

Betriebskrankenkassen 2002

# Fata Morgana

zzq  
Standortbestimmung

Arbeitsmittel  
Lupenbrille

## Akzente

Liebe Leserinnen und Leser,

ein „bisschen Wettbewerb“, so kommentierten kritische Zeitgenossen in den späten neunziger Jahren den Versuch des Gesetzgebers, Deutschlands Bürgern auf dem GKV-Markt neue Wege bei der Wahl ihrer Krankenversicherung zu öffnen. Der Beginn für den Boom der Betriebskrankenkassen. Inzwischen gibt die Zeitgeschichte den Kritikern mit ihrem Vergleich in Anlehnung an das geflügelte Wort „ein bisschen schwanger“ Recht: „Ein bisschen“ geht nicht. Die Einbindung des liberal motivierten Ansatzes in den staatlichen Reglementierungsrahmen – Budgetierung, Risikostrukturausgleich und, als jüngste Errungenschaft dieser Regierung, die Chroniker-Programme – hat das GKV-System letztlich nicht befruchten können. Die halbherzige Marktöffnung war, um im Bild zu bleiben, eine Schein-schwangerschaft.

Nach anfänglicher Aufregung im „Markt“ hat die staatliche Abfederung den Vorteil der als Kostendämpfer angetretenen betrieblichen Krankenversicherungen kompensiert. Im zur Service-Wüste erodierenden GKV-System, so zeigt unsere Titelgeschichte, löst sich auch dieser Wettbewerbsansatz als „Fata Morgana“ in Luft auf. Warum Wettbewerb, stringent umgesetzt, trotzdem das Mittel der Wahl für unser Gesundheitswesens sein kann, erklärt „Welt“-Korrespondentin Dorothea Siems in ihrem Gastkommentar. Mit Blick auf die kommende Legislaturperiode bleibt zu hoffen, dass die nächste Bundesregierung einen größeren Mut zeigt, sich auf Lösungen einzulassen, die auch bei lupenreiner Betrachtung Bestand haben. Apropos „lupenrein“: In der zahnärztlichen Praxis ist präzises

Foto: MEV



■ *Mit fachlich geschultem Blick auf der Suche nach zahnärztlichen Urlaubserlebnissen? **zm-online** schafft Ihr Forum, das Kurzweiliges, Erhellendes oder Anekdotisches aus aller Herren und Damen Länder aufnimmt. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag!*

Arbeiten das „A & O“. Autor Karlheinz Kimmel gibt eine Übersicht zur Entwicklung in Sachen Lupenbrillen.

Auf der letzten Internationalen Dental Schau hat der Werkstoff Zirkon durch einen in „Big Bang“-Manier betriebenen PR-Auftakt für Aufsehen gesorgt. Wie es Umgang der zm mit Neuheiten ist, haben sie im Chor der Fachpresse nicht lauthals mitgesungen, sondern erst beobachtet, recherchiert und analysiert. Jetzt berichten wir: Eine wissenschaftlich basierte Einschätzung zu Zirkon finden Sie in der Rubrik „Zahnmedizin“.

Obwohl die gesetzgeberische Entwicklung zur Problembewältigung im Gesundheitswesen vor sich hin dümpelt, wird der Ruf nach Maßgaben für die Qualität medizinischer und zahnmedizinischer Qualität immer lauter. Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben mit der im Institut der Deutschen Zahnärzte angesiedelten Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung eine Antwort auf die Qualitätsdiskussion gegeben.

Unsere „Zweit-Story“ gibt den Überblick über den Aufgabenbereich der zq.

Der Gesetzgeber hat seine – wenn auch in diesen wahlkampfbestimmten Zeiten wohl unruhige – sitzungsfreie Zeit begonnen. Deutschland steckt im Urlaubsfieber. Wen auch in Ferienzeiten die berufliche Neugier nicht loslässt, wer Interessantes, Anekdotisches oder Kurioses erlebt, dem gilt unsere jetzt startende zm-Aktion: Schicken Sie uns ihr mit zahnärztlich fachlichem Blick erfasstes Urlaubserlebnis – per Post, Mail, Fax oder Telefon. Wir stellen es auf unsere Internet-Seiten – mit dem Ziel, Ihrer Kollegenschaft ein kurzweiliges, erhellendes und lebendiges Forum zu bieten.

Bis dahin eine schöne Zeit wünscht Ihr



**Egbert Maibach-Nagel**  
zm-Chefredakteur



Foto: MEV

### Zum Titel

Seit sechs Jahren sind sie in der GKV-Wüste unterwegs auf der Suche nach günstigen Beiträgen: die Karawanen der Versicherten. Jetzt werden die einstigen Oasen – die geöffneten Betriebskrankenkassen – immer mehr zu Fata Morganas.

Seite 30



Foto: Zeiss

Qualitätssicherung durch besseren Durchblick: Alles über Lupenbrillen.

Seite 36



Fotos: Corbis

Qualitätssicherung in Eigenregie und im Sinne des Berufsstandes: eine Standortbestimmung der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq).

Seite 70





Foto: goodshoot/zm

Neues zur GOZ-Analyse: Die Jahresauswertung 2000 liegt jetzt vor.

Seite 26

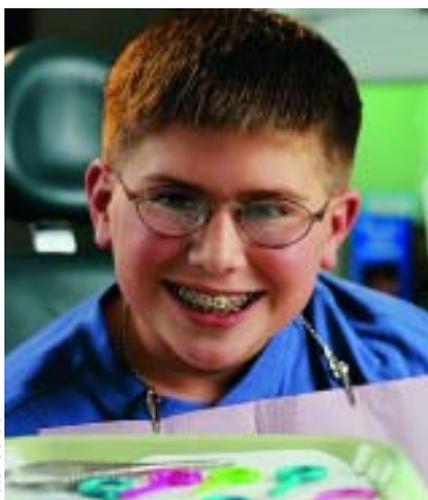


Foto: Corbis

Zahnkorrektur mit festen Brackets: Über die Entwicklung dieser Kfo-Apparaturen mehr im dritten und letzten Teil zur Geschichte der Zahnregulierung.

Seite 82

<b>Akzente</b>	<b>1</b>	<b>Medizin</b>	
<b>Leserforum</b>	<b>4</b>	Hochwuchs: Hormontherapie umstritten	<b>48</b>
<b>Leitartikel</b>		<b>Tagungen</b>	
Dr. Rolf-Jürgen Löffler, Vorsitzender der KZBV, über einen Paradigmenwechsel vom Kurativen zum Präventiven	<b>6</b>	AG Dentale Technologie 2002	<b>50</b>
<b>Nachrichten</b>	<b>8, 14</b>	<b>Fachforum</b>	<b>52</b>
<b>Gastkommentar</b>		<b>Rezensionen</b>	<b>54</b>
Dr. Dorothea Siems, Wirtschaftskorrespondentin der „Welt“, Berlin, zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens	<b>10</b>	<b>Veranstaltungen</b>	<b>57</b>
<b>Aktuelles Thema</b>		<b>Qualitätssicherung</b>	
Prävention: BZÄK und KZBV nehmen Stellung zu den Anträgen der Fraktionen	<b>12</b>	zzq im Einsatz für die Zahnärzteschaft	<b>70</b>
<b>Spree-Spitzen</b>	<b>18</b>	<b>Praxismanagement</b>	
<b>Politik und Beruf</b>		Friedliche Trennung: Aufhebungsvertrag und Abfindungszahlung	<b>74</b>
Deutsche Apotheker und Ärztebank: Erfolgreicher Ausbau der Marktposition	<b>20</b>	<b>Finanzen</b>	
Gesundheitspolitische Diskussionsrunde: Konzepte für Reformen	<b>22</b>	Berufsunfähigkeit: Welche Versicherung ist die Richtige?	<b>76</b>
Öffentlichkeit und Politik: Treffen der Länderpressereferenten	<b>24</b>	<b>Internationales</b>	
GOZ-Analyse: Rechnungsbetrag real zurückgegangen	<b>26</b>	Großbritannien: Private Zahnbehandlung boomt	<b>80</b>
<b>Aus den Ländern</b>		<b>Historisches</b>	
37. Fortbildungswoche Norderney 2002: Im Dialog mit der FDP	<b>28</b>	Rückblick: Die Entwicklung der festsitzenden Apparatur	<b>82</b>
<b>Titelstory</b>		<b>Industrie und Handel</b>	<b>86</b>
Betriebskrankenkassen: Gerangel um Beiträge und Risikostrukturausgleich	<b>30</b>	<b>Identifizierungen</b>	<b>92</b>
<b>Zahnmedizin</b>		<b>Impressum</b>	<b>94</b>
Lupenbrillen und Mikroskope: Präzision und Qualitätssicherung	<b>36</b>	<b>Letzte Nachrichten</b>	<b>113</b>
Studie: Cercon® smart ceramics im Test	<b>42</b>	<b>Zu guter Letzt</b>	<b>116</b>
Arzneimittelkommission: Nebenwirkungen bei Clindamycin	<b>46</b>		



## Solitärapphte

Zum Beitrag „Der besondere Fall“ in zm 12/2002:

Zu Gunsten des Herrn Kollegen W. Frisch hoffe ich, dass

1.) die Schreibweise „Solitärapphte“ der zm-Redaktion anzulasten ist,  
2.) die fotografisch dargestellte Mundsituation nicht die des Autors ist; er könnte sonst bezüglich AP- und Quigly-Hein-Index als unrühmliches Beispiel dienen.

Dr. med. dent. Karl-Ingo Steinbach  
Simonstr. 12  
53227 Bonn

**Anmerkung der Redaktion zu Punkt 1: Ja, hier hat sich der Druckfehler-Teufel eingeschlichen. Wir bitten um Entschuldigung.**

## Auf der Hut sein

■ Reaktion auf den Leserbrief „Nur der Zahnarzt entscheidet“ in zm 12/2002 zum Beitrag „Zahnersatz aus Polen“:

Zweifelsfrei ist die Beurteilung und Eingliederung von ZE ausschließlich zahnärztliche Tätigkeit, aber eine diesbezügliche Einmischung in unsere Therapieentscheidungen kann ich auch beim besten Willen nicht aus den Ausführungen von Herrn ZTM Stolle herauslesen.

Vielmehr sollten wir Zahnärzte immer dann auf der Hut sein, wenn dirigistisch in unsere Wahlfreiheit bezüglich des Partnerlabors eingegriffen wird. Qualitativ hochwertiger Zahnersatz entsteht immer in einer Symbiose zwischen Zahnarzt und Zahntechniker, und das deutsche Meisterlabor in meiner Nähe (nebenbei auch Arbeitsplätze sichernder Ausbildungsbetrieb) ermöglicht es mir, die für meine Patienten optimale

Zahnmedizin zu betreiben. Dem Wettbewerb stellen sich täglich alle am Markt befindlichen Laborkonkurrenzen im Vergleich mit der Konkurrenz (auch Herr Stolle muss das seit vielen Jahren tun), aber es hieße Äpfel mit Birnen vergleichen, ginge man ausschließlich nach dem günstigsten Angebot. Wenn jetzt polnischer Zahnersatz eingekauft werden soll, dann ist doch der nächste Gedanke, ob nicht irgendein Labor an irgendeinem fernen Ort noch billiger (nicht preiswerter!) ist und ob möglicherweise außer bei Soldaten auch bei Beamten gespart werden kann . . .

Dr. Christian Torchalla  
(niedergelassener ZA und  
Oberstabsarzt d. Reserve)  
Rheinstr. 79  
27570 Bremerhaven

1.) Wenn jemand im Zusammenhang mit ZE aus Polen von Qualität spricht, klingt das für mich, als wenn ein Blinder von der Farbe spricht. Es ist doch nahe liegend, dass man den Techniker vor Ort haben muss, um hochwertig und ästhetisch anspruchsvoll zu arbeiten.

2.) Falls der Patient auch noch vollmundig über „Fremd-ZE“ informiert wird, überlegt er sich im nächsten Schritt, ob er nicht einen Kurzurlaub mit einem Besuch bei einem Ostzahnarzt verbindet. Wenn wir erst unsere Partner und Kollegen Zahntechniker arbeitslos gemacht haben, sind wir selbst an der Reihe.

