

Parodont

Ganz nah ran

Gesetzesänderung
Sozialgerichtsverfahren

Versorgung
in Polen

Akzente

Liebe Leserinnen und Leser,

in der Politik erfolgen die ersten Aufstellungen für den Bundestagswahlkampf. Letztlich weiß zurzeit keiner, ob die Misere im Gesundheitswesen genug Druck für ein Schwerpunktthema in der öffentlichen Auseinandersetzung hergeben wird. Im Moment trampeln die Truppen der Parteien auf der Stelle. Noch verhindern die internen Grabenkämpfe der Fraktionen von Regierung wie Opposition eine klare Programmatik. Die Vorschläge werden abstruser, dem Populismus ist wohl jede Lüge recht.

Parallel dazu vollziehen sich abseits der großen Öffentlichkeit kontinuierlich, aber beharrlich Veränderungen, die ebenfalls, wenn auch auf andere Weise, ihre Spuren im Gesundheitswesen der Zukunft hinterlassen werden: Im deutschen Dentalmarkt tut sich was. Dabei geht es nicht nur um die Globalisierungstendenzen und Konsolidierungen in der Industrie, wie sie in den zm 1 des vergangenen Jahres aufgezeigt und inzwischen beispielsweise durch den Schulterchluss von Dentsply und Degussa Dental weiter bestätigt wurden.

Für Aufregung sorgte jüngst auch die Verwirrung um einen eventuellen Börsengang der Firma Flemming Dental. Der in Hamburg ansässige „Dental-Fielmann“ – er hat drei, will aber zehn Prozent des deutschen Zahntechnik-Marktes – internationalisiert durch Aufkäufe in Schweden, Großbritannien und Lettland. Der Börsengang wird – vorerst – demontiert, zumal mit der Gothaer Versicherung als Gesellschafter ein potentes Unternehmen im Boot sitzt, das manche finanzielle Frage durchaus beantworten kann.



Foto: Koch-Lutz

■ Des einen Arbeitswelt, des anderen Sujet: Dieses Bild schickte uns die Künstlerin Nicoline Koch-Lutz, die nach einem Besuch bei ihrem Zahnarzt ihre Eindrücke auf Papier mit Acryl festhielt.

Aber diese Unternehmensstrategie im Zahntechnikerhandwerk wirft neue Fragen auf, die geeignet sind, weitere Unruhe in die Branche zu bringen. Die Sache ist pikant, geht es doch längst um anderes als nur Marktanteile, Verdrängungswettbewerb und Preisstrukturen, sondern auch um Grundsatzfragen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Gewerkschaften, wie die IG-Metall, beobachten das Marktgeschehen mit ausgesprochenem Interesse. Der Verband der Deutschen Zahntechniker Innungen, dessen Präsident Lutz Wolf noch vor wenigen Jahren selbst sein Labor an die Flemming-Kette verkauft hat, steht dem Branchen-Riesen äußerst reserviert gegenüber. Alles in allem ein Feld mit vielen Fragezeichen.

Bis ins kleinste Detail eindeutig ist hingegen das Thema unserer Titelgeschichte: In Form einer Befunddokumentation mikroskopischer Bilder präsentiert der Hamburger Oralpathologe Prof. Karl Donath die Histologie der Parodontalerkrankungen. Hier bieten klare Schnitte klare Antworten. Oft rätselhaft erscheint hingegen das Feld somatoformer Störungen in der Zahnheilkunde. Lösungswege für den Fall der „Discrepanz zwischen Befund und Befinden“

zeigt ein Beitrag aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Münster.

In eigener Sache auch noch ein Dank an unsere zm-online-Nutzer: Wir haben ihre Abstimmung zum „Zahnärztlichen Unwort des Jahres“ mit Spannung verfolgt. Zentrum Ihres Zorns war die Bezeichnung „Leistungserbringer“, noch vor „Budget“ und dem Begriff „Zertifizierter Kollege“. Einen Anspruch auf Repräsentativität erhebt unser Online-Poll nicht, aber er schafft verklärende Momente. Das volle Resultat der Unwort-Aktion finden Sie im Nachrichtenteil des Heftes, oder natürlich unter www.zm-online.de. Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

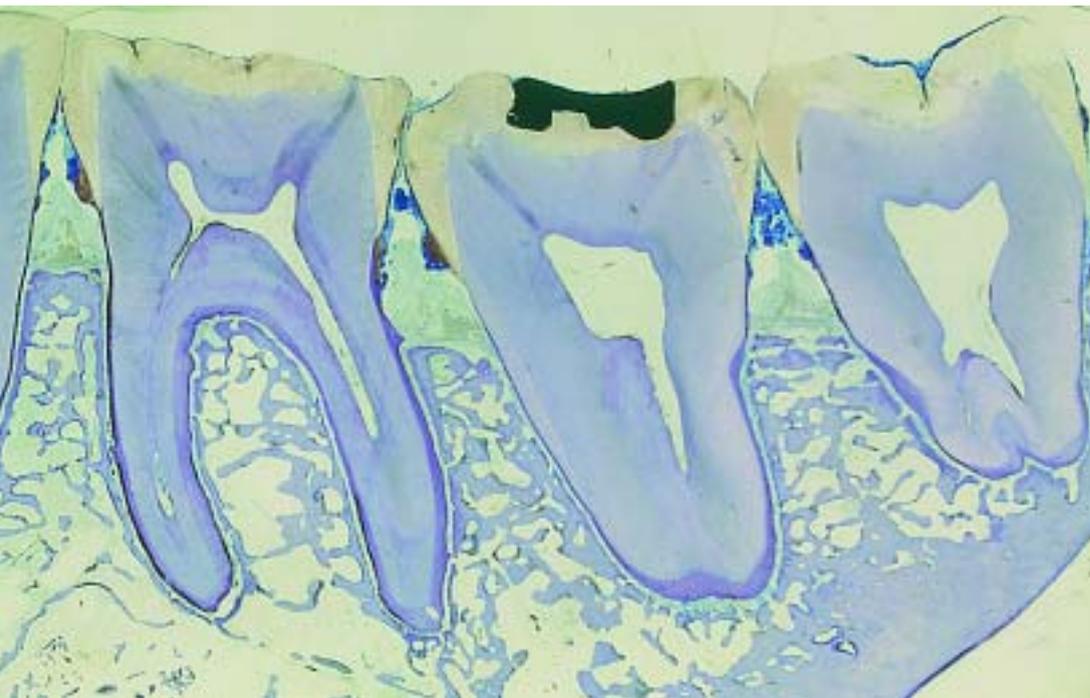


Foto: Donath / Titefoto: OKAPIA

zum Titel

Histologische Vorgänge mit gesundem und krankem Parodont zeigt die Titelstory anschaulich und in Großaufnahme.

Seite 30



Foto: Busch

Zahnschlüssel: Blick in eine kleine, aber feine historische Privatsammlung.

Seite 86



Foto: Messe Düsseldorf

Tausende deutscher Ärzte pilgern einmal im Jahr nach Düsseldorf, wenn die Medica ihre Pforten öffnet und Neues zeigt.

Seite 50



Fotos: Polnisches Fremdenverkehrsamt

Polen: Einblicke in die zahnärztliche Versorgung eines Systems im Wandel.

Seite 84



Foto: zm

Welche Patienten passen zu welcher Praxis? Über Möglichkeiten, sich in bestimmten Bereichen und für bestimmte Zielgruppen zu spezialisieren.

Seite 78



Akzente	1
Leserforum	6
Leitartikel	
<i>Dr. Karl Horst Schirbort, KZBV-Vorsitzender, zum Auftakt des Wahljahres</i>	4
Nachrichten	10,14
Gastkommentar	
<i>Dr. Rudi Mews, Korrespondent Berlin, mahnt Konsens der Parteien zu Reformen an</i>	12
Spree-Spitzen	19
Politik und Beruf	
<i>Sozialgerichtsverfahren: Gesetzesänderung</i>	22
<i>Flemming-Dental: Statt Börsengang gibt's Expansion</i>	24
<i>Forsa-Umfrage: Zufrieden mit dem Zahnarzt</i>	26
Aus den Ländern	
<i>Viel bewegt: Aktivitäten des Berliner Hilfswerks</i>	28
<i>Bergischer Zahnärztetag: Symposium zum Geburtstag</i>	29
Titelstory	
<i>Befunddokumentation in Bildern: Histologie der Parodontalerkrankungen</i>	30
Zahnmedizin	
<i>Patienteninformation: Instrumentenfraktur bei Wurzelkanalbehandlung</i>	38
<i>Somatoforme Störungen: Diskrepanz zwischen Befund und Befinden</i>	40
Tagungen	
<i>Gemeinschaftstagung: Einfluss von Implantaten auf andere Fachgebiete</i>	44
<i>DGKFO-Tagung: Lückenmanagement im Wachstumsalter</i>	46
<i>Greifswald: Professoren-Ehepaar Hensel wurde emeritiert</i>	48

Medizin	
<i>Medica 2001: Zahlreiche Innovationen</i>	50
<i>Repetitorium: Leberzirrhose</i>	52
<i>Diabetes mellitus: Volkskrankheit auf dem Vormarsch</i>	56
<i>Depressive Patienten: Vom Herztod bedroht</i>	58
<i>Präventivmedizin: Schutz vor Alzheimer</i>	59
<i>Krankenhaussterblichkeit: Risiko am Wochenende</i>	60
Formular Nebenwirkungen	62
Veranstaltungen	63
Praxismanagement	
<i>Neues Mietrecht: Änderungen für Mieter und Vermieter</i>	76
<i>Patientenstamm: Die Suche nach dem idealen Patienten</i>	78
Finanzen	
<i>Schnäppchenjagd: Niedriges Zinsniveau lässt sich nutzen</i>	80
<i>Immobilien: Tilgungsaussetzung</i>	83
Internationales	
<i>Polen: Versicherungssystem im Wandel</i>	84
Historisches	
<i>Aufgeschlossen: Kleine Geschichte des Zahnschlüssels</i>	86
<i>Neuheiten</i>	90
Bekanntmachungen	
<i>KZBV: Satzungsänderung</i>	96
Impressum	104
Letzte Nachrichten	133
Zu guter Letzt	136

Laserunterstützte Therapie

■ Zum Fortbildungsteil „Implantologie“ in zm 23/2001:

Mit großem Interesse habe ich den oben genannten Fortbildungsteil gelesen. Als langjähriger Laseranwender hat mich besonders gefreut, dass von Frau Ratka-Krüger und Koautoren auch die laserunterstützte Therapie angesprochen wurde, aber eben leider nur angesprochen – mit einer In-vitro-Studie und einem Fallbericht, beide von 1997. Im folgenden Abschnitt wird dann die Schlussfolgerung gezogen, echte Reosseointegrationen seien nicht zu verwirklichen, da eine vollständige Dekontamination der Implantatoberfläche zum gegenwärtigen Zeitpunkt technisch nicht zu realisieren wäre.

Die Autoren müssen sich den Vorwurf einer ungenauen Literaturrecherche gefallen lassen: Von unserer Arbeitsgruppe konnten am Beagle-Hund nach CO₂-Laser-assistierter Periimplantitis-Therapie echte Knochenreappositionen im histologischen Präparat nachgewiesen werden. Die Histologien wurden von Herrn Professor Dr. Dr. Donath angefertigt. Die Ergebnisse wurden unter anderem in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (2000) und im Journal of Oral and Maxillofacial Implants (2001) publiziert.

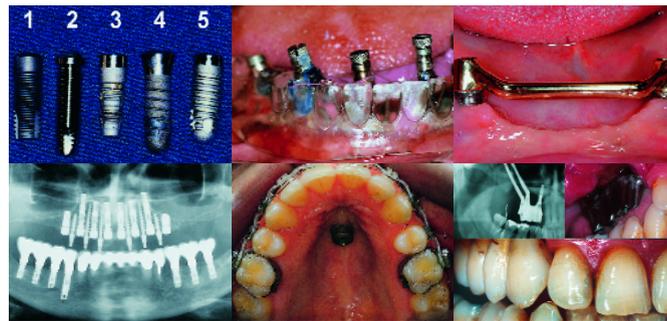
PD Dr. Dr. Herbert Deppe
Ismaninger Straße 22
81675 München

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

Ideale Lösung

■ Zum Fortbildungsteil in zm 23/2001 „Erfolgsaussichten implantologischer Maßnahmen“:

Zu dem hervorragenden Artikel eine Anmerkung und Ergänzung beziehungsweise Berichtigung: Die beiden Autoren Dr. Dr. Gernot Weibrich und Dr. Dr. Bilal Al-Nawas schreiben unten auf Seite 2752: „Doppelkronen auf Implantaten sollten wegen der Gefahr späterer technischer Komplikationen vermieden werden [Schaller and Richter, 2000]“. Diese Aussage trifft heute nicht mehr zu und darf so



als überholt gelten. Nur in ganz bestimmten Fällen sind Doppelkronen auf Implantaten nicht möglich. Die Unterscheidung liegt in der Implantatbauart begründet.

Bei Implantaten, die über eine Hexa, Okta oder ähnliche Konstruktion mit dem Aufbauteil verbunden sind, ist diese Verbindung nicht kraftschlüssig. Sie weist, wenn auch nur ein minimales, Spiel auf. Somit unterliegen diese Verbindungen einer minimalen Rotation, sowie einer minimalen Verschiebbarkeit und genau das macht sie für die Verwendung der Doppelkronen ungeeignet und führt zu „technischen Komplikationen“. Bei allen Implantaten, die eine kraftschlüssige Verbindung zum Aufbauteil aufweisen, wie etwa die Konusverbindung, sind Doppel-

kronen problemlos möglich; ja sie stellen oft die ideale Lösung dar. Schon seit Jahren kommen Doppelkronen auf Implantaten erfolgreich zum Einsatz; mit steigender Tendenz. Einige Implantatfirmen haben bereits Aufbauteile mit konfektionierten Doppelkronen auf den Markt gebracht. Des Weiteren sind Doppelkronen auf Implantaten besser zu reinigen als zum Beispiel Stegverbindungen. Insbesondere bei älteren Menschen, bei denen oft die Pflege nachlässt, kann die Stegverbindung zum Reinigungsproblem werden.

Doppelkronen auf Implantaten sind ästhetischer als Stegverbindungen. Was vor allem beim Krankenhausaufenthalt so empfunden wird, wenn die Prothese abgenommen werden muss, oder nicht mehr getragen werden kann; insbesondere Frauen fürchten dies sehr.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Doppelkronen auf Implantaten stellen eine sichere und ästhetische Lösung dar. Voraussetzung ist eine kraftschlüssige Verbindung Implantat/Aufbauteil. Die Erfolgsaussichten sind als hoch zu bewerten.

ZA J. Schuhmacher
Westl. Gleisbergstraße 8
76831 Billigheim-Ingelheim

Zweimal erfunden

■ Zum Bericht „Zahnärztetag im Saarland“ in zm 22/2001:

In zm 22 berichten Sie vom Zahnärztetag Saarland über einen „Pilotstudiengang“, in dem Zahnmedizin- und Medizinstudenten alle vorklinischen Kurse und Vorlesungen gemeinsam besuchen. Dieses Projekt ist bislang einzigartig in der Bundesrepublik, schreiben Sie. Das stimmt nur bedingt – nämlich für die alten Bundesländer!

Ich habe 1966 in Rostock mein Studium für Stomatologie begonnen und habe es 1971 in Berlin beendet. Wir hatten in Rostock alle praktischen und theoretischen vorklinischen Kurse gemeinsam und uneingeschränkt mit den Humanmedizinern und haben in der Woche verteilt unsere Propädeutikkurse und speziellen zahnmedizinischen Vorlesungen zusätzlich absolviert. Die Berliner Universität hat nach dem gleichen Verfahren unterrichtet. Diese beiden Universitäten kenne ich aus eigenem Studium und ich nehme an, dass alle DDR-Universitäten zu diesem Zeitpunkt nach diesem Plan verfahren sind. Es wäre doch sicher möglich und rationell, die Erfahrungen der Lehrer von damals zu nutzen und so gute Erfahrungen zu übernehmen beziehungsweise nicht so Bewährtes gleich noch einmal zu überdenken. Wir sprechen in Deutschland immer vom Sparen und vom rationalen Einsatz der Mittel – speziell auch im Gesundheitsbereich und in der Bildung – Erfahrungsaustausch ist eine preiswerte Investition! Muss „das Fahrrad wirklich immer zweimal erfunden werden“?

Dr. Helgard Röder
Frankfurter Allee 111
10247 Berlin

Hand und Fuß

■ Zum Beitrag „Markierte Wege durch den Dschungel“ in zm 22/2001:

Fortbildung sollte nicht derart laienhaft im Bildtext präsentiert werden, vor allem dann, wenn Hygienesituationen simuliert werden. Wird der Mundschutz nun halb heruntergezogen, ganz heruntergezogen oder gar nicht getragen? Wenn er nicht über die Nase reicht und einlagig, wie auf Seite 44 gezeigt, dient er nur einer Alibifunktion! Die ZMF auf Seite 47 oben ist zu bedauern. Muss sie doch alles alleine zustande bringen: Absaugen, Scalen und vieles mehr. Dazu trägt sie ihre Alltagskleidung weit außerhalb der Kittelärmel. Eine ZMF oder DH ist nur so gut wie ihre Assistenz, auch wenn das manche Zahnärzte nicht gerne hören. Und überschlagt Euch nicht in der Perfektion am „liegenden Patienten“. Gesichtsbogenübertragung und Abformung sind doch aus gutem Grund viel entspannter am sitzenden Patienten.

Also Fortbildung vor einem solch großen zm-Publikum präsentiert, muss schon Hand und Fuß haben. Dazu gehört natürlich auch, dass die ZMF auf Seite 49 oben die Demozahnbürste nicht mit dem „Bleistiftgriff“ demonstriert, sie könnte von ihrem Patienten in dieser Hinsicht viel lernen! Andernfalls wären weniger Bilder mehr!

Dr. Fritz Haun
Wilhelmplatz 1
53111 Bonn

Schizophren

■ Zum Leserbrief „Kostengünstige Alternativen“ in zm 24/2001:

Die Kooperation der HEK mit „alternativen“ zahntechnischen Anbietern in Osteuropa verdeutlicht, wie schizophren das deutsche Sozialsystem geworden ist. Einerseits haben wir (gerade auch durch die hohen Sozialabgaben) einen Spitzenplatz bei den Lohnnebenkosten. Mit diesen Kosten wird zu einem nicht unerheblichen Anteil auch der „Wasserkopf“ der Verwaltung finanziert. Andererseits „graben sich“ die Versicherungen das eigene Wasser ab, indem nicht nur für zahnärztliche Leistungen sondern auch für die Laborleistungen gerade das osteuropäische Ausland propagiert wird (welches sich in Bezug auf die „Sozialstaatlichkeit“ nicht besonders verdient macht). Man könnte es als „Beißen der Hand, welche einen füttert“ bezeichnen. Möglicherweise bieten osteuropäische Versicherer auch wesentlich günstigere Sätze an, als es die heimischen tun (?). Wenn wir auf einen europäischen Gesundheitsmarkt herauswollen, dann bitte unter gleichen Bedingungen und in allen Bereichen, nicht nur auf Seiten der (so genannten) „Leistungserbringer“ ...

Dirk Leisenberg
Ringstraße 52b
36396 Steinau

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen
Postfach 41 0168
50 861 Köln
Tel.: 0221-4001-252
Fax: 0221-4001-253
E-Mail: zm@kzbv.de
ISDN: 0221-94002 81



Aufrecht bleiben

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die CDU/CSU-Fraktion im deutschen Bundestag hat ihre „K-Frage“ geklärt. Mit Edmund Stoibers Kanzlerkandidatur hat der Wahlkampf begonnen.

Für uns Zahnärzte beginnt jetzt eine Zeit erhöhter Wachsamkeit, in der wir unsere Ziele mit noch größerer Intensität und Deutlichkeit verfolgen müssen. Denn die Erfahrung vergangener Wahljahre hat gezeigt, dass Einsichten, politischer Pragmatismus, Absprachen, im Zweifelsfall sogar Verordnungen und Gesetze nur begrenzt Verlässlichkeit bieten, sobald in der Politik erst einmal die Zeit des Taktierens Richtung „Wahlvolk“ eingeläutet ist.

Einziges Maßstab für das Handeln der Parlamentarier ist dann das Werben um Stimmen für den Sitz in der nächsten Legislaturperiode. Das Instrument der Wahl ist, wen wundert's, die kurzfristig angelegte Stimmungsmache in der Bevölkerung – ohne Rücksicht auf absehbare langfristige Verluste.

Fokus unseres Handelns kann deshalb bis zur Bundestagswahl nicht allein die Überzeugungsarbeit im politischen Bereich sein. Gerade jetzt muss es vor allem darum gehen, die Allianzen mit den Wählern, unseren Patienten, zu stärken. Vor allem in unseren Praxen liegt die Chance, selbst in Wahlzeiten politischen Druck und damit

auch die Aufmerksamkeit für unser Konzept zu verschaffen.

Dass hier der richtige, empfindlich trefende Ansatz liegt, weiß auch die Politik. Nicht umsonst reagieren die gegenwärtigen Entscheider äußerst allergisch auf direkte Aktivitäten der Leistungsträger zur Aufklärung ihrer Patienten über die Situation im deutschen Gesundheitswesen. Jeder Versuch, die fatalen Konsequenzen gegenwärtiger Politik aufzuzeigen, erzeugt massiven Protest und Druck seitens der Regierenden.

Diese aggressive Stimmungsmache traf die vom Freien Verband der deutschen Zahnärzte gemeinsam mit dem Hartmannbund gestartete Aktion zur Aufklärung über die gesundheitspolitischen Vorhaben, sie könnte auch der in diesem Frühjahr wieder startenden bundesweiten Kampagne zum „Zukunftsmodell Zahnarztpraxis“ blühen.

Doch gerade in Wahlkampfzeiten wäre es falsch, angesichts des rigorosen Protektionismus politischer Machthaber unser Rückgrat zu verlieren. Unser Ziel muss bleiben, auch den letzten Patienten davon zu überzeugen, dass weitere Flickschusterei am Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur Lösung der drängenden Probleme im Gesundheitswesen beitragen kann. Es muss jedem klar werden, dass begrenzte Mittel keine unbegrenzten Leistungen ermöglichen.

Daran wird auch die rigorose Ablehnung der amtierenden Gesundheitsministerin zum Thema Vertrags- und Wahlleistungen nichts ändern. Pauschalverurteilungen, wonach Ärzte und Zahnärzte mit ihren Vorschlägen nur eigene Pfründe wahren wollen, sind – das wissen selbst die rot-grünen Machthaber – immer weniger in der Öffentlichkeit zu vermitteln. Unsere Argumente stimmen, wirklich gangbare Alternativen zeigt zurzeit keiner auf.

Im Gegenteil: Angesichts der immer auffälligeren Konzeptionslosigkeit von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt erhält unser aufrechter, mit aller Sachlichkeit betriebene Widerstand zusätzliche Bedeutung. Das kurslose Herumschlingern und die hektische, spontane Betriebsamkeit erzeugen immer mehr Fehler, die letztlich Patienten wie auch Leistungsträgern empfindlich schaden.

Selbst noch vorhandene Grundfesten unseres Gesundheitssystems, wie die freie Arztwahl oder das Arztgeheimnis, sind inzwischen mehr und mehr in Frage gestellt. Modelle, wie integrierte Versorgung, Einzelverträge oder Datenpools, markieren die Anfänge einer fortschreitenden Entrechtung unseres Berufsstandes. Diesen Anfängen müssen wir auch künftig entschlossen entgegentreten, so uns unsere Freiberuflichkeit noch etwas wert ist.

Hier geht es darum, vorsorgende Auffangpositionen zu schaffen, bevor es zu einer endgültigen Bevormundung durch staatliche Planwirtschaft kommen kann. Der Weg ist markiert. Die Weichen für ein geschlossenes Handeln der Zahnärzteschaft sind auf den Jahresversammlungen der berufspolitischen Säulen des letzten Jahres gestellt worden. Jetzt gilt es – gerade auch für den im Februar in Berlin zu wählenden neuen Vorstand der KZBV – diesen Weg beharrlich und aufrecht fortzusetzen.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Karl Horst Schirbort
Vorsitzender der KZBV

Hartmannbund

Bundesweite Aktionen zur Wahl

Mit zehn Wahlprüfsteinen will der Hartmannbund die Politik vor der Bundestagswahl zur Offenbarung ihrer gesundheitspolitischen Ziele herausfordern. Außerdem startete er zusammen mit dem Freien Verband deutscher Zahnärzte und dem Verband Physikalische Therapie eine bundesweite Plakat-Aktion unter dem Motto „Wahltag ist Wahltag“ und „Wahltag ist Gesundheitstag“. Mit den Plakaten in einer Auflage von 120 000 Exemplaren sollen die Patienten in Arztpraxen für gesundheitspolitische Probleme sensibilisiert werden. Unter www.wahltag-ist-gesundheitstag.de ist eine Homepage geschaltet mit einem „Kummerkasten für Ärzte und Patienten und der Möglichkeit eines Diskussionsforums. Am 13. Februar findet in Halle ein „Gesundheitspolitischer Aschermittwoch“ statt. Auf einer Fülle von regionalen und lokalen Veranstaltungen wird der Verband mit der rot-grünen Gesundheitspolitik abrechnen. Auf der Bundesversammlung am 7. September in Dortmund wird ein Resümee der Wahlprüfsteine vorgelegt. Die Kernforderung von Hartmannbund-Vorsitzendem Dr. Hans-Jürgen Thomas und FVDZ-Vorstandsmitglied Dr. Kurt Geritz auf der gemeinsamen Pressekonzferenz in Berlin war die schnelle Einführung eines Konzeptes von Grund- und Wahlleistungen. Der Hartmannbund plädierte für eine Neudefinition des Pflichtleistungskataloges der GKV, der FVDZ forderte die Regierung auf, sich stärker für Wettbewerb und Eigenverantwortung einzusetzen.

pr/pm/ÄZ



Foto: Hartmannbund

Uniklinik Benjamin Franklin

Kritik an roten Schließungsplänen

Der Präsident der Berliner Zahnärztekammer, Dr. Christian Bolstorff, hat die Pläne zur Schließung der medizinischen Fakultät an der FU Berlin kritisiert. „Die im Koalitionsvertrag von SPD und PDS angekündigte Umwandlung des Universitätsklinikums Benjamin Franklin in ein Schwerpunktkrankenhaus bedeutet das Ende des zahnmedizinischen Fachbereichs“, so Bolstorff.

Die Halbwertzeit parlamentarischer Zusagen verfällt nach Ansicht der Kammer rapide –

noch vor wenigen Wochen hätten sich die Parteien im Abgeordnetenhaus für den Erhalt der Fakultät ausgesprochen. Dieses Verhalten grenze an einen Skandal.

„Die Zahnärztekammer Berlin nimmt den Schließungsbeschluss mit großer Sorge um den Wissenschaftsstandort Berlin zur Kenntnis“, so Bolstorff. Er hofft, dass Wege gefunden werden, um den Beschluss zu revidieren. „Wir werden alle Anstrengungen unternehmen, an der Sicherung der FU Medizin mitzuwirken.“ dev/pm

KBV-Studie

Dramatischer Ärztemangel droht

„Dem deutschen Gesundheitswesen drohen die Ärzte auszugehen.“ Dieses Fazit zog Dr. Manfred Richter-Reichhelm in Berlin anlässlich der Vorstellung einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung der Zahl und Altersstruktur der Ärzte in Deutschland. „Insbesondere die hausärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern steht vor dem Kollaps, wenn keine geeigneten Gegenmaßnahmen ergriffen werden“, warnte der Erste Vorsitzende der KBV. Auch einzelne Facharztgruppen hätten bald massive Nachwuchsprobleme. „Wir brauchen dringend mehr junge Ärztinnen und Ärzte, um eine flächendeckende medizinische Versorgung und die individuelle Betreuung aller Patienten, unabhängig von deren Wohnort und Einkommen, zu gewährleisten“, sagte Richter-Reichhelm. Erschreckend sei insbesondere, wie viele Ärzte auch nach Abschluss des Studiums ihren Beruf nicht in der Patientenversorgung suchen, sondern in anderen Berufsfeldern ergreifen.

pr/pm



Foto: EyeWire

Kieferorthopädie in Krems

Probleme mit Weiterbildung

Der in Deutschland praktizierte duale Weiterbildungsweg in Klinik und Praxis, der im internationalen Vergleich einzigartig ist, hat sich nach übereinstimmender Expertenmeinung bewährt. Da die Zahl der eine Weiterbildung beginnenden Zahnärzte allenfalls durch die Zahl der zur Weiterbildung berechtigten Praxen indirekt begrenzt ist, entsteht an der Schnittstelle von der Praxis zur Klinik zwangsläufig ein Flaschenhals-Effekt. Dieser führt unter anderem dazu, dass von den Bewerbern teilweise ein Klinikjahr im Ausland absolviert wird. Mitunter kommt es dabei zu Problemen bei der späteren Anerkennung dieses Weiterbildungsabschnittes in Deutschland.

So ist es verständlich, dass eine in jüngerer Vergangenheit bekannt gemachte Offerte der Donau-Universität Krems auf großes Interesse gestoßen ist. Dort wird ein Postgraduierten-Studium in verschiedenen Fachrichtungen, darunter auch Kieferorthopädie, angeboten, das nach fünf Halbjahren mit dem Erwerb eines Master-Degrees abgeschlossen werden kann.

Da es sich um eine staatlich anerkannte Hochschule handelt, ist der dort verliehene Titel den geltenden Gesetzen entsprechend in Deutschland zu führen. Er berechtigt jedoch nicht zur Führung einer Gebietsbezeichnung „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“.

Die beiden Weiterbildungsausschüsse der Bundeszahnärztekammer für die Fachgebiete Kieferorthopädie und Oralchirurgie haben im November vergange-

nen Jahres darüber hinaus übereinstimmend festgestellt, dass das Postgraduierten-Studium auch keinen Ersatz für das Klinikjahr einer ansonsten in Deutschland absolvierten Weiterbildung darstellt. Einen Umweg über Krems zum begehrten Fachzahnarztstitel gibt es also nicht.

mk

Datenschutzbeauftragter

BKK missachten Patientenschutz

Der Hamburgische Datenschutzbeauftragte Hans-Hermann Schrader hat der Betriebskrankenkasse (BKK) die Missachtung des Datenschutzes von Krankenhauspatienten vorgeworfen. „Die BKK Hamburg widersetzt sich den Vorgaben des Gesetzes“, kritisierte Schrader.

Die Kasse verlangt von Ärzten die Übersendung von Krankenakten oder Arztberichten, um die Krankenhausbehandlung von Versicherten zu überprüfen. Nach dem Sozialgesetzbuch dürfen diese Unterlagen aber nicht von der Krankenkasse selbst eingesehen werden, sondern nur vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Nur wenn der Versicherte zuvor schriftlich eingewilligt hat, dürfen die Krankenkassen im Einzelfall von den Kliniken die ärztlichen Unterlagen anfordern. Dies dürfe aber nur der Prüfung dienen, ob der MDK eingeschaltet worden ist.

BKK-Vorstand Herbert Schulz wies die Vorwürfe zurück. Nach einer „überlangen Verweildauer“ in Hamburger Krankenhäusern hatte die BKK Schritte zur Überprüfung der Krankenhauspflege eingeleitet. pr/dpa

Dr. Dr. Weitkamp zu Gast beim Bundespräsidenten

Neujahrsempfang



Foto: Bundesbildstelle

Am 9. Januar 2002 gab Bundespräsident Dr. Johannes Rau (m.) seinen traditionellen Neujahrsempfang für Vertreter aus Politik und Gesellschaft. Unter den Gästen begrüßte er auch den Präsidenten der Bundeszahnärztkammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. Mit dem BZÄK-Präsidenten wurde erstmals seit Bestehen dieser Republik ein Zahnarzt in diesen Kreis eingeladen.

BZÄK

Entwurf der Approbationsordnung für Ärzte

Studenten protestieren

Mit bundesweit angelegten Demonstrationen unter dem Motto „Dr. Theoreticus“ protestierten Medizinstudenten am 16. Januar 2002 gegen den aktuellen Entwurf der ärztlichen Approbationsordnung. Die Neuregelung sieht unter anderem vor, die drei bisher bestehenden Staatsexamina zu einer einzigen Prüfung zusammen zu schließen. Dieses Examen soll am Ende des Studiums, nach dem praktischen Jahr (PJ), stattfinden. Unterstützung erhalten die Studenten bei ihrem Protest, der von der Fachtagung Medizin e.V. initiiert wurde, durch den Hartmannbund. Dr. Klaus-Peter Schaps, Vorsitzender des Hartmannbund-Arbeitskreises „Ausbil-

dung, Weiterbildung und Niederlassung“ sowie Vorstandsmitglied des Ausschusses „Medizinstudenten im HB“: „Dieses ‚Hammerexamen‘ wird lediglich zu einer Verlängerung des zwölfsemestrigen Studiums um mindestens ein Semester führen.“ Während des PJs, in dem die Mediziner voll in die Krankenversorgung eingebunden sind, erklärt Schaps, bleibe keine Zeit, um sich auf den vier Semester umfassenden Examensstoff vorzubereiten. Die Folge: Man hänge ein Lernsemester an und stehe noch später dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.

pr/pm

Online-Apotheke

Boom bei Doc Morris

Die niederländische Internet-Apotheke Doc Morris bleibt auf Wachstumskurs. Seit dem Start am 8. Juni 2000 konnte die Apotheke mit Sitz im niederländischen Landgraaf 68 000 Kunden für sich gewinnen. Sie bescheren hier allein im vierten Quartal 2001 mehr als 25 000 Aufträge. Im letzten Quartal 2000 waren es 6 300 Aufträge. Einmalbestellungen, etwa aus Neugier oder zu Testzwecken, spielen für Doc Morris kaum noch eine Rolle. Nach Angaben des Unterneh-

mens beziehen heute etwa drei Viertel der Kunden ihren Arzneimittelbedarf regelmäßig bei der niederländischen Online-Apotheke. Doc Morris profitiert davon, dass mittlerweile fast alle deutschen Krankenkassen ihren Kunden die bei der Apotheke eingereichten Rezepte erstatten und zum Teil auch auf das Angebot aufmerksam machen. „Seit uns die Krankenkassen unterstützen, sind wir explosionsartig gewachsen“, sagt Marketingleiter Jens Apermann.

pr/ÄZ

Sammelaktion

Zahngold erfüllt Herzenswünsche

Die im vergangenen Jahr von der zahnärztlichen Basisgruppe Westfalen-Lippe in Steinfurt initiierte Zahngold-Sammelaktion ist mit großem Erfolg abgeschlossen worden. Die Patienten der zahnärztlichen Praxen in Steinfurt, Altenberge, Nordwalde, Horstmar und Laer spendeten Zahngold im Wert von DM 89 257,49 (45 636,63 Euro). Den Erlös erhält der Verein „Herzenswünsche Münster“, dessen Aufgabe in der Betreuung schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher liegt. Auf der Jahreshauptversammlung gab der Vorsitzende der Bezirksstelle, Dr.

Rolf Saatjohann, Horstmar, den Erlös bekannt, der nach der Scheidung des Edelmetalls durch die Degussa nun dem guten Zweck dienen soll. Die Finanzierung von Klimakuren auf Gran Canaria für an Mukoviszidose erkrankte Kinder wird durch eine solche Spende ermöglicht, aber auch die Erfüllung mancher Träume und „Herzenswünsche“, die den Lebensmut vieler oft unheilbar erkrankter Kinder stärkt.

Die Zahngold-Sammelaktion der Steinfurter Zahnärzte soll in diesem Jahr vorgesetzt werden.

pr/pm



Foto: Thoorns



Aktion bei zm-online

Unwort des Jahres wurde gewählt

Einen Monat lang – von Mitte Dezember bis Mitte Januar – konnten die Leser unseres Internet-Dienstes zm-online ihr Votum abgeben. Mehr als 750 Stimmen wurden bei der Umfrage zum „Zahnärztlichen Unwort des Jahres 2001“ gezählt. Jetzt steht das Ergebnis fest – Sieger wurde das Unwort „Leistungserbringer“. Unsere Top Ten (siehe Tabelle) geben einen Überblick der anderen Bestplatzierten. Nicht mehr in der Wertung, aber auch ganz gut: „absolut pulpatoxisch“, „floatender Punktwert“ und „Gleichwertigkeitsprüfung“. Die zm-Redaktion bedankt sich bei allen, die mit abgestimmt und auch eigene Vorschläge gemacht haben. dev

Zahnärztliche Unworte des Jahres 2001

Die Top Ten

Platz/Unwort	Stimmen
1 Leistungserbringer	206
2 Budget	122
3 zertifizierter Kollege	106
4 Einkaufsmodelle	103
5 Datenpool	74
6 Risikostrukturausgleich	55
7 Gesundheitsreform	23
8 Disease-Management	18
9 Entlastungsassistent	10
10 integrierte Versorgung	8

Westfalen-Lippe

Arbeitskreis EUREGIO tagte

Zahnärzte aus den Niederlanden, Belgien und Deutschland trafen sich am 10. und 11. Januar 2002 in Münster zu ihrer zweiten Arbeitssitzung, um für den Bereich der EUREGIO grenzüberschreitende zahnmedizinische Thematik zu erörtern.

Dieses Projekt zielt darauf ab, mit Unterstützung der Wissenschaft die Europäisierung der unterschiedlichen Gesundheitssysteme im grenzüberschreitenden Bereich voranzutreiben. Diskutiert werden schwerpunktmäßig Themen der zahnmedizinischen Qualitätssicherung, der Niederlassung, der unterschiedlichen Strukturen in den beteiligten Ländern sowie Inhalte von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Die Repräsentanten der Zahnärztervertreter aus den Niederlanden und Belgien sowie der Zahnärztekammer Nordrhein in Düsseldorf und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe in Münster, wollen so für die Gesundheitspolitiker ihrer Länder Grundlagen erarbeiten, um einen fundierten Beitrag zum allmählichen Angleich der europäischen Gesundheitssysteme zu leisten.

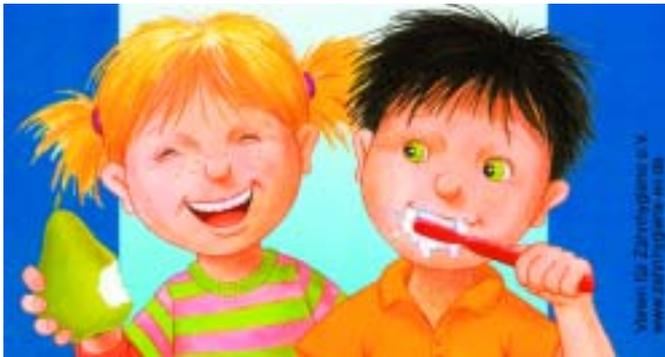
Diese Arbeit, die zukünftig durch namhafte Hochschullehrer der Universitäten aus den beteiligten Ländern begleitet wird, soll in erste Linie grenzüberschreitende zahnmedizinische Behandlungen für deutsche, niederländische und belgische Patienten fördern und damit dem europäischen Gedanken in unserer Region weitere Impulse verleihen. sp/pm

Verein für Zahnhygiene e.V.

Ein Kinderspiel für gesunde Zähne

„Putzmunter“, das neue, lustige Brettspiel für Kinder ab vier Jahren, soll das Interesse der Kleinen am Thema „Zahngesundheit“ wecken. Hinter Spannung

ständige Anleitung erklärt den Eltern, wie sie das Spiel besonders effektiv einsetzen können. Selbst mancher Erwachsene wird dabei etwas zum Thema



und Witz steht ein bewährtes, pädagogisches Lernkonzept, mit dem die Regeln für gesunde Zähne kinderleicht und mit Spaß vermittelt werden.

Der Spielverlauf knüpft an die Erfahrungswelt der Kinder an und stellt den Weg vom Kindergarten bis zur Schule dar. Eine ver-

„Zahngesundheit“ dazulernen. Das pädagogische Lernkonzept ist in Zusammenarbeit mit Kindern entstanden und in umfangreichen Tests geprüft worden. Zu beziehen ist „Putzmunter“ zu einem Preis von zirka 22,40 Euro, beim Verein für Zahnhygiene e.V. sp

Euro

Erste Allergien in Spanien

Der Euro macht manche Menschen allergisch. In Spanien sind erstmals seit Einführung des neuen Bargelds mehrere Fälle von Nickelallergie durch die Ein- und Zwei-Euro-Münzen bekannt geworden.

Wie die Zeitung „La Vanguardia“ berichtete, meldeten sich in Barcelona bereits rund 20 Menschen mit Entzündungen und Hautrötungen an den Händen im Krankenhaus. Der Mediziner Alvaro Cadahia ist überzeugt, dass die Zahl der Fälle noch steigen wird. In Deutschland rechnet der Ärzteverband Deutscher

Allergologen nicht mit mehr Nickelallergien durch den Euro. „Das Niveau wird gleich bleiben“, sagte Verbandssprecher Werner Bauch.



Der Nickelgehalt im silberfarbenen Teil der Euro-Münzen liegt mit 25 Prozent genauso hoch wie beim ausgemusterten D-Mark-„Silbergeld“. pr/dpa

Immer dicker

Kinder in Amerika

Zwischen den Jahren 1986 und 1996 hat sich die Zahl übergewichtiger Kinder unter den schwarzen Amerikanern und unter den US-Bürgern spanischer Abstammung mehr als verdoppelt. Auch unter den weißen Kindern nahm der Anteil Übergewichtiger um 50 Prozent zu. Zurzeit ist jedes fünfte schwarze oder spanisch-amerikanische Kind zwischen vier und zwölf Jahren übergewichtig. Unter den weißen Kindern beträgt der Anteil dicker Kinder 12,3 Prozent berichtet die Zeitschrift der amerikanischen Ärzteorganisation, Jama, so die Jama vom 12. Dezember 2001. thy

Winterdepression

Johanniskraut

Die Wirksamkeit von Johanniskraut gegen Depression ist inzwischen durch Dutzende von Studien belegt, berichtet der Ravensburger Psychiater Prof. Dr. Volker Faust. Die Therapieerfolge liegen bei 60 bis 70 Prozent und sind damit so hoch wie bei den synthetischen Antidepressiva. Das pflanzliche Heilmittel eignet sich auch zur Behandlung der Winterdepression, auch Lichtmangel-Depression oder saisonale affektive Störung (SAD) genannt. Zu den ungewöhnlichen Symptomen gehören Heißhunger statt Appetitlosigkeit und Schlafsucht statt Schlaflosigkeit. Die Winterdepression kann durch eine künstliche Lichttherapie, oft jedoch auch schon durch mehr körperliche Aktivität bei Tag und im Freien behandelt werden. Auch Johanniskraut zeige eine gute Wirkung. thy

Räumliche Bilder

3D-Darstellung des Gesichts

Die Tübinger Uniklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie hat das einzige Gerät zur „videogestützten dreidimensionalen Oberflächenanalyse“ im Einsatz, das es derzeit in Deutschland gibt. Mit diesem Gerät kann ein Körper dreidimensional vermessen und dargestellt werden. Neben den Operationen bei Lippenspaltbedingten Gesichtsmisbildungen wird der 3-D-Oberflächen-Scanner zurzeit auch bei Kindern mit Kraniosynostose, einer vorzeitigen Verknöcherung von Schädelnähten eingesetzt. In Zukunft ist auch eine Verwendung bei



Foto: Uni Tübingen

kieferverlagernden Eingriffen geplant. Von insgesamt sechs Videokameras werden digitale Bilder bereitgestellt, die im angeschlossenen Computer so bearbeitet werden, dass ein räumliches Bild entsteht. Zunächst wird ein im Infrarotbereich auf die Oberfläche projiziertes Muster von vier so genannten Geometrie-Kameras erfasst. Der Computer generiert dann daraus ein räumliches Bild dieser Oberfläche. Zwei weitere Kameras liefern Aufnahmen der Textur, die per Computer über die aufgenommene Oberfläche gelegt wird. Mit der so entstandenen dreidimensionalen Abbildung sind Vermessungen und 360 Grad Darstellungen von Körpern möglich. sp/ut

Suizid**Ärztinnen sind häufig depressiv**

Die Selbstmordrate deutscher Ärzte liegt 1,3- bis 1,6-fach höher als die Suizidrate der allgemein Bevölkerung, berichtet Dr. Frank König von der Fachklinik für Psychosomatik in Murnau im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 47. Besonders häufig scheiden Ärztinnen über 50 Jahre freiwillig aus dem Leben. Für die häufigere Depressivität von Ärztinnen wird die Doppelbelastung durch Beruf und Mutterrolle als wesentlicher Faktor angenommen. Als besonders selbstmordgefährdet gelten Facharztgruppen, deren Alltag durch einen hohen emotionalen Stress gezeichnet ist. So lag das Selbstmordrisiko amerikanischer Ärztinnen in der Notfallaufnahme mit 5,8 Prozent deutlich höher als die Selbstmordrate von Ärztinnen in der Neurologie, Psychiatrie oder Dermatologie mit 0,6 Prozent. thy



Foto: PhotoDisc

Ess-Störung

Pica ist bislang unbekannt

Pica pica ist der lateinische Name der Elster. Elstern picken wahllos alles mögliche mit ihrem Schnabel auf, um es für den Nestbau zu verwenden. Als Pica bezeichnen Wissenschaftler eine qualitative Störung des Appetits mit ähnlichen Verhaltensweisen, berichtet Dr. Steffen Heger vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim in der „Deutschen

Ess-Störung**Pica ist bislang unbekannt**

Medizinischen Wochenschrift“: „Pica-Patienten können sehr unterschiedliche Dinge zu sich nehmen, von Asche über Erde, Farben, Gras, Haare, Holz, Insekten, Kaffeesatz, Kalk, Kartoffelschalen, Kaugummi, Lehm, Papier, Steine, Textilien bis zur Zahnpasta“.

Man unterscheidet zwischen grundsätzlich genießbaren (Food-Pica) und nicht genießbaren Objekten (Non-Food-Pica). Zuverlässige Daten über die Häufigkeit dieser Erkrankung sind nicht verfügbar. Dr. Heger empfiehlt seinen Kollegen, insbesondere dann, wenn ein Patient über unerklärliche Bauchbeschwerden klagt, neben anderen Ess-Störungen auch die Pica als mögliche Ursache in Erwägung zu ziehen, wie die DMW 2001; 126: 1435 bis 1439 schreibt. thy

Keine Außenseiter

Hochbegabte Kinder

Hochbegabte Kinder sind keine Außenseiter ohne soziale Kontakte und langweilen sich auch nicht im Unterricht, wie häufig angenommen wird. Eine Studie über Hochbegabung zeigt, dass die Anzahl der „Wunderkinder“, die im Unterricht unterfordert sind, überraschend gering ist. Nur 20 Prozent gaben an, kein Interesse am Unterricht zu haben. Wenn man bedenkt, dass sich unter durchschnittlich Begabten sicherlich auch jeder fünfte in der Schule langweilt, so unterscheiden sich hier die Hochbegabten nicht so sehr von ihren Mitschülern.

151 Hochbegabte wurden vom dritten Schuljahr an bis zu ihrem 20. Lebensjahr begleitet. Das Klischee wird durch die Studie nicht bestätigt. Unter Einbeziehung

Keine Außenseiter**Hochbegabte Kinder**

von Fragen nach dem sozialen Umfeld ergibt sich kein Hinweis darauf, dass Hochbegabte weniger sozial angepasst sind als Kinder und Jugendliche. Auffällig war, dass Hochbegabte anspruchsvoller mit dem Begriff

„Freund“ umgingen. Sie prüften genauer die Qualität ihrer sozialen Beziehungen. Jedoch sind sie nicht isolierter oder unglücklicher als durchschnittlich Begabte.

Die gängigen Vorurteile kommen dadurch zustande, dass viele Untersuchungen auf sehr kleinen Stichproben von fünf bis zehn Hochbegabten basieren. Andere Forscher haben sich an Institutionen gewandt, in der Problemfälle aufgetreten waren. So kam es zu Verzerrungen in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit. sp



Foto: MEV

DGZ**Zusatzqualifikation verliehen**

Am 16. 01. 2002 absolvierten die ersten drei Zahnärzte das Prüfungsgespräch im Rahmen des Qualifizierungsprogrammes der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung. Dr. Rainer Haak, Köln, PD Dr. Burkhard Hugo, Würzburg, und Dr. Michael J. Wicht, Köln, erwarben damit die Bezeichnung „Zahnarzt mit Zusatzqualifikation in Zahnerhaltung (präventiv und restaurativ)“ der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung. sp

Ausschreibung**Hygienepreis 2002**

Der jetzt ausgeschriebene S&M/DAHZ-Hygienepreis 2002 der Schülke & Mayr GmbH ist mit 3000 Euro dotiert und wird

anlässlich der 34. DAHZ-Jahrestagung im Dezember 2002 in Hamburg verliehen. Einsendeschluss ist der 31. Mai 2002. Es können bereits veröffentlichte Beiträge aus den Jahren 2000 und 2001,

aber auch noch nicht bekannte Arbeiten eingereicht werden, die sich mit dem Thema „Infektionsschutz in der Oralmedizin“ befassen und für die fachspezifische hygienische Arbeitssicherheit von Bedeutung sein können.

Die Schülke & Mayr GmbH hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit ihrer Forschungs-, Entwicklungs-, Produktions- und Informationsarbeit um die ständige Verbesserung der Arbeitsmittel und Verfahren für die hygienische Arbeitssicherheit vor allem in der zahnärztlichen Praxis bemüht. Mit der von ihr unterstützten Gründung des Deutschen Arbeitskreises für die Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) im Jahre 1979, mit den seit 1989 von ihr gesponserten fünf Ausgaben des DAHZ-Leitfadens und der Stiftung des S&M/DAHZ-Hygienepreises 2000 hat das Unternehmen die Tradition seiner Förderaktivitäten fortgesetzt.

Die Beiträge können als Publikation, Manuskript und/oder Video eingereicht werden.

Näheres bei der Fachredaktion Dental, Haskenstraße 7, 56335 Neuhäusel, Tel.: 02620/345, Fax: 02620/8892. sp/DAHZ

Parteien gefragt



Foto: zfm-Archiv

Die unterschiedlichen Auffassungen über eine Reform sind noch nicht wahlprogramatisch fixiert. Parteitagsbeschlüsse und Arbeitspapiere lassen aber schon Konturen erkennen. Alle Parteien wollen mehr Transparenz ins System bringen, auf neudeutsch „Controlling“. Dies fordert jedem Anbieter von Gesundheitsleistungen weitere Leistungen ab. Wer zahlt das Honorar dafür? Kein Parteipolitiker kann so naiv sein, angemessene Leistungen nicht auch angemessen honorieren zu wollen, ohne den Protest der Leistungserbringer zu provozieren. Ob sich Transparenz durch Ersparnisse selbst finanziert, ist noch zu beweisen.

