

Nanotechnologie

Klein kleiner am kleinsten

**Bema
bald in Kraft**

**Lohnnebenkosten
sparen**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Vorweihnachtszeit: „Non stop“ steuern wir auf das Fest des Friedens zu. Tage der Besinnung nennen wir diese Spanne zwischen dem Christfest und Silvester. Und alle Jahre wieder will jeder vorher noch schnell das erledigen, was ihm unter den Nägeln brennt, die altbekannte Extraportion Stress dafür billigend in Kauf nehmend. Ausschlaggebend ist aber der nötige emotionale „Ruck“, letztendlich doch noch das anzugehen, was man bisher unschlüssig vor sich her geschoben hat.

Vielleicht gehört der letzte Parteitag der CDU in diesem Jahr ja genau in diese Kategorie: Der Mut, endlich im sozialen Reförmchen-Stakkato einen nachhaltigen Ton anzuschlagen, Kritikern in den eigenen Reihen und aus der Schwesterpartei CSU entschlossen zu trotzen und dem politischen Patchworking der rot-grünen Regierung eine nach CDU-Überzeugung „umfassende Sozialreform“ entgegenzustellen.

Dieser Ansatz ist für gesundheitspolitische Fachleute sicherlich nicht der Weisheit letzter Schluss. Aber er ist immerhin ein Zeichen, dass die Union bereit scheint, ausgetretene Pfade zu verlassen und etwas Bewegung in die verkrusteten Strukturen zu bringen. „Wat mut, dat mut“ hat CDU-Chefin Angela Merkel den Parteitags-Delegierten zugerufen, sich selbst und allen Beteiligten damit auch Mut gemacht, endlich eine härtere Gangart einzulegen. Und die Öffentlichkeit hat staunend zugeschaut, ganz ohne das ihr sonst übliche „Zeter und Mordio“. Ein gutes Zeichen?

Die Pauschalprämie in der GKV steht damit jedenfalls unversöhnlich gegen das von Rot-Grün favorisierte Modell der Bürgerversiche-



Foto: MEV

■ *Lust auf große Sprünge? Mit diesem „Glückskerl“ bedankt sich die zm-Redaktion bei den Lesern und wünscht alles Gute zum Fest und für das kommende Jahr!*

Und die bayerische Schwesterpartei wird – trotz mancher Verärgerung über diesen gelungenen Polit-Auftritt – jetzt beweisen müssen, dass sie zum gemeinsamen Aufspielen gegen Rot-Grün bereit ist. Ein strategisch gut gewählter Termin, zumal die Sozialdemokraten mit ihrem Bremer Parteitag gerade eine unterschwellig dissonante Vorstellung geboten haben.

Ein gut gewählter Termin aber auch deshalb, weil es Manchem einfach Freude bereitet, während der vorweihnachtlichen Feiern auf Papierservietten ausrechnen zu können, was man nach dem vereinfachten CDU-Steuermodell künftig an den Fiskus abzugeben hätte. Ein Hauch von Perspektive, wohl gesetzt für einen hoffnungsvollen Start in das neue Jahr.

Gleichwohl: Wahlen sind, so es nicht zu einem vorzeitigen Debakel kommt, noch fern. Und Modelle bleiben jenseits von Regierungsverantwortung das, was sie sind: Wunschzettel, deren Hoffnungen immer Gefahr laufen, auch enttäuscht zu werden.

Grüblern bleibt an diesen immer länger werdenden Winterabenden die gedankliche Vorbereitung auf kommende Realitäten: Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ist kein Modell, sondern – übrigens überparteilich gewollter – Fakt. Praxisgebühr, Zwangsförderung, staatlich auferlegte Kommissionitis und andere Fußangeln überdecken schnell die mutig aufgezeigten Wege in eine bessere Zukunft.

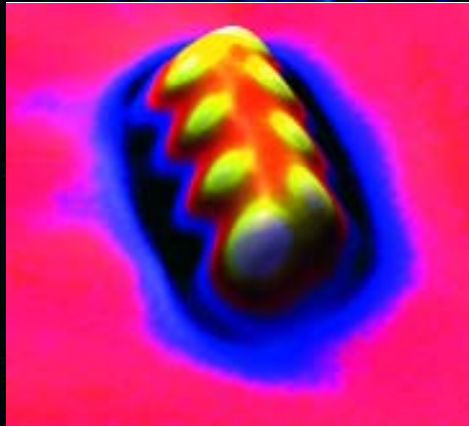
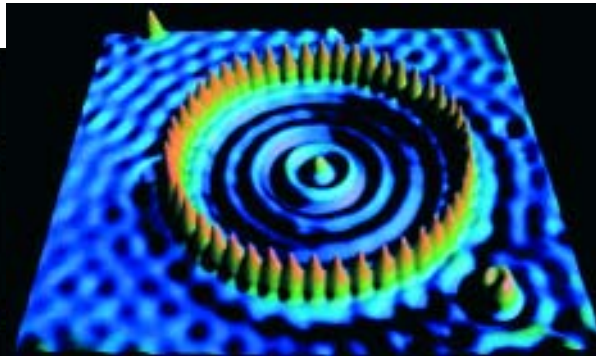
Es hilft nichts: Zum Jahresende sind die Gefühle gespalten. Was bleibt, ist Zeit zum Atem holen und Kraft schöpfen. Auch das nächste Jahr hat es in sich.

Mit freundlichem Gruß



A handwritten signature in black ink that reads "Egbert Maibach-Nagel".

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelbild: IBM/Mediapool/Fotos: IBM/NASA/Lips



Zum Titel

Interessante Innovationen in diesem neuen Forschungsbereich gibt es auch für die Zahnmedizin.

Seite 34



Fotos: zm/dpa

Fett, fetter, am kariösesten...
Eine Untersuchung zeigt Zusammenhänge zwischen Adipositas und Mundgesundheit.

Seite 46



Daumenlutschen macht „Hasenzähne“. Ein Konzept zur Frühdiagnostik von Zahnfehlstellungen.

Seite 40



Foto: IZZ

Neue Zahlen beweisen es: Zahnärzte schaffen Arbeits- und Ausbildungsplätze

Seite 32



Foto: Corbis

Ohne großen Aufwand gibt es Möglichkeiten, ganz legal Lohnnebenkosten zu sparen.

Seite 80



Editorial	1	<i>Der aktuelle klinische Fall: Pigmentiertes Basaliom</i>	52
Leserforum	4		
Leitartikel			
<i>Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, über neue Handlungsfelder in der Prävention</i>	6		
Nachrichten	8, 12		
Gastkommentar			
<i>Klaus Heinemann, Freier Journalist, zu Gerechtigkeit und Chancengleichheit</i>	10		
Spree-Spitzen	16		
Politik und Beruf			
<i>Das neue Gesetz: Organisatorische Änderungen</i>	18		
<i>Der neue Bema: Kostenneutrale Umrelationierung</i>	22		
<i>CDU-Parteitag: Großes Reformkonzept durchgebracht</i>	24		
<i>SPD-Parteitag: Klares Votum für die Bürgerversicherung</i>	26		
<i>Aktion der Bild am Sonntag: Zahnexperten am Telefon</i>	28		
<i>Arzneimittelkommission: 50 Jahre im Dienst der Zahnärzte</i>	30		
<i>Ausbildungszahlen ZFA: Zahnärzte schaffen Arbeitsplätze</i>	32		
Titelstory			
<i>Nanotechnologie: Revolutionen aus dem Zwergenreich</i>	34		
Zahnmedizin			
<i>Kieferorthopädische Prophylaxe: Habits mit bösen Folgen</i>	40		
<i>Aktuelle Studie: Dicke Kinder und ihre Mundgesundheit</i>	46		
		<i>Der aktuelle klinische Fall: Pigmentiertes Basaliom</i>	52
Medizin			
		<i>Reisemedizin: Gefahren durch Malaria</i>	54
		<i>Kardiologie: Neue Tests, moderne Trends</i>	56
		<i>Sexualmedizin: Viagra & Co.</i>	58
Tagungen			
		<i>AK für Gerostomatologie: Zahnstatus und Ernährung bei Senioren</i>	60
		<i>Präventive Zahnheilkunde: Mit Biss durchs Leben</i>	62
		Rezensionen	64
		Veranstaltungen	65
Internationales			
		<i>Young Dentists: Gelebte Kommunikation weltweit</i>	78
Praxismanagement			
		<i>Lohnnebenkosten sparen: Geschenkt ist nie zu teuer</i>	80
Finanzen			
		<i>Bevölkerungsschwund: Kaum Auswirkungen auf den Immobilienmarkt</i>	86
		Persönliches	90
		Neuheiten	92
		Bekanntmachungen (Neuer Bema)	98
		Impressum	116
		Letzte Nachrichten	137
		Zu guter Letzt	140

Leider nicht besser

■ Zum Leserbrief in 22/2003
„Keine gute Prognose“:

Ist es nicht immer wieder schön, wenn sich Fachleute zu Fällen äußern, über die sie nur unvollständig informiert sind?

Unterstellend, dass der Kollege Beck den Patienten des Kollegen Eger nie zu Gesicht bekommen hat, zweifle ich an, dass seine „fachlichen Anmerkungen“, die sich letztlich nur als negative Kritik entpuppen, auf guter Kenntnis des Behandlungsfalls beruhen. Mich stört, mit welcher Selbstherrlichkeit hier das eigene Behandlungsvorgehen als Maß der Dinge und alles andere als nicht mehr „state of the art“ dargestellt werden. Man wird leider nicht besser, nur indem man die anderen schlecht macht.

Dr. Uwe Holzmüller
Lofotenstraße 16
22145 Hamburg



Der Leserbrief des Kollegen Beck, in dem dieser sich über den Fachbeitrag eines Kollegen auslässt, ist für mich so unnötig wie ein Kropf.

Ich beziehe mich nicht auf die zahnmedizinischen Aspekte des Verfassers, sondern auf seine Umgangsformen. Die Überheblichkeit mit der hier eine konträre Auffassung vertreten wird, berührt mich aufs Peinlichste. Fachlich konstruktive Diskussionsbeiträge ja – selbstherrliche verletzende Wichtigtuerei – nein. Ich glaube kaum, dass der Kollege, dessen fachliche Kompetenz hier in Frage gestellt wird, seinen Praxiserfolg an Drei-Jahres-(Miss-)Erfolgen misst. Herr Beck, ich erlaube mir die Frage, ob Sie es konstruktiv empfinden würden, wenn ich Sie darauf hinweisen würde, Dezentrierun-

gen im Unterkiefer lassen sich durch entsprechende Präparationstechniken vermeiden. Zu Recht – nein!

Die Kollegenschaft hat es nicht nötig, über Abrechnungsmodalitäten und was State of the Art ist, belehrt zu werden. In den Fortbildungsveranstaltungen der wirklich Großen unseres Fachgebietes werden Sie staunen, mit welchem Respekt und persönlicher Bescheidenheit der Dialog mit „Andersdenkenden“ gepflegt wird. Fachbeiträge sollen den Blick über den eigenen Tellerrand ermöglichen. Den persönlich als richtig empfundenen Weg nach Rom möge jeder selber finden.

Reality-Shows und Diskussionsgebahren unter der Gürtellinie, wie es uns die Privatsender täglich präsentieren, kann nicht unser Umgangsniveau sein. Diesen Hinweis erlaube ich mir auch dem Urheber eines weiteren Leserbriefes der selben Seite zu geben. Das unkollegiale unreflektierte Niveau von Leserbriefen in jüngster Zeit erzürnt mich.

Herr Kollege Schmitt bezeichnet Homöopathie und Akupunktur als Hokuspokus. Niemand ist verpflichtet, diese Behandlungsmethoden zu praktizieren. Die Erfolge einer 200 Jahre alten Behandlungsmethode beziehungsweise die tausendjährige medizinische Erfahrung eines anderen Kulturkreises kann doch nicht in dieser arroganten Form negiert werden. Die Akupunktur ist seit 25 Jahren an deutsche Universitätskliniken in der Schmerztherapie integriert. Ihr ist die „höchste Evidenz“ vom National Institut of Health in den USA und von der British Medical Association bescheinigt. Der Autor unterstreicht seine Kompetenz mit dem Hinweis auf seine gutach-

terliche Tätigkeit. Einerseits schmunzelt er über seine Patienten, was er bei Ihnen alles abdingt, andererseits prangert er Kollegen aus seinem Umfeld an, weil sie gegen ihre ärztliche Überzeugung Leistungen erbringen. Ich frage mich, in welchem Kollegenkreis bewegt er sich.

Dr. Rudolf Mund
Donnersbergerstr. 4
80634 München

Urlaubsglück

Während einer „Blauen Reise“ auf einem Schiff an der türkischen Küste wurde eine junge Frau aus unserer Crew von heftigen Zahnschmerzen geplagt. Da ich ein Notfall-„Besteck“ immer dabei habe, konnte ich das Urlaubsglück retten ...

Eingesandt von Dr. J. Michels,
Hölternstraße 20
33106 Paderborn



Foto: privat

Überblick bewahren

■ Zum zm-Titelbeitrag „Gute Nacht“ in zm 18/2003:

Interdisziplinarität heißt auch fachübergreifende therapeutische Lösungen mit Alternativen in der Behandlung für den Patienten zu suchen und zu finden. Besonders in der Schlafmedizin wird deutlich, dass die Leistungen verschiedener Fachrichtungen benötigt werden, um eine optimale Versorgung von Betroffenen zu gewährleisten. Dabei bringen wir Zahnärzte unser Wissen um die Erweiterung des pharyngealen Luftraumes mittels Geräten zur Protrusion des Un-

terkiefers im Sinne des Esmarch-Handgriffs ein. Aber auch bei der individuellen Gestaltung von CPAP-Masken, intraoralen Beatmungsadaptern und Geräten zur Zungenstimulation werden unsere zahnmedizinischen Kenntnisse von Medizinerseite geschätzt. Den Überblick bei der Vielzahl der angebotenen Apparaturen zu bewahren und aktuelle Entwicklungen zu verfolgen und mitzugestalten sind zwei wesentliche Aufgaben der „Deutschen Gesellschaft für schlaftherapeutisch tätige Zahnmediziner“ (DGSZ), welche am 24./25.10.2003 ihre dritte Jahrestagung in Göttingen veranstaltete.

Dr. Markus Heise
Mitglied des Vorstandes der DGSZ
Körnerstraße 6, 44623 Herne



Foto: Lasdin

Neue Handlungsfelder in der Prävention

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

in Sachen Prävention hat der Berufsstand der Zahnärzte eine Menge vorzuweisen. Das wird uns immer wieder auch von Seiten der Politik bescheinigt. Ich erinnere nur an die großen Erfolge bei der Kariesreduktion im Bereich der Kinder und Jugendlichen. Doch viel zu oft wird das Thema Prävention verkürzt auf diese Altersgruppe reduziert. Vor diesem Hintergrund gibt es keinen Anlass, sich auf den Lorbeeren auszuruhen. Vor allem im Hinblick darauf, dass der Gesetzgeber gerade wieder in den Startlöchern steht und Vorbereitungen trifft für ein neues Präventionsgesetz. Noch kennen wir keine Details,

doch keinesfalls dürfen wir es zulassen, dass uns hier einmal mehr neue bürokratische Regeln und Zwänge oktroyiert werden – und dass wir allenfalls reagieren statt agieren können.

Wir haben den Gesetzgeber darauf hingewiesen, dass der Berufsstand längst in Eigenregie Konzepte erarbeitet hat, die erfolgreich mit Leben gefüllt sind, und zwar unabhängig von irgendwelchen Gesetzesplänen. Prävention muss auch weiterhin im zahnärztlichen Alltag verankert werden. Ich erin-

nere in diesem Zusammenhang an Projekte wie die Neubeschreibung der präventionsorientierten Zahnheilkunde oder das Konzept von „Prophylaxe ein Leben lang.“

Doch es gibt in Sachen Prävention noch eine Menge Hausaufgaben zu machen. Da ist zunächst der versorgungspolitische Aspekt. Wir müssen klären, wie der praktische Umgang mit der präventionsorientierten Zahnheilkunde erfolgen soll. Die Frage lautet: Wie füllen wir das Projekt mit präventiven Potentialen und wie brechen wir diese

auf den Praxisalltag herunter? Hier sind sowohl die Landespolitik wie auch die Politik und Wissenschaft gefordert, gemeinsam entsprechende Konzepte zu erarbeiten.

Wir als Berufsstand müssen außerdem klären, welche Präventionsziele für uns wichtig sind. Sie sollen eine Plattform bieten, um perspektivisch sowohl an der Verbesserung der Mundgesundheit als auch an der politischen Mitgestaltung des Gesundheitssystems aktiv teilzunehmen. Dazu gehört es, im Sinne unserer Patienten die Ziele konkret beim Namen zu nennen und zielgruppengerecht zu beschreiben. Wichtige Themen sind deshalb die Risikogruppenbetreuung sowie die Vernetzung mit der

Medizin in zentralen Themenfeldern wie Ernährung, Stress und Suchtverhalten. Die Zusammenarbeit mit der Wissenschaft wird künftig eine noch größere Rolle spielen. Hier gilt es, seitens der Berufspolitik Fragen und Forderungen aus der Praxis heraus zu formulieren, um aus der Versorgungsforschung Impulse zu erhalten. Geklärt werden muss auch, welche Rolle die Prävention bei der Qualitätsförderung hat und wie das Projekt der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde weiterentwickelt werden kann. Die Konzepte, die der Berufsstand zur Prävention erarbeitet hat, müssen von der Wissenschaft auch künftig reflektiert werden.

In den standespolitischen Gremien werden wir die Prävention auf eine noch breitere Basis stellen. Dazu gehört es zum Beispiel, Synergieeffekte zwischen den Ausschüssen auszubauen. Wichtig ist aber auch, unsere bisherigen Präventionskonzepte weiterzuentwickeln und zu verstetigen. Ein Baustein wird dabei die Weiterentwicklung unserer BZÄK-Leitfäden sein, die bereits für die Individual- und Gruppenprophylaxe sowie für die Alterszahnheilkunde vorliegen.

Wir Zahnärzte werden uns von einer bloßen Systemdiskussion im Gesundheitswesen lösen. Denn Prävention bedeutet, eine wissenschaftlich abgesicherte moderne Zahnheilkunde zum Wohle unserer Patienten zu verfolgen. Liebe Kolleginnen und Kollegen: In Sachen Prävention sind wir auf dem richtigen Weg. Um die Marschrichtung für die Zukunft festzulegen, haben wir neue Handlungsfelder abgesteckt. Und damit Prävention bei den Patienten ein Leben lang funktioniert, ist jeder Einzelne täglich in der Praxis gefordert, seine Behandlung präventionsorientiert auszurichten. Ziehen Sie gemeinsam mit uns und der Wissenschaft weiter an diesem Strang.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Gleichheit statt Freiheit

Nahezu eineinhalb Jahrzehnte nach Wiederherstellung der Einheit Deutschlands gilt die ernüchternde Feststellung, dass es nicht gelungen ist, den Bürger aus der staatlichen Fesselung zu befreien. Im Gegenteil macht sich die Politik die Verunsicherung der Menschen durch Globalisierung, Arbeitslosigkeit und Demografie zunutze, noch mehr Fürsorgepflichten für den Staat einzufordern. Und da das unter dem Etikett der Herstellung von sozialer Gerechtigkeit geschieht, ist das irritierte Individuum nur allzu gern bereit, weitere Teile seiner Souveränität abzutreten.

Mit jedem Misserfolg auf dem Wege zur Erzielung absoluter sozialer Gerechtigkeit erhöht sich auch die Bereitschaft des enttäuschten Bürgers, auf wohlfeile politische Neidkampagnen hereinzufallen. Schuld sind „die da“, denen es nun gilt, das Handwerk zu legen. Auf diesem Niveau spielte sich die Debatte um die Einführung einer Bürgerversicherung im Gesundheitswesen auf dem SPD-Parteitag ab. Niemand weiß, worum es dabei eigentlich geht, man hat jedoch ein Feindbild parat: Jene Selbstständigen, Beamten, Besserverdienenden, die sich bis jetzt dieser angeblichen solidarischen Zwangsversicherung entziehen, müssten eingefangen werden, „ihren Beitrag leisten“ zur Finanzierung eines allerorten aus dem Finanzrahmen fallenden Systems. Problem gelöst, Punkt.

Unter derartig niveaulosen Diskussionen zerbricht auch das letzte Stück an Einsicht, auf welchem Wege dem Ideal von sozialer Gerechtigkeit näher zu kommen ist. Wenn politisch bewusst jener Grundgedanke in



Foto: Uni München

Misskredit gebracht wird, demzufolge erst aus Rechten und Pflichten ein Ganzes, nämlich Gerechtigkeit, wird, so brauchen wir uns über den fortschreitenden Auflösungsprozess unserer Gesellschaft nicht zu wundern. Wenn die Politik den Anschein erweckt, als erschöpfe sich ihre Aufgabe darin, für möglichst viele möglichst viele Türen zur staatlichen Alimentierung zu öffnen, so destabilisiert sie das Gemeinwesen.

Dieser Punkt ist erreicht: Wir wenden bereits 31,7 Prozent des Brutto-Inlands-Produkts für die soziale Sicherung auf, leisten es uns jedoch zugleich, lediglich 2,2 Prozent in Bil-

Alimentation nicht mehr wird einlösen können, bleibt nur die Kündigung. Auf welchem Wege auch immer.

Der Staat hat die angemäße Rolle als Ausfallbürge für allfällige individuelle Notlagen ausgespielt. Allerdings ist den Bürgern in der Breite der Ernst der Lage noch nicht zum vollen Bewusstsein gekommen. Das hat seine Ursache darin, dass zum einen fleißig Schulden gemacht werden unter Vernichtung weiterer Lebenschancen der Jugend. Zum anderen kaschiert das Auflösen persönlicher Rücklagen, verdeckt der Verzehr von individuellem Vermögen aus Eigenvorsorge

oder Erbschaft die eigentliche Dramatik.

Die Schlussfolgerungen liegen auf der Hand: Entschlossene Abkehr vom Wohlfahrtsstaat und Hinwendung zu einer Gesellschaftskultur persönlicher Verantwortlichkeit.

Hier muss die Antithese von Gleichheit ins Spiel kommen, nämlich die Freiheit. Der Staat muss die Finanz- und Entscheidungs-

freiheit zurückverlagern in die Hände der Bürger. Natürlich bedeutet das den Verzicht auf politische Vehikel zur Massenbeeinflussung. Eine ehemals als wohlfahrtsstaatliche Musterkommune geltende Gesellschaft wie die schwedische hat vorgemacht, wie es gehen kann. Dort ist die befürchtete Revolution der „sozial Entrechteten“ ausgeblieben. Ausgeblieben sind allerdings auch die früher bei Sozialdemokraten so beliebten „Wallfahrten“ gen Norden.

31,7 Prozent des Brutto-Inlands-Produkts wendet der Staat für soziale Sicherung auf. Für Bildung hingegen lediglich 2,2 Prozent. Trotzdem wird vehement über mangelnde soziale Gerechtigkeit geklagt. So auch jüngst auf dem SPD-Parteitag. Dies sowie manche Äußerung und Vorstellung aus dem Lager der größten Oppositionspartei nährt den Verdacht, dass es den maßgeblichen politischen Protagonisten bei der Verwendung des Gerechtigkeitsbegriffs letztlich mehr um Gleichheit als um Freiheit geht.

Klaus Heinemann
Freier Journalist



Foto: Archiv

derung zu investieren. 73 Prozent unserer Steuereinnahmen verschlingen Soziales und Zinsen, lediglich 12,5 Prozent fließen in Investitionen (einschließlich Erhaltungsinvestitionen, also quasi Subventionen). Was, so ist zu fragen, hat das noch mit Gerechtigkeit, mit Chancengleichheit zu tun, vor allem mit Blick auf die nächsten Generationen?

Da der Staat ihnen gegenüber sein Heilsversprechen einer auskömmlichen sozialen

Bundeszahnärztekammer

Bedauern über Bayerns Schritt

„Die Bundeszahnärztekammer nimmt mit Bedauern zur Kenntnis, dass die Berufsvertretung der Bayerischen Zahnärzte aus der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern ab dem Jahr 2005 ausscheiden will“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp.

Die bayerische Landes Zahnärztekammer begründe ihre Entscheidung offenbar mit einer unterschiedlichen Bewertung der berufspolitischen Konsequenzen des In-Kraft-Tretens des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes. Der Gesetzgeber verpflichtet hierin die Vertrags Zahnärzte, sich fachlich fortzubilden und dies nachzuweisen.

Die Bundeszahnärztekammer lehnt einen staatlich reglementierten Fortbildungszwang strikt ab. Fortbildung müsse auch in Zukunft in der Eigenverantwortung des Freien Berufes und seiner Selbstverwaltung liegen. Die BZÄK erarbeitet Konzepte und Modelle zur Hilfestellung bei der eigenverantwortlichen Erfüllung der Fortbildungspflicht. Die Regelung eines Nachweises nach Gesetz sei Angelegenheit der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Wenn dies für die bayerische Landes Zahnärztekammer Anlass sei, sich zu verweigern und die weitere Mitarbeit aufzukündigen, könne das nicht den Interessen des Berufsstandes dienlich sein, so die BZÄK. Nicht eine Spaltung der Zahnärzteschaft und eine Zersplitterung der Kräfte sei angesichts der Fehlentwicklungen im deutschen Gesundheitswesen und daraus erwachsenden Bedrohungen für den Berufsstand das Gebot der

Stunde, sondern Geschlossenheit und Beharrlichkeit in der Vertretung der Zahnärzteschaft. Im Interesse der Durchsetzungsfähigkeit und Glaubwürdigkeit berufsständischer Belange sei eine bundesweit agierende, gemeinsame Berufsvertretung aller deutschen Zahnärzte unverzichtbar und in Zukunft notwendiger denn je.

BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp appelliert daher an die in Bayern verantwortlichen Kolleginnen und Kollegen, an einer konstruktiven und sachbezogenen Arbeit weiterhin mitzuwirken. BZÄK

Modernisierungsgesetz GMG

Bayerns Zahnärzte machen nicht mit

Nach der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) haben jetzt auch die Mitglieder der Vollversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK) erklärt, ab dem 1. Januar 2005 für die Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes nicht zur Verfügung zu stehen. Die Kammervertreter bekräftigten ihre Absicht, weder als hauptamtliche Vorstände noch als Delegierte, als Gutachter oder in anderer Funktion künftig in der KZVB mitarbeiten zu wollen. Die Mitgliedschaft der BLZK in der Bundeszahnärztekammer wurde zum 1.1.2005aufgekündigt. Bereits am 22. November hatten die KZVB-Delegierten wie auch der KZVB-Vorstand erklärt, keine Aufgaben in einer hauptamtlich geführten KZV übernehmen zu wollen. zm/pm

Berlin

Studentendemo gegen Sparpläne



Foto: Frey

Gegen die Einsparungen und Kürzungen an den Berliner Hochschulen protestierten am 26. November die Zahnmedizinstudenten der beiden Berliner Zahnkliniken. In einem Demonstrationszug durch Berlin Mitte trugen sie symbolisch in Form eines Sarges die Ausbildung der zukünftigen Zahnärzte „zu Grabe“. Vor dem Haus der Bundeszahnärztekammer in der Chausseestraße überreichten sie eine Petitionsschrift an den Berliner Kammerpräsidenten Dr. Christian Bolstorff (Foto: 2.v.l.),

der diese auch in seiner Funktion als Vorstandsmitglied der Bundeszahnärztekammer entgegennahm. Die Studenten forderten, die Einsparungen in Bildungs- und Wissenschaftspolitik zu beenden. Sie plädierten dafür, die gegenwärtige Fusion der Berliner Hochschulmedizin und die Neugestaltung der Approbationsordnung dafür zu nutzen, eine für Studenten, Wissenschaftler und Zahnärzte gleichermaßen moderne und leistungsfähige Zahnmedizin zu schaffen. pr

Kommentar

Zukunft verspielt

Unternehmen, die nicht rechtzeitig investieren, verspielen ihre Zukunft. Auch das „Unternehmen“ Bundesrepublik erweist sich hier als wenig geschickt. Was im Zeitalter der Globalisierung zählt, ist Know-how, ist die optimale Qualifikation der Menschen, die Ökonomen in der Hochphase der Industrialisierung noch abfällig als „Human-Kapital“ bezeichneten. Die Zeiten haben sich geändert. Gerade mit Blick auf die anstehende Überalterung unserer Gesellschaft ist der finanzielle Raubbau an Deutschlands Universitäten gepaart mit der Verweigerung mutiger Schritte in der Sozial- und Subventionspolitik eine politische Zeitbombe. Die wenigen, die unsere Altersgesellschaft künftig tragen sollen, brauchen erstklassige Ausbildung. Es ist das Rüstzeug für internationale Konkurrenzfähigkeit. Rot-Grün kümmert sich nach der Maßgabe „Wir haben diese Welt nur von unseren Kindern geliehen“ um Dosenpfand. Besser wäre es, diesen Kindern den Weg in eine konkurrenzfähige Zukunft zu bereiten.

Egbert Maibach-Nagel

Gesundheits- und Sozialetat

Bundestag stimmt zu

Der Bundestag hat den Gesundheits- und Sozialetat 2004 in zweiter Lesung gegen die Stimmen der Opposition gebilligt. Der mit Abstand größte Einzelplan des Bundes sieht Ausgaben in Höhe von rund 83,5 Milliarden Euro vor. Das ist gegenüber den für das laufende Jahr erwarteten Ausgaben ein Zuwachs von zirka 1,5 Milliarden Euro. pr/dpa

Pharmafirmen und Reformen

Existenznot greift um sich

Die Gesundheitsreform gefährdet nach Einschätzung der Arzneimittelindustrie den Pharmastandort Deutschland. „Die Betriebe befinden sich in einer massiven Umbruchsituation“, sagte der Vorsitzende des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI), Bernd Wegener.



Foto: EyeWire

Nach einer aktuellen Studie sähen sich fast die Hälfte der Unternehmen in ihrer Existenz gefährdet, besonders betroffen sei der Mittelstand. So fürchten 80 Prozent der 100 befragten Unternehmen ein großflächiges Sterben der kleinen und mittleren Betriebe. Gut 90 Prozent der deutschen Pharmafirmen sind dem Verband zufolge mittelständisch. Die Branche rechne auch mit massiven Umsatz- und Gewinneinbrüchen, da vom 1. Januar an nicht verschreibungspflichtige Medikamente nicht mehr erstat-

tet werden. Gut 70 Prozent der Unternehmen wollen darauf mit einem Abbau von Arbeitsplätzen reagieren. Weit mehr als die Hälfte der Betriebe will bis zu 25 Prozent der Stellen streichen. In den vergangenen acht Jahren sei die Zahl der Beschäftigten bereits um rund 8000 auf knapp 115000 gesunken. dev/dpa

Wirtschaftsprofessoren

Gegen Volksversicherung

Wirtschaftsprofessoren tendierten in einer Umfrage zur Kopfprämie. Eine Bürger- oder Volksversicherung, bei der die Gesamtbevölkerung unter Einbeziehung auch der Beamten, Selbstständigen und Freien Berufe der GKV-Versicherungspflicht unterworfen werde, werde von den meisten deutschen (neoliberalen) Wirtschaftsprofessoren abgelehnt. Das berichtet das Deutsche Ärzteblatt in seiner Ausgabe vom 28. November. In einem so genannten Professoren-Panel auf Initiative des Arbeitskreises Neue Soziale Marktwirtschaft hätten drei Viertel der befragten Wirtschaftswissenschaftler das Bürgerversicherungsmodell abgelehnt und dagegen dem Kopfprämienmodell mit gleich hohen, einkommensunabhängigen Beiträgen den Vorzug gegeben. Die befragten Wirtschaftswissenschaftler deutscher Universitäten neigten in ihrer Meinung eher dem Vorschlag des Nachhaltigkeitskommissionsvorsitzenden Prof. Dr. Bert Rürup und der so genannten Herzog-Kommission zu als dem von Ulla Schmidt-Berater, Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach, propagierten Modell der Bürgerversicherung. pr/DÄ

Dortmunder Zahnärzte**Hilfe für Kinder**

Mit seiner zweiten Altgold-Sammelaktion hat der Verein Dortmunder Zahnärzte 21 000 Euro an die Frühförderstelle der Lebenshilfe Dortmund übergeben. Mit dem Erlös der Aktion werden

Materialien, zum Beispiel ein Kindertrampolin, eine Sprossen- und Spiegelwand sowie weitere Spiel- und Therapiegeräte, beschafft. An der Altgold-Sammelaktion beteiligten sich mehr als 100 niedergelassene Zahnärzte im gesamten Stadtgebiet.

pr/pm



Foto: STANDOUT

DAK will kooperieren**GKV plant Angebote mit PKV**

Mehrere große Krankenkassen wollen kommendes Jahr gemeinsam mit Privatversicherern Zusatzangebote auf den Markt bringen. „Wir wollen die Möglichkeit der Kooperation mit den Privaten nutzen“, so Herbert Rebscher, Chef der Deutschen Angestellten-Krankenkasse. Auch der Marktführer, die Barmer Ersatzkasse, und die Techniker Krankenkasse planen angeblich eine Zusammenarbeit. Die großen Kassen wollen mit Zusatzversicherungen zu attraktiven Konditionen Mitglieder davon abhalten, zu günstigeren Konkurrenten wie etwa Betriebskrankenkassen abzuwandern. Die DAK plant laut Rebscher Sondertarife für die Zweibett-Zimmer-Logis im Krankenhaus, Chefarztbehandlung und den Auslandsreisenschutz. Zudem will die Kasse Zusatzversicherungen für Leistungen anbieten, die mit der Gesundheitsreform 2004 als

reguläre Leistungen wegfallen. Geplant ist ein Angebot zur Absicherung von Brillen und eine ergänzende Zahnersatz-Versicherung.

dev/dpa

Wahlen Kammer Brandenburg**Jürgen Herbert im Amt bestätigt**

Dipl. Stom. Jürgen Herbert, Cottbus, wurde von der Versammlung der Landeszahnärztekammer Brandenburg als Präsident in seinem Amt erneut bestätigt. Ebenfalls in den Kammervorstand wiedergewählt wurden der Vizepräsident Dr. Eberhard Steglich sowie die Beisitzer Dr. Heinz Büttner, Dr. Erwin Deichsel, Dr. Thomas Herzog und Dipl. Stom. Bettina Suchan. Dr. Friedrich-Wilhelm Rottstock stellte sich für die Vorstandswahl nicht mehr zur Verfügung.

pr/pm

Gesundheitsreform**Apotheker sehen Probleme**

Die Apotheker in Deutschland erwarten wegen der Gesundheitsreform erhebliche Probleme zum Beginn des neuen Jahres. So sei völlig unklar, wie Apotheker sich verhalten sollen, wenn Patienten ihre Zuzahlungen nicht leisten können, sagte der Vizepräsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Heinz-Günter Wolf, in Hamburg. Das betreffe zum Beispiel Sozialhilfeempfänger, die bisher keinen Eigenbetrag zu leisten brauchten. Auch gebe es Verunsicherung bei chronisch Kranken.

pr/dpa

wurde von der SPD kritisiert, von der FDP begrüßt. Seehofer – der wegen seines Eintretens für die Bürgerversicherung unionsintern viel Ärger bekommen hatte – stellte klar, dass er inzwischen das CSU-Konzept unterstütze, das bestehende System der gesetzlichen Krankenversicherung zu reformieren.

pr/dps

EU / Niederlassungsfreiheit**Keine Übergangsfristen**

Die Angleichung gegenseitiger Bestimmungen im Zuge der EU-Ost-Erweiterung hat auch Auswirkungen auf die Richtlinie 78/686/EWG für die gegenseitige Anerkennung von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen des Zahnarztes sowie das Niederlassungsrecht und das Recht auf den freien Dienstverkehr. Trotz intensiver Bemühungen – so war die Bundeszahnärztekammer als offizielle Berichterstatterin für die Beitrittsländer Polen und Tschechien involviert und konnte zahnärztlichen Sachverstand in den Bericht einbringen – blieb die EU bei ihrer Auffassung, keine Übergangsfristen für die Beitrittsländer einzuführen. Obwohl Defizite der zahnmedizinischen wie der praktischen Ausbildung bemängelt wurden, sind Zahnärzte aus den Beitrittsländern ab 01. Mai 2004 grundsätzlich ohne jede Prüfung zur Ausübung der Zahnheilkunde in Deutschland berechtigt. Übergangsregelungen für die freien Berufe sind in der Richtlinie der EU nicht vorgesehen. Über die Zulassung im Rahmen der GKV-Tätigkeit entscheiden allerdings die zuständigen Ausschüsse.

BZÄK

Bürgerversicherung**Seehofer rückt ab**

Der CSU-Sozialexperte Horst Seehofer hat sich dem Druck seiner Kritiker gebeugt: Er rückte ab von dem von ihm favorisierten Modell einer Bürgerversicherung im Gesundheitswesen. Die SPD dagegen strebt nach ihrem Bochumer Parteitag ein solches Finanzierungsmodell an. Dabei sollen auch Beamte und Selbstständige in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden. Seehofers Wende



Foto: Lopata

IDZ

Grünes Licht für DMS IV-Studie



Der Gemeinsame BZÄK/KZBV-Vorstandsausschuss des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat auf der Grundlage vorbereitender Beschlüsse der Vorstände von BZÄK und KZBV entschieden, das IDZ mit einer Neuaufgabe der großen Mundgesundheitsstudien (DMS-Studien) zu beauftragen. Mit der neuen vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie DMS IV soll der aktuelle Mundgesundheitszustand und der zahnärztliche Versorgungsgrad in Deutschland im Sinne eines „updates“ erhoben werden.

benmodell integriert. Im Mittelpunkt stehen die Daten zur Karieserfahrung, zum Parodontalzustand und zum Umfang des Zahnverlustes einschließlich der entsprechenden Sanierungs- beziehungsweise Rehabilitationsgrade. Im sozialwissenschaftlichen Teil werden Daten zum Mundgesundheits- und Ernährungsverhalten, zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste, zur oralen Lebensqualität und zur Soziodemografie erfasst. Durch spätere Kreuzauswertungen lassen sich vor allem auch die immer wichtiger werdenden

Problemstellungen von sozialmedizinischen Risikogruppen sowie offene und latente Versorgungsbedarfe fundiert analysieren.

Die neue DMS IV knüpft an die gut etablierte epidemiologische Forschungstradition des IDZ an.

Sowohl in der natio-

Das epidemiologische Großprojekt wird 2005 in die heiße Phase gehen. Ab 2005 werden dann bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe – also nicht: Patientienstichprobe – für ganz Deutschland bei rund 4 000 Zufallspersonen die entsprechenden zahnmedizinischen und sozialwissenschaftlichen Daten dokumentiert. Es werden in Anlehnung an die internationalen Vorgaben von WHO und FDI wiederum die Zwölfjährigen, die 35- bis 44-Jährigen und die 65- bis 74-Jährigen klinisch untersucht und detailliert befragt. Zusätzlich werden erstmalig auch die 15-Jährigen in das Stichpro-

benmodell integriert. Im Mittelpunkt stehen die Daten zur Karieserfahrung, zum Parodontalzustand und zum Umfang des Zahnverlustes einschließlich der entsprechenden Sanierungs- beziehungsweise Rehabilitationsgrade. Im sozialwissenschaftlichen Teil werden Daten zum Mundgesundheits- und Ernährungsverhalten, zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste, zur oralen Lebensqualität und zur Soziodemografie erfasst. Durch spätere Kreuzauswertungen lassen sich vor allem auch die immer wichtiger werdenden Problemstellungen von sozialmedizinischen Risikogruppen sowie offene und latente Versorgungsbedarfe fundiert analysieren.

Die neue DMS IV knüpft an die gut etablierte epidemiologische Forschungstradition des IDZ an.

Sowohl in der nationalen als auch in der internationalen Gesundheitsberichterstattung wird mittlerweile durchgängig auf das oralepidemiologische Datenmaterial des IDZ zurückgegriffen. Ab Anfang nächsten Jahres wird zunächst ein Vergabeverfahren in Gang gesetzt, um den für das Großprojekt geeigneten Institutspartnern zur Durchführung der anstehenden Feldarbeiten zu ermitteln.

Die Kosten für die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der DMS IV werden bei rund einer Million Euro liegen, die vollständig von BZÄK und KZBV getragen werden. IDZ



Wichtig ab 1. 1. 2004

zm-Beilage zum PSI

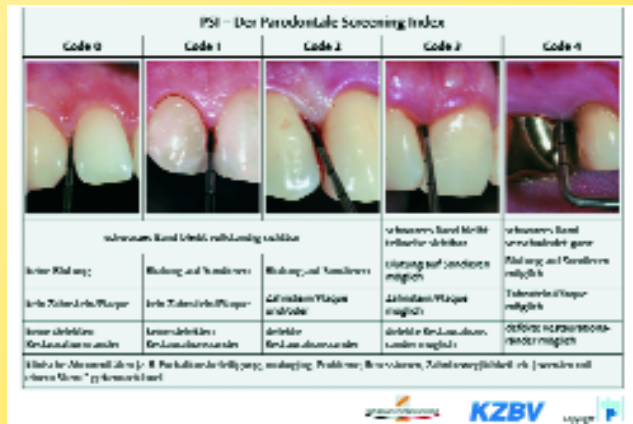
Bestandteil der BEMA-Änderungen zum 1. Januar 2004 ist der Parodontale Screening Index (PSI). Ziel des PSI ist die frühzeitige Diagnostik parodontaler Erkrankungen, die eine wesentliche Voraussetzung einer frühzeitigen Therapie ist.

Deswegen ist in der Ausgabe der Zahnärztlichen Mitteilungen vom 1. Januar 2004 eine Beilage enthalten, die der Praxis praktische Hilfestellungen bei der Einführung des in Deutschland neuen Index anbietet.

Die Beilage wurde in Kooperation zwischen der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGP), der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung realisiert.

Neben einer visuellen Übersicht der verschiedenen Code-Werte des PSI finden sich Kopiervorlagen und die PSI-Flyer der DGP, die sich an den Patienten und an den Zahnarzt richten. Die Initiatoren bitten um Beachtung der

wb



Thunderclap-Kopfschmerz

Handeln Sie schnell

Explosionsartige schwere Kopfschmerzen stellen immer eine Notfallsituation dar. Als Erstes sollte eine Subarachnoidalblutung mittels Schädel-CT und/oder Lumbalpunktion ausgeschlossen werden. Damit lassen sich Sinusthrombose oder Arterien-Dissektion teilweise aber nicht erkennen. Dabei hilft die MR-Angiographie als diagnostisches Mittel der Wahl weiter. In-

takte Aneurysmen präsentieren sich dagegen nur selten durch heftigen Kopfschmerz. Erst wenn alle möglichen Ursachen ausgeschlossen wurden, ist die Diagnose Thunderclap-Kopfschmerz zulässig. Manchmal zeigen sich bei den Betroffenen angiographisch Zeichen diffuser zerebraler Gefäßspasmen, die sich von alleine wieder lösen.

sp/pd

Manisch-Depressiv

Patienten sind stark suizidgefährdet

Das heterogene Krankheitsbild der manisch-depressiven Erkrankungen (Bipolare Störungen) wird deutlich unterdiagnostiziert. Wie Dipl.-Psych. Petra Wagner, Chemnitz, auf der Düsseldorfer Medica berichtete, vergehen im Durchschnitt acht bis zehn Jahre, bis die richtige Diagnose gestellt wird. Die Rückfallraten sind hoch und betragen trotz Fortschritte der medikamentösen Behandlung nach

fünf Jahren 73 Prozent. Das Suizidrisiko beträgt rund 22 Prozent und steht damit an der Spitze aller psychischen Erkrankungen.

Nach Schätzung der Chemnitzer Psychologin sind zurzeit vier Millionen Deutsche an einer bipolaren Störung erkrankt. Diagnostiziert sind allerdings nur rund 200 000 und adäquat behandelt werden höchstens 80 000 von ihnen.

thy

Zukunftsträchtig

Neuer SARS-Test

Wissenschaftler haben einen neuen Test für das Virus entwickelt, das SARS verursacht. Dieser Test könnte in Zukunft eine frühere Entdeckung der Krankheit ermöglichen. Das von der National Taiwan University entwickelte Verfahren liefert laut BBC innerhalb von zwei bis drei Tagen erste Testergebnisse. Bestehende Tests, die nach Antikörpern suchen, sind mit einem deutlich höheren Zeitaufwand verbunden. Der neue Test erfasst Antigene, die durch das Virus hervorgerufen werden. Anti-

gene veranlassen das Immunsystem, Antikörper zur Abwehr des Virus zu produzieren. Der leitende Wissenschaftler Chang Ming-fu erklärte, dass die Tests ein hohes Maß an Genauigkeit ermöglicht hätten. Zusätzlich wurde ein Verfahren zur Gewinnung von Proben aus dem Speichel der Patienten. Dadurch verringert sich das Ansteckungsrisiko für das Gesundheitspersonal. Laut WHO sind bisher an den Folgen von SARS weltweit 770 Menschen gestorben. Viele von ihnen haben sich bei der Behandlung von infizierten Patienten angesteckt.

sp/pa



Foto: dpa

Karpaltunnelsyndrom**Ursache ist oft
Computerarbeit**

In einer dänischen Studie wurden Zusammenhänge zwischen dem Gebrauch von Tastatur und Maus und dem Auftreten eines Karpaltunnelsyndroms untersucht. 6 943 Gewerkschaftsmitglieder beantworteten entsprechende Fragebögen. Über Kribbeln und Taubheit berichteten 10,9 Prozent der Befragten. Medianusschmerzen gaben 4,8 Prozent der Teilnehmer an, bei 1,4 Prozent traten sie nachts auf. Ein Jahr später waren bei 5,5 Prozent erste Symptome aufgetreten, die sich bei 1,2 Prozent als Medianusschmerzen äußerten. Ein geringes Risiko für ein Karpaltunnelsyndrom besteht offenbar nur bei wöchentlich mehr als 20-stündiger Arbeit mit der Maus. Fürs Keyboard-Tippen ist es nicht nachweisbar. sp/pd

Kontraproduktiv**Adipositas nach
Fettabsaugen**

Das Absaugen von Fettpolstern kann auch ungewöhnliche Folgen haben. Mediziner der Charité Campus Mitte in Berlin berichten über eine Patientin, die nach vier kosmetischen Liposuktionen paradoxerweise eine Fettsucht entwickelte und an einer Diabetes mellitus erkrankte. Die 1,67 Meter große Frau wog früher 76 Kilogramm, nach dem vierten Eingriff jedoch 90,5 Kilogramm. Eine Verschlechterung der Stoffwechselwerte nach Liposuktion wird auch von anderen Kliniken berichtet. thy

Mehr Leistung soll er bringen

Weihnachtsmann im Stress

Sogar für den Weihnachtsmann steigen die Jobanforderungen. Gemütlich mit Rute, Robe, Rauschebart von Tür zu Tür? Die Zeiten sind vorbei! Zumindest in Berlin:

Dort soll der alte Herr dieses Jahr im Schweinsgalopp durch die Stadt pesen. Akkord ist angesagt: In fünf Stunden muss er neun Kilometer zurücklegen und 32 Kilo Pakete 71 Stockwerke hoch schleppen. Und die Rute soll auch zu Hause bleiben, befiehlt der „Oberweihnachtsmann“ eines Berliner Weihnachtsmannverleihs.

Wetten: Die Stelle bleibt vakant – Bei dem Stress bleibt selbst der Weihnachtsmann zu Hause. ck



Foto: MEV

Krüppelfichte musste weg

O Tannenbaum

Steht es um die deutsche Hauptstadt wirklich so schlecht, dass sie sich nicht mal mehr einen

schönen Weihnachtsbaum leisten kann? Das fragten sich in den vergangenen Tagen viele Bürger und blickten besorgt auf das zerfledderte Tannenbäumchen vor der Gedächtniskirche: Eine krüppelige Fichte, mit braunen Nadeln, dafür unten ohne Äste – schöne Bescherung! Doch nach viel Gezeter und Geschrei gibt es wieder Hoffnung: Die Stadt Winterberg, Sponsor der Weihnachtsbaumruine, schickt einen neuen Baum. Na dann. Fröhliche Weihnachten.

ck/pm

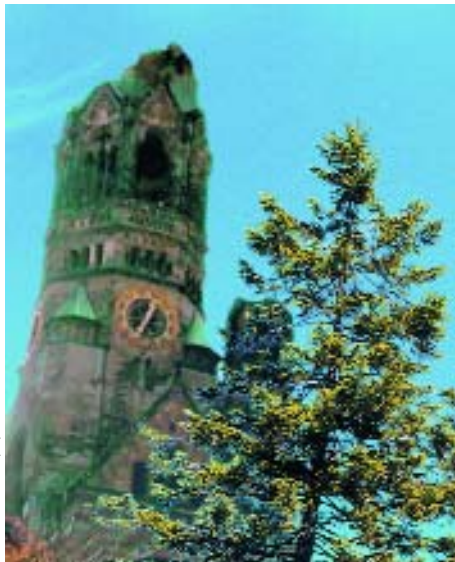


Foto: MEV/zm (M)

Aufgeschnappt und angespitzt

■ *Von wegen Fest der Liebe: An der Spree muss der Weihnachtsmann sich abhetzen wie ein Marathonläufer. Die städtischen Weihnachtsbäume haben auch schon ausgenadelt. Und als vorgezogenes Geschenk an alle Berliner Hundehalter gibt's von den Verkehrsbetrieben die vierbeinige Fahrscheinpflicht.*



Foto: MEV



Foto: zm (M)

Hundige Schwarzfahrer

Ticket für Fifi

Mit ihrer überdurchschnittlichen Vierbeiner-Quote kann Berlin sich gut und gerne als Hundehauptstadt Europas bezeichnen. Der gebeutelten kommunalen Kasse bringt das einiges an Steuern. Und auch die städtischen Verkehrsbetriebe werden diesen vorrangigen Status ab dem kommenden Frühjahr in klingende Münze verwandeln. Denn ab April werden alle Herrchen zur Kasse gebeten, wenn sie mit Hasso in Bussen und Bahnen unterwegs sind.

Wie Verkehrssenator Peter Strieder angekündigt hat, kosten die Hundetickets 1,40 Euro. Wer ohne gültigen Fahrschein für seinen Fifi erwischt wird, zahlt

dann ein Bußgeld von 40 Euro. Eine Preisgestaltung, welche die Berliner PDS auf's Schärfste kritisiert: Die Verkehrsbetriebe setzen so „ihren Kurs gegen die eigenen Fahrgäste fort“.

Vielleicht lässt sich ja noch ein Kompromiss aushandeln. Wie wär's mit einem günstigen Kurzstrecken-Hundeticket – für alle, die einfach keine Lust aufs abendliche Gassigehen haben und lieber mit der U-Bahn zum nächsten Sandkasten fahren wollen?! dev

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Organisatorische Änderungen im Jahre 2004

Thomas Muschallik

Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) sieht weitgehende organisatorische Änderungen insbesondere bei den KZVen vor, die im Laufe des Jahres 2004 umgesetzt werden sollen. Nach den Ausführungen zu den unmittelbaren Auswirkungen des Gesetzes für die vertragszahnärztliche Tätigkeit in zm 23 werden im zweiten Teil diese organisatorischen Bestimmungen vorgestellt und kommentiert.

Die Neufassung des SGB V zum 01.01.2005 hat zur Folge, dass bereits im Jahre 2004 in allen KZVen weitgehende organisatorische Änderungen erforderlich werden. Zunächst sieht die Neufassung von § 77 SGB V vor, dass dann, wenn in einem Bundesland mehrere KZVen mit weniger als 5 000 Mitgliedern vorhanden sind, diese bis zum 30.06.2004 zusammenzulegen sind. Dies hat zur Folge, dass in den Bundesländern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz die dort zurzeit noch existierenden drei beziehungsweise vier KZVen zu jeweils einer Landes-KZV zwangsvereinigt werden. Die Gesamtzahl der KZVen wird sich daher von bisher 22 auf 17 reduzieren.

Neuorganisation der KZVen

Zum 01.01.2005 entfällt die bisherige außerordentliche Mitgliedschaft in den KZVen. Nach der Neufassung des § 77 Abs. 3 SGB V sind ab diesem Zeitpunkt nur die zugelassenen Zahnärzte und die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Zahnärzte sowie die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhauszahnärzte Mitglieder der KZVen. Gesetzlich limitiert wird zukünftig auch die Zahl der Mitglieder in den Vertreterversammlungen der KZVen, wobei gem. § 79 Abs. 2 SGB V in Abhängigkeit von der Mitgliederzahl der KZV die Vertreterversammlung maximal zwischen 30 und 50 Mitglieder umfassen darf. Diese sind von den Mitgliedern der KZVen zukünftig nach dem

Verhältniswahlrecht auf der Grundlage von Listen- und Einzelwahlvorschlägen zu wählen (§ 80 Abs. 1 SGB V). Diese Wahlen haben gemäß den Übergangsbestimmungen in Art. 35 § 2 GMG in den KZVen bis zum 30.09.2004 zu erfolgen. Die neu gewählten Vertreterversammlungen haben bis zum 01.12.2004 einen hauptamtlichen, maximal drei Personen umfassenden Vor-

ber 2004 zu konstituieren und bis zum 31.03.2005 einen ebenfalls hauptamtlichen Vorstand der KZBV zu wählen.

Diese gesetzlichen Neuregelungen setzen somit voraus, dass im Jahre 2004 eine vollständige Neuwahl sämtlicher Vertreterversammlungen und Vorstände der KZVen auf neuer rechtlicher Grundlage erfolgt. Erforderlich hierfür ist somit zunächst, dass auf der Grundlage des erst im Jahre 2005 geltenden Rechtes neue Satzungen beziehungsweise Wahlordnungen beschlossen werden, die die näheren Einzelheiten des Verhältniswahlrechtes und insbesondere den konkreten Umfang der Vertreterversammlung regeln müssen. Diese Bestim-



Foto: Lopata

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz erzwingt für die KZVen auf Länder- und Bundesebene – hier die KZBV-Vertreterversammlung im November 2003 in Potsdam – neue Strukturen.

stand der KZV zu wählen. Ferner haben die Mitglieder der Vertreterversammlung bis zum 30.11.2004 die Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV zu wählen, wobei gemäß der Neufassung von § 80 Abs. 1 a SGB V der Vorsitzende und jeweils ein Stellvertreter des Vorsitzenden der KZVen gesetzlich bestimmte Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV sind, die in ihrem Umfang auf maximal 60 Mitglieder begrenzt wird. Die neu gewählte Vertreterversammlung der KZBV hat sich im Dezem-

mungen müssen notwendigerweise von den im Jahre 2004 noch amtierenden Vertreterversammlungen beschlossen werden. Sowohl nach altem als auch nach neuem Recht sind diese Bestimmungen Gegenstand der Satzungen der KZVen und bedürfen zu ihrer Rechtskraft der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde (§ 80 Abs. 1 SGB V). Für die Erteilung dieser Genehmigung ist – anders als in einer Vielzahl anderer Fälle im SGB V – keine besondere Frist vorgesehen. Es wird daher wesentlich auch

von der Dauer dieser Genehmigungsverfahren abhängen, ob die engen, für die Neuorganisation der KZVen im GMG vorgesehenen Fristen tatsächlich eingehalten werden können.