3.) Falls die Wirtschaftlichkeit wichtiger ist als eine gute ZHK und die moralische Verpflichtung, diese auch auszuüben, dann wäre doch die Betriebs-

wirtschaft die richtige Berufswahl.

4.) Würden Sie sich derartigen ZE eingliedern lassen?

...und wer repariert das Ganze vor Ort im Fall des Falles?

Dr. M. Reiber  
Offenbacher Landstr. 298  
60599 Frankfurt



Foto: Schönegege

Dentale Einsichten - hier in Italien

## Wasch den Pelz

■ Zur politischen Berichterstattung in zm 11/2002:

1. Martin Eberspächer, Gastkolumnist, bemängelt an den Parteien, im Gesundheitswesen keinen Mut zur Alternative zu haben.

2. Christa Stevens (CSU), bayerische Gesundheitsministerin, will evidentes und bewusstes Wüten gegen die eigene Gesundheit (zum Beispiel Bungee, Piercen, Saufen und deren direkte Konsequenzen) punktuell aus dem Solidarkatalog der Leistungen herausnehmen, wie im

Übrigen die Rechtsprechung auch, die bei Grobfahrlässigkeit Versicherungsansprüche ausschließt.

3. Horst Seehofer (CSU), Gott sei Dank wieder gesunder Sozial-Gesundheitsbischof der (Noch-) Opposition, den Zahnärzten gut bekannt, pfeift seine Parteifreundin dieserhalb zurück.

4. Otmar Müller, zm-Redaktionsmitglied, beklagt zwar „die Krücken im Gesundheitswesen“, prangert aber „leichte Lösungen, wie die von Frau Stevens gemachten“, als gefährlichen Unsinn an.

Sind „leichte“, also einfache, klare, dem Bürger und Solidarbeitragszahler eingängige Lösungen wirklich Unsinn? Muss alles kompliziert sein? Ist „populistisch“, also das, was das Volk versteht, unpolitisch und gefährlich?

Mut zu Alternativen braucht man, um unser

pervertiert kompliziertes Gesundheitssystem wieder flott zu machen. Womit wir zurück bei 1 sind. Die Katze beißt sich in den Schwanz. Aber es ist halt bei allen Politikern das Gleiche: Wasch dem Volk den Pelz, aber mache es um Gottes Willen nicht nass ...

Dr. med. dent. Bert Wagner  
Goethestrasse 9  
95163 Weissenstadt

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



## Prävention ist Praxisalltag

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

auch wenn Deutschlands Politiker in ihrer Diagnose des hochgradig angeschlagenen GKV-Systems weitgehend uneins sind und vor den Wahlen lieber bewegungslos am Scheideweg künftiger Ausrichtung verharren, stoßen sie in einem Punkt doch immer wieder lauthals in ein und dasselbe Horn: Mit einem Paradigmenwechsel vom Kurativen zum Präventiven, so glaubt man, sei der richtige Therapieansatz für das Überleben des Solidarsystems gefunden.

Die unisono zu Markte getragene Überzeugung „Wer verhindert, dass Menschen krank werden, braucht auch kein Geld, um sie zu heilen“ ist allerdings ein gedanklicher Kurzschluss. In ihm steckt der uns zur Genüge bekannte Fehler, im budgetierten System für immer weniger Geld immer mehr Leistungen zu fordern. Er erstickt die Wirkung dieses ansonsten aus Patientensicht durchaus begrüßenswerten Ansatzes im Keim.

Man kann den Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen angesichts schwindender Finanzmittel, aber steigender Alterung un-

serer Gesellschaft nicht durch reine Umschichtung von der Reparatur zur Prävention, schon gar nicht durch Einbezug zusätzlicher Aufgaben in den Leistungskatalog der GKV bewältigen. Solange sich die politische Therapie zur Bekämpfung der fortgeschrittenen Krankheit im GKV-

System allein auf die Umverteilung der Finanzen beschränkt, allenfalls die Heilberufe fortlaufend durch Kräfte zehrende, erzwungene „Blutspenden“ an den Rand ihrer Handlungsfähigkeit ge-

trieben werden, wird auch die Hoffnung auf eine Verbesserung der Prävention im gesamten Gesundheitswesen Makulatur bleiben.

Für uns Zahnärzte ist Prävention seit Jahren Praxisalltag: In der konservierenden Zahnheilkunde wird alles getan, um einen mit Karies erkrankten Zahn durch Füllungsmaßnahmen zu erhalten. Die Kieferorthopädie verhindert durch Regulierung von Zahnfehlstellungen mögliche Fehlfunktionen. In der Endodontie wird durch Behandlung an der Zahnwurzel die mögliche Extraktion vermieden. Mit Zahnersatz wird eine nach Zahn-

verlust durch Zahnwanderung zu erwartende Fehlfunktion verhindert und die volle Kaufunktion wieder hergestellt. Mit der Parodontologie verhindern wir Erkrankungen des Zahnhalteapparates.

Es ist das Verdienst unserer beruflichen Leistung und deren beharrlicher Dokumentation durch die Standesvertretungen, dass die von der Zahnärzteschaft geleistete Prävention auch am ansonsten ergebnislosen „Runden Tisch“ als fortschrittliches, zur Nachahmung empfohlenes Beispiel hervorgehoben wurde. Denn alle Erkrankungen im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, ausgenommen Kiefer- und Zahnfehlstellungsanomalien sowie genbedingte parodontologische Erkrankungen, könnten theoretisch durch intensive Gruppen- und Individualprophylaxe verhindert oder zumindest erheblich eingeschränkt werden. Allerdings setzt das die hohe Mitverantwortlichkeit des Versicherten voraus.

Wer das erfolgreich umsetzen, wer wirklich den konsequenten Paradigmenwechsel in der Zahnheilkunde erreichen will, muss aber auch bereit sein, über den Tellerrand bisheriger Strukturen hinauszuschauen. Die von der Zahnärzteschaft erarbeitete Neubeschreibung der Zahnheilkunde erfordert – anders, als es die Krankenkassen sehen – auch eine qualitäts- und fachbezogene Neubewertung. Und die ist nun einmal nicht kostenneutral zu haben. Schon deshalb ist es mit einer reinen Umschichtung und „Umbewertung“ des Bema-Leistungskataloges nicht getan.

Es bleibt deshalb dabei: Wenn die Regierung eine wirksame Neuorientierung will, muss sie auch den Mut haben, die entsprechenden Rahmenbedingungen bereitzustellen. Alles andere wäre Selbstbetrug und Betrug an den Versicherten.

Mit freundlichen Grüßen

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



Foto: MEV

### EU-Gesundheitsminister Pläne für mehr Freizügigkeit

Patienten sollen in der Europäischen Union künftig einfacher als bisher grenzüberschreitend ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen können. Experten, darunter auch Vertreter von Patientenvereinigungen, Versicherungen und Krankenhausärzten, sollen in der EU mit ihren teils sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen zu klaren Regelungen finden. Die EU-Gesundheitsminister beauftragten in Luxemburg die EU-Kommission, eine solche Expertengruppe aufzustellen. „Das Ziel heißt mehr Freizügig-

## Kommentar

### Politik wird europatauglicher

Nun scheint es auch die Politik begriffen zu haben: An Europa führt im Gesundheitswesen kein Weg mehr vorbei. Für mehr Freizügigkeit und die Erleichterung von grenzüberschreitenden Leistungen haben die EU-Gesundheitsminister votiert. Auch Ulla Schmidt hat dieses Votum unterschrieben. Wenn man die Haltung der deutschen Gesundheitspolitik betrachtet, hat sich hier in den letzten Jahren ein Wandel um 180 Grad vollzogen – es wurde auch Zeit.

Kurz vor dem Ministertreffen in Luxemburg hatte die Bundeszahnärztekammer auf ihrem Europatag in Berlin von der Po-

litik europataugliche Konzepte eingefordert und ihre Haltung, für die sie sich schon seit Jahren stark macht, durch eine Resolution mit überzeugenden Argumenten für grenzüberschreitende Leistungen untermauert. Kostenerstattung und freiberuflicher Wettbewerb sind die Eckpfeiler.

Der Nutznießer ist der Patient, dem es dank grenzüberschreitender Leistungen möglich sein wird, ohne komplizierten Formulkram die für ihn beste Versorgung zu wählen.

Die Zukunft lässt hoffen. Der Patient soll wählen. Die Politik ist am Zuge.

Gabriele Prchala

keit“, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Für die Bürger, egal ob Urlauber, Arbeitnehmer oder Rentner, müsse es im europäischen Ausland möglich sein, auch ohne komplizierte Formulare ärztlich behandelt zu werden. Ein Weg könne die EU-Krankenversicherungskarte sein, sagte Schmidt. pr/dpa

### Disease Management

## Verhandlungen gescheitert

Eine bundeseinheitliche Gestaltung von Disease Management Programmen wird es vorläufig nicht geben. Ein letzter Einigungsversuch von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Ausgestaltung der Disease-Management-Programme (DMPs) ist gescheitert. „Da sich die Kassen in der Frage der Patientendaten weigerten, auf die Bedenken der Ärzteschaft einzugehen, macht eine Fortsetzung der Gespräche keinen Sinn mehr“, betonte der Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. Rainer Hess. Die Krankenkassen hätten erneut deutlich gemacht, dass sie mit diesen Daten selbst die Behandlung steuern wollten. Per ministerieller Ver-

ordnung starteten daher am 1. Juli die ersten beiden Programme – Diabetes und Brustkrebs. Gesundheitsministerium, Gewerkschaften und die Kassen begrüßten die DMPs als „Durchbruch zu mehr Qualität in der gesundheitlichen Versorgung.“ Die eventuelle Ausgestaltung der Chroniker-Programme muss nun zwischen Kassen und Ärztenetzen oder den einzelnen Landes-KVen verhandelt werden. om/pm

### Sachverständigenrat

## Präventives Sparpotential

In einer Stellungnahme zum Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat dessen Vorsitzender, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, das im jüngsten Gutachten genannte „präventive Rationalisierungspotential“ erläutert. Die dort genannten und häufig zitierten 25 bis 30 Prozent der derzeitigen Gesundheitsausgaben seien eine „illustrative Größe“, die ausdrücklich nicht mit den Kosten präventiver Maßnahmen selbst saldiert sei. Auch sei diese Zahl nicht um die so genannten Diskontierungsrechnungen bereinigt. Schwartz nannte die angekündigten Ansätze zur Stärkung der Prävention notwendig, sie reichten aber als langfristige Investitionen keinesfalls aus. Sowohl Regierungskoalition als auch Opposition hatten auf das hohe Sparpotential durch Prävention hingewiesen und sich dabei auch auf das Gutachten des Sachverständigenrates bezogen. Prof. Schwartz kündigte an, den Vorsitz im Sachverständigenrat im Herbst vorzeitig aufzugeben. om/dpa/pm



*Sportwissenschaftliche Studie*

## **Kinder bewegen sich zu wenig**

Fitness und Motorik bei deutschen Grundschulern werden immer schlechter. Dies geht aus einer bundesweiten Studie hervor. Untersucht wurden fast 1 500 Kinder im Alter zwischen sechs und elf Jahren an 33 Schulen, teilte die Universität Karlsruhe mit. Nach Expertenangaben treten in dieser Altersgruppe vermehrt Unfälle, aber auch



Foto: MEV

langfristige „Zivilisationskrankheiten“ wie Rücken- und Kopfschmerzen oder Schlafstörungen, auf. Fast ein Drittel der Kinder spiele nur einmal in der Woche oder noch seltener im Freien, heißt es in der Studie. Der Bewegungsmangel hat nach Angaben der Experten deutliche Auswirkungen. So seien inzwischen fast 16 Prozent der Schüler übergewichtig, davon sechs Prozent krankhaft. Insgesamt bringen die Kinder durchschnittlich etwa zwei Kilo mehr auf die Waage als ihre Altersgenossen vor 20 Jahren. om/dpa

*Befundorientierte Festzuschüsse*

## **Guter Rat von Zipperer**

Das zahnärztliche Konzept befundorientierter Festzuschüsse und Kostenerstattung entspricht der aktuellen Grundstimmung in der Politik und sollte unbedingt weiter verfolgt werden. Diese