Das soziale Krankenversicherungssystem Deutschlands kann die demografische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt zugleich nicht mehr bewältigen. Alle Bundestagsparteien sprechen davon, dass nur eine tiefer greifende Reform Abhilfe schaffen kann. Der wünschenswerte gesellschaftspolitische Konsens über deren Details liegt aber in weiter Ferne.

Übereinstimmend fordern die Parteien mehr Prävention, aber mit unterschiedlichen Finanzierungsvorstellungen. So hat die CDU-Vorsitzende Angela Merkel vorgeschlagen, präventive Maßnahmen verstärkt zu fördern und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Fast zeitgleich hat der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) angeregt, Präventionsmaßnahmen aus der Alkohol- und Tabaksteuer zu finanzieren. Der CDU-Gesundheitspolitiker Ulf Fink rät zu einem „ressortübergreifenden Aktionsprogramm

Prävention“. Ähnlich der Parteitag der CDU Anfang Dezember: Prävention sei als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu vermitteln. Nach Finks Auffassung sollte ein Präventionsgesetz verstreute Ansätze zur Prävention zusammenführen.

In diesem Zusammenhang erscheint es bemerkenswert, dass die deutschen Zahnärzterverbände die Prävention nicht nur programmatisch vertreten, sondern bereits in die Praxis getragen haben. Der Erfolg gibt ihnen Recht, beispielsweise bei verbesserter Mundgesundheit unter Jugendlichen. Die amtierende Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat dies

lobend hervorgehoben. In diesem Fall hat mittelständisches Unternehmertum auch ohne gesetzliche Vorgabe funktioniert.

Während wettbewerbsorientierte Transparenz und Eigenverantwortung der Patienten mehr oder weniger bei allen Parteien eine Rolle spielen, liegen die Vorstellungen zu differenzierten solidarisch finanzierten Vertrags- und individuell finanzierten Wahlleistungen, wie sie die Zahnärzte seit langem fordern, kontrovers bis zu den teilweise unterschiedlichen Begriffen, die dafür verwandt werden. Frau Schmidt lehnt eine Aufteilung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen ab. Es gibt andere SPD-Politiker, die solche Vorschläge erwägen.

Sie hängen eng mit dem Wunsch nach mehr Kostenbewusstsein zusammen. Dass nicht nur die Leistungsanbieterseite, sondern auch die Versorgungsmentalität mancher Patienten das Sozialsystem mitunter überbeanspruchen, wird im Wahlkampf aber kaum ein Politiker mit der erforderlichen Deutlichkeit in die Debatte werfen mögen. Das könnte Stimmen kosten. Die Grünen betonen einen Katalog mit allen notwendigen Leistungen. Wünschenswert wären dazu präzise Angaben, was nicht notwendige Leistungen sind. Die CDU fordert einen Leistungskatalog mit Kern- und Wahlleistungen sowie Selbstbehalttarife. Die CSU hält dies nur für umsetzbar, wenn der Leistungsbereich klar abzugrenzen sei, beispielsweise beim Zahnersatz. Die FDP will die Kostenerstattung statt der Sachleistung sowie Selbstbeteiligungen. Die Liberalen wollen feste Preise für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bei leistungsgerechter Vergütung sowie Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten von Patienten, verbunden mit Boni.

Diese Beispiele zeigen Richtungen an. Freilich hat bisher noch keine Parteienkonstellation, solange sie in der Regierung war, die Kraft für wirklich umfassende Reformen bewiesen. Nur die PDS bietet in dieser Hinsicht keine Angriffsfläche ... aus Mangel an Gelegenheit. Überdies kommt sie in diesen Zeilen nicht zur Sache vor, weil mehrfache Bitten des Autors um Material oder informierenden Rückruf aus der PDS-Bundestagsfraktion unberücksichtigt blieben. Alle Parteien haben sich aber jetzt einem gesellschaftspolitischen Druck zu stellen. Er ist nicht mehr beiseite zu schieben, und Reformansätze sind nicht nochmals zu verplempern wie in der laufenden Legislaturperiode. Allein die erneut steigenden Krankenkassenbeiträge sind dafür ein ausreichendes Argument.

Dr. Rudi Mews

Freier Korrespondent in Berlin

■ Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Klinikum in Nöten

Ist Benjamin noch zu retten?

Der rot-rote Senat will ihm ganz offenkundig an den Kragen – und ein Aufschrei des Entsetzens geht durch das Volk. „Rettet Benjamin Franklin“ lautet nun schon seit Tagen der Titel einer festen Rubrik in einer lokalen Tageszeitung. Eindrucksvoll und eindringlich werden hier Argumente für den Erhalt des Uni-Klinikums aufgeführt und diskutiert.

„Unverzichtbar“ sei das „UKBF“, so die Lokal-Gazette, „für den Wissenschaftsstandort Berlin mit seinem internationalen Renommee, für unsere Stadt“. Deswegen sei auch ganz klar, womit Wowereit, Gysi und Co. zu rechnen haben, wenn sie an den Schließungsplänen festhalten: „Protest“ und „Kampf“. Die Rettungsaktion hat bereits begonnen. Ganz klassisch wer-

den Unterschriften gesammelt, von Ärzten, Wissenschaftlern, Studenten, Klinik-Mitarbeitern und besagter Tageszeitung. Rund 60.000 Protest-Signaturen waren Ende vergangenen Monats bereits an den Regierenden Bürgermeister weitergeleitet worden. Wowereit zeigte sich wenig

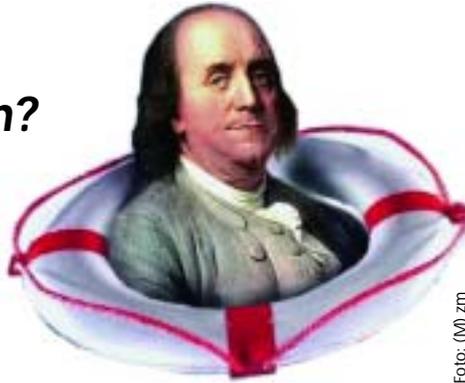


Foto: (M) zm

beeindruckt: „Das ist mir alles egal“, soll seine Reaktion gelaftet haben. Benjamin Franklin bleibt in Seenot. dev

„Gesundheitsbus“ on Tour

Die rollende Zahnarztpraxis

Berlins Drogenabhängige werden bei Zahnschmerzen ab sofort auf der Straße behandelt. Denn seit Mitte vergangenen Monats gibt es jetzt zahnmedizinische Versorgung im „Gesundheitsbus“, einer mobilen Praxis, welche zentrale Treffpunkte der Drogenszene anfährt. Die Initiative hierzu ging aus von Marina Bracht, einer Ärztin und Zahnärztin beim Verein „Fixpunkt“. Bereits seit längerem wird im „Gesundheitsbus“ eine medizinische Grundversorgung angeboten. Die zahnärztliche Behandlungseinheit wurde von der Berliner Zahnärztekammer als Dauerleihgabe zur Verfügung gestellt. Mit einem Aufruf will die Kammer jetzt gespendetes Verbrauchsmaterial sammeln und niedergelassene Zahnärzte für eine ehrenamtliche Mitarbeit im „Gesundheitsbus“ gewinnen. dev/pm

Aufgeschnappt und angespitzt

■ **Berlin, die Hauptstadt der Ehemaligen: Ex-Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer ist jetzt auch Ex-Bundestagsabgeordnetenkandidatin und Benjamin Franklin ist demnächst Namenspatron einer Ex-Uniklinik. Eines ist aber positiv an dem Ganzen: Aus einem Ex-Autobus wurde nämlich eine rollende Zahnarztpraxis.**



Foto: MEV

Ex-Ministerin wurde abgewählt

Schlechte Karten für Andrea



Foto: Dancetzi

Das Plenum jubelte und applaudierte, stempfte und grölte. Nur die einsame Ex-Gesundheitsministerin war tief bestürzt und den Tränen nahe. Als die Berliner Grünen vor einigen Tagen die Landesliste ihrer Bundestagskandidaten aufstellten, hatte An-

drea Fischer so schlechte Karten wie noch nie. Nur 104 von 702 Stimmen – das reichte einfach nicht, um sich gegen die Mitbewerber durchzusetzen. Listenplatz Nummer Eins ging an Verbraucherschutzministerin Renate Künast, das Rennen um den zweiten Platz machte der ehemalige DDR-Bürgerrechtler Werner Schulz. Und für Fischer kam's noch dicker: Selbst der dritte Rang auf der Liste – der ohnehin nur eine Art Nachrückerfunktion besitzt – ging nicht an sie, sondern an Frau Kollegin Bundestagsabgeordnete Franziska Eichstädt-Bohlig.

Naja, vielleicht tröstet es die gestürzte Ex-Ministerin ja, dass sie nicht als Einzige von der Partei-Basis abgewatscht wurde. Auch der linke Bundestagsabgeordnete Hans-Christian Ströbele blieb auf der Strecke; er unterlag dem Ost-Grünen Schulz mit 259 zu 355 Stimmen. „Für meine politische Positionierung ist das ein Rückschlag“, so Ströbeles säuerlicher Kommentar. Ähnlich prägnante Statements von Andrea Fischer wurden indes nicht vernommen. dev



Foto: Dohlius

■ **Weitere Infos zu Berliner Hilfsprojekten gibt's auf Seite 28.**

Gesetzesänderung seit Januar 2002

Sozialgerichtliche Verfahren werden teurer

Thomas Muschallik

Nach einem langen Gesetzgebungsverfahren ist im vergangenen Monat das sechste Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (6. SGGÄndG) in Kraft getreten. Auch für Verfahren im Bereich des Vertragszahnarztrecht wurden wesentliche Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes vorgenommen – mit unmittelbaren Auswirkungen.

Gerichtskosten steigen deutlich an

Ein wesentliches Ziel des Gesetzgebers war eine deutliche Anhebung der seit mehr als 30 Jahren unveränderten Gerichtsgebühren. Die bisher geltenden Pauschalgebühren wurden grundsätzlich beibehalten, aber auf das Dreifache erhöht. Die ansonsten grundsätzliche Kostenfreiheit des sozialgerichtlichen Verfahrens wurde zudem auf sozial besonders schutzwürdige Personengruppen (Versicherte, Leistungsempfänger, Behinderte oder deren Rechtsnachfolger) begrenzt. Soweit in einem Verfahren – etwa bei vertragszahnärztlichen Fragestellungen – weder Kläger noch Beklagter zum besonders sozial schutzwürdigen Personenkreis zählen, sind darüber hinaus die Pauschalgebühren nicht anwendbar. In diesem Fall sind die Gerichtskosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes zu berechnen, also nach dem jeweiligen Streitwert. Damit sind nochmals deutlich höhere Gerichtskosten verbunden, wobei lediglich eine Begrenzung des Streitwertes auf 2,5 Millionen Euro erfolgt ist.

Werden alle Instanzen vom Sozialgericht über das Landessozialgericht bis zum Bundessozialgericht durchlaufen, liegt somit das gesamte Prozesskostenrisiko für die Gerichtsgebühren bei zurzeit knapp maximal 120 000 Euro. Hinzu kommen gegebenenfalls Rechtsanwaltsgebühren,

die ebenfalls auf der Grundlage eines Streitwertes bis zu 2,5 Millionen Euro zu berechnen sind. Bei Durchlaufen des Instanzenzuges betragen diese Gebühren zurzeit maximal etwa 65 000 Euro.

Wird das Verfahren verloren, sind nicht nur Gerichtsgebühren und eigene Anwaltskosten, sondern auch die Kosten der prozes-

sualen Vertretung aller anderen Beteiligten zu tragen; zum Beispiel der beigeladenen Landesverbände oder Bundesverbände der Krankenkassen. In einem derartigen Verfahren summiert sich das gesamte Prozesskostenrisiko auf bis zu 700 000 Euro.

Dass es sich nicht um eine theoretische Summe handelt, hat das Verfahren der KZBV gegen einen Schiedsspruch des Bundesschiedsamtes gezeigt. Hier wurden alleine Anwaltsgebühren in Höhe von rund einer Million Mark festgesetzt. Dabei ist deutlich geworden, dass Sozialgerichte dazu neigen, auch bei nicht vermögens-



Werden in einem Verfahren alle Instanzen durchlaufen – vom Sozialgericht bis zum Bundessozialgericht – können die Kosten auf 120 000 Euro steigen.

Foto: MEV

rechtlichen Streitigkeiten hohe Streitwerte anzunehmen.

Diese Tendenz ist nun auch vom Gesetzgeber aufgegriffen worden. Er hat die Höchstgrenze für den Streitwert mit zweieinhalb Millionen Euro wesentlich höher angesetzt, als es noch im Gesetzgebungsverfahren mit einer Million Mark erwogen wurde. Damit sollte ein gewisser Abschreckungseffekt erreicht werden, was auch in der Begründung des Gesetzentwurfes deutlich wird. Demnach sollen die neuen Gebührenregelungen die Anzahl offensichtlich unbegründeter Klagen, Anträge oder Rechtsmittel spürbar verringern.

Angesichts der erheblich gestiegenen Prozesskostenrisiken dürfte nicht nur dieses Ziel erreicht werden. Auch dürfte die Erlangung von Rechtsschutz in aussichtsreichen Fallgestaltungen wesentlich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht werden. Das gilt auch für den einzelnen Vertragszahnarzt, denn selbst mit Verfahren, die zum Beispiel in Zulassungsangelegenheiten einen Streitwert von rund 100 000 Euro erreichen können, ist jetzt ein Prozesskostenrisiko in Höhe von zirka 20 000 Euro verbunden – und das alleine für die Gerichtskosten und den eigenen Rechtsanwalt.

Im Gesetzgebungsverfahren ist für die KZBV mehrfach darauf hingewiesen worden, dass es sich bei diesen (nicht seltenen) Fallgestaltungen um die Existenzgründung eines Berufsanfängers im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung handelt. Daher sei durchaus von einer sozialen Schutzbedürftigkeit auszugehen. Dieser Hinweis hat sich jedoch gegenüber dem vorrangigen Ziel einer Verbesserung der Kostenbilanz der Sozialgerichtsbarkeit ebenso wenig durchsetzen können, wie der Hinweis darauf, dass es sich dabei um eine Einbruchstelle in die bisherige Kostenfreiheit des Verfahrens handelt, die den Keim weiterer Einschränkungen in sich trägt.

Wie dominant diese Zielrichtung ist, wird auch dadurch deutlich, dass die Möglichkeit zur Auflegung so genannter Mutwilenskosten durch das Gericht im SGG wesentlich ausgeweitet worden ist. Einem Verfahrensbeteiligten können (gemäß § 192

SGG) nun Gerichtskosten mindestens in Höhe einer Pauschalgebühr auch dann auferlegt werden, wenn durch sein Verschulden die Verhandlung verzögert wird oder er den Rechtsstreit fortführt, obwohl er durch das Gericht auf die offensichtliche Ausichtslosigkeit hingewiesen worden ist.

Aufschiebende Wirkung neu geregelt

Ein weiteres zentrales Anliegen des Gesetzgebers war es, den bisher im SGG nur rudimentär geregelten einstweiligen Rechtsschutz speziell für das sozialgerichtliche Verfahren näher auszugestalten. Daher finden sich jetzt in den §§ 86 a und b SGG allgemeine Bestimmungen zur

■ aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage;

■ Anordnung oder Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung;

■ Anordnung der sofortigen Vollziehung eines Verwaltungsaktes durch das Gericht.

Die grundsätzlich aufschiebende Wirkung des Widerspruchs und der Anfechtungsklage entfällt danach unter anderem, wenn die sofortige Vollziehung des Verwaltungsaktes im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten angeordnet worden ist. Das Gericht der Hauptsache kann auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen oder wiederherstellen oder die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise anordnen. Ferner besteht auch die Möglichkeit, im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufigen Rechtsschutz zu erhalten.

Diese allgemeinen Bestimmungen des SGG werden jedoch für den Bereich des Vertragszahnarztrechtes weitgehend ausgeschlossen – und zwar durch § 86 a Abs. 2 Nr. 4 SGG und die darauf aufbauenden Sonderbestimmungen im SGB V. Keine aufschiebende Wirkung haben somit

■ Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung gemäß dem neu angefügten § 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V;

■ Klage gegen die Festsetzung des Schiedsammtes (§ 89 Abs. 1 Satz 5, Abs. 1 a Satz 3 SGB V);

■ Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung (§ 106 Abs. 5 Satz 7 SGB V).

In derartigen Verfahren sind Kläger somit darauf verwiesen, gegebenenfalls neben dem Hauptsacheverfahren eine einstweilige Anordnung (§ 86 b SGG) zu erwirken.

Weitere Neuregelungen

Durch verschiedene Einzelmaßnahmen soll das sozialgerichtliche Verfahren darüber hinaus beschleunigt und gestrafft werden. Insbesondere ist in so genannten Massenverfahren, in denen die Beiladung von mehr als 20 Personen in Betracht kommt, die Beiladung vereinfacht worden. Diese erfolgt nach einem entsprechenden Beschluss des Gerichtes nur dann, wenn solche Personen die Beiladung innerhalb einer bestimmten Frist beantragen (§ 75 Abs. 2 a SGG).

Die Möglichkeit einer Vorabentscheidung über entscheidungserhebliche Sach- und Rechtsfragen durch Zwischenurteil ist in § 130 Abs. 2 SGG eingeführt worden. Der Vorsitzende ist durch die Neufassung des § 155 Abs. 2 SGG ermächtigt worden, in dringenden Fällen im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes alleine zu entscheiden.

Fazit

Die verfahrensrechtlichen Änderungen dürften für den einzelnen Vertragszahnarzt regelmäßig ohne weitere Konsequenzen bleiben. Vor Einleitung eines sozialgerichtlichen Verfahrens wird er jedoch gründlicher als schon bisher die regelmäßig deutlich gestiegenen Prozesskostenrisiken ermitteln und bewerten müssen.

*Dr. Thomas Muschallik
Universitätsstr. 73
50931 Köln*

Flemming Dental dementiert Gerüchte und erläutert seine Strategie

Statt Börsengang gibt's Expansion

Von seinen Kritikern wird das Hamburger Unternehmen Fleming Dental gerne als „Fielmann der Dentalbranche“ oder als „Kamps der Labor-techniker“ bezeichnet. Ein „Discounter“ sei das Unternehmen, ein „Preis-drücker“. Umso aufmerksamer beobachtet die Wirtschaftswelt die jüngsten Entwicklungen und Gerüchte rund um den Filialisten von der Elbe.

Die Nachricht kam selbst für Dr. Klaus Lange, den Geschäftsführer von Fleming Dental, überraschend. Wie das Magazin „Wirtschaftswoche“ erfahren haben wollte, plane sein Unternehmen, an die Börse zu gehen – und zwar möglichst noch in diesem Jahr. Als sie das schwarz auf weiß vor sich hatten, wären sie fast aus allen Wolken gefallen, so die Pressestelle. Trotzdem hätte das Unternehmen nicht auf die Ente reagiert, sondern die Falschmeldung auf sich beruhen lassen.

„Ein Börsengang ist für Fleming Dental grundsätzlich in den nächsten Jahren denkbar“, so das Unternehmen auf Nachfrage der zm-Redaktion, „auch wenn konkrete Pläne für die nächsten zwei Jahre nicht vorliegen.“ Hierzu habe auch das „katastrophale Börsenjahr 2001“ beigetragen –

schließlich solle ein Börsengang in einem positiven Umfeld erfolgen, und das sei angesichts der mauen Wirtschaftslage in Deutschland in nächster Zeit kaum zu erwarten. Seit 1996 krepelt die Hamburger „Flemming Holding GmbH & Co. KG“ die deutsche Zahn-technikerbranche um. Ähnlich wie in einem Franchise-System schließen sich einzelne Laboratorien der Fleming-Gruppe an oder werden aufgekauft. Die Hamburger Zentrale betreut und unterstützt sie in Technik-, Buchhaltungs- und Marketingfragen. Das soll nicht nur den einzelnen Dentallaboren nutzen, sondern auch dem Kunden – sprich: dem Zahnarzt. Denn der erhält, so Fleming, „höchstes Qualitätsniveau“ bei „sämtlichen zahntechnischen Leistungen“. Auch der Patient selbst soll vom Labor-Verbund profitieren: Eine kostenlose „ZahnCard“ gibt ihm eine umfassende Garantie auf seinen Zahnersatz.

Branchen-Primus

Mit dieser Strategie wurde Fleming binnen kurzer Zeit zum Primus der Branche. Insgesamt 87 Labore haben sich dem Unternehmen angeschlossen; in nahezu jeder größeren Stadt gibt es eine Niederlassung. Der Umsatz lag im Jahr 2000 bei rund 100 Millionen Euro. Von den mehr als 2 500 Mitarbeitern sind rund 360 in der Lehre – was Fleming zum größten Ausbilder in der Branche macht.



Foto: Fleming

Dr. Klaus Lange, Geschäftsführer von Fleming Dental, setzt auf Expansion.

Und die Expansion geht weiter. „Flemming Dental hat in Deutschland derzeit einen Marktanteil von etwa drei Prozent“, so das Unternehmen.

„Auf mittlere Sicht von fünf Jahren streben wir einen Marktanteil von zehn Prozent an.“ Was in etwa einer Zahl von 250 Dentallaboren in Deutschland entspräche. Wobei auch das europäische Ausland für Fleming zunehmend interessanter wird. Neun Niederlassungen gibt es mittlerweile in Schweden, Großbritannien und Lettland.

Aber der Erfolg hat nicht nur Neider, sondern auch Kritiker. Die netzwerkartige Expansion der Fleming-Gruppe hat die Gewerkschaft auf den Plan gerufen. Der IG Metall-Hauptvorstand in Hamburg kritisiert die Überstundenregelungen und die leistungsbezogene Entlohnung bei Fleming Dental.

„Das ist eine Unternehmensphilosophie, die wir nicht ändern können“, sagt Ingrid Kairat von der IG Metall. Die Arbeit der Betriebsräte in den Fleming-Niederlassungen, so ihre Beobachtung, „stellt sich als schwierig dar“. Auch aus diesem Grund hat die IG Metall auf ihren Internetseiten jetzt ein mit Passwort geschütztes Forum für Fleming-Betriebsräte eingerichtet – als Kummerkasten und Kontaktbörse.

Die gewerkschaftliche Forderung nach einem Flächentarifvertrag im Zahntechnikerhandwerk wird von Fleming Dental negativ gesehen. „Wir halten mehr von Eigenverantwortung denn von Gleichmacherei“, so die Position der Hamburger. „Leistungsfähige Mitarbeiter, die die Stütze des Unternehmens sind, müssen besser bezahlt werden als schwächere Mitarbeiter.“



Fast 90 Labore in ganz Deutschland haben sich mittlerweile der Hamburger Gruppe angeschlossen.

Forsa-Umfrage

Überraschend deutliche Ansichten

82 Prozent der Deutschen sind mit der medizinischen Versorgung beim Zahnarzt zufrieden – Haus- und Facharzt werden deutlich auf ihre Plätze verwiesen. Ein erfreuliches Ergebnis einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des Gesundheitsministeriums. Und auch bei anderen Fragen waren die Antworten überraschend eindeutig.

Gesundheitspolitik wird zum Wahlkampfthema bei der diesjährigen Bundestagswahl. Verständlich, dass Gesundheitsministerin Ulla Schmidt wissen möchte, wie das Wahlvolk die Gesundheitspolitik und ihre zukünftige Entwicklung einschätzt. Deshalb hat die Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen (Forsa) untersucht, wie die Gesundheitsversorgung in Deutschland von den Bürgern wahrgenommen wird.

Erste Überraschung der Umfrage: Die Bundesbürger zeigen großes Interesse an der Gesundheitspolitik und wissen seit Jahren, dass grundlegende Reformen im Gesund-

mit der medizinischen Versorgung ist sehr unterschiedlich: Während die Zahnärzte auf der Pole-Position vier von fünf Deutschen (82 Prozent) überzeugen konnten, fühlen sich im Krankenhaus nur 48 Prozent gut behandelt. Rund zwei Drittel der Befragten waren mit Haus- und Facharzt zufrieden.

wenn es um die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsversorgung geht. Offensichtlich sind die Deutschen durchaus bereit, mehr Geld als bisher für eine gute medizinische Versorgung zu bezahlen: 80 Prozent der gesetzlich Versicherten erwarten, dass die Krankenkassenbeiträge in den nächsten zwei Jahren steigen werden – 53 Prozent

halten eine Steigerung allerdings für nicht gerechtfertigt.

Und trotzdem: Weniger Leistung bei stabilem Beitrag lehnen die Patienten ab. 78 Prozent nähmen lieber höhere Kosten als sinkende Leistungen in Kauf. Gesundheit hat eben ihren Preis.

Sollte es zu einer Splittung in Wahl- und Grundleistungen kommen, wollen 85 Prozent der Befragten den Zahnersatz weiterhin als Grundleistung. 92 Prozent zählen die Behandlung von unfallbedingten Verletzungen und 84 Prozent Reha-Maßnahmen weiterhin zu den Grundleistungen.

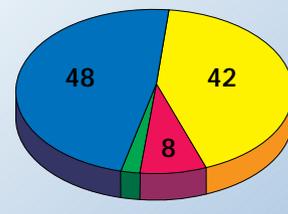
halten eine Steigerung allerdings für nicht gerechtfertigt.

Arznei aus dem Internet

Unerwartet waren auch die Umfrageergebnisse zur Frage des Medikamentenversandhandels. Nur 22 Prozent der Bundesbürger würden die Möglichkeit begrüßen, Medikamente über das Internet bestellen zu können. 74 Prozent würden dies ablehnen.

Knapp zwei Drittel (60 Prozent) wären aber damit einverstanden, wenn ihr Rezept vom Arzt direkt an den Apotheker gesendet würde. Die Mehrheit dieser Befürworter (65 Prozent) würde das Medikament aber lieber selbst abholen wollen, als es per Kurier oder per Post zu empfangen.

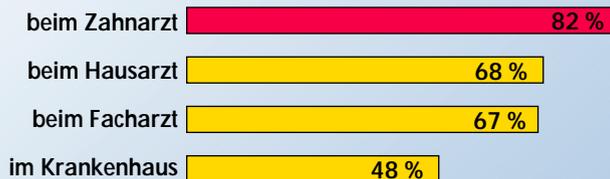
Notwendige Änderungen im Gesundheitswesen



Die Mehrheit aller Bundesbürger glaubt, dass es im Gesundheitswesen Veränderungen geben muss: 48 Prozent halten grundlegende, 42 Prozent kleinere und nur 8 Prozent keine Veränderungen für nötig.

Mit der medizinischen Versorgung beim Zahnarzt sind die meisten Bürger zufrieden. Es folgen der Haus- und der Facharzt. Mit der Behandlung im Krankenhaus sind hingegen weniger Bürger zufrieden.

Die medizinische Versorgung ist gut



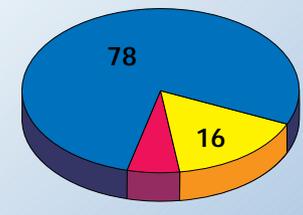
Grafiken: zm, Quelle: forsa

heitsbereich unumgänglich sind. 48 Prozent halten grundlegende, 42 Prozent kleinere Veränderungen für nötig. Mit anderen Worten: 90 Prozent erwarten Veränderungen im Gesundheitswesen. Bei solch deutlichen Zahlen ist schwer zu begreifen, warum sich die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt so schwer tut, Veränderungen – die diese Bezeichnung verdienen – herbeizuführen.

Das Interesse der Deutschen an der Gesundheitspolitik drückt sich auch in der Verfolgung der Berichterstattung aus: Mehr als drei Viertel der Befragten verfolgen die Entwicklung in den Medien regelmäßig (31 Prozent) oder gelegentlich (46 Prozent). Allerdings: Die tatsächliche Zufriedenheit

Privatversicherte sind deutlich zufriedener als der Durchschnitt. Insgesamt sind 66 Prozent der Deutschen zufrieden mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Auf der anderen Seite glauben aber auch 69 Prozent, dass sich die Versorgung in den nächsten fünf Jahren verschlechtern wird. Und 91 Prozent erwarten steigende Kosten in den nächsten fünf Jahren. Keine optimistischen Prognosen. Besonders interessant sind die Umfrageergebnisse,

Beitragserhöhung statt Leistungssenkung



Wenn die Versicherten die Wahl hätten zwischen einer Beitragserhöhung und einer Leistungssenkung würden die meisten (78 %) die Erhöhung des Krankenkassenbeitrags vorziehen.

Berliner Hilfswerk Zahnmedizin: Rückblick 2001

Viel bewegt und viel erreicht

Das Berliner Hilfswerk Zahnmedizin kann auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken. Das besondere Engagement galt Obdachlosen, Drogensüchtigen und den Erdbebenopfern der Türkei.

Vor kurzem gab es Grund zum Feiern: Dr. Christian Bolstorff, Präsident der Berliner Kammer und auch Vorsitzender des Berliner Hilfswerks Zahnmedizin, war herzlich empfangener Ehrengast bei der Einweihung des zweiten Standortes der MUT-Obdachlosenpraxis. Nachdem er bereits mit „aufgekrempeelten Ärmeln“, Schreiben und Spenden sammeln die erste Zahnarztpraxis ans Laufen gebracht hatte, steht nicht zuletzt dank

stützung für Drogensüchtige an. Bereits erreicht ist die Anschaffung eines Zahnarztzockers für eine Ärztin/Zahnärztin, die in einem Bus Drogenabhängige medizinisch versorgt und um Aufbau auch zahnmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten gebeten hatte. Die Übergabe ist bereits verabredet, notwendig werden aber auch Verbrauchsmaterialien. Beide Einrichtungen, sowohl MUT als auch die medizinische Drogenhilfe „Fixpunkt“



des Einsatzes des Berliner Hilfswerks nun auch die zweite. „Dass auch der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Herr Dr. Dr. Weitkamp, es sich nicht nehmen ließ“, so Dr. Bolstorff in seinem Grußwort, „heute zur Einweihungsfeier zu kommen, zeigt Ihnen allen hier im Team, welches Gewicht wir Ihrer Arbeit beimessen, mit wieviel Hochachtung und Bewunderung wir vor so viel Idealismus stehen, und dass wir unsererseits alles tun werden, um Sie weiterhin zu unterstützen.“ Er forderte alle Berliner Bezirke auf, sich dieser Unterstützung anzuschließen, da die Obdachlosen der ganzen Stadt hier versorgt würden und hier eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe erbracht werde.

Hilfe für Drogensüchtige

Auf den großen Einsatz für die zahnärztliche Behandlung Obdachloser ist die Arbeit in Berlin aber nicht begrenzt: Als nächstes steht parallel die zahnmedizinische Unter-

stützung für Drogensüchtige an. Bereits erreicht ist die Anschaffung eines Zahnarztzockers für eine Ärztin/Zahnärztin, die in einem Bus Drogenabhängige medizinisch versorgt und um Aufbau auch zahnmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten gebeten hatte. Die Übergabe ist bereits verabredet, notwendig werden aber auch Verbrauchsmaterialien. Beide Einrichtungen, sowohl MUT als auch die medizinische Drogenhilfe „Fixpunkt“ können Studienergebnisse des Rechtsmedizinischen Institutes der Uni Köln bestätigen, wie wichtig gerade ein Arzt beziehungsweise Zahnarzt als Bezugsperson für Süchtige und aus der Bahn Geratene ist. Drogenabhängige Jugendliche hatten Ärzte als sehr wichtige Ansprechpartner genannt, und auch das MUT-Team konnte erfreut eine positive Bilanz ziehen, da viele Obdachlose nach Aufbau einer Beziehung zum Ärzteteam mittlerweile einen festen Wohnsitz fanden und auch wieder den Mut, den Schritt zurück in die Gesellschaft zu versuchen.

Das Berliner Hilfswerk Zahnmedizin sieht sich daher nicht allein als Beschaffer von „Hardware“, sondern auch als Unterstützer für diese große menschliche Aufgabe. Auch ein entfernter liegender Einsatzplatz für

Berliner Hilfe wurde und wird weiterhin betreut: Nachdem im Jahr 2000 nach dem großen Erdbeben in der Türkei bereits eine mobile Zahnarztpraxis in eines der großen Lager geschickt werden konnte, galt es nun, die Mundhygienebedingungen durch ausreichende Mengen Zahnbürsten zu verbessern. Die Berliner Zahnärzte hatten um 3000 Zahnbürsten gebeten – und dann konnten schließlich fast 10 000 in das Lager der Erdbebenopfer verschickt werden.

Zahnbürsten für die Türkei

Für Dr. Bolstorff, auch im Vorstand der Bundeszahnärztekammer für Soziale Projekte zuständig, ist dies ein wunderbarer Erfolg:

Große Freude über 10 000 gespendete Zahnbürsten in der Türkei (l.) und Einweihung der zweiten MUT-Praxis im Beisein von Dr. Christian Bolstorff (u.m.): Als Mitbringsel gab es die zmdokumentation über das MUT-Projekt.

„Unser Engagement als Zahnärzte geht über die Arbeit in der Praxis und die Behandlung unserer Patienten noch weit hin-



aus – wir sind froh, dass wir die Möglichkeit haben, in hervorragenden Projekten mit dem, was wir leisten können, hilfreich zu sein.“ Dies werde sicher noch leichter werden, wenn demnächst die Erteilung der Gemeinnützigkeit erfolgt sei und Sponsoren damit die Möglichkeit erhalten, ihre Spenden steuerlich abzuschreiben. „Aber auch so war es ein Jahr, auf das wir mit etwas Stolz, vor allem aber mit Freude über den Erfolg zurückblicken können.“, bemerkte der Kammerpräsident.

*Birgit Dohlus
Danckelmannstr. 9
14059 Berlin*

Bergischer Zahnärztetag 2001

Ein Symposium zum Geburtstag

Anlässlich seines 105. Geburtstags richtete der „Bergische Zahnärzterein“ – eine der ältesten zahnärztlichen Fortbildungsgesellschaften Deutschlands – seinen „Zahnärztetag 2001“ als Symposium zum Thema „Medizin und Zahnarztpraxis“ aus. Für die Veranstaltung im Hörsaal des Pathologischen Institutes des Klinikums Barmen konnten namhafte Referenten aus den Wuppertaler Kliniken gewonnen werden.

Prof. Dr. med. Hans-Georg Kempf, Direktor der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, referierte über die enge Beziehung seines Faches zur Zahnmedizin. Die Erkennung tonsillärer Erkrankungen sowie akuter oder chronischer Prozesse der Nasennebenhöhlen, insbesondere der Kieferhöhlen, könnte und sollte durchaus durch den Zahnarzt erfolgen. Natürlich gehört in diesem Fachgebiet die Tumorfürherkennung zu einer der wichtigsten Aufgaben des Zahnarztes. Dabei wurde sogar

rologien gestellt werden konnte. Beeindruckend war, mit welcher Fülle von neuen Präparaten den Patienten heute viel besser als früher geholfen werden kann, zum Beispiel den Patienten mit dem so genannten Cluster-Kopfschmerz.

Über hämatologische Erkrankungen und deren Früherkennung durch den Zahnarzt berichtete Prof. (em.) Dr. med. dent. Manfred Straßburg, früherer Direktor der Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Westdeutschen Kieferklinik

Foto: Bergischer Zahnärzterein



Der Vorsitzende des Bergischen Zahnärztereins, Dr. Hans Roger Kolwes (r.), verlieh Prof. (em.) Dr. Manfred Straßburg die Urkunde über die Ehrenmitgliedschaft.



die im Auditorium nicht unumstrittene These vertreten, dass eine Probeexzision durch den Zahnarzt erfolgen könne, um nicht unnötig Zeit zu verlieren.

Der Direktor der Neurologie und klinischen Neurophysiologie, Prof. Dr. med. Johannes Richard Jörg, berichtete über den neurologischen Problempatienten im zahnärztlichen Behandlungsstuhl. Hierbei stand besonders der epileptische Anfall im Vordergrund seiner Ausführungen, aber auch Formen des Gesichtsschmerzes, die keine zahnärztliche Ursache haben und nur durch eine sorgfältige Anamnese und Untersuchung eindeutig diagnostiziert werden können. Jörg berichtete von oft jahrelangen Irrwegen dieser Patienten, bis nach vielen Zahnextraktionen die eindeutige Diagnose durch einen Neu-

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Wie auch beim neurologischen Problempatienten kommt hier der Anamnese eine fundamentale Bedeutung zu. Nachlässigkeiten in diesem Bereich können fatale Folgen haben, was Straßburg durch eindrucksvolle Fotografien von ausgedehnten Hämatomen und Nachblutungen dokumentierte. Im Anschluss an seinen Vortrag wurde Straßburg die Urkunde über die Ehrenmitgliedschaft im Bergischen Zahnärzterein überreicht. Die Diskussionen zu den Vorträgen verliefen ebenso interessant wie die Referate selbst. Dementsprechend konnten die Veranstalter ein durchweg positives Resümee ziehen.

*Dr. Christoph Sandweg
Holzer Str. 33
42119 Wuppertal*

Die Histologie der Parodontalerkrankungen

Karl Donath

Der Hamburger Oralpathologe war jahrzehntelang Anlaufstelle und wichtiger Kooperationspartner von Wissenschaftlern, die sich mit der Grundlagenforschung der zahnmedizinischen Disziplinen beschäftigten. Mit seiner Hilfe und seinem Kennerblick der Mikrostrukturen der oralen Gewebe haben viele Forschungsschwerpunkte wichtige Fortschritte für das Fach Zahnmedizin erarbeiten können. Hier ist die Histologie der Parodontalerkrankungen als Bildergeschichte dargestellt. Sicherlich ein besonderes Highlight für manchen Praktiker. Da kann die Mikroskopie zum heimlichen Hobby werden.



Der Zahn ist das einzige Organ des menschlichen Körpers, das mit der Umwelt und dem Körperinneren in Verbindung steht (Abbildung 1). Damit über den Zahn keine krankmachenden Prozesse in das Körperinnere vordringen können, hat die Natur drei verschiedene Abwehrschranken eingerichtet:

- die Gingiva (Zahnfleisch) als mechanischen Verschluss des Parodonts,
- das Gefäßsystem in der Gingiva und dem Parodont und schließlich
- den Alveolarknochen.

Die von der Umwelt in der Mundhöhle ausgehenden krankmachenden Prozesse werden vorwiegend durch Bakterien und ihre Toxine ausgelöst. Sie können das Körperinnere auf zwei Wegen erreichen, am häufigsten über das Parodont und selten über die Pulpa nach Zerstörung der Zahnhartsubstanz und des Pulpagewebes.

Zahnfleisch (Gingiva) als mechanische Barriere

Das Zahnfleisch bildet eine mechanische Barriere gegen das Eindringen von Krankheitserregern, insbesondere von Bakterien. Es umgibt die Zahnhalsregion oberhalb der Schmelz-Zementgrenze kragenförmig (Abbildung 2) Es besteht aus dem Zahn-

fleischsaum (freie Gingiva), der in das Mundhöhlenepithel übergeht. Am Zahn geht das Mundhöhlenepithel der freien Gingiva in den Sulkus, die Gingivatasche oder die Parodontaltasche über. Das Sulkus- oder Taschenepithel setzt sich in das Saumepithel fort.

Epithelansatz

Die Anheftung des Saumepithels am Zahn ist nur ultrastrukturell erfassbar und besteht in Hemidesmosomen an einer der Zahn-

oberfläche aufgelagerten Basalmembran. Sie ist ein Produkt der Epithelzellen und wird auch auf Zahnzement und auf freiliegendem Dentin gebildet. Die interne Basalmembran des äußeren Saumepithels geht in die externe Basalmembran über und trennt hier das Epithel vom gingivalen Bindegewebe. Die Verbindung von externer und interner Basalmembran liegt beim jugendlichen gesunden Zahnhalteapparat oberhalb der Schmelz-Zementgrenze (Abbildung 3).



Abb. 1:
Zwei Prämolaren im histologischen Schnitt, die Umwelt und Körperinneres verbinden; Schutzvorrichtungen für das Körperinnere sind die Gingiva als mechanische Barriere, Blutgefäße der Gingiva und des Parodonts, sowie der Alveolarknochen. Alle Abb.: Dünnschliff, Toluidinblau.

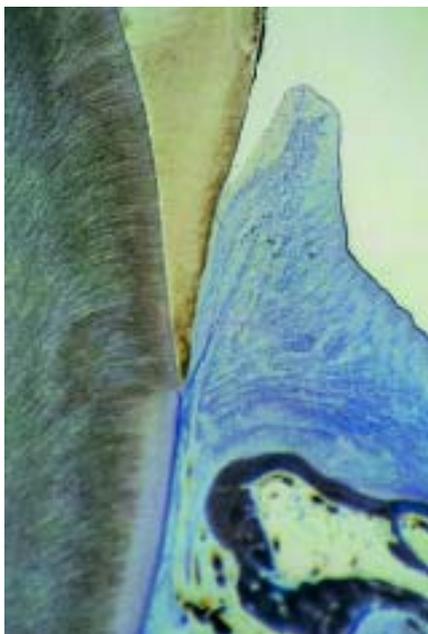


Abb.: 2: Labiale Fläche eines Zahnes mit Übergang vom Schmelz zum Wurzelzement. Darstellung der Gingiva mit Sulkus, Saum-, Sulkus-, oralem Epithel im Abschnitt der freien Gingiva und Alveolarknochen mit einem Abschnitt des Parodont.

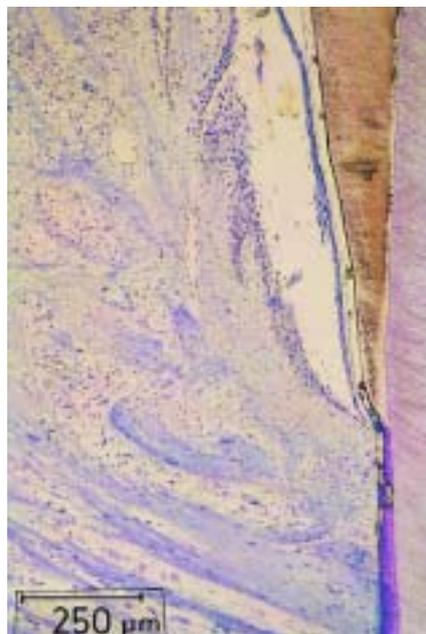


Abb.: 4: Übergang Krone/Wurzel; unter dem äußeren Saumepithel hyalines nicht anfärbares Schmelzoberhäutchen; im Wurzelabschnitt dentogingivale Faserbündel.

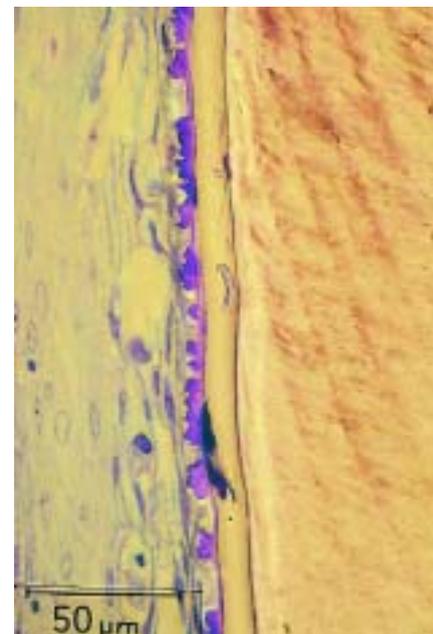


Abb.: 6: Kronenausschnitt mit hyalinem Schmelzoberhäutchen, zementartige Ablagerungen unter reduziertem Schmelzepithel auf dem hyalinen Schmelzoberhäutchen eines im Durchbruch befindlichen Zahnes.

Schmelzoberhäutchen als Verbindungsglied

Gelegentlich sind zwischen Epithel und Zahnkrone zwei andere membranartige Strukturelemente zwischengelagert, die nach Untersuchungen von Schroeder und Listgarten (1971) dem azellulär-afibrillären

Zement und der aus Protein und Mukopolysacchariden bestehenden Cutikula dentis entsprechen.

Nach den Angaben in der Literatur können an einzelnen Zähnen des Ober- und Unterkiefers drei unterschiedliche membranartige Auflagerungen außerhalb des Epithelansatzes gefunden werden, die als primä-

res, sekundäres und tertiäres Schmelzoberhäutchen (SOH) beschrieben werden (Schumacher und Schmidt 1976). Das primäre SOH soll eine 0,2 bis ein Mikrometer dicke Schicht sein, die präeruptiv von den Ameloblasten gebildet wird. Dieses SOH wird nach seinem ersten Beschreiber als Nasmythscher Membran bezeichnet.

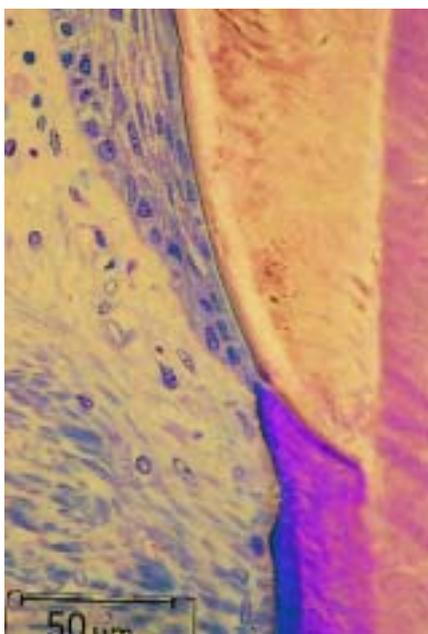


Abb.: 3: Teil einer Zahnkrone mit äußerem und innerem Saumepithel, Wurzelzement mit dentogingivalen Fasern.

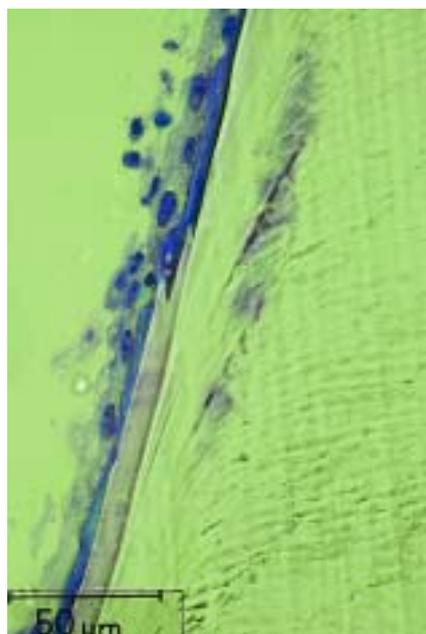


Abb.: 5: Kronenausschnitt mit reduziertem ameloblastischem Epithel, anfärbares Sekretionsprodukt auf einem unvollständig ausgebildeten Schmelzoberhäutchen und direkt auf dem Schmelz.

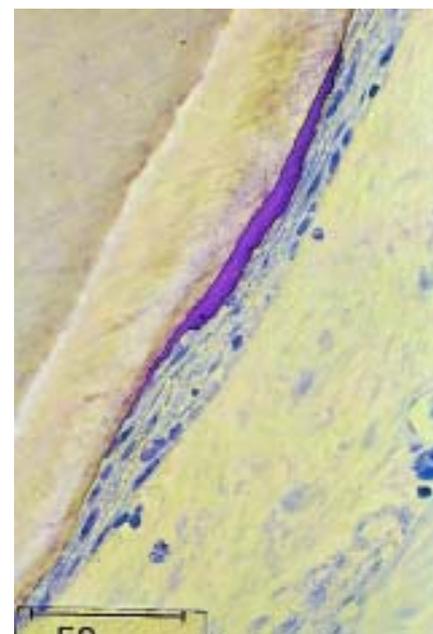


Abb.: 7: Kronenausschnitt mit zementartigen Schmelzauflagerungen unterhalb des reduzierten ameloblastischen Epithels.

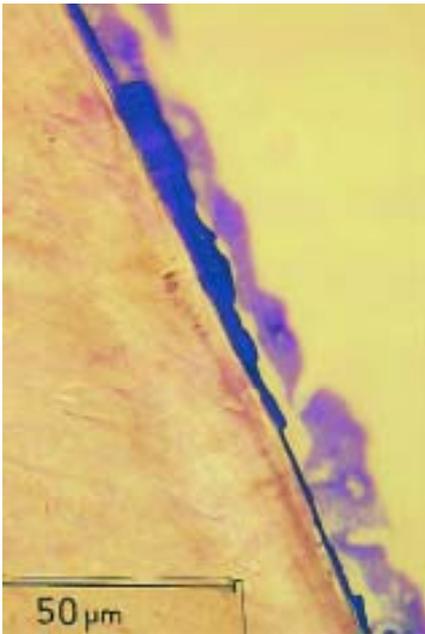


Abb.: 8: Kronenausschnitt mit anfärbarer unterschiedlich dicker Membran unterhalb des reduzierten ameloblastischen Epithels eines gerade durchbrochenen Zahnes.

Das sekundäre SOH hat eine Dicke von zwei bis zehn Mikrometern und soll beim Zahndurchbruch von den Epithelzellen gebildet werden (Gottlieb 1921).

Das tertiäre SOH ist exogener Herkunft und aus Proteinen des Speichels, Bakterien und

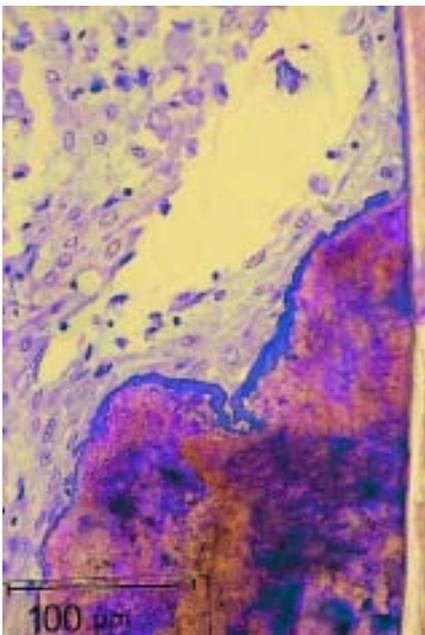


Abb.: 9: Bakterienfreier Zahnstein auf einer Zahnwurzel mit einer anfärbbaren Membran und einem „New Attachment“ des Epithels einer parodontalen Tasche.