Erhebliche Kritik im Vorfeld

Diese Neuregelungen insgesamt sind bereits im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens auf erhebliche standespolitische Kritik gestoßen. Sie richtete sich unter anderem gegen die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines Verhältniswahlrechtes, da im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung anders als im vertragsärztlichen Bereich in der Vertreterversammlung nicht eine Vielzahl von deutlich abgrenzbaren Fachgruppen repräsentiert werden müssen. Hauptkritikpunkt ist allerdings die deutliche zahlenmäßige Verkleinerung der Vertreterversammlungen und Vorstände und dabei insbesondere die Bestimmung, dass die Vorstände der KZVen zukünftig hauptamtlich tätig sein müssen. Für die Praktikabilität dieser Bestimmungen und die zukünftige Akzeptanz der KZVen bei ihren Mitgliedern wird es sehr wesentlich darauf ankommen, ob unter Geltung dieser Bestimmungen weiterhin eine Führung durch Vorstände möglich sein wird, die mit aktiv tätigen Mitgliedern des Berufsstandes besetzt sind. Hierzu bestimmt die Neufassung von § 79 Abs. 4 Satz 4 SGB V, dass ein Zahnarzt, der in einen hauptamtlichen Vorstand gewählt wird, eine zahnärztliche Tätigkeit als Nebentätigkeit in begrenztem Umfang weiterführen oder seine Zulassung ruhen lassen kann. Diese gesetzlichen Bestimmungen sind interpretationsbedürftig, wobei die diesbezüglichen Materialien unergiebig sind. Nach ihrer sprachlichen Fassung lassen sie jedenfalls die Auslegung zu, dass auch zukünftig eine vertragszahnärztliche Tätigkeit neben einer hauptamtlichen Tätigkeit in einem Vorstand der KZV zulässig ist.

Hinsichtlich der bisherigen ehrenamtlichen Tätigkeit im Vorstand und den hierfür gezahlten Aufwandsentschädigungen hat das Bundessozialgericht (BSGE 86, 203 mit zustimmender Anmerkung von Schnapp, MedR 01, 269) anerkannt, dass diese Tätig-

keit zwar als ehrenamtlich bezeichnet würde, inhaltlich nach der satzungsgemäßen Aufgabenstellung der Vorstandsmitglieder aber so umfangreich sei, dass sie ungeachtet dessen in ihrer zeitlichen Inanspruchnahme weit über das hinaus ginge, was üblicherweise bei ehrenamtlicher Tätigkeit anfallt. Die Bezeichnung als Ehrenamt diene daher lediglich der Abgrenzung zu einem hauptamtlichen Anstellungsverhältnis. Die für die ehrenamtliche Tätigkeit vorgesehenen Zeitaufwandsentschädigungen könnten und müssten sich daher jedenfalls in einer Höhe gestalten lassen, mit denen eine entsprechende hauptamtliche Tätigkeit honoriert würde. Ebenso wie im Arbeitsrecht generell (BSGE 53, 65) steht daher auch insofern die bloße Existenz einer hauptamtlichen Tätigkeit grundsätzlich einer weiteren Tätigkeit nicht entgegen, soweit diese nicht nach Art und Umfang in dem jeweiligen Anstellungsvertrag ausgeschlossen ist.



Foto: goodshoot

Gerade eine Beschäftigung von Vertragszahnärzten in den Vorständen der KZVen erscheint zudem deswegen geboten, weil die Vertreterversammlungen gem. § 79 Abs. 6 Satz 2 SGB V i.d.F. des GMG bei der Wahl der Vorstandsmitglieder darauf zu achten haben, dass diese die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen. Die damit auch gesetzlich geforderte fachliche Eignung zur Detailbeurteilung der Verhältnisse im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung setzt eine unmittelbare Sachkenntnis voraus, die aktuell nur durch eine vertragszahnärztliche Tätigkeit zu erlangen beziehungsweise zu erhalten ist. Es erscheint ferner bereits zweifelhaft, ob die bisherige Rechtsprechung

des Bundessozialgerichts zur zahnärztlichen Nebentätigkeit neben einer vertragszahnärztlichen Zulassung auf eine Tätigkeit in einem hauptamtlichen Vorstand grundsätzlich anzuwenden ist. Selbst in diesem Falle würde diese einer solchen Tätigkeit aber nicht entgegenstehen. Das BSG hat insofern zwar bei einer vergrößernd-typisierenden Betrachtung eine Nebentätigkeit von zirka 13 Wochenstunden als maximal zulässig bezeichnet, wobei es aber ausdrücklich ausgeführt hat, dass eine große Bandbreite möglicher vertragszahnärztlicher Tätigkeit anzuerkennen sei, so dass eine generell gültige zeitliche Grenze für eine danach unschädliche Nebentätigkeit nicht definiert werden könne. Vielmehr seien gegebenenfalls fachspezifische oder regionale Unterschiede zu berücksichtigen (BSGE 89, 134). Wenn nach der oben genannten Rechtsprechung des BSG bereits die bisherige, ehrenamtliche Tätigkeit in den Vorständen einen

Das GMG als Kostendämpfungsgesetz im Gesundheitswesen? Eine Vielzahl neuer Reglementierungen und Aufgaben, die Bildung eines Gemeinsamen Bundesausschusses und die Schaffung eines Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit stellen in Frage, ob diese Rechnung des Gesetzgebers aufgehen wird.

Zeitaufwand erforderlich gemacht hat, der einer hauptamtlichen Tätigkeit entspricht, ohne dass diese einer vertragszahnärztlichen Zulassung entgegensteht, kann eine bloß formale Umstellung auf eine Tätigkeit auf der Grundlage eines Anstellungsvertrages auch weiterhin einer parallelen vertragszahnärztlichen Zulassung nicht entgegenstehen. Es wird daher sehr wesentlich von den konkreten Inhalten der Anstellungsverträge mit hauptamtlichen Vorständen abhängen, inwieweit diese daneben ihre vertragszahnärztliche Zulassung weiterhin werden ausüben können.

Welche eminente Bedeutung der Beantwortung dieser Frage für die zukünftige Handlungsfähigkeit der KZVen zukommt,

verdeutlicht insbesondere die zum 01.01.2005 neu gefasste Bestimmung des § 80 Abs. 1 a SGB V, wonach die Vorsitzenden und jeweils ein Stellvertreter der Vorsitzenden der KZVen zugleich Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV sind. Da die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV zugleich auf maximal 60 begrenzt wird und die Zahl der KZVen sich im Jahre 2005 auf 17 reduzieren wird, sind daher in jedem Falle 34 Sitze in der Vertreterversammlung der KZBV durch hauptamtliche Vorstände der KZVen besetzt. Diese verfügen somit insgesamt in der Vertreterversammlung der KZBV in jedem Falle über die absolute Mehrheit. Die Vertreterversammlungen, auch diejenige der KZBV, sind jedoch zukünftig gemäß der Neufassung von § 79 Abs. 1 SGB V die allein verbleibenden Selbstverwaltungsorgane der KZVen. Nur ihnen kommt die Kompetenz zur Rechtsnormsetzung mit verbindlicher Wirkung für ihre Mitglieder und damit im Ergebnis für alle Vertragszahnärzte zu. Wenn die Vertreterversammlung der KZBV zukünftig faktisch von nicht Berufsangehörigen dominiert würde, könnte nicht mehr von einem tatsächlichen Selbstverwaltungsorgan die Rede sein und die für eine Funktionsfähigkeit der KZVen erforderliche Akzeptanz der Bestimmungen im Berufsstand wäre infolge einer gegebenenfalls nicht mehr ausreichenden Berücksichtigung der fachlichen Gegebenheiten gerade dieses Berufsstandes nicht mehr gewährleistet.

Bildung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zum 01.01.2004 werden die bisherigen Bundesausschüsse der Ärzte beziehungsweise Zahnärzte und Krankenkassen gemäß § 91 SGB V, der Ausschuss Krankenhaus gemäß § 137 c SGB V und der Koordinierungsausschuss gemäß § 137 e SGB V zu einem Gemeinsamen Bundesausschuss zusammengefasst, der die Aufgaben der bisherigen Einzelausschüsse wahrzunehmen hat und dabei nach näherer Maßgabe des neu gefassten § 91 SGB V je nach der zu behandelnden Thematik in unterschiedlichen Besetzungen zu agieren hat. Der Gemein-

same Bundesausschuss wird sich durch einen Zuschlag für jeden Krankenhausfall und eine zusätzliche Anhebung der Vergütungen für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung um einen bestimmten vom Hundertsatz finanzieren. Durch die Bildung eines gemeinsamen Ausschusses soll ausweislich der Begründung zum GMG eine einheitliche Bewertung sektorübergreifender Behandlungen sichergestellt werden.

Dieser Aspekt trifft jedoch gerade auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht zu, da diese regelmäßig nicht in sektorübergreifende Behandlungen einbezogen ist. Dementsprechend hat auch der bisherige Koordinierungsausschuss in diesem Bereich keinerlei Tätigkeit entfaltet. Es wird sich noch

Mit dem GMG zeigt sich der Gesetzgeber in Sachen Datenspeicherung im Vergleich zum „Volkszählungsurteil“ des Bundesverfassungsgerichtes von 1983 wenig sensibel: GKV-Abrechnungsdaten werden künftig bundesweit, zahnarzt- und versichertenbeziehbar, leitungsbereich- und krankenkassenübergreifend zusammgeführt. Eine gesetzliche Eingrenzung der Verwendungszwecke dieses „Datenpools“ erfolgt nicht.



erweisen müssen, ob der neugeschaffene Gemeinsame Bundesausschuss den Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung Rechnung tragen können. Die Sonderbestimmungen in § 91 Abs. 6 SGB V hinsichtlich der Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses in Fragestellungen der vertragszahnärztlichen Versorgung umfassen in den dort aufgeführten Einzelfällen allerdings nicht ausdrücklich das gesamte Spektrum der in diesem Bereich erforderlichen Tätigkeiten. Zurzeit besteht allerdings Einvernehmen zwischen den den Gemeinsamen Bundesausschuss tragenden Organisationen, dass in vollem Umfang eine sachgerechte Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch Regelungen zur Geschäftsverteilung sichergestellt werden kann. Es wird sich erweisen müssen, ob

diese Bewertung praktisch umgesetzt und eine sachgerechte Handlungsfähigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten bleiben kann.

Neuorganisation der Prüfungsausschüsse

Aufgrund einer Neufassung von § 106 Abs. 4 SGB V werden die paritätisch besetzten Prüfungsausschüsse zukünftig von einem unparteiischen Vorsitzenden geleitet, der im Zweifelsfalle, ebenso wie der Sitz des Prüfungsausschusses entweder bei der KZV oder bei einem Landesverband der Krankenkassen, von der Aufsichtsbehörde bestimmt wird. Gemäß § 106 Abs. 4 a SGB V müssen die Prüfungsausschüsse eine Ge-

schaftsstelle errichten. Diese und nicht mehr die Prüfungsausschüsse selber sollen die für die Prüfung erforderlichen Daten und Unterlagen aufbereiten und Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalte treffen. Die Geschäftsstelle soll einen Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen dem Prüfungsausschuss zur Entscheidung vorlegen. Das Nähere zur Geschäftsführung kann das BMGS durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates regeln. Obwohl diese Bestimmungen ausweislich der Begründung des GMG gerade eine effizientere Arbeitsweise gewährleisten und interessengeleitete Entscheidungen zu Gunsten einer Seite verhindern sollen, beinhaltet insbesondere die ausgeweitete Regelungskompetenz des BMGS und die weitge-

hende Verlagerung der Prüfungstätigkeit vom Prüfungsausschuss selber in die Geschäftsstelle im Gegenteil eine Entprofessionalisierung der Tätigkeit der Prüfungsausschüsse. Auch diese Bestimmungen verdeutlichen die generelle Tendenz des GMG, die Fachkompetenz von Vertragszahnärzten in der gemeinsamen Selbstverwaltung zu Gunsten einer starken Betonung formaler Verwaltungsverfahren zurückzudrängen. Bei dieser Verlagerung der Schwerpunktsetzung hat der Gesetzgeber es offenbar in deutlich geringerem Umfang als in der Vergangenheit für erforderlich angesehen, dass die Verwaltungsentscheidungen unter möglichst weitgehender Berücksichtigung der fachlichen Gegebenheiten getroffen und daher von den Adressaten auch nachvollzogen und akzeptiert werden können.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Gemäß § 139 a SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu gründen. Dieses soll auf Gebieten grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, insbesondere auf den Gebieten Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes, zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten, bei der Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen, der Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten sowie der Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Information zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung tätig werden. Auch dieses Institut soll wiederum durch entsprechende Vergütungszuschläge finanziert werden. Auch diese Bestimmungen verdeutlichen die Tatsache, dass das GMG nicht zu einer Deregulierung des bereits bisher kaum noch zu durchschauenden Systems der GKV

zm-Info

In der dritten und abschließenden Folge unserer Vorstellung der Neuregelungen des GMG in zm 1/2004 werden die Bestimmungen zur Einführung eines befundorientierten Festzuschussystems erläutert.

führt, sondern im Gegenteil weitere Steuerungsmechanismen und Institutionen eingeführt. Dies ist im vorliegenden Falle um so problematischer, als eine klare Abgrenzung der Aufgaben und Kompetenzen des Institutes und der Bindungswirkung von dessen Aussagen gegenüber anderen Institutionen nicht stattfindet. Ebenso wie bereits beim bisherigen Koordinierungsausschuss gemäß § 137 e SGB V bezieht sich der Aufgabenbereich des Institutes allerdings im Wesentlichen auf Fragestellungen, die nicht den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung tangieren. Es ist daher davon auszugehen, dass dieses Institut, ebenso wie bereits der Koordinierungsausschuss, in diesem Bereich aus faktischen Gründen keine wesentliche Tätigkeit entfalten können.

Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz

In den §§ 303 a bis f SGB V werden umfangreiche neue Institutionen und Verfahren zur „Datentransparenz“ aufgenommen. Insbesondere sind dabei eine Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV, eine Vertrauensstelle für Leistungs- und Abrechnungsdaten und eine Datenaufbereitungsstelle vorgesehen, an die von der Vertrauensstelle zu pseudonymisierende Abrechnungsdaten bundesweit zu übermitteln sind. Durch diese Verfahren soll eine bundesweite, zahnarzt- und versichertenbeziehbare, leistungsbereich- und krankenkassenübergreifende Zusammenführung sämtlicher Abrechnungsdaten für alle GKV-Versicherten erfolgen. Die Abrechnungsdaten werden zunächst von den KZVen und allen übrigen Leistungserbringern im GKV-System an die Vertrauensstelle übermittelt, bei der diese pseudonymisiert und sodann an die Daten-

aufbereitungsstelle weiter übermittelt werden. Diese hat sodann in einem gesetzlich nicht näher geregelten Verfahren eine Aufbereitung der Daten und eine Übermittlung an die auswertungsberechtigten Stellen, unter anderem auch an die jeweilige Organisation der Leistungserbringer vorzunehmen. Die in diesem Zusammenhang in § 303 f SGB V geregelten Nutzungszwecke sind dabei so weitgehend gefasst (zum Beispiel Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner oder Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung), dass damit praktisch jegliche Nutzung gerechtfertigt werden kann.

Durch die neu aufgenommenen Bestimmungen zur Datentransparenz soll eine quasi lebensbegleitende Gesamtdokumentation der Erkrankungen und der diesbezüglichen Behandlungen jedes einzelnen Versicherten erreicht werden. Die Dokumentation soll sich auf alle Leistungsbereiche beziehen und periodenübergreifend ausgestaltet werden. Eine Löschung der Daten ist zu keinem Zeitpunkt vorgesehen, so dass eine zeitlich unbegrenzte Dokumentation erfolgen wird. Eine gesetzliche Eingrenzung der Zwecke dieser, nahezu die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik umfassenden Datensammlung erfolgt nicht. Diese Bestimmungen und insbesondere die Tatsache, dass diese dem Vernehmen nach umfänglich mit den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder abgestimmt worden sind, verdeutlichen die reduzierte Sensibilität des Gesetzgebers und offenbar auch der Öffentlichkeit hinsichtlich derartiger Datensammlungen auch hinsichtlich besonders sensibler Gesundheitsdaten, durch die Auswertungs- und Kontrollmöglichkeiten eröffnet werden, die weit über das hinausgehen, was seinerzeit im so genannten „Volkszählungsurteil“ des Bundesverfassungsgerichtes im Jahre 1983 (BVerfGE 65, 1) zur Ausprägung des grundrechtlich geschützten Begriffes der „informationellen Selbstbestimmung“ geführt hat.

*Dr. Thomas Muschallik
Universitätsstraße 73, 50931 Köln*

Neuer Bema ab 1. Januar 2004 in Kraft

Kostenneutrale Änderungen

Die im Juni und November dieses Jahres vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Änderungen des „Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen“ (Bema) treten mit Wirkung zum 1. Januar 2004 in Kraft. Das nach mehrjährigen Verhandlungen verabschiedete Regelwerk ist, so die KZBV in einem Rundschreiben an die Länder-KZVen, angesichts „der gesetzlichen Budgetzwänge eine kostenneutrale Umrelationierung des alten Bewertungsmaßstabes“.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat seinen gesetzlichen Auftrag aus § 87 SGB V erfüllt, die Leistungen „entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung“ zu bewerten. Nach langer und intensiver Vorarbeit wurden die Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen am 4. Juni und 5. November 2003 beschlossen.

Ursprünglicher Termin für die Umsetzung des Gesetzesauftrages war der 31. Dezember 2001. Nach Ablauf der Frist rief das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Mitte Januar 2002 den Erweiterten Bewertungsausschuss an, der qua Gesetz den Bewertungsmaßstab innerhalb von sechs Monaten hätte festsetzen müssen. Eine Aufgabe, so waren sich alle Beteiligten – Unparteiische wie auch die Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen – schnell einig, die innerhalb des gesetzten Zeitrahmens nicht zu lösen war.

In dem schließlich im Juni und November dieses Jahres erzielten Ergebnis wurden mit Blick auf die gesetzlichen Budgetzwänge die Bewertungen der zahnärztlichen Leistungen auf der Grundlage arbeitswissenschaftlicher Studien verändert, der bestehende Maßstab wurde kostenneutral umrelationiert. Dies bedeutet, so die KZBV, „eine Aufwertung zahnerhaltender Maßnahmen und eine Abwertung prothetischer, kieferorthopädischer und parodontologischer Leistungen“. Darüber hinaus wurden einige neue Leistungen bei gleichzeitiger Ausgliederung von alten Leistungen in den Bewertungsmaßstab einbezogen und einige Leistungsbeschreibungen verändert. Das von der KZBV verfolgte Ziel, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu präzisieren



Foto: eifmex

und zum Teil einzuschränken, war nur auf der Grundlage der geltenden gesetzlichen Regelungen möglich.

Implantologische Leistungen in den Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V wurden nicht in den Bewertungsmaßstab einbezogen, sondern in den Bewertungsausschuss zurückverwiesen. Die Beratungen zu dieser Thematik werden fortgesetzt.

Gültig für Primär- und Ersatzkassen

Die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Änderung des Bewertungsmaßstabes stehende Neufassung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen wurde am 4. Juni und 24. September 2003 beschlossen und tritt ebenfalls zum 1. Januar 2004 in Kraft. Bei der Beschlussfassung dieser Richtlinien für Allgemeine Behandlung, Individualprophylaxe, Früherkennungsuntersuchung, Kieferorthopädie und Zahnersatz wurde sichergestellt, dass die Inhalte, insbesondere die Grenzen der Leistungspflicht, mit denen des Bewertungsmaßstabes übereinstimmen. Das BMGS hat die Richtlinien nicht beanstandet. Eine für die zahnärztliche Praxis wichtige Konsequenz der Regelungen ist,

dass mit In-Kraft-Treten des neuen Bema und der neuen Richtlinien ab Januar 2004 die Begrenzung des Honoraranspruches bei Mehrkostenvereinbarungen gemäß § 87 a SGB V entfällt. Somit findet ab Januar 2004 die Gebührenordnung für Zahnärzte bei Mehrkostenvereinbarungen ohne Einschränkung Anwendung.

Der neue Bewertungsmaßstab umfasst die Bereiche:

- Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen (Teil 1),
- Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe) (Teil 2),
- Kieferorthopädische Leistungen (Teil 3),
- die systematische Behandlung von Parodontopathien (Teil 4),
- sowie die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Teil 5).

Zahnärztliche Leistungen, die in den Teilen 1 bis 5 des Bewertungsmaßstabes nicht aufgeführt sind, können nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte – nicht mehr nach der GOÄ 1965 – abgerechnet werden. Vorausgesetzt, es handelt sich um Leistungen, die im Rahmen der Ausübung der Zahnheilkunde erbracht werden.

Die beschlossenen Regelungen des neuen Bema gelten künftig für Primärkassen und Ersatzkassen. Sie ersetzen die bisherigen Ersatzkassen-Gebührentarife und sind künftig Anlage zum Bundesmanteltarifvertrag (BMV-Z) sowie zum Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag (EKVZ). mn/KZBV

zm-Info

Der neue Bema im Wortlaut

Den neuen „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen“ (Bema) finden Sie im Wortlaut in den „Bekanntmachungen“ dieser Ausgabe ab Seite 98.

Eine kostenlose, volltextsuchfähige CD-ROM zum neuen Bema (siehe dazu zm 22/2003, Seite 22) kann online unter www.kzbv.de bestellt werden.

Die Dateien der CD-ROM stehen dort auch als Download zur Verfügung.

CDU-Parteitag in Leipzig

„Wat mut, dat mut“

Knapp 90 Sekunden Beifall für den CSU-Vorsitzenden Edmund Stoiber, aber minutenlange stehende Ovationen für CDU-Chefin Angela Merkel: Der Parteitag der Christdemokraten (30. 11. bis 2. 12. 2003 in Leipzig) stand, trotz vorheriger Differenzen mit der CSU, mit überwältigender Mehrheit zur von der CDU-Vorsitzenden propagierten Sozialreform.

Angela Merkels Bericht war lang, machte den rund 1 000 Delegierten Mut, verlangte der CDU aber auch viel ab: Die Reformvorschläge der „Herzog-Kommission“ – Alt-Bundespräsident Roman Herzog flankierte die Forderungen seiner Parteivorsitzenden – wurden trotz Vorab-Kritik auch innerhalb der Partei mit überwältigender Mehrheit verabschiedet. Also ein klares Votum gegen die von Rot-Grün favorisierte „Bürgerversicherung“ für ein „Pauschalprämienmodell“. „Wat mut, dat mut“, kommentierte die im Norden Deutschlands beheimatete Vorsitzende Merkel das „größte und umfassendste Reformpaket, das es in der CDU seit langem gegeben hat“. Ein „Herumdoktern an den bestehenden Systemen“ reiche nicht aus, „Neuland“ müsse betreten werden.

Chancen für mehr als „Opting-out“

Umgestellt werden soll so schnell wie möglich. Die Versicherten sollen keine lohnbezogenen GKV-Beiträge zahlen, sondern einen Grundbeitrag von monatlich 180 Euro plus einen Vorsorgebeitrag von 20 Euro. Der Grundbeitrag sichere, so die CDU im Leitantrag, „unveränderte Einnahmen, so dass der heutige Leistungskatalog einschließlich Krankengeld sowie Zahnbehandlung finanziert und erhalten werden kann“. Dennoch gibt es, so die Einschätzung des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp nach Gesprächen, die er auf dem Parteitag in Leipzig führte, in der CDU „deutliche Chancen für mehr als nur ein ‘Opting-Out’ der Zahnbehandlung, wenn man von Zahnärzteseite aus die Spezifika zahnärztlicher Behandlung und die Vor-

teile einer Herausnahme vernünftig einbringt“. Laut Vorstellungen der CDU soll der Arbeitgeberbeitrag zur GKV bei 6,5 Prozent der Bruttolohn- und -gehaltssumme eingefroren, ausbezahlt und versteuert werden. Kinder blieben beitragsfrei, die Kosten wie auch ein sozialer Ausgleich für Geringverdiener sollen aus Steuermitteln erbracht werden. 28 Milliarden Euro wird die Neustrukturierung laut CDU-Rechnung kosten. Die Versteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrages erbringe 18 Milliarden. Die zusätzlichen zehn Milliarden sollen Wachstumsimpulse aus der Entkopplung der Arbeitskosten bringen: Der Sachverständigenrat habe einen Effekt von einer Million Arbeitsplätze zusätzlich errechnet. Zusammen mit einem vereinfachten Drei-Stufen-Steuermodell sowie deutlichen Veränderungen in der Pflege- und Rentenversicherung soll Deutschland seinen Weg aus der Misere finden. Medizinischer Fortschritt müsse für die gesamte Gesellschaft zugänglich und finanzierbar bleiben, inklusive sozialem Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Beziehern höherer und niedriger Einkommen sowie Alleinstehenden und Familien. Gestärkt werden sollen Eigenbeteiligung und Selbstverantwortung der Versicherten. Das Verhältnis zwischen Solidarität und Eigenverantwortlichkeit gehöre neu austariert. Es bleibe bei der freien Arzt- und Krankenhauswahl.

Wichtig sei, dass die Reform die Wachstumsdynamik des Gesundheitswesens nicht behindert, sondern einen Beitrag für mehr Arbeitsplätze in diesem Bereich leistet. Eine zukunftsorientierte Reform des Gesundheitswesens erfordere mehr Wettbewerb,



Foto: dpa

Eine Hilfe zum „Knacken harter Nüsse“: Die CDU-Vorsitzende Angela Merkel auf dem Leipziger Parteitag.

Transparenz, Effizienz, Eigenverantwortung, Qualitätssicherung und Demografiefestigkeit, der Versicherte brauche mehr Entscheidungsfreiheit. Jeder solle selbst entscheiden können, „ob er einen Standardversicherungsschutz, gegen einen höheren Beitrag zusätzliche Leistungen finanzieren oder durch höhere Selbstbeteiligung seinen Krankenkassenbeitrag reduzieren will“.

Die CDU will nicht nur die fälschungssichere elektro-

nische Gesundheitskarte, sondern auch die elektronische Patientenakte einführen. Im ambulanten Bereich soll das Kostenerstattungsprinzip Regelfall, das Sachleistungsprinzip zur Ausnahme werden.

Zur Prävention: Die Prämiengestaltung der GKV soll Elemente der Beitragsrückerstattung einbinden. Regelmäßige Vorsorgemaßnahmen, die ständigen Effizienzprüfungen unterzogen werden müssen, sollen durch einen „Präventions-Bonus“ belohnt werden. Prävention sei zu einer gleichberechtigten Säule neben der Kuration, Rehabilitation und Pflege auszubauen.

Zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgungen soll durch Liberalisierung des Vertragssystems der Wettbewerb ausgeweitet werden: „Dabei sind auch die künftige Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ausgestaltung der fachärztlichen Versorgung und die Verantwortlichkeit für den Sicherstellungsauftrag nach zeitgemäßen Erfordernissen präzise zu definieren und festzulegen“ heißt es im Leitantrag der CDU. Auch im Bereich der privaten Krankenversicherung sei der Wettbewerb durch die Schaffung von Wechselmöglichkeiten zu stärken, „um es dem Bestandskunden zu erleichtern, eine für ihn günstigere Versicherung zu wählen“. Insbesondere sei sicherzustellen, dass eine Mitnahme der Kapitalrückstellung möglich ist. Ein großes Aufgebot der CDU, das in der Öffentlichkeit deutlich wahr genommen wurde. mn

SPD-Parteitag

Klares Votum für die „Bürgerversicherung“

Harald Clade

Der Ordentliche Bundesparteitag der SPD (vom 17. bis 19. November im Kongresszentrum zu Bochum) hat sich im Leitantrag fast einstimmig (lediglich eine Gegenstimme) für eine grundlegende Erneuerung der Sozialleistungssysteme auf der Basis des Modells der Bürgerversicherung ausgesprochen. Nach diesem Modell sollen alle Bürger – künftig also auch Beamte, Angehörige der Freien Berufe und Selbstständige – der gesetzlichen Versicherungspflicht sowohl in der gesetzlichen Kranken- als auch in der Rentenversicherung unterworfen werden. Zugleich soll dem Beschluss zufolge geprüft werden, wie neben den Erwerbseinkommen auch andere Einkommensarten bei der GKV-Finanzierung berücksichtigt werden müssen.

Der Parteitag änderte mit 187 zu 136 Stimmen den Vorstandsbeschlussantrag und die Empfehlungen der Antragskommission ab, sodass nicht mehr das Ob, sondern vielmehr nur noch das Wie der Einbeziehung anderer Einkunftsarten geprüft werden soll. Die SPD ließ offen, ob neben der Einkunftsart unselbständige Tätigkeit künftig auch Kapitalerträge, beispielsweise Zinsen, sowie Mieten und Pachten, und andere Einkunftsarten der Erhebungspflicht unterworfen werden sollen. Der Beschluss stellt klar, dass es nicht nur um eine Erweiterung der Versicherungspflicht und um eine Erhöhung beziehungsweise völlige Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung gehen soll, sondern vielmehr auch die gewachsenen Strukturen auf den Prüfstand der Reform gehoben werden sollen.

Bundeskanzler Gerhard Schröder betonte vor den 517 Delegierten, bei allen wichtigen innenpolitischen Reformvorhaben einen offenen Dialog mit allen relevanten gesellschaftlichen Gruppen zu eröffnen – die Selbständigen und Freien Berufe hatten im SPD-Parteitagplenar aber keine Lobby. Die Beschlüsse zur Renten- und Gesundheitsreform sowie zur Steuerreform zielen eindeutig gegen die Interessen der Freien Berufe und Selbstständigen, führen zu einer erneuten spürbaren Belastung. Die SPD war darum bemüht, sich künftig nicht nur als bloße Umverteilungspartei und als Interessenwahrer der „kleinen Leute“ zu gerieren. Nachhaltige Investitionen in die Bereiche

Bildung, Familie und Soziale Sicherungssysteme seien lohnend. Dies sei eine entscheidende Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe. Die SPD baut unverändert auf einen starken, aber zunehmend schlanker werdenden Staat.

Ein nachdenklicher Kanzler: Nur mit Mühe gelang dem SPD-Parteivorsitzenden Gerhard Schröder auf dem Bochumer Parteitag die Einigung mit der Parteibasis.



Fotos: dpa

„Zukunftsprogramm Gesundheit“

Die Delegierten forderten ein „Zukunftsprogramm Gesundheit“, dem die Sozialdemokraten ihren Stempel aufdrücken müssten. Kanzler Schröder und der Bundeswirtschafts- und -arbeitsminister Wolfgang Clement warben dafür, den Wirtschaftsstandort Deutschland zu verbessern und die Bildungsressourcen in einem rohstoffarmen Industrieland wie der Bundesrepublik Deutschland zu mobilisieren. Kurzfristig müssten die Kassenbeiträge um mindestens zwei Prozentpunkte gesenkt und der Ren-

tenversicherungsbeitrag trotz dramatischer Demografiekomponente stabil gehalten werden.

Die Partei tut sich immer noch schwer mit einem von den Linken geforderten raschen Umbau der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung und mittelfristig auch der Pflegeversicherung. Es gäbe für einen völligen Neuentwurf weder einen Anlass noch die finanziellen Möglichkeiten. Der mit nur 52,8 Prozent wiedergewählte Generalsekretär der Partei, Olaf Scholz, Hamburg, sagte, eine Steuerfinanzierung der Sozialversicherung sei nicht finanziell darstellbar. Zu einem aus dem Ruder laufenden Staatshaushalt kämen noch weitere 350 Milliarden Euro je Jahr hinzu, wenn die Finanzierungs-

last der Sozialversicherung auf die Steuer gepackt würde. Für die SPD gibt es zum Modell Bürgerversicherung als Reformoffensive zumindest für die Kranken- und Rentenversicherung keine praktikable Alternative. Der Weg in eine Privatisierung sei der falsche Weg. Eine Umstellung sei finanziell nicht darstellbar. Die SPD sagte dem Kopfprämienmodell à la Herzog-Kommission oder des Sachverständigen Rürup nach, es führe direkt in eine Zweiklassenmedizin, die die Einkommensschwachen vom medizinischen Fortschritt abkoppelt und die Höherverdienenden und Reichen bevorteilt. Bundesgesundheits- und Sozialministerin

Ulla Schmidt mahnte: Medizinisch notwendige Leistungen müssten auch in Zukunft unabhängig vom Einkommen und vom Alter allen Bürgerinnen und Bürgern zukommen und solidarisch gesichert werden.

Im Grunde ist das Bürgerversicherungsmodell, das auch von dem Ulla Schmidt-Berater Prof. Karl W. Lauterbach, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln, entwickelt wurde, die Fortsetzung der Forderungen von Rudolf Dressler, dem früheren SPD-Parteivorstandsmitglied und Chefsozialpolitiker der Sozialdemokraten. Die SPD will die Bürgerversicherung mit einer erweiterten Bemessungsbasis für die Beiträge auch dadurch neu positionieren, dass die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV angehoben wird – möglichst auf das Niveau der Rentenversicherung. Nur mit knapper Mehrheit setzte sich die Parteispitze in ihrem Votum durch, am wettbewerblichen Nebeneinan-

Vereinigungen, müssten aufgehoben werden, heißt es im Beschluss. Während die SPD-Linke für einen raschen Übergang zur Bürgerversicherung eintrat, legten sich Schröder und Scholz dagegen auf ein behutsames Vorgehen fest, denn jetzt dürfe „kein Fehler mehr passieren“. Es müsse der Weg festgelegt werden, der beschritten werden solle. Evident ist für die SPD, dass auch die private Krankenversicherung in den umlagefinanzierten Solidarausgleich und in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden müssten. Ulla Schmidt forderte, dass in der privaten Krankenversicherung künftig die Alterungsrückstellungen bei einem Versicherungswechsel dem Versicherten mitgegeben werden sollten. Der Parteitag empfahl eine stufenweise Ausweitung der Rentenversicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen, also auch auf die Selbstständigen und freien Berufe. Die eigenfinanzierten und nicht steuersubventionierten Al-



Die Wegmarken zur Erneuerung der Sozialleistungssysteme wurden von der Parteilinken deutlich mitgeprägt. Selbständige und Freiberufler hatten auf diesem Parteitag keine Lobby.

der von gesetzlichen Krankenkassen und privater Krankenversicherung festzuhalten. Wenn schon die privaten Versicherungen toleriert werden sollen, so sollen sie sich einem offensiven Wettbewerb stellen. Schröder mahnte, hier keinen Konfrontationskurs zu steuern.

Anbietermonopole aufheben

Mit kartellähnlichen Strukturen im Gesundheitswesen will sich die SPD nicht weiter abmühen. „Anbietermonopole“, wie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen

terseinrichtungen der freien Berufe („Altersvorsorgewerke“) müssten in die gesetzlichen Alterssicherungssysteme überführt werden.

Die Ausdehnung der Gewerbesteuerpflicht auf die freien Berufe, die der Parteitag für richtig hält, ist so gut wie beschlossen. Die Selbstständigen und Freiberufler wurden gebrandmarkt, sie könnten fast alle Betriebsausgaben ohnedies von der Einkommensteuer absetzen und trügen nicht solidarisch zum Steueraufkommen bei.

*Dr. rer. pol. Harald Clade
Kreuzstraße 56
50226 Frechen*

Bild am Sonntag-Aktion

„Top-Zahnexperten am Telefon“

Bild am Sonntag, mit 2,1 Millionen Auflage Deutschlands größte Sonntagszeitung, lud „Top-Zahnexperten“ zur Telefonaktion. Thema der zweistündigen Hotline am Mittag des 16. November: die Folgen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) für Zahnärzte und ihre Patienten. KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsmitglied Dieter Krenkel, Professor Andrej Kielbassa von der Berliner Charité und die Kinderzahnärztinnen Dr. Tania Roloff und Monika Quick-Arntz aus Hamburg „BILDeten“ sich selbst ihre Meinung über das, was Deutschlands Bams-Leser bewegt.

„Es handelt sich hier leider nicht um eine wirkliche Reform, sondern um ein Kostendämpfungsgesetz. Wir werden in kurzer Zeit noch eine Reform brauchen. Aber dann eine echte.“ So resümierte der amtierende KZBV-Vorsitzende Fedderwitz im redaktionellen Anriss zur Telefonaktion die Sachlage der ab Januar anstehenden Änderungen. In der Tat: Der überparteiliche Kompromiss des GMG zeigt keinen klaren Weg auf und scheint Deutschlands Patienten zu verunsichern. Nur wenige wissen

konkret, was sie im nächsten Jahr erwartet. Fedderwitz zur Bams: „Viele Gespräche, die Kollegen im Moment führen, drehen sich nicht wie sonst um Vorbeugung oder Behandlung, sondern um die Folgen der Reform.“ Sein Beispiel: Obwohl es das Problem des Doktor-Hopping in der Zahnmedizin nicht gebe, soll die zur Regulierung eingesetzte Praxisgebühr auch in Zahnarztpraxen gezahlt werden. „Das ist kontraproduktiv.

Ausgerechnet die Menschen, die auf ihre Zähne achten und mehrmals jährlich zur Kontrolle gehen, werden zur Kasse gebeten.“

Die vom Gesetzgeber auferlegte Geldeintreiberei in den Zahnarztpraxen soll zur Rettung der Krankenkassen beitragen: „Die Gebühr wird nicht für den Zahnarzt, sondern für die Krankenkasse erhoben. Deshalb sollte sie eigentlich besser ‘Kassengebühr’ heißen. Ihre Einführung ist mit großem bürokratischem Aufwand verbunden“, klärte KZBV-Vorstandsmitglied Krenkel entsprechend einen Anrufer über das Verfahren in Sachen „Praxisgebühr“ auf.

Dass sich Deutschlands „Bild am Sonntag“-Leser intensiv Gedanken um ihre Mundgesundheit machen, zeigte die Resonanz auf das Hotline-Angebot. Krenkel zu dem Telefon-Marathon: „Das reichte von der Kleinkind-Prophylaxe über Bleaching bis zur Wurzelbehandlung. Ein reges Interesse und

Info-Aktion für über zwei Millionen Bild-am-Sonntag-Leser: Promis schaffen Aufmerksamkeit, Experten stehen Rede und Antwort.



beachtliches Verantwortungsbewusstsein“, so das KZBV-Vorstandsmitglied, „wie wir es auch aus der Praxis kennen.“

Ratschläge zur Vorsorge

In vielen Fällen konnten Zweifel ausgeräumt und Ratschläge zur Vorsorge gegeben werden: „Weißliche Entkalkungslinien oder hellbraune Flecken an den Vorderzähnen sind erste Anzeichen für Karies,“ klärte Kinderzahnärztin Roloff Mütter von Kleinkindern auf. Oder Prof. Kielbassa zu nicht schmerzenden Entzündungsherden: „Die chronische Entzündung verursacht oft keine Beschwerden, kann aber akut werden und ist behandlungsbedürftig, da sie das Immunsystem konstant beschäftigt.“ Guter Rat, der bei Millionen von Lesern Schlimmeres vermeiden kann.

Dennoch ging es nicht nur um Zahnmedizinisches. Die Ungewissheit über das, was das



Mit sichtlichem Vergnügen am BamS-Telefon: KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz

GMG bringt, brannte den Bild-Lesern unter den Nägeln. Undifferenzierte Pauschalausgaben verschiedener Krankenkassen zu zahnärztlichen Leistungen ab 2004 stiften immer noch Verwirrung. Fragen wie „Meine

Kasse sagt, dass Zahnersatz nächstes Jahr billiger wird. Stimmt das?“ erforderten klare und knappe Antworten. Dazu KZBV-Chef Jürgen Fedderwitz: „Grundsätzlich wird Zahnersatz etwas preiswerter, weil die Honorare der Zahnärzte in diesem Bereich nächstes Jahr im Durchschnitt um etwa acht Prozent gesenkt werden. Das Honorar macht hier etwa 35 Prozent der Kosten aus, bei 1000 Euro also 350 Euro Honorar. Davon zahlt die Kasse in der Regel mindestens die Hälfte. Deshalb spart der Patient etwa zehn bis 15 Euro. Aber: Wurden bislang von den Krankenkassen im Einzelfall keramische Kauflächenverblendungen bei Kronen und Brücken bezuschusst, so gilt das ab 2004 nicht mehr. Wer dann keramische Vollverblendungen haben will, muss künftig die Kosten dafür selbst übernehmen. Es kommt also auf den Einzelfall an“, meinte Fedderwitz und gab den wohl entscheidenden Rat: „Fragen Sie Ihren Zahnarzt.“ mn

Arzneimittelkommission Zahnärzte

Die Kommission feiert 50sten Geburtstag

1953 – das Jahr, das für die deutschen Zahnärzte besondere Bedeutung hatte. 2003 – das Jahr der Jubiläen. Nicht nur die Bundeszahnärztekammer konnte ihr 50stes Bestehen in diesem Jahr feiern, auch die Arzneimittelkommission Zahnärzte, die von BZÄK und KZBV gemeinsam getragen wird, wurde 50 und traf sich in einem festlichen Rahmen zur 100sten Sitzung in den Räumlichkeiten der Bundeszahnärztekammer in der Berliner Chausseestraße.

Man schrieb das Jahr 1953. Nachdem die Deutschen Ärzte im Vorjahr eine Arzneimittelkommission gegründet hatten, um in einem besonderen Gremium dem „Übel auf dem Arzneimittelmarkt“ ohne etabliertes Arzneimittelgesetz zu entgegnen und Arzneimittel bedingte Nebenwirkungen wissenschaftlich zu hinterfragen, haben auch die Zahnärzte diesen Entschluss zur Gründung einer entsprechenden Kommission aufgegriffen und umgesetzt. Der spätere Bundeszahnärztekammerpräsident Dr. Walter Knott war der erste Vorsitzende der Arzneimittelkommission Zahnärzte. Das Gremium bestand zur Hälfte aus Wissenschaftlern und praktisch tätigen Zahnärzten. Der Pharmakologe Prof. Klaus Soehring sowie der Kieferchirurg Prof. Dr. Dr. Hugo Forstmann waren von Anfang an dabei, und man beschloss schon damals, sich im Sinne der Qualitätssicherung zweimal jährlich zum Informationsaustausch zu treffen. Beiratsmitglieder waren Hochschullehrer der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aus den Fachbereichen Prothetik und Werkstoffkunde, Kieferorthopädie, Zahnerhaltungskunde und Parodontologie. Immer wieder gab es Aktuelles zum Thema Arzneimittelsicherheit zu bewältigen, aber erst im Jahre 1964 traf die erste Nebenwirkungsmeldung ein. Das Produkt Irgapyrin®, ein Analgetikum auf Pyrazolidinbasis hatte, so die Meldung, ein Zungenödem und Nesselsucht ausgelöst. In den folgenden Jahren noch schleppend, dann immer öfter meldeten Zahnärzte ihre „unerwünschten“ Beobachtungen zu Medikamenten und Materialien, die in der Zahnarztpraxis Anwendung fanden.



Fotos: BZÄK

Die Kommissionsmitglieder v.l.n.r.: Prof. Ott, Prof. Biffar, Dr. Bengel, Dr. Maschinski, Prof. Estler, Dr. Pfeffer, Dr. Albers, Dr. Dr. Stiller, Dr. Schindler, ZA. Krone

Die Entgegennahme von Nebenwirkungen wurde immer wichtiger, je mehr Präparate auf den deutschen Markt drängten und Apotheken und Notfallschränke in privaten Haushalten füllten. Bis heute sind über 2500 Meldungen eingegangen, bearbeitet und bewertet. Am häufigsten betroffen waren Analgetika, Antibiotika und Lokal-

anästhetika, wie Zahnarzt Michael Krone, zuständiger Abteilungsleiter für den Bereich AKZ, in seiner Festrede betonte. Eine Qualitätssicherung, wie sie besser nicht sein kann.

Ein Beispiel aus dem Alltag der AKZ

Vor einiger Zeit wurde durch einen Anruf bei den Zahnärztlichen Mitteilungen eine „Lawine“ ausgelöst. Ein Zahnarzt meldete seine Beobachtung, dass sein an Asthma leidender Sohn verstärkt Erosionen an den Labialflächen aufwies. Er vermutete, dass das verwendete Medikament dahinter steckte. Nun ging es los: Er reichte die Vermutung schriftlich bei der AKZ ein. Diese informierte die Arzneimittelkommission Ärzte. Das Thema wurde Tagungspunkt bei der nächsten Sit-



Michael Krone, Zahnarzt und seit vielen Jahren bei der Bundeszahnärztekammer tätig, koordiniert die Arzneimittelkommission Zahnärzte und ist in der Berliner Geschäftsstelle der BZÄK Ansprechpartner für niedergelassene Zahnärzte zum Thema Arzneimittel.



Akademischer Direktor Dr. Gerhard Maschinski ist eines der Gründungsmitglieder und hat 50 Jahre lang konstruktive Arbeit in der Arzneimittelkommission geleistet. Bekannt ist sein Buch über Arzneimittel in der Zahnheilkunde. Für dieses Jubiläum wurde er in der 100sten Sitzung geehrt, und es wurde ihm die allererste Nebenwirkungsmeldung gerahmt überreicht. (v.r.n.l.: Dr. Pfeffer, Dr. Maschinski, ZA Krone)

Fotos: zm

zung. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Allergologie wurden eingeschaltet. Über einen Aufruf in den zm suchte man weitere Hinweise, die diese Vermutung unterstützen könnten. Schließlich wurde an der Universität Dresden unter Leitung von Professor Gisela Hetzer eine Studie zu diesem Thema durchgeführt. Die Untersuchung wurde finanziell von der Bundeszahnärztekammer anteilig unterstützt. Als schließlich abgesicherte Ergebnisse vorlagen (veröffentlicht in den zm 12, 16.6.2003, Seite. 46), konnte man mit Sicherheit davon ausgehen, dass alle heute gängigen Asthma-Aerosole bei Kindern und Jugendlichen keine Zahnschäden auslösen, wenn die üblichen prophylaktischen Maßnahmen wie Zahnreinigung und Fluoridierung regelmäßig erfolgen. Dieses Beispiel zeigt die Sisyphusarbeit,

die diese Kommission leisten muss und gleichzeitig die Verantwortung, die in ihrer Arbeit liegt.

Kontinuität ist gefragt

Aus diesem Grunde ist es außerordentlich wichtig, dass sich fast alle Kommissionsmitglieder mit ihrer ehrenamtlichen Arbeit langfristig in das Gremium einbringen und so ihr großer, jahrzehntelanger Erfahrungsschatz dem Berufsstand im Sinne der Qualitätssicherung zu Gute kommt. Ganz besonders hervorzuheben ist die seit dem Gründungstag der AKZ kontinuierliche Mitarbeit von Dr. Gerhard Maschinski, der anlässlich der Feierstunde besonders geehrt wurde. Aber auch der bis vor wenigen Jahren amtierende Vorsitzende, Sanitätsrat Dr. Werner Röhrig, hat, bevor er sein Amt in die

„...Ein Wunsch am Schluss: Die Kollegenschaft möge an unserer Arbeit aktiv teilnehmen und alle unerwünschten Vorkommnisse an uns melden. Dieses gehört zur ärztlichen Verantwortung...“



Dr. Helmut Pfeffer,
Vorsitzender der AKZ

„...so zeigt die Arbeit der Kommission exzellent, wie der Berufsstand aus sich heraus, auf freiwilliger Basis und ohne Zwangssteuerung von außen in der Lage ist, qualitätssichernde Maßnahmen zu ergreifen und diese nachhaltig zu etablieren ...“



Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Hände von Dr. Helmut Pfeffer übergab, jahrzehntelange Kontinuität bewiesen. Alljährlich werden die in einem Kalenderjahr eingegangenen Nebenwirkungsmeldungen gesondert gesichtet und statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse werden regelmäßig in den zm veröffentlicht und so den Zahnärzten zugänglich gemacht. Die Berichte der letzten drei Jahre können über den Leserservice der zm angefordert werden. sp

zm Leserservice

Die Jahresberichte der Nebenwirkungsmeldungen der AKZ aus den Jahren 2000, 2001 und 2002 können abgerufen werden.

Ausbildungszahlen Zahnmedizinische Fachangestellte 2003

Zahnärzte schaffen Arbeits- und Ausbildungsplätze

Sebastian Ziller

Nach den offiziellen Zahlen der Bundesanstalt für Arbeit aus dem Monat November zeichnet sich ab, dass in diesem Jahr mit einer geschätzten Lehrstellenlücke von 14 500 nicht genug Lehrstellen für die jugendlichen Bewerber zur Verfügung stehen werden. Dass sich die Zahnärzte auch in volkswirtschaftlich schwierigen Zeiten ihrer Ausbildungsverantwortung bewusst sind, belegen seit Jahren die hohen Ausbildungszahlen. Die von der Regierungskoalition angestrebte gesetzliche Lösung, um die Lehrstellensituation zu verbessern, wird von der Zahnärzteschaft vehement abgelehnt. Die aktuellen Ausbildungszahlen für Zahnmedizinische Fachangestellte führen diese Ausbildungsabgabepäne ad absurdum.

Dass sich die Zahnärzte auch in schwierigen Zeiten ihrer Ausbildungsverantwortung bewusst sind, belegen die hohen Ausbildungszahlen für die ZFA.



Foto: IZZ

Von den 4,1 Millionen Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen haben im Jahr 2001 rund 315 000 Personen in Zahnarztpraxen gearbeitet. Mit einer leichten Zunahme gegenüber dem Vorjahr sind die niedergelassenen Zahnärzte damit wiederum der viertgrößte Arbeitgeber im Gesundheitswesen und einer der wichtigsten für Frauen in Deutschland (80,3 Prozent Frauenanteil). Dies geht aus den im April 2003 vorgestellten Zahlen des Statistischen Bundesamtes hervor.

Diese Zahlen veranschaulichen eindrucksvoll, dass die Zahnärzte nach wie vor ein wichtiger Arbeitsplatzgarant und Motor der beruflichen Ausbildung in Deutschland

sind. Letzteres belegen auch die aktuellen Ausbildungszahlen zur Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) aus 2003.

Leichter Aufwärtstrend

Die Gesamtzahl der neuen Ausbildungsverhältnisse befindet sich im leichten Aufwärtstrend. Das in den Jahren 2000 bis 2002 erreichte Niveau von neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) stabilisierte sich erfreulicherweise auch in 2003. Bundesweit wurden in diesem Jahr zum 30. September insgesamt 14 216 Ausbildungsverträge für ZFA neu abgeschlossen (ABL: 12 504; NBL:

1 712). Gegenüber dem Vorjahr haben die neuen Ausbildungsverhältnisse damit im Durchschnitt leicht um 0,42 Prozentpunkte zugenommen (ABL: +1,12 Prozent; NBL: -4,41 Prozent).

Diese Werte markieren eine Stabilisierung der Vorjahreszahlen. Die Zahlen aus den einzelnen Kammerbereichen sind uneinheitlich. Stabile Werte bei den neuen Ausbildungsverhältnissen finden sich in Berlin, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Sachsen.

Deutlich zugelegt haben Bayern und Baden-Württemberg. Verluste verzeichneten hingegen Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Bremen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Deutlicher Anstieg

Trotz verfehlter Gesundheits- und Wirtschaftspolitik findet Ausbildung statt. Nach dem Einbruch der neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse im Jahre 1999 war im Jahr 2001 wieder ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (14 779). Der diesjährige leichte bundesweite Aufwärtstrend belegt, dass sich trotz verfehlter Gesundheits- und Wirtschaftspolitik der Bundesregierung die deutschen Zahnärzte seit Jahren selbstverantwortlich und erfolgreich für eine Ausbildung auf hohem quantitativen und qualitativen Niveau engagieren. „Trotz der angespannten volkswirtschaftlichen Lage hat die deutsche Zahnärzteschaft mit den jüngsten Ausbildungszahlen bewiesen, dass sie nicht am falschen Ende, also zu Lasten unserer Jugend, spart. Und das, obwohl Nullrunde und andere Vorgaben der Gesundheitspolitik alles andere alles investitionsfördernd wirken und viele Zahnarztpraxen in ökonomische Schwierigkeiten bringen“, unterstreicht der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp.

Besonders in den neuen Bundesländern sei die wirtschaftliche Lage angespannt, wie die BZÄK betont. Mit der Bereitschaft der zahnärztlichen Kollegen, sich auf breiter Basis für die Ausbildung einzusetzen, sei in hohem Maße die gesellschaftliche Teilhabe der Jugend in Deutschland gewährleistet und werde mit politischer und unternehmerischer Verantwortung die von der Re-

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für ZFA

Bundesländer (Kammerbereiche)	2002 (N)	2003 (N)	Prozentuale Veränderung zum Vorjahr
Baden-Württemberg	2 123	2 229	4,99
Freiburg	459	476	3,70
Karlsruhe	512	557	8,79
Stuttgart	806	861	6,82
Tübingen	346	335	-3,18
Bayern	2 537	2 771	9,22
Berlin	551	562	2,00
Brandenburg	219	199	-9,13
Bremen	129	114	-11,63
Hamburg	343	328	-4,37
Hessen	1 159	1 009	-12,94
Mecklenburg-Vorp.	209	180	-13,88
Niedersachsen	1 424	1 384	-2,18
Nordrhein-Westfalen	3 224	3 270	1,43
Nordrhein	1 667	1 756	5,34
Westfalen-Lippe	1 557	1 514	-2,76
Rheinland-Pfalz	705	688	-2,41
Koblenz	262	244	-6,87
Pfalz	227	212	-6,61
Rheinhausen	138	145	5,07
Trier	78	87	11,54
Saarland	166	168	1,20
Sachsen	376	379	0,80
Sachsen-Anhalt	237	212	-10,55
Schleswig-Holstein	555	543	-2,16
Thüringen	199	180	-9,55
Gesamt	14 156	14 216	0,42 %

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für ZFA in den Jahren 2002 und 2003 (Stichtag: 30. September), Prozentuale Veränderungen zum Vorjahr
Quelle: (Landes- und Bezirks-)Zahnärztekammern, Berechnungen BZÄK

gierung geplante Lehrstellen-Umlage ad absurdum geführt.