Empfehlung sprach Dr. Manfred Zipperer, Ministerialdirektor a.D., bei der jüngsten Klausurtagung der Bundeszahnärztekammer in Halle aus. Sein Vortrag zur Umsetzung dieses Konzeptes behandelte aber auch die „Knackpunkte“. Nach Zipperers Einschätzung sind die zahnärztlichen Vorstellungen derzeit am ehesten mit den Oppositionsparteien CDU/CSU und FDP zu verwirklichen. Eine erfolgreiche Umsetzung könne aber nur gelingen, wenn das Konzept auch für die Allgemeinheit verständlich gemacht und von ihr akzeptiert werde. Zipperer warnte davor, ein solches Gesamtpaket an Forderungen losgelöst vom Bundesrat zu sehen. Der Einfluss auf die Länder müsse verstärkt werden. BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp kündigte an, die Vorschläge Zipperers systematisch abzuarbeiten. Dazu soll auch ein regelmäßiger Gesprächskreis initiiert werden, der diese Umsetzung begleitet. BZÄK

*Erster Testbetrieb*

## **Handcomputer statt Krankenblatt**

Ärzte können künftig die Patientendaten direkt am Krankenbett per drahtlosem Handgerät in einen Computer eingeben. Im Städtischen Krankenhaus von Seesen (Niedersachsen) werde es im Regelbetrieb keine Krankenblätter mehr geben, teilte die Klinik mit. Der bundesweit erste Testbetrieb mit der Spezialsoftware „meditrace“ sei erfolgreich abgeschlossen worden. Für die Patienten führe der unter Leitung von Chefarzt Konrad Meyne eingeführte Computereinsatz zu exakteren Diagnosen. pr/dpa

## Wettbewerb macht fit

Ein Gespenst geht um in Deutschland, das Gespenst der „gnadenlosen Ökonomisierung des Gesundheitswesens“. Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe warnte auf dem diesjährigen Ärztetag eindringlich vor diesem Trend. In der Politik sei nur noch von mehr Wettbewerb zur Effizienzsteigerung die Rede. Für die Versorgung der Patienten hätte es fatale Folgen, wenn das Hauptinteresse nur noch darin läge, die Kosten möglichst gering zu halten.

Es ist sicher richtig, dass eine alternde Gesellschaft mehr Geld für die medizinische Versorgung in die Hand nehmen muss. Eine rigide Politik der Kostendämpfung kann deshalb kein Ausweg sein. Doch ist die Verteufelung des Wettbewerbs falsch. Vielmehr kann nur die Marktwirtschaft das System für die kommenden Herausforderungen fit machen.

Gewiss ist das Gesundheitswesen kein Markt wie jeder andere. Zustände wie in den USA, wo ein großer Teil der Bevölkerung über keinerlei Versicherungsschutz verfügt, sind inakzeptabel. Doch auch das andere Extrem – das des überregulierten Gesundheitswesens –, dem wir uns annähern, verspricht keine rosige Zukunft. Einsparpotenziale bleiben ungenutzt, weil die Kassen per Gesetz zum einheitlichen Handeln gezwungen sind, statt im Konkurrenzkampf jede für sich Neues auszuprobieren. Als Folge der Budgetierung wird zu-

dem die Versorgung immer mittelmäßiger. Wer angesichts der Finanzmisere der Kassen jedoch zuerst daran denkt, neue Finanzquellen zu erschließen, überschätzt die finanzielle Belastbarkeit der Versicherten. Das Gebot, die Beitragssätze stabil zu halten, ergibt sich zudem aus den Folgen steigenden Lohnnebenkosten für die Wirtschaft.

dass auch negative Einkünfte, etwa aus Immobilieninvestitionen, zu berücksichtigen wären. Versicherte könnten ihren Kassenbeitrag auf diese Weise bis auf Null drücken. Eine Subventionierung der Krankenversicherung mit Steuermitteln birgt gleichfalls Risiken. Denn in Zeiten knapper Kassen dürfte wohl jeder Finanzminister auch bei den Gesundheitsausgaben sparen.

Bei einem stärker marktwirtschaftlich ausgerichteten Versicherungssystem, das Mitgliedern, Kassen und Leistungserbringern mehr Freiheit lässt, werden solche Nebenwirkungen vermieden. Das Gros der Bevölkerung ist bereit, für die medizinische Versorgung einen angemessenen Preis zu zahlen – jedoch nicht im Rahmen eines Zwangssystems, das nicht wirtschaftlich ist und nur noch mittelmäßige Leistungen bereithält. Die Menschen wollen selbst entscheiden, für welche Leistungen sie wieviel Geld bezahlen. Der eine wünscht alter-

native Therapien und akzeptiert dafür einen teuren Versicherungstarif, während der andere einen Selbstbehalt vereinbart und dafür einen Beitragsrabatt erhält. Für die Leistungserbringer bedeutet mehr Wettbewerb verschärften Konkurrenzdruck – aber dafür lohnt sich Leistung wieder.

Eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist somit kein Schreckgespenst, sondern vielmehr eine große Chance für Patienten und die Gesundheitsberufe. ■



Foto: privat

**Die Ärzteschaft warnt vor der „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“. Doch mehr Marktwirtschaft bedeutet keine Gefahr, sondern eine große Chance für die GKV.**

**Dr. Dorothea Siems**

Wirtschaftskorrespondentin im Parlamentsbüro der „Welt“, Berlin

Der derzeit oft gehörte Vorschlag, Zins- und Mieteinnahmen beitragspflichtig zu machen, hat auf den ersten Blick denn auch viel Charme. Die negativen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt entfielen. Doch gibt es andere Nebenwirkungen. Kapital ist ein scheues Reh. So löste die Einführung der Zinsabschlagsteuer Mitte der neunziger Jahre eine Kapitalflucht ins Ausland aus. Würden bei Dividenden- oder Zinszahlung nun auch Sozialabgaben fällig, gäbe es wohl eine neue Fluchtbewegung. Ein weiteres Problem: Eine Beitragspflicht für Zusatzeinkommen bedeutet im Umkehrschluss,



Foto: CC

Anträge der Fraktionen an den Bundestag

## Prävention in aller Munde

**Regierungskoalition und Opposition haben unabhängig voneinander den Bundestag aufgefordert, sich verstärkt für Prävention einzusetzen und die dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu schaffen. Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nahmen Stellung zu den Anträgen. In der anschließenden öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses wurden die Positionen von KZBV und BZÄK vertreten.**

Kurz vor der Bundestagswahl hat die Regierungskoalition begriffen, dass Gesundheitsvorsorge besser ist als bloße Krankenbehandlung. Eigentlich keine neue Erkenntnis. Doch plötzlich wollen SPD und Grüne das populäre Thema forcieren. In einem Antrag an den Bundestag fordern sie, „bei den Beteiligten im Gesundheitswesen und in der Bevölkerung der Prävention (...) einen höheren Stellenwert zu verschaffen“ und zu neuen Maßnahmen und Initiativen zu motivieren. Ein „Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ soll's richten und die Defizite in der Gesundheitsvorsorge abbauen. Förderung der Gesundheit, so steht es im Antrag, soll zu einem zentralen Leitbild der gesundheitspolitischen Aktivitäten aller Beteiligten werden.

Ausnahmsweise nicht auf Konfrontationskurs, hat sich auch die Opposition in ihrem Antrag der Prävention verschrieben. Die CDU/CSU reklamiert allerdings die politische Urheberschaft. Ansonsten auch hier der Tenor: Voraussetzung, um kommende Herausforderungen des Gesundheitswesens zu bestehen, sei die „Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention“. Regierungskoalition und Opposition kommen quasi gleichzeitig zu dem Ergebnis, dass die bisherigen Ausgaben zur Präventionsförderung von gerade mal 4,5 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen deutlich erhöht werden müssen. Was hinter dem plötzlichen Interesse an der Vorsorge steckt, ist klar: Alle Parteien sind sich darin einig, dass durch mehr Vorsorge „nicht unerheblich“ (SPD) Kosten eingespart werden könnten. Die CDU/CSU wird deutlicher: Sie verspricht sich langfristig 25 bis 30 Prozent Einsparungen. Bei solchen Prognosen

mahnt die Bundeszahnärztekammer zur Differenzierung. In der Stellungnahme der BZÄK zu den Anträgen der Parteien warnt Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der



Foto: Corbis

*Von Kindheit an: Orale Prävention muss den gesamten Lebensbogen eines Menschen umfassen.*

Bundeszahnärztekammer, vor überzogenen Erwartungen. „Insgesamt muss zur Thematik der Kosten festgehalten werden, dass aus zahnärztlicher Sicht eine sehr vorsichtige Betrachtung hinsichtlich der zu erwartenden Kosteneinsparung anzuraten ist.“

Dies sei unter anderem das Ergebnis des BZÄK-Workshops „Kostenexplosion durch Prävention?“. Mit Recht werde in den Anträgen auf die Wertigkeit der Prävention vor allem hinsichtlich lebenserhaltender und Lebensqualität verbessernder Behandlungsmaßnahmen verwiesen.

Davon abgesehen begrüßt die BZÄK das neue Engagement der Parteien für mehr Vorsorge und Gesundheitsförderung – „Prävention ist allumfassende Grundlage zahnmedizinischen Handelns“, heißt es in der Stellungnahme. Gerade die Zahnärzteschaft habe den Wert der Prävention nachhaltig bewiesen, betont Dr. Oesterreich. So konnte bereits im Jahr 1997 das für das Jahr

2000 von der WHO gesetzte Ziel 2,0 DMFT deutschlandweit unterboten werden. Über den Ansatz der Zielgruppenorientierung auf Kinder und Jugendliche „hat sich die Zahnärzteschaft bereits seit längerer Zeit insbesondere mit den demografischen Veränderungen und deren versorgungspolitischen Herausforderungen“ auseinandergesetzt. Oralpräventive Versorgung müsse den „gesamten Lebensbogen eines Menschen umfassen“, betont der BZÄK-Vizepräsident. Auch der KZBV-Vorsitzende, Dr. Rolf-Jürgen Löffler, unterstützte mündlich auf der öffentlichen Anhörung die präventionsorientierten Ansätze der Fraktionen. Die Entwicklung im Bereich der Zahnmedizin bestätige Bedeutung und Wirksamkeit präventiver Maßnahmen – beispielsweise bei der Gruppenprophylaxe – für die Gesundheit des Einzelnen, heißt es in der KZBV-Stellungnahme. So sei der „Anteil der naturgesunden Gebisse bei Sechsjährigen in dem kurzen Zeitraum von 1992 bis 1998 von 35 Prozent auf 60 Prozent gestiegen.“ Um auch in Zukunft präventivmedizinisch erfolgreich zu sein, sind aus Sicht der KZBV verschiedene Maßnahmen erforderlich:

- Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Leistungen müssen konsequent ein präventives Verhalten der Versicherten fördern.
  - Eine lebensbegleitende individualprophylaktische Versorgung des Versicherten mit möglichst zeitnaher Sanierung oraler Strukturen muss sicher gestellt werden.
  - Einführung eines befundorientierten Festzuschuss-Systems. So werde eine Ausbeutung der GKV durch Inanspruchnahme besonders aufwändiger Leistungen verhindert und die Eigenverantwortung des Patienten für die Prävention gefördert.
  - Für eine gezielte Stärkung präventiver Maßnahmen sind zusätzliche Mittel erforderlich. Bei weiterhin begrenzten Ressourcen können diese nur durch eine Umorientierung und Konzentration auf präventive Leistungen gewonnen werden.
- Die KZBV hat in ihrer Stellungnahme ausdrücklich die Zusammenarbeit bei der Ausgestaltung eines zukunftsorientierten Präventionsansatzes angeboten. om

LAG Baden-Württemberg

## Neues Internet-Angebot

Die Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e.V. (LAGZ) hat



eine neues Internet-Angebot für Eltern, Lehrer und Schüler konzipiert. Es enthält nützliche Hinweise zur Förderung der Zahn- und Mundgesundheit und zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Adressen, ein Diskussionsforum, ein Spiel für Kinder und Jugendliche sowie ein Dia-Angebot als Download für Pädagogen oder für Publikationen runden das Programm ab. Mehr unter: [www.lagz-bw.de](http://www.lagz-bw.de) pr/pm

Bundesverfassungsgericht

## Altenpflege auf dem Prüfstand

Die bundesweit einheitliche Regelung der Altenpflege ist Streitgegenstand vor dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe. Bayern hält das Gesetz, das den Zugang zum Beruf des Altenpflegers



