eigentliche Arbeit erst an. Das Eckpunkte-Papier schreit nach Konkretisierungen. Erst ein Gesetzesentwurf, der die wenig pointierten Forderungen umsetzen muss, wird klarer sehen lassen.

Vordergründig verheißt das Papier für uns Zahnärzte durchaus Erfolge: Unser lange gefordertes Experiment ist da. Zwar

wurde die Ausgrenzung der gesamten Zahnmedizin auf dem Altar der Kompromisse geopfert, aber zunächst steht für einen später intensiv zu prüfenden Zeitraum von fünf Jahren ab 2005 der Test, Zahnersatz nach befundorientierten Festzuschüssen abzurechnen. Wir Zahnärzte haben die Beweispflicht, dass dieser Weg für alle Beteiligten der richtige ist. Einfach wird das nicht. Denn die obligatorische Zusatzversicherung für die „Ausgrenzung“ des Zahnersatzes soll im freien Wettbewerb zwischen GKV und PKV erfolgen. Kostenerstattung – wir werden EU-kompatibel – ist optional und soll nur nach individueller Vorab-Beratung durch die GKV erfolgen. Wie die wohl aussehen mag?

Dennoch: Es ist ein Schritt nach vorn, wenn auch gekoppelt mit eventuell program-

mierten Rückschritten, die das so genannte „Kleingedruckte“ bereit hält. Auffällig ist, dass die meisten auf diesem „Polit-Basar“ ausgehandelten Forderungen derartige versteckte Fallen aufweisen. Das Schlimme daran: Wo die Politik als höchste Instanz durch klare Beschlüsse Umsetzungsstreitigkeiten hätte vermeiden können, hat sie – wieder einmal – breite Interpretationslöcher hinterlassen.

Die Selbstverwaltungen, insbesondere die KVen und KZVen, von denen manche angesichts der ebenfalls geöffneten Tore angehaltener Professionalisierung und möglicher Experimentierfelder für Einkaufsmodelle schon in Endzeitstimmung verfielen, haben angesichts dieses Eckpunkte-Papiers ein weites Feld neuer Aufgaben. Ob das dann noch im Sinne herkömmlicher Selbstverwaltung stattfinden kann, bleibt fraglich.

Vom ebenfalls im Papier geforderten Abbau der Bürokratie im Gesundheitswesen ist man jedenfalls weit entfernt. Die den Bundesausschüssen zugeordnete Aufgabe, eine Stiftung und ein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen einzurichten, verspricht eher das Gegenteil – von Patientenquittungen, intelligenten Gesundheitskarten und

anderem mehr ganz zu schweigen.

Wenn sich die Politik jetzt in die parlamentarische Sommerpause begibt, startet die eigentliche Arbeit am Gesetzesentwurf. Für uns gilt es, hier wachsam zu bleiben, falls die Beamten im BMG nicht in jedem Punkt auf der Linie der politischen Kompromisse liegen. Angedacht sind jedenfalls durchaus spannende Teillösungen. Aber den großen Wurf haben die Politiker nicht hingekriegt.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz

Amtierender Vorsitzender der KZBV

Reformziel Staatsmedizin

Zwischen fünfzig und sechzig Prozent der Wählerstimmen darf Edmund Stoiber für die CSU bei der Landtagswahl in Bayern am 21. September erwarten. Nicht seinen Gegenkandidaten Franz Maget von der SPD fürchtet Edmund Stoiber in diesem Wahlkampf. Wer sechzig Prozent der Wähler überzeugen will, muss vor allem der CDU in Berlin zeigen, was eine breite Mehrheit der Bevölkerung will: Weniger Steuern und eine Gesundheitsvorsorge, die für AOK-Mitglieder im Freistaat bezahlbar bleibt.

Foto: privat



Neue Zusatzversicherungen sollen die Arbeitgeber entlasten. Horst Seehofer zeigt Sympathie für die „Bürgerversicherung“. Der Spielraum für private Vorsorge wird nicht erweitert, sondern eher kleiner. Bei stagnierendem Wachstum und sinkenden Einkommen wird sich der Trend zur Staatsmedizin beschleunigen.

Martin Eberspächer
Leiter der Abteilung Wirtschaft und Soziales des Bayerischen Rundfunks

Wie die Mehrzahl der Bundesabgeordneten, so ist auch Horst Seehofer privat versichert und am Wechsel in eine gesetzliche Kasse keinesfalls interessiert. Trotzdem wertet der Politprofi Seehofer gegen eine „Privatisierungsgorgie“ im Gesundheitswesen. Im Wahlkampf geht es nicht um Ordnungspolitik, sondern darum, die CSU als Hoffnungsträger der Zwangsversicherten im Freistaat darzustellen.

Der Beitragssatz in der Krankenversicherung soll auf dreizehn Prozent abgeschmolzen werden, so dass die Sozialbeiträge insgesamt vierzig Prozent nicht übersteigen. Auf diese Vorgaben haben sich Bundeskanzler Gerhard Schröder und Edmund Stoiber gleichermaßen festgelegt, um die Arbeitgeber zu entlasten.

Deshalb spielt dieses Ziel bei der Suche nach dem Reformkompromiss der Volksparteien die zentrale Rolle. Andererseits sagt Seehofer seit Jahren immer wieder, die Zitrone sei schon ausgequetscht und deshalb wolle er mehr Geld ins Gesundheitssystem lenken. Immerhin handelt es sich um eine umweltverträgliche Wachstumsbranche, die Arbeitsplätze sichert.

Es ist absehbar, dass am Ende der Reformgespräche nur die Arbeitgeberanteile bei 6,5 Prozent eingefroren werden. Der Beitrag des Staates für versicherungsfremde Leistungen wird sich in Grenzen halten. Zusätzliche Mittel sind also von den Zwangsversicherten

aufzubringen. Wenn „Zusatzversicherung“ zur Pflicht wird, kann sie nicht als „private Eigenvorsorge“ dargestellt werden. Und ohne Kürzung der verfügbaren Einkommen wird die Rechnung nicht aufgehen. Das fordert die Gewerkschaften heraus, den Ausgleich bei der Lohnrunde einzufordern. Wenn die Arbeitgeber künftig einen fixen Anteil der Beiträge übernehmen, spüren Arbeitnehmer Unterschiede im Beitragssatz der Kassen doppelt. Bei stagnierenden oder rückläufigen Einkommen wird das Motto „Geiz ist geil“ die Wahl der Krankenkasse bestimmen – vor allem bei Jungen und Gesunden. Das strapaziert die Solidarität beim Risikostrukturausgleich. Im Wettbewerb müssen teure Kassen weichen. Und wie geht's weiter? Das Rürup-Modell



Foto: Ingram

der Kopfpauschale erfordert einen sozialen Ausgleich aus dem Staatshaushalt in zweistelliger Milliardenhöhe. Anders wäre es für die Volksparteien und ihre Wähler nicht akzeptabel. Seehofer zeigt Sympathie für die „Bürgerversicherung“. Denn er will Beitragssatz und Solidarprinzip festschreiben, aber auch die Einnahmen steigern. Deshalb sollen die Grenzen der Beitragsbemessung und Pflichtversicherung gesprengt und zahlungskräftige Mitglieder zwangsweise den gesetzlichen Kassen zugewiesen werden. Im Ergebnis würde die private Vollversicherung ausgezehrt.

Das ist ein Irrweg. Allein die demografische Entwicklung lässt erwarten, dass eine anfangs breitere Finanzgrundlage der Bürgerversicherung nur eine kurze Atempause geben würde. Nach der Reform ist vor der Reform. Dann stünde die Reduzierung auf eine Grundversorgung erneut auf der Tagesordnung. Bei dieser Perspektive wird sich in einer „Bürgerversicherung“ kein vernünftiger Qualitäts- und Leistungswettbewerb zu Gunsten der Patienten entwickeln. Eher geht der Trend zur Einheitsversicherung als Vorstufe eines „Nationalen Gesundheitsdienstes“ englischer Art. Der Beitrag wird zur Gesundheitssteuer, weil eine konkrete Gegenleistung für den Einzelnen kaum noch erkennbar ist. Bei schrumpfenden Einkommen wird andererseits der Spielraum für eine ergänzende private Vorsorge enger.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Bema-Beschlüsse

Briefe an die Ministerin

In zwei Briefen an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt haben die Vorsitzenden von Bundesausschuss Zahnärzte und Krankenkassen, Prof. Dr. Herbert Genzel, und des Erweiterten Bewertungsausschusses, Prof. Dr. Günther Neubauer, ihre Kritik an den gesetzgeberischen Vorgaben für die Aushandlung der Bema-Beschlüsse zum Ausdruck gebracht.

„Bei der Erarbeitung der Leistungsbeschreibungen“, so Prof. Neubauer, sei deutlich geworden, „dass nicht alle auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelten Leistungsbeschreibungen unter den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen einbezogen werden konnten, da dies die vorgegebenen finanziellen Möglichkeiten gesprengt hätte“.

Eine „den medizinischen Erkenntnissen entsprechende Parodontalbehandlung“ konnte

deshalb im Bewertungsmaßstab „nicht befriedigend beschrieben werden“.

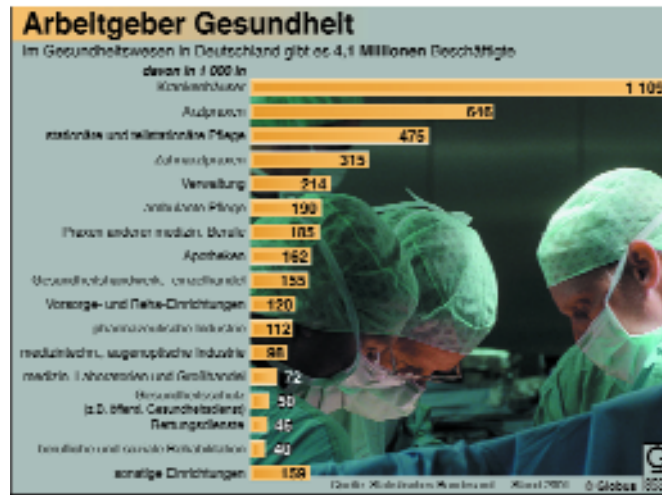
Für Prof. Genzel bedingt „der Umstand, dass der Bundesausschuss trotz intensiver und konstruktiver Zusammenarbeit der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen eine dem Stand der zahnärztlichen Wissenschaft entsprechende Parodontalbe-

handlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung“ nicht verabschieden konnte, die Frage, „ob die Notwendigkeit besteht, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu verändern, dass auch den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung eine dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Parodontalbehandlung zur Verfügung gestellt werden kann.“ pr

Produktsicherheitsrat

Beachtlicher Erfolg bescheinigt

Auf einen beachtlichen Erfolg könne der „Deutsche Rat für Qualität und Sicherheit von Produkten und Systemen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (kurz: Produktsicherheitsrat) blicken, wie sein Mitglied Prof. Dr. Ludger Figgner bescheinigt. In der jüngsten Ausgabe der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (DZZ, 7/2003) weist er darauf hin, dass durch eine sehr konstruktive Kooperation mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wesentliche fachliche Anregungen in den Meldekriterien des Bundesinstituts für Vorkommnisse mit Dentalprodukten eingebracht werden konnten. Figgner: „Es spricht für die Richtigkeit und Wichtigkeit der Konstituierung eines solchen Rates, dass er sich beim Verordnungsgeber mit seinen fachlichen Erwägungen und Argumenten Gehör verschaffen und Einfluss nehmen konnte.“ Der Produktsicherheitsrat wird von der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, dem Verband der Deutschen Dentalindustrie und dem Bundesverband Dentalhandel getragen. Er fungiert als schnell reagierender Dialogpartner im Wege freiwilliger Selbstkontrolle bei der Klärung von Problemen, die sich im Hinblick auf Produkte und Verfahren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ergeben. pr



Kritik an Gewerbesteuer

Städte fordern Soforthilfe

Die Städte haben wegen ihrer dramatischen Haushaltslage schnelle zusätzliche Finanzhilfe des Bundes und eine rasche Einführung der Gemeindefinanzreform gefordert.

„Wir brauchen Sofortmaßnahmen“, sagte die Präsidentin des Deutschen Städtetages, Petra Roth, dem „Tagesspiegel am Sonntag“. Bei Wirtschaft und Wissenschaft stieß die von der Bundesregierung im Zuge einer Gemeindefinanzreform geplante Ausweitung der Bemessungsgrundlage der Gewerbesteuer auf harte Kritik.

„Das ist für die deutsche Wirtschaft ein absoluter Stimmungskiller“, sagte der Präsident des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK), Ludwig Georg Braun, dem Magazin „Focus“.

Der Volkswirtschaftler Martin Junkernheinrich sagte der dpa, eine Ausweitung auf Selbstständige und Freiberufler würde den Kommunen keine zusätzlichen Einnahmen bringen. pr/dpa

Kommentar

Heben und sinken

Die Einführung der Gewerbesteuer für Freiberufler bringt die MS Deutschland in noch größere Gefahr, unterzugehen. Mal abgesehen davon, dass viele Praxen sich durch die Hebesatz-Belastung kaum noch über Wasser halten könnten – auch erwarten Experten keinerlei Mehreinnahmen für die Kommunen. Und mit Insolvenzen und Arbeitsplatzabbau ist den Gemeinden wohl nicht wirklich geholfen. Sascha Devigne

FDI-Kongress in Sydney

Attraktives Programm

Mit einem thematisch breit gefächerten wissenschaftlichen Programm mit qualifizierten internationalen Referenten lädt die FDI zu ihrem diesjährigen Jahresweltkongress vom 18. bis 21. September nach Sydney/Australien ein. Sydney – international bekannt als Austragungs-

größte und technisch bestens ausgerüstete Kongress-Stätte, nur wenige Minuten vom Stadtzentrum entfernt. Hotels, Restaurants und Theater sind in unmittelbarer Nähe und leicht zu Fuß zu erreichen.

Anmeldungen zur Kongressteilnahme sind auch noch vor Ort in

Sydney möglich. Die BZÄK wird die Kongressteilnehmer aus Deutschland am Freitag, den 19. September von 17:30 bis 19:00 Uhr beim deutschen Empfang im Waterfront Restaurant/Wolfie's Grill am 27 Circular Quay West/The Rocks willkommen heißen.
pr/BZÄK



Foto: MEV

ort der Olympischen Spiele 2000 – ist ideal geeignet, um den FDI Weltzahnärztekongress 2003 auszurichten. Er wird im Sydney Convention and Exhibition Centre am Darling Harbour veranstaltet. Dies ist Australiens

■ *Details zum Programm unter:*
www.fdiworldental.org.
Informationen bei:
Kölner Zahnärztheaus,
Tel.: 0221/ 4001-207,
Fax: 0221/ 4001-214 oder
Reisebüro Reder, Tel.: 07071/
410654, Fax: 07071/ 410640.

KZBV zum neuen Bema

Private Schulungen unangemessen

Als unangemessen bezeichnet die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) die so genannten Fortbildungsanfragen zum neuen Bema. Der Hintergrund: Einige private Anbieter werben schon jetzt für kostenpflichtige Seminare über Abrechnungsmodalitäten nach der Bema-Neurelationierung. Die KZBV weist darauf hin, dass die gesamte Information über das Vertrags- und Abrechnungswesen originäre Aufgabe der KZVen sei. Die Information der Zahnärzte erfolge kostenlos, in schriftlicher Form und rechtzeit-

ig vor In-Kraft-Treten der neuen Regelung am 1. Januar 2004. Bei Bedarf gebe es darüber hinaus regionale Schulungsangebote der KZVen. Fortbildungen zum jetzigen Zeitpunkt seien verfrüht und führten zu Fehlinterpretationen, da die redaktionelle Arbeit an den neuen Leistungsbeschreibungen noch nicht abgeschlossen sei. Außerdem sei die Beanstandungsfrist des Bundesgesundheitsministeriums für die Richtlinien noch nicht abgelaufen. Darüber hinaus werden die neuen PAR-Richtlinien erst im September verabschiedet. KZBV

Zweiter AS-Studiengang**Stolz auf das gute Abschlussergebnis**

In einer akademischen Feierstunde in der Universität Lüneburg überreichte der Dekan Prof. Dr. Egbert Kahle am 5. Juli 2003 die Abschlussdiplome 2002/2003 unter anderem an acht Teilnehmer der AS-Akademie (Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement). Die Teilnehmer hatten sich nach dem zweijährigen berufsbegleitenden AS-Studium mit insgesamt vier Studienblöcken und einer Zertifikatsarbeit als Abschluss für eine Fortsetzung des postgraduierten Studiums in Lüneburg entschlossen. Grundlage dafür ist ein Kooperationsvertrag zwischen der Akademie und der Universität Lüneburg, Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Dieser Vertrag ermöglicht die Anrechnung von zwei Semestern auf das weiterführende viersemestrige MBA-Studium, so dass noch zwei Se-

mester an der Universität Lüneburg berufsbegleitend zu absolvieren waren.

Besonders erfreulich sind die sehr guten bis guten Abschlussergebnisse im Diplomstudium mit dem Programm „Management medizinischer Versorgungssysteme“.

Die AS-Akademie sieht sich durch dieses Ergebnis in ihrem Studienangebot voll bestätigt mit dem Ziel, sowohl praktisch wie wissenschaftlich in einem speziell auf die Bedürfnisse

Foto: AS-Akademie

Einladung der KZBV**Vertreterversammlung in Potsdam**

Gemäß § 7 Ziffer 7 Abs. 2 der Satzung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beruft

der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZBV die Vertreterversammlung zum 17./18.

Oktober 2003 nach Potsdam ein.

■ **Beginn:**

17. 10. 2003, 09.15 Uhr im Dorint Hotel Sanssouci, Jägerallee 20, 14469 Potsdam

■ **Fortsetzung:**

18. 10. 2003, 09.00 Uhr

Vorläufige**Tagesordnung:**

1. Begrüßung der Teilnehmer

des niedergelassenen Zahnarztes zugeschnittenen Studiengang auf Selbstverwaltungsaufgaben, Verantwortungsübernahme und Führungsrollen vorzubereiten.

pr/pm

■ Die AS-Akademie lädt ein zum 3. Studiengang 2004/2005 mit zehn berufsbegleitenden Wochenendstudienblöcken gemäß Studienplan und Curriculum. Bewerbungen an: Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement, Geschäftsstelle Münster, Auf der Horst 31, 48147 Münster, Tel: 0251-507640, Fax: 0251-507609; für Rückfragen steht der Direktor der Akademie, Dr. Jochen Neumann-Wedekind zur Verfügung

Stipendiatenaustausch**Zufriedene Gäste**

Ein rundum positives Resümee ihres Deutschlandbesuchs ziehen die französischen Stipendiaten, die Ende März am deutsch-französischen Austausch der französischen Zahnärzteorganisation CNSD und der Bundeszahnärztekammer teilnahmen. Es sei gelungen, den Stipendiaten sehr exakte Kenntnisse über das deutsche Versicherungssystem zu vermitteln, schreibt ein Teilnehmer in der französischen Zeitschrift „Le Chirurgien – Dentiste de France“. In drei Jahren soll auf Einladung der CNSD eine deutsche Gruppe Frankreich besuchen.

BZÄK

Ratinger ZE-Unternehmen**Kooperation mit der Türkei**

Das Ratinger Unternehmen Zahnersatz:Müller führt eine Kooperation mit einem Dentallabor in der Türkei durch. Das deutsch-türkische Joint-Venture entlastet Patienten und Kassen bei Brücken und anderem Zahnersatz um bis zu 50 Prozent nach der gültigen deutschen Preisliste, heißt es in einer Pressemitteilung.

Das türkische Partnerunternehmen sei mit modernsten computergestützten CAD/CAM-, Laser- und Titan-Techniken ausgerüstet. Es arbeite für Zahnersatz: Müller ausschließlich auf der Basis deutscher Rohstoffe, die über den deutschen Fachhandel bezogen und importiert würden.

Zudem sei das High-Tech-Dentallabor in der Türkei vom Rheinisch-Westfälischen TÜV ISO 9002 zertifiziert.

KZBV

pr/ots



Foto: MEV

ORCA

Kariesforschung feierte den 50sten



Foto: Skyt/Aalborg Univ.

viele Metropolen Europas gereist ist. Diesmal waren über 350 Wissenschaftler aus 34 Ländern eingetroffen. Viele junge Nachwuchswissenschaftler hatten Poster mit ihren Untersuchungsergebnissen vorgestellt. In zahlreichen Parallelveranstaltungen gab es neue Erkenntnisse und zum Teil heiße Diskussionen.

Es war ein ganz besonderes Ereignis. Knapp 400 Teilnehmer waren Anfang Juli nach Konstanz gereist, um den 50. Geburtstag der „ORCA“ zu feiern. Denn vor genau 50 Jahren trafen einige Kariesforscher am Bodensee zusammen und gründeten eine Vereinigung, die bis heute den grundlegenden Zusammenhalt von Menschen bilden sollte, die sich alle um eines bemühen: um die Ursachen, die Entstehung sowie die Therapie der Karies und um diese Erkenntnisse an die Zahnärzte und Meinungsbildner heranzutragen. Prof. Dr. Heinz Duschner gab einen historischen Überblick über die vielen Jahre, in denen der Kongress durch

Anlässlich des Geburtstages hatte sich der Organisator etwas ganz besonderes einfallen lassen und die Veranstaltung in das Zeichen der Kunst gesetzt. So gehörte der Besuch einer Ausstellung mit moderner Kunst zum Abendprogramm und prägte alle Flyer und Poster auf besondere Weise. Es wurden neue Freundschaften geschlossen und alte wieder aufgelebt. Viele Emeriten hatten es sich nicht nehmen lassen, auch in diesem Jahr bei „ihrem“ ORCA-Kongress dabei zu sein. Der nächste ORCA-Kongress findet vom 30.6. bis 3.7.2004 in Istanbul statt (www.orca2004.org).

sp

Aufruf für Anträge

Hauptversammlung der DGZMK

Die Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde findet voraussichtlich am Freitag, den 17. Oktober 2003, zirka 17.00 bis 19.00 Uhr im Eurogress Aachen statt. Hierzu laden wir alle Mitglieder herzlich ein und bitten um zahlreiches Erscheinen.

Anträge an die Hauptversammlung sind bis zum 22. August 2003 durch eingeschriebenen



Brief an die
Geschäftsstelle der DGZMK,
Lindemannstr. 96
40237 Düsseldorf
zu richten.

Düsseldorf, den 16. März 2003
Prof. Dr. H. Weber
Präsident der DGZMK

Osteoporose**Richtige Kost schützt**

Die Abnahme der Muskelmasse und der Muskelkraft im Alter ist einer der Hauptgründe für körperliche Gebrechlichkeit und Behinderung bei Senioren. Als wichtigste Maßnahme dagegen empfehlen Sportmediziner eine regelmäßige sportliche Betäti-

gung und Krafttraining auch für ältere Menschen.

Doch auch die richtige Ernährung hält Senioren fit, betont die Bonner Ernährungswissenschaftlerin Privat-Dozentin Dr. Dorothee Volkert. Ihre Empfehlungen für Fitness im Alter lauten:

- täglich eine warme Mahlzeit;
- täglich mindestens ein Stück Obst;
- täglich mindestens eine Portion Gemüse und Salat;
- täglich ein Glas Milch und Joghurt, Quark oder Käse;
- täglich eine Scheibe Vollkornbrot;
- täglich 1,5 bis zwei Liter Flüssigkeit;
- mehrmals pro Woche Fleisch/Fisch/Eier.

thy



Foto: CC

Stiftung „Hufeland-Preis“**Prof. Erdmann ist neuer Vorsitzender**

Zum neuen Vorsitzenden der Stiftung „Hufeland-Preis“ wurde Prof. Dr. med. Erland Erdmann ernannt. Erdmann bekleidet seit 1993 den Lehrstuhl für Innere Medizin an der Uni Köln und ist zugleich Direktor der dortigen Fachklinik. Er tritt die Nachfolge von Prof. Dr. med. Hans Hermann Hilger an, der 15 Jahre an der Spitze des Kuratoriums stand. Träger des seit 1959 ausgelobten „Hufeland-Preises“ zur Förderung der Präventivmedizin sind die Bundeszahnärztekammer, die Bundesärztekammer,

die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. und die Deutsche Ärzteversicherung, die den mit 20000 Euro dotierten Preis stiftet. Für den „Hufeland-Preis 2004“ haben Zahnärzte und Ärzte noch bis zum 31. März nächsten Jahres Zeit, um die Unterlagen einzureichen. Nähere Infos gibt es bei Brigitte Köne-

mann, Deutsche Ärzteversicherung AG, Siegburger Str. 215, 50679 Köln, Tel.: 0221-148-36106, Fax: 0221-148-23374. ck/pm

Vater werden**Schöne Männer sind schneller**

Frauen, die auf der Suche sind nach einem geeigneten Vater für ihr Wunschkind, dürfen sich durchaus von Äußerlichkeiten leiten lassen. Gut aussehende Männer haben nämlich die besten Spermien, ergab eine Studie der Universität Valencia. Die spanischen Wissenschaftler baten Frauen, die Attraktivität von männlichen Studenten zu beurteilen und untersuchten anschließend die Samenqualität dieser Männer. Das Ergebnis: Je schöner der Mann, desto vitaler, schneller und gesünder entpuppten sich seine Spermien. thy

Kardiologie**Beinmuskeln kitten krankes Herz**

Mit Erfolg haben französische Ärzte patienteneigene Muskelvorfürerzellen nach einem Herzinfarkt eingesetzt. Erst nach dem Tod eines 72-jährigen Franzosen eineinhalb Jahre nach dem Eingriff haben Forscher diese Zellen, so genannte Myoblasten, im Herzen des Mannes entdeckt. Die aus dem Oberschenkel entnommenen Zellen wurden in den Herzmuskel transplantiert. Der Franzose ist somit der erste Patient, bei dem ein geschädigtes Herz mit Muskelzellen aus anderen Körperteilen repariert wurde. Dass der Patient an einem Schlaganfall gestorben ist, sei nicht auf die Transplantation zurückzuführen, so die Forscher von der europäischen Klinik Georges Pompidou in Paris (<http://www.hbroussais.fr:80/HEGP>) im Fachjournal Lancet (<http://www.thelancet.com>). Die Mediziner entnahmen die noch

wenig differenzierten Muskelvorfürerzellen aus dem Bein und injizierten sie in die durch einen Herzinfarkt stark geschädigte Herzstelle. Durch diese Schädigung pumpt der Muskel nicht mehr ordnungsgemäß. Die Zellen produzierten zum Großteil Muskeleiweiß. Fünf Monate nach der Behandlung war die geschädigte Herzstelle den Medizinern zufolge wieder funktionstüchtig. sp/pte

Gamma-Linolensäure**Nachtkerze bei Atopie**

Trockene schuppige Haut ist eines der häufigsten Symptome der atopischen Dermatitis. Ein pathogenetischer Faktor ist der Mangel an Gamma-Linolensäure. Da diese ein Inhaltsstoff des Nachtkerzenöls ist, liegt es nahe, die Dermatitis mit diesem zu behandeln. Aus diesem Grund wurden vierzehn Neuro-



Foto: Waltheimat.de

dermitiker mit trockener, juckender und schuppender Haut mit Nachtkerzenöl behandelt. Vorher und nachher bestimmte man IFNy und IgE im Serum sowie die klinische Ausprägung der Hautaffektionen. Nach der Behandlung war die betroffene Haut und der Pruritus deutlich zurückgegangen. Das IFNy im Serum hatte signifikant zugenommen, das IgE war – wenn auch nicht bis auf normales Niveau – abgefallen, wie die Praxis-Depesche schreibt. sp

Arbeitsamt hat tolle Angebote

Massieren im Puff



Foto: PhotoDisc/zm

Das Arbeitsamt Berlin-Mitte hat die Anweisung, Arbeitslose auch fachfremd einzusetzen, konsequent befolgt: Eine 25-jährige

Kellnerin kriegte jüngst ein Jobangebot im Puff. Ihre Stellenbeschreibung: die Kunden so zufrieden zu stellen, wie sie es wünschen. „Wir verwöhnen Dich mit heißen Küssen, zärtlichen und kuscheligen Massagen“, heißt es unter anderem auf der Internetseite des Massagealons. Die zuständige Amtsleiterin kann die Aufregung gar nicht verstehen – täglich kämen schließlich hunderte Anfragen, da sei es schwer, jede einzelne zu überprüfen. Außerdem kann die Arbeit suchende Kellnerin ganz beruhigt sein: Joblose müssten ein solches Angebot, das „nicht böse gemeint war“, selbstverständlich nicht annehmen! Na, da sind wir aber erleichtert!

ck

Sommerente: Kühe gehen unter

Erst voll laufen, dann absaufen

Eine etwas sonderbare Meldung geistert seit kurzem durchs Web, angeblich aus der TAZ: Naturwissenschaftler der Berliner Humboldt-Uni hätten in einem Test mit über 400 deutschen Kühen herausgefunden, dass diese nicht schwimmen können. Stimmt, das haut den an Berliner Nonsens gewöhnten Leser beileibe noch nicht aus den Puschen, aber jetzt kommt's: Der Schließmuskel der Kühe sei so schwach, heißt es da, dass die Tiere, sobald sie ins Wasser trabten, von hinten mit Wasser voll liefen und deshalb untergingen. Die Forscher bemühten sich jetzt, ein Schließmuskeltraining für die deutschen Kühe zu entwickeln. Ist das nun eine Som-

merente oder eine seriöse Nachricht? Egal, großen Unterhaltungswert hat die Sache allemal. Die TAZ jedenfalls konnte die Meldung nicht bestätigen, auch die Humboldt-Uni fühlt sich für die Kuh-Schwimmkurse nicht verantwortlich.

ck/pm



Foto: NPS

Clubbing mit Mampfen

Döner-Kult

Die „Lange Nacht der Döner“ gibt es bereits – jetzt hat der Döner auch die Berliner Clubszene erfasst: In einem ehemaligen türkischen Imbiss treffen sich die wahren Dönerfans ein Mal pro Woche zur DJ-Dönerparty in der Dönerlouge. Veranstalter ist... Richtig: Der Döner-



Foto: TopAS

kulturverein! Wann das Event stattfindet? Natürlich döners-tags.

ck

Aufgeschnappt und angespitzt

■ *Berlin ist und bleibt eben die Stadt der Widersprüche par excellence: Das Arbeitsamt schickt Jobsuchende in den Puff, aber Stripteaskurse werden gestrichen. Und während der Döner zum echten Partybrummer avanciert, säuft der einzig wahre Dönerlieferant, die deutsche Kuh, ohne Training einfach so ab.*



Foto: MEV

Senat sperrt Frauenkurse

Aus für „Strip dich frei“

Der Berliner Senat hält nichts von „Selbstverwirklichung in Reizwäsche“: Die in einem Frauenzentrum angebotenen Stripteaskurse zur „nonverbalen Körperkommunikation“ sollen jetzt nicht mehr gefördert wer-

den. Bislang konnten dort Frauen im Alter zwischen 15 und 50 Jahren beim Strippen „neue Ausdrucksformen erlernen“. Nur durch Zufall erfuhr die Berliner Verwaltung vom freizügigen Kursprogramm und machte klar, dass das Frauenzentrum die jährlichen Fördergelder von 60 000 Euro doch besser anders einsetzen sollte...

Ende vom Lied: Die Kurse sind gestrichen, die Verantwortlichen des Frauenzentrums abgetaucht, die Berliner Verwaltung genervt. Nur die Kursleiterin des Stripteaskurses, eine professionelle Stripperin, ist zufrieden: Die Prostituiertenorganisation Hydra hat ihr neue Räumlichkeiten angeboten, jetzt wirbt sie auf ihrer Internetseite um neue Kunden.

ck

Praxisgründung 2002

Gemeinschaftspraxen weiterhin im Aufwind

David Klingenberg, Andrea Schwarte

Seit 1984 analysiert das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank jährlich das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Wie schon in der Vergangenheit, erfolgt die Analyse des Jahres 2002 getrennt nach Ost- und Westdeutschland. Der folgende Beitrag dokumentiert die wichtigsten Ergebnisse für das Jahr 2002.

Die Zahl der Berufsaufgaben ebenso wie die Zahl der Existenzgründungen verharrte im Jahr 2002 auf dem Vorjahresniveau. Knapp 1 400 Zahnärzte schieden aus dem Berufsleben aus. Gleichzeitig entschieden sich – wie schon im Vorjahr – etwa 1 950 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit.

Die Verteilung zahnärztlicher Existenzgründungen auf die Einzelpraxisneugründung, die Einzelpraxisübernahme und die Gemeinschaftspraxis veränderte sich 2002 im Vergleich zum Vorjahr deutlich. In den alten Bundesländern nahm der Anteil der Einzelpraxisneugründungen um zehn Prozentpunkte ab, der Anteil der Gemeinschaftspraxen stieg entsprechend um zehn Prozentpunkte auf 30 Prozent. In den neuen Bundesländern nahm der Anteil der Gemeinschaftspraxen gegenüber dem Vorjahr ebenfalls um vier Prozentpunkte zu und lag damit anteilmäßig erstmalig über den Einzelpraxisneugründungen (siehe Abb. 1).

In Westdeutschland war die Übernahme einer Einzelpraxis im Jahr 2002 mit einem Anteil von 46 Prozent nach wie vor die dominierende Niederlassungsform. In Ostdeutschland war die Übernahme einer Zahnarztpraxis 1998 erstmals die wichtigste Form der Niederlassung. Im Jahr 2002 wählten drei von vier zahnärztlichen Existenzgründern den Kauf einer Einzelpraxis als Start in die Freiberuflichkeit. Der Anteil der Einzelpraxisneugründungen betrug im Jahr 2002 nur noch zwölf Prozent. Gemeinschaftspraxen haben in Ostdeutschland mit einem Anteil von 13 Prozent nach wie vor eine deutlich geringere Bedeutung als in

Westdeutschland, wenngleich auch hier der Trend zur Gemeinschaftspraxis unübersehbar ist. Die Unterschiede im Verteilungsmuster zwischen Ost- und Westdeutschland waren auch 2002 immer noch deutlich erkennbar.

Die gewählte Form der zahnärztlichen Niederlassung variiert je nach Alter des Exis-

in der Altersgruppe der über 40-Jährigen noch einen vergleichsweise geringeren Stellenwert. Hier wird die Einzelpraxisneugründung mit 33 Prozent häufiger präferiert (siehe Abb. 2). Offensichtlich sehen gerade die jüngeren Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können.

Der überwiegende Teil, nämlich 65 Prozent der Existenzgründungen in den alten Bundesländern, wurde durch Männer realisiert, hingegen lediglich 35 Prozent durch Frauen. In den neuen Bundesländern zeigte sich die Geschlechtsverteilung ausgeglichen. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern um 14 Prozentpunkte gesunken. Mittelfristig ist mit einer Angleichung der Geschlechtsverteilung zu rechnen.

Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland be-

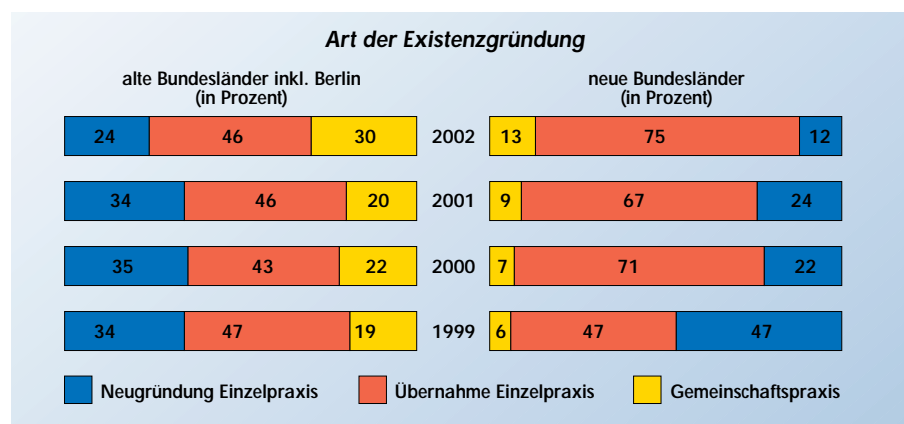


Abbildung 1

tenzgründer. Bei den jungen Zahnärzten (22 bis 30 Jahre) in den alten Bundesländern blieb der Anteil der Gemeinschaftspraxen gegenüber dem Vorjahr mit einem Anteilswert von 31 Prozent stabil, während der Anteil der Gemeinschaftspraxen in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen um elf Prozentpunkte auf 31 Prozent und in der Altersgruppe der über 40-Jährigen um zwölf Prozentpunkte auf 22 Prozent zunahm. Damit zeigt sich die Gemeinschaftspraxis in allen Altersgruppen weiterhin im Aufwind. Gleichwohl besitzt die Gemeinschaftspraxis

trug zum Zeitpunkt der Niederlassung 35 Jahre; die Kolleginnen und Kollegen in Ostdeutschland waren im Schnitt zwei Jahre jünger. In gleicher Weise lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Altersstruktur erkennen. Die männlichen Existenzgründer waren im Durchschnitt 35 Jahre alt und damit zwei Jahre älter als ihre Kolleginnen.

Geschlechtsspezifische Akzentsetzungen zeigten sich auch hinsichtlich der Niederlassungsform. Bei den Zahnärztinnen war mit einem Anteilswert von 32 Prozent eine ver-

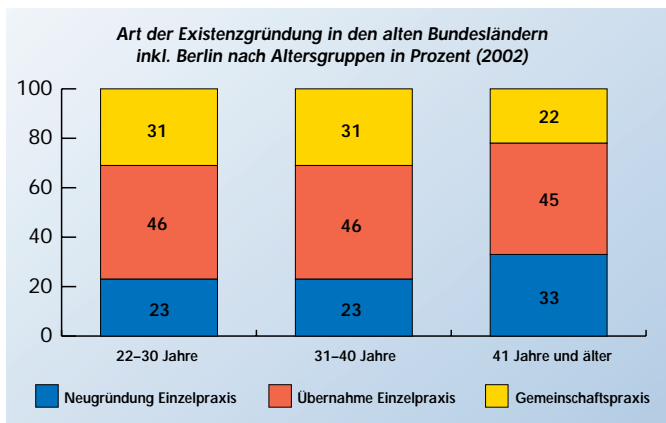


Abbildung 2

gleichsweise stärkere Präferenz für die Gemeinschaftspraxis als Niederlassungsform erkennbar, während sich die männlichen Existenzgründer mit einem Anteilswert von 26 Prozent vergleichsweise häufiger für die Neugründung einer Einzelpraxis entschieden.

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründer auf die verschiedenen Ortsgrößen in den alten Bundesländern ist gegenüber dem Vorjahr stabil geblieben. Mit einem Anteil von 31 Prozent wurden die meisten Existenzgründungen in kleinstädtischem Umfeld realisiert; 29 Prozent aller Niederlassungen entfielen auf Großstädte. In den neuen Bundesländern wurden nach wie vor die meisten Existenzgründungen (40 Prozent) im ländlichen Raum vorgenommen. Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage, so zeigt sich ein höherer Anteil an Einzelpraxisübernahmen in Großstädten, ein geringerer Anteil an Einzelpraxisneugründungen in Mittelstädten sowie eine Bevorzugung der Gemeinschaftspraxis in ländlichen Regionen. Damit ist das Verteilungsmuster spiegelbildlich gegenüber dem Vorjahr.

Inwiefern sich diese bemerkenswerten Veränderungen auf die Finanzierungsstrukturen ausgewirkt haben, wird im Folgenden getrennt für die alten und neuen Bundesländer dargestellt (siehe Tabellen 1 bis 3).

Finanzierungsvolumen

In Westdeutschland ist das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung im Jahr 2002 erneut gestiegen und lag mit 327 000 Euro etwa zwei Prozent über dem Vorjahreswert (siehe Abb. 3). Das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzel-

praxisübernahme sank geringfügig um 4 000 Euro auf 260 000 Euro (siehe Abb. 4). Eine nach Alter differenzierte Betrachtung zeigt, dass die 31- bis 40-jährigen Existenzgründer mit 333 000 Euro (plus ein Prozent) für eine Einzelpraxisneugründung beziehungsweise 270 000 Euro (minus drei Prozent) für eine Einzelpraxisübernahme wie schon im Vorjahr die höchsten Investitionen tätigten.

In die Neugründung beziehungsweise Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 334 000 Euro (plus fünf Prozent) beziehungsweise 283 000 Euro (plus zwei Prozent). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung sanken um fünf Prozent auf 312 000 Euro und lagen somit – anders als noch im Vorjahr – unter den Investitionsvolumina ihrer männlichen Kollegen. Bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer mit 223 000 Euro ebenfalls sechs Prozent weniger als im Vorjahr, der

Differenzbetrag zu den männlichen Existenzgründern vergrößerte sich infolgedessen auf 60 000 Euro.

Im Jahr 2002 erforderte die Einzelpraxisneugründung in einer Mittelstadt die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 369 000 Euro lag das Finanzierungsvolumen 18 Prozent über dem Vorjahreswert. Die Einzelpraxisübernahme in einer Mittelstadt verbilligte sich gleichzeitig um 15 Prozent auf 253 000 Euro. Damit stieg der Unterschied im Investitionsvolumen zwischen den beiden Praxisformen in der Mittelstadt auf 116 000 Euro. Bei den Existenzgründungen in einer Großstadt ist eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten. Hier schlug eine Einzelpraxisneugründung im Jahr 2002 mit 296 000 Euro (minus neun Prozent) zu Buche, während eine Einzelpraxisübernahme 252 000 Euro kostete und sich damit gegenüber dem Vorjahr um elf Prozent verteuerte. Der Differenzbetrag zwischen den beiden Niederlassungsformen sank somit auf 44 000 Euro – 2001 waren es 99 000 Euro.

Betriebsmittelkredit

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- beziehungsweise Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittel-

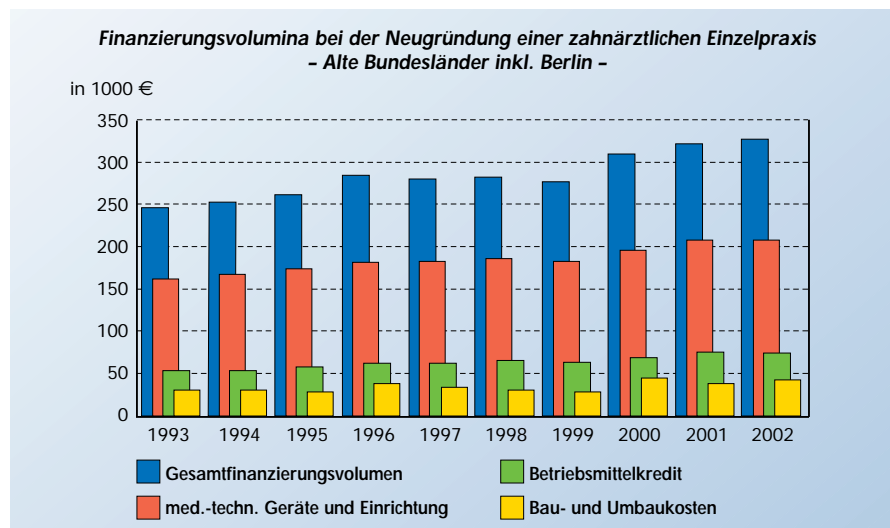


Abbildung 3

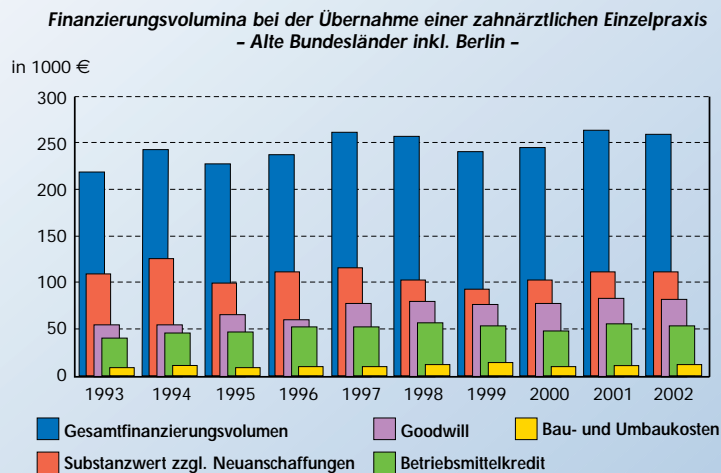


Abbildung 4

kredit betrug im Jahr 2002 etwa 75 000 Euro und lag damit auf Vorjahresniveau. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit lag im Jahr 2002 mit 55 000 Euro nur knapp unter dem Vorjahreswert. Die höchsten Betriebsmittelkredite fragten die 31- bis 40-jährigen Zahnärzte nach (80 000 Euro). Entscheidenden Einfluss auf die Höhe des Betriebsmittelkredits hat auch der Praxisstandort. So lag der Betriebsmittelkredit bei einer Praxisübernahme auf dem Land mit 49 000 Euro deutlich unter dem entsprechenden Wert in einer Kleinstadt (63 000 Euro). Die im Rahmen einer Praxisneugründung anfallenden Bau- und Umbaukosten stiegen im Jahr 2002 um 4 000 Euro auf 43 000 Euro. Bei den Praxisübernahmen betragen die Ausgaben für bauliche Maßnahmen 13 000 Euro.