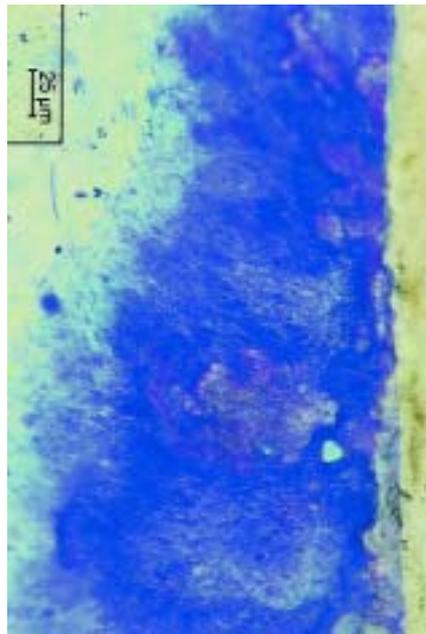


Abb.: 10: Zahnwurzel mit aufgelagerter Plaque und beginnender Zahnsteinbildung; oberflächlich Stäbchen und einzelne Granulozyten.

Speiseresten aufgebaut. Bei den eigenen Untersuchungen von nicht entkalktem Untersuchungsmaterial menschlicher Zähne des Ober- und Unterkiefers konnte kein regelhaft ausgebildetes SOH gefunden werden. Sporadisch waren zwischen reduzier-

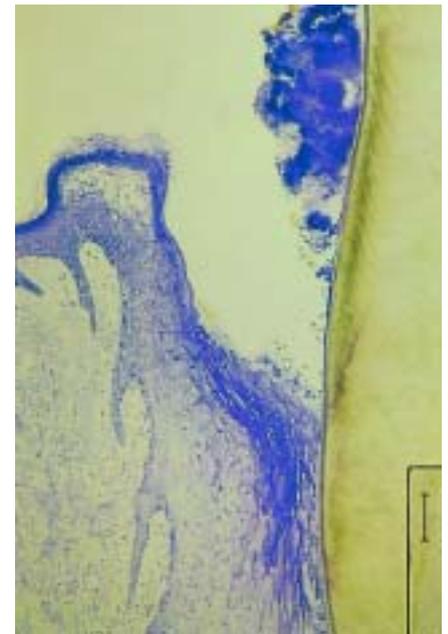


Abb.: 12: Zahnkrone mit Gingiva und beginnender supragingivaler Plaquebildung; frühe Gingivitis mit Epithelproliferation und beginnender Zahnfleischtaschenbildung.

tem ameloblastischen Epithel, unter dem äußeren Saumepithel oder an der freien Schmelzoberfläche verschiedene Schmelzauflagerungen nur bei einzelnen Zähnen der Ober- und Unterkiefer entwickelt. Sie können die Kronenoberfläche ganz (Abbil-

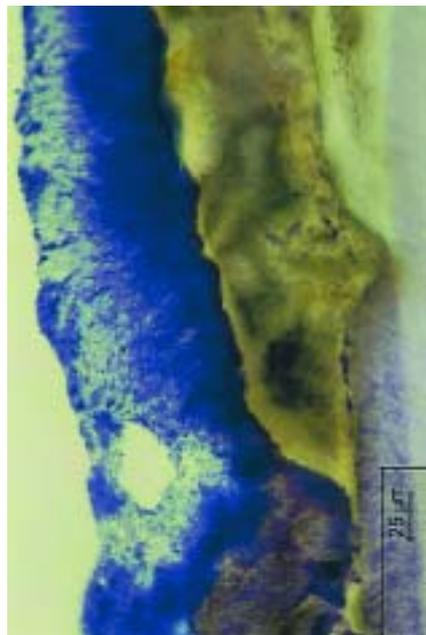


Abb.: 11: Übergang Schmelz/Wurzelzement mit Auflagerungen von Zahnstein und Plaque. Kein Schmelzoberhäutchen unter dem Zahnstein sichtbar.

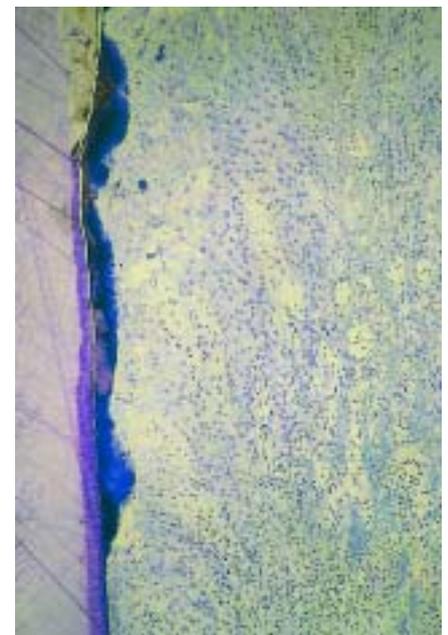


Abb.: 13: Zahnwurzel mit Anschnitt der Krone, subgingivale Plaque auf der Zahnwurzel überkleidet von proliferiertem Taschenepithel, dichte Rundzellinfiltrate im angrenzenden Bindegewebe.

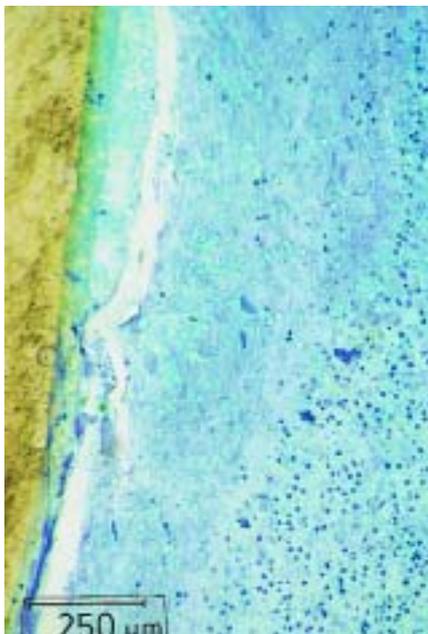


Abb.: 14: Etablierte Gingivitis im Abschnitt der Zahnkrone, Serumproteine auf dem Schmelz und den erweiterten Interzellularräumen des Zahnfleischtaschenepithels; subepithelial dichtes entzündliches Infiltrat aus Rundzellen.

dung 4) oder nur teilweise überkleiden (Abbildung 5) und bestehen aus bandförmigen, hyalinen in der Toluidinblaufärbung negativen SOH.

Ein zweites nur inselartig ausgebildetes Sekretionsprodukt kann dem hyalinen SOH (Abbildung 6) oder dem Schmelz direkt aufgelagert sein (Abbildung 7).

Ein weiteres SOH ist in der Toluidinblaufä-

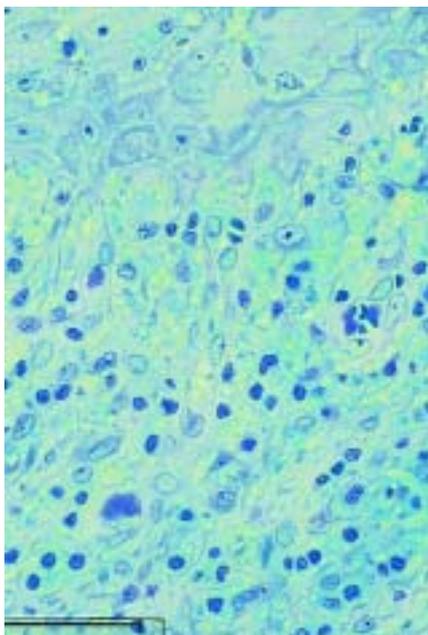


Abb.: 15: Ausschnitt vom Zahnfleischtaschenepithel Abbildung 14; links stark aufgelockertes Plattenepithel mit sichtbaren Interzellularbrücken und Rundzellen in den Zellzwischenräumen.



Abb.: 16: Ausschnitt einer Zahnkrone mit einer frühen Gingivitis und beginnender Sulkusbildung; dichtes Entzündungsinfiltrat unterhalb des Saume epithels.

bung positiv; es kann auf der freien Schmelzoberfläche oder unter dem proliferierten Taschenepithel der Zahnwurzel oder auf abakteriellem Zahnstein gelegen sein (Abbildung 8,9).

Kein SOH, auch nicht exogener Natur, war unter der Plaque des Schmelzes oder der Zahnwurzel sichtbar (Abbildungen 10 und 11).

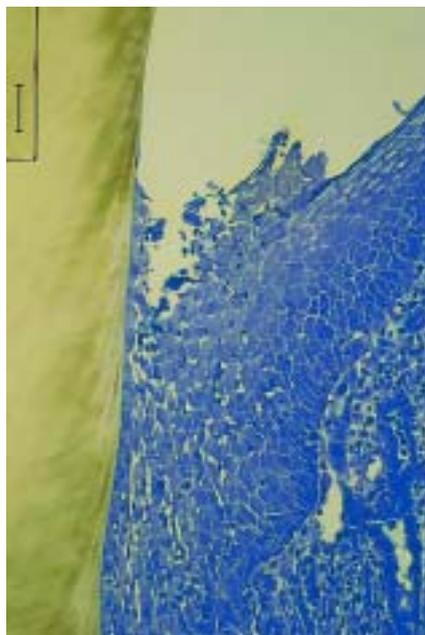


Abb.: 17: Ausschnittvergrößerung von Abbildung 16; granulozytäre Durchwanderung des Saume epithels mit Sulkusbildung.

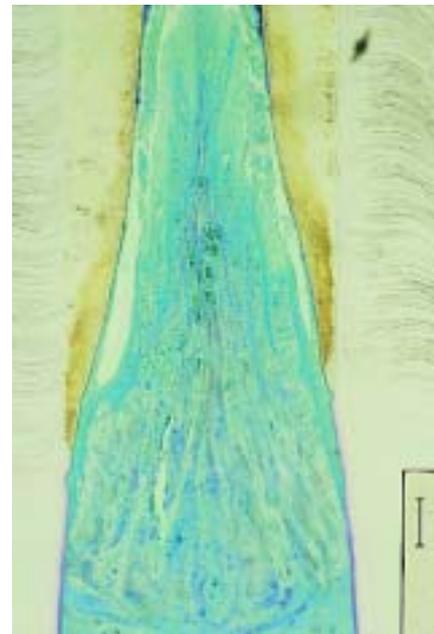


Abb.: 18: Interdentalraum bei etablierter Gingivitis mit Übergang in chronische Parodontitis marginalis; proliferiertes Zahnfleischtaschenepithel, hyperämische Blutgefäße, Auflösung des gingivalen Faserapparates.

Gefäßsystem der Gingiva und des Parodontium

Für die Begrenzung einer Entzündung und die Abwehr der Entzündungsursache ist die Durchblutungsgröße ein maßgebender Faktor, da über das Blut die humorale und zelluläre Abwehr erfolgt. Bei der Entzündung handelt es sich um einen Abwehrvorgang,

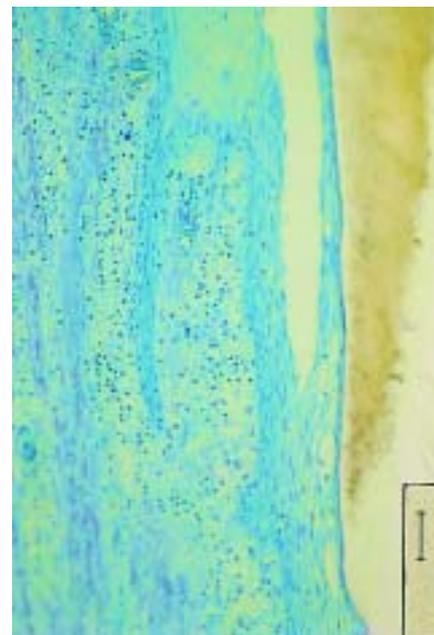


Abb.: 19: Ausschnitt aus Abbildung 18. Proliferiertes Zahnfleischtaschenepithel mit einer Zahnfleischtasche im Epithel; im Bindegewebe hyperämische Blutgefäße, Rundzellularinfiltrate, Untergang von Kollagenfaserbündeln.

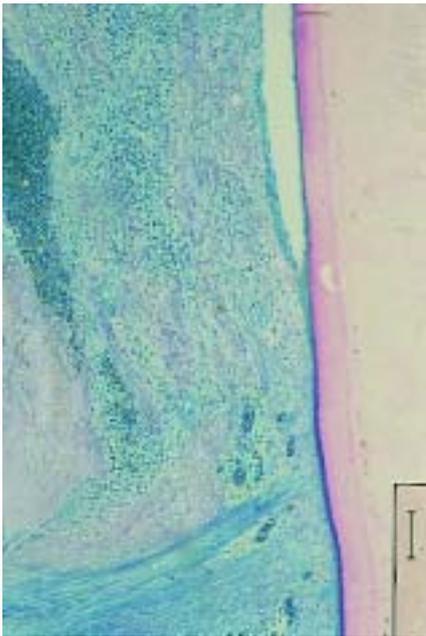


Abb.: 20: Chronische Parodontitis marginalis; proliferiertes Epithel einer parodontalen Tasche allseits von Epithel begrenzt, dichtes Rundzellinfiltrat im angrenzenden Bindegewebe; hyperämische Gefäße auch im Abschnitt der transdentalen Fasern.

der in einer komplexen Reaktion der Blutgefäße, bestimmter Blutplasmabestandteile und Blutzellen sowie zellulärer und struktureller Bestandteile des Bindegewebes auf ei-

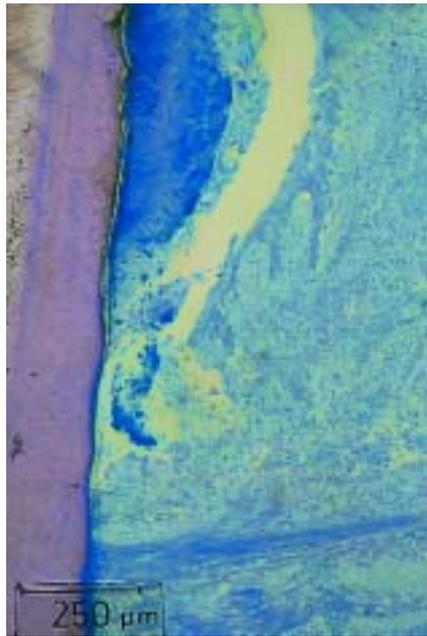


Abb.: 22: Chronische Parodontitis; Plaque, „Swimmers“ und ulzeriertes Epithel einer parodontalen Tasche.

ner lokalen Gewebeschädigung besteht. Die gingivalen und parodontalen Gewebe sind stark vaskularisiert. Unter dem inneren Sulkusepithel befindet sich ein Gefäßplexus, der vorwiegend aus postkapillären



Abb.: 24: Chronische Parodontitis marginalis mit supra- und subgingivalen Zahnstein/Plaque; starke vertikale und horizontale Epithelproliferation, Zementschäden.

Venolen besteht. Unterhalb des oralen Gingivaepithels besteht eine schlingen- oder schlaufenartige Endstrombahn. Das Desmodont ist ebenfalls reichlich mit Gefäßen versorgt.

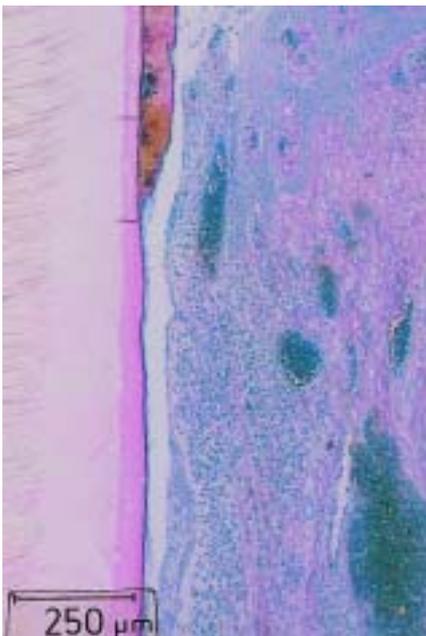


Abb.: 21: Chronische Parodontitis marginalis; subgingivaler Zahnstein mit geringer bakterieller Besiedelung; tiefe parodontale Tasche allseits von Epithel umgeben, dichtes Entzündungsinfiltrat mit hyperämischen Gefäßen im Bindegewebe.

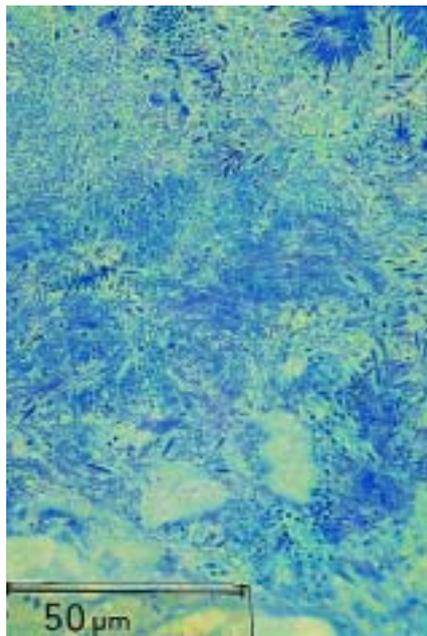


Abb.: 23: Ausschnittvergrößerung aus Abbildung 22 der nicht wandhaftenden Bakterien (Swimmers).

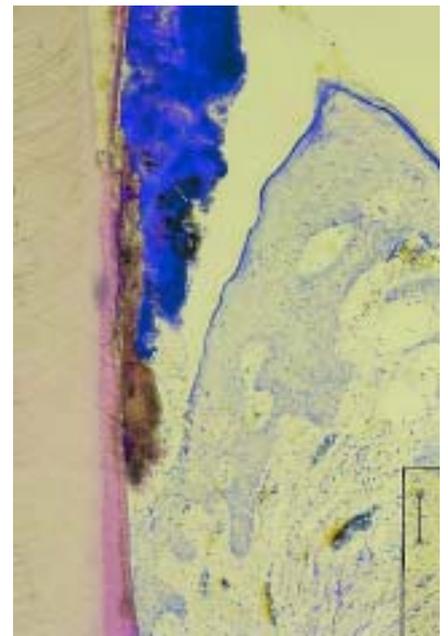


Abb.: 25: Chronische Parodontitis marginalis mit supra und subgingivaler Plaque und Zahnstein; stark proliferiertes Epithel der parodontalen Tasche.



Abb.: 26: Chronische Parodontitis marginalis mit proliferiertem Epithel bis zu den transdentalen Fasern, Rundzellinfiltrate und ektatische Blutgefäße.

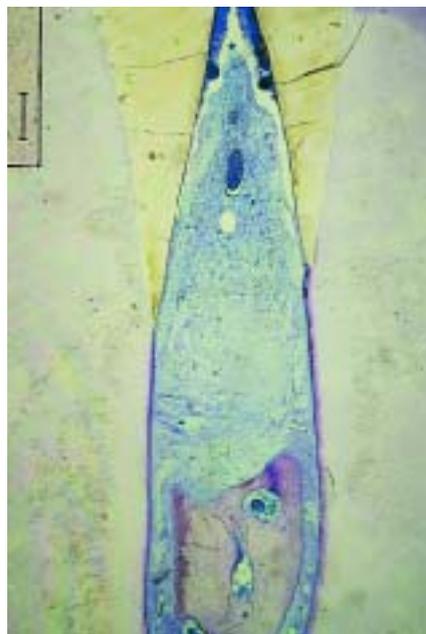


Abb.: 28: Chronische Parodontitis marginalis mit vorwiegend horizontalem Abbau des Septums, Auflösung transdentaler Fasern.

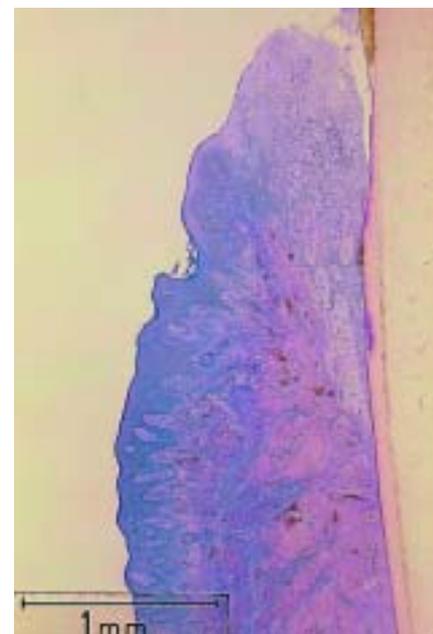


Abb.: 30: Chronische Parodontitis marginalis mit weit zerstörtem labialen Alveolarknochen, stark horizontal und vertikal proliferiertem Epithel der parodontalen Tasche.

Gingivitis: Sulkus-, Pseudo- und Zahnfleischtaschen

Durch die Plaque (Abbildung 12), die nach apikal wächst (Abbildung 13) kommt es durch die Bakterien und ihre Toxine zur Auslösung einer Entzündung, deren Verlauf und Schweregrad durch die Art und Pathogenität der Erreger und die Abwehrkraft des Wirtsorganismus bestimmt wird.

Page und Schroeder (1976) unterscheiden in der Pathogenese der Gingivitis verschiedene Stadien:

- Initiale Läsion/frühe Läsion
- Etablierte Läsion
- Fortgeschrittene Läsion, die den Übergang zur Parodontitis darstellt.

Die initiale/frühe Gingivitis besteht nur wenige Tage. Sie kann ausheilen oder in die etablierte Gingivitis übergehen. Die eta-

blierte Gingivitis des Erwachsenen kann über Jahre, in einzelnen Fällen auch über Jahrzehnte bestehen bleiben. Der Übergang von der Gingivitis zur Parodontitis wird mit der Veränderung des pathogenen Potentials der Plaque erklärt.

Morphologisch bestehen in der Phase der initialen/frühen Gingivitis erste Veränderungen im Saumepithel mit einer Epithelproliferation (Abbildung 12). Die Blutgefäße sind

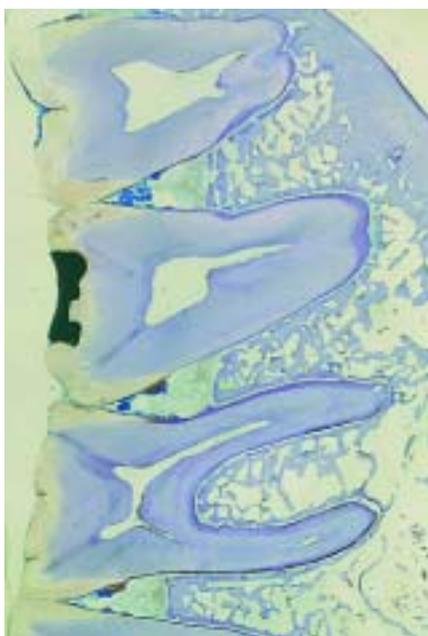


Abb.: 27: Unterkiefer mit Zahnstein und Plaque unterhalb der Kontaktpunkte der interdentalen Räume, vorwiegend horizontal abgebaute Septen.



Abb.: 29: Chronische Parodontitis marginalis mit ektatischen und proliferierten Blutgefäßen in der Gingiva interdental, vertikaler Knochenabbau des Septums, Knochensequesterbildung.

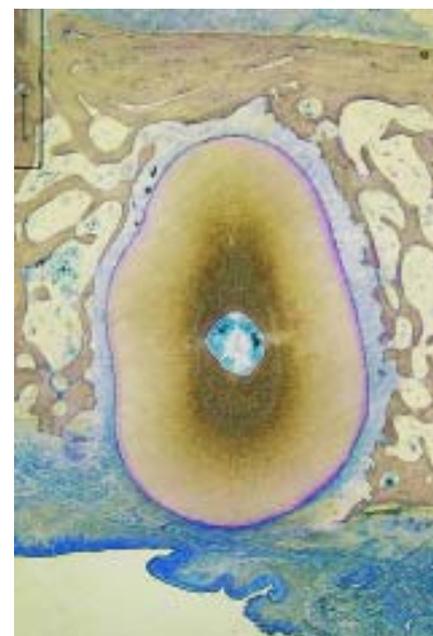


Abb.: 31: Chronische Parodontitis marginalis; Querschnitt durch die Wurzel und den Alveolarknochen mit Verlust der labialen Alveolarwand.

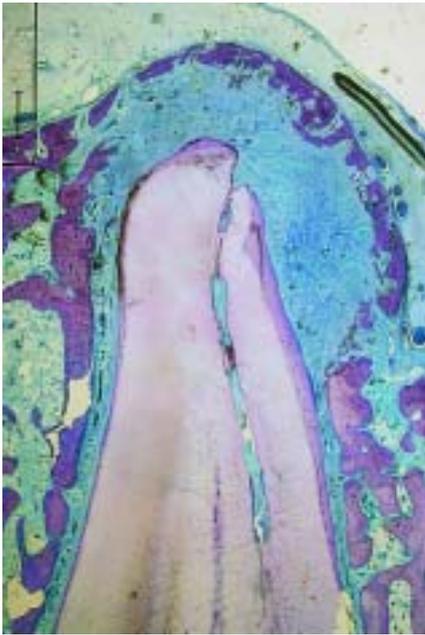


Abb.: 32: Chronische Parodontitis apikalis; knöcherne Begrenzung des apikalen Entzündungsherd, Knochenneubildung in Verbindung mit dem Alveolarknochen, geringere Entzündung in der angrenzenden Schleimhaut.

stark hyperämisch, Serumproteine führen zur Epithelauflockerung und Anschoppung in der Gingivatasche beziehungsweise Pseudotasche (Abbildung 14). Im subepithelialen Bindegewebe besteht ein dichtes Entzündungsinfiltrat vorwiegend aus Lymphozyten (Abbildung 15).

Die Sulkus- und Gingivataschenbildung erfolgt im Saumepithel durch die Auflösung von Interzellularbrücken (Abbildungen 16, 17, 18, 19). Die Haftung des Epithels am Schmelz ist stabiler als die interzelluläre Haftung. Dieser Befund steht im Widerspruch zu den Untersuchungsergebnissen von Müller-Glauser und Schroeder (1982), die eine Lösung des Saumepithels vom Schmelz ohne Attachmentverlust bei der gingivalen Tasche gefunden haben.

Parodontitis

Ein der gingivalen Tasche vergleichbares histologisches Bild liegt nur am Boden der Parodontaltasche vor. Die parodontale Tasche weist im Gegensatz zur gingivalen Tasche einen Attachmentverlust auf. Der größere Teil der parodontalen Tasche wird

vom Wurzelzement und Taschenepithel begrenzt, nur am Boden der Tasche besteht, wie im Sulkus und der Gingivatasche, ein reißverschlussartiger Epitheleinriss, so dass der Taschenboden allseits von Epithel umgeben ist (Abbildungen 20, 21).

Die chronische Parodontitis kann sich klinisch unter verschiedenen Verlaufsformen präsentieren. Pathohistologisch besteht eine apikale Proliferation des Taschenepithels mit Bildung einer echten Tasche unterhalb der Schmelz-Zementgrenze. Die Bakterien liegen auf der Wurzeloberfläche und in der Tasche als so genannte „Swimmers“, das Taschenepithel kann ulzeriert und bakteriell besiedelt sein (Abbildungen 22, 23). Die parodontalen Gewebsveränderungen bei der Entzündung bestehen in einem wechselnden Entzündungsinfiltrat von Lymphozyten zu Plasmazellen, der Bildung von Granulationsgewebe mit Zerstörung typischer Strukturen des Zahnhalteapparates (Abbildung 24), der Proliferation des Taschenepithels vorwiegend in vertikale Richtung (Abbildungen 25, 26) und dem Schwund des Alveolarknochens in horizontaler oder vertikaler Richtung.

Der von der Plaque ausgehende Destruktionsprozess misst meistens zwischen 1,5 bis 2,5 Millimeter (Abbildung 27). Die Breite des interdentalen Septums bestimmt die Art der Knochenresorption. Bei schmalen Septen besteht ein horizontaler Knochenabbau (Abbildung 28), bei Septen mittlerer Breite eine horizontale Resorption mit beginnendem vertikalem Abbau (Abbildung 29), bei breiten interdentalen Septen besteht ein vertikaler Abbau mit Ausbildung einer Knochentasche. Der Knochenschwund verläuft am Alveolarknochen der einzelnen Zahnflächen unterschiedlich. Im vorliegenden Beispiel eines einwurzeligen Zahnes ist die faziale Alveolarwand weitgehend resorbiert (Abbildungen 30, 31). Die transdentale Fasern werden in jedem Stadium des Zahnfachabbaus unmittelbar oberhalb des verbliebenen Alveolarknochens neu gebildet (Abbildung 26).

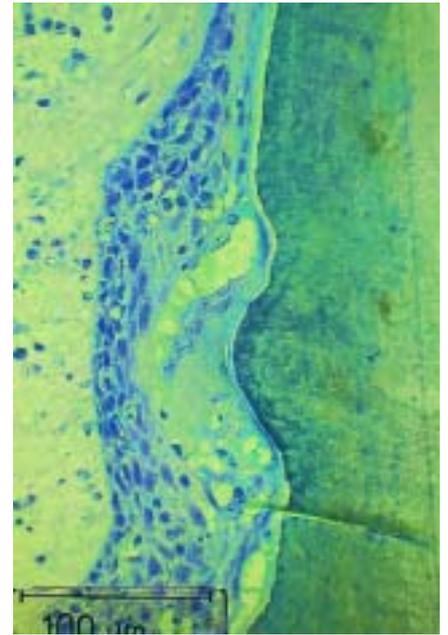


Abb.: 33: Chronische Parodontitis marginalis mit starker Proliferation des Epithels der parodontalen Tasche; zwischen Wurzelzement und Epithel extrakorporale mehrkernige Riesenzelle.

Alveolarknochen zur Entzündungsbegrenzung

Die Desmodontalfasern des Zahnhalteapparates nehmen die Druckkräfte vom Zahn auf und geben sie als Zugkräfte auf den Alveolarknochen weiter. Der Alveolarknochen dient aber im Gesamtsystem Mundhöhle und Körperinneres auch zur Demarkation einer Entzündung, wie hier am Beispiel der Wurzelspitze eines Prämolaren im Oberkiefer sichtbar ist (Abbildung 32).

Im Rahmen der körpereigenen Abwehr sind mehrkernige Riesenzellen zu erwähnen, die im Abschnitt des Taschenepithels extrakorporal auf der Zahnwurzel sichtbar sind (Abbildung 33).

Prof. Dr. mult. Dr. med. h.c. Karl Donath
ehem. Direktor der Abteilung Oralpathologie
der Universität Hamburg
Wiehenstrasse 73
32289 Rödighausen
E-Mail: karlodonath@t-online.de



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

Vortrag anlässlich der 26. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte am 27./28. April 2001

Somatoforme Störungen in der Zahnheilkunde

Diskrepanz zwischen Befund und Befinden

Gudrun Schneider, Gereon Heuft

Immer wieder betreten Patienten die zahnärztliche Praxis und klagen über Beschwerden, für die kein hinreichendes organmedizinisches Korrelat zu finden ist. Der nachfolgende Beitrag beschäftigt sich mit dieser Diskrepanz zwischen Befund und Befinden, mit der der Zahnarzt nicht selten konfrontiert wird und zeigt Lösungswege auf.



Foto: MEV

Das Beratungsgespräch mit Patienten, bei denen der Verdacht auf eine somatoforme Störung vorliegt, ist das A und O der Differentialdiagnostik.

Somatoforme Störungen sind nach ICD-10 charakterisiert durch „wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholt negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber irgendwelche körperlichen Symptome vorhanden, dann erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung der Patienten. Auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome eine enge Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten aufweisen, widersetzt sich der Patient gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren; sogar bei offensichtlich depressiven oder Angstsympto-

men kann es sich so verhalten. Das zu erreichende Verständnis für die körperliche oder psychische Verursachung der Symptome ist häufig für Patient und Arzt enttäuschend“ (ICD-10, zweite korrigierte und bearbeitete Auflage 1993, Seite 183).

Beschwerdepatienten ohne Befund

Patienten, die sich mit unterschiedlichen Beschwerden im Mund-Kiefer-Gesichtsbe- reich vorstellen, für die nach sorgfältiger zahnärztlicher Diagnostik und angemessener Differentialdiagnostik kein oder kein hinreichend erklärender somatischer Befund zu sichern ist, sind auch in zahnärztlichen Praxen und Kliniken keine Seltenheit. Auf die angemessene zahnärztliche und ergänzende Differentialdiagnostik, die häufig

multidisziplinär erfolgen muss (wie Diagnostik von Okklusionsstörungen, Allergiediagnostik entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft) kann an dieser Stelle nicht ausführlich eingegangen werden (siehe dazu Staehle 2000a und b).

Typische Beschwerden in der Zahnheilkunde, bei denen differentialdiagnostisch eine somatoforme Störung in Erwägung gezogen werden muss, sind chronische orofaziale Schmerzzustände („craniomandibuläre Dysfunktion“), Zungen- oder Mundbrennen (synonym: „Burning-Mouth-Syndrom“, Glossodynie), „Prothesenunverträglichkeit“, „Amalgamunverträglichkeit“ oder „Unverträglichkeit“ sonstiger Dentalmaterialien, nicht objektivierbare Klagen über Mundgeruch und mehr. Zum Teil werden Beschwerden vorgebracht, die nicht primär im zahnärztlichen Bereich lokalisiert sind, sondern Allgemeinsymptome oder Beschwerden im Bereich anderer Organsysteme, die die Patienten selbst auf „Amalgamunverträglichkeit“, „Unverträglichkeit“ sonstiger Dentalmaterialien oder „Multiple Chemikalienunverträglichkeit“ (Multiple Chemical Sensitivity, MCS) zurückführen. Bis zu 89 Prozent der Patienten, die selbst angaben, an einer „Amalgamkrankheit“ zu leiden, im Vergleich mit nur sechs Prozent einer matched-pairs-Kontrollgruppe litten unter psychogenen Erkrankungen, mit einem hohen Prozentsatz somatoformer Störungen (Bagedahl-Strindlund et al. 1997; Osborne und Albino, 1999), aber auch Angststörungen und depressive Störungen waren vertreten (Malt et al. 1997). In einer Gruppe von 50 Patienten, die ihre Beschwerden bei

Diagnostik Somatoformer Störungen in der Primärversorgung (AWMF 2000)

Die Diagnostik Somatoformer Störungen besteht immer aus den zwei Dimensionen: organische und psychische Diagnostik.

- Hinreichend sicherer Ausschluss organischer Ursachen der Beschwerden: geplant, nicht redundant, zeitlich gerafft.
- Erkennen einer Somatoformen Störung, das heißt die Diagnose sollte explizit gestellt werden. Die Zuordnung zu speziellen Unterformen ist nicht zwingendes Ziel zahnärztlicher Diagnostik.
- Bei plötzlich veränderten Beschwerdecharakteristika muss das Vorliegen einer organischen Erkrankung gegebenenfalls erneut ausgeschlossen werden.
- Bei Verdacht auf Somatoforme Störung Anamnese über das Leitsymptom hinaus erweitern: weitere aktuelle Beschwerden, bisheriger Verlauf der Beschwerden und Behandlung, Erfragen von Hinweisen auf

weitere psychische Beeinträchtigungen, aktuelle psychosoziale Belastungen und Auslösesituation, störungsunterhaltende Faktoren, Orientierung über den biografischen Werdegang.

- Erfragen der Ursachenüberzeugung des Patienten: gibt wichtigen Aufschluss über zu erwartende Interaktionsprobleme.
 - Beachtung nicht ausdrücklich geäußelter Behandlungsanliegen: ein körperliches Beschwerdeangebot kann „Eintrittskarte“ sein zur Erörterung anderer, zum Beispiel psychosozialer Anliegen.
 - Die diagnostische Erfassung psychischer Faktoren sollte schon bei ersten Hinweisen darauf, dass die Beschwerden nicht ausreichend organisch begründbar sind, erfolgen.
- Mögliche sozialmedizinische Folgen der Körperbeschwerden (Rentenantrag, Sozialgerichtsverfahren) sollten erfragt werden.

negativem Haut-Patch-Test auf Amalgam zurückführten, hatten 74 Prozent auch Symptome einer „craniomandibulären Dysfunktion“ im Vergleich zu 24 Prozent einer Kontrollgruppe (Bratel et al. 1997). Diese Patienten wenden sich an Zahnärzte mit Ansinnen wie zum Beispiel immer wieder neue Prothesen anzufertigen, die verdächtigten Dentalmaterialien oder auch ganze Zähne zu entfernen, eine „Entgiftung“ durchzuführen, eventuell sogar den Kiefer „auszufräsen“, um „Rückstände“ zu entfernen und mehr. Wird den Patientenwünschen nachgegeben, ist die Gefahr der iatrogenen Schädigung groß (siehe dazu auch die Stellungnahme der DGZMK 2000). Typisch ist die Diskrepanz zwischen Befund und Befinden, die Fluktuation und Unbeeinflussbarkeit der Beschwerden durch sonst verlässlich wirksame Maßnahmen, die Überzeugung von der körperlichen Ursache der Beschwerden und das Festhalten daran, die hohe affektive Beteiligung und ängstliche Beschäftigung mit der vermeintlichen organischen Erkrankung (Müller-Fahlbusch 1992; Marxkors und Wolowski 1999). Neben häufig wechselnden Körperbeschwerden verschiedener Organsysteme sind oligosymptomatische

Verlaufsformen möglich. Die unterschiedliche Ursachenzuschreibung von Arzt und Patient führt zu Belastungen der Arzt-Patient-Beziehung. Häufig kommt es zu wiederholten Arztwechslern und Inanspruchnahme im komplementärmedizinischen Bereich. Die Beschwerden treten in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, jedoch sind diese Zusammenhänge den Patienten in der Regel nicht zugänglich und offenbaren sich auch dem Diagnostiker nicht immer im Erstgespräch. Es gibt eine häufige Komorbidität mit depressiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Die erweiterte Anamnese gibt nicht selten Hinweise auf eine belastete Biografie, wobei sowohl allgemeine Belastungsfaktoren (wie niedriger sozioökonomischer Status, Verlust wichtiger Bezugspersonen und mehr) als auch körperliche und sexuelle Traumatisierungen in der Vorgeschichte möglich sind. In der Ausformung der Somatoformen Störungen spielen historische und soziokulturelle Faktoren eine Rolle. Obwohl Amalgam in der Zahnheilkunde seit Jahrzehnten eingesetzt wird, befürchten heute 25 Prozent der Bevölkerung durch Dentalmaterialien, etwa Amalgam, ausgeprägte Gesund-

heitsbeeinträchtigungen zu erleiden, weitere 40 Prozent befürchten zumindest eine geringe Schädigung (Bailer et al. 2000). Diese Ängste stehen in einem Missverhältnis zu wissenschaftlichen Befunden, wonach Amalgamträger zwar eine höhere Quecksilberbelastung als amalgamfreie Personen aufweisen, eine durch Amalgam verursachte chronische Quecksilbervergiftung nach aktuellem Wissenstand beim Menschen mit allgemein anerkannten Methoden jedoch nicht nachgewiesen werden konnte (Übersicht bei Staehle 2000a).

Fallbeispiel:

Aus der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Münster wurde der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie eine 66-jährige Patientin konsiliarisch vorgestellt, die über folgende aktuelle Beschwerden klagte: Ihre Prothese passe nicht, schleudere im Mund hin und her und ziehe den ganzen Körper mit, was sie in der Untersuchungssituation demonstrierte. Sie könne den Kopf nicht mehr halten, leide unter Kiefer-, Kopf- und Genickschmerzen. Keine Behandlung und keine Medikation helfe. Aufgrund dieser Beschwerden leide sie zusätzlich unter Appetitlosigkeit, habe Gewicht verloren, sei hoffnungslos und verzweifelt, habe auch schon an Suizid gedacht, was sie jedoch ihrer Familie nicht antun wolle. Der behandelnde Kollege aus der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie teilte mit, dass zwar ein atrophischer Kiefer mit Problemen der Prothesenanpassung vorliege, jedoch kein organisches Schmerzkorrelat und kein zahnärztlicher Befund, der die sehr weitgehende Beeinträchtigung erklären könne. Zur Vorgeschichte berichtete die Patientin, dass 1993 „Entzündungen“ zur Exaktion aller – bis dahin weitgehend gesunden – Zähne des Oberkiefers geführt haben. Fünf in Folge angefertigte Prothesen hätten nicht „gehalten“. Auch der Versuch einer auf vier Implantaten aufgebauten prothetischen Versorgung 1998 scheiterte aufgrund der zunehmenden Schmerzsymptomatik und der Angabe, ihr Kopf habe „un-



Foto: Corbis

Die OPG-Aufnahme kann Aufschluss über organische Schmerzursachen geben.

ter dem Zug der Klammer nach links geschickt". Die Implantate wurden 1999 auf Drängen der Patientin wieder entfernt. In Folge kam es zu einer weiteren Beschwerdezunahme, zunehmender Depressivität und Suizidgedanken, weswegen vom Hausarzt eine stationäre psychiatrische Behandlung initiiert wurde, die die Patientin jedoch nach zwei Wochen abbrach. Im weiteren Verlauf stellte sich die Patientin ambulant bei mehreren Zahnärzten, Kieferchirurgen und in mehreren Zahnkliniken vor, zuletzt im Münsteraner Zentrum.

Die erweiterte biografische Anamnese ergab folgende Belastungsfaktoren: Im Alter von etwa eineinhalb Jahren wurde die Patientin durch einen mehrmonatigen Klinikaufenthalt zur Entfernung eines Feuermalles im Gesicht von ihrer Familie getrennt, „rooming in“ war damals noch nicht üblich. Als Schulkind fühlte sie sich durch die Narben entsetzt, was sie durch erhöhte Leistungsbereitschaft zu kompensieren versuchte. Während der Kriegsjahre erlebte sie im Ruhrgebiet schwere Fliegerangriffe und ausgedehnte Zerstörungen mit und hatte als zirka acht- bis zehnjähriges Mädchen große Angst. Mit 20 Jahren heiratete sie und entwickelte eine sehr enge Bindung zu ihrem Ehemann, der sie mit ihrer vermeintlichen Entstellung (die in der Untersuchungssituation kaum auffiel)

akzeptierte. „Ich hatte einen phantastischen, wundervollen Mann, mit ihm 20 Jahre den Himmel auf Erden. Wir waren wie siamesische Zwillinge, keinen Tag ge-

trennt.“ 1993 starb der Ehemann an einem metastasierten Prostatakarzinom, kurz danach begann die oben geschilderte Symptomatik. Auffallend war, dass die Patientin ihren Verlust kaum thematisierte, auch keinen Trauerprozess durchlaufen hatte, sondern sich in Aktivitäten (Versorgung der Enkelkinder, später dann zahlreiche Arztbesuche) stürzte und den Ehemann „bis heute überall sitzen“ sieht.

Wir stellten die Diagnosen einer Anhaltenden Somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1). Beim Versuch, mit der Patientin ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu erarbeiten und sie in eine stationäre psychosomatische Behandlung zu vermitteln, brach sie den Kontakt leider nach zwei Terminen ab, um weitere Hilfe auf zahnärztlichem Gebiet zu suchen. Diese Falldarstellung ist bezüglich Beschwerdeschilderung, Behandlungsverlauf, Entwicklung der Arzt-Patient-Beziehung und erweiterter Anamnese für diese Störungsgruppe typisch.

Therapie Somatoformer Störungen in der Primärversorgung (AWMF 2000)

- Entlastung der Beziehung zum Patienten durch Wissen um die Diagnose.
- Ärztliche Haltung (Klage entgegennehmen) signalisiert, dass die Beschwerden ernst genommen werden.
- Vermeiden nicht streng indizierter apparativer und invasiver diagnostischer Prozeduren, auch wenn der Patient darauf drängt (cave Selbstschädigung); dadurch Verhinderung weiterer Chronifizierung und somatischer Fixierung.
- Kritische Bewertung von somatischen Bagatell- und Zufallsbefunden.
- Aufstellen und Durchsprechen eines zeitlich und bezüglich der Therapiemaßnahmen gestuften Behandlungsplans.
- Entkoppelung von Kontaktangeboten und Beschwerdeintensität, das heißt regelmäßige Termine, unabhängig von den Beschwerden (zeitkontingent statt beschwerdekontingent).
- Statt ausschließlicher Mitteilung negativer organischer Befunde, Angebot eines multifaktoriellen Erklärungsmodells der Beschwerdeentstehung unter Einbeziehung psychosomatischer Aspekte (zum Beispiel Gesichtsschmerzentstehung durch anhaltende muskuläre Verspannungen bei psychischer Anspannung „Zähne zusammenbeißen“).
- Beginnende Erweiterung der organischen Kausalattribution zu einem psychosomatischen Krankheitsverständnis.
- Gegebenenfalls Motivierung zur Überweisung in Fachpsychotherapie.
- Begleitung bei eingetretener Chronifizierung.
- Aktive Unterstützung der sozialen Reintegration.
- Pharmakotherapie bei spezifischer Indikation zur Linderung psychischer Symptome und Schmerzen.

Kriterien für die Überweisung in psychosomatische Diagnostik und Behandlung/Fachpsychotherapie (AWMF 2000)

- Anhaltende Beschwerden oder wenn die Schwere und Akuität der Symptomatik dies nahelegt.
- Wunsch/Drängen nach nicht indizierten medizinischen Maßnahmen seitens des Patienten.
- Krankschreibungen von mehr als vier Wochen Dauer.
- Verdacht auf zusätzliche psychische Störungen oder stark beeinträchtigende biografische Belastungsfaktoren.
- Wenn interaktionelle Probleme mit dem Patienten die Behandlung erschweren.

Somatoforme Störungen: Einteilung

Nach ICD-10 werden die Somatoformen Störungen unterteilt in:

- 1.** Die Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) ist charakterisiert durch multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die sich auf jedes Körperteil und jedes Organsystem beziehen können. Häufig gibt es eine lange medizinische Vorgeschichte, einen chronisch fluktuierenden Verlauf mit Störung sozialer, interpersonaler und familiärer Zusammenhänge. Die Störung ist bei Frauen häufiger, beginnt meist im frühen Erwachsenenalter.
- 2.** Bei der Undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) liegen ebenfalls zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige körperliche Beschwerden vor, das vollständige und typische Bild der Somatisierungsstörung ist jedoch nicht erfüllt.
- 3.** Bei der Hypochondrischen Störung (ICD-10: F45.2) ist das vorherrschende Kennzeichen die ängstliche beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden, manifestiert durch anhaltende kör-

perliche Beschwerden oder ständige Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Erscheinung.

4. Die Somatoformen Autonomen Funktionsstörungen (ICD-10: F45.3) beziehen sich auf somatisch nicht erklärbare Symptome der vegetativ innervierten Organsysteme.

5. Bei der Anhaltenden Somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) steht ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann.

Diagnostik und Therapie Somatoformer Störungen

Für die Diagnostik und Therapie Somatoformer Störungen in der Primärversorgung hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften im Internet eine Leitlinie veröffentlicht, die leicht gekürzt in den Textkästen 1 bis 3 wiedergegeben wird (AWMF 2000).

Die AWMF-Leitlinie formuliert ausdrücklich: „Der angemessene Umgang mit Patienten mit Somatoformen Störungen erfordert Kenntnisse und Fertigkeiten im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung“, die heute als liquidierbare Zusatzqualifikation zwar für Allgemeinmediziner und zahlreiche ärztliche Fachgebiete, jedoch noch nicht für die Zahnheilkunde existiert.

*Dr. med. Gudrun Schneider
Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik
und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 22
48129 Münster
E-Mail: schneig@medsnt01.uni-muenster.de*



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

Gemeinschaftstagung der DGZMK, DGI und AKFOS

Der Einfluss von Implantaten auf alle anderen Fachgebiete

Thomas Verbeck

Die diesjährige Gemeinschaftstagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK), der Deutschen Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V. (DGI) und des Interdisziplinären Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) fand Mitte Oktober 2001 im Congress Center Mannheim mit interdisziplinärem Charakter und forensischen Aspekten der Implantologie statt.

Parallel zum wissenschaftlichen Programm veranstaltete die Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) während des Kongresses Praxisseminare rund um die Implantologie. Ein besonderer Höhepunkt war die Auftakt-sendung des zahnmedizinischen TV-Expertenkanals MEDLIVE und der International Online Academy (IOA). Nachfolgend wird über einzelne Vorträge und Seminare berichtet.

Implantologie – ein Teil der ZMK-Heilkunde

Ex-DGZMK Präsident Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Mainz, teilte in seinem Vortrag die Geschichte der Implantologie in fünf Phasen ein: Zuerst war die Zeit des Pioniergeistes, der Empirie und der ersten klinischen Ergebnisse stellvertretend verbunden mit den Namen Linkow und Pruin. Die zweite Phase galt der systematischen Grundlagenforschung und der gezielten klinischen Anwendung, die dritte den systematischen Studien mit Verlaufskontrollen, Langzeitbeobachtungen und der klinischen Routineanwendung. In der vierte Phase, die die letzten 15 Jahre umfasst, erfolgte eine Ausweitung der Indikation mit erhöhten ästhetischen Ansprüchen, die fünfte Phase schließlich gilt der Zukunft mit Fragen der Sofortbelastung, zum Einsatz von Wachstumsfaktoren und der computergesteuerten Implantologie. Weiterhin ging Prof. Wagner auf Detailfragen der gesteuerten Knochenregeneration (GBR), Knochenersatzmaterialien, Sinuslift, Kallusdistraction

und die verschiedenen Oberflächenmodifikationen ein. Zur Klärung dieser Detailfragen forderte er zum Schluss seines Vortrags nachdrücklich einen engen Forschungsbund zwischen Universität und Praxis.



Ansichten vom Veranstaltungsort Mannheim, oben Mitte das Congress Center.

Zukunftsperspektiven für Implantate in der Chirurgie

Prof. Dr. Dr. Friedrich W. Neukam, Erlangen, referierte über erweiterte Indikationen für Implantate. Diese finden sich zum Beispiel in der Kieferorthopädie bei der Verwendung des Gaumenimplantates als stabilisierender Block für Frontzahnachsveränderungen oder des Zygomaimplantates bei extremer Oberkieferalveolarfortsatzatrophie. Die Sofortbelastung von Implantaten hingegen sieht Prof. Neukam als problematisch an, da die Freisetzungen von BMPs (bone morphogenetic proteins) und Zytokinen erst nach der Implantation beginnen und die Rei-



ungsphase mit Umbau des Knochens zunächst abgewartet werden muss, um entsprechend hohe Kaukräfte zu erfüllen.