Foto: PhotoDisc

sowie die Ausbildung regeln soll, für verfassungswidrig. Die Länder und nicht der Bund seien für entsprechende Vorschriften zuständig, argumentiert der Freistaat. Der Bund möchte durch die einheitliche Regelung der Altenpflege Ausbildungsdefizite beseitigen. Hintergrund der Verhandlung vor dem Zweiten Senat in Karlsruhe ist ein Eilantrag Bayerns gegen das Gesetz, das zum 1. August 2001 hätte

in Kraft treten sollen, aber vom Verfassungsgericht im Mai des vergangenen Jahres vorläufig aufgehoben wurde. Ein abschließendes Urteil wird erst in einigen Monaten erwartet. pr/dpa

Prophylaxe-Leitfaden der BZÄK

## Vergriffen

Der Leitfaden der Bundeszahnärztekammer „Qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis“ ist vergriffen. Geplant ist – nach Beratung in den Fachgremien – eine aktualisierte Neuauflage. Sobald diese vorliegt, werden die zm ihre Leser darüber informieren. BZÄK

Erste Hilfe Kursus

## Die anderen können's besser

Nach einer Studie der Universität Würzburg haben 30 Prozent der Deutschen noch nie an einem Erste-Hilfe-Kurs teilgenommen. Bei den anderen 70 Prozent liege der Kurs oft mehr als 15 Jahre zurück, sagte der Würzburger Unfallmediziner Prof. Peter Sefrin dem Gesundheitsmagazin „Apotheken Umschau“. Eine repräsentative



Foto: MEV

Umfrage des Magazins unter 2570 Befragten über 14 Jahren ergab, dass sich fast jeder Zweite (44,4 Prozent) nicht in der Lage sieht, bei einem Unfall Erste Hilfe zu leisten. Über 38 Prozent verlassen sich lieber auf andere und fast jeder Vierte würde die Hilfeleistung unterlassen, aus Angst sich zu verletzen, anzustecken oder Unannehmlichkeiten zu bekommen. Sefrin: „Jedes Jahr sterben rund 800 Menschen im Straßenverkehr, weil ihnen nicht rechtzeitig geholfen wurde, obwohl potenzielle Helfer vor Ort waren.“ om/dpa

Medizinische Einrichtungen

## Mehr Austausch gefordert

Die rheinland-pfälzische Sozialministerin Malu Dreyer (SPD) hat sich für mehr Informationsaustausch zwischen medizinischen Einrichtungen eingesetzt. „Die Patienten sind letztlich die Leidtragenden dieser sektoralen Abschottung“, meinte Dreyer kürzlich auf dem diesjährigen Kongress des Gesundheitsnetzes Rhein-Neckar-Dreieck in Speyer. Ziel müsse es sein, die Kommunikation zwischen Kliniken zu fördern. Die Zukunft gehöre Kooperationen wie dem Teleradiologie-Projekt des Gesundheitsnetzes.

Dieses Projekt soll es ermöglichen sowohl Röntgenaufnahmen als auch Kernspintomographien und Textdaten per E-Mail zwischen Krankenhäusern zu verschicken. Angeschriebene Experten anderer Kliniken könnten so per Ferndiagnose Empfehlungen zur Behandlung abgeben. om/dpa

Müntefering

## Vorwürfe an die PKV

Im Streit um die geplante Gesundheitsreform 2003 hat SPD-Generalsekretär Franz Müntefering dem Verband der Privaten Krankenversicherung „platte Falschinformationen“ vorgeworfen. Er bezog sich dabei in Berlin auf den Plan der SPD, die so genannte Versicherungspflichtgrenze von heute 3375 Euro auf 4500 Euro im Monat anzuheben. Erst ab dieser Einkommenshöhe dürfen Arbeitnehmer dann in eine private Krankenversicherung wechseln. Müntefering betonte, die geplante Erhöhung betreffe entgegen der Darstellung der Privatversicherer nur neue Versicherte. Das arbeitgebernahe Institut der deutschen Wirtschaft (IW) meldete allerdings Zweifel an, dass die Anhebung dieser Einkommensgrenze die Finanzlage der gesetzlichen Kassen tatsächlich verbessert. Im günstigsten Fall werde der durchschnittliche Kassenbeitrag von heute 14 Prozent um 0,15 Prozentpunkte sinken. Im ungünstigsten Fall sei eine Mehrbelastung der Kassen möglich, hieß es in einer IW-Studie. pr/dpa

### Gesundheitspolitischer Salon

## Großer Zuspruch

„Der große Zuspruch auf unsere Einladung freut uns sehr“, zog BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp eine positive Zwischenbilanz über den zweiten Gesundheitspolitischen Salon der Bundeszahnärztekammer. „Die Veranstaltung hat sich damit wohl endgültig in den Köpfen wichtiger Politiker und Entscheidungsträger des Gesundheitswesens etabliert.“ Zu den bekannten Namen, die der Einladung der BZÄK folgten, zählte auch Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (derzeit noch Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen), der ein Impulsreferat zu seinen zehn innovativen Thesen zur Erneuerung der Gesundheitspolitik hielt.

BZÄK

### Marburger Bund-Broschüre

## Mehr Chancen für Ärztinnen

Ein umfassendes Konzept zur Förderung der Chancengleichheit von Ärztinnen hat der Mar-

burger Bund von Bundesregierung und Krankenhasträgern gefordert. In einer jetzt veröffentlichten Broschüre weist die Klinikärzteorganisation, mit ihren 30 000 weiblichen Mitgliedern auch der größte deutsche Ärztinnenverband, auf vielfältige Probleme und subtile Diskriminierungen von Ärztinnen hin.

Die Ärztinnen-Broschüre kann beim Marburger Bund, Riehler Straße 6, 50668 Köln bestellt werden. Für Mitglieder des Marburger Bundes ist sie unter Angabe der Mitgliedsnummer erhältlich. Nicht-Mitglieder senden bitte einen DIN A 4-Umschlag mit 1,53 Euro frankiert. pr/pm

### Bundesverband Freie Berufe

## Freiberuflerkultur unterstützen

Die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) hat in einer Resolution die Bundesregierung und die Länder dazu aufgefordert, die Belange der Freien Berufe in den laufenden Reformprozessen deutlicher zu unterstützen. Die Delegiertenversammlung kritisierte vehement die Unausge-

glichenheit des kürzlich seitens der Europäischen Kommission vorgelegten Vorschlags für eine Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Zur Gewährleistung eines qualitativ hohen und einheitlichen Berufszugangs- und -ausübungsstandards in der gesamten Europäischen Union sei es unerlässlich, berufsspezifische Einzelregelungen fortzuführen und neu zu

schaffen. Eine Unterschreitung des bisherigen Qualifikationsniveaus sei im Interesse des Verbraucherschutzes abzulehnen, so der BFB. om/pm

### Versorgungswerke

## FDP sichert Unterstützung zu

Die Generalsekretärin der FDP, Cornelia Piper, hat den berufsständischen Versorgungswerken ihre Unterstützung zugesagt. Sie versprach, sich für die Übernahme von Beiträgen für Kinder erziehende Mitglieder durch den Bund einzusetzen. Piper wies darauf hin, dass dem Staat jedes Kind gleich viel wert sein müsse, unabhängig davon, wo Vater oder Mutter rentenversichert seien. Die FDP werde auch in der kommenden Legislaturperiode zu den berufsständischen Versorgungswerken stehen, so Piper. Die FDP habe in ihrem Wahlprogramm beschlossen, berufsständischen Versorgungswerken eine Bestandsgarantie zu geben und vor staatlichem Zugriff zu schützen. om/pm

### Internet-Apotheke

## KKH klagt gegen Verbot

Die Kaufmännische Krankenkasse streitet als erste Ersatzkasse rechtlich für die Internet-Apotheke. Es sei Klage gegen ein Sofortverbot des Bundesversicherungsamtes eingereicht worden, Kosten für Arzneien aus dem Versandhandel zu übernehmen, teilte die Hannoveraner Krankenkasse mit. Allein die KKH könne jährlich auf diesem Wege rund zehn Millionen Euro sparen, sagte der Vorstandsvorsitzende Ingo Kailuweit.

Die Kasse hatte zuvor für den Vertrieb von Arzneimitteln im Internet bei ihren Mitgliedern geworben. Kailuweit sagte: „Der Versandhandel wird das Gesundheitssystem nicht retten, er würde aber die großen Schmerzen bei den Arzneimittelausgaben lindern.“ Besonders in den ersten Monaten des Jahres seien die Ausgaben für Medikamente aller Kassen dramatisch gestiegen. Es sei nicht einzusehen, dass der Versandhandel in anderen Ländern Europas zugelassen, in Deutschland aber verboten sei.

om/dpa

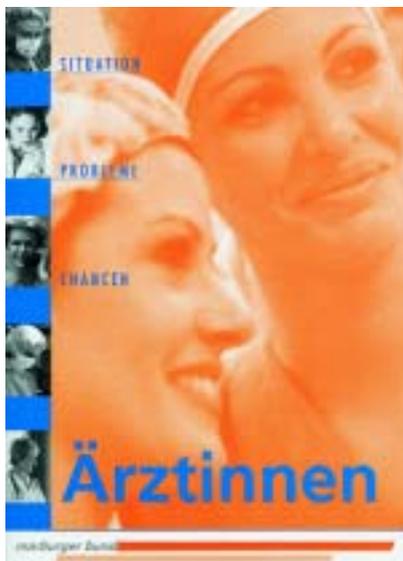


Foto: MEY

### Arzneieinsparungen

## Kritik an Prämie für Ärzte

Der Verband der Krankenversicherten Deutschlands hat die Vereinbarung von Sparprämien für Kassenärzte bei den Arzneiausgaben als Verstoß gegen die Berufsordnung der Ärzte kritisiert. Nach Angaben des Verbandes haben die Spitzen von Kassen und Ärzten in einigen Bezirken vereinbart, dass Mediziner eine Prämie von bis zu 5 000 Euro im Jahr bekommen, wenn sie bei Arzneien sparen. „Es ist im höchsten Maße unethisch, wenn der Arzt zum Nachteil der Patienten Arzneimittel verweigert oder billige, nebenwirkungsreichere Medikamente verordnet und daran verdient“, sagte Verbandspräsident Heinz Windisch in Berlin. pr/dpa



König Zahnlos

## Prophylaxe mit Firmensupport

„König Zahnlos“ ist der Titel eines Kinderbuches, das mit dem Ziel, die Kariesprophylaxe zu fördern, konzipiert und aufgelegt wurde. 160 Grundschüler aus Ellwangen erlebten im Kinder- und Jugenddorf „Marienpflege“ die

Im Anschluss an die Vorstellung erhielten die Schüler ein persönliches Buchexemplar sowie das „König Zahnlos-Zahnpflegepaket“ mit nützlichen Utensilien für die Zahnpflege. Der Inhalt des Paketes wurde unter anderem



Foto: Ivoclar Vivadent

Buchpremiere. Präsentiert wurde die Neuerscheinung von Kinderclown „Mausi Mausini“ im Rahmen eines einstündigen Mitspieltheaters zum Thema „Mundgesundheit“. Mausini verstand es, spielerisch die Themen gesunde Zähne, Ernährung und Zahnpflege darzustellen und die jungen Zuschauer und ihre Lehrer zum Mitmachen zu bewegen.

von Wrigley GmbH, Oral B und der AOK gesponsert, das Buchprojekt von Ivoclar initiiert. Den Leitern der teilnehmenden Schulen wurde „für den Fall der Fälle“ je eine Zahnrettungsbox überreicht.