Bei der Praxisübernahme liegt der Kaufpreis im Regelfall deutlich über dem materiellen Wert der bereits in der Praxis vorhandenen Geräte und Ausstattungen (Substanzwert). Die Differenz wird als ideeller Wert oder auch „Goodwill“ bezeichnet. Im Goodwill spiegeln sich die subjektiven Erwartungen des Käufers an die zukünftige Ertragskraft der Zahnarztpraxis wider.

Die in den Vorjahren erkennbare rückläufige Entwicklung beim Substanzwert der übernommenen Praxen wurde im Jahr 2000 gestoppt; im Jahr 2002 sank der Substanzwert der übernommenen Praxen allerdings erneut um vier Prozent. Das Niveau

des Goodwill sank in 2002 geringfügig um 2 000 Euro auf 82 000 Euro.

Ärzte im Vergleich

Der arztgruppenbezogene Vergleich der für eine Praxisneugründung aufzubringenden Finanzmittel in den Jahren 2001/2002 (siehe Abb. 5) zeigt, dass das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon im Vorjahr von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird. Dabei blieb der Zuwachs, wie der Blick auf die arztgruppenspezifischen Gesamtfinanzierungsvolumina des Jahres 2000/2001 deutlich macht, mit knapp drei Prozent noch vergleichsweise moderat. Die Investitionsvolumina in den anderen Arztgruppen entwickelten sich unterschiedlich. Die höchsten Steigerungsraten verzeichneten die Neurologen mit einem Plus von 36 Prozent, gefolgt von den Chirurgen mit 15 Prozent und den Internisten mit 13 Prozent

Finanzierungsvolumina bei Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis – Alte Bundesländer inkl. Berlin –

	med.-techn. Geräte und Einrichtung	+	Bau- und Umbaukosten	=	Praxisinvestitionen	+	Betriebsmittelkredit	=	Gesamtfinanzierungsvolumen
1993	161		31		192		54		246
1994	168		30		198		55		253
1995	174		29		203		58		261
1996	182		39		221		63		284
1997	183		34		217		63		280
1998	186		31		217		65		282
1999	184		29		213		64		277
2000	196		45		241		69		310
2001	208		39		247		75		322
2002	209		43		252		75		327

Tabelle 1 (Angaben in 1000 Euro)

Quelle: IDZ/APO-Bank, 2003

Finanzierungsvolumina bei Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis – Alte Bundesländer inkl. Berlin –

	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	+	Goodwill	+	Bau- und Umbaukosten	=	Praxisinvestitionen	+	Betriebsmittelkredit	=	Gesamtfinanzierungsvolumen
1993	111		56		10		177		42		219
1994	127		57		12		196		47		243
1995	103		67		10		180		48		228
1996	113		61		11		185		53		238
1997	116		80		11		207		54		261
1998	104		81		13		198		58		256
1999	95		79		14		188		54		242
2000	104		80		11		195		49		244
2001	112		84		12		208		56		264
2002	110		82		13		205		55		260

Tabelle 2 (Angaben in 1000 Euro)

Quelle: IDZ/APO-Bank, 2003

Zuwachs. In anderen Arztgruppen entwickelten sich die Investitionsvolumina rückläufig, am deutlichsten bei den Augenärzten mit minus 17 Prozent sowie den HNO-Ärzten mit minus neun Prozent. Subsummiert man die Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich für diese Gesamtgruppe in 2001/2002 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von zirka 167 000 Euro und eine Zuwachsrate von 19 Prozent gegenüber dem Zeitraum 2000/2001.

Unverkennbar ist, dass die zahnärztliche Berufsausübung eine sehr umfangreiche technisch-apparative Ausstattung zur modernen Patientenversorgung erforderlich macht, die entsprechend hohe Investitionsvolumina begründet. Dies gilt in gleicher Weise für die zunehmende Prophylaxeorientierung der Zahnärzteschaft, die auf der einen Seite zusätzlichen finanziellen Aufwand mit sich bringt, auf der anderen Seite aber auch positiv auf die Berufszufriedenheit wirkt und durch mutige Investitionsentscheidungen widergespiegelt wird.

Neue Bundesländer

Während in Westdeutschland die bei einer Praxisneugründung aufzubringenden Mittel mit einem Zuwachs von zwei Prozent einen neuen Höchstwert erreichten, sank das Gesamtfinanzierungsvolumen in den neuen Bundesländern um ein Prozent. Mit 191 000 Euro lag der Wert 45 000 Euro unter dem Höchstwert von 1996. Zwischen 1993 und 2002 hat sich die Differenz der

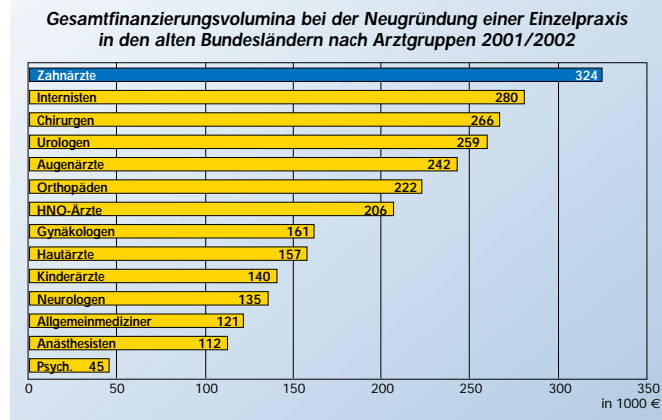


Abbildung 5

west- und ostdeutschen Finanzierungsvolumina für eine Praxisneugründung von 26 000 Euro auf 136 000 Euro verfünffacht. Das Ost-West-Verhältnis der Investitionsvolumina lag im Jahr 2002 bei 58 Prozent (1993: 89 Prozent).

Eine Praxisübernahme in den neuen Bundesländern erforderte 2002 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 174 000 Euro (minus elf

Prozent) und lag damit 17 000 Euro unter dem Investitionsvolumen einer Praxisneugründung. Im Vorjahr schlug eine Praxisübernahme in den neuen Bundesländern noch mit 195 000 Euro zu Buche. Das Ost-West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme sank im Jahr 2002 um sieben Prozentpunkte auf 67 Prozent.

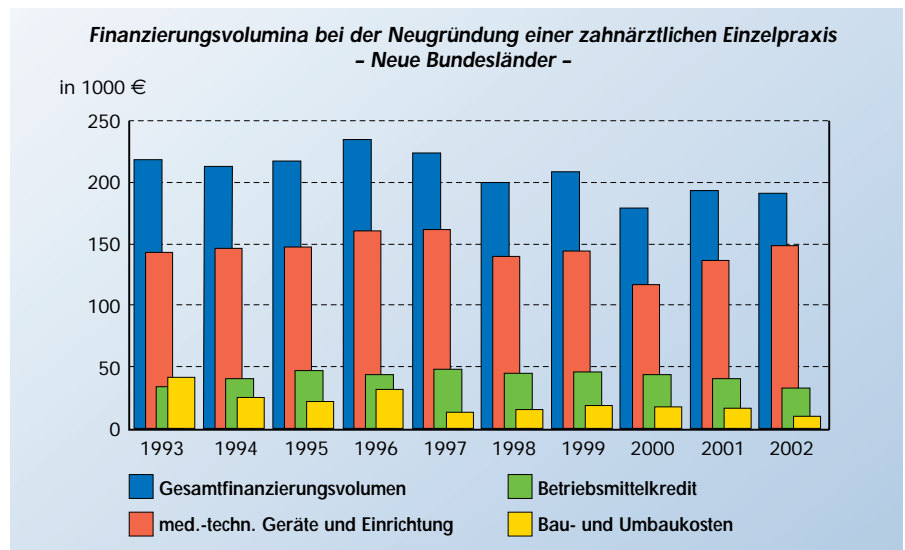


Abbildung 6

	med.-techn. Geräte und Einrichtung	+	Bau- und Umbaukosten	=	Praxisinvestitionen	+	Betriebsmittelkredit	=	Gesamtfinanzierungsvolumen
1993	144		41		185		35		220
1994	147		25		172		41		213
1995	148		22		170		48		218
1996	161		31		192		44		236
1997	163		13		176		48		224
1998	140		16		156		45		201
1999	145		18		163		46		209
2000	118		17		135		44		179
2001	137		16		153		40		193
2002	150		9		159		32		191

Tabelle 3 (Angaben in 1000 Euro)

Dr. David Klingenberg
 Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
 Universitätsstr. 73
 50931 Köln

Dipl.-Kfm. Andrea Schwarte
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank
 Emmanuel-Leutze-Str. 8
 40547 Düsseldorf



Die komplette Fassung der Investitionsanalyse ist in der Reihe „IDZ Information“ erschienen und kann in der Redaktion angefordert werden. Den Kupon finden Sie auf den letzten Nachrichtenseiten.

KBV-Reformkonzept

Zwei-Tarif-Modell: Mehr Wettbewerb um Qualität

Die Pläne zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) sind in der Ärzteschaft auf scharfe Kritik gestoßen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) will mehr Wettbewerb um Qualität in der medizinischen Versorgung. Vor allem soll der Einzelvertragswettbewerb verhindert werden. Die KBV untermauert ihre Forderung mit einem eigenen Reformkonzept, dem Zwei-Tarif-Modell.



Foto: MEV

Hausarztssystem mit Sachleistung oder Facharztversorgung mit Kostenerstattung? Nach dem Modell der KBV soll der Versicherte künftig die Wahl haben.

Das Recht der Patienten auf freie Arztwahl sieht der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, durch die Pläne der Bundesregierung gefährdet. „Wir stehen vor einer Grundsatzfrage in der Gesundheitspolitik: soll weiterhin der einzelne Bürger freie Entscheidungen treffen können oder ein staatlicher Dirigismus einkehren?“, stellt er zur Diskussion.

Der KBV-Chef bezieht sich damit unter anderem auf die Pläne der Bundesregierung zu einem Primärarztssystem, in dem der Hausarzt für die Einhaltung politisch vorgegebener Budgets sorgen soll (Hausarztmodell). Jeder gesetzlich Versicherte soll sich

danach künftig bei einem Hausarzt einschreiben, den er im Krankheitsfall zuerst ansteuert. Ausgenommen sollen Besuche bei Kinder-, Frauen-, Augen- und Zahnärzten sein. Wer künftig direkt einen beliebigen Facharzt aufsuchen will, soll eine Praxisgebühr von 15 Euro entrichten. Außerdem zahlt er für Medikamente doppelt so hohe Zuzahlungen wie andere Patienten. Der niedergelassene Facharzt soll abgeschafft werden. Statt der vertragsärztlichen Zulassung soll die Krankenkasse die Ärzte auswählen.

Das seien amerikanische Verhältnisse, merkt Dr. Dominik Graf von Stillfried von der KBV in der jüngsten Ausgabe des „KBV-

Klartext“ (7/2003) kritisch an. „Wie in Amerika werden Patienten künftig fragen müssen, bei welchem Arzt die Krankenkasse welche Kosten übernimmt“.

Doch die Kritik der KBV an den Reformplänen der Regierung geht noch weiter. Der GMG-Entwurf setze sich Ziele und Lösungen, die mit den darin vorgesehenen Vorschriften nicht erreicht, sondern teilweise geradezu in ihr Gegenteil verkehrt würden, heißt es bei der KBV:

- Er lege die Axt an die Wurzel der Freiberuflichkeit von Vertragsärzten und zerstöre damit eine der tragenden Säulen des Gesundheitswesens.
- Er führe durch systematische Verlagerung der fachärztlichen Versorgung in das Krankenhaus zur Wartelistenmedizin.
- Der eröffnete Vertragswettbewerb der Kassen zerstöre die Solidarität der GKV und führe durch staatliche Kontrollen und Vorgaben direkt in eine staatlich gelenkte Kassenmedizin.
- Er zergliedere die GKV in eine Vielfalt miteinander im Wettbewerb konkurrierender Kassen-, Leistungserbringer-, Versorgungs- und Vergütungsstrukturen und werde das deutsche Gesundheitswesen damit in ein nicht mehr beherrschbares Chaos führen.

Mehr Effizienz

All dem hat die KBV ein eigenes Konzept zur Strukturreform in der GKV entgegengesetzt. Es setzt auf mehr Flexibilität in der Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Die Suche nach effizienten Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen soll durch Wettbewerb unterschiedlicher Vertragstypen entschieden werden.

Versicherte und Patienten sollen mehr Wahlmöglichkeiten erhalten. Voraussetzung ist für die KBV der unabhängige Arzt, der als Leistungsanbieter gegenüber den Patienten in Wettbewerb treten müsse. Kontraproduktiv sei deshalb, wenn Krankenkassen mit Ärzten und Krankenhäusern Einzelverträge abschließen. Dadurch könnten „schlechte Risiken“ rationiert und Versorgungsangebote für „gute Risiken“ geför-

dert werden. Wichtig sei, dass sich der Arzt durch seine Leistungen bewähre und nicht beim Kampf um Verträge. Der Patient, nicht die Krankenkasse solle den Arzt frei wählen.

Das KBV-Modell setzt auf Eigenverantwortung der Versicherten und Transparenz im Leistungsgeschehen. Der Versicherte soll eine aktive Wahlentscheidung zwischen zwei Tarifen treffen:

■ Wer im Sachleistungssystem verbleiben will, wählt ein Hausarztssystem. Fachärztliche Versorgung nimmt er nur auf Überweisung in Anspruch.

■ Wer sich für einen Kostenerstattungstarif entscheidet, kann auch die fachärztliche Versorgung direkt in Anspruch nehmen. Er beteiligt sich jedoch an allen Kosten mit einer prozentualen Selbstbeteiligung.

Für den jeweiligen Tarif erhält der Versicherte jeweils eine geeignete Chipkarte.

Damit, so erklärt Richter-Reichhelm, stehe im KBV-Modell das Prinzip der Kostenerstattung allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung offen. Bisher könnten sich nur freiwillig Versicherte für die Kostenerstattung entscheiden.

Wer auch im Sachleistungssystem mehr Wettbewerb um Qualität will, muss den Kollektivvertrag reformieren, fordert die KBV. Damit auch im Hausarztssystem Innovation möglich ist, dürfen die Kassenärztli-

chen Vereinigungen (KVen) nicht geschwächt werden, sondern müssen Herausforderungen erhalten, um sich im Wettbewerb zu behaupten.

Zur Reform des Kollektivvertrags sind für die KBV zwei Schritte notwendig:

■ Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren künftig den Versorgungsauftrag für die Versicherten der beteiligten Krankenkassen. Der Versorgungsauftrag definiert Art und Menge der

notwendigen vertragsärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Versicherten. Die erwarteten Leistungsmengen werden in Regelleistungsvolumen je Arztpraxis konkretisiert. Soweit der Arzt diese nicht überschreitet, erhält er eine feste Vergütung nach der Systematik des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

■ Zur Förderung des Qualitätswettbewerbs vereinbaren die Gesamtvertragspartner besondere Qualitätsanforderungen, insbesondere in der fachärztlichen Versorgung. Ärzte, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können entsprechende Leistungen nicht abrechnen.



KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm kämpft für die Abwehr des Einzelvertragswettbewerbs.

Zur Überwindung der sektoralen Trennung tragen drei weitere Reformschritte bei: Bereits im Zulassungsverfahren definieren die Gesamtvertragspartner Anforderungen an bestimmte Kooperationsformen, wie etwa die Zulassung am Krankenhaus. Krankenhausärzte, die die Qualitätsmerkmale erfüllen, werden durch Ermächtigung berechtigt, ambulante Leistungen zu erbringen.

Schließlich sollte es Krankenhäusern freigestellt werden, für ambulante Leistungen Versorgungsaufträge gemeinsam mit der KV zu verhandeln und zu vereinbaren.

Einzelverträge bei integrierter Versorgung

Ein so reformierter Kollektivvertrag könne seine Leistungsfähigkeit im Wettbewerb unter Beweis stellen, so die KBV. Krankenkassen sollten deshalb konkurrierend mit dem Kollektivvertragssystem Einzelverträge über integrierte Versorgung abschließen. Dazu gehören Verträge mit Verbänden von Arztpraxen und Krankenhäusern, die besondere Absprachen der Beteiligten (Beispiel: zur gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten oder zur medizinischen Arbeitsteilung) ermöglichen. Kommt es dabei zu Einsparungen, können diese an die Versicherten weitergegeben werden.

Die Versicherten im Hausarztssystem haben dann nach dem KBV-Modell die Wahl zwischen zwei Komplettangeboten, eines kollektivvertraglich, eines einzelvertraglich organisiert. Ihre Wahl entscheidet also darüber, welches Versorgungssystem sich letztlich durchsetzt.

Richter-Reichhelm erläutert: „Das Zwei-Tarif-Modell ist in der Vertreterversammlung der KBV im Mai sowohl von den fachärztlichen als auch von den hausärztlichen Verbänden getragen worden. Es zeigt, dass Hausarztmodell und freie Arztwahl kombinierbar sind.“

pr/KBV

KBV

KBV-Reformmodell in Kürze

Wahlentscheidung des Versicherten

(Abrechnung des gesamten Leistungsgeschehens nach einem Tarif, Bindung jeweils z.B. für ein Jahr)



IZZ-Presseforum an der Akademie Karlsruhe

Neues ist nicht „per se“ besser

Einblick in das zahnärztliche Selbstverständnis aus bisher wenig bekannter Perspektive verschaffte das 9. IZZ-Presseforum am 4. Juli an der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe eingeladenen Journalisten: Qualitätsförderung, berufliche Fort- und Weiterbildung sowie der gedankliche Überbau zum komplexen Feld der integrativen Zahnheilkunde waren ein nicht leichtes, aber mit Verstand und Interesse aufgenommenes Themenspektrum für die zahlreich angereisten Vertreter der schreibenden Zunft.

Das Motiv für dieses anspruchsvolle Thema nahm Prof. Dr. Michael Heners, Direktor der Akademie Karlsruhe, gleich vorweg: „Gegenwärtig häufen sich die Versuche, in der Medizin 'Ordnung' zu schaffen.“ Gemeint war nicht das Ansinnen der Politik, qua Gesetz „Ärzte-TÜV“ und Zwangsfortbildung zu etablieren, sondern vor allem die innerhalb der Zahnärzteschaft in diesem Zuge mit diskutierten Maßnahmen einer konzeptionellen Qualitätsförderung. Hier solle „ein Markt“ reguliert werden, der keine Grenzen und keine Sättigung kennt“.

Deutschlands Zahnärzte, so Heners, steckten mitten in einem Paradigmenwechsel, der das traditionelle, technomorphe „Handwerkermodell“ hinter sich lasse. Aufgabe des Zahnarztes sei vielmehr, durch komplexe Anwendung der Zahnmedizin als Heilkunde die durch Krankheit eingeschränkte Autonomie des Patienten wiederherzustellen. Das unterscheide ihn deutlich vom Scharlatan und Handwerker. Wenn ein Zahnarzt versuche, „lediglich aus der Anwendung mechanischer Kriterien des ihm vertrauten Lehrgebäudes seine Heilkunde aufzubauen, um 'ein guter Zahnarzt' zu werden, erlebt er einen vollkommenen Fehlschlag“.

Mehr Praxisalltag für den Hörsaal

Schon deshalb sei der Ansatz einer integrativen Zahnheilkunde – die simultane Anwendung aller Bereiche der Zahnheilkunde auf den individuell gegebenen Behandlungsfall – „für die Gestaltung eines modernen Gesundheitssystems unverzichtbar“, erklärte Prof. Dr. Winfried Walther von der Akademie Karlsruhe. Beispiele dieses Behand-

lungsvorgehens wurden den Forumsteilnehmern in Form zweier Patienten-Vorstellungen erläutert. Dieses Handlungskonzept, so Walther gegenüber den Journalisten, ist Basis für die Fortbildungen der Akademie:

Akademie-Direktor Prof. Dr. Heners im Gespräch mit Journalisten



Integrative Zahnheilkunde: „Live“-Präsentation in der Akademie Karlsruhe

„Fortbildung zielt auf Änderung von Handlungsroutinen.“ Neue Behandlungswege seien nicht „per se gut oder besser“, sondern müssten gegenüber existierenden Lösungen abgewogen werden. Entscheidend sei, dass der Zahnarzt durch das strukturierte interkollegiale Gespräch in den Fortbildungsprozess einbezogen werde. Die Wissenschaft, so Heners, brauche die Erfahrungen des praktizierenden Zahnarztes: „95 Prozent der Zahnheilkunde wird in den Praxen und nicht in Instituten wie dem unseren

gemacht.“ Deshalb werde der aus der Praxis kommende Zahnarzt, so erläuterte Walther, durch ein Konzept „interkollegialer Professionalisierung“ aktiv eingebunden und profitiere auf diese Weise in der täglichen Praxis. Der Zahnarzt müsse „für sich die Fähigkeit entwickeln, medizinisch relevante Informationen zu erwerben, kritisch zu bewerten und daraus die richtigen theoretischen wie praktische Schlüsse für die Praxis zu ziehen“. Ein Fortbildungskonzept, so stellte einer der teilnehmenden Journalisten fest, das eher einen Schritt in die Zukunft darstelle als die von der Bundesgesundheitsministerin präferierte staatlich reglementierte Zertifizierung. Das Vorhaben der Regierung stelle „aus

Sicht der Zahnärzte in dieser Form einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Recht der freien Berufswahl sowie der freien Berufsausübung dar, den wir entschieden zurückweisen“, betonte Baden-Württembergs Zahnärztekammerpräsident Dr. Udo Lenke. Für die Zahnärzteschaft sei systematische und dauerhafte Fortbildung zur Kompetenzerhaltung des Zahnarztes eines der wichtigsten Qualitätskriterien für die Berufsausübung und damit für die zahnärztliche Ver-

sorgung der Bevölkerung. Kompetenzerhaltung sei „unabdingbare Voraussetzung für den betriebswirtschaftlichen Erfolg des 'Unternehmens Zahnarztpraxis'“. Letztlich, so Lenke, sei „der Patient der entscheidende Erfolgsparameter für die Zahnarztpraxis“. Bereits heute gäben die Zahnärzte im Land mehrere Millionen Euro pro Jahr für ihre Fortbildung aus. Der Staat, so Lenke, solle sich in seiner „Regelungswut“ etwas zügeln, sich mehr auf die Rahmengesetzgebung konzentrieren und die Umsetzung sowie Kontrolle für Fortbildung und Qualitätsmanagement den Ärzten und Zahnärzten überlassen. mn

Mit Farbe zur Form

Martina Obermeyer

Ein Tapetenwechsel für die eigene Praxis kann viel mehr sein als der frische Anstrich vergilbter Wände. Mit Farbe und Design können in Wartebereichen, Behandlungszimmern und Team-Räumen Stimmung und Atmosphäre geschaffen werden, die sich auf Patienten und Mitarbeiter übertragen – und dem Zahnarzt bei seiner täglichen Arbeit eine wertvolle Unterstützung bieten.

Nach einigen Jahren erfolgreich betriebener eigener Praxis stellen viele Zahnärzte fest, dass sich das Patientenverhalten verändert und dass die Bedürfnisse ihrer Klientel sich heute wesentlich vielschichtiger und anspruchsvoller darstellen als noch vor einiger Zeit. Ein wesentlicher neuer Aspekt in diesem Entwicklungsprozess ist die Servicepraxis mit dem Schwerpunkt der intensiven Patientenbetreuung. Damit sind nicht nur die Tasse Kaffee, der telefonische Rückruf und eine aktuelle Zeitung im Wartezimmer gemeint, sondern vor allem die emotionale Betreuung und die Atmosphäre der Wohlfühlpraxis.

Dieses intensive „Sich-Einlassen“ auf Patienten, ihre Bedürfnisse und ihre Ängste kann eine anstrengende und Kräfte raubende Beschäftigung sein, besonders unter dem Aspekt der extremen körperlichen Nähe und der Zeitspanne von acht oder mehr Stunden pro Tag. Daher sind Möglichkeiten höchst willkommen, die den Patienten entspannen und ein angenehmes Ambiente schaffen, ohne die aktive Arbeit von Behandler und Team zu erfordern.

Farben und Design bieten sich dafür an – als Ausdruck der Persönlichkeit, um gezielte Wirkungen, wie Beruhigung und Entspannung, zu erreichen, um das Arbeiten für das ganze Team wesentlich angenehmer zu gestalten. In schöner Umgebung arbeiten Menschen besser, entwickeln mehr Energie und Begeisterung und werden weniger krank.

Farben begleiten unser gesamtes Leben. Unsere Welt ist bunt. Alles, was wir farbig sehen, ist eine Reflexion der elektromagnetischen Wellen des Lichts. Farben repräsentieren die Sprache des Lichts. Obwohl wir weißes Licht als farblos wahrnehmen, besteht es aus Farbschwingungen. Jede dieser Spektralfarben hat eine eigene Schwingung, und jede dieser einzelnen Schwingungen hat eine einzigartige Energie und einen spezifischen Einfluss auf unseren Körper. Farben greifen direkt in biochemische und biophysikalische Prozesse des menschlichen Körpers ein und beeinflussen seine Organfunktionen genauso wie seine Psyche.

Den meisten Menschen ist nicht bewusst, welchen enormen Einfluss Farben auf ihr Leben haben. Bestimmte Farben werden als warm, andere eher kalt empfunden. Sie können unmittelbar unsere Stimmung und Psyche beeinflussen und verändern. Farben sind ein permanentes Medium der nonverbalen Kommunikation. Sie haben ein höheres Energielevel als Töne und können daher auch mehr bewirken. Warum sollten Zahnärzte also die Farbwirkung nicht für ihre Praxen nutzen?

Genauso viel Bedeutung wie die Farben hat die Auswahl der Einrichtung und des Designs. Sie drücken die Persönlichkeit des Praxisinhabers aus, der die Räume gestaltet oder gestalten lässt. Auch im Privatleben ist es oft viel spannender und informativer, jemanden zu Hause zu besuchen, als mit

Foto: CC

Bunte Tupper gegen grauen Alltag – mit Farbgestaltung und Design lässt sich die Praxis zu einem Ort machen, an dem sich Patienten, Mitarbeiterinnen und Zahnarzt wohlfühlen.

ihm ein langes Gespräch in einem erstklassigen Restaurant zu führen. Die Fülle der Informationen in einem privaten Haushalt ist immens:

- Wie ist die Einrichtung?
- Welche Farben bevorzugt die Person?
- Welche Musik wird gehört?
- Werden Bücher gelesen und welche?
- Herrscht Ordnung oder Chaos?
- Wie sieht die Küche aus?

Die Liste der Details ist lang und ergibt ein komplexes Bild vom Besitzer einer Wohnung oder eines Hauses – inklusive seiner Lebensphilosophie und Prioritäten.

Genau das Gleiche geschieht, wenn Patienten zum ersten Mal eine Zahnarztpraxis betreten. Ohne sich darüber genau bewusst zu sein, entscheidet sich der Patient auf-



Foto: Obermeyer

grund dieses ersten, komplexen Eindrucks innerhalb der ersten sieben Sekunden, ob er sich in der Praxis wohl fühlt und ein primäres Vertrauensverhältnis möglich ist. In diesen ersten sieben Sekunden zählt an menschlichen Eindrücken bestenfalls noch die Rezeptionshelferin – auf gar keinen Fall aber der Zahnarzt, der in der Regel im Behandlungszimmer arbeitet und erst viel später in Erscheinung tritt.

Farben und Gestaltung transportieren auf eine nonverbale Weise die Persönlichkeit des Zahnarztes, die Praxisstruktur und die Behandlungsphilosophie. Diese vielen Informationen im Gespräch oder mit Praxisprospekten und anderen Marketingmitteln an den Patienten zu bringen, ist hingegen ein enormer zeitlicher oder finanzieller Aufwand.

Die einfachste und gleichzeitig umfassendste Methode ist die bewusste Wahl von Farbe und Design. Das hat auf lange Sicht auch zur Folge, dass sich überwiegend Patienten, die sich speziell mit diesem Ambiente wohl fühlen, zu Stammpatienten entwickeln. Sie sind dem Zahnarzt oft so weit wesensverwandt, dass er sie gerne be-

handelt und die Arbeit mit ihnen nicht sehr anstrengend ist und einfach Spaß macht. Auch kann auf diese Weise den unterschiedlichen Bedürfnissen in den verschiedenen Funktionsräumen einer Praxis Rechnung getragen werden.

Behandlungszimmer sollten dem Patienten, der Assistentin und dem Behandler entsprechen. Farbauswahl, Bilder und Design müssen für alle Beteiligten eine angenehme Atmosphäre schaffen. Dabei sind die Interessen des Behandlers primär, weil er sich täglich am längsten hier aufhält – der Patient hingegen unter Umständen nur eine Stunde und das vielleicht zwei mal pro Jahr.

Individuell abgestimmt

Das Wartezimmer dagegen kann vorwiegend auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden, weder Zahnarzt noch Assistentin halten sich dort länger als einige Minuten pro Tag auf. Im Empfangsbereich ist es möglich, neben den technischen Voraussetzungen für Mitarbeiter und Patienten individuell in Farb- und Lichtgestaltung auf die Persönlichkeit der Rezeptionshelferin

einzugehen. Dieser vielschichtige Job erfordert eine Menge Energie und Übersicht. Farbliche Elemente, die Ruhe und Zentrierung unterstützen, können helfen, stressige Situationen zu entschärfen und Fehlerquoten zu reduzieren. Genauso spezifisch können die Funktionsräume – Labor, Röntgen, Sterilisation oder Sozialraum – mit Farben gestylt oder mit Detailgestaltung „aufgepeppt“ werden.

Der Praxisinhaber sollte in der architektonischen Gestaltung und Farbauswahl federführend und ausschlaggebend sein. Auch wenn er Innenarchitekten oder andere Spezialisten mit der Ausführung betraut, ist es günstig, eine Farbanalyse des Persönlichkeitstyps vorzuschalten. Ebenso können Formdominanz und allgemeines Raumkonzept im Vorfeld ermittelt werden. Mit diesen Informationen können die ausführenden Architekten oder Designer leichter und schneller zu Ergebnissen kommen. In Anbetracht der Tatsache, wie viel Geld jedes Jahr in technische Neuerungen für Zahnarztpraxen investiert wird, sind Farben und Raumgestaltung vergleichsweise günstig. Technische Geräte werden von Patienten

ten in ihrem Investitionsvolumen nicht erfasst, weil sie keinen Bezug zu Markt und Preisen haben. Zudem ist ihr primäres Interesse, möglichst gut und schmerzfrei behandelt zu werden, was nicht unbedingt in einer direkten Korrelation zur technischen Ausstattung der Praxis steht.

Mit Farben und Design macht ein Zahnarzt nicht nur sich selbst eine Freude, sondern vor allem seinen Mitarbeitern und Patienten. Diese Veränderungen werden von allen registriert und in der Regel hochgeschätzt. Farben und Design sind hochwirksame Marketinginstrumente. Sie haben im Gegensatz zu Internetauftritten, Drucksachen oder Mitarbeiterereinsatz nicht zu übersehende Vorteile.

- Sie benötigen kein permanentes Update. Einmal installiert, arbeiten sie jeden Tag.

- Man braucht keine Mitarbeiter für ihren täglichen Einsatz.

- Sie werden nicht monatlich bezahlt, sondern nur einmal.

- Sie werden nicht krank.

- Sie wirken auf jede einzelne Person, die die Praxis betritt – vom Postboten bis zur Begleitperson. Dadurch werden auch potenzielle neue Zielgruppen erreicht.

- Sie repräsentieren die Persönlichkeit des Zahnarztes.

- Sie stehen für das gesamte Team und die geliebte Arbeitsphilosophie.

- Sie kreieren ein schönes Ambiente, in dem sich alle, die mit der Praxis zu tun haben, wohl fühlen.

Jeder Mensch hat ein Harmoniebedürfnis, das er in seinen verschiedenen Lebensbereichen befriedigen möchte. Unser Auge stellt dieses Gleichgewicht bei der Betrachtung von Farben in jedem einzelnen Moment her, ohne dass wir eine Chance hätten, diesen Prozess zu beeinflussen. Farben, die sich im Farbkreis (Abb. 2) gegenüberliegen – so genannte Komplementärfarben – werden immer auch unmittelbar vom Betrachter gebildet. Das menschliche Auge hat die Fähigkeit, fehlende Harmonie herzustellen. Komplementärfarben sind einerseits gegensätzlich, andererseits ergänzen sie sich in ihren Eigenschaften und Bedeutungen. Deshalb passen sie auch zusammen.

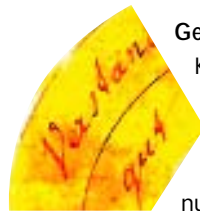


Foto: Obermeyer

Abb. 1:
Die ersten sieben Sekunden entscheiden über den Eindruck, den sich ein neuer Patient von der Zahnarztpraxis macht – deshalb ist die Gestaltung des Empfangsbereichs ein wichtiger Punkt.

Bei jeder Farbvariante stellen sich grundsätzlich drei Fragen:

- Welche Wirkung hat die Farbe auf mich?
- Was macht sie mit meinen Patienten?
- Welche Farben bevorzugt mein Team?



Gelb steht für Offenheit und Konzentration. Gelb ist hell, strahlend, warm und heiter, wie das Sonnenlicht.

Es ist das Symbol für Öffnung, Kreativität und Kommunikation.

Gelb schützt vor Isolation und unterstützt mentale Kraft und Flexibilität.

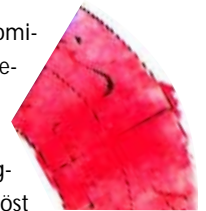
Die mentale und spirituelle Bedeutung von Gelb hat eine lange Geschichte. Christliche Engel, insbesondere Gabriel, werden immer in gelb gemalt. Jüdische Synagogen sind traditionell in gelb dargestellt. Gelb stärkt Lebensfreude, Arbeitslust und Konzentrationsfähigkeit und ist ideal für Menschen, die stärkeren Stimmungsschwankungen unterliegen – sie werden durch Gelb besser ausbalanciert. Aufgrund dieser Eigenschaften ist gelb ideal für das persönliche Arbeitszimmer, zum Beispiel das Chefbüro, die Rezeption und das Wartezimmer. Gelb vergrößert kleine Räume optisch und schafft damit nicht nur eine warme und

lichte Atmosphäre, sondern Weite. Speziell für kleine Arbeitszimmer und Wartebereiche ist die Farbe ideal. Komplementärfarbe zu Gelb ist Violett – hiermit lässt sich gut kombinieren.

Die Kraftfarbe **Rot** hat zwei dominante Aspekte: Sie steht für Leben, Energie, Kraft und Liebe einerseits, und für Kampf, Hitze, Leidenschaft und Aggression andererseits. Rot löst gestaute Energien, steigert die körperliche Leistungsfähigkeit und aktiviert das Nervensystem. Rot ist stimulierend und wärmend.

Dies ist der Grund, warum es seit der Antike als die Farbe des Körpers gilt. Rot erhöht die Pulsfrequenz – und nervöse Menschen tendieren unter dem Einfluss von Rot dazu, noch nervöser zu werden.

Rot ist perfekt für kalte Räume, die Wärme benötigen, zum Beispiel in einem Keller oder im Souterrain. Oft gibt es in Praxen nicht genügend Raum auf einer Etage, weshalb Labor, Sterilisation, Röntgen, Vorratshaltung, Falldokumentation oder Modell Aufbewahrung in den Keller oder in Souterrainräume verlagert werden. Erfahrungsgemäß ist keine Praxismitarbeiterin verses-



sen darauf, sich mit diesen „Kellerarbeiten“ zu befassen. Hier ist die Farbe Rot eine große Hilfe, um mit einfachen Mitteln eine ursprünglich kalte Umgebung vom subjektiven Empfinden her deutlich angenehmer und wärmer zu gestalten.

Rot in der Zahnarztpraxis ist besonders spezifisch – die Assoziation zu Blut ist offensichtlich. Ist ein Zahnarzt jedoch ein besonderer Freund der Farbe Rot sein, sollte er sie getrost verwenden – jedoch in homöopathischen Dosierungen. Wenn ihm die Farbe persönlich ausgesprochen gut tut, spricht nichts dagegen, sie im eigenen Arbeitszimmer in extenso zu verwenden. Im Bereich der Patientenbehandlung und Betreuung sollte sie hingegen sparsam und mit Bedacht angewendet werden – für Accessoires wie Lampen beispielsweise. Komplementärfarbe zu Rot ist Grün.

Blau als Symbol des Himmels steht für Weite und Freiheit – als Farbe des Meeres steht es für Tiefe und innere Stille. Blau ist die Farbe der Seele, tendenziell nach innen gerichtet und nicht extrovertiert. Im Englischen gibt es den Ausdruck „feeling blue“, der einen Seelenzustand ausdrückt, in dem man nicht gefühlsmäßig durcheinander, sondern melancholisch und auf die eigene, innere Stimme konzentriert ist. Umgangssprachlich haben wir im Deutschen diesen „Blues“ übernommen.

Blau hilft, wenn man sich unausgeglichen fühlt, auf der Suche nach der eigenen Mitte. Daher wird es viel zur Entspannung eingesetzt und ist für die zahnärztliche Praxis ideal, um ängstliche oder nervöse Patienten zu beruhigen. Blau kann Krämpfe und Spannungen lösen, den Blutdruck senken, Kopfschmerzen lindern und den Wirkungsgrad von Yoga, Massagen oder Meditationen steigern.

Für die Zahnarztpraxis gibt es durch diese Effekte verschiedene Einsatzmöglichkeiten. Blaue Kleidung zur Behandlung am Stuhl, besonders bei operativen Eingriffen, ist eine Möglichkeit, Patienten zu beruhigen, ohne selbst aktiv etwas tun zu müssen. Gleiches

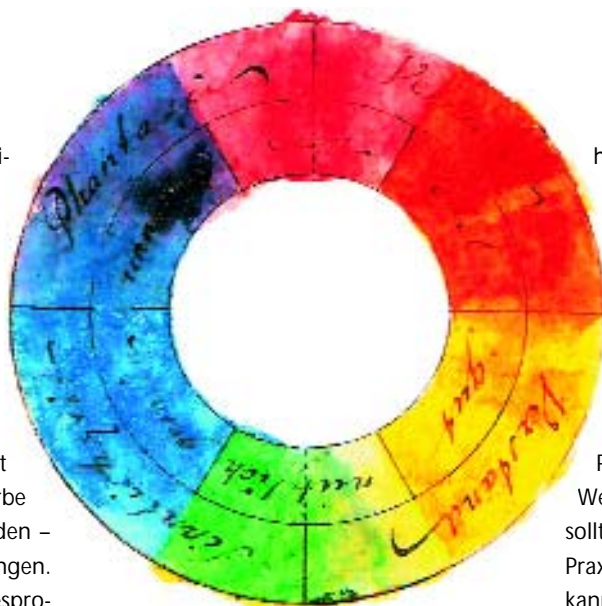


Abb. 2:
Der Goethe'sche Farbkreis

gilt für ein Bild in dunkleren Blautönen, welches der Patient vom Behandlungsstuhl aus betrachten kann – etwa an der Zimmerdecke.

Blaue Wände sind nicht die erste Wahl, weil sie eine kalte Raumatmosphäre schaffen. Ein blauer Boden hingegen ist perfekt geeignet, Patienten ankommen und entspannen zu lassen – in Wartezimmer, Rezeptionsbereich, Patiententoilette oder Behandlungsraum. Komplementärfarbe zu Blau ist Orange.

Gemischt aus Rot und Gelb ist das warme und belebende **Orange** eine der stärksten Farben über-

haupt. Es symbolisiert Energie, Kraft, Lebensfreude und Expansion. Es wärmt und aktiviert, hebt die Stimmung und unterstützt das Selbstwertgefühl. Abhängig von dem Rotanteil in Orange ist es eine Farbe von Wärme, Erotik, Offenheit, Vitalität und Begeisterung. Orange löst Introvertiertheit und Melancholie und bringt Bewegung in eine Praxis.

Wegen des stark belebenden Effektes sollte man mit Orange als Wandfarbe in der Praxis vorsichtig umgehen. Andererseits kann eine Wand in orange sehr unterstützend wirken – etwa wenn eine Praxismanagerin oder Abrechnungshelferin alleine und hochkonzentriert in einem Büro arbeitet und zu depressiven Stimmungsschwankungen neigt. In stark frequentierten Bereichen, in denen sich sowieso eine Menge Leben abspielt (etwa Rezeption und Wartezimmer), empfiehlt sich allerdings keine großflächige Anwendung, sondern ein gezielter Einsatz mit Details, um dem Raum einen speziellen Farbpunkt aufzusetzen. Das kann ein Bild sein, ein Stuhl, eine Lampe oder ein Rollo.

Gemischt aus Gelb und Blau ist **Grün** die Farbe der Wälder und Wiesen – ein Symbol für die Natur und die kraftvolle Ruhe, die sie uns vermittelt. Als Komplementärfarbe zu Rot hat Grün entgegengesetzte Eigenschaften und steht



Abb. 3:
Auch das Team profitiert von einer individuellen und attraktiven Gestaltung der Zahnarztpraxis – wie hier im Sozialraum.

Foto: Obermeyer

für innere Balance, Harmonie und Zufriedenheit. Grün entspannt und beruhigt, gibt Zuversicht und hat eine heilende Kraft. Als Wand- und Wohnfarbe erzeugt Grün Wohlbefinden, Entspannung und ein Gefühl von Ruhe und Weite und Verbundenheit mit der Natur.



Gemischt aus dem warmen Rot und dem kalten Blau ist **Violett** eine Farbe, die im wahrsten Sinne des Wortes gemischte Gefühle erzeugt. Entweder man liebt Violett oder man hasst

es – einen Standpunkt dazwischen gibt es nicht wirklich.

Die Mischung aus warmer und kalter Farbe erzeugt viele widersprüchliche Reaktionen, auch stark in Abhängigkeit von exakt diesem Mischungsverhältnis. Ist mehr Blau enthalten, entsteht ein dunkles, volles Lila. Mit stärkeren Rotanteilen resultiert Magenta – und die „Light-Version“ von violett ist Fließleder, das in seiner Wirkung lebendiger, leichter und entspannter ist. Magenta symbolisiert Schock, Panik und Notfälle, sowie Ängstlichkeit und schlechte Einflüsse von außen. Dunkles Lila steht für Gefühlstiefe, Ernsthaftigkeit, geistige Interessen, Konzentration und Demut. Als Raumfarbe hat Violett etwas Luxuriöses und Geheimnisvolles.

In Anbetracht der höchst unterschiedlichen Effekte, abhängig von der exakten Farbmischung und der Persönlichkeitsstruktur, auf welche die Farbe trifft, ist Violett für die Praxis eine relativ diffizile Wahl. Sie könnte für einige Patienten schwierig im Umgang sein, ebenso für Mitarbeiterinnen. Es spricht jedoch nichts dagegen, Violett im Büro, im Sozialraum oder bei Details, wie Blumensträußen, einzusetzen.