Ausbildungsabgabe ist widersinnig

Neben den schädlichen Folgen der Extrem-Budgetierung der Bundesregierung für 2003 und 2004 würde sich, so die BZÄK, auch die von der Regierungskoalition geplante gesetzlich vorgeschriebene Ausbildungsumlage negativ auf die zukünftige Zahl der Auszubildenden auswirken. Neue gesetzliche Zwangsabgaben würden – neben den bestehenden sinkenden Umsätzen, hohen Kosten, Steuern, Sozialabgaben sowie dem hohen bürokratischen Aufwand – die Betriebe aller Wirtschafts- und Berufsbereiche in Deutschland weiteren erheblichen Belastungen aussetzen und keine neuen zusätzlichen Lehrstellen schaffen.

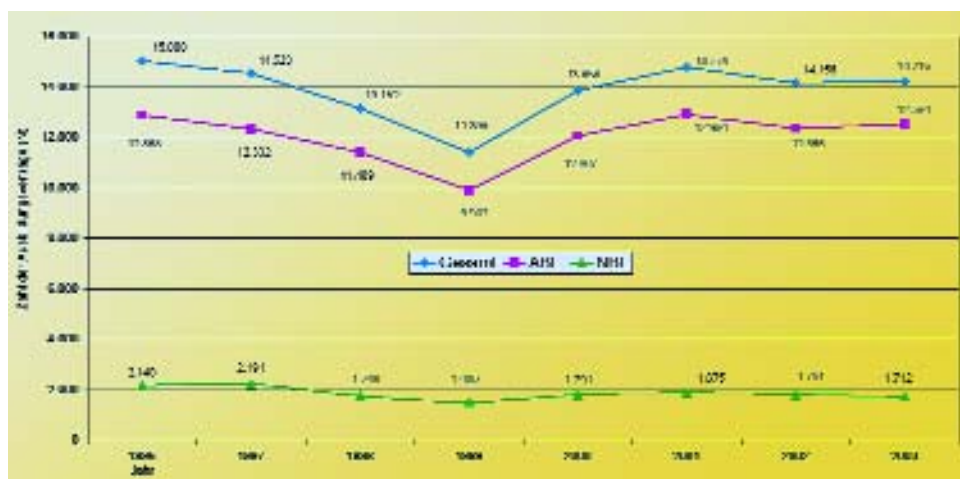
Der für den Bereich Ausbildung zuständige Vize-Präsident der BZÄK, Dr. Dietmar Oesterreich, bekräftigt den

Widerstand der Zahnärzte gegen die Regierungspläne für eine Ausbildungsabgabe, welche Mitte November von den Delegierten des SPD-Parteitag mehrheitlich beschlossen wurde, nachdem sich zuvor schon der SPD-Fraktionsvorstand für die Umlage ausgesprochen hatte: „Eine solche Abgabe ist kontraproduktiv und widersin-

nig und nur ein weiteres Beispiel für die verfehlte Politik des Dirigismus, wie sie die rot-grüne Bundesregierung auch auf anderen Feldern betreibt“, erklärt Oesterreich. Auch die Delegierten der Bundesversammlung der BZÄK forderten am 11. November 2003 in Berlin in einem Beschluss die Regierung und den Gesetzgeber auf, auf die geplante Ausbildungsabgabe zu verzichten. Denn eine Ausbildungsabgabe stelle mit der Infragestellung des dualen Systems eine tiefgreifende Systemveränderung dar, an deren Ende ein staatlich dominiertes Bildungssystem mit erheblichen Qualitätsproblemen stehen würde. Die Förderung der Berufsbildung und Ausbildungsbereitschaft der Betriebe müsse deshalb bei strukturellen Verbesserungen der Standortbedingungen für Unternehmen in Deutschland ansetzen. Dafür seien Kostenent- und nicht -belastungen erforderlich. Die Einführung einer Ausbildungsabgabe, eine offensichtliche Klientelpolitik der Bundesregierung, wäre eine weitere Steuer für die Wirtschaft, insbesondere für die freien Berufe und die mittelständischen Betriebe.

Diese Art von Sanktionierung trafe auf Basis der vorliegenden Ausbildungszahlen mit der Zahnärzteschaft jedenfalls die Falschen.

Dr. Sebastian Ziller,
Leiter der Abteilung Prävention
und Gesundheitsförderung
Bundeszahnärztekammer
Chausseestraße 13, 10115 Berlin



Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte in Deutschland 1996 bis 2003 (Stichtag: 30. September).
Quelle: (Landes- und Bezirks-)Zahnärztekammern

Revolutionen aus dem Zwergenreich

Mario Lips

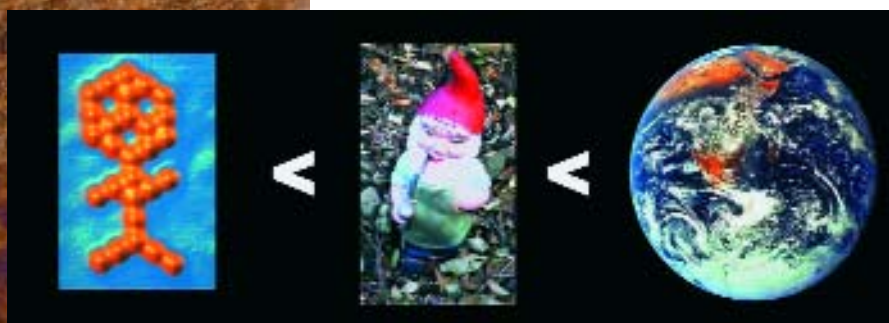
Ein neues Schlagwort aus der Wissenschaft verspricht einen Quantensprung für alle Bereiche des täglichen Lebens: Nanotechnologie soll Krebs heilen, superschnelle Computer ermöglichen oder neuartige Brennstoffzellen zur Marktreife führen. Kaum jemand weiß allerdings genau, was hinter dieser Zukunftstechnologie steckt und wo die Grenze zwischen realistischen Chancen und Science Fiction liegt. Zumindest als Marketingstrategie funktioniert der neue Forschungszweig und wird durch hohe Investitionen auch für die Zahnmedizin interessante Innovationen hervorbringen.

Bislang noch reine Utopie: Ein Mini-U-Boot fährt durch das menschliche Gefäßsystem und bietet neuartige Diagnose- und Therapiemöglichkeiten.





Mit knapp 200 Millionen Euro wurden im Jahr 2002 deutsche Projekte aus dem Bereich der Nanotechnologie mit öffentlichen Mitteln gefördert. Eine Menge Geld für eine Technologie, die zwar viele Visionäre auf den Plan ruft, aber bislang für die meisten Deutschen noch eine Blackbox ist. Auch viele Wissenschaftler und Politiker tun sich schwer, dieses Forschungsfeld, das in keine Schublade passt, klar zu definieren.



Wie klein die Nanowelt ist, zeigt dieser Vergleich. Der Faktor der Vergrößerung ist gleich: Das Größenverhältnis des Zwerges zum Erdball entspricht dem des Nanomännchens zum Zwerg. Das Männchen besteht aus einzelnen Kohlenmonoxidmolekülen, die mit Hilfe der Nanotechnologie angeordnet wurden. Es ist fünf Nanometer hoch und somit 20 000-mal kleiner als der Querschnitt eines menschlichen Haares.

Denn Wissenschaftler aus Chemie, Physik, Biologie und Informatik arbeiten hier zusammen an Experimenten, die unterschiedliche Ziele verfolgen und nur eines gemein haben: Die Entwicklung von nanometergroßen Teilchen, die durch ihre Winzigkeit vollkommen neue Anwendungsmöglichkeiten erlauben. Bis hinunter auf die atomare Ebene möchten die Forscher Stoffe manipulieren und so ihre Eigenschaften verbessern, wie es bislang mit groben mechanischen Methoden nicht möglich war.

Doch so neu wie es scheint, sind viele Ideen und Methoden der Nanotechnologie gar

nicht. Bereits im Mittelalter verwendeten Glasmacher feinste Goldstäube, um Kirchenfenstern eine intensive rubinrote Farbe zu verleihen. Damit nutzten sie ein Phänomen von Nanopartikeln, das bis heute für Materialwissenschaftler ein enormes Potenzial enthält: Abhängig von ihrer Teilchengröße bestimmen die Partikel Farbe und Erscheinungsbild des jeweiligen Trägermaterials.

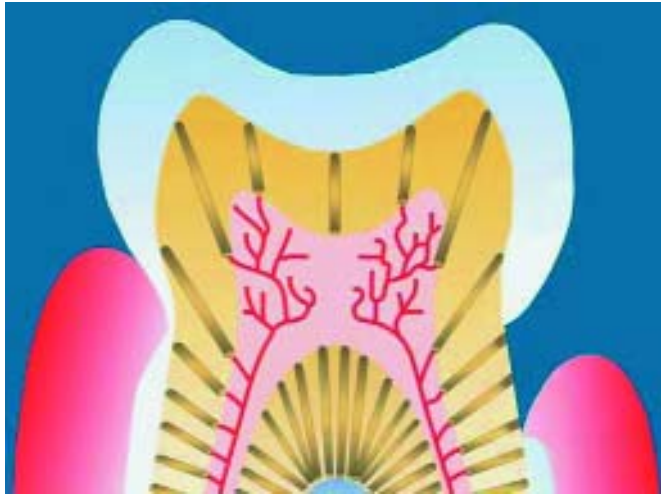
Erste Visionen

Wissenschaftlich relevant wurde das Thema Nanotechnologie dann vor über 40 Jahren: 1959 hielt der spätere Nobelpreisträger Feynman seinen Vortrag „There’s plenty of room at the bottom“ (Dort unten ist eine Menge Platz), in dem er die Möglichkeit atomare Bausteine zu steuern, vorhersagte. Damit legte er den Grundstein zur Erforschung der „Zwergenwelt“ (nano, griech. = Zwerg) und beflügelte viele Physiker den Schritt in den Nanokosmos zu machen. 1982 gelang es den Schweizer Forschern Gerd Binnig und Heinrich Rohrer von

IBM, Atome beobachten und verschieben zu können: Das Rastertunnelmikroskop brachte ihnen 1986 den Nobelpreis ein.

Zur gleichen Zeit entstand das Wort Nanotechnologie, eingeführt von Prof. K. Eric Drexler mit seinem berühmten Roman „Engines of creation“. Seine Veröffentlichung lenkte die Aufmerksamkeit der Amerikaner auf die Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten, die die Beherrschung der Nanowelt mit sich bringen könnte. Mini-U-Boote im menschlichen Blutkreislauf und Miniroboter, die aus Atomen ganze Gegenstände zusammenbauen, gehören mit zu den Visionen, die Drexler ins Gespräch gebracht hat. Doch bis heute sind viele Experten skeptisch, ob jemals derartig komplizierte Mini-Maschinen herstellbar sind. In der atomaren Welt herrschen andere Gesetzmäßigkeiten, der Turbinenantrieb eines Flugzeuges ließe sich nicht beliebig verkleinern und selbst wenn, würde er in der Nanowelt aus physikalischen Gründen nicht funktionieren.

Freiliegende Zahnhälse mit offenen Dentinkanälchen sind oft schmerzempfindlich. Nanopflegetechniken sollen zukünftig die Kanäle mit Partikeln verschließen.



Daher schauen die Forscher gerne auch bei der Natur ab und nutzen biologische Antriebe: Carlo D. Montemagno verknüpfte einen 150 Nanometer dicken Metallzylinder mit einem Proteinmotor, der sich durch ATP gespeist fortbewegte.

Etablierte Herstellungstechniken

Solche Experimente zeigen, dass viel versprechende Entwicklungen aus den Nanotechnologielaboren kommen werden, aber eine breite Anwendung noch reine Zukunftsmusik ist. Viel weiter ist die Forschung auf dem Gebiet der Methodik: Eine Vielzahl von Verfahren steht bereits zur Verfügung, um Nanostrukturen zu bearbeiten oder Kleinstpartikel herzustellen. Ganz grob un-

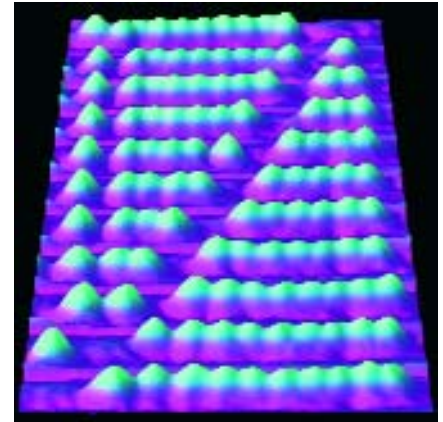


Schon im Mittelalter profitierten Künstler von den Eigenschaften der Nanoteilchen: Goldstaub erzeugt eine intensive rubinrote Farbe im Fensterglas.

terteilt man die Methoden in das Bottom-Up-Verfahren (von unten nach oben) und das Top-Down-Verfahren (von oben nach unten). Letzteres bedeutet, dass man ähnlich wie beim Ätzen einer Computerplatine

mit Lasern, Elektronenstrahlen oder UV-Licht Material abträgt, bis die gewünschten Nanostrukturen übrig bleiben. Diese Techniken waren der Schlüssel, so genannte Labors auf dem Chip zu entwickeln. Mit derartigen Chips werden zukünftig schnell und zuverlässig Analysen im Pharma-, Lebensmittel- und Umweltsektor möglich sein.

Das Bottom-Up-Verfahren bedient sich eher chemischer Vorgänge, die die Herstellung feinsten Partikel im Nanometermaßstab erlaubt. Gezielt



Schweizer Forscher des Unternehmens IBM entwickelten diesen molekularen Abakus. Damit bewiesen sie spielerisch, mit welcher Präzision das Rastertunnelmikroskop Nanoteilchen bewegen kann.

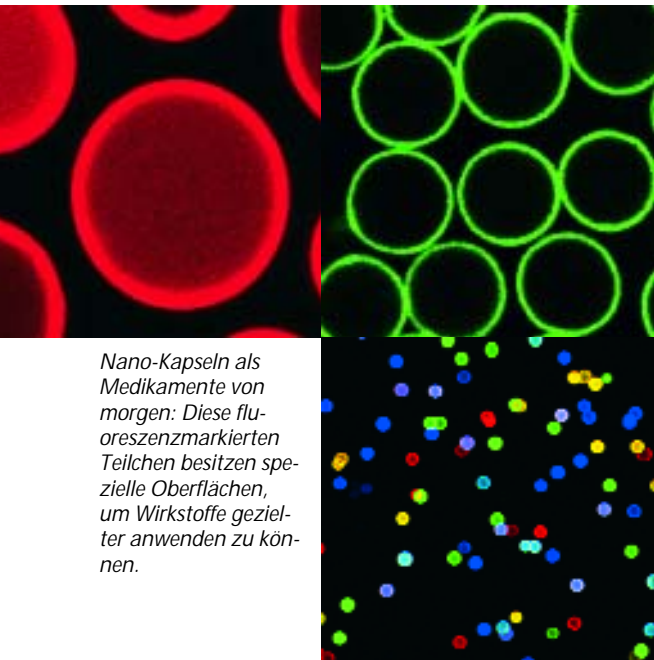
entworfene Nanopartikel können mit Eigenschaften versehen werden, die sie zu wertvollen Hilfsmitteln in Medizin und Materialwissenschaften machen.

Lebensqualität durch Nanoteilchen

Erstaunliche Resultate erzielte Dr. Andreas Jordan an der Charité mit Tumor-kranken Ratten. Er spritzte den Versuchstieren Nanopartikel aus Eisenoxid und einer Oberflächenbeschichtung, die sich speziell an Krebszellen anheftet. Nachdem sich das Eisenoxid bei den Krebszellen angereichert hatte, wurden die Tiere in ein starkes Magnetfeld gebracht, die Zellen überhitzten und starben ab. Weniger spektakulär, aber ebenso aussichtsreich sind in Nanopartikel gepackte Medikamente, die durch ihre Oberfläche gezielt am gewünschten Wirkort zum Einsatz kommen. Ein weiterer Erfolg in der Medizintechnik ist die Einlagerung von Silberpartikeln in Implantate oder Katheter, ein antibakterieller Medizinkleber wird bereits eingesetzt. Doch nicht nur die Medizin hat Innovationen zu erwarten: Nicht verschmutzende Oberflächen dank des Lotusblüteneffekts, Brennstoffzellen mit enorm hohen Leistungen und ultraleichte kugelsichere Westen sind bereits in der Entwicklung und werden demnächst den Markt erobern. Audi konstruiert eine blendfreie



Richard Feynman (1918-1988) inspirierte mit seinem berühmten Vortrag über die Eroberung der atomaren Welt Generationen von Physikern.



Nano-Kapseln als Medikamente von morgen: Diese fluoreszenzmarkierten Teilchen besitzen spezielle Oberflächen, um Wirkstoffe gezielt anwenden zu können.

Cockpitverglasung, die Gelbfärbung des Lebensmittelfarbstoffs Beta-Carotin kann durch die Partikelgröße genau vorherbestimmt werden und Sonnencreme wird länger haltbar und weniger auffällig werden.

Nanotechnik für die Zahnmedizin

Nanoteilchen sind also auf dem besten Weg, jeden Bereich unseres Lebens zu verändern. Somit natürlich auch die Arbeitswelt der Zahnärzte. Dr. Edward M. Reifman, praktizierender Zahnarzt und Nanotechnologe aus Kalifornien, hat große Erwartungen an die Fortschritte der Forschung und beschreibt ein schillerndes Bild der Zahnarztpraxis im Jahr 2020: Künstliche, programmierte Zahn- und Knochenzellen erneuern innerhalb kürzester Zeit fehlende oder kariöse Zähne, Zahnfleisch- und Kieferknochenrückgang werden ebenso mit nanotechnisch manipulierten Zellen bekämpft.

Ganz so weit reichen die Pläne heutiger Projektgruppen für dentaltechnische Entwicklungen noch nicht. Doch erste Errungen-



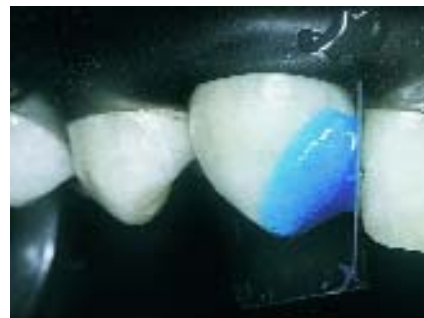
Heute noch Bestseller, bald in den Kinos. Mit einem packenden Science Fiction Thriller schürt Erfolgsautor Crichton die Angst vor den Kleinstteilchen.

schaften der intensiven Forschung verbessern schon heute die zahnmedizinische Versorgung in deutschen Praxen: Füllstoffe und Adhäsiva enthalten Partikel im Nanometermaßstab und besitzen weit aus günstigere Eigenschaften als ihre Vorläuferprodukte. Ohne es zu wissen führte das Unternehmen Ivoclar bereits vor 15 Jahren ein Nanoprodukt auf dem Markt ein: Das Kompositharz Heliomar® mit überdurchschnittlichen physikalischen und klinischen Eigenschaften enthält nach neueren

Untersuchungen feinste Partikel, die maßgeblich den Erfolg des Komposits mitbestimmen. Gezielt setzen jetzt auch Firmen wie 3M/Espe (Filtek Supreme®), Voco (Grandio®) und Pentron (Simile®) Nanopartikel ein und bezeichnen ihre Produkte als Nanokomposite. Doch ähnlich wie bei konventionellen Mikrofüllern enthalten auch diese noch Füllkörper mit Größen im Mikrometerbereich. Allerdings sind sie dort homogener in der Matrix verteilt und umgeben von feinen Partikeln, die den Harzanteil reduzieren. Daraus resultiert zum einen eine niedrigere Schrumpfrate, denn nur der Harzanteil verursacht die störende Volumenveränderung des Komposits. Zum anderen bleibt die gute Polierfähigkeit wie bei bekannten Mikrofüllern erhalten und kann so hohen ästhetischen Ansprüchen genügen. Nicht ganz trifft dies für Grandio® zu, das durch den Zusatz von Glasfüllkörpern schlechter polierbar, dafür jedoch abrasionsresistenter ist.

Verbesserte Adhäsive und Pflegeprodukte

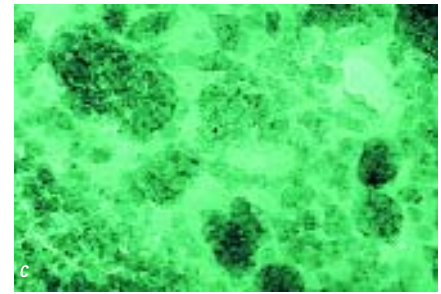
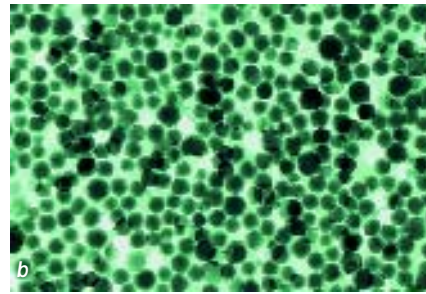
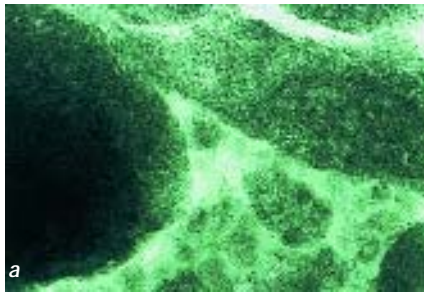
Auch bei den Adhäsiven versucht die Dentalindustrie das eigentümliche Verhalten der Nanoteilchen zu nutzen: Vivadent vertreibt das Einkomponentenadhäsiv Excite®, welches die angeätzte Dentinoberfläche tief durchdringt und



Abbildungen v.o.n.u.: Neuartige Nanocomposite haben verbesserte Materialeigenschaften. Sie kombinieren ästhetischen Glanz und mechanische Stabilität.

eine kaum messbare Filmdicke entwickelt. Eine einmalige Applikation reicht bereits aus, um dauerhaft starke Verbindungen zu erhalten und die Sensibilität der Zähne nach der Behandlung zu reduzieren.

Ein selbstkonditionierendes Adhäsiv mit dem Namen Prime & Bond® NT produziert das Unternehmen Dentsply DeTrey. Es enthält rund sieben Nanometer große Partikel, die leicht Dentinkanäle und das Geflecht von Kollagen durchdringen kön-



Elektronenmikroskopische Aufnahmen zeigen den Unterschied zwischen den Füllkörpern klassischer Hybridcomposite (a) und der Nanocomposite (b, c).

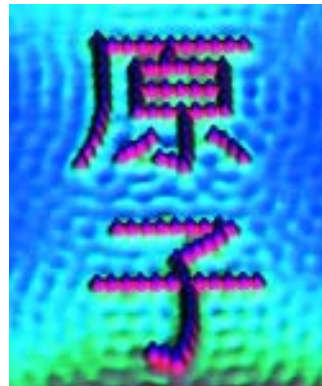
a: Hybrid, b: Nanoteilchen, c: Nanocluster

nen und so eine überdurchschnittliche Haftung zwischen Dentin und Harz erzielen. In naher Zukunft werden auch Pflegeprodukte mit Kleinstteilchen für ein strahlendes Lächeln sorgen: BASF forscht an Hydroxylapatitzusätzen in der Zahnpasta, die angegriffenen Zahnschmelz restaurieren und ein natürliches Zahnweiß wiederherstellen sollen. Etwas näher an der Marktreife ist ein ähnliches Projekt von Henkel und SusTech: Nanit®active ist ein Wirkstoff aus Kalziumphosphat-Proteinteilchen, die leicht in Dentinkanälchen eindringen können. Dort dienen sie als Kristallisationskeime, an denen sich weiteres Kalzium und Phosphor anlagert und die Kanäle verschließt. Besonders bei Personen mit empfindlichen, freiliegenden Zahnhälsen dürfte diese Innovation auf großes Interesse stoßen. Es bleibt zu erwähnen, dass alle aufgeführten Produkte und Unternehmen nur beispielhaft genannt wurden und bei weitem mehr Dentalfirmen Nanoprodukte entwickeln und vertreiben.

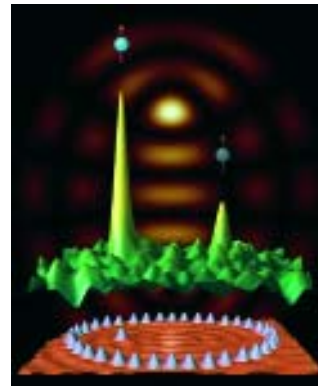
Angst vor Kleinstpartikeln

Wie jeder neue Technologiezweig, sei es Gentechnologie oder Nuklearforschung, lösen auch die ungeahnten Möglichkeiten der Nanotechnologie Ängste aus. Science-Fiction Au-

toren, die Film- und Medienbranche lassen ihrer Fantasie freien Lauf und tragen dazu bei, dass viele Menschen die neue Technologie eher mit Unbehagen betrachten. Michael Crichtons Erfolgsroman „Beute“, der von außer Kontrolle geratenen Nanorobotern handelt, wird demnächst auch im Kino ein weiteres Schreckensbild verbreiten. Grund genug, um schnellstmöglich



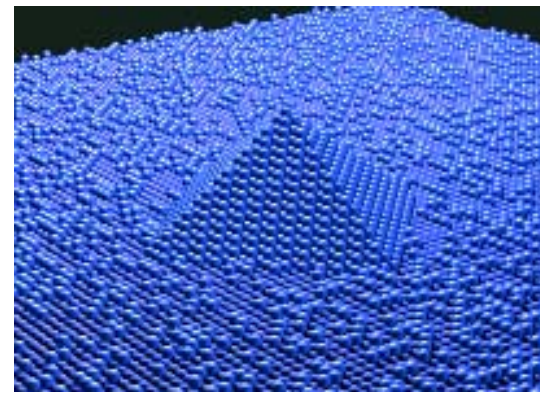
Diese japanischen Schriftzeichen aus Eisen-Atomen wurden mithilfe eines Rastertunnel-Mikroskops auf einer Kupferoberfläche gezeichnet.



Kleinste Schaltkreise auf atomarer Ebene gehorchen nur noch den Gesetzen der Quantenphysik. Diese Anordnung von Metallatomen ist Studienobjekt von „Nanoelektronikern“.



Füllkörper von Nanocompositen: Einzelne Nanoteilchen lagern sich traubenförmig zusammen, in so genannten Nanoclustern.



Neue optische Geräte durch Nanotechnologie: nanometergroße Pyramiden in der Halbleiterelektronik.

eine kritische öffentliche Debatte über die Gefahren zu beginnen. Wissenschaftliche Argumente müssen gesammelt werden und eine realistische Risikoabschätzung erlauben. Erste Experimente mit Mäusen zeigten, dass feine Kohlenstoffpartikelstäube zu Entzündungen des Bronchialtraktes und der Lunge führen können. Doch bislang scheint es sehr unwahrscheinlich, dass nanotechnisch hergestellte Produkte der Gesundheit schaden können.

Dr. rer. nat. Mario B. Lips
Schulstraße 3
12247 Berlin
mariolips@web.de

Kieferorthopädische Prophylaxe

Habits: kleine Laster mit bösen Folgen

Henriette Dörschug

Während Karies schon lange erfolgreich mithilfe der Individual- und Gruppenprophylaxe eingedämmt wird, findet eine systematische Vorsorge zur Vermeidung von Kieferdeformierungen und Zahnstellungsanomalien bisher nicht einmal im Ansatz statt. Bürokratische Hürden und fehlende Honorierung haben dazu geführt, dass die kieferorthopädische Prävention in zahnärztlichen Praxen selten geworden ist, obwohl die Behandlungsbedürftigkeit ständig zunimmt.

Als ehemaliger Bestandteil kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchungen verfolgt die Prophylaxe bei Säuglingen und Kleinkindern in der Zahnmedizin immer noch vorrangig das Ziel, Karies zu vermeiden. Fluoridanwendung, Zahnpflegetipps und Ernährungsberatung sind nach wie vor die bestimmenden Themen in Sachen Aufklärung und Prävention.

Erst 1997, im 2. Neuordnungsgesetz, § 26 Sozialgesetzbuch V, wurde bestimmt, dass auch Zahnärzte Früherkennungsuntersuchungen durchführen dürfen. Wer die seit Juli 1999 geltenden neuen Bestimmungen genau liest, stellt fest: Diese schließen auch Zahnfehlstellungs- und Kieferanomalien sowie deren Verhütung ein.

Eine kieferorthopädische oder eine zahnärztliche Praxis ist fachlich der geeignetere Ort, um Habits – also schädlichen Gewohnheiten – vorzubeugen und Hilfestellung bei der Abgewöhnung zu geben: Sie ist mit Demonstrationsmitteln besser ausgestattet als eine Frauen- oder Kinderarztpraxis, und die Arbeit wird durch erfahrene Prophylaxefachkräfte unterstützt. Das bedeutet aber auch, dass Zahnärzte und Kieferorthopäden vermehrt das Gespräch mit Kinderärzten suchen, ihr Anliegen verdeutlichen und sich als geeignete fachliche Partner erweisen müssen.

Die Welt ist so groß und die Mundhöhle so klein – verengen wir nicht zusätzlich unseren Blickwinkel und unser Bemühen nur auf

Dieser Wonnepropfen hat sich gleich zwei Schnuller in den Mund gesteckt. Doch die Nuckel müssen raus – Zahn- und Kieferprobleme sind sonst vorprogrammiert.

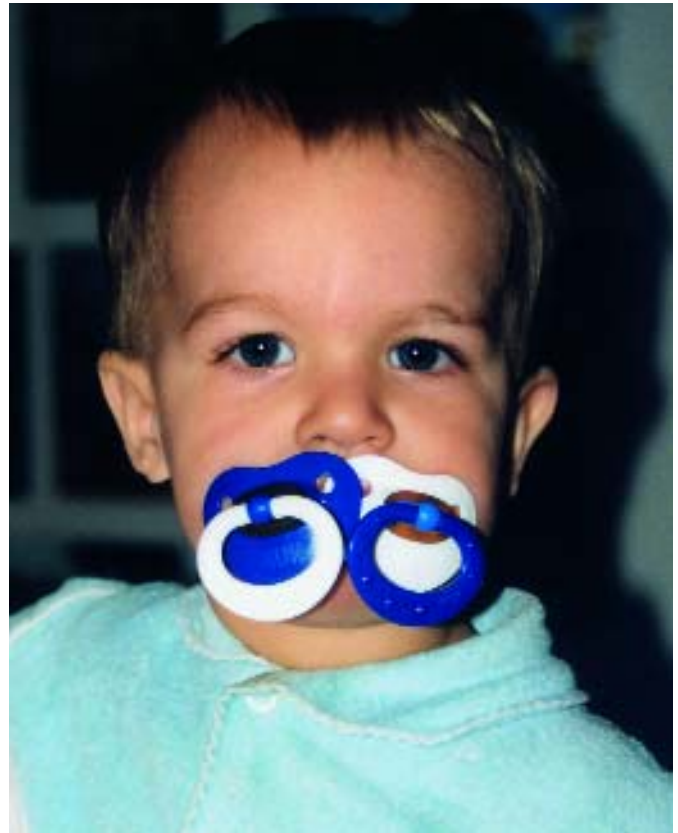


Foto: Luba

Zähne und Kariesprophylaxe, so wichtig sie sind.

Auch zahnärztliche Publikationen weisen hier zuweilen Defizite auf: Bei den Vorsorgeempfehlungen für Kinder von der Geburt bis zum vierten Lebensjahr steht Karies immer noch im Zentrum. Es stimmt zwar: in vielen Fällen ist Karies Schuld daran, dass die Platzhalterfunktion der Milchzähne nicht erfüllt wird. Um so erfreulicher, dass heute mehr und mehr Schulanfänger kariesfreie Gebisse aufweisen.

Habits hingegen werden in der Fachliteratur nur kurz erwähnt – wie gravierend sie die Kiefer- und Gebissentwicklung beeinflussen können, darüber findet sich dort ebenso wenig wie über die entsprechende Diagnostik und Therapie. Habits nehmen aber ständig zu – schon allein deshalb sollte das Augenmerk vermehrt auf sie gelenkt werden. Nur etwa 50 Prozent aller Anomalien der Kiefer- und Zahnstellung sind angeboren oder vererbt. In zehn Prozent der Fälle ist die Ursache nicht eindeutig zuzuordnen. Dagegen sind 40 Prozent der Anomalien erworben, das heißt, sie sind durch

Fehlverhalten entstanden und können durch Aufklärung und Verhaltensänderung beeinflusst werden.

Mit Prophylaxe zum Erfolg

Die häufigsten Habits sind Lutschgewohnheiten und die Atmung durch den Mund. Je früher die Prophylaxe hier einsetzt, desto größer ist der Erfolg.

Erinnern wir uns: Da bei der Geburt der Gesichtsschädel mit Ober- und Unterkiefer in seiner Entwicklung gegenüber dem Hirnschädel zurückliegt (die Natur hat hier bei begrenztem Geburtskanal Prioritäten gesetzt), beginnt sein Wachstum vermehrt postnatal. Der Oberkiefer wächst in den Knochennähten, der Sutura palatina, in der Mitte und im Molarenbereich. Der Unterkiefer wächst in erster Linie über An- und Abbauvorgänge im aufsteigenden Ast, im Kieferwinkel und im Kiefergelenk. Natürlich sollte dieses Wachstum möglichst ungestört verlaufen. Das beginnt zum Beispiel schon bei der Schlaflagerung des Säuglings, am besten flach und in Rückenlage.

Mütter, die ihr Kind stillen, wechseln die Brust: Damit halten sie ihr Kind einmal rechts, einmal links im Arm. Mütter, die das Fläschchen geben, wechseln nicht. Auch hier kann bereits der Ansatz für Kiefergelenks- und Gesichtsasymmetrien gelegt werden.

Lieber Nuckel als Daumen

Der Saugreflex ist dem Baby angeboren: Die Lust am Saugen bleibt oft bis zur Schulzeit oder länger erhalten. Das Bedarfsstillen kommt in den ersten Lebensmonaten diesem Bedürfnis mehr entgegen als das Intervallstillen und verhütet eher die Ersatzbefriedigung mit Daumen oder Fingern. Beginnt das Baby am Däumchen zu lutschen, ist es besser, einen Nuckel anzubieten. Nuckeln wird nachweislich früher vom Kind aufgegeben als Daumenlutschen – der Saugreflex wird durch den Kaureflex abgelöst, wenn die Zähne kommen. Unterstützend gibt es den Beißring; früher war es die Veilchenwurzel, die das Baby bekam. Wichtig ist, den Saugreflex nicht künstlich zu verlängern. Ab dem siebten, achten Monat, dem Beginn des Zahndurchbruchs, sollte das Fläschchen allmählich dem Trinklernbecher weichen. Der Schnuller wird abgewöhnt, und das Kind erhält zunehmend Breikost und festere Nahrung, um die Kautätigkeit anzuregen.

Ob Daumen, Sauger oder Nuckel: Jeder Fremdkörper zwischen den Zähnen stört und beeinflusst das myofunktionelle Gleichgewicht. Ob es dabei zu Kieferdeformierungen kommt, hängt von der Disposition, der Intensität – von der Zeit- und Kraftereinwirkung – und vom Lutschgegenstand ab. Ist das Gewicht des Nuckels auch gering: Das Luftpolster wirkt auf die durchbrechenden Frontzähne wie eine Intrusionsfeder. Der Stöpsel behindert den Zahndurchbruch wie das Wachstum des Alveolarfortsatzes.

Ein offener Biss entsteht. Beim Daumenlutschen ist die Hebelwirkung deutlich größer. Alveolarfortsatz und obere Zähne werden protrudiert, die unteren Zähne nach innen, lingual gedrückt: Es bildet sich eine Frontzahnstufe. Sie wird zusätzlich verstärkt, wenn das dem Kinn aufliegende Fäustchen das physiologische Mesialwachstum – der Unterkiefer liegt bei der Geburt noch zurück – behindert.

Schon bei Kleinkindern können Kiefergelenk-Auffälligkeiten wie Knacken und abnorme Beweglichkeit auftreten. Durch einen Lutschgegenstand werden die Kiefer gesperrt, die Orientierung zueinander geht verloren. Doch für die im Verlauf der ersten



Intensive Lutschgewohnheiten mit weitreichenden Folgen: Die durch das Nuckeln und Kauen bedingte falsche Zungenlage beeinträchtigt das Schlucken und verzögert schließlich die Sprachentwicklung.

Dentition durchbrechenden Milchzähne sind die approximalen und antagonistischen Zahnflächen zur Ausbildung der Zahnreihen, der Okklusion und der Gelenkführung ganz wichtig. Was nützen 20 kariesfreie Milchzähne, wenn sie nicht zusammenpassen und als Gebiss funktionieren? Kreuzbisse im Milchgebiss, Nonokklusionen und mandibuläre Verlagerungen finden sich häufig im bleibenden Gebiss wieder. Auch Arthropatien nehmen hier ihren Anfang. Muskelfunktionen passen sich zwangsläufig den Malokklusionen an.

Spannungszustände entstehen, die zu Parafunktionen, wie Knirschen und Abschleifen der Zähne, führen. Im ersten Lebensjahr ist die schädliche Wirkung der Habits noch unerheblich.

Was Hänschen nicht lernt...

Aber hier ist es wie bei allen Gewohnheiten: Je länger sie andauern, desto schwerer wird es, sie abzustellen. Das gilt besonders für die falsche Zungenlage als Folge lang andauernder und intensiver Lutschgewohnheiten. Normalerweise verlagert sich die Zunge mit fortschreitendem Zahndurchbruch und Absetzen von Stillen und Flaschenfütterung nach dorsal und cranial. Das heißt, sie ruht oben am Gaumen, hinter den Frontzähnen. Bei Lutsch- und Saughabits bleibt die Zunge dagegen sichtbar vorn. Außerdem wird sie durch den Lutschkörper nach unten gedrückt anstatt oben im Gaumen zu liegen und dadurch einen Wachstumsdruck auf den Oberkiefer auszuüben, das Gaumengewölbe zu formen und den Zahnbogen zu erweitern.

Die Verdrängung der Zunge in den Unterkiefer bewirkt häufig eine falsche Zungenfunktion: Das „infantile“, „viscerale“ Schluckmuster mit Stoßen gegen die Frontzähne bleibt erhalten und wird nicht durch das „somatische“ Schlucken mit Zungendruck gegen den Gaumen abgelöst. Schluckt das betreffende Kind, presst sich die Zunge sichtbar zwischen die Zahnreihen. Außerdem sind ausgeprägte Rugae, also starke quere Gaumenfalten und ein extrem schmaler Oberkiefer, ein Zeichen dafür, dass die Zunge nicht dem Gaumen anliegt.

Kieferorthopäden und später Zahnärzte haben mit diesen Patienten ihre liebe Not: ■ Die falsche Zungenfunktion ist Ursache für kieferorthopädische Rezidive, zum Beispiel beim offenen Biss. Oder der Oberkiefer verengt sich nach transversaler Dehnung

wieder, weil die Zunge das Gaumendach nicht ausfüllt. Die Front wird wieder eng.

■ Die Folgen parodontaler Insuffizienz werden verstärkt. Besonders Frauen sind unglücklich, weil sie plötzlich mit 40 Jahren das Wandern ihrer Frontzähne und Lückenbildung beobachten.

■ Prothesenträger hebeln ihren Zahnersatz ab.

Logopäden sind meist machtlos, wenn das infantile Schluckmuster über Jahre besteht. Denn natürlich werden dadurch auch Lautbildung und Sprachentwicklung gestört. Die Zahl der Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung hat sich in den vergangenen 20 Jahren versechsfacht. Lispeln und Babysprache sind bei Kleinkindern vielleicht niedlich, bei größeren aber ein Grund zum Hänseln. Das stärkt nicht das Selbstbewusstsein eines Kindes.



Foto: MEV

Ein guter Draht zum Kinderarzt ist für Zahnärzte das A und O: Kinder mit Habits werden dann zeitig in die Zahnarztpraxis geschickt.

Vielfach liegt es an Gedankenlosigkeit, mangelndem Wissen, natürlich auch an Bequemlichkeit und geschickter Reklame, dass Plastikfläschchen und Nuckel als selbstverständliches Zubehör in Bett, Kinderwagen und Laufstall ständig greifbar sind. Die Bezeichnung „Beruhigungssauger“ suggeriert etwas Positives. Immer verfügbare Sauger an hübschen Ketten, die unkontrolliert stundenlang im Mund sind und sogar Leuchtschnuller, die nachts im Dunkeln schnell wieder in den Mund ge-

stopft werden können, sind heute leider die Regel. Häufig ist zu beobachten, wie hellwachen, völlig zufriedenen Kleinkindern der Stöpsel förmlich aufgedrängt wird, als wenn er ins Gesicht gehörte.

Eltern und Geschwister müssen aufgeklärt werden, dass die Nuckelzeit beim Baby begrenzt, der Schnuller also nach dem Einschlafen wieder aus dem Mund gezogen werden sollte (früher gab es Wiegenlieder!). Zwar gibt es Schnuller für Ein-, Zwei- und Dreijährige – Eltern sollten aber wissen, dass sie ihrem Kind damit nichts Gutes tun. Dieser Lebensabschnitt ist prägend und unwiederbringlich für die Sprachentwicklung, für verbale Anregung und Zuwendung da – nicht für künstliche Ruhigstellung.

Über das „Nursing-Bottle-Syndrom“, die Babyfläschchenkaries, muss angesichts der vielen Plastikfläschchen in Kinderhänden ebenfalls weiter aufgeklärt werden. Es hat sich herausgestellt, dass die unteren Frontzähne dem Säureangriff am längsten widerstehen. Die Puffer- und Remineralisationswirkung des Speichels wird hier ganz deutlich: Die Zähne profitieren vom unverdünnten Sekret der unmittelbar dahinter liegenden sublingualen Speicheldrüsen. Nächtliches Trinken oder Stillen nach dem Zahndurchbruch ist deshalb besonders kritisch, weil der Speichelfluss nachts stark eingeschränkt ist. Ob Tee, Saft oder Wasser: Verdünnter Speichel ist unwirksamer. Deshalb gehören Plastikfläschchen nicht zur ständigen Bedienung in Kinderhände. Neuere Untersuchungen warnen übrigens vor den beliebten Eistees als Kindergetränk, weil sie viel Zitronensäure enthalten. Es zeichnet sich bereits eine neue Karieswelle ab, da aus Bequemlichkeit Schnabelbecher und Fläschchen von Kleinkindern weiter benutzt werden, anstatt sie normal aus Tassen oder Bechern trinken zu lassen.

Oft finden Eltern ihr Baby so „süß“, dass sie Babyverhalten und Babysprache konservieren wollen. Dadurch hemmen sie ungewollt die Entwicklung ihres Kindes. Oder ältere Geschwister fangen wieder an zu nuckeln und Fläschchen zu saugen, weil sie genauso viel beachtet werden wollen wie der Neuankommling. Gerade bei diesen Verhaltensfehlern ist das persönliche Ge-

spräch notwendig, da es Einblick in die Familienverhältnisse gibt. So erkennt der Arzt, ob ein Habit nur eine Angewohnheit ist, die einfach abgestellt werden kann, oder ob tiefere Ursachen dahinter stecken.

Sprachlose Bitten

Nuckeln und Saugen sind häufig die sprachlosen Bitten um Liebe und Zuwendung. Auch größere Kinder äußern sich so, wenn sie keinen adäquaten sprachlichen Ausdruck finden. Nicht befriedigte seelische Bedürfnisse werden dann durch materielle Befriedigung kompensiert. Wer schon früh die Erfahrung macht, bei jeder Unlustäußerung etwas in den Mund gestopft zu bekommen, wird sich an diese Form der Tröstung gewöhnen.

Es beginnt eine Fehlsteuerung, die sogar zu Suchtverhalten in Bezug auf Süßigkeiten, Nikotin und Alkohol führen kann („sich selbst etwas Gutes tun“). Beim Abgewöhnen von Nuckeln, Saugern oder Daumen sollte man in diesen Fällen besonders behutsam vorgehen. Meistens sind es dieselben milieubedingten Ursachen, die auch bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko zu finden sind. Nicht selten werden seelische Spannung und körperliche Unruhe ein Leben lang über den Mund abgeleitet und in Form von Lippensaugen und -beißen, Nägel- und Bleistiftkauen als Parafunktion der Zunge, als Pressen und Knirschen ins Erwachsenenalter mitgenommen.

Vorhofplatte gegen Nuckel

Wie können Eltern in einfachen Gewohnheitsfällen den Schnuller abgewöhnen? Da gibt es mutige aufgeklärte Eltern, die ihr sieben Monate altes Kind einfach schreien lassen, aber alle fünf Minuten ans Bettchen gehen, damit sich das Kind nicht verlassen fühlt. Am ersten Abend dauert das Schreien eine Stunde, am zweiten Abend nur noch fünf Minuten, bis Ruhe ist. Also ein schlaues Kind.

Eltern können auch probieren, den Nuckel unattraktiv zu machen: Den Nuckel durchstechen, dann ist im wahrsten Sinne des Wortes schon mal die Luft raus. Wenn er

dann noch wöchentlich um einen Millimeter mit der Schere gekappt wird, hält er irgendwann nicht mehr und wird freiwillig aufgegeben. Oder das auf den Daumennagel gemalte Gesicht: Der kleine Däumling fürchtet sich im nassen dunklen Mund und will nicht mehr hineingesteckt werden. Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt. Größeren Kindern kann man ein Tauschgeschäft anbieten: Eine Vorhofplatte gegen den Schnuller, der Übergang ist dann leichter. Eine andere Idee: Eltern und Kind verpacken den Nuckel wunderschön mit selbst ausgesuchtem Papier und Zierband und bringen ihn als Päckchen zur Post – wo man natürlich einen Komplizen hinter dem Schalter gefunden hat. Es gibt ja so viele kleine Babys, die keinen Nuckel haben und sich über das Geschenk freuen...

Wichtig ist immer, das Kind mit einem verständlichen Motiv für die freiwillige Aufgabe der Gewohnheit zu begeistern und dafür zu belohnen. Das gilt ganz besonders für Daumenlutscher. Erfahrungsgemäß sind sie erst im Alter von fünf bis sechs Jahren Vernunftgründen zugänglich. Man sollte vorsichtig eruieren, ob das Kind wirklich bereit ist, und eventuell lieber noch etwas warten, um ihm die Erfahrung des Versagens zu ersparen. Aber ein hübscher Lutschkalender, vor allem aber ein kleines Fest, wenn das Lutschen vorbei ist, sind ein großer Anreiz für ein jetzt so gescheites Kind! Diese Anstrengung ist ähnlich groß wie beim Abgewöhnen von Rauchen, das Lob muss entsprechend ausfallen.

Offener Mund – schlafte Lippen

Eine zweite Angewohnheit verdient ebenso viel Aufmerksamkeit: die Mundatmung. Ein Habit, das verbreitet ist und die kindliche Entwicklung erheblich stört. In fast allen Fällen liegt kein organischer Grund vor, sondern eine unbewusste Fehlhaltung mit schlaffen Lippen (als ob die motorische Leitung zum Gehirn noch nicht gebahnt ist). Je nach Schädelaufbau und Wachstumsrichtung kann entweder ein Wachstumsvorsprung des Unterkiefers in Richtung prognathe Entwicklung resultieren oder der



Foto: Grohs

Unterkiefer hängt schlaff nach hinten und begünstigt die Entstehung einer Unterkiefer-Rücklage. Hier hilft nur, das Bewusstsein zu schärfen. Denn im Gegensatz zu früher ermahnen viele Eltern ihre Kinder nicht mehr: „Sitz gerade!“, „Heb die Füße!“, „Mach den Mund zu!“. Sicher sitzen viel zu viele Kinder mit staunend geöffnetem Mund vor dem Fernseher, genauso wie im Kindergarten, wenn die Kindergärtnerin etwas erzählt. Eltern sind oft „betriebsblind“, wenn sie gefragt werden, ob ihr Kind durch die Nase oder den Mund atmet. Eher wissen sie, ob das Kopfkissen vollgesabbert ist. Verklebte Nasenlöcher sind genauso sichere Anzeichen wie auch Rhagaden in den Mundwinkeln oder ein besonders schmaler Kiefer. Nicht jeder Mundatmer muss gleich zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Lässt man ein Kind einen Schluck Wasser so lange wie möglich im Mund halten, kann man leicht prüfen, ob die Nasenatmung überhaupt möglich ist: Bevor das Kind erstickt, wird es das Wasser schlucken oder ausspucken. Wahrscheinlich aber bekommt es Luft durch die Nase und hat nur vergessen, dass und wozu sie auch da ist: zum Atmen. Dabei wird die Luft gefiltert, reguliert und erwärmt. Viele Erkältungskrankheiten könnten durch Einüben der Nasenatmung und des Mundschlusses vermieden werden. Auch das Schmatzen beim Essen hörte auf. Mit Sicherheit danken es später die Ehepartner, wenn sie nicht durch Schnarchen gestört werden.

Auch Zahnfleischentzündungen durch Austrocknen der Schleimhaut mit vermehrter

Kindertrinkflaschen gehören nicht ins Bett. Denn nächtliches Trinken verdünnt den Speichel und erhöht den Kariesangriff.

Plaque und Karies sind Folgen der Mundatmung. Im Übrigen werden viel zu oft adenoide Wucherungen, Polypen und Mandeln operiert, ohne anschließend den Mundschluss und die Nasenatmung einzuüben. Der Nutzen dieser belastenden Prozedur ist, wenn nicht zweifelhaft, so zumindest geschmälert.

Denn Lippentonus und Mundschluss müssen trainiert werden, damit das myofunktionelle, also das muskuläre Gleichgewicht zwischen Wangen, Lippen und Zunge, wieder hergestellt werden kann. Erst einmal geschieht das durch Bewusstmachen – es gibt ja Spiegel – und dann so, wie jeder Muskel aktiviert wird: durch Übungen. Ein probates Hilfsmittel sind Mundvorhofplatten. Ihre Indikation, Anwendung und Überwachung muss individuell und regelmäßig, wie bei einem kieferorthopädischen Gerät auch, erfolgen.

Ein Kind sollte in dieser Phase begleitet und behütet werden. Es muss spüren, wie wichtig der Mundschluss ist, um die Übungen selbst ernst zu nehmen. Eigentlich könnte man die kieferorthopädische Prophylaxe neben der Kariesprophylaxe in zwei Sätze fassen: Nichts zwischen Kiefer und Zähne stecken, was dort nicht hingehört! Und zweitens: Mund zu! Kindern dazu zu verhelfen, ist eine wirklich lohnende Aufgabe und ein längst fälliger Schritt nach den Erfolgen in der Kariesprophylaxe.

*Dr. Henriette Dörschug
Silcherweg 31
89275 Elchingen*

Aktuelle Studie mit Grundschulkindern

Dicke Kinder und ihre Mundgesundheit mit Chips, Burgern, Drinks und Co.

Brita Willershausen, Katharina Hohenfellner et al.

Innerhalb der letzten zehn Jahre konnte eine weltweite Zunahme der Fettleibigkeit um etwa 50 Prozent registriert werden. Viele der Adipositaspatienten sind Kinder. Gründe für die „Überfettung“ sind mangelnde Bewegung, äußere Einflüsse wie Computerspiele, Fernsehen und die Ernährung mit Fast-Food-Produkten. Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang der Adipositas bei Grundschulkindern mit Veränderungen in der Mundgesundheit.

Bei allen Prophylaxekonzepten zur Früherkennung von möglichen Störungen und Erkrankungen der Mundgesundheit und zur Förderung und Erhaltung der Entwicklung einer gesunden Dentition werden die klassischen Säulen der Prophylaxe vermittelt:

Mundhygiene, Ernährung, Fluoridierung und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen [2,19,26]. In den letzten zehn Jahren war jedoch in den Industrienationen eine deutliche Veränderung des Nahrungsmittelangebotes einschließlich der Ernährungsgewohnheiten feststellbar.