Die Aktion „König Zahnlos“ soll in den kommenden Monaten an weiteren Schulen im Bundesgebiet fortgesetzt werden. sp

Neu

## Brustkrebstelefon eingerichtet

Seit Mitte Juni 2002 ist ein neuer Telefon-Service für Frauen mit Brustkrebs und deren Angehörige verfügbar, berichtet das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Unter der Telefonnummer 06221/424343 werden montags bis freitags zwischen 8.00 Uhr und 12.00 Uhr speziell geschulte Mitarbeiter des Forschungszentrums Fragen zu Brustkrebs, Einrichtung

gen des Gesundheitswesens, Internetangeboten, Broschüren, laufenden Studien oder auch alternativen Heilmethoden beantworten. Der neue, spezielle Informationsdienst zu Brustkrebs ergänzt den bereits bestehenden allgemeinen Krebsinformationsdienst, der zu den gleichen Zeiten unter der Telefonnummer 06221/ 41 01 21 erreichbar ist. sp/dpa

Neue Studie

## Triclosan wirkt antibakteriell

Die antibakterielle Wirkung von Triclosan, das in der Formulierung von Zahnpasten als Schäumungsmittel eingesetzt wird, hat jetzt eine In-vivo-Studie eines Teams in Dresden bestätigt. Getestet wurden die triclosanhaltigen Zahnpasten Colgate Total®, el-ce med 40 plus®, Odol med 3 40 plus® im Vergleich zu Placebo und einer Triclosan-neutralen Pasta Putzi®. Es zeigte sich im Cross-over-Design mittels Vitalfluoreszenzmessung der Plaque, dass die Plaquevitalität nach Anwendung der Triclosanpasten signifikant gesenkt wurde. Die klinisch relevante Wirkung hält bis mindestens sechs Stunden nach Anwendung an, so schreiben die Forscher in der dzz 57 (2002). sp

Auslobung

## Hufeland-Preis 2003

Zum 43. Mal wurde jetzt vom Kuratorium der Stiftung der „Hufeland-Preis“ zur Förderung der Präventivmedizin in Deutschland ausgeschrieben.

Für den mit 20 000 Euro dotierten Preis können sich alle Ärzte und Zahnärzte bewerben, die eine deutsche Approbation besitzen – unabhängig davon, ob sie in Klinik oder Forschung, in der Praxis oder im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind. Ebenfalls zugelassen sind maximal zwei Co-Autoren mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium. Unabdingbare Voraussetzung für eine Teilnahme an der Ausschreibung ist, dass sich die eingereichten Arbeiten mit der Präventivmedizin im weites-

ten Sinne befassen und auf eigenen ärztlich-wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Praxis, Klinik oder Grundlagenforschung beruhen. Zu den Trägern des Preises gehören neben der Stifterin, der Deutschen Ärztesversicherung AG, Köln, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.. Einsendeschluss ist der 31. März 2003. Näheres unter: Brigitte Könemann, Deutsche Ärztesversicherung AG, Siegburger Straße 215, 50679 Köln, Tel.: 0221/ 148-361 06, Fax: 0221/148-233 74. sp/pm

Latexallergie

## Was heißt nun „puderfrei“?

Ziel einer Untersuchung war es, freigesetzte Partikel im Aerosol puderfreier und gepudertes Latexhandschuhe zu messen und zu charakterisieren. Es erfolgte ein simulierter Einsatz an einer Handprothese in einer abgeschlossenen Kammer. Es fanden



Foto: PhotoDisc

sich latexhaltige Aerosole sowohl bei gepuderten als auch bei puderfreien Handschuhen. Die Partikel waren jeweils fein genug, um in die oberen Atemwege und in die Lunge zu gelangen. Fazit: Bei einer Latexallergie sollte man auch an Aerosole aus puderfreien Handschuhen denken. sp/pd

### Durchblutungsstörungen

## **Radfahrer werden oft impotent**

Nach längeren Radtouren klagen einige Sportler über Taubheitsgefühle im Genitalbereich sowie erektile Dysfunktion. Jetzt wurde untersucht, ob Durchblutungsstörungen, die durch das Sitzen auf dem Sattel ausgelöst werden könnten, dabei eine Rolle spielen.

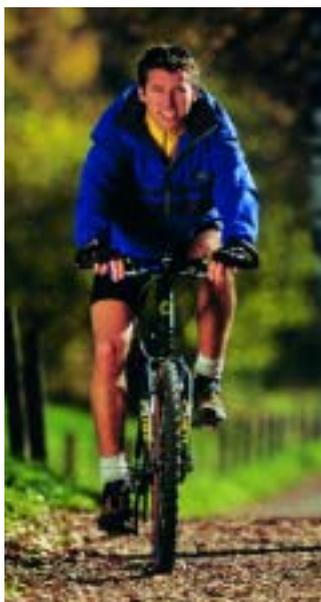


Foto: MEV

An der Studie nahmen 100 gesunde Sportler teil. Gemessen wurde der transkutane penile Sauerstoffdruck (tp02). Bereits nach fünf Minuten Fahren im Sitzen nahm die penile Durchblutung um 70 Prozent ab. Nach einer zehnminütigen Ruhepause erholte sich die Durchblutung vollständig.

Fahrrad fahren im Stehen verringerte die Durchblutung nur wenig. Wechselten die Probanden von sitzender zu stehender Fahrposition, kam es zu einem signifikanten Anstieg der Durchblutung. Auf dem Liegefahrrad kam es zu keiner Beeinträchtigung der penilen Durchblutung. Auch die Form des Sattels war von Bedeutung: Auf einem normalen

Herrensattel kam es zu der beschriebenen Abnahme der Durchblutung um 70 Prozent. Wurde ein Damensattel benutzt, verringerte sich die Durchblutung dagegen nur um 22 Prozent, wie die Dtsch Med Wochenschr 939-943 schreibt.

sp/pm

### LKG-Zentren

## **Weniger spätere Korrektur-OP's**

Werden Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten (LKG) in spezialisierten Zentren behandelt, sinkt nach den Primäroperationen die Zahl der erforderlichen Sekundärkorrekturen, etwa zur Verbesserung des Sprechvermögens. Nötig sind allenfalls individuelle kleinere Korrekturen. An den Spalt-Zentren arbeiten Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen mit anderen Fachärzten und Spezialisten in interdisziplinären Teams zusammen. Diese komplexe Versorgung hat die Behandlungsergebnisse in den letzten Jahren deutlich verbessert, betonten jetzt Experten auf dem 52. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Leipzig.

Die isolierten Lippenspalten, Lippen-Kiefer-Spalten oder Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten sind am häufigsten (eins von 500 Kindern) und betreffen zumeist Jungen. Seltener sind Spalten ausschließlich im harten und weichen Gaumen (eins von 1500 Kindern), die überwiegend bei Mädchen auftreten. sp/pm

Kandidaten-Duell ohne FDP

## Ungewollter Einzelkämpfer

Gong. Ring frei zur ersten Runde. In der einen Ecke, mit roten Hosen, Champion Gerhard

Schröder. In der anderen Ecke, mit schwarzen Hosen, der Herausforderer Edmund Stoiber.



Fotomontage: zm

Generationenwechsel

## Yuppies unterm Bundesadler

Neue Politiker braucht das Land. Und das sagen erstaunlicherweise nicht nur die Wähler, son-

der bleibt die Frage: Wer kommt dafür? Für Beobachter der hauptstädtischen Polit-Szene ist

ganz klar, dass sich im Reichstag ein Generationenwechsel anbahnt. Die Yuppies stürmen die Abgeordneten-Bänke und bringen den Geist der Generation X in das Parlamentsgebäude an der Spree.

Das bringt zwar einiges an Ungewohntem und Neuerungen mit sich – Debatten werden künftig wohl von Armani-Anzügen, Anglizismen und After-Work-Partystimmung geprägt sein. Aber den Generationenwechsel im Reichstag hat auch einen unschlagbaren Vorteil: Ecstasy hinterlässt deutlich weniger Rückstände in den Abgeordneten-Toiletten als Koks. dev



Foto: MEV/zm (M)

der auch die Volksvertreter selbst. Fast 200 Abgeordnete des Deutschen Bundestages werden in der kommenden Legislaturperiode ihren Platz räumen – voraussichtlich jedes vierte MdB verliert sein Mandat. Norbert Blüm und Christian Schwarz-Schilling gehen, Rudolf Seiters und Theo Waigel – sogar Heiner Geißler und Rita Süssmuth.

Und in der dritten Ecke – Moment mal, die gibt's beim Boxen doch gar nicht!

Stimmt. Das musste Guido Westerwelle jetzt auch feststellen. Wenn sich die beiden großen Titelfavoriten von SPD und CDU am 8. September in einem Berliner Fernsehstudio zum telegenen Schlagabtausch treffen, ist der Underdog von der FDP nicht mit dabei. Das Kandidaten-Duell zur Bundes-

tagswahl soll nach dem Willen von ARD-Chefredakteur Hartmann von der Tann nicht zu einem „Triell“ werden.

Einerseits ist das natürlich ärgerlich für Westerwelle, der zurzeit konditionell in Topform ist und seinen Konkurrenten bestimmt einen technischen K.O. beschreiben würde. Andererseits ist das auch gut für Westerwelle. Denn wer nicht boxt, holt sich auch kein blaues Auge. dev

## Aufgeschnappt und angespitzt

■ Die Jungen und die Wilden halten die Berliner Polit-Szene in Atem. Sei es der Babyboomer-Nachwuchs im Plenarsaal des Reichstags, die ungestümen Underdogs des Wahlkampfes oder die hemmungslosen Senatoren im Roten Rathaus – an der Spree gibt es in diesen Wochen einfach kein Halten mehr. Außer vielleicht in der U-Bahn.



Foto: MEV

Sarrazin will alles kürzen

## Orgiastische Haushaltsführung

Zustände wie im alten Rom – wo ein wildes Gelage auf das nächste folgte – beklagen Regierende und Oppositionelle im Berliner Senat. Als Reaktion auf seine zusammengestrichene Haushaltsplanung hat Finanzsenator Thilo Sarrazin sich von der gegnerischen Fraktion anhören müssen, er veranstalte „Kürzungs-Orgien“. Welche zudem auch noch verfassungswidrig seien, weil die Investitionsausgaben unter der Neuverschuldung liegen.

Doch davon will Sarrazin eigentlich nichts wissen. Schließlich

habe die heutige Opposition zu ihren Regierungszeiten ebenfalls „massiv geschummelt“ – und im Roten Rathaus „umfangreiche Ausgabe-Orgien“ gefeiert. Über soviel Dekadenz in der preußischen Hauptstadt kann man sich dann doch nur wundern. Wahrscheinlich gibt's in Sarrazins Haushalt eigens einen Sonderposten – für „ausschweifende Politiker-Gelage“. dev

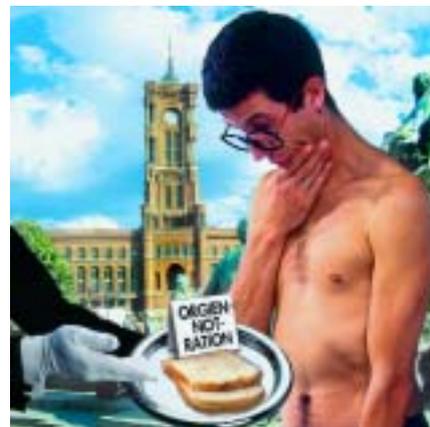


Foto: MEV/zm (M)

*Deutsche Apotheker- und Ärztebank*

## Erfolg in schwierigem Umfeld

**Auf der Vertreterversammlung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank am 14. Juni 2002 in Neuss konnte Vorstandssprecher Werner Wimmer einen angesichts des schwierigen Umfeldes zufrieden stellenden und im Hinblick auf den Ausbau der Marktposition erfolgreichen Abschluss des allgemein problematischen Bankenjahres 2001 präsentieren. Mit einem großen Festakt beging die Bank ihr 100-jähriges Jubiläum.**



Die Redner beim Festakt: Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, der Düsseldorfer Oberbürgermeister Joachim Erwin, der Präsident des Bundesverbandes der Dt. Volks- und Raiffeisenbanken Prof. Dr. Christopher Pleister und Apo-Bank Vorstandssprecher Werner Wimmer.

Die Verbandsspitzen der Zahnärzte: BZÄK-Hauptgeschäftsführer Klaus Schlechtweg, BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und KZBV-Chef Dr. Rolf-Jürgen Löffler (v.l.n.r.).

Vor rund 700 Vertretern und Gästen der Bank legte Wimmer dar, dass man angesichts der Rahmenbedingungen doch von einem achtbaren Jahresabschluss sprechen wolle. So sei der Zinsüberschuss der letztmalig in D-Mark erstellten Jahresrechnung um rund 71 Millionen DM auf 679 Millionen DM angestiegen, wozu neben dem kräftig wachsenden Kreditgeschäft vor allem auch mittelfristige Globalmaßnahmen im Treasury-Bereich beigetragen haben. Der Rückgang des Provisionsüberschusses um 41 Millionen auf 151 Millionen DM sei dagegen wenig erfreulich, wengleich auf Grund der Börsensituation nachvollziehbar und vergleichsweise noch „im Rahmen“.