Für Zahnärzte ist **Weiß** von großer Bedeutung, denn es steht für Reinheit, Sauberkeit, Glauben und Unschuld. Traditionell ist Weiß die Farbe der Heiler – daher ist sie für Berufskleidung sehr gut geeignet. Zugleich symbolisiert sie Sauberkeit und Sterilität; Themen, die heute aufgrund aktueller Infektionskrankheiten immer wieder Fragen von Seiten der Patienten aufwerfen. Die un-



Foto: Obermeyer

Abb. 4: Räume mit einfachem Grunddesign erhalten durch Details ein neues Ambiente.

terschwellige Angst, sich beim Zahnarzt eine HIV-Infektion oder eine Hepatitis zuzuziehen, steht oft unausgesprochen im Raum und ist mit weitschweifigen, verbalen Erklärungen nur schwer auszuschalten. Weiß ist ein Beispiel für eine nonverbale Botschaft, die alleine wirkt. Ob in der Kleidung oder am Mobiliar verwirklicht – Weiß ist eine eindrucksvolle Repräsentation einer funktionierende Hygienekette.

Während die Aspekte von Unschuld und Reinheit (anders als bei Hochzeits- und Kommunionkleidern) einen Zahnarzt weniger beschäftigen, ist die Wirkung von Heilen und Glauben sehr interessant für den Berufsstand. Weiß als Wandfarbe ist genuin kalt. Mit einer warmen Farbe leicht abgetönt entsteht immer noch der Eindruck von Weiß, doch die Raumatmosphäre ist deutlich angenehmer.

Braun – wie alle Erdfarben – vermittelt Wärme, Sicherheit und Geborgenheit. Verspürt man das Bedürfnis nach Schutz und Aufgehobensein, bietet Braun ein gutes Umfeld. Es kann „erden“ und den Menschen in seine Mitte zurückbringen. Zu viel Braun jedoch vermindert die Kreativität und

kann als dominante Farbe ein Gefühl von Belastung oder Erschöpfung entstehen lassen.

Weil Braun aus vielen Farben gemischt wird, ist es mit fast allen anderen Farben kombinierbar. Auch helle Brauntöne, Beige oder Creme sind flexibel und äußerst vielseitig. Als dominante Farben mit einer großen Bandbreite an Kombinationsmöglichkeiten und Veränderungsoptionen sind die hellen Töne wie Ecru, Creme und mehr sehr zu empfehlen.

Braun ist ein gutes Beispiel für die modische Veränderung des Farbempfindens. In den siebziger Jahren wurde Dunkelbraun zur absoluten Modefarbe stilisiert, in häufiger Kombination mit Orange und Grün. Heutzutage wird Dunkelbraun nur noch sparsam und gezielt eingesetzt, um ein Grundgefühl an Sicherheit zu vermitteln, beispielsweise mit einem dunkelbraunen Schreibtisch, in einem Ambiente, das sonst von helleren, warmen Farben bestimmt ist.

Neben Blau ist **Grau** die vorherrschende Kleidungsfarbe in der Arbeitswelt. Grau wirkt neutral, mit dieser Farbe kann man nichts falsch machen, weil sie für die meisten Menschen akzeptabel ist. Mit Grau werden Unabhängigkeit, Selbstvertrauen und Selbstbeherrschung assoziiert, sowie Schutz vor äußeren Einflüssen.

Grau ist die Ruhe in sich, es sendet keine lauten Signale und ruft keine Reaktionen hervor. Die Kombination ist mit fast jeder beliebigen anderen Farbe möglich, Grau unterstützt andere Farben, indem es sie strahlender und leuchtender erscheinen lässt. Das erklärt auch seine Bedeutung als Farbe im Geschäftsleben. Grau gekleidete Menschen können sicher sein, dass man ihnen zuhört, weil ihre Kleidung nicht von ihren Worten ablenkt.

Schwarz symbolisiert Stille und die Unendlichkeit von Raum und Zeit. Es tröstet und unterstützt, hat aber darüber hinaus auch etwas Geheimnisvolles und steht für Dunkelheit und Lebensstillstand.

Im Geschäftsleben bedeutet Schwarz Objektivität, Sachlichkeit und Kompetenz. Zugleich ist Schwarz die Farbe der Distanz. Es

setzt eine unsichtbare Grenze – „bis hierher und nicht weiter“. Zu viel Schwarz in unserer Umgebung kann uns Energie abziehen und das Gefühl von Isolation verstärken. Schwarz zu einer dominanten Farbe im eigenen Leben zu machen kann unerwünschte Nebeneffekte haben und sollte deshalb mit Vorsicht gewählt werden.

Für eine Praxis empfiehlt sich, Schwarz für bestimmte Details zu verwenden, wie Lampen oder Geräte, um sachliche und fachliche Kompetenz zu demonstrieren.

Wenn das Grunddesign eines Raumes zurückgenommen und relativ unauffällig ist, kann mit einfachen Veränderungen, wie Wandfarbe, Bildern und kleinen Accessoires, dem Raum immer wieder ein neues Ambiente verschafft werden. Einfach, ohne große Umbauten und kostengünstig. Wer sich jedoch zum Beispiel auf Grund einer besonderen Vorliebe für pinkfarbene Schränke im Sprechzimmer entschieden hat, dem stehen für die weitere Gestaltung nicht mehr viele Möglichkeiten offen – jede farbliche Grundänderung wird aufwändig in der Durchführung und im Preis.

Genauso wie man in der Praxis mit Farben spielen kann, bieten Formen und die Auswahl der Materialien unbegrenzte Möglichkeiten, die Persönlichkeit des Zahnarztes zu verstärken und zu unterstützen.

Wer vergleicht, wie wichtig die persönliche Umgebung zu Hause ist und wie lange man nach der perfekten Wohnzimmercouch oder dem idealen Lesesessel für die eigenen Bedürfnisse gesucht hat, für den ist es doch naheliegend, mindestens so viel Sorgfalt

zm-Vorschau

Innenarchitektur für die Praxis

Um die räumliche Gestaltung von Zahnarztpraxen und Möglichkeiten der Einrichtung von Behandlungs-, Warte- und Mitarbeiterräumen geht es in der kommenden zm- Ausgabe (Nr. 16, 16. August 2003) in der Rubrik „Praxismanagement“.

Foto: Obermeyer



Abb. 5:
Gelb ist eine ideale Farbe für das Wartezimmer – es schafft eine Atmosphäre der Offenheit, Weite und Entspannung.

auf das Praxisdesign zu verwenden. Vor allem halten sich Zahnärzte in ihrem Lieblingsmobiliar zu Hause wesentlich seltener auf als in ihren Praxen – in denen sie in der Regel wenigstens acht Stunden pro Tag verbringen. Zudem fordert die zahnärztliche Tätigkeit ein Höchstmaß an Konzentration und Durchhaltevermögen – wieso sollten Praxisinhaber sich dann die Chance entgehen lassen, durch atmosphärisches Ambiente, das speziell auf ihre Persönlichkeit abgestimmt ist, mehr Kraft, Energie und Freude zu gewinnen?

Es ist nicht nötig, gleich einen kompletten Umbau wie bei einer Praxisgründung zu inszenieren – pfiffige Details können schon eine Menge verändern.

Praxischefs können ihre Patienten in einer Atmosphäre entspannen, die sie nicht primär beim Zahnarzt erwarten (Abb. 5). Das macht die Arbeit am Patienten anschließend bedeutend leichter, ohne dass der Zahnarzt aktiv etwas dazu tun muss. Ein „Wohlfühlambiente“ in den öffentlichen Praxisbereichen, im Sozialraum (Abb. 3), im Labor und in anderen teamspezifischen Zimmern unterstützt auch die Arbeitsmoral der Mitarbeiterinnen.

Farben und Design kreieren eine Atmosphäre in der Praxis, die nicht nur allen

Beteiligten ein Wohlgefühl vermittelt, sondern gleichzeitig bei Patienten Vertrauen schafft – in die persönliche Art des Zahnarztes bei der Arbeit, sein Behandlungskonzept und die gesamte Praxisphilosophie. Ein warmer Empfang (Abb. 1) öffnet Patienten und schafft die Grundlage zum Vertrauensverhältnis, ohne das Zahnärzte weniger Behandlungserfolge hätten.

Da die Wenigsten in der glücklichen Lage sind, Praxen mit Blick aufs Meer oder die Berge zu haben, sollten sie die Möglichkeiten von Farben und Design nutzen, um sich selbst und ihren Mitarbeitern möglichst optimale Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Farben und Design erzeugen Stimmung, die sich auf alle überträgt – für ein entspannteres Arbeiten mit mehr Freude und Begeisterung.

Dr. Martina Obermeyer
Kocheler Str. 1
82444 Schlehdorf am Kochelsee
www.aufwind.org
info@aufwind.org

zm Leser-
service

Eine Literaturliste zum Thema „Praxisgestaltung – Mit Farbe zur Form“ können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den letzten Nachrichtenseiten.

Eine Prophylaxeidee feiert Geburtstag

Ein moderner Wirkstoff: 40 Jahre Kariesschutz mit Aminfluorid

Hans-Jürgen Gülzow und Claas Sudbrake

Seit genau 40 Jahren ist bekannt, dass Aminfluorid als Substanz in Zahnpasta eingebracht, den Zahnschmelz härtet und damit der Karies vorbeugt. Anlässlich dieses „Geburtstages“ gibt einer der führenden Kariesforscher der letzten Jahrzehnte einen Rückblick über die Geschichte des ungewöhnlichen Stoffes und seine Wirkung.



Heute wissen wir, dass der extreme Kariesrückgang vorwiegend am regelmäßigen Gebrauch fluoridierter Zahnpasta liegt.

Foto: elmex

„Es ist heute möglich, Kinder praktisch kariesfrei aufzuziehen. Jeder Zahnarzt kann dieses Ziel erreichen durch eine moderne Aufklärung der Eltern über Fluoridierung, Mundhygiene und Ernährungslenkung“, stellten Mühlemann, König und Marthaler bereits 1966 in dieser Zeitschrift fest [18]. Die Autoren wiesen in ihrem Artikel insbesondere auf die Bedeutung der Lokalfluoridierung hin und konstatierten im Hinblick auf die damals gebräuchliche zweiprozentige Natriumfluoridlösung: „Die moderne Aminfluoride reichern den Schmelz al-

lerdings zwei bis drei Mal intensiver mit Fluor an“. Nunmehr seit 40 Jahren in der Kariesprävention bewährt, haben die Aminfluoride bis zum heutigen Tag nichts von ihrer Modernität eingebüßt.

Wie alles anfang

Schon ab Mitte der 50er Jahre arbeitete die GABA in Zusammenarbeit mit dem Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich an der Entwicklung neuartiger Fluoridverbindungen mit besserer Verfügbarkeit und Ak-

tivität als die bis dahin gebräuchlichen. Zentrales Ziel war die Suche nach chemischen Verbindungen, welche die Fluoridwirkung unterstützen sollten. Über die Aminfluoride wurde im Zusammenhang mit der Kariesprävention erstmals 1957 von Mühlemann, Schmid und König berichtet [19]. Vorher schon hatte Wainwright gezeigt, dass organische Moleküle, zum Beispiel Harnstoff, durch intakten Schmelz diffundieren können [29]. Diese Beobachtung, die 1959 von Marthaler bestätigt werden konnte [15], führte Mühlemann zur Frage, ob es nicht möglich wäre, gut diffundierende organische Moleküle als „Fluoridschlepper“ zur Fluoridanreicherung des Schmelzes zu benutzen, indem ihnen Fluorid chemisch „angehängt“ würde. Zusammen mit Schmid wurden daraufhin in den Laboratorien der GABA AG in Basel eine Reihe von Fluoridsalzen organischer Verbindungen synthetisiert. Doch die zunächst untersuchten Hydrofluoride von Aminosäuren zeigten nur eine geringe Tendenz, den Schmelz mit Fluorid anzureichern. Schmid, der als Chemiker vor seiner Tätigkeit bei der GABA bereits Erfahrungen in der Entwicklung von Detergentien sammeln konnte, begann daraufhin mit der Synthese von Hydrofluoriden langkettiger aliphatischer Amine. Es wurde vermutet, dass diese tensidartigen Moleküle aufgrund ihrer Oberflächenaktivität eine hohe Affinität zum polaren Zahnschmelz entwickeln und dadurch das Fluorid an der Schmelzoberfläche festhalten könnten. In der Folge zahlreicher experimenteller, toxikologischer und Karies hemmender Untersuchungen sowie nach zusätzlichen klinischen Studien stellte sich die Verbindung Nr. 297-Olaflur – als für die Kariesprophylaxe besonders geeignet heraus. Bereits 1962 lagen Ergebnisse der ersten klinischen Kariesstudie mit der auf der Basis dieses Wirkstoffes neu entwickelten elmex Zahnpasta vor und bildeten die Grundlage für die Markteinführung dieses Produktes, die 1963 in der Schweiz und 1964 in Deutschland erfolgte. Diese erste Kariesstudie wurde über einen Zeitraum von sieben Jahren fortgeführt [16]. Sie ist damit die bis heute längste klinisch kontrollierte Zahnpasta-Studie überhaupt.

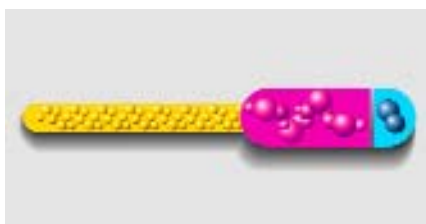


Abb. 1: Das am häufigsten verwendete Aminfluorid ist Olaflur (N'-Octadecyltrimethylen-diamin-N,N,N'-tris(2-ethanol)-dihydrofluorid). Sein hydrophiler Kopf und sein hydrophober Schwanz sind verantwortlich für die tensidartigen Eigenschaften dieses Wirkstoffes.



Abb. 2: Auf Grund ihrer Oberflächenaktivität werden die Aminfluoride rasch im Mundraum verteilt und benetzen alle Zahnoberflächen. Der gleichmäßige Film verhindert ein schnelles Auswaschen durch den Speichel.

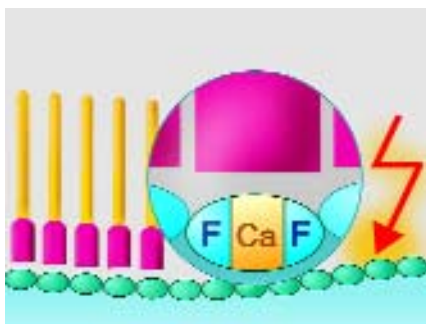


Abb. 3: Aminfluoride führen zur Ausbildung einer gleichmäßigen, gut haftenden Kalziumfluorid-Deckschicht. Diese wirkt über einen langen Zeitraum als Fluoriddepot und schützt vor Säureangriffen.

Moderne Moleküle

Die Aminfluoride zeichnen sich durch eine zweigeteilte Struktur aus, die einen ungeladenen, wasserabweisenden (hydrophoben) Anteil mit einem polaren, wasserfreundlichen (hydrophilen) Anteil verknüpft (Abb. 1). Diese tensidartigen Moleküle reichern sich gezielt an Oberflächen an und bilden dort monomolekulare Schichten [3]. In den Aminfluoriden ist das Fluoridion an einen

Träger – den protonierten Aminteil – gebunden, der durch seine Affinität zum polaren Zahnschmelz das Fluorid an die Zahnoberfläche transportiert und dort festhält (Abb. 2). Obwohl sich die Auffassung über den kariesprophylaktischen Wirkungsmechanismus von Fluorid im Lauf der letzten 20 Jahre stark erweitert hat, macht die Idee, die hinter der Entwicklung der Aminfluoride steht, sie bis heute zu optimalen Wirkstoffen. Das Fluorid wird an der Zahnoberfläche – dort, wo es gebraucht wird – in idealer Weise konzentriert [10,11,13]. Die besondere Wirksamkeit der Aminfluoride beruht dabei vor allem auf der Kombination ihrer chemischen Eigenschaften: Der Oberflächenaktivität, die verantwortlich ist für den Transport zur Zahnoberfläche und die Konzentration des Fluorids am Ort des Geschehens, und der schwach saure pH-Wert, der für die Bildung einer besonders gut haftenden Fluorid-Deckschicht sorgt (Abb. 3). Diese Deckschicht fungiert bei Säureangriffen als Fluoriddepot. Neben seiner kariesprotektiven Wirkung übt der Hauptwirkstoff Olaflur in den Rezepturen der elmex Produkte weitere wichtige, zusätzliche Funktionen aus, die auf seine Molekülstruktur zurückzuführen sind: Er hilft mit, die Aromaöle zu dispergieren, er wirkt als Konservierungsmittel und dient nicht zuletzt als Schäumers, so dass bei ausreichender Aminfluoridkonzentration den Produkten keine weiteren Zusatzstoffe beigelegt werden müssen.

Schwache Säure, starke Wirkung

Während man früher davon ausging, dass Fluorid in das Mineral des Zahnschmelzes eingebaut wird und ihn so dauerhaft vor Karies verursachenden Säureangriffen schützt, hat die Forschung der letzten Jahrzehnte gezeigt, dass der Einfluss des Fluorids auf die dynamischen Vorgänge von De- und Remineralisation Hauptfaktor für die kariesprophylaktische Wirksamkeit ist [22]. Bei jedem Säureangriff werden Kalzium und Phosphat aus dem Schmelz herausgelöst (Demineralisation), in den Ruhephasen zwischen Säureangriffen werden diese Defekte

durch Mineralieneinlagerung aus dem Speichel wieder remineralisiert. Bereits geringe Konzentrationen von Fluoridionen hemmen die Demineralisation und beschleunigen die Remineralisation. Sie verschieben also das dynamische Gleichgewicht weg von der Kariesentstehung. Hierfür muss Fluorid allerdings ständig an der Zahnoberfläche verfügbar sein.

zm-Info

Wirkung der Aminfluoride

1. Schnelle Verteilung des Fluorids und Konzentration auf den Zahnoberflächen
2. Erhöhte Fluoridaufnahme und Bildung eines Fluoriddepots auf dem Zahnschmelz
3. Überlegene Säureresistenz des Zahnschmelzes
4. Förderung der Remineralisation initialer Kariesläsionen
5. Hemmung der Demineralisation
6. Antiglykolytische Wirkung
7. Desensibilisierende Wirkung bei freiliegenden Dentinkanälchen

Durch die Hydrofluoridierung besitzen die aminfluoridhaltigen Produkte einen schwach sauren pH-Wert zwischen 4,5 und 5,0, dessen Bedeutung für die kariesprophylaktische Wirksamkeit lange Zeit nicht beachtet oder missverstanden wurde. Dabei hat der pH-Wert der verwendeten Fluoridverbindung einen wesentlichen Einfluss auf die Menge des aufgenommenen Fluorids [4-6,26,27]: Bei einem pH oberhalb von 5,5 wird Fluorid zunächst unspezifisch an der Schmelzoberfläche adsorbiert und bildet zusammen mit Kalziumionen aus Speichel und Zahnplaque schlecht haftende, auswaschbare, Kalziumfluorid-ähnliche Auflagerungen, die wenig Schutz vor Säureangriffen bieten [7].

Bei saureren pH-Werten (unterhalb 5,5) wird dagegen die Schmelzoberfläche leicht angelöst; bei gleichzeitiger Anwesenheit einer ausreichenden Fluoridkonzentration in der Grenzschicht wird sofort schwerlösliches Kalziumfluorid ausgefällt, das sich als

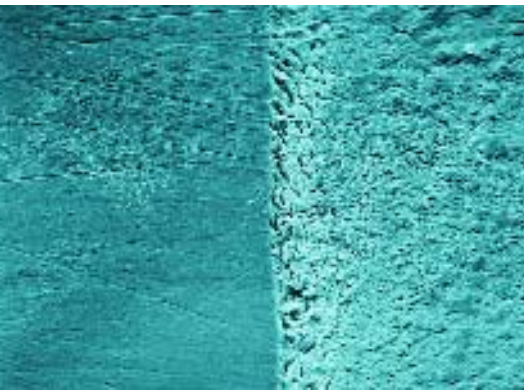


Abb. 4: Die elektronenmikroskopische Aufnahme zeigt den Zahnschmelz menschlicher extrahierter Zähne, die mit Milchsäure (pH 3; 60 min.) geätzt wurden. Die vor der Ätzung mit Aminfluorid (1000 ppm F) behandelte linke Hälfte weist keinerlei Ätzspuren auf. Die unbehandelte rechte Hälfte der Schmelzoberfläche zeigt das erwartete Säureätzmuster des Zahnschmelzes.

Antiglykolytisch aktiv

Mutans-Streptokokken und Lactobazillen setzen mit Hilfe von Enzymen niedermolekulare Kohlenhydrate in Energie um. Als Abfallprodukte dieses glykolytischen Prozesses entstehen organische Säuren, die den Zahnschmelz demineralisieren und schädigen. Fluorid kann die bakteriellen Enzyme hemmen, so dass weniger Säure produziert und das Bakterienwachstum eingeschränkt wird. Diese Hemmung wirkt sich jedoch bei Natriumfluorid und Natriummonofluorophosphat erst bei hohen Fluoridkonzentrationen aus, die nach Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasten und Mundspülungen in der Plaque nicht erreicht werden. Aufgrund ihres unpolaren Anteils können dagegen die Aminfluoride die bakterielle Zellmembran leichter

ride weiter optimiert worden. Auch auf freiliegendem Dentin entsteht bei der Anwendung von Aminfluorid eine Kalziumfluorid-Deckschicht. Diese schützt nicht nur vor Wurzelkaries, sondern hilft auch mit, freiliegende Dentinkanälchen zu verschließen. Aminfluorid wirkt also in Kombination mit einem sanften Putzkörper, der die entstehende Schutzschicht und das Dentin vor mechanischem Abrieb beim Zähneputzen schützt, zusätzlich desensibilisierend [20,21].

Kombination und Spezialisierung

aronal Zahnpasta mit Vitamin A wie auch die aminfluoridhaltige elmex Zahnpasta haben ihre eigene Indikation. Bei regelmäßiger Anwendung ergänzen sie sich in ihrer Wirkung optimal. So konnte 1993 gezeigt werden, dass die alternierende Anwendung dieser beiden Zahnpasten („morgens aronal, abends elmex“) zu einer Kariesreduktion führt, die der bei mehrfach täglicher Anwendung anorganischer Fluoride entspricht. Darüber hinaus wiesen die Anwender des Doppelschutzkonzeptes signifikant verbesserte Plaque- und Gingivitiswerte auf [23]. Die Ausrichtung der GABA Forschung nach den Bedürfnissen von Patienten und Zahnärzten führte im Laufe der Jahre zu weiteren Produkten, in denen Aminfluoride als zentrale Wirkstoffe fungieren: Das Schutz- und Putzsystem von elmex sensitive schützt schmerzempfindliche Zähne und freiliegende Zahnhälse, die elmex mentholfrei Zahnpasta wurde speziell für Patienten in homöopathischer Behandlung entwickelt.

In der elmex Kinder-Zahnpasta sorgt der reduzierte Aminfluoridgehalt von 500 ppm für den Kariesschutz der Milchzähne und führt zu einer effektiven Remineralisation beginnender Karies [12]. Doch nicht nur in Zahnpasten kommen Aminfluoride zum Einsatz: Als Wirkstoffe der elmex Kariesschutz Zahnpulver und der elmex sensitive Zahnpulver leisten sie ebenso wie in den elmex Zahnseiden und elmex Zahnhölzern ihren Beitrag zur Gesunderhaltung der Zähne [28].

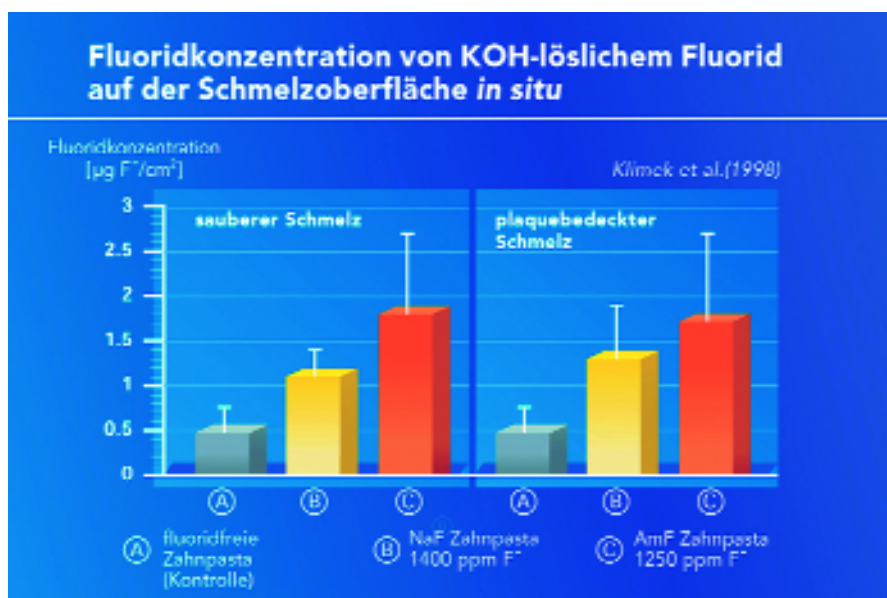


Abb. 5: Die *In-situ*-Studie von Klimek et al. zeigt, dass die Fluoridanlagerung am Schmelz bei Verwendung der aminfluoridhaltigen Zahnpasta signifikant höher als bei Verwendung einer natriumfluoridhaltigen Zahnpasta ist [13].

dünne, festhaftende homogene Schicht niederschlägt und den darunter liegenden Schmelz gegen Säuren resistenter macht (Abb. 4) [8].

Der schwach saure pH-Wert und die schon beschriebene Oberflächenaktivität der Aminfluoride führen also zu einer erhöhten Fluoridaufnahme durch den Zahnschmelz und zur Bildung eines dauerhaften Fluoriddepots (Abb. 5).

durchdringen und im Zellinneren ihre antibakteriellen Eigenschaften entfalten. Dadurch hemmen sie die Stoffwechselaktivität der Bakterien, reduzieren ihre Säurebildung und behindern ihr Wachstum. Die antiglykolytische Eigenschaft der Aminfluoride unterstützt dadurch die Karies hemmende Wirkung des Fluoridions (Abb. 6) [9,24].

In den aktuellen Rezepturen sind die besonderen Moleküleigenschaften der Aminfluoride

Antibakterielle Wirkung von Reagenzien auf das Plaque-Bakterium *Streptococcus Sobrinus*

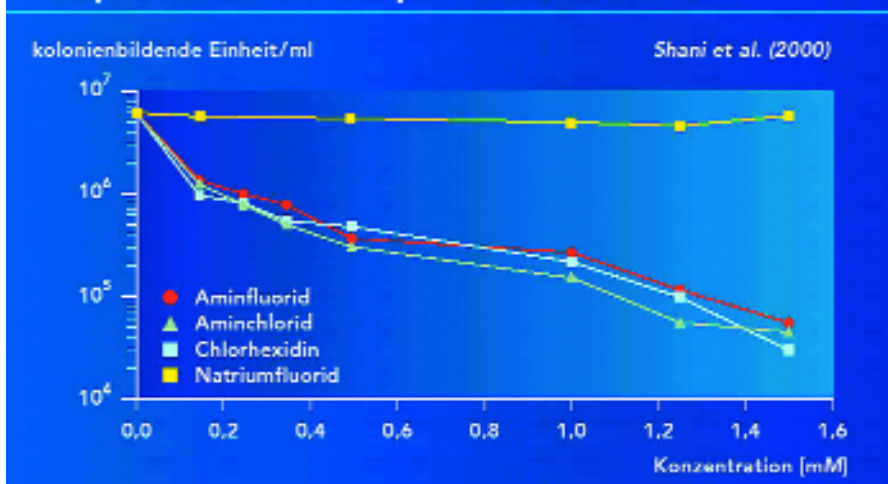


Abb. 6: Shani et al. zeigten, dass in einem künstlichen, plaqueähnlichen Biofilm die Überlebensrate des Bakteriums *Streptococcus sobrinus* mit steigender Konzentration des Aminfluorids signifikant abnimmt. Natriumfluorid zeigte keine signifikante Wirkung auf den Biofilm [25].

Erfolgreiche Intensivfluoridierung

Die Anwendung medizinisch wirksamer Zahnpasten wird optimal ergänzt durch die lokale Intensivfluoridierung mit Hilfe von aminfluoridhaltigen Gelees und Fluids (Abb. 7). So konnte in einer kariesepidemiologischen Untersuchung an Berliner Schulkindern gezeigt werden, dass eine intensive Fluoridanwendung durch regelmäßiges Einbürsten des aminfluoridhaltigen Arzneimittels elmex gelée die Zahngesundheit erheblich verbesserte [1]. Die Kombination von elmex Zahnpasta mit dem wöchentlichen Einbürsten von elmex gelée wurde in einer Zweijahres-Kariesstudie an über 400 Jugendlichen im Alter von 14 bis 16 Jahren gegen die alleinige Anwendung von elmex Zahnpasta beziehungsweise gegen eine unveränderte Mundhygiene verglichen [14]. Die tägliche Verwendung von elmex Zahnpasta in Kombination mit der einmal wöchentlichen Anwendung von elmex gelée reduzierte dabei den Karieszuwachs (DMF-S) um 38 Prozent. Das im Vergleich zur Zahnpasta höher konzentrierte Fluoridgelee steigert durch eine intensive Remineralisation bereits vorgeschädigter Zahnflächen den Kariesschutz und erhöht die Säureresistenz des Zahnschmelzes. Auch die Plaquemenge sank in der Kombinationsgruppe stärker als in den beiden anderen Gruppen.

Die kariesprophylaktische Wirkung der Aminfluoride ist auch noch Jahre nach der Anwendung deutlich messbar: 161 Schüler bürsteten ihre Zähne drei Jahre lang mit elmex gelée beziehungsweise einem fluo-



Abb. 7: Förderung der Remineralisation initialer Kariesläsionen: Buchalla et al. zeigten in einer In-situ-Studie, dass bereits nach einmaliger Anwendung einer konzentrierten Aminfluoridlösung der Mineralgehalt von Schmelzproben nach vier Wochen signifikant erhöht ist [2].

ridfreien Kontrollgel. In diesen drei Jahren wurden zirka 60 Anwendungen durchgeführt. In den folgenden vier Jahren bürsteten alle Schüler ihre Zähne sechsmal jährlich mit einer einprozentigen Natriumfluoridlösung.

Der Effekt von elmex gelée war noch nach diesen vier Jahren ohne Aminfluoridanwendung deutlich: In den insgesamt sieben Jahren der Studie war die Karieszunahme bei den Kindern der elmex gelée-Gruppe um 35 Prozent reduziert [17].

Fazit

Der in den letzten 50 Jahren erarbeitete hohe Wissenstand der experimentellen und klinischen Kariesforschung bildet heute die Grundlage effizienter und praktisch erprobter Prophylaxemodelle. Nur das Zusammenspiel mehrerer präventiv wirksamer Faktoren war für den großen Erfolg, die Karies zurückzudrängen und zu kontrollieren, verantwortlich.

Nicht zuletzt die seit nunmehr 40 Jahren auf breiter Basis und in verschiedenen Applikationsformen in der Prävention eingesetzten Aminfluoride haben ihren Beitrag dazu geleistet. Seit der ersten Publikation Ende der 50er Jahre haben bis heute mehr als 500 wissenschaftliche Arbeiten die hervorragende kariesprophylaktische Wirksamkeit der Aminfluoride bestätigt. Ihre Vielseitigkeit macht sie auch nach 40 Jahren zum modernen Wirkstoff in der Kariesprävention.

Prof. Dr. Hans-Jürgen Güzow
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Klinik für ZMK-Heilkunde
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dipl.-Chem. Claas Sudbrake
Kaprain 4
79588 Efringen-Kirchen



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


Der aktuelle klinische Fall

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

Pathologischer Befund im Bereich eines Weisheitszahnes

Myxom im Bereich eines retinierten Weisheitszahnes

Torsten E. Reichert, Martin Kunkel

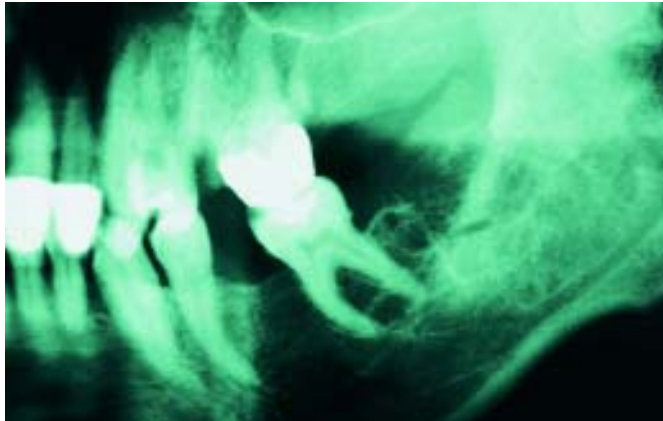


Abbildung 1: Ausschnitt des Orthopantomogramms der Patientin mit Darstellung des Myxoms im Bereich des linken Unterkiefers. Erkennbar ist die Seifenblasenstruktur des Knochens von regio 36 bis zur Basis des Muskelfortsatzes. Außerdem ist der Zahn 38 bis zur Basis des Gelenkfortsatzes verlagert.

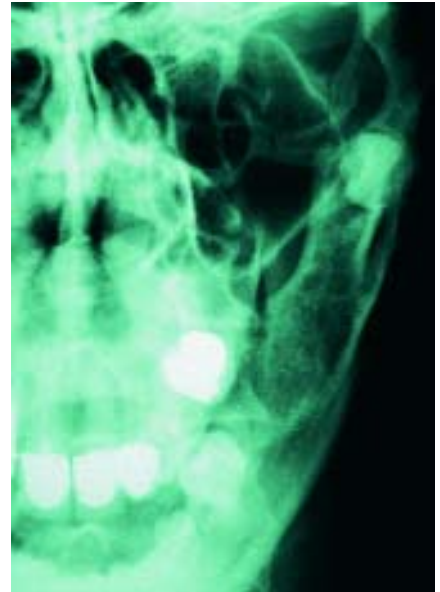


Abbildung 2: Ausschnitt der Kiefergelenksaufnahme nach Clementschitsch mit Darstellung der multilokulären Transluzenz des Unterkiefers im Bereich des linken Kieferwinkels und der Verlagerung des unteren linken Weisheitszahnes.

Kasuistik

Eine 39 Jahre alte Patientin zeigte klinisch eine deutliche Schwellung im Bereich des linken Unterkiefers. Bei der Anamnese berichtete sie, dass acht Jahre zuvor erstmals eine Schwellung in diesem Bereich auftrat. Damals wurde die Symptomatik im Sinne einer Dentitio difficilis des Zahnes 38 interpretiert.

Während der enorale Aspekt unauffällig war, zeigte sich im Röntgenbild nun eine Seifenblasenstruktur des Unterkiefers von regio 36 bis zur Basis des Muskelfortsatzes in unmittelbarer Nachbarschaft zu einem verlagerten Weisheitszahn 38 (Abbildungen 1 und 2). Die Probeexzision aus dem veränderten Knochen ergab die Diagnose eines Myxoms. Dieses wurde im Sinne einer Unterkieferteilresektion unter Mitnahme des verlagerten Weisheitszahnes entfernt (Abbildungen 3 und 4).

Diskussion

Das Myxom im Bereich des Ober- oder Unterkiefers ist ein gutartiger, odontogener Tumor und wird meistens zwischen dem 2. und 3. Lebensjahrzehnt diagnostiziert [Reichert und Philipsen, 1999; Barker,

1999]. Männliches und weibliches Geschlecht sind gleich häufig betroffen. Der Tumor kann in allen Abschnitten von Ober- und Unterkiefer auftreten, wobei er häufiger im Unterkiefer zu finden ist [Barros et al., 1969; Gosh et al., 1973]. Kleine Läsionen können lange asymptomatisch bleiben, während größere Tumoren wie im vorliegenden Fall oft zu einer schmerzlosen Schwellung des Knochens führen. Myxome sind häufig mit retinierten Zähnen vergesellschaftet, wobei es, wie hier gezeigt, auch zur Verlagerung des Zahnes durch

den Tumor kommen kann. Aufgrund der Tendenz des Myxoms, den Knochen lokal zu infiltrieren, muss insbesondere bei aus-



Abbildung 3: Unterkieferteilresektat links unter Mitnahme des Zahnes 36 und des gesamten Kieferwinkels bis zur Basis des Gelenkfortsatzes. Erkennbar ist die knöcherne Auftreibung im Bereich der Außenfläche des Unterkiefers.

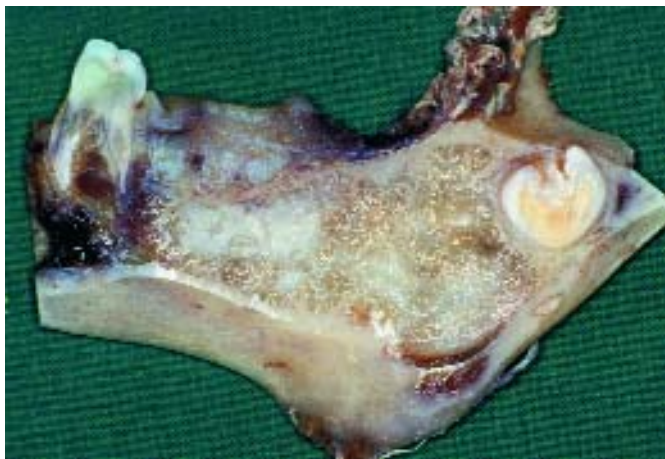


Abbildung 4:
Sageschnitt durch das
fixierte Unterkiefer-
teilresektat mit Dar-
stellung des Tumors
und des verlagerten
Zahnes 38.
Der Tumor zeigt eine
überwiegend glasige
Schnittfläche mit
myxomtypischem,
schleimartigem
Charakter.

gedehnten Tumoren eine großzügige Resektion des betroffenen Kieferabschnittes erfolgen [Chiodo et al., 1997]. Trotzdem treten Rezidive in bis zu 35 Prozent der Fälle auf [Reichart und Philipsen, 1999].

Der vorliegende Fall zeigt ein Beispiel einer pathologischen Veränderung im Bereich eines retinierten Weisheitszahnes, die über mehrere Jahre nicht entdeckt wurde. Der aktiv wachsende Prozess führte hier zur Verlagerung des Weisheitszahnes deutlich über

die Position eines normalen retinierten Weisheitszahnes hinaus. Zu fordern ist eine sorgfältige klinische, röntgenologische und gegebenenfalls histologische Diagnostik bei allen unklaren Prozessen im Bereich der Mundhöhle und der Kiefer.

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

Fazit für die Praxis

- Zahnverlagerungen sind häufig eine Folge von aktiv wachsenden Prozessen wie Tumoren und Zysten.
- Pathologische Prozesse im Bereich retinierter Weisheitszähne müssen frühzeitig abgeklärt werden.
- Eine lange Verschleppungszeit kann auch bei gutartigen Tumoren zu ausgedehnten Resektionen führen.

zm Leser-
service

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

Repetitorium

Fuß- und Nagelpilz

Das Thema ist wenig appetitlich und hat zur Folge, dass so manche Mitbürger auch bei sommerlichen Temperaturen kaum mehr etwas von ihren Füßen zeigen wollen. Die Ursache: Nach aktuellen Erhebungen leidet rund jeder dritte Bundesbürger an einem Fußpilz, und auch die noch besser sichtbaren Nagelpilzkrankungen sind weit verbreitet.

Noch immer ist das Vorurteil zu hören, Fußpilz deute auf eine mangelnde Hygiene hin oder die Infektionsgefahr sei vor allem im Sommer besonders hoch. Auch ist der Irrglaube weit verbreitet, der Fußpilz sei harmlos, lediglich störend und habe keine weiteren gesundheitlichen Konsequenzen. Richtig ist vielmehr, dass praktisch jeder sich einen Fußpilz „einfangen“ kann und das unabhängig von der Jahreszeit. Der Fußpilz, medizinisch *Tinea pedis*, hat außerdem durchaus gesundheitliche Konsequenzen: Denn die Infektion kann auf andere, der Therapie schwerer zugängliche Körperzonen übergehen und sich auch in einer schwer zu behandelnden Nagelmykose (Onychomykose) manifestieren.

Pilzinfektionen der Haut sind allgemein sehr weit verbreitet und der Fußpilz stellt dabei eine der häufigsten Hautpilzkrankungen dar. Das liegt schon daran, dass die Füße leicht mit Pilzerregern am Boden in Kontakt kommen, wobei enges, nicht gut belüftetes Schuhwerk und das dort herrschendes feucht-warme Klima die Infektion direkt begünstigt.

Der Fußpilz kann durch verschiedene Erreger hervorgerufen werden, und zwar vor allem durch Fadenpilze, die so genannten Dermatophyten, oder durch Hefepilze, wie die *Candida* Spezies. Meist sind Dermatophyten die Ursache und in 90 Prozent der Fälle konkret der Keim *Trichophyton rubrum*.

Fußpilz – Die Symptome

Bemerkbar macht sich die Pilzinfektion in erster Linie durch Juckreiz, der sehr stark werden kann, aber auch durch Nässen, Hautrisse und entsprechende Schmerzen. Es bilden sich Entzündungen der Haut,

diese ist gerötet, und es kommt zu Hautabschuppungen und zur Bläschenbildung. Vorwiegend betroffen sind die Zehenzwischenräume, man spricht dann auch von einer Interdigitalmykose. Später können dann auch die Fußsohlen befallen sein. Beim Fortschreiten der Mykose sieht die Haut regelrecht aufgeweicht aus, es kommt zur Mazeration und zu Einrissen der Haut, was das Eindringen weiterer Keime und insbesondere auch bakterieller Erreger begünstigt. Dadurch kann es unter Umständen dann zu schweren Hautinfektionen wie etwa einer Wundrose (Erysipel) kommen. Wenngleich der Pilzerreger quasi überall lauern kann, gibt es doch Situationen und Räumlichkeiten, die eine Infektion begünstigen. Das ist insbesondere in Feuchträu-

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

men der Fall, beispielsweise in Schwimmbädern, in der Sauna, aber auch in der Umkleidekabine von Fitnessstudios und Saunen sowie im heimischen Badezimmer, wenn Angehörige an einer Pilzinfektion erkrankt sind. Denn Pilze bevorzugen ein feuchtwarmes Klima. In diesem können sie sich ungehindert ausbreiten, was die Infektionsgefahr zwangsläufig erhöht.

Häufigste Ansteckungsquellen

Bleibt die Pilzinfektion unbehandelt, so bedeutet dies für die Mitmenschen eine nicht unbedeutliche Infektionsgefahr. Denn pro Schritt verliert der Fußpilz-infizierte Mensch rund 50 Hautschuppen –



Fotos: Vetter/MEV

Füßeln unter dem Tisch – mit Fußpilz eine heikle Angelegenheit ...

jede einzelne ist infektiös, was die enorme Verbreitung der Pilzinfektion erklärt. Den Übergang vom Fußpilz in den Nagelpilz, die so genannte Onychomykose, bahnen meist kleine Verletzungen des Nagelbettes. Sie begünstigen das Eindringen der Pilzerreger in den Fußnagel, das Angehen und die Ausbreitung der Infektion.



Besondere Risikopersonen

Obwohl praktisch jedermann von Pilzerregern umgeben ist, erleiden nicht alle Mitbürger tatsächlich eine Infektion. Ob diese sich entwickelt oder nicht, hängt von Faktoren des Immunsystems, also von dessen Möglichkeit der Abwehr der fast ubiquitären Keime, ab. Dabei lassen sich bestimmte Risikogruppen und Risikosituationen dingfest machen, in denen es die Pilzerreger offenbar einfacher haben als sonst. Das ist zum Ersten immer dann der Fall, wenn das Immunsystem geschwächt ist. Deshalb steigt die Gefahr eines Fuß- oder Nagelpilzes mit zunehmendem Alter, da dann die Immunabwehr allgemein nachlässt. Auch Menschen mit Grunderkrankungen, die mit einer lokalen Abwehrschwäche einhergehen, werden eher eine Pilzinfektion erleiden und das trifft keineswegs nur für HIV-Infizierte zu, sondern auch zum Beispiel für Diabetiker oder Personen mit einer arteriellen Verschlusskrankheit.