Die gegenwärtigen Trends der Nutzung vorgefertigter Gerichte und das gehäufte Essen in Fast-Food-Lokalen haben unter anderem zu einer weltweiten Zunahme fettleibiger Menschen geführt (Abb. 1). Weitere wichtige ursächliche Faktoren sind in der Änderung der Gesellschafts- und Familienstrukturen, dem Strukturwandel der Arbeitsplätze, der Landflucht mit starkem Wachstum der Städte sowie in der starken Zunahme und Nutzung von Bequemlichkeiten, wie Autofahren, Computeranwendung und Fernsehen, zu sehen [7]. Für Störungen im Rahmen geregelter Nahrungsaufnahmen können ebenso kritische Lebenssituationen, Veränderungen des sozialen Umfeldes und alle weiteren Formen von Stressoren

ausschlaggebend sein [24, 28]. In den neu aufsteigenden Industrieländern werden des Weiteren abgepackte, vorgefertigte Lebens-



Abb. 1: Beispiele adipöser Menschen in der europäischen Bevölkerung

mittel und Fast-Food-Produkte als besonders erstrebenswert und modern empfunden, da die Menschen oft glauben, damit am internationalen Jet Set teilzunehmen. Das Problem der starken Zunahme der Übergewichtigkeit ist so gravierend, dass die WHO die Adipositas als eine „globale Seuche“ bezeichnet hat. Mit dem Anstieg des nationalen Einkommens konnte ebenso eine Korrelation zur Fettleibigkeit beobach-

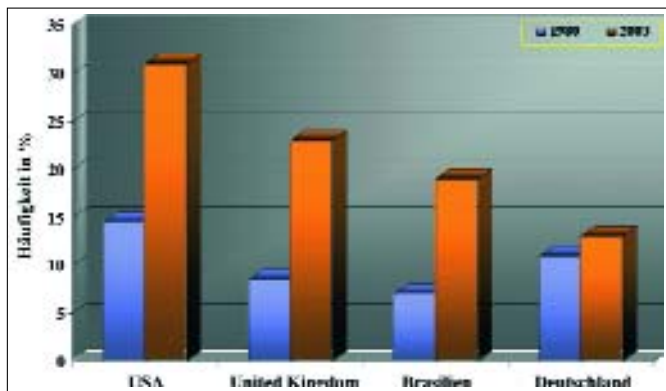
tet werden, sodass die Adipositas als eine Seuche der reichen Leute beschrieben wurde [18]. Während der Anteil adipöser Menschen weltweit 8,2 Prozent beträgt, finden sich in den Entwicklungsländern nur 1,8 Prozent adipöse Menschen, in den neu wachsenden Ländern 4,8, in den jungen



Wirtschaftsländern 17,1 und in den voll etablierten Industrienationen mehr als 20 Prozent adipöse Menschen. Nach einer Statistik der WHO gibt es gegenwärtig erstmals genauso viele dicke Menschen wie Unterernährte, nämlich 1,2 Milliarden. In manchen Ländern konnte in den letzten zwei Jahrzehnten eine Verdopplung der Adipositas-Inzidenz festgestellt werden (Abb. 2, 3). In Brasilien war innerhalb einer Generation eine Steigerung der Übergewichtigkeit bei Kindern um 239 Prozent zu verzeichnen. In China nahm durch den Wegfall der Regulierungsinstanz nach den 80er Jahren für die Nahrungsmittel Öl, Reis und Fleisch die Anzahl übergewichtiger Menschen deutlich zu, sodass heute bereits etwa 20 Prozent der Bevöl-

kerung übergewichtig sind. Auch in Tschechien und anderen ehemaligen kommunistischen Ländern konnte durch die Marktöffnung eine deutliche Körpergewichtszunahme festgestellt werden, da die Menschen die Freiheit des Essens sowie die Auswahl des Nahrungsangebotes oft mit der eigenen persönlichen Freiheit assoziieren. In Südafrika gilt Fettleibigkeit als Schönheitsideal und steht symbolisch für

Abb. 2: Entwicklung und Zunahme der Übergewichtigkeit in der Bevölkerung der Industrieländer innerhalb der letzten 20 Jahre



Erwachsenen über 65 Jahren ein deutlicher Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und Ernährungsgewohnheiten nachgewiesen werden. Menschen mit funktionierendem Gebiss, die definitionsgemäß noch mehr als 20 Zähne hatten, waren vermehrt in der Lage, sich diätisch gesund mit Obst und Gemüse zu ernähren und zeigten

Gesundheit, Wohlbefinden und Fruchtbarkeit – dünne Menschen werden meist mit der Krankheit AIDS in Zusammenhang gebracht. Der Anteil der übergewichtigen beziehungsweise fettleibigen Frauen liegt dort folglich bei 59 Prozent. In Japan fand man bei Menschen mittleren Alters einen höheren Anteil übergewichtiger Männer als Frauen, was auf die besondere berufliche Belastung, Stress, Überarbeitung und unregelmäßige und meist sehr späte Mahlzeiten zurückgeführt wird. In einer Studie mit 1 585 australischen Schulkindern der Altersgruppe sieben bis 15 Jahre konnte gleichfalls eine steigende Tendenz von Übergewicht (elf bis 21 Prozent) und Adipositas (vier bis sieben Prozent) festgestellt werden, und es fand sich auch eine Assoziation zwischen Body Mass Index (BMI = Körpergewicht/ Körpergröße²; kg/m²) und Haushaltseinkommen [27]. In Deutschland liegt der Anteil der übergewichtigen Kinder bei etwa zehn bis 20 Prozent, wobei auch hier eine deutliche Zunahme-Tendenz zu erkennen ist. Die Anwendung des BMI im Kindes- und Jugendalter zur Definition von Adipositas und Übergewicht, wird von der Childhood Group der Internationalen Obesity Task Force (IOTF) sowie der European Childhood Obesity Group (ECOG) empfohlen [3, 5, 8, 20, 23].

Da übergewichtige Menschen in der Regel auch ein erhöhtes Erkrankungs- und Sterberisiko haben, kann man davon ausgehen, dass sowohl die medizinische Betreuung als auch die medikamentöse Versorgung im Vergleich zu normalgewichtigen Menschen vermehrt in Anspruch genommen wird [9]. In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass der BMI positiv mit der Zahl der Arztbesuche und der Medikamenteneinnahmen korrelierte [29]. Eine Umfrage des amerikanischen Center for

Größe	Gesund	Übergewichtig	Fettleibig
	Gewicht in Kilogramm		
170 cm	60-70 kg	72-84	>86
175	63-75	77-89	>91
180	66-80	82-94	>96
185	69-83	85-101	>103
190	72-88	90-106	>108

Tabelle für den Body-Mass-Index

Disease Control mit 195 005 Erwachsenen ergab, dass übergewichtige und adipöse Menschen vermehrt unter Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, Hypercholesterinämie, Arthritis und schlechtem Gesundheitszustand leiden [16].

Die Art der Ernährung kann einerseits den Mundgesundheitszustand beeinflussen, andererseits kann der Mundgesundheitsstatus, insbesondere bei älteren Menschen, auch eine wesentliche Rolle beim Ernährungsverhalten und dem Allgemeingesundheitszustand spielen (Abb. 4). Menschen mit frühzeitigem Zahnverlust zeigten gehäuft einen Wechsel von bevorzugten Nahrungsmitteln sowie Mangelernährung von bestimmten Vitaminen und Spurenelementen [4, 11, 17]. In zahlreichen Studien konnte auch bei

ebenso einen zufrieden stellenden Ernährungsstatus und einen altersentsprechenden akzeptablen BMI-Wert [15].

In der vorliegenden aktuellen Studie (Schuljahr 2002/2003) sollte bei Grundschulkindern im Rahmen gruppenprophylaktischer Bemühungen (Abb. 5) ein möglicher Zusammenhang zwischen Kariesprävalenz und Ernährungssituation unter besonderer Berücksichtigung des BMI überprüft werden.

Studiendesign

In einer interdisziplinären Studie zwischen der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und der Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz so-

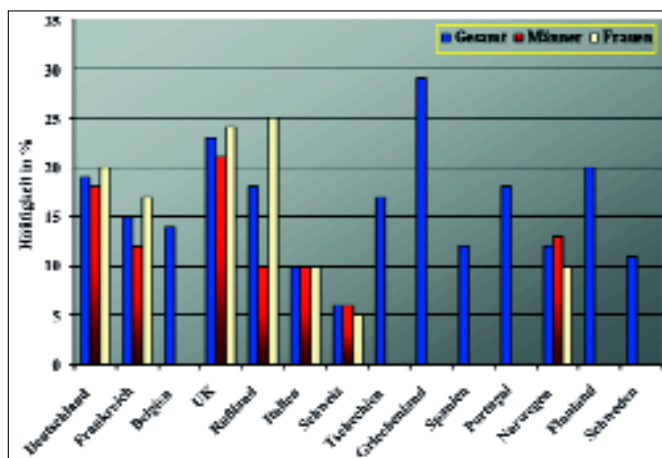


Abb. 3: Prozentualer Anteil der Übergewichtigen in der Bevölkerung in Europa.

wie der Landesjugendzahnpflege Rheinland-Pfalz wurden insgesamt 840 sozialstrukturell unterschiedliche Grundschul-kinder (Schuljahr 2002/2003; 51 Prozent Jungen und 49 Prozent Mädchen) aus vier Grundschulen des Stadtbereiches Mainz untersucht. Neben der zahnärztlichen Untersuchung, die im Rahmen der Gruppenprophylaxe durchgeführt wurde (Abb. 6), erfolgte bei allen Kindern eine Gewichts- und Größenbestimmung zur Ermittlung des BMI. Eine Untersuchung der Kinder fand nur statt, wenn eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigten vorlag. Die zahnärztliche Untersuchung erfolgte ausschließlich von Zahnärzten des Universitätsklinikums Mainz (Poliklinik für Zahnerhaltungskunde), und die Schulkinder wurden vor der Untersuchung angewiesen, ihre Zähne gründlich, wie gewohnt zu reinigen. Nach einer Trockenlegung mit Watterollen und Wattepellets wurde der Zahnstatus erfasst und auf spezielle Befundbögen übertragen. Kariöse Primärdefekte und Sekundärkaries, die invasiv behandelt werden sollten, sind als kariös vermerkt worden. Fehlende Zähne sind nicht entsprechend vermerkt worden, da ohne präzise Anamnese keine eindeutige Aussage über eine Nichtanlage des Zahnes sowie eine frühzeitige Extraktion getroffen werden kann. Für die Erfassung der vorliegenden Kariesfrequenz wurde der DF-T-(df-t) Wert [10] verwendet. Bei gleichzeitigem Vorhandensein eines Zahnes der ersten und zweiten Dentition wurde jeweils nur der Zahn der zweiten Dentition gewertet.

Durch approbierte Kinderärzte des Universitätsklinikums Mainz erfolgte die Ermittlung der Größe und des Gewichtes sowie des BMI. Anhand populationspezifischer Referenzwerte (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, AGA) sind die Perzentile erfasst und entsprechend dem Alter der Kinder modifiziert worden [1].

Ergebnisse

In der vorliegenden interdisziplinären Studie sind Grundschul-kinder aus vier verschiedenen Grundschulen der Stadt Mainz



Abb. 4: Einige Beispiele für desolante Gebisse



Abb. 5: Grundschul-kinder der vierten Klasse, die zu gruppenprophylaktischen Untersuchungen die Mainzer Universitätszahnklinik aufgesucht hatten

(Schuljahr 2002/2003) zahnärztlich untersucht worden. Mit gleichzeitiger Bestimmung von Größe und Gewicht konnte der jeweilige BMI ermittelt werden.

Die erste Klasse umfasste 258 Kinder, die zweite Klasse 227 Kinder, die dritte Klasse 182 Kinder, und in der vierten Klasse waren 173 Kinder. Untergewichtige Kinder fanden sich nur in zwei Prozent der Fälle, normalgewichtige Kinder waren in 72 Prozent vorhanden, übergewichtige Kinder waren zu 13 Prozent vertreten, und eine Adipositas konnte in 13 Prozent nachgewiesen werden (Abb. 7). Auf Abbildung 8 ist der prozentuale Anteil normal- und übergewichtiger Kinder, bezogen auf die jeweiligen vier Grundschulklassen, dargestellt.

Bei den Jungen waren 12,4 Prozent übergewichtig und 13,3 Prozent adipös, wobei sich kein statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied in der Adipositas-Prävalenz ergab.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung lagen bei nur insgesamt 33,7 Prozent der Kinder naturgesunde Gebisse vor; Jungen hatten zu 30,6 Prozent und Mädchen zu 37 Prozent naturgesunde Gebisse. Unter Berücksichtigung des BMI-Wertes lagen bei 36 Prozent der normalgewichtigen Kinder naturgesunde Gebisse vor, nur 28 Prozent der übergewichtigen Kinder und 30 Prozent der adipösen Kinder hatten naturgesunde Gebisse.

Bei der Erfassung der Karieshäufigkeit in Relation zum BMI sowohl im Milchgebiss

(df-t-Werte) als auch im permanenten Gebiss (DF-T-Werte) konnten statistisch lokal signifikante Unterschiede nachgewiesen werden. Während normalgewichtige Kinder einen mittleren DF-T-Wert von 0,57 zeigten, wiesen übergewichtige Kinder einen mittleren DF-T-Wert von 0,91 und adipöse Kinder einen von 0,88 auf. Die geschlechtsspezifische Zuordnung der Karieshäufigkeit in Bezug zum BMI ergab eine leicht erhöhte Kariesfrequenz bei Jungen, vor allem beim DF-T-Index und bei Vorliegen von Übergewicht.



Abb. 6: Putzdemonstrationen bei gruppenprophylaktischen Maßnahmen in der Zahnklinik Mainz



Diskussion

Die Bedeutung der Mundgesundheit wird vielen Menschen erst bewusst, wenn die Folgen des frühzeitigen Zahnverlustes einschließlich der fehlenden Kaufunktion offensichtlich werden. Die Lebensqualität eines Menschen ist abhängig vom Grad der Möglichkeiten und positiven Empfindungen, wichtige Lebenssituationen bewältigen zu können [21]. Zu den signifikant wichtigen Determinanten der Lebensqualität zählen unter anderem Mundbereich und Zahngesundheit [22], da Veränderungen beziehungsweise Störungen im Mundbereich nachweislich sowohl physiologische als auch psychologische Auswirkungen haben können. Die Lebensqualität wird des Weiteren beeinflusst durch das äußere Erscheinungsbild, Sprache, Kaumöglichkeiten, Geschmack und Freude beim Essen, dem sozialen Umfeld, Selbstwertgefühl und dem allgemeinen Wohlbefinden [13]. In den letzten zehn Jahren konnte in den industrialisierten Ländern eine starke Zunahme der Inzidenz übergewichtiger und adipöser Erwachsener und auch Kinder festgestellt werden [23,25]. Als Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas werden

unter anderem auch geringer sozialer Status, niedriges Haushaltseinkommen, Übergewicht der Eltern, Lebensstil und genetische Dispositionen genannt [6,14]. Zu den Hauptrisikofolgen der Übergewichtigkeit im Kindesalter zählt deren Fortbestehen in das Erwachsenenalter mit den gesicherten gesundheitlichen Folgeerkrankungen. Dies

macht deutlich, dass sowohl eine effektive Prävention zur Vorbeugung des Übergewichtes als auch eine sinnvolle Behandlung dringend erforderlich erscheinen. Zurzeit wird eine Reihe von Gegenmaßnahmen zur Bekämpfung des weltweiten Fettleibigkeitsproblems diskutiert und teilweise auch bereits realisiert. Von der WHO werden zurzeit Richtlinien aufgestellt, um gezielt ernährungsbedingte Erkrankungen durch präventive Diät- und Ernährungsmaßnahmen unterbinden zu können. Enorme Probleme und Schwierigkeiten werden dabei im rechtlichen Widerstand der großen Lebensmittel- und Fast-Food-Ketten gesehen, die das medizinische Fundament solcher Maßnahmen entscheidend in Frage stellen können. Als wesentliches Argument wird dabei angeführt, dass jede Diätform die Entscheidung eines jeden einzelnen Individuums sei, die ihm selbst überlassen werden sollte und keine auferzwungenen Richtlinien angewandt werden dürften.

In Deutschland stieg zum Beispiel die Prävalenz von Adipositas bei Kindern innerhalb der letzten zehn Jahre nach der Wiedervereinigung mit den neuen Bundesländern massiv an [12]. Verschiedene Studien konnten des Weiteren auch belegen, dass Schulkinder aufgrund von Fehlernährung häufig Gesundheitsschwächen zeigen [21]. Unter-

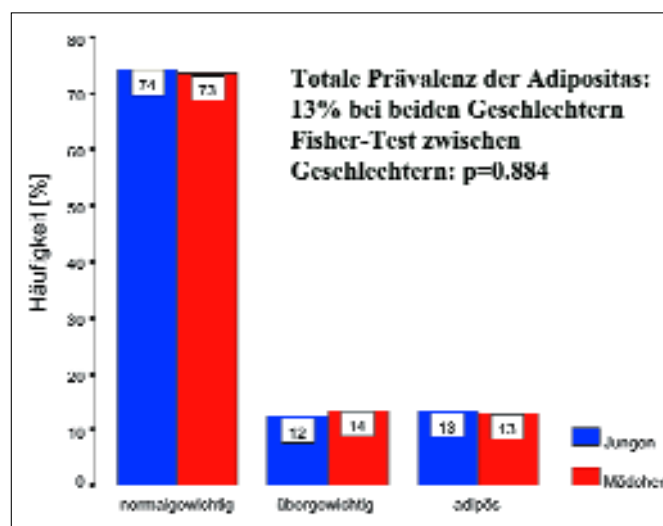


Abb. 7: Häufigkeitsverteilung der Jungen und Mädchen unter Berücksichtigung des Körpergewichtes: normalgewichtig, übergewichtig und adipös

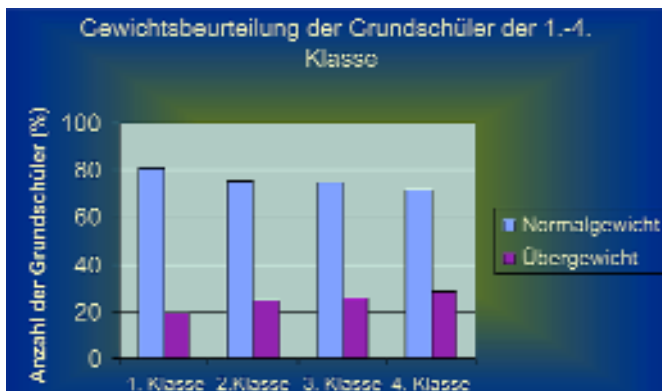


Abb. 8: Prozentuale Auflistung der Gewichtsbeurteilung der Grundschüler (Schuljahr 2002/2003) bezogen auf die jeweiligen Klassen

suchungen bei Nürnberger Hauptschülern belegten, dass etwa fünf Prozent der Kinder untergewichtig, 80 Prozent normal- und 15 Prozent übergewichtig waren. 42 Prozent der Schüler wiesen ein naturgesundes Gebiss und 48 Prozent mindestens eine Füllung auf [31]. Eine andere Studie (Kreis Heinsberg) aus dem Jahr 2000 berichtete, dass zehn Prozent der Kinder bereits Zeichen der Adipositas zeigten. In der vorliegenden aktuellen Studie bei Grundschulkindern (Stadtgebiet Mainz) konnte bei mehr als einem Viertel der Kinder (26 Prozent) Übergewichtigkeit beziehungsweise Adipositas festgestellt werden, was den gegenwärtigen Trend der starken Zunahme der Übergewichtigkeit in der Gesamtbevölkerung widerspiegelt. In den Vereinigten Staaten ist das gehäufte und mit steigender Tendenz auftretende Erscheinungsbild der Adipositas inzwischen zu einem ernstem gesundheitsökonomischen Problem geworden.

Die vorliegende Studie zu Mundgesundheit und BMI von Grundschulkindern in Deutschland veranschaulichte deutlich die



Foto: Kupper

Zusätzlicher Nebenfaktor: Dicke Kinder werden von ihren Klassenkameraden oft ausgegrenzt.

gegenwärtige weltweit beobachtete Tendenz zur Übergewichtigkeit und Adipositas in der Bevölkerung. Dies macht klar, dass zukünftige Prophylaxe konzepte neben dem Bemühen zur Zahngesundheit auch dringend Präventionsstrategien zur Vermeidung wie Reduktion der Übergewichtigkeit und Adipositas insbesondere bei Kindern und Jugendlichen anbieten sollten.

Zusammenfassung

Innerhalb der letzten zehn Jahre konnte eine weltweite Zunahme der Fettleibigkeit um etwa 50 Prozent registriert werden. Der deutliche Anstieg der Adipositas in der Bevölkerung hat zu einer erheblichen Steigerung ernährungsbedingter Erkrankungen geführt, wie unter anderem zu Herzerkrankungen, verschiedenen Tumorarten, Diabetes und Bluthochdruck.

In einer epidemiologischen Studie bei Grundschulkindern (deutsche Mittelstadt) sollte ein möglicher Zusammenhang zwischen Übergewicht und Zahnhartsubstanzdefekten überprüft werden. Nur 74 Prozent der Grundschulkindern zeigten normale Gewichtsverhältnisse, 13 Prozent der Kinder waren übergewichtig, und bei weiteren 13 Prozent der Grundschulkindern lagen bereits eine Adipositas vor. Die Zunahme der Kariesfrequenz (DF-T-, df-t-Werte) korrelierte signifikant mit der Zunahme des Körpergewichtes. Bei normalgewichtigen Kindern fanden sich mittlere df-t-Werte von 2,09 (DF-T: 0,57), übergewichtige Kinder zeigten einen mittleren df-t-Wert von 2,48 (DF-T-Wert: 0,91) und adipöse Kinder von 3,3 (DF-T-Wert: 0,88).

Fazit

Die Untersuchung belegte einen altersabhängigen sinkenden Prozentsatz naturgesunder Gebisse von 40 Prozent (sechsjährige Kinder) auf 23 Prozent (zehnjährige Kinder). Mit steigender Klassenstufe zeigte sich ebenso ein deutlicher Anstieg übergewichtiger Kinder. Moderne Ernährungsgewohnheiten haben bereits bei Grundschulkindern zu einer bemerkenswerten hohen Übergewichtigkeits-Prävalenz (26 Prozent) bei beiden Geschlechtern geführt.

Untergewichtige Kinder wiesen zu 50 Prozent naturgesunde Gebisse auf, normalgewichtige Kinder zu 35,1 Prozent und übergewichtige Kinder hatten in 28 Prozent naturgesunde Gebisse. Der Status der Milchzähne war außerdem bei übergewichtigen Kindern schlechter als bei normalgewichtigen und adipösen Schülern.

Die vorliegende Studie zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und Übergewicht; dies unterstreicht die gesundheitspolitische Herausforderung der Prävention.

Autoren:

Prof. Dr. Dipl.-Chem. Brita Willershausen,
Dr. Gabriela Haas
(Poliklinik für Zahnerhaltungskunde);
PD. Dr. Katharina Hohenfellner
(Kinderklinik und Kinderpoliklinik);
PD. Dr. Frank Krummenauer
(Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik) Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Brita Willershausen
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Augustusplatz 2
55131 Mainz
E-Mail: willersh@mail.uni-mainz.de



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

Varianten von Hauttumoren

Pigmentiertes Basaliom der Gesichtshaut

Martin Kunkel, Torsten E. Reichert

Abbildung 1: Klinischer Aspekt der pigmentierten Hautläsion am Unterlid. Es fällt bereits bei der Betrachtung aus der Distanz eine unregelmäßige Pigmentverteilung und der Niveauunterschied zur Lidhaut auf.



Fotos: Kunkel

Kasuistik

Eine 44-jährige Patientin stellte sich mit einer seit mehreren Jahren bestehenden, sehr langsam progredienten, pigmentierten Hautveränderung des linken Unterlids vor (Abb. 1). Es handelte sich um eine induzierte, neun mal fünf Millimeter durchmessende, gegenüber der Lidhaut leicht erhabene Läsion. Die Patientin hatte den Befund aufgrund der Pigmentierung bisher für einen Nävus gehalten und war letztlich erst durch die jetzt erkannte Wachstumstendenz auf die Hautveränderung aufmerksam geworden. Die Detailaufnahme (Abb. 2) zeigt, dass neben der bräunlichen Pigmentierung vor allem morphologische Charakteristika eines nodulären Basalioms vorlagen. Es finden sich neben dem typischen, wallartig erhabenen Übergang der Läsion zum Umgebungsgewebe überwiegend noduläre Anteile mit einer zentralen Einsenkung mit Ausdünnung der Epidermis. Obwohl durch die Pigmentierung teilweise verdeckt, lassen sich an mehreren Stellen typische Teleangiektasien mit Arborisation erkennen (siehe →).

Unter der Verdachtsdiagnose eines pigmentierten Basalioms wurde der Befund mit einem Sicherheitsabstand von zwei Millimetern exzidiert und der Defekt primär

verschlossen. Histologisch (Abb. 3) zeigten sich die basaliomtypischen Tumorzapfen, die jeweils durch eine Schicht palisadenförmig angeordneter Zellen begrenzt sind. Im umgebenden Stroma sind hier bei stärkerer Vergrößerung (Abb. 4) teilweise kräftige Melaninpigmentierungen überwiegend in Melanophagen (siehe →) zu erkennen. Es handelte sich damit abschließend um ein pigmentiertes Basaliom. (Die histologischen Bilder wurden freundlicherweise von Priv.-Doz. Dr. Radner, Institut für Pathologie der Johannes Gutenberg-Universität zur Verfügung gestellt.)

Diskussion

Basaliome sind die mit großem Abstand häufigsten bösartigen Hauttumoren mit einem bevorzugten Auftreten in der lichtexponierten Gesichtregion. Insoweit betreffen diese Tumoren in ganz besonderer Weise das Arbeitsgebiet der Zahn- und Kieferheilkunde. Während die typische Morphologie des nodulären Basalioms oder eines Ulcus rodens meist recht zügig zur klinischen Diagnose führt, stellen die Varianten, und hier insbesondere das sklerodermiforme Basaliom, ein gravierendes diagnostisches Problem dar. Auch die pigmentierten Basaliome werden, obwohl diese Variante

Der aktuelle klinische Fall

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



Abbildung 2: Detailaufnahme der Läsion. Es zeigen sich verzweigte Teleangiektasien (→) und eine wallartige Aufwölbung des Randes der Läsion (▷). Der zentrale Anteil weist eine Ausdünnung und eine beginnende Desquamation der Epidermis auf. Die Pigmentverteilung erscheint ausgesprochen inhomogen.

immerhin etwa sieben Prozent der Basaliome in der hellhäutigen Bevölkerung ausmacht [Maloney et al. 1992], klinisch häufig verkannt, weil die morphologischen Charakteristika unter der Pigmentierung in den Hintergrund treten. Auch im vorliegenden Fall war die Läsion, trotz exponierter Lage am Unterlid, über lange Zeit als Nävus betrachtet und nicht näher beachtet worden.

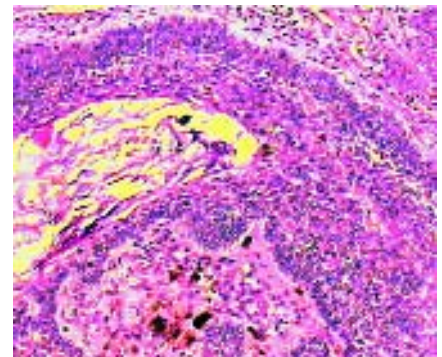


Abbildung 3: Übersichtsaufnahme der Histologie mit typischen Basaliomformationen. Die Tumorzapfen sind durch palisadenförmige Zellreihen begrenzt, die an die basalen Zellen der Epidermis erinnern.

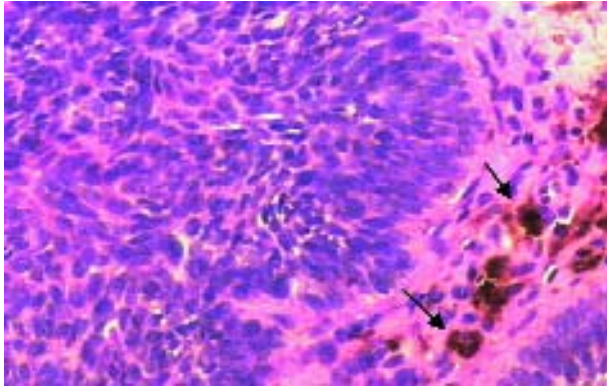


Abbildung 4: Detailaufnahme der Histologie. Im Tumorstroma zeigt sich reichlich Melanin, das vorwiegend innerhalb von Melanophagen (→) gelegen ist.

Tatsächlich bereitet die differentialdiagnostische Abgrenzung pigmentierter Hauttumoren und Nävi selbst dem erfahrenen Hautarzt häufiger Probleme, so dass zusätzliche Methoden, beispielsweise die Auflichtmikroskopie [Menzies et al. 2000], und auf experimenteller Ebene neuerdings die Konfokale Laser-Scanningmikroskopie [Charles et al. 2002] zur Differenzierung herangezogen werden.

primären Erkennung von abklärungsbedürftigen Veränderungen der Gesichtshaut zu, so dass er die betreffenden Patienten an die entsprechenden Facharzttrichtung vermitteln kann.

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

Für die zahnärztliche Praxis wäre es sicher zu weit gegriffen, die Expertise zu einer sicheren klinischen Einordnung der unterschiedlichsten Hautläsionen zu fordern. Allerdings kommt dem Zahnarzt durch die große Zahl von Patientenkontakten eine wichtige Funktion in der

Fazit für die Praxis

- Basaliome treten vor allem an der Gesichtshaut auf und können daher am ehesten durch den behandelnden Zahnarzt erkannt werden.
- Zahlreiche Varianten, die teilweise erhebliche diagnostische Probleme aufwerfen, sollten einer fachärztlichen Beurteilung zugeführt werden
- Bei einem Anteil von etwa sieben Prozent pigmentierter Basaliome in der hellhäutigen Bevölkerung sollten auch vermeintliche Pigmentnävi regelmäßig beachtet werden.

zm Leser service

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

Reisemedizin

Malaria: Gefahrenpotenzial durch lange Latenzphase

Till Uwe Keil

Auf Reisen erworbene Malaria-Infektionen können nach einer wochenlangen Latenzphase erst so spät auftreten, dass nicht mehr an eine Tropenkrankheit gedacht wird. Das hat meist eine Therapieresistenz und damit Chronifizierung zur Folge. Über die Probleme einer solchen verzögerten Diagnostik berichteten die zm in Heft 6/2002, Seite 46. In diesem Beitrag geht es um die Konsequenzen für eine kluge Vorbeugung.

Vor allem in Mittel- und Südafrika ist mit Infektionen durch *Plasmodium falciparum* zu rechnen. Auf diesen Erreger gehen praktisch alle Todesfälle durch eingeschleppte Malaria in den Industrieländern zurück.



Fotos: Fremdenverkehrsamt Kenia/MEV

In der neuesten Ausgabe des New England Journal of Medicine (Band 349, Heft 16) erschien eine Studie aus dem Zentrum für Geographische Medizin der Universität Tel Aviv (Israel) in Zusammenarbeit mit dem Center for Infectious Diseases, Center for Disease Control und Prevention (CDC) in Atlanta (USA), aus dem auch der Kommentar stammt, in dem die praktischen Konsequenzen diskutiert werden.

Die israelische Gruppe um Prof. Eli Schwartz untersuchte alle dort gemeldeten Malariafälle von Reiseheimkehrern aus den Jahren 1994 bis 1999. Parallel dazu führte die Gruppe in Atlanta eine Untersuchung der aus den Jahren 1992 bis 1998 stammenden eingeschleppten Reiseinfektionen mit Malaria durch. Dabei interessierte neben den nachweisbaren Erregern vor allem der Zeitpunkt, an dem die akute, fiebrige Phase der Krankheit auftrat.

Zwei auffällige Ergebnisse dieser beiden Studien sind besonders bedenkenswert:

1. 134 der 300 Malariafälle in Israel (44,7 Prozent) und 987 der in den USA zugänglichen 2822 Malariaerkrankungen (35,0 Prozent) traten zwei Monate oder später nach Heimkehr des Reisenden auf. Der längste Zeitraum betrug viereinhalb Jahre. Fast alle Fälle waren auf *Plasmodium vivax* oder *P. ovale* zurückzuführen.

2. Der Großteil der Patienten (Israel 80,6 und USA 62,2 Prozent) hatten ihre Malaria-Prophylaxe genau nach den gültigen Richtlinien eingenommen.

Die übrigen Malariakerkrankungen, die durch Heimkehrer aus Endemiegebieten eingeschleppt wurden, waren fast ausschließlich durch *P. falciparum* verursacht. Hier lag die Ursache für die Infektion regelmäßig an einer nachlässigen Prophylaxe (Abweichungen von der empfohlenen Einnahme der Medikamente beziehungsweise Einnahme der falschen Medikamente, die im Reiseland nicht mehr wirksam waren).

Tückische Hypnozoiten

Nachdem Ende des 19. Jahrhunderts Moskitos als Überträger der Malaria identifiziert werden konnten, dauerte es nochmals fast ein halbes Jahrhundert, bis 1948 das Geheimnis der verzögerten Infektionen entschlüsselt wurde. Hinweise hatten die Forscher aus Nordeuropa erhalten, wo Infektionen im Frühjahr auftraten – zu einer Zeit, in der die damals auch dort endemisch infizierten Moskitos wegen der Kälte nicht mehr flogen. Die Lösung des Rätsels ist in Abbildung 2 dar-

gestellt: Nach dem Stich durch einen infizierten Mosquito wandern die Plasmodien als Sporozoen über die Blutbahn in die Leber. Dort bilden sich in der Zwischenform des Schizonten tausende von Merozoiten,

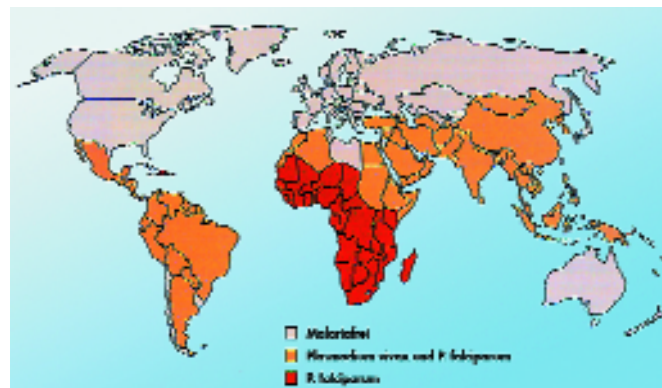


Abb. 1: verbreitete Spezies von *Plasmodium* in Malaria-Endemiegebieten (Quelle: Eli Schwartz et al., NEJM 2003)

die das Blut überschwemmen und zur Fieberattacke führen. Einige Plasmodien wie *P. vivax* und *P. ovale* sind jedoch in der Lage, in der Leber statt eines Schizonten einen über Monate oder Jahre stummen „Hypnozonten“ zu bilden. Erst wenn dieser durch noch immer nicht letztendlich geklärte Impulse dazu übergeht, seinerseits Merozoiten zu bilden, bricht die Krankheit als akute Malaria aus.

Diese Ansteckungen mit *P. vivax* und dem selteneren *P. ovale* waren dann auch die Ursache für die in den erwähnten Studien registrierten späten Ausbrüche der Krankheit.

Folgerungen für die Vorbeugung

Schaut man sich die derzeitige epidemiologische Situation der Malaria in den Endemiegebieten an (Abbildung 1), so wird deutlich, dass lediglich in Mittel- und Südafrika ausschließlich mit Infektionen durch *Plasmodium falciparum* zu rechnen ist. Dieser Erreger gilt unter den Plasmodien als am gefährlichsten, wie Prof. Thomas E. Wellems aus Bethesda (USA) in seinem Editorial anmerkt. Auf *P. falciparum* gehen praktisch alle Todesfälle durch eingeschleppte Malaria in den Industrieländern zurück, die auf etwa 200 pro Jahr geschätzt werden.

P. falciparum ist auch für die Einwohner der Endemiegebiete am gefährlichsten: Besonders in Afrika sterben jedes Jahr allein von den infizierten Kindern nahezu drei Millionen an Infektionen mit diesem Erreger. Seine Gefahr ist vor allem durch die weltweite Ausbildung von Resistenzen gegen das gängigste und billigste Malariamittel, Chloroquin gegeben. Es stammt aus der vor Jahrzehnten führenden tropenmedizinischen Forschung von Bayer und wurde als Resochin® weltberühmt.

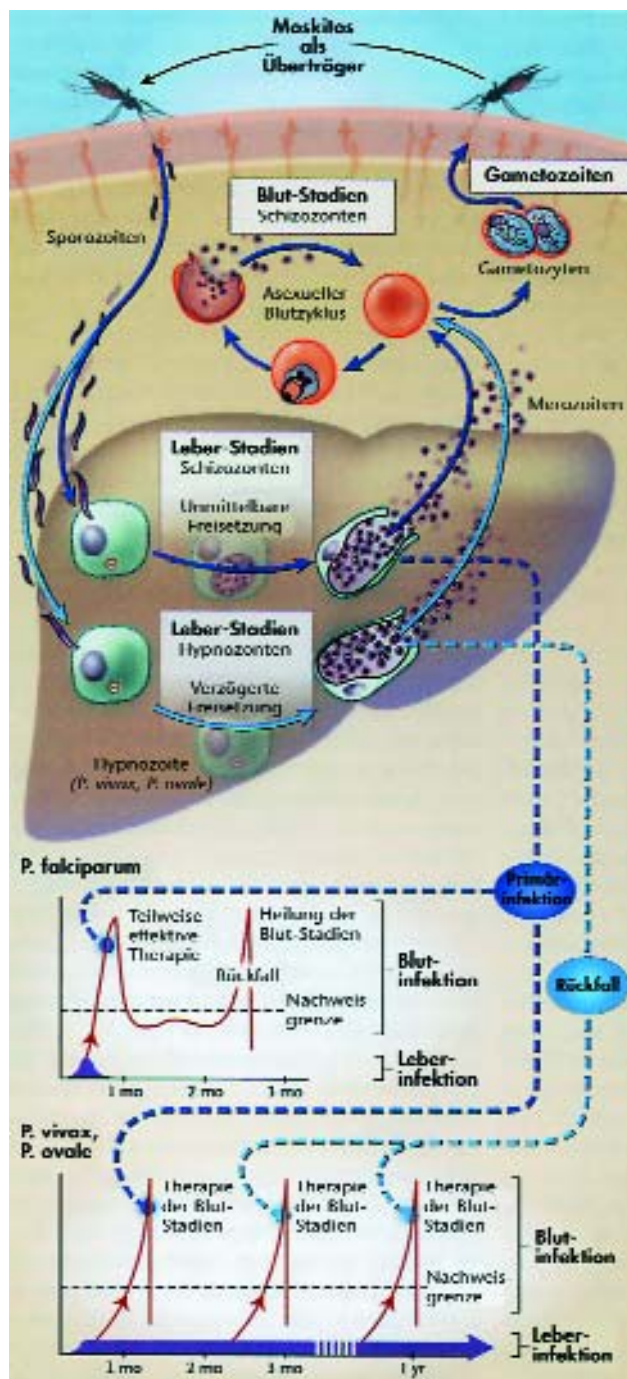


Abb. 2: Lebenszyklen von Plasmodien in ihrem menschlichen Wirt (Quelle: Thomas E. Wellems et al., NEJM 2003)

Reisende, die andere Malariagegenden besuchen, müssen immer auch mit Infektionen durch *P. vivax* oder *P. ovale* rechnen, die sich dem Zugriff von Chloroquin und den übrigen gängigen Malariamitteln, die auf die Merozoiten einwirken, entziehen. So kommt es, dass trotz Einhaltung der empfohlenen Prophylaxe auch in Gebieten, wo Resistenzen von *P. falciparum* noch keine Rolle spielen, Erkrankungen registriert werden. Sie verursachen dann auch noch das Problem des verzögerten Auftretens.

Ohne sofortige Intervention chronifizieren diese Malariafälle in der Regel.

Von den hier zu Lande erhältlichen Malariamitteln taugt lediglich das Kombinationspräparat aus Atovaquon und Chloroguanid (Malarone®) zur Prophylaxe auch gegen *P. vivax* und *P. ovale*, wo es auch die Leberstadien erreicht. Es hat, wie bereits in zm 6/2002 berichtet wurde, zudem den Vorteil, dass es schon eine Woche nach Ende der Reise abgesetzt werden kann (im Gegensatz zu vier Wochen bei den anderen Präparaten).

Allerdings ist auch hier noch nicht das letzte Wort zur Sicherheit und Wirksamkeit bei breiter Verwendung gesprochen worden. Prof. Wellems verweist in diesem Zusammenhang auf noch bestehende Einschränkungen bei Kindern und Schwangeren. Außerdem seien auch Therapieversager bei Fällen nach Ansteckung durch *P. vivax* berichtet worden.

Was also zur sicheren Prophylaxe nach wie vor geraten ist, besteht im möglichst lückenlosen Schutz vor Insektenstichen durch geeignete Kleidung. Auch Repellenzien auf unbedeckter Haut stellen einen guten Schutz dar.

Weiterhin kann auf das Ergebnis forciert Forschungsbemühungen gewartet werden. Hier werden Kandidaten wie Primaquin oder Tafenoquin, aber auch Artesunat, Artemether oder Dihydroartemisinin

behandelt, die aus den Wirkstoffen der hochinteressanten chinesischen Heilpflanze Qing hao (*Artemisia annua*) gewonnen werden.

Informationen über die konkrete Resistenzlage und Empfehlungen zur Prophylaxe aufgrund auch der neueren Daten der hier referierten Studie lassen sich abrufen von der Website des CDC (www.cdc.gov/travel/). Auch der Autor steht für weitere Fragen zur Verfügung (keil@urbanvogel.de).

Kardiologie

Neue Tests bei verbreiteten Herzerkrankungen

Anfang November diesen Jahres trafen sich Diagnostik-Fachleute aus Klinik und Forschung zum alljährlichen Forum Diagnostik in Mettmann bei Düsseldorf. Die modernen diagnostischen Trends in der Kardiologie könnten – konsequent eingesetzt – viele Menschenleben retten. Diese These erläuterte Prof. N. Katz, Universität Gießen.

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems gehören noch immer zu den häufigsten Todesursachen. Wie gewaltig die Bürde ist, zeigen einige Zahlen zur Herzinsuffizienz, die durch ihren schleichenden Beginn besonders heimtückisch ist: Die Herzinsuffizienz ist um den Faktor sechs bis neun häufiger die Todesursache als andere kardiovaskuläre Erkrankungen. Die Kosten für die Behandlung der Patienten verbrauchen mehr als zwei Prozent des gesamten Gesundheitsbudgets. Bei Patienten im Alter von über 65 Jahren ist die Herzinsuffizienz die häufigste Ursache für eine Einweisung ins Krankenhaus.

Vier zentrale Marker

Prof. Katz nannte insgesamt vier vorrangige diagnostische Bereiche in der Kardiologie, die für eine gute prognostische Aussage und auch für die Therapiekontrolle von entscheidender Bedeutung sind:

1. Troponin I beim akuten Koronarsyndrom. Alle instabilen Zustände am Herzen, wie die instabile Angina pectoris oder der nicht-tödliche Herzinfarkt, gehören in dieses Krankheitsbild. Das zu Grunde liegende „Minimal Myocardial Injury“, das im EKG nicht sichtbar wird, hat längerfristig die gleiche ungünstige Prognose wie der akute Myokardinfarkt. Troponin ist hier der einzige spezifische Marker, der als Indikator kleinster myokardialer Nekrosen das oftmals enge therapeutische Zeitfenster von sechs Stunden bis zur noch erfolgreich möglichen Reperfusion nutzbar macht. Glücklicherweise ist dieser Test inzwischen bei Patienten in kritischen Situationen üblich geworden.

2. BNP bei der Herzinsuffizienz (HI). Eine frühe Diagnose von klinisch stummen Stadien der HI (NYHA I und II a) erlaubt es, mittels gezielter therapeutischer Intervention die mit schwerer Symptomatik belasteten Spätstadien um Jahre zu hinauszuzögern. Als objektiver Marker steht im Verdachtsfall

kardiale Atemnot von einer Dyspnoe pulmonalen Ursprungs zu differenzieren.

3. hsCRP bei Atherosklerose und KHK. Beide Erkrankungen haben nach heutiger Auffassung eine wichtige entzündliche Komponente, so Prof. Katz. Konventionelle Tests auf Entzündungen, wie die Blutsenkung oder der normale CRP-Test, bilden dieses Geschehen jedoch nur unzuverlässig ab. Daher ist das so genannte hochsensitive CRP (hsCRP) von großer prognostischer Bedeutung. Es ist über der kritischen Schwelle von drei mg/l ein unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung eines akuten Koronarsyndroms bei KHK-Patienten.

4. Homocystein (HCY) bei der vaskulären Verschlusskrankheit. Da klassische Risikofaktoren wie Lipide oder Bluthochdruck nicht alle kardiovaskulären Komplikationen

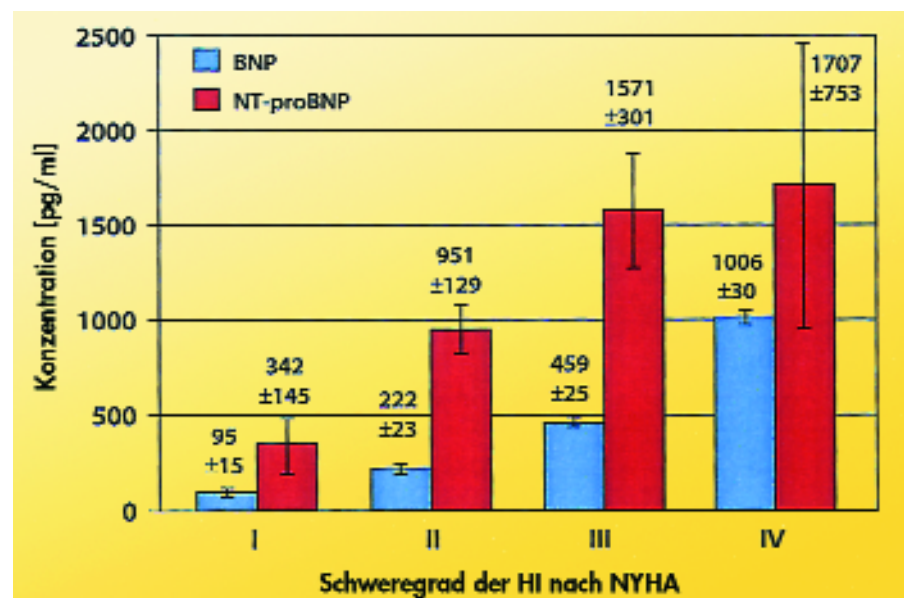


Abb. 1: Je nach dem in der Klassifikation der New Yorker Herzgesellschaft (NYHA) bestehenden Schweregrad einer Herzinsuffizienz ist BNP entsprechend erhöht (Quelle: Peter A. McCullough et al., Rev Cardiovasc Med 2003).

das B-Typ Natriuretische Peptid (BNP) zur Verfügung. Die Abbildung 1 zeigt, dass BNP besser als der ebenfalls diskutierte Marker NT-proBNP je nach Schweregrad zuverlässig auf die HI hinweist. Daher soll es nach den neuesten Empfehlungen der Europäischen Kardiologengesellschaft (ESC) im Zweifelsfall und zur Verlaufskontrolle extensiv genutzt werden. Sein Grenzwert liegt bei 100 pg/ml. Es ist auch geeignet, eine

erfassen, suchte man nach weiteren Hinweisen auf eine Gefährdung. HCY, ein Intermediärprodukt in der Synthese der essenziellen Aminosäure Methionin ist seit langem als ein solcher Indikator im Visier. Eine moderate Hyperhomocysteinämie mit Serumspiegeln über zwölf mmol/l gilt bereits als zytotoxisch. Sie findet sich bei zehn Prozent der Normalbevölkerung und bei 40 Prozent der Patienten mit Gefäß-

krankheiten. Bei ihnen ist eine Behebung der Hyperhomocysteinämie dringend geboten, was durch Supplementierung der Vitamine B6 und B12 zusammen mit Folat sehr leicht gelingt.

Eigeninitiative gefragt

Diese Tests sind in allen Großlabors verfügbar. Ihre breitere Anwendung würde nicht nur die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern, sondern in einer drastisch positiven Nutzen/Kosten-Relation auch zur Senkung der Gesundheitskosten beitragen, so die in Mettmann versammelten Fachleute. Für diese Entscheidung werden

außerhalb der Kliniken mehr und mehr die Hausärzte verantwortlich gemacht.

Wie in den letzten Jahren immer häufiger, braucht es bei der heutigen Situation im Gesundheitswesen auch hier ein gehöriges Maß an Information und Eigeninitiative des gesundheitsbewussten Patienten. Erst die Nachfrage nach solchen Tests wird die meisten Ärzte zum Handeln bringen.

Viele nützliche Informationen zu diesen Tests finden sich unter www.herzstiftung.de. Sie sind auch beim Autor erhältlich, der gerne Leserfragen beantwortet (keil@urban-vogel.de).

Dr. Till U. Keil

Sexualmedizin

Viagra & Co. – die Männer lenken den Markt

Patienten mit Erektile Dysfunktion (ED) prägen nach ihren Erfahrungen mit den nunmehr drei erhältlichen PDE5-Inhibitoren durch ihr „Kaufverhalten“ den Markt. Nur jeder zweite, so er die Wahl hat, bleibt beim Erstling Viagra.

Fünf Jahre lang ist Sildenafil bereits als Viagra® erhältlich. Die mehr als 20 Millionen Patienten, die es inzwischen eingenommen haben, prägten erneut eine Weltmarke, ähnlich wie vor über 100 Jahren „Aspirin“. Doch die Herstellerfirma Pfizer, die mit ihren unverstärkt überhöhten Preisen über Jahre unbedrängt den Markt beherrschen konnte, hat nach Einführung der Konkurrenten Tadalafil (Cialis®) und Vardenafil (Levitra®) nicht mehr so viel Freude an ihrem Geburtstagskind.

Ende September führte der niedergelassene Urologe Axel-Jürg Potempa aus München auf dem diesjährigen Deutschen Urologenkongress in Hamburg zum Wechselverhalten der Patienten aus: „70 Prozent meiner Patienten, die Viagra einnehmen, wollen auch die anderen Präparate kennen lernen. Etwa knapp jeder zweite von ihnen bleibt bei der Alternative.“ – Ort dieser Aussage war die Geburtstagspressekonferenz für Viagra ...

Die Levitra-Herstellerfirma Bayer zog mit einer doppelblinden Vergleichsstudie an 86 Männern nach, die in für sie unbekanntem

Wechsel die Präparate in der Höchstdosis einnahmen: Wie erste Ergebnisse aus der Urologischen Universitätsklinik zu Köln (Studienleiter Dr. Frank Sommer) ergeben, war Levitra in allen Fragepunkten (Leichtigkeit, eine Erektion zu bekommen sowie Härte und Standfestigkeit derselben) dem Viagra leicht überlegen, Cialis fiel ab. Lediglich bei der Dauer der Wirkung (Normalisierung der ED) hatte Cialis erwartungsgemäß die Nase vorne.

Kommentar

Solche Studien sind allerdings trotz ihrer Verblindung mit einiger Vorsicht zu genießen, da die Objektivität der erhobenen Parameter kaum kontrollierbar ist. So ist zu erwarten, dass alle drei Herstellerfirmen mit der Zeit Studien präsentieren, die ihr Medikament an die Spitze stellen.

Glaubhafter ist hier die oben zitierte Aussage des Urologen Potempa, der bereits mehr als 1700 Patienten behandelt hat. Sehr aussagekräftig ist bei einem selbstbezahlten Medikament natürlich auch der Markt: Hier dominiert zwar noch Viagra. Es wird aber bedrängt von Cialis, dem mit einigem Abstand Levitra folgt.

Dr. Till U. Keil



Erektionsstörungen können manch ein schönes Treffen platzen lassen. Immer mehr Männer greifen zur medikamentösen „Hilfe“.

Foto: PhotoDisc

13. Jahrestagung des AK für Gerostomatologie e. V.

Gut gekaut ist halb verdaut – Zahnstatus und Ernährung bei Senioren

Hans Peter Huber

Unter diesem Motto stand die 13. Jahrestagung des Arbeitskreises für Gerostomatologie e. V. (AKG), die Ende September diesen Jahres unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Peter Pospiech in Homburg/Saar stattfand.

Die Ernährungsgewohnheiten älterer Menschen lassen sich nur sehr schwer verändern, berichtet Dr. Peter Koch-Gwinner, St. Wendel. Er stellte die Ergebnisse von sechs Studien vor, die die Ernährungsweise und Ernährungsdefizite von Senioren bearbeitet haben. Besonders verwies er auf die Arbeiten von Prof. Dr. Dorothee Volkert. Schlechter Appetit sowie Kau- und Schluckprobleme seien die Ursachen insbesondere für Unterernährung, da die Zufuhr von Ballaststoffen, Mineralien, Vitaminen, Protein und Fett zu niedrig sei. Die Defizite seien bei Männern höher als bei Frauen. Interventionen durch Änderung der Essgewohnheit, Verbesserung der Ernährungssituation und durch die zusätzliche Gabe von hochkalorischer, flüssiger Zusatznahrung hätten nicht die erwarteten Erfolge gebracht, auch wenn sich die Zahl der Klinikweisungen und der Behandlungstage im Krankenhaus reduziert hätte und es zu einer signifikanten Abnahme der Pflegebedürftigkeit gekommen sei. Er forderte eine bessere Prävention und eine frühere Intervention. Dazu müssten aber Ärzte und Zahnärzte der Ernährung mehr Beachtung schenken.

Dr. Florian Mack, Greifswald, konnte anhand der Daten aus der randomisierten, bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudie SHIP (Study of Health in Pomerania) aufzeigen, dass der Ernährungszustand vom prothetischen Befund abhängt. Probanden mit neun oder weniger Zähnen hätten einen signifikant höheren Body Mass Index (BMI) und eine vermehrte Nahrungsaufnahme als Probanden mit zehn und mehr Zähnen je Kiefer. Er führt dies auf eine verbesserte Nahrungszerkleinerung mit mehr als zehn

eigenen Zähnen und damit auf eine bessere Nahrungsverwertung zurück.

Die Berliner Arbeitsgruppe ZA Ralf Schneider, Dr. Erika Paulisch, Priv.-Doz. Dr. Dr. Claus Köppel und Prof. Dr. Klaus-Peter Lange stellte in ihrer Untersuchung fest,

Der Senioren-Patient benötigt besondere Zuwendung durch seinen Zahnarzt und das Personal. Immer ist daran zu denken, dass er schlechter sieht und hört und abgesehen von manuellem Handicap oft auch die Auffassungsgabe nicht mehr die eines Zwanzigjährigen ist.

Foto: Intervox (S. Graack)



dass bei geriatrischen Patienten die Faktoren intellektueller Abbau, Immobilität und Instabilität eher Einfluss auf die Compliance hätten als die Mundgesundheit. Ihrer Meinung nach erscheint eine individuelle Betreuung dringend erforderlich, um durch die Gesunderhaltung der oralen Strukturen eine schmerzfreie Ernährung zu ermöglichen.

Ausbildungssituation in der Gerostomatologie

Alle 31 deutschen Universitätszentren für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wurden von der Leipziger Arbeitsgruppe Dr. Ina Nitschke, ZA Alexander Ilgner und Prof. Dr.

Thomas Reiber schriftlich befragt, ob und welche Aspekte der Gerostomatologie in den Unterricht einfließen. Sechs der 31 Universitäten bieten eine einsemestrige Vorlesung und sechs einen praktischen Unterricht in einer Senioreneinrichtung an.

Lediglich an drei Universitäten werden theoretischer und praktischer Unterricht angeboten, obwohl 87,4 Prozent der für die Lehre verantwortlichen befragten Ausbilder eine spezielle Vorlesungsreihe zur Gerostomatologie begrüßen würden.

Totalsanierung vor dem Umzug ins Altenheim

ZA Mohammad Abed-Rabbo und Peter Pospiech, Homburg/Saar, stellten die ersten Ergebnisse einer Befragung der Saarländischen Alten- und Pflegeheime vor. Sie forderten vor dem Eintritt in ein Alten- oder Pflegeheim eine zahnärztliche Sanierung

Wahl des Vorstandes

Die Mitgliederversammlung wählte Dr. Ina Nitschke zur 1. Vorsitzenden, Prof. Dr. Christoph Benz zum 2. Vorsitzenden, Dr. Hans Peter Huber wurde zum Schatzmeister und Alexander Ilgner zum Schriftführer benannt.