Vom Betriebsergebnis in Höhe von 206 Millionen DM seien insgesamt 95 Millionen DM für Steuern aufzuwenden. Aus dem Bilanzgewinn in Höhe von 111 (Vorjahr 100) Millionen DM erfolgt – dem später gefassten Beschluss der Vertreterversammlung entsprechend – eine Rücklagenzuführung in Höhe von 60 Millionen DM sowie die Ausschüttung einer Dividende von sechs Prozent plus ein Prozent Jubiläumsbonus im Hinblick auf das 100-jährige Bestehen der

Bank im Jahr 2002. Wie schon im Jahr zuvor habe die Bank 9100 neue Kunden begrüßen können. Die Gesamtkundenzahl

### zm-Info

#### Wahlen zum Aufsichtsrat

Bei den Wahlen zum Aufsichtsrat wurden von den turnusmäßig ausscheidenden Mitgliedern Dr. med. dent. Hans-Hermann Liepe und Dr. med. dent. Bernhard Reilmann wiedergewählt. Neu in den Aufsichtsrat berufen wurden: Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe und der FVDZ-Vorsitzende Dr. Wilfried Beckmann. Bei der Konstituierenden Sitzung des Aufsichtsrats im Anschluss an die Vertreterversammlung wurde Dr. med. dent. Wilhelm Osing einstimmig im Amt des Aufsichtsratsvorsitzenden bestätigt. Dr. med. Ulrich Oesingmann wurde erneut zum Ersten stellvertretenden Vorsitzenden, Apotheker Hermann Stefan Keller zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden ohne Gegenstimme wiedergewählt.

erreiche inzwischen 235 700. Ein Grund für den anhaltenden Zugang an Neukunden sei sicherlich, dass die Heilberufsangehörigen gerade in wirtschaftlich schwierigeren Zeiten die Begleitung einer erfahrenen Bank schätzten.

Dies werde unterstrichen durch die Ausweitung der Kundenkredite um 2,3 Milliarden auf 26,4 Milliarden DM. Bei den Neuausleihungen im Darlehensbereich, die mit vier Milliarden DM um rund 550 Millionen DM höher als im Vorjahr lagen, sei die kräftige Ausweitung der Existenzgründungsfinanzierungen besonders bemerkenswert.

Bei der Einlagenentwicklung habe man von der schwierigen Börsensituation des Jahres 2001 profitieren können. So komme

die höhere Liquiditätshaltung in einem Anstieg der Sichteinlagen zum Ausdruck, und auch der Zuwachs der Termineinlagen und Spareinlagen sei auf die wenig attraktive Börsenlage zurückzuführen. Das Einlagenvolumen insgesamt sei gegenüber dem Vorjahr um 3,4 Milliarden auf 28,1 Milliarden DM angestiegen.

Politisch wurde Wimmers mit seinen Wünschen an die zukünftige Bundesregierung. „Wäre es nicht sinnvoll,“ so fragte er, „bei der Gesundheitsreform einen Weg einzuschlagen, für den die ersten sieben Schritte von sachkundigen Heilberufsangehörigen Berufsgruppen übergreifend bereits vorgezeichnet sind?“. Unabhängig davon könne jede Berufsgruppe zusätzliche Schwerpunkte setzen, wie es sehr deutlich auf dem letzten Deutschen Ärztetag und im Vorfeld auf der Vertreterversammlung der KBV geschehen sei, oder wie es beispielsweise im Konzept der Zahnärzte für Grund- und Wahlleistungen bei strikter Kostenerstattung und Selbstbeteiligung zum Ausdruck komme.

#### Würdiges Jubiläum

Mit einem großen Festakt in der Deutschen Oper am Rhein in Düsseldorf und anschließender Opernvorführung beging die Bank ihr 100-jähriges Jubiläum im großen stilvollen Rahmen.

pr

*Gesundheitspolitische Veranstaltung in Kiel*

## Evolution mit revolutionären Schritten

**Im Vorfeld der Kieler Woche fand eine gesundheitspolitische Diskussionsrunde statt, die vom Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) organisiert wurde. Eines war deutlich: Die weitreichendsten Konzepte zu einer Reform des Gesundheitswesens kamen von Seiten der Zahnärzteschaft und der FDP.**

Die gesundheitspolitische Diskussion unter der Leitung und Moderation von Prof. Dr. Fritz Beske im Vorfeld der Kieler Woche hat Tradition. Diesmal waren Spitzenvertreter von Parteien und Verbänden geladen, die über die Frage debattierten: „Revolutionäre

im Leistungsge-schehen zu führen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis müsse im Mittelpunkt



Fotos: Kirchwehm



*Das Forum im Schlagabtausch (v.l.n.r.): Dr. Hans Jürgen Ahrens, AOK, Dr. Hans Georg Faust, CDU, Dr. Burghard Rocke, DKG, Moderator Prof. Dr. Fritz Beske, Dr. Robert Schäfer, BÄK, Rolf Stuppardt, IKK, Dr. Dieter Thomae, FDP, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, BZÄK (auch o.r.) und Dr. Wolfgang Wodarg, SPD.*

oder evolutionäre Entwicklung – können wir eine System verändernde oder systemkonforme Gesundheitsreform erwarten?“ Im Beisein von Fachleuten und Angehörigen aller Gesundheitsberufe, darunter auch dem Kammerpräsidenten Schleswig-Holsteins, Dr. Tycho Jürgensen, ergab sich ein interessanter fachlicher Schlagabtausch.

Um es gleich vorweg zu nehmen: Die innovativsten Konzepte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens kamen aus den Reihen der Zahnärzteschaft und der FDP. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, brachte die Sache auf den Punkt. In zehn Jahren hätten mehr als 8000 neue Paragraphen nicht dazu geführt, das Gesundheitswesen zu verbessern. Eher aus der Not heraus spreche er sich für eine Evolution statt einer Revolution aus. De facto bedürfe es einschneidender Änderungen im System, um das deutsche Gesundheitswesen europatauglich zu machen. Das bedeute: Abbau von Bürokratie und mehr Eigenverantwortung des Patienten. Die Kostenerstattung sei das geeignete Instrument, um zu mehr Wettbewerb und Transparenz

stehen: „Mein bester Kontrolleur ist und bleibt der Patient.“ Weitkamp erteilte Diskussionen um die Anhebung der Versicherungspflicht und wachsenden Reglementierungen eine klare Absage.

Eine starke Unterstützung kam seitens der FDP. Dr. Dieter Thomae vom Bundestags-Gesundheitsausschuss plädierte für „etwas Revolution“, nämlich einen Abschied vom Sachleistungssystem und eine Hinwendung zur Kostenerstattung. Gekoppelt damit müssten Selbstbeteiligungen, und Bonusregelungen greifen. Der Leistungskatalog müsse entschlackt werden. Vor allem werde Europa im Gesundheitswesen verstärkt eine Rolle spielen.

### Mehr Eigenverantwortung

Dr. Hans-Georg Faust (CDU/CSU), Mitglied des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, gemahnte, der PKV einen höheren Stellenwert einzuräumen, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Patienten zu stärken, ohne den solidarischen Aspekt aus den Augen zu verlie-

ren. Er sprach sich für mehr Wettbewerb, Qualität und Transparenz und gegen Budgetierung und Rationierung in den Arztpraxen aus. Wenig Innovatives kam von Seiten der SPD. Wolfgang Wodarg (SPD) vom Bundestags-Gesundheitsausschuss betonte, es sei erforderlich, das System zu stabilisieren und Effizienzreserven zu schaffen. „Wir dürfen mit Scheinargumenten das System nicht kaputt reden.“ Ähnlich der Tenor der Krankenkassen: Es gebe keinen Grund, so der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Hans Jürgen Ahrens, das Gesundheitswesen umzukrempeln. Man müsse aber das Problem der Über-, Unter- und Fehlversorgung in den Griff bekommen und die Qualität der Versorgung heben.

Rolf Stuppardt, Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes, plädierte für mehr Transparenz, eine stärkere Standardisierung, Vernetzung, mehr Wirtschaftlichkeit und mehr Prävention.

Vertreter der Ärzteschaft plädierten ebenfalls für die Weiterentwicklung von Reformen im System. Seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft hob deren Präsident, Dr. Burghard Rocke, den drohenden Ärztemangel und die Notwendigkeit hervor, angesichts der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts neue Wege zu beschreiten.

Im Rahmen der Veranstaltung kamen zwei in sich geschlossene innovative Konzepte im Gesundheitswesen zur Sprache: Die befundorientierten Festzuschüsse der Zahnärzte und die DRGs im Krankenhauswesen. Dr. Weitkamp stellte die Systematik des zahnärztlichen Modells ausführlich dar. Er machte deutlich, dass es sich dabei um ein Konzept handelt, in dessen Mittelpunkt der Patient und das Verhältnis zu seinem Zahnarzt stehe. Es sei europakompatibel, fördere den Wettbewerb und ermögliche gleichen Zugang zum medizinischen Fortschritt für jeden. Prof. Beske sprach sich dafür aus, dass ein solches System einmal modellhaft erprobt wird. pr

*Treffen der Länderpressereferenten in Dresden*

## Neue Ideen und offene Worte

**Es wurde ein heißes Juni-Wochenende im Dresdner Tagungshotel – und das nicht nur wegen der sommerlichen Temperaturen im Sitzungsraum. Das Programm des wechselseitig von KZBV und BZÄK organisierten, traditionellen Treffens der Pressereferenten von Landeszahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hatte es in sich. Den Teilnehmern ging es vor allem darum, wie sich gesundheitspolitische Vorstellungen und Konzepte der Zahnärzteschaft in Öffentlichkeit und Politik kommunizieren lassen.**

Zwei Tage lang sollte referiert und diskutiert werden – und zwei Fragen sollten dabei vor dem Hintergrund der öffentlichen Wahrnehmung der Zahnärzteschaft im Mittelpunkt stehen: „Wo müssen wir uns ändern?“ und „Wo müssen wir unsere Umwelt ändern?“. So formulierte es Dr. Dietmar

Dr. Jürgen Fedderwitz, stellvertretender Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, zog nach den ersten 100 Amtstagen des neuen Vorstandes eine erste, positive Zwischenbilanz. Zwar habe sich die Begrifflichkeit geändert, das gesundheitspolitische Ziel der befundbezogenen Festzu-

gebnis: 83 Prozent der gesetzlich versicherten Deutschen sind mit ihren Zahnärzten zufrieden. Damit liegt die Zahnärzteschaft in der Gunst der Bevölkerung noch vor den Ärzten. An spezifischen zahnärztlichen Themen besteht indes wenig öffentliches Interesse. Forsa hatte die Patienten zudem gefragt, welche medizinischen Angebote zum Katalog der „Grundleistungen“ gehören sollten: „Zahnersatz“ landete mit 85 Prozent auf dem dritten Platz.

„Die Patienten sind bereit, mehr Geld anzulegen“, stellte Hans-Dieter Nolting vom Iges-Institut fest, welches die Janssen-Cilag-Bevölkerungsstudie durchgeführt hat (siehe zm 10/2002). Auch die Bereitschaft zu verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen sei mit 74 Prozent groß. Insgesamt, so Nolting, würde die Stimmung in Sachen Gesund-



Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, gleich zu Beginn. „Kommen unsere Botschaften, unsere gesundheitspolitischen Überlegungen überhaupt in der Öffentlichkeit an?“

Gerade in der momentanen Situation – wenige Monate vor der Bundestagswahl – seien beste Voraussetzungen gegeben, um politischen und gesellschaftlichen Einfluss geltend zu machen und die zahnärztlichen Reformvorschläge zum Gesundheitswesen stärker ins Gespräch zu bringen. Zu den aktuellen Maßnahmen der BZÄK zähle der zweimal jährlich veranstaltete „Gesundheitspolitische Salon“. Mit den „Wahlprüfsteinen“, den „Sieben Thesen zur Gesundheitspolitik“ und der Etablierung des BZÄK-Consiliums seien weitere Instrumente und Institutionen zur politisch und wissenschaftlich fundierten Meinungsbildung geschaffen worden.