Risikopersonen für den Fußpilz sind aber auch Jugendliche, weil diese oftmals Turnschuhe tragen, in den sich eine hohe Fußfeuchtigkeit bildet, sowie Sportler, die sich oft in öffentlichen Bädern oder Duschen aufhalten, und Personen, die aufgrund ihres Berufs dicht schließende Schuhe tragen müssen, wie etwa Bau- und Kanalarbeiter.

Maßnahmen gegen Pilzinfektionen

Es gibt ein ganzes Bündel von Maßnahmen, mit denen sich die Pilzinfektion vorbeugen lässt. Generell sollte stets für möglichst trockene Füße gesorgt werden, was konkret bedeutet, dass insbesondere die Zehenzwischenräume nach dem Duschen oder Baden sorgfältig abgetrocknet werden. Es

empfiehlt sich in Schwimmbädern und öffentlichen Duschen Badeschuhe zu tragen und die Möglichkeiten der Fußdesinfektion zu nutzen. Auch in Hotels sollte man vermeiden, barfuß zu gehen, und das speziell auf Teppichböden, auf denen zahllose Pilzerreger lauern können. Dagegen ist ansonsten vor allem im Sommer barfuß laufen angesagt und es sollten generell atmungsaktive Strümpfe und Schuhwerk getragen werden, was die Ausbreitung der Keime erschwert.

Ist es bereits zur Infektion gekommen, so sollten sich schuppige Hautanteile sorgfältig entfernt werden und es sollte ein Arzt konsultiert werden, damit eine gezielte antimykotische Behandlung eingeleitet wird. Neben der medikamentösen Therapie sind dann zusätzlich ebenfalls allgemeine Maßnahmen erforderlich, die der weiteren Ausbreitung der Pilzerreger Einhalt gebieten, wie etwa die Desinfektion des Schuhwerks. Das tägliche Wechseln der Strümpfe sollte ebenso selbstverständlich sein wie das mindestens 60 Grad heiße Waschen der Strümpfe und der Handtücher.

Diagnostik und Therapie

Eine aufwändige Diagnostik ist in aller Regel beim Fußpilz nicht erforderlich, die Erkrankung lässt sich leicht durch das äußere Erscheinungsbild diagnostizieren. Allerdings müssen die Haut- und Nagelveränderungen sorgfältig von denjenigen bei einer Psoriasis und auch von ekzematösen Veränderungen abgegrenzt werden.

Ist die Diagnose klar, so kann eine Therapie gegen die relevanten Erreger eingeleitet werden. Dabei wird dem Patienten üblicherweise eine Creme, Lotion oder ein Spray mit einem antimykotischen Wirkstoff verordnet, die einmal oder je nach Wirkstoff auch

mehrmals täglich auf die befallene Haut aufzutragen ist.

Es stehen mehrere Antimykotika-Klassen für die Therapie zur Verfügung. Gängige Wirkstoffe sind zum Beispiel Clotrimazol, Miconazol, und Bifonazol. Sie wirken sowohl gegen Fadenpilze wie auch gegen Hefepilze, so dass mit diesen Substanzen praktisch alle Fußpilzinfektionen effektiv bekämpft werden können. Die Substanzen sind in verschiedenen Darreichungsformen verfügbar. So steht die Substanz Bifonazol als Creme, als Gel und neuerdings auch als Spray zur Verfügung, so dass individuellen Vorlieben bei der Behandlung Rechnung getragen werden kann. Die Therapie führt bei regelmäßiger Anwendung beim Fußpilz innerhalb von wenigen Wochen zum Verschwinden der klinischen Erscheinungen. Das aber bedeutet nicht unbedingt, dass die Pilzinfektion tatsächlich ausgeheilt ist. Nicht selten treten schon nach wenigen Wochen erneut Krankheitszeichen auf. Sie können durch das Wiederaufflackern einer nicht ausgeheilten Infektion bedingt sein oder durch eine Reinfektion, eine Frage, die im Einzelfall oft nicht genau abzuklären ist. Sie macht aber deutlich, dass bei der Behandlung unbedingt Konsequenz gefragt ist, wobei das Antimykotikum auch über das Abklingen der klinischen Symptomatik hinaus konsequent drei Wochen aufgetragen werden sollte. Dann sind die Chancen groß, dass die Pilzerreger komplett eliminiert wurden.

Die Behandlung sollte außerdem stets so früh wie möglich eingeleitet werden, da dann die Heilungschancen am besten sind. Hat sich der Pilz erst einmal über größere Hautareale ausgebreitet, so ist ihm verständlicherweise deutlich schwieriger beizukommen, und die Behandlung wird entsprechend langwieriger.

Bessert sich die Mykose nicht, so muss unter Umständen der verursachende Keim bestimmt werden, was üblicherweise über eine Bestimmung aus Abstrichmaterial und der kulturellen Anzucht erfolgt.

In sehr schweren und ansonsten therapieresistenten Fällen kann außerdem eine systemische antimykotische Behandlung notwendig werden. Erforderlich ist die orale Einnahme eines Antimykotikums außerdem

bei der Onychomykose, da durch lokale Maßnahmen alleine die Pilzerreger in der Nagelplatte nicht mit ausreichenden Wirkstoffkonzentrationen zu erreichen sind.

Die Nagelmykose ist ein hartnäckiges Problem

Die Nagelmykose ist ein hartnäckiges Problem. Die Infektion verläuft chronisch, sie heilt praktisch nie von alleine aus, sondern bedarf einer strikten und langfristigen Therapie. Auch die Onychomykose kann zum Ausgangspunkt von Pilzinfektionen in anderen Körperregionen werden und ist somit nicht nur ein kosmetisches, sondern ein gesundheitliches Problem.

Die Infektion macht sich zunächst durch eine Verfärbung eines oder auch mehrerer Zehennägel bemerkbar, die je nach Erreger eine weißliche oder eine gelblich-braune Farbe annehmen. Meist geschieht dies anfangs lokal begrenzt, ehe die Infektion schließlich auf den gesamten Nagel übergeht. Die Nägel verdicken sich und werden spröde und brüchig und der Nagel wird durch den Pilz schließlich regelrecht zerfressen. Die Erreger sind auch beim Nagelpilz meist Fadenpilze (Dermatophyten) und seltener Hefepilze (Candida-Spezies). Allerdings können auch Schimmelpilze, zum Beispiel Aspergillus-Spezies eine Nagelmykose, verursachen.

Je nachdem welche Nagelteile befallen sind, werden verschiedene Formen der Nagelmykose unterschieden: Am häufigsten ist die so genannte „distolaterale subunguale Onychomykose“, bei der die Infektion von der umgebenden Haut ausgeht und der Pilz in die Unterseite der Nagelplatte eindringt und sich von dort zur Nagelmatrix ausdehnt. Dadurch wird die Nagelplatte angehoben und verfärbt sich gelblich.

Seltener ist die Leukonychia trichophytica, die durch Trichophyton interdigitale hervorgerufen wird und bei der es zu einer weißlichen Verfärbung kommt. Die Pilze

befinden sich bei dieser Infektion in den oberen Schichten des Nagelkeratins.

Bei der Behandlung des Nagelpilzes sollte stets soviel wie möglich des befallenen Nagels abgetragen werden, um die Infektionsquelle selbst möglichst klein zu halten. Der Nagel sollte folglich möglichst kurz geschnitten und die Oberseite abgehobelt werden. Ist nur der äußere Rand betroffen, so kann zunächst versucht werden, die Infektion lokal zu behandeln durch spezielle antimykotikahaltige Nagellacke oder Salben-Sets mit pilzhemmenden Wirkstoffen. Früher wurde der befallene Nagel sogar komplett gezogen, eine Praxis von der man allerdings abgekommen ist. Denn die Nagelpilz-Infektion wird durch Traumata, wie sie das Ziehen eines Zehennagels ebenfalls darstellt, begünstigt. Allerdings besteht auch heute noch die Möglichkeit der atraumatischen Nagelentfernung durch spezielle Behandlungs-Sets, bei denen zunächst der Nagel mittels Harnstoff aufgelöst und dann antimykotisch behandelt wird.

Sitzt der Pilz bereits im Nagelbett, so helfen lokale Therapiemaßnahmen alleine nicht mehr, da der sich neubildende Nagelanteil stets sofort infiziert wird. Dann muss eine systemische Therapie (am besten in Kombination mit einer gezielten lokalen antimykotischen Behandlung) eingeleitet werden, wobei die Antimykotika den Pilz direkt schon bei der Nagelbildung bekämpfen. Auch bei der systemischen Therapie sind mehrere Antimykotika verfügbar, gängige Wirkstoffe sind das Terbinafin sowie das Itraconazol.

Die Behandlung muss so lange fortgesetzt werden, bis der gesamte Nagel herausgewachsen ist, was beim großen Zeh durchaus bis zu einem Jahr dauern kann. Zu bedenken ist dabei auch, dass Pilzsporen in den Zwischen- und Hohlräumen des Nagels wochen- und sogar monatelang überdauern können, was ein rasches Wiederaufblühen der Infektion erlaubt, wenn die

Therapie nicht konsequent und nicht lange genug durchgehalten wird.

Von den beschriebenen Pilzinfektionen abzugrenzen ist die Kleienpilzflechte, auch Pityriasis versicolor genannt. Sie wird durch Hefepilze hervorgerufen, verursacht aber keine weiteren Krankheitserscheinungen und stellt damit primär ein kosmetisches Problem dar.

Die Pilzflechte ist eine eigenständige Erkrankung

Der Kleienpilz (Pityrosporum ovale) ist ebenfalls weit verbreitet. Er kann seine übliche Form ändern und dann kann es bei einigen Menschen zu einem übermäßigen Wachstum auf der Haut kommen und damit zu einem kosmetischen Hautleiden mit rundlichen oder ovalen Hautflecken. Auf heller Haut zeigen sich blassrote, auf dunkler Haut dagegen helle Flecken. Sie können im Einzelfall relativ groß werden und sogar ineinander übergehen, was der Haut dann eine Art landkartenartiges Aussehen verleiht. Die Infektion verursacht keine Beschwerden und insbesondere keinen Juckreiz.

Meist sind Rücken, Schulter und Brust befallen, der Pilz kann aber auch auf der gesamten Körperoberfläche wachsen. Besonders betroffen sind in erster Linie Menschen, die unter starker Talg- und Schweißbildung leiden sowie solche mit geschwächtem Immunsystem.

Pityrosporum ovale ist außerdem der Keim, der maßgeblich bei der Bildung von Kopfschuppen und Milchschorf beteiligt ist. Behandeln lässt sich die Infektion ebenfalls durch Antimykotika. Die Therapie kann fast immer lokal erfolgen, wobei der Wirkstoff quasi wie ein Shampoo angewandt werden kann.

Dieses und weitere Repetitorien finden Sie in unserer Datenbank unter zm-online.de



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

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

Präventivmedizin

Dem Übergewicht professionell zu Leibe rücken

Till Uwe Keil

Ein Ernährungs- und Bewegungskonzept, das eine Gewichtsabnahme ohne Jojo-Effekt ermöglicht, wurde nun in München mit den ersten Erfolgsdaten unterlegt. Das ernährungsphysiologisch gut fundierte Modell wird in Deutschland bereits an mehr als 360 Gesundheitszentren praktiziert, die an Arzt- oder Zahnarztpraxen assoziiert sind.

Das hier vorgestellte Konzept wurde von den Ärzten Drs. Marie-Bernadette und Hardy Walle aus Ommersheim im Saarland entwickelt. Die beiden Gründer standen in München der Fachpresse Rede und Antwort. Das Programm setzt sich aus eingehenden individuellen und gruppenbezogenen Beratungen mit ausgearbeiteten Lernmitteln, einer Protein-angereicherten Nahrungsergänzung im Rahmen eines Drei-Mahlzeiten-Prinzips, regelmäßigen Bestimmungen des Körperfetts und Bewegungstraining, bevorzugt Nordic Walking, zusammen. Der sonst bei allen Schnelldiäten gefürchtete Rebound (Jojo-Effekt) wird vor allem durch die geschickte Supplementierung von hochwertigen Molke-Eiweißen vermieden.

Therapieziel zehn Prozent

Eine allmähliche Gewichtsabnahme der Teilnehmer während des ersten halben Jahres von zehn Prozent ist das Ziel des Programms. Wenn dieses Ziel mit intensiver Schulung, Beratung, Supplementierung von Proteinen und Bewegungstraining erreicht ist (das so genannte Wohlfühlgewicht, das individuell auch etwas tiefer liegen kann), wechseln die Teilnehmer in eine wesentlich lockerere Phase, in der die Erhaltung des gewichtsreduzierten Zustandes das Ziel ist.

Wie Dr. Walle berichtete, wurden in seinem Gesundheitszentrum 402 Teilnehmer der letzten zwei Jahre in einer kleinen Studie erfasst. Die Befragung nach der Zufriedenheit bei den Teilnehmern, die ein Jahr absolviert

hatten, war mit 96,0 Prozent recht groß. Im Vordergrund stand die von den Teilnehmern als gut eingestufte Gewichtsreduktion und vor allem das „Abnehmen ohne Hungergefühle“ (92,8 Prozent). 87,3 Prozent der Befragten fühlten sich folgerichtig bereits während der Reduktionsphase besser, bei 52,7 Prozent hatte sich nach eigener Einschätzung bereits der Gesundheitszustand verbessert und 47,0 Prozent hatten sich entschlossen, an der Langzeitbetreuung (Kosten 30,0 Euro im Jahr) teilzunehmen.

Wie gut auch in dieser Langzeitphase das reduzierte Gewicht gehalten wird, zeigt Abbildung 1 anhand der Daten von 144 Teilnehmern, die über 18 Monate erfasst werden konnten. Immerhin hatten 61,0 Prozent von Ihnen das Ziel, ihr Gewicht dauerhaft um mindestens zehn Prozent zu senken, über diese lange Zeit eingehalten. Das ist für Programme zur Gewichtsreduktion ungewöhnlich viel, wie Dr. Walle kommentierte.



Abbildung 1: Gewichtsreduktion innerhalb von 18 Monaten bei 144 Teilnehmern des Programms zur langfristigen Gewichtsabnahme

Ernährungsphysiologisches Wissen

Der hohe Anteil fettleibiger Menschen in Deutschland kommt nicht von ungefähr. Wir essen zu häufig, zu üppig und zu fett. Aber selbst Hungerdiäten, wie sie zyklisch im Frühjahr bevorzugt in Frauenjournalen angeboten werden, sind oft kontraproduktiv: Sie bauen durch Proteinmangel vor allem Skelettmuskeln ab, erzeugen Heißhunger durch Insulininduktion und entnerven Abnehmwillige durch den Jojo-Effekt.

Neuere ernährungsphysiologische Erkenntnisse drängen nun wieder auf einen Mindestgehalt von 30 Prozent Eiweiß in der täglichen Kost. Dadurch werden die Blutfette normalisiert, bei Diabetikern zusätzlich die Glukosetoleranz verbessert.

Zum Gewichtsreduzieren ist folgende Erkenntnis für die hier propagierte Diät wichtig gewesen: Gab man adipösen, hyperinsulinämischen Männern eine hypokalorische Kost mit einem höheren Eiweißanteil (45 Prozent Protein, 25 Prozent Kohlenhydrate und 30 Prozent Fett), so kam es zu einem signifikant geringeren Abfall des Grundumsatzes – ein Reflex, mit dem sich der Körper Hungerzeiten anpasst – als bei einer Kost mit geringerem Eiweißanteil (zwölf Prozent) und mehr Kohlenhydraten (58 Prozent).

Der hohe Eiweißanteil führt zur Stimulation von Glukagon, was zu forciertem Fettabbau führt. Durch den relativ niedrigen Kohlenhydratanteil mit vielen Ballaststoffen wird ein niedriger glykämischer Index erreicht,

also wenig Insulinausschüttung, wenig Hungergefühl, kaum Fettaufbau. Ebenso achtet man auch auf die Fettzusammensetzung (gesättigte zu einfach zu mehrfach ungesättigten Fettsäuren 1:1:1).

Das neue Programm kennt zwei Starttage, an denen sich die Teilnehmer in fünf kleinen Mahlzeiten mit Magermilch ein Eiweißkonzentrat aus Molke zuführen. Diese Phase führt zunächst zur Entwässerung.

Dann folgt die eigentliche Reduktionsphase, in der eine vollwertige Mahlzeit (nach eigenem Kochbuch) mit zwei speziellen Mahlzeiten kombiniert wird, bei denen wiederum ein (anderes) Eiweißkonzentrat die Hauptrolle spielt. In dieser Phase wird vor allem die Fettmasse reduziert, was durch wöchentliche Messungen kontrolliert wird. Um den Erfolg dieser Phase zu gewährleisten, gehen die Teilnehmer danach in eine Stabilisierungsphase, bei der neben zwei Vollwert-Mahlzeiten nur noch eine spezielle Diät zugeführt wird.

Zwischenmahlzeiten sind in allen drei Phasen gestrichen, gewarnt wird auch vor Getränken, die mit Zuckeraustauschstoffen gesüßt sind (das führt nämlich ebenfalls zur Insulinausschüttung, dieses Mal aber über einen mentalen Zirkel).

Bewegung mit Spaß

Zusätzliche Bewegungstrainings wöchentlich in der Gruppe fördern nicht nur den Effekt der Diät, sondern stabilisieren die Muskelmasse – und sollen vor allem Spaß machen, um zu motivieren. Neben allen grundsätzlich geeigneten Arten des Ausdauersports, wie Schwimmen und Radfahren, eignet sich hier das „Nordic Walking“ mit Stöcken und Einsatz des Oberkörpers nach Erfahrung des Sportmediziners Prof. Heinz Liesen, Köln, am besten. Stressmanagement und Entspannungstechniken ergänzen das Programm.

Die Kosten für eine dreimonatige Teilnahme am Programm (dazu verpflichtet sich der Teilnehmer nach einer gründlichen Vorberatung) führen zu knapp drei Euro Kosten pro Tag. Da hier in der Regel die Produkte für zwei Spezialmahlzeiten pro Tag eingeschlossen sind, gibt der Teilneh-



Foto: Nordwell

Abbildung 2:
Laufen ohne zu schnaufen:
Etwa 30 bis 60 Minuten
soll sich der Teilnehmer täglich
zusätzlich bewegen, einmal
wöchentlich in der Gruppe
(hier beim Nordic Walking).

mer kaum mehr aus als bei normaler Lebensweise. Auch dieser Punkt hebt das hier besprochene Programm wohltuend von anderen ähnlichen Ansätzen ab, bei denen die Teilnehmer in aller Regel wesentlich mehr zu zahlen haben.

Zusätzliches wirtschaftliches Standbein

Für den Arzt oder Zahnarzt bietet sich mit einem solchen Angebot ein interessanter Einstieg in den freien Markt ganzheitlicher Gesundheitsaktivitäten, die von den Betroffenen selbst finanziert werden. Da ja eine vernünftige Ernährung auch für die Zahngesundheit eine gewisse Rolle spielt, lassen sich

in einem Gesundheitszentrum, das etwa von der Ehefrau oder einem anderen Familienmitglied geführt wird, sicherlich mehrere frei anbietbare Leistungen bündeln.

Der Einstieg in eine derartige Aktivität wird dem Zahnarzt relativ leicht gemacht. Er erhält in seinem Einzugsbereich Gebietschutz. Ein „Jung-Center-Startprogramm“ begleitet den Gründer bis zum eigentlichen selbständigen Startpunkt, die Herstellerfirma der diätetischen Produkte gewährt eine Handelsspanne von etwa 50 Prozent abzüglich fünf Prozent Systemgebühr. Die durchschnittlichen Monatsumsätze der Gesundheitszentren haben sich von 1.500 Euro in 1998 auf 4.200 Euro in den ersten Monaten dieses Jahres erhöht.

Komplementärmedizin

Neurophysiologe plädiert für ganzheitliche Medizin

Human- und Zahnmedizin bauen auf dem neuzeitlichen Gebot der Wissenschaftlichkeit auf. Es scheint an der Zeit zu sein, dabei mehr den ganzen Menschen zu sehen, meint Prof. Ernst Pöppel, München.

Vielleicht wird die Gefahr, dass die westlich geprägte Medizin durch ihre technische Grundausrichtung wichtige humane Aspekte vernachlässigt, zu wenig gewürdigt. Prof. Pöppel leitet diese Gefahr aus seinen neurophysiologischen Forschungen ab. Danach ist das menschliche Gehirn geneigt, aus dem realen Beziehungsgeflecht der Phänomene – etwa für ein bestimmtes Symptom – einzelne Gründe herauszufiltern und darauf zu beziehen. Diesen „Monokau-

salismus“ treffen wir heute allenthalben an. Er verbaue jedoch, wie Pöppel auf einer interdisziplinär-interkulturellen Tagung Ende Mai in München ausführte, den Weg zur ganzheitlichen Medizin oder Zahnmedizin. Patienten seien danach in Gefahr, mehr „repariert“ als geheilt zu werden – ein viel beklagter Zustand in der westlichen Medizin, der sich besonders im Vergleich zur ganzheitlichen Vorgehensweise der ursprünglicheren Kulturen zeigt. T.U.Keil

Sportmedizin**Ginkgo hilft Hobby-Golfern**

Eine Placebo-kontrollierte prospektive Evaluierungsstudie erbrachte erstaunliche Erkenntnisse zur Verbesserung der Stimmung und Feinmotorik hirngesunder Menschen.



Foto: Schwabe Arzneimittel

Extrakte aus Ginkgo biloba sind durch eine Vielzahl kontrollierter Studien in ihrer Effizienz bei neurophysiologischen Störungen, etwa leichten bis mittelschweren Formen der Demenz vom Alzheimer-Typ oder bei Tinnitus belegt und zur Behandlung zugelassen. Nun stellten Forscher vom Institut für Medizinische Psychologie der Universität München eine Studie an gehirngesunden Probanden vor, die exploratorisch prü-

fen sollte, wie Menschen unter den Bedingungen eines schwierigen, hobbymäßig betriebenen Sports auf eine Behandlung mit hoch dosiertem Ginkgo-Spezialextrakt (zwei Mal täglich 120 mg EGb 761® über sechs Wochen im Vergleich zu Placebo) reagieren. Eingeschlossen wurden jeweils 35 hirngesunde Männer und Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren.

Es zeigte sich, dass insbesondere Probanden mit vorhandenen leichten Defiziten im emotionalen und feinmotorischen Bereich deutlich vom Verum in ihrer Golflistung profitierten. Die mit Ginkgo behandelten Probanden widerstanden auch Lebenskrisen, die allgemein als einschneidend empfunden wurden, mit mehr Tatkraft und weniger Niedergeschlagenheit und Missmut. T.U.Keil

Onkologie**Bei Lungenkrebs ASS zur Prophylaxe**

Azetylsalizylsäure (ASS, zum Beispiel Aspirin®) könnte in der Lage sein, Lungenkrebs vorzubeugen. Dies teilte die Bayer HealthCare als Konsequenz aus einer unabhängigen, retrospektiven, amerikanischen Studie mit.

An der retrospektiven Studie, die von der American Health Foundation durchgeführt wurde, wurde die Vorgeschichte von 1038 Patienten mit Lungenkrebs und 1002 gesunden Personen verfolgt. Die Studie wurde nun in der Zeitschrift „Cancer“ publiziert.

Es zeigte sich, dass Patienten, die nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) eingenommen hatten (dazu zählt in den USA vor allem ASS, andere Präparate haben praktisch den gleichen Wirkmechanismus), ein um 32 Prozent geringeres Risiko hatten, an Lungenkrebs zu erkranken als Personen, die solche Präparate nicht eingenommen hat-

ten. Die nicht-steroidalen Antirheumatika schützen offenbar Raucher noch effektiver. Hier betrug der Vorteil in der NSAR-Gruppe sogar 40 Prozent.

Wie die Bayer HealthCare weiter mitteilt, gab es auch früher schon Hinweise auf solche protektiven Effekte von ASS, jedoch an geringeren Stichproben. Ähnliche vorbeugende Wirkungen scheinen auch gegen Dickdarm- und Brustkrebs zu bestehen. Bevor ein allgemeiner Einsatz zur Prävention empfohlen werden kann, sind allerdings noch prospektive Studien erforderlich.

Weitere Einzelheiten sind erfragbar unter jutta.schulze.js@bayer-ag.de. T.U.Keil

Onkologie**Problemfall: Tumordiagnose**

In der Zeitschrift „Medizinische Klinik“ (MedKlin 2003;98:346ff) erschien ein kritischer Beitrag zur Rationale der Tumorfriherkennung. Er zeigt, dass die wissenschaftliche Grundlage noch diskussionswürdig ist.

Prof. Jürgen Windeler vom Fachbereich Evidenzbasierte Medizin des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen publizierte seine Überlegungen aus Sorge um die Patienten. Anwendungen von Früherkennungsmaßnahmen, deren Nutzen nicht in zweifelsfreien Studien gezeigt oder deren Unwirksamkeit in Studien plausibel gemacht wurde, sollten nach seiner Auffassung nicht mehr durchgeführt werden. Sie wären praktisch wirkungslos, würden aber die Betroffenen unnötig verunsichern.



Foto: PhotoDisc

Das treffe nach seiner – allerdings sehr strengen – Analyse etwa für die Wertigkeit der Mammographie, des Screenings auf Neuroblastome oder der PSA-Testung auf Prostata-Karzinom zu. Mit Ausnahme des Neuroblastoms würden die negativen Studien jedoch bislang weitgehend ignoriert, so Windeler.

Gründe für Fehleinschätzungen der Wertigkeit lägen nach seinen Ausführungen vor allem darin, dass der Nutzen von Screeningprogrammen kaum noch geprüft werde, wenn er doch „auf der Hand zu liegen“ scheine. Es gebe jedoch drei kaum bekannte Fallgruben bei dieser Betrachtungsweise, die im Originalbeitrag ausführlich beschrieben werden. T.U.Keil

14. Int. Kongr. of Int. Ass. of DentoMaxilloFacial Radiology (IADMFR)

Fortschritte in der dentalen Röntgentechnik und Diagnostik

Anlässlich des 14. Internationalen Kongresses der International Association of DentoMaxilloFacial Radiology (IADMFR) präsentierten 167 Autoren ein wissenschaftliches Programm mit 37 wissenschaftlichen Fachvorträgen und 142 Posterpräsentationen, 15 Übersichtsvorträgen und zwei Symposien zum aktuellen Stand in der digitalen Bildgebung und zu den Fortschritten bei der bildgestützten Diagnostik der Speicheldrüse. Die über 800 Teilnehmer des Kongresses tauschten hierbei Informationen über bewährte und neue radiologische Verfahren aus.

Aus dem vielfältigen Programm des 14. internationalen Kongresses für dentomaxillofaziale Radiologie zitiert dieser Bericht Beiträge zur Kariesdiagnostik, zum digitalen Röntgen und zu PACS Systemen, zur Strahlenbelastung des Patienten, zur Ausbildung der Studierenden sowie zu neuen bildgebenden Methoden in der zahnärztlichen Radiologie, die für deutsche Praktiker und Wissenschaftler besonders interessant erscheinen.

Kariesdiagnostik

Prof. Ann Wenzel vom Royal Dental College in Aarhus, DK, betonte den wichtigen Unterschied zwischen der Manifestierung von Karies als Demineralisierung der Zahnhartsubstanz und deren Ursache, das heißt der vorausgegangenen bakteriellen Aktivität in der Plaque. Sie machte klar, dass radiologisch nur die Läsion entdeckt werden kann, unabhängig davon, ob die ursächliche Plaque noch vorhanden oder bereits beseitigt worden ist, das heißt die Läsion aktiv oder inaktiv ist. Dies wiederum bedeutet, dass falsch positive Einschätzungen entstehen können, was zusammen mit der meist langsam fortschreitenden Erkrankung zu einem eher konservativen Ansatz in der Therapie führen sollte. Hierbei stellten Bissflügel-aufnahmen nach wie vor die nützlichste radiologische Befunderhebung dar, wo-

bei die wirkliche Läsionstiefe anhand der Aufnahmen bekanntermaßen meist unterschätzt werde.

Digitales Röntgen

Die Eignung digitaler Röntgensysteme zur Darstellung von durch Karies verursachten Läsionen war ein weiterer Aspekt der Präsentationen von Prof. Wenzel. Bislang wurden oft nur die verschiedenen Digitalisierungskonzepte miteinander verglichen. Die eine Klasse umfasst die auf elektronischen Chips basierenden Sensoren, wie das Charge-Coupled Device (CCD) oder der Complimentary Metal Oxid Semiconductor (CMOS). Diese

Sensoren digitalisieren in Echtzeit das durch die Röntgenquanten in einer Szintillationschicht entstandene „Lichtbild“. Chip-basierte Sensoren können je nach ihrer technischen Ausführung sehr empfindlich sein. Bedingt durch die notwendigen Gehäuse sind die aktiven Flächen solcher Sensoren in der Regel etwas kleiner als die Referenzgröße des Zahnfilms. Die andere

Klasse umfasst die so genannten Speicherfolien. Hier wird das durch die Röntgenquanten entstandene latente Bild in einer dem Szintillator vergleichbaren Materialschicht bis zum Zeitpunkt des Auslesens gespeichert. Diese Systeme ermöglichen insbesondere ein dem Zahnfilm vergleichbares Handling. Es wurde darauf hingewiesen,

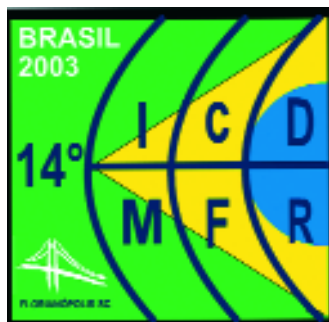
dass die Auswahl des Szintillators, das heißt der Leuchtschicht, die die Röntgenstrahlung innerhalb der Sensoren in sichtbares Licht umwandelt, von großer Bedeutung ist. Prof. Allan Farman von der School of Dentistry der University of Louisville, Kentucky, USA, ging in seinem Beitrag erneut auf dieses Thema ein und betonte, dass nicht alle der verwendeten Materialien gleich gut für jede diagnostische Aufgabenstellung geeignet seien. Hier wird auch in Zukunft weiter geforscht werden müssen.

PACS

Die Kopplung von digitalen Modalitäten zu einem Picture Archiving and Communication System (PACS) ist nach wie vor eine wichtige Problematik in der zahnärztlichen Radiologie. Prof. Gerald Sanderink, ACTA (Acad. Centr. Tandheelkunde Amsterdam), berichtete von beeindruckenden Zahlen: Innerhalb von drei Jahren wurden dort etwa 105 000 Aufnahmen von zirka 17 500 Patienten erstellt und digital verwaltet. Zum Vergleich: Am Universitätsklinikum Aachen wurden im Jahre 2000 von 9 241 Patienten insgesamt 13 653 Zahnfilme, Schädel-aufnahmen und Orthopantomogramme primär analog erzeugt. Neben Fragen der Austauschbarkeit von Bilddaten, die mit dem internationalen Standard zum Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM) und den dentalen Ergänzung hierzu im Wesentlichen beantwortet sind, bleiben die Fragen nach Vertraulichkeit, Sicherheit und Privatheit als Teilaspekte des Datenschutzes jedoch offen. Bestehende Systemlösungen der Hersteller werden in Zukunft auch unter diesen Gesichtspunkten zu bewerten sein.

Präimplantäre MRT-Diagnostik

Die dreidimensionale Darstellung der prospektiven Implantatregion kann mittels Magnetresonanztomographie (MRT) auch ohne den Einsatz ionisierender Strahlen erreicht werden. Dr. Crawford Gray von der University of Aberdeen in Schottland, und Co-Autoren zeigten in einer interessanten Untersuchung, dass bei T1-Wichtung im



Emblem des 14. International Congress of DentoMaxilloFacial Radiology

MRT die Abgrenzung zwischen Mukosa/Periost und darunter liegendem Knochen problemlos möglich ist, sowie Nerven und Gefäße eindeutig darstellbar sind. Damit kann die MRT als nicht strahlenbelastendes Untersuchungsverfahren alternativ zum CT für die Implantatplanung eingesetzt werden.

Foto: MEV



Brasilien als Tagungsort für den IADMFR-Kongress lockte nicht nur wegen des Landes, sondern auch wegen der fachlichen Inhalte.

Terahertz Pulse Imaging

Das elektromagnetische Spektrum umfasst einen immensen Frequenzumfang. Röntgen- und Gammastrahlen liegen im Bereich von 10^4 bis 10^{10} THz, wobei die in der Medizin relevante Strahlung Frequenzen von 10^6 bis $3 \cdot 10^8$ THz hat. Das sichtbare Licht umfasst Frequenzen von knapp 1 000 THz. Strahlung im Bereich weniger Terahertz wurde bislang nicht in der medizinischen Diagnostik eingesetzt. Erst seit kurzem sind geeignete Sender und Empfängermodule kommerziell verfügbar. Die nicht-invasive Strahlung dringt wenige Millimeter in das Gewebe ein und erlaubt die Unterscheidung verschiedener Gewebearten wie Muskel, Fett, Knorpel und Organe (wie Niere). Dr. Jacqueline Savaker, Guy's, Kings & St. Thomas' Dental Institute, King's Campus, London, zeigte Anwendungen dieser neuen Technologie zur Diagnostik von Tumoren und tumorösen Vorstadien auf Haut und Speicheldrüse.

Strahlenbelastung

„Sollten wir besorgt sein wegen der Strahlenbelastung bei diagnostischen Röntgenaufnahmen? Eine nüchterne Risikoabschätzung.“ Dies war der Titel des Abschlussvortrags von Prof. Neils Frederiksen vom Oral and Maxillofacial Imaging Center, Dallas, USA. Nach einem spannenden Rückblick über die Frühzeit der unkritischen Nutzung von Röntgenstrahlen mit allerlei Irrungen und Wirrungen in der Anwendung, bei der so seltsam anmutende Geräte, wie Gesichtshaarentferner und röntgenbasierte Fußvermessung, zur Sprache kamen, leitete Dr. Frederiksen zur modernen Röntgendiagnostik über. Nachdem heute die Risiken ausgehend von Röntgenstrahlung hinreichend

bekannt sind, stellte er diese anderen typischen und untypischen Risiken des Alltags gegenüber. Zusammenfassend stellte er fest, dass nach heutigem Kenntnisstand die mit intraoralen Aufnahmen oder Panoramaschichtaufnahmen verbundenen Gefahren bei regelgerechter Anwendung ein verschwindend geringes Risiko, zum Beispiel für die Induktion eines malignen Tumorzustands, hätten ($< 1:10^6$), während dieses Risiko bei der Anfertigung von Computertomographie Aufnahmen (CT) zirka um den Faktor 1 000 größer ist. Trotzdem, so Dr. Frederiksen, gäbe es zumindest in den USA Personen, die aus Vorsorgegründen (!) von sich ein Ganzkörper-CT anfertigen ließen, gleichzeitig aber in der Zahnarztpraxis die Dosis der dortigen Röntgenaufnahmen sehr kritisch betrachten. Insgesamt könne die normale zahnärztliche Röntgendiagnostik, so sie denn indiziert sei, als relativ unkritisch im Verhältnis zu anderen Gefahren des Alltags eingeschätzt werden, wobei ihre Anwendung jedoch immer auch in Anbetracht der Gesamtbelastung und des Alters des Patienten individuell abgewogen werden müsse.

Ausbildung

„He who can, does. He who cannot, teaches.“ Unter diesem etwas provokanten Titel stellte Dr. Eric Whaites vom Guy's Hospital in London, die Ergebnisse einer weltweiten Umfrage zur Qualität und Quantität der Ausbildung von Zahnmedizinern im Fachgebiet Zahnärztliche Radiologie dar. Dabei ergab sich die Aussage, dass das Fachgebiet wegen seiner erreichten Dimension im Idealfall vom Spezialisten für zahnärztliche

Radiologie vertreten werden sollte. Die Resultate der Ausbildung werden maßgeblich von den personellen und materiellen Ressourcen der entsprechenden Hochschulabteilungen bestimmt. Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass Deutschland, was eben diese be-

trifft, im unteren Mittelfeld der aufgelisteten Staaten wiederzufinden ist. Computerunterstützter Unterricht kann hier deutliche Verbesserungen bewirken.

Fazit

Dieser Ausschnitt aus dem umfangreichen Programm der internationalen Konferenz beruht auf den individuellen Beobachtungen der vier deutschen Teilnehmer am wissenschaftlichen Programm. Er ist damit zwangsläufig lückenhaft und erfasst nur einen Teil der technischen Neuerungen, die bald Einzug in die zahnärztliche Praxis finden könnten. Neben den vielen interessanten wissenschaftlichen Sitzungen hatten es die Veranstalter geschafft, ein perfekt organisiertes und äußerst kommunikatives Rahmenprogramm anzubieten. So hatten die Kongressteilnehmer reichlich Gelegenheit, in lockerer brasilianischer Atmosphäre Kontakte zu knüpfen beziehungsweise aufzufrischen. Der 14. internationale Kongress der IADMFR war also insgesamt eine sehr gelungene Veranstaltung, die sicher vielen Teilnehmern in bester Erinnerung bleiben wird. Die nächste internationale Konferenz der IADMFR wird im Jahr 2005 in Kapstadt, Süd Afrika, stattfinden.

*Dr. Thomas M. Lehmann,
Institut für Medizinische Informatik,
Universitätsklinikum Aachen,
Pauwelsstr. 30, 52057 Aachen*

*Dr. Edgar Hirsch,
Universität Leipzig, Zentrum ZMK, Röntgen-
abteilung,
Nürnberg Str. 57, 04103 Leipzig*

*Dr. Ralf Schulze,
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie,
Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
Augustusplatz 2, 55131 Mainz*

*Dipl. Ing. Dipl. Ing. [FH] Uwe Zeller,
KaVo Dental GmbH & Co KG,
Bismarckring 39, 88400 Biberach*

52. Jtg. der Dt. Ges. für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e.V. (DGZPW)

Prothetik im Vergnügungspark

Vom 15. bis 17. Mai 2003 fand im Europa-Park in Rust unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Jörg Rudolf Strub, ärztlicher Direktor der Abteilung Poliklinik für zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Freiburg, die 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e.V. (DGZPW) statt.

Rund 500 Teilnehmer hatten sich in Rust eingefunden, um den Ausführungen hochqualifizierter Referenten zu folgen, die den Teilnehmern fundierte wissenschaftliche Informationen zu den Generalthemen „Dogmen in der zahnärztlichen Prothetik, präprothetische Parodontologie, Zukunft zahnärztlicher Prothetik und digitaler Praxis“ vermittelten. Abgerundet wurde diese hochkarätige Tagung durch 24 Kurzvorträge, 43 Poster-Präsentationen, ein Industriesymposium und ein Zahntechnikerforum, sowie eine Firmen- und Industrieausstellung. Hierbei glänzten die zukunftsorientierten Fachgebiete der Prothetik, zum Beispiel Möglichkeiten und Grenzen von Knochenersatzmaterialien, Vollkeramikronen und -brücken, Digitale Medien und CAD/CAM-Systeme. Der Kurzvortrag „Versagensmodi von Implantat-Abutment-Verbindungen durch horizontale Wechselbelastung – eine In-vitro-Untersuchung“ von Zipprich et al., Frankfurt am Main, wurde als bester Kurzvortrag der diesjährigen Tagung prämiert. Das Poster „Zur Wirksamkeit von Zink auf das Krankheitsbild der Dysgeusie – eine klinische Doppel-Blind-Studie“ von Stefan Habiger, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Erlangen-Nürnberg, wurde als bestes Poster ausgezeichnet.

Der Tagungsleiter Prof. Dr. Jörg Rudolf Strub eröffnete das wissenschaftliche Programm und verwies auf das moderne Konzept der Verbindung von Wissenschaft und attraktivem Freizeitangebot. Im Anschluss daran begrüßte der 1. Vorsitzende der DGZPW Prof. Dr. Thomas Kerschbaum die Tagungsteilnehmer im Dome.

Die Hauptvorträge wurden durch das interessante Einführungsreferat „A critical review of some Dogmas in Prosthodontics“

von Prof. Dr. Gunnar Carlsson, Göteborg, eröffnet. Zahlreiche empirische Dogmen der Zahnmedizin – so genannte „Old truths“, wurden mit evidenzbasierten klinischen Studien verglichen und wissenschaftlich widerlegt. Die Dogmen „Die Qualität der Prothesen und der unterstützten Gewebe sind nah in Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit“ und „Fehlende Zähne müssen immer versorgt werden. Das gesunde Kausystem braucht komplette Bezahnung“ wurden diskutiert.

Therapieentscheidung und Therapieplanung

Prof. Dr. Michael Walther, Dresden, stellte in seinem Hauptvortrag die empirischen Dogmen „Therapieentscheidung und Planung“ zur Diskussion. Er verwies auf den geringen Anteil zahnärztlich-prothetischer Therapiemaßnahmen, welche durch randomisierte kontrollierte Therapiestudien belegt sind. Die prothetische Entscheidungsfindung und Therapie müssen in vielen Fällen auf der Basis von Wissen niedriger Evidenzstufen durchgeführt werden. Aus diesem Grund wurde die Forderung nach einer zukunftsorientierten Zahnmedizin geäußert, welche einen am klinischen Problem und biologischen Nutzen orientierten Behandlungsansatz aufweist.

Zum Thema „Präprothetisch-chirurgische Behandlungsmaßnahmen zur Verbesserung der Implantatästhetik“ referierte Dr. Oded Bahat, Privatpraxis, Beverly Hills, Los Angeles, USA. Mittels hervorragend dokumentierter Fälle stellte er dreidimensionale Hart- und Weichgewebs-Augmentationen



Foto: Europapark Rust

Europapark Rust: Achterbahnfahrten in den Kongresspausen

und ihre Grundlagen vor und verwies auf die technischen Risiken und Nutzen dieser Techniken. Zum Beispiel ist es mittels der Ballontechnik möglich, vor großen dreidimensionalen Kieferkamm-Augmentationen Weichgewebe zur späteren plastischen Deckung zu schaffen. Dieses Vorgehen ermöglicht eine spannungsfreie Wundadaptation und verringert dadurch das Risiko einer Exposition des Augmentates.

Rekonstruktion des Periimplantationsgewebes

Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen, Freiburg, gab in seinem Vortrag „Periimplantologische Weichgewebe- und Knochenrekonstruktion durch Tissue Engineering“ einen Überblick über bereits in der klinischen Anwendung integrierte Transplantate der Haut und Schleimhaut sowie über Indikationen und Perspektiven verschiedener zukunftsweisender Verfahren. Außerdem stellte er eine klinische Pilotstudie über die Augmentation des posterioren Oberkiefers, mit einer Knochenmatrix, welche aus auf Ethisorb-Flies gezüchteten Periostzellen des Unterkiefers bestand vor.

Prof. Dr. Kenneth Malament, Boston, USA, stellte in seinem Vortrag anhand einer prospektiven randomisierten klinische Studie die Belastungsmechanik von drei verschiedenen Keramiksystemen über einen Zeitraum von 20 Jahren vor. Er wies auf die Bedeutung der dynamischen Belastung hin, da die statische Belastbarkeit einer Keramik



Prothetisches Dogma: Die Versorgung der verkürzten Zahnreihe?

keine dominante Kenngröße für den Erfolg sei. Einen besonderen Schwerpunkt in seinem Vortrag nahm die evidenzbasierte Zahnmedizin ein.

Dr. Peter Weigl, Frankfurt/ Main, berichtete über die Zukunft zahnärztlicher Prothetik in Bezug auf Hightech-Innovationen. Die Abhängigkeit der zukünftigen zahnärztlichen Prothetik von demographischen Entwicklungen, Kostendruck, Erwartungshaltung des Patienten, Werkstoffsystemen, Minimal-Invasität und Implantologie waren einige Hauptfaktoren seines Vortrages. Vor-

teile sowie neue Risiken für Patient und Behandler wurden aufgezeigt und an Hand gegenwärtiger Hightech-Innovationen kritisch hinterfragt.