Ehrungen und Preise

Den Tagungspreis für den besten Vortrag teilten sich Florian Mack, stellvertretend für das Autorenteam Florian Mack, ZA Tina Bauch, ZA Christian Schwan, Dr. Olaf Bernhard, Dr. Dietmar Gesch, Prof. Dr. Ulrich John, Prof. Dr. Thomas Kocher und Prof. Dr. Reiner Biffar, Greifswald, für die Untersuchung „Ernährungszustand älterer Menschen in Abhängigkeit vom prothetischen Status“ und ZA Wolfgang Bleileven, Bad Laer, für den Vortrag „Konzept der mobilen Betreuung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen“. Der von der blind-a-med-Forschung und vom AKG ausgelobte „Gero-2003-Förderpreis“ in Höhe von 2003 Euro wurde an die Leipziger Arbeitsgruppe Dr. Ina Nitschke, ZA Alexander Ilgner, Priv.-Doz. Dr. Dr. Werner Hopfenmüller und Prof. Dr. Thomas Reiber für deren Arbeit „Ein Modell zur zukünftigen zahnmedizinischen Versorgungsstruktur von Pflegebedürftigen in der Beurteilung durch Zahnärzte“ vergeben.

Die nächste Jahrestagung wird am 18. September 2004 unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Karl-Peter Wefers in Jena stattfinden. Bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde vom 13. - 16. Mai 2004 in Kiel wird der AKG einen halben Kongressstag gestalten. Weitere Informationen sind über die Homepage www.akgerostomatologie.de zu erhalten.

und neben dem ärztlichen auch einen zahnärztlichen Eingangsbefund.

Im zweiten Hauptreferat berichtete Prof. Dr. Wolfgang Götz, Bonn, über die strukturellen Veränderungen in der Mundhöhle älterer Menschen. Eine ungenügende Daten-

lage, individuelle Unterschiede und eventuell genetische und umweltbedingte Einflüsse erschwerten die Beurteilung echter altersbedingter Veränderungen. Trotz physiologischer und struktureller Veränderungen durch den Alterungsvorgang bliebe die Funktion des Kausystems bis in das hohe Alter erhalten.

Praxistipp: der Trick mit den Magneten

Unter dem Motto „Aus der Praxis für die Praxis“ stellte Arzt und ZA Peter Baum, Neuwied, die Kosten für die Neuanfertigung einer Prothese, entsprechend einem Behandlungsvorschlag für ältere Patienten (Um- und Aufbauprothese), den Kosten für die Unterfütterung und den anschließenden Austausch der Zähne gegenüber. Dipl.-Volkswirt und Zahntechniker Hsjmar Stemmann, Hamburg, berichtete über die Möglichkeit, Magnete als Verankerungselement bei Hybridprothesen anzuwenden und erläuterte deren Einsatzgebiet. Er wies darauf hin, dass Magnete einfach auch in schon vorhandene Prothesen einzubauen seien und häufiger bei der Versorgung von Senioren zum Einsatz kommen sollten. ZA Wolfgang Bleileven, Bad Laer, stellte sein Praxiskonzept zur mobilen Betreuung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen vor und zeigte die Vorteile auf, Patienten in ihren eigenen vier Wänden zu behandeln. Die Leipziger Arbeitsgruppe erläuterte das unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Ina Nitschke in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis für Gerostomatologie e. V. (AKG) und mit Unterstützung der GABA GmbH entstandene computergestützte Trainingsprogramm für Pflegekräfte, Ärzte und pflegende Angehörige „Gesund im Alter – auch im Mund“. Konsiliarzahnärzte können dem Pflegepersonal dieses zur individuellen Schulung konzipierte Fortbildungsprogramm zur Verfügung stellen. (siehe auch in zm 24 Seite 63).

*Dr. Hans Peter Huber
Zentrum ZMK, Abt. Prothetik
Robert Koch Str. 40, 37075 Göttingen
phuber@med.uni-goettingen.de*

12. Kongress für Präventive Zahnheilkunde

Tagung mit Biss

Von „Fortbildungsmüdigkeit“ keine Spur: Insgesamt 600 Zahnärzte samt Team strömten am 31.10. ins Congress Centrum Hamburg (CCH), um beim 12. Deutschen Kongress für Präventive Zahnheilkunde dabei zu sein. Zwei Tage lang erfuhren die Teilnehmer das Neueste aus der Prävention.

„Mit Biss durchs Leben – Lebensqualität durch Prävention“ lautete das diesjährige Motto, und Biss versprach der Kongress 2003 allemal. Erstmals konzentrierte sich die Veranstaltung auf die moderne Individualprophylaxe, anstatt wie bisher auf die Säulen „Mundhygiene“, „Ernährung“ und „Fluoride“ zu setzen.

Zusammen mit Prof. Dr. Johannes Einwag vom Zahnmedizinischen Fortbildungszentrum Stuttgart und dem Leiter der blind-amed Forschung, Dr. Dieter Langsch, habe sie das Thema bewusst anders gestaltet als die Jahre zuvor, eröffnete Prof. Dr. Ursula Platzer, Direktorin der Hamburger Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Präventive Zahnheilkunde, bei der Begrüßung. Die Tagung wolle einen Bogen spannen, angefangen bei der Schwangerschaft und der Geburt bis zur Prophylaxe im hohen Alter. Ein Novum gab es auch auf organisatorischer Ebene: Die Hamburger Poliklinik, vertreten durch Platzer, war zum ersten Mal mit von der Partie.

GMG: das Blut kocht

„Der Standort Hamburg spricht für Ihren guten Geschmack!“ Dr. Wolfgang Sprekels, Präsident der Zahnärztekammer Hamburg, freute sich sichtlich, dass die Wahl auf die Alsterstadt gefallen war. Für die Gesundheitspolitik fand er allerdings keine schönen Worte: „Hier kocht das Blut wegen des GMG – verzapft vom neuen 'Traumpaar' der Sozialgesetzgebung: Ulla Schmidt und Horst Seehofer“. Jeder Beamte hätte bei der Reform eine Schublade, sprich einen Paragraphen, gebaut, aber keiner die ganze Kommode im Blick gehabt. Sprekels hielt mit sei-

ner Meinung nicht hinterm Berg: Behauptungen, dass Ärzte künftig keine Einbußen zu beklagen hätten, bezeichnete er schlichtweg als „Stuss“. „Sie müssen Ihre Praxis für Leistungen außerhalb des Bema topfit machen“, riet er den Teilnehmern. „Wie das geht, lernen Sie auf diesem Kongress.“

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), bekräftigte Sprekels Einschätzung: Die Zahnärzte müssten sich vom „Handwerkermodell“ verabschieden und einen Imagewechsel hin zum Inbegriff erfolgreicher Prävention voll-



Foto: Dr. Klaus-Dieter Bastendorff

Den Breakeven schaffen: Prophylaxe muss nicht nur den fachlichen Rahmen in der Praxis einnehmen, der ihr aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse zusteht (Ethik). Auch in der Prophylaxe müssen betriebliche Überschüsse (Monetik) generiert werden, denn Gewinn ist für die Fortentwicklung der Zahnmedizin unabdingbar.

ziehen. Die BZÄK unterstütze diese Aktivitäten auch weiterhin. Auf dem Kongress ginge es daher nicht nur um die medizinische Kompetenz, so Oesterreich, sondern auch um die soziale.

Das war das Stichwort für Diplom-Soziologe Herbert Prange. Er gab den anwesenden Zahnärzten gute Tipps, wie sie ihre Patienten für die Prophylaxe gewinnen können.



Erste Lektion: Nur wenn der Zahnarzt selbst von der Wichtigkeit prophylaktischer Behandlungen überzeugt ist, fallen seine Argumente beim Patienten auf fruchtbaren Boden. Begeisterung, Zeit und Energie – für Prange die „dentale Intelligenz“ – müsse der Zahnarzt unbedingt mitbringen, um eine erfolgreiche Prophylaxe-Praxis zu betreiben.

Ein Kind – ein Zahn

Die Ergebnisse einer durchgehenden Schwangerschaftsbetreuung stellte Platzer vor, die mit der ZÄ Meike Ehmman in einem Pilotprojekt 84 Schwangere bis zur Geburt präventiv versorgte.

Die alte Volksweisheit „jedes Kind kostet einen Zahn“ sei zwar übertrieben, resümierte Platzer, doch erhöhten die besonderen Begleitumstände der Schwangerschaft (zum Beispiel häufige Übelkeit mit Erbrechen) das Risiko, an Schmelzätzungen, Karies, Gingivitis und Parodontitis zu erkranken. Die Ergebnisse

untermauerten den Nutzen einer Schwangeren-Prophylaxe: Dank der regelmäßigen Plaquekontrolle ging die Gingivitis bei den werdenden Müttern völlig zurück. Die von der Laienpresse kolportierte Warnung, entzündliche Erkrankungen steigerten das Risiko einer Frühgeburt, konnte jedoch nicht verifiziert werden.

Wie die Prävention bei den Kleinsten aussieht, beleuchtete Dr. Rüdiger Lemke, Hamburg. Verantwortlich für die Mundgesundheit von Babys und Kleinkindern seien in erster Linie die Eltern – sie müsse der Zahnarzt ansprechen und motivieren. Dass Theorie und Praxis freilich zweierlei sind, wenn es darum geht, einem Baby die ersten Zähne

zu putzen, wusste Lemke aus eigener Erfahrung zu berichten.

Nun wiesen aber Kinder bis zwölf Jahren in der Regel gesunde Zähne auf – erst ab der Pubertät steigt die Karies laut Lemke dramatisch an. Sein Vorschlag: Ältere Kinder müssten das Zähneputzen unter Aufsicht üben können. Ähnlich wie beim Sport bräuchten Teenies einen Trainer, der ihnen zeigt, wie's richtig geht. Lemke empfahl darüber hinaus eine engere Zusammenarbeit mit den Kinderärzten, damit die Prävention so früh wie möglich starten kann.

Auch ZA Jiri Sedelmayer aus Hamburg sprach sich für das Zähneputzen im Beisein von „Experten“ aus. Die Zahnreinigung müsse erst gelernt werden – es sei an den Zahnärzten, hier Pionierarbeit zu leisten.

Echte Herausforderung

Eine stärkere Prävention im Alter forderte Prof. Dr. Frauke Müller, Leiterin der Division für Gerodontologie und abnehmbare Prothetik der Uni Genf. Seit 1950 habe sich der Anteil der Menschen über 65 fast verdoppelt – für den Zahnarzt eine echte Herausforderung, da sich parallel zur demografischen Entwicklung das Profil zahnärztlicher Tätigkeit mehr und mehr ändere.

Die sinkende Mobilität alter Menschen, ihr nachlassendes Gedächtnis sowie schwindende motorische Fähigkeiten erforderten eine besondere Behandlung, schilderte Müller. Schriftliche Termine, einfache prothetische Konstruktionen und vor allem das persönliche, ausführliche Gespräch mit dem Zahnarzt seien für diese Patienten eine wichtige Stütze.

Gerade bei der Seniorenbehandlung müsse dringend ein Umdenken erfolgen: Hier stünde weniger der einzelne Zahn im Zentrum, sondern langfristig ginge es um den Erhalt der knöchernen Strukturen. Nicht allein physische Aspekte spielten eine Rolle – entscheidend sei auch, dass die Lebensqualität mit einem funktionierenden Kauapparat enorm steige.

Wie man ein Praxiskonzept mit dem Schwerpunkt parodontale Prävention entwickelt, zeigte Prof. Klaus Roth, Parodonto-

loge in Hamburg. Er wies darauf hin, dass die Attachmentverluste bei den 35-Jährigen enorm hoch seien. Dabei hätte der damit verbundene Knochenabbau seiner Meinung nach verhindert werden können, wären entsprechende epidemiologische Untersuchungen früher durchgeführt worden: Die ersten Krankheitsanzeichen seien bei den Patienten schon Jahre früher, im Alter von acht, neun Jahren, zu beobachten. Instru-



mente wie der Parodontale Screening Index (PSI) und die Parodontale Grunduntersuchung (PGU) eigneten sich „wunderbar als Steuerelemente“, um eine geeignete Therapie mit anschließendem Recall festzulegen. Durch die Früherkennung sei die Notwendigkeit, chirurgisch zu intervenieren, sehr stark zurückgegangen, bilanzierte Roth.

Die Prophylaxe gewinnt

Eine Lehrstunde in Sachen Betriebswirtschaftslehre gab Dr. Klaus-Dieter Bastendorf, selbst Mitinhaber einer Prophylaxepaxis. Wichtig sei, dass die Praxis auch Gewinn abwerfe, und Gewinn erziele man nur durch eine effiziente Organisation. Jeder, der seine Praxis auf die Prophylaxe umstellen will, sollte daher eine Ist-Analyse machen, bevor er in die Planung geht. Sind alle Ziele umgesetzt, erfolge am Ende die Kontrolle. „Wer auf die Prophylaxe setzt, wird in Zukunft zu den Gewinnern zählen“, ermunterte Bastendorf seine Zuhörer.

„Was wir gelernt haben“, fasste Platzer am Samstag Abend zusammen: „Alle brauchen

Arbeitskreis Gerostomatologie

Lern-CD für Ärzte und Pflegekräfte

Der Arbeitskreis Gerostomatologie (AKG) hat eine Lern-CD speziell für die Zahnpflege von Senioren entwickelt. Das interaktive Fortbildungsprogramm „Gesund im Alter – gesund im Mund“ richtet

sich an Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige und wurde in Zusammenarbeit mit Dr. Ina Nitschke (Uni Leipzig) und der GABA GmbH erstellt. Videosequenzen und umfangreiches Bildmaterial veranschaulichen die Infos zur Mundgesundheit bei Senioren. Außerdem enthält die CD Tipps, wie man es alten



Menschen leichter macht, ihre Zähne selbst zu pflegen. Erhältlich ist die CD für 49,95 Euro bei GABA, Tel.: (07621) 907-154 und -155, Fax: -149 oder beim AKG im Web unter www.akgerostomatologie.de. Pro verkaufter CD fließen 2,50 Euro an den AKG. ck/pm

Prävention! Es muss ein Ruck durch Deutschland gehen – es muss ein Ruck durch die Zahnmedizin gehen.“ Diese Worte blieben den Kollegen fest im Ohr: Schon auf der Heimfahrt besprachen einige die Umsetzung im Praxisteam. ck

MenschenZähneFresser

Ein Kinderbuch, das zwar die Idee hatte, zur Zahngesundheit zu erziehen, aber eher kontraproduktiv das erreicht, was sicherlich von den Autoren nicht gewollt war.



Zum Inhalt: Als der Erzähler seinen Zahnarzt und Freund, Doktor Goldzahn, besucht, erfährt er – mit Hilfe einer Spezialbrille – von der Existenz der MenschenZähneFresser. Diese sich höflich vorstellenden Wesen lieben Kinderzähne, die nach Schokolade duften, sie freuen sich, „dass alle Kinder Zähneputzen hassen“. Sie klagen über Zahnärzte, die mit „riesigen Bohrern“ ihre „gemütlichen Häuschen“ zerstören und trauern vergangenen Zeiten nach, in denen sie ein herrliches Leben hatten, weil es noch keine Zahnbürsten und Zahnpasta gab. Dem Wunsch des Erzählers, seine Kinder vor den MenschenZähneFressern zu warnen, begegnen diese mit Unverständnis. Sie finden die Wesen witzig und nett. Daraufhin beschließt der Erzähler, alle Kinder durch ein Buch über die Gefährlichkeit der Zahnmonster aufzuklären.

Kommentar: Dem vorgebrachten Wunsch der Autoren, die Kinder durch ihre Geschichte von der Gefährlichkeit der MenschenZähneFresser zu überzeugen, steht die Botschaft der

Illustrationen völlig entgegen. Zwar sehen die Zahnmonster teilweise durchaus bedrohlich aus, dann sind sie aber wieder klein und hilflos und müssen vor gefletschten Hundezähnen und böartigen Giftschlangen-Zahnpastataben flüchten. Wen wundert es da, dass die Kinder die MenschenZähneFresser nett und witzig finden? Böartig und angsteinflößend sind dagegen die Bilder zu Zahnpasta und Zahnbürste, für deren Gebrauch die Autoren doch werben möchten. Das Bild eines Kindes, das mit angstverzerrtem Blick hilflos der Attacke einer Horde von teils in Tiergestalten auftretenden Zahnpastataben ausgesetzt ist, entwirft eine schreckliche Vorstellung, genau wie die gefährlich züngelnden Giftschlangen-Zahnpasten.

Welches Kind bekommt hier kein Mitleid mit den Verfolgten, und wer kann Sympathie empfinden für Zahnärzte, die mit „riesigen Bohrern kommen“ und „gemütliche, kleine Häuschen zerstören“?

„Das Einzige, was wir noch haben“, sagt der MenschenZähneFresser Herr Bak, „sind die Kinder. Die stehen auf unserer Seite, denn die sind gegen Zähneputzen.“, „Danke, liebe Kinder“, rufen die MenschenZähneFresser. Wer hilft den Kindern, die das Buch vorgelesen bekommen und die Bilder betrachten, sich für ihre wahren Freunde zu entscheiden? LAG Hessen

Achtung! MenschenZähneFresser
Bilderbuch zum Vorlesen, ab vier Jahre; Erste und Zweite Klasse zum Selbstlesen
Dimitri Inkiow, Wolfgang Freitag,
Pattloch Verlag, München 2003,
9,90 Euro, ISBN 3-629-01292-2

Bilder aus der Geschichte der HNO-Heilkunde

Der Münsteraner Emeritus für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Prof. Feldmann kann für seine reich bebilderte Monographie auf eine jahrzehntelang gepflegte Sammlung medizinhistorischer Geräte und Erkenntnisse zurückgreifen. Das Werk erfreut den Leser mit Erklärungen und kulturhistorischen Bezügen, die erläutern, woher einzelne Erfinder oder Entdecker ihren Antrieb nahmen.

Der Erfinder der Galtonschen Pfeife zur Bestimmung der Hörfähigkeit wird als vielseitiger Forscher beschrieben, der beispielsweise auch das Fingerabdruckverfahren in die Kriminalistik einführte. Das Telefon, technische Voraussetzung für die Tonaudiometrie, wurde bei der Erforschung der Trommelfellfunktion und der Gehörknöchelchen durch den Physiklehrer Philipp Reis und den mit einer gehörlosen Frau verheirateten Taubstummenlehrer Graham Bell erfunden.

Die Tracheotomie wurde vom ausführlichen Beschreiber Johannes Scultetus aus Ulm (1595-1645) selbst nie ausgeführt. Leonardo da Vinci hat 160 Jahre

vor Nathaniel Highmore die Nasennebenhöhlen präpariert und genauestens gezeichnet. Dass die Kolbenspritze bereits im vorchristlichen Altertum bekannt war, wo sie für Klistiere ebenso wie für Ohrensplüngen benutzt wurde, weckt unser staunendes Interesse genauso, wie die Bewertung eines Sklaven im Alten Rom nach dem Befund, ob er an den Mandeln operiert war oder nicht. Das jahrzehntelange Leiden des französischen Monarchen an Kiefer und Zähnen wird in Erinnerung gebracht und auch die Kehlkopferkrankung von Kaiser Friedrich III.

Martin Luthers angebliches Anfallsleiden, das ihm ein „gräßliches Brausen und Sausen“ bis zu seinem Tode bescherte, wird als linksseitige Menièresche Krankheit erkannt. Ohren- und Augenspiegel, Stimmgabel, Monochord werden in ihrer Entstehung und Anwendung für HNO-Patienten ebenso geschildert wie Aderlässe, Blutegel- oder Inhalationstherapie.

Eine kleine Kulturgeschichte der Simulation von Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Taubheit und der Stimmlosigkeit schließt das vorzüglich illustrierte Buch ab, dem eine weite Verbreitung auch und vor allem bei Kollegen von Nachbardisziplinen der HNO-Heilkunde zu wünschen ist.

P. Schulz, Köln



Bilder aus der Geschichte der HNO-Heilkunde
von Harald Feldmann, Münster,
Median-Verlag von Killisch-Horn
GmbH, Heidelberg (© 2003),
447 Seiten, mit zahlreichen
zum Teil farbigen Abbildungen,
83,- Euro, ISBN 3-922766-81-1

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66	Parodontologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66
	ZÄK Nordrhein	S. 68		ZÄK Bremen	S. 66
	Freie Anbieter	S. 73-76		ZÄK Nordrhein	S. 68
Ästhetik	Freie Anbieter	S. 74	Praxismanagement	Uni Nimwegen	S. 72
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66
				Freie Anbieter	S. 73
Chirurgie	Freie Anbieter	S. 73	Prophylaxe	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66
				ZÄK Nordrhein	S. 68
				Freie Anbieter	S. 73
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66	Prothetik	ZÄK Nordrhein	S. 70
	ZBV Oberpfalz	S. 68		Freie Anbieter	S. 74
	Freie Anbieter	S. 73			
Helferinnen-Fortbildung	Freie Anbieter	S. 76	Restaurative ZHK	ZÄK Nordrhein	S. 68
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66
				ZÄK Nordrhein	S. 68
Implantologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66			
	ZÄK Nordrhein	S. 68			
	Freie Anbieter	S. 74-76			
Kieferorthopädie	ZÄK Nordrhein	S. 68			
	Freie Anbieter	S. 73-76			
Nofallbehandlung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66			
	ZÄK Nordrhein	S. 68			



Fortbildung der Zahnärztekammern	Seite 66
Kongresse	Seite 68
Universitäten	Seite 72
Freie Anbieter	Seite 73

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 Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Die Stimme als Erfolgsinstrument – Stimmung mit der Stimme machen
Referentin: Claudia-Maria Mokri - Berlin
Termin: 09. 01. 2004, 15:00 – 19:00 Uhr
10. 01. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 310,00 EUR
Kurs-Nr.: 2248.0

Thema: Erfolgreiche Gesprächsführung mit NLP
Referentin: Uta Malitz - Hannover
Termin: 10. 01. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 250,00 EUR
Kurs-Nr.: 2249.0

Thema: Der neue BEMA kompakt – Was ändert sich, was bleibt?
Referent: HGF Rainer Linke - Potsdam
Termin: 10. 01. 2004, 09:00 – 16:30 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 198,00 EUR
Kurs-Nr.: 2250.0

Thema: Lebensbedrohliche Zwischenfälle in der Zahnarztpraxis
Referenten: Dr. Michael Petschler und Dr. Natalie Boerger aus Berlin
Termin: 17. 01. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: ZA 180,00 EUR; ZAH 130,00 EUR; Team (ZA+ ZAH) 295,00 EUR
Kurs-Nr.: 2295.0

Thema: Gegen den Strom
Referent: ZA Rainer Klerx und ZA Cord Langhorst aus Hannover
Termin: 24. 01. 2004, 10:00 – 15:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 165,00 EUR
Kurs-Nr.: 2252.0

Thema: Die Praxis als Baustelle Neubau, Umbau und Modernisierung von Zahnarztpraxen
Referent: Prof. Dr. Heinrich Haass - Hannover
Termin: 06. 02. 2004, 15:00 – 18:30 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 145,00 EUR
Kurs-Nr.: 2253.0

Thema: Hightech-Endodontie – Theoretischer und praktischer Intensivkurs
Referent: Dr. Thomas Mayer - München
Termin: 07. 02. 2004, 09:00 – 18:30 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 360,00 EUR
Kurs-Nr.: 2256.0

Thema: Start des „Curriculums für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin“
Referenten: div.
Termin: 09. 01. bis 03. 07. 2004
Ort: Berlin
Gebühr: 2.000,00 EUR oder in Teilbeträgen
Kurs-Nr.: 2301.0

Thema: Start des „Curriculums Implantologie“
Referenten: div.
Termin: 16. 01. bis 29. 10. 2004
Ort: Berlin
Gebühr: 3 300,00 EUR oder in Teilbeträgen
Kurs-Nr.: 2302.0

Thema: Start der Kursreihe „Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis“
Referent: Dr. Uwe Harth - Bad Salzuflen
Termin: 27. 02. bis 24. 04. 2004
Ort: Berlin
Gebühr: 1 135,00 EUR oder in Teilbeträgen
Kurs-Nr.: 2265.0

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Früherkennung parodontaler Erkrankungen
Referent: Dr. Jochen Tunkel, Münster
Termin: 07. 01. 2004, 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: ZA 150 EUR, ZH 75 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 047 142 – Team

Thema: In der Kooperation liegt die Zukunft – Die Praxisgemeinschaft – Das Multitalent richtig nutzen
Referent: Dipl.-Betriebswirt RA Theo Sander, Münster
Termin: 07. 01. 2004, 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 59 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 047 100

Thema: Intensivkurs: Zahnärztliche Chirurgie – Kurs 2
Referent: Dr. Georg E. Romanos, Frankfurt
Termin: 09. 01. 2004, 14.00 – 19.00 Uhr
10. 01. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 594 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 047 117

Thema: Implantationskurs an Humanpräparaten
Referent: Prof. Dr. Fouad Khoury, Olsberg; Prof. Dr. Werner Wittkowski, Münster
Termin: 09. 01. 2004, 14.00 – 19.00 Uhr; 10. 01. 2004, 9.00 – 14.00 Uhr (im Anatom. Institut)
Gebühr: 840 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 047 118

Thema: Lebenslange Prophylaxe ersetzt lebenslange Behandlung
Referent: Dr. Klaus-Dieter Bastendorf, Eisingen
Termin: 10. 01. 2004, 9.00 – 17.30 Uhr
Gebühr: ZA 498 EUR, ZH 249 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 047 140 – Team

Thema: Plastische Parodontalchirurgie
Referent: Dr. Gregor Petersilka, Dr. Benjamin Ehmke, Münster
Termin: 10. 01. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 236 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 047 143

Auskunft und Anmeldung:
Akademie für Fortbildung der ZÄK Westfalen-Lippe
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Inge Rinker, Tel.: 0251/507-604
Christel Frank: 0251/507-601
Maya Würthen: 0251/507-600
www.zahnaerzte-wl.de/index_akademie.html

Schriftliche Anmeldung:
Fax: 0251/507-609
e-mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.de
e-mail: Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de
e-mail: Maya.wuerthen@zahnaerzte-wl.de

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltung

Thema: Kassenbehandlung – Parodontitistherapie / state of the art?
Referent: OA Dr. Axel Spahr, Ulm
Termin: 17. 01. 2004, 9.15 – ca. 13.00 Uhr
Ort: „Haus der Zahnärzte“, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Gebühr: Gebührenfrei – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank
Kurs-Nr.: 4001/03

Auskunft: Evelyn Busch, Tel.: 0421/22 00 732
Fax: 0421/22 00 731
e-mail: ebusch@bremer-zahnaerztehaus.de

ZÄK Nordrhein

Zahnärztliche Kurse
im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 04070 P(B) [13 Fp.]
Thema: Praktisches Training in der Mikro-Parodontalchirurgie
Referent: Dr. Dr. H. Dieter Edinger, Hamburg
Termin: 16. 01. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
17. 01. 2004, 09:00 – 16:00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 500,00

Kurs-Nr.: 04041 T(B) [9 Fp.]
Thema: Mehr Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfter Weg zu gesunden Zähnen
Referent: Dr. Steffen Tschackert, Frankfurt
Termin: 21. 01. 2004, 14:00 – 20:00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 200,00 und EUR 100,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04043 (B) [17 Fp.]
Thema: Klinische Funktionsanalyse – Einführung in das Konzept der therapiespezifischen Diagnostik (CMD1)
Referent: Dr. M. Oliver Ahlers, Hamburg; Prof. Dr. Holger A. Jakstat, Leipzig
Termin: 23. 01. 2004, 09:30 – 18:30 Uhr
24. 01. 2004, 09:00 – 16:30 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 500,00

Kurs-Nr.: 04042 P(B) [17 Fp.]
Thema: Moderne Konzepte der Wurzelkanalbehandlung
Referent: Prof. Dr. Claus Löst, Tübingen
Prof. Dr. Roland Weiger, Basel
Termin: 23. 01. 2004, 14:00 – 20:00 Uhr
24. 01. 2004, 09:00 – 15:00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 450,00

Kurs-Nr.: 04098 P(B) [9 Fp.]
Thema: Ein revolutionärer neuer Ansatz beim subgingivalen Scaling und der Wurzelglättung
Referent: Dr. Michael Maak, Lembruch
Termin: 28. 01. 2004, 14:00 – 20:00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 220,00

Kurs-Nr.: 04062 P(B) [13 Fp.]
Thema: Rotierende Wurzelkanalaufbereitung mit Nickel-Titan-Instrumenten – Dichtung und Praxis
Referent: Carsten Appel, ZA, Niederkassel
Termin: 30. 01. 2004, 15:00 – 19:00 Uhr
31. 01. 2004, 09:00 – 16:00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 500,00

Kurs-Nr.: 04067 * [9 Fp.]
Thema: Implantologie aus der Praxis für die Praxis
Mitglieder der Studiengruppe Implantologie
Termin: 30. 01. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
31. 01. 2004, 09:00 – 16:00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 220,00

Vertragswesen im
Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 04307
Thema: BEMA – Crashkurs
Die ab 1. 01. 2004 geltenden Abrechnungsbestimmungen im konservierend-chirurg. Bereich
Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
Andreas-Eberhard, Kruschwitz, ZA, Bonn
Termin: 14. 01. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Kurs-Nr.: 04303
Thema: Zahnersatz beim Kassenpatienten – Teil 1 – Die aktuelle Gesetzeslage ist Grundlage des Kurses – Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Lothar Marquardt, ZA, Krefeld; Dr. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 28. 01. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Bergisch Land in Verbindung mit
dem Bergischen Zahnärzterverein

Kurs-Nr.: 04471
Thema: Metallfreie Restaurat.
Referent: Priv.-Doz. Dr. Daniel Edelhoff, Aachen
Termin: 10. 01. 2004, 10:00 – 12:00 Uhr
Ort: Hörsaal der Pathologie im Klinikum Wuppertal-Barmen
Heusnerstraße 40,
42283 Wuppertal
Teilnehmergebühr: gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Kurs-Nr.: 04351
(1. Quartal 2004)
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 (Lörrick)
Teilnehmergebühr pro Quartal: EUR 55,00

Kurs-Nr.: 04355
Thema: Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztliches Personal
Referent: Professor Dr. Dr. Claus Udo Fritzsche, Düsseldorf
Dr. Dr. Ulrich Stroink, Düsseldorf
Termin: 28. 01. 2004, 15.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 160,00 für den Zahnarzt und EUR 25,00 für die begl. Praxismitarbeiterinnen (ZFA)

Köln

Kurs-Nr.: 04361
(1. Quartal 2004)
Thema: Prothetischer Arbeitskreis mit dem Schwerpunktthema Konventionelle und Implantatprothetik
Referent: Professor Dr. Wilhelm Niedermeier, Köln und Mitarb.
Veranstaltungsort: Kleiner Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln
Kerpener Straße 32,
50931 Köln (Lindenthal)
Teilnehmergebühr: EUR 30,00 für ein Seminar und EUR 55,00 für jede Visitation.
Termin: Die Termine für Seminare und Visitationen werden Interessierten unter der Telefonnummer 0221/47 86 337 mitgeteilt.

ZBV Oberpfalz



Fortbildungsveranstaltung

Thema: Work-Shop – Schöne weiße Zähne – Ein Ausweg aus der Kostenfalle
Referent: Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann, München
Termin: 31. 01. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 280 EUR, 230 EUR für Assistenten
Kurs-Nr.: 1/2004 – Zahnärzte

Thema: Erfolgreiche Endodontie – Moderne Behandlungskonzepte (Kurs mit praktischen Übungen)
Referent: Dr. Thomas Mayer, München
Termin: 14. 02. 2004
Gebühr: 485 EUR
Kurs-Nr.: 2/2004 – Zahnärzte

Auskunft und Anmeldung:

ZBV Oberpfalz,
Albertstraße 8,
93047 Regensburg
Tel.: 0941/59 204-0
Fax: 0941/59 204-8
www.zbv-opf.de

Kongresse

■ Januar 2004

Jahrestagung der Schweiz. Gesellschaft für Endodontologie
Thema: Multidisziplinäre Endodontie / Multidisciplinary Endodontics
Termin: 16./17. 01. 2004
Ort: UBS Ausbildungs- u. 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

51. Winterfortbildungskongress Braunlage 2004

Veranstalter: ZÄK Niedersachsen
Termin: 21. – 24. 01. 2004
Ort: Maritim Hotel Braunlage
Generalthema: „Kinder- und Alterszahnheilkunde“ sowie „Allgemeinmedizinische Aspekte in der Zahnmedizin“
Auskunft: Zahnärztekammer Niedersachsen, Ansgar Zboron, Zeißstraße 11a, 30519 Hannover, Tel.: 05 11/8 33 91-303 Fax: 05 11/8 33 91-306 e-Mail: azboron@zkn.de

36. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos

Veranstalter: Stiftung Zahnärztlicher Fortbildungskongress
Termin: 21. – 28. 02. 2004
Ort: Davos/Schweiz
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Ursula Holscher, Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn Tel.: 0228/85 570 Fax: 0228/34 06 71 e-mail: hol@fvdz.de www.fvdz.de

12. Jahrestagung des IAZA

Veranstalter: IAZA – Interdisziplinärer Arbeitskreis Zahnärztliche Anästhesie
Hauptthema: Medicolegale Aspekte der Anästhesie in der zahnärztlichen Praxis
Termin: 24. 01. 2004
Ort: Hörsaal der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Auskunft: consiglio medico GmbH, wissenschaftliche Beratung kongresse – reisen, Hinkelsteinstraße 8, 55128 Mainz Fax: 06131/33 77 55 e-mail: conmed.mainz@t-online.de

12. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Termin: 24. Januar 2004
Ort: Magdeburg
Hauptthema: Aktuelle Diagnostik und Therapie in der Parodontologie

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Dr. Klaus Louis Gerlach, Magdeburg
Anmeldungen und Auskunft: Zahnärztekammer S.-A., Postfach 4309, 39018 Magdeburg Tel.: 0391/739 39 14 (Frau Einecke), Fax: 0391/739 39 20 E-Mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

52. Int. Alpine Dental Conference

Veranstalter: International Dental Foundation
Thema: P.D. Markus Huerzeler: Sofortimplantation und Osseointegration, neueste Erkenntnisse
Termin: 25. 01. – 01. 02. 2004
Ort: Hotel Annapurna, Courchevel 1850, France
Auskunft: Robert Wallace, 53 Sloane Street, London, SW1X9SW, U.K. Tel.: 0044 (0) 171 235-07 88 Fax: 0044 (0) 171 235-07 67 e-mail: idf@idf dentalconference.com www.idfdentalconference.com

8. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Hauptthema: Qualität u. Effizienz in der orthognathen Chirurgie
Termin: 27. – 31. 01. 2004
Ort: Neues Kongresshaus, Bad Hofgastein
Auskunft: MAW Medizinische Ausstellungs- und Werbe-gesellschaft, Maria Rodler & Co Ges. m.b.H., Freyung 6, Postfach 155, A-1014 Wien Tel.: (+43/1) 536 63-0 Fax: (+43/1) 535 60 16 e-mail: maw@media.co.at

Deutscher Kongress in München

Veranstalter: Nobel Biocare
Termin: 30./31. 01. 2004
Ort: München
Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH Stolberger Str. 200 50933 Köln Tel.: 0221/500 85-0 Fax: 0221/500 85-333 e-mail: info@nobelbiocare.de www.nobelbiocare.com

Sylt im Winter

Veranstalter: PRIGMA – Institut für Gesundheitsmanagement
Hauptthema: Die „gesunde“ Zahnarztpraxis
Termin: 30. 01. – 01. 02. 2004
Ort: Westerland auf Sylt, Kongresszentrum
Auskunft: PRIGMA – Institut für Gesundheitsmanagement, Am Ries 6, 91301 Forchheim Tel.: 09191/73 57 00 Fax: 09191/73 57 02 e-mail: just@prigma.de www.justfive.de

■ **Februar 2004****16. Jahrestagung des Arbeitskreises für Psychologie und Psychosomatik der DGZMK**

Thema: Psychologische Aspekte der Behandlung des älteren Patienten
Termin: 06./07. 02. 2004
Ort: Campus der Universität Witten/Herdecke
Auskunft: DGZMK.de, siehe Arbeitskreise
 PD Dr. Peter Jöhren, Zahnmedizinische Tagesklinik an der Augusta-Kranken-Anstalt, Bergstraße 26, 44791 Bochum Tel.: 0234/58 39 228 Fax: 0234/58 40 085 e-mail: HP.joehren@t-online.de

36. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos

Termin: 21. – 28. 02. 2004
Ort: Davos
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn Tel.: 0228/855 70 Fax: 0228/34 06 71 e-mail: hol@fvdz.de

23. Int. Symposium für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Oralchirurgen und Zahnärzte

Themen: Traumatologie, dentoalveoläre Chirurgie, Implantologie, freie Themen
Termin: 14. bis 21. 02. 2004
Ort: St. Anton am Arlberg, Österreich
Auskunft: Prof. Dr. Dr. E. Esser, Klinikum Osnabrück, Am Finken-hügel 1, 49076 Osnabrück Tel.: 0541/405 46 00 Fax: 0541/405 46 99 E-Mail: mkg-Chirurgie@klinikum-osnabrueck.de

5. Int. KFO-Praxisforum 2004

Thema: Prakt. Kieferorth. – Interdisziplinäre Erfahrungen aus Klinik u. Praxis sowie Prophylaxe-konzepte f. Patient u. Praxis-Team
Termin: 28. 02. – 06. 03. 2004
Ort: Zermatt/Schweiz
Auskunft: Dr. Anke Lentrodt, Eidelstedter Platz 1, 22523 Hamburg Tel.: 040/570 30 36 Fax: 040/570 68 34 e-mail: kfo-lentrodt@t-online.de Internet: www.dr-lentrodt.de

■ **März 2004****Pacific Dental Conference**

Veranstalter: Pacific Dental Conference Vancouver in partnership with the Canadian Dental Association
Termin: 04. – 06. 03. 2004
Ort: Vancouver Convention & Exhibition Centre, Vancouver, BC, Canada
Auskunft: www.pacificdentalonline.com

3. Jahrestagung des LIN/DGI

Veranstalter: Landesverband Implantologie Niedersachsen (LIN) der Deutschen Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.
Hauptthema: Fehler und Komplikationen in der Implantologie
Termin: 05./06. 03. 2004
Ort: Hannover
Auskunft: Dr. Bernd Bremer (Tagungsleiter), Medizinische Hochschule Hannover, Poliklinik für zahnärztl. Prothetik, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover Tel.: 0511/532-47 98 Fax: 0511/532-47 90

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

Vietnam Medical EXPO 2004

Termin: 11. – 13. 03. 2004
Ort: Vietnam, Hanoi
Auskunft: Glahé International
 Art GmbH, Herler Straße 103,
 51067 Köln
 Tel.: 0221/62 30 82
 Fax: 0221/61 53 17
 e-mail: glahé.international@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

53. Int. Alpine Dental Conference

Veranstalter: International
 Dental Foundation
Termin: 20. 03. – 27. 03. 2004
Ort: Hotel Annapurna,
 Courchevel 1850, France
Auskunft: Robert Wallace,
 Int. Dental Foundation,
 53 Sloane Street,
 London, SW1X9SW, U.K.
 Tel.: 0044 (0) 171 235-07 88
 Fax: 0044 (0) 171 235-07 67
 www.idfdentalconference.com

VI. Kongress für Gesundheitspsychologie

Termin: 25. – 27. 03. 2004
Ort: Hörsaalkomplex der Universität Leipzig
Thema: Gesundheitspsychologie und Zahnmedizin
Auskunft: Tagungsbüro
 Tel.: 0341/97 35 930
 e-mail: gespsych@uni-leipzig.de
 www.uni-leipzig.de/~gespsych/kongress2004.html
 PD Dr. Almut Makuch
 Tel.: 0341/97 21 070
 e-mail: kizhk@medizin.uni-leipzig.de

19. Karlsruher Konferenz

Veranstalter: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Thema: Endlich Sicherheit und Erfolg in der Endodontie
Termin: 26./27. 03. 2004
Ort: Kongresszentrum Karlsruhe

Auskunft: Fortbildungssekretariat der Akademie,
 Sophienstraße 41,
 76133 Karlsruhe
 Tel.: 0721/91 81-200
 Fax: 0721/91 81-299
 e-mail: sekretariat@za-karlsruhe.de
 internet: www.za-karlsruhe.de

Tag der Schmerzausschaltung

Veranstalter: IAZA – Interdisziplinärer Arbeitskreis Zahnärztliche Anästhesie
Termin: 27. 03. 2004
Ort: Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Auskunft: consiglio medico GmbH, wissenschaftliche beratung kongresse – reisen, Hinkelsteinstraße 8, 55128 Mainz
 Fax: 06131/33 77 55
 e-mail: conmed.mainz@t-online.de

■ April 2004

IDEM 2004

Veranstalter: Koelnmesse und Tochtergesellschaft in Singapur in Kooperation mit der Singapore Dental Association (SDA)
Termin: 02. – 04. 04. 2004
Ort: Singapur
Auskunft: Koelnmesse GmbH, Messeplatz 1, 50679 Köln
 Tel.: 0221/821-29 60
 Fax: 0221/821-32 85
 e-mail: v.decloedt@koelnmesse.de
 www.koelnmesse.de
 www.idem-singapore.com

11. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

Veranstalter: Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Thema: Vorhersagbare Ergebnisse in der Endodontie
Termin: 03. 04. 2004
Ort: Holsteinhallen 3 und 4 in Neumünster
Auskunft: Frau Dr. Dagmar Thürkow, Fortbildungsreferent im Vorstand der KZV S-H, Tel.: 04347/13 13 oder Frau Martina Ludwig, Sachbearbeiterin, Fortbildung, KZV Schleswig-Holstein
 Tel.: 0431/38 97-128
 Fax: 0431/38 97-100

1st European Conference on Preventive and Minimally Invasive Dentistry

Veranstalter: European Society of Preventive Dentistry (ESPD) & Academy of Minimally Invasive Dentistry (ACAMID)
Termin: 16./17. 04. 2004
Ort: Copenhagen
Auskunft:
 www.quintessence.dk/epc

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

15. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für Zahnmedizinische Fachangestellte in Schluchsee

Thema: Prothetik 2004 – Viel Neues oder eher Bewährtes?
Termin: 23. 04. 2004
Ort: Schluchsee
Auskunft: Tel.: 0761/45 06-311
 Fax: 0761/45 06-450
 e-mail: dori.mueller@kzv-freiburg.de

29. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Prothetik im Wandel der Zeit
Termin: 23./24. 04. 2004
Ort: Titisee
Auskunft: Tel.: 0761/45 06-311
 Fax: 0761/45 06-450
 e-mail: dori.mueller@kzv-freiburg.de

Notfalltage 2004

Veranstalter: IAZA – Interdisziplinärer Arbeitskreis Zahnärztliche Anästhesie
Termin: 24. 04. (ausgebucht) und 18. 09. 2004
Ort: Hörsaal der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Auskunft: consilio medico GmbH, wissenschaftliche beratung kongresse – reisen, Hinkelsteinstraße 8, 55128 Mainz
 Fax: 06131/33 77 55
 e-mail: conmed.mainz@t-online.de

■ Mai 2004

53. Deutscher Ärztekongress

Termin: 03. – 05. 05. 2004
Ort: BCC, Alexanderplatz, Berlin
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 70 01 49 70571 Stuttgart
 Tel.: 0711/72 07 12-0
 Fax: 0711/72 07 12-29
 e-mail: gw@medicacongress.de
 www.medicacongress.de

46. Fortbildungstagung der ZÄK Schleswig-Holstein

Thema: Ästhetische Patientenwünsche erfüllen – innovative Therapiekonzepte
Veranstalter: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Termin: 24. – 28. 05. 2004
Ort: Westerland/Sylt
Auskunft: ZÄK-SH
 Tel.: 0431/26 09 26 80
 Fax: 0431/26 09 26 15
 e-mail: hhi@zaek-sh.de

■ Juni 2004

11. Europäisches Sommersymposium in Heringsdorf auf Usedom

Termin: 07. – 12. 06. 2004
Ort: Heringsdorf auf Usedom
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn
 Tel.: 0228/855 70
 Fax: 0228/34 06 71
 e-mail: hol@fvdz.de

CARS 2004 – Computer Assisted Radiology and Surgery – 18th Int. Congress and Exhibition

Termin: 23. – 26. 06. 2004
Ort: Hilton & Towers Hotel, Chicago, IL, USA
Auskunft: Prof. Heinz U. Lemke, c/o Technical University Berlin Computer Graphics and Computer Assisted Medicine
 Secr. FR 3-3, Franklinstr. 28-29 10587 Berlin
 Tel.: 07742/922 434
 Fax: 07742/922 438
 e-mail: fschweikert@cars-int.de
 www.cars-int.de

■ Juli 2004

31. MEDcongress

Termin: 04. – 10. 07. 2004
Ort: Baden-Baden Kongresshaus
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 70 01 49 70571 Stuttgart
 Tel.: 0711/72 07 12-0
 Fax: 0711/72 07 12-29
 e-mail: gw@medicacongress.de
 www.medicacongress.de

Universitäten

Universität Basel

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Der Einsatz des Low Level Lasers in der Zahnmedizin
Referent: Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht; Prof. Dr. O. Dörtbudak, Wien; Dr. G. Mettraux, Bern
Termin: 15. 01. 2004

Thema: Wurzelspitzenresektion und Weisheitszahnentfernung (OP-Techniken, Forensik)
Referent: Priv.-Doz. Dr. A. Filippi; Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht
Termin: 29. 01. 2004

Auskunft: Frau B. Olufsen und Frau G. Oertlin
 Zentrum für Zahnmedizin, Klinik für zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde
 Hebelstrasse 3, CH-4056 Basel
 Tel.: 0041/ 61/ 267 26 06
 Fax: 0041/ 61/ 267 26 07
 J-Thomas.Lambrech@unibas.ch

Universität Nimwegen

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Mikrobiologische Diagnostik und medikamentöse Therapie der Parodontitis. Ein Konzept für den Praktiker (Modul B)
Referent: Prof. Dr. Jörg W. Kleinfelder, Lehrstuhl für Parodontologie, Universität Nimwegen (Niederlande)
Termin/Ort: 17. 01. 2004, Leipzig, Dorint-Hotel; 24. 01. 2004, München, Maritim Hotel, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Kursgebühr: 275 EUR

Auskunft: Kurssekretariat Parodontologie, Friedrich-Springorum-Str. 27, 40237 Düsseldorf
 Tel.: 0211/966 16 77
 Fax: 0211/966 17 44

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: Die chirurgische Parodontaltherapie als wichtige Säule der Perioprophyaxe
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 19. 11. 2003
Ort: 07985 Elsterberg/Sa
Kursgebühr: 220 EUR für die 1. Person, 180 EUR ab der 2. Person einer Praxis
Auskunft: DENT-MIT
Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg
Tel.: 036621/226 36
Fax: 036621/226 37

Thema: Kunst und Praxis unsichtbarer Füllungen im Front- und Seitenzahnbereich
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 10. 01. 2004, 10.00 – 19.00 Uhr; 11. 01. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Jean-Francois Roulet und Dr. Robert Spreafico
Kursgebühr: 760 EUR + MwSt. inkl. Tagungsverpflegung
Auskunft: IFG-Büro, Wohlstraße 22, 23669 Timmendorfer Strand
Tel.: 04503/77 99 33
Fax: 04503/77 99 44
e-mail: info@ifg-hl.de
internet: www.ifg-hl.de

Thema: Prophylaxe aktuell für Prophylaxe-Profis
Veranstalter: DentFit.de
Termin: 14. 01. 2004
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Genoveva Schmid
Kursgebühr: 190 EUR + MwSt.

Auskunft: DentFit.de, Genoveva Schmid, Knobelsdorffstraße 4, 14059 Berlin
Tel.: 030/32 60 95 90
Fax: 030/32 60 95 92
www.dentfit.de

Thema: Die Kunst, Patienten als Gäste zu behandeln – Ein Leitfaden für exzellente Patientenbetreuung
Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin: 16. 01. 2004, 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Kiel
Sonstiges: Teilnehmerz.: max. 16
Kursgebühr: 120 EUR + MwSt.

Anzeige

Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining Mühlbolz 6, 88260 Argenbühl
Tel.: 07566/94 13 44
Fax: 07566/94 13 45

Thema: Zähne und Kiefergelenk als Störfelder für den Gesamtorganismus
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 16./17. 01. 2004
Ort: 07985 Elsterberg/Sa
Sonstiges: Diagnostik und Neuraltherapie
Kursgebühr: 475 EUR
Auskunft: DENT-MIT
Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg
Tel.: 036621/226 36
Fax: 036621/226 37

Thema: StaubTMCranial – Qualität mit System – Gewinnbringend produzieren mit standardisierten Arbeitsabläufen in allen zahntechnischen Disziplinen
Veranstalter: Staub GmbH Cranial

Termin: 16./17. 01., 06./07. 02., 05./06. 03., 26./27. 03., 23./24. 04., 14./15. 05. u. 18./19. 06. 04
Ort: Hotel-Rasthaus Seligweiler, Autobahnausfahrt Ulm-Ost (A 8) 89081 Ulm-Seligweiler
Sonstiges: Ref.: ZTM Karl Heinz Staub
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.
Auskunft: Staub GmbH Cranial, Marlene-Dietrich-Str. 1, 89231 Neu-Ulm
Tel.: 0731/840 75
Fax: 0731/840 76
e-mail: staub-dental@t-online.de

Thema: Beraten mit Herz und Verstand – Beratungstraining für auBervertragliche Leistungen

Thema: Abrechnung von KFO-Leistungen nach BEMA 2004 und GOÄ/GOZ (Grundlagen)
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 23. 01. 2004, 13.00 – 18.30 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: B. Rumpf, Dipl.-Med.-Päd. FH, Frankfurt
Kursgebühr: 130 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf,
Tel.: 069/942 21-113
Fax: 069/942 21-201

Thema: Endodontie „Shape-Clean-Pack“
Veranstalter: Dr. Josef Diemer
Termin: 23./24. 01., 26./27. 03. und 18./19. 06. 2004
Ort: Aalen, Wirtschaftszentrum
Sonstiges: Dieses interaktive 2 Tages-Seminar bei dem jeder Teilnehmer einen eigenen Arbeitsplatz mit Dentalmikroskop hat, legt den Schwerpunkt auf praktische Übungen an extrahierten Zähnen
Kursgebühr: 1 025 EUR + MwSt.
Auskunft: Ulmer Straße 124, 73431 Aalen
Tel.: 07361/37 98-0
Fax: 07361/37 98-11

Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin: 17. 01. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Kiel
Sonstiges: Für ZMA, ZMF, ZÄ, Teams; Teilnehmerzahl: max. 16
Kursgebühr: 150 EUR + MwSt.
Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining Mühlbolz 6, 88260 Argenbühl
Tel.: 07566/94 13 44
Fax: 07566/94 13 45

Thema: Erfolgreiche Praxisführung
Veranstalter: bredent
Termin: 17. 01. 2004, 14.00 – 18.00 Uhr
Sonstiges: Ref.: Dr. Michael Weiss
Kursgebühr: 245,- EUR
Auskunft: bredent
Dentalgeräte und Materialien Weissenhorner Str. 2 89250 Senden
Herr Kost
Tel: (07309) 872-253
Fax: (07309) 872-24

Thema: MZK 1 – Die Cranio-Mandibuläre Orthopädie „Myozentrische Bissfindung“
Veranstalter: Institut für Temporale Mandibuläre Regulation
Termin: 23. – 25. 01. 2004
Ort: Dentallabor Bertram, Luisenstr. 2a, Halle
Sonstiges: Neben der funktionellen Bisslagebestimmung soll ein umfassendes Verständnis der cranio-mandibulären Funktion vermittelt werden
Kursgebühr: 530 EUR
Auskunft: ITMR, Schuhstr. 35, 91052 Erlangen
Tel.: 09131/20 55 11
Fax: 09131/223 90

Thema: KFO-Abrechnung spezial (Aufbaukurs)
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 24. 01. 2004, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: B. Rumpf, Dipl.-Med.-Päd. FH, Frankfurt

Kursgebühr: 130 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: Ästhetische Rekonstruktionen mittels Adhäsivtechnik
Veranstalter: IFG Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 24./25. 01. 2004, 1. Tag 10.00 – 19.00 Uhr, 2. Tag 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Jean-Francois Roulet und Dr. Roberto Spreafico
Kursgebühr: 760 EUR + MwSt. inkl. Tagungsverpflegung und ausf. Seminarunterlagen
Auskunft: IFG-Büro, Wohldstraße 22, 23669 Timmendorfer Strand Tel.: 04503/77 99 33 Fax: 04503/77 99 44 e-mail: info@ifg-hl.de internet: www.ifg-hl.de

Thema: Klinische Funktionsanalyse in der tägl. Praxis
Veranstalter: Kongressbüro Spitzingsee
Termin: 24./25. 01. 2004
Ort: 83727 Spitzingsee/Obb., Konferenzzentrum Seehof
Sonstiges: Vortrag mit praktischen Demonstrationen am Patienten; Helferinnenkurs: Fitness und Ernährung
Kursgebühr: 390 EUR
Auskunft: Dr. M. Schubert, Erdinger Str. 32, 85356 Freising Tel.: 08161/82 828 Fax: 08161/82 121

Thema: Terminierung – strukturiert und stress-frei für Sie und Ihre Patienten
Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co. KG
Termin: 28. 01. 2004, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co. KG, 70178 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Brigitte Kühn, Trainerin der ZMV-Schulen München und Freiburg
Kursgebühr: 129 EUR zzgl. MwSt./Zahnarzt/-ärztin; 64,50 EUR zzgl. MwSt./Zahnarzt/-helferin; 97 EUR + MwSt./Person für „Wagner Star Classic Kunden“ und Vorb.-Ass.; 49 EUR + MwSt./Zahnarzt/-helferinnen in Wagner Star Classic Praxen

Auskunft: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co. KG, Herrn Sartor, Rotebühlstr. 87, Postfach 10 52 54, 70045 Stuttgart, Tel.: 0711/61 55 37 430 Fax: 0711/61 55 37 429 E-Mail: H-J.Sartor@wagner-dental.de

Thema: Kronen und Brücken edelmetallfrei (Triline pro System)
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 29./30. 01. 2004
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Zahntechniker Francois Hartmann
Kursgebühr: 400 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803 409

Thema: KFO Spezialkurs „Nance, Hyrax etc.“
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 29./30. 01. 2004
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Scholz
Kursgebühr: 419 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803 409

Thema: Abrechnung in der KFO für Einsteiger
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 30. 01. 2004
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Petra Schmidt-Saumweber
Kursgebühr: 200 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803 409

Thema: Dentale Fotografie
Veranstalter: bredent
Termin: 30. 01. 2004, 10.00 – 18.00 Uhr
Sonstiges: Ref.: Wolfgang Weisser
Kursgebühr: 390,- EUR

Auskunft: bredent Dentalgeräte und Materialien Weissenhorner Str. 2 89250 Senden Herr Kost Tel.: (07309) 872-253 Fax: (07309) 872-24

Thema: Abrechnung von KFO-Leistungen nach Bema 2004 und GOÄ/GOZ (Grundlagenkurs)
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 30. 01. 2004, 13.00 – 18.30 Uhr
Ort: 14469 Potsdam, Potsdamer Str. 176
Sonstiges: Ref.: B. Rumpf, Dipl.-Med.-Päd. FH, Frankfurt
Kursgebühr: 130 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: KFO-Abrechnungskurs BEMA Neuregelung
Veranstalter: Bueker Kieferorthopädie
Termin: 30. 01. 2004, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Osnabrück, Parkhotel
Sonstiges: Neue Regelung ab 01. 01. 2004; neue Positionen, Neue Richtlinien, Absenkung der Positionen, Auswirkung anhand Abrechnungsbeispielen, Umgehung des „finanziellen“ Zusammenbruchs
Kursgebühr: 130 EUR
Auskunft: S. Instinsky, Bueker Kieferorthopädie, Goldstr. 29, 49074 Osnabrück Tel.: 0541/33 81 199 Fax: 0541/33 81 155 e-mail: info@bueker-kfo.de internet: www.bueker-kfo.de

Thema: Manuelle Funktionsanalyse III (Refresher-Kurs)
Veranstalter: V.I.Z.
Termin: 30. 01. – 01. 02. 2004
Ort: Berlin
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Axel Bumann
Kursgebühr: 750 EUR
Auskunft: Frau Brigitte Wegener, V.I.Z., Am Karlsbad 15, 10785 Berlin Tel.: 030/27 89 09 30 Fax: 030/27 89 09 31 e-mail: info@viz.de

Thema: Abrechnung in der KFO für Fortgeschrittene
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 31. 01. 2004
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Petra Schmidt-Saumweber
Kursgebühr: 200 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803 409

Thema: Bema Umstrukturierung
Veranstalter: Feldmann Consulting KG
Termin: 31. 01. 2004
Ort: 76275 Ettlingen
Kursgebühr: 150 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Nicole Feldmann, Wilhelmstr. 1 / Ärztehaus 76275 Ettlingen Tel.: 07243/72 54-0 Fax: 07243/72 54-20

Thema: Bleaching – Was, wie, wann, womit? praktischer Arbeitskurs
Veranstalter: „AL Dente - Marion Borchers - GOZ Abrechn. mit Biss“
Termin: 31. 01. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Oldenburg (in Oldenbg.)
Sonstiges: Individuelle Praxisinterne Schulungen, gerne auf Anfrage Erstellung von Abrechnungsanalysen, Verschenken Sie kein Honorar!
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.
Auskunft: AL Dente, Marion Borchers, Kamphof 10, 26180 Rastede, Tel.: 04402/97 29 77 Fax: 04402/97 29 78 E-Mail: aldente@nwn.de

Thema: Implantologie in Theorie und Praxis – einfach und sicher mit dem IMPLA-System Einsteigerkurs
Veranstalter: Schütz-Dental GmbH
Termin: 31. 01. u. 25. 09. 2004
Ort: Dr. Rainer Valentin, Deutzer Freiheit 95-97, 50679 Köln
Sonstiges: Ref.: Dr. Rainer Valentin
Kursgebühr: 404 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Kümmeth, Schütz-Dental GmbH, Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach Tel.: 06003/814-395 o. 396 Fax: 06003/814-906

Thema: Multiband Technik 3 intra-/extraorale Verankerung
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 30./31. 01. 2004, 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Sander, Ulm
Kursgebühr: 560 EUR + MwSt., Work-Kit 32 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: ICCMO-Wintertagung, Schöttl, Bartel, Hülse, u.a.
Veranstalter: ICCMO-Deutschland
Termin: 30. 01. – 01. 02. 2004
Ort: Hotel Rebstock, Würzburg
Sonstiges: Kraniomandibuläre Dysfunktion und Kraniozervikale Dysf.; Einführungskurs-Workshop
Kursgebühr: 200 EUR
Auskunft: Dr. Horst Kares, Grumbachtalweg 9, 66121 Saarbrücken Tel.: 0681/89 40 18 Fax: 0681/89 75 95 e-mail: praxis@dr-kares.de

Thema: KFO-Abrechnung spezial (Aufbaukurs)
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 31. 01. 2004, 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: 614469 Potsdam, Potsdamer Str. 176
Sonstiges: Ref.: B. Rumpf, Dipl.-Med.-Päd. FH, Frankfurt
Kursgebühr: 130 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: Die professionelle Mitarbeiterin in der Implantologie Grundlagen der Implantologie, Präoperative Maßnahmen, Organisation und Planung, Patientenbetreuung, OP-Vorbereitung, Instrumentenmanagement
Veranstalter: „AL Dente – Marion Borchers – GOZ Abrechnung mit Biss“
Termin: nach Absprache im Februar 2004, Dauer ca. 4 Std.
Ort: Oldenburg (in Oldenbg.)