*Podium und Plenum bei der Arbeit: Dr. Joachim Friedrich Staab und Hans-Dieter Nolting stellen ihre Untersuchungen vor (links). Hartwig Broll, Dr. Dietmar Oesterreich, Mary van Driel vom Brüsseler BZÄK-Büro, Till Haufs und Dieter Krenkel (v. l. n. r.) diskutieren über Strategien der Lobbyarbeit.*

schüsse sei jedoch gleich geblieben. Auch stehe die Öffentlichkeitsarbeit der KZBV in der Kontinuität vergangener Jahre. Diese sei wie immer geprägt durch das beharrliche Bohren besonders dicker Bretter.

### Erfreuliches Ergebnis

Mit dem Bild, das sich die Bevölkerung vom zahnärztlichen Berufsstand macht, hatte sich Dr. Joachim Friedrich Staab vom Forsa-Institut beschäftigt. Insgesamt 2000 Patienten waren in einer breit angelegten Untersuchung befragt worden. Das erfreuliche Er-

gebnis innerhalb der Bevölkerung jedoch immer schlechter.

Offene Worte zur Lobbyarbeit fand Hartwig Broll vom Gesundheitspolitischen Informationsdienst gid. Er erläuterte, was die Repräsentanten der Zahnärzteschaft unternehmen können, um ihre Anliegen besser in politischen Kreisen vertreten und kommunizieren zu können. Dieter Krenkel, KZBV-Vorstandsreferent für Öffentlichkeitsarbeit, unterstrich Brolls Anregung zu einer Professionalisierung der zahnärztlichen Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit.

Mit der Rolle der Zahnärzteschaft in den Redaktionen der Boulevardpresse hatte sich der Journalist Till Haufs beschäftigt. „Der Boulevard spricht von Stories statt von Beiträgen“. Anstelle von Projekten und Konzepten müsse der Mensch im Mittelpunkt stehen – im Grunde also so, wie es in einer Zahnarztpraxis der Fall ist. dev

GOZ-Analyse: Jahresauswertung 2000

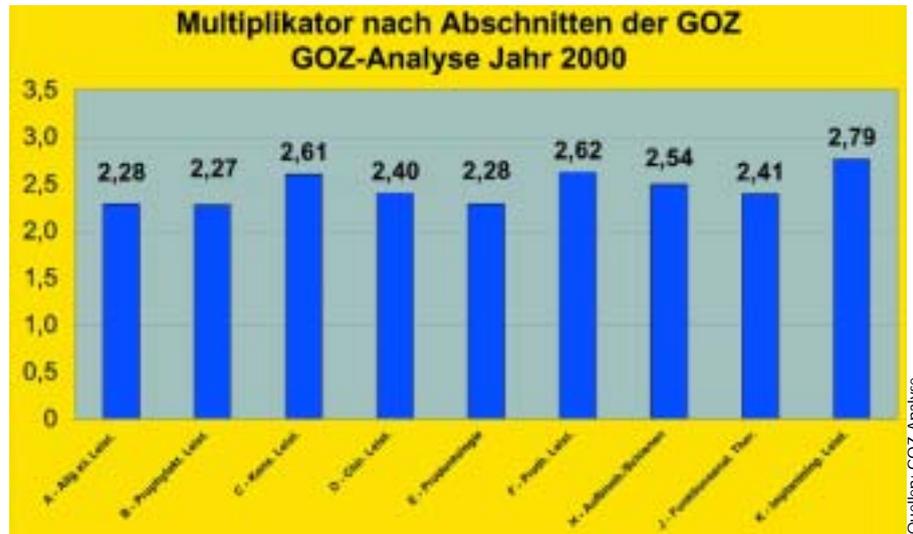
## Rechnungsbetrag real zurückgegangen

Die GOZ-Jahresanalyse bringt es auf den Punkt: Zwar ist der durchschnittliche Rechnungsbetrag im Vergleich zum Vorjahr kaum gestiegen, bezieht man jedoch die Teuerungsrate ein, zeigt es sich ganz deutlich: Unter dem Strich wird weniger liquidiert.

GOZ-Analyse  
BZÄK · KZBV · IDZ

Im Jahre 1997 wurde das Projekt „GOZ-Analyse“ als Gemeinschaftsvorhaben der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ins Leben gerufen. Mit der Analyse werden – auf Dauer angelegt – Daten zum privatärztlichen Liquidationsverhalten erhoben und ausgewertet. Aus gutem Grund: In Diskussionen mit der Politik oder Auseinandersetzungen mit Vertretern der privaten Krankenversicherungen sah sich die Zahnärzteschaft immer wieder mit Behauptungen und Zahlenmaterial konfrontiert, deren tatsächlicher Gehalt sich jeder Kontrolle entzog. Jeder weiß, wenn Zahlen nur oft genug wiederholt werden, verfestigen sie sich in der öffentlichen Wahrnehmung zu einer kaum mehr hinterfragten Größe.

Seit 1998 werden daher bundesweit bei gut fünfhundert teilnehmenden Zahnärzten sämtliche GOZ/ GOÄ-Positionen mit Häufigkeit, Multiplikator und Betrag sowie die Material- und Laborkosten, getrennt nach Praxislabor und gewerblichem Labor, erfasst. Ergänzt wird dieses Datenmaterial um soziodemographische Daten, wie Alter, Geschlecht, Praxisorganisation, Kammerbe-



Multiplikator nach GOZ-Abschnitten

reich, Anteil der Privatpatienten. Die Kombination dieser Daten lässt eine so vielschichtige Auswertung der Erhebungsdaten zu, dass diese eine fast unerschöpfliche Erkenntnisquelle darstellen.

### Breite Basis

Im Jahr 2000 nahmen rund 450 Zahnärzte an der Erhebung teil. Ausgewertet werden konnten insgesamt 73 223 Liquidationen.

Wie in den Jahren zuvor beruht die Auswertung daher wieder auf einer erfreulich breiten Basis und ergibt so ein repräsentatives Bild des Liquidationsgeschehens.

Im Vergleich der Auswertung mit den Ergebnissen der Vorjahre fällt zunächst auf, dass es kaum nennenswerte Veränderungen gibt. Oberflächlich betrachtet, gibt es dafür eine einfache Erklärung: Die Grundlage der Liquidation, die GOZ, blieb einmal mehr unverändert. Und so verwundert es zunächst auch nicht, dass der durchschnittliche Rechnungsbetrag für das zahnärztliche Honorar einschließlich Material- und Laborkosten nur von 672 DM im Jahre 1999 auf 674 DM im Jahre 2000 gestiegen ist. Bemerkenswert wird dieser Wert, wenn man berücksichtigt, dass der Preisindex für die Lebenshaltung in Deutschland im Jahresdurchschnitt 2000 gegenüber 1999 um 1,9 Prozent gestiegen ist. Dies war bis dahin die höchste jahresdurchschnittliche Teuerungsrate seit 1997 (ebenfalls plus 1,9). Unter dem Strich wird also weniger liquidiert, eine Tendenz die sich seit Beginn der GOZ-Analyse fortsetzt – die Jahresauswertung



Die Aufteilung des Rechnungsvolumens

## Multiplikatoren und Rechnungsbetrag Privatversicherte

### Häufigkeitsverteilung der Multiplikatoren (persönliche und med. technische Leistungen)

	GOZ-Analyse 2000	GOZ-Analyse 1999	GOZ-Analyse 1998
<b>bezüglich der Anzahl der Leistungen *)</b>			
< 2,3	10,0 %	9,4 %	10,5 %
= 2,3	74,8 %	76,3 %	77,0 %
> 2,3 und < 3,5	9,1 %	9,0 %	8,4 %
= 3,5	5,7 %	5,2 %	4,1 %
> 3,5	0,4 %	0,1 %	0,1 %
<b>bezüglich des Einfachsatzes *)</b>			
< Regelhöchst	9,5 %	8,7 %	9,7 %
= Regelhöchsatz	65,5 %	66,4 %	66,2 %
> RHS und < Höchsatz	14,8 %	15,5 %	15,5 %
= Höchsatz	9,6 %	8,9 %	8,3 %
> Höchsatz	0,6 %	0,5 %	0,4 %
<b>bezüglich des Honorarvolumens *)</b>			
< 2,3	6,2 %	5,6 %	6,4 %
= 2,3	60,9 %	61,8 %	61,8 %
> 2,3 und < 3,5	18,1 %	18,9 %	19,0 %
= 3,5	13,7 %	12,8 %	11,9 %
> 3,5	1,1 %	0,9 %	0,8 %
*) 2,3fach: 2,3fach bzw. 1,8fach bzw. 1,15fach 3,5fach: 3,5fach bzw. 2,5fach bzw. 1,3fach			
<b>durchschnittl. Rechnungsbetrag</b> (Honorar und Mat.- u. Laborkosten)	674 DM	672 DM	690 DM
<b>durchschnittl. Multiplikator</b> persönliche Leistungen med. techn. Leistungen	2,47 1,82	2,47 1,82	2,46 1,82

#### Multiplikatoren und Rechnungsbetrag

1998 ergab noch einen durchschnittlichen Rechnungsbetrag von 690 DM.

### Erheblicher Aufwand

Dem Zahnarzt steht nach § 5 Abs. 1 GOZ ein Gebührenrahmen vom einfachen bis 3,5fachen des Gebührensatzes zur Verfügung. Da die Politik, die für die Punktwertanpassung zuständig ist, die Hände in den Schoß legt, ist die Ausschöpfung des Gebührenrahmens für den Zahnarzt die einzige verbleibende Möglichkeit zur Einkommenssteuerung. Die Betrachtung, wie von dieser Gestaltungsmöglichkeit Gebrauch gemacht wird, verdient daher besonderes Augenmerk.

84,8 Prozent der Leistungspositionen (Vorjahr 87,5 Prozent) werden mit einem Steigerungssatz von 2,3 oder darunter abgerechnet. Dieser Wert ist erklärlich durch einen Blick auf § 10 Abs. 3 GOZ, der bestimmt: „Überschreitet die berechnete Gebühr das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen.“ Die Erstatte PKV und Beihilfe lösen durch bloßes wiederhol-

tes Nachfragen bei den Zahnärzten einen so erheblichen ökonomischen Aufwand aus, dass viele Kollegen den vermeintlich einfacheren Weg wählen und nicht über den 2,3fachen Satz hinausgehen. Unter diesem Gesichtspunkt ist es durchaus schon positiv

zu bewerten, dass immerhin noch 15,2 Prozent der Leistungspositionen, bezogen auf die Anzahl der Leistungen, mit einem die Begründungsschwelle übersteigenden Satz abgerechnet wurden (Vorjahr 14,3 Prozent); um so mehr, als dies 32,9 Prozent des Honorarvolumens entspricht.

Nach dem ablehnenden Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur Punktwertanhebung lief im Herbst 2001 in den Ländern eine GOZ-Offensive an. Zukünftige Auswertungen werden zeigen, ob die Kollegen bewegt werden konnten, die Gestaltungsmöglichkeiten der GOZ vermehrt zu nutzen und nicht weiter vor der Konfrontation mit PKV und Beihilfe zurückzuschrecken.

Im Jahresdurchschnitt 2000 (wie schon 1999) liegt der Steigerungssatz für alle berechneten persönlichen Leistungen bei 2,47. Medizinisch-technische Leistungen wurden dagegen durchschnittlich nur mit einem Steigerungssatz von 1,82 abgerechnet (Vorjahr ebenso 1,82).

An dieser Stelle sei noch einmal allen Zahnärzten und Zahnärztinnen gedankt, die an der GOZ-Analyse teilnehmen und damit dem Berufsstand diese außerordentliche Argumentationshilfe in die Hand geben.

*Dr. Rüdiger Krebs  
ehemaliger Präsident der  
Landes Zahnärztekammer Rheinland Pfalz  
Frauenlobstraße 2, 55118 Mainz  
für das GOZ-Analyse-Team*

### Anmeldeformular

**Ja, ich unterstütze das Projekt "GOZ-Analyse" der Bundeszahnärztekammer und möchte Teilnehmer werden.  
Diese Teilnahme ist kostenfrei und jederzeit widerrufbar.  
Bitte schicken Sie mir weitere Informationen zu.**

**Teilnehmen können Zahnärzte mit den Programmen ChreMaDent, CD3, Zahnarzt-rechner, Highdent, DS-Win und Z1.**

Name:..... Telefon:.....