Dr. Alessandro Devigus, Buelach, Schweiz, diskutierte in seinem Vortrag „Digitale Bilder in der Praxis“ die Bedeutung der Digitalisierung der Zahnarztpraxis. Über die Grundlagen der Dokumentation, Kommunikation und Präsentation hinaus wurden Begriffe aus der professionellen dentalen

Fotografie, sowie deren Bildbearbeitung anschaulich erläutert. Dr. Sven Markus Beschmidt, Filderstadt, und Dr. Alexander Krause, Wachenheim, präsentierten in ihrem Hauptvortrag „(R)Evolution in Imaging“ den aktuellen Stand in der digitalen Videobearbeitung.

Neben der Vermittlung praktisch umsetzbarer Erkenntnisse, gab die Veranstaltung

einen Ausblick auf die Zukunft der Prothetik. Auf dieser Basis dürfen wir Entwicklungen erwarten, die sicher noch größere Fortschritte bringen werden.

Das moderne Tagungskonzept der diesjährigen DGZPW auf hohem wissenschaftlichem, kommunikativem und erlebnisreichem Niveau setzte neue Maßstäbe für folgende Tagungen. Vor dem Wissenschaftlichen Programm tagten die sechs verschiedenen Arbeitskreise der DGZPW an unterschiedlichen Tagungsorten. Die nächste DGZPW Tagung findet in Kiel vom 13. bis 16. Mai 2004 statt.

*Wael Att
Michael Vogeler
Abteilung Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. J. R. Strub
Universitätsklinikum Freiburg
Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg
E-Mail: attwael@zmk2.ukl.uni-freiburg.de
vogeler@zmk2.ukl.uni-freiburg.de
Internet: www.ukl.unifreiburg.de/zmk/proth/homede.htm*

AG Keramik in der Zahnheilkunde

Symposium stellt sich Fragen zur Vollkeramik aus Klinik und Praxis

Manfred Kern

Das Keramik-Symposium 2003, das dieses Jahr als Auftaktveranstaltung zur internationalen ConsEuro der European Federation of Conservative Dentistry in München stattfand, bewährte sich erneut als Forum zum Erfahrungsaustausch zur vollkeramischen Restauration zwischen Klinikern, Werkstoffspezialisten, niedergelassenen Zahnärzten und Dentallaborleitern. Damit schloss das Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e.V. den Kreis zwischen dem Anspruch der klinischen Forschung nach evidenzbasierten Daten, dem Bedarf nach einem vorhersagbaren Behandlungserfolg und dem Informationsbedürfnis der Praxen nach Kriterien, die in der Lage sind, klinische Misserfolge zu verhindern.

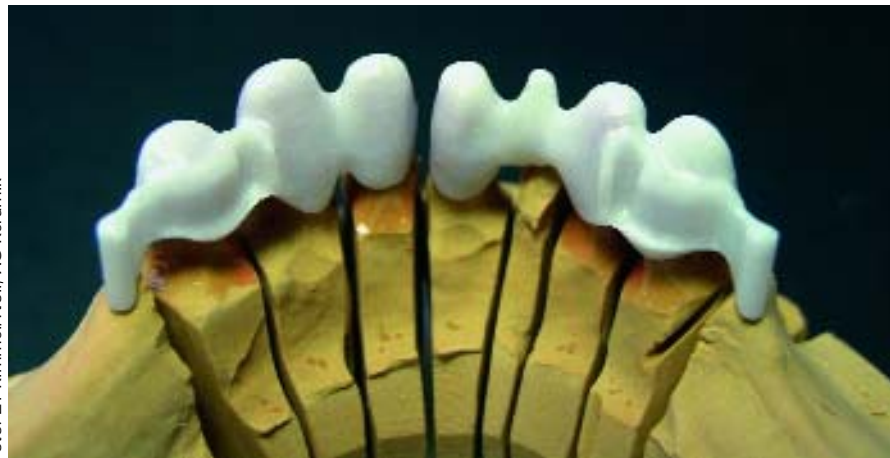


Foto: ZT Kimmel/Noll, AG Keramik

Abb. 1: Hochleistungskeramik dringt in die bisherige Domäne von Metallbrücken vor: CAD/CAM-gefertigte Gerüste aus Zirkoniumoxidkeramik (DCS), hier noch unverblendet, mit gefrästem Stabgeschiebe als spannungsfreies Verbindungselement zum Restzahn.

Dreistufig immer noch besser

Prof. Dr. Bart van Meerbeek, Universität Leuven, Belgien, sprach über „Adhäsive versus non-adhäsive Befestigung vollkeramischer Restaurationen“. Auf der Zahnseite werden moderne Adhäsiv-Prozeduren benötigt, um das Befestigungsmaterial dauerhaft mit der Zahnschmelze zu verbinden. Hierbei stehen als Konzepte „etch & rinse“ und „self etch“ mit verschiedenen Verarbeitungsstufen oder alternativ Glasionomerzemente zur Wahl. Auf der Keramik-

seite gewährleisten Ätzen mit Flußsäure und Silanisieren einen mikromechanischen und chemischen Verbund. Die teilweise kontrovers diskutierten Auffassungen, ob so genannte Ein-Schritt-Systeme bessere oder gleiche Haftwerte erzielen als die älteren Drei-Schritt-Adhäsive, wurden vom Referenten konkret beantwortet: Mit One-Bottles werden Verbundhaftwerte im Schmelz und Dentin von 16 bis 39 MPa (MegaPascal) erzielt, die Drei-Flaschen-Systeme erfordern im Schmelz Abzugskräfte von 42 MPa und im Dentin bis zu 54 MPa, besonders im Zusammenhang mit der „etch &

rinse“-Methode. Obwohl Glasionomerzement nur eine Haftkraft von 25 MPa im Dentin erreicht, können gesinterte Gerüstkeramiken mit über 200 MPa Biegefestigkeit für Kronen und Brücken aufgrund der hohen Eigenfestigkeit des Werkstoffs konventionell zementiert werden. Ätzung und Silanisierung der Hartkeramik erhöht zusätzlich den Verbund zum Restzahn.

Lebensdauer liegt an der Gesamtfestigkeit

Prof. Dr. Heinrich Kappert, Schaan, wies beim Thema zur „Bedeutung verschiedener Materialparameter für den klinischen Erfolg“ darauf hin, dass für das klinische Überleben der Restauration nicht allein die Biegefestigkeit des Keramikwerkstoffs entscheidend sei. Von wesentlich höherer Bedeutung ist die Gesamtstabilität der Restauration in situ, die sich ergibt aus der präparierten Form des Restzahns, aus der Konstruktion und Dimensionierung der Restauration sowie aus der Art der Befestigung am Zahn.

Keramiken mit Biegefestigkeiten bis zu 200 MPa sind hinsichtlich ihrer Festigkeit und Indikation vergleichbar mit Dentallegierungen vom Typ 1 oder 2, das heißt sie sind für kleinere Restaurationen wie Inlays und Einzelzahnkronen geeignet. Mit einer guten adhäsiven Befestigung besitzen sie eine vergleichbare Qualität wie natürliche Zähne. Die Mundhöhle liefert uns allerdings kein Vorbild für die Überbrückung von Zahn-lücken. Hier müssen Hochleistungskeramiken eingesetzt werden. Keramiken mit Biegefestigkeiten von 300 bis 400 MPa, zum Beispiel In-Ceram oder Empress 2, können wie Dentallegierungen vom Typ 3 für kleine Brücken verwendet werden. Zirkoniumoxid ist mit einem Elastizitätsmodul von 210 GPa (GigaPascal) und einer Biegefestigkeit von

1 000 MPa (entspricht einer Belastbarkeit von zehn Tonnen pro cm²) vergleichbar mit CoCr-Legierungen. Diese Analogiebetrachtungen erlauben, die Erfahrungen mit Dentallegierungen auf die Verwendung von Dentalkeramiken zu übertragen und können hilfreich für die Dimensionierung von Wandstärken, Verbindern und Brückenlängen sein.

Gewährleistung auf Keramik

Mit eindrucksvollen Darstellungen belegte Zahntechnik-Laborleiter Franz J. Noll, Koblenz, seine langjährigen Erfahrungen mit vollkeramischen Füllungen, Kronen und Brücken. Begonnen hatte der Referent seine Erfahrungen mit Cerestore und Dicor, und stieg auf das In-Ceram System um – zuerst mit der Schlickertechnik, dann mit Aluminiumoxidkeramik im CAD/CAM-Einsatz – und nun mit Zirkonoxidkeramik. Durch den Einsatz der Oxidkeramiken erhalten die Praxen eine erweiterte Gewährleistung, die heute bis zu fünf Jahren reicht. Um Kronen- und Brückengerüste im Eigenlabor zu fertigen, wurde Cerec inLab installiert. Damit konnten auch die Fertigungskosten gesenkt werden.

Die Weiterentwicklung der Sinterkeramiken führte zur Anschaffung von Cercon, besonders für mehrgliedrige Brücken mit extrakoronale Verbindern. Größere Brückenspannen mit 14 Gliedern, unterteilt in drei bis vier Segmente, werden von Noll mit

dem DCS-System hergestellt. Auch Primärteile und Sekundärteile aus Zirkonoxid für Teleskop-Arbeiten und extrakoronale Brückenverbinder haben sich bewährt. „Kein System kann alles“, berichtete Laborleiter Noll und sagte damit, dass alle Keramik- und Fertigungssysteme ihre Schwerpunkte und Grenzen haben und differenziert eingesetzt werden – auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen. Der Referent belegte anhand einer, mit der AG Keramik initiierten Datenbank für vollkeramische Restaurationen, dass die Reklamationsquote unter einem Prozent liegt. Die Datenbank erfasst neben Praxis und Patient die Präparationsunterlagen, Art und Struktur der Versorgung, Werkstoff, Verarbeitungsdaten, Verblendung, und im Gewährleistungsfall die Fakten des Defekts, um den Grund bei einem Misserfolg aufzuspüren. Die Daten zeigen, dass die Reklamationsquote für Vollkeramik nicht von jenen Arbeiten abweicht, die metallgestützt sind. Damit kann das Labor jederzeit seinen Qualitätsstandard belegen und dies in seine Gewährleistung projizieren.

98 Prozent Überlebensrate in elf Jahren

Seine langjährigen Erfahrungen mit Presskeramik-Restaurationen stellte Dr. Michael Leistner, Freiburg-Merzhausen, niedergelassener Zahnarzt und Fortbildungsreferent, unter dem Thema „Keramikversorgung in der täglichen Praxis“ zur Diskus-

sion und legte besonders die Risiken und Misserfolge offen. In den vergangenen elf Jahren fertigte er zirka 4 500 Empress-Restaurationen, darunter auch keramische Stiftaufbauten und Brückenspannen für Molaren. In dieser Zeit kam es zu 87 Misserfolgen. Die geringe Zahl, meist Frakturen, führte Dr. Leistner auf den konsequenten Einsatz der Adhäsivtechnik unter Kofferdam zurück. Durch die Klebetechnik ist es möglich, minimalinvasiv und substanzschonend zu präparieren. Die klinische Nachkontrolle der Empress-Restaurationen nach elf Jahren war viel versprechend; die Versorgungen haben das Potenzial für eine weitere Dekade.

Qualitätshinweise aus der Praxis – für die Praxis

Dr. Bernd Reiss, Malsch, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Keramik und niedergelassener Zahnarzt, gab Informationen zum „Aktuellen Stand des Qualitätssicherungsprojekts Ceramic Success Analysis“. Seit mehreren Jahren geben zirka 200 Praxen in Intervallen ihre Einsetzprotokolle und Nachuntersuchungsbefunde ihrer selbst eingegliederten vollkeramischen Restaurationen an die AG Keramik. Insgesamt bilden 2 982 Einsetzbefunde die Grundlage für die anonyme Auswertung. Die klinischen Vorgehensweisen werden differenziert analysiert und Materialkombinationen werden ausgewertet. Zwischenzeitlich liegen Daten über fünf Jahre klinisches Langzeitverhalten

vor. Generell sind bis heute die Ergebnisse der Teilnehmerpraxen ausgezeichnet. Komplikationen und Misserfolge sind nur selten aufgetreten. Dr. Reiss stellte jedoch eine Häufung von Problemen bei einzelnen Ausgangsbefunden fest, die aber mit speziellen klinischen Vorgehensweisen in Zusammenhang gebracht werden konnten. Für jeden Studienteilnehmer wird mit Hilfe einfacher Einsatzprotokolle ein individuelles Behandlungsprofil erstellt. Der kollektive Vergleich mit anderen teilnehmenden Pra-

wonnenen Ergebnisse fließen in die tagtägliche Arbeit der Praxen ein; individuelle Risikogruppen werden bezüglich der Indikationsstellung identifiziert; die Materialauswahl wird bei Bedarf optimiert.

Ein Hauch von Ästhetik

„Ästhetische Teilkronen im Frontzahnbereich“ war das Thema von Dr. Klaus Wiedhahn, Buchholz, Präsident der DGCZ (Deutsche Gesellschaft für Computerge-

tention mit Hilfe der Adhäsivtechnik zu erzielen und um eine Irritation der Pulpa zu vermeiden, soll bei der meist unvermeidbaren Freilegung von Dentin auf die Verwendung eines sicheren Dentinadhäsivs Wert gelegt werden. Ist ein Veneer oder eine Frontzahnsteilkrone indiziert, so ist dies einer Keramikvollkrone vorzuziehen. Die Behandlung mit Veneer oder Teilkrone ist minimalinvasiv, farblich brillanter und kann parodontal atraumatischer erfolgen. Mit dem Auftreten der chairside-gestützten CAD/CAM-Verfahren (Cerec) verließ Dr. Wiedhahn die labortechnisch hergestellten Veneers. Mit den aus Feldspatkeramik-Blocks (Mark II, ProCad) gefrästen Veneers kann die Versorgung in einer Sitzung präpariert, ausgeschliffen und eingegliedert werden. Die dünne Keramikschale wird farblich individualisiert, indem Malfarben auf Kompositbasis auf der Rückseite aufgebracht werden – denn die ultimative Zahnfarbe kommt von innen. Die Eingliederung erfolgt stets adhäsiv. Die klinischen Erfahrungen mit CAD/CAM-gefertigten Veneers sind überzeugend; die Überlebensrate sank auch nach neun Jahren in situ nicht unter 94 Prozent [nach Kaplan-Meier].

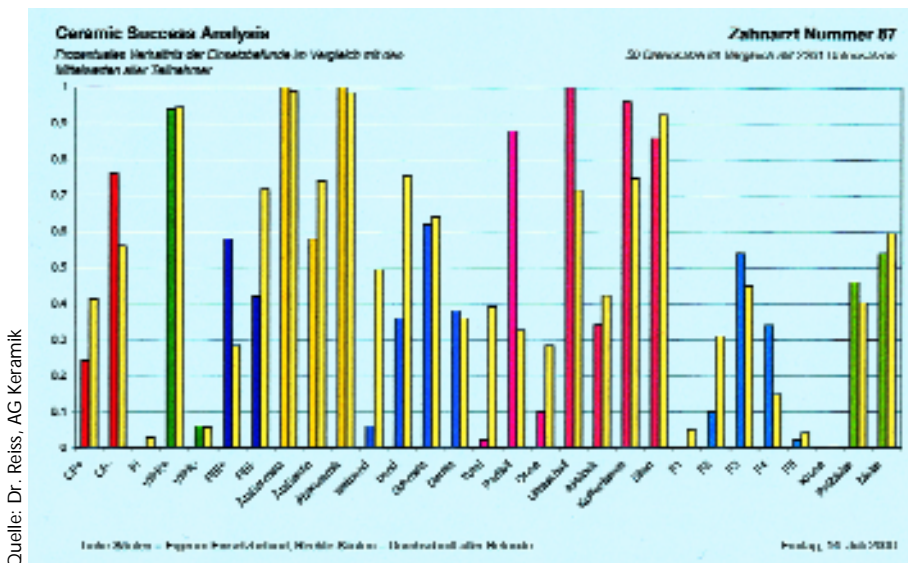


Abb. 2: Das Qualitätssicherungsprojekt der AG Keramik ermöglicht dem Zahnarzt die kritische Hinterfragung der eigener Vorgehensweise durch einen anonymisierten Vergleich der Befund-Parameter wie Zahnvitalität, Papillenblutungsindex, Restaurationsgröße, Lage der Restauration und Zahntyp, angewandte Materialien und Verarbeitungstechniken mit den Daten der anderen Studienteilnehmer.

xen ermöglicht eine kritische Hinterfragung eigener Vorgehensweisen sowie einen anonymisierten Vergleich mit dem Procedere anderer Studienteilnehmer. Neben den klinischen Ausgangsbefunden, wie Zahnvitalität, Papillenblutungsindex, Restaurationsgröße, Lage und Zahntyp, werden unterschiedliche klinische Vorgehensweisen, Materialien sowie Verarbeitungstechniken berücksichtigt. In einer zweiten Phase werden die behandelten Zähne nachuntersucht. Untersuchungsparameter sind Parodontalzustand, Vitalität, Restaurations- und Randqualität sowie Komplikationen und Therapiebedarf. Die angelaufene dritte Phase befasst sich mit der Remotivation der Praxen sowie mit der Umsetzung: Die ge-

stützte Zahnheilkunde) und niedergelassener Zahnarzt. Mit seiner annähernd 15-jährigen Erfahrung mit Veneers unter Einsatz von konventioneller und CAD/CAM-Technik führte er die Zuhörer in einen Bereich ein, der unbestritten ein hohes Einfühlungsvermögen in die Ästhetik des Frontzahns erfordert. Veneers bieten Therapielösungen bei Stellungsanomalien, Zahnfrakturen, Formkorrekturen, Diastema, multiplen Füllungen, Verfärbungen. Der Substanzverlust ist um ein vielfaches geringer als bei einer VMK-Krone und ist damit für den Patienten auch aus dem präventiven Blickwinkel attraktiv. Veneer-Präparationen sollten zirkulär schmelzbegrenzt sein. Um eine bestmögliche mikromechanische Re-

Forschungspreise gehen nach Köln und Aachen

Der alljährlich ausgeschriebene Forschungspreis der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e.V. musste in diesem Jahr geteilt werden. Die Jury hatte Mühe, unter vielen guten Arbeiten die richtige Wahl zu treffen und entschied letztendlich, dass zwei Preisträger ernannt werden. Die Gewinner sind Dr. Anja Posselt, Köln, für die Arbeit „Langzeitverhalten von 2328 at chairside hergestellten Cerec-Inlays und -Onlays“ – ebenso Privatdozent Dr. Joachim Tinschert, Aachen, für die Arbeit „In-vitro Untersuchungen zur Dauerfestigkeit glasinfiltrierter Aluminiumoxid- und neuer Zirkonoxid-Keramiken für Kronen- und Brückengerüste“.

Manfred Kern,
Arbeitsgemeinschaft für
Keramik in der Zahnheilkunde e.V.
Mail: kern.ag-keramik@t-online.de

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Sachsen	S. 54	ZÄK Niedersachsen	S. 58
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 55	ZÄK Nordrhein	S. 59
	ZÄK Niedersachsen	S. 58	Uni Basel	S. 64
Ästhetik	ZÄK Niedersachsen	S. 58	Parodontologie	LZK Sachsen
	KZV Freiburg	S. 60		ZÄK Nordrhein
	ZÄK Hamburg	S. 60	Praxismanagement	KZV Freiburg
	Freie Anbieter	S. 64		ZÄK Hamburg
Akupunktur	LZK Berlin/Brandenburg	S. 54		Freie Anbieter
	ZÄK Hamburg	S. 60	Prophylaxe	S. 64/65
Chirurgie	ZÄK Nordrhein	S. 59		LZK Berlin/Brandenburg
	Freie Anbieter	S. 65		ZÄK Schleswig-Holstein
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 54	Prothetik	ZÄK Niedersachsen
	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 56		ZÄK Nordrhein
Helferinnen-Fortbildung	LZK Sachsen	S. 54		ZÄK Sachsen-Anhalt
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 55	Röntgen	ZÄK Nordrhein
	ZÄK Nordrhein	S. 58		ZÄK Hamburg
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 60		APW
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 54		Freie Anbieter
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 55		ZÄK Schleswig-Holstein
	ZÄK Nordrhein	S. 59		Uni Basel
	ZÄK Hamburg	S. 60		
	APW	S. 64		
Kieferorthopädie	LZK Sachsen	S. 54		
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 54/55		
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 55		
	ZÄK Nordrhein	S. 59		
	ZÄK Hamburg	S. 60		
	Freie Anbieter	S. 65		
Notfallbehandlung	LZK Sachsen	S. 54		
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 55		



Fortbildung der Zahnärztekammern	Seite 54
Kongresse	Seite 60
Universitäten	Seite 63
Wissenschaftliche Gesellschaften	Seite 64
Freie Anbieter	Seite 64

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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

LZK Sachsen



für Zahnärzte:

Thema: Zweitagekurs
Erweiterte Funktionsdiagnostik im manuellen Bereich
Referent: Dr. med. Jochen Zahn, München
Termin: 12. 09. 2003, 14:00 – 19:00 Uhr und 13. 09. 2003, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Gebühr: 260,- EUR
Kurs-Nr.: D 59/03

Thema: Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis mit praktischen Übungen zur Reanimation
Referent: Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Leipzig
Termin: 20. 09. 2003, 9:00 – 15:00 Uhr
Ort: Universität Leipzig
Gebühr: 125,- EUR
Kurs-Nr.: L 10/03

Thema: Risikopatienten und unerwartete Zwischenfälle
Referenten: Prof. Dr. Dr. Lutz Päßler, Dresden
MR Dr. Eberhard Weiß, Aue
Termin: 20. 09. 2003, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Hotel Mercure Chemnitz
Gebühr: 175,- EUR
Kurs-Nr.: C 05/03

Thema: Zweitagekurs
Die chirurgische Parodontaltherapie als wichtige Säule der Perioprophylaxe
Live-Demo-Operationskurs mit praktischen Übungen am Schweinekiefer
Referenten: Dr. Ralph-Steffen Zöbisch, Elsterberg
Jens Kießlich-Köcher, Tautenhain
Termin: 26. 09. 2003, 14:00 – 19:00 Uhr und 27. 09. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Gebühr: 350,- EUR
Kurs-Nr.: D 61/03

Thema: Viertagekurs
Elektronische Bürokommunikation in der Zahnarztpraxis
Grundlagen Windows-Betriebssystem / MS Word
Referent: Dipl.-Ing. Carsten Thüm, Dresden
Termin: 08., 10., 15., 17. 10. 03, jeweils 15:00 – 18:15 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Gebühr: 230,- EUR (max. 7 Teilnehmer)
Kurs-Nr.: D 63/03

Thema: Zweitagekurs
Grundlagen und Praxis der Einschleiftherapie
Referent: Prof. Dr. Thomas Reiber, Leipzig
Termin: 21. 11. 2003, 14:00 – 19:00 Uhr und 22. 11. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Universität Leipzig
Gebühr: 630,- EUR (max. 8 Teilnehmer)
Kurs-Nr.: L 08/03

für Zahnärzthelferinnen:

Thema: Assistenz in der modernen Parodontaltherapie
Referent: Prof. Dr. Heinz Renggli, Nijmegen (NL)
Termin: 27. 08. 2003, 14:00 – 18:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Gebühr: 85,- EUR
Kurs-Nr.: D 140/03

Thema: GOZ – Training für Prophylaxe, Kons. und Zahnersatz
Referentin: Gudrun Sieg-Küster, Wülfrath
Termin: 13. 09. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Hotel Mercure Leipzig, Augustusplatz
Gebühr: 140,- EUR
Kurs-Nr.: L 170/03

Thema: Die Feldenkrais-Methode für das Praxisteam! (auch für Zahnärzte)
Referent: Joachim Kitzmann, Berlin
Termin: 27. 09. 2003, 9:00 – 15:00 Uhr
Ort: Hotel Holiday Inn Zwickau
Gebühr: 145,- EUR
Kurs-Nr.: Z 171/03

Thema: Die Abrechnung von neuen Leistungen
Referentin: Gudrun Sieg-Küster, Wülfrath
Termin: 27. 09. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Gebühr: 140,- EUR
Kurs-Nr.: D 148/03

Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
Fax: 0351 / 8066106
e-mail: Fortbildung@lzk-sachsen.de

Auskunft: Frau Unkart, Tel.: 0351 / 8066108 (Zahnärzterfortbildung)
Frau Kokel, Tel.: 0351 / 8066102 (Zahnärzthelferinnenfortbild.)
www.zahnaerzte-in-Sachsen.de.

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Start der Strukturierten Fortbildung für das Fachgebiet Implantologie
Referenten: Prof. Dr. Dr. Strunz, Dr. Nikolaus von Torklus, Dr. Frank Peter Strietzel, Dr. Christine Knabe, Dr. Katrin Döring, alle Berlin
Termin: 19. 09. 2003, 10:00 – 18:30 Uhr
20. 09. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 425,00 EUR
Kurs-Nr.: 2227.1

Thema: Strukturierte Fortbildung für das Fachgebiet Implantologie
2. Spezielle implantologische Diagnostik und Planung
Referent: Dr. Marcus Nowak - Berlin
Termin: 06. 12. 2003, 09:00 – 17:15 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 215,00 EUR
Kurs-Nr.: 2227.2

Thema: Invisalign-Technik
Referent: Prof. Dr. Rainer Reginald Miethke
Termin: 06. 09. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2226.0

Thema: Stufe 1 – Ohr- und Körperakupunktur zur Schmerztherapie und für weitere Indikationen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. Kai Bähnemann - Wahrenholz
Termin: 05. 09. 2003, 15:00 – 19:00 Uhr
06. 09. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 385,00 EUR
Kurs-Nr.: 2165.0

Thema: Stufe 2 – Praktische Ohrakupunktur zur Schmerztherapie weitere Indikationen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. Kai Bähnemann - Wahrenholz
Termin: 14. 11. 2003, 15:00 – 19:00 Uhr
15. 11. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 385,00 EUR
Kurs-Nr.: 2166.0

Thema: Mehr Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen
Referent: Dr. Steffen Tschackert - Frankfurt/M
Termin: 06. 09. 2003, 09:00 – 16:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 260,00 EUR (ZA), 195,00 EUR (ZAH), 364,00 EUR (ZA-Team)
Kurs-Nr.: 2202.0

Thema: Ganzheitlich orientierte Kieferorthopädie – Kurs IV mit audio-visueller Demonstration, praktischen Übungen und Fallbesprechungen
Referent: Dr. Hubertus von Treuenfels - Eutin
Termin: ACHTUNG! TERMINÄNDERUNG
19. 09. 2003, 14:00 – 18:00 Uhr
20. 09. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.4

Thema: Hightech-Endodontie / Theoretischer und praktischer Intensivkurs
Referent: Dr. Thomas Mayer - München
Termin: 20. 09. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 360,00 EUR
Kurs-Nr.: 2127.0

Thema: Perfekte Assistenz in der Kieferorthopädie
Referent: Prof. Dr. Ralf Radlanski - Berlin
Termin: 17. 10. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
 18. 10. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 372,00 EUR
Kurs-Nr.: 2200.0

Thema: Applied Kinesiology (AK), Curriculum zur Grundausbildung
Referent: Dr. Hans Garten - München
Termin: 24. 10. 2003, 14:00 – 20:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 175,00 EUR
Kurs-Nr.: 2144.0

Auskunft und Anmeldung:
 Philipp-Pfaff-Institut Berlin
 Aßmannshäuserstraße 4 – 6
 14197 Berlin
 Tel.: 030/4 14 72 50
 Fax: 030/4 14 89 67
 E-Mail: info@pfaff-berlin.de

ZÄK Schleswig-Holstein



Heinrich-Hammer-Institut

Thema: GOZ-Seminar nur für Zahnärzthelferinnen Kons., endodontische und chirurgische Leistungen
Referent(en): Angela Boller, Kiel
Termin: 13. 08. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1901

Thema: Implantologie, PAR und Kieferchirurgie in GOZ und GOÄ für Zahnärzte und Zahnärzthelferinnen
Referent(en): Dr. K. Ulrich Rubehn, Elmshorn
Termin: 15. 08. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1902

Thema: Kofferdamtechnik praxisgerecht – Einsteigerkurs
Referent(en): Dr. Winfried Zeppenfeld, Flensburg
Termin: 16. 08. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1903

Thema: GOZ-Basiskurs Teil 1 Allgemeiner Teil, konservierende und endodontische Leistungen
Referent(en): Angela Boller, Kiel
Termin: 19. 08. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1904

Thema: GOZ-Seminar nur für Zahnärzthelferinnen GOÄ, Prophylaxe Parodontologie
Referent(en): Angela Boller, Kiel
Termin: 20. 08. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1905

Thema: GOZ-Basiskurs Teil 2 GOÄ-Leistungen, Parodontologie und Chirurgie
Referent(en): Angela Boller, Kiel
Termin: 26. 08. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1907

Thema: Sprechstundenbedarf, Einzelverordnung, Betäubungsmittelverordnung – Was kann verordnet werden?
Referent(en): Dr. Wolfgang Richter, Halstenbek, Ines Jäger, Kiel
Termin: 27. 08. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1908

Thema: Basisseminar Prävention für Zahnärzthelferinnen
Referent(en): Dr. Andreas Herold, Appen
Termin: 29. 08. – 13. 09. 2003
Ort: Praxis Dr. Andreas Herold
Kurs-Nr.: 1909

Thema: Das Handling der CranioMandibulären Dysfunktion – aus der Praxis für den Praktiker
Referent(en): Gert Groot Landeweer, Malkendorf
Termin: 29. – 30. 08. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1910

Thema: Erfolgreiches Vermitteln von nutzenorientierter Privatleistung für Zahnärztinnen und Zahnärzte
Referent(en): Jochen Frantzen, Rendsburg
Termin: 30. 08. 2003
Ort: Zahnärzthehaus, Raum 307
Kurs-Nr.: 1911

Thema: GOZ-Basiskurs Teil 3 Zahnersatz, Suprakonstruktion und Reparatur
Referent(en): Angela Boller, Kiel
Termin: 02. 09. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1912

Thema: Repetitorium Hygienicum
Referent(en): Prof. Dr. Klaus Bößmann, Kiel
Termin: 03. 09. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1913

Thema: Eine andere Individualprophylaxe – eine neue Schule des Zähneputzens
Referent(en): Jiri Gustav Sedelmayer, Hamburg
Termin: 05. 09. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1914

Thema: Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Vertragszahnärzten
Referent(en): Dr. Wieland Schinnenburg, Hamburg
Termin: 05. 09. 2003
Ort: Zahnärzthehaus, Raum 307
Kurs-Nr.: 1916

Thema: Arbeitsschutz für die eigene Zahnarztpraxis
Referent(en): Dr. Kai Voss, Kirchbarkau
Termin: 10. 09. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1917

Thema: Praxisseminar zum Kurs „Neue Schule der Individualprophylaxe“
Referent(en): Jiri Gustav Sedelmayer, Hamburg, Claudia Berki, Hamburg
Termin: 10. 09. 2003
Ort: Zahnärzthehaus, Raum 307
Kurs-Nr.: 1918

Thema: Erweiterte Grundlagen der modernen Endodontie: maschinelle und manuelle Aufbereitung und Wurzelfüll-Techniken
Referent(en): Dr. Clemens Bargholz, Hamburg Pöseldorf
Termin: 12./13. 09. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1919

Thema: Patientenorientierte Kommunikation für die Helferinnen
Referent(en): Jochen Frantzen, Rendsburg
Termin: 13. 09. 2003
Ort: Zahnärzthehaus, Raum 307
Kurs-Nr.: 1921

Thema: Praxisseminar zum Kurs „Neue Schule der Individualprophylaxe“
Referent(en): Jiri Gustav Sedelmayer, Hamburg, Claudia Berki, Hamburg
Termin: 17. 09. 2003
Ort: Zahnärzthehaus, Raum 307
Kurs-Nr.: 1923

Thema: Praktische Knochenregeneration (Sinus-Lift, Guided Bone Regeneration – GBR)
Referent(en): PD Dr. Dr. Henderik Terheyden, Kiel, Dr. Ursula Rittmeier, Kiel
Termin: 19./20. 09. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1925

Thema: Notfallkurs für das Praxisteam
Referent(en): Prof. Dr. Dr. Thomas Kreusch, Hamburg, Dr. Dr. Patrick H. Warnke, Kiel
Termin: 24. 09. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1926

Thema: Der Zahnarzt im Internet, muss das sein?
Referent(en): Ingo Scheider, Hamburg
Termin: 24. 09. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1927

Thema: Strahlenschutz- und Röntgenkurs zur Erlangung der Kenntnisse nach § 24 (2) RöV für Zahnärzthelferinnen
Referent(en): Dr. Ursula Rittmeier, Kiel, Dr. Dr. Ingo Springer, Kiel
Termin: 26. 09. – 01. 10. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1928

Thema: Konfliktmanagement
Referent(en): Jennifer Schnell, Berlin
Termin: 27. 09. 2003
Ort: Zahnärzthehaus, Raum 307
Kurs-Nr.: 1930

Auskunft: ZÄK Schleswig-Holst. Westring 498, 24106 Kiel
 Tel.: 0431/26 09 26-80
 Fax: 0431/26 09 26-15
 e-mail: hhi@zaek-sh.de
 www.zaek-sh.de

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern



12. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern
54. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Ges. f. ZMK-Heilkunde an den Univ. Greifswald und Rostock e.V.

Termin: 05. – 07. 09. 2003
Ort: Rostock-Warnemünde, Hotel „Neptun“
Hauptthemen: Endodontie aktuell; Praxishygiene in der ZMK-Heilkunde; Standespolitik

Wissenschaftliches Programm

Freitag, 05. 09. 2003

13.00 Uhr
Eröffnung der Dentalausstellung

14.00 Uhr
Eröffnung der Tagung, Begrüßung durch den Präsidenten der Zahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich, und die Vorsitzende der Wissenschaftlichen Gesellschaft, Prof. Dr. Rosemarie Grabowski

Thema: Endodontie aktuell
Vorsitz: Prof. Dr. Georg Meyer, Dr. Dietmar Oesterreich

14.45 – 16.45 Uhr

Einführung in die Thematik
Prof. Dr. Eckhard Beetke, Rostock

Aufbereitung und Desinfektion des Wurzelkanals – nur maschinell oder auch manuell?
PD Dr. Michael Hülsmann, Göttingen

Die Wurzelkanalfüllung – wie weit und mit welchen Methoden?
Prof. Dr. Edgar Schäfer, Münster

Diskussion/Pause

17.15 – 18.00 Uhr

Komplikationen bei der Wurzelkanalbehandlung und deren Beherrschung
PD Dr. Rudolf Beer, Essen

Diskussion

Standespolitik
Dr. Dietmar Oesterreich, Reuterstadt Stavenhagen

Samstag, 06. 09. 2003
Vorsitz: Prof. Dr. Reiner Biffar, PD Dr. Dieter Pahncke

9.00 – 10.20 Uhr

Die Revision des endodontisch behandelten Zahnes
PD Dr. Michael Hülsmann, Göttingen

Endodontische Maßnahmen im Milch- und Wechselgebiss
Prof. Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien, Jena

Diskussion/Pause

Vorsitz: Prof. Dr. Eckhard Beetke, Dipl.-Stom. Andreas Wegener

10.40 – 12.00 Uhr

Möglichkeiten und Grenzen von endochirurgischen Maßnahmen
Prof. Dr. Claus Löst, Tübingen

Die restaurative Versorgung des tief zerstörten, endodontisch behandelten Zahnes
Prof. Dr. Detlef Heidemann, Frankfurt/Main

Diskussion/Pause

12.30 – 13.15
Mitgliederversammlung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

14.15 – 16.00 Uhr

Aus der Praxis für die Praxis – gestaltet von der ZÄK Hamburg
Moderation: Dr. Horst Schulz

Praxisnahes Individualprophylaxe-konzept
Dr. Ulrike Hoppe, Hamburg

Ein modernes Teleskopkronenkonzept
Dr. Malte Scheuer, Hamburg

Innovative Kinderzahnheilkunde
Dr. Tania Roloff, Hamburg

16.30 – 18.15 Uhr
Praxisseminare

Seminar Nr. 1
Optimierter Behandlungsablauf durch maschinelle Wurzelkanalaufbereitung
PD Dr. Dieter Pahncke, Rostock

Seminar Nr. 2
Der Aufbau des devitalen Zahnes für Restaurationen unter besonderer Berücksichtigung adhäsiver Systeme
Dr. Torsten Mundt, Dr. Grit Meistring, Greifswald

Seminar Nr. 3
Bewährtes und Neues in der Endodontie – Tipps und Tricks für die Praxis
Dr. Heike Steffen, Greifswald

Seminar Nr. 4
Betriebswirtschaft in der Zahnarztpraxis – ein Buch mit sieben Siegeln?
Bernd Fabricius, Münster

20.00 Uhr
Gesellschaftsabend

Sonntag, 07. 09. 2003

Thema: Praxishygiene in der ZMK-Heilkunde
Gemeinschaftsveranstaltung mit der 11. Fortbildungstagung für Zahnarztshelferinnen
Vorsitz: Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Prof. Dr. Axel Kramer

9.00 – 11.15 Uhr

Einführung in die Thematik
Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Greifswald

Qualitätssicherung der Hygiene in der zahnärztlichen Praxis
Prof. Dr. Axel Kramer, Greifswald

Haftung des Zahnarztes bei Nichteinhaltung des Hygienestandards
Rechtsanwalt Peter Ihle, Schwerin

Wie notwendig und sinnvoll sind Schutzimpfungen für Mitarbeiter in der zahnärztlichen Praxis?
Prof. Dr. Christel Hülße, Rostock

Empfehlungen zur Wiederaufbereitung von Medizinprodukten unter besonderer Berücksichtigung von Hand- und Winkelstücken
Prof. Dr. Klaus H. Bößmann, Kiel

Diskussion/Pause

Vorsitz: Prof. Dr. Klaus H. Bößmann, Dipl.-Stom. Holger Donath

11.45 – 12.55 Uhr

Entkeimung des Wassers von Dentaleinheiten, Mundschutze u. Schutzkleidung des Zahnarztes
Dr. Lutz Jatzwauk, Dresden

Hygieneplan und gesetzliche Bestimmungen in der zahnärztlichen Praxis mit Ergebnissen von Hygienebegehungen in Mecklenburg-Vorpommern
Dipl.-Stom. Holger Donath, Teterow

Mundschleimhautantiseptik unter besonderer Berücksichtigung onkologischer Erkrankungen
Dr. Marlies Schidlowski, Greifswald

Diskussion

Anmeldeschluss: 11. 08. 2003, danach ist die Anmeldung nur noch vor Ort möglich.

Teilnahmegebühren:
Gesamte Tagung*: Mitglieder der Ges.: 105 EUR
Nichtmitglieder: 130 EUR

Tageskarten:
Mitglieder der Gesellschaft:
Fr. 45 EUR/Sa. 55 EUR*/
So 45 EUR
Nichtmitglieder:
Fr. 55 EUR/Sa. 70 EUR*/
So 55 EUR

(* ohne Praxisseminare)

Praxisseminare (Parallelveranstaltungen) 40 EUR

Studenten und Rentner frei

Gesellschaftsabend: 45 EUR

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

ZÄK Sachsen-Anhalt



11. Fortbildungstage

Veranstalter: ZÄK Sachsen-Anhalt in Zusammenarbeit mit der Zahntechniker Innung Sachsen-Anhalt
Termin: 19. – 21. 09. 2003
Ort: Wernigerode, Ramada Treff Hotel
Hauptthema: Komplexe Zahnersatztherapie

Programm

19. 09. 2003
 10.30 – 17.30 Uhr
 Einführung: Prof. Dr. Jürgen Setz, Halle

Funktionelle Vorbehandlung: wann und wie?
 Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer, Berlin

Möglichkeiten der Kieferrelationsbestimmung
 Prof. Dr. Michael Augthun, Mühlheim

Die Wertigkeit komplizierter Verbindungselemente bei umfangreichem Zahnersatz
 Prof. Dr. Jürgen Setz, Halle

Verbindungselemente bei Implantaten als Hilfsmittel bei komplexem Zahnersatz
 Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg

Was kann man aus Gutachten für das Vorgehen bei komplexen Zahnersatzbehandlungen lernen?
 Prof. Dr. Harald Tschernitschek, Hannover

Schwierigkeiten der Zahnersatzbehandlung des alten Menschen
 PD Dr. Frauke Müller, Mainz

Vorträge, 20. 09. 2003,
 9.00 – 15.30 Uhr

Ist die prothetische Versorgung der Freierdlücke noch zeitgemäß?
 Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel

Komplexe ästhetische Behandlungen
 Prof. Dr. Lothar Pröbster, Wiesbaden

Festvortrag:
Zur Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems: Sind die Weichen richtig gestellt?
 Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Freiburg/B.

Passgenauer Zahnersatz durch erfolgreiches Abform- und Gewebemanagement
 Prof. Dr. Bernd Wöstmann, Gießen

Seminare, 20. 09. 2003
 14.00 – 17.15 Uhr

Chirurgisch-prothetische Behandlung mit Implantaten im Frontzahnbereich
 Prof. Dr. Michael Augthun, Mühlheim

Komplexe Zahnersatzbehandlung am Beispiel konkreter Patientensituationen: eine Diskussion der Probleme und Lösungsvorschläge
 OA PD Dr. Andras Szentpetery, Dr. Andrea Psoch, Arne Boeckler, alle Halle

Ästhetische Aspekte in der Totalprothetik
 PD Dr. Frauke Müller, Mainz

Komplexe Restaurationen auf Implantaten
 Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg

Adhäsive Keramikrestaurationen im Frontzahngebiet
 Prof. Dr. Lothar Pröbster, Wiesbaden

Präzisionsverankerte Teilprothesen – konventionelle Geschiebe und Adhäsivattachments

Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel

Okklusionsschienen

Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer, Berlin

Alles, was Recht ist

Prof. Dr. Harald Tschernitschek, Hannover

Passgenauer Zahnersatz durch erfolgreiches Abform- und Gewebemanagement

Prof. Dr. Bernd Wöstmann, Gießen

Vortrag, 21. 09. 2003
10.00 – 12.00 Uhr

Manifestationen internistischer Erkrankung in der Mundhöhle. Der Risikopatient

Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg/B.