Sonstiges: Individuelle Praxisinterne Schulungen, gerne auf Anfrage Erstellung von Abrechnungsanalysen, Verschenken Sie kein Honorar! Ref.: Ute Rabling, ZMV, Praxistrainerin
Kursgebühr: 150 EUR + MwSt.
Auskunft: AL Dente, Marion Borchers, Kamphof 10, 26180 Rastede, Tel.: 04402/97 29 77 Fax: 04402/97 29 78 E-Mail: aldente@nwn.de

Thema: „Best Day 2004“ – Mehrwert durch Lust auf Leistung
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 06. 02. 2004, 11.00 – 19.00 Uhr; 07. 02. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bad Homburg
Sonstiges: Ref.: Nikolaus B. und Claudia Enkelmann; Dr. Ulrich Strunz, Prof. Dr. A. Gutowski, Dr. Hermann Zoche, Horst Rückle, Hans-Uwe L. Köhler
Kursgebühr: 590 EUR + MwSt. inkl. Tagungsverpflegung und am 06. 02. Abendessen; 370 EUR + MwSt. Partnerpreis, Teampreis auf Anfrage
Auskunft: IFG-Büro, Wohldstraße 22, 23669 Timmendorfer Strand Tel.: 04503/77 99 33 Fax: 04503/77 99 44 e-mail: info@ifg-hl.de internet: www.ifg-hl.de

Thema: BEMA Neuregelung
Veranstalter: dental line GmbH & Co. KG
Termin: 07. 02. 2004
Ort: Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Heike Herrmann, Tiefenbronn
Kursgebühr: 230 EUR inkl. MwSt. 200 EUR inkl. MwSt. ab zweitem Teilnehmer aus gleicher Praxis
Auskunft: dental line GmbH & Co. KG, An der Feldriede 2, 49205 Hasbergen Tel.: 05405/92 04-0 Fax: 05405/92 04-15

Thema: Geschäftsleitungs-Seminar (für die/den Praxisinhaber/in)
Veranstalter: dental-qm
Termin: 07. 02. 2004, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hamburg
Sonstiges: QM-Aufgaben der Geschäftsleitung, Management und Mitarbeiterführung; Ref.: Dr. Rudolf Lenz, 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: Diodium-Laser – Anwenderseminar mit Live-OP's
Veranstalter: Weil-Dental GmbH
Termin: 07. 02., 29. 05., 18. 09. und 20. 11. 2004
Ort: Marler Straße 5, 46282 Dorsten
Sonstiges: Seminarleiter: Andreas Adamzik, Zahnarzt
Kursgebühr: 395 EUR + MwSt. (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat: 125 EUR + MwSt.
Auskunft: Weil-Dental GmbH (Ingrid Weinlich, Maria Wotschel, Thomas Naß), Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach Tel.: 06003/814-220 o. 30 o. 40 Fax: 06003/814-906

Thema: Zahnmedizinische Kieferorthopädie – Assistentin, Baustein I, Zertifikat-Kursus
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 09. – 11. 02. 2004
Ort: Haranni Academie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise
Kursgebühr: 715 EUR inkl. MwSt
Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Frau Renate Dömpke, Tel.: 02323/946 83 00 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Multiband Technik 4 Eckzahneinordnung
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 13./14. 02. 2004, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Sander, Ulm

Kursgebühr: 560 EUR + Work-Kit 70 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: Manuelle Funktionsanalyse II – Praktisches Intensivseminar u. Patientenuntersuchung
Veranstalter: V.I.Z.
Termin: 13. – 17. 02. 2004
Ort: Berlin
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Axel Bumann
Kursgebühr: 1 250 EUR
Auskunft: Frau Brigitte Wegener, V.I.Z., Am Karlsbad 15, 10785 Berlin Tel.: 030/27 89 09 30 Fax: 030/27 89 09 31 e-mail: info@viz.de

Thema: Implantologie in Theorie und Praxis – einfach und sicher mit dem IMPLA-System Einsteigerkurs
Veranstalter: Schütz-Dental GmbH
Termin: 14. 02. 2004
Ort: Zahnarztpraxis Dr. Axel Altvater, Sindelfingerstr. 33, 71069 Sindelfingen
Sonstiges: Ref.: Dr. Axel Altvater
Kursgebühr: 404 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Kümmeth, Schütz-Dental GmbH, Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach Tel.: 06003/814-395 o. 396 Fax: 06003/814-906

Thema: Diodium-Laser – Anwenderseminar mit Live-OP's
Veranstalter: Weil-Dental GmbH
Termin: 14. 02., 15. 05., 11. 09. und 13. 11. 2004
Ort: Antoniterstraße 60, 55232 Alzey
Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Friedhelm Bürger
Kursgebühr: 395 EUR + MwSt. (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat: 125 EUR + MwSt.
Auskunft: Weil-Dental GmbH (Ingrid Weinlich, Maria Wotschel, Thomas Naß), Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach Tel.: 06003/814-220 o. 30 o. 40 Fax: 06003/814-906

Young Dentists Worldwide

Weltweite Kontakte – gelebte Kommunikation

Tobias Bauer

Verstärkte Aktivitäten, die Pflege der weltweiten Kommunikation unter jungen Kollegen und ein intensiver Erfahrungsaustausch – die Young Dentists Worldwide haben sich auf ihrem letzten Treffen anlässlich des FDI-Kongresses in Sydney mit großem Engagement viele neue Aufgaben gestellt.

Auf dem diesjährigen FDI-Weltkongress der Zahnärzte in Sydney waren die Young Dentists in aller Munde. Selbst die zukünftige Präsidentin der FDI Dr. Michèle Aerden ließ es sich nicht nehmen, beim Meeting der Young Dentists persönlich vorbei zu schauen. Typisch für die Organisation, die die Interessen junger Zahnärzte in aller Welt vertritt: unkonventionelles Auftreten, der Altersdurchschnitt wesentlich niedriger als sonst in Gremien üblich und ein hoher Frauenanteil. Wie definiert sich „Young“? Dabei ist, wer sich mit der Gruppe identifizieren kann und letztlich genug Stehvermögen mitbringt. „You are as young as you feel!“ Diese Feststellung hat sich mittlerweile eingebürgert. Die Youngsters haben sich mit dem Vorwurf auseinanderzusetzen, dass man einfach noch eine weitere zahnärztliche Organisation sei. Ein zentraler Punkt, dem sich die Young Dentists, aber auch nationale Verbände immer wieder stellen müssen, wie es sich auf der Konferenz in Sydney zeigte.

Weltweite Kontakte

Dabei ist das besondere Flair einer jeden Weltzahnärzterveranstaltung ein spezieller Vorteil. Die Vielfalt von rund 100 verschiedenen Nationalitäten, die auf jedem Kongress anzutreffen sind, gibt es sonst nirgends. Und genau hier liegt die Aufgabe der Young Dentists. Der internationale Kontaktaufbau ist nicht nur eines der vielen wohlformulierten und unverbindlichen Globalziele wie sie viele andere Organisationen formulieren. Hier wird es tatsächlich gelebt. Neben den vielen wissenschaftlichen Veran-

staltungen blieb genügend Zeit für eine Generalversammlung, auf der jeder die Möglichkeit hatte, seine Anliegen vorzustellen. Dazu gehört, dass künftig die direkte Kommunikation verstärkt werden soll. Kritisiert wurde zum Beispiel, dass sehr viele Anfragen kommen, dass aber praktisch niemand bereit ist, selbst Auskunft über den eigenen Auslandsaufenthalt zu geben. Dass dies auf Dauer schädlich ist, versteht sich von selbst. Weiterhin soll das Projekt der internationalen freiwilligen Arbeit (Voluntary Work



Blick ins Diskussionsforum

Abroad) am Laufen gehalten werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass dies sehr zeitraubend und aufwändig ist.

Gerade vom aktuellen Vorstand wird die Kommunikation sehr gefördert. Mittlerweile sind zwei Newsgroups und Diskussionsforen im Internet angelaufen. Ebenso hat es sich eingebürgert, dass viele internationale Kongresse und Tagungen für Treffen genutzt werden.

Dazu ist es sinnvoll, dass Assistenten zu reduzierten Gebühren die diversen Veranstaltungen besuchen können. Hier sollen die großen Veranstalter kontaktiert werden,

um den jungen Kollegen nach einheitlich festgelegten Kriterien eine kostengünstige Teilnahme an international interessanten Veranstaltungen zu ermöglichen.

Gleichzeitig sollen der wissenschaftliche Nachwuchs und junge Referenten gefördert werden. Angesprochen wurden die Young Speakers Worldwide,

Angesprochen wurde das Projekt „Young Speakers Worldwide“, die nach Möglichkeit auf Kongressen eine eigene Plattform bekommen sollen. Dieses Projekt ist ein Forum zur Förderung junger Referenten aus Wissenschaft und Praxis innerhalb einer eigenen Vorrangreihe. Da es vonseiten der Industrie sehr viele verschiedene Ansätze gibt, liegt es nahe, hier Kontakte zu knüpfen.

Zukünftig werden die Young Dentists dieses New Speakers Konzept weiterentwickeln. Für die kommenden FDI-Kongresse etwa in New Delhi 2004 und in Montreal, Kanada 2005 wird es ein eigenes Young Dentists Programm geben. Ein ähnliches Konzept wird für die gemeinsame Veranstaltung von den Young Dentists und der International Association of Dental Students (IADS) verfolgt. Da dieser Kongress im kommenden Jahr nach 25 Jahren erstmals wieder in Deutschland stattfindet, wird man die Gelegenheit haben, diese Veranstaltung im eigenen Land zu erleben.

Schirmherrschaft der BZÄK

Vom 9. bis 15. August 2004 gibt es in Berlin die Möglichkeit, sich mit der internationalen Schar zu treffen. Unter der Schirmherrschaft des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, entsteht derzeit ein sehr breit gefächertes Programm, das man sich keinesfalls entgehen lassen sollte.

*Tobias Bauer, Kuratorium junger Zahnärzte/
Young Dentists Worldwide
Hauptstr. 42, 78224 Singen*

Lohnnebenkosten sparen

Geschenkt ist nie zu teuer

Sigrid Olbertz

Von einer Gehaltserhöhung merken Praxismitarbeiterinnen oft nicht wirklich viel in ihren „Lohntüten“. Denn die legalen Möglichkeiten zur Senkung der Lohnnebenkosten werden von Zahnärzten kaum genutzt. Dabei sind ohne großen Aufwand Einsparungen von 1 000 Euro pro Jahr und Mitarbeiterin möglich – für den Zahnarzt ein reiner Gewinn.



Foto: CC

Es gibt eine ganze Palette von Zuwendungen für Mitarbeiter, die den Zahnarzt nicht viel oder gar nichts kosten, denn sie sind steuerfrei oder steuerbegünstigt – und damit grundsätzlich auch sozialversicherungsfrei.

Das Problem ist nicht die Gehaltserhöhung als solches – denn die betreffenden Mitarbeiterinnen sind die Gehaltserhöhung in aller Regel wert. Ärgerlich sind die Lohnnebenkosten. Gibt der Zahnarzt seiner Mitarbeiterin eine Gehaltserhöhung von 100 Euro, kostet ihn der Spaß mindestens 120 Euro. Der Mitarbeiterin verbleiben davon gerade mal 42 Euro. Die Differenz von 78 Euro wandert in Lohnsteuer und Sozialversicherung.

Wie diese Zahlen zustande kommen, zeigt die folgende Berechnung: Eine Helferin (Steuerklasse I, Krankenversicherung 13 Prozent) verdient zurzeit monatlich brutto 2 500 Euro und erhält eine Gehaltserhöhung von 100 Euro im Monat (Tabelle 1).

Von den 100 Euro Mehrgehalt bekommt die Helferin 37,70 Euro an Steuern und 20,30 Euro an Sozialversicherungsbeiträgen abgezogen. Sie hat also gerade mal 42 Euro mehr auf ihrem Konto. Der Zahnarzt muss nicht nur die 100 Euro Mehrgehalt, sondern auch

die Hälfte der Sozialversicherungsbeiträge tragen. Ihn kostet die Lohnerhöhung insgesamt 120,30 Euro. An Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen entrichten Zahnarzt und Helferin 78,30 Euro.

Dabei könnte ein Zahnarzt einer verdienten Mitarbeiterin eine Gehaltserhöhung geben, die sich für diese auch tatsächlich auszahlt. Denn es gibt eine ganze Palette von Zuwendungen, die einer Mitarbeiterin steuerfrei oder steuerbegünstigt – und damit grundsätzlich auch sozialversicherungsfrei – gewährt werden können. Dabei unterscheidet man zwischen folgenden Zuwendungen bei bestehenden Arbeitsverträgen.

■ **Steuer- und Sozialversicherungsfreie Leistungen:** Bei diesen Zuwendungen entstehen beim Arbeitgeber keine Lohnnebenkosten und er muss keine Abzüge in Kauf nehmen. Beispiel: 100 Euro mehr Gehalt für die Helferin führen zu 100 Euro Lohnkosten beim Zahnarzt. Abgabensparnis für beide: 78 Euro pro 100 Euro Zuwendung.

■ **Pauschal besteuerte Leistungen:** Hier muss der Arbeitgeber die Steuer tragen, die je nach Einzelfall zwischen 15 und 25 Prozent zuzüglich Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer liegt. Zusätzliche Kosten für die Sozialversicherung fallen in der Regel nicht an (Ausnahme: Minijobs). Für den Arbeitnehmer entstehen keine Abzüge. Beispiel: 100 Euro Mehrgehalt für die Helferin führen zu maximal 128 Euro Mehraufwand für den Zahnarzt. Abgabensparnis für beide: 50 Euro pro 100 Euro Zuwendung.

Einige **Grundregeln** sind zudem zu beachten:

■ Viele, jedoch nicht alle, der begünstigten Zuwendungen können auch den pauschal besteuerten Teilzeitkräften gewährt werden.

	vorher		nachher
Bruttogehalt	2 500,00 €	+	100,00 €
Lohnsteuer 20,4 %	510,00 €	Steuer mehr 37,7 %	37,70 €
SV-Anteil AN 20,3 %	507,50 €	SV	20,30 €
Auszahlung	1 482,50 €	Auszahlung	42,00 €
Gesamtaufwand AG	3 008 €	Mehraufwand AG	120,30 €
Abgabelast beide	1 525,00 €	Abgabelast beide	78,30 €

Tabelle 1

■ Viele, jedoch nicht alle, der begünstigten Zuwendungen können nebeneinander gewährt werden.

■ Welche der begünstigten Zuwendung gewährt werden kann, hängt von den individuellen Gegebenheiten der Praxis und von den persönlichen Umständen des einzelnen Mitarbeiters ab.

■ Da bei vielen der genannten Zuwendungen keine Sozialbeiträge abgeführt werden, hat die Mitarbeiterin auch keine Ansprüche aus der gesetzlichen Rentenversicherung, beim Arbeitslosengeld und beim Krankengeld. Darauf sollte die Mitarbeiterin hingewiesen werden.

■ Für bestimmte Zuwendungen ist die Steuer- und Sozialabgabenfreiheit nur möglich, wenn die Leistungen zusätzlich zum Arbeitsentgelt bezahlt werden. Diese Zuwendungen kommen also nur dann in Frage, wenn eine Gehaltserhöhung ansteht. Es funktioniert also nicht, einen bestehenden Arbeitsvertrag mit einer Reduzierung des Arbeitsentgeltes und einem Ausgleich durch eine begünstigte Zuwendung umzuwandeln.

■ Wird eine begünstigte Zuwendung gewährt, ist in der Regel auch eine Änderung des Arbeitsvertrages notwendig. Dafür muss nicht der komplette Arbeitsvertrag umgestaltet werden, häufig genügt eine Ergänzung zum Arbeitsvertrag. Gegebenenfalls muss dies vorweg mit dem Rechts- oder Steuerberater geklärt werden.

■ Für begünstigte Zuwendungen gibt es seitens des Finanzamtes eine ganze Reihe von Vorschriften. Da diese hier nicht im Einzelnen dargestellt werden können, ist eine vorherige Absprache mit dem Steuerberater unerlässlich.

Was sind nun die wesentlichen abgabenfreien Zuwendungen für Mitarbeiter in Zahnarztpraxen? Hier ein Überblick.

Auslagenersatz

Ist eine Mitarbeiterin dienstlich für die Praxis unterwegs, kann der Zahnarzt ihr die entstehenden Kosten ersetzen. Hierzu zählen Fortbildungs- und Übernachtungskosten sowie Fahrtkosten für die dienstliche Nutzung des privaten PKWs. Die Auslagen darf der Zahnarzt der Mitarbeiterin jedoch

nur in der nachgewiesenen Höhe erstatten. Was aber, wenn die Mitarbeiterin keinen Beleg vorlegen kann? Das ist ein häufiges Problem bei Parkgebühren oder beim Nachweis der gefahrenen Kilometer. Auf keinen Fall sollte eine pauschale Zahlung oder eine Zahlung ohne Beleg erfolgen.

Eigenbeleg

Auslagenersatz für Frau: Name...

14. 10. 03: Praxis – Labor – Praxis (15 km à 0,30 €)	4,50 €
14. 10. 03: Parkgebühr	0,50 €
17. 10. 03: Praxis – Hauptpost – Praxis (5 km à 0,30 €)	1,50 €
20. 10. 03: Praxis – Bank – Praxis (2 km à 0,05 €)	0,10 €
Gesamt:	6,60 €

Tabelle 2

Ort, Datum, Unterschrift

Liegt kein Beleg vor, wird ein Eigenbeleg erstellt, denn der wird vom Finanzamt auch anerkannt (Tabelle 2).

Wie zu erkennen ist, können einer Mitarbeiterin die tatsächlich gefahrenen Kilometer ersetzt werden. Die Höhe des erstattungsfähigen Betrages hängt dagegen von dem Verkehrsmittel ab, welches die Mitarbeiterin benutzt. Das Finanzamt akzeptiert pro gefahrenem Kilometer folgende Höchstbeträge für die jeweiligen Verkehrsmittel:

- eigener PKW 0,30 Euro
- eigenes Motorrad 0,13 Euro
- eigenes Moped/Mofa 0,08 Euro
- eigenes Fahrrad 0,05 Euro

Arbeitsmittel

Hierzu zählt der persönliche Kugelschreiber der Mitarbeiterin ebenso wie die typische Arbeitskleidung. Bei der typischen Arbeitskleidung ist zu beachten, dass für den Zahnarzt eine Verpflichtung zur Stellung der Arbeitskleidung bestehen muss. Eine solche Verpflichtung kann durch einen Tarifvertrag oder durch eine individuelle Praxisvereinbarung bestehen. Besteht eine solche Verpflichtung, kann der Zahnarzt entscheiden, ob er den Mitarbeiterinnen Zuschüsse zur Arbeitskleidung gibt oder aber die Arbeitskleidung kauft und den Mitarbeiterinnen zur Verfügung stellt.

Berufskleidung muss regelmäßig gereinigt werden, auch wenn sie privat von der HelferIn erworben wurde. Deshalb können die Kosten für die Reinigung und Abnutzung der Berufskleidung auf jeden Fall steuer- und sozialversicherungsfrei erstattet werden.

Aufmerksamkeiten

Aufmerksamkeiten sind Sachzuwendungen des Arbeitgebers, die dem Arbeitnehmer anlässlich eines besonderen persönlichen Ereignisses überreicht werden – zum Beispiel Namenstag, Geburtstag, Verlobung, oder Einschulung eines Kindes. Aufmerksamkeiten können also mehrmals im Jahr einem Arbeitnehmer zuteil werden. Dabei darf pro Anlass die Sachzuwendung den Wert von 40 Euro nicht überschreiten.

Übersteigt der Wert der Sachzuwendung die Freigrenze von 40 Euro, so wird der gesamte Betrag steuer- und beitragspflichtig. Ebenso darf es sich nicht um Geldgeschenke handeln, denn diese sind ebenfalls steuer- und beitragspflichtig.

Betriebsveranstaltungen

Hier darf die Zuwendung des Arbeitgebers bei üblichen Betriebsveranstaltungen die Freigrenze von 110 Euro – pro Veranstaltung und Mitarbeiter – nicht übersteigen. Zudem müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Veranstaltung muss für alle Arbeitnehmer des Unternehmens offen sein.
- Es dürfen nicht mehr als zwei Veranstaltungen pro Kalenderjahr stattfinden.
- Die Summe aller Kosten (Übernachtun-

gen, Saalmiete, Essen) liegt bei maximal 110 Euro.

■ Der Betrag von 110 Euro pro Person und Veranstaltung darf nicht überschritten werden, sonst wird der komplette Betrag steuer- und beitragspflichtig.

Nehmen Angehörige oder Gäste des Arbeitnehmers an der Veranstaltung teil, so ist der auf die Person entfallende Anteil an den Gesamtkosten dem Arbeitnehmer zuzurechnen.

Möchte ein Zahnarzt eine dritte Veranstaltung in einem Jahr durchführen, ist das zwar nicht steuerfrei, aber steuerbegünstigt möglich. Der Zahnarzt als Arbeitgeber zahlt 25 Prozent Pauschalsteuer auf den Gesamtbetrag, dafür sind die Zuwendungen für die Arbeitnehmer steuer- und sozialversicherungsfrei. Auch für die Betriebsveranstaltung gilt: Keine Geldgeschenke – denn diese sind steuer- und beitragspflichtig.

Zuschläge

Steuerfrei sind Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit, sofern sie zum Grundlohn bezahlt werden (Tabelle 3).

Sonntage:	bis 50 Prozent
gesetzliche Feiertage und 31. 12. ab 14.00 Uhr:	bis 125 Prozent
Weihnachten (24. 12. ab 14.00 Uhr; 25./26. 12.) und am 1. Mai	bis 150 Prozent
Nachtarbeit von 20.00 Uhr bis 6.00 Uhr wenn Arbeitsaufnahme vor 0 Uhr gilt	bis 25 Prozent
von 0 bis 4 Uhr	bis 40 Prozent

Tabelle 3

Dabei sind die Zuschläge für Nachtarbeit und die Zuschläge für Sonn- und Feiertagsarbeit kombinierbar, so dass sich maximal 190 Prozent ergeben können. Eine Kombination von Sonn- und Feiertagszuschlägen ist hingegen nicht möglich.

Trinkgelder

Erhalten die Mitarbeiterinnen Trinkgelder von Patienten, brauchen diese Gelder nicht versteuert zu werden.

Preisnachlässe

Einen Preisnachlass von bis zu 1 224 Euro

Besteht eine vertragliche Verpflichtung zur Stellung der Arbeitskleidung, kann der Zahnarzt entscheiden, ob er den Mitarbeiterinnen Zuschüsse zur Arbeitskleidung gibt oder aber die Arbeitskleidung kauft und den Mitarbeiterinnen zur Verfügung stellt.



Foto: Bierbaum-Proenen

pro Jahr kann ein Zahnarzt einer Mitarbeiterin steuer- und sozialabgabenfrei gewähren. Damit kann sich die Mitarbeiterin eine hochwertige Zahnbehandlung leisten, ohne dass der Selbstbehalt, den der Zahnarzt ihr erlässt, ihrem Lohn zugerechnet wird.

vom Arbeitgeber zu Gunsten des Arbeitnehmers gezahlt werden.

Essensmarken oder -zuschüsse

Steuer- und sozialversicherungsfrei kann der Zahnarzt seinen Mitarbeiterinnen in gewissen Grenzen Restaurantschecks beziehungsweise Essensmarken oder -zuschüsse, nach einer etwas komplizierten Berechnungsmethode, zukommen lassen. Alternativ und einfacher zu handhaben ist die pauschale Besteuerung mit 25 Prozent.

Gesunderhaltende Maßnahmen

Wenig bekannt und genutzt werden diese steuer- und sozialabgabenfreien Zuwendungen an Mitarbeiter. Dabei ist schon lange klar, dass Aufwendungen für gesunderhaltende Maßnahmen der Arbeitnehmer nicht zum steuerpflichtigen Arbeitslohn gehören. Denn diese Aufwendungen liegen schließlich im weit überwiegenden Interesse des Arbeitgebers. Dabei sind zwei Varianten der Gestaltung denkbar.

■ Die Maßnahmen kommen **für alle Arbeitnehmer** in Frage. Hierbei könnte es sich zum Beispiel um eine festgelegte Betriebs-sportmöglichkeit handeln. Dabei dürfte auch die Teilnahme des Praxisinhabers möglich sein.

■ Die Maßnahmen kommen **für bestimmte Arbeitnehmer** in Frage. Diese Arbeitnehmer sind auf Grund besonderer

Arbeitsvorgänge gefährdet – und diese Gefährdung könnte eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Arbeitsleistung nach sich ziehen. Als vorbeugende Maßnahmen wären für Mitarbeiterinnen auf Bildschirmarbeitsplätzen oder in der Stuhlassistenz zum Beispiel Massagen denkbar.

Damit eine optimale Nutzung durch die Mitarbeiterin erfolgt, sollte zuerst abgesprochen werden, welches Angebot für sie interessant ist. Dann steht ein Gespräch mit dem Anbieter an. Dies kann eine Schwimmhalle, ein Tenniscenter oder eine Massageeinrichtung sein. Bei dem Anbieter kann der Zahnarzt ein Konto einrichten, von dem die Leistungen des Anbieters gezahlt werden. Oder der Anbieter stellt regelmäßig seine Leistungen der Praxis in Rechnung. Auf keinen Fall sollte eine Zahlung direkt an die Mitarbeiter erfolgen. Natürlich ist auch denkbar, dass ein Masseur in die Praxis kommt.

Für das Finanzamt muss der Zahnarzt nur noch schriftlich festhalten, welche Mitarbeiterin die Leistung in Anspruch genommen hat, sofern dies nicht schon aus der Rechnung des Anbieters hervorgeht.

Abfindungen

Eine Abfindung stellt zwar grundsätzlich steuerpflichtigen Arbeitslohn dar, bleibt jedoch bis zu gewissen Beträgen steuer- und sozialversicherungsfrei (Tabelle 4).

Freibetrag	Alter des Arbeitnehmers	Betriebszugehörigkeit
8 181 €	ohne Bedeutung	ohne Bedeutung
10 226 €	mind. 50 Jahre	mind. 15 Jahre
12 271 €	mind. 55 Jahre	mind. 20 Jahre

Tabelle 4

Scheidet eine Mitarbeiterin aus der Praxis aus, kann eine kleine freiwillige Abfindungszahlung bewirken, dass der Mitarbeiterin ihre alte Praxis in sehr guter Erinnerung bleibt.

Zinsvorteile

Gewährt ein Zahnarzt seiner Mitarbeiterin ein Darlehen (Arbeitgeberdarlehen), bleiben die Zinsersparnisse bei der Helferin steuerfrei, sofern das Darlehen 2 600 Euro

nicht übersteigt. Ist das Darlehen höherer und ist ein Zinssatz von mindestens 5,5 Prozent p. a. vereinbart, bleibt ein Zinsvorteil bei der Mitarbeiterin ebenfalls steuerfrei.

Fahrtkostenerstattung

Ein Zahnarzt kann sich an den Kosten für die Fahrten zwischen Wohnung und Praxis beteiligen. Steuer- und sozialabgabenfrei ist dieser Zuschuss jedoch nur für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Ebenso muss der Zuschuss zusätzlich zum Arbeitslohn gewährt werden. Selbst wenn der Zahnarzt seiner Helferin ein kostenloses oder verbilligtes Jobticket spendiert, welches der Mitarbeiterin auch private Fahrten erlaubt, ist dies steuer- und sozialabgabenfrei. Das Jobticket darf lediglich nicht an Dritte übertragbar sein. Von Vorteil ist zudem, dass Fahrtkostenzuschüsse zu öffentlichen Verkehrsmitteln nicht auf eine Gehaltsgrenze angerechnet werden. Deshalb ist es möglich, auch bei Minijobs und Aushilfen diese Zuschüsse zu gewähren, ohne dass der Zahnarzt befürchten muss, eine Gehaltsgrenze zu überschreiten.

Da eine Fahrtkostenerstattung zusätzlich zum Arbeitslohn gewährt werden muss, empfiehlt sich eine schriftliche Zusatzvereinbarung zum Arbeitsvertrag. Zudem benötigt der Steuerberater die Fahrausweise oder Zahlungsbelege für die Lohnbuchhaltung. Leider werden die Zuschüsse

zu den Fahrtkosten bei dem Arbeitnehmer steuerlich berücksichtigt. Die Werbungskosten für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsplatz reduzieren sich, sofern diese die Werbungskostenpauschale übersteigen.

Sachbezüge

Sachbezüge sind Einnahmen des Arbeitnehmers, die nicht in Geld bestehen, wie Wohnung, Kost, Waren oder Dienstleistungen. Jeder Arbeitnehmer kann monatlich

einen Sachbezug in Höhe von 50 Euro erhalten, ohne dass er dafür Steuern oder Sozialabgaben abführen muss. Der einzige Nachteil bei den Sachbezügen besteht darin, dass alle Sachbezüge, die einem Arbeitnehmer gewährt werden, addiert werden müssen und die 50-Euro-Grenze im Monat nicht überschritten werden darf. Zu den Sachbezügen gehören so selbstverständliche Dinge wie Getränke und Süßigkeiten, welche der Mitarbeiterin zur Verfügung gestellt werden. Deshalb sollte ein Zahnarzt zuerst feststellen, in welchem Umfang er einer Mitarbeiterin bereits Sachbezüge gewährt. Natürlich sollte der Zahnarzt mit seiner Mitarbeiterin abklären, welche Waren für sie von Interesse sind – Kaffee, Tee, Essensmarken, aber auch Benzingutscheine können in Frage kommen.

Beispiel: Ein Zahnarzt gewährt einer Mitarbeiterin bereits Sachbezüge in Höhe von monatlich 20 Euro. Über die restlichen 30 Euro möchte er einen Benzingutschein ausstellen. Wenn der Zahnarzt alles falsch machen möchte, schreibt er auf den Gutschein:

„Gutschein über Superbenzin im Wert von 30 Euro, einzulösen bei der X-Tankstelle.“ Steuerlich richtig formuliert müsste auf dem Gutschein stehen: „Gutscheinen über 20 Liter Superbenzin, einzulösen bei der X-Tankstelle.“

Die Handhabung von Benzingutscheinen ist inzwischen kein Problem mehr. Die meisten Tankstellen haben sich bereits auf die steuerlichen Vorgaben eingerichtet und können ihren Kunden entsprechende Vordrucke zur Verfügung stellen.

Gerät im Eigentum des Praxisinhabers bleiben muss. Das heißt: Der Zahnarzt kauft das Gerät und setzt es als Betriebsausgabe ab – die Helferin kann es uneingeschränkt nutzen. Und wenn der Zahnarzt seiner Mitarbeiterin die entsprechende EDV verkauft, muss er nur den geldwerten Vorteil (Restwert) pauschal mit 25 Prozent versteuern. Das gilt jedoch nicht für ein Handy.

Telefonzuschuss

Nutzt eine Helferin ihr privates Telefon auch beruflich, können auch hier anteilmäßig die Kosten erstattet werden. Dazu ist es notwendig, den Anteil der beruflichen Nutzung zu erfassen, indem man über drei Monate Aufzeichnungen führt. Alternativ ist auch eine pauschale Erstattung von 20 Prozent, maximal jedoch 20 Euro monatlich möglich.

Fehlgeldentschädigung

Einmal im Monat kann einer Mitarbeiterin eine Fehlgeldentschädigung in Höhe von maximal 16 Euro steuer- und sozialabgabenfrei zukommen. Diese Mitarbeiterin sollte allerdings auch tatsächlich die Kasse in der Praxis führen. Die Zahlung kann nicht unter mehreren Personen aufgeteilt werden. Erstattet ein Zahnarzt einer Mitarbeiterin ein höheres Fehlgeld als 16 Euro, muss nur für den übersteigenden Betrag Steuern und Sozialabgaben gezahlt werden.

Heirats- und Geburtsbeihilfen

Diese Beihilfen bleiben bis zu 358 Euro je Heirat und je Kind abgabenfrei. Da es sich um eine Beihilfe handelt, kann der Betrag in Geld ausgezahlt werden.

Beihilfen und Unterstützungen

Ein Zahnarzt kann eine Mitarbeiterin in einem Krankheits- oder Unglücksfall finanziell unterstützen. Bis zu 6 000 Euro jährlich können abgabenfrei ausgezahlt werden, wenn weniger als fünf Helferinnen in der Praxis beschäftigt sind.

Kindergartenzuschuss

Hat eine Mitarbeiterin Kinder, kann ein Zahnarzt steuer- und sozialabgabenfreie Zuschüsse zur Unterbringung und Betreu-



Ist eine Mitarbeiterin dienstlich für die Praxis unterwegs, kann der Zahnarzt ihr die entstehenden Kosten ersetzen.

Foto: MEV

Das Ausstellen von Benzingutscheinen ist sehr beliebt und hat sich bewährt. Doch Vorsicht:

Auf den Gutscheinen darf kein Höchstbetrag und auch kein anzurechnender Betrag angegeben sein. Damit hat man ein Problem bei Gutscheinen über Waren, die Preisschwankungen unterliegen. Hier muss die Mengenangabe so gewählt werden, dass die errechnete Grenze nicht überschritten wird. Maßgeblich ist hierbei der Preis zu dem Tag, an dem der Gutschein dem Mitarbeiter übergeben wird. Zudem muss auf dem Gutschein die Ware konkret bezeichnet werden. Nach Auffassung des Fiskus ist hierzu die Angabe von Art und Menge der Ware erforderlich.

Heimarbeiterzuschläge

Erledigt eine Helferin entsprechende Praxisarbeiten zu Hause, bleiben bis zu zehn Prozent des bislang vereinbarten Gehaltes steuerfrei.

Nutzungsüberlassung

Der Zahnarzt kann seiner Mitarbeiterin EDV, Notebook (inklusive Zubehör und Software) oder ein Handy zu Nutzung überlassen. Nutzt die Mitarbeiterin das Internet, können sogar die Verbindungsentgelte durch den Zahnarzt erstattet werden. Diese Nutzungsüberlassung ist steuer- und sozialabgabenfrei – selbst dann, wenn die Mitarbeiterin das Handy oder das Notebook ausschließlich privat nutzt. Einzige Voraussetzung für die Abgabenfreiheit ist, dass das

ung der Kinder zahlen. An diese Abgabefreiheit sind jedoch einige Bedingungen geknüpft:

- Es darf sich nicht um ein schulpflichtiges Kind handeln.
- Der Zuschuss muss zusätzlich zum vereinbarten Arbeitslohn gewährt werden. Eine Anrechnung auf den Tariflohn, oder auf regelmäßige freiwillige Leistungen (wie zum Beispiel das Weihnachtsgeld oder das 13. Gehalt), ist nicht möglich.
- Die Kinder sind im Kindergarten oder vergleichbaren Einrichtungen untergebracht. Zu den vergleichbaren Einrichtungen zählen zum Beispiel Kinderhorte, Kindertagesstätten, Tagesmütter und Internate.
- Nicht erstattet werden die Aufwendungen für ein Kindermädchen beim Besuch einer Vorschule.
- Der Zahnarzt kann sich an den Kosten lediglich beteiligen, sie aber auch im vollen Umfang übernehmen. Eine vorgegebene finanzielle Obergrenze besteht nicht.
- Die Höhe des Zuschusses sollte in einer schriftlichen Zusatzvereinbarung zum Arbeitsvertrag festgelegt werden.
- Der Einfachheit halber kann der Zahnarzt direkt den Kindergarten oder die sonstige Stelle für die Kinderbetreuung bezahlen. Auf jeden Fall ist für die Anerkennung der Zahlung ein Beleg notwendig.

Bei dieser Vielzahl von Möglichkeiten, einer Mitarbeiterin steuer- und sozialabgabenfreie Zuwendungen zukommen zu lassen, ist es kein Problem, pro Mitarbeiterin und Jahr eben mal 1 000 Euro Lohnnebenkosten zu sparen. Denn viele dieser Zuwendungen können nebeneinander gewährt werden – auch bei Aushilfen und Minijobbern. Spätestens, wenn die nächste Lohnerhöhung ansteht, eine Mitarbeiterin neu eingestellt werden muss oder eine Helferin sich ein Extra verdient hat, sollte ein Zahnarzt an diese Möglichkeiten denken; seine Mitarbeiterinnen werden es ihm danken.

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

Immobilien und Bevölkerungsschwund

Zeit und Raum

Joachim Kirchmann

Weil die Bevölkerung schrumpft, tragen die Deutschen schon jetzt ein schweres Bündel an Soziallasten. Doch der Schwund und die Überalterung der Bevölkerung dürften kaum Auswirkungen auf den Immobilienmarkt haben. Denn in erster Linie bestimmt die Wirtschaftskraft einer Region das Preisniveau.

Wer heute für das Jahr 2050 den Immobilienmarkt vorhersagen will, dürfte sich gewaltig irren. Denken wir beispielsweise 50 Jahre zurück: Damals galt als zukunftsweisend die Drei-Zimmer-Wohnung in einem neu erbauten Hochhaus. So entstanden Trabantstädte auf der grünen Wiese vor den Toren großer Städte. Zentralheizung, Badezimmer, Balkon und Aufzug waren hochbegehrte Komfortmerkmale. Damit konnten die meisten innerstädtischen Altbauwohnungen nicht dienen. Das Ruhrgebiet, geprägt von Kohle und Stahl, war eine Wohlstandsregion. Eine intakte Umwelt mit sauberer Luft war noch kein Thema. Wohlstandsinsignien waren angesagt, nämlich der Fernseher, die Musiktruhe, die Schrankwand und als großer Traum: das eigene Auto.

Das krasse Gegenteil von 1954 ist heute Realität. Und das damals ländlich geprägte und von Armut beherrschte Südbayern ist heute die wohlhabendste Region Deutschlands. Denn die neuen Arbeitsplätze mit Zukunft entstanden in schöner Landschaft mit intakter Umwelt. Kein Wunder daher, dass heute Immobilien in Südbayern im Schnitt doppelt so teuer sind wie vergleichbare Objekte in Bremen, dem Saarland, in Sachsen-Anhalt



Gleichwertige Immobilien sind nicht überall in Deutschland gleich wert.

oder Mecklenburg-Vorpommern.

Da niemand eine halbes Jahrhundert voraus in die Zukunft zu blicken vermag, kann man einem Immobilieninvestor nur raten, keinesfalls auf Extreme zu setzen. Ein Extrem wäre, heute in Erwartung einer respektablen Mietrendite in Schwerin eine Luxuswohnung zu erwerben. Ein anderes

Extrem wäre, in der Hochpreisregion München an einer stark befahrenen und daher von der Infrastruktur vernachlässigten Ausfallstraße eines an und für sich hochpreisigen Stadtteils eine vermeintlich kostengünstige Wohnung zu erwerben, nur weil München als Immobilienstandort angesagt ist und die allerbesten Lagen vergeben oder extrem teuer geworden sind. Der beste Test für die Wahl eines

Selbstverständlich gilt auch der Grundsatz, dass man dort Immobilieneigentum erwerben kann und erwerben soll, wo man zu Hause und existentiell verwurzelt ist, wo man alt werden will. Hier kennt man sich aus, hier hat man seine sozialen Bindungen, hier nimmt man ganz einfach den Markt, wie er ist. Eine Spekulation auf Rendite und Wertsteigerung steht nicht im Vordergrund, es zählt primär das emotionale Wohlbefinden. Und um diesen wichtigen Faktor nicht zu gefährden, sollte auch der „Heimatverbundene“ bei der Lage und der Bauausführung auf allerbeste Qualität achten und aus Kostengründen keine allzu großen Zugeständnisse machen. Denn die schlagen bei Immobilien oft in unabänderlichen Ärger um.

Heile Immobilien-Welt

Ansonsten gilt die Grundregel: Dort, wo attraktive und gut bezahlte Arbeitsplätze zu Hause sind, da ist auch die Immobilienwelt in Ordnung. So ist auf Sicht von rund 20 Jahren abzusehen, dass sich die Arbeit und damit der Wohlstand in Deutschland weiterhin in Richtung Süden und Südwesten bewegen, das heißt konkret nach Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Auch Südhessen und die Rhein-schiene von Bonn über Köln bis Düsseldorf werden Wachstumszone und damit lukrative Immobilienstandorte bleiben. Aus dem Norden, der Großraum Hamburg ausgenommen, wie auch aus dem Osten, mit Ausnahme von Berlin und Potsdam, werden noch mehr Menschen, vor allem aus der jüngeren Generation, in die Regionen mit dem besseren Arbeitsangebot wegziehen.

Fazit: Die Immobilienwerte, gemessen an den Bau- und Kaufpreisen wie auch an den Mieten, werden sich dort am besten entwickeln, wo es heute bereits teuer ist. In den Metropolen auf der Westschiene zwischen Düsseldorf und München wie auch in den properen Universitäts- und Verwaltungsstädten wie Bonn, Wiesbaden, Mainz, Heidelberg, Tübingen oder Freiburg. Im Osten Deutschlands werden lediglich Dresden und Leipzig im Laufe der Jahre ganz allmählich zum Immobilienpreinsniveau Westdeutschlands aufschließen. Liebhaber finden in lebens- und liebenswerten ost-

und Büroraum, ist in dieser vereinfachenden Form unzulässig“, schreibt beispielsweise Deutsche Bank Research in einer aktuellen Marktstudie. Und die ING BHF Bank behauptet gar: „Die demografischen Faktoren lassen in den nächsten zehn bis 20 Jahren einen steigenden Wohnflächenbedarf erwarten.“ Auch dem Mannheimer Immobilien-Ökonom Axel Börsch-Supan erscheint ein „demografisch bedingter Preissturz unrealistisch“. Die Gründe: Wohnen hat bei den Deutschen nach wie vor einen hohen Stellenwert. Der Trend, das jeder einzelne für sich immer mehr Wohnraum in Anspruch



Häuslebauer legen Wert auf ihr emotionales Wohlbefinden.

deutschen Städten wie Erfurt, Weimar, Naumburg, Halle, Dessau, Rostock oder Magdeburg womöglich noch auf lange Sicht recht preiswerten Wohnraum. Nun stellt sich aber die simple Frage: Wird Wohnen selbst in den derzeitigen Hochpreisregionen auf absehbare Zukunft nicht wesentlich preiswerter, weil die Bevölkerungszahl aufgrund des fehlenden Nachwuchses abnimmt? Nein, sagen die Experten. „Die Formel, weniger Menschen brauchen weniger Wohn-

nehmen möchte, ist nach wie vor ungebrochen. Deshalb neigen auch ältere Menschen nicht dazu, ihre großen, ehemals auf Kinder ausgerichteten Wohnungen aufzugeben, wenn die Kinder sich verselbständigt haben. Die angestammte Wohnung wird oft sogar behalten, wenn ein Lebenspartner gestorben ist. Zur Wohnungsaufgabe besteht in der Regel auch kein Anlass. Denn die „Alten“ sind im Normalfall nicht gerade arm. Ihre Renten sind und bleiben auf ab-

zm-Info

Rentabilitätsrechnungen

sehbarer Zeit verhältnismäßig hoch. Überdies hatten sie das Glück, in ihrer aktiven Zeit Arbeit zu haben, so dass sie fürs Alter sparen konnten, und sei es im Rahmen einer kleinen Lebensversicherung. So kommt die Deutsche Bank zu dem Schluss: „Die Wohnungsflächennachfrage wird noch bis 2030 zunehmen.“ Immobilien-Forscher Börsch-Supan ermittelte sogar einen Prozentsatz: Bis zum Jahr 2025 um zehn Prozent. Die „Versingelung“ der Bevölkerung sorgt ebenfalls dafür, dass auf absehbare Zukunft der Bedarf an Wohnraum nicht abnehmen, sondern eher weiter zunehmen wird. So steigt die Zahl der Ehescheidungen kontinuierlich an, immer öfter ausgelöst von



Höhere Ansprüche: Die Erwartungen an die eigene Immobilie steigen.

frustrierten Ehefrauen, die nach der Kindererziehung im letzten Lebensdrittel noch ein eignes erfülltes Leben suchen. Und junge Leute streben nicht mehr unbedingt ein Eheleben in einer gemeinsamen Wohnung an. Wer gut ausgebildet ist und gut verdient, begnügt sich als Single auch nicht mehr mit einem Ein-Zimmer-Appartement. Es sollten schon geräumige 70-Quadratmeter mit mindestens zwei Zimmern sein. Obwohl die Bevölkerung insgesamt schrumpfen wird, so sorgt eine nach wie vor intakte und auch so bald nicht abreißende

Die Wohnimmobilien der Deutschen haben derzeit einen Wert von insgesamt rund sieben Billionen Euro. Dieses Immobilienvermögen ist damit größer als der Wert aller börsennotierten deutschen Unternehmen. Von den rund 39 Millionen Eigentumswohnungen und Wohnhäusern hier zu Lande wechseln jährlich nur etwa 2,3 Prozent den Besitzer. Im Vergleich zu den USA oder auch Großbritannien ist diese Umschlagsrate sehr gering. Die Ursache für das recht kleine Umsatzvolumen auf dem deutschen Immobilienmarkt: Die Deutschen hängen im allgemeinen an ihrem Immobilienbesitz, sie sind heimatverbunden und schrecken vor Mobilität zurück. So beträgt die durchschnittliche „Haltedauer“ einer Wohnimmobilie rund 44 Jahre. Diese Beharrlichkeit ist ein Hauptgrund dafür, dass sich hier zu Lande, anders als etwa in den USA, in Großbritannien oder auch in Spanien, die Immobilienpreise nur relativ schwach nach unten oder oben bewegen.

Unter rein kalkulatorischen Gesichtspunkten ist die Immobilie ein Flop, streng gerechnet sogar ein Verlustgeschäft. Zwar stieg nach einer Berechnung des Marktforschungsinstituts Bulwien, München, der Wert von Wohnimmobilien zwischen 1975 und dem Jahr 2002 jährlich um durchschnittlich 3,1 Prozent. Doch die durchschnittliche jährliche Inflationsrate lag in diesem Zeitraum bei 3,2 Prozent. Somit reichte der Wertzuwachs nicht einmal, um die Kaufkraft des eingesetzten (vielfach auch geliehenen und somit zu verzinsenden) Kapitals zu erhalten. Und wer über viele Jahre und Jahrzehnte Immobilieneigentum selber nutzt, darf die Augen nicht vor allfälligen Renovierungen und Reparaturen verschließen. Im Durchschnitt kalkuliert die Immobilienbranche hierfür jährlich 0,65 Prozent des Anschaffungswertes ein. Fazit: Der Immobilieneignutzer verliert im Wettrennen mit der Inflation im Jahresschnitt 0,75 Prozent an Vermögenswert.

Auch bei einem Vergleich zwischen Kaufen oder Mieten zieht der Immobilieneigentümer den Kürzeren. Im Groben ergibt das bereits folgende Rechnung: Bei einem (derzeit schon wieder sehr günstigen) Zinssatz von 5,1 Prozent (die Nichtverzinsung von womöglich 20 Prozent Eigenkapital bleibt unberücksichtigt) sind jährlich auch etwa 0,65 Prozent vom Anschaffungswert für Verwaltung und Unterhalt anzusetzen sowie 0,35 Prozent für Reparaturrückstellungen. Die jährlichen vom Eigentümer zu tragenden Kosten für eine Mietimmobilie summieren sich somit auf etwa 5,9 Prozent. Doch eine Mietrendite (bezogen auf das Verhältnis von Kaltmiete zum Anschaffungspreis ohne Erwerbsnebenkosten) in Höhe von 5,9 Prozent ist in Deutschland illusorisch. Sie liegt im Bundesdurchschnitt bei 4,38 Prozent. Bremen liegt mit 5,21 Prozent an der Spitze, Unterfranken mit 3,77 Prozent am Ende der Skala. Steuerliche Aspekte blieben in dieser Kalkulation unberücksichtigt. jk

„Völkerwanderung“ innerhalb Deutschlands dafür, dass in den Regionen mit fundierter Wirtschaftskraft die Bewohnerzahl eher weiter zu- als abnimmt. Das gilt vor allem für Südbayern und Baden-Württemberg. Auch im Großraum Frankfurt und auf der Rheinschiene Bonn-Köln-Düsseldorf dürfte es eher einen Zuwachs als den durchschnittlichen Abgang geben.

Wirtschaftswunderlich

Aber vielleicht kommt wieder einmal alles anders, als man ehedem vor 50 Jahren dachte. Es könnte ja sein, dass in Deutschland die umfassenden Reformen, die derzeit angedacht sind, tatsächlich durchgesetzt werden. Schattenwirtschaft, Schwarzarbeit, Steuerflucht und Sozialschmarotzerei würden sich nicht mehr lohnen. Die Kassen der Bundes- und Landeshaushalte würden sich wieder füllen. Auch Arbeitsleistung würde sich nach Steuern wieder richtig lohnen. Dann ließe eine nachhaltige Wirtschaftsbelebung nicht lange auf sich warten. Von Deutschland aus würde sich womöglich ein Wirtschaftswunder in Osteuropa entzünden.

Und Mecklenburg-Vorpommern wäre eines Tage nicht mehr das Armenhaus der Republik, sondern mit seinen intakten Landschaften und seinen Ostseestränden eine prosperierende Sommerfrische. ■

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

*Dr. Joachim Kirchmann
Harthäuser Straße 25
81545 München*

Eine päpstliche Auszeichnung

Dr. Klaus Winter, Vorsitzender des Hilfswerkes Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ), erhielt den päpstlichen Orden des Heiligen Gregorius des Großen.