MEDLIVE – the medical expert channel

Am Vormittag des ersten Kongresstages fand die Live-Auftakt-sendung des zahnmedizinischen TV-Expertenkanals MEDLIVE statt. Einmal wöchentlich soll eine dreieinhalbstündige Sendung aus allen Bereichen der Medizin und Zahnmedizin mit Kongressberichten, Expertenmeinungen, Fortbildungsbeiträgen, Workshops und einem Video-Forum informieren. In Kooperation mit der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) soll durch die International Online Academy (IOA) ebenfalls ab 2002 erstmals die Theorie des Curriculums „Implantologie“ der APW und DGI online angeboten werden. Die Auftakt-sendung beinhaltete neben der Vorstellung des Programms eine Live-Übertragung aus dem Universitätsklinikum Erlangen. Hier wurde von PD Dr. Dr. Stefan Schultze-Mosgau eine beidseitige Sinusbodenaugmentation mit intraoral entnommenem Knochen, Knochenersatzmaterial und „plateled rich plasma“ (PRP) durchgeführt.

Parodontitistherapie und Implantate

Prof. Dr. Thomas F. Flemmig, Münster, ging zunächst auf die Problematik ein, ob bei einem parodontal angeschlagenen

Zahn einer Parodontitistherapie oder zum Erhalt des Knochens der Extraktion mit anschließender Implantation der Vorrang zu geben ist. Er konnte in seinen Ausführungen zeigen, dass bei 50 Prozent Knochenverlust auch ökonomisch die Parodontitistherapie die bessere Wahl darstellt. Bei einem Knochenverlust von über 75 Prozent hingegen, bei der eine sehr schlechte Prognose mit einem hohen parodontologischen Therapiemisserfolg besteht, bietet eine Implantation die bessere Alternative. Parodontitistherapie und Implantate stellen, so Prof. Dr. Thomas Flemmig, daher eine sinnvolle Ergänzung dar.

Implantatdesign, Sofort- und Frühbelastung

Dr. Roland Glauser, Zürich, berichtete in seinem interessanten Vortrag über Implantatdesign und Stabilitätsaspekte. Zum Zeitpunkt der Implantatinserterion ist die Primärstabilität neben der Art der Aufbereitung, der Implantatlänge und des Implantatdurchmessers maßgeblich durch das Makrodesign (Implantatgestaltung) des Implantats beeinflusst. Dieser primäre, rein mechanische Halt wird dann zunehmend durch eine biologische Verankerung ersetzt. Hierfür ist das Microdesign mit der Oberflächenstruktur des Implantats verantwortlich. Durch Modifikationen dieses Microdesigns ist die biologische Stabilität früher zu erreichen und eine frühere Belastung der Implantate möglich. Aussagen zum Grad der Osseointegration wurden hier mit Hilfe der Resonanzfrequenzanalyse getroffen.

Computergestütztes Operieren

In diesem APW-Praxisseminar ging PD Dr. Dr. Stefan Haßfeld, Heidelberg, auf die rechnergestützte Chirurgie mit Möglichkeiten der Bildgebung, Bildverarbeitung, Operationsplanung und -simulation ein. Da das Orthopantomogramm für die Planung in der Implantologie zum Teil nur unvollständige räumliche Informationen bietet, wird für komplexe Fälle zunehmend

empfohlen, computertomographische Daten zu nutzen. Die aktuellen Techniken der Informatik ermöglichen eine semiautomatische Markierung des Mandibularkanals, eine dreidimensionale graphisch interaktive implantologische Planung und die computergestützte Implantatinserterion. PD Dr. Dr. Stefan Haßfeld stellte ein kommerziell verfügbares, interaktives 3D-Planungssystem für die Implantologie vor. Für die Umsetzung auf das Operationsgebiet bieten sich neben Bohrschablonen und Navigationssystemen prinzipiell auch in der Erprobung befindliche Medizinroboter an. Hier sind die Probleme der Patientenbewegungen und einer geeigneten Fixierung noch nicht abschließend geklärt.

Zahntechnische Probleme bei Implantaten

In diesem Zahntechniker-Seminar betonte Prof. Dr. Jörg Strub, Freiburg, zunächst, dass die technischen Probleme abhängig vom jeweiligen Implantatsystem sind. Hierbei ergeben sich spezielle Problematiken bei Systemen mit interner oder externer Verschraubung, okklusaler oder horizontaler Verschraubung oder zementierter Suprakonstruktion. Bei Einzelkronen lassen sich durch Zementierung gute Ergebnisse erzielen, bei Brücken ergeben sich Probleme in der Passgenauigkeit, hier liegen noch keine wissenschaftlichen Daten für größere, zementierte Restaurationen vor. Für den implantologischen Ersatz eines Unterkiefermolaren mit einem durchmesserstarken Implantat wird meistens sehr viel Knochen benötigt, hier empfiehlt Prof. Strub die Verwendung von zwei normalen oder durchmesserreduzierten Implantaten. Insgesamt wünschte sich Prof. Strub eine engere Partnerschaft zwischen Zahntechniker und Zahnarzt, um die immer größer werdenden Herausforderungen in der Implantologie gemeinsam im Team zu lösen.

*Dr. Thomas Verbeck
Poliklinik für Chirurgische ZMK-Heilkunde
Universitätsklinikum Bonn
Welschnonnenstr. 17
53111 Bonn*

74. Jahrestagung der DGKFO

Lückenmanagement und Therapie im Wachstumsalter

Gernot Göz

Die 74. wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie fand dieses Jahr mit mehr als 1400 Teilnehmern in Friedrichshafen statt. 70 Vorträge und über 100 Posterdemonstrationen spiegelten während der fünf Kongresstage das aktuelle wissenschaftliche Spektrum der Kieferorthopädie wider.

Die Themen der Jahrestagung waren das „kieferorthopädische Lückenmanagement“, die „kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung im Wachstumsalter“ und freie Themen mit Schwerpunkt „Linguale Technik“, wobei die Deutsche Gesellschaft für Linguale Orthodontie den letzten Themenblock gestaltete.

Kieferorthopädisches Lückenmanagement

Nach der feierlichen Eröffnung und der Einführung in das Thema durch den Tagungspräsidenten Prof. Dr. Gernot Göz, gab Prof. Dr. Heiner Weber, ebenfalls aus Tübingen, einen Überblick über die Möglichkeiten des prothetischen und implantologischen Lückenschlusses, insbesondere im Hinblick auf Ästhetik, Risiken, Ökonomie und Prävention. Vor allem im Frontzahnbereich stellen Hypoplasien, Zahngrößendiskrepanzen und Aplasien nicht nur ein funktionelles, sondern vor allem ein ästhetisches Problem dar. Dr. Mall aus Freiburg betonte in seinem Vortrag, dass der orthodontische Lückenschluss in der oberen Front den Vorteil hat, eine dauerhafte, mit natürlichen Zähnen geschlossene Zahnreihe zu erreichen. Formkorrekturen können mit dem Einsatz von Kompositrestaurationen „minimalinvasiv“ durchgeführt werden.

Dr. Arild Stenvik, Oslo, referierte über den Lückenschluss durch die Autotransplantation von Prämolaren und konnte auf einen Nachuntersuchungszeitraum von bis zu 40

Jahren nach Transplantation zurückgreifen. Dabei seien die Erfolgsquote wie auch die Patientenzufriedenheit gleichermaßen hoch.

Die Problematik der Lückenversorgung im Spaltbereich bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten war Thema des Vortrags von Prof. Dr. Charlotte Opitz aus Berlin. Sie wies darauf hin, dass bei dieser Patientengruppe häufig spaltbedingte



Das Lückenmanagement stellt hohe Anforderungen...

Wachstums- und Kieferanomalien, wie Knochendefizite im Spaltbereich, Schmalkiefer, verstärktes vertikales Wachstumsmuster und die Pseudoprognathie bei der Entscheidung über den Lückenschluss mit berücksichtigt werden müssen. Nach sekundärer Osteoplastik muss von Anfang an beim

kieferorthopädischen Lückenschluss verstärkt auf eine achsengerechte Positionierung der Wurzeln in den transplantierten Knochen hinein geachtet werden. Eine Knocheneinziehung ist beim Lückenschluss weniger problematisch als ein mangelndes Knochenangebot für eine Implantatversorgung.

Es bestand Konsens darüber, dass jede Therapie ihre Berechtigung hat, dass aber die Indikationen zum kieferorthopädischen Lückenschluss, zum implantologisch-prothetischen Lückenschluss oder zur autologen Zahntransplantation sorgfältig gegeneinander abgewogen werden müssen.

Kieferorthopädie/Chirurgie im Wachstumsalter

Ein weiteres Thema der Tagung betraf die kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung im Wachstumsalter.

Dabei wurden insbesondere Fragen im Zusammenhang mit der Distractionsosteogenese diskutiert. Diese betrafen insbesondere die bilaterale, die unilaterale, die mediane UK-DISTRAKTION sowie die Mittelgesichtsdistraction und die Problematik nach osteochondraler Kiefergelenksrekonstruktion.

Priv. Doz. Dr. Cornelius Klein, Frankfurt, hob als Hauptindikationen der Distractionsosteogenese die hemifaziale Mikrosomie, das Treacher Collins-Syndrom und hochgradige mandibuläre Mikro- und Retrognathien unterschiedlicher Ätiologie hervor. Dr. Elmar Frank, Besigheim, stellte ein neues System der intraalveoläre Distractionsosteogenese (IADO) bei Extraktionslücken mit defizitärem Alveolarfortsatz vor.

Prof. Dr. Conrad Wangerin, Marienhospital Stuttgart, diskutierte beim UK-Frontzahnengstand die Vor- und Nachteile der medianen Unterkieferdistraction gegenüber der Prämolarenextraktion. Er wies darauf hin, dass nach Prämolarenextraktion eine verringerte Lippenprominenz resultieren könne, die bei Behandlung mittels Distraction vermieden werde. Entscheidend bei der Therapiefestlegung sei aber immer die Platzbedarfsanalyse.

Schwerpunkt Lingualtechnik

Die Lingualtechnik erfreut sich immer größer werdender Beliebtheit, trotz aller damit verbundener Problematik, welche sich in Irritationen der Zunge und zum Teil lange andauernder Behinderungen beim Sprechen manifestiert.

Dr. Dirk Wiechmann, Bad Essen, gab eine Einführung ins Thema und hob hervor, dass für ihn „jeder bukkale Fall auch einen lingualen Fall“ darstelle. Einige Fälle seien seiner Erfahrung nach lingual sogar besser zu behandeln als bukkal.

Mundhygiene-Aufklärung

Zur subjektiven oralen Befindlichkeit und erschwerten Zahnpflege im Zusammenhang mit dem lingualen Bracketsystem sprach Dr. Ariane Hohoff von der Univer-



Foto: Luba

...an Patient, Eltern und Behandler.

sitätsklinik Münster. Dabei hob sie hervor, dass die Patienten über die funktionellen Einschränkungen und die erschwerte Mundhygiene umfassend aufgeklärt werden müssen. Auch in der kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Zusammenarbeit biete sich die Lingualtechnik für Erwachsene an, wie im Vortrag von Dr. Andrea Thalheim, Bad Essen, in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Münster, erörtert wurde.

Zusammenfassend darf diese auch organisatorisch gelungene Tagung als Erfolg gewertet werden. Der rege interdisziplinäre Gedankenaustausch sowie die zahlreichen Anregungen und Hinweise werden das Behandlungsspektrum der Teilnehmer sicher in vielfältiger Weise ergänzen und bereichern.

Die nächste Jahrestagung der DGKFO wird vom 11.09. bis 15.09.2002 in Hamburg stattfinden mit den Hauptthemen „Wissenschaftliche Evaluierung der kieferorthopädischen Frühbehandlung und der myofunktionellen Therapie“ und „Bedeutung von Form und Funktion des Kiefergelenks für die Kieferorthopädie“.

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

Professor Dr. Elke Hensel und Professor Dr. Siegfried Hensel wurden emeritiert

Die SHIP-Studie ist ihr Kind

Antje Kirbschus, Ursula Niesmann

Das Professoren-Ehepaar der Poliklinik für Kieferorthopädie des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Dr. Elke und Dr. Siegfried Hensel, wurde Anfang Dezember 2001 verabschiedet. Zu diesem Anlass wurde im Hörsaal des Greifswalder Instituts für Anatomie ein wissenschaftliches Symposium mit dem Thema „Zahnmedizinische Aspekte der Basisstudie (SHIP 0) und des Assoziierten Projektes Mund-erkrankungen und kranio-mandibuläre Dysfunktionen“ abgehalten.

Im ersten wissenschaftlichen Beitrag des Symposiums stellte OA Dr. Dietmar Gesch, kommissarischer Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie, mit einem Augenzwinkern eine „wissenschaftliche Studie“ über die Verdienste der Professoren Hensel um den Erhalt des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vor. Darin waren der Rektor der Universität Greifswald, der Dekan der Medizinischen Fakultät sowie alle Professoren des Zentrums zu diesem Thema befragt worden. In besonderer Weise wurden dabei das diplomatische Geschick, die interdisziplinären Kontakte innerhalb der Medizinischen Fakultät und darüber hinaus, verbunden mit einer ständigen Präsenz und Sachkompetenz in verschiedenen universitären und politischen Gremien hervorgehoben. Einigkeit bestand unter den Befragten hinsichtlich der großen Bedeutung der Etablierung und Durchführung der Study of Health in Pomerania (SHIP). Mit politischem Weitblick, fachlich wissenschaftlicher Kompetenz und unermüdlichem Einsatz waren die Professores Hensel die „Antriebsschrauben“ für die SHIP. Gleichzeitig präsentierte Dr. Gesch einige Ergebnisse aus dieser epidemiologischen Großstudie zum Thema „Zusammenhänge zwischen Okklusion und kranio-mandibulären Dysfunktionen sowie Parodontalerkrankungen“. Dabei stellt die morphologische und funktionelle Okklusion lediglich einen Mosaikstein als Risikoindikator für kranio-mandibuläre Dysfunktionen dar. Ein deutlicherer Zusammenhang besteht mit parodontalen Erkrankungen: Insbesondere das Dysgnathiesymptom „Vergrößerte sagittale Schneidekantendistanz“ steht mit Attachmentverlust und vergrößerten



Fotos: zmp/privat

ter Taschentiefe im Sinne einer Dosis-Wirkungsbeziehung im Zusammenhang.

Prof. Dr. Rainer Rettig (Institut für Physiologie) stellte Prävalenzen der SHIP vor. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gibt es in Mecklenburg-Vorpommern mehr Raucher, mehr Übergewichtige und mehr Patienten mit Bluthochdruck, jedoch einen ähnlich hohen Alkoholkonsum.

Herz-Risikopatienten häufen sich in Vorpommern

Die Frauen in Mecklenburg-Vorpommern wurden im bundesdeutschen Vergleich mit einem guten Ernährungsverhalten hervorgehoben, wobei die Männer zu Fehlernährungen neigen.

Zu Zusammenhängen zwischen Malokklusion und oraler beziehungsweise allgemeiner Gesundheit referierte im weiteren Symposiumsverlauf Prof. Dr. Stavros Kiliaridis (Genf/Schweiz), wobei keine Zusammenhänge zwischen kieferorthopädischer Behandlung und neu aufgetretenen Kiefergelenksbeschwerden bei Kindern und Jugend-

lichen nachgewiesen werden konnten. Prof. Dr. Eberhard Greiser (Bremen) und Prof. Dr. Alun Evans (Belfast/Irland) referierten über die Epidemiologie im Allgemeinen und ihre Möglichkeiten bzw. Fallstricke. Mit Hilfe der geografischen Epidemiologie kann laut Prof. Greiser zum Beispiel der Verdacht einer erhöhten Leukämierate bedingt durch Schadstoffe aus einer Mülldeponie in einer bestimmten Region abgeklärt werden. Manche Fragen ergeben sich erst durch epidemiologische Erhebungen, zum Beispiel danach, warum in einem Bundesland die

Das Professorenehepaar Dr. Elke und Dr. Siegfried Hensel wurde jetzt in Greifswald emeritiert.



Todesursache „Herzinfarkt“ überproportional häufig angegeben wurde. Es stellte sich heraus, dass ein systematischer Fehler bei der Registrierung ursächlich war. Mögliche Fallstricke der Epidemiologie verdeutlichte Prof. Evans anhand eines Beispiels einer frühen geografischen Studie über Cholerafälle in London. Dabei konnte der naheliegende Schluss, bei dem der Rückgang der Erkrankungsfälle auf die Beseitigung einer vermutlich verseuchten Wasserpumpe zurückgeführt wurde mit den erhobenen Daten nicht sicher nachgewiesen werden. Er unterstrich die Forderung, dass einer adäquaten Datenerhebung eine entsprechende Priorität einzuräumen ist.

Das wissenschaftliche Programm wurde durch eine Vielzahl von Postern zur Basisstudie (SHIP) sowie zu kranio-mandibulären Dysfunktionen abgerundet.

*Dr. Antje Kirbschus
Dr. Ursula Niesmann
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Rotbergerstraße 8
17487 Greifswald*

Medica 2001 – die weltgrößte Gesundheitsmesse

Zahlreiche Innovationen in der modernen Medizin

Langzeit-EKG-Geräte im Miniaturformat, Rettungsflieger auf Zuruf, Thermometer für die Stirn, Blutdruckmessgeräte, die einer Armbanduhr ähneln und die ermittelten Werte direkt an den Arzt übertragen, sowie neue Optionen der Ultraschalldiagnostik und der Lasertherapie – die Palette der medizinischen Neuheiten, die bei der Medica in Düsseldorf, der weltweit größten Gesundheitsmesse vorgestellt wurden, ist bunt.



Blutdruckkontrolle per Handy

Furore machte ferner die Möglichkeit, Messdaten via Handy direkt an den Arzt zu übertragen. Beispielsweise lassen sich mit einem Blutdruckmessgerät der Firma Vita-phone GmbH, das einer Armbanduhr ähnelt, die mit dem Gerät ermittelten Blutdruckwerte direkt an ein eigens eingerichtetes Servicecenter übertragen, wo die Daten mit einer Spezial-Software ausgewertet werden. Werden bestimmte Blutdruckwerte über- oder unterschritten, so kann über das mit Internisten und Kardiologen besetzte Servicecenter Hilfe zum Patienten gerufen werden.

Rettungsflieger auf Zuruf

Für Personen, die die Einsamkeit suchen und gerne alleine per Mountainbike die Wälder erkunden oder die sich gerne beim Wandern auf abgelegene Wege begeben, bietet die Deutsche Rettungswacht nun für den Notfall den „Rettungsflieger auf Zuruf“: Brauchen die Betroffenen Hilfe, so können sie diese per Handy und GPS-Signal anfordern. Durch das Signal wird eine Notrufzentrale alarmiert, der Hilfsbedürftige kann direkt geortet und der Rettungsflieger mit den genauen Positionsdaten losgeschickt werden.



Fotos: Messe Düsseldorf

Einmal im Jahr ist Düsseldorf Ziel von Tausenden deutscher Ärzte: Wenn die Medica ihre Pforten öffnet.

Mini-Langzeit-EKG

Möglich werden die Innovationen durch die neuen Optionen der Kommunikationstechnologie sowie der Informatik und auch durch den zunehmenden Trend der Miniaturisierung, der auch vor der Medizin nicht halt macht. So wurde in Düsseldorf ein neues Gerät zur Langzeit-EKG-Aufzeichnung vorgestellt, das die Messung für den Patienten wesentlich komfortabler macht. Während frühere Langzeit-EKGs unhandlich und unbequem zu tragen waren, setzt das neue Gerät der Firma MediWorld auf Patientenkomfort: Es arbeitet kabellos, ist nur noch knapp 20 Gramm schwer und wird in einem Spezialpflaster mit integrierenden Elektroden auf der Haut getragen.



Fieber messen auf der Stirn

Deutlich einfacher könnte auch das Fieber messen werden – dank einem neuen Thermometer, das an einer Seite der Stirn aufgesetzt und dann zur anderen Stirnseite gezogen wird. Das Thermometer soll die Körpertemperatur auf 0,2 Grad Celsius genau angeben.



Medizinischer Fortschritt durch technische Innovation

Optisches Stethoskop

Doch nicht nur für Patienten, auch für Ärzte gibt es interessante Neuheiten, beispielsweise das optische Stethoskop. Das von Philips Medical Systems entwickelte Gerät nutzt die moderne Ultraschalltechnik und ermöglicht über voll-digitale 2-D-Bilder optische Untersuchungen und stellt eine wertvolle Ergänzung in der Herzdiagnostik dar. Es ist nicht größer und schwerer als ein handelsüblicher Laptop und kann somit auch in der ambulanten Diagnostik eingesetzt werden.

E-Mails sprachgesteuert

Eine wesentliche Erleichterung des Alltags im modernen E-Mail-Zeitalter bietet ferner ein sprachgesteuertes E-Mail-Programm der Saymore GmbH. Der Arzt kommuniziert dabei per Headset mit seinem PC. Er gibt verbal das Kommando, dass eine E-Mail an eine bestimmte Anschrift zu senden ist, und automatisch wird der Adressat herausgesucht und die Nachricht kann diktiert werden.

Ermöglicht wird dies durch die Technologie eines semantischen Netzwerkes zur intuitiven Steuerung von Informations- und Computersystemen. Die Systemsoftware wandelt dabei den Sinn von Sätzen in für den Computer eindeutige Kommandos um, ohne dass der Benutzer sich an feste Befehle zu halten hat.

Knochen per Laser schneiden

Speziell für Chirurgen wurde in Düsseldorf eine Neuheit vorgestellt und zwar das Durchtrennen von Knochen via Laser statt mittels der bisher üblichen Knochenfräse.

Das Forschungszentrum Caesar in Bonn hat ein präzises Knochenschneideverfahren auf Basis der Lasertechnologie entwickelt, das die Fräse schon bald in den Bereich des „alten Eisens“ verweisen dürfte.

Es handelt sich um einen Kurzpuls-CO-Laser, der dafür sorgt, dass die Knochenflüssigkeit in kurzer Zeit quasi verdampft, ohne dass an der Knochensubstanz Schädigungen durch etwaige Schmelzprozesse entstehen. Bisher war das Schneiden von Knochen mit Lasern durch die thermischen Nebenwirkungen nicht möglich gewesen.

Neue Optionen beim Ultraschall

Erhebliche Weiterentwicklungen werden ferner bei der Ultraschalldiagnostik gemeldet. Bei der Suche nach Gefäßverengungen ist derzeit noch die Farbduplexsonographie Standard, die ein zweidimensionales Bild abbildet und den Blutfluss je nach Richtung rot oder blau markiert. Ein sehr langsamer und auch ein sehr schneller Blutfluss ist allerdings mit der Methodik bislang nicht zu fassen gewesen. Das ändert sich durch die von Privatdozent Dr. Malte Ludwig, Bonn, und Professor Dr. Michael Gebel, Hannover, präsentierte B-Flow-Technologie, ein Verfahren, bei dem die Zellbestandteile des Blutes als Ultraschall-Reflektoren genutzt werden. Bei höherer räumlicher Auflösung und höherer Bildfrequenz sind dadurch auch kleine Stenosen sowie Geschwüre und Gefäßaussackungen (Aneurysmen) darstellbar.

Höhere Kontraste, genauere Tumorsuche

Eine andere Strategie besteht darin, die Helligkeit sowie die Kontraste des Ultraschallbildes zu steigern. Über diesen Weg

werden vor allem Tumore besser diagnostizierbar. Die neue Technologie hat zugleich die Farbe des Ultraschallbildes von dem bisher üblichen Grau auf Braun umgestellt, da das menschliche Auge von den 256 mit den Geräten dargestellten Graustufen bestenfalls 60 wahrnehmen kann. Mit der neuen Farbgebung und der stärkeren Kontrastierung und zugleich deutlich höherer Bildauflösung sind mit den Geräten der neuen Generation auch kleinere Gewebeveränderungen und Tumore zu entdecken, die der Diagnostik bislang üblicherweise entgangen sind.

Bei der Gefäßdiagnostik gelingt nach Gebel zudem eine deutlichere Abgrenzung der Gefäßwandschichten als bisher, und auch Venenklappen sind nun gut darstellbar. Kombiniert mit der 3-D-Sonographie ist außerdem die Darstellung eines dreidimensionalen Bildes des gesamten untersuchten Gefäßsystems mit allen Gefäßabgängen und wenn nötig sogar mit Farbdarstellung der Blutströmung möglich. Wie in einem Tomogramm können zudem virtuelle Gefäßschnitte durchgeführt werden und das auf nicht invasivem Wege.

Dreidimensionale Diagnostik

Auch andere Verfahren setzen zunehmend auf dreidimensionale Bilder, wobei es nun auch gelingt, diese auf dem Bildschirm zu erzeugen. Die Bilder werden auf Bildplättchen entwickelt, die in einer Zwischenablage hinter dem Bildschirmglas gelagert sind. Die Bildplättchen werden so gestellt, dass gleichzeitig zwei Bilder zu sehen sind, eines für das linke und ein anderes für das rechte Auge, wobei beide Bilder zusammengefügt die dargestellten Gebilde in ihren drei Dimensionen zeigen. In den Bildschirm eingebaute Kameras folgen der Stellung der Augen, so dass das Ganze auch dann funktioniert, wenn sich der Betrachter ein wenig bewegt.

*Christine Vetter
Merkenicherstrasse224
50735 Köln*

Repetitorium

Leberzirrhose

Chronische Lebererkrankungen galten bis vor nicht allzu langer Zeit nicht nur als unheilbar, sondern auch als kaum behandelbar. Das hat sich deutlich gewandelt. So stehen inzwischen bei verschiedenen Lebererkrankungen wirkungsvolle Therapieformen zur Verfügung. Sie bewirken keine Heilung, können aber das Fortschreiten der Erkrankung hinauszögern und damit auch die Notwendigkeit einer Lebertransplantation zeitlich hinausschieben.



Der Entspannungsdrink mit Hochprozentigem kann auf Dauer die Leber schädigen.

Foto: MEV

Auf knapp zehn Prozent wird die Häufigkeit der Leberzirrhose in den Industrienationen geschätzt. Die Zahl stammt aus Autopsiestudien und bedeutet nicht, dass fast jeder zehnte Bundesbürger unter einer klinisch manifesten Lebererkrankung leidet, also entsprechende Symptome entwickelt. Denn gerade im Frühstadium verlaufen chronische Lebererkrankungen oft unbemerkt, und bei älteren und alten Menschen ist die Zirrhose somit unter Umständen eine Art Zufallsbefund. Dennoch zeigen die Daten, dass Lebererkrankungen bis hin zur Leberzirrhose in unserer Gesellschaft ein relevantes Gesundheitsproblem darstellen.

Die Leberzirrhose

Eine Leberzirrhose entwickelt sich praktisch immer auf dem Boden einer langjährigen Leberschädigung. Grundlage ist eine fortschreitende Zerstörung von Lebergewebe, ein Prozess, der zwangsläufig mit Umbauprozessen und Vernarbungen einher geht. Es bildet sich zunehmend knotiges Binde-

gewebe (Leberfibrose), während gleichzeitig gesunde Leberzellen absterben. Die Funktionsfähigkeit der Leber nimmt dadurch ab, das Organ selbst schrumpft, seine Oberfläche wird knotig und runzelig. Es kommt zur Schrumpfleber, also zur Leberzirrhose.

Die Ursachen

In rund 60 Prozent der Fälle ist die Leberzirrhose die Folge eines chronischen Alkoholabusus. Rund 40 Prozent der Männer, die über Jahre hinweg täglich 60 Gramm Alkohol (zwei Liter Bier oder eine Flasche Wein oder ein Schnaps) und mehr konsumieren, müssen damit rechnen, eine Leberzirrhose zu entwickeln. Bei Frauen besteht ebenfalls ein Zusammenhang zum Alkoholkonsum, doch reagiert die Leber empfindlicher auf die Noxe: So ist bereits ab einer Alkoholmenge von regelmäßig

mehr als 20 Gramm täglich (das entspricht einer Flasche Bier) von einer chronischen Leberschädigung auszugehen.

Die zweithäufigste Ursache für eine Leberzirrhose sind chronische Hepatitiden wie die Hepatitis B oder die Hepatitis C. Daneben münden auch cholestatische Lebererkrankungen, wie die Primär Billäre Zirrhose und die Primär Sklerosierende Cholangitis, praktisch immer in eine Leberzirrhose. Als weitere Ursachen kommen die Autoimmunhepatitis in Betracht sowie Krankheiten des Eisen- oder Kupferstoffwechsels, wie die Hämochromatose oder die Wilson-Krankheit. Seltener sind in unseren Breitengraden Ursachen, wie eine langjährige Exposition gegenüber chemischen Noxen, Arzneimitteln oder Tropenkrankheiten, wie die Bilharziose.

Die Symptome

Die Leberzirrhose entwickelt sich allmählich über mehrere Jahre, ohne dass sich dies durch Schmerzen oder andere Beschwerden bemerkbar macht. Treten Beschwerden auf, so sind diese zunächst unspezifischer Natur. Als Warnsignal zu verstehen sind eine ungeklärte Müdigkeit und Abgeschlagenheit, ein Nachlassen der allgemeinen Leistungsfähigkeit sowie Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme.

Schreitet die Lebererkrankung fort, so kommt es zum Juckreiz der Haut und eventuell zur Gelbsucht. Viele Patienten weisen Hautveränderungen, wie Lebersternchen, und insbesondere eine Rotfärbung der Handinnenflächen auf. Bei fortgeschrittener Leberzirrhose entwickeln sich dann häufig massive Symptome, zum Beispiel Hormonstörungen infolge der eingeschränkten Syntheseleistung der Leber, aber auch Verdauungsstörungen und Stoffwechselstörungen.

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

Komplikationen der Leberzirrhose

Schreitet die Leberzirrhose weiter fort, so können zum Teil lebensbedrohliche Komplikationen durch die eingeschränkte Funktionsfähigkeit des Organs auftreten. Gefürchtet ist insbesondere der Aszites, also die Bauchwassersucht. Eine gefährliche Komplikation ist ferner die Ausbildung von Ösophagus-Varizen (Krampfadern in der Speiseröhre), da dann die Gefahr lebensbedrohlicher Blutungen besteht. Ihre Bildung wird durch die Leberzirrhose forciert, da das Blut das derbe knotig veränderte Gewebe nicht mehr problemlos passieren kann. Es staut sich vor der Leber, was die Ausbildung von Varizen in der Speiseröhre begünstigt.

Eine weitere bedrohliche Komplikation ist die hepatische Enzephalopathie, die im Koma und schließlich im Tod des Patienten enden kann. Möglich ist ferner der Übergang von der Leberzirrhose in den Leberkrebs, eine Komplikation, die bei etwa zehn Prozent der Patienten beobachtet wird.

Diagnosestellung

Hinweisend auf eine Lebererkrankung sind mehr oder weniger häufig zufällig festgestellte erhöhte Leberwerte bei der Blutuntersuchung. Als weitere diagnostische Maßnahmen bieten sich im Verdachtsfall der Ultraschall des Oberbauchs an. In der Sonographie kann dann die Größe sowie die Beschaffenheit der Leber beurteilt werden. Eine sichere Diagnosestellung ist letztlich jedoch nur über eine Gewebeprobe und eine histologische Untersuchung möglich, so dass gegebenenfalls eine Leberbiopsie durchgeführt werden muss.

Therapie und Verlauf

Unbehandelt schreiten die Schädigungs- und Umbauprozesse in der Leber in aller Regel fort, die Leberzirrhose nimmt zu und hat schließlich das Leberversagen und damit den Tod des Patienten zur Folge. Dieser Prozess aber lässt sich aufhalten, wenn die schädigende Noxe eliminiert, konkret in

den meisten Fällen also ein Alkoholverzicht, praktiziert wird. Bereits eingetretene Veränderungen des Leberuntergangs aber können nicht mehr behoben werden, manifeste Schädigungen sind irreversibel.

Klinisch wird die Leberzirrhose dabei in verschiedene Stadien eingeteilt, und zwar in

- die latente Zirrhose, die noch keine Beschwerden verursacht
- die manifeste Zirrhose mit deutlichen Zeichen einer Zellschädigung und Zelluntergängen
- die kompensierte Zirrhose
- die dekomensierte Zirrhose mit gravierenden Komplikationen wie portaler Hypertension, Aszites oder gastrointestinalen Blutungen.

Allerdings kann durch die Behandlung der Grunderkrankungen erheblich darauf Einfluss genommen werden, ob, wie und wann sich eine Leberzirrhose entwickelt. Welche therapeutischen Maßnahmen im Einzelfall indiziert sind, hängt direkt von der Grunderkrankung ab.

Lebertransplantation als Mittel der letzten Wahl

Die eigentliche Behandlung der Leberzirrhose jedoch beschränkt sich auf die Therapie der Komplikationen. So wird zum Beispiel beim Aszites mit Diuretika behandelt. Bei Ösophagus-Varizenblutungen stehen heutzutage verschiedene Verfahren zur Verfügung, um die Blutung zu stillen und es kann langfristig operativ für eine Entlastung des Pfortaderdrucks gesorgt werden. Auch die hepatische Enzephalopathie ist einer Therapie zugänglich, wobei durch diätetische aber auch medikamentöse Maßnahmen die Verwirrheitszustände behoben und das Koma abgewendet werden kann. Lässt sich jedoch durch konservative Verfahren die Leberzirrhose mit ihren Komplikationen nicht beherrschen, so bleibt als Mittel der letzten Wahl die Lebertransplantation.

Therapie der Hepatitiden

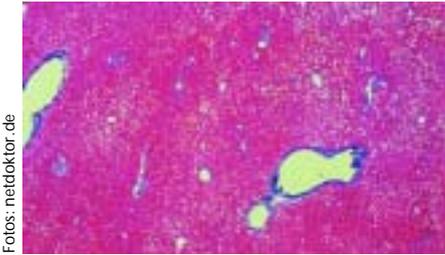
Wenngleich eine Heilung der Leberzirrhose nicht möglich ist, lässt sich durch opti-

mierte Therapieverfahren bei den Grunderkrankungen doch häufig ihre Entstehung verhindern oder hinauszögern. Besonders eindrucksvoll sind die Erfolge bei den Hepatitiden. So führt eine Therapie der chronischen Hepatitis B mit Interferon-Alpha langfristig in 30 bis 50 Prozent der Fälle zu einem Verlust des viralen Antigens aus dem Serum und zu einer Normalisierung der Leberwerte (Transaminasen). Besonders gut ist das Ansprechen bei Patienten mit Nachweis des HBe-Antigens, bei Frauen, sowie bei niedriger Viruslast. Fehlt das HBe-Antigen, so kommt es jedoch nach Absetzen der Therapie in 90 Prozent der Fälle innerhalb eines Jahres zu einem Rezidiv.

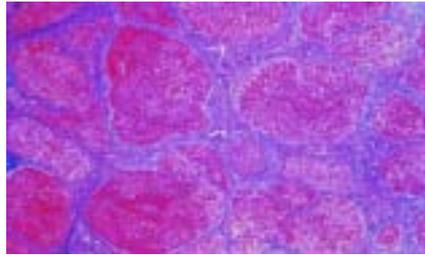
Deutlich besser wurden die Therapiechancen in den vergangenen Jahren durch die Einführung von Virostatika, wie dem Lamivudin, das in Kombination mit Interferon-Alpha bei 30 Prozent aller Patienten eine Serokonversion erzielt.

Mit Blick auf die chronische Hepatitis B ist aber zu bedenken, dass es durchaus Schutzmöglichkeiten vor dieser Erkrankung, die in zehn Prozent der Fälle in eine Leberzirrhose mündet, gibt. Da die Virusübertragung mit dem Blut erfolgt, wird deshalb allen in medizinischen Berufen Beschäftigten unbedingt zu einer vorsorglichen Impfung geraten.

Nicht möglich ist dagegen eine Impfung gegen das Hepatitis C-Virus, welches ebenfalls über die Körperflüssigkeiten übertragen wird. Auch die Hepatitis C-Infektion führt bei der Mehrzahl der Patienten zu einer chronischen Hepatitis mit der Gefahr der Entwicklung einer Leberzirrhose. Der Prozentsatz derjenigen, die eine Leberzirrhose entwickeln, ist dabei noch deutlich höher als bei der Hepatitis B. Auch bei der Hepatitis C sind Fortschritte in der Therapie zu verzeichnen: Die Standardtherapie besteht ebenfalls in der Gabe von Interferon-Alpha, doch wird dieses neuerdings in Kombination mit dem Virostatikum Ribavirin verabreicht. Unter einer solchen Kombinationstherapie ist den Studien zufolge eine Viruseliminierungsrate von etwa 40 Prozent zu erwarten, wobei die Ergebnisse vom Virustyp und auch vom Virustiter abhängig sind sowie vom Genotyp des Patienten.



Gewebeschnitt einer normalen Leber



Zirrhotisch verändertes Gewebe

Cholestatische Lebererkrankungen

Bei den cholestatischen Lebererkrankungen steht die Primäre Biliäre Zirrhose (PBC) im Vordergrund, ein Krankheitsbild, bei dem es zu einem Stau der Gallenflüssigkeit in der Leber (Cholestase) kommt und das zu den Autoimmunkrankheiten gehört. Die Ursachen der PBC sind noch unbekannt.

Betroffen sind in der Mehrzahl der Fälle Frauen, die Erkrankung manifestiert sich meist zwischen dem 20. und dem 60. Lebensjahr. Die PBC gehört zu den seltenen Erkrankungen, ist mit einer Häufigkeit von 94 pro 100 000 Einwohner allerdings häufiger als beispielsweise ein Pankreaskarzinom.

Unbehandelt führt die PBC unweigerlich zur Leberzirrhose und damit zum Tod des Patienten, wobei die Überlebenszeit im Durchschnitt bei zehn bis 15 Jahren liegt. Erste empirische Therapieversuche aber haben gezeigt, dass sich die Progression der Störung durch die Behandlung mit Ursodeoxycholsäure, einer endogenen Gallensäure, deutlich verzögern lässt. Ursodeoxycholsäure scheint dabei choleretische Eigenschaften zu besitzen, also den Gallenfluss zu fördern und damit die Schädigung der Leberzellen durch toxische Gallensäuren zu mindern. In Studien belegt wurde, dass die Ursodeoxycholsäure nicht nur die Beschwerden der Patienten, wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Juckreiz, bessert, sondern auch die Zeitspanne verlängert, bis eine Lebertransplantation erforderlich wird. Neben der PBC ist bei den cholestatischen Lebererkrankungen vor allem die Primär Sklerosierende Cholangitis (PSC) zu nennen, bei der ebenfalls Therapiefortschritte

erzielt wurden. Die Erkrankung geht mit einer Destruktion der Gallengänge einher, was ebenfalls zur Cholestase und damit zu Leberschädigungen führt. Auch bei der PSC lassen sich therapeutische Effekte durch die Ursodeoxycholsäure erzielen, wirklich effektiv aber ist die Therapie nur, wenn sie mit einer Erweiterung von Strikturen in den Gallengängen kombiniert wird. Geschieht dies frühzeitig und konsequent, so kann, nach Untersuchungen an der Universitätsklinik Heidelberg, die Progression der Störung erheblich verzögert werden.

Sowohl bei der PBC als auch bei der PSC ist allerdings im Endstadium eine Lebertransplantation unumgänglich, um das Leben des Patienten zu retten.

Bringt Transplantation von Hämatocyten eine Zukunft

Deutlich bessere Behandlungschancen deuten sich für die Zukunft durch völlig innovative Therapieverfahren bei Lebererkrankungen an. So wird derzeit intensiv an Alternativverfahren zur Lebertransplantation gearbeitet. Eine Möglichkeit ist die gezielte Transplantation von Leberzellen (Hepatozyten), die aus Spenderorganen stammen, welche für eine Organtransplantation nicht geeignet sind.

Bei dem neuen Verfahren wollen die Wissenschaftler versuchen, gesunde Leberzellen in die kranke Leber einzuschleusen und dort zur Proliferation anzuregen, um die Funktion des Organs möglichst wieder herzustellen. Dass eine solche Hepatozyten-Zelltransplantation funktionieren sollte, legen Tierversuche von Dr. Robert A. F. M. Chamulleau, Universitätsklinik Amsterdam, nahe, die der Mediziner bei einem Interna-

tionalen Falk-Symposium in Hannover präsentierte. So konnte bei Nagetieren gezeigt werden, dass sich durch die Zelltransplantation eine eingeschränkte Leberfunktion wieder bessern und die Überlebensrate beim akuten Leberversagen steigern lässt. Eine Indikation für die Hepatozyten-Transplantation sehen auch Wissenschaftler an der Medizinischen Hochschule Hannover, die noch in diesem Jahr einen ersten Versuch mit dem neuen Verfahren beim Menschen planen, in erster Linie beim akuten Leberversagen. Sie hoffen, durch die Implantation gesunder Hepatozyten der erkrankten Leber eine Erholungspause und damit Regenerationsmöglichkeiten bieten zu können.

Hoffnungen werden auf Stammzellen gesetzt

Doch das Verfahren hat noch weitreichendere Bedeutung: Zwar kann es wahrscheinlich nicht die herkömmliche Organtransplantation ablösen, doch könnte es möglicherweise bei Patienten auf der Warteliste für eine Spenderleber helfen, den Zeitraum zu überbrücken, bis ein geeignetes Organ verfügbar ist.

Die Hepatozyten-Transplantation ist bei Lebererkrankungen außerdem wohl Wegbereiter für die Stammzelltransplantation. Dabei werden omnipotente Zellen, die so genannten Stammzellen, in das Organ eingebracht und zur Proliferation angeregt. Auch die Leber selbst hält dabei eine gewissen Reserve an Stammzellen vor, aus denen sich offensichtlich neue Hepatozyten rekrutieren können. Andererseits können sich Hepatozyten offenbar auch aus hämopoetischen Stammzellen entwickeln. Damit wird wahrscheinlich, dass in Zukunft durch die Stammzelltherapie weitere Fortschritte bei der Behandlung schwerer Lebererkrankungen zu erzielen sind. ■

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

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Diabetes mellitus

Volkskrankheit auf dem Vormarsch

Sechs Millionen Menschen in Deutschland sind zuckerkrank, so schätzen Experten. Etwa 600 000 Patienten haben den Diabetes Typ 1 und sind somit auf eine Behandlung mit Insulin angewiesen. Diabetes ist zu einer Volkskrankheit geworden – und die Behandlung ist teuer. Diabetiker verursachen die dreifachen Gesundheitskosten gegenüber Nichtdiabetikern.

Es fängt an mit Durst. Großem, übermäßigem Durst. Man fühlt sich matt, wird häufig krank. Dies sind die Frühsymptome des Diabetes mellitus, Typ 2. 90 Prozent der Zuckerkranken leiden an dieser Diabetes-Variante. Oft werden die Symptome im Frühstadium nicht ernst genommen – erst Spätkomplikationen führen den Patienten zum Arzt: Sehprobleme, Taubheitsgefühl in den Füßen, schlecht heilende Wunden. „Wegen der schleichenden Symptome ist es keine Seltenheit, dass ein Diabetes Typ 2 per Zufall erkannt wird“, weiß Peter Bottermann, Sprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Wird die Krankheit nicht oder zu spät behandelt, drohen Erblindung, Amputationen und Nierenversagen. Oft sind die Patienten bei Diagnosestellung bereits mehrere Jahre erkrankt und die Folgeerkrankungen manifest.

Die Typ 2 Variante der Zuckerkrankheit tritt erstmals überwiegend im mittleren und höheren Erwachsenenalter auf (Alterszucker). Erbliche Veranlagung in Kombination mit Adipositas und zu geringer körperlicher Aktivität führt zu einer Insulinresistenz. Zwar produziert der Körper noch eigenes Insulin, jedoch nicht in ausreichender Menge.

Notfall in der Praxis

Sollte bei einem Diabetiker in der zahnärztlichen Praxis Hypoglykämie auftreten, ist die schnellstmögliche Gabe von Glucose lebenswichtig. Folgende Symptome sind deutliche Hinweise für eine Hypoglykämie:

Heißhunger, Übelkeit, Unruhe, Tachykardie, Hyperventilation, Aggressivität, Sprachstörungen und Muskelkrämpfe.

Ist der Patient noch bei Bewusstsein, reicht die orale Gabe von Traubenzucker. Bei bewusstloseingetäubten Patienten sollte sofort eine Glucoselösung intravenös appliziert werden.



Foto: PhotoDisc

Rund 600 000 Patienten in Deutschland sind auf eine Insulinbehandlung angewiesen.

Ist die Insulinproduktion gestört, nehmen die Körperzellen nicht mehr ausreichend Glucose zur Energieversorgung auf – der Patient fühlt sich schlapp und ausgezehrt. „Zur Behandlung sollte zunächst eine Normalisierung des Körpergewichts angestrebt werden. Wichtig ist zudem regelmäßige körperliche Betätigung zur Verbesserung der Insulinverwertung“, betont Prof. Dr. Werner Scherbaum von der Universität Leipzig. Außerdem sollten Risikofaktoren, wie Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörung, konsequent behandelt werden. Diabetes Typ 2 gehört zu den wenigen Krankheiten, bei denen sich der Patient selbst behandeln kann.

Ganz anders sieht es hingegen beim Diabetes Typ 1 aus. Hier bilden die Patienten kein eigenes Insulin mehr und sind auf externe Zufuhr angewiesen. Dieser Diabetes beginnt meist im Kindes-, Jugend- oder frühen Erwachsenenalter. Beim Typ 1 Diabetiker bilden sich Autoantikörper, die gegen die Insulin bildenden körpereigenen Inselzellen gerichtet sind. Ist der Autoimmunmechanismus gegen die Inselzellen getriggert, kommt es zur Dekompensation des Stoffwechsels und damit zur Insulinpflicht.

Unbehandelt entwickelt der Diabetes Typ 1 schwere Akutkomplikationen: Der Blutzuckeranstieg und die Übersäuerung des Blutes können einen hypoglykämischen Schock und damit das diabetische Koma auslösen – teils mit tödlichem Ausgang. Bei schlechter Einstellung drohen trotz Insulinbehandlung Spätfolgen, wie Schädigung der Blutgefäße, Schlaganfall, Herzinfarkt sowie Erblindung und Amputationen. Die Behandlung mittels Insulintherapie muss individuell auf den Patienten abgestimmt werden und den täglichen Erfordernissen angepasst werden. Während man früher in der konventionellen Therapie Insulin nur ein- bis zweimal täglich injizierte, ist man nun dazu übergegangen, die Insulingaben mehrfach über den Tag verteilt zu geben. Diese intensiviertere Insulintherapie orientiert sich an der Kohlenhydratzufuhr und der jeweiligen körperlichen Aktivität. So werden natürliche Verhältnisse nachgeahmt und eine möglichst normnahe Blutzuckereinstellung erreicht.

Bei der Insulintherapie kann heute auf die früher übliche Spritze weitgehend verzichtet werden. Diskret und mit exakter Dosierung wird das Insulin mit einer Injektionshilfe, dem so genannten Pen, per Knopfdruck in die Haut injiziert. Bei manchen Patienten ist eine Behandlung mit Insulinpumpe erforderlich. „Dabei wird das Hormon über eine kontinuierliche Insulininfusion unter die Haut gespritzt“, erklärt Prof. Scherbaum. Über ein Gerät, das der Patient am Gürtel trägt, wird die Insulinabgabe reguliert. Der Patient kann so sehr flexibel – abhängig von der jeweiligen Nahrungsaufnahme – Insulin per Knopfdruck zuführen. Damit sei bei geschulten Patienten eine optimale Stoffwechselführung möglich. Die Zahl der Diabeteskranken wird sich in den nächsten zehn bis 20 Jahren verdoppeln, schätzen Experten. Der Diabetes Typ 2 ist eine Wohlstandserkrankung – weltweit ist mit einem großen Anstieg zu rechnen. om

zm Leser service

Wenn Sie mehr zur Notfallbehandlung bei Hypoglykämie oder Hyperglukämie wissen möchten können Sie einen Artikel dazu in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Psychosomatische Medizin

Depressive Patienten sind stärker vom Herztod bedroht

Till Uwe Keil

Eine kranke Seele bedeutet Stress für das Herz. Patienten, die an lang-jährigen mittelschweren bis schweren Depressionen leiden, sind doppelt bis vierfach stärker von einem tödlichen kardiovaskulären Ereignis bedroht als nicht depressive Menschen. Die Depression ist offensichtlich ein unabhängiger Risikofaktor für einen plötzlichen Herztod, der mit den bekannten Risikofaktoren vergleichbar ist.



Foto: ABDA

Antriebslos, lustlos, „null Bock“; so zeigen sich Depressionen an.

Die Psychosomatische Medizin ist wiederum einem drastischen Wandel unterworfen. Hatte sie in ihrer Anfangszeit Schwierigkeiten, auch nur einige der schulmedizinisch erfassten Leiden als „psychisch bedingt“ eingestuft zu bekommen, so zeigt sich heute, dass auch ganz normale somatische Krankheitsbilder, wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder plötzlicher Herztod, durch psychische Prozesse ausgelöst oder doch zumindest mitbedingt werden können. Die Psyche, oder wie es in der deutschen Sprache heißt, die Seele, avanciert zu einem beachtenswerten Risikofaktor – falls sie krank ist.

Stresshormone als Mediatoren

Die psychosomatische Forschung hat zwei zentrale Stresshormone, Cortisol und Adrenalin als verknüpfende Faktoren, als Me-

diatoren zwischen der seelischen und der körperlichen Ebene identifiziert. In verschiedenen Messungen lagen die Serumwerte beider Hormone bei Patienten in akuten depressiven Krisen drastisch über den Normalwerten. Beide Hormone vermindern in kritischen Situationen offensichtlich die Anpassungsfähigkeit des kardiovaskulären Systems, vor allem, wenn bei älteren Patienten schon ein arteriosklerotisch vorgeschädigtes Gefäßbett zu einer rigiden Blutdruckregulation zwingt.

Allerdings nimmt der Münchner Psychiater Prof. Matthias Rothermund an, dass eine Depression – auf welchem Weg auch immer – auch ein nicht vorgeschädigtes Gefäßsystem zu schädigen vermag. Diese Annahme leitet er aus der Beobachtung ab, dass bei schwer depressiven Patienten wesentlich früher Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftreten als bei einer ansonsten gleich belasteten Vergleichsgruppe.