Seminar, 21. 09. 2003
10.00 – 12.00 Uhr

Chancen und Möglichkeiten der GOZ

Dr. Frank Dreihaupt

Programm f. Zahnarzhelferinnen

Vorträge, 19. 09. 2003
11.00 – 17.00 Uhr

Moderne Diagnostik in der Karies- und Parodontalprophylaxe

OA Dr. Christian Gernhardt, Halle

Mehr Wertschöpfung durch optimal strukturierte Prävention

Dr. Klaus-Dieter Hellwege, Lauterecken

Individualprophylaxe in der Implantologie – Was, wie, wann

Ute Rabing, Dörverden

Seminar, 19. 09. 2003
10.30 – 15.30 Uhr

Wer dient, verdient

Sabine Nemeč, Hanau

Vorträge, 20. 09. 2003
9.00 – 15.30 Uhr

Das adhäsive Befestigen – Voraussetzungen, Materialien, Vorgehen

OA Dr. Christian Gernhardt, Halle

Schwierigkeiten bei der Zahnersatzbehandlung des alten Menschen

PD Dr. Frauke Müller, Mainz

Die professionelle Mitarbeiterin in der Implantologie

Ute Rabing, Dörverden

Seminare, 20. 09. 2003
9.00 – 12.30 Uhr

Ihre Ausstrahlung: der Schlüssel zum Erfolg (mit Vorher-Nachher-Variante)

Regina Först, Sören

Von der päventiven Diagnostik zum präventiven Therapievor-schlag – Teil 1

Dr. Klaus-Dieter Hellwege, Lauterecken

Von der päventiven Diagnostik zum präventiven Therapievor-schlag – Teil 2

Dr. Klaus-Dieter Hellwege, Lauterecken

Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt, Postfach 39 51, 39014 Magdeburg, Zahnärzte:
Tel.: 0391/739 39 14
e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de
Helferinnen:
Tel.: 0391/739 39 15
e-mail: glaser@zahnaerztekammer-sah.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Indikationen und Einschränkungen zur Verwendung von Stiftaufbauten

Ort: Zahnärztl. Fortbildungszentrum Niedersachsen, ZeiBstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Paul Weigl
Termin: 03. 09. 2003, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 88,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0336

Thema: Langzeiterfahrungen mit adhäsiver Technik – ästhetische Zahnmedizin

Ort: Zahnärztl. Fortbildungszentrum Niedersachsen, ZeiBstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Gernot Mörig
Termin: 05. 09. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
06. 09. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 1 100,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0337

Thema: Craniomandibuläre Therapie und Triggerpunktzonenmanipulation

Ort: Zahnärztl. Fortbildungszentrum Niedersachsen, ZeiBstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Winfried Wojak
Termin: 06. 09. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 270,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0338

Thema: Hilfeleistung bei Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis – Praxisbetontes Seminar mit Übungen an Phantomen:

Umgang mit Technik/Zubehör; Notfallkoffer, Defibrillator, Blutdruckmessung, Atmung/Beatmung/Atemhilfsmittel, Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ort: Zahnärztl. Fortbildungszentrum Niedersachsen, ZeiBstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Hartmut Hagemann
Termin: 10. 09. 2003, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: Z-170,- EUR
H-130,- EUR
Kurs-Nr.: Z / H 0339

Thema: Learning by doing – Arbeitsgrundkurs für die Bema-

Positionen FU 1 bis FU 3 und IP 1 bis IP 4 incl. Theorie
Ort: Zahnärztl. Fortbildungszentrum Niedersachsen, ZeiBstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Sabine Sandvoß
Termin: 12. 09. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 115,- EUR
Kurs-Nr.: H 0337

Thema: Die R. V. Tucker Goldinlay-Technik

Ort: Zahnärztl. Fortbildungszentrum Niedersachsen, ZeiBstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Steffen G. Tschackert
Termin: 13. 09. 2003, 9.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 220,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0340

Thema: Zahngesundheit und Ernährung – Grundlagen für die Prophylaxepraxis

Ort: Zahnärztl. Fortbildungszentrum Niedersachsen, ZeiBstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Gerta van Oost
Termin: 17. 09. 2003, 14.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 160,- EUR
Kurs-Nr.: H 0338

Thema: Kommunikations- und Verhaltenstraining

Ort: Zahnärztl. Fortbildungszentrum Niedersachsen, ZeiBstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dipl. Betriebswirtin (FH) Renate Jonas
Termin: 17. 09. 2003, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 165,- EUR
Kurs-Nr.: H 0339

Auskunft und Anmeldung:

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

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 03182 (B)

Thema: Die präventiv orientierte Praxis – Das Konzept
Referent: Dr. Lutz Laurisch, Korschebroich
Termin: 19. 09. 2003, 14.00 – 18.00 Uhr
20. 09. 2003, 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 450,00

Kurs-Nr.: 03183 T(B)

Thema: Prävention – Die Prophylaxehelferin im Mittelpunkt des Konzeptes
Referent: Dr. Elfi Laurisch, Korschebroich
Termin: 19. 09. 2003, 14.00 – 18.00 Uhr
20. 09. 2003, 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 400,00 und EUR 200,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 03184 T(B)

Thema: Workshop zur Patienteninstruktion

Referent: Martina Löhnes, ZFA, Mönchengladbach

Termin: 19. 09. 2003, 14.00 – 18.00 Uhr

20. 09. 2003, 09.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 200,00 und EUR 75,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 03193 T(B)

Thema: Ein revolutionärer neuer Ansatz beim subgingivalen Scaling und der Wurzelglättung

Referent: Dr. Michael Maak, Lembruch

Termin: 24. 09. 2003, 14.00 – 20.00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 220,00 und EUR 160,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 03055 P(B)

Thema: Erfolg mit zahnfarbenen Seitenzahnversorgungen

Referent: Prof. Dr. Jean-Francois Roulet, Berlin

Dr. Götz M. Lösche, Berlin

Termin: 26. 09. 2003, 14.00 – 20.00 Uhr

27. 09. 2003, 09.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 750,00

Kurs-Nr.: 03038 (B)

Thema: Unternehmer/In sein in schwierigen Zeiten – Der Zahnarzt im Spannungsfeld zwischen Risiken und Chancen – Unternehmer Power II

Referent: Dr. Gabriele Brieden, Hilden; Matthias Orschel-Brieden, Hilden

Termin: 27. 09. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr

28. 09. 2003, 09:00 – 13:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 300,00

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterinnen

Kurs-Nr.: 03254

Thema: Herstellung von Behandlungsrestaurationen

Referent: Dr. Alfred-Friedrich Königs, Düsseldorf

Termin: 19. 09. 2003, 14.00 – 19.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 100,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 03255

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002

Referent: Prof. em. Dr. Dr. Peter Schulz, Köln; Gisela Elter, ZMF, Korschenbroich

Termin: 26. 09. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr

27. 09. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: 220,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 03287

Thema: Umsetzung der neuen Ausbildungsverordnung

Seminar für ZMF's und ZMV's
Referent: Joachim Mann, RA, Düsseldorf

Termin: 30. 09. 2003, 18:45 – 22:00 Uhr

Teilnehmergebühr: 50,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Anzeige

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Kurs-Nr.: 03353

Thema: Prothetischer Arbeitskreis

Referent: Professor Dr. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf u. Mitarb.

Termin: Jeden 2. Mittwoch im Monat, 15.00 Uhr

Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf (Lörick)

Teilnehmergebühr pro Quartal: EUR 55,00

Kurs-Nr.: 03357

Thema: Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztliches Personal

Referent: Professor Dr. Dr. Claus Udo Fritzsche, Düsseldorf

Dr. Dr. Ulrich Stroink, Düsseldorf

Termin: 15. Oktober 2003, 15.00 bis 19.00 Uhr

(Kurs-Nr.: 03357)

Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf (Lörick)

Teilnehmergebühr: EUR 160,00 für den Zahnarzt und EUR 25,00 für die begl. Praxismitarbeiterinnen (ZFA)

Köln

Kurs-Nr.: 03364

Thema: Prothetischer Arbeitskreis mit dem Schwerpunktthema Konventionelle und Implantatprothetik

Referent: Professor Dr. Wilhelm Niedermeier, Köln u. Mitarbeiter

11. 02. 2004, 8.30 bis 13.00 Uhr
10. 03. 2004, 8.30 bis 13.00 Uhr

Veranstaltungsorte: Operationsräume der Klinik für Zahnärztliche Chirurgie und für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Ebene 01 und Ebene 14 des Bettenhauses der Universitätskliniken Kerpener Straße 62 und in den Behandlungsräumen der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Zentrums für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde der Universität zu Köln, Kerpener Straße 32 50931 Köln (Lindenthal)

Teilnehmergebühr: EUR 150,00

Anmeldeschluss: 15. 09. 2003

Fortbildung in den Bezirksstellen

Duisburg

Kurs-Nr.: 03431

Thema: Praxisgerechte Augmentationsverfahren in der Implantologie und Parodontologie

Referent: Prof. Dr. Michael Augthun, Mülheim

Termin: 08. 10. 2003, 15:30 Uhr

Ort: Stadthalle Mülheim an der Ruhr, Blauer Saal

Am Schloß Broich, 45479 Mülheim an der Ruhr

Gebühr: gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Köln

Kurs-Nr.: 03452

Thema: Moderne Kiefergelenkdiagnostik und -therapie – Ein Konzept für die Praxis

Referent: Prof. Dr. Walter Lückerath, Bonn

Ort: Großer Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln,

Kerpener Straße 32, 50931 Köln (Lindenthal)

Termin: 29. 10. 2003, 16:00 bis 17:30 Uhr

Gebühr: gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

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

ZÄK Westfalen-Lippe**Helferinnen-Fortbildung**

Thema: Aufstiegsfortbildung zur ZahnMedizinischen Verwaltungsassistentin (ZMV)
Termin: Aufnahmeprüfung: Oktober 2003
Gebühr: 2 398 EUR
Kurs-Nr.: Zi 045 001

Auskunft und Anmeldung:
 Akademie für Fortbildung der ZÄK Westfalen-Lippe
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
 Inge Rinker,
 Tel.: 0251/507-604
 Fax: 0251/507-619
 e-mail: Ingeborg.Rinker@zahn-aerzte-wl.de

KZV Freiburg**Fortbildungsforum Freiburg**

Thema: Die Zahnarztpraxis auf Erfolgskurs – Ganzheitliche Kommunikation
Referent: Elvira Schiemenz-Höfer, Freiburg
Datum: 13. 09. 2003
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 390 EUR (Team), 245 EUR (Einzelperson)
Kurs-Nr.: 03/303

Thema: Stellenwert der Sinusitis für die zahnärztliche Praxis
Referent: PD Dr. Wolfgang Maier und Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg
Datum: 19. 09. 2003
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 03/113

Thema: Ästhetische Frontzahnfüllung
Referent: Dr. M. J. Besek, Zürich
Datum: 20. 09. 2003
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 365 EUR
Kurs-Nr.: 03/114

Thema: Zaubern für Kinder in der Zahnarztpraxis
Referent: A. Neumeyer, Freiburg
Datum: 10. 10. 2003
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 180 EUR
Kurs-Nr.: 03/305

Thema: Zeit- und Selbstmanagement Modul 2 – Instrumente und Tipps zum positiven Umgang mit der Zeit
Referent: Michael Breßmer, Ehrenkirchen
Datum: 10./11. 10. 2003
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 390 EUR
Kurs-Nr.: 03/304

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

ZÄK Hamburg**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Wissenschaftlicher Abend – Die Bedeutung des Kiefergelenks für den Gesamtorganismus
Referent: Dr. Wolfgang Boisserée, Köln
Termin: 01. 09. 2003
Gebühr: frei
Kurs-Nr.: 10150 fu

Thema: Präparationskurs für vollkeramische Restaurationen
Referent: Prof. Dr. Lothar Pröbster, Wiesbaden
Termin: 06. 09. 2003
Gebühr: 230 EUR
Kurs-Nr.: 40467 kons

Thema: Implantatprothetische Problemfälle
 (Fortsetzung am 25. 10. 03)
Referent: Prof. Dr. Frank Güttschow, Dr. Günter Schönrock, Hamburg
Termin: 10./17. 09. 2003
Gebühr: 250 EUR
Kurs-Nr.: 50341 impl

Thema: Führungstraining – Der Zahnarzt als Praxis- und Personalmanager
Referent: Dr. Dipl.-Psych. Susanne Wilcken, Rosengarten
Termin: 12./13. 09. 2003
Gebühr: 220 EUR
Kurs-Nr.: 40470 praxisf

Thema: Vom Umgang mit der Angst
Referent: Dipl.-Psych. Frank Hagenow, Hamburg
Termin: 19./20. 09. 2003
Gebühr: 300 EUR
Kurs-Nr.: 40454 inter

Thema: Frontzahnrekonstruktion „Königsdisziplin der Ästhetik“
Referent: Dr. C.-Michael von Uexküll, Hamburg
Termin: 24. 09. 2003
Gebühr: 170 EUR
Kurs-Nr.: 50346 proth

Thema: Praktische Demonstration einer Sinusbodenelevation, Kieferaugmentation oder Distraction
Referent: Dr. Dr. Dieter H. Edinger, Hamburg
Termin: 24. 09. 2003
Gebühr: 110 EUR
Kurs-Nr.: 31175 impl

Thema: Einführung in die Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte
Referent: Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg
Termin: 26./27. 09. 2003
Gebühr: 200 EUR
Kurs-Nr.: 40455 inter

Thema: Managen von Zwischenfällen, unerwünschten Erscheinungen und Misserfolgen in der zahnärztlichen Prothetik
Referent: Dr. Ion Coca, Marburg
Termin: 26. 09. 2003
Gebühr: 80 EUR
Kurs-Nr.: 20370 behpl

Thema: „Erster Klasse“ beim Zahnarzt – Kompetenz in Beratung und Betreuung
Referent: Dr. Michael Cramer, Overath
Termin: 27. 09. 2003
Gebühr: 190 EUR ZA, 95 EUR ZAH
Kurs-Nr.: 20371 behpl

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: 040/73 34 05-76

Kongresse**■ 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

Ostsee Symposium 2003
Timendorfer Strand
Veranstalter: Freier Verband Deutscher Zahnärzte, Landesverband Schleswig-Holstein
Termin: 06. 09. 2003
Ort: Maritim Seehotel Timendorfer Strand
Thema: Chance zum Umbruch
Auskunft: FVDZ, Landesvorstand Schleswig-Holstein, Große Straße 80, 24855 Jübek
 Tel.: 04625/18 90 66
 Fax: 04625/18 90 77
 e-mail: praxis@liekefett-zahnarzt-juebek.de

DGKFO-Jahrestagung 2003

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V.
Termin: 10. – 14. 09. 2003
Ort: Gasteig in München
Auskunft: Tagungspräsidentin:
 Prof. Dr. Ingrid Rudzki-Janson,
 Poliklinik für Kieferorthopädie,
 Goethestr. 70, 80336 München
 Tel.: 089/51 60 32 33
 Fax: 089/53 28 550
 e-mail:
 Ingrid.Rudzki@kfo.med.uni-muenchen.de
 www.dgkfo.de

38. Bodenseetagung und

32. Helferinnentagung
Veranstalter: BZK Tübingen
Termin: 12./13. 09. 2003
Ort: Lindau
Auskunft: BZK Tübingen
 Bismarckstr. 96,
 72072 Tübingen
 Tel.: 07071/9111-0
 Fax: 07071/9111-209

Jahrestagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für ZMK-Heilkunde zu Erfurt e.V.

Hauptthema: Moderne Prophylaxe, Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen
Termin: 13. 09. 2003
Ort: LZK Thüringen,
 Barbarossahof 6, 99092 Erfurt
Auskunft: Dr. med. Andreas Wagner,
 Bonifaciusstr. 4, 99084 Erfurt
 Tel.: 0361/225 19 30
 Fax: 0361/225 19 36

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

11. Fortbildungstage der

ZÄK Sachsen-Anhalt
Termin: 19. – 21. 09. 2003
Ort: Wernigerode,
 Ramada Treff Hotel
Hauptthema: Komplexe Zahnersatztherapie
Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt,
 Postfach 39 51,
 39014 Magdeburg,
 Zahnärzte:
 Tel.: 0391/739 39 14
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de
 Helferinnen:
 Tel.: 0391/739 39 15
 e-mail: glaser@zahnaerztekammer-sah.de

International Scientific Congress of Syrian Dental Association with Int. Dental Exhibition

Termin: 23. – 25. 09. 2003
Ort: Damaskus/Syrien
Auskunft: Prof. Dr. Uni. Damas-kus- Dr. med. dent. Nicolas Abou Tara, Harburger Ring 10,
 21073 Hamburg
 Tel.: 040/77 74 74
 Fax: 040/766 63 70
 e-mail: NABOU-Tara@gmx.de

Österreichischer Zahnärztekongress Salzburg 2003

Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Thema: Qualität und Effizienz in der Zahnheilkunde
Termin: 23. – 27. 09. 2003
Ort: Salzburg
Auskunft: ÖGZMK,
 Postfach 45, A-5023 Salzburg
 Tel./Fax: +43(0)662/64 73 82
 e-mail: oegzmksalzburg@nex-tra.at
 www.oegzmksalzburg.at

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 ZHK
 Tel.: 0361/741 13 09

2. Jahrestagung der DGEEndo

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.
Termin: 25. – 27. 09. 2003
Ort: Frankfurt am Main,
 Hotel Inter-Continental
Auskunft: Oemus media AG,
 Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
 Tel.: 0341/48 47 43 09
 Fax: 0341/48 47 43 90
 e-mail:
 DGEEndoKongress2003@oemus-media.de
 www.dg-endo.de

2. Int. Keramik Panorama 2003

Veranstalter: VITA Zahnfabrik, Quintessenz Verlag
Termin: 26./27. 09. 2003
Ort: Maritim Hotel Köln
Auskunft: Quintessenz Verlag,
 Kongress Marketing,
 Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/76180-682
 Fax: 030/76180-693
 e-mail: kongress@quintessenz.de

10. Jahrestagung der Deutschen Ges. f. Kinderzahnheilkunde 2003

Hauptthemen: „Prävention nach Maß“ und „Anästhesiologische Aspekte in der Kinderzahnheilk.“
Termin: 26./27. 09. 2003
Ort: Jena
Auskunft: www.kinderzahnheilkunde-online.de

Jahrestagung des Arbeitskreises für Gerostomatologie

Generalthema: Gut gekaut ist halb verdaut
Termin: 27. 09. 2003
Ort: Universitätskliniken des Saarlandes, Campus Homburg, 66421 Homburg/Saar
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. P. Pospiech, Abteilung f. Zahnärztl. Prothetik und Werkstoffkunde, Unikliniken des Saarlandes, 66421 Homburg/Saar
 Tel.: 06841/16 24 901
 Fax: 06841/16 24 952
 e-mail: zmkmmor@uniklinik-saarland.de
 www.uniklinik-saarland.de/prothetik

■ 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

13. Zahnärztetag und 9. Helfertag der LZK Sachsen

Thema: Die Behandlung des älteren Patienten „Präventionsorientierte Zahnheilkunde – individuell und altersgerecht“
Termin: 10. 10. 2003, 9:00 – 17:20 Uhr
Ort: Stadthalle Chemnitz
Auskunft: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden,
 Tel.: 0351/80 66 101
 Fax: 0351/80 66 106
 E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

127. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V. gem. mit dem Interdisziplinären AK Zahnärztliche Anästhesie, der Akademie Praxis und Wissenschaft und der LZK Nordrhein
Hauptthema: Lokalanästhesie – Schmerzbehandlung, adjuvante Therapieformen Chronischer Schmerz im Kiefer- und Gesichtsbereich

Termin: 16. – 18. 10. 2003
Ort: Eurogress in Aachen
Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft f. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Lindemannstr. 96, 40237 Düsseldorf
 Tel.: 0211/61 01 98-0
 Fax: 0211/61 01 98-11
 www.dgzmk.de

3rd Int. Symposium on Distraction Osteog. and Orthognatic Surgery

Termin: 17./18. 10. 2003
Ort: Marienhospital Stuttgart
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Konrad Wangerin, Clinic for Maxillofacial and Plastic Surgery, Marienhospital, Böheimstr. 37, 70199 Stuttgart
 Tel.: 06489/82 61
 Fax: 0711/64 89-82 62
 e-mail: mkg@vinzenz.de

27. Jahrestagung des AK Forensische Odonto-Stomatologie

Termin: 18. 10. 2003
Ort: Johannes Gutenberg-Universität, Klinik für ZMK, Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Auskunft: Dr. Dr. Klaus Rötzscher Wimphelingstr. 7, 67346 Speyer
 Tel.: 06232/920 85
 Fax: 06232/65 18 69
 e-mail: roetzsch.klaus.dr@t-online.de

Prague Dental Days

Veranstalter: Tschechische ZÄK
Termin: 22. – 25. 10. 2003
Ort: National House – Vinohrady náměstí Miru 9, Prague 2
Sonstiges: Ab ca. 20 deutschen Teilnehmern wird die Übersetzung ausgewählter Sektionen ins Deutsche sichergestellt.
Auskunft: Česká stomatologická komora – „PDD“
 Ječná 3, 120 00 Praha 2
 ing. Hana Stěpánková
 Tel.: +420 224 918 613
 Fax: +420 224 917 372
 e-mail: stepankova@dent.cz
 www.dent.cz

13. Internationales-interdisziplinäres Symposium in Verbindung mit 13. Expertensymposium aus Universität und Praxis

Veranstalter: Universität Köln
Themen: „Schmerz und Bewegung“ und „Implantologie und Parodontologie“
Termin: 30. 10. – 06. 11. 2003
Ort: Fuerteventura, Spanien

Auskunft: Reisebüro Garthe & Pflug GmbH, Triftstraße 20, 60528 Frankfurt
 Tel.: 069/67 73 67-0
 Fax: 069/67 73 67-27
 www.schmerzsymposium.de

37. Jahrestagung der Neuen Gruppe

Thema: Panorama der Ästhetik Von der Kieferorthopädie bis zur plastischen Chirurgie
Termin: 30. 10. – 01. 11. 2003
Ort: Hotel Hyatt, Mainz
Auskunft: Knowevents Agentur für Eventmarketing GmbH Emmerich-Josef-Straße 5, 55116 Mainz
 Tel.: 06131/14 48 130
 Fax: 06131/14 48 139
 e-mail: info@knowevents.de
 www.knowevents.de

12. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde

Veranstalter: blend-a-med Forschung
Thema: Mit Biss durchs Leben – Lebensqualität durch Prävention
Termin: 31. 10. – 01. 11. 2003
Ort: Hamburg, Congress Centrum
Auskunft: project+plan gmbH, Kennwort: Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde, PF 12 37, 97802 Lohr am Main
 Tel./Fax: 0800/100 67 31

■ November**26. Deutscher Privatzahnärztetag**

Veranstalter: Privat-Zahnärztliche Vereinigung Deutschlands e.V. gemeinsam mit dem Heinrich-Hammer-Institut der ZÄK Schleswig-Holstein
Thema: Private Zahnheilkunde – Private Krankenversicherung – Ein Spannungsfeld?!
Termin: 07./08. 11. 2003
Ort: Maritim Hotel Bellevue
Auskunft: Agentur Service Concept, Frau Rätzke-Meier, Auerstr. 3, 45663 Recklinghausen
 Tel.: 02361/49 50 962
 Fax: 02361/96 06 645
 e-mail: Service-Concept@t-online.de

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 03 657
 www.gk-online.org

Prothetik-Symposium in München

Veranstalter: Jensen GmbH
Termin: 15. 11. 2003
Ort: München
Auskunft: Jensen GmbH, Gustav-Werner-Straße 1, 72555 Metzingen
 Tel.: 07123/92 260
 Tel. gebührenfrei: 0800-857 32 30
 Fax: 07123/92 26 20
 Fax gebührenfrei: 0800-857 32 29

MEDICA

35. Wellforum der Medizin
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V.
Termin: 19. – 22. 11. 2003
Ort: Düsseldorf, Messegelände
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart
 Tel.: 0711/765 14 54
 Fax: 0711/76 69 92
 e-mail: gw@medicacongress.de

20. Jahrestagung des BDO

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Oralchirurgen
Thema: Kinder und Jugendliche in der oralchirurgischen Praxis
Termin: 21./22. 11. 2003
Ort: Hilton, Hotel Nürnberg, Valznerweiherstraße 200
Auskunft: Oemus Media AG, Sandra Otto, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
 Tel.: 0341/484 74-309
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 Internet: www.oralchirurgie.org

15. Jahrestagung der DGI

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Implantologie im ZMK-Bereich e.V. (DGI)
Thema: Visionen und Traditionen
Termin: 27. – 29. 11. 2003
Ort: Lokhalle Göttingen
Auskunft: Daniela Winkel, Weidkampshaide 10, 30659 Hannover
 Tel.: 0511/53 78 25
 Fax: 0511/53 78 28
 e-mail: dgi-winke@t-online.de
 internet: www.dgi-ev.de

■ Januar 2004

Jahrestagung der Schweiz.
Gesellschaft für Endodontologie
Thema: Multidisziplinäre Endodontie / Multidisciplinary Endodontics
Termin: 16./17. 01. 2004
Ort: UBS Ausbildungs- und Konferenzzentrum, Viaduktstraße 33, CH-4051 Basel
Auskunft: Sekretariat SSE, Postfach 8225, 3001 Bern
 Tel.: +41 79 734 87 25
 Fax: +41 31 901 20 20
 e-mail: sekretariat@endodontology.ch

■ Februar 2004

5. Int. KFO-Praxisforum 2004
Thema: Praktische Kieferorthopädie – Interdisziplinäre Erfahrungen aus Klinik und Praxis sowie Prophylaxeakzepten für Patient und Praxis-Team
Termin: 28. 02. – 06. 03. 2003
Ort: Zermatt/Schweiz
Auskunft: Dr. Anke Lentrodt, Eidelstedter Platz 1, 22523 Hamburg
 Tel.: 040/570 308 36
 Fax: 040/570 68 34
 e-mail: kfo-lentrodt@t-online.de

■ März 2004

2nd Asia Pacific Congress
Thema: 2nd Asia Pacific Congress on Craniofacial Distraction Osteogenesis
Termin: 05. – 10. 03. 2004
Ort: Male, Malediven
Auskunft: e-mail: dr_lakshmi-1980@yahoo.com

Expodental 2004 in Madrid
Termin: 11. – 13. 03. 2004
Ort: Messegelände Juan Carlos I in Madrid
Auskunft: IFEMA – Messe Madrid Deutsche Vertretung Friedrich-Ebert-Anlage, 56-3° 60325 Frankfurt am Main
 Tel.: 069 74 30 88 88
 Fax: 069 74 30 88 99
 e-mail: ifema@t-online.de

Jahrestagung M.E.G.
Veranstalter: Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose
Thema: „Aus der Praxis für die Praxis“
Termin: 18. – 21. 03. 2004

Ort: Bad Orb
Auskunft: M.E.G. Geschäftsstelle, Waisenhausstr. 55, 80637 München
 Tel.: 089/340 29 720
 Fax: 089/340 29 719
 www.MEG-Hypnose.de

■ April 2004

8. Jahrestagung des BBI
Thema: „Implantate und Knochen – sein An-Um-Auf- und Abbau. Offene Fragen in Forschung und Klinik.“
Termin: 24. 04. 2004
Ort: Zahnklinik der Freien Universität Berlin
Auskunft: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz, Hohenzollerndamm 28 a, 10713 Berlin
 Tel.: 030/86 09 87-0
 Fax: 030/86 09 87-19

Universitäten

Universität Basel

Fortbildungsveranstaltungen:

Thema: Der ältere Patient – Herausforderung für ZahnärztInnen, DentalhygienikerInnen und ProphylaxeassistentInnen
Leitung: OA Priv.-Doz. Dr. A. Filippi, Frau Heidi Villiger, Dentalhygienikerin
Termin: 25. 09. 2003
Ort: Basel

Thema: Medikation u. Pharmakotherapie in der zahnärztl. Praxis
Leitung: Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht,
 Gastreferenten: Prof. Dr. St. Büchner, Dermatologische Klinik Basel; Prof. Dr. U. A. Meyer, Biozentrum, Pharmakologie/Neurobiologie; Priv.-Doz. Dr. Surber, Medizinische Querschnittsfunktionen, Institut für Spital-Pharmazie
Termin: 30. 10. 2003
Ort: Basel

Thema: Kurs für den zahnärztlichen Sachverständigen im Strahlenschutz nach Art. 18 StSV
 Neue digitale Röntgenverfahren
Leitung: Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht, Prof. Dr. J. Roth, Abt. Radiologische Physik, Dept. Med. Radiologie, Kantonsspital Basel

Termin: 07. + 08. 11. 2003
Ort: Basel

Thema: Der Notfall in der zahnärztlichen Praxis – Übungen für das Praxisteam

Leitung: Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht
Termin: 13. 11. 2003 Teil I, 20. 11. 2003 Teil II
Ort: Basel

Thema: Management von Zahnunfällen in der Praxis 2003

Leitung: OA Priv.-Doz. Dr. A. Filippi, Gastreferenten: Prof. Dr. K. Ebeleseder, Univ. Graz, OA Dr. Y. Pohl, Univ. Bonn, Priv.-Doz. Dr. T. von Arx, Univ. Bern
Termin: 27. 11. 2003
Ort: Basel

Thema: Die Psyche des Patienten

Leitung: Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht, Gastreferenten: Frau Dr. B. Bucher-Engelberger, Praxis für Craniosacraltherapie und Selbsthypnose, Basel; Prof. Dr. D. Bürgin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Basel; Prof. Dr. J. Margraf, Institut für Psychologie, Basel; Dr. P. Minnig, Öffentliche Zahnkliniken, Basel
Termin: 11. Dezember 2003
Ort: Basel

Auskunft: Frau B. Olufsen und Frau G. Oertlin
Zentrum für Zahnmedizin, Klinik f. zahnärztl. Chirurgie, -Radiologie, Mund- u. Kieferheilk. Hebelstrasse 3, CH-4056 Basel
Tel.: 0041/ 61/ 2672606
Fax: 0041/ 61/ 2672607
J-Thomas.Lambrecht@unibas.ch

Wissenschaftliche Gesellschaften

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Spreiz- und Kondensationstechniken bei der Implantation

Durchführung: Dr. Dr. R. Streckbein, Limburg
Termin: 13. 09. 2003
Ort: Limburg
Kursgebühr: 330 EUR (APW/DGI-Mitglieder)
380 EUR (Nichtmitglieder)
Kurs-Nr.: IM 13

Thema: Quadrantensanierung mit Teilkronen Gold/Keramik

Durchführung: Ernst O. Mahnke
Termin: 19./20. 09. 2003
Ort: Nienburg
Kursgebühr: 455 EUR
Kurs-Nr.: PP 456

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: HeraSun Workshop
Veranstalter: Heraeus Kulzer
Termin: 08./29. 08., 05./25. 09., 09./24. 10., 06./21./27. 11. 03
Ort: Hanau
Auskunft: Angelika Krupkat, Tel.: 06181/353 926
Silvia Budecker, Tel.: 06181/353 924
Fax: 06181/354 201

Thema: Empfehlungsmarketing – Praxisphilosophie und Corporate Identity

Veranstalter: Deep® Dentales Erfolgs Programm, Dipl.-Psych. Dörte Scheffer
Termin: 23. 08. 2003, 10.00 – 14.00 Uhr
Ort: Oldenburg
Sonstiges: Weitere Termine und aktuelle Themen: Fordern Sie den aktuellen Fortbildungskalender 2003 an!
Kursgebühr: 140 EUR + MwSt.

Auskunft: Deep® Dentales Erfolgs Programm, Dipl.-Psych. Dörte Scheffer
Steinkauzweg 30b,
26135 Oldenburg
Tel.: 0441/209 72 72
Fax: 0441/209 72 73

Thema: Info-Veranstaltung zur Kursreihe „Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für ZÄ u. Apotheker

Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 23. 08. 2003, 10.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
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: 23. 08. 2003, 11.00 – 18.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: 18-monatige Kursreihe (6 Einzelblöcke zu je 3 Monaten) Rotationsverfahren. Einstieg jederzeit 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: Digitale Praxisorganisation – Dr. Walter Schneider
Veranstalter: Deep® Dentales Erfolgs Programm, Dipl.-Psych. Dörte Scheffer

Termin: 27. 08. 2003, 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Oldenburg
Sonstiges: Weitere Termine: Fordern Sie den aktuellen Fortbildungskalender 2003 an!
Kursgebühr: 180 EUR + MwSt.
Auskunft: Deep® Dentales Erfolgs Programm, Steinkauzweg 30b, 26135 Oldenburg
Tel.: 0441/209 72 72
Fax: 0441/209 72 73

Thema: Modellguss-Basiskurs
Veranstalter: Heraeus Kulzer

Termin: 01./02. 09. 2003
Ort: Hanau
Auskunft: Angelika Krupkat, Tel.: 06181/353 926
Silvia Budecker, Tel.: 06181/353 924
Fax: 06181/354 201

Thema: Vorsprung durch Qualitätsmanagement

Veranstalter: Advisa und dental-training-consulting
Termin: 03. 09. 2003, 17.30 – 20.00 Uhr
Sonstiges: Betriebswirtschaftliche, organisatorische und forensische Vorteile durch die DIN EN ISO 9001:2000; Ref.: Qualitäts-Auditor Christian Seidel
Kursgebühr: 90 EUR
Auskunft: Werner Hartwig, Humboldtstraße 12, 60318 Frankfurt/Main
Tel.: 069/15 40 09-0
Fax: 069/15 40 09-94
e-mail: hartwig@advisa-online.de

Thema: Versyo com – Kombiprothetik

Veranstalter: Heraeus Kulzer
Termin/Ort: 03. 09., Leipzig; 17. 09., Nürnberg; 19. 09., Wasserburg; 18. 10., Berlin; 27. 10., Hamburg
Auskunft: Angelika Krupkat, Tel.: 06181/353 926
Silvia Budecker, Tel.: 06181/353 924
Fax: 06181/354 201

Thema: Ästhetik
Veranstalter: Heraeus Kulzer
Termin: 03./04. 09. 2003
Ort: Hanau

Auskunft: Angelika Krupkat, Tel.: 06181/353 926
Silvia Budecker, Tel.: 06181/353 924
Fax: 06181/354 201

Thema: Ästhetik in der Totalprothetik

Veranstalter: Heraeus Kulzer
Termin: 04. 09. 2003
Ort: Wasserburg
Auskunft: Angelika Krupkat, Tel.: 06181/353 926
Silvia Budecker, Tel.: 06181/353 924
Fax: 06181/354 201

Thema: Funktionsanalyse – I
Veranstalter: Heraeus Kulzer
Termin: 05. 09. 2003
Ort: Hanau
Auskunft: Angelika Krupkat,
 Tel.: 06181/353 926
 Silvia Budecker,
 Tel.: 06181/353 924
 Fax: 06181/354 201

Thema: Aufstellkurs B, Creapearl
Veranstalter: Girrbach Dental
 GmbH
Termin: 05./06. 09. 2003
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: ZT Michael
 Ziemann, ZA Gert Fecht
Kursgebühr: 650 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber,
 Postfach 910115,
 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Die Behandlung funkti-
 onsgestörter Kaumuskulatur mit
 Botulinumtoxin A
Veranstalter: CDE Center of Den-
 tal Education
Termin: 06. 09. 2003,
 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: Gauting bei München
Sonstiges: Ref.: OA Dr. Dr. H.
 Umstadt, MKG-Chirurgie, Mar-
 burg, Seit 7 Jahren EMG-gesteu-
 erte Botox-Therapie bei Muskel-
 hyperaktivität und Umstellungs-
 osteotomien
Kursgebühr: 377 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: CDE,
 Fußbergstr. 1, 82131 Gauting
 Tel.: 089/800 654-55
 Fax: 089/800 654-69
 e-mail: mail@cde-info.de

Thema: Optimale Kommunika-
 tion als Basis einer erfolgreichen
 Praxis
Veranstalter: Demaco
Termin: 06. 09. 2003
Ort: Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Annette Zirkler,
 ZMV
Kursgebühr: 190 EUR + MwSt.
Auskunft: Demaco,
 Itterstraße 38, 40589 Düsseldorf
 Tel.: 0211/75 84 94 10
 Fax: 0211/75 84 94 12
 www.demaco.de

Thema: Modul 1:
 Grundlagen QM
Veranstalter: dental-qm
Termin: 06. 09. 2003,
 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Frankfurt
Sonstiges: Grundlagen Qua-
 litätsmanagement, Entwicklung
 von Leitlinien und Zielen, Anlei-
 tung zur Einführung einer effekti-
 ven Teambesprechung; Ref.:
 Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten
 Schwinn
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: Lehrgang „QM-Praxism-
 anager/in“ bzw. „QM-Laborma-
 nager/in“ (5 Module)
Veranstalter: dental-qm
Termin: 06. 09./08. 11./24.
 01./21. 02./27. 03. 04,
 jeweils 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Frankfurt
Sonstiges: Ziel dieses modular
 aufgebauten Lehrgangs ist die
 parallele Einführung von Qua-
 litätsmanagement nach DIN EN
 ISO 9001:2000 in Ihrem Unter-
 nehmen durch die fundierte Aus-
 bildung des QM-Beauftragten
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: Live-OP-Kursus mit prak-
 tischen Übungen Chirurgie und
 Prothetik
Veranstalter: Nobel Biocare
 Deutschland GmbH
Termin: 10. 09. 2003
Ort: 35039 Marburg
Sonstiges: Ref.: Ulf Hallfeldt,
 Kurs-Nr. 03-089
Kursgebühr: 150 EUR
Auskunft: Nobel Biocare
 Deutschland GmbH,
 Schulung & Fortbildung,
 Stolberger Straße 200,
 50933 Köln
 Tel.: 0221/500 85-0
 Fax: 0221/500 85-352
 Internet: www.nobelbiocare.de

Wissenschaftliche Arbeiten prämiert

Wrigley-Prophylaxe-Preis

Auf der ConsEuro 2003 – dem diesjährigen Kongress der in der European Federation of Conservative Dentistry (EFCD) vereinten europäischen Prophylaxewissenschaftler – wurden zum zehnten Mal herausragende Leistungen deutscher Zahnmediziner mit dem Wrigley-Prophylaxe-Preis 2003 ausgezeichnet.

Der mit insgesamt 8 000 Euro dotierte Preis steht unter der Schirmherrschaft der deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und wird alljährlich von Wrigley Oral Healthcare Programs – dem zahnmedizinischen Forschungs- und Informationsprogramm von Wrigley – gestiftet.

Säureangriff nur auf mineralische Matrix

Die Gießener Zahnmedizinerinnen Caroline Blecher und Dr. Carolina Ganß erhielten den 1. Preis in der Sparte ‚Wissenschaft‘ (Prämie: 3 000 Euro). Sie untersuchten die bisher unbekannte Rolle der organischen Dentinmatrix bei der symptomatischen Therapie von Erosionen mit Fluorid.

Erosionen entstehen durch häufige Einwirkungen saurer Getränke und Speisen auf den sauberen Zahn und können zum flächenhaften Verlust von Zahnschmelz und Dentin führen. An der Dentinoberfläche löst die Säure nur die mineralischen Bestandteile auf, die organische Matrix bleibt intakt. Die Wissenschaftlerinnen aus Gießen haben mit ihrer Untersuchung gezeigt, dass die an der Oberfläche verbliebene Dentinmatrix den erosiven Zahnhartsubstanzverlust verlangsamt und den positiven Effekt lokaler Fluoridierungsmaßnahmen deutlich verstärkt. Praktisch könnte es somit wichtig sein, die freigelegte organische Dentinmatrix durch Veränderung der Zahnputz-Technik oder des Zahnputz-Zeitpunktes zu schonen.

Werden sehr häufig im Tagesverlauf saure, erosiv wirkende Nahrungsmittel zugeführt,

ohne dass im Anschluss Maßnahmen zur Remineralisationssteigerung, wie Speichelstimulation durch Kaugummikauen oder Mundspülungen, erfolgen, werden nicht nur der Schmelz, sondern auch die organische Matrix zunehmend abgebaut. Die Gießener Wissenschaftlerinnen haben gezeigt, dass demgegenüber der erosive Mineralverlust verlangsamt wird, wenn die organische Matrix intakt ist. Zudem scheint die



Wrigley Prophylaxe Preis-Verleihung 2003 (von links nach rechts): Prof. Detlef Heidemann, Prof. Thomas Attin, Jutta Reitmeier, Susan Siegel, Göttingen, Prof. Joachim Klimek, Dr. Carolina Ganß und Caroline Blecher, Bernd Wiethardt, Marc Van Steenkiste, Prof. Klaus König und Prof. Lutz Stöber

organische Matrix mit verantwortlich dafür zu sein, dass eine lokale Fluoridierung zur symptomatischen Therapie von Erosionen effizient ist.

30 Minuten Putzkarenz nach Säureangriff

Der 2. Preis im Bereich ‚Wissenschaft‘ (Prämie: 2 000 Euro) wurde Susan Siegel und Prof. Dr. Thomas Attin, Universität Göttingen, zugesprochen. Susan Siegel untersuchte in ihrer Dissertation die Zeit, die der Zahnschmelz nach einer erosiven Attacke

braucht, bis er wieder vollständig remineralisiert ist. Siegel und Attin stellten fest, dass frühestens 30 Minuten nach dem Genuss saurer Nahrungsmittel die Zähne durch Speichelinwirkung remineralisiert sind und dann erst geputzt werden dürfen. Andernfalls würde der durch die Säuren aufgeweichte Zahnschmelz stärker abgerieben.

Putzgewohnheiten bei Migranten-Kindern

Mit dem 1. Preis in der Sparte ‚Praxis und Öffentliches Gesundheitswesen‘ (Prämie 3 000 Euro) wurde Marc Van Steenkiste, Gesundheitsamt Waiblingen, ausgezeichnet. Der Leiter des Fachbereichs Zahngesundheit im Gesundheitsamt Waiblingen befragte deutsche Eltern und Eltern aus Mi-

granten-Familien bei der Einschulungsuntersuchung ihres Kindes, welche Maßnahmen sie für nützlich erachten, um die Zähne ihrer Kinder gesund zu erhalten.

Dabei stellte er erhebliche Unterschiede in der Einstellung beider Gruppen zu den Möglichkeiten der Prophylaxe fest. So vertraten 19 Prozent der Migranten-Eltern im Vergleich zu nur fünf Prozent der deutschen Eltern die Auffassung, dass man nur bei Zahnschmerzen zum Zahnarzt gehen sollte. Der Autor forderte daher weitergehende spezifische Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Gruppenprophylaxe für Migranten-Familien.

Der Wrigley Prophylaxe Preis – gestiftet zur Förderung der Prophylaxe in Forschung und Praxis – wird auch für 2004 ausgeschrieben.

Einsendeschluss der laufenden Ausschreibung ist der 01. März 2004. Teilnahmebedingungen können angefordert werden bei: Agentur kommed

Dr. Bethcke

Ainmillerstr. 34, 80801 München
(Fax: 089 / 33 03 64 03).

Internet-Adresse: www.wrigley-dental.de

sp

Leistungsausgrenzungen bei Zahnersatz

Viel Spielraum für den Gesetzgeber

Thomas Muschallik

Die aktuellen sozialpolitischen Diskussionen um ein „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ (GMG) drehen sich unter anderem um mögliche Leistungsausgrenzungen, insbesondere auch hinsichtlich der Versorgung mit Zahnersatz. Hiergegen sind zwischenzeitlich vereinzelt verfassungsrechtliche Bedenken geäußert worden. Diese sind jedoch, jedenfalls auf der Grundlage der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und des Bundesverfassungsgerichtes, nicht begründet.

Das zurzeit andauernde Gesetzgebungsverfahren auf der Grundlage eines Gesetzentwurfes für ein „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ [BT-Drucks. 15/1170 vom 16.06.03] wird von der Zahnärzteschaft unter anderem deshalb mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgt, weil sich hierin wiederum Bestimmungen zur Einführung eines Festzuschussystems für Zahnersatzversorgungen finden. Ergänzend sind zwischenzeitlich politische Überlegungen laut geworden, die zahnärztliche Behandlung insgesamt beziehungsweise zumindest die Zahnersatzversorgung gänzlich aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auszugliedern und stattdessen eventuell eine Pflicht zur privaten Absicherung dieser Lebensrisiken einzuführen.

Vor diesem Hintergrund haben Äußerungen von Dr. Ulrich Wenner, Mitglied des Kassenarztesnats des Bundessozialgerichtes, auf einer Klausurtagung des Vorstandes der Bundeszahnärztekammer zu Verunsicherungen geführt, wonach der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers insofern verfassungsrechtlich stark eingeschränkt wäre

und insbesondere die Ausgrenzung einer medizinisch notwendigen Leistung, die therapeutisch ohne Alternativen ist, auf frühzeitige verfassungsrechtliche Grenzen stoßen würde [zm 12/2003, S. 20]. Diese Auffas-



sung ist von Dr. Wenner auch bereits an anderer Stelle vertreten und näher dargelegt worden [GesR 03, 129]. Danach rechtfertige sich die solidarisch finanzierte Pflichtversicherung aus der Erwägung, dass der Einzelne vor Risiken geschützt werden müsse, die ihn wirtschaftlich überfordern und denen er nicht durch eigenes Verhalten entgehen könne. Diese Rechtfertigung fehle, wenn die GKV eine wirksame

Absicherung gegen die Kosten behandlungsbedürftiger Erkrankungen nicht mehr gewährleiste. Die Fähigkeit, feste Nahrung aufnehmen und zerkleinern zu können, sei jedenfalls in unserem Kulturkreis eine elementare Kompetenz. Diese einem Menschen vorzuenthalten, obwohl mit Hilfe eines erprobten Verfahrens Abhilfe geschaffen werden könne, dürfte danach kaum begründet werden können. Dr. Wenner kommt auf dieser Grundlage zu dem Ergebnis, dass unter anderem die Einschränkung des Leistungsanspruches für zahnpro-

thetische Versorgungen auf Versicherte, die vor dem 01.01.1979 geboren wurden, durch § 30 SGB V idF des Beitragssatzentlastungsgesetzes vom 01.11.1996 und der Leistungsausschluss von Implantatversorgungen, jedenfalls in Fällen, in denen wegen Kieferatrophie eine prothetische Versorgung ohne Implantate technisch nicht mehr möglich ist, verfassungswidrig waren beziehungsweise sind.