Vorname:..... Fax:.....

Straße:.....

PLZ, Ort:.....



**Bitte im Umschlag senden an Notar Adenauer, Hohenstaufenring 57, 50674 Köln.  
Oder per Fax an 02 21 / 921 52 52.**

37. Fortbildungswoche Norderney 2002

## Für ein freies Spiel der Kräfte

**Berufspolitischer Vormittag auf der 37. Fortbildungswoche des Karl-Häupl-Institutes und der Landes Zahnärztekammer Thüringen: Nicht oberflächlicher Schlagabtausch, sondern ausführlicher Dialog zwischen dem FDP-Bundestagsabgeordneten Detlef Parr, nordrheinischen Landespolitikern und interessierten Zahnärzten prägte die diesjährige Diskussionsveranstaltung Anfang Juni im Kongresszentrum auf der ostfriesischen Insel Norderney.**

Detlef Parr, laut Nordrhein KZV-Vorstandsmitglied und durch den Vormittag führenden Moderator Martin Hendges „ein Kenner“ der Materie Gesundheitswesen, begrüßte ausdrücklich die Art der Diskussion. Sie biete Raum zur ausgiebigen Auseinandersetzung mit den von ihm dargestellten gesundheitspolitischen Vorstellungen. Parr wollte allerdings auch „etwas nach Berlin mitnehmen“.

Kein Problem für die Podiumsteilnehmer – Nordrhein Zahnärztekammerpräsident und BZÄK-Vorstandsmitglied Dr. Peter Engel, dem Vorsitzenden der KZV Nordrhein und KZBV-Vorstandsmitglied Ralf Wagner sowie dem stellvertretenden Vorsitzenden des FVDZ-Landesverbandes Nordrhein Dr. Udo von den Hoff: Parr erhielt ausführliche Information zur aktuellen Problemlage aus Sicht der Zahnärzteschaft. Insbesondere versprach er, sich dafür einzusetzen, dass die vom Gesetzgeber zu knapp gesetzte Frist für das Projekt „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde“ neu überdacht wird.

### Pleitegeier über Deutschland

Als von wenig Sachverstand, aber von Ideologie geprägt, bezeichnete der FDP-Politiker die Versuche der Bundesregierung, dem „über der Deutschland AG schwebenden Pleitegeier“ Kontra zu geben. Mehr Effizienz sei angesichts zunehmender Reglementierung nicht erreichbar, die Krankenkassen entzögen sich ohnehin weitgehend der Prüfung. Hinter dem „rot-grünen Feigenblatt“, vermute man nicht mehr „die Kraft, das Gesundheitswesen vom Kopf auf die Füße zu stellen“. Dagegen stellte Parr die Kernthesen des FDP-Programms, die Heilberufe wie-

der zu freien Berufen zu machen und durch mehr Patientensouveränität das Arzt-Patienten-Verhältnis zu stärken. Transparenz im Abrechnungswesen erfordere Kostenerstattung, deren sofortige Einführung sich gerade in der zahnärztlichen Versorgung direkt nach dem 22. September anbiete. Parr plädierte für ein freies Spiel der Kräfte.



*Intensive Diskussionen auf dem berufspolitischen Vormittag von Nordrhein KZV und Kammer...*

ZÄK-Präsident Dr. Engel betonte, dass die nationalen Sozialsysteme längst von der Rechtsprechung des EuGH betroffen seien. Eine nationale Abschottung könne nicht aufrecht erhalten werden. So wie Freiberufler laut EU-Recht unternehmerische Grundfreiheiten genießen, seien auch die gesetzlichen Krankenkassen im Sinne der EU Unternehmen. Vor diesem Hintergrund seien die Reformvorstellungen der Bundesregierung und der GKV eindeutig rückwärts gerichtet. Ihr gehe es „einzig und allein um Kostendämpfung“. Engel: „Der Patient steht als Fallpauschale in der Ecke.“ Der ZÄK-Präsident bekräftigte die Forderung nach „echtem Wettbewerb zwischen Versicherung und Versichertem und zwischen Behandler und Patienten“.

Deutliche Kritik am Umverteilungsprozess durch den Risikostrukturausgleich übte der KZV-Vorsitzende Ralf Wagner: „So habe ich unser System nicht verstanden, dass alle

Krankenkassen gerettet werden müssen.“ Schließlich sei es nicht Aufgabe des Zahnarztes, „sich darum zu kümmern, ob es der Krankenkasse gut geht oder nicht“. Letztlich wüssten inzwischen auch die Patienten, dass Budgetierung zur Rationierung führe. Entgegenzusetzen habe die Zahnärzteschaft das System befundorientierter Festzuschüsse im Verbund mit Kostenerstattung. Hier seien, so Wagner mit Blick auf die zurzeit in Sachen „Vertrags- und Wahlleistungen“ bestehende „babylonische Sprachverwirrung“ auch Zwischenschritte vorstellbar, mit denen man Sachleistung in Kostenerstattung überführen könne“. Wichtig sei aber auch, dass das GKV-Volumen für Zahnmedizin erhalten bleibe, „solange wir dieses System haben“.

Mit Abschluss des umfangreichen Programms der 37. Norderneyer Fortbildungswoche beabsichtigt Nordrhein Zahnärzteschaft, so kündigten die Veranstalter an, das traditionelle Treffen künftig an einen anderen Ort zu verlegen. mn

*...ein letztes Mal auf Norderney, künftig an einem anderen Ort: Abschied von der Insel.*



Fotos: Niedermeier

# Von der Oase zur **Fata Morgana**

Sascha Devigne

*Vor nunmehr sechs Jahren sollte der Wettbewerb im Gesundheitswesen beginnen – mit der Einführung der Wahlfreiheit innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ein Gerangel um Kassenbeiträge und Risikostrukturausgleich war die Folge. Für viele Versicherte wurden die geöffneten Betriebskrankenkassen (BKKn) mit ihren niedrigen Beitragssätzen zu echten Oasen in der GKV-Wüste. Ganze Karawannen von Beitragszahlern setzten sich in Bewegung und verließen ihre Orts- und Ersatzkassen. Aber die Anziehungskraft der BKKn schwindet, seit auch dort die Beiträge steigen. Einige Oasen entpuppen sich als Fata Morgana.*



*Durststrecke: Die Versicherten-Karawane sucht die nächste GKV-Oase.*

**D**ie Öffnung der BKKn und die Wahlfreiheit für die GKV-Versicherten haben beeindruckende Spuren im Sand der deutschen Krankenversicherungs-Wüste hinterlassen. Von 1996 bis 2001 legten die BKKn um rund 66 Prozent an Mitgliedern zu; im gleichen Zeitraum verloren beispielsweise die AOKn rund 13 Prozent ihrer Versicherten.

Mit einem Marktanteil von 18,1 Prozent und rund 13,1 Millionen Versicherten sind die BKKn nach wie vor die drittgrößte Kasernenart der GKV – direkt hinter den Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen. Im Ver-

gleich zu den beiden Vorjahren haben die BKKn 2001 in Sachen Mitgliederwachstum allerdings stark nachgelassen. Waren es 1999 noch 970 000 Wechsler und 2000 sogar 1,2 Millionen, so kamen im vergangenen Jahr nur 490 000 Versicherte aus anderen Kassen hinzu.

In Hessen wanderten in diesem Jahr bislang rund 48 000 Versicherte von den Orts- und Ersatzkassen in die BKKn – eine Wechselquote von 5,9 Prozent. In Nordrhein-Westfalen waren es 107 000 GKV-Nomaden; fast 60 000 weniger als 2000. Den größten Zuwachs konnten die BKKn in Thüringen ver-

zeichnen; hier gab es einen Versichertenanstieg von fast 40 Prozent.

Auch wenn die BKK-Versicherten noch immer mehr werden – die BKKn selbst werden immer weniger. Vor zwei Jahren gab es noch 324 ihrer Art, heute sind es noch 278, davon 156 geöffnete BKKn. Grund für die BKK-Schmelze ist eine allgemein um sich greifende Fusionitis.

Dass die vermeintliche GKV-Oase mehr und mehr zur Fata Morgana wird, lässt sich an einigen Beispielen sehen. So haben finanzielle Nöte die Berliner BKK in Fusionspläne getrieben. Zurzeit sitzt die Kasse auf rund

70 Millionen Euro Schulden – mit einem Beitragssatz von 14,4 Prozent ist sie eine der teuersten Kassen vor Ort. Abhilfe leisten soll nach dem Willen des Vorstandsvorsitzenden der BKK Berlin, Jochem Schulz, eine Fusion mit der BKK Verkehrsbau-Union (BKK VBU). Die ist nach Experten-Ansicht eine „typische Billigkasse“ mit jungen, gesunden Mitgliedern und entsprechend niedrigem Beitragssatz. Nach dem Zusammenschluss würde die bundesweit sechst-

kürzlich gemunkelt, die BKK Mobil Oil – mit 11,2 Prozent die Günstigste und mit 450 000 Versicherten eine der Größten – plane die Fusion mit der Volkswagen BKK. Demzufolge würden auch die Beitragssätze kräftig angezogen, auf ungefähr 13,8 Prozent. Das schrieb zumindest die „Hannoversche Allgemeine Zeitung“ – erntete aber prompt ein Dementi und die Androhung rechtlicher Schritte. „Nichts davon ist wahr“, erklärt Jan Bollhorn, Vorstandsmitglied der

BKK Philipp Holzmann AG. Aus aktuellem Anlass – nämlich der Pleite des einstigen Trägers, dem Baukonzern Holzmann – taufte sich die Kasse vor wenigen Wochen auf Salus BKK. Soll den Versicherten da etwa Wüstensand in die Augen gestreut werden? Angeblich trägt der Namenswechsel lediglich der veränderten Mitgliederstruktur Rechnung: Von den rund 95 000 Versicherten seien nur noch 2 200 bei Holzmann beschäftigt.



größte BKK mit rund 340 000 Mitgliedern entstehen. Doch Anfang dieses Monats wurden die Fusionspläne vorerst gestoppt – angeblich auf Grund von Problemen bei der paritätischen Besetzung des gemeinsamen Vorstandes. Vielleicht lag's aber auch daran, dass eine Fusion zwangsläufig auch eine Beitragsanpassung für die ehemaligen BKK-VBU-Versicherten mit sich bringen würden. Statt wie bislang 12,7 Prozent, würden sie dann wohl mehr als 13 Prozent zahlen müssen. Zumindest hatte die BKK-VBU-Vorsitzende Andrea Galle Erhöhungen für ihre Mitglieder nicht ausgeschlossen. Der allgemeine Fusions-Trend bei den BKKn sorgt, ganz klar, auch für das eine oder andere Gerücht auf dem GKV-Basar. So wurde

BKK Mobil Oil. Einen Zusammenschluss mit einer anderen Kasse werde es nicht geben.

### **Allgemeine Fusionitis**

Unter Dach und Fach ist hingegen die Fusion der sancura BKK – größte ihrer Art in Hessen – mit der BKK des Landeswohlfahrtsverbandes und der Nassauischen Sparkassen. Gleiches gilt für den Zusammenschluss von BKK Verkehr und Dienstleistungen mit der BKK der Gothaer Versicherungen. Ziel beider Fusionen: Mehr Mitglieder, niedrigere Beiträge. Ähnlich beliebt wie Fusionen und Übernahmen sind bald womöglich Umbenennungen bei den BKKn. Jüngstes Beispiel ist die

Aber es gibt auch Neulinge in der Szene. Die Essanelle Hair Group etwa hat zum Anfang dieses Monats ihre eigene, bundesweit geöffnete BKK gestartet. Mit einem Beitragssatz von 11,9 Prozent liegt sie zurzeit wohl im oberen Drittel der preisgünstigsten Krankenkassen.

Dass die Beiträge niedriger seien als die der Mitbewerber, liege an den geringeren Verwaltungskosten, so ein bekanntes und gerne genanntes Argument der BKKn. Nur eine Zentrale, wenige (oder keine) Außenstellen und entsprechend wenige Mitarbeiter, Mitglieder-Service per Telefon oder Internet – dass sei das Erfolgsrezept. Tatsächlich steigen die Netto-Verwaltungskosten aber selbst innerhalb der BKK – wenn auch