Cave das erste Halbjahr nach Herzinfarkt

Eine besonders große ärztliche Aufmerksamkeit erfordern Patienten, die gerade eine nicht-tödliche kardiovaskuläre Komplikation, wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, überstanden haben.

Ein tödlicher Verlauf während des ersten Halbjahres ist bei ihnen viermal so wahrscheinlich wie bei depressiv unbelasteten Vergleichspatienten. Dies konnte in verschiedenen Beobachtungsstudien belegt werden. Allerdings ist dies nicht die einzige

bedrohliche Botschaft für Depressive und ihre Angehörigen. Denn auch somatisch völlig gesunde, aber depressive Patienten sterben deutlich häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als unbelastete Patienten. Eine Ende des vergangenen Jahres publizierte Arbeit aus den Niederlanden zeigt, dass ein übermäßig hoher Anteil an depressiven Patienten während der vierjährigen Beobachtungszeit an Herz-Erkrankungen verstarb. Die Studie umfasste 3 000 zufällig ausgewählte ältere Menschen, die auf ihre psychische und körperliche Gesundheit untersucht und dokumentiert worden waren. Von ihnen verstarben in den vier Jahren der Studie 47 Patienten an einem Herztod – eine Rate, die weit über dem altersgemäßen Durchschnitt lag.

In dieser Studie war die Depressivität als eigener Risikofaktor für ein überdurchschnittlich hohes Risiko für einen vorzeitigen Herztod abgrenzbar. Er war von den etablierten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht und Bluthochdruck unabhängig. Die Belastung durch diesen eigenen Risikofaktor „Depressivität“ war nach den statistischen Berechnungen mit den genannten etablierten Risikofaktoren vergleichbar, was die Fachleute überraschte. Allerdings wird speziell von Kardiologen noch die Eigenständigkeit dieses Risikofaktors diskutiert. Ein Beispiel dafür ist der Basler Kardiologe Prof. Matthias Pfisterer, der der Depressivität noch nicht den Status eines etablierten Risikofaktors einräumen will.

Schädlichkeit der Depressivität

Wir haben an dieser Stelle bereits mehrfach die Klagsamkeit von der echten Depression abgegrenzt. Ein klagsamer, depressiv verstimmt Mensch vermag sich über seinen Zustand zu äußern und ist in der Lage, ein geregeltes Leben zu führen. Er ist nach bisherigen Erkenntnissen nicht in erhöhtem Maße von kardiovaskulären Erkrankungen bedroht. Depressive hingegen verschließen sich, grenzen sich selbst von sozialen Kontakten aus und verfallen nicht selten auch in eine körperliche Unbeweglichkeit. Hier könnte, so die Fachleute, eine Verbindung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesehen

werden, denn körperliche Aktivität schützt genauso das Herz wie ausgeglichene soziale Kontakte.

Neben diesen Erklärungen ist wenig zu erfahren, auf welchem Wege die Seele schädigend auf das Herz einwirken könnte. Der Volksmund weist hier mit Redensarten wie ein „vor Gram gebrochenes Herz“ oder jemand sei „zu Tode betrübt“ zwar auf diesen Zusammenhang hin, schuldet allerdings auch jegliche Erklärung.

Unklar ist ebenfalls, wie es denn geschehen kann, dass trotz eines vielleicht Glück verheißenden Umfeldes ein Mensch „endogen“, das heißt ohne erkennbaren Grund, depressiv werden kann. Ein genetischer Zusammenhang lässt sich nur vage erkennen. Gebracht hat auch das heute weitgehend entschlüsselte Genom des Menschen kaum etwas, wenn es um die Identifikation einzelner Gene für Depressivität geht.

Offensichtlich muss von einer multifaktoriell bedingten Erkrankung ausgegangen werden, was auch für die genetische Ebene gilt. Sozialforscher ziehen daher heute zur Erklärung familiärer Häufungen das Modell einer „sozialen Vererbung“ heran, deren Übertragungswege allerdings ebenfalls noch im Dunklen liegen.

Die in letzter Zeit nicht zuletzt durch die empirische Arbeit von Bert Hellinger die Psychotherapie revolutionierende Methode des „Familienstellens“ hat zwar über die Generationen hinweg Zusammenhänge zwischen ausgegrenzten Mitgliedern der Sippe und den erkrankten Patienten aufgedeckt, die schulmedizinische Wertigkeit dieser Methode wird allerdings erst in den letzten Jahren vermehrt gewürdigt. Auch diese Methode vermag keine genaue Aussage darüber zu machen, wie die Identifikation eines Patienten mit einem Angehörigen einer anderen Generation wirksam werden kann. Das Modell eines morphogenetischen Feldes könnte hierbei hilfreich sein, müsste aber noch experimentell geklärt werden.

Eindeutig scheint allerdings festzustehen, dass das kardiovaskuläre Risiko mit seelischen Vorgängen zusammenhängt, dass – verallgemeinernd gesprochen – ein trauriges Herz auch ein krankes Herz ist. ■

Präventivmedizin

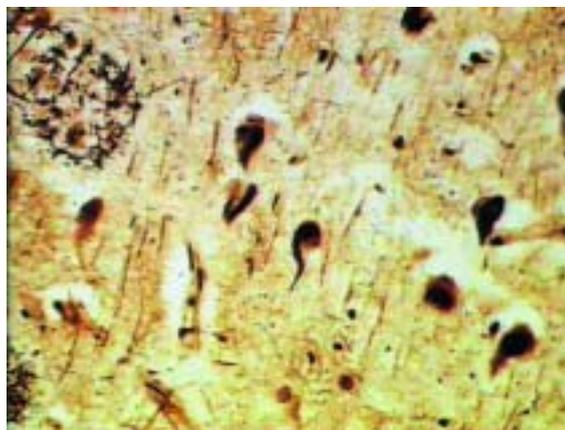
Nicht-steroidale Antirheumatika schützen vor Alzheimer

Eine Langzeitanwendung nicht-steroidaler Antirheumatika (NSAR) scheint statistisch gesehen das Risiko, an Morbus Alzheimer zu erkranken, auf ein Fünftel zu reduzieren. Diskutiert wird ein Einfluss auf entzündliche Prozesse, die eventuell bei der Genese der Alzheimerschen Erkrankung eine Rolle spielen.

Aus Rotterdam kommen die Ergebnisse einer bevölkerungsweiten Untersuchung, in die 6 989 Personen im Alter ab 55 Jahren einbezogen und für im Schnitt 6,8 Jahre beobachtet wurden, die zum Zeitpunkt des Eintritts in die Studie keinerlei Anzeichen einer Demenz hatten. Betrug das Risiko, in diesem Zeitpunkt eine Alzheimer-Demenz zu entwickeln für Patienten mit nur kurzzeitiger Anwendung (< einem Monat) eines NSAR 0,95, so sank es bei Personen, die für eine mittlere Zeit NSAR angewandt hatten, auf 0,62 und bei Patienten, die mehr als zwei Jahre NSAR eingenommen hatten, auf 0,20. Das Risiko einer vaskulären Demenz war in allen drei Gruppen im Vergleich zu Patienten, die nie NSAR eingenommen hatten, unverändert. Die mittlere Anwendungszeit war als länger als ein und kürzer als 24 Monate definiert.

Schlussfolgerungen

Wie die Autoren und Kommentatoren dieser Arbeit selbst betonen, sind die Ergebnisse dieser Studie für eine breite präventive Anwendung von nicht-steroidalen Antirheumatika noch zu präliminär und episodisch. Klarere Ergebnisse als eine Beobachtungsstudie könne eine Interventionsstudie liefern, die allerdings erhebliche Kosten verursachen würde. Wie Breitner und seine Mitautoren in ihrem Editorial zu dieser Arbeit erwähnen, wird so eine Studie soeben durch das National Institute of Aging der USA aufgelegt. In dieser Studie wird nicht



Präparat aus dem Gehirn eines Patienten mit Alzheimerscher Erkrankung, das die typischen anfärbbaren Fibrillen zeigt.

Foto: Bombarda, Sev. Sombra Univ., Rio de Janeiro

nur die Anwendung von Naproxen als typisches NSAR, sondern mit Celecoxib auch ein moderner Hemmstoff der Cyclooxygenase-2 (COX-2-Hemmer) getestet.

So lange es noch keine Risikostratifizierung für das Alzheimer-Risiko von Personen im Alter von 55 Jahren oder höher gibt, kann eine flächendeckende Prävention mit NSAR in der gesamten Altersgruppe schon aus Kostengründen, aber auch wegen des mit einem NSAR verbundenen Blutungsrisikos nicht empfohlen werden.

Wer jedoch, wie in dieser Studie vor allem Patienten mit rheumatoider Arthritis und Osteoarthritis, darauf angewiesen ist, über Jahre NSAR zu schlucken, kann sich insofern freuen, als sein Alzheimer-Risiko sicherlich besser vermindert wird als das Fortschreiten der rheumatischen Grundkrankheit.

Dr. Till Uwe Keil



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Hessen	S. 64	Notfallbehandlung	LZK Hessen	S. 64
	LZK Sachsen	S. 65/66		ZÄK Nordrhein	S. 66
	Freie Anbieter	S. 72		KZV Freiburg	S. 68
Ästhetik	ZÄK Hamburg	S. 67	Parodontologie	LZK Hessen	S. 64
	Bayerische LZK	S. 69		LZK Berlin/Brandenburg	S. 65
	Freie Anbieter	S. 73		ZÄK Nordrhein	S. 66
Helferinnen-Fortb.	LZK Berlin/Brandenburg	S. 65	ZÄK Hamburg	S. 67	
	LZK Sachsen	S. 65/66	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 68	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 69	Freie Anbieter	S. 74	
	Freie Anbieter	S. 74	Prophylaxe	ZÄK Nordrhein	S. 66
Implantologie	ZÄK Nordrhein	S. 66		ZÄK Niedersachsen	S. 68
	ZÄK Hamburg	S. 67		Freie Anbieter	S. 74
	KZV Freiburg	S. 68	Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 65
	ZÄK Niedersachsen	S. 68		LZK Sachsen	S. 65
	Freie Anbieter	S. 72-74		ZÄK Nordrhein	S. 66/67
Internet	LZK Hessen	S. 64	Röntgenologie	LZK Hessen	S. 64
	ZÄK Nordrhein	S. 66		LZK Sachsen	S. 65
	KZV Freiburg	S. 68		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 69
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 69			
Kiefer-/Oralchirurgie	LZK Hessen	S. 64	Fortbildung der Zahnärztekammern		Seite 64
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 65	Kongresse		Seite 69
	ZÄK Hamburg	S. 67	Universitäten		Seite 71
	ZÄK Niedersachsen	S. 68	Wissenschaftliche Gesellschaften		Seite 71
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 69	Freie Anbieter		Seite 72
Kieferorthopädie	AG für Kieferchirurgie	S. 71			
	LZK Sachsen	S. 65			
	ZÄK Hamburg	S. 67			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 68			
	Bayerische LZK	S. 69			
Freie Anbieter	S. 72-74				

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 Hessen



Fortbildungskurse für Zahnärzte

Frankfurt am Main

Thema: Nicht-chirurgische Parodontitisbehandlung – grundlegendes Therapiekonzept in der zahnärztlichen Praxis
Fortbildungskurs für Zahnärzte/Zahnarzthelferinnen und ZMFs

Referent(en): PD Dr. P. Ratka-Krüger, Dr. B. Schacher, Frankfurt/M.

Teilnehmerzahl: 20 Zahnärzte und 20 ZAH od. ZMF
Termin: 16. 02. 2002
09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Frankfurt am Main
Kursgebühr: 235 € je Praxisteam (1 ZA und 1ZAH od. 1 ZMF)
Kurs-Nr.: 002002

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 1. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Thema: Notfalldiagnostik und –therapie für Zahnärzte

Referent(en): PD. Dr. Dr. M. Daubländer, Dr. Th. Schneider, Mainz

Teilnehmerzahl: ca. 20
Termin: 01. 03. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr
02. 03. 2002, 09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Frankfurt am Main
Kursgebühr: 470 €
Materialkosten: 52 €
Kurs-Nr.: 002004

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 15. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden.

Thema: Endo-Chirurgie: Eine immer wieder aktuelle Alternative zur Extraktion

Referent(en): Dr. H. Haueisen, Dr. B. Schacher, Frankfurt/M.

Teilnehmerzahl: 15
Termin: 02. 03. 2002
09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Frankfurt am Main

Kursgebühr: 235 €

Kurs-Nr.: 002005

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 15. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Thema: Endo-Revision – ganz einfach

Referent(en): Dr. M. Cramer, Overath

Teilnehmerzahl: 15
Termin: 09. 03. 2002

09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Frankfurt am Main

Kursgebühr: 210 €

Kurs-Nr.: 002006

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 9. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Thema: Theoretische Grundlagen der chirurgischen Parodontitisbehandlung – weiterführendes Therapiekonzept in der zahnärztlichen Praxis

Fortbildungskurs für Zahnärzte/Zahnarzthelferinnen und ZMFs

Referent(en): PD Dr. P. Ratka-Krüger, Frankfurt/M.

Dr. E. Neukranz, Bad Soden
Teilnehmerzahl: 20 Zahnärzte und 20 ZAH/ZMF

Termin: 09. 03. 2002

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Frankfurt am Main

Kursgebühr: 235 € je Praxisteam (1 ZA und 1 ZAH od. 1 ZMF)

Kurs-Nr.: 002007

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 22. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Thema: Praxis der chirurgischen Parodontittis – Übungen am Schweinekiefer und Live-OP am Patienten

Referent(en): Prof. Dr. P. Raetzke, Frankfurt/M.

Teilnehmerzahl: 20
Termin: 22. 03. 2002,

14.00 – 19.00 Uhr

23. 03. 2002,

09.00 – 14.00 Uhr

Ort: Frankfurt am Main

Kursgebühr: 310 €

Kurs-Nr.: 002009

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 22. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Seminarreihe Oralchirurgie

Thema: Ambulantes Operieren in der Praxis – Der Spagat zwischen gesetzlicher Vorgabe und normativer Wirklichkeit

Referent(en): Dr. Dr. R. Kah, Koblenz

Teilnehmerzahl: ca. 30

Termin: 26. 02. 2002

19.15 – 21.15 Uhr

Ort: Frankfurt am Main

Kursgebühr: 80 €

Kurs-Nr.: 002103

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 12. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Thema: Digitales Röntgen – Möglichkeiten, Qualität und Dokumentation

Referent(en): PD Dr. Dr. S. Haßfeld, Heidelberg

Teilnehmerzahl: ca. 30

Termin: 11. 03. 2002

19.15 – 21.15 Uhr

Ort: Frankfurt am Main

Kursgebühr: 80 €

Kurs-Nr.: 002104

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 25. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Forum Junge Praxis „Assistentenseminar 2002 Postgraduate“

Blockseminar II

Themen: Grundlagen der EDV-Buchführung für Anfänger (Teil 1) Bankzahlungsvorgänge, Kassenbuch, Organisation der Belegablage, Durchführung der Buchführung, Steuerlich relevante Grenzen, Jahresabschluss, Demonstration des Lexware

Referent(en): Dr. A. Köster-Schmidt, Wiesbaden

Teilnehmerzahl: 40

Termin: 22. 02. 2002

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Frankfurt am Main

Kursgebühr: 65 €

Kurs-Nr.: 002202

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 8. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Blockseminar III

Themen: Checkliste für den Praxisstart; Praxisverträge, Kooperationsformen; Assistenten in der zahnärztlichen Praxis; Finanzierungsaspekte bei Gründung einer zahnärztlichen Praxis

Referent(en): Dr. A. Köster-Schmidt, Wiesbaden

Teilnehmerzahl: 40

Termin: 8. 03. 2002

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Frankfurt am Main

Kursgebühr: 65 €

Kurs-Nr.: 002203

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 22. Februar 2002 an die LZK Hessen, Aarstraße 1, 65195 Wiesbaden

Kassel

Thema: Praxis-Seminar: „Homepage-Erstellung für Zahnärzte“

Referent(en): Dr. H.-J. Nonnweiler, T. Stüwe, Kassel

Teilnehmerzahl: ca. 20

Termin: 02. 03. 2002

9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Kassel

Kursgebühr: 198 €

Kurs-Nr.: 702053

Anmeldungen bitte schriftlich bis spätestens 21. Februar 2002 an die LZK Hessen, Außenstelle Kassel, Mauerstraße 13, 34117 Kassel

Fortbildungsveranstaltungen

Rhein-Main-Taunus

Thema: GOZ - Abrechnung

Referent(en): Dr. W. Emmerich, Bad Kissingen

Teilnehmerzahl: unbegrenzt

Termin: 16. 02. 2002, 10.00 Uhr

Ort: Wiesbaden

Dorint Hotel, Raum London/Paris, Auguste-Viktoria-Straße 15

Nordhessen

Thema: Möglichkeiten und Nutzen des Internets für den Zahnarzt – von der wissenschaftlichen Recherche bis zur Praxishomepage

Referent(en): Dr. M. Hülsmann, Göttingen

Teilnehmerzahl: unbegrenzt

Termin: 23. 02. 2002, 10.00 Uhr

Ort: Marburg, Medizinisches

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Philipps-Universität Marburg, Georg-Voigt-Straße 3

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Parodontologie in der täglichen Praxis

Referent: PD Dr. G.-G. Zafiroopoulos, Düsseldorf
Termin: 16. 02. 2002;
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut
Gebühr: 185 €
Kurs-Nr.: 2014.0

Thema: Materialgerechte Präparationen in der Kronen- und Brückentechnik

Referent: Dr. Karl-Peter Meschke, Wuppertal
Termin: 15. 02. 2002;
17.00 – 18.30 Uhr
16. 02. 2002, 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut
Gebühr: 225 €
Kurs-Nr.: 2015.0

Thema: Praktisches Training der Mikrochirurgie

Referent: Dr. Dr. Dieter H. Edinger, Hamburg
Termin: 15. 02. 2002,
15.00 – 19.00 Uhr
16. 02. 2002, 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut
Gebühr: 385 €
Kurs-Nr.: 1875.0

Thema: Kompositfüllungen: State of the Art – Kombination von Praxis und Wissenschaft – Praxistaugliche Konzepte für alle Füllungsklassen – die ästhetisch perfekte Kompositfüllung

Referent: Dr. Uwe Blunck, Berlin
Wolfgang-M. Boer, Euskirchen
Termin: 01. 03. 2002,
15.00 – 19.00 Uhr
02. 03. 2002, 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut
Gebühr: 450 €
Kurs-Nr.: 1999.0

Thema: Intraorale Verankerungstechniken

Referenten: Prof. Dr. Dieter Drescher, Düsseldorf
Dr. Cornelia Holtkamp, Düsseldorf

Termin: 20. 02. 2002,
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut
Gebühr: 230 €
Kurs-Nr.: 2013.0

Thema: Fortbildungskurs für die Kfo-Helferin – Grundwissen und delegierbare Arbeiten

Referent: Prof. Dr. Ralf J. Radlanski, Berlin
Termin: 22. – 24. 02. 2002,
jeweils 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut
Gebühr: 525 €
Kurs-Nr.: 1960.0

Thema: Dentalberatung in der täglichen Praxis

Referent: Dr. Detlef Kanders, Georgsmarienhütte
Termin: 16. 02. 2002;
10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut
Gebühr: 165 € ZA,
295 € ZA + eine ZAH
Kurs-Nr.: 2017.0

Thema: 3. Masterfortbildung – Die besondere Fortbildung Teammanagement – wann entsteht aus einer Arbeitsgruppe ein Team?

Referentin: Jennifer Schnell, Berlin
Termin: 15. 02. 2002;
14.00 – 20.00 Uhr
16. 02. 2002, 10.00 – 16.00 Uhr
Tagungsort: Schloß Hotel Klink, Schloßstrasse 6, 17192 Klink
Gebühr: 285 € inkl. Übernachtung sowie die Nutzung des Wellness-Bereiches mit Panorama-Schwimmbad
Kurs-Nr.: 1986.0

Thema: Die besondere Fortbildung – Die neue Ära ihrer Praxis beginnt jetzt

Kommen Sie in Kontakt mit Ihren Visionen und lernen Sie, spektakuläre Ideen in Ihr bewährtes Praxiskonzept zu integrieren
Referenten: Dr. Martina Obermeyer, Manfred Müller, Schlehdorf am Kochelsee
Termin: 12. 04. 2002,
11.00 – 19.00 Uhr
13. 04. 2002, 09.00 – 18.30 Uhr
14. 04. 2002, 09.00 – 14.00 Uhr
Tagungsort: Hotel Döllnsee in der Schorfheide

Gebühr: 820 € inkl. diverse Kaffeepausen mit frischem Obst, dreimal Mittagessen vom Lunchbuffet, ein 3-Gang Abendmenü, ein rustikales Abendessen in der „Bierhütte“ direkt am See, zwei Übernachtungen mit reichhaltigem Frühstücksbuffet, Tagungsgetränke sowie die Nutzung des Schwimmbades, der Saunen und der Fitnessgeräte
Kurs-Nr.: 1992.0

Auskunft und Anmeldung:

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

LZK Sachsen



Fortbildung für Zahnärzte:

Thema: Alltägliche Probleme in der zahnärztlichen Prothetik
Referent: Dr. Felix Blankenstein, Berlin

Termin: 27. 02. 2002,
15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 90 €
Kurs-Nr.: D 09/02

Thema: Carisolv – Karies entfernen ohne Bohren?

Referent: Priv.-Doz. Dr. Christian Splieth, Greifswald
Termin: 01. 03. 2002,
16.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 105 €
Kurs-Nr.: D 10/02

Thema: Stolperstein Parostatus

Referentin: Prof. em. Dr. Hannelore Schmidt, Leipzig
Termin: 09. 03. 2002,
9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Dorint Hotel Leipzig
Gebühr: 155 €
Kurs-Nr.: L 01/02

Thema: Zweitagekurs
Klinische Funktionsanalyse – Einführung in das Hamburger Konzept der therapiespezifischen Diagnostik

Referenten: Prof. Dr. Holger Jakstat, Leipzig / Dr. M. Oliver Ahlers, Hamburg
Termin: 05. 04. 2002,
9.30 – 19.00 Uhr;
06. 04. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 465 €
Kurs-Nr.: D 20/02

für Zahnärzthelferinnen:

Thema: Strahlenschutz – Dreitagekurs (Erwerb der Urkunde „Kenntnisse im Strahlenschutz“)

Referenten: Dr. Hans-Joachim Heinrich / Prof. Dr. Dr. Lutz Päßler, Dresden
Termin: 07. 03. 2002,
08. 03. 2002, 09. 03. 2002
14.00 – 18.00 Uhr,
9.00 – 17.30 Uhr,
9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 260 € zzgl. 75 € Prüfungsgebühr
Kurs-Nr.: D 104/02

Thema: GOZ-Training für Prophylaxe, Kons. und Zahnersatz

Referentin: Gudrun Sieg-Küster, Wülfrath
Termin: 09. 03. 2002,
9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hotel Mercure Leipzig, Augustusplatz
Gebühr: 135 €
Kurs-Nr.: L 128/02

Thema: Herstellung provisorischer Versorgungen – theoretische Grundlagen und praktische Übungen

Referenten: Dr. Michael Krause / Dr. Steffen Richter, Dresden
Termin: 15. 03. 2002,
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 150 €
Kurs-Nr.: D 104/02

Thema: Die Kraft der eigenen Ausstrahlung

Referentin: Petra Erdmann, Dresden
Termin: 22. 03. 2002,
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 110 € (begrenzte Teilnehmerzahl)
Kurs-Nr.: D 109/02

Thema: Die Ausbildung der KfO-Helferin – Delegierbare Aufgaben (Praktischer Kurs)
Referent: Prof. Dr. Ralf J. Radlanski, Berlin
Termin: 23. 03. 2002, 9.00 – 17.30 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Gebühr: 200 € (begrenzte Teilnehmerzahl)
Kurs-Nr.: D 110/02

Thema: Die Abrechnung von neuen Leistungen
Referent: Gudrun Sieg-Küster, Wülfrath
Termin: 23. 03. 2002, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hotel Holiday Inn Zwickau
Gebühr: 135 €
Kurs-Nr.: Z 133/02

Anmeldung: bitte schriftlich an die: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
 Fax: 0351 / 8066106
Auskunft: Frau Unkart, Tel.: 0351 / 8066108 (Zahnärzterfortbildung)
 Frau Kokel, Tel.: 0351 / 8066102 (Zahnärzthelferinnenfortbild.)
 www.zahnaerzte-in-Sachsen.de.

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Thema: Word-Schulung – A – Einsteigerseminar mit praktischen Übungen
Referent: Wolfgang Burger, Dipl.-Ing.(BA), Korschenbroich Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 15. 02. 2002, 14.00 – 21.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 150,00
Kurs-Nr.: 02003 (B)

Thema: Kann denn Führen Sünde sein ...? Personalführung in der Zahnarztpraxis
Referent: Bernd Sandock, Berlin
Termin: 15. 02. 2002, 15.00 – 18.00 Uhr
 16. 02. 2002, 09.00 – 16.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 400,00
Kurs-Nr.: 02002 (B)

Thema: Word-Schulung – B – Aufbau-seminar zur Textverarbeitung
Referent: Wolfgang Burger, Dipl.-Ing.(BA), Korschenbroich Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 16. 02. 2002, 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 150,00
Kurs-Nr.: 02004 (B)

Thema: Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen
Referent: Dr. Steffen Tschackert, Frankfurt
Termin: 20. 02. 2002, 14.00 – 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 200,00 und EUR 100,00 für die begl. Praxismitarbeiterin (ZFA)
Kurs-Nr.: 02075 T(B)

Thema: Zahnarztpraxis als Center of Excellence
Referent: Prof. Dr. Gerhard F. Riegl, Augsburg
Termin: 20. 02. 2002, 14.00 – 19.30 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 200,00
Kurs-Nr.: 02016

Thema: MS Outlook – Seminar für Anwender, die den Umgang mit MS Outlook erlernen und perfektionieren möchten
Referent: Wolfgang Burger, Dipl.-Ing.(BA), Korschenbroich Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 22. 02. 2002, 14.00 – 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 150,00
Kurs-Nr.: 02005 (B)

Thema: Die Goldhämmerfüllung
Referent: Priv.-Doz. Dr. Walter Kamann, Münster
Termin: 22. 02. 2002, 15.00 – 19.00 Uhr
 23. 02. 2002, 09.00 – 16.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 450,00
Kurs-Nr.: 02054 P(B)

Thema: Operative Parodontologie – Teil 1 – Diagnose, Gesamtplanung, Nahttechniken und Mukogingivale Chirurgie (Beachten Sie bitte auch die Kurse 02042 und 02043)
Referent: Prof. Mick R. Dragoo, D.D.S., M.S.D., Escondido, CA (USA)
Termin: 22. 02. 2002, 09.00 – 17.00 Uhr
 23. 02. 2002, 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 470,00
Kurs-Nr.: 02041

Thema: Vermeidung berufsbedingter Haltungsschäden mittels Alexander-Technik
Referent: Eva-Maria Spieler-Opdenplatz, Köln
 Monika Bourne, Köln
Termin: 23. 02. 2002, 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 250,00
Kurs-Nr.: 02015 (B)

Thema: Vom Einzelkämpfer zum Team – Team Power I (Beachten Sie bitte auch den Kurs 02011)
Referent: Dr. Gabriele Brieden, Hilden
Termin: 23. 02. 2002, 09.00 – 17.00 Uhr
 24. 02. 2002, 09.00 – 13.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 220,00 und EUR 75,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)
Kurs-Nr.: 02009 T(B)

Thema: Excel-Schulung – A – Einsteigerseminar mit praktischen Übungen
Referent: Wolfgang Burger, Dipl.-Ing.(BA), Korschenbroich Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 23. 02. 2002, 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 150,00
Kurs-Nr.: 02006 (B)

Thema: Systematische Parodontalbehandlung und prothetische Versorgung: Ein Fallseminar
Referent: Priv.-Doz. Dr. Heiko Visser, Dipl.-Phys., Göttingen
Termin: 27. 02. 2002, 14.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 150,00
Kurs-Nr.: 02081 P(B)

Thema: Wie finde ich mit Hilfe des Internets Leitlinien und Informationen, die für meine Praxis wichtig sind?
Referent: Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
Termin: 27. 02. 2002, 15.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 100,00
Kurs-Nr.: 02083 *

Thema: Implantologie mit dem Frialit-2 und dem Frialoc System – Grundlagen, Tipps und Tricks für die Praxis
Referent: Prof. Dr. Dr. Christopher Mohr, Essen; Priv.-Dozent Dr. Thomas Weischer, Witten
Termin: 27. 02. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 200,00
Kurs-Nr.: 02097 P(B)

KZV-Kurse im Karl-Häupl-Institut

Thema: Zahnersatz beim Kassenspatienten – Teil 2 – Die aktuelle Gesetzeslage ist Grundlage des Kurses
 Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach
 Dr. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 27. 02. 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 30,00
Kurs-Nr.: 02305

Fortbildungsveranstaltung der Bezirksstellen

Bergisch Land in Verbindung mit dem Bergischen Zahnärzterein

Thema: Adhäsive Prothetik – state of the art –
Referent: Professor Dr. Matthias Kern, Kiel
Termin: 23. 02. 2002, 10.00 Uhr
Ort: Hörsaal der Pathologie im Klinikum Wuppertal-Barmen, Heusenerstraße 40, 42283 Wuppertal
Teilnehmergebühr: gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich
Kurs-Nr.: 02473

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Thema: Prothetischer Arbeitskreis
Termin: Jeden 2. Mittwoch im Monat, 15.00 Uhr
Referent: Prof. Dr. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf und Mitarbeiter
Teilnehmergebühr: pro Quartal: EUR 55,00
Ort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der ZÄK Nordrhein
 Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf (Lörick)
Kurs-Nr.: 02351

Thema: Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztliches Personal
Termin: 27. 02. 2002, 15.00 – 19.00 Uhr
Referent: Professor Dr. Dr. Claus Udo Fritze-meier, Dr. Dr. Ulrich Stroink, Düsseldorf
Teilnehmergebühr: EUR 160,00 für den Zahnarzt und EUR 25,00 für die begl. Praxismitarb.
Ort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der ZÄK Nordrhein, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf (Lörick)
Kurs-Nr.: 02355

Köln

Thema: Prothetischer Arbeitskreis mit dem Schwerpunktthema Konventionelle und Implantatprothetik

Referent: Professor Dr. Wilhelm Niedermeier, Köln u. Mitarbeiter
Termin: Die Termine werden in interessierten Teilnehmern unter der Tel.Nr. 0221/47 86 337 mitgeteilt.

Teilnehmergebühr: EUR 30,00 für ein Seminar und EUR 55,00 für jede Visitation

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

Kerpener Straße 32,
50931 Köln (Lindenthal)

Kurs-Nr.: 02361

Auskunft und schriftliche**Anmeldung:**

Zahnärztekammer Nordrhein,
Karl-Häupl-Institut,
Emanuel-Leutze-Straße 8,
40547 Düsseldorf (Lörick)
oder Postfach 10 55 15
40046 Düsseldorf

Tel.: 0211/526 05-29

Fax: 0221/526 05-21

Internet: www.khi-direkt.de

E-Mail: khi-zak@t-online.de

ZÄK Hamburg**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Zahnfarbene plastische Füllungsmaterialien und deren Adhäsivsysteme. Durchblick im Dschungel der Produkte, Wertung und Handhabung

Referent: OA Dr. U. Blunck, Berlin

Termin: 02. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 125 €

Kurs-Nr.: 20327 kons

Thema: Operationstechniken in der Parodontologie – mit Übungen am Schweinekiefer – Basiskurs

Referent: Prof. Dr. K.-F. Roth, Hamburg

Termin: 02. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 210 €

Kurs-Nr.: 40421 paro

Thema: Wissenschaftlicher Abend – Das prothetische Repertoire in Planung und Therapie

Referent: Prof. Dr. R. Biffar, Greifswald

Termin: 04. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: gebührenfrei

Kurs-Nr.: 10139 proth

Thema: Vom nicht erhaltungswürdigen Zahn zum stabilen Implantat: Aktuelle Konzepte der Alveolen- und Kieferkammrekonstruktion

Referent: Dr. Ulrich Konter, Hamburg

Termin: 06. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 75 €

Kurs-Nr.: 20328 impl

Thema: Bleichtechniken und Keramikvenere

Referent: Prof. Dr. W. Geurtsen, Hannover und Mitarbeiter

Termin: 06. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 160 €

Kurs-Nr.: 40422 kons

Thema: Extraktions- und OP-Praktikum für Ausbildungs- auch für Weiterbildungs-Assistenten – Back to the Roots

Referent: Dr. R. Atzeroth, Hamburg

Termin: 08. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 100 €

Kurs-Nr.: 50321 chir

Thema: Direkte zahnfarbene Restaurationen – eine Investition für die Zukunft

Referent: Prof. Dr. B. Klaiber, Würzburg

Termin: 09. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 160 €

Kurs-Nr.: 20329 kons

Thema: Implantatprothetische Probleme – dreiteiliges Praktikum – Teil 1 (Forts. am 27. 02.)

Referent: Dr. G. Schönrock, Dr. C. Heymann, HH

Termin: 13. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 250 € für Teil 1, 2, 3

Kurs-Nr.: 50323 impl

Thema: Implantologie für Beginner

Referent: Dr. Dr. J. Volkmer, Dr. J. V. Neumann, Hamburg

Termin: 13. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 110 €

Kurs-Nr.: 50324 impl

Thema: Funktionelle Risikoindex – Risikobestimmung, Funktionsdiagnostik

Referent: Dr. W. Janzen, Versmold

Termin: 16. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 150 €

Kurs-Nr.: 30191 fu

Thema: Operationstechniken in der Parodontologie – mit Übungen am Schweinekiefer – Aufbaukurs

Referent: Prof. Dr. K.-F. Roth, Hamburg

Termin: 16. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 210 €

Kurs-Nr.: 40423 paro

Thema: Praktische Demonstration einer Sinusbodenelevation, Kieferaugmentation oder Distaktion

Referent: Dr. Dr. D. Edinger, Hamburg

Termin: 20. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 110 €

Kurs-Nr.: 31157 chir

Thema: Oralchirurgie

Referent: Dr. H. Loosen, Hamburg

Termin: 20. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 100 €

Kurs-Nr.: 31159 chir

Thema: Kieferorthopädische Vortragsreihe – Aktuelle Aspekte der kieferorthopädischen Betreuung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

Referent: Dr. W. Gnoinski, Zürich

Termin: 22. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 100 €

Kurs-Nr.: 20316 kfo

Thema: Klinische Funktionsanalyse – Einführung in das Hamburger Konzept der therapiespezifischen Diagnostik – Terminänderung!!

Referent: OA Dr. M. O. Ahlers, Hamburg; Prof. Dr. Jakstat, Leipzig

Termin: 22./23. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 380 €

Kurs-Nr.: 31161 fu

Thema: Chirurgische und prothetische Grenzen der Implantatindikation

Referent: Prof. Dr. G. H. Nentwig, Frankfurt

Termin: 23. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 110 €

Kurs-Nr.: 20330 impl

Thema: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Kieferorthopäden

Referent: Dr. D. Ibe, Hamburg

Termin: 27. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 70 €

Kurs-Nr.: 20331 kfo

Thema: Operationskurs Zahnärztliche Chirurgie

Referent: Prof. Dr. Dr. Kreusch, Hamburg

Termin: 27. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 135 €

Kurs-Nr.: 31160 chir

Thema: Implantatprothetische Problemfälle – dreiteiliges Praktikum – Teil 2 (Forts. am 23. 03.)

Referent: Dr. G. Schönrock, Dr. C. Heymann, Hamburg

Termin: 27. 02. 2002

Ort: Hamburg

Gebühr: 250 € für Teil 1, 2, 3

Kurs-Nr.: 50232 impl

Anmeldung:

Bitte schriftlich an die ZÄK Hamburg, Fortbildung, Postfach 74 09 25,

22099 Hamburg

Frau Dressler

Tel.: 040/73 34 05-38

Frau Zink

Tel.: 040/73 34 05-37

Fax: 040/732 58 28

KZV Freiburg**FFZ-Fortbildungsforum Freiburg**

Thema: Schlafmedizin (Somnologie) für Zahnmediziner
Referent: Prof. Dr. Dr. Walter Hochban, Radolfzell;
 Dr. Ulrich Brandenburg, Marburg
Termin: 23. 02. 2002
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 195 €
Kurs-Nr.: 02/104

Thema: Die minimalinvasive vollkeramische Front- und Seitenzahnansanierung
Referent: Prof. Dr. Jörg Strub, Dr. Christian Stappert, Freiburg;
 ZTM Ulrich Lamott, Freiburg
Termin: 02. 03. 2002
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 490 €
Kurs-Nr.: 02/105

Thema: Zähneknirschen und Gesichtsschmerz
Referent: PD Dr. Dr. Jörg-Elard Otten, Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg
Termin: 08. 03. 2002
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 95 €
Kurs-Nr.: 02/106

Thema: Ihre Praxis-Homepage im Internet
Referent: Dr. Karl-Ludwig Mischke, Münster
Termin: 09. 03. 2002
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 295 €
Kurs-Nr.: 02/107

Thema: Die Sofortbelastung von Implantaten im zahnlosen Unterkiefer
Referent: Dr. Arndt Happe, Münster
Termin: 15. 03. 2002
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 145 €
Kurs-Nr.: 02/108

Thema: Lebensbedrohliche Komplikationen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. Dr. Ralf Schön, Dr. Ralf Gutwald, Dr. Christoph Galli, Freiburg
Termin: 15. 03. 2002
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 98 €
Kurs-Nr.: 02/503

Thema: Orale Rehabilitation im sichtbaren Bereich
Referent: Prof. Dr. Michael Augthun, Dr. Joachim Tinschert, Aachen
Termin: 22./23. 03. 2002
Ort: FFZ Freiburg
Gebühr: 390 €
Kurs-Nr.: 02/109

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

ZÄK Niedersachsen**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Mukogingivale und plastisch parodontale Chirurgie
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen,
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Topoll
Termin: 20. 02. 2002,
 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 160 €
Kurs-Nr.: Z 0208

Thema: Implantologie und Kieferorthopädie – neue Möglichkeiten der Therapie
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen,
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Prof. Dr. Dr. H. Schliephake
Termin: 01. 03. 2002,
 19.30 – 22.00 Uhr
Gebühr: 38,50 €
Kurs-Nr.: S 0203

Thema: Ergonomie – Die richtige Arbeitshaltung, eine zukunftssichere Investition für die Behandlung am Stuhl
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen,
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Bekrater
Termin: 01. 03. 2002,
 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: Team-250 €
 H-100 €
Kurs-Nr.: Z/H 0209

Thema: Prophylaxe – Der sanfte Weg zu gesunden Zähnen
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen,
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Tschackert
Termin: 02. 03. 2002,
 9.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 255 €
Kurs-Nr.: Z/H 0210

Thema: Wie schütze ich mich erfolgreich gegen Haftpflichtansprüche unzufriedener Patienten?
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen,
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Figgenger
Termin: 06. 03. 2002,
 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 70 €
Kurs-Nr.: Z 0211

Thema: Risikopatienten: Abschätzung Kommunikation Management – Theoretischer und praktischer Kurs für Spezialistinnen
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen,
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Rößler
Termin: 06. 03. 2002,
 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 230 €
Kurs-Nr.: H 0204

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

ZÄK Westfalen-Lippe**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Zahnärztliche Gemeinschaften – Fußgangeln und Fallstricke beachten
Referent: RA Theo Sander, Münster
Termin: 13. 02. 2002,
 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 49 €
Kurs-Nr.: FBZ 027 132

Thema: Parodontales Debridement mit Schall- und Ultraschallscalern
Referent: Dr. Gregor Petersilka, Dipl.-DH Dorothee Neuhoff, Dipl.-DH Irene Thiesen, Münster
Termin: 13. 02. 2002,
 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 158 €
 ZH 79 €
Kurs-Nr.: FBZ 027 159

Thema: Internet im zahnmedizinischen Alltag
Referent: Dr. Karl-Ludwig Mischke, Münster
Termin: 16. 02. 2002,
 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 202 €
Kurs-Nr.: FBZ 027 133
Thema: Außervertragliche Leistungen richtig vereinbaren
Referent: ZMV Rilana Lewille-Klein, Soest;
 ZMV Christine Baumeister, Münster
Termin: 20. 02. 2002,
 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: ZA 123 €
 ZH 61 €
Kurs-Nr.: FBZ 027 148

Thema: Klinische Funktionsanalyse und befundbezogene Aufbisschienenentherapie – Kurs 3
Referent: Dr. Uwe Harth, Bad Salzufflen
Termin: 22. 02. 2002,
 14.00 – 19.00 Uhr;
 23. 02. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 524 €
Kurs-Nr.: FBZ 027 164

Helferinnen-Fortbildung

Thema: Röntgen- und Strahlenschutz gemäß § 23 Ziff. 4 RöV
Referent: Dr. med. dent. I. Reuter
Termin: 15./16. 03. 2002
Gebühr: 220 €
Kurs-Nr.: Zi 023 213

Thema: Chirurgische Assistenz
Referent: Dr. Joachim Schmidt
Termin: 18. – 21. 03. 2002,
 8.45 – 16.30 Uhr
Gebühr: 353 €
Kurs-Nr.: Zi 023 050

Auskunft und Anmeldung:

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

LZK Rheinland-Pfalz



Seminarreihe „Zahnärztliche Chirurgie“

Thema: Erworbene hömmorrhagische Diathesen und ihre Bedeutung bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen
Termin: 20. 03. 2002

Referent: Dr. Matthias Burwinkel, Zahnarzt-Oralchirurgie, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie, Mainz
Ort: Großer Hörsaal der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie, Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Teilnehmergebühr: 80 €

Thema: Wurzelspitzenresektion und Weisheitszahnentfernung – Basis der Chirurgischen Praxis. Wie machen's denn die Anderen?

Termin: 10. 04. 2002
Referent: Dr. Günter Dhom, Zahnarzt-Oralchirurgie, Bismarckstr. 27, 67069 Ludwigshafen

Ort: Großer Hörsaal der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie, Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Teilnehmergebühr: 80 €

Auskunft: LZK Rheinland-Pfalz, Frauenlobplatz 2, 55118 Mainz
 Frau Weber
 Tel.: 06131/96 13 664
 Fax: 06131/96 13 689

Bayerische LZK



Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Zahnärtl. Fortb.

Thema: Bleichtechniken und Keramikveneers
Termin: 16. 02. 2002,
 8.30 – 14.00 Uhr
Ort: 90489 Nürnberg, Laufertorgraben 10
Sonstiges: Referent: Prof. Dr. W. Geurtsen
Kursgebühr: 335 €
Kurs-Nr.: Kurs 72073

Thema: Die manuelle Funktionsdiagnostik und Physiotherapie – Ein praxisgerechtes Verfahren zur Vermeidung und Behandlung von Kiefergelenksdysfunktionen
Termin: 22. 02. 2002,
 13.00 – 19.00 Uhr;
 23. 02. 2002, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: 90489 Nürnberg, Laufertorgraben 10
Sonstiges: Referent: Dr. D. D. S. Syr. A. Sabbagh
Kursgebühr: 585 €
Kurs-Nr.: Kurs 72084

Auskunft: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung – Institut Nordbayern – Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg
 Tel.: 0911/588 86-0
 Fax: 0911/588 86-25 oder
 Fax: 089/724 80-188 oder
 www.blzk.de
 Anmeldung über Fax:
 089/724 80-188
 oder über Internet:
 www.blzk.de/Zahnärzte

Kongresse

■ Februar

2. Frühjahrs Symposium

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

34. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos

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

4th Annual Dental Conference and Trade Exhibition

Veranstalter: Nepal Dental Association
Termin: 16./17. 02. 2002
Ort: Kathmandu, Nepal
Auskunft: Dr. Neil Pande, Organizing Secretary, GPO 13952 Kathmandu, Nepal
 Tel.: +977 1 43 63 11
 (10.00 – 13.30 Uhr)
 Tel.: +977 1 42 08 00
 (15.30 – 19.00 Uhr)
 Fax: +977 1 373 054
 E-Mail: cde@smilenepal.com

21. Int. Symposium für Zahnärzte und Kiefer-Gesichtschirurgen

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

Internationales Implantologie-Symposium

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

Preventive Dentistry 2002

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

3. Internationales KFO-Praxisforum 2002

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

■ März

31. Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung

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

48. Zahnärztetag Westfalen-Lippe

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

Expodental 2002

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

2. Interdisziplinäres Symposium für ZÄ, Kieferorthopäden und Kieferchirurgen mit internationalen Beiträgen aus Praxis und Hochschule

Veranstalter: Dres. Uta und Franz Richter
Thema: Die Ästhetik des Gesichtes; Die Ästhetik der Zähne; Der Beitrag der modernen Zahnheilkunde zur Verbesserung von Harmonie, Symmetrie und Proportion
Termin: 15./16. 03. 2002
Ort: Residenz Würzburg
Auskunft und Anmeldung: Congress-Service Annette Trunk Rosengarten 36, 97253 Gaukönigshofen
 Tel.: 0178/5 13 24 41
 Fax: 09337/99 68 72
 e-mail: fa.trunk@t-online.de
 www.kfo-richter.de

9. Schleswig-Holst. Zahnärztetag

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

Internationale Tagung

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

Saldent 2002

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

■ **April****27. Schwarzwaldtagung**

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

9. ZMF-Kongress in Hamburg

Termin: 12. – 14. 04. 2002
Veranstalter: ZÄK Hamburg
Ort: Hotel Hafen Hamburg
Auskunft: ZÄK Hamburg Möllner Landstr. 31
 22111 Hamburg
 Tel.: 040/733 405 17
 Fax: 040/733 405 75
 Internet: www.zahnaerzte-hh.de

■ **Mai****2. Internationales Orthodontisches Symposium IOS**

Termin: 02. – 05. 05. 2002
Ort: Prag/Tschechien
Thema: Viele Disziplinen – ein Ziel Zahnheilkunde und Kieferorthop.
Veranstalter: KFO Abt. Univ. Berlin (Charité, B. Franklin) Bonn, Bratislava, Brüssel, Göttingen, Hannover, Lodz, Olomouc, Prag, Sofia, Stettin, Wien

Auskunft: Dr. Theodor Stofira, Carolina servis, International Center for Academie Education, Millicova 6, CZ 13000 Praha 3
 Tel.: 00420 2 22/78 23 83
 Fax: 00420 2 22/78 16 84
 E-Mail: info@carolinaservis.cz

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

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

9. Europäisches Sommersymposium in Heringsdorf

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

■ **Juni****16. Jahrestagung der EGZE**

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

Annual Meeting ESDE 2002

Termin: 14./15. 06. 2002
Veranstalter: European Society of Dental Ergonomics (ESDE)
Ort: Piestany, Slovakia, Congress hall
Auskunft: Dr. Frank Micholt Klinikstraat 9
 B-3500 Hasselt
 Tel.: +32-89-41 20 10
 Fax: +32-11-27 22 48
 e-mail: congress@esde.org

CARS 2002

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

16th Congress of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery

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

■ **Oktober****10th Salzburg Weekend Seminar**

Veranstalter: European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery; Medizinische Forschungsgesellschaft Salzburg; Österreichische Krebshilfe Salzburg
Thema: Diseases and Tumors of the facial Bones
Termin: 26./27. 10. 2002
Ort: Salzburg

Auskunft: Univ.-Doz. Dr. Johann Beck-Mannagetta
Dept. of Oral & Maxillofacial Surgery, Landeskliniken Salzburg
Müllner Hauptstr. 48
A-5020 Salzburg/Austria
Tel.: +43-662-4482-3601
Fax: +43-662-4482-884
e-mail: j.beck-mannagetta@lks.at

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC-Basisseminar

Thema: Basistraining, um mit CEREC in der täglichen Praxis einen erfolgreichen Anfang machen zu können, inkl. post-training support

Organisation: Lehrstuhl für Konservierende Zahnheilkunde (Univ.-Prof. Dr. F. Lampert)

Termin: 01./02. 03. 2002, Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr, Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr

Seminargebühr: 770 €

Trainer: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans

Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Sonstiges: Trainer: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans

Auskunft/Anmeldung:

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

Uni Zürich

CEREC-Kurse in Zürich

Thema: Cerec 3 Uptade-Kurs Inlay, Overlay, Krone, Veneer
Referent: Prof. Dr. W. Mörmann und Mitarbeiter, Zürich
Termin: 08. 03. 2002
Ort: Zürich

Thema: Cerec 3 Perfektionskurs
Referent: Prof. Dr. W. Mörmann und Mitarbeiter, Zürich
Termin: 09. 03. 2002
Ort: Zürich

Auskunft: Frau R. Hanselmann, Zentrum ZZMK, Plattenstr. 11, CH 8028 Zürich
Tel.: 0041/1/634 32 72
Fax: 0041/1/634 43 07

Anzeige

Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie, Station für Endodontologie

Thema: Kofferdamtechnik – Theoretischer und praktischer Kurs

Referent: Dr. M. Besek und Mitarbeiter
Termin: 01. 03. 2002
Ort: Zürich
Gebühr: 311 € 1/2 Tag

Thema: Zahnfarbene adhäsive Restaurationen – Master-Kurs

Referent: Dr. M. Besek, Dr. T. Windeler und Mitarbeiter
Termin: 22. 03. 2002
Ort: Zürich
Gebühr: 561 € 1 Tag

Auskunft: Frau U. Hurdmann, Zentrum ZZMK, Plattenstr. 11, CH 8028 Zürich
Tel.: 0041/1/634 32 71
Fax: 0041/1/634 43 08

Wissenschaftliche Gesellschaften

Bergischer Zahnärzterverein e.V.

Thema: Adhäsivprothetik – state of the art

Termin: 23. 02. 2002, 10.00 – 12.00 Uhr

Ort: Hörsaal Pathologie des Klinikums Wuppertal-Barmen

Referent: Prof. Dr. Matthias Kern, Christian-Albrechts-Univ. Kiel

Kursgebühr: gebührenfrei

Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie

53. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie gemeinsam mit dem Arbeitskreis für Oralpathologie und Oralmedizin innerhalb der DGZMK

Hauptthemen: Chirurgische Zahnerhaltung, Geweberegeneration und Weichgewebsmanagement; Odontogene Tumoren
Termin: 09. – 11. 05. 2002
Ort: Bad Homburg v. d. H., Maritim Kongresszentrum

Auskunft: PD Dr. Dr. T. E. Reichert, Schriftführer der AG für Kieferchirurgie, Augustusplatz 2, 55131 Mainz, Tel.: 06131/17 30 83
e-mail: reichert@mkg.klinik.uni-mainz.de
frenz@mkg.klinik.uni-mainz.de
<http://www.ag-kiefer.de>

Europäische Gesellsch. für Zahnerhaltung

Wahl des Vorstandes

Die Europäische Gesellschaft für Zahnerhaltung (EFCD), die der Dachverband der nationalen Fachgesellschaften Europas darstellt, hat im September 2001 ihren Vorstand bis 2003 gewählt.