Dr. Klaus Winter (r.) erhält den Orden aus der Hand von Professor Raffaele Farina aus dem Vatikan.

Am 15.11.2003 erhielt Dr. Klaus Winter als evangelischer Christ diese Auszeichnung der katholischen Kirche auf Schloss Johannisberg im Rheingau anlässlich eines Treffens des Ordens des Heiligen Lazarus von Jerusalem, dessen Mitglied er ist.

Christliche Nächstenliebe

Er wurde geehrt für sein großes Engagement in der Dritten Welt, das er sowohl mit dem ökumenischen Lazarus-Orden als auch mit den Salesianern Don Boscos seit Jahren mit großem Erfolg betreibt. Die dort praktizierte christliche Nächstenliebe durch sozial-caritative Arbeit für Kinder in Not fand die Aufmerksamkeit

des Vatikans, der sich damit bei allen bedankt, die unter anderem durch Altgoldsammlungen diese Erfolge des HDZ erst möglich machen, insbesondere natürlich Dr. Klaus Winter und seine Ehefrau und Kollegin Helga Winter.

Der ganze Berufsstand, der durch diese Ehrung einen beson-

deren Imagezuwachs erfährt, darf sich glücklich schätzen, ein so engagiertes Kollegehepaar in seinen Reihen zu wissen. Die deutsche Zahnärzteschaft ist aufgerufen, das HDZ weiterhin tatkräftig zu unterstützen.

Dr. Christian Bolstorff
Präsident der Zahnärztekammer
Berlin



Fotos: privat

Dr. Klaus Winter mit
Ehefrau Helga

■ Zu Projekten des Hilfswerkes siehe auch zm-Bericht 23/2003, Seiten 90 bis 93.

zm-Info

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Neben Sachspenden von Firmen, Ärzten, und Zahnärzten bildet die Sammlung von Zahn- und Altgold die wichtigste Einnahmequelle für das Hilfswerk.

Kontakt und Anforderung von Unterlagen:

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete

Postfach 21 32,

37011 Göttingen

Büro: Hagenweg 2 L,

37081 Göttingen

Tel.: 0551 - 60 02 33,

Fax: 0551 - 60 03 13

E-Mail:

DrWinter@hilfswerk-z.de

www.hilfswerk-z.de

Für Geldspenden:

Bankkonten:

Deutsche Apotheker- und

Ärztbank (BLZ 250 906 08),

Konto 000 4444 000

Sparkasse Göttingen

(BLZ 260 500 01) Konto 5405

pr

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 97

Acteon

Röntgensystem mit Spitzentechnologie

Mit dem X-Mind AC hat Satelec by Acteongroup anspruchsvolle Röntgentechnologie verwirklicht. Das Gerät besitzt einen Mikroprozessor-Timer mit hygienischer Folientastatur, der sowohl einen Röntgenkopf in der AC- als auch in der DC-Technologie ansteuern kann. Ebenso einfach lässt sich die Belichtungszeit einstellen, programmieren und abspeichern. Der um 395 Grad drehbare Röntgenkopf garantiert bei kleinster Streustrahlung effektiven Strahlenschutz und passgenaue Einstellungen. Das X-Mind-Gerät lässt sich schnell an die Wand montieren; der flexible Einstellarm ist entweder 40, 80 oder 110 Zentimeter lang. Auch



eine Stativ-, Unit- oder Platz sparende Deckenlösung sind möglich. Und mit einer Brennweite von 31 Zentimetern beim Lang-Tubus oder 20 Zentimetern beim Kurz- oder Rechteck-Tubus ergibt sich eine reproduzierbare und hochauflösende Bildqualität.

Acteon Germany GmbH
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04 / 95 65 - 21
Fax: 0 21 04 / 95 65 - 11
E-Mail: info@de.acteongroup.com

AG Keramik

Frist für Forschungspreis verlängert

Die Abgabefrist für den Forschungspreis der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e.V. wurde auf die Bitte von interessierten Bewerbern bis zum 28. Februar 2004 verlängert. Erwünscht sind wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Vollkeramische Restaurationen von Zahnärzten sowie Wissenschaftlern und Arbeitsgruppen, denen auch Zahntechniker angehören können. Der Preis ist mit 3600 Euro dotiert und wird im Rahmen

des Keramik-Symposiums 2004 übergeben. Die Publikation der Preisträger-Arbeit in einer englischsprachigen Fachzeitschrift ist vorgesehen. Nähere Angaben zum Procedere sind über www.ag-keramik.de erhältlich, Unterlagen können angefordert werden bei:

Arbeitsgemeinschaft für Keramik
In der Zahnheilkunde e.V.
Postfach 10 01 17
76255 Ettlingen
Tel.: 07 21 / 945 29 29
E-Mail: info@ag-keramik.de

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

DeguDent

Cercon Update bei DeguDent

Rund 30 Experten aus mehreren Ländern trafen sich im September 2003 im Kompetenzzentrum für Zirkonoxid-Technologie bei DeguDent, Hanau-Wolfgang, zum Austausch über aktuelle Entwicklungen rund um Cercon smart ceramics. Vertreter aus Unternehmen, Hochschule und zahntechnischen Laboratorien beleuchteten Wissenschaft und Markt aus unterschiedlicher Sicht und sorgten für hohen Informationsgehalt und spannende Diskussionen. Das Update lohnte sich schon deshalb, weil die Studienergebnisse eine breitere Basis bilden als noch vor einem Jahr, so der DeguDent Forschungs-Leiter Dr. Alexander Völcker (Foto).

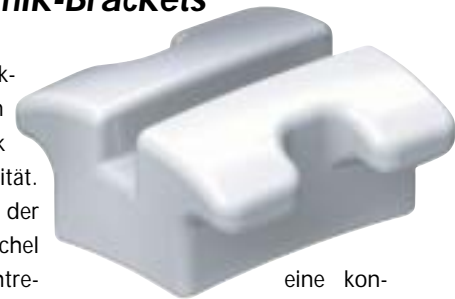


DeguDent GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 595 - 759
Fax: 0 61 81 / 595 - 962
E-Mail:
juergen.pohling@degudent.de

DENTAURUM

Ästhetisch: Keramik-Brackets

Die Fascination 2 Keramik-Brackets von Dentaureum überzeugen durch Ästhetik bei gleichzeitiger Funktionalität. Selbst bei Benetzung der Bracketoberfläche mit Speichel gibt es keine störenden Lichtreflexe. Hochreines Al₂O₃ sorgt für gute ästhetische Ergebnisse, die hohe Materialfestigkeit macht die Verwendung von störenden Metallslots überflüssig. Die Ein-Stück-Konstruktion ist ein weiterer Grund für die hohe Bruchfestigkeit. Das verhindert das Zerbröseln der Brackets beim korrekten Debonding. Eine Sollbruchstelle ist deshalb nicht erforderlich. Ein weiteres intelligentes Detail ist die innovative Noppenstruktur der Basis, die



eine konstante und optimale Schichtstärke des Klebers ermöglicht. Für weitere Informationen steht die kieferorthopädische Anwendungsberatung unter der Hotline 07231 / 803-550 zur Verfügung.

DENTAURUM
J. P. Winkelstroeter KG
Turnstraße 31
75228 Ispringen
Tel.: 0 72 31 / 803 - 0
Fax: 08 00 / 4 14 24 34 (gratis)
www.dentaureum.com
E-Mail: info@dentaureum.de

ESPRIDENT**Neu: Pastenbonder und Opaker Gingival**

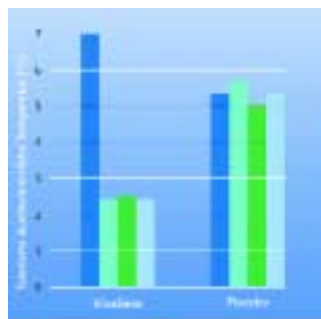
Triceram, die Keramik für Titan und Zirkonoxid von Esprident, wurde um zwei Komponenten erweitert: Der neue Pastenbonder ermöglicht das Auftragen einer blasenfreien Bonderschicht auf das Gerüst. Seine abgestimmte Konsistenz sorgt für ein einfaches und gleichmäßiges Auftragen auf die Gerüstoberfläche. Der neue Opaker Gingival gibt dem Zahn-techniker die Möglichkeit, das Titangerüst bei Bedarf zahn-

fleischfarben abzudecken. Gerade bei großen Implantatarbeiten oder Suprakonstruktionen kann somit schon bei den Opakerbränden die Gerüstabdeckung rosa oder zahnfleischfarbig eingefärbt werden. Fragen zur Verarbeitung der neuen Triceram Produkte beantwortet die zahntechnische Anwendungsberatung unter der Hotline 07231 / 803-440.

*ESPRIDENT GmbH
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 0 72 31 / 803 - 0
Fax: 0 72 31 / 803 - 321
www.esprident.com
E-Mail: info@esprident.com*

Ivoclar Vivadent**Gute Noten für VivaSens**

Nach der Anwendung von VivaSens, dem neuen Desensitizer von Ivoclar Vivadent, tolerieren Patienten deutlich tiefere Temperaturen als vor der Behandlung. Dies ist das Ergebnis einer sechs Monate dauernden randomisierten Doppelblind-Studie. Drei Wirkmechanismen sorgen für die Blockierung der Reizweiterleitung über die Dentinkanälchen: Durch Säureinduktion fallen in der Dentinflüssigkeit Kalzium und Proteinpräzipitate aus. Zusammen mit polymeren Komponenten in VivaSens bilden sie Pfropfen, die die Kanälchen blockieren. Die Film bildende Lackmatrix sorgt für einen mechanischen Verschluss der Oberfläche. VivaSens ist für die Behandlung überempfindlicher Zahnhäse, auch in Verbindung mit Bleaching, und zur Desensibilisierung nach profes-



sioneller Zahnreinigung, Scaling und Rootplaning geeignet. Der transparente Lack wird in Free Stand Behältern mit vormontierten Bürstchen geliefert. Die Anwendung erfolgt innerhalb weniger Sekunden.

*Ivoclar Vivadent AG
Bendererstraße 2
FL-9494 Schaan
Tel.: +423 / 235 35 35
Fax: +423 / 236 36 33
www.ivoclarvivadent.com
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com*

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

Steripower**Sensorgesteuerter Sprühstoß**

Das berührungslose Händedesinfektionsgerät von Steripower wird den besonderen Anforderungen des medizinischen Bereichs gerecht. Das wartungsfreie Gerät kann mehrere Wochen lang mit einem Akku oder per Stromanschluss betrieben werden. Die Handhabung ist einfach: Man hält die Hände

mit den Innenflächen nach oben in die dafür vorgesehene Öffnung. Es erfolgt automatisch ein sensorgesteuerter Sprühstoß. Die Hände werden herausgenommen, das Mittel einmassiert – fertig. Der Sprühstoß kann applikationsspezifisch von ein bis sechs Milliliter dosiert werden. Reste werden in einem auswechselbaren Saugpad aufgefangen und eingeschlossen. Im Vergleich zu anderen Anwendungen erscheinen nach der ordnungsgemäßen Desinfektion mit Steripower keine Benetzungslücken. Binnen 30 Sekunden trocknet das Präparat und es kann weiter gearbeitet werden.

*Steripower GmbH
Maximilianstraße 2a
82319 Starnberg
Tel.: 08151 / 555 15 - 25
Fax: 08151 / 555 15 - 11
www.steripower.de
E-Mail:
jan.rombach@medicalpartners.de*

Heraeus Kulzer**Paddeltour auf der Donau**

Bei einer Kanutour hatten Laborkunden der Heraeus Kulzer am 27. September die Gelegenheit, ihr sportliches Können beim Paddeln unter Beweis zu stellen. Die etwa sechsstündige Kanutour begann um zehn Uhr in Sigmaringen, führte an bizarren Felsengebilden, tiefen Wäldern, mittelalterlichen Burgen und Ruinen

vorbei und endete wieder am Ausgangspunkt. Solche Veranstaltungen sollen gemäß der Firmenphilosophie „Partnership-First“ partnerschaftliche Kontakte zu Kunden intensivieren.

*Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Grüner Weg 11
63450 Hanau
www.heraeus-kulzer.de*

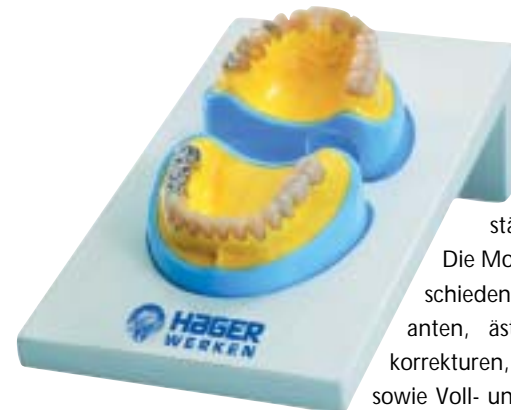
■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Dürr Dental**Vorteilhafte Speicherfolientechnik**

Bei Speicherfolien wird die Lumineszenz nicht an jeder Stelle des Films gleichzeitig ausgelöst, sondern der Laser tastet sich Zeile für Zeile und Pixel für Pixel voran. Das Nutzsignal wird zunächst in ein elektrisches Signal umgewandelt, dann analog verstärkt, in einen digitalen Datensatz umgewandelt und gespeichert. Die Belichtung erfolgt wie beim konventionellen Röntgenfilm. Anstelle der chemischen Entwicklung steht in der Speicherfolientechnik jedoch ein anderes Bildgebungsverfahren: Laser, Fotomultiplier, Analog-digital-Wandler – sie liefern digi-

tale Daten, die direkt am Bildschirm betrachtet und bearbeitet werden können. Digitale Datensätze lassen sich darüber hinaus modern archivieren, etwa mit der Software DBSWIN von Dürr Dental. Weitere Pluspunkte der Speicherfolien: Die Dosis kann meist niedriger gewählt werden; Fehldosierungen und somit Unter- oder Überbelichtung sind fast ausgeschlossen. Bei Neuausrüstungen reichen eine Steckdose und eventuell ein Netzwerkanschluss. Die Hardware braucht nicht umgerüstet, die Röntgenanlagen können weiter benutzt werden.

*Dürr Dental GmbH & Co. KG
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 249
Fax: 0 71 42 / 705 - 288
www.duerr.de
E-Mail: presse@duerr.de*

Hager & Werken**Hochwertige Prothetikmodelle**

besteht aus Unter- und Oberkiefer und wird mit einem Präsentationsständer geliefert.

Die Modelle zeigen verschiedene Füllungsvarianten, ästhetische Zahnkorrekturen, Zahnschmuck sowie Voll- und Teilversorgungen aus Metall oder Keramik und Kunststoff.

Hager & Werken hat mit fünf hochwertig verarbeiteten Anschauungsmodellen die neue Prothetik Edition vorgestellt. Mit den Modellen kann der Behandler seinen Patienten anschaulich die geplante prothetische Versorgung erklären. Jedes Modell

*Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54
47006 Duisburg
Tel.: 02 03 / 99 26 90
Fax: 02 03 / 29 92 83
www.hagerwerken.de
E-Mail: info@hagerwerken.de*

Nobel Biocare

Neuer Geschäftsführer: Dr. Michael Sachs



Nobel Biocare AB, Weltmarktführer für innovative und ästhetische Dentallösungen, hat mit Dr. Michael Sachs seit November einen neuen Geschäftsführer für Nobel Biocare Deutschland. Sachs ist seit vielen Jahren in der

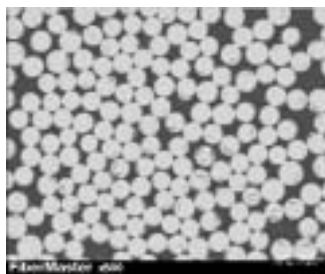
Dentalbranche bei führenden Unternehmen als Geschäftsführer tätig. Mit seiner Ernennung wird das Unternehmen seine strategische Marktposition mit der C&B&I (Crown & Bridge & Implant) Initiative in Deutschland weiter ausbauen, das Wachstum durch die neue Produktpalette weiter stärken und seine Innovationskraft untermauern.

*Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Straße 200
50933 Köln
Tel.: 02 21 / 500 85 - 0
Fax: 02 21 / 500 85 - 333
www.nobelbiocare.com
E-Mail: info@nobelbiocare.de*

NTI-Kahla

Wurzelstift-Aufbausysteme aus Glasfaser

Die zahnfarbenen Wurzelstifte von NTI-Kahla bieten neue ästhetische Möglichkeiten für Wurzelstift-Aufbausysteme, die mit Vollkeramikronen oder Kompositronen überdeckt werden. Die hohe Elastizität fängt auftretende Kräfte schonend auf und überträgt sie sowohl auf den Zahn als auch auf die Wurzel. Durch die adhäsive Verankerung der Stifte wird eine zusätzliche Stabilität erzeugt. Die neuen FiberMaster entsprechen in ihren Abmessungen und der Passung dem bereits bekannten Head-Master System. Dadurch entfällt die Anschaffung von neuen Vorbereitungsinstrumenten. Das Glasfasermaterial lässt sich schnell an die Platzverhältnisse anpassen. Alle Stifte können an die Länge der Wurzel in-



dividuell angepasst werden. Die Größen der Stifte ohne Kopf stimmen mit denen der Stifte mit Kopf überein. Die Stifte ohne Kopf sind ideal bei schwierigen Platzverhältnissen und ergänzen bei Zähnen mit mehreren Wurzeln die Stifte mit Kopf.

*NTI-Kahla GmbH
Rotary Dental Instruments
Im Camisch 3
07768 Kahla
Tel.: 03 64 24 / 573 - 0
Fax: 03 64 24 / 573 - 29
E-Mail: nti@nti.de*

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

ORALTRONICS**Erfolgreicher Kongress in Jordanien**

Im September 2003 fand in Amman der 19. jordanische Dental-Kongress statt. 1200 Teilnehmer nutzten die Gelegenheit, die Vorträge von Prof. Szmukler-Moncler zum Thema „FBR-Oberfläche (innovative Oberfläche, die eine frühe Belastung ermöglicht) auf Pitt-Easy-Implantaten“ und von Dr. Gross über das Multi-Implantat-Konzept zu hören. Hierbei erworbene Erkenntnisse wurden in ei-

nem ganztägigen, von Oraltronic Middle East angebotenen Kurs für Implantat-Einsteiger vertieft, der Vorträge, Hands-on-Parts und Live-OPs umfasste. Der Main Consultant des Unternehmens für den arabischen Raum, Dr. Majdy Sa'adeh, konnte die 24 Teilnehmer für einen fünf-tägigen weiterführenden Intensiv-Kurs über das Multi-Implantat-Konzept begeistern. Dieser fand kurze Zeit später statt und beinhaltete auch die Disziplinen Augmentation und Membrantechnik.

ORALTRONICS
Dental Implant Technology GmbH
Herrlichkeit 4
28199 Bremen
Tel.: 04 21 / 4 39 39 - 0
Fax: 04 21 / 44 39 36
www.oraltronics.com
E-Mail: info@oraltronics.com

W & H**Neue Werkshalle in Bürmoos**

Im September 2003 hat das W&H Dentalwerk die offizielle Fertigstellung der neuen Werkshalle in Bürmoos gefeiert. In einer Bauzeit von weniger als einem Jahr wurde das Ge-

bäude mit einer Nutzfläche von 4800 m² errichtet und die Produktions-Kapazität erweitert. Da die Mitarbeiterzahl in den letzten vier Jahren von 350 auf 550 gestiegen ist, wurde das Stammwerk zu klein. W&H Dentalwerk kann in den letzten 15 Jahren auf eine erfolgreiche Entwicklung zurückblicken. Als Anbieter von

zahnärztlichen Turbinen und Hand- und Winkelstücken gehört das Unternehmen heute weltweit zu den besten. Auch als Lieferant von Mikro-Motorgeräten für zahnärztliche Chirurgie, und hier insbesondere für dentale Implantologie, hat W&H die Nase vorn. Die Leitung des Unternehmens hat Dipl. Ing. Peter Malaka (Foto), der die alleinige Geschäftsführung 1996 von seinem Vater übernahm.

W & H Deutschland
GmbH & Co. KG
Raiffeisenstraße 4
83410 Lauffen
Tel.: 0 86 82 / 89 67 - 0
Fax: 0 86 82 / 89 67 - 11
www.wh.com
E-Mail: office@wnh.at

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

Sirona**Behandlungseinheiten mit Röntgenbox**

Die aus der High-End-Behandlungseinheit C1⁺ bekannte und bewährte Röntgenbox ist nun auch für die Sirona-Behandlungseinheiten C2⁺, C3⁺ und C4⁺ verfügbar. Sirona liefert diese Option im Kit zusammen mit Röntgensoftware und Sensor. Das Bilderfassungsmodul ist direkt an der Behandlungseinheit angebracht und kann auch im digitalen Netzwerk betrieben werden. Damit garantieren die modernen und zukunftsweisenden Behandlungsplätze der C⁺-Familie dem Zahnarzt eine Optimierung des Praxis-Workflows. Die Integration der Röntgenbox in die Behandlungseinheit eröffnet in Verbindung mit dem Flachbildschirm Sivision und dem digitalen Intraoral-Röntgengerät Heliodont DS einen einfachen und kompletten Ein-



stieg in das digitale Chairside-Röntgen an der Behandlungseinheit.

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

Stiftung Gesundheit**Kostenlose Rechtsberatung**

Das Medizinrechts-Beratungsnetz der Stiftung Gesundheit bietet Ärzten und Zahnärzten bundesweit eine kostenlose juristische Erstberatung in Sachen Medizinrecht an, beispielsweise bei berufsrechtlichen Fragen, Haftungs- oder Abrechnungsfragen. Dafür stehen rund 300 ausgewählte Vertrauensanwälte bereit. Unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 0 73 24 83 kann man sich Montags bis Freitags von 9 bis 17 Uhr einen Beratungsschein für den nächstliegenden Vertrauensanwalt ausfertigen lassen. Eine Studie mit der Universität Kiel, die das

Medizinrechts-Beratungsnetz seit Juli 2000 begleitet, hat gezeigt, dass ein qualifiziertes Konfliktmanagement oft für alle Beteiligten Kosten und Ärger minimieren kann. Weitere Informationen zum Medizinrechts-Beratungsnetz sowie die Datenbank der Vertrauensanwälte sind im Internet unter www.medizinrechts-beratungsnetz.de zu finden.

Stiftung Gesundheit
Hindenburgufer 87
24105 Kiel
Tel.: 04 31 / 88 10 15 - 0
Fax: 04 31 / 88 10 15 - 55
www.stiftung-gesundheit.de
E-Mail: sg@arztmail.de

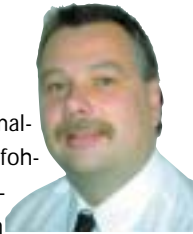
BPI

Attraktives Implantatsystem

Das BPI Implantatsystem mit der „easy-fit“ Verbindung zwischen Implantat und Prothetik verhindert das Problem des „schwarzen Dreiecks“. Zudem ist die Oberflächenbehandlung mit GBL (Glasblasted) und dem Rein-titanbesputtern im Vakuumverfahren eine Methode zur Herstellung einer biologisch-physikalischen Knochenverbindung. Das Preis/Leistungsverhältnis stimmt ebenso wie das Handling. Weil die Anschaffung eines Trays entfällt, sind die Investitionskosten gering. Zur Verarbeitung aller Materialien sind nur zwei Werkzeuge notwendig. Die Bohrer

sind als Einmalbohrer empfohlen und werden mit den Implantaten bestellt. „Wir werden 2004 mit Produktschulungen, Fortbildungen sowie einem gut geschulten Innen- und Außendienst präsent sein“, so Matthias Manthee (Foto), Director Sales & Marketing bei BPI.

BPI Biologisch Physikalische Implantate
 Vaihinger Straße 12
 71063 Sindelfingen
 Tel.: 0 70 31 / 763 17 - 0
 Fax: 0 70 31 / 763 17 - 11
 E-Mail:
 M.Manthee@bpi-implants.com



Gillette

Weihnachtsaktionen

Oral-B startet zum Jahresende als Dankeschön für die Zusammenarbeit mit den Zahnarztpraxen attraktive Aktionen: Vorzugsangebote für die Praxis, eine Gratis-Aufsteckbürsten-Aktion und ein Gewinnspiel exklusiv für Zahnärzthelferinnen. Produkte aus dem Oral-B Sortiment sind zum Beispiel um bis zu 25 Prozent billiger. Besonders günstig ist die Professional Care 7500 dlx bis zum 19. Dezember zu bestellen. Dies gilt auch für die entsprechende Munddusche und das Oral-B Professional Care 7500 Center. Bestellungen sind entweder

über das zugesandte Antwortfax oder telefonisch unter 06173 / 30 32 85 möglich. Für Zahnärzthelferinnen veranstaltet Oral-B ein Gewinnspiel: Der Fragebogen kann im Internet unter www.praxisassistentin.de ausgefüllt werden. Unter allen Teilnehmerinnen werden 50 Gutscheine im Wert von je 50 Euro zum Einkauf bei Douglas verlost.

Gillette Gruppe Deutschland GmbH & Co. oHG
 Geschäftsbereich Oral-B
 Frankfurter Str. 145
 61476 Kronberg/Taunus
 Tel.: 0 61 73 / 305 - 154
 Fax: 0 61 73 / 305 - 042



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 29. 1. 2004 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** – Röntgensystem mit Spitzentechnologie (S. 92)
- AG Keramik** – Frist für Forschungspreis verlängert (S. 92)
- BPI** – Attraktives Implantatsystem (S. 97)
- DeguDent** – Cercon update bei DeguDent (S. 92)
- Dentaurum** – Ästhetisch: Keramik-Brackets (S. 92)
- Dürr Dental** – Vorteilhafte Speicherfolientechnik (S. 94)
- ESPRIDENT** – Neu: Pastenbonder und Opaker Gingival (S. 93)
- Gillette** – Weihnachtsaktionen (S. 97)
- Hager & Werken** – Hochwertige Prothetikmodelle (S. 94)
- Heraeus Kulzer** – Paddeltour auf der Donau (S. 94)
- Ivoclar Vivadent** – Gute Noten für VivaSens (S. 93)
- Nobel Biocare** – Geschäftsführer: Dr. Michael Sachs (S. 95)
- NTI-Kahla** – Wurzelstift-Aufbausysteme aus Glasfaser (S. 95)
- ORALTRONICS** – Erfolgreicher Kongress in Jordanien (S. 96)
- Sirona** – Behandlungseinheiten mit Röntgenbox (S. 96)
- Steripower** – Sensorgesteuerter Sprühstoss (S. 94)
- Stiftung Gesundheit** – Kostenlose Rechtsberatung (S. 96)
- W & H** – Neue Werkshalle in Bürmoos (S. 96)

Bekanntmachungen der KZBV

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2d SGB V

Anlage A zum BMV-Z
Anlage A zum EKVZ

Stand: 01.01.2004

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bestimmungen:

Teil 1 Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen

Teil 2 Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)

Teil 3 Kieferorthopädische Behandlung

Teil 4 Systematische Behandlung von Parodontopathien

Teil 5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2d SGB V in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung

Allgemeine Bestimmungen:

1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Abs. 2 und 2d SGB V bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Der Inhalt des Leistungsanspruchs der Versicherten und der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung ergibt sich auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen des SGB V aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Verbindung mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen.

2. Eine Leistung ist als selbständige Leistung dann nicht abrechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Eine Leistung ist aber nur dann abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wird.

3. Zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Die ermittelten Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nach folgender Maßgabe anzuwenden:

- a) Für die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gelten §§ 8 und 9 GOÄ.
b) Abschnitte B IV, B V, B VI (Nrn. 70,75), C (Nrn. 250, 251, 252 – nicht für die Injektion zu Heilzwecken –, 253, 254, 255, 271, 272, 300, 303) J, L und N finden Anwendung, soweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine vergleichbaren Leistungen enthält.

4. Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.

5. Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten – sind in den Leistungsansätzen enthalten.

6. Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.

a) Für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden und deren Behandlung noch andauert, gelten für die bis zum 30.06.2004 erbrachten Leistungen die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung weiter. Dies gilt entsprechend für Verlängerungsbehandlungen, die vor dem 01.01.2004 beantragt worden sind. Ab dem 01.07.2004 gilt für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung.

b) Für parodontologische Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein Parodontalstatus ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Parodontalbehandlung bis zum 30.06.2004 abgeschlossen wird.

c) Für alle prothetischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 Heil- und Kostenpläne ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Zahnersatzversorgung bis zum 31.07.2004 eingegliedert werden.

Teil 1

Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

Nr. Leistung	Bew.
Ä 1 Beratung eines Kranken, auch fernmündlich Ber	9

1. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann als alleinige Leistung oder neben der ersten zahnärztlichen Leistung abgerechnet werden. Sie kann jedoch neben Nr. 01 nicht abgerechnet werden, wenn beide Leistungen in derselben Sitzung erbracht werden. Ferner kann eine Beratungsg Gebühr nicht neben einer Gebühr für einen Besuch abgerechnet werden.

2. Wenn in dem Behandlungsfall bereits eine Beratungs- oder Besuchsgebühr abgerechnet worden ist, kann auch neben der ersten zahnärztlichen Leistung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden.
3. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann nicht anstelle einer Gebühr für eine andere zahnärztliche Leistung abgerechnet werden.
4. Über die Nrn. Ä 1, 01k und 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung und/oder Beratung bestehen nicht.
5. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 zum Zwecke des Abschlusses einer zahnärztlichen Behandlung ist keine abrechnungsfähige Leistung.
6. Die Tatsache, dass sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume erstreckt (z. B. Wurzelbehandlung, Maßnahmen nach chirurgischen Eingriffen), berechtigt für sich allein den Zahnarzt nicht, in jedem neuen Abrechnungszeitraum die Nr. Ä 1 abzurechnen.
7. Erstreckt sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume (Quartale), so ist nach voraufgegangener Leistung nach Nr. 01 oder Ä 1 die Nr. Ä 1 im Folgequartal nur abrechnungsfähig, wenn zwischen der Leistung nach Nr. 01 oder Ä 1 im Vorquartal und der Leistung nach Nr. Ä 1 im Folgequartal ein Zeitraum von 18 Kalendertagen überschritten ist, es sei denn, die Behandlung in diesem Folgequartal geht über den nach Nr. 01 oder Ä 1 erhobenen Befund hinaus. Als alleinige Leistung ist die Nr. Ä 1 immer abrechnungsfähig.

(Siehe auch ergänzende Klarstellung vom 27.01.1971 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ – gilt nur für Ersatzkassen)

8. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

01 Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung

18

1. Neben einer Leistung nach Nr. 01 kann für dieselbe Sitzung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden. Für eine der nachfolgenden Sitzungen kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur dann abgerechnet werden, wenn sie als alleinige Leistung erbracht wird (s. Abrechnungsbestimmung Nr. 1 Satz 1 zu Nr. Ä 1).
2. Eine Leistung nach Nr. 01 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden, frühestens nach Ablauf von vier Monaten.

Eine Leistung nach Nr. 01 kann neben der Leistung nach Nr. FU in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann eine Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Nr. FU abgerechnet werden.

3. Die festgestellten Befunde sind fortlaufend mit folgenden Mindestangaben in der Karteikarte aufzuzeichnen:
kariöse Defekte = c;
fehlende Zähne = f;
zerstörte Zähne = z;
Zahnstein, Mundkrankheit, sonstiger Befund (z. B. Fistel)

4. Über die Nrn. Ä 1, 01k und 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung bestehen nicht.
5. Eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten stellt in einem Behandlungsfall in der Regel die erste Maßnahme dar (Ausnahmen z. B. Schmerzfall).
6. Eine Leistung nach Nr. 01 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

01k Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen

28

Die Leistung beinhaltet folgende Bestandteile:

1. Ärztliches Gespräch
2. Spezielle kieferorthopädische Anamnese
3. Spezielle kieferorthopädische Untersuchung
 - 3.1 Extraorale Untersuchung
 - 3.2 Intraorale Untersuchung von Weichteilen und Knochen
 - 3.3 Feststellung der Kieferrelation
 - 3.4 Feststellung von dento-alveolären Anomalien
 - 3.5 Feststellung des Dentitionsstadiums
4. Aufklärung und Beratung
5. Kieferorthopädischer Befund, Dokumentation
6. Ggf. Feststellung des kieferorthopädischen Indikationsgrades (KIG)

Eine Leistung nach Nr. 01k ist frühestens nach 6 Monaten erneut abrechnungsfähig.

Eine Leistung nach Nr. 01k kann nur von dem Zahnarzt erbracht bzw. abgerechnet werden, der ggf. die kieferorthopädische Behandlungsplanung nach der Nr. 5 durchführt.

Neben einer Leistung der Nr. 01k kann eine Leistung der Nr. 01 nicht abgerechnet werden.

02 Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps Ohn

20

Neben einer Leistung nach der Nr. 02 ist für dieselbe Sitzung eine Leistung nach der Nr. Ä 1 nicht abrechnungsfähig.

03 Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen

15

1. Wird eine dringend notwendige zahnärztliche Leistung ausgeführt, so erhält der Zahnarzt den einmaligen Zuschlag nur, sofern er nicht während dieser Zeit üblicherweise seine Sprechstunde abhält oder seine Bestellpraxis ausübt oder wenn der Kranke nicht bereits vor Ablauf der Sprechstunde in den Praxisräumen des Zahnarztes anwesend war.
2. Bei Leistungen außerhalb der Sprechstunde (nicht an Sonn- und Feiertagen und bei Nacht) ist die Uhrzeit anzugeben.

3. Eine Leistung nach Nr. 03 kann nicht neben Leistungen nach Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.				viduellen anatomischen Verhältnissen möglich ist – mit einer Aufnahme zu erfassen.
04 Erhebung des PSI-Code	10			2. Bei unterschiedlicher klinischer Situation im Rahmen endodontischer oder chirurgischer Behandlung sind in derselben Sitzung erbrachte Röntgenaufnahmen je Aufnahme nach Nr. Ä 925 a abrechnungsfähig.
Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.				3. Die Darstellung beider Kiefer durch ein Orthopantomogramm schließt die gleichzeitige Anfertigung eines Röntgenstatus nach Nr. Ä 925 d aus. Eine zusätzliche Gelenkaufnahme ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
05 Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung, einschließlich Materialkosten	20			4. Bissflügelaufnahmen zur Kariesfrüherkennung werden nach Geb.-Nr. Ä 925 a oder b abgerechnet und sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
1. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur zur Gewinnung von Zellmaterial von der Mundschleimhaut mittels Bürstenabstrich für die Exfoliativzytologie zum Zweck der Frühdiagnostik von Karzinomen abgerechnet werden.				5. Röntgenaufnahmen sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
2. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur bei Vorliegen einer Leukoplakie, Erythroplakie oder Lichen planus einmal innerhalb von zwölf Monaten abgerechnet werden.				
Ä 161 Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Inz1 Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	15			8 Sensibilitätsprüfung der Zähne
Mit der Abrechnung der Nrn. Ä 925 bis Ä 935 sind auch die Beurteilung und die obligatorische schriftliche Befunddokumentation abgegolten.				ViPr
Ä 925 Röntgendiagnostik der Zähne				Leistungen nach Nr. 8 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen.
Rö 2 a) bis zwei Aufnahmen	12			10 Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung
Rö 5 b) bis fünf Aufnahmen	19			üz
Rö 8 c) bis acht Aufnahmen	27			Prophylaktische Maßnahmen können nicht nach Nr. 10 abgerechnet werden.
Stat d) Status bei mehr als acht Aufnahmen	34			11 Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung
Ä 928 Röntgenaufnahme der Hand	30			19
Ä 934 Aufnahme des Schädels				1. Unvollendete Füllungen sind nach Nr. 11 im folgenden Quartal unter Verwendung des Erfassungsscheines abzurechnen.
a) eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme)	19			2. Im laufenden Quartal können unvollendete Füllungen nur dann abgerechnet werden, wenn eindeutig feststeht, dass sie nicht mehr vollendet werden.
b) zwei Aufnahmen	30			
c) mehr als zwei Aufnahmen	36			12 Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen bmf (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
1. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.				10
2. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.				1. Das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischer Behandlung und das Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung können nach Nr. 12 abgerechnet werden.
Ä 935 Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite				2. Die Abrechnung der Nr. 12 im Zusammenhang mit den Nrn. 18, 20 und 91 für das Verdrängen des Zahnfleisches zum Zwecke der Abformung, z. B. mittels Retraktionsringen oder -fäden, ist nicht möglich.
a) eine Aufnahme	21			Muss jedoch störendes Zahnfleisch, z. B. zum Zwecke des Erkennens von unter sich gehenden Stellen, zur Darstellung der Präparationsgrenze oder zur subgingivalen Stufenpräparation, z. B. durch Retraktionsringe verdrängt werden, ist die Nr. 12 abrechnungsfähig.
b) zwei Aufnahmen	25			
c) mehr als zwei Aufnahmen	31			13 Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren
d) Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	36			
Zu Nrn. Ä 925, 934, 935				
1. Bis zu drei nebeneinanderstehende Zähne oder das Gebiet ihrer Wurzelspitzen sind – soweit dies nach den indi-				

- F 1 a) einflächig 32
 F 2 b) zweiflächig 39
 F 3 c) dreiflächig 49
 F 4 d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahn-
 bereich unter Einbeziehung der Schneidekante 58

Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich sind nach den Nrn. 13 e, f und g nur abrechnungsfähig, wenn sie entsprechend der Adhäsivtechnik erbracht wurden und wenn eine Amalgamfüllung absolut kontraindiziert ist

- e) einflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich 52
 f) zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich 64
 g) dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich 84

- Mit der Abrechnung der Nr. 13 ist die Verwendung jedes erprobten und praxisüblichen plastischen Füllmaterials einschließlich der Anwendung der Ätztechnik und der Lichtaushärtung abgegolten. Eine Zuzahlung durch den Versicherten ist nicht zulässig. Die bundesmantelvertraglichen Regelungen bleiben unberührt.
- Das Legen einer Gussfüllung, ebenso die ggf. im Zusammenhang hiermit erbrachte Anästhesie oder durchgeführten Maßnahmen nach Nr. 12 sind über den Erfassungsschein nicht abzurechnen, wohl aber eine vorausgegangene Behandlung des Zahnes.
- Das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone ist nach der Nr. 13 a oder b abzurechnen.
- Neben den Leistungen nach den Nrn. 13 a und b kann die Leistung nach Nr. 16 nicht abgerechnet werden.
- Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a bis g ist die Lage der Füllung in der Bemerkungsspalte anzugeben. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Abkürzungen bzw. Ziffern zu verwenden:

- m = 1 = mesial
 o = 2 = okklusal/inzisal
 d = 3 = distal
 v = 4 = vestibulär (bukkal / zervikal bzw. labial)
 l = 5 = lingual bzw. palatinal

Protokollnotiz zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.04.1996

- Der Erweiterte Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen geht davon aus, dass die nach den Nrn. 13 e, f und g abrechenbaren Füllungen im Seitenzahnbereich bei 1 % der Gesamtzahl der Füllungen liegen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss fordert die KZBV und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Spitzenverbände und die Landesverbände der Krankenkassen auf, geeignete Prüfungsverfahren festzulegen, die sicherstellen, dass der angegebene Prozentsatz von 1 % eingehalten wird.
- Wird der Prozentsatz wesentlich überschritten, werden der Bewertungsausschuss und ggf. der Erweiterte Bewertungsausschuss eine Überprüfung des bestehenden Bewertungsmaßstabes vornehmen.
- Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass die durch die Nrn. 13 e, f und g bedingten, über die Nrn. 13 a, b und c hinausgehenden Mehraufwendungen nur im oben angegebenen Rahmen auf einer Leistungsausweitung im Sinne des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V beruhen.

- 4) Amalgamfüllungen sind absolut kontraindiziert, wenn der Nachweis einer Allergie gegenüber Amalgam bzw. dessen Bestandteilen gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie erbracht wurde bzw. wenn bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz neue Füllungen gelegt werden müssen.

- 5) Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass für die Nr. 13 e, f und g kein Füllungszuschlag¹ gezahlt wird.

¹ Die Füllungszuschläge sind mit Wirkung zum 01.01.2004 durch die Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 04.06.2003 entfallen

- 14 Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde 50

- 16 Stiftverankerung einer Füllung (zusätzlich zu den Nrn. 13 c, d), je Zahn, einschließlich Materialkosten 20

- 23 Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle 17

- 25 Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität 6

- Die Anwendung der Leistungen nach Nrn. 25 und 26 ist nur dann angebracht, wenn es durch sie allein möglich ist, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist.

- Eine Leistung nach Nr. 25 kann nicht angewendet werden, wenn es sich darum handelt, aus Zeitgründen eine Kavitätenpräparation und -füllung vorzeitig abzubereiten. Desgleichen kann sie dann nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich darum handelt, die für den Kranken mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abzubereiten und durch Teilung in zwei oder mehrere Sitzungen erträglicher zu gestalten.

- 26 Direkte Überkappung, je Zahn 6
 P

Direkte Überkappung im bleibenden Zahn bei artifizierlicher oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn

- 27 Pulpotomie 29
 Pulp

Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa am Milchzahn und am symptomlosen bleibenden Zahn mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum einschließlich Abtragen des Pulpendaches, Amputation der koronalen Pulpa, Spülung und Blutstillung, Aufbringen eines Überkappungspräparates, je Zahn

Eine Leistung nach Nr. 27 ist bei Milchzähnen nur abrechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung eine der Nrn. 13 a bis g oder 14 erbracht wird.

- 28 Extirpation der vitalen Pulpa, je Kanal 18
 VitE

Eine Leistung nach Nr. 28 ist für denselben Zahn nur in Ausnahmefällen neben der Leistung nach Nr. 27 abrechnungsfähig.

29 Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11	41 Leitungsanästhesie	12
		L1 a) intraoral	
		L2 b) extraoral	16
31 Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11	1. Leistungen nach den Nrn. 40 und 41 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.	
Trep1		2. Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 41 kann nur erfolgen, wenn die Infiltrationsanästhesie (Nr. 40) nicht ausreicht. Dies ist gegeben:	
Die im Zusammenhang mit einer Devitalisierung vorgenommene Eröffnung eines Zahnes kann nicht als Trepanation nach Nr. 31 abgerechnet werden.		- im Unterkiefer in der Regel,	
		- im Oberkiefer bei entzündlichen Prozessen, die die Anwendung der Infiltrationsanästhesie nicht gestatten, oder bei größeren chirurgischen Eingriffen, nicht bei Nrn. 43 bis 46, 49 und 50.	
32 Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	29	3. Bei chirurgischen und parodontal-chirurgischen Leistungen können in begründeten Ausnahmefällen die Nr. 41 und die Nr. 40 abgerechnet werden, wenn nur so eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden kann.	
WK		4. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 41 ein zweites Mal abrechnungsfähig.	
34 Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15	43 Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	10
Medikamentöse Einlagen sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.		Als einwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:	
35 Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	17	alle Frontzähne	
WF		im Oberkiefer Zahn 5	
		im Unterkiefer Zahn 4 und Zahn 5	
		bei den Milchzähnen:	
36 Stillung einer übermäßigen Blutung	15	alle Frontzähne	
Nbl1		Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.	
Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn die Stillung einer übermäßigen Blutung im zeitlichen Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff erfolgt, es sei denn, dass hierfür ein erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich war.		44 Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	15
37 Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Nbl2 Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung	29	Als mehrwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:	
		alle Molaren	
38 Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung	10	im Oberkiefer Zahn 4	
1. Nachbehandlungen sind abrechnungsfähig, wenn sie in besonderen Sitzungen, nicht jedoch in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Extraktion oder Operation erforderlich sind.		bei den Milchzähnen:	
2. Eine Leistung nach Nr. 38 kann nicht neben Leistungen nach den Nrn. 36, 37 oder 46 abgerechnet werden, soweit Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.		alle Milchmolaren	
		Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.	
40 Infiltrationsanästhesie	8	45 Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung	40
I		46 Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	21
1. Leistungen nach den Nrn. 40 und 41 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.		47 a Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Ost1 Wundversorgung	58
2. Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 40 kann im Bereich von zwei nebeneinander stehenden Zähnen nur einmal je Sitzung erfolgen. Die beiden mittleren Schneidezähne gelten im Falle der Infiltrationsanästhesie nicht als ein Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen.		Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 47a setzt die Aufklappung des Zahnfleisches voraus.	
3. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 40 ein zweites Mal abrechnungsfähig.			
4. Die intraligamentäre Anästhesie ist nach Nr. 40 abrechnungsfähig. Werden im Ausnahmefall zwei nebeneinanderstehende Zähne intraligamentär anästhesiert, so kann die Nr. 40 je Zahn einmal abgerechnet werden.			

47 b Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes Hem	72	55 Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschließlich einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	72
Eine Leistung nach Nr. 47 b ist nur in begründeten Ausnahmefällen zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe und/oder zum Erhalt einer bestehenden prothetischen Versorgung abrechnungsfähig.		56 Operation einer Zyste	
48 Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Ost2 Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	78	Zy1 a) durch Zystektomie	120
		Zy2 b) durch orale Zystostomie	72
		Zy3 c) durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
49 Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für Exz1 das Gebiet eines Zahnes	10	Zy4 d) durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
1. Eine Leistung nach Nr. 49 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Gebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.		Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten ist nicht nach Nr. 56 abrechnungsfähig.	
2. Wird in der Präparationssitzung eine Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe, wie z. B. Papillektomie, durchgeführt, ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig.		57 Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	48
3. Für das Durchtrennen von Zahnfleischfasern (auch mittels elektrochirurgischer Maßnahmen) ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig.		(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 – gilt nur für Ersatzkassen)	
50 Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Exz2 Fibrom, Epulis)	37	58 Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des KnR Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung	48
1. Eine Leistung nach Nr. 50 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.		1. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nur abgerechnet werden, wenn sie nicht im zeitlichen Zusammenhang mit dem Entfernen von Zähnen oder einer Osteotomie erbracht wird.	
2. Eine Leistung nach Nr. 50 ist auch mehrmals je Kiefer abrechnungsfähig, wenn es sich um getrennte Operationsgebiete handelt.		2. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nicht abgerechnet werden, wenn eine Osteotomie in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte oder dem Frontzahnbereich erbracht wird.	
51a Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Pla1 Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80	59 Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich Pla2 oder in einer Kieferhälfte	120
51b Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie Pla0	40	(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 – gilt nur für Ersatzkassen)	
52 Trepanation des Kieferknochens Trep2	24	60 Tuberplastik, einseitig Pla3	80
53 Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer Ost3	72	61 Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale Dia	72
54 Wurzelspitzenresektion		Eine Leistung nach Nr. 61 kann nur abgerechnet werden, wenn das Septum durchtrennt wird.	
WR1 a) an einem Frontzahn	72	62 Alveolotomie Alv	36
WR2 b) an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze	96	1. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer ist nach dieser Nummer abrechnungsfähig.	
WR3 c) am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze	48	2. Die Resektion der Alveolarfortsätze über das Gebiet von mehr als acht Zähnen in einem Kiefer ist zweimal nach Nr. 62 abrechnungsfähig.	
1. Eine Wurzelspitzenresektion an einer Wurzelspitze in derselben Sitzung an demselben Seitenzahn die über einen anderen operativen Zugang erfolgt, wird nach Nr. 54 b abgerechnet.		3. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet bis zu drei Zähnen in einem Kiefer ist nur dann abrechnungsfähig, wenn sie in besonderer Sitzung erbracht wurde.	
2. Eine retrograde Füllung an einer Wurzel nach Wurzelspitzenresektion wird nach den Nrn. 32 und 35 gesondert abgerechnet.		4. Das Gebiet muss nicht zusammenhängend sein.	
		63 Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur FI kieferorthopädischen Einstellung	80

105 Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung

8

Die Behandlung von Prothesendruckstellen kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

106 Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung

10

1. Zum Artikulationsausgleich ist auch für das Beschleifen von Prothesenzähnen im Gegenkiefer die Nr. 106 einmal je Kiefer ansatzfähig. Neben einer Leistung nach der Nr. 106 kann eine Leistung nach der Nr. 89 für denselben Kiefer nicht abgerechnet werden.
2. Das Beseitigen störender Prothesenränder kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

107 Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung

16

Zst

Das Entfernen harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig.

IP 1 Mundhygienestatus

20

Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und des Gingivazustands anhand eines geeigneten Indexes (z. B. Approximalraum-Plaueindex, Quigley-Hein-Index, Papillenblutungsindex; der einmal gewählte Index ist beizubehalten), die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen und ggf. das Anfärben der Zähne.

1. Eine Leistung nach Nr. IP 1 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.
2. Leistungen nach den Nrn. IP 1 bis IP 5 können nur für Versicherte abgerechnet werden, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Für andere Versicherte können Leistungen nach den Nrn. IP 4 bis IP 5 nur abgerechnet werden, soweit dies in den Abrechnungsbestimmungen ausdrücklich vereinbart ist.

IP 2 Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen

17

Aufklärung des Versicherten und ggf. dessen Erziehungsberechtigten über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation

- Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst folgende Leistungen:
- Aufklärung über Ursachen von Karies und Gingivitis sowie deren Vermeidung
 - ggf. Ernährungshinweise und Mundhygieneberatung, auch unter Berücksichtigung der Messwerte der gewählten Mundhygieneindizes
 - Empfehlungen zur Anwendung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, fluoridierte Zahnpasta, fluoridierte Gelees und dergl.); ggf. Abgabe/Verordnung von Fluoridtabletten
 - praktische Übung von Mundhygienetechniken, auch zur Reinigung der Interdentalt Räume.

Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles festlegen. In einem Zeitraum von drei Jahren sind alle Leistungsbestandteile mindestens einmal zu erbringen.

1. Eine Leistung nach Nr. IP 2 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.
2. Die Abrechnung der Nr. IP 2 setzt die Einzelunterweisung voraus.

IP 4 Lokale Fluoridierung der Zähne

12

Die Nr. IP 4 umfasst folgende Leistungen:

Die lokale Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung mit Lack, Gel o. ä. einschließlich der Beseitigung von weichen Zahnbelägen und der Trockenlegung der Zähne.

1. Das Entfernen harter Zahnbeläge ist nach Nr. 107 abzurechnen.
2. Eine Leistung nach Nr. IP 4 kann bei vorzeitigem Durchbruch der 6-Jahrmolaren auch bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres abgerechnet werden.
3. Eine Leistung nach Nr. IP 4 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.
4. Bei Versicherten mit hohem Kariesrisiko kann ab dem 6. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Nr. IP 4 je Kalenderhalbjahr zweimal abgerechnet werden.

IP 5 Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn

16

Eine Leistung nach Nr. IP 5 umfasst die Versiegelung der Fissuren und der Grübchen einschließlich der gründlichen Beseitigung der weichen Zahnbeläge und der Trockenlegung der zu versiegelnden Zähne.

1. Das Entfernen harter Zahnbeläge ist nach Nr. 107 abrechnungsfähig.
2. Eine Leistung nach Nr. IP 5 kann auch bei Durchbruch der 6-Jahresmolaren bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres abgerechnet werden.
3. Das Versiegelungsmaterial ist mit der Bewertung abgegolten.

FU Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 30. bis zum 72. Lebensmonat

25

1. In dem Zeitraum vom 30. bis zum 72. Lebensmonat erfolgen drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Der Abstand zwischen den Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate.
2. Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen enthalten folgende Leistungen:
 - Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung (Inspektion der Mundhöhle)
 - Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmft-Indexes

- Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene
 - Empfehlung und ggf. Verordnung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (Fluorid-Tabletten, fluoridiertes Salz, fluoridierte Zahnpasta und dergl.)
3. Neben den Früherkennungsuntersuchungen kann eine Leistung nach Nr. 01 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann die Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden.
 4. Eine Leistung nach Nr. IP 4 (lokale Fluoridierung der Zähne) kann bei Kindern mit hohem Kariesrisiko vom vollendeten 3. Lebensjahr an bis zum vollendeten 6. Lebensjahr zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.
 5. Im Zusammenhang mit den Früherkennungsuntersuchungen und einer Leistung nach Nr. IP 4 kann eine Leistung nach Nr. A 1 nicht abgerechnet werden.
 6. Die Abrechnung von Früherkennungsuntersuchungen setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus.

Teil 2

Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)

Zahnärztliche Leistungen, die zur Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels erforderlich sind, werden nach den Abschnitten J und L des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Leistungen aus Teil 1 des Bewertungsmaßstabes können abgerechnet werden, wenn sie nicht Bestandteil einer anderen nach der GOÄ abrechnungsfähigen Leistung sind.

2 Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes 20

7 Vorbereitende Maßnahmen

- a) Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung 19
 - b) Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung 19
1. Eine Leistung nach den Nrn. 7 a oder b ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann abrechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden.
 2. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7 a) sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Be-

handlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

3. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7 b) sind nur im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels abrechnungsfähig.
4. Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach der Nr. 7 b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100 in der Regel nicht abrechnungsfähig.
5. Leistungen nach der Nr. 7 a oder b sind nach dem für die Kieferorthopädie und zahnprothetische Behandlung geltenden Punktwert abzurechnen, soweit sie im Zusammenhang mit diesen Leistungen erbracht werden.

K 1 Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche 106

- a) zur Unterbrechung der Okklusionskontakte
 - b) als Aufbisschiene bei der Parodontalbehandlung
 - c) als Bissführungsplatte bei der Versorgung mit Zahnersatz
1. Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche zur Unterbrechung der Okklusionskontakte kann angezeigt sein bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten. Angezeigt sind nur
 - individuell adjustierte Aufbissbehelfe,
 - Miniplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief,
 - Interzeptoren,
 - Spezielle Aufbisschienen, die alle Okklusionsflächen bedecken (z. B. Michigan-Schienen).
 2. Eine Leistung nach der Nr. K 1 ist auch für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen abrechnungsfähig.
 3. Das Eingliedern eines Daueraufbissbehelfs ist mit der Nr. K 1 abgegolten.

K 2 Eingliedern eines Aufbissbehelfs zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche 45

Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann bei akuten Schmerzzuständen angezeigt sein.

K 3 Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche 61

Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen angezeigt sein.

K 4 Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum 11

Die semipermanente Schienung kann zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen angezeigt sein.

K 6 Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs 30

- K 7 Kontrollbehandlung, ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Fixierung** 6
- K 8 Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode)** 12
- K 9 Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode)** 35
- Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 4 sind nur dann abrechnungsfähig, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Abweichendes vereinbaren.
 - Leistungen nach den Nrn. K 1 und K 4 sind auch für die Parodontalbehandlung abrechnungsfähig.
 - Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 3 abrechnungsfähig.
 - Je Sitzung ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 6 bis K 9 abrechnungsfähig.