Dies folgt für ihn hinsichtlich der Ausgliederung von Zahnersatzversorgungen auch aus einem Verstoß gegen das allgemeine Gleichbehandlungsgebot des Artikels 3 Abs. 1 GG, da zum einen die Annahme des Gesetzgebers, Zahnersatz sei für die jüngeren Versicherten vermeidbar, unzutreffend sei und diese zudem dazu gezwungen wären, möglicherweise über ihr gesamtes Berufsleben hinweg auch die Kosten des Zahnersatzes für ältere Versicherte zu tragen, obwohl sie selbst keinen entsprechenden Leistungsanspruch erwerben würden.

Grenzen der Berufsfreiheit

Diese Bewertungen stehen allerdings nicht im Einklang mit der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und des Bundesverfassungsgerichtes. Nicht ohne Grund werden daher auch verschiedene Entscheidungen dieser Gerichte in dem genannten Artikel als im Ergebnis unzutreffend, zumindest aber als missverständlich bewertet.

Tatsächlich ist verfassungsrechtlich seit langem anerkannt, dass weder eine Garantie eines bestimmten Sozialversicherungssystems noch ein Anspruch auf bestimmte Leistungsrechte besteht, die über die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein hinausgehen [zum Beispiel BVerfGE 70, 278; 82, 60; 82, 364; BSGE 54, 206, BSG, SGb 84, 430; NJW 87, 463]. Sowohl das Bundesverfassungs-

gericht als auch der Kassenarztsenat des BSG haben in den vergangenen Jahren in ständiger Rechtsprechung wiederholt hervorgehoben, dass insbesondere der Gesichtspunkt der finanziellen Stabilität der GKV ein so schwerwiegendes Gemeinschaftsgut darstellt, dass mit dessen Schutz auch weitgehende Grundrechtseinschränkungen gerechtfertigt werden können.



Fotos: W/O Funk

Dies ist auch und gerade der Vertragszahnärzteschaft in einer ganzen Reihe von Entscheidungen immer wieder deutlich gemacht worden. So zum Beispiel bei den Entscheidungen zur Zulässigkeit von Punktwertabsenkungen gemäß § 85 Abs. 2 b SGB V [BSGE 78, 185], zum degressiven Punktwert [BSGE 80, 223] oder zu Maßnahmen zur Zulassungsbegrenzung [BVerfG, MedR 01, 639]. Insbesondere besteht danach kein Anspruch auf eine angemessene Vergütung der einzelnen vertragszahnärztlichen Leistungen [BSGE 68, 291; 75, 187] und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Abs. 1 SGB V kommt Vorrang gegenüber allen übrigen Vergütungskriterien zu [BSG, SGB 01, 679]. Ungeachtet der Tatsache, dass zumindest von einer größeren Zahl von Zahnärzten das gegen-

wärtige System der vertragszahnärztlichen Versorgung eher als eine Belastung erlebt wird, wird insofern weiterhin von dem Axiom ausgegangen, dieses System biete für die Leistungserbringer so wesentliche Vorteile, dass hierdurch auch erhebliche und dauerhafte Absenkungen der Einnahmenüberschüsse jedenfalls so lange zu rechtfertigen seien, als die insgesamt durchschnittlich zu erzielenden Einkünfte aus der Teilnahme an dem sozialen Sicherungssystem noch einen hinreichenden Anlass dazu bieten, dass sich Leistungserbringer in einer Zahl an diesem System beteiligen, die eine Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung der Versicherungsgemeinschaft ermöglicht [BSGE 68, 291; 75, 187].

Aktuelles zur Pflegeversicherung

Der grundsätzliche Ansatz dieser Rechtsprechung kann dann aber nicht auf die Beurteilung von Belastungen der Leistungserbringer beschränkt, sondern muss ebenso der verfassungsrechtlichen Prüfung eventueller Reduzierungen der Leistungsansprüche der Versicherten zu Grunde gelegt werden. Dies gilt auch und insbesondere bei der Beurteilung der Fragestellung, ob Leistungseinschränkungen, die notwendigerweise einzelne Gruppen der Bevölkerung unterschiedlich betreffen, einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz darstellen. Hierzu haben mehrere jüngere Entscheidungen des Bundesver-

fassungsgerichts zum Bereich der sozialen Pflegeversicherung verdeutlicht, dass nicht jede Ungleichbehandlung zugleich auch einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz darstellt. Danach ist es unter anderem verfassungsrechtlich zulässig, dass eine ungleiche Entlastung der Arbeitgeber und der abgabepflich-

nicht. Ihm steht dabei ein besonders großer Gestaltungsspielraum offen. Allein die gesetzgeberische Zielrichtung einer möglichst klaren und schnellen Anwendung des Leistungsrechtes sowie einer dauerhaften Begrenzung der Beitragssätze kann daher eine strenge Verrichtungsbezogenheit des Leistungsrech-

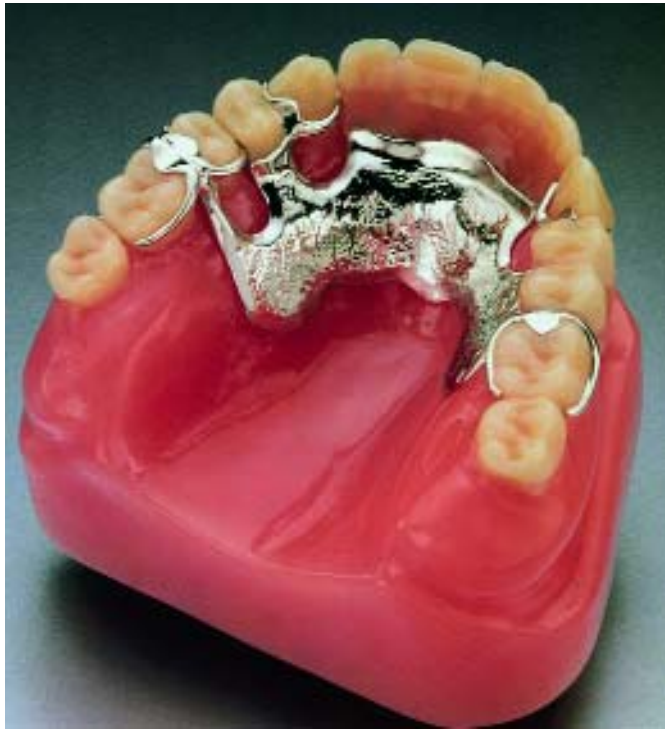
Sodan (Hrsg.): „Markt und Regulierung“, 2003, 15; NZS 03, 225]. Danach rechtfertigt die legitime gesetzgeberische Zielsetzung einer Gewährleistung der sozialen Sicherheit durch einen Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen vielfältige Einschränkungen auch auf Seiten der Versicherten, eine Enttäuschung von Vertrauen, die Reduzierung von Leistungen sowie Einschränkungen der Berufsausübungs- oder Berufswahlfreiheit [im Ergebnis ebenso zum Beispiel Hänlein, SGB 03, 301]. Sie kommt dabei insgesamt zu dem Schluss, dass das Bundesverfassungsgericht eher selten einzelne Maßnahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen isoliert verfassungsrechtlich bewerten und aufgrund der Maßstäbe des Gleichheitssatzes, der Berufsfreiheit oder der allgemeinen Handlungsfreiheit verfassungsrechtlich verwerfen werde. Im Zweifel seien die Handlungsspielräume des Gesetzgebers – an der Verfassung gemessen – sehr weit, an der gesellschaftlichen Wirklichkeit gemessen, jedoch sehr eng.

Damit wird erneut hervorgehoben, dass der Gesetzgeber gerade bei der Ausgestaltung sozialer Sicherungssysteme notwendigerweise auf veränderte Rahmenbedingungen, zurzeit beispielsweise auf die nur noch geringfügig steigenden Einnahmen der GKV und die zukünftig voraussichtlich weiter steigenden Ausgaben infolge des medizinischen Fortschrittes und der demographischen Verschiebungen, reagieren muss und darf. Man mag daher durchaus die Auffassung vertreten, in unserem Kulturkreis müsste jegliche Erkrankung und Einschränkung beseitigt werden, sofern hierfür

geeignete Mittel zur Verfügung ständen, und dies müsse solidarisch finanziert werden, um eine wirtschaftliche Überforderung des Einzelnen zu verhindern. Eine derartige, sozialpolitisch sicher wünschenswerte Zielvorstellung muss jedoch dann an ihre Grenzen stoßen, wenn infolge veränderter Rahmenbedingungen die vorhandenen finanziellen Ressourcen zur Gewährung eines derartig umfassenden Leistungsrahmens nicht mehr ausreichen.

Bei Leistungserbringern und -empfängern sind gleiche Beurteilungskriterien anzuwenden. Wenn der Gesetzgeber in einer solchen Situation nach einer langjährigen Kostendämpfungspolitik zu Lasten der Leistungserbringer zu der Bewertung gelangt, dass infolge einer dennoch eintretenden Verschärfung der Finanzprobleme auch Belastungen der Leistungsempfänger unausweichlich sind, steht dem keine verfassungsrechtliche Garantie des einmal entwickelten und in den letzten Jahren ständig ausgeweiteten Leistungskatalogs entgegen. Gerade der Kassenarztesenat des BSG hat in ständiger Rechtsprechung sowohl unter den Gesichtspunkten der Berufsfreiheit als auch des allgemeinen Gleichheitssatzes den weiten Gestaltungsspielraum des Sozialgesetzgebers gegenüber den Leistungserbringern im Bereich der sozialen Sicherungssysteme hervorgehoben. Gerade unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung kann bei eventuellen zukünftigen Regelungen gegenüber den Leistungsempfängern nichts anderes gelten.

*Dr. Thomas Muschallik
Universitätsstr. 73
50931 Köln*



Fotos: W. O. Funk

tigen Unternehmer erfolgt, da es dem wirtschafts- und sozialpolitischen Ermessen des Gesetzgebers obliegt, wenn er im Bereich der freiberuflichen Tätigkeiten Gefahren für die Auftragsituation selbständiger Künstler vergleichbar denjenigen infolge eines Anstiegs der Lohnzusatzkosten nicht annimmt und daher auf eine entsprechende Kompensation verzichtet [Kammerbeschluss vom 12.12.2002, 1 BvR 2700/95]. Zudem ist danach die soziale Pflegeversicherung verfassungsrechtlich zulässig als Teilabsicherung ausgestaltet worden. Dann obliegt es aber dem Gesetzgeber, selbst festzulegen, was zu leisten ist und was

tes und eine daraus resultierende Ungleichbehandlung geistiger Behinderungen rechtfertigen [Kammerbeschluss vom 22.05.2003, 1 BvR 1077/00].

Bewertungen in der Literatur

Wie weit der Gestaltungsspielraum des Sozialgesetzgebers vom Bundesverfassungsgericht tatsächlich gezogen wird ist auch in verschiedenen Beiträgen von Renate Jaeger, Richterin am Bundesverfassungsgericht, verdeutlicht worden [„Welches System der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch das Grundgesetz geschützt?“, in Empter,

Kapitallebensversicherungen in der Krise

Alpträume statt Kursgewinne

Joachim Kirchmann

Viele Versicherungssparer können nicht mehr ruhig schlafen. Was undenkbar schien, ist nun Realität: Es gibt die ersten Pleiten. Nicht wenige Versicherer haben sich mit Aktien verspekuliert. Und der Kunde hat das Pech, dieses Dilemma ausbaden zu müssen.

Ein Kunde der Lebensversicherungsgesellschaft Provinzial Kiel machte in einem Leserbrief seinen Unmut öffentlich: 1991 habe er eine Kapitallebensversicherung bei dem norddeutschen Assekuranten mit einer Versicherungssumme von 102 000 Euro (damals 200 000 DM) und einer Laufzeit bis zum 1. März des Jahres 2027 abgeschlossen. Noch im Juli 2000 wurde dem Versicherungskunden eine Ablaufleistung von 289 000 Euro versprochen. Zwei Jahre später schrumpfte diese Prognose auf 220 000 Euro, ein weiteres Jahr später waren es nur noch 137 000 Euro. „Ein Rückgang von 53 Prozent in drei Jahren“, empörte sich der Policeninhaber. Diese Art der Kapitalvernichtung ist kein Einzelfall. Wohl der Großteil der 80 Millionen Bundesdeutschen, die ihre Vermögensbildung – oder gar neben der gesetzlichen Rentenversicherung ihre zweite Säule der Altersvorsorge – im Rahmen einer Kapital bildenden Lebensversicherung organisiert haben, muss die Erwartungen im Hinblick auf die Ablaufleistung der Versicherung erheblich zurückschrauben. Der Grund: Viele Lebensversicherungsgesellschaften haben sich mit Aktien total verspekuliert. Sie haben in der zurückliegenden dreijährigen Börsenbaisse massiv Kapital verloren. Die vermeintli-

chen Anlageprofis der Versicherungsgesellschaften haben während der Börsenhausse der auslaufenden 90er Jahre wie im Spielcasino zum falschen Zeitpunkt zu viel Geld auf die falschen – weil bereits überbeurten – Aktientitel gesetzt. Und dann haben es die meisten der hochbezahlten Anlageprofis in der Börsenbaisse seit März 2000 versäumt, durch Stopp-Loss-Limits die auflaufenden Verluste zu begrenzen.

Gelder verspielt

So haben nach einer Schätzung der britischen Ratingagentur Fitch die 105 deutschen Lebensversicherer bis Ende des Jahres 2002 insgesamt zwischen 45 und 50 Milliarden Euro Kundengelder an den Börsen verspielt. Der renommierte deutsche Branchendienst map-report geht davon aus, dass die deutschen Lebensversicherer sogar um die 100 Milliarden Euro Anlegergeld im Orkus der Börsen versenkt haben. Offiziell gibt der Gesamtverband der Deutschen Versiche-

rungswirtschaft einen Verlust von 15 bis 20 Milliarden Euro an verlorenem Anlagekapital zu. Daraus folgt, dass die hochgerechneten Ablaufleistungen vieler Policen zum Teil drastisch gesenkt werden mussten. Und wohl noch weiter gesenkt werden müssen.

das Jahr 2003 geschlossen werden, müssen wohl endgültig nach drei Jahren vergeblichen Hoffens hohe Summen an „stillen Lasten“ als tatsächlich ausgewiesene Verluste in den Bilanzen der Assekuranten in Erscheinung treten.

Das heißt für die Versicherten: Die Ablaufleistung vieler Policen – vor Jahren noch häufig kalkuliert auf der Grundlage einer Jahresrendite von rund sieben Prozent – wird noch weiter nach unten revidiert. Ungewöhnlich für



Foto: (ABDA/MEV)/zm

Aktien-Süppchen mit fetter Rendite oder nur dünnes Verlust-Gebräu? Nach den jüngsten Horrormeldungen haben viele Kunden von Lebensversicherungen Angst, dass ihr Geld nicht gut angelegt ist.

Denn es wird noch schlimmer kommen: Gemäß eines noch recht jungen Paragraphen 341b des Handelsgesetzbuches müssen Versicherungsgesellschaften ihre Kursverluste auf Wertpapiere nicht bereits im Jahr des Entstehens voll abschreiben. Sie dürfen aufgrund dieses „Armutsparegraphen“ die „stillen Lasten“ aus Kursverlusten unrealisiert weiter vor sich herschieben, wenn sie nicht als dauerhaft anzusehen sind. Wenn jedoch die Bücher für

die Branche: Mitten im Jahr, zum 1. Juli 2003, senkte die Gothaer Leben als Branchenerster schon wieder einmal in Folge die jährlich gut geschriebene Überschussbeteiligung von 5,25 auf 4,30 Prozent. Weitaus schlimmer aber ist zu werten: Die erwirtschafteten Kapitalerträge vieler Lebensversicherungen reichen nicht mehr aus, die fälligen Policen mit den aufgelaufenen Garantiezinsen und den zugesagten Überschussbeteiligungen zu be-

dienen. Mit anderen Worten: So mancher Assekurant, der eigentlich Vermögen bilden soll, ist nicht mehr flüssig genug, um das fällige Sparkapital seiner Kunden auszahlen zu können.

Nicht mehr flüssig

So etwa die Mannheimer Versicherung, nicht zu verwechseln mit der wesentlich größeren (und solider wirtschaftenden) Hamburg-Mannheimer. Noch 1999 rühmte sich das Mannheimer Unternehmen, das immerhin rund 350 000 Lebensversicherungs-Policen verwaltet, in einem Werbeslogan: „Mit anderen Versicherungen nicht zu verwechseln.“ Der Vorstand Hans Schreiber wollte sich damit von seinem Namensvetter aus Hamburg positiv abgrenzen. Nun aber möchte die Hamburg-Mannheimer mit Sitz in Hamburg nicht mit dem Assekuranten namens Mannheimer verwechselt werden. Vorstandschef Schreiber musste aufgrund gewaltiger Fehlspekulationen das Heft aus der Hand geben. Um nicht offiziell eine Insolvenz anmelden zu müssen, wurde der Policenbestand der Mannheimer Lebensversicherung einer Aufgangsgesellschaft namens Protektor übertragen.

Protektor wurde im vergangenen Jahr von der Branche der Lebensversicherer gegründet, um peinliche Pleiten zu vermeiden. Der Mannheimer Leben fehlen immerhin 370 Millionen Euro, um ihre finanziellen Verpflichtungen einhalten zu können. Diese fällige Zeche wird nun auf alle Branchenteilnehmer verteilt. Allein die Allianz ist als Größter im Bunde mit 75 Millionen Euro an der Rettungsaktion des Konkurrenten Mannheimer beteiligt –

Mittel, die im Überschusstopf der Allianz Leben nicht mehr vorhanden und somit letztlich von den Versicherten zu tragen sind. Was mit der vorsorglichen Gründung von Protektor nur rein theoretisch für den äußersten Notfall gedacht war, ist nun Realität geworden. Mit der Mannheimer wurde der erste Notfall-Patient eingeliefert, weitere könnten folgen. So ist es der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) nicht zu verdenken, dass sie wenigstens ein vages Bild vom Gesundheitszustand der 105 deutschen Lebensversicherer wie auch vom Umfang der möglicherweise bevorstehenden Rettungsmaßnahmen bekommen wollte. Die BaFin überwacht das deutsche Versicherungswesen. Für den Fall, dass sich die Situation am Kapitalmarkt noch weiter verschärfen sollte, ließ die BaFin vor kurzem bei den deutschen Lebensversicherungen einen so genannten Stresstest durchführen. In einem A-Test sollten die deutschen Lebensversicherer ihren Finanzstatus bekannt geben, wenn die Aktienbörsen noch einmal um 35 Prozent und die Festzinsen um 20 Prozent fallen würden. Beim leichteren B-Test waren zehn beziehungsweise fünf Prozent angesetzt.

Der Test war freiwillig. Er war branchenintern von den Aktuarern, den Versicherungsmathematikern, ausgearbeitet worden. Dennoch fiel das im Frühjahr 2003 veröffentlichte Ergebnis niederschmetternd aus. 15 von 105 Testkandidaten fielen beim Test durch. Von den Durchgefallenen bestanden sieben noch den B-Test. Aber neun Kandidaten hatten den A-Test mit den strengeren Bedingungen nicht bestanden, darunter so große

Gesellschaften wie die Victoria, AXA Leben, die Deutsche Ärzteversicherung (Teil des AXA-Konzerns, in den unter anderem auch die Colonia mit ihren Töchtern aufgegangen ist) und die Gothaer Lebensversicherung. Unter den mittleren Gesellschaften fielen total durch: DBV-Winterthur, Provinzial Kiel, Bayerische Beamten BBV, Karstadt-Quelle, die Familienfürsorge (bereits unter Zwangsverwaltung stehend) und der Insolvenzkandidat Mannheimer Lebensversicherung.

Allerdings: 20 Testkandidaten weigern sich, das erzielte Testergebnis zu veröffentlichen. Da ein „Bestanden“ nur positiv zu werten ist, kann man wohl davon ausgehen, dass auch die Mehrzahl der Verschweiger den Stresstest der BaFin nicht bestanden hat. So zögerte der Branchenprimus Allianz Leben nicht lange, sein „Bestanden“ unumwunden zu einem „Wettbewerbsvorteil“ zu deklarieren. Und was bedeutet ein „Nicht bestanden“? Es ist ein Indiz dafür, dass der betroffene Lebensversicherer mit zu hohen Kapitalrisiken belastet ist.

Rücklagen fehlen

Das heißt: In der Bilanz der Durchfallkandidaten fehlen die Rücklagen, die bei einer andauernden oder gar nachhaltigen Verschlechterung des Kapitalmarktes erforderlich wären, um die zur Auszahlung stehenden Policen vertragsgemäß zu bedienen. Diese Versicherer sind unterkapitalisiert. Sie müssten sich eigentlich – vom Kapitalmarkt oder von ihren Muttergesellschaften – frisches Kapital beschaffen. So hat der Allianz-Konzern vorgesorgt und im Rahmen

einer gewaltigen, spektakulären Kapitalerhöhung seine Aktionäre mit 4,4 Milliarden Euro zur Kasse gebeten. Und die Münchner Rück, maßgeblich beteiligt an der Erstversicherungsgruppe Ergo (unter anderem Muttergesellschaft der Victoria) hat kürzlich mit der Ausgabe einer Wandelanleihe 3,3 Milliarden Euro neues Kapital aufgenommen.

Staat greift dem Fach unter die Arme

Auch die Regierung wird die deutsche Lebensversicherungsbranche nicht im Regen stehen lassen. Sie hat zum 1. Januar kommenden Jahres den garantierten „Rechnungszins“ – um den sich der Sparanteil der Versicherungsprämien mindestens vermehren muss – von derzeit 3,25 auf 2,75 Prozent herabgesetzt. Dieser Garantiezins gilt jedoch nur für neu abgeschlossene Policen.

Wer also unverdrossen eine Kapital bildende Lebensversicherung neu abschließt, muss wie folgt rechnen: Im Schnitt rund ein Viertel der Versicherungsprämie für eine Kapitallebensversicherung behält der Versicherer zur Deckung des Todesrisikos und der Verwaltungskosten für sich. Genaue Angaben über diesen Kostenanteil verweigert die Branche nach wie vor hartnäckig, wohl damit der falsche Eindruck bestehen bleibt, die gesamte Prämie wandere in den Spartopf. Vom Sparanteil der Prämie sind dann 2,75 Prozent sicher verzinst. Die am Kapitalmarkt erwirtschaftete Überschussbeteiligung auf das angesammelte Sparkapital wird sich, von der Gothaer bereits vorexerziert, bei mageren vier Prozent einpendeln.

Was soll nun ein Sparer tun, der

bei einer Gesellschaft, die beim BaFin-Stresstest durchgefallen ist, eine Lebensversicherung abgeschlossen hat? Unter bestimmten Voraussetzungen hat er folgende Möglichkeiten:

■ Den Vertrag weiter mit Prämien bedienen, wenn man zu einer Zeit abgeschlossen hat, als der Garantiezins noch bei vier Prozent lag. Dieser Zinssatz ist für die gesamte Policenlaufzeit bindend. Er kann bis auf Weiteres durchaus mit Bundesanleihen konkurrieren. Viel mehr an Rendite wäre am Markt auch nicht zu holen. Viel mehr könnte die Versicherung auch nicht bieten.

■ Policen, die zwischen einem und drei Jahre alt sind, kann man bedenkenlos kündigen. Der Sparer bekommt dann zwar weniger zurück, als er einbezahlt hat, aber er schützt sich für

womöglich zwei Jahrzehnte und länger vor Magerrenditen. Wer als Alternative einen Fondssparplan in einem konservativen Aktienfonds nutzt (siehe folgender Arttel), macht den erlittenen Verlust sogar schnell wieder wett.

■ Bei Policen mit einer absolvierten Laufzeit von zehn und mehr Jahren muss gerechnet werden, ob sich eine vorzeitige Kündigung lohnt. Entscheidend ist der Rückkaufwert. Fällt er nicht zuletzt aufgrund hoher, willkürlicher Stornogebühren so niedrig aus, dass selbst nach Jahren nicht einmal die eingezahlten Beiträge zurückfließen, wäre es ratsam, die Police weiter laufen zu lassen, aber beitragsfrei zu

stellen. Mit den ersparten Prämien könnte man einen Fondssparplan bedienen. Die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz mit Sitz in Mainz prüft für 100 Euro, ob und für wen sich eine vorfristige Kündigung lohnt.

■ Wenige Jahre vor dem Laufzeitende sollte keine LV-Police gekündigt oder an Policen-Aufkäufer abgetreten werden. Der Versicherungssparer würde dann auf die Überschussbeteili-



Foto: CC

Wenn die Police nur magere Gewinne abwirft, sollte der Sparer handeln.

gungen aus der Vergangenheit weitgehend verzichten. Er müsste sich mehr oder minder mit der Garantieverzinsung begnügen. Hier bleibt nur die Beitragsfreistellung.

■ Wer mit einer LV-Police ein Immobiliendarlehen tilgen will, sollte darauf gefasst sein, dass die ursprünglich kalkulierte Ablaufleistung hierfür nicht mehr ausreichen wird. Es besteht praktisch keine andere Wahl, als die Police weiter zu bedienen und nebenher Kapital anzusparen, um die drohende Finanzlücke auszugleichen. Ein Desaster! ■

Statt Kapitallebensversicherung

Gute Renditen mit Aktienfonds

Die Assekuranten wissen, dass man langfristig nur mit Aktien die höchsten Renditen verdienen kann. Nur haben die Versicherer nicht bedacht, dass sie eventuelle Kursverluste nicht einfach wie Privatinvestoren aussitzen können, sondern irgendwann bilanzieren müssen. Wer sich aber, gemessen an der Durchschnittslaufzeit einer Lebenspolice, 20 Jahre und mehr Zeit gibt, könnte sich auf eigene Faust in Aktien mit einer Jahresdurchschnittsrendite von zehn Prozent (und mehr) engagieren. Statt Prämien in die Versicherung würde er dann jeden Monat Sparraten in einen Aktienfonds einzahlen.

Risiko breit streuen

Die Wahl des Fonds ist wichtig. Er sollte das Aktienrisiko so breit streuen, wie es technisch geht, das heißt, international investieren. Der Fonds sollte ferner eine Existenz von mindestens zehn, am besten von einigen Jahrzehnten aufweisen und bereits überzeugend bewiesen haben, dass er mit seiner Anlagestrategie auch schlechte Börsenzeiten gut meistern konnte. So schnitt der Templeton Growth Fund (Gründungsdatum: November 1954), aktuell wie auch langjährig der beste Aktienfonds der internationalen Klasse, die drei zurückliegenden Baissejahre mit einem kleinen Plus ab (Quelle: „Wirtschaftswoche“ und „Finanzen“). Der Vergleichsindex MSCI World bilanziert hingegen in diesem Zeitraum ein Minus von über 40 Prozent.

Auch die regelmäßigen monatlichen Einzahlungen können das Verlustrisiko enorm reduzieren.

Denn der Fondssparer kauft in Baissezeiten für seine Sparrate bei Tiefkursen relativ viele Fondsanteile für sein Geld. Eine Baisse wirkt sich für den konsequenten Fondssparer aus wie ein Schlussverkauf. Er hat dann durchaus Grund zur Freude. Die vielen, in der Baisse erworbenen Fondsanteile werden dann in Hausenzeiten mit hohen Kursen bewertet. Dabei ist nach wie vor das Börsendogma gültig: Jede Baisse wird von einer Hausse abgelöst. Und diese übertrifft die vorausgegangene Hausse zumeist markant.

Die langjährige Durchschnittsrendite eines konservativen Aktienfonds fällt in aller Regel mindestens doppelt so hoch aus wie die Versicherungsrendite. Auch in den Kosten ist ein Fondssparplan zumeist günstiger als eine Kapital bildende Lebensversicherung. Und der Todesfall lässt sich, falls überhaupt gewünscht, mit einer Risikolebensversicherung absichern. Hier weiß der Sparer, was das kostet. Zudem kann er diese Kosten mit einem günstigen Direktversicherer steuern. Und er kann davon ausgehen, dass auch eine Existenz sichernde Versicherungssumme von 500 000 Euro und mehr im Normalfall das Sparbudget nicht sprengen wird. Die Stiftung Warentest ist der Meinung, dass es viel sinnvoller und lukrativer ist, mit einem Sparplan in einem konservativen Aktienfonds – womöglich begleitet von einer Risikolebensversicherung – ein Vermögen zur Altersvorsorge aufzubauen und eine Familie abzusichern, statt zu diesem Zweck eine Kapitallebensversicherung abzuschließen. jk

Lebensversicherungen in Großbritannien

Britisches Fairplay

Die EU hat auch ihre guten Seiten. So können deutsche Bundesbürger im Rahmen des gemeinsamen Marktes britische Lebensversicherungen erwerben. Das ist in fast jeder Hinsicht eine bessere Wahl als deutsche LV-Policen.

Die Lebensversicherung ist eine britische Erfindung, ursprünglich gedacht zur Altersabsicherung von Klerikern und Medizinern. Das britische Lebensversicherungssystem wurde zum Vorbild für die zivilisierte Welt. Und ist es bis heute geblieben. Seit Mitte 1994 dürfen britische Kapitallebensversicherungen als Produkte des gemeinsamen EU-Marktes auch in Deutschland vertrieben werden. Dadurch ergibt sich ein weiterer Vorteil: Die aufgelaufenen Kapitalerträge sind, anders als in Großbritannien, nach zwölf Jahren Policenlaufzeit von Steuern befreit.

Britische Lebensversicherungen rentieren sich im Jahresdurchschnitt zumeist zu mehr als zehn Prozent. Der Grund: Sie sind überwiegend in Aktien investiert, sie profitieren daher von den Gewinnen der gemanagten, unternehmerisch tätigen Wirtschaft. Trotzdem haben die britischen Assekuranten bei weitem nicht die Probleme ihrer deutschen Kollegen. Diese nämlich vernichteten zum Schaden der Versi-

cherten mehrstellige Milliardenbeträge durch verfehltete Aktien-spekulationen.

Speicherdepots für schlechte Zeiten

Die britischen Assekuranten verstehen etwas von Aktien und gehen weitaus professioneller als deutsche Versicherer mit diesem renditeträchtigen, aber auch risikanten Anlageinstrument um. So werden Kursgewinne, die in guten Börsenjahren realisiert wur-



Mogeln gilt nicht: Bei den Briten wird jede Police mit ihrem wahren Wert ausgewiesen.

den, wie in einem Stausee gespeichert. In den oft folgenden schlechten Börsenjahren werden daraus die Magerrenditen gleichsam „bewässert“. So erzeugt man nach dem Prinzip der „künstlichen Bewässerung“ in gewisser Weise einen langfristigen Gleichstand der Renditen auch über schlechte Jahre hinweg.

Einige (wohltuende) Besonderheiten britischer Lebensversicherungen: Es gibt zwar keinen Garantiezins, aber die Zinszusage zu

Beginn eines jeden Jahres ist garantiert. Für das laufende Jahr sind es drei Prozent. Doch dieser Basiszins wird in aller Regel gegen Ende eines jeden Jahres um eine am Markt tatsächlich erwirtschaftete Prämie aufgestockt. Anders als die stark schwankenden und sinkenden Überschussrenditen deutscher Versicherer wird die Renditehochrechnung, mit der eine britische Police startet, in geringer Schwankungsbreite bis zum Laufzeitende durchgehalten. Derzeit sind es 7,5 Prozent. Der entscheidende Unterschied zur deutschen Lebenspolice: Bei den Briten gibt es keine Renditen und keine Rückkaufwerte nach

büß – wie die Versicherungsprämien an der allgemeinen Renditeentwicklung teil. Auf Wunsch kann man sich das Kapital wieder auszahlen oder auch verrenten lassen, ohne dass der Kapitalstock, wie im Prinzip bei deutschen Rentenversicherungen, beim Tod des Versicherten verfällt. Der Vorteil: Diese Art der Vermögensverwaltung hat den Charakter eines risikoarmen und dennoch renditeträchtigen Rentenfonds. Von den Kursschwankungen eines Rentenfonds bekommt der Anleger nichts zu spüren.

Auf die Erträge kommen Steuern

Da keine Kapitallebensversicherung im Spiel ist, sind die Erträge aus der Vermögensverwaltung immer zu versteuern. Die nicht unwichtige Steuerrechnung lautet wie folgt: In der Ansparzeit fallen keine Steuern an, da das Portfolio der Versicherung thesaurierend ist. Ein Beispiel für eine „Verrentung“ durch monatliche Entnahmen: Es wurden insgesamt 100 000 Euro eingezahlt und 50 000 Euro an Rendite erzielt. Die kumulierte Rendite beträgt somit 50 Prozent. Es werden im Monat 500 Euro, im Jahr also 6000 Euro, entnommen. Davon müssen 50 Prozent oder 3000 Euro dem Finanzamt als Einkommen gemeldet werden. Bei einem persönlichen Steuersatz von beispielsweise 25 Prozent (im Ruhestand) wären im Jahr 750 Euro an Steuern zu zahlen. Da die Jahresrendite wahrscheinlich höher ausfällt als die vier Prozent, die jährlich von den 150 000 Euro Sparkapital entnommen werden, wächst der Kapitalstock trotz monatlicher Entnahmen sogar weiter an. 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
Harthausen Straße 25
81545 München*

Aktuelles aus Großbritannien

Preisschilder in Zahnarztpraxen

Arndt Striegler

Britische Zahnärzte bereiten sich auf die größten Veränderungen ihres Praxisalltags seit 20 Jahren vor. Die Regierung drängt darauf, dass die mehr als 20 000 heute im Königreich praktizierenden Kolleginnen und Kollegen zwischen London und Liverpool zukünftig Preisschilder in ihren Praxen aufhängen müssen, auf denen steht, wieviel bestimmte Behandlungen kosten. So soll mehr Transparenz für die Patienten geschaffen werden.

Wie aus einer neuen Studie hervorgeht, verdienen die meisten britischen Zahnärzte heute bereits rund 50 Prozent ihres Einkommens mit der Behandlung privat bezahlender Patienten. Zwar hat Großbritannien seit mehr als 50 Jahren ein staatliches Gesundheitswesen (National Health Service, NHS). Theoretisch hat danach jeder Patient Anspruch auf kostenlose zahnmedizinische Versorgung. Allerdings gibt es nicht genug NHS-Zahnärzte, und die heute noch ausschließlich für den Staatssektor praktizierenden Kolleginnen und Kollegen haben wirtschaftliche Probleme, da der Gesundheitsminister nicht genug Geld in die staatliche Zahnmedizin steckt. Die Folge: Patienten suchen sich immer öfter einen privat praktizierenden Zahnarzt und bezahlen dies entweder aus eigener Tasche oder mittels einer privaten Krankenversicherung. „Der Markt der privaten Zahnmedizin boomt“, stellte der britische Zahnärzteverband (British Dental Association, BDA) kürzlich fest.

Schwankende Preise

Kehrseite der Medaille: Da der Markt weitgehend unreguliert ist, schwanken zum Beispiel die Preise von Praxis zu Praxis enorm. Laut Wettbewerbsbehörde (Office of Fair Trading, OFT), die den privaten Zahnmedizin-Markt bereits mehrfach unter die Lupe nahm, schwankt der Preis für eine Füllung zwischen den Praxen um bis zu 400 Prozent. Eine Amalgam-Füllung kostete in einer Praxis zehn Pfund (15 Euro). In einer anderen Praxis berechnete der Zahnarzt 54,25 Pfund (mehr als 77 Euro). Bei Check-ups variierten die in Rechnung gestellten Preise zwischen

9,50 Pfund (zwölf Euro) und 40 Pfund (62 Euro). Oftmals weiß der Patient vor Behandlungsbeginn nicht, was ihm der Zahnarzt in Rechnung stellen wird. Hinterher gibt es dann nicht selten das böse Erwachen. In einer Zahnarztpraxis im Londoner Stadtteil Victoria hängt in der Rezeption ein Schild, auf dem für Privatkredite zur Finanzierung zahnärztlicher Behandlungen geworben wird. Zeichen der Zeit?

Mehrfach wies der britische Verbraucherschutzbund (Consumers Association, CA) in den vergangenen Jahren auf die zum Teil chaotischen Zustände und die mangelhafte Transparenz bei privaten zahnmedizini-

schen Behandlungen im Königreich hin. Die CA begrüßte die Ankündigung der Regierung, Zahnärzte vom kommenden Jahr an dazu zu zwingen, Preisschilder in ihren Praxen auszuhängen. Die BDA sprach sich zwar für „mehr Transparenz“ aus, warnte aber davor, das Kind mit dem Bade auszuschütten. „Zahnärzte sind verantwortungsbewusste Kollegen, die sehr wohl in der Lage sind, sich selbst zu regulieren“, sagte eine BDA-Sprecherin den *zm* in London. „Wir sind gegen zu viele Eingriffe des Gesetzgebers.“

Viele Änderungen

Folgendes wird sich für die britischen Kolleginnen und Kollegen ändern:

- **Preisschilder:** Jeder Zahnarzt, der in seiner Praxis Privatbehandlungen anbietet, muss Preislisten aushängen oder auslegen, auf denen für den Patienten klar ersichtlich ist, wieviel bestimmte Behandlungen kosten.
- **Kostenvoranschläge und Behandlungspläne:** Jeder Zahnarzt muss zukünftig für alle aufwändigeren Behandlungen, wie Brücken und Implantate, dem Patienten de-

Ob in der Großstadt...



Foto: MEV



Foto: PD

..... oder auf dem Lande – in Großbritannien werden in Zahnarztpraxen bald überall Preisschilder für die privat Zahnärztliche Behandlung zu finden sein.

taillierte Kostenvoranschläge vorlegen. Zusätzlich ist der Kollege verpflichtet, Behandlungspläne aufzustellen, aus denen hervorgeht, wie die Behandlung ablaufen wird.

■ **Abrechnungen:** Der Patient hat das Recht, vom Zahnarzt eine detaillierte Rechnung für dessen Arbeiten zu verlangen. Dabei muss jede einzelne Leistung und deren jeweiliger Preis aufgelistet werden.

■ **NHS-Behandlungen:** Auch hier soll mehr Transparenz für den Patienten geschaffen werden. In jeder Praxis muss zukünftig ein Schild ausgehängt werden, auf dem steht, welche Behandlungen auf Staatskosten angeboten werden und für welche Therapien der Patient privat bezahlen muss.

■ **Zulassungsvoraussetzungen:** Die Zulassungsbeschränkungen, um eine eigene

Zahnarztpraxis eröffnen zu können, sollen liberalisiert werden. Das Gesundheitsministerium hofft, auf diese Weise den Engpass in der NHS-Zahnmedizin beseitigen zu können. Im Gespräch ist, Hygienikern die Eröffnung eigener „Hygiene-Praxen“ zu erlauben, und zwar ohne dass zwangsläufig ein ausgebildeter Zahnarzt mit an Bord sein muss.

Wie BDA-Hauptgeschäftsführer Ian Wylie in London sagte, seien Preisschilder in Zahnarztpraxen „ein zweiseitiges Schwert“. „Zahnärztliche Behandlungen sind oftmals komplexe klinische Situationen, die sich von Fall zu Fall stark unterscheiden können, je nachdem wie es dem Patienten geht. Es ist sehr schwer, ein allgemeingültiges Preissystem zu finden.“

Die stellvertretende Gesundheitsministerin Rosie Winterton sagte vor Journalisten in London, die Änderungen seien ein wichtiger Schritt, um die britische Zahnmedizin zu modernisieren und patientenfreundlicher zu gestalten. „Die Maßnahmen werden dafür sorgen, dass Zahnärzte bei der Behandlung von Privatpatienten offener und damit patientenfreundlicher und fairer vorgehen.“

Doch die Reformen gehen noch weiter. Vom Jahre 2005 an soll ein gänzlich überholtes Beschwerdesystem eingeführt werden. Details sind bislang nicht bekannt. Die zahnärztlichen Berufsverbände befürchten allerdings, dass die Rechte der Zahnärzte eingeschränkt und die Stellung des Patienten weiter gestärkt werden könnten. Der General Dental Council (GDC), das wichtigste Organ der zahnärztlichen Selbstverwaltung im Königreich, soll von 2005 an mehr Befugnisse erhalten, um wirkungsvoller gegen inkompetente Zahnärzte vorgehen zu können.

„Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Reformpläne in die Praxis umsetzen lassen“, sagte Hew Mathewson, Präsident des GDC. „Patienten möglichst viele und genaue Informationen zu geben, welche Behandlungsmöglichkeiten zu welchem Preis zur Verfügung stehen, ist grundsätzlich eine gute Sache. Aber der Teufel steckt wie immer im Detail.“

Arndt Striegler
Grove House
32 Vauxhall Grove
GB-London SW 8 1SY

Bad Kissingen**Zahnarzt ist neuer
Ärztegolfmeister**

Der Bielefelder Zahnarzt Dr. Michael Behm (li.) ist mit nur einem Schlag Vorsprung zum zweiten Mal Deutscher Ärzte-



Foto: privat

Beim Fechten, Segeln und Radeln können sportbegeisterte Mediziner in den nächsten Wochen zeigen, was in ihnen steckt. Die diesjährige Ärztegolfmeisterschaft ist bereits entschieden: Auf dem Siegertreppchen steht ein Zahnarzt.

golfmeister geworden, den Seniorentitel sicherte sich Dr. Hubert Meyer aus Bad Pyrmont.

Die Vereinigung Golf spielen-der Ärzte und Sponsor STADA hatten vom 20. bis 22. Juni zu den 30. Deutschen Ärzte-Golfmeisterschaften, die im Rahmen des 47. Deutschen Ärzte-Golfturniers ausgetragen wurden, nach Bad Kissingen eingeladen. Zahnärzte, Ärzte, Tierärzte und Apotheker aus dem gesamten Bundesgebiet waren angereist, um ihr sportliches Können unter Beweis zu stellen. ck/pm

Prien am Chiemsee**Leinen los für die 7. Ärzte-Regatta**

Segelbegeisterte Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker können vom 4. bis 5. Oktober beim 7. Deutschen Ärztesegeln in Prien am Chiemsee an den Start gehen. Segelanfänger und Fortgeschrittene sind willkommen. Die Teilnehmer müssen nicht unbedingt ein eigenes Schiff mitbringen – von der Zwei-Mann-Jolle bis hin zur Kielyacht stehen verschiedene Boote vor Ort bereit. Begleitet wird das Sportereignis von einem Sportärztlichen Symposium über cardiopulmonale Reanimation, das Kniegelenk und Aspekte des Rettungswesens. ck/pm



Foto: MEV

Für die Anmeldungen und weitere Auskünfte wenden Sie sich an: Prof. Dr. Dr. E. Fischer-Brandies Albert-Robhaupte-Str. 73 81369 München Tel.: 089-76 97 55-50 Fax: 089-76 97 55-52

Schwarzwald**WM in Bad Wildbad**

Die diesjährigen Rad-Weltmeisterschaften der Ärzte, Apotheker und Heilberufe finden nicht, wie angekündigt, in Altensteig-Wart statt, sondern in Bad Wildbad. Vom 1. bis zum 6.

September treten Heilberufler dort kräftig in die Pedale. Nähere Infos gibt's bei der STADA Radsportakademie in Bad Wildbad, Tel.: 0 70 81-92 50 8-0. ck/pm



Foto: MEV

Dillingen**Mit Säbel und Florett**

Am 12. September 2003 finden in Dillingen die 7. Offenen Europäischen Ärzte- und Apothekermeisterschaften im Fechten statt. Veranstalter sind der DFB und der Fechter-Bund Saar, ausgetragen wird der Wettkampf in der dortigen Sporthalle West. Startberechtigt sind alle Zahnärzte, Ärzte, Tierärzte, Apotheker und Studierenden dieser Fächer. Ausklang ist ein bunter Abend in der Stadthalle Dillingen. ck/pm



Foto: kac

Anmeldungen nehmen die örtlichen Organisatoren bis zum 9. September entgegen:

Dr. Hans-Wilhelm Deutscher Illtalstr. 58 66571 Eppelborn-Bubach Tel.: 0 68 81-70 26 Fax: 0 68 81-89 73 99 E-Mail: Dr.Deutscher@t-online.de oder Rainer Schwickerath Dörnerweg 31 66809 Nalbach Tel.: 0 68 38-86 04 71 Fax: 0 68 38-86 04 72 E-Mail: Rainer.Schwickerath@t-online.de

Friedrich Römer wurde 70

Am 25. April diesen Jahres konnte Friedrich Römer seinen 70. Geburtstag feiern. Römer fiel in der Vergangenheit als „ruhig-überlegter Akteur“ für die Zahngesundheit auf. Bei meinen persönlichen Begegnungen mit ihm konnte ich stets erkennen, welche Erfahrung und Vorausschau sich hinter seiner ruhigen Art verbargen. Auch bei der aktuellen Diskussion um die Umstrukturierung der Zahnmedizin zur „Präventionsorientierten Zahnheilkunde“ wird sein Weitblick deutlich. Dies zeigt schon ein kurzer Blick auf seinen beruflichen Werdegang und sein Bemühen um die zahnmedizinische Gesundheitsvorsorge.