Präsident: Prof. Dr. Reinhard Hickel, München
Vizepräsident: Dr. Nairn Wilson, London
Generalsekretär: Dr. Peter Minnig, Basel
Schatzmeister: Dr. Marco Odera, Genua

Deutschland ist durch die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) mittels eines Country Representative in der EFCD vertreten. Für die Jahre 2002/03 wurde Prof. Roulet, Berlin, als Country Representative gewählt.

DGZH

Veranstalter: Regionalstelle Hamburg der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose

Thema: Z5 – Anwendung Zahnärztlicher Hypnose 1
Termin: 18./19. 01. 2002

Sonstiges: 5. Teil des Curriculums Zahnärztliche Hypnose DGZH; Referentin: Dr. Susann Fiedler

Ort: Hamburg

Kursgebühr: 800 DM

Auskunft: Praxis Eric Dade, Eppendorfer Landstraße 143, 20251 Hamburg
Tel.: 040/47 59 76
Fax: 040/47 21 85

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: Das Leben kommt von innen – IPS d.SIGN Master Workshop

Veranstalter: ICDE

Termin: 02. 02. 2002

Ort: ICDE, Ellwangen

Sonstiges: Referent: Enrico Steger
Kursgebühr: 500 €

Auskunft: Andrea Barth, Ivoclar Vivadent GmbH, Dr. Adolf-Schneider-Straße 2, 73479 Ellwangen
Tel.: 0049/7961 889 131
Fax: 0049/7961 889 340

Thema: BPS Aufstellkurs

Veranstalter: Geo Poulson GmbH & Co.

Termin: 06. 02. 2002

Ort: Geo Poulson GmbH & Co, Hamburg

Sonstiges: Referent: Uwe Severin

Kursgebühr: 130 €

Auskunft: Andrea Barth, Ivoclar Vivadent GmbH, Dr. Adolf-Schneider-Straße 2, 73479 Ellwangen
Tel.: 0049/7961 889 131
Fax: 0049/7961 889 340

Thema: Think ceramics

Veranstalter: ICDE

Termin: 08. 02. 2002

Ort: ICDE, Schaan

Sonstiges: Referent: Prof. Dr. P. Pospiech, CH

Kursgebühr: 900 CHF

Auskunft: Nicole Albrecht-Kirchler, Ivoclar Vivadent AG, Bändererstraße 2, FL – 9494 Schaan
Tel.: 00423/235 36 15
Fax: 00423/235 37 41

Thema: Aufbaukurs der festsitzenden Behandlungsmethoden und kleine orthodontische Maßnahmen

Veranstalter: die Praxis – Schulungszentrum für Zahnärzte, Herne

Termin: 08. – 10. 02. 2002

Ort: 44623 Herne

Sonstiges: Referent: Dr. Thomas Hinz, Dr. Markus Heise

Kursgebühr: 820 € (inkl. MwSt.), 665 € (inkl. MwSt.) f. Assistenten mit KZV-Nachweis

Auskunft: Frau Dämpke, Mont-Cenis-Str. 5, 44623 Herne
Tel.: 02323/593 245
Fax: 02323/593 135

Thema: Abrechnung zahntechnischer KFO-Leistungen

Veranstalter: die Praxis – Schulungszentrum für Zahnärzte, Herne

Termin: 15. 02. 2002

Ort: 44623 Herne

Sonstiges: ZMV Michaela Arends
Kursgebühr: 205 € (inkl. MwSt.)

Auskunft: Frau Dämpke, Mont-Cenis-Str. 5, 44623 Herne
Tel.: 02323/593 245
Fax: 02323/593 135

Thema: Kraniosakraltherapie

Veranstalter: die Praxis – Schulungszentrum für Zahnärzte, Herne

Termin: 15./16. 02. 2002

Ort: 44623 Herne

Sonstiges: Referent: Dr. Erich Wühr

Kursgebühr: 505 € (inkl. MwSt.), 410 € (inkl. MwSt.) f. Assistenten mit KZV-Nachweis

Auskunft: Frau Dämpke, Mont-Cenis-Str. 5, 44623 Herne
Tel.: 02323/593 245
Fax: 02323/593 135

Thema: Gen-Diagnostik und individuelle Prävention

Veranstalter: Institut für prädikative Diagnostik

Termin: 16. 02. 2002,

10.00 – 17.30 Uhr

Ort: Kurhaus Wiesbaden, Kurhausplatz 1, 65189 Wiesbaden

Kursgebühr: 75 €

Auskunft: H. P. Keller, Bottrop
Tel./Fax: 02041/546 75

Thema: Von der Planung zum Erfolg in der Implantologie

Veranstalter: die Praxis – Schulungszentrum für Zahnärzte, Herne

Termin: 16./17. 02. 2002

Ort: 44623 Herne

Sonstiges: Referent: Dr. Stefan König

Kursgebühr: 550 € (inkl. MwSt.)

Auskunft: Frau Dämpke, Mont-Cenis-Str. 5, 44623 Herne
Tel.: 02323/593 245
Fax: 02323/593 135

Thema: IPS Empress / IPS Empress 2 System Einführung

Veranstalter: Geo Poulson GmbH & Co.

Termin: 19./20. 02. 2002

Ort: Geo Poulson GmbH & Co, Hamburg

Sonstiges: Referent: Uwe Severin

Kursgebühr: 410 € ; 260 €

Auskunft: Andrea Barth, Ivoclar Vivadent GmbH, Dr. Adolf-Schneider-Straße 2, 73479 Ellwangen
Tel.: 0049/7961 889 131
Fax: 0049/7961 889 340

Thema: Es kommt Bewegung ins Licht – IPS d.SIGN eine moderne Metallkeramik

Veranstalter: Fundamental

Termin: 22./23. 02. 2002

Ort: Fundamental, Essen

Sonstiges: Referent: Volker Brosch

Kursgebühr: 850 €

Auskunft: Andrea Barth, Ivoclar Vivadent GmbH, Dr. Adolf-Schneider-Straße 2, 73479 Ellwangen
Tel.: 0049/7961 889 131
Fax: 0049/7961 889 340

Thema: Kieferorthopädischer Arbeitskreis 2002 – Grundlagen der Multibandtechnik (Straightwire-Arch-Technik)

Veranstalter: Rolf Schneemann

Termin: 22./23. 02., 20. 04., 29. 06., 07. 09., 16. 11. 2002

Ort: 45359 Essen, Frintroper Str. 199

Sonstiges: In Form eines 5-teiligen Arbeitskreises wird eine sehr praxisbezogene Kursreihe unter der Leitung von Fr. Dr. B. Gebele angeboten. Step by Step werden Sie im Erkennen und Lösen fall-spezifischer Probleme geschult
Auskunft: Rolf Schneemann, Frintroper Str. 199, 45359 Essen
Tel.: 0201/24 82 79-0
Fax: 0201/24 82 79-1

Thema: Ich sehe was, das du nicht siehst

Veranstalter: ICDE

Termin: 23. 02. 2002

Ort: ICDE, Schaan

Sonstiges: Ref.: Dr. R. Kalla, CH

Kursgebühr: 510 CHF

Auskunft: Nicole Albrecht-Kirchler, Ivoclar Vivadent AG, Bändererstraße 2, FL – 9494 Schaan
Tel.: 00423/235 36 15
Fax: 00423/235 37 41

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

Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH

Termin: 23. 02. 2002,

11.00 – 18.00 Uhr

Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg

Sonstiges: 18-monatige Kursreihe; Rotationsverfahren; Einstieg jederzeit möglich; Gasthörer-schaft nach Anm. möglich

Kursgebühr: auf Anfrage

Auskunft: Fr. Gardemin,

Streithorstweg 3,

49163 Bohmte-Hunteburg

Tel.: 05475/95 98 55

Fax: 05475/52 57

Thema: Informationsveranstaltung zur Kursreihe „Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker
Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 23. 02. 2002, 10.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Kursinhalte und -aufbau werden vorgestellt; Gasthörer beim anschließenden Übungskurs möglich; Anmeldung unbedingt erforderlich
Kursgebühr: kostenfrei
Auskunft: Fr. Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
 Tel.: 05475/95 98 55
 Fax: 05475/52 57

Thema: Workshop 3.2 Biofunktionelles Prothetik System BPS Intensivkurs
Veranstalter: ICDE
Termin: 25./26. 02. 2002
Ort: ICDE, Schaan
Sonstiges: 15 % Preisnachlass für BPS zertifizierte Labors
Kursgebühr: 400 CHF
Auskunft: Nicole Albrecht-Kirchler, Ivoclar Vivadent AG, Bendererstraße 2, FL – 9494 Schaan
 Tel.: 00423/235 36 15
 Fax: 00423/235 37 41

Thema: Adhäsive metallfreie Restauration devitaler Zähne
Veranstalter: ICDE
Termin: 26. 02. 2002
Ort: ICDE, Schaan
Sonstiges: Referent: Prof. Dr. I. Krejci, CH
Kursgebühr: 530 CHF
Auskunft: Nicole Albrecht-Kirchler, Ivoclar Vivadent AG, Bendererstraße 2, FL – 9494 Schaan
 Tel.: 00423/235 36 15
 Fax: 00423/235 37 41

Thema: Die Kunst, Patienten als Gäste zu behandeln
Termin: 27. 02. 2002
Ort: Kempten
Sonstiges: Für Teams und ZAH; Teilnehmerzahl: max. 15
Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining Mühlbolz 6, 88260 Argenbühl
 Tel.: 07566/94 13 44
 Fax: 07566/94 13 45

Thema: Gewinnbringende Patientengespräche
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 01./02. 03. 2002
Ort: Elsterberg
Sonstiges: Selbstzahlerleistungen werden zur Selbstverständlichkeit
Kursgebühr: 410 € für den ZA, 310 € für die Helferin
Auskunft: DENT-MIT, Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg
 Tel.: 036621/226 36
 Fax: 036621/226 37

Thema: Implantologie-Kurs mit Übungen am Humanpräparat
Veranstalter: Schütz-Dental GmbH, Bereich IMPLA
Termin: 01./02. 03. 2002, 06./07. 09. 2002
Ort: Ludwig-Maximilian-Universität, Pettenkoferstr. 11, 80336 München
Sonstiges: Leiter: Prof. Benner, Dr. Schubert
Kursgebühr: 715,81 €
Auskunft: Frau Achenbach, Frau Hoffmann, Schütz-Dental GmbH, Bereich IMPLA, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach
 Tel.: 06003/814-620 u. -630
 Fax: 06003/814-906

Thema: Ästhetik und Funktion Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Lückenmanagement im Rahmen kieferorthopädischer und restaurativer Therapien
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 01./02. 03. 2002
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Referenten: OA Dr. D.M.D., D.D.S. Nezar Watted, OA PD Dr. Burkhard Hugo
Kursgebühr: 510 € + Mwst.
Auskunft: Renate Sacher, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-479
 Fax: 07231/803 409

Thema: HIP-Analyse und Korrektur der Okklusalebene
Veranstalter: Institut für Temporo-Mandibuläre Regulation
Termin: 01./02. 03. 2002
Ort: 91052 Erlangen
Sonstiges: Die Physiologie der UK Bewegung; Artikulatorgeometrie; Praktische Übungen zur Ebenen-Analyse am Modell und am Patienten
Auskunft: ITMR, Schuhstr. 35, 91052 Erlangen
 Tel.: 09131/20 55 11
 Fax: 09131/22 390

Thema: KFO-Aufbaukurs für Fortgeschrittene
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 01./02. 03. 2002
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Referent: Kurt Stolp
Kursgebühr: 410 € + MwSt.
Auskunft: Renate Sacher, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-479
 Fax: 07231/803 409

Thema: Die dentale Material-Unverträglichkeit
Veranstalter: FIA Forschungsinstitut Animalogie Karlsruhe
Termin: 01. 03. 2002, 18.00 Uhr bis 02. 03. 2002, 17.00 Uhr
Ort: Hotel Weserschloßchen, Mühlenstr. 20, 31582 Nienburg
Sonstiges: Ref.: Prof. Eike Hensch, Nienburg u. Dipl.-Ing. F. Ochseneither, Karlsruhe
Kursgebühr: 150 €

Auskunft: ZA Dietrich Braun, Schönenkamp 15, 25421 Pinneberg
 Tel.: 04101/626 40
 Fax: 04101/69 07 55

Thema: Bioresonanztherapie (BRT) in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 02. 03. 2002, 9.00 – 17.30 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Ref.: Zahnarzt J. Krebs, Herxheim; Geschichte und Grundlagen der BRT; Untersuchungen zur Wirksamkeit der BRT; Möglichkeiten der BRT in der tägl. Praxis; Kombination der BRT mit anderen Diagnoseverfahren.
Kursgebühr: 260 € inkl. MwSt.
Auskunft: Fr. Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
 Tel.: 05475/95 98 55
 Fax: 05475/5257

Thema: Diodium-Laser, Anwenderseminar mit Live-OP's
Veranstalter: Weil-Dental GmbH
Termin: 02. 03., 04. 05., 06. 07. und 07. 12. 2002
Ort: Uni Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt
Sonstiges: Leiter: Dr. Romanos
Kursgebühr: 395 € zzgl. MwSt., Sicherheitsz.: 125 € zzgl. MwSt.
Auskunft: Frau Weck, Frau Wotschel, Frau Aust, Weil-Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach
 Tel.: 06003/814-220 o. -230 o. -240
 Fax: 06003/814-906

Thema: Implantieren leicht gemacht – ohne eigene bisherige Erfahrung selbst implantieren und persönlich assistieren
Veranstalter: Schütz-Dental GmbH, Bereich IMPLA
Termin: 02. 03., 01. 06., 28. 09. und 16. 11. 2002
Ort: Berlin Steglitz, Wrangelstr. 11-12
Sonstiges: Leiter: Dr. Bert Eger
Kursgebühr: 403,92 €
Auskunft: Schütz-Dental GmbH, Frau Achenbach, Frau Hoffmann
 Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach
 Tel.: 06003/814-620 o. -630
 Fax: 06003/814-906

Thema: Der erfolgreiche Aufbruch in eine prophylaxeorientierte Zahnarztpraxis
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 05. 03. 2002
Ort: Bonn
Sonstiges: Der Weg zur Selbstzahlerleistung und Wirtschaftlichkeit
Kursgebühr: 380 €
Auskunft: DENT-MIT, Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg
 Tel.: 036621/226 36
 Fax: 036621/226 37

Thema: Chirurgischer Arbeitskurs für die assistierende ZAH
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 07./08. 03. 2002
Ort: Elsterberg
Kursgebühr: 185 €
Auskunft: DENT-MIT, Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg
 Tel.: 036621/226 36
 Fax: 036621/226 37

Thema: Carmen-Keramik – Vom Gerüst zur guten Verblendung
Veranstalter: ESPRIDENT GmbH aesthetic dental products
 CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 07./08. 03. 2002
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Referent: ZT Claus-J. Wagner
Kursgebühr: 335 € + MwSt.
Auskunft: Renate Sacher, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-479
 Fax: 07231/803 409

Thema: PA-Basis-Therapie
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 07./08. 03. 2002
Sonstiges: Risikogerechte PA-Behandlung unter Berücksichtigung der Verbindung zur Prophylaxe
Kursgebühr: 710 €
Auskunft: DENT-MIT, Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg
 Tel.: 036621/226 36
 Fax: 036621/226 37

Thema: Ganzheitliche Aspekte der Ausleitungsverfahren
Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 08. 03. 2002, 15.30 – 19.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Es werden energetische und emotionale Ausleitungsverfahren vermittelt, die in der Praxis einfach anzuwenden sind
Kursgebühr: 130 € inkl. MwSt.
Auskunft: Fr. Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
 Tel.: 05475/95 98 55
 Fax: 05475/5257

Thema: KFO Spezialkurs „Fränkel“ – Herstellung u. Wirkungsweise des Fränkel-Gerätes
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 08./09. 03. 2002
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Referenten: ZT Konrad Hofmann, Dr. Wolfgang Scholz
Kursgebühr: 410 € + MwSt.
Auskunft: Renate Sacher, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-479
 Fax: 07231/803 409

Thema: Stil und Klasse in der PA-Behandlung – mit Live-OP
Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 08./09. 03. 2002
Ort: Elsterberg
Sonstiges: Training fallspezifischer PA-Therapie – Konzeptionen unter Berücksichtigung der chirurgischen Therapie
Kursgebühr: 710 €
Auskunft: DENT-MIT, Bahnhofstr. 35, 07985 Elsterberg
 Tel.: 036621/226 36
 Fax: 036621/226 37

Thema: „Bach-Blüthenherapie in der Zahnarztpraxis“
Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 09. 03. 2002, 9.00 – 12.15 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Referent: Dr. med. dent. H. Hommel, Wiesbaden; Therapieerfolge bei Patienten mit Hypernervosität und mit deutlichem Angst- und Stresspotential
Kursgebühr: 130 € inkl. MwSt.
Auskunft: Fr. Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
 Tel.: 05475/95 98 55
 Fax: 05475/5257

Thema: Naturheilkundliche Medikation in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 09. 03. 2002, 13.30 – 16.45 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Fallbeispiele – Homöopathie, Homotoxikologie, Enzymtherapie, Phytotherapie und orthomolekulare Therapie; Referent: Dr. med. dent. H. Hommel, Wiesbaden
Kursgebühr: 130 € inkl. MwSt.
Auskunft: Fr. Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
 Tel.: 05475/95 98 55
 Fax: 05475/5257

Thema: Ohrakupunktur Stufe 3 Systematik und Praxisdemonstration für Fortgeschrittene
Veranstalter: Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V.
Termin/Ort: 09./10. 03. 2002, Frankfurt am Main; 16./17. 03. 2002, München; 11./12. 05. 2002, Berlin

Auskunft: Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V., Feinhalstr. 8, 81247 München
 Tel.: 089/89 19 82-23
 Fax: 089/89 19 82-11

Thema: Das IMPLA-System – Theorie und Praxis der implantologischen Versorgung
Veranstalter: Schütz-Dental GmbH, Bereich IMPLA
Termin: 09. 03., 18. 05., 21. 09. und 02. 11. 2002
Ort: 06712 Zeitz, Humboldtstr. 12
Sonstiges: Leiter: Dr. med. Henning Aleyt
Kursgebühr: 403,92 €
Auskunft: Frau Achenbach, Frau Hoffmann, Schütz-Dental GmbH, Bereich IMPLA, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach
 Tel.: 06003/814-620 u. -630
 Fax: 06003/814-906

Thema: Diodium-Laser, Anwenderseminar mit Live-OP's
Veranstalter: Weil-Dental GmbH
Termin: 09. 03., 08. 06., 28. 09. und 16. 11. 2002
Ort: 01227 Dresden, Kipsdorfer Str. 111
Sonstiges: Leiter: Dres Purkert
Kursgebühr: 395 € zzgl. MwSt., Sicherheitsz. 125 € zzgl. MwSt.
Auskunft: Frau Weck, Frau Wotschel, Frau Aust, Weil-Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach
 Tel.: 06003/814-220 o. -230 o. -240
 Fax: 06003/814-906

Thema: Klassische Chinesische Akupunktur Stufe 3 – Systematik und Praxisdemonstration für Fortgeschrittene
Veranstalter: Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V.
Termin: 09./10. 03. 2002
Ort: Berlin
Auskunft: Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V., Feinhalstr. 8, 81247 München
 Tel.: 089/89 19 82-23
 Fax: 089/89 19 82-11

Neues Mietrecht seit vergangenem Herbst

Was ändert sich für Mieter und Vermieter?

Bettina Güdelhöfer

Die Mietrechtsreform vom 1. September 2001 hat neue Freiheiten für Mieter und Vermieter privater Wohnräume gebracht. Standards der Rechtsprechung wurden gesetzlich verankert, manches wurde einfacher, Verträge können jetzt präziser gefasst werden. Das kann helfen, Konflikte zu vermeiden. Im Folgenden sind die wichtigsten Punkte zusammengefasst.

■ Mietkaution

Sofern der Mieter eine Geldsumme als Mietsicherheit stellen muss, ist diese mindestens zu dem Zinssatz anzulegen, der für Spareinlagen mit drei Monaten Kündigungsfrist gilt. Die Zinserträge erhöhen die Sicherheit und stehen in voller Höhe dem Mieter zu.

■ Betriebskosten

Spätestens zwölf Monate nach Ende des Abrechnungszeitraums muss die Betriebskostenabrechnung beim Mieter sein. Ist die Frist verstrichen, kann der Vermieter keine Nachforderungen mehr stellen, es sei denn, er hätte die Verspätung nicht zu vertreten. Das muss er aber nachweisen. Nach Eingang der Abrechnung hat auch der Mieter nur noch zwölf Monate Zeit, Einwände gegen die Abrechnung vorzubringen.

Sofern der tatsächliche Verbrauch des Mieters erfasst wird, muss er auch verbrauchsabhängig abgerechnet werden. Für Betriebskosten, die nicht im Detail registriert werden, sieht das Gesetz den Flächenanteil als Umlagemäßig vor. Etwas anderes (zum Beispiel Abrechnung nach Personenzahl) ist nur möglich, wenn es im Vertrag vereinbart worden ist.

Die Hausverwaltung muss grundsätzlich wirtschaftlich vernünftig erfolgen. Mondpreise für Hausmeisterarbeiten oder über-teuerte Versicherungen dürfen nicht zu Lasten der Mieter gehen.

Neue Klauseln für das Kleingedruckte: Mietverträge sind jetzt präziser zu fassen.



Foto: MEV/PhotoDisc (M: zm)

■ Zeitmietvertrag

Die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs zu zeitlich begrenzten Mietverträgen wurden gründlich umgekrempelt. Zulässig ist nur noch ein echter Zeitmietvertrag, der über eine beliebige Laufzeit geschlossen werden kann. Voraussetzung ist, dass der Vermieter nach Ende der Mietzeit die Wohnung für sich, für Angehörige oder für einen „zur Dienstleistung Verpflichteten“ nutzen will oder dass die Räume „in zulässiger Weise beseitigt“ oder so wesentlich verändert werden sollen, dass ein Mietverhältnis das erheblich erschweren würde. Der genaue Grund für die Befristung muss im Mietvertrag genannt sein, sonst gilt der Vertrag als unbefristet geschlossen.

Frühestens vier Monate vor Ablauf der Befristung kann der Mieter Auskunft verlangen, ob der Grund für die Befristung noch besteht. Innerhalb eines Monats muss der Vermieter antworten – sonst kann der Mieter fordern, dass das Mietverhältnis um den Zeitraum der Verspätung verlängert wird. Danach ist aber endgültig Schluss: Der Mieter muss ausziehen, er kann der Kündigung auch nicht nach der Sozialklausel widersprechen.

■ **Staffelmiete/Indexmiete**

Vereinbarungen über eine Staffel- oder Indexmiete sind jetzt ohne zeitliche Beschränkung möglich. Die Indexmiete ist gesetzlich an den Preisindex für die Lebenshaltungskosten aller privaten Haushalte in Deutschland gebunden. Er wird vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden ermittelt. Wenn dadurch die Miete steigt oder sinkt, muss der Vermieter diese Änderung sowie den jeweiligen Betrag und die neue Miethöhe schriftlich mitteilen. Die unterschiedliche Höhe einer Staffelmiete für bestimmte Zeiträume muss nach wie vor schriftlich vereinbart werden.

■ **Mieterhöhung**

Die Kappungsgrenze wurde gesenkt, die Miete darf innerhalb von drei Jahren nur noch um höchstens 20 Prozent (früher 30 Prozent) steigen. Obergrenze ist nach wie vor die ortsübliche Vergleichsmiete. Gestiegene Kapitalkosten für Hypothekenkredite (Zinserhöhung) können nicht mehr als Grund für eine Mieterhöhung angeführt werden. Mieter haben bei Mieterhöhungen ein Sonderkündigungsrecht von zwei Monaten.

■ **Modernisierung**

Der Mieter muss alle für ihn und die anderen Haushaltsmitglieder zumutbaren Modernisierungsmaßnahmen dulden, mit denen nachhaltig Energie eingespart werden kann. Früher galt das nur für Heizenergie. Nun fallen auch Investitionen, mit denen zum Beispiel Strom gespart werden kann (Energiesparlampen, drehzahlgeregelte Umwälzpumpen oder Aufzugsmotoren) unter diese Bestimmung.

Der Vermieter muss die Modernisierung spätestens drei Monate (bisher zwei Monate) vor Beginn der Arbeiten ankündigen. Mitzuteilen sind der voraussichtliche Beginn und Umfang sowie die zu erwartende Dauer der Modernisierung. Eine Mieterhöhung nach der Modernisierung wird erst mit Beginn des dritten Monats (bisher zweiten Monats) nach Eingang des Erhöhungsschreibens beim Mieter wirksam.

■ **Umbau wegen Behinderung**

Ein Mieter hat seit September vergangenen Jahres Anspruch auf die Zustimmung des Vermieters zu Umbauten innerhalb und außerhalb der Wohnung, wenn er oder ein im Haushalt wohnender Angehöriger behindert ist. Die Interessen des Vermieters und anderer Mieter sind dabei allerdings zu berücksichtigen. Damit der Vermieter nicht auf den Kosten des Rückbaus sitzen bleibt, kann er eine zusätzliche Kautions maximal in Höhe der voraussichtlichen Rückbaukosten verlangen.

■ **Verkauf der Wohnung**

Der Käufer einer Wohnung haftet auch für die Rückzahlung von Kautionen, die an den vorherigen Besitzer gezahlt wurden. Es spielt keine Rolle, ob er das Geld tatsächlich bekommen hat. Wenn am Ende des Mietverhältnisses der neue Eigentümer nicht zahlen kann, können sich die Mieter auch an den alten Vermieter halten.

Wenn die Mietwohnung in eine Eigentumswohnung umgewandelt wird, muss der Käufer wenigstens drei Jahre warten, bevor er kündigen darf. Die Landesregierungen können diese Frist auf bis zu zehn Jahre verlängern. Ein eventuelles Vorkaufsrecht für die Wohnung kann der Mieter nur noch schriftlich ausüben.

■ **Kündigung**

Früher galten für beide Vertragspartner gleich lange Kündigungsfristen von drei Monaten bis zu einem Jahr, je nach Dauer des Mietverhältnisses. Seit verganginem September können Mieter unbefristete Verträge immer mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Bei Vermietern wurde nur die einjährige Frist nach zehn Jahren Wohndauer gestrichen, sonst blieb alles beim Alten: Die Drei-Monatsfrist verlängert sich nach fünf Jahren Mietzeit auf sechs Monate und nach insgesamt acht Jahren auf neun Monate. Im Kündigungsschreiben muss der Vermieter seine Entscheidung schriftlich begründen.

■ **Tod des Mieters**

Außer dem Ehegatten oder einem anderen Familienangehörigen darf auch der Lebenspartner des Mieters in den Vertrag eintreten, wenn der Mieter stirbt. Das gilt nun auch für gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften. Bei alleinstehenden Mietern wird der Mietvertrag mit den Erben fortgesetzt. Wenn diese nicht ihren Lebensmittelpunkt in der Wohnung haben, kann der Vermieter auch ohne berechtigtes Interesse (zum Beispiel Eigenbedarf) fristgerecht kündigen.

■ **Übergangsregeln**

Das neue Mietrecht gilt ohne Einschränkung für alle Verträge, die nach dem 1. September 2001 geschlossen wurden – auch für befristete Verträge, die ab diesem Tag verlängert wurden. Für bestehende Verträge gilt das neue Recht, wenn zum betreffenden Zeitpunkt nichts ausdrücklich vereinbart ist – zum Beispiel Kündigungsfristen. Alle vor dem 1. September 2001 geschlossenen einfachen Zeitmietverträge bleiben wirksam. Der Mieter hat damit das Recht, zwei Monate vor Ablauf des Vertrags eine Verlängerung zu fordern. Eine weitere Befristung ist dann aber nur nach dem neuen Recht möglich.

Die neuen Regeln für die Abrechnung von Betriebskosten greifen erstmals für Abrechnungsperioden, die nach dem 31. August geendet haben. Nur die mit der Reform völlig neu eingeführten Bestimmungen (vor allem die Rechte Behinderter und der Schutz von Mitbewohnern) gelten nach Auskunft der Bundesregierung auch für alte Mietverträge.

*Bettina Güdelhöfer
Innere Laufer Gasse 11
90403 Nürnberg*

Praxen bestimmen ihr Klientel selbst

Auf der Suche nach dem idealen Patienten

Stefan Seidel, Jochen Kriens

Ausgesuchte Patientengruppen werden für Zahnärzte zunehmend wichtiger, um die persönlichen Praxisziele zu erreichen. Nach Informationen der Praxismarketing-Agentur New Image Dental sind viele Zahnärzte mit ihrer Patienten Klientel nur bedingt zufrieden. Als Grund wird oft angegeben, dass die Fachkompetenz des Arztes auf Spezialgebieten zu wenig Anwendung beim bisherigen Patientenstamm findet.

Ursachen für diese Situation liegen oft bereits in der Gründungsphase einer Praxis. Die Wahl eines Standortes ist oft von der im Einzugsgebiet erwarteten Patientenzahl bestimmt; die Praxis soll sich möglichst schnell etablieren – der Art der Patienten kommt eine geringe Bedeutung zu. Auch heute noch suchen viele Zahnärzte, die sich selbstständig machen, ihren Standort nach genau diesen Kriterien aus.

Ein paar Jahre später sind die Existenzängste der Gründungszeit jener beruhigenden Gewissheit gewichen, dass mehr Patienten zur Verfügung stehen als nötig sind. Dann stellen Zahnärzte oft fest, dass es nicht die große Patientenzahl ist, die das Besondere des Berufes ausmacht, sondern vor allem einzelne Patienten, mit denen sie genau die Behandlungsformen realisieren können, die ihnen besonders liegen. Es sind Patienten, auf die sie spezialisiert sind – und mit denen sie die Wirtschaftlichkeit des gesamten Praxisbetriebes aufrechterhalten können. Der Großteil der Patienten jedoch passt nicht zu den Schwerpunkten ihrer Praxis. Entscheidet sich ein Zahnarzt nun, die Zusammensetzung seiner Klientel künftig nicht mehr dem Zufall zu überlassen, sondern gezielt die gewünschten Patienten anzusprechen, so muss er sich auf einen Prozess der Umstrukturierung einlassen. Dieser Prozess braucht Zeit – an seinem Ende können aber genau die Patienten stehen, die der individuellen Ausrichtung einer Praxis entsprechen.

Der Weg zur idealen Patientengruppe beginnt sowohl für den Praxisgründer als auch

für den bereits etablierten Zahnarzt mit zwei Dingen: einer Analyse der eigenen Person und der Ermittlung des Ist-Zustandes der Praxis. Hier stellen sich einige Fragen, die im Rahmen dieser Praxisplanung unbedingt beantwortet werden sollten.

- Wo liegen meine Kernkompetenzen?
- Welche Behandlungsmethoden machen mir besonders viel Spaß?
- Auf welche zahnmedizinischen Gebiete möchte ich mich spezialisieren?
- Was sind für mich in Zukunft die größten fachlichen Herausforderungen?
- Wohin möchte ich meine Praxis führen?

Die formulierten Praxisziele bilden die Grundlage für das weitere Vorgehen. Eine Praxis-Strategie, die dem Zahnarzt hilft, die idealen Patienten für seine Praxis zu bestimmen, sollte sich an den folgenden Fragen orientieren.

- Welche Patienten Klientel passt am besten zu meinen fachlichen Schwerpunkten?
- Welche Erwartungen haben diese Patienten an eine Zahnarztpraxis?
- Wie weit ist mein Team auf diese Patienten vorbereitet?
- Welche Probleme oder welche Wünsche haben diese Patienten?
- Können mein Team und ich diese Probleme lösen und diese Wünsche erfüllen? Und wenn nicht – welche Fortbildungsmaßnahmen sind nötig?
- Woher kommen die Patienten – aus dem Einzugsgebiet oder aus weiterer Entfernung?
- Wie kann ich die Patienten auf meine

Praxis aufmerksam machen und den Bekanntheitsgrad meiner Praxis regional und überregional steigern?

- Kann ich einige meiner bisherigen Patienten zu Idealpatienten machen?

Nach Beantwortung dieser Fragen sollten Maßnahmen entwickelt werden, die dazu führen, die idealen Patientengruppen für die eigene Praxis zu aktivieren. Um das zu erreichen, ist eine Doppelstrategie zu empfehlen. Die setzt zum einen auf PR-Maßnahmen, welche potenzielle Patienten ansprechen und die Praxis mit ihrem markanten Profil bekannter machen. Zum anderen sollte den Patienten der Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gemacht werden. Wenn diese anschließend positiv über die Praxis sprechen, fungieren sie in ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis als aktive Empfehlungsgeber.

Eine solche Neuausrichtung hat meist erhebliche Auswirkungen auf die praxis-internen Strukturen. Öffnet eine Praxis sich gezielt neuen Patientengruppen, müssen im Vorfeld alle Vorbereitungen getroffen werden. Parallel zu einer klaren Aufgaben- und Verantwortungsverteilung sollte ein permanenter Weiterbildungs- und Controlling-Prozess das Optimum aller Praxisbereiche und die Höchstleistungen aller Mitarbeiter hervorbringen und sicherstellen.

Sind diese Voraussetzungen geschaffen, kann das Team beginnen, den Bekanntheitsgrad und die Service-Orientierung der Praxis sukzessiv zu steigern. Hierbei sollten folgende Initiativen berücksichtigt werden, die auf die zukünftige Patienten Klientel abgestimmt sind.

Öffentlichkeitsarbeit

Durch ein Patienteninformationssystem können die Kernkompetenzen der Praxis auf mehreren, aufeinander abgestimmten

Wegen nach außen vermittelt werden. Denkbar sind neben dem persönlichen Gespräch und Informationsbroschüren auch ein praxiseigener Internetauftritt, ein in Abständen stattfindender Informationstag (Tag der Offenen Tür), eine Artikelserie zu aktuellen zahnmedizinischen Themen in der lokalen Presse oder eine Beratungsstunde für Hörer im Radio. Zu beachten ist hierbei, dass alle genannten Maßnahmen sich im Rahmen der standesrechtlichen Möglichkeiten bewegen.

Patientenhandling

Ein Patient ist häufig nicht in der Lage, die Qualität einer zahnmedizinischen Leistung differenziert und adäquat zu beurteilen. Daher zieht er andere, sekundäre Kriterien zu Rate, um sich ein Bild über eine Zahnarztpraxis zu machen. Im Vordergrund seiner Wahrnehmung stehen vor allem die folgenden Punkte.

- Wie werde ich am Telefon begrüßt?
- Muss ich lange auf einen Termin warten?
 - Bekomme ich den Termin zu der von mir bevorzugten Tageszeit?
 - Werde ich in der Praxis freundlich empfangen?
 - Wie ist der optische Eindruck der Praxis?

■ Werde ich umfassend und kompetent beraten?

■ Arbeiten der Zahnarzt und seine Helferinnen harmonisch zusammen?

Innenarchitektur

Ein weiteres wichtiges Mittel zur Klientelbestimmung ist die Gestaltung der Praxisräume. Ist ein Zahnarzt spezialisiert auf die Behandlung von Kindern, sollte sich das auch in kindgerechten Räumlichkeiten widerspiegeln. Gleiches gilt für die bevorzugte Behandlung von Angstpatienten. Hier sollten beruhigende Farben, Bilder und andere gestalterische Elemente zweckorientiert eingesetzt werden.

Corporate Identity

Der Begriff Corporate Identity (CI) umfasst nicht nur die einheitliche Gestaltung aller Medien, sondern auch das gesamte Verhalten des Teams gegenüber dem Patienten – sowie die Unternehmenskultur, welche Philosophie und Ziele der Praxis in sich vereint. Diese Instrumente sollten eine Einheit bilden, aufeinander abgestimmt sein und als funktionierendes System nach außen getragen werden. Die CI

ist maßgebend für das Bild der Praxis in den Köpfen der Patienten. Das Praxis-Konzept sollte dem Patienten in einer klaren, unmissverständlichen und nachvollziehbaren Linie präsentiert werden. Unbedingt zu beachten sind unter diesem Aspekt die folgenden Punkte.

■ Einheitlichkeit symbolisiert und signalisiert Sicherheit, Konstanz und Klarheit. Alle Kommunikationsmedien (Briefpapier, Visitenkarten, Terminzettel, Heil- und Kostenpläne, Informa-

zm-Service: Checkliste

Eine Checkliste zum Thema „Patientenmanagement“ kann unter www.zm-online.de herunter geladen oder unter folgender Adresse angefordert werden:

New Image Dental
 Agentur für Praxismarketing
 Jahnstr. 18
 55270 Zornheim
 Tel.: 06136 – 95 55 00
 Fax: 06136 – 95 55 033

tionsbroschüren, Internetauftritt) sollten deshalb im gleichen Design gestaltet sein. Auf diese Weise wird die Selbstähnlichkeit der Praxis erhöht, ihr Wiedererkennungswert sukzessiv aufgebaut und ihr Profil geschärft.

■ Verbale Patientenkommunikation findet sowohl am Telefon als auch persönlich in der Praxis statt. Freundlichkeit ist dabei stets ein Muss. Geachtet werden sollte aber auch auf eine störungsfreie und ruhige Gesprächsatmosphäre.

■ Die Praxisziele müssen klar definiert sein und ihre Erreichung vom gesamten Team gemeinsam angestrebt werden. Diese Aura des Zusammenhalts überträgt sich wohlwollend auf den Patienten. Disharmonien, Streitereien oder ein Behandlungsablauf mit größeren Unterbrechungen hingegen verursachen beim Patienten Verärgerung, Verunsicherung, Unruhe und Skepsis.

■ Eine umfassende, kompetente Aufklärung, die dem Patienten einen fundierten Überblick über die Behandlungsalternativen gibt, ist Voraussetzung für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Das Beratungsgespräch sollte an einem neutralen Ort stattfinden – auf keinen Fall, wenn der Patient bereits oder noch im Behandlungsstuhl sitzt.

Zufriedene Patienten, die offen sind für private Leistungen und medizinische Spezialgebiete ihres Zahnarztes, haben immer eine motivierende Wirkung auf das gesamte Team. Andererseits überträgt sich die Harmonie im Team auch auf die emotionale Lage des Patienten. Hat die Praxis auf diese Weise ein positives Image aufgebaut und hebt sie sich dadurch von ihren Mitbewerbern ab, ist ihr Standort nur noch zweitrangig.

Stefan Seidel
 Im Vogelsang 63
 55578 Wallertheim

Jochen Kriens
 Oranienstr. 48
 65185 Wiesbaden

Das niedrige Zinsniveau lässt sich nutzen

Schnäppchenjagd

Joachim Kirchmann

Die US-Notenbank ist weltweiter Trendsetter bei der Festsetzung der Leitzinsen. Durch eine ganze Kette aggressiver Zinssenkungen hat sie im vergangenen Jahr das Zinsniveau auf ein Rekordtief gedrückt. Auch Europa kann sich diesem Druck auf die Zinsen nicht entziehen. Alle Kreditnehmer können jubeln.

„Geld zu Schleuderpreisen“, so überschrieb die „Süddeutsche Zeitung“ ihren Bericht über die Dezember-Senkung des US-Leitzinses von zwei auf 1,75 Prozent und präzierte: „Amerika hat die niedrigsten Zinsen seit 40 Jahren“. Ein maßgeblicher Grund ist der 11. September. Er hat nicht nur weltweit Katastrophestimmung ausgelöst, sondern auch einen Konjunkturbruch. Davor schon war die Weltwirtschaft seit Ausbruch einer schweren Börsenbaisse im März des Jahres 2000 allmählich die Lust zum Investieren abhanden gekommen. Nach dem Terroranschlag auf die Weltwirtschaftsmacht USA zeigten sich die gewerbliche Wirtschaft wie auch die privaten Konsumenten in ihrem Order- und Kaufverhalten wie gelähmt.

Ohne zu zögern, verordnete US-Notenbankpräsident Alan Greenspan den Amerikanern ein an und für sich hochwirksames Antidepressivum zur Wiederbelebung der Kauf- und Konsumlust. Er senkte massiv die Leitzinsen, zu denen sich die Geschäftsbanken bei der US-Notenbank Geld zum Weiterverleihen borgen können. Innerhalb von nur zwölf Monaten schraubte Greenspan in elf Umdrehungen den Leitzins von 6,5 Prozent auf 1,75 Prozent herun-

ter. Die Europäische Zentralbank (EZB) folgte den Amerikanern nicht nur aus Solidarität. Auch sie injizierte, allerdings auf recht zaghafte Weise, durch Zinssenkungen der erlahmten Wirtschaft ein Kreislaufbelebungs-

Foto: reuters



Mit der Senkung der Leitzinsen sorgte US-Notenbankchef Alan Greenspan für eine Wiederbelebung der Kauf- und Konsumlust.

Zwar kann die EZB mit Sitz in Frankfurt nicht so gezielt und rigoros handeln wie das Federal Reserve Board (Fed) der USA. Denn in der Europäischen Wirtschaftsunion gibt es zwölf autonome Staaten mit höchst unterschiedlichen Wachstums- und Inflationsraten. Entsprechend vielfältig ist das jeweilige Zinsniveau. Deutschland und Frankreich etwa hätten aufgrund ihrer niedrigen Wachstums- und Infla-

tionsraten gerne weitaus tiefer abgesenkte Leitzinsen gesehen, als die EZB zulassen wollte und konnte. Doch mit Blick auf Irland, Spanien oder die Niederlande, die relativ hohe Inflationsraten aufweisen, musste EZB-Präsident Wim Duisenberg erstmals seit langem dem amerikanischen Kollegen die Stafette mit dem niedrigsten Leitzins überlassen. Die EZB kann es sich nicht erlauben, den europäischen Inflations-Vorreitern mit Tiefstzinsen noch mehr Auftrieb zu geben.

Des Sparers Leid

Aber die Deutschen können mit dem erreichten Zinsniveau zu-

fer von Bundesanleihen müssen in Kauf nehmen, dass die hochbonierten deutschen Staatsanleihen börsennotiert sind und – je nach dem vorherrschenden Zinstrend am Kapitalmarkt – mit Kursschwankungen reagieren. Sollte die Konjunktur – wie gewünscht und erwartet – im Laufe dieses Jahres anziehen, dürften die Zinsen mitziehen. Dann verbucht der Tiefzinsparer neben einer mageren Rendite auch noch Kursverluste bei börsennotierten festverzinslichen Wertpapieren.

Ein wesentlich vielversprechenderes Blatt zum Pokern und zum Auftrumpfen hat der Kreditnehmer. Wer rechnet und die Produktivkraft von geliehenem Geld

frieden sein. Das gilt freilich nicht für die Sparer, die auf festgeschriebene Zinsen setzen. Sie haben das Nachsehen. Denn Bundesanleihen rentieren sich auf der Grundlage der aktuellen Umlaufrendite (einem Mix aus unterschiedlichen Laufzeiten) nur noch zu rund 4,5 Prozent. Wer auf kursstabile Bundes-schatzbriefe und Bundesobligationen setzt, sieht nur noch eine Drei vor dem Komma. Die Käu-

richtig einzuschätzen weiß, wäre dumm und töricht, wenn er die aktuell gebotene, im Langfristvergleich aber relativ seltene Chance zum Discountzins ungenutzt verstreichen ließe. Gemeint ist in diesem Zusammenhang nicht die Darlehensnachfrage für den privaten Konsum. Bankkredite hierfür sind weiterhin undiskutabel teuer. Es sei denn, Hersteller und Handel locken von sich aus mit

schmackhaften Kreditofferten, um im Geschäft zu bleiben. So etwa werden Autos, die auf Lager und nicht auf einer Warteliste stehen, schon für ein paar Zehntel Prozent Zins kreditiert. Ein Tor, wer hier noch bar zahlen würde, es sei denn, mit 20 Prozent Rabatt auf den unverbindlich empfohlenen Preis. Handeln ist ja inzwischen gesetzlich erlaubt.

Die wirklich nennenswerten Beträge, die ein Kreditnehmer heute durch das niedrige Zinsniveau verdienen kann, sind im Umfeld von Immobilien und Wertpapieren angesiedelt. Wem es gelingt, seine preisgünstig disponierten Schulden auch noch dem Finanzamt als Kosten präsentieren zu dürfen, zieht eine Trumpfkarte aus dem Ärmel, an der er womöglich ein ganzes Jahrzehnt (oder noch länger) seine Freude hat.

Des Schuldners Freud

Konkret: Hypothekenzinsen, auf fünf Jahre festgeschrieben, sind effektiv zwischen 4,5 und 4,8 Prozent angesiedelt. Hypothekendarlehen mit zehn Jahren Laufzeit kosten effektiv zwischen fünf und 5,2 Prozent. („Effektiv“ bedeutet Vergleichbarkeit unter allen denkbaren Kreditkonstellationen und unter Einbeziehung aller relevanten Kosten.) Angeboten werden mittlerweile sogar Laufzeiten von 15 Jahren (Effektivzinsen zu 5,2 bis 5,5 Prozent) oder gar von 20 Jahren. Für diese Laufzeit mit garantiertem Festzins zahlen Immobilieninvestoren effektiv nur zwischen 5,5 und 5,7 Prozent Zinsen. Vorausgesetzt ist bei all den genannten Konditionen eine Auszahlung zu 100 Prozent und eine Beleihung

bis zu 70 Prozent des Objektpreises. Denkbar ist, dass das erreichte Zinsniveau im Lauf dieses Jahres noch weiter sinkt. Dafür müssen aber die Lohnerhöhungen moderat ausfallen. Und die erwartete Konjunkturerholung muss weiter auf sich warten lassen.

Die beste Startposition für ein profitables Zinsgeschäft hat selbstverständlich derjenige, der heute einen langfristigen Kreditvertrag neu abschließen kann. Das sind in erster Linie Immobilienkäufer oder die Glücklichen, die vor zehn Jahren zu damals re-



Foto: Irish Times

Wim Duisenberg, Chef der Europäischen Zentralbank, kann sich US-ähnliche Tiefstzinsen nicht leisten.

lativ hohen Zinsen ein Immobilienengagement eingegangen sind. Sie können heute zu Discount-Konditionen ihre Hypothekendarlehen verlängern. Aber auch bestehende Darlehensverträge lassen sich unter bestimmten Voraussetzungen zu den derzeit günstigen Konditionen umschulden:

■ Das Darlehen hat eine Laufzeit von mehr als zehn Jahren. Zehn Jahre nach der Auszahlung hat nämlich jeder Kreditnehmer das Recht, ein ab 1987 aufgenommenes Darlehen mit einer Frist von sechs Monaten zu kün-

digen. Die so genannte Vorfälligkeitsentschädigung, mit der sich die Banken den Schaden für entgangene Zinsen üblicherweise ersetzen lassen, entfällt.

■ Eine Darlehenskündigung zum Quartal ist möglich, wenn für ein Darlehen ein variabler Zins vereinbart wurde. Theoretisch verhandelbar ist eine vorfristige Darlehenskündigung, wenn das Darlehen nicht über die Eintragung einer Grundschuld abgesichert und nicht über Grundpfandbriefe refinanziert wurde. Fand eine Darlehensabsicherung beispielsweise durch die Abtretung von Wertpapieren oder durch Bürgschaften statt, besteht dann auf Seiten der Bank ein größerer Spielraum für eine Neudisposition.

■ Beträgt die Restlaufzeit eines relativ hoch verzinsten Darlehens nur noch zwölf Monate, kann heute schon eine Anschlussfinanzierung zu den aktuell gültigen Konditionen ausgehandelt werden. Das ist allerdings nur sinnvoll, wenn der Kreditnehmer auf eine Zinssteigerung während der kommenden zwölf Monate setzt. Wird das günstige Anschlussdarlehen vor Ablauf seines teureren Vorgängers nicht abgerufen, verlangen die Banken pro Monat so genannte Bereitstellungszinsen von zumeist 0,25 Prozent der Kreditsumme. Doch der Zeiträumen und der Prozentsatz sind verhandelbar.

Wer bis zum Ablauf eines Hypothekendarlehens noch zwei oder drei Jahre warten müsste, kann ein so genanntes Forward-Darlehen ins Kalkül ziehen. Mit einem solchen Darlehen sichert man sich zwar aktuell günstige Zinskonditionen. Doch sinnvoll ist ein solches Darlehen wiederum nur, wenn der Immobilieninves-

tor auf Sicht von zwei oder drei Jahren steigende Zinsen sieht und sich langfristig den heutigen Zins sichern will. Aber auch das kostet Geld: Üblich sind Zinsaufschläge von 0,2 bis 0,3 Prozent für jedes Jahr, das bis zum Laufzeitbeginn des neuen Darlehens vergeht.

Vorfristige Kündigung

Bei diesen Summen zur Sicherung heutiger Zinsen für künftige Zeiten stellt sich die Frage nach einer vorfristigen Kündigung. Aufgrund der aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung dürfen sich die Banken nicht mehr weigern oder einen Gnadenakt walten lassen, wenn ein Kreditnehmer vorfristig kündigen möchte, weil er sich günstigere Zinsen sichern will. Für die Ablösung eines Altvertrags darf die Bank allerdings eine angemessene Entschädigung verlangen, eben die Vorfälligkeitsentschädigung. Die errechneten die Banken bis vor kurzem noch nach ihren eigenen Methoden und vor allem zu ihren eigenen Gunsten.

Mittlerweile hat der Bundesgerichtshof durch mehrere Endurteile ziemlich klar definiert, wie zu rechnen ist, wenn etwa der Zinsschaden bei einer Zinsdifferenz von zwei Prozent für eine Restlaufzeit von drei Jahren bestimmt werden soll. Im Groben kann das jeder leicht selber ausrechnen. Doch bei der Feinjustierung (Abzinsung und Wiederanlage des vorfristig zurückbezahlten Betrags zu welchem Zins) scheiden sich (immer noch) die Geister. Wer eine vorfristige Darlehenskündigung durchziehen will, sollte auf jeden Fall von seiner Bank verlangen,

dass die Berechnungsgrundlagen des BGH angewandt werden. Sicherheitshalber sollte man die verlangte Entschädigung von einem unabhängigen Fachmann, von einer Verbraucherzentrale oder von der Stiftung Warentest in Berlin (jeweils gegen Gebühr, die aber lohnend sein kann) prüfen lassen.