Teil 3
Kieferorthopädische Behandlung

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den Teilen 1 und/oder 2 abgerechnet werden.

- 5 Kieferorthopädische Behandlungsplanung** 95
- Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts sowie Aufklärung des Patienten und Dokumentation, einschließlich Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Dokumentation ist dem Patienten anzubieten und auf Wunsch auszuhändigen.
- Eine Leistung nach Nr. 5 ist nicht abrechnungsfähig
- bei Verlängerungsanträgen,
 - bei Therapieänderungen und Ergänzungen zum Behandlungsplan
 - oder zur Retentionsplanung.
- 116 Fotografie** 15
- Profil- oder en-face-Fotografie mit diagnostischer Auswertung, je Aufnahme
- Eine Leistung nach Nr. 116 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.
- 117 Modellanalyse** 35
- Zusätzliche Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale Analyse, graphische oder metrische Analyse, Diagramme), je Nr. 7 a
- Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.
- Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

118 Kephalometrische Auswertung 29

Untersuchung des Gesichtsschädels, einmal je Fernröntgenseitenbild einschließlich Dokumentation

- Eine Leistung nach Nr. 118 kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.
- Eine Leistung nach Nr. 118 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.

119 Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention

- | | |
|---|------------|
| a) einfach durchführbarer Art | 132 |
| b) mittelschwer durchführbarer Art | 204 |
| c) schwierig durchführbarer Art | 276 |
| d) besonders schwierig durchführbarer Art | 336 |

Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:

I. Zahl der bewegten Zähne bzw. Zahngruppen	1-2 1	1-2 Zahngruppen 2	alle Zahngruppen 3
II. Größe der Bewegung	1-2 mm 1	3-5 mm 3	mehr als 5 mm 5
III. Art und Richtung der Bewegung	günstig 1	kippend*) ungünstig 3	körperlich 5
IV. Verankerung	einfach 1	mittelschw. 2	schwierig 5
V. Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 5

Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für Schwierigkeit und Umfang der vorgesehenen Kieferumformung nach folgendem Schema:

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 5 bis 7 Punkte = a) | 11 bis 15 Punkte = c) |
| 8 bis 10 Punkte = b) | 16 und mehr Punkte = d) |

*) Als günstige „kippende“ Bewegung gelten: Bukkalbewegung der Seitenzähne bei der Dehnung, Protrusionsbewegung der Frontzähne und Retrusionsbewegung der Frontzähne, Mesialbewegung der Seitenzähne; als ungünstige „kippende“ Bewegung gelten: Palatinalbewegung und Distalbewegung der Seitenzähne, Lateralbewegung von Frontzähnen, Drehung, Verlängerung und Verkürzung von Zähnen (auf direktem Wege).

120 Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention

- | | |
|---|------------|
| a) einfach durchführbarer Art | 204 |
| b) mittelschwer durchführbarer Art | 228 |
| c) schwierig durchführbarer Art | 276 |
| d) besonders schwierig durchführbarer Art | 336 |

Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:

I. Größe der Bissverlagerung	1-2 mm 1	1/2 Prämolarenbr. 3	über 1/2 bis 1 Prämolarenbr. 5
II. Lokalisation	einseitig 1	-	beiderseitig 3
III. Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung	mesial 1	lateral 2	distal 3
IV. Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 10

Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für Schwierigkeit und Umfang der vorgesehenen Bissverlagerung:

4 bis 8 Punkte = a) 11 bis 12 Punkte = c)
9 bis 10 Punkte = b) 13 und mehr Punkte = d)

- Im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 01 nur abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.
- Im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Abrechnung von Leistungen der Nrn. 121 bis 124 neben einer Leistung der Nrn. 119/120 nicht möglich.
- Der Zahnarzt hat quartalsweise Abschlagszahlungen abzurechnen

bei Nr. 119	a) 11 Punkte	bei Nr. 120	a) 17 Punkte
	b) 17 Punkte		b) 19 Punkte
	c) 23 Punkte		c) 23 Punkte
	d) 28 Punkte		d) 28 Punkte

Für Kalenderquartale, in denen keine kieferorthopädischen Leistungen erbracht wurden, entfällt die Abrechnung der Abschlagszahlung. In diesen Fällen verlängert sich die Behandlungszeit entsprechend. Insgesamt können nicht mehr als 12 Abschlagszahlungen abgerechnet werden.

- Mit den Gebühren nach Nrn. 119/120 ist eine Behandlungszeit bis zu 16 Behandlungsquartalen abgegolten. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können in den Fällen nach den Nrn. 119 a und b sowie 120 a und b die restlichen Abschlagszahlungen bei Ende der Behandlung abgerechnet werden. Soweit nach den Nrn. 119 c und d sowie 120 c und d eingestufte Behandlungen vor 10 Behandlungsquartalen beendet werden, erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.
- Bei der Frühbehandlung eines Distalbisses, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne, eines progenen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses oder der Behandlung zum Öffnen von Lücken kann der Zahnarzt quartalsweise Abschlagszahlungen nach den Nrn. 119 und/oder 120, für längstens sechs Kalenderquartale

abrechnen. Diese Abrechnung ist besonders zu kennzeichnen. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können die restlichen Abschlagszahlungen nach Satz 1 bei Ende der Behandlung abgerechnet werden.

Die Frühbehandlung soll nicht vor dem 4. Lebensjahr begonnen werden.

- Die frühe Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen ist nach den Nrn. 119 und/oder 120 abrechnungsfähig.
- Über das 4. Behandlungsjahr hinausgehende noch erforderliche Leistungen sind mit Begründung und Angabe der voraussichtlichen weiteren Behandlungszeit und der Neuordnung aufgrund des Befundes am Ende des 4. Behandlungsjahres zu den Buchstaben a bis d der Nrn. 119 und 120 schriftlich zu beantragen.

Für die nach Ablauf von 16 Behandlungsquartalen notwendigen Behandlungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Retentionsüberwachung) werden bei Leistungen nach Nrn. 119 und 120 die Abschlagszahlungen wie unter Nr. 3. quartalsweise fällig.

- Wird die Behandlung abgebrochen, so erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.
- Belehrende und ermahnende Informationen in einem Brief an die Patienten oder deren Erziehungsberechtigte sind mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgegolten.
- Maßnahmen zur Retention können bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalenderquartals, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nrn. 119/120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens bis zum Abschluss der Behandlung. Der Zahnarzt hat den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.
- Die Abrechnung von Leistungen nach den Nrn. 119/120 beginnt mit der therapeutischen Phase. Das ist in der Regel die erste Maßnahme zur Herstellung eines Behandlungsgerätes oder das Extrahieren, Separieren und Einschleifen von Zähnen im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Eingliederung des Behandlungsgerätes.
- Übernimmt ein Zweitbehandler die Fortführung der Behandlung nach dem ursprünglichen Behandlungsplan, so kann der Zweitbehandler die restlichen Abschlagszahlungen abrechnen.

Hat der Erstbehandler 7 oder mehr Abschlagszahlungen abgerechnet, ist der Zweitbehandler berechtigt, nach Ablauf von 12 Behandlungsquartalen sofort einen Verlängerungsantrag zu stellen.
- Mit den Nrn. 119/120 ist die Ausstellung der Abschlussbescheinigung abgegolten.

(Siehe auch Feststellung Nr. 78 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ vom 15.11.78 und Beschluss Nr. 110 vom 03.05.89 – gilt nur für Ersatzkassen)

- 121 Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss oder bei einem habituell offenen Biss, je Sitzung** 17
1. Eine Leistung nach Nr. 121 kann pro Patient bis zu sechsmal während eines Zeitraums von sechs Monaten abgerechnet werden. Nach einem Zeitraum von sechs Monaten ist die Abrechnung einer Leistung nach Nr. 121 ausgeschlossen. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach der Nr. 121 nicht abrechnungsfähig.
 2. Zur Befundung und/oder Behandlung nach Nr. 121 sind Röntgenaufnahmen nicht abrechnungsfähig.
 3. Für eine Leistung nach Nr. 121 ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.
- 122 Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung**
- a) Kontrolle des Behandlungsverlaufs einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel, für jede Sitzung 21
 - b) Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer 43
 - c) Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer 27
1. Die Eingliederung einer Mundvorhofplatte kann nicht nach Nrn. 119/120 abgerechnet werden. Nach den Nrn. 122 a bis c kann sie nur abgerechnet werden, wenn sie individuell gefertigt wurde.
 2. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach den Nrn. 122 a bis c nicht abrechnungsfähig.
- 123a Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlustes, je Kiefer** 40
- 123b Kontrolle eines Lückenhalters, je Behandlungsquartal** 14
1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach Nrn. 123 a oder 123 b nicht abrechnungsfähig.
 2. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a sind Material- und Laboratoriumskosten abrechnungsfähig.
 3. Für eine Leistung nach Nr. 123 a ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.
 4. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a kann ein Orthopantomogramm abgerechnet werden, wenn es nicht bereits erbracht wurde. Andere Röntgenaufnahmen sind daneben nicht abrechnungsfähig.
- 124 Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung** 16
1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 124 nicht abrechnungsfähig.
 2. Eine Leistung nach Nr. 124 ist bis zu zweimal abrechnungsfähig.
- 125 Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer** 30
1. Eine Leistung nach Nr. 125 kann neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, wenn ein Behandlungsmittel wiederhergestellt wird.
 2. Die Wiederherstellung nach Nr. 125 bezieht sich nur auf Draht- oder Basisteile je Behandlungsgerät. Die Änderung von Behandlungsmitteln ist mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und 120 abgegolten. Die Aktivierung von Behandlungsmitteln, z. B. Nachstellen von Schrauben und Federelementen, kann nicht nach Nr. 125 abgerechnet werden.
- 126a Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten** 18
- Die Leistung beinhaltet die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung.
- Für die Eingliederung eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers sind einmalig bis zu sechsmal die Nr. 126 a und einmal die Nr. 127 a abrechnungsfähig. Wiedereingliederung und/oder Ersatz sowie die Nr. 127 b sind nicht abrechnungsfähig. Eine Leistung nach Nr. 126 d ist bzgl. eines Retainers nur abrechnungsfähig, wenn sie innerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit anfällt.
- 126b Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten** 42
- Die Leistung beinhaltet die Vorauswahl am Modell, die Klebeflächenreinigung, das Vorbeschleifen, die Einprobe, das Adaptieren, das Finishing, das Konturieren, die Trockenlegung, das Zementieren und die Überschussentfernung.
- In der Regel soll an einem Zahn im Laufe einer Behandlung nur einmal ein Band oder ein Bracket befestigt werden.
- 126c Wiedereingliederung eines Bandes** 30
- 126d Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments** 6
- Die Leistung beinhaltet das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren.
- Leistungen nach den Nrn. 126 bis 131 können neben Leistungen nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgerechnet werden.
- 127a Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten** 25
- Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.
- 127b Ausgliederung eines Teilbogens** 7
- 128a Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten** 32
- Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.
- 128b Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten** 40
- Die Leistung beinhaltet das Anpassen, das Biegen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren. Zum Leistungsinhalt eines individualisierten Bogens gehören mindestens drei Biegungen 2. Ordnung oder eine Biegung 3. Ordnung.

128c Ausgliederung von Vollbögen, je Bogen	9	P202 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	22
Nach Nr. 128 c ist auch die Ausgliederung von Apparaturen nach Nr. 130 zweimal abrechnungsfähig.			
129 Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	24	P203 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	34
130 Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbümper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	72	Die Leistungen nach den Nrn. P202 und P203 setzen chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien voraus. Diese umfassen die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement. Mit Leistungen nach den Nrn. P202 oder P203 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.	
Die Ankerbänder gehören nicht zum Leistungsinhalt der Nr. 130, sie sind nach Nr. 126 b zweimal abrechnungsfähig. Material- und Laboratoriumskosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden.			
131a Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur	50	Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich abrechnungsfähig.	
Neben einer Leistung nach der Nr. 131 a ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.			
131b Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann.	50	108 Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	6
Neben einer Leistung nach der Nr. 131 b ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.		Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden.	
131c Eingliederung einer Gesichtsmaske	50	111 Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung	10
Neben den Leistungen nach Nrn. 131 a bis c können Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.		Für diese Leistung kann die Nr. 38 daneben nicht abgerechnet werden.	

Teil 4

Systematische Behandlung von Parodontopathien

Die Leistungen aus Bema-Teil 4 sind nur abrechnungsfähig, wenn ein PSI-Code von 3 oder 4 oder eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr festgestellt worden ist. In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

4 Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums **39**

P200 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn **14**

P201 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn **26**

Die Leistungen nach den Nrn. P200 und P201 umfassen Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien. Mit Leistungen nach den Nrn. P200 und P201 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.

Die Gingivektomie oder Gingivoplastik ist nach Nr. P200 oder P201 abrechnungsfähig.

Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich abrechnungsfähig.

Teil 5

Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

18 Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal,

- a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig **50**
- b) durch einen gegossenen Stiftaufbau, zweizeitig **80**

1. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur einmal je Zahn abgerechnet werden.

2. Neben einer Leistung nach der Nr. 18 a können Leistungen nach den Nrn. 13 a oder b und 13 e oder f für das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone abgerechnet werden.

3. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur in Verbindung mit Leistungen nach den Nrn. 20 und 91 abgerechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen.

4. Eine Leistung nach Nr. 18 kann, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, abgerechnet werden, auch wenn sie im Heil- und Kostenplan in der Gebührenvorausberechnung nicht angegeben war.

19 Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied **19**

1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden.
2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste.
3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
4. Provisorische Versorgungen in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind nach der Nr. 19 abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 19 i zu kennzeichnen.
- 20 Versorgung eines Einzelzahnes durch**
- a) eine metallische Vollkrone **148**
 b) eine vestibulär verblendete Verblendkrone **158**
 c) eine metallische Teilkrone **187**
- Mit einer Leistung nach Nr. 20 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion
1. Einzelkronen als Schutz- und Stützkronen sind nach Nr. 20 abzurechnen.
2. Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V analog nach den Nrn. 20 a/20 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung mit i zu kennzeichnen.
3. Die Präparation einer Teilkrone erfordert die Überkupplung aller Höcker eines Zahnes. Die Präparation einer Teilkrone ist überwiegend supragingival und bedeckt die gesamte Kaufläche und somit sämtliche Höcker.
- (Siehe auch Feststellung Nr. 81 vom 1./2.3.79 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ – gilt nur für Ersatzkassen)
- 21 Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone mit Stiftverankerung** **28**
1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden.
2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste.
3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
- 22 Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 18 und 20:**
- Präparation eines Zahnes: Halbe Bew.-Zahl nach Nr. 20 oder Nr. 18
 weitere Maßnahmen: Dreiviertel der Bew.-Zahl nach Nr. 20
 gegebenenfalls: Bew.-Zahl nach Nr. 18
- Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.
- 24 Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen**
- a) Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen **25**
 b) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen **43**
 c) Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 19 oder 21 **7**
1. Eine Leistung nach Nr. 24 c kann höchstens dreimal je Krone abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan kann sie in der Gebührenvorausberechnung nicht angesetzt werden.
2. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Nrn. 24 a, 24 b und 24 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 24 a i, 24 b i und Nr. 24 c i zu kennzeichnen.
- 89 Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken** **16**
- Eine Leistung nach Nr. 89 kann nur einmal je Heil- und Kostenplan abgerechnet werden. Sie kann nicht für das Einschleifen zur Aufnahme von Halte- und Stützvorrichtungen abgerechnet werden. Sie kann auch neben Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 abgerechnet werden.
- (Siehe auch Feststellung Nr. 81 vom 1./2.3.79 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ – gilt nur für Ersatzkassen)
- 90 Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelknopfanker** **154**
- Mit einer Leistung nach der Nr. 90 sind folgende Leistungen abgegolten:
 Präparation der Kavität, Abformung, Einprobe, Einzementieren.
- Eine Leistung nach der Nr. 90 ist nur im Zusammenhang mit der Eingliederung einer Cover-Denture-Prothese bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer abrechnungsfähig.
- 91 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, - je Pfeilerzahn –**
- a) Metallische Vollkrone **118**
 b) Vestibulär verblendete Verblendkrone **128**
 c) Metallische Teilkrone **136**
 d) Teleskop-/Konuskrone **190**
 e) Verwendung eines Geschiebese bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern zusätzlich zu den Nrn. 91 a bis c **43**

1. Mit einer Leistung nach der Nr. 91 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion.
2. Gegossene Einlagefüllungen als Brückenanker sind nicht abrechnungsfähig.
3. Für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskronen ist bei Neuanfertigung oder Wiederherstellung einer Prothese oder abnehmbaren Brücke die halbe Gebühr für die Nr. 91 d abzurechnen.

92 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke je Spanne 62

(Siehe auch Feststellung Nr. 97 vom 03.12.81 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ – gilt nur für Ersatzkassen)

Mit den Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion

93 Adhäsivbrücke mit Metallgerüst im Frontzahnbereich einschließlich der Präparation von Retentionen an den Pfeilerzähnen, Abformung, Farbbestimmung, Bissnahme, Einprobe und Befestigung in Säure-Ätz-Technik, Kontrolle und ggf. Korrekturen der Okklusion und Artikulation. 335

Adhäsivbrücken mit Metallgerüst können nur abgerechnet werden bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren.

94a Teilleistungen nach den Nrn. 90 bis 92 bei nicht vollendeten Leistungen

Präparation eines Ankerzahnes nach den Nrn. 90 und 91 (Brückenpfeilers): Halbe Bew.-zahl nach den Nrn. 90 und 91

Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers) mit darüber hinausgehenden Maßnahmen: Dreiviertel der Bew.-zahl nach den Nrn. 90 und 91

Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt: Dreiviertel der Bew.-zahl nach Nr. 92

Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

94b Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach der Nr. 93.

Präparation der Brückenpfeiler: Halbe Bew.-Zahl nach der Nr. 93

Präparation der Brückenpfeiler mit darüber hinausgehenden Maßnahmen: Dreiviertel der Bew.-Zahl nach der Nr. 93

Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

95 Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken und provisorischen Brücken

- | | |
|---|----|
| a) Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern | 34 |
| b) Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern | 50 |
| c) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen | 36 |
| d) Abnahme und Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke | 18 |

Eine Leistung nach der Nr. 95 d kann höchstens dreimal je Brücke abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan kann sie in der Gebührenvorausberechnung nicht angesetzt werden.

96 Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich ein-facher Haltevorrichtungen

- | | |
|---|-----|
| a) zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen | 57 |
| b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen | 83 |
| c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen | 115 |

Mit einer Leistung nach Nr. 96 sind folgende Leistungen abgegolten:

Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.

1. Ein fehlender Weisheitszahn ist als zu ersetzender, fehlender Zahn nur dann mitzuzählen, wenn sein Gebiet in die prothetische Versorgung einbezogen wird. Ist der Zahn 7 vorhanden, dann ist der Weisheitszahn nicht mitzuzählen.
2. Die definitive Versorgung mit einer rein schleimhautgetragenen Prothese bedarf einer besonderen Begründung.

Zu Nrn. 96-100:

Die zusätzliche Abrechnung von zahnärztlichem Honorar bei Anwendung besonderer Abdruckverfahren ist nicht zulässig.

97a Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Oberkiefer 250

Mit einer Leistung nach der Nr. 97 a sind folgende Leistungen abgegolten: anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.

Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 97 a und 97 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97 a i und 97 b i zu kennzeichnen.

97b Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Unterkiefer 290

Mit einer Leistung nach der Nr. 97 b sind folgende Leistungen abgegolten: anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.

Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 97 a und 97 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97 a i und 97 b i zu kennzeichnen.

- 98a Abformung mit individuellem oder individualisiertem Löffel, je Kiefer** 29
1. Eine Leistung nach Nr. 98a kann abgerechnet werden, wenn der übliche Löffel nicht ausreicht.
 2. Eine Leistung nach Nr. 98a kann auch neben Kronen und Brücken, nicht jedoch neben einer Einzelkrone (Nr. 20), gerechnet je Kiefer, abgerechnet werden.
 3. Eine Leistung nach Nr. 98a kann neben den Nrn. 98 b oder 98 c für denselben Kiefer nur in den Fällen abgerechnet werden, in denen für die prothetische Versorgung eines zahnarmen Kiefers neben dem Funktionsabdruck für die Versorgung der noch stehenden Zähne durch Kronen eine Abformung mit individuellem Löffel vorgenommen werden muss.
 4. Wird ein individueller Löffel allein wegen der Verwendung bestimmter Abformmaterialien angefertigt, ohne dass die Voraussetzungen nach Nr. 1 der Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 98 a vorliegen, können nur die Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden. In diesen Fällen ist auf der Material- und Laborkostenrechnung zu vermerken: ohne Nr. 98 a.
- 98b Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Oberkiefer** 57
1. Leistungen nach Nr. 98 b sind bei Zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähnen – abrechnungsfähig.
 2. Bei der Versorgung eines Zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 98 b und 98 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als 98 b i und 98 c i zu kennzeichnen.
- 98c Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Unterkiefer** 76
1. Leistungen nach Nr. 98 c sind bei Zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähnen – abrechnungsfähig.
 2. Bei der Versorgung eines Zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 98 b und 98 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als 98 b i und 98 c i zu kennzeichnen.
- 98d Intraorale Stützstiftregistrierung zur Feststellung der Zentrallage** 23
1. Eine Leistung nach der Nr. 98 d ist nur neben der Leistung nach Nr. 97 (Totalprothese, Cover-Denture-Prothese) abrechnungsfähig, auch auf implantatgestützten Totalprothesen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unterkiefer zu Oberkiefer mit einfacheren Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.
 2. Material- und Laboratoriumskosten sind gesondert abrechnungsfähig.
 3. Bei der Versorgung eines Zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist die Nr. 98 d abrechenbar und bei der Abrechnung als Nr. 98 d i zu kennzeichnen.
- 98e Verwendung einer Metallbasis in besonderen Ausnahmefällen, zu den Bewertungszahlen nach den Nrn. 97 a oder b zusätzlich** 16
- Eine Leistung nach der Nr. 98 e ist nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen) abrechnungsfähig. Sie ist nicht abrechnungsfähig für Verstärkungs- und Beschwerungseinlagen (z. B. aus Silber-Zinn).
- 98f Verwendung doppelarmiger Halte- oder einfacher Stützvorrichtungen oder mehrarmiger gebogener Halte- und Stützvorrichtungen zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96** 22
- zusätzlich je Prothese, nur abrechnungsfähig bei Interimsversorgung
- Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f ist mit der Gebühr nach Nr. 98 g abgesehen.
- 98g Verwendung einer Metallbasis in Verbindung mit Halte- und Stützvorrichtungen – nicht bei Interimsprothesen –** 44
- Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f ist mit der Gebühr nach Nr. 98 g abgesehen.
- 98h Verwendung von gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96 oder Nr. 98 g zusätzlich – nicht bei Interimsprothesen –**
- h/1 bei Verwendung von einer Halte- und Stützvorrichtung 29
h/2 bei Verwendung von mindestens 2 Halte- und Stützvorrichtungen 50
1. Eine Leistung nach der Nr. 98 h ist eine ergänzende Position zur Leistung nach Nr. 96 und ist deshalb nur im Zusammenhang mit dieser Nummer abrechnungsfähig.
 2. Eine Leistung nach der Nr. 98 h kann je Kiefer nur einmal abgerechnet werden.
- 99 Teilleistungen nach den Nrn. 96, 97 und 98 bei nicht vollendeten Leistungen:**
- a) Anatomischer Abdruck zur prothetischen Versorgung eines Kiefers 19
b) Maßnahmen einschließlich der Ermittlung der Bissverhältnisse Halbe Bew.-Zahl nach Nr. 96 oder 97
c) Weitergehende Maßnahmen Dreiviertel der Bew.-zahl für die ges. Behandlung
1. Leistungen nach den Nrn. 98 a, b und c sind voll abrechnungsfähig, wenn die Abformung in ein Modell übertragen worden ist.
 2. In den Fällen der Nr. 99 c sind die Leistungen nach den Nrn. 98 e, f, g und h vor der funktionsgerechten Eingliederung des Zahnersatzes zu Dreiviertel ihrer Bewertungszahl abrechnungsfähig.
 3. Ist bei Leistungen nach den Nrn. 98 e, g und h noch keine Einprobe der Metallbasis erfolgt, ist die halbe Bewertungszahl dieser Nummern berechenbar. Nach Einprobe der Metallbasis sind auch vor einer eventuellen Bissnahme Dreiviertel der Bewertungszahl abrechnungsfähig.

4. Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

100 Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese

- | | |
|--|----|
| a) kleinen Umfangs (ohne Abformung) | 30 |
| b) größeren Umfangs (mit Abformung) | 50 |
| c) Teilunterfütterung einer Prothese | 44 |
| d) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren | 55 |
| e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer | 81 |
| f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer | 81 |

Neben Leistungen nach Nr. 100 sind Leistungen nach Nr. 98 a, b oder c nicht abrechnungsfähig.

Leistungen nach Nr. 98 f oder h sind neben Leistungen nach der Nr. 100 abrechnungsfähig, wenn eine Prothese um eine entsprechende Halte- oder Stützvorrichtung erweitert wird oder beim Ersatz einer Halte- oder Stützvorrichtung eine Neuplanung erforderlich ist.

Das Wiederbefestigen einer Halte- oder Stützvorrichtung kann nicht nach Nr. 98 f oder h abgerechnet werden.

Durch Leistungen nach der Nr. 100 sind Nachbehandlungen abgegolten. Maßnahmen zur Wiederherstellung von Wurzelstiftkappen sind nach Nr. 100 b abrechnungsfähig.

Leistungen nach Nrn. 100 a und b können mehrfach oder nebeneinander nur abgerechnet werden, wenn die Wiederherstellung der Funktion oder die Erweiterung von abnehmbaren Prothesen nicht in einer Sitzung durchführbar ist. Das gleiche gilt, wenn Leistungen nach Nr. 100 a oder b neben Leistungen nach Nrn. 100 c bis f erbracht werden.

- Für das Reinigen, Säubern und Polieren von Prothesen können den Krankenkassen keine Kosten berechnet werden.
- Leistungen nach Nrn. 100 e und f sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähnen – abrechnungsfähig.
- Das Auffüllen eines Sekundärteleskops mit Kunststoffmassen bei einer Prothesenerweiterung ohne weitergehende Maßnahme ist nach Nr. 100 a abrechnungsfähig.
- Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer implantatgetragenen totalen Prothese sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach den Nrn. 100 a bis f abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nrn. 100 a i bis 100 f i zu kennzeichnen.

(Siehe auch Feststellung Nr. 56 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.06.1976 – gilt nur für Ersatzkassen)

101 Maßnahmen zur Weichteilstützung zum Ausgleich oder zum Verschluss von Defekten im Bereich des Kiefers

- | | |
|---|-----|
| a) bei vorhandenem Restgebiss, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96, gegebenenfalls in Verbindung mit Nr. 98, zusätzlich | 80 |
| b) bei zahnlosem Kiefer, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 97 zusätzlich | 120 |

102 Eingliedern eines Obturators zum Verschluss von Defekten des weichen Gaumens, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96, gegebenenfalls in Verbindung mit Nr. 98 oder nach Nr. 97, zusätzlich

240

103 Resektionsprothesen:

- | | |
|---|-----|
| a) Eingliedern einer temporären Verschlussprothese nach Resektion oder bei großen Defekten des Oberkiefers, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96, gegebenenfalls in Verbindung mit Nr. 98 oder nach Nr. 97, zusätzlich | 160 |
| b) Ergänzungsmaßnahmen im Anschluss an Leistungen nach Buchstabe a) | 80 |
| c) Eingliedern einer Dauerprothese zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96, gegebenenfalls in Verbindung mit Nr. 98 oder nach Nr. 97, zusätzlich | 300 |

104 Eingliedern einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile

- | | |
|----------------------|-----|
| a) kleineren Umfangs | 300 |
| b) größeren Umfangs | 500 |

Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen sind nach der Gebührenordnung für Ärzte nach Maßgabe der allgemeinen Bestimmungen abrechnungsfähig.

Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ

Zu Abrechnungsbestimmung Nr. (jetzt) 7 der Gebühren-Nr. Ä 1:

Ergänzend hat die AG am 27. 01. 1971 folgendes klargestellt:

In den Fällen der Abrechnungsbestimmung Nr. jetzt 7 zu Nr. Ä 1, in denen im Folgequartal eine Sonderleistung in dem 18-Kalendertageraum erbracht worden ist, ist die nach Ablauf dieser 18-Tage-Frist im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. Ä 1 anfallende Sonderleistung als erste Sonderleistung im Sinne der Abrechnungsbestimmung Nr. 1 zu Nr. Ä 1 anzusehen.

Feststellung Nr. 56 vom 25. 06. 1976

Zu den Gebühren-Nrn. 100 c (und 100 d: ab 01.01.2004 gegenstandslos)

Bei der direkten Unterfütterung nach den Nrn. 100 c (und 100 d: ab 01.01.2004 gegenstandslos) können den Vertragskassen mit Ausnahme der in § 3 der Allgemeinen Bestimmungen in Gebührentarif C genannten Pauschalbeträge keine weiteren Kosten berechnet werden.

Feststellung Nr. 78 vom 15. 11. 1978**Zu den Gebühren-Nrn. 119 und 120**

Die Berechnung der Nrn. 119 und/oder 120 beginnt mit der therapeutischen Phase. Das ist in der Regel die erste Maßnahme zur Herstellung eines Behandlungsgerätes oder das Extrahieren, Separieren und Einschleifen von Zähnen in engem Zusammenhang mit der Eingliederung des Behandlungsgerätes.

Feststellung Nr. 81 vom 01./02. 03. 1979**Zu Gebühren-Nrn. 89 und 20**

Die Nr. 89 ist neben der Nr. 20 nicht abrechnungsfähig. Werden im Einzelfall Einschleifmaßnahmen, die über den Antagonisten hinausgehen, notwendig, ist die Nr. 106 abrechnungsfähig.

Feststellung Nr. 97 vom 03. 12. 1981**Zu Gebühren-Nr. 92**

Nach Nr. 92 kann nur dann abgerechnet werden, wenn eine Lücke durch die Eingliederung einer Brücke prothetisch versorgt wird.

Wenn eine verengte Zahnücke durch die Eingliederung von Kronen, die im Approximalbereich breiter (ausgebuchtet) gestaltet werden, zu versorgen ist, kann die Nr. 92 nicht abgerechnet werden. Die Abrechnung kann nur nach den Nrn. 20 bzw. 91 erfolgen.

Diese prothetische Lösung ist keine Maßnahme im Sinne der Versorgung eines Lückengebisses mittels festsitzender oder abnehmbarer Brücke gem. Nr. 92.

Feststellung Nr. 99 vom 25. 11. 1982**Zu Gebühren-Nrn. 57 und 59**

Leistungen nach den Nrn. 57 und 59 sind im Zusammenhang mit einer systematischen Pa-Behandlung nur dann neben Leistungen nach Nr. P 200 abrechenbar, wenn sie als zusätzliche ortsgetrennte chirurgische Eingriffe (Frenektomie - Vestibulumplastik) erforderlich sind.

Freie Schleimhauttransplantate, die in diesem Zusammenhang zur Deckung freigelegter Gebiete erforderlich werden, sind nach den GOÄ-Nrn. 174 (ab 01.01.2004: Ä 2380) bzw. 176 (ab 01.01.2004: Ä 2382) (je nach Größe) unter „Sonstiges“ auf dem Krankenschein bzw. Behandlungsausweis abrechenbar.

Ein koronaler Verschiebelappen ist nach GO-Ä-Nr. 176 (ab 01.01.2004: Ä 2382) abzurechnen.

Es muss sich dabei um einen Eingriff handeln, der nicht im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. P 200 durchgeführt wird.

Hinweis bei Anwendung der Feststellung Nr. 99 ab 01.01.2004: Nach Abschnitt B V der Allgemeinen Behandlungs-Richtlinien gehört die Behandlung von Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut im Rahmen der Parodontalbehandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Leistungen können daher als Nr. 59 nicht abgerechnet werden.

Beschluss Nr. 110 vom 03. 05. 1989; gültig ab 01. 05. 1989**Zu den Gebühren-Nrn. 119/120**

Vor Beginn einer Kfo-Behandlung ist grundsätzlich der Gesamtumfang der überschaubaren Behandlung zu planen.

Wird die Behandlung vor Ablauf der 4jährigen Regelbehandlungszeit abgeschlossen und stellt sich später – jedoch innerhalb von 4 Jahren seit Behandlungsbeginn – heraus, dass eine erneute Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, so hat der Vertragszahnarzt der Vertragskasse einen Verlängerungsantrag einzureichen. Die Abschlagszahlungen nach den Geb.-Nrn. 119/120 schließen dann mit dem Folgequartal an die vorherige Behandlung an. Wird die erneute Behandlung später als 4 Jahre seit Behandlungsbeginn notwendig, so ist der Vertragskasse ein neuer Kfo-Behandlungsplan einzureichen. Dieser ist von der früheren Behandlungsmaßnahme unabhängig und gilt für die Dauer von 4 Jahren mit dem vollen Anspruch der vertraglich festgelegten Abschlagszahlungen.

Erkennt der Vertragszahnarzt jedoch während einer begonnenen Behandlung, dass zusätzliche Behandlungsmaßnahmen erforderlich werden, so hat er der Vertragskasse von der Änderung seiner ursprünglichen Behandlungsplanung Mitteilung zu machen.

Verlust von Kammerausweisen**BZK Stuttgart**

Frau Christiane Bode,
Zahnärztin,
Schorndorfer Str. 149,
71638 Ludwigsburg,
Ausweis ausgestellt am
26. 05. 1993

**BZK Freiburg**

Ernst Schulz,
geb. am 08. 07. 1947
in Steinroth/Altenkirchen,
Ausweis-Nr. 01250,
ausgestellt am 08. 12. 1977

ZÄK Niedersachsen

Dr. Rainer Lackemann,
Talstraße 6, 30982 Pattensen,
geb. am 13. 05. 1946
in Pattensen,
Ausweis-Nr. 853,
ausgestellt am 02. 01. 1978

BZK Trier

Dr. Hans Nikolaus Huels,
geb. am 02. 12. 1960 in Gießen,
54338 Schweich,
Brunnenzentrum

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 69, 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@kzvb.de internet: www.zm-online.de ISDN: (0221) 4069 386

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sondereile 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 4002 54, 50832 Köln, Fernruf: (022 34) 70 11-0, Telefax: (022 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 Zeitungsbezugs-geld 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.

Verlagsrepräsentanten:

Nord/Ost: Götz Kneiseler, Uhlandstr 161, 10719 Berlin, Tel.: 0 30/88 68 28 73, Fax: 0 30/88 68 28 74, E-Mail: kneiseler@aol.com
Mitte: Dieter Tenter, Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad, Tel.: 0 61 29/14 14, Fax: 0 61 29/17 75, E-Mail: d.tenter@t-online.de
Süd: Ratko Gavran, Rauentaler Str. 45, 76437 Rastatt, Tel.: 0 72 22/96 74 85, Fax: 0 72 22/96 74 86, E-Mail: Gavran@gavran.de

Herstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.



Lt. IVW IV/3. Quartal 2003:
Druckauflage: 80 350 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 106 Ex.

Ausgabe A
Druckauflage: 71 833 Ex.
Verbreitete Auflage: 70 963 Ex.

93. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG

Seite 5

Asgard-Verlag

Dr. Werner Hippe GmbH

Seite 27

BAI-Edelmetall AG

Seite 13

Bien-Air Deutschland GmbH

Seite 51

BPI Implantatsysteme

Seite 93

Coltène/Whaledent

GmbH + Co. KG

Seiten 23, 73

Dental Magazin

Seite 67

Deutsche Ärzte-Versicherung AG

Seiten 13, 87, 95

Deutsche Bank AG

Seite 89

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Seiten 71

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/

Versandbuchhandlung

Seiten 77, 85, 91, 95

DGI e.V.

Seite 29

DZZ Deutsche Zahnärztliche

Zeitschrift

Seite 75

enfresh GmbH

Seite 95

Freier Verband Deutscher

Zahnärzte e.V./Dynadent

Seite 31

Gaba GmbH

2. Umschlagseite und Seite 17

GC Germany GmbH

Seite 57

Girrbach Dental-Systeme

Seite 15

Kettenbach Dental

Seite 7

Kreussler & Co. GmbH

Seite 13

Nobel Biocare Deutschland GmbH

3. Umschlagseite

Oralprophylaxe

Seite 115

Pharmatechnik GmbH & Co. KG

Seite 39

praxisDienste.de/

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Seite 59

Privatinstitut für Parodontologie u.

Implantologie

Seite 83

Progressive Orthodontic Seminars

Rita Nar

Seite 61

Schütz Dental Group

Seite 25

SDI Southern Dental Industries

GmbH

Seite 43

Shofu Dental GmbH

4. Umschlagseite

UMC St Radboud

Seite 69

Vita Zahnfabrik H. Rauter

GmbH & Co. KG

Seite 11

W&H Deutschland GmbH & Co. KG

Seiten 45, 87

Wieland Dental + Technik

Seite 9

zm-Jahresband

Seite 53

zzi Zeitschrift für Zahnärztliche

Implantologie

Seite 79

Einhefter

Deutsche Postbank AG

zwischen den Seiten 64/65

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/DZV

zwischen den Seiten 96/97

Beilagen

In dieser Ausgabe finden Sie folgende Beilage:

DGI-Fortbildungsreferent

Dr. Günter Dohm

67059 Ludwigshafen

Beachten Sie bitte die darin übermittelten Informationen

Betriebskrankenkassen

Mitgliederzahl boomt

Immer mehr Bundesbürger wechseln zu den relativ preiswerten Betriebskrankenkassen (BKK). Im laufenden Jahr wuchs die Zahl der BKK-Mitglieder von 9,7 auf 10,4 Millionen. Durch den Zuwachs um 7,3 Prozent überstieg die Mitgliederzahl erstmals die zehn Millionen-Grenze, bestätigte der Sprecher des BKK-Bundesverbandes, Florian Lanz, in Berlin einen Bericht der „Bild“-Zeitung. Rechnet man die mitversicherten Familienangehörigen ein, seien inzwischen 14,4 Millionen Bundesbürger bei einer BKK. Den Grund für die seit Jahren anhaltende Entwicklung sieht der Kassenverband darin, dass der durchschnittliche BKK-Beitragssatz 13,7 Prozent, der Durchschnittssatz aller gesetzlichen Kassen dagegen bei 14,3 Prozent liegt. „Auch in diesem Jahr ist die BKK für viele Menschen, die auf den Preis

schauen, die solidarische Alternative zur Privaten Krankenversicherung“, sagte Lanz. pr/dpa

Ulla Schmidt

Auf Werbetour für die Reform

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) geht auf Werbetour für die Gesundheitsreform. Bei einer Diskussionsrunde in Hamburg verteidigte sie den von Regierung und Opposition getragenen Kompromiss. „Wir stellen uns den Patienten der Zukunft als selbstbewussten Partner des Arztes vor, der seine Rechte kennt und den Ärzten auch kritische Fragen stellen kann“, sagte Schmidt. Deshalb würden die Patientenrechte gestärkt. Weitere Informationsveranstaltungen sind nach Angaben des Gesundheitsministeriums in Ulm und in Hannover geplant. An Stelle der Ministerin wird dann ein Staatssekretär teilnehmen. pr/dpa

Angst um Arbeitsplatz

Viele gehen krank zur Arbeit

Aus Angst um den Arbeitsplatz gehen viele Menschen in Deutschland auch bei einer Erkrankung zur Arbeit. Fast 71 Prozent der Arbeitnehmer haben im vergangenen Jahr gearbeitet, obwohl sie sich „richtig krank“ fühlten, heißt es in einer repräsentativen Umfrage im „Fehlzeiten-Report 2003“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), der in Bonn vorgestellt wurde. Demnach warteten 62 Prozent der rund 2000 befragten Arbeitnehmer zur Erholung auf das Wochenende, etwa jeder fünfte nahm zur Genesung sogar Urlaub. Knapp zwei Drittel der Beschäftigten befürchten berufliche Nachteile bei Krankmeldungen. Diese Angst vor Verlust des Jobs – aber auch eine verbesserte betriebliche Gesundheitsförderung – sorgten 2002 für einen geringeren Krankenstand unter den AOK-Mit-



Foto: EyeWire

gliedern. Unter den 10,9 Millionen versicherten Erwerbstätigen sank der Krankenstand um 0,1 Punkte auf 5,2 Prozent. Damit war jedes Mitglied im Durchschnitt 19 Kalendertage krankgeschrieben. Den höchsten Krankenstand verzeichnete die öffentliche Verwaltung mit 5,9 Prozent, die niedrigsten Werte wiesen der Handel (4,5 Prozent) sowie Banken und Versicherungen (3,5) auf. pr/dpa

Absender (in Druckbuchstaben):







zm Leser service **Nr. 24**
2003

Kupon schicken oder faxen an:

ZM-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

-  50 Jahre AKZ (S. 30) Jahresberichte 2000/2001/2002
-  B. Willershausen: Adipositas (S. 46) Literaturliste
-  M. Kunkel: Basaliom (S. 52) Literaturliste

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

KZBV-Position

Praxisgebühr ist kein Bestandteil des Honorars

Von Krankenkassen werde mittlerweile der Eindruck erweckt, es handle sich bei der ab 1. Januar per Gesetz eingeführten Praxisgebühr um einen Bestandteil des Arzthonorars, erklärt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in ihrem jüngsten Argumentationspapier „KZBV-Position“. Selbst Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt habe in der Illustrierten SUPERillu kürzlich behauptet: „Die Praxisgebühr ist Teil des ärztlichen Honorars.“ Im Spiel



Foto: MEV/zm (M)

den Schwarzen Peter für die Zusatzkosten, die den Patienten aufgebürdet würden, werde, so die KZBV, der Eindruck erweckt, die Gebühr sei ein Zubrot für die Ärzte und Zahnärzte. Dieser Eindruck ist falsch, betont die KZBV. Das belege bereits ein Blick in das GMG. Schon in der Begründung des Gesetzesentwurfs wurde die Gebühr als „Beitrag zur Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen

Krankenversicherung“ angeführt. Bereits von der Zweck-

bestimmung her sei also klar, dass die Gebühr den Kassen und nicht den Zahnärzten zugedacht sei. Gleichwohl solle der Zahnarzt genötigt werden, die Gebühr für die Kassen zu vereinnahmen, quasi als kostenloses Inkasso-Büro zu fungieren. Zudem solle den Zahnärzten das Inkasso-Risiko zugeschoben werden. Bei zehn Euro Außenstand sei ein Mahnverfahren völlig unwirtschaftlich. KZBV

Ärzte und Kassen zu Heilmitteln

Versorgung bleibt gesichert

„Niemand muss befürchten, dass er künftig nicht mehr ausreichend mit Heilmitteln versorgt wird. Die neuen Richtlinien verbessern die Situation sogar.“ Dies erklärten die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Nachgang zum Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu den weiterentwickel-

ten Heilmittel-Richtlinien in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die in den Anhörungen vorgebrachten Bedenken von Patienten- und Behindertenverbänden seien berücksichtigt worden. Insbesondere chronisch kranke Patienten würden noch besser versorgt. Kurzfristig Erkrankten böten die neuen Richtlinien eine notwendige Hilfestellung. pr/pm

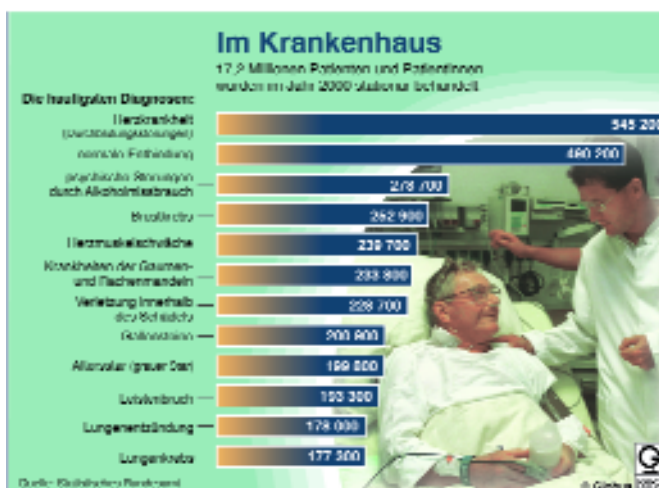
Senkung der Kassen-Beiträge

Langsamer als erhofft

Auch Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) schließt nicht mehr aus, dass die Kassenbeiträge im kommenden Jahr langsamer sinken als erhofft. „Läuft es konjunkturell sehr gut, können wir im Frühherbst das Ziel von 13,6 Prozent im Durchschnitt aller Kassen erreichen, wenn nicht, werden wir einige Monate länger warten müssen“, sagte Schmidts Sprecher Klaus Vater der dpa.

Bisher hatte die Ministerin es als Ziel der mit der Union aus-

gehandelten Gesundheitsreform ausgegeben, dass der Durchschnittsbeitrag – der derzeit bei gut 14,3 Prozent liegt – im Jahresverlauf auf 13,6 Prozent sinkt. Einige Kassen hatten aber angekündigt, sie könnten ihre Beitragssätze wegen der angespannten Finanzlage 2004 nicht oder nur geringfügig zurücknehmen. Generell wurden zuletzt immer wieder Zweifel laut an Schmidts Ziel. Vater sagte dazu, einige AOKen seien „unterfinanziert“. pr/dpa

Rentenbeitragssatz

Schmidt verteidigt Sofortmaßnahmen

Bundessozialministerin Ulla Schmidt (SPD) hat die Sofortmaßnahmen zur Stabilisierung des Rentenbeitragssatzes verteidigt. „Wir haben uns entschieden, eine Beitragssatzanhebung zu vermeiden“, sagte sie in der Haushaltsdebatte des Bundestages. Die Opposition warf ihr vor, für die Finanzmisere in den Sozialkassen verantwortlich zu sein. Zum Renten-Notpaket gehört die Nullrunde für Rentner im

kommenden Jahr und deren volle Belastung mit dem Beitrag für die Pflegeversicherung. Ferner soll die Finanzreserve der Rentenkasse auf ein Fünftel einer Monatsausgabe abgeschmolzen und der Auszahlungstermin für Neurentner auf das Monatsende verschoben werden. pr/dpa



Beschäftigtenzahlen

Jeder Neunte im Gesundheitswesen

Gegen den Trend in der Gesamtwirtschaft wächst im Gesundheitswesen die Zahl der Beschäftigten. 2002 stieg die Beschäftigtenzahl in der Gesundheitsbranche um 1,1 Prozent, während die Gesamtwirtschaft um 1,4 Prozent schrumpfte.

Inzwischen findet schon jeder Neunte Arbeit in einem Gesundheitsberuf, wie das Statistische Bundesamt (DESTATIS) in Wiesbaden mitteilte. Am 31. Dezember 2002 beschäftigten Krankenhäuser, Apotheken, Altenheime, Pharmafirmen oder Optiker 4,2 Millionen Menschen. Das waren 45 000 mehr als am Ende des Jahres 2001.

Zuzahlungen ab 2004

Änderungen für Apotheken

Patienten müssen sich zum Jahreswechsel 2004 auf gravierende Änderungen bei den Zuzahlungen in der Apotheke einstellen. Die bisherigen Befreiungsbescheinigungen für chronisch Kranke verlieren Ende 2003 durch die Gesundheitsreform ihre Gültigkeit. Darauf machte die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) in Berlin aufmerksam.

2001 hatte jeder Zehnte in einem Gesundheitsberuf gearbeitet. Die meisten Neueinstellungen (44 000) gab es bei den klassischen Gesundheitsberufen als Arzt, Krankenschwester oder Apotheker.

In sozialen Berufen – zum Beispiel als Altenpfleger – arbeiteten 15 000 Personen mehr als ein Jahr zuvor. 1 000 Menschen mehr waren in den Handwerksberufen des Gesundheitswesens beschäftigt, also als Augenoptiker, Zahntechniker oder in der Arzneimittelherstellung. Einzig in der Verwaltung ging die Zahl der Beschäftigten um 15 000 zurück.

Während Chroniker bislang ab dem zweiten Jahr ihrer Erkrankung komplett von der Zuzahlung befreit werden konnten, müssen sie in Zukunft jedes Jahr bis zu einem Prozent ihres Brutto-Jahreseinkommens selbst tragen. Alle anderen Patienten, mit Ausnahme von Kindern und Jugendlichen, müssen bis zu zwei Prozent selbst tragen.

mn/dpa

Krankenkassen-Defizit

Dickes Minus

Die Gesetzlichen Krankenkassen sind in den ersten neun Monaten 2003 mit knapp 2,6 Milliarden Euro ins Minus geraten. Das waren rund 600 Millionen Euro weniger als vor Jahresfrist, teilte das Bundesgesundheitsministerium in Berlin mit.

Mit einer Überschreitung der Drei-Milliarden-Euro-Grenze sei bis Jahresende nicht zu rechnen, betonte

Staatssekretär Klaus Theo Schröder. Die Defizitentwicklung habe sich verlangsamt, erklärte Schröder. Im ersten Halbjahr waren die Kassen bereits mit 1,82 Milliarden Euro im Minus. Ein wichtiger Grund für die Fehlbeträge sei der konjunkturbedingte Rückgang der Beiträge um 0,1 Prozent. Der Zuwachs der Leistungsausgaben habe sich mit 1,1 Prozent

Experten/EU-Gesundheitsmarkt

Erleichterter Zugang für Bürger

Der aus vier Arbeitsgruppen bestehende Expertenkreis für ein „gemeinsames Leitbild für das Gesundheitswesen in Europa“ hat die erste Hälfte der Reflexionsphase abgeschlossen. Die bislang vorliegenden Ergebnisse wurden in einem Synthesebericht an die Europäische Kommission zusammengefasst, der zurzeit noch überarbeitet wird. Er soll dem Europäischen Rat zur Beschlussfassung vorgelegt werden. Im Zentrum steht dabei der erleichterte Zugang für EU-Bürger zum Gesundheitsmarkt. Als Interessenvertretung des Zahnärztlichen Verbindungsaus-

„moderat entwickelt“. Die nach Bekanntgabe der Pläne für die Gesundheitsreform befürchteten „Vorzieheffekte“ sind nach Schröders Angaben im dritten Quartal weitgehend ausgeblieben.

Die Ausgaben für Arzneiausgaben seien nach den hohen Zuwachsraten der vergangenen Jahre durch gesetzliche Maßnahmen im Vergleich zum Vorjahr um 0,9 Prozent reduziert worden.

pr/dpa

Entscheidung im Verwaltungsrat

TK senkt Beitragssatz nicht

Die Techniker Krankenkasse (TK) wird ihren Beitragssatz wahrscheinlich nicht zum Jahreswechsel senken. Eine endgültige Entscheidung treffe der Verwaltungsrat, sagte eine Sprecherin der in Hamburg ansässigen Kasse.

dev/dpa

schusses ist das Brüsseler Büro der BZÄK derzeit mit der Redaktion eines Schreibens befasst, in dem alle



europäischen Verbände der Gesundheitsberufe Empfehlungen zur Mobilität von Leistungsträgern abgeben können, die in den Expertenbericht mit einfließen werden.

BZÄK

Dagegen

aus den Reden von Gerhard Schröder (SPD) und Angela Merkel (CDU) auf den Parteitagen in Bremen (16.11. bis 19.11.2003) und Leipzig (30.11. bis 2.12.2003):

Diesen Sozialstaat lassen wir uns von niemandem kaputtmachen, schon gar nicht von denjenigen, die auf die aktuellen Herausforderungen nicht mit dem Umbau des Sozialstaates antworten, sondern die soziale Verantwortung ganz und gar privatisieren wollen.

Gerhard Schröder

Was heißt es denn, an diesen Gemeinsinn zu glauben, wenn ich täglich spüre, wenn ich zum Arzt gehe: „Der Weg ist eigentlich ein Weg in die Zwei-Klassen-Medizin“?

Angela Merkel

Wir sind die Letzten, die ein kompliziertes Steuersystem wollen. Aber das Problem, das wir nach den Reformen haben, die wir gemacht haben, sind doch nicht die Steuersätze, sondern das, was tatsächlich versteuert wird, was hier versteuert wird und nicht in die Schweiz oder nach Luxemburg gebracht wird.

Gerhard Schröder

Wann endlich lernt die SPD, dass der Weg zu mehr Staat immer der Weg zu weniger Wachstum, Aufschwung und Beschäftigung ist? Dafür brauchen wir drei Dinge: erstens Wachstum, zweitens Wachstum, drittens Wachstum.

Angela Merkel

Ich glaube, über Begrifflichkeiten kann man streiten und dass dazu durchaus Lust auch auf diesem Parteitag besteht, habe ich



Illu.: Saupe

an dem Beifall mitbekommen Aber ich füge hinzu: Der Streit um Begriffe allein bringt uns wahrlich nicht weiter.

Gerhard Schröder

Die Neujahrsgabe für Heilberufler – Ratlosigkeit inklusive

Das Papiertaschentuch „Tempo“ wird in diesem Jahr 75 Jahre alt.



Plaudertaschentuch

Kennen Sie das? Alle Nasen lang kommt einer, greift zu, rotzt sich aus und schon liegt man naß und zerknüllt in der Ecke? Ich mag das nicht mehr! Schön und gut, ich hab allerhand mitbekommen: Liebe, Leid, Freude, Frust, Rotz und Wasser. Aber soll einen das auf Dauer wirklich ausfüllen?

Klar gab es auch tolle Zeiten. Die Kampagne mit Loriot – „Ja, wo laufen sie denn?“ – war clever. Aber diese Nasen von Schickedanz kamen nicht auf die Idee, dass ich vier Ecken für „Kosackenzipfel“ habe.



Fotos: Shandwick

Peinlich dagegen die 50er-Jahre-Werbung „Bazillen fahren Straßenbahn, ich schaff' mir Taschentücher an.“ Einfältig! Wär ich nicht weiß, würd' ich rot!

Neidisch bin ich heute auf manche Damenbinde – Entschuldigung für diesen altbackenen Ausdruck, aber immerhin bin ich 75 Jahre alt –, mit diesen Wegbegleitern macht frau bekanntlich alles: Reiten, Laufen, Schwimmen ... Mann, die kommen rum. Für mich bleibt nur der Einsatz als Taschentuch aus der Tüchertasche.

Aber vielleicht kann ich auf Grund meiner Erfahrungen ja noch Karriere als zahnärztlicher Standespolitiker machen: Erst wird

man in gefährliches Terrain vorgeschoben, soll und will agieren, aber schon kommt die Vorhaltung, man wird zusammengefasst und, so es schlecht kommt, anschließend abserviert. Da kenn' ich mich doch gut aus!