In Zeiten, in denen über Einsparmaßnahmen im Gesundheitswesen noch nicht nachgedacht wurde, gründete er den Ausschuss „Koordinierung der Zahngesundheitserziehung“. Er war damit wegweisend für die Zahnheilkunde in einer Periode, in der eher die prothetische Versorgung der Patienten als Prophylaxeprogramme boomten. Der in Graz geborene Jurist war damals mitverantwortlich bei der Erarbeitung von Texten und beispielhaften Unterrichtsmaterialien für die Jugendzahnpflege. Diese Medien dienen teilweise bis heute als wichtige Grundlagen für Unterricht und Gruppenübungen in Schulen und Kindergärten.

Friedrich Römer wurde durch zahlreiche Aktivitäten über die Grenzen hinaus bekannt. Bereits 1969 initiierte er den Arbeitskreis „Zahnmedizinische Information“. Die „Aktion zahnfreundlich e. V.“ (1985) und der „Tag der Zahngesundheit“ (1991) sind heute zwei Markenzeichen



der zahnmedizinischen Vorbeugung, für die das Ehepaar Römer mitverantwortlich zeichnet. Welche Bedeutung und welches positive Image der Tag der Zahngesundheit mittlerweile gewonnen hat, konnte schon 1993 von Römer selbst hervorgehoben werden: „Ein gelungener Aktionstag, ..., der Hunderttausende Kinder,

Eltern, Patienten, und Konsumenten direkt ansprach und über den Millionen Fernsehzuschauer...durch die Medien informiert wurden.“

Friedrich Römer gründete 1979 die Zeitschrift „Kariesprophylaxe“, die im Jahre 1983 in „Oralprophylaxe“ umgetauft wurde. Diese Zeitschrift nimmt bis heute eine wichtige Stellung als wissenschaftliches Organ für die Prophylaxe im deutschsprachigen Raum ein.

Das Lebenswerk des Jubilars wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland gewürdigt. Unter den zahllosen Ehrungen müssen die Bernhard-Christoph-Faust-Medaille der Hessischen Arbeitsgemeinschaft



Tausende von Kindern haben mit diesen Zahnputzutensilien vom VfZ das richtige Zähneputzen erlernt: eine „Römer“-Idee!



für Gesundheitserziehung (1990), das Ehrenzeichen in Silber des Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und im Jahre 2002 die Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene e.V. (VfZ) hervorgehoben werden.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde dankt Römer viel konstruktives Engagement. In den unruhigen Zeiten nach der Wiedervereinigung hatte er wesentlichen Anteil an der Entstehung einer gemeinsamen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. So wurde er von der damaligen Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V. beauftragt, sich um den Aufbau gemeinsamer neuer Strukturen einer wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde als tragfähiges Konstrukt für die neuen und alten Bundesländer zu bemühen. Momentan ist er dabei, die Geschichte der damals noch beiden deutschen Gesellschaften für Kinderzahnheilkunde niederzuschreiben. Wir wünschen dem Jubilar dafür viel Kraft. Wir hoffen, dass es seine Gesundheit auch in den kommenden Jahren zulässt, uns weiterhin wertvolle Anregungen für die Prävention in der Zahnheilkunde zu geben.

Norbert Krämer, Erlangen

Prof. Dieter E. Lange wird 70

Der Münstersche Zahnmediziner Prof. Dr. Dr. h.c. Dieter E. Lange vollendete am 10. Juli sein 70. Lebensjahr. Seit 1978 war Lange als Direktor der Poliklinik für Parodontologie am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster tätig. Lange wurde in Emden, Ostfriesland, geboren und studierte ab 1953 in Münster Zahnmedizin. Nach der 1958 erfolgten Promotion zum Dr. med. war er zunächst als Assistenzarzt in der kiefer- und gesichtschirurgischen Abteilung der Raphaels-Klinik Münster unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. A. Immenkamp tätig. 1962 begann er seine wissenschaftliche Ausbildung an der Zahn-, Mund- und Kieferklinik der Universität Kiel unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Hahn, wo er als Assistenzarzt, wissenschaftlicher Rat und Leitender Oberarzt der Klinik arbeitete. Zwischen 1966 und 1969 arbeitete Lange wissenschaftlich am Forschungsinstitut für Experimentelle Medizin und Biologie in Borstel bei Hamburg, am Jan Swammerdam-Institut der Universität Amsterdam sowie im Pathologischen Institut der Universität Kiel. 1969 erfolgte die Habilitation.

Er erhielt den Miller-Preis der DGZMK und den René Jaccard-Preis der Internationalen ARPA und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie. 1974 folgte er dem Ruf der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, wo er dann 1978 das erste Ordinariat für das Fachgebiet Parodontologie in der Bundesrepublik Deutschland erhielt.

Zentrum seiner klinischen Tätigkeit war für Lange der Aufbau der



Foto: privat

Parodontologie, die an der Universität Münster als Schwerpunktambulanz für den gesamten nord- und westdeutschen Bereich fungierte. Spezielle Arbeitsrichtungen waren die orale Mikrobiologie und die orale Präventivmedizin bei der Früherkennung und Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Prof. Lange übte zahlreiche Funktionen in wissenschaftlichen Fachgesellschaften aus, leitete internationale Symposien und war Consultant und Chairman der Commission of Oral Research and Epidemiology innerhalb der Fédération Dentaire Internationale und der WHO in London und Genf. 1996 verlieh ihm die Semmelweis-Universität medizinischer Wissenschaften von Budapest den Ehrendoktor. Elf Monographien und Lehrbuchbeiträge sowie mehr als 350 Veröffentlichungen zeugen von seiner regen wissenschaftlichen Aktivität. Prof. Lange sah seine Aufgabe in den letzten Jahren vor seiner Emeritierung 1998 darin, die Fachgebiete Parodontologie und Orale Präventivmedizin den Zahnärzten für ihre tägliche Praxis näher zu bringen. Wir gratulieren und wünschen Prof. Lange, dass er sich noch lange guter Gesundheit erfreut.

Prof. H.-Ch. Plagmann, Kiel

Prof. Bogopolsky tödlich verunglückt

Dr. Sacha Bogopolsky, Professor an der Sorbonne in Paris, lebt nicht mehr. Er erlitt am 16. Juni 2003 nach einer Sitzung in der französischen Zahnärztekammer einen tödlichen Verkehrsunfall. Prof. Bogopolsky war einer der beiden bedeutendsten zahnärztlichen Ergonomen Frankreichs und über die ISO im Normenwesen und in den Kommissionen für Praxisführung der FDI seit Jahrzehnten weltweit bekannt. Als Gründungsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE) war er von 1986 bis 1992 deren erster Präsident. Noch im Mai dieses Jahres hielt der 85-jährige ehemalige Präsident der französischen Vereinigung für Zahnärztliche Ergonomie einen viel beachteten Vortrag. Die Ergonomen der Welt haben einen ihrer verdientesten Repräsentanten verloren.

Dr. Bert Wagner

Bekanntmachung der KZBV

VV der KZBV in Potsdam

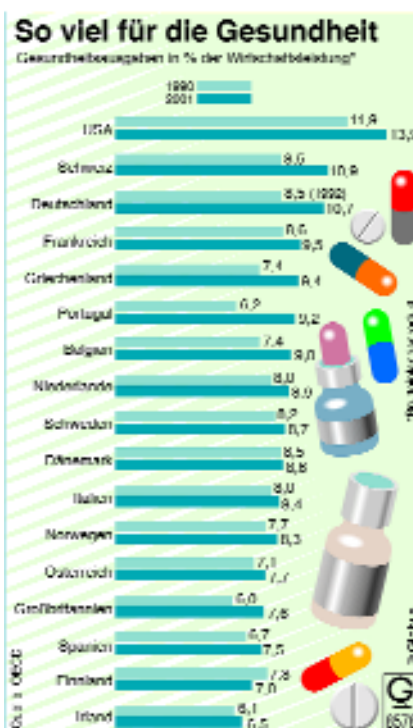
Einladung

Gemäß § 7 Ziffer 7 Abs. 2 der Satzung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beruft der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZBV die Vertreterversammlung der KZBV die Vertreterversammlung zum 17./18. Oktober 2003 nach Potsdam ein.

Beginn: 17. 10. 2003, 09.15 Uhr im Dorint Hotel Sanssouci, Jägerallee 20, 14469 Potsdam
Fortsetzung: 18. 10. 2003, 09.00 Uhr

Vorläufige Tagesordnung:

1. Begrüßung der Teilnehmer
2. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
3. Fragestunde
4. Bericht des amtierenden Vorsitzenden des Vorstandes
5. Beschlussfassung über eingebrachte Anträge
6. Neuwahl eines 11. Vorstandsmitgliedes
7. Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes und seines Stellvertreters
8. Einrichtung einer Widerspruchsstelle gemäß § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG
9. Bericht des Kassenausschusses und Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2002
10. Bericht des Haushaltsausschusses und Genehmigung des Haushaltsplanes für das Jahr 2004.



Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 89

Acteon

Gelatinierende Wurzelkanal-Spülung



Bei einer Wurzelkanalaufbereitung bildet sich durch Aufbereitungsinstrumente aus Stahl oder Nickel-Titan eine Schicht aus Pulparesten, Dentinspänen, Bakterien und ihren Zersetzungsprodukten, eine so genannte Smear Layer. Diese Schicht kann nur durch ein gelatinierendes Spülmittel entfernt werden, welches auf das mineralische Stroma einwirkt. Die gelatinierende Wurzelkanal-Spülung Salvizol EDTA

(8 Prozent) von Pierre Rolland entfernt die Smear Layer nach einer dreiminütigen Spülung ebenso effektiv wie eine Spritze mit EDETAT (15 Prozent), kann aber bereits nach einer Minute entfernt werden, ohne das peritubuläre Dentin zu destrukturen. Dabei wird folgendes Vorgehen empfohlen: Spülung mit 15 Millilitern 2,5-prozentigem NaOCl, danach Spülung mit drei Millilitern Salvizol EDTA während ein bis drei Minuten; dann trocknen mit Papierspitzen.

Acteon Germany
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04 / 95 65 - 10
Fax: 0 21 04 / 95 65 - 11
De.aceongroup.com
E-Mail: info@de.aceongroup.com

One Drop Only

Zungenreiniger schabt und bürstet



Der Zungenreiniger von One Drop Only „grast“ den Bakterienrasen auf der Zunge durch die gekoppelte Funktion von Bürste und Schaber regelrecht ab. Damit stimuliert er das Geschmacksempfinden und bekämpft Mundgeruch. Bei klinischen Tests hat sich sogar herausgestellt, dass

sich der Zahnbelag um ein Drittel reduziert.

One Drop Only GmbH
Stieffring 14
13627 Berlin
Tel.: 0 30 / 346 70 90 - 0
Fax: 0 30 / 346 70 90 - 40
www.onedroponly.de
E-Mail: info@onedroponly.de

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

BUSCH

Bessere Sicht durch längeren Schaft



Den Hartmetall-Rundbohrer 1SX von Busch gab es bisher nur in Winkelstückausführung mit Standardlänge. Nun wurde das Programm um vier ISO-Größen in langer Winkelstück-Ausführung erweitert. Damit können tief liegende Exkavationen bei Molaren und Prämolaren mit besserer Sicht auf das Arbeitsgebiet vor-

genommen werden. Bewährte Eigenschaften des 1SX sind dessen vibrationsarmes Arbeiten bei der Kavitätenpräparation und Exkavation.

BUSCH & Co. KG
Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
Tel.: 0 22 63 / 7 86 - 0
Fax: 0 22 63 / 2 07 41

Coltene/Whaledent

Affinis unter der wissenschaftlichen Lupe



Lassen sich mit dem neuen Polyvinylsiloxan (PVS) Abformmaterial Affinis von Coltène/Whaledent zufrieden stellende finale Abformungen für indirekten fest sitzenden Zahnersatz erzielen? Dieser Frage ging eine randomisierte Studie der Zahnmedizinischen Fakultät der Louisiana State University nach. Affinis wurde im Vergleich zu einem häufig eingesetzten PVS Ab-

formmaterial beurteilt. Das Ergebnis: Affinis erzielte mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit als das PVS-Referenzmaterial eine akzeptable Abformung.

Coltene/Whaledent GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau
Tel.: 0 73 45 / 80 50
Fax: 0 73 45 / 80 52 01
www.coltenewhaledent.de

DeguDent

Info-Broschüre für die Zahnarztpraxis



DeguDent hat die Broschüre „Cercon smart ceramics – Indikation, Präparation, Liquidation“ für die Zahnarztpraxis entwickelt. Auf 15 Seiten enthält die handliche Broschüre kompakte allgemeine Informationen über

Cercon, bebilderte Empfehlungen zur Präparation und Eingliederung und zeigt schließlich die verschiedenen Abrechnungsmodalitäten in prägnanter und verständlicher Form. An Hand von zwei Beispielen werden dabei sowohl die rein private Abrechnung als auch die Abrechnung nach Mehrkostenvereinbarung erläutert. Zu beziehen ist das Booklet ab sofort bei jedem regionalen DeguDent Vertriebs-Centrum oder direkt bei DeguDent.

DeguDent GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 59 - 57 59
Fax: 0 61 81 / 59 - 59 62
E-Mail: juergen.pohling@degudent.de

Ivoclar Vivadent

Symposium „Prothetik Perspektiven“



Am Samstag, dem 4. Oktober 2003, findet das 2. Symposium „Prothetik Perspektiven“ in München statt, organisiert von Ivoclar Vivadent und Candulor. Referenten stellen Therapiekonzepte und ihre erfolgreiche Umsetzung in Praxis und Labor vor. Themen werden unter anderem sein: „Vorhersagbare Ästhetik in der Implantologie mit herausnehm-

baren Suprastrukturen“, „28er versus Unikatprothese, ein Wirtschaftlichkeitsvergleich“, und „die Versorgung des zahnlosen Kiefers mit Implantatrekonstruktion“. Weitere Informationen und Anmelde-Unterlagen sind bei Ivoclar Vivadent erhältlich.

Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 1152
73471 Ellwangen, Jagst
Tel.: 0 79 61 / 889 - 125
Fax: 0 79 61 / 63 26
E-Mail: patrizia.krampulz@ivoclar-vivadent.de

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

Schwarzkopf & Henkel

Zahncreme kontrolliert Plaque-pH-Wert



Mit der Theramed Perfect Anti-Plaque pH Control hat Schwarzkopf & Henkel eine Zahncreme entwickelt, die die bakterielle Säurewirkung am Zahn reduziert

und durch die Stabilisierung des Plaque pH-Wertes einen vorbeugenden Anti-Karies-Effekt hat. Hohe Reinigungsleistung bei geringer Abrasivität bringt die Theramed Naturweiß. Sie entfernt Verfärbungen, ohne die Zahnhartsubstanz zu schädigen und ist damit geeignet für die tägliche Anwendung.

Schwarzkopf & Henkel
Henkelstraße 67
40191 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 797 - 44 63
Fax: 02 11 / 798 - 40 40
www.henkel.de

VUZ

„Laserschweißen Live“ für Azubis



Auf der 32. Tagung der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie in Sindelfingen hat sich die VUZ sowohl mit einem repräsentativen Infostand als auch mit etablierten Referenten engagiert. Am Azubi-Day stand die Live-Demonstration „Laserschweißen – Theorie und Praxis“ gerade beim Zahntechniker-Nachwuchs hoch im Kurs. Ein Ergebnis zahlreicher Gespräche mit jungen Zahntechnikern war: Auszubildende in der Zahntechnik sind auch dann an zukunftsorientierter Weiterbildung interessiert,

wenn es sich um die Vermittlung von Techniken handelt, die nicht in jedem Labor sofort praktisch umgesetzt werden können. Die VUZ wird entsprechende Angebote in die für 2004 geplante Neustrukturierung ihrer Akademie Umfassende Zahntechnik, AUZ, einfließen lassen.

Vereinigung Umfassende Zahntechnik e.V. (VUZ)
Emscher-Lippe-Straße 5
45711 Datteln
Tel.: 0 23 63 / 73 93 - 0
Fax: 0 23 63 / 73 93 - 11
www.vuz.de
E-Mail: info@vuz.de

Online Dental Dictionary

Interaktives Online-Dentalwörterbuch



Wer einen englischen Fachtext vor sich hat und Begriffe wie „clasp axis“, „spillway“ oder „post and core“ ins Deutsche übersetzen möchte, stößt schnell an die Grenzen eines Print-Wörterbuches. Abhilfe schafft das Online-Dentalwörterbuch, das unter www.Dental-Dictionary.com abonniert werden kann und mit mehr als 10 000 Begriffen alle Bereiche der Zahnheilkunde und Zahntechnik abdeckt. Es ist das einzige seiner Art im Internet, wird von Dentalfachleuten geschrieben, laufend aktualisiert und erweitert. Einmalig ist die In-

teraktion mit dem Anwender: Findet dieser einen Begriff nicht, bekommt er die Übersetzung an seine persönliche E-Mail-Adresse geschickt. Übrigens heißt „clasp axis“ auf deutsch „Klammerereinschubrichtung“, „spillway“ bedeutet „Abzugskanal“ und „post and core“ wird mit „Stiftaufbau“ übersetzt.

Online Dental Dictionary
Prof.-Schnarrenberger-Straße 16
74722 Buchen
Tel.: 0 62 81 / 52 25 - 11
Fax: 0 62 81 / 52 25 - 50
www.Dental-Dictionary.com
E-Mail: info@dental-dictionary.com

Deutscher Ärzte Verlag

Ratgeber für die Praxis

Der Praxisratgeber Parodontologie, erschienen im Deutschen Ärzte Verlag, ist ein Arbeitshandbuch mit zahlreichen Abbildungen, Fallbeispielen und Abrechnungstipps sowie Wirtschaftlichkeitsüberlegungen. Er vermittelt Grundlagen und Praxis der Parodontologie, und informiert über Materialien und Hilfsmittel.

Herausgeber des Ratgebers ist Dr. Gerhard F. Hetz, Autor zahlreicher Publikationen in zahn- und allgemeinmedizinischen Medien.

Deutscher Ärzte Verlag
Dieselstraße 2
50859 Köln
Tel.: 0 22 34 / 70 11 - 0
Fax: 0 22 34 / 70 11 - 255

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

Schütz Dental Group

Neuer Verkaufsleiter



Stephan Hünig ist neuer Verkaufsleiter für den Unternehmensbereich Zahntechnik bei der Schütz-Dental Group. Der

gelernte Zahntechniker wechselte nach über elf Jahren von der Vita Zahnfabrik, bei der er als Regionalverkaufsleiter beschäftigt war, zur Schütz-Dental GmbH. Nun will der 46-Jährige den neuen Arbeitgeber mit Sachverstand und wertvollen Verbindungen in die Zukunft begleiten.

*Schütz Dental GmbH
Dieselstraße 5-6
61191 Rosbach
Tel.: 0 60 03 / 814 - 0
Fax: 0 60 03 / 814 - 906
www.schuetz-dental.de
E-Mail: info@schuetz-dental.de*

Candulor

Der „Oscar“ in der Totalprothetik



Bereits zum dritten Mal veranstaltete Candulor den Kunst-ZahnWerk Wettbewerb für Totalprothetik, der Zahntechniker immer zu Höchstleistungen motiviert. Dieses Jahr betraf die Aufgabenstellung einen zahnlosen Patienten, für den zwei Prothesenteile nach den Grundlagen von Professor Gerber mit Candulorzähnen auf- und fertiggestellt werden mussten. Zeitgemäß war die Unterkieferprothese an zwei Implantaten zu

verankern. Hierfür stellte 3i Implant Innovations als Partner und Mitveranstalter das neue Verankerungsabutment „Locator“ zur Verfügung. Unter 25 Einsendungen wurden bei der IDS in Köln drei Preisträger bekannt gegeben. Den ersten Platz mit 1 500 Euro belegte Rolf Weidinger von der Weidinger Zahntechnik GmbH in Coburg. Zweiter wurde das Team von der Stör-Dental GmbH in Kellinghusen mit 1 000 Euro, und der dritte Platz ging mit 500 Euro an Diana Schneider von der Nehls Zahntechnik GmbH in Bad Soden.

*Candulor Dental GmbH
Am Riederngraben 6
78239 Rielasingen-Worblingen
Tel.: 0 77 31 / 520 75
Fax: 0 77 31 / 289 17
www.candulor.de
E-Mail: candulor@candulor.de*

Sirona

Optimierte Bilderfassungs-Software



Die Bilderfassungs-Software Sidexis XG ist eine multifunktionale Software für alle bildgebenden Verfahren von Sirona: intraorales Röntgen, Panoramaröntgen, Fernröntgen und intraorale

Kamera. Sidexis XG ermöglicht die Erfassung, Bearbeitung, Analyse und Archivierung digitaler Röntgenbilder.

Die Benutzeroberfläche lässt sich individuell konfigurieren. Die offene Struktur der Software erlaubt auch ihre ständige Anpassung an die Bedürfnisse des Benutzers.

*Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51 / 16 29 01
Fax: 0 62 51 / 16 32 60
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de*

Procter & Gamble

Aufhellung um vier Farbstufen



Die neuen blend-a-med Whitestrips Professional sind nach dreiwöchiger Anwendung um 42 Prozent wirksamer als das 14-Tage-Basisprodukt. Das schmelzunschädliche Gel kann in diesem Zeitraum bei natürlichen, vitalen Zähnen eine Aufhellung um vier Vita-Farbstufen bewirken. Die Wasserstoffperoxid-Konzentration beträgt jetzt 6,5 statt bisher sechs Prozent. Trotz der vergleichsweise höheren Konzentra-

tion werden pro Streifen nur zehn bis 13 Milligramm Peroxid benötigt – ein schonendes Verfahren also. blend-a-med Whitestrips Professional werden zweimal täglich für je 30 Minuten angewendet und sind bequem in den Tagesablauf integrierbar. Interessierte Zahnärzte erhalten Informationen

bei der blend-a-med-Forschung Zahnärzte-Hotline 0180-512 22 22, sowie im Internet auf www.edentora.de. Produkte können über den Vertriebspartner MDS bestellt werden (Tel. 02624-94 99-0, Fax 02624-94 99-29).

*Procter & Gamble Service GmbH
Sulzbacher Straße 40-50
65824 Schwalbach am Taunus
Tel: 0 61 96 / 89 44 31
Fax: 0 61 96 / 89 47 08
E-Mail: ruebeling.h@pg.com*

VDDI

Rickert ist Vorsitzender des VDDI

Neuer Vorsitzender des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie (VDDI) ist Dr. Martin Rickert von Kaltenbach & Voigt. Er wurde bei der Mitgliederversammlung des Verbandes in Köln gewählt. Im VDDI sind rund 200 Mitgliedsunternehmen zusammengeschlossen, die im letzten Jahr gut 17 000 Mitarbeiter beschäftigten, davon 2 300 in eigenen Unternehmen im Ausland. Der 1916 gegründete Verband veranstaltet alle zwei Jahre die größte Dental-

messe der Welt, die „Internationale Dental-Schau“. An der IDS 2003 im März in Köln nahmen mehr als 1 400 Aussteller teil, mehr als 60 000 Besucher aus aller Welt informierten sich dort über Neuheiten aus der Dentalbranche.

*VDDI e.V.
Kirchweg 2
50858 Köln
Tel.: 02 21 / 94 86 28 - 46
Fax: 02 21 / 28 24 942
www.vddi.de
E-Mail: sti@vddi.de*

3M ESPE

Schnelltest bestimmt Kariespotenzial



Mit dem Schnelltest Clinpro Cario L-Pop von 3M Espe lässt sich das individuelle Kariespotenzial bestimmen. Dabei werden Bakterien aus der Mundhöhle entnommen, die daraus gebildete Milchsäure gemessen und über eine Farbreaktion auf dem Indikatorstäbchen sichtbar gemacht. Neu an diesem Test ist,

dass das Kariespotenzial eines Patienten bestimmt wird, bevor eine Läsion entsteht und nicht, wenn schon eingetretene oder beginnende Defekte festgestellt werden. Somit kann mit Clinpro Cario L-Pop auch überprüft werden, ob Prophylaxemaßnahmen greifen. Vorgestellt wurde der neue Schnelltest auf einer Veranstaltung im Rahmen der IDS in Köln von Dr. Håberlein (Foto), dem Leiter der Forschungs- und Entwicklungsabteilung Dentale Biotechnologie von 3M Espe.

*3M ESPE AG
ESPE Platz
82229 Seefeld
Tel.: 0 81 52 / 700 - 16 26
Fax: 0 81 52 / 700 - 16 47
www.3mespe.com
E-Mail:
martina.biedermann@mmm.com*

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

VITA

Flasche neu gestylt



Die seit rund 50 Jahren typische Vita Flasche hat nun ein neues Erscheinungsbild, das ein optimiertes Handling mit sich bringt: Durch den neuen Schraub-Klappdeckel, der zudem farblich kodiert ist, wird das Öffnen und

Wiederverschließen der Flasche so vereinfacht und sicher, dass eine Verwechslungsgefahr praktisch ausgeschlossen ist. Zudem wurde die Schüttöffnung verkleinert, sodass die Dosierung des Materials präziser erfolgen kann. Auch die Standsicherheit der Flasche wurde durch Vergrößerung des Bodendurchmessers erhöht.

VITA Zahnfabrik H. Rauter
GmbH & Co. KG
Postfach 13 38
79704 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 562 - 0
Fax: 0 77 61 / 562 - 299
www.vita-zahnfabrik.com
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com

Hager & Werken

Neue Aufbrennlegierung

Mit Mirabond CC hat Hager & Werken sein Produktangebot mit einer Aufbrennlegierung erweitert, die auf einer Chrom-Kobalt-Molybdän-Legierung basiert, nickelfrei ist und kein Beryllium beziehungsweise Gallium enthält. Das Material zeichnet sich durch seine Vickershärte von 285 (HV 10) aus, die ein problemloses Ausarbeiten von Gerüsten ermöglicht. Mirabond CC wird in einer 1000-Gramm-Packung ausschließlich über den Dentalfachhandel geliefert. Darüber hinaus ist auch eine Legie-

rung auf Chrom-Nickel-Molybdän-Basis (Mirabond CN) erhältlich. Zahntechniker bestätigen, dass beide Legierungen die in Deutschland üblicherweise gestellten Anforderungen an Qualität und Verarbeitungseigenschaften erfüllen. Gratismuster sind erhältlich, solange der Vorrat reicht.

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54
47006 Duisburg
Tel.: 02 03 / 9 92 69 - 0
Fax: 02 03 / 29 92 83
www.hagerwerken.de
E-Mail: info@hagerwerken.de



Nr. 15/2003

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 12. 09. 2003 schicken oder faxen an:

zm

Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Rebekka Keim
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- Acteon** - Gelatinierende Wurzelkanal-Spülung (S. 84)
- BUSCH** - Bessere Sicht durch längeren Schaft (S. 84)
- Candolor** - Der „Oscar“ in der Totalprothetik (S. 87)
- Coltène/Whaledent** - Affinis unter der Lupe (S. 84)
- DeguDent** - Info-Broschüre für die Zahnarztpraxis (S. 85)
- Deutscher Ärzte Verlag** - Ratgeber für die Praxis (S. 86)
- 3M ESPE** - Schnelltest bestimmt Kariespotenzial (S. 88)
- Hager & Werken** - Neue Aufbrennlegierung (S. 89)
- Ivoclar Vivadent** - Symposium „Prothetik Perspektiven“ (S. 85)
- One Drop Only** - Zungenreiniger schabt und bürstet (S. 84)
- Online Dental Dictionary** - Online-Dentalwörterbuch (S. 86)
- Procter & Gamble** - Aufhellung um vier Farbstufen (S. 88)
- Schütz Dental Group** - Neuer Verkaufsleiter (S. 87)
- Schwarzkopf & Henkel** - Plaque-pH-Wert-Kontrolle (S. 86)
- Sirona** - Optimierte Bilderfassungs-Software (S. 88)
- VDDI** - Rickert ist Vorsitzender des VDDI (S. 88)
- VITA** - Flasche neu gestylt (S. 89)
- VUZ** - „Laserschweißen Live“ für Azubis (S. 86)

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.Ö.R.

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel, Chefredakteur, mn; Gabriele Prchala, M. A. (Politik, Zahnärzte, Leserservice), Chefin vom Dienst, pr; Assessorin d. L. Susanne Priehn-Küpper (Wissenschaft, Dentalmarkt) sp; Sascha Devigne, (Praxismanagement, Finanzen, EDV) dev
Claudia Kluckhuhn, Volontärin, ck

Gestaltung: Piotr R. Luba, K.-H. Nagelschmidt, M. Wallisch

Für dieses Heft verantwortlich: Egbert Maibach-Nagel

Anschrift der Redaktion:

Postfach 41 01 68, 50861 Köln, Tel. (02 21) 40 01-251, Leserservice Tel. (02 21) 40 01-252, Telefax (02 21) 4 00 12 53
E-Mail: zm@kzbv.de
internet: www.zm-online.de
ISDN: (0221) 9 40 02 81

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassername gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Verlag, Anzeigendisposition

und Vertrieb: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50859 Köln; Postfach 40 02 54, 50832 Köln, Fernruf: (0 22 34) 70 11-0, Telefax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln,

Kto. 010 1107410 (BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 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, Köln

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Lesermanalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

Lt. IVW IV/2. Quartal 2003:
Druckauflage: 80 400 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 124 Ex.

Ausgabe A
Druckauflage: 71 483 Ex.
Verbreitete Auflage: 70 631 Ex.

93. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG

Seite 5

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG

Seite 25

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG

Seite 45

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG

Seite 59

DeguDent

Seite 9

Dental Magazin

Seite 75

Dentaurum

Seite 11

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/DZZ

Seite 85

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/OP

Seite 65

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/Versandbuchhandlung

Seite 77

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/Versandbuchhandlung

Seite 81

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/zm-Jahresband

Seite 57

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ZZI

Seite 87

DGI Dt. Gesellschaft für Implantologie

Seite 61

Dr. Liebe Nachf.

Seite 67

F1 Dentalsysteme Deutschland GmbH

Seite 63

GABA GmbH

Seite 19

Günter Witt GmbH

Seite 79

Heinz Kers

Seite 11

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG.

4. Umschlagseite

Hu-Friedy Zweigniederlassung Deutschland

Seite 37

Kettenbach Dental

Seite 21

Meyer Superdenta GmbH

3. Umschlagseite

Petersen GmbH

Seite 51

Schütz Dental Group

Seite 71

Shofu-Dental GmbH

2. Umschlagseite

Straumann GmbH

Seite 41

Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co.KG

Seite 13

Wieland Dental + Technik

Seite 15

Wieland Dental + Technik

Seite 7

ZAT Zahngesundheit am Tegernsee

Seite 49

Beilagen:

Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
(Teilbeilage)

Krankenhäuser

Mehr ambulante Operationen

Patienten sollen künftig einen besseren Zugang zu mehr ambulanten Operationen in Krankenhäusern erhalten. Das sieht ein neuer OP-Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKV) vor. Novum der ab Januar 2004 geltenden Neuregelung ist die Einführung von Fallpauschalen. „Damit sorgen wir für Transparenz. Leistungen und ihre Preise werden vergleichbar. Die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor haben wir ein großes Stück weitergebracht“, befand KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm. Der Marburger Bund lehnte die Übernahme zusätzlicher ambulanter Leistungen durch die Krankenhäuser hingegen ab: Bereits heute könne jedes zweite Krankenhaus freie Stellen nicht

besetzen, weil die Ärzte aufgrund gesetzwidrig überlanger Arbeitszeiten förmlich aus den Kliniken flüchteten. ck/dpa

AOK Rheinland

Krankenkarte für Europa

Der Auslandskrankenschein gehört für die Versicherten der AOK Rheinland bald der Vergangenheit an. Nach eigenen Angaben will die AOK als erste Krankenkasse in Deutschland die „GesundheitsCard Europa“ einführen. Mit der Karte können die Versicherten im Ausland die komplette medizinische Versorgung so einfach wie im Inland in Anspruch nehmen, teilte die AOK mit. Zunächst gilt der Service für die gesamte niederländische Nordseeküste. Belgien und weitere Länder sollen folgen. ck/dpa

Zu zm 13, Seite 85, Etrusker

Erratum

In zm 13 im Bericht über die Zahnheilkunde der Etrusker hat sich der Fehler teufel eingeschlichen. Die etruskische Brücke auf Seite 85, Mitte, befindet sich nicht im Musée de l'Ecole Dentaire de Paris, sondern im Besitz der Bundeszahnärztekammer in Berlin. Dort wurde sie von der Werbeagentur Wolfgang O. Funk aus 51427 Bergisch-Gladbach, Im Holz 18, Telefon: 02204/61228, Fax: -22859 vor Jahren fotografiert. Das gezeigte Bild stammt von Herrn Funk. zm

Aus Brüssel gemeldet

Änderungsantrag eingereicht

Nachdem der Rechtsausschuss des Europäischen Parlamentes im Juni beschlossen hatte, die sektoralen Richtlinien nicht aus dem Richtlinienentwurf der Kommission zur Anerkennung von Berufsqualifikationen auszuklammern, hat das Brüsseler Büro der BZÄK über den ZÄV einen weiteren Änderungsantrag eingereicht. Um den Mitgliedern des Regelungsausschusses direkten Zugang zur Expertise aller von der Richtlinie abgedeckten Berufe zu ermöglichen, soll den Vertretern der Berufsgruppen ein Sitz als Beobachter im Ausschuss eingeräumt werden. Eine Neufassung des Berichts an das Parlament wird voraussichtlich im Herbst im Rechtsausschuss neu diskutiert. BZÄK



Foto: Funk

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

zm *Leser service* **Nr. 15**
2003

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- D. Klingenberger, A. Schwarte: Praxisgründung 2002 (S. 16) Komplettfassung
-  M. Obermeyer: Praxisgestaltung (S. 26) Literaturliste
-  H.-J. Gülzow, C. Sudbrake: 40 Jahre Aminfluorid (S. 32) Literaturliste
-  T. E. Reichert, M. Kunkel: Myxom (S. 36) Literaturliste

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

Zahnärzte zum Gesundheitskonsens

Erster Schritt in die richtige Richtung

Als „ersten Schritt in die richtige Richtung“ begrüßt die deutsche Zahnärzteschaft das im Gesundheitskonsens beschlossene Herauslösen des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab dem Jahr 2005.

„Wir möchten endlich den freien Zugang unserer Patienten zu einer präventionsorientierten Zahnmedizin realisiert sehen. Das Herauslösen des Zahnersatzes aus der GKV kann dazu ein erster Schritt sein, allerdings differenziert die präventionsorientierte Zahnheilkunde nicht zwischen Zahnersatz und allgemeiner Zahnbehandlung“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Foto l.). „Es gibt keinen fachlichen Hintergrund für die geplante isolierte Herausnahme des Zahnersatzes“, ergänzt Dr. Wilfried Beckmann, Bundesvorsitzender des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte (FVDZ) (Foto m.). „Wir wollen den Präventionsgedanken in der gesamten Zahnmedizin durchsetzen.“ Der amtierende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz (Foto r.): „Wir sehen jetzt die konkrete Möglichkeit, mit einem befundorientierten Festzuschussmodell und Kostenerstattung bei größtmöglicher Transparenz und Selbstbestimmung des Patienten eine gerechte Bezuschussung für alle zu erreichen.“



Foto: PD



Foto: Rütchel



Foto: Lopata



Foto: Rütchel

Die neue Möglichkeit, eine Zusatzversicherung für Zahnersatz bei privaten oder gesetzlichen Krankenversicherern abschließen zu können, sieht die Zahnärzteschaft jedoch mit Skepsis. Es sei fraglich, ob ein Wettbewerb zwischen körperschaftlich und privatwirtschaftlich strukturierten Anbietern ein zukunftsorientiertes Modell darstelle. Die freie Wahl der Kostenerstattung anstelle der Sachleistung für alle Versicherten wird dagegen einhellig begrüßt: „Das bietet die Option auf mehr Fairness und Transparenz für unsere Patienten“, glaubt der KZBV-Vorsitzende Fedderwitz. Die von Gesundheitsministerin Schmidt angekündigte Zwangsförderung für Ärzte und Zahnärzte wird abgelehnt. „Die Pflicht zur Fortbildung ist einschließlich möglicher Sanktionen über die Kam-

mern und das Heilberufsgesetz umfassend geregelt“, erläutert BZÄK-Präsident Weitkamp. Hier handele es sich um eine überflüssige Gängelung.

Einig sind sich die Spitzen der drei Zahnärzteorganisationen in ihrer Skepsis über den Sanierungserfolg der angekündigten Maßnahmen. „Jetzt wurde der kleinste gemeinsame Nenner gefunden“, glaubt der KZBV-Vorsitzende Fedderwitz: „Die nächste Reform kommt bestimmt.“

Der FVDZ-Vorsitzende Beckmann: „20 Milliarden Euro Einsparung im Gesundheitssystem bringen vielleicht eine neue Atempause. Sie lösen aber nicht das Scheitern des Generationenvertrages.“

KZBV/BZÄK/FVDZ

■ **Ein ausführlicher Titelbericht zum Thema Gesundheitskonsens erfolgt im nächsten Heft.**

Vorstandswahlen DGÄZ

Dr. Reusch wiedergewählt

Dr. Diether Reusch ist als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde e.V. (DGÄZ) wiedergewählt worden. Neuer Vizepräsident ist ZTM Stefan Schunke.

pr/pm

Kammer Sachsen-Anhalt

Dr. Dreihaupt bestätigt

Dr. Frank Dreihaupt, Tangerhütte, ist als Präsident der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt bestätigt worden. Zu seinem ersten Vizepräsidenten wurde Ralph Buchholz, Burg, gewählt, zweiter Vizepräsident wurde Prof. Dr. Detlef Schneider, Halle. Weitere Vorstandsmitglieder sind Dr. Heidrun Petzold, Magdeburg, Dr. Dirk Wagner, Magdeburg, Burkhard Labs, Biere, und Hubert Meister, Klein Mühlingen.

pr

Weniger für Medikamente

Arznei-Ausgaben sind gesunken

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den ersten fünf Monaten dieses Jahres weniger für Arzneien ausgegeben als im gleichen Vorjahreszeitraum. Von Januar bis Mai 2003 zahlten die Kassen bundesweit 0,7 Prozent weniger für Medikamente.



Foto: JFI

Das berichtet die „Westdeutsche Allgemeine Zeitung“ unter Berufung auf Angaben des nordrhein-westfälischen Landesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK). Grund seien die per Gesetz erhöhten Arznei-Rabatte für die Kassen.

dev/dpa

BKK Conzelmann

Neues Bonus-Modell

Durch eine eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge können Versicherte der Betriebskrankenkasse Conzelmann künftig ihren Krankenkassenbeitrag durch Bonus-Zahlungen um bis zu 300 Euro pro Jahr reduzieren, wie das baden-württembergische Versicherungsunternehmen meldet. Dabei zähle die BKK Conzelmann mit einem Beitragssatz von 12,6 Prozent schon zu den günstigen Krankenkassen. Voraussetzung für die Rückerstattung sei die Teil-



Foto: MEV

nahme am neuen Vorsorge-Bonus-Modell der BKK, welches durch das Landessozialministerium geprüft und im Juni 2003 offiziell genehmigt wurde. Damit belohne die Direktkasse als eine der ersten Kassen Baden-Württembergs gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Verhalten. pr/ots

Acht Millionen Einnahmeplus

HEK gegen den Negativ-Trend

Gegen den negativen Trend im Gesundheitswesen hat die Hanseatische Ersatzkasse (HEK) 2002 einen Überschuss erwirtschaftet. Während die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung Ausgabenzuwächse und ein Defizit von rund drei Milliarden Euro hinnehmen musste, verbuchte die HEK einen Einnahmeplus von acht Millionen Euro.

HEK-Chef Jens Luther sagte, dass eine Beitragserhöhung im Jahr 2003 „kein Thema“ sei. Für das laufende Geschäftsjahr sieht der Vorstand aber Risiken auf die HEK zukommen. Besonders im stationären Bereich rechnet er wegen der Umstellung von Pflegebetten auf Fallpauschalen mit einem Kostenanstieg. Die HEK hat ein Haushaltsvolumen von 706,7 Mio Euro und betreute im vergangenen Jahr rund 315 000 Versicherte. dev/dpa

Angriff der Bundesregierung

BFB beklagt Politik gegen Freiberufler

Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) beklagt eine „zunehmend freiberuflerfeindliche Politik der Bundesregierung“. BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann sieht in der Abschaffung der Arzneimittel-Gebührenordnung und der Planung staatlicher Gesundheitszentren einen gewollten Angriff auf die Strukturen und das Selbstverständnis der Freiberufler.

„Alle diese Regierungspläne führen in Konsequenz weg von der selbstständigen, selbstverwalteten Freiberuflichkeit hin zu großgewerblichen, womöglich staatlich kontrollierten Einheiten“, so Oesingmann. Er fordert die rot-grüne Koalition auf, die Stellung der Freien Berufe nicht länger zu unterminieren: „Wer von uns Existenzgründung, Arbeits- und Ausbildungsplätze erwartet, muss Schluss machen mit freiberuflerfeindlichen Gesetzesentwürfen.“ dev/pm

BGMS wirbt für Reformen

Infokampagne zur Gesundheitsreform

Das Bundesgesundheitsministerium hat eine Infokampagne zur Gesundheitsreform gestartet. Ziel ist, mithilfe von Anzeigen in Tageszeitungen und einem eigenen Internetportal über die Modernisierung des Gesundheitssystems aufzuklären und zu informieren, heißt es in einer Erklärung des Ministeriums. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt will damit die öffentliche Auseinandersetzung versachlichen und zugleich an die Reformbereitschaft aller Beteiligten appellieren.

„Wir brauchen eine Reform des Gesundheitswesens, damit die

solidarische Krankenversicherung nachhaltig gesichert wird. Nur so kann die gesundheitliche Versorgung der Menschen gewährleistet bleiben“, meinte Schmidt. Das schmecke nicht jedem, aber es helfe allen, fügte sie hinzu. Die Kampagne koste 3,5 Millionen Euro und setze vor allem auf die Qualität von Informationsangeboten, der Einsatz werblicher Maßnahmen solle zurückhaltend folgen.

Das vom Bundesgesundheitsministerium eingerichtete Informationsportal ist abrufbar unter der Internetadresse www.die-gesundheitsreform.de. ck/pm



Foto: ABDA

Apotheken

Frauenjob

In deutschen Apotheken waren 2002 mehr Menschen beschäftigt als im Vorjahr. Wie das Statistische Bundesamt (DESTATIS) in Wiesbaden mitteilte, wuchs die Beschäftigtenzahl in öffentlichen Apotheken um 3000 auf 170000. Die meisten von ihnen sind Apotheker (47000), pharmazeutisch-technische Assistenten (43000) oder pharmazeu-

tisch-kaufmännische Angestellte (38000).

Fast 90 Prozent der Beschäftigten waren nach Angaben der Statistiker weiblich. Außerdem arbeiteten knapp 30 Prozent Teilzeit, über zwölf Prozent waren geringfügig beschäftigt. Damit lagen sowohl der Frauenanteil als auch der Anteil der nicht in Vollzeit arbeitenden Beschäftigten über dem Durchschnitt im Gesundheitswesen. ck/dpa