Wichtig für Vermieter: Eine gezahlte Vorfälligkeitsentschädigung zählt zu den Werbungskosten. Sie kann somit, ähnlich wie eine Zinsvorauszahlung im Rahmen eines Disagios, steuerlich geltend gemacht werden. Denn schließlich dient der Entschädigungsaufwand dazu, sich längerfristig günstigere Geldkosten zu sichern. In einem Urteil des Bundesfinanzhofs aus dem Jahre 1990 ist diese Sichtweise höchstrichterlich bestätigt (Aktenzeichen IX R 8/85).

Immobilienkredite

Ein Großkredit sollte möglichst nutzbringend eingesetzt werden. Das ist beim Immobilienerwerb zweifelsohne der Fall. Wer 20 oder gar 30 Prozent Eigenkapital aufbringt und ansonsten nicht gerade am Hungertuch nagt, bekommt für einen Immobilienkauf problemlos Kredit. Schließlich dient ja die an die Bank verpfändete Immobilie als solide Sicherheit.

Solvente und gut bonierte Kunden bekommen eine Immobilie bei günstigen Konditionen auch zu 90 oder gar 100 Prozent finanziert. Voraussetzung ist allerdings, dass die beliebte Immobilie am Markt das wert ist, was sie gekostet hat und sich zu einem marktgerechten Preis vermieten lässt. Darum kümmert sich in aller Regel nicht die Bank. Die alles entscheidende

Lage einer Immobilie richtig einzuschätzen, ist Sache des Käufers. Und eine gute Lage ist ihr Geld allemal wert. Eine gute und damit teure Lage ist auf jeden Fall einem preiswerten Objekt in zweifelhafter Lage vorzuziehen. Das sollte jeder Immobilieninvestor blind beherzigen und sich ersparen, für diese Erkenntnis erst Lehrgeld zahlen zu müssen.



Foto: EyeWire

Her damit – zurzeit gibt's Kredite zu Discount-Zins-Konditionen.

Nun stellt sich für den Immobilieninteressenten die Frage: Wohneigentum überwiegend auf Kreditbasis erwerben und selber einziehen oder vermieten. Hierzu eine grobe Kalkulation: Die Mietrendite (die Mieteinnahmen bezogen auf den Kaufpreis des Objekts) beträgt im Schnitt rund vier Prozent. Wenn die Zinsen bei effektiv fünf Prozent liegen, zahlt der Selbstnutzer statt Wohnmiete rund 25 Prozent mehr für die „Miete“ des Geldes. Ein schlechtes Geschäft, wenn keine Aussicht besteht, die aufgenommenen

Hypothekenschulden so schnell wie möglich zu tilgen.

Wer hingegen das Wohnobjekt seiner Träume zunächst vermietet und frühestens nach Ablauf der degressiven Abschreibung (acht Jahre lang fünf Prozent der Baukosten) selber bezieht, verwirklicht ganz legal das derzeit wohl sicherste und lukrativste Steuersparmodell in deutschen

Landen. Hierzu eine modellhafte

Kalkulation: Eine 100-Quadratmeter-Wohnung in guter Lage kostet in einer auf Durchschnittsniveau angesiedelten Großstadt wie Essen rund 230 000 Euro (rund 450 000 DM). Bei Neuvermietung sind pro Quadratmeter 7,35 Euro zu erzielen. Somit beträgt die Monatsnettomiete 735 Euro, die Jahresmieteinnahmen belaufen sich auf 8 820 Euro. An Zinsen sind bei effektiv fünf Prozent 11 500 Euro zu zahlen. Der Verlust aus Vermietung und Ver-

pachtung beträgt somit 2 680 Euro.

Doch auch die Abschreibung von jährlich fünf Prozent der reinen Baukosten von rund 170 000 Euro darf steuerlich geltend gemacht werden. Die Abschreibungssumme beläuft sich im Jahr auf 8 500 Euro. Die Steuerrechnung sieht im einzelnen wie folgt aus: Zinsen in Höhe von 11 500 Euro und Abschreibungen in Höhe von 8 500 Euro stehen auf der Verlustseite. Die Mieteinnahmen in Höhe von jährlich 8 820 Euro sind als Einnahmen von diesen

addierten Verlusten abzuziehen. Es verbleibt ein Verlust (aus Vermietung und Verpachtung) in Höhe von 11 180 Euro. Dieser Betrag darf vom zu versteuernden Einkommen abgezogen werden. Bei einem Steuersatz von beispielsweise 45 Prozent spart der Immobilieninvestor jährlich gut 5 000 Euro an Steuern. Der jährliche Überschuss nach Abzug der Zinskosten beträgt somit 2 320 Euro.

Unterm Strich

Wird beim Hypothekendarlehen die bei Vermietung sehr sinnvolle Tilgungsaussetzung vereinbart, beteiligt sich der Fiskus auf Sicht von acht Jahren mit rund 40 000 Euro (vormals rund 78 000 DM) an dieser günstig finanzierten Wohnung. Unterm Strich hat Sie den Immobilieninvestor nur 190 000 Euro gekostet. Bei einem kalkulierten Wertzuwachs von zwei Prozent hat sie nach acht Jahren einen Wert von rund 270 000 Euro (ehedem knapp 530 000 DM). Der Vermögenszuwachs beträgt somit etwa 80 000 Euro oder 156 800 DM; das sind 42 Prozent.

Üblicherweise freut sich ein Immobilienvermieter bereits, wenn sich seine Rechnung aus Einnahmen und Kosten nicht als Mietsubvention erweist. In diesem Fall bliebe nur die heute lediglich vage Hoffnung auf eine lukrative und (nach zehn Jahren) steuerfreie Wertsteigerung. Bei den Zinsen von heute aber entsteht aus Bauen und Vermieten (an den richtigen Orten) sogar, wie vorgerechnet, ein effektiver Überschuss. Fazit: Vermietete Immobilien sind jetzt wieder ein Steuersparmodell, das sich blendend rechnet. ■

Umzug dank Tilgungsaussetzung

Wer überwiegend auf Kredit eine Wohnimmobilie erwirbt, vermietet und so Steuern sparen möchte, schadet seiner Steuerrechnung, wenn er sein Hypothekendarlehen mit üblicherweise jährlich einem Prozent tilgt.

Bei diesem Tilgungssatz ist eine Immobilie nach 28 Jahren bezahlt. Durch die Tilgung mindern sich aber mit der Zeit die steuerlich absetzbaren Zinsen ganz erheblich. Wer das verhindern möchte, muss im Darlehensvertrag eine Tilgungsaussetzung vereinbaren. Doch die gibt es in aller Regel nicht umsonst.

In der Vergangenheit schlossen die meisten Immobilenkäufer zur Aussetzung der Tilgung eine Kapital bildende Lebensversicherung ab. Die monatlichen Tilgungsraten flossen in die Sparpolice. Hier brachte der Sparanteil der Versicherungspolice, der als Tilgung fungierte, Zinserträge.

Mit einem Schlag

Dadurch ließ sich zumeist schon nach 20 Jahren – was einer jährlichen Tilgungsrate von zwei Prozent entspricht – mit der Auszahlung der Police das Darlehen mit einem Schlag zurückzahlen. Diese Art der Vermögensbildung war nicht gerade hochrentabel, aber sie funktionierte, und sie war

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*

weit verbreitet. Doch inzwischen wird immer häufiger ein weitaus rentablerer Weg der Darlehens tilgung gewählt: Statt in eine kostenträchtige Lebensversicherung, in der für die Absicherung des Todesfalls zwangsweise oft nicht benötigte Prämienanteile abgezweigt werden, zahlt der



Der Einzug in das eigene Heim muss kein teures Hobby mehr sein. Möglich macht's eine Tilgungsaussetzung.

Immobilieninvestor monatliche Sparraten in einen möglichst konservativen Aktienfonds. Entspricht der Sparbetrag zwei Prozent Tilgung, ist das Objekt nach 17 Jahren bezahlt; bei drei Prozent schon nach 14 Jahren. Der Grund: Selbst ein konservativer, international ausgerichteter Aktienfonds bietet mit einer durchschnittlichen Jahresrendite von zwölf Prozent etwa doppelt so hohe Erträge wie eine Kapital-Le-

benspolice. Zur Absicherung der Tilgungsaussetzung wird statt der Versicherungspolice der Aktienfonds abgetreten.

Interessant vor allem für Immobilien-Eigennutzer ist folgende Variante auf der Grundlage eines Aktienfonds: Wer ein Drittel des Immobilien-Kaufpreises, etwa das in Betracht gezogene Eigenkapital, in den Fonds einzahlt, kann auf das Sparprogramm verzichten und die Tilgung ebenfalls aussetzen lassen. Er hat rein kalkulatorisch bei durchschnittlich zwölf Prozent Jahresrendite seine Fondseinlage nach zehn Jahren verdreifacht und kann damit die Immobilie bezahlen. Bis dahin zahlt er statt einer Miete an Fremde Zinsen für sein Eigentum.

Eigenkapital

Wenn also das Eigenkapital nicht verbaut wird, sondern zehn Jahre lang Geld verdient, macht sich eine Immobilie von selber bezahlt. Und bei den derzeit niedrigen Zinsen ist die Miete fürs Geld nicht wesentlich höher (wenn überhaupt) als die Miete für eine Wohnung. Fazit: Der Einzug ins eigene Heim ist kein teures Hobby mehr. Es rechnet sich, wenn man ein ordentlich dotiertes Eigenkapital nicht am Bau, sondern ein Jahrzehnt am Kapitalmarkt arbeiten lässt. jk

Die zahnärztliche Versorgung in Polen

Ein Krankenversicherungssystem im Wandel

Denis Durand de Bousingen, Andrzej Geber

Auch im zahnärztlichen Bereich ist Polen bestrebt, sich so rasch wie möglich von seiner kommunistischen Vergangenheit zu lösen. Doch die modernen Zahnkliniken und die steigende Zahl der nagelneuen Zahnarztpraxen, in denen Patienten sich privat behandeln lassen können, reichen nicht aus, die Schatten der Vergangenheit auszulöschen und die komplizierte Situation des Landes zu entschärfen.

Nicht alle Polen können sich Behandlungen in den modernen Zahnkliniken oder brandneuen Zahnarztpraxen leisten, denn die Modernisierung des gesamten Gesundheitssystems wird immer noch durch erhebliche Finanzprobleme belastet. Eigentlich gab es schon zu kommunistischer Zeit einige private Gesundheitseinrichtungen, darunter auch Zahnarztpraxen, die den Patienten offiziell neben den staatlichen Gesundheitsdiensten zur Verfügung standen. Seit 1990 versuchen die polnischen Behörden, vor allem diesen Privatsektor zu fördern, und heute werden die rund 39 Millionen Polen von insgesamt 20 300 Zahnärzten behandelt, deren Verteilung im Land aber sehr unterschiedlich ist.

Der zentralisierte Staatsgesundheitsdienst wurde Mitte der 90er Jahre durch ein Krankenkassensystem, das stark vom deutschen Modell beeinflusst wurde, ersetzt. Neben angestellten Ärzten und Zahnärzten arbeiten heute die meisten Mediziner und Zahnärzte in Privatpraxen beziehungsweise Privatgruppenpraxen, und werden je nach Art und Menge ihrer Leistungen von den Kassen honoriert. Wie in Deutschland wird jede Leistung im Rahmen eines Punktwerte-Systems vergütet, dessen Summe das Endhonorar des Zahnarztes bildet. Im „Kassenzahnärztlichen Bereich“ wird eine Extraktion mit 50 Zlotys (12,50 Euro) vergütet, für eine einfache Füllung können zwischen 50 und 80 Zlotys und für eine Wurzelbehandlung 60

nur jeder dritte Zahnarzt mit einem solchen Kassenvertrag, während die anderen, die auf einen Vertrag warten, gezwungen sind, nur rein privat abzurechnen. Das bedeutet, dass sie zwar ihre Preise selber festlegen dürfen, sie sind aber auch vollständig von der Zahlungsfähigkeiten ihrer Patienten abhängig: Solange sie die „reicheren“ Patienten in den Großstädten behandeln, werden sie keine Probleme haben, wenn sie jedoch auf

dem Land oder in einem der ärmeren Bezirke tätig sind, müssen sie mit viel geringerem Einkommen rechnen. Außerdem haben die ärmsten Patienten immer noch die Möglichkeit, sich umsonst in einer staatlichen Poliklinik behandeln zu lassen. Dort haben sie zwar weder freie Zahnarztwahl noch können sie hoch technische Leistungen erwarten, aber zumindest werden sie nicht in Stich gelassen.

Geringe Löhne

Zahnärzte, die als Angestellte im Staatlichen Dienst tätig sind, müssen wie die meisten

angestellten Heilberufler und Ärzte mit besonders geringen Löhnen auskommen: knapp 1 200 Zlotys (300 Euro) im Monat wird ein in Vollzeit angestellter Zahnarzt dort verdienen, während ein Kollege im Privatbereich zwischen 4 000 und 6 000 Zlotys (1 000 bis 1 500 Euro) erwirtschaften kann: Für Polen eine hohe Vergütung, auch wenn der Zahnarzt dafür manchmal zehn Stunden pro Tag arbeiten muss.

Nicht selten arbeiten die Zahnärzte sowohl im klinischen, wie auch im privaten Bereich: Morgens behandeln sie in der Poliklinik, nachmittags in der eigenen Praxis; viele von ihnen arbeiten gleichzeitig als „Kassenzahnärzte“ und als Privat Zahnärzte in ihren



Polen – ein großes Land im Überblick

Zlotys abgerechnet werden. Die Anzahl und die Art der Kronen und Prothesen, die von den Kassen übernommen werden, sind aber aus Kostengründen begrenzt. Während die einfachsten Modelle in der Regel zu den Kassenleistungen gehören, müssen die Patienten, wenn sie die modernsten Kronen und Brücken wünschen, diese aus eigener Tasche zahlen, und dabei nicht selten mit 500 bis 1 000 Zlotys (125 bis 250 Euro) Eigenanteil rechnen. Dieses „Kassensystem“ wäre fast perfekt, wenn die Zahl der „Kassenzahnärzte“ aus Kostengründen nicht streng begrenzt wäre. Deswegen arbeitet derzeit

Praxen, je nach Art der Patienten, die zu ihnen kommen.

Alle Zahnärzte, in Polen „Lekarz Stomatolog“ genannt, sind Pflichtmitglieder der polnischen Zahnärztekammer, die ein Zweig der nationalen Ärztekammer (Izba Lekarska) ist. Sie entrichten zwei Prozent ihres Einkommens als Kammerbeiträge. Für viele Zahnärzte bleibt die Einrichtung einer Privatpraxis das höchste Ziel, aber nicht alle können sich die hohen Investitionskosten leisten. Zwar sehen heute viele Praxen aus „wie im Westen“, aber die glänzende Fassade des Neuen kann die maroden Einrichtungen vieler kleinerer, veralteter Praxen nicht verstecken.

Langes Warten

Genau wie die Einzelpraxen, sind Kliniken berechtigt, gleichzeitig Privat- und Kassenpatienten zu behandeln. Dies führt manchmal zu grotesken Situationen: In Krakau befindet sich seit kurzem eine der modernsten Universitätszahnkliniken Polens, die aber aus Kostengründen nur eine bestimmte Zahl von Leistungen zum Kassentarif erbringen darf, und die vor allem den Einwohnern der Stadt zugute kommen sollen. Die Menge der dort zum „Kassentarif“ angebotenen Leistungen ist jedoch aus Kostengründen so streng begrenzt, dass die Patienten mit langen Wartezeiten rechnen müssen: Zwischen acht Monaten und drei Jahren kann es dauern, wenn man eine Versorgung mit Kronen oder Brücken wünscht. Wer nicht warten will, oder in dieser Klinik nicht zum Kassentarif behandelt werden darf, hat keine andere Möglichkeit als sich dort privat und zu vollen Kosten behandeln zu lassen. Für die dort tätigen Zahnärzte illustriert diese Situation die etwa ironische Parole des heutigen Zahnärzteswesens, die immer öfter „Warten oder Zahnen“ lautet. Trotz unzureichender Geldmittel, langer Wartezeiten und Problemen mit den Kassenverträgen, verfügt Polen über gut ausgebildete Zahnärzte, auch wenn die praktische Ausbildung vielleicht noch unzureichend ist, meint Prof. Stanislaw Majewski, der in der Jagellonischen Universität Krakau Zahnmedizin lehrt und den „zm“ das System beschreibt: Jährlich dürfen

Deutsch/polnische Zusammenarbeit in Grenzregionen

Um den polnischen Kollegen bei der Umgestaltung ihres Gesundheitssystems zur Seite stehen zu können, haben deutsche Zahnärzte vor allem in den Grenzregionen viele Treffen, Konsultationen und Besuche organisiert, es wurden beiderseitig Vorträge gehalten und Material zur Verfügung gestellt. So hat zum Beispiel die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Kooperationsprogramme mit den Zahnärzten der Stettiner Region entwickelt. Die in Greifswald niedergelassene Zahnärztin Dr. Isolde Patrunky, die für diese Programme zuständig ist, beschreibt die Zusammenarbeit, die durch die regelmäßigen Kontakte gefördert wird, als „für beide Seiten fruchtbar und anregend“. Nicht nur Zahnärzte, sondern auch Patienten überqueren immer öfter die Grenze: Die Brandenburgische Zahnärztekammer berichtet, dass sich immer mehr Polen in Deutschland als Privatpatienten behandeln lassen, während polnische Zahnärzte jetzt auch deutsche Patienten empfangen. Von einem echten „Zahntourismus“ zwischen den beiden Ländern kann aber nicht die Rede sein. Die im Ausland erbrachten Leistungen, die komplett von den Patienten bezahlt werden sollen, erfolgen nämlich, so erinnern ostdeutsche Zahnärzte, ohne Gewähr. Für amerikanische Patienten hingegen, insbesondere wenn sie polnischer Herkunft sind, wird Polen immer öfter zum Reiseziel: Sie können sich dort viel billiger, und mittlerweile genau so gut wie in den USA, privat behandeln lassen. ddb

900 Abiturienten, die eine dafür erforderliche Staatsprüfung bestanden haben, ihr zahnmedizinisches Studium in einer der zehn Fakultäten des Landes beginnen. Das Studium dauert sechs Jahre, die zwei ersten Jahre absolvieren sie gemeinsam mit den Medizinern, gefolgt von drei fachzahnärztlichen Ausbildungsjahren und einem Jahr Praktikum in einer Praxis oder Klinik. Danach kann der junge Zahnarzt seinen Beruf als niedergelassener oder angestellter Zahnarzt ausüben, oder sich als Kieferchirurg oder Kieferorthopäde weiterbilden. Diese Weiterbildung dauert je nach Art des gewünschten Faches zwischen drei und fünf Jahren.

Prophylaxe unzureichend

Zu den größten Problemen des polnischen Zahnärzteswesens gehört heute die völlig unzureichende Zahnprophylaxe. Vor der Wende verfügte jede Schule über einen Schulzahnarzt, der auch für Prävention zuständig war. Inzwischen wurde die Schulzahnmedizin aus Kostengründen fast völlig eingestellt und keine neue Struktur oder Einrichtung hat sie bis jetzt ersetzt. Auch niedergelassene Zahnärzte und Kliniken verfügen nicht über ausreichende Mittel, um diese Aktionen wieder aufzunehmen und fortzuführen. Dr. Zbigniew Zak, Leiter der Krakauer Kreispoliklinik, warnt vor der sogenannten „sieben mal sieben“-Regel: „In sieben Jahren wird der Betrag, den wir für Zahngesundheit ausgeben müssen, sieben mal höher sein, als die Summe, die wir zu investieren hätten, wenn wir jetzt eine korrekte Präventionspolitik durchführten“. Problematisch ist auch die oft unklare Verteilung der Kassenverträge unter den Kollegen, sowie die genaue Auswirkung dieser Verträge auf die Behandlungsqualität. Zwar können Kassenverträge die wirtschaftliche Existenz der Zahnärzte beziehungsweise Privatkliniken sichern, aber viele Zahnärzte fürchten, dass die dafür verfügbaren Budgets ihre Therapiefreiheit begrenzen könnten. Da es ohne Vertrag jedoch oft noch schwieriger zu arbeiten ist, als mit einem Vertrag, fordern die Zahnärzteorganisationen die Kassen auf, die Zahl der Kassenverträge ohne Wenn und Aber zu erhöhen und erinnern daran, dass alle Patienten gleichen Zugang zu allen Zahnärzten haben sollten. Die Zahnärzte fordern daher die Regierung auf, ihre strenge Sparpolitik zu lockern und hoffen, dass das gesamte Gesundheitswesen dann auch die Früchte des Wirtschaftswachstums ernten kann.

*Denis Durand de Bousingen
5, rue Saint Ignace
F-67100 Strasbourg*

*Andrzej Geber
6, rue du Maquis
F-67100 Strasbourg*

Die schönsten Stücke einer Privatsammlung

Aufgeschlossen – eine kleine Geschichte des Zahnschlüssels

Extraktionsinstrumente können aufgeteilt werden in Pelikane, Zangen, Schrauben, Hebel und Zahnschlüssel. Anhand ausgesuchter Exemplare einer Privatsammlung in Biedenkopf-Wallau lässt sich die Entwicklung des Zahnschlüssels gut nachvollziehen. Der Sammler hat für die zm seine Vitrinen aufgeschlossen.

Die Zahnheilkunde war bis zum 16. und 17. Jahrhundert noch Bestandteil der Chirurgie und „Wund-Artzney“. Zahnheilkundliche Literatur war sehr selten. Aus diesem Grund wurden zahnmedizinische Instrumente unter anderen ausschließlich in chirurgischen Werken abgebildet (Ryff, Pare, Martinez, Scultetus, Garengéot, und andere Autoren).



Ein Unikat ist der Schlüssel mit Buchsbaumgriff, eingeschnitztem Monogram und zwei Molaren auf jeder Seite, zirka 1760

dieses Extraktionsinstrument entweder unbekannt war oder dass er es zumindest nicht für so wichtig angesehen hatte. Zum ersten Mal erwähnt wurde der Zahnschlüssel 1742 in Alexander Munroe's Artikel „A Description of Surgical Instruments“.

Für den Zahnschlüssel gab es dort verschiedene Bezeichnungen: Clef de Garengéot (obwohl er ihn weder erwähnt noch abgebildet hat), Fothergill-Schlüssel, Französischer Schlüssel, Englischer Schlüssel, Deutscher Schlüssel.

Die ersten Exemplare waren aus Eisen und hatten einen geraden Schaft. An seinem Ende befand sich die Krallen- oder Klaue, anfangs mit zwei Spitzen, die mittels eines Metallstifts befestigt war. Die ersten Griffe waren ringförmig, und so sahen sie einem Türschlüssel jener Zeit sehr ähnlich. Es gibt auch andere Interpretationen für den Begriff „Schlüssel“. Nessel (1840) vermutet den gemeinsamen Bart, Bücking (1782) die „schlüsselartige Application“, das heißt, das schlüsselförmige Herausdrehen der Zähne, als Grund für die Namensgebung.

Später wurden die Griffe kunstvoll aus Elfenbein, Perlmutter, Horn und verschiedenen Hölzern gefertigt. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts avancierte der Zahnschlüssel



Instrument, das sowohl als Schlüssel wie als Hebel benutzbar ist, Horngriff mit verschiedenen Aufsätzen, zirka 1820

Der erste, der das ganze zahnheilkundliche Wissen seiner Zeit öffentlich machte, war der berühmte französische Wissenschaftler Pierre Fauchard (in: Le Chirurgien Dentiste,

1728, 1746). Er erwähnt den Zahnschlüssel aber weder in der ersten Edition von 1728 noch in der zweiten Auflage von 1746. Man kann deshalb davon ausgehen, dass ihm



Früher Schlüssel ohne Widerlager, Griff mit Eisennägeln fixiert, zirka 1750



„Key of Common Construction“ mit seitlichem Griff, rotierbarer Krallen, zirka 1800



Schlüssel mit einfacher Biegung, rotierbarer Krallen, verschieden fixierbar, zirka 1800



Früher Eisen-Zahnschlüssel, ähnlich dem Türschlüssel, zirka 1750

sel zum populärsten Extraktionsinstrument. Er kam in verschiedenen Größen und Formen vor, auch kleinere Größen für die Behandlung von Kindern waren nicht ungewöhnlich.

C.F. Maury schildert in seinem „Vollständigen Handbuch der Zahnarzneikunde“ (deutsche Ausgabe 1840) drastisch den Ablauf einer damaligen Extraktion: „Wenn ein Zahn mit dem nach dem alten Modelle gemachten Garengeotischen Schlüssel ausgezogen werden soll, so legt der Operateur, nachdem er den Kranken in eine ihm am



Schlüssel mit Hebel, Griff abschraubbar, Griff aus Horn, zirka 1850



Seltener Zahnschlüssel mit „Finger-Grip“, um die Kralle zu fixieren, zirka 1830

zweckmäßigsten scheinende Lage gebracht hat, den Haken des Instruments unter den Hals des Zahns und soweit vorwärts an der Alveole, als das möglich ist; darauf faßt er den Zahn so, daß die ganze Krone in der Krümmung des Hakens ruht und der Bart des Schlüssels auf der entgegengesetzten Seite ungefähr mit dem obersten äußeren Theile der Wurzel auf gleicher Höhe sich befindet.

Der äußerste Theil des Bartes muß dabei immer weit niedriger liegen, als der Haken; auf diese Weise findet der Widerstand auf der Krone des Zahns statt, der Stützpunkt ist auf der entgegengesetzten Seite der Alveole, und die Gewalt ruht dann im Griffe des Instruments, wodurch das Instrument zu einem Hebel erster Art wird. Wenn nun alle diese Vorkehrungen getroffen sind, und zugleich unter dem Bart, da wo man den Stützpunkt nimmt, ein Stück Leder von ziemlicher Dicke gelegt hat, so gibt man

dem Schlüssel eine Rotationsbewegung und wirft den Zahn entweder von Außen nach Innen, oder von Innen nach Außen, wie es nun die Umstände und die Verfassung des Hakens es mit sich bringen.“

Ständig verbessert

150 Jahre lang gehörte der Zahnschlüssel zum Standard-Instrumentarium eines jeden Zahnbehandlers, und er wurde in dieser Zeit häufig verändert und verbessert. Die zwei wichtigsten Veränderungen waren die Einführung des gekrümmten Schaftes beziehungsweise die Doppelkrümmung. Um 1765 führte Julius Leber die leichte Krümmung des Schaftes ein, zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde die Doppelkrümmung obligat (Clark, Fox). Dadurch wurde eine Belastung benachbarter Zähne erheblich reduziert.

Kralle rotiert

Benjamin Bell führte 1796 einen Schlüssel ein, bei dem die Kralle im Widerlager rotiert und mittels einer Feder in verschiedenen Positionen arretiert werden konnte. Bewegliche Endplatten, zusätzliches Widerlager (sehr nützlich bei Abszessen), konkaves Widerlager, Modifikationen der Kralle, Doppelbeziehungsweise Drei-Krallen-Typ, zusammenlegbarer Schlüssel und viele andere Variationen wurden von Praktikern in verschiedenen Ländern, manchmal auch zeitgleich parallel, entwickelt. Die Kralle selbst hatte viele verschiedene Formen und Größen, um für den zu extrahierenden Zahn möglichst passend zu sein. War die Kralle bei den frühen Schlüsseln noch mit einem Metallstift befestigt, so geschah dies hinterher mit einer Schraube. Mittels Schraubenzieher, der sich häufig im Griff befand, konnte die jeweils beste Kralle befestigt werden. Um den Druck auf das Zahnfleisch und den Kieferknochen zu mildern, wurde das Widerlager mit Leder, Leinen oder Stoff umwickelt. Auch Zeitungspapier, Servietten, Gummi oder ein Handtuch konnten diesem Zweck dienlich sein, „nur sollte man natürlicher Weise stets für ihre Reinlichkeit sorgen.“ (Linderer).



Fotos: Busch

„Key of Improved Construction“, mit doppelter Schaftbiegung und drei auswechselbaren Krallen, zirka 1830



Schlüssel mit aufschraubbarem Griff, in dessen Mitte sich der Schraubenzieher befindet, zirka 1860



Schlüssel, der sich zusammenklappen lässt, zirka 1830

Ideenfülle

Selten war ein Instrument der Zahnbehandlung Gegenstand einer solchen Fülle von Ideen. Doch obwohl der „Garengotische Schlüssel das sinnreichste aller Instrumente ist, welche zum Zahnziehen erdacht worden sind,“ (Maury), müssen die durchgeführten Operationen häufig unvollständig gewesen sein. So wie Linderer rieten viele Autoren des 19. Jahrhunderts bei jeder Operation mit dem Schlüssel auch eine Krummzange „ganz nahe bei der Hand zu haben,“ um mit diesem die Operation zu vollenden.

Jeder bezeichnete seinen Schlüssel als den „Universellen Schlüssel für den täglichen Gebrauch“, trotzdem ging die Entwicklung

Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde

Der Arbeitskreis ist ein freiwilliger Zusammenschluss von interessierten und engagierten Zahnärzten und Wissenschaftlern, die sich mit der Geschichte der Zahnheilkunde beschäftigen. Weitere Interessenten sind willkommen. Kontaktadressen:
Dr. Wibke Knöner
Borkumer Straße 22
38518 Gifhorn
Tel und Fax: 05371/941778
E-Mail: wknoener@web.de

Sigrid Kuntz
Jülicher Straße 8
50674 Köln
Tel: 0221/2401416
Fax: 040/3603 561051
E-Mail: sigridkuntz@aol.com

pr

immer weiter. Es gab auch ab zirka 1840 so genannte Übergangsmodelle. Sie folgten zwar noch dem allgemeinen Muster des Schlüssels, wurden aber mit ähnlicher Kraftanwendung wie Zangen benutzt. Die Arbeiten von Sir John Tomes (1815-1895), der den Typus der Zahnzange entwickelte, der auch heute noch benutzt wird, machten den Zahnschlüssel in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts obsolet. Er wurde jedoch in manchen Dental-Katalogen bis in die 20er Jahre des 20. Jahrhunderts aufgelistet, und wo ein Angebot bestand, war auch sicherlich eine entsprechende Nachfrage.

Dr. Wolfgang Busch
Bahnhofstr. 20 a
35216 Biedenkopf-Wallau

■ Der Autor und Sammler ist Mitglied im Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde. Mehr zur Sammlung unter: www.zene-artzney.de

zm Leser-Service

Eine Literaturliste kann per Kupon auf den letzten Seiten bestellt werden.

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite XX

BEYCODENT

Automatisches Gerät zur Desinfektion



Mit dem Gerät Sprühmatik bietet Beycodent ein automatisch arbeitendes Gerät zur Schnell-desinfektion von Abdrücken, Modellen, Biss-Schablonen und Zahnersatz. In nur einer Minute entsteht ein wirksamer Schutz. Bis zu vier Einheiten unterschiedlicher Abformmaterialien können im Sprühmatik gleichzeitig desinfiziert werden. Vorteil beim Sprühen mit Sprühmatik ist: Die

Passgenauigkeit bleibt auch bei hydrophilem Abformmaterial erhalten. Sprühmatik arbeitet sehr sparsam, mit einer 1,5-Liter Flasche Desinfektions-Konzentrat können mehr als 400 Desinfektionen durchgeführt werden.

BEYCODENT
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 027 44/92 00-0
Fax: 027 44/766

Philips Oral Helathcare

Oral Helathcare nun in Hamburg

Philips hat sein Engagement für die Zahnpflege neu definiert und einen speziellen Unternehmensbereich gegründet. Die Philips Oral Healthcare hat sich einer aktiven Förderung der dentalen Prophylaxe verschrieben. Sie konzentriert sich auf die Vermarktung von innovativen Produkten für die Mundhygiene in Zahnarztpraxen

und Apotheken. Im Mittelpunkt der professionellen Produkte steht die aus den USA stammende Schallzahnbürste „sonicare“.

Philips Oral Healthcare
Alte Rabenstraße 20
20148 Hamburg
Tel.: 040/44 23 26
Fax: 040/41 73 53
E-Mail: michel.rodzynek@mrpr.de

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

PHARMATECHNIK

Eigene Räume in Waldmohr

Bis Mitte des Jahres soll im saarländischen Waldmohr ein neues Verwaltungsgebäude des IT-Unternehmens Pharmatechnik entstehen. Derzeit sind die neuen Geschäftsstellen-Mitarbeiter des Markt führenden Anbieters für IT-Lösungen in der Apotheken- Zahn-

arzt- und Arztbranche noch in den alten Gemäuern des Postamtes in Waldmohr untergebracht.

PHARMATECHNIK GmbH & Co. KG
Geschäftsstelle Saarland
Bahnhofstraße 45
66914 Waldmohr
Tel.: 063 73/89 34 53
Fax: 063 73/89 34 54

BioTissue

Dreidimensionaler Knorpelersatz

Mit BioSeed-C ist es der BioTissue Technologies AG gelungen, einen dreidimensionalen Knorpelersatz aus patienteneigenen Zellen zu züchten. Erste Anwendungsgebiete werden traumatisch bedingte und auch teilweise von Arthrose betroffene Gelenkknorpeldefekte sein.

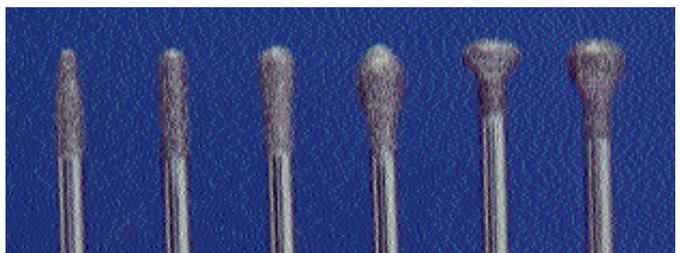
BioTissue ist auf die Herstellung von Tissue-Engineering-Produkten aus patienteneigenen Zellen spezialisiert. Derzeit erzielt das

Unternehmen Umsätze mit den Hautersatzprodukten BioSeed-S und MelanoSeed, dem Mundschleimhautersatzprodukt BioSeed-M und dem Knochenersatzprodukt BioSeed-Oral Bone.

BioTissue Technologies AG
Engesserstraße 4a/4b
79108 Freiburg
Tel.: 07 61/76 76-110
Fax: 07 61/76 76-155
www.biotissue-tec.com
E-Mail: martin.braendle@biotissue-tec.com

GEHR. BRASSELER

Präzise Mikropräparationen



Komet bietet zwei Instrumentensets für die präzise Mikropräparation an: grazile Instrumente mit kleinen Arbeitsteilen und langen, schlanken Hälsen. Vorteile sind eine bessere Sicht und Übersicht beim Präparieren, gezielter Materialabtrag durch unterschiedlich feine Diamantkörnung, die minimalinvasive Gestaltung der Ka-

vitäten bei maximalem Erhalt der gesunden Zahnschubstanz und eine klare Vorhersagbarkeit des Therapieergebnisses.

GEHR. BRASSELER GmbH & CO. KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 052 61/701-0
Fax: 052 61/701-289
www.brasseler.de
E-Mail: info@brasseler.de

Gillette**Interdentalbürsten: erweitertes Sortiment**

Mit dem komplettierten Sortiment an Interdentalbürsten hat Braun Oral-B nun etwa 90 Prozent der klinischen Situationen abgedeckt. Neben den Varianten Fein und Extra Fein gibt es für das Oral-B Interdental-Kit jetzt zwei Neuentwicklungen für engere

Zahnezwischenräume sowie für Brücken und Brackets: Ultra fein und Supra fein.

Speziell für den Verkauf in der Praxis bietet Oral-B die Interdental-Kit-Erstausstattung mit dem Griff und vier Nachfüllbürsten in den verschiedenen Größen an. Darüber hinaus sind die Interdental-Kit-Nachfüllpackungen mit jeweils achtzig Bürsten in einer der vier Größen erhältlich.

*Gillette Gruppe Deutschland
GmbH & Co. oHG
Geschäftsbereich Braun Oral-B
Frankfurter Straße 145
61476 Kronberg im Taunus
Tel.: 061 73/30-50 00
Fax: 061 73/30-50 50*

DÜRR DENTAL**Tagung der Vector-Referenten**

Rund zwei Jahre nach der Einführung des innovativen Ultraschallgerätes Vector von Dürr Dental können Zahnärzte auf eine umfangreiche klinische Erfahrung zurückblicken. Das gilt besonders für die Vector-Referenten, die ihre Kollegen in den Vistacademy Praxisseminaren weiterbilden. Ein Großteil der PAR-

Spezialisten kam im September in Ludwigsburg zusammen, um sich über die neuesten Erkenntnisse der minimalinvasiven Parodontaltherapie zu informieren und auszutauschen.

*DÜRR DENTAL GmbH & Co. KG
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 071 42/705-340
Fax: 071 42/705-348*

ROSSKOPF & PARTNER**Innovativer Hygieneschutz**

Der antibakterielle Wirkstoff Corian AB lässt dem Wachstum von Bakterien auf viel benutzten Oberflächen keine Chance. Drei Test-Institute haben bestätigt, dass das neue Material das Wachstum verbreiteter Bakterien hemmt, darunter den meticillin-resistenten Staphylococcus aureus, Escherichia coli,

Pseudomonias aeruginosa und Salmonella enteridis.

*ROSSKOPF & PARTNER
Bahnhofstraße 16
09573 Augustusburg
Tel.: 037 291/250
Fax: 037 291/25 10
www.rosskopf-partner.com
E-Mail: jochen.hartwig@rosskopf-partner.com*

3M ESPE

Material und Sandstrahler: eine Packung

Bei kleinflächigen Defekten bei Restaurationen aus Metall, aber auch aus Keramik und Composites, ist eine Reparatur meist einer Neuanfertigung vorzuziehen. Dafür steht seit gut drei Jahren 3M Espe CoJet zur Verfügung. Der Beschichtungsschritt bei der Reparatur erfolgt durch Sandstrahlen mit einem silikatisiertem CoJet Beschichtungssand. Neben der physikalischen Haftung durch das Aufräumen der Oberfläche mit Hilfe der Sandpartikel wird mit hoher Energie bei deren Aufprall eine Silikat-

schicht auf die Oberfläche aufgebracht. Durch die anschließende Silanisierung wird auch eine chemische Haftung mit Opaquer oder anderen methacrylierten Monomersystemen möglich. Mit CoJet-Prep bietet 3M Espe jetzt auch ein Sandstrahlergerät an, mit dem sich CoJet leicht anwenden lässt.

3M ESPE AG
Espe Platz
82229 Seefeld
081 52/700-16 98
E-Mail: andrea.leitner@mmm-com

Arbeitsgemeinschaft Keramik

Einsendeschluss Ende Februar 2002

Für die neue Ausschreibung des Forschungspreises der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e.V. wurde die Abgabefrist auf den 28. Februar 2002 gesetzt.

Erwünscht sind wissenschaftliche Arbeiten zum Thema „Vollkeramische Restaurationen“ von Zahnärzten sowie Wissenschaftlern und Arbeitsgruppen, denen auch Zahntechniker angehören

können. Der Preis ist mit 3 600 Euro dotiert und wird am 15.6.2002 in Leipzig übergeben. Nähere Angaben zu dem Forschungspreis und Procedere sind hier erhältlich:

Arbeitsgemeinschaft Keramik
Dürerstrasse 2 A
76275 Ettlingen
Tel.: 07 21/ 945 29 29,
www.ag-keramik.de
E-Mail: info@ag-keramik.de

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

zm 89, Nr. 9, 1. 5. 1999, (xxx)

Industrie- und Geräte GmbH

Kalbellos: der mobile PC-Arbeitsplatz

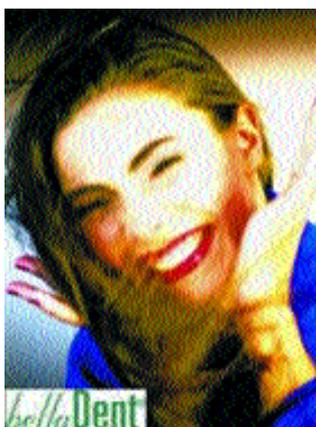
Der mobile High-Tech-Arbeitsplatz Vi.on von IC Dental ist ein leistungsfähiger, mobiler PC, der so kompakt gebaut ist, dass er auch in kleineren Praxisräumen problemlos eingesetzt werden kann. Überall in der Praxis ist damit ein direkter Zugriff auf die Patientendaten möglich. Intraorale Visualisierungen sind jederzeit abrufbar. Über entsprechende Module erhält der Arzt je nach Bedarf unterschiedliche Zusatzleistungen. So kann er zum Beispiel ohne Kabelverbindung per Funk auf das Praxisnetzwerk zugreifen. Intraorale Kameras und digitale Röntgensensoren lassen sich direkt anschließen. Mit dem Autonom-Modul kann der Vi.on bis zu zwei Tage lang ohne An-



schluss an das Stromnetz betrieben werden.

Industrie- und Geräte GmbH
Endersbacher Straße 12
71404 Korb
Tel.: 071 51/619 85
Fax: 071 51/60 65 41
www.ickorb.de
E-Mail: ic@ickorb.de

bellaDent

bellaDent bietet Partnerschaft

Das bellaDent-Verfahren bietet in Verbindung mit dem Vita Inceram-Werkstoff-System eine ideale Lösung für moderne Vollkeramik. Dabei entstehen metallfreie Gerüste für Zahnersatz mit hohem ästhetischen Anspruch. Die individuelle und computergesteuerte Herstellung

der Keramik-Käppchen ist verantwortlich für beste Passgenauigkeit, Festigkeit und natürliche Ästhetik.

Um die ständig steigende Nachfrage zu bedienen, bieten die bellaDent-Partner engagierten Labors eine aktive Zusammenarbeit an. Die Partnerschaft gewährleistet einen Gebietsschutz und stellt moderne Technologie ohne Investitionsaufwand zur Verfügung.

Weitere Informationen sind direkt bei den bellaDent-Gründelabors (zum Beispiel Mesch Dental, Bad Bevensen, Tel.: 05821/98080) erhältlich oder unter:

bellaDent
0800-235 52 33 (gratis-Hotline)
www.belladent.de

MedXhead

Qualifiziert: Zahnmedizin online

MedXhead.com ist ein Internetportal von Ärzten für Ärzte. Anfang Dezember hat der Bereich Zahnmedizin gestartet: Mit Behandlungsprocedere, Grundlagenartikeln und Weiterbildungsvideos zu den Gebieten Implantologie, retinierte und verlagerte Zähne, Traumatologie der Zähne, endodontische Chirurgie und Zahnextraktion.

Im interaktiven Forum können sich Zahnmediziner mit Anregungen an der Weiterentwicklung und Strukturierung des neuen Fachgebietes beteiligen. Die Highlights der kommenden

Monate sind zum Beispiel: Eine virtuelle zahnärztliche Praxis lädt zum Besuch ein, im Februar überträgt MedXhead den ersten zahnmedizinischen Kongress live ins Internet, und mit dem Sommersemester 2002 beginnen erste Web-basierte Fortbildungskurse für Zahnmediziner.

*MedXhead Ltd
Steinengraben 22
Postfach
CH, 4002 Basel
Tel.: +41/61/285 15 15
Fax: +41/61/285 15 16
www.medxhead.com
E-Mail: Info@medxhead.com*

Schütz-Weil-Dental

Kinderleichte Materialapplikation



Die Direktapplikation von Kompositmaterialien ist heute Standard. Das Füllungsmaterial ist in den Fillis, den Materialkarpulen, lichtdicht vor vorzeitiger Aushärtungsreaktion geschützt und kann in der richtigen Menge entnommen werden. Problematisch sind die bisher relativ unförmigen und unhandlichen Applikationsinstrumente.

Das neue Dosiergerät von Weil Dental mit Fingertip ermöglicht nun ein elegantes Applizieren von Kunststofffüllungsmaterial aus Fillis, den Materialkarpulen. Das Gerät ersetzt die klobigen Applikationspistolen: Es ist hand-

lich klein, und man erreicht alle Regionen der Mundhöhle besser. Wegen des großen Hebels ermöglicht der Fingertip mit leichtem Fingerdruck ein exaktes Dosieren ohne Nachfließen. Mit dem Fingertip Applikationsgerät wird die Füllungstherapie mit zahnfarbenen Kunststoffmaterialien, wie Composite, Compomer oder Ormocer, anwender- und patientenfreundlicher.

*Schütz-Weil-Dental GmbH
Dieselstraße 5-6
61191 Rosbach
Tel.: 060 03/814-200
Fax: 060 03/814-906
www.weil-dental.de
E-Mail: info@weil-dental.de*

Ivoclar Vivadent

Kompositsystem im „10-Sekunden-Takt“



Das Fast-Cure-Restaurationssystem im 10-Sekunden-Takt von Ivoclar Vivadent bietet erstmals die Möglichkeit, Komposit-Füllungen im Front- und Seitenzahnbereich qualitativ hochwertig und trotzdem Zeit sparend zu applizieren. Mit der Polymerisationslampe Astralis 10 lässt sich das schrumpfungssarme Komposit InTen-S in Verbindung mit dem Einkomponenten-Adhäsiv Excite in nur zehn Sekunden pro Schicht aushärten.

Die neuartige Technologie von InTen-S reduziert die Volumenschwund auf 1,6 Volumenprozent bei gleichzeitig niedrigerem Schrumpfungstress. Im Ver-

gleich zu bisherigen Kompositen ist damit die Gefahr von Randspaltbildungen bei InTen-S in Kombination mit Excite und Anwendung der Hochleistungs-Polymerisationslampe Astralis 10 deutlich reduziert.

Seit Januar 2002 ist das Fast-Cure-Restaurationssystem, bestehend aus dem Komposit InTen-S, dem Einkomponenten-Haftvermittler Excite und der Hochleistungslampe Astralis 10, auch in Deutschland erhältlich.

Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen, Jagst
Fax: 0 79 61 / 63 26
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de

BUSCH

Vibrationsarmes Exkavieren

Mit den neuen Rundbohrern aus Hartmetall von Busch mit der vibrationsarmen SX-Verzahnung lässt sich kariöses Dentin bei der Präparation pulpavitaler Zähne schonend und präzise exkavieren.

Die Ausführung 1SX, das Nachfolgemodell des bekannten 1S, zeichnet sich nicht nur durch seine schnittfreundige, dem Den-

tin angepasste Schneidegeometrie aus, sondern ermöglicht durch die neue SX-Verzahnung eine weitgehend vibrationsfreie Exkavation.

BUSCH & Co. KG
Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
Tel.: 022 63/86-0
Fax: 022 63/207 41

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

curasan

stypro nun in praktischer Verpackung

Die curasan AG hat ihr implantierbares Haemostyptikum stypro mit einem neuen Verpackungskonzept auf den Markt gebracht. Das für den Dentalbereich zugeschnittene stypro-Cubus ist nun einfacher zu handhaben.

Für eine Operation kann der leicht zu öffnende Zweierblistertyp bereit gelegt werden. Er gewähr-

leistet durch erhöhte Materialstabilität nicht nur die erforderliche Sterilität, sondern verfügt auch über eine vergrößerte Aufreiblasche, mit der die Entnahme leichter wird. Muster gibt es hier:

curasan AG
Lindigstraße 4
63801 Kleinostheim
Tel.: 060 27/46 86-67
Fax: 060 27/46 86-86
E-Mail: info@curasan.de

One Drop Only

Tropfenweise zum Erfolg

One Drop Only hat seit 1951 astronomische Topfen-Mengen seines Klassikers „Nur 1 Tropfen medizinisches Mundwasser Konzentrat“ hergestellt und verkauft: 3,5 Millionen Liter flossen seit 1951 durch Deutschlands Mäuler. Das sind rund 35 Milli-

arden Anwendungen und damit mehr als 100 Milliarden gegurgelte Tropfen.

One Drop Only GmbH
Stieffring 14
13627 Berlin
Tel.: 030/346 70 90-0
Fax: 030/346 70 90-40
E-Mail: info@onedroponly.de

VITA

Vorteile der Vollkeramik



Im August 2001 haben fünf Zahntechniker den Arbeitskreis Vita In-Ceram Professionals gegründet. Ziel ist, die Zahnversorgung mit Vollkeramik als Alternative zur Metallkeramikrestauration zu positionieren.

Im Herbst 2001 starteten sie mit ersten Arbeitskreisen in Langen, Dresden, Augsburg, Recklinghausen und Lilienthal bei Bremen, an denen sich rund zwölf

Zahntechniker aus der jeweiligen Region beteiligten. Zentrales Thema waren die Vorteile der Vollkeramik.

In diesem Zusammenhang wurde die neue Homepage www.vita-in-ceram.de sehr begrüßt, die ständig aktuelle Informationen bietet. Die Herstellung von Vollkeramikrestaurationen als Dienstleistung und die verschiedenen Verarbeitungsweisen des Materials waren weitere Themen.

VITA Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co.
Postfach 13 38
79704 Bad Säckingen
Tel.: 077 61/562-0
Fax: 077 61/562-299
www.vita-in-ceram.de

Degussa Dental

Karpfenpralinen für Implantatpatienten

Walnussfrikadellen mit Pilzsauce, Karpfenpralinen und Zanderpudding: Mit solchen Köstlichkeiten versüßt „Das kleine Kochbrevier“ Patienten die erste Zeit mit dem Ankylo-Implantatsystem von Degussa Dental. In dem Buch hat der Sterne- und Fernsehkoch Franz L. Lauter das Feinste zusammengestellt, was frisch implantierte Patienten sich auf der Zunge zergehen lassen können, und dabei achtete er sogar auf

Vitamine und Mineralstoffe, die den Heilungsprozess fördern. „Das kleine Kochbrevier“ kann zu einem Preis von 45 Euro für das 10er-Pack telefonisch unter 01802/22 35 35 oder per Fax unter 1802/22 36 36 bestellt werden.

Degussa Dental GmbH & Co. KG
Postfach 13 64
63403 Hanau
Tel.: 018 02/22-35 35
Fax: 018 02/22-36 36

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

Heraeus Kulzer

Neues Feinstrahlgerät



Variabel und übersichtlich hat Heraeus Kulzer, Laboratory Products Division, das neue Feinstrahlgerät Herablast 2+ gestaltet. Hat sich der Bedarf im Labor geändert und sollen mehr Korundsorten verwendet werden, rüsten die Anwender das Gerät Herablast 2+ mit wenigen Handgriffen auf bis zu vier Tanks auf.

Da die Strahlmittelbehälter transparent sind, bleibt stets die Kontrolle über die Füllstände erhalten. Farbmarkierungen machen die Zuordnung der Strahlgriffel zu den Zylindern augenfällig. Alle Bedienelemente sind in der Strahlkammer untergebracht, was sie gut erreichbar macht.

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG,
Laboratory Products Division
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800/43 72 522 (gratis)
Fax: 0800/43 72 329 (gratis)
www.heraeus-kulzer.de
E-Mail: info.lab@heraeus-kulzer.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 15.3.2002 schicken oder faxen an:

zm

Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Claudia Melson
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- AG Keramik – Einsendeschluss Ende Februar 2002 (S.XX)
- bellaDent – bellaDent bietet Partnerschaft (S.XX)
- BEYCODENT – Automatisches Gerät zur Desinfektion (S.XX)
- BioTissue – Dreidimensionaler Knorpelersatz (S.XX)
- BUSCH – Vibrationsarmes Exkavieren (S.XX)
- curasan – stypro nun in praktischer Verpackung (S.XX)
- Degussa Dental – Karpfenpralinen für Implantatpatienten (S.XX)
- DÜRR DENTAL – Tagung der Vector-Referenten (S.XX)
- GEBR. BRASSELER – Präzise Mikropräparationen (S.XX)
- Gillette – Interdentalbürsten: erweitertes Sortiment (S.XX)
- Heraeus Kulzer – Neues Feinstrahlgerät (S.XX)
- Industrie- und Geräte GmbH – Der mobile PC-Arbeitsplatz (S.XX)
- Ivoclar Vivadent – Kompositssystem im „10-Sekunden-Takt“ (S.XX)
- 3M ESPE – Material und Sandstrahler: eine Packung (S.XX)
- MedXhead – Qualifiziert: Zahnmedizin online
- One Drop Only – Tropfenweise zum Erfolg (S.XX)
- PHARMATHECHNIK – Eigene Räume in Waldmohr (S.XX)
- Philips Oral Healthcare – Oral Healthcare nun in Hamburg (S.XX)
- ROSSKOPF & PARTNER – Innovativer Hygieneschutz (S.XX)
- Schütz-Weil-Dental – Kinderleichte Applikation (S.XX)
- VITA – Vorteile der Vollkeramik (S.XX)

Bekanntmachungen der Berufsvertretungen

Änderung der Satzung der KZBV

Die Vertreterversammlung der KZBV in München hat am 26./27. Oktober 2001 Änderungen der Satzung der KZBV in den §§ 7 und 8 beschlossen, die der Bundesminister für Gesundheit am 13.12.2001 (AZ.: 225-44621-7/4) gemäß § 81 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V genehmigt hat.

Die geänderten Bestimmungen haben danach folgende Fassung, die hiermit bekannt gegeben wird. Gemäß § 19 der Satzung der KZBV treten die Satzung und ihre Änderungen am 09.02.2002 in Kraft.

§ 7 Vertreterversammlung

1. a) Die Mitglieder der Vertreterversammlung werden in unmittelbarer und geheimer Wahl von den Mitgliedern der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gewählt. Dabei wählen die Vertreter der ordentlichen Mitglieder einer jeden Vertreterversammlung aus den Kreisen der ordentlichen Mitglieder ihrer KZV die auf sie entfallenden Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV.

b) Entsprechendes gilt für die außerordentlichen Mitglieder. Die außerordentlichen Mitglieder mehrerer Vertreterversammlungen können sich zur Durchführung der Wahl zu Wahlgemeinschaften zusammenschließen.

c) Es können Ersatzmänner in der erforderlichen Anzahl gewählt werden.

2. Jeder Kassenzahnärztlichen Vereinigung steht für je 500 ihrer ordentlichen Mitglieder ein Vertreter der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu. Übersteigt die Restzahl die Zahl 250, so steht ihr ein weiterer Vertreter zu. Jeder Kassenzahnärztlichen

Vereinigung steht mindestens ein Vertreter der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung der KZBV zu.

Für je 500 außerordentliche Mitglieder steht einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder einer nach § 7 Abs. 1 Buchstabe B) gebildeten Wahlgemeinschaft ein Vertreter der außerordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung der KZBV zu. Übersteigt die Restzahl die Zahl 250, so steht ihr ein weiterer Vertreter zu.

Übersteigt die so ermittelte Zahl der Vertreter der außerordentlichen Mitglieder der Vertreterversammlung das Verhältnis der Zahl der außerordentlichen Mitglieder aller KZVen zur Zahl der ordentlichen Mitglieder aller KZVen oder 20 % aller Sitze in der Vertreterversammlung der KZBV, so fallen die mit der kleinsten Zahl über 250 errungenen Sitze weg, bis das Verhältnis der außerordentlichen zu den ordentlichen Mitgliedern oder 20 % der Sitze der Vertreterversammlung erreicht sind.

Der Vorstand stellt fest, wie viele Vertreter der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung auf die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entfallen. Die Sitze werden nach den Mitgliederzahlen der KZVen am 1. Tag des letzten Vierteljahres der Amtszeit der vorhergehenden Vertreterversammlung berechnet.*

3. In der Vertreterversammlung ist jeder Vertreter antrags- und stimmberechtigt. Die Übertragung des Stimmrechts ist unzulässig.

4. Das Amt eines Mitglieds der Vertreterversammlung und eines Ersatzmannes endet

a) durch Tod;
b) durch Niederlegung des Amtes;

c) durch Verlust oder Wechsel der ordentlichen oder außerordentlichen Mitgliedschaft in der KZV, aus der das Mitglied gewählt ist.

** Auch mit 500 oder mehr außerordentlichen Mitgliedern errungene Sitze fallen fort, wenn sonst mehr als 20 % der Sitze den a.o. Mitgliedern zufallen würden.*

5. Die Mitglieder des Vorstandes haben das Recht und können verpflichtet werden, an den Vertreterversammlungen teilzunehmen. Sie sind zu den Vertreterversammlungen zu laden und berechtigt, Anträge zu stellen.

6. Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen ihren Vorsitzenden und zwei Stellvertreter; für die Wahl gelten die Bestimmungen im § 8 Abs. 2 entsprechend. Die Vertreterversammlung gibt sich eine Geschäftsordnung, die sinngemäß auch für den Vorstand sowie alle Sitzungen und Versammlungen gilt. Der Vorsitzende bedient sich zur Erledigung seiner Aufgaben der Geschäftsstelle der KZBV.

7. Die Vertreterversammlung tritt erstmalig alsbald nach der Wahl ihrer Mitglieder (§ 7 Abs. 1) zu einer konstituierenden Sitzung zusammen, die vom Vorstand einberufen wird. Im Übrigen findet in jedem Jahr mindestens eine Vertreterversammlung statt.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung sind mit einer Frist von zwei Monaten vom Vorsitzenden der Vertreterversammlung schriftlich einzuladen. Die Einladung ist in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ zu veröffentlichen.

Sofern der Tagungsort nicht von der Vertreterversammlung bestimmt wurde, wird er vom Vorsitzenden der Vertreterversammlung im Einvernehmen mit dem Vorstand der KZBV bestimmt.

8. Die Termine für weitere Sitzungen legt die Vertreterversammlung selbst fest. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung hat alsbald eine Sitzung einzuberufen, wenn der Vorstand der KZBV dies verlangt oder wenn mehr als ein Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung dies unter Angabe der Gründe fordert. In dringenden Fällen kann eine Vertreterversammlung mit einer verkürzten Einberufungsfrist einberufen werden.

9. Anträge der Mitglieder der Vertreterversammlung für die Tagesordnung müssen schriftlich mit Begründung eingereicht werden und spätestens sechs Wochen vor der Vertreterver-

sammlung bei der Geschäftsstelle der KZBV vorliegen. Alle Anträge, auch die des Vorstandes, sollen mit Begründung vier Wochen vor der Vertreterversammlung durch schriftliche Mitteilung an die Mitglieder der Vertreterversammlung bekannt gegeben werden. Über die Zulassung von verspäteten Anträgen und Dringlichkeitsanträgen beschließt die Vertreterversammlung.

10. Die Vertreterversammlung wird von ihrem Vorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter geleitet. Über den Gang der Vertreterversammlung und die von ihr gefassten Beschlüsse ist eine Niederschrift zu fertigen, die von dem Versammlungsleiter zu unterzeichnen ist. Die Niederschrift geht den Mitgliedern der Vertreterversammlung kurzfristig zu und gilt als genehmigt, wenn nicht innerhalb drei Wochen nach Eingang Einspruch beim Vorsitzenden der Vertreterversammlung eingelegt wird.

11. Jede ordnungsgemäß einberufene Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mehr als ein Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung anwesend ist.

12. Der Vertreterversammlung sind vorbehalten:

- a) Aufstellung und Änderung der Satzung;
- b) die Wahl des Vorstandes;
- c) die Festsetzung der Mitgliederbeiträge und des Haushaltsplanes;
- d) die Festsetzung von Reisekosten, Tage- und Übernachtungsgeldern sowie Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Zahnärzte in den Organen und Ausschüssen der KZBV;
- e) die Entgegennahme des Rechenschaftsberichtes und die Entlastung des Vorstandes;
- f) die Beschlussfassung über Anträge;
- g) die Wahl des Haushaltsausschusses;
- h) die Wahl des Kassenzahnärztlichen Prüfungsausschusses;
- i) die Wahl der Vertreter der Zahnärzte im Bundesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung und im Bundesaussschuss der Zahnärzte und Krankenkassen;
- k) die Beschlussfassung über die Anlage und die Verwendung des Vermögens;

- l) die Beschlussfassung betreffend die Übernahme weiterer Aufgaben der zahnärztlichen Versorgung, insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung;
- m) der Abschluss von Anstellungsverträgen mit leitenden Angestellten;
- n) die Bestellung eines Wirtschaftsprüfers gem. § 14 Abs. 1 zur Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung der KZBV.

13. Die Vertreterversammlung fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit, soweit diese Satzung keine andere Mehrheit vorschreibt; bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

14. An der Vertreterversammlung können Geschäftsführer der KZBV und der KZVen mit beratender Stimme teilnehmen. Mitglieder der KZVen können der Vertreterversammlung als Zuhörer beiwohnen. Der Versammlungsleiter kann in besonderen Fällen eine hiervon abweichende Bestimmung treffen. Über die Anwesenheit anderer Personen entscheidet im einzelnen Fall der Versammlungsleiter.

§ 8 Der Vorstand

1. Der Vorstand besteht aus:

dem Vorsitzenden,
dem stellvertretenden Vorsitzenden
und aus neun Beisitzern,
darunter soll ein in das Zahnarztregister eingetragener, nicht zugelassener Zahnarzt sein.

2. Die Vertreterversammlung wählt in unmittelbarer und geheimer Wahl in getrennten Wahlgängen die Mitglieder des Vorstandes. Gewählt ist, wer mehr als die Hälfte der abgegebenen gültigen Stimmen erhalten hat. Erforderlichenfalls findet Stichwahl statt. Stimmhaltungen gelten als gültige Stimmen. Führt die erste Stichwahl zu keinem Ergebnis, so genügt bei der zweiten Stichwahl die Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen, ohne dass Stimmhaltungen als gültige Stimmen gelten. Bei Stimmgleichheit in der zweiten Stichwahl entscheidet das Los.

3. In zwei weiteren Wahlgängen wählt die Vertreterversammlung aus den Mitgliedern des Vorstandes den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden.

4. Ein Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung kann schriftlich bei dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung beantragen, dass dem Vorsitzenden des Vorstandes, dessen Stellvertreter oder einem Vorstandsmitglied das Misstrauen ausgesprochen wird.

Der Antrag bedarf der Schriftform und muss dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung spätestens 6 Wochen vor der Vertreterversammlung zugehen.

Die Person, gegen die sich das beabsichtigte Misstrauensvotum richtet, ist zu benennen.

Das Amt dieser Person als Mitglied des Vorstandes endet, auch wenn es sich um den Vorsitzenden/den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes handelt, wenn die Vertreterversammlung ihr mit der Mehrheit ihrer Mitglieder das Misstrauen dadurch ausspricht, dass ein Nachfolger in den Vorstand gewählt wird und der Gewählte die Wahl annimmt. Der Nachfolger kann noch bis zum Aufruf des entsprechenden Tagesordnungspunktes benannt werden.

Die vorstehenden Regelungen gelten entsprechend bei der Abwahl mehrerer Personen. Handelt es sich bei der abberufenen Person um den Vorsitzenden und/oder den stellvertretenden Vorsitzenden, wählt die Vertreterversammlung anschließend aus den Mitgliedern des Vorstandes einen neuen Vorsitzenden und/oder stellvertretenden Vorsitzenden. Bei der Neuwahl des Vorsitzenden kann der bisherige stellvertretende Vorsitzende gewählt werden. Im Falle seiner Wahl ist in einem weiteren Wahlgang ein neuer stellvertretender Vorsitzender zu wählen.

5. Scheidet ein Vorstandsmitglied vor Ablauf der Amtsdauer aus, ist durch die nächste Vertreterversammlung eine Ersatzwahl vorzunehmen.

6. Vorstandssitzungen werden vom Vorsitzenden nach Bedarf einberufen und von ihm auch geleitet. Der Vorstand ist einzuberufen, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder es verlangt. Es bleibt dem Vorstand der KZBV vorbehalten, die Einladungsfrist für die Vorstandssitzung in seiner Geschäftsordnung festzulegen. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

7. Die Beschlüsse des Vorstandes sind in einer Niederschrift festzuhalten, die vom Vorsitzenden zu unterzeichnen ist.

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen



Die Zahnärztekammer Niedersachsen gibt den Verlust von folgenden Kammerausweisen bekannt:

Jaleh Akbarian,
Wiesenstraße 4, 49626 Bippin,
geb. am 09. 07. 1940 in
Naraghi-Bagherpour/Iran,
Ausweis-Nr. 2780,
ausgestellt am 17. 03. 1992

Lutz Geisler,
Wollmarkt 5,
38100 Braunschweig,
geb. am 31. 07. 1943 in
Warschau/Polen,
Ausweis-Nr. 716,
ausgestellt am 16. 08. 1976

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

BZK Freiburg



Die Bezirkszahnärztekammer Freiburg gibt den Verlust von folgenden Kammerausweisen bekannt:

Erik Helge Schneider,
geb. am 22. 05. 1973
in Jan José,
Ausweis-Nr. 04301,
ausgestellt am 11. 09. 2000

Dr. Andreas Grützner,
geb. am 16. 02. 1951
in Stuttgart,
Ausweis-Nr. 03730,
ausgestellt am 07. 03. 1984

BZK Freiburg
Merzhauser Str. 114-116
79100 Freiburg
Tel.: 0761/45 06-0
Fax: 0761/45 06-400

BZK Stuttgart

Die BZK Stuttgart gibt den Verlust von folgendem Kammerausweis bekannt:

Janusch Peter Pach,
c/o Dr. Jobst Lahrsow,
Frombergstr. 26,
97941 Tauberbischofsheim,
ausgestellt am 24. 08. 1999

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

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.Ö.R.

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel, Chefredakteur, mn; Gabriele Prchala, M. A. (Politik, Zahnärzte, Leserservice), Chefin vom Dienst, pr; Assessorin d. L. Susanne Priehn-Küpper (Wissenschaft, Dentalmarkt) sp; Sascha Devigne, (Praxismanagement, Finanzen, EDV) dev
Otmar Müller, Volontär, om

Gestaltung: Piotr R. Luba, K.-H. Nagelschmidt, M. Wallisch

Für dieses Heft verantwortlich: Egbert Maibach-Nagel

Anschrift der Redaktion:

Postfach 41 01 68, 50861 Köln, Tel. (02 21) 40 01-251, Telefax (02 21) 4 00 12 53 E-Mail: zm@kzbv.de internet: www.zm-online.de
ISDN: (0221) 9 40 02 81

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Verlag, Anzeigendisposition und Vertrieb: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50859 Köln; Postfach 40 02 54, 50832 Köln, Fernruf: (0 22 34) 70 11-0, Telefax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln,

Kto. 010 1107410 (BLZ 370606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 44, gültig ab 1. 1. 2002.

Geschäftsführung

der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Hermann Dinse, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:

Norbert Froitzheim
Froitzheim@aerzteverlag.de
http://www.aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf
Pinsdorf@aerzteverlag.de

Vertrieb:

Nicole Schiebahn
Schiebahn@aerzteverlag.de

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 162,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 50,40 €. Einzelheft 6,75 €.

Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Herstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.



Lt. IVW III/2001:
Druckauflage: 78 750 Ex.
Verbreitete Auflage: 77 598 Ex.

Ausgabe A
Druckauflage: 70 400 Ex.
Verbreitete Auflage: 69 584 Ex.

92. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG

Seite 27

Anatom-Dental

Seite 57

BAI-Edelmetall AG

Seite 15

DENT-BIZZ

Seite 15

DMG Chem.Pharm.Fabrik

Seite 25

Dr. Liebe Nachf.

Seite 37

**Dt. Ärzte-Verlag GmbH/
Dental Magazin**

Seite 20 + 21

**Dt. Ärzte-Verlag GmbH/
Dr. Kimmel**

Seite 89

**Dt. Ärzte-Verlag GmbH/
Leserreise**

Seite 95

**Dt. Ärzte-Verlag GmbH/
VSBH**

Seite 97

F 1-Dentalsysteme

Seite 11

Georg Thieme Verlag KG

Seite 29

Girardelli

Seite 15

Hu-Friedy

Seite 87

Ivoclar Vivadent GmbH

Seite 13

J. Morita Europe GmbH

Seiten 43 + 45

John O. Butler GmbH

3. Umschlagseite

KaVo

Seite 9

Kettenbach

Seiten 4 + 5

Maas Praxisschilder

Seite 83

MedXhead Ltd.

Seite 47

Meyer-Haake GmbH

Seite 73

Pluradent AG & Co.KG.

Seite 61

Roeko

2. Umschlagseite

Roeko

Seite 71

Schütz Weil-Dental GmbH

Seite 39

Schütz Weil-Dental GmbH

Seite 55

Sirona Dental

4. Umschlagseite

Voco GmbH

Seite 75

**Wieland Dental + Technik
GmbH**

Seite 17

**Wieland Dental + Technik
GmbH**

Seite 7

Zahnärztlicher Fachverlag

Dr. Hinz

Seite 49

Vollbeilage:

**Dt. Ärzte-Verlag
GmbH/Thieme**

Pläne in Sachsen-Anhalt

Ärzte aus Osteuropa

Dem Mangel an Ärzten in Sachsen-Anhalt will die Kassenärztliche Vereinigung (KV) des Bundeslandes mit der Anwerbung von Medizinern aus Bulgarien, der Slowakei, Polen und Ungarn begegnen. Erste Gespräche habe es bereits gegeben, sagte der KV-Landeschef Burkhard John der „Mitteldeutschen Zeitung“ in Halle und der „Magdeburger Volksstimme“. In Sachsen-Anhalt fehlten derzeit 120 Hausärzte. In fünf Jahren könnten es 300 bis 450 sein. Mehr als die Hälfte der Allgemeinmediziner im Land sei über 50 Jahre alt, sagte John. Nur 13 Prozent seien jünger als 40 Jahre. Der Nachwuchsmangel werde dadurch verschärft, dass viele junge in Sachsen-Anhalt ausgebildete Ärzte auf Grund der besseren Verdienstmöglichkeiten in die alten Bundesländer oder ins Ausland wechselten. pr/dpa



Februar-Aktion bei zm-online

Web-Cam in der Redaktion

Alle, die der zm-Redaktion schon immer mal in die Karten gucken wollten, haben ab dieser Woche die Möglichkeit dazu. Auf zm-online sendet eine Web-Cam live und in Farbe aus der Redaktion in Köln hinaus ins weltweite Internet. Das Programm wechselt täglich zwischen den einzelnen Ressorts, weshalb es sich lohnt, zwischendurch immer mal wieder einzuschalten. Wer jetzt Lust hat, der zm-Redaktion bei der Arbeit zuzusehen: Die Web-Cam befindet sich auf der Internetseite von zm-online unter dem Menüpunkt „Aktion“. dev



Foto: PhotoDisc

Hartmannbund

KVen müssen erhalten bleiben

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Hans-Jürgen Thomas, hat sich gegen die Forderung des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministers Florian Gersters ausgesprochen, die Kassenärztlichen Vereinigungen aufzulösen. „Trotz wachsam-kritischer Distanz zu den Körperschaften tritt der Verband entschieden für die Erhaltung der aus ihm hervorgegangenen KVen ein“, so Thomas. Die Selbstverwaltungen seien keine Monopolisten, sondern durchorganisierte, gute Netze der niedergelassenen Ärzte. Thomas: „Einzelverträge verhindern eine gleichgerichtete Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten und lähmen dadurch das Ziel einer qualitativ gleichartigen flächendeckenden Versorgung.“ Gesundheitsminister Gerster hatte sich für eine Auflösung der

KVen eingesetzt und gefordert, den Sicherstellungsauftrag für die allgemeine Gesundheitsversorgung den Krankenkassen zu übertragen. dev/pm

Auslandsbehandlung

BKK will Kostenerstattung

Eine europaverträgliche Lösung für die Krankenbehandlung im Ausland hat der Vorstandsvorsitzende des BKK Landesverbandes Bayern, Gerhard Schulte, gefordert. „Es wird Zeit, dass der Gesetzgeber die Vorteile eines zusammenwachsenden Europas auch sozialrechtlich umsetzt“, sagte Schulte in München. Um bestehende sozialrechtliche Hürden für gesetzlich Krankenversicherte aus Deutschland bei einer akuten medizinischen Behandlung im europäischen Ausland abzubauen, sollte für diesen Fall das Kostenerstattungsprinzip eingeführt werden, schlägt Schulte vor. pr/ÄZ

Absender (in Druckbuchstaben):



Nr. 3
2002

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

Kupon schicken oder faxen an:

ZM-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 68
50861 Köln

- K. Donath: Histologie (S. 30) Literaturliste
- G. Schneider: Somatoforme Störungen (S. 40) Literaturliste
- Diabetes mellitus (S. 56) Artikel zu Notfallbehandlung
- W. Busch: Geschichte des Zahnschlüssels (S. 30) Literaturliste

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

VDZI

Lutz Wolf führt den Verband weiter

Auf der außerordentlichen Mitgliederversammlung in Hannover am 10. Januar 2002 haben die Delegierten der 24 Zahn-techniker-Innungen Lutz Wolf erneut zum Präsidenten des Verbandes Deutscher Zahn-techniker-Innungen (VDZI) gewählt. Lutz Wolf erhielt 84,5 Prozent der Stimmen. Auch Hans-Jürgen Borchard ist als Vizepräsident wiedergewählt. Die bisherigen Vorstandsmitglieder Reinhold Röcker, Jürgen Schwichtenberg, Peter Stenzel, Peter K. Thomsen und Wolfgang Zierow wurden ebenfalls wiedergewählt. Der neue Vorstand ist satzungsgemäß für die Restlaufzeit bis zur Mitgliederversammlung im Mai 2003 im Amt. pr/pm

Erfolgs-Bilanz für 2001

DKV bleibt größte Privat-Kasse

Nach Ansicht des Vorstandsvorsitzenden Jan Boetius hat sich die Deutsche Krankenversicherung AG (DKV) im vergangenen Jahr unter schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen erfolgreich behauptet. Die Brutto-



beiträge des europäischen Marktführers unter den privaten Krankenversicherern seien um 2,1 Prozent auf 2,95 Milliarden Euro gestiegen. Das Neugeschäft in der Kranken- und Pflegeversicherung sei um rund 16 Prozent auf 207,4 Millionen Euro gewachsen. Der Versicherer, der in diesem Monat sein 75-jähriges

Bestehen feiert, setzt im laufenden Jahr auf Angebote wie Begleitung von Kunden in der Ruhestandsphase, Beratungs- sowie internetgestützte Dienstleistungen. Im vergangenen Jahr wurden mehr als 4000 Versicherungen online abgeschlossen. Die DKV, ein Unternehmen der Ergo Versicherungsgruppe, hat nach eigenen Angaben 2,9 Millionen Kunden in Deutschland und 5,8 Millionen Kunden europaweit. dev/dpa

Geringes Vorsorge-Bewusstsein

Prävention hat schlechte Chancen



Foto: PhotoDisc

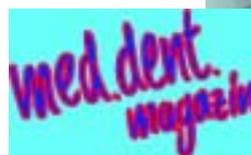
Nach Ansicht des Berliner Volkswirtschaftlers Klaus-Dirk Henke spielt allgemeinmedizinische Prävention im deutschen Gesundheitswesen nur eine untergeordnete Rolle. Sie mache innerhalb des Systems lediglich drei bis sieben Prozent aus. Da Prävention sich kurzfristig nicht auszahle, sei sie aus Sicht der Krankenkassen nicht attraktiv, so Henke. Im Rahmen eines Fachgesprächs unter dem Titel „Prävention, Krankenversicherung, Verbraucherschutz – neue Wege in der Gesundheitsförderung“ wurde zudem kritisiert, dass durch das Budget die Chancen der Prävention ungenutzt blieben. Das deutsche Gesundheitswesen sei eher ein Krankheitswesen, so Herbert Schuster

vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin. Vorsorge würde im deutschen Gesundheitswesen nicht belohnt. dev

Neu: med-dent-magazin

Ausschließlich digital

Ende Januar 2002 ist das „med.dent.magazin“



als erste ausschließlich digitale Zahnmediziner-Zeitschrift im pdf-Format im E-Mail-Versand erschienen.

Mit dem „Wegbegleiter vom Studienanfänger zum Praxisgründer“ sollen die interessierten und innovativen Zahnmediziner erreicht werden, die sich mit der digitalen Welt angefreundet haben. Der Herausgeber, Hans-Peter Küchenmeister aus Rickling, hat das

Printmedium gegen das Internetmedium ausgetauscht. Das med.dent.magazin erscheint ab sofort monatlich, wird aktueller und ist mit den Autoren, Quellen und Partnern direkt verlinkt. Die breite Themenpalette von Informationen für die Studienzeit über Berufsaussichten und Praxisgründung bleibt bestehen. Die Meinungen zur aktuellen Gesundheitspolitik bereiten auf die berufliche Zukunft ebenso vor wie die Praxismanagement-Tipps.

Mit dem eigenen PC wird die Archivierung der neuen digitalen Ausgaben erleichtert. Wer das „med.dent.magazin“ kostenlos abonnieren möchte, besucht die Website www.med-dent-magazin.de. Dort kann

man die E-Mail-Adresse eingeben, an die die Ausgabe des „med.dent.magazins“ gesendet werden soll. pr/pm



Foto: MEV

Schmidts Bilanz und Pläne

Pflichtgrenze anheben

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) plant, nach der Bundestagswahl 2002 die Hürden für den Wechsel zu den privaten Krankenkassen zu erhöhen. Zugleich solle mehr Geld in die Vorsorge vor Krankheiten fließen.

Dazu will sie Präventionsfonds einrichten, erklärte sie auf der Bilanzpressekonferenz ein Jahr nach ihrem Amtsantritt. Sie gehe davon aus, dass der Kassenbeitrag 2002 im Durchschnitt „knapp unter 14 Prozent“ bleibe.

Schmidt will die Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3375 Euro im Monat anheben. Nur wer mehr verdiene, dürfe zu einer Privatkasse wechseln. Zugleich will sie die Prävention deutlich ausbauen. Ziel müsse sein, das Entstehen von Krankheiten zu verhindern oder zumindest zu verzögern.

pr/dpa

Versicherungspflichtgrenze**BZÄK: Patienten entmündigt**

„Der europäische Trend geht eindeutig hin zur Stärkung der Patientensouveränität – aber in der deutschen Gesundheitspolitik denkt man laut darüber nach, die Rechte der Patienten bei der Wahl ihrer Krankenkasse wieder drastisch zu beschneiden“ – kritisierte der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, die Pläne von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, die Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung anzuheben.

Seit Jahresbeginn sei anhand zahlreicher Mitgliederwechsel im Bereich der Gesetzlichen Krankenkassen erkennbar, dass

die Patienten aktiv vergleichen wollen, wo ihnen Leistungen zu einem günstigeren Preis geboten werden.

Wenn jetzt mit der Privaten Krankenversicherung ein ökonomisch gesunder Sektor zu Gunsten der Gesetzlichen Krankenversicherung künstlich zurückgeschraubt werden solle, sei dies im höchsten Maße wettbewerbsfeindlich und bedeute für den Patienten eine massive Einschränkung seiner Wahlfreiheit, erklärte Weitkamp weiter.

Vor einer Reform mit fairem Wettbewerb, die den Patienten wirklich in den Mittelpunkt stellt, werde zurückgeschreckt.

BZÄK

Protestwoche in Frankreich**Ärzte-Streik für höhere Honorare**

Mit einem Streik Zehntausender von Allgemein- und Hausärzten hat die Protestwoche im französischen Gesundheitswesen am 23. Januar ihren Höhepunkt erreicht. An dem „Tag ohne Arzt“ dürften sich nach den Schätzungen der Verbände und der Gewerkschaften 75 bis 80 Prozent

der 55 000 Allgemeinärzte beteiligen, um so für höhere Honorare und Anerkennung ihrer Arbeit zu demonstrieren. Auch Tausende von Spezialisten und Notärzten schlossen sich dem Protest an. Um Notfälle betreuen zu können, wurden 5000 Ärzte dienstverpflichtet. pr/dpa



Foto: dpa

Gruppenprophylaxe**Private Kassen sollen sich beteiligen**

Foto: elmax

Brandenburgs Gesundheitsminister Alwin Ziel (SPD) hat eine Kostenbeteiligung der privaten Krankenkassen bei den regelmäßigen Zahnuntersuchungen in Kindergärten und Schulen gefordert.

Diese mindestens einmal im Jahr stattfindenden Gruppenprophylaxen würden derzeit nur durch die gesetzlichen Krankenkassen, die Landkreise sowie das Land und die Zahnärztekammer fi-

nanziert, sagte Ziel auf eine parlamentarische Anfrage. Von den privaten Krankenversicherungen gebe es bisher keinerlei Zuschüsse. Deshalb dränge die Landesregierung auf Verhandlungen.

Besonders durch die Verbeamtungswelle in Brandenburg in den vergangenen Jahren seien inzwischen immer mehr Kinder durch private Krankenversicherungen abgesichert. pr/dp

Boddenberg geht, Otten kommt**DGN hat neuen Geschäftsführer**

Die DGN Service GmbH hat einen neuen Geschäftsführer. Peter Boddenberg wurde von Dr. Marcus Otten abgelöst. Nach Informationen des Unternehmens erfolgte der Wechsel „im Zuge der Neuausrichtung“ der DGN Service GmbH. Otten arbeitet bereits seit längerer Zeit als Berater der Apobank, dem Mutterunternehmen der DGN Service GmbH. Er war an der Entwicklung der VCS-Schnittstelle beteiligt. Die DGN Service GmbH will sich als Kooperationspartner von BertelsmannSpringer Medizin Online vorwiegend als Provider für Zahnärzte, Ärzte und Apotheker positionieren. dev/pm

ZÄK Westfalen-Lippe**Dr. Dieckhoff bestätigt**

Dr. Walter Dieckhoff, Gütersloh, ist als Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe von der Kammerversammlung in seinem Amt bestätigt worden. Zum Vizepräsidenten wurde erneut Dr. Klaus Bartling, Dortmund, gewählt. Im Amt ebenfalls bestätigt wurden die Vorstandsmitglieder Dr. Klaus Befelein, Sprockhövel, Dr. Josef-Maximilian Sobeck, Hamm, und Dr. Gerhardus Kreyenborg, Laer. Neu im Vorstand sind Dr. Franz-Josef Wilde, Rosendahl und ZA Jost Rieckesmann, Bielefeld.

pr/pm

Partner-Last

Um die Steuern zu senken, versuchen Bürger auch Unmögliches. Ein Steuerzahler aus Grevenbroich schrieb: „Liebes Finanzamt, meine Frau ist eine außergewöhnliche Belastung, und Sonderausgaben macht sie auch.

Ich möchte sie daher gerne absetzen. Sagen Sie mir, wie und wo?“ Der Finanzbeamte hatte Humor und antwortete: „Leider sind die Kosten nicht absetzbar. Ich bedauere sehr, dass Ihre Frau eine Belastung darstellt. Daher möchte ich Ihnen positive Aspekte aufzeigen. So empfängt Ihre Gattin Sie mit warmer Mahlzeit und Hausschuhen und hat die Schulter zum Anlehnen. Ich wünsche Ihnen und Ihren Sonderausgaben ein gesegnetes Weihnachtsfest.“

Capital, 2/2002

Den IQ gibt's von der Mama

Wo hat der Bub das her? warum ist das Mädle so clever? Männliche Besserwisser behaupten ja gern mal, sie hätten die Schlaueheit für sich gepachtet und – klar! – auch weitergegeben. Human-genetiker der Universität Ulm fanden jetzt das Gegenteil heraus: Auf den weiblichen X-Chromosomen befinden sich die Gene, die die Intelligenz bestimmen! Männer tragen nichts zur Geisteskraft ihres Nachwuchses bei. Ihre Y-Chromosomen sind mit Genen, die der Fortpflanzung dienen, bereits überlastet.

freundin, Januar 2002



Illu.: Sauppe

Hippo



„Bereitstellung von 2 582 284,50 Euro für die Aufzucht von Pferden zur Entwicklung der Hippotherapie“ nebst genetischer Verbesserung von Trabern und Galoppfern. Das ist unter Artikel 52,81 des italienischen Staatshaushalts 2002 zu lesen. Hippotherapie solle ja ein wirksames Mittel gegen Depressionen sein, merkt genüßlich „Il Sole 24 ore“ an, die den Etat jüngst genauer untersucht hat. Die Wirtschaftszeitung aus Mailand sieht den Ursprung des Geldregens für die Pferdezüchter aber nicht im medizinischen Nutzen: „Man muss anerkennen, dass die „Agrar-Seilschaft“ gut gearbeitet hat.“ Die Patienten haben keine so gute Lobby: Darum müssen sie auch selbst die fünf Millionen Euro ausgleichen, die 2001 für zu viele Mammographie-Untersuchungen bezahlt worden sind.

Ärzte-Zeitung, 9. Januar 2002

Mein Zahnarzt – in der Beliebtheitskala ganz oben!

Wiederaufbau

„Gut, dass wir verglichen haben“ – ein Discounter-Spruch wird Motto der deutschen „Wider“-Vereinigung. Falsch liegt, wer denkt, es gehe zwischen Ost und West um so Profanes wie die Schaffung gleicher Existenzgrundlagen. Denn immerhin stecken dahinter kluge Köpfe. Vor allem die vergleichende Wissenschaft. Sie lotet die Untiefen menschlicher Ost- oder West-Provenienz aus, dicht gefolgt von Medien-Spürhunden unterschiedlicher Rasse und Klasse. Ullbrichts Mauer wurde also aus reiner Neugier abgerissen. Man wollte freien Blick auf die deutsch-deutsche Nachbarschaft. Jetzt wird alles geprüft, was nicht niet- und nagelfest ist: Wer ist besser im Sex, wer weniger krank, wer fleißiger, treuer, sparsamer, intelligenter Wichtig, wichtig! Denn immerhin handelt es sich bei Ossi und Wessi um unterschiedliche Arten, wie bei Mann und Frau. Und wir müssen auch da endlich wissen, wer tatsächlich Primat inter pares wird. Bedauerlich ist nur, dass die Kontrollgruppe Ost systematisch gen Null tendiert. Hier müssen Anreize geschaffen werden, zur Not durch Wiederaufbau der Mauer, aber dann mit kleinen Fensterchen zum gegenseitigen Beobachten. Sonst bleibt wieder nur die alte Langeweile zwischen Nord und Süd, Ostfriesen und Bayern, Mecklenburgern und Sachsen. Abgesehen vom sprachwissenschaftlichen Reiz eine eher unergiebig Aufgabe.



Fotos: MEV

Medizinisches Management

Übersterblichkeit nach Klinikaufnahme am Wochenende

Eine sehr sorgfältig angelegte Auswertung der Krankenhausdaten von fast vier Millionen Patienten in Kanada zeigt, dass gerade Hochrisikopatienten, die am Wochenende durch die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgenommen werden, mit einer signifikant höheren Krankenhaussterblichkeit rechnen müssen.



Notaufnahme am Wochenende... das scheint ein zusätzlicher Risikofaktor zu sein, wie neue Daten belegen.

Foto: MEV

Die Ergebnisse der soeben veröffentlichten Studie aus Kanada erhärten einen Verdacht, den sicherlich viele Patienten schon hegten, die den Wochenendbetrieb in einer Klinik mit Notaufnahme persönlich kennen lernen konnten. Es ist weniger Personal vorhanden, oftmals fehlen gerade die erfahrenen Kollegen und nicht selten erledigen die anwesenden Mediziner Aufgaben mit, die nicht zu ihrem Gebiet gehören. Insofern ist hier ein gewisses Misstrauen berechtigt, das diese Studie – zumindest für Kanada – nun auch bestätigt.

Daten aus zehn Jahren

Die Forscher haben alle Daten über Notaufnahmen der Kliniken Ontarios in den Jahren 1988 bis 1997 zusammengetragen. Es handelte sich um 3 789 917 Krankenakten, die auswertbar waren.

Drastische Unterschiede im Mortalitätsrisiko der Patienten, die am Wochenende eingeliefert wurden (Wochenend-Patienten) zu denjenigen, die während der Wo-

che aufgenommen wurden (Werktags-Patienten) fanden sich für drei Notfallbilder:

- geplatztes abdominales Aortenaneurysma (5 454 Fälle, 42 Prozent Mortalität im Vergleich zu 36 Prozent Mortalität, $p < 0,001$)

- akute Epiglottitis (meist als allergischer Notfall): 1 139 Fälle, 1,7 Prozent gg. 0,3 Prozent Mortalität

- Lungenembolie (11 868 Fälle, 13 Prozent gg. elf Prozent Mortalität).

Untersucht wurde, ob sich solche Unterschiede auch bei Patienten finden ließen, die mit einem der 100 Krankheitsbilder mit der höchsten Mortalität eingeliefert wurden. Dabei fanden sich insgesamt nochmals 23 Indikationen mit einer Wochenend-Übersterblichkeit.

Die Wochenend-Patienten waren nicht in einer schlechteren Kondition als die Werktags-Patienten. Das zeigte sich außer in den Krankenakten auch in der Tatsache, dass die Übersterblichkeit der Wochenend-Patienten vor allem in den ersten zwei Tagen nach ihrer Einlieferung am deutlichsten

war, also während des Wochenendes. Ein Trend zur stärkeren Wochenend-Übersterblichkeit ließ sich vor allem bei jenen Krankheitsbildern finden, die von sich aus mit einer hohen Letalität belastet sind. Daher äußern die Autoren die Vermutung, dass gerade Patienten, die eine besonders intensive Betreuung benötigen, am Wochenende kaum einen kompetenten Ansprechpartner dafür finden.

Wahrscheinlich ist die Differenz der Sterblichkeitsraten zwischen Werktagen und Wochenenden noch größer als hier ermittelt, wird von den Autoren diskutiert. Denn einerseits wurden in die Erhebung nicht die gesetzlichen Feiertage als Wochenendtage einbezogen, andererseits neigen die Rettungssanitäter am Wochenende offenbar viel eher dazu, den eingetretenen Tod eines Patienten noch im Rettungswagen festzustellen, als unter der Woche. Besonders schwer erkrankte Patienten werden auf diese Weise am Wochenende erst gar nicht in der Notaufnahme abgegeben (dem Autor fehlt es an Einblick, ob die Situation in Deutschland vergleichbar ist).

Konsequenzen

Natürlich lässt sich leicht mit einer gewissen Resignation feststellen, dass die Verhältnisse so sind und man sich davor hüten sollte, mit einem Notfall am Wochenende vor einer Klinikpforte zu landen. Dieser Rat ist aber wenig wert.

Die kanadischen Autoren verweisen auf Recht auf andere Dienstleistungsbereiche, etwa die Überwachung des Flugverkehrs oder eines Kraftwerkes, wo man sich (selbstverständlich) keinen Risikoanstieg am Wochenende leisten kann. Sie stellen mit Verwunderung fest, dass dies für Krankenhäuser mit Notfallabteilungen anders sein soll, obwohl es hier doch auch um Leib und Leben von jedem von uns gehen kann. Man sollte daher – da dies aus ganz anderem Grunde bei uns dieser Tage vorgenommen wird – die Dienstpläne und Dienstzeiten der Notärzte überprüfen. Auch wirkt es sich offensichtlich ungünstig aus, dass man der Unlust vieler Ärzte zum Wochenenddienst nachgibt.

T. U. K.

Die schönsten Stücke einer Privatsammlung

Aufgeschlossen – eine kleine Geschichte des Zahnschlüssels

Extraktionsinstrumente können aufgeteilt werden in Pelikane, Zangen, Schrauben, Hebel und Zahnschlüssel. Anhand ausgesuchter Exemplare einer Privatsammlung in Biedenkopf-Wallau lässt sich die Entwicklung des Zahnschlüssels gut nachvollziehen. Der Sammler hat für die zm seine Vitrinen aufgeschlossen.

Die Zahnheilkunde war bis zum 16. und 17. Jahrhundert noch Bestandteil der Chirurgie und „Wund-Artzney“. Zahnheilkundliche Literatur war sehr selten. Aus diesem Grund wurden zahnmedizinische Instrumente unter anderen ausschließlich in chirurgischen Werken abgebildet (Ryff, Pare, Martinez, Scultetus, Garengéot, und andere Autoren).



Ein Unikat ist der Schlüssel mit Buchsbaumgriff, eingeschnitztem Monogramm und zwei Molaren auf jeder Seite, zirka 1760

dieses Extraktionsinstrument entweder unbekannt war oder dass er es zumindest nicht für so wichtig angesehen hatte. Zum ersten Mal erwähnt wurde der Zahnschlüssel 1742 in Alexander Munroe's Artikel „A Description of Surgical Instruments“.

Für den Zahnschlüssel gab es dort verschiedene Bezeichnungen: Clef de Garengéot (obwohl er ihn weder erwähnt noch abgebildet hat), Fothergill-Schlüssel, Französischer Schlüssel, Englischer Schlüssel, Deutscher Schlüssel.

Die ersten Exemplare waren aus Eisen und hatten einen geraden Schaft. An seinem Ende befand sich die Krallen- oder Klaue, anfangs mit zwei Spitzen, die mittels eines Metallstifts befestigt war. Die ersten Griffe waren ringförmig, und so sahen sie einem Türschlüssel jener Zeit sehr ähnlich. Es gibt auch andere Interpretationen für den Begriff „Schlüssel“. Nessel (1840) vermutet den gemeinsamen Bart, Bücking (1782) die „schlüsselartige Application“, das heißt, das schlüsselförmige Herausdrehen der Zähne, als Grund für die Namensgebung.

Später wurden die Griffe kunstvoll aus Elfenbein, Perlmutter, Horn und verschiedenen Hölzern gefertigt. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts avancierte der Zahnschlüssel



Instrument, das sowohl als Schlüssel wie als Hebel benutzbar ist, Horngriff mit verschiedenen Aufsätzen, zirka 1820

Der erste, der das ganze zahnheilkundliche Wissen seiner Zeit öffentlich machte, war der berühmte französische Wissenschaftler Pierre Fauchard (in: Le Chirurgien Dentiste,

1728, 1746). Er erwähnt den Zahnschlüssel aber weder in der ersten Edition von 1728 noch in der zweiten Auflage von 1746. Man kann deshalb davon ausgehen, dass ihm



Früher Schlüssel ohne Widerlager, Griff mit Eisennägeln fixiert, zirka 1750



„Key of Common Construction“ mit seitlichem Griff, rotierbarer Krallen, zirka 1800



Schlüssel mit einfacher Biegung, rotierbarer Krallen, verschieden fixierbar, zirka 1800



Früher Eisen-Zahnschlüssel, ähnlich dem Türschlüssel, zirka 1750

sel zum populärsten Extraktionsinstrument. Er kam in verschiedenen Größen und Formen vor, auch kleinere Größen für die Behandlung von Kindern waren nicht ungewöhnlich.

C.F. Maury schildert in seinem „Vollständigen Handbuch der Zahnarzneikunde“ (deutsche Ausgabe 1840) drastisch den Ablauf einer damaligen Extraktion: „Wenn ein Zahn mit dem nach dem alten Modelle gemachten Garengeotischen Schlüssel ausgezogen werden soll, so legt der Operateur, nachdem er den Kranken in eine ihm am



Schlüssel mit Hebel, Griff abschraubbar, Griff aus Horn, zirka 1850



Seltener Zahnschlüssel mit „Finger-Grip“, um die Kralle zu fixieren, zirka 1830

zweckmäßigsten scheinende Lage gebracht hat, den Haken des Instruments unter den Hals des Zahns und soweit vorwärts an der Alveole, als das möglich ist; darauf faßt er den Zahn so, daß die ganze Krone in der Krümmung des Hakens ruht und der Bart des Schlüssels auf der entgegengesetzten Seite ungefähr mit dem obersten äußeren Theile der Wurzel auf gleicher Höhe sich befindet.

Der äußerste Theil des Bartes muß dabei immer weit niedriger liegen, als der Haken; auf diese Weise findet der Widerstand auf der Krone des Zahns statt, der Stützpunkt ist auf der entgegengesetzten Seite der Alveole, und die Gewalt ruht dann im Griffe des Instruments, wodurch das Instrument zu einem Hebel erster Art wird. Wenn nun alle diese Vorkehrungen getroffen sind, und zugleich unter dem Bart, da wo man den Stützpunkt nimmt, ein Stück Leder von ziemlicher Dicke gelegt hat, so gibt man

dem Schlüssel eine Rotationsbewegung und wirft den Zahn entweder von Außen nach Innen, oder von Innen nach Außen, wie es nun die Umstände und die Verfassung des Hakens es mit sich bringen.“

Ständig verbessert

150 Jahre lang gehörte der Zahnschlüssel zum Standard-Instrumentarium eines jeden Zahnbehandlers, und er wurde in dieser Zeit häufig verändert und verbessert. Die zwei wichtigsten Veränderungen waren die Einführung des gekrümmten Schaftes beziehungsweise die Doppelkrümmung. Um 1765 führte Julius Leber die leichte Krümmung des Schaftes ein, zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde die Doppelkrümmung obligat (Clark, Fox). Dadurch wurde eine Belastung benachbarter Zähne erheblich reduziert.

Kralle rotiert

Benjamin Bell führte 1796 einen Schlüssel ein, bei dem die Kralle im Widerlager rotiert und mittels einer Feder in verschiedenen Positionen arretiert werden konnte. Bewegliche Endplatten, zusätzliches Widerlager (sehr nützlich bei Abszessen), konkaves Widerlager, Modifikationen der Kralle, Doppelbeziehungsweise Drei-Krallen-Typ, zusammenlegbarer Schlüssel und viele andere Variationen wurden von Praktikern in verschiedenen Ländern, manchmal auch zeitgleich parallel, entwickelt. Die Kralle selbst hatte viele verschiedene Formen und Größen, um für den zu extrahierenden Zahn möglichst passend zu sein. War die Kralle bei den frühen Schlüsseln noch mit einem Metallstift befestigt, so geschah dies hinterher mit einer Schraube. Mittels Schraubenzieher, der sich häufig im Griff befand, konnte die jeweils beste Kralle befestigt werden. Um den Druck auf das Zahnfleisch und den Kieferknochen zu mildern, wurde das Widerlager mit Leder, Leinen oder Stoff umwickelt. Auch Zeitungspapier, Servietten, Gummi oder ein Handtuch konnten diesem Zweck dienlich sein, „nur sollte man natürlicher Weise stets für ihre Reinlichkeit sorgen.“ (Linderer).



Fotos: Busch

„Key of Improved Construction“, mit doppelter Schaftbiegung und drei auswechselbaren Krallen, zirka 1830



Schlüssel mit aufschraubbarem Griff, in dessen Mitte sich der Schraubenzieher befindet, zirka 1860



Schlüssel, der sich zusammenklappen lässt, zirka 1830

Ideenfülle

Selten war ein Instrument der Zahnbehandlung Gegenstand einer solchen Fülle von Ideen. Doch obwohl der „Garengotische Schlüssel das sinnreichste aller Instrumente ist, welche zum Zahnziehen erdacht worden sind,“ (Maury), müssen die durchgeführten Operationen häufig unvollständig gewesen sein. So wie Linderer rieten viele Autoren des 19. Jahrhunderts bei jeder Operation mit dem Schlüssel auch eine Krummzange „ganz nahe bei der Hand zu haben,“ um mit diesem die Operation zu vollenden.

Jeder bezeichnete seinen Schlüssel als den „Universellen Schlüssel für den täglichen Gebrauch“, trotzdem ging die Entwicklung

Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde

Der Arbeitskreis ist ein freiwilliger Zusammenschluss von interessierten und engagierten Zahnärzten und Wissenschaftlern, die sich mit der Geschichte der Zahnheilkunde beschäftigen. Weitere Interessenten sind willkommen. Kontaktadressen:
Dr. Wibke Knöner
Borkumer Straße 22
38518 Gifhorn
Tel und Fax: 05371/941778
E-Mail: wknoener@web.de

Sigrid Kuntz
Jülischer Straße 8
50674 Köln
Tel: 0221/2401416
Fax: 040/3603 561051
E-Mail: sigridkuntz@aol.com

pr

immer weiter. Es gab auch ab zirka 1840 so genannte Übergangsmodelle. Sie folgten zwar noch dem allgemeinen Muster des Schlüssels, wurden aber mit ähnlicher Kraftanwendung wie Zangen benutzt. Die Arbeiten von Sir John Tomes (1815-1895), der den Typus der Zahnzange entwickelte, der auch heute noch benutzt wird, machten den Zahnschlüssel in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts obsolet. Er wurde jedoch in manchen Dental-Katalogen bis in die 20er Jahre des 20. Jahrhunderts aufgelistet, und wo ein Angebot bestand, war auch sicherlich eine entsprechende Nachfrage.

Dr. Wolfgang Busch
Bahnhofstr. 20 a
35216 Biedenkopf-Wallau

■ Der Autor und Sammler ist Mitglied im Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde. Mehr zur Sammlung unter: www.zene-artzney.de

zm Leser service

Eine Literaturliste kann per Kupon auf den letzten Seiten bestellt werden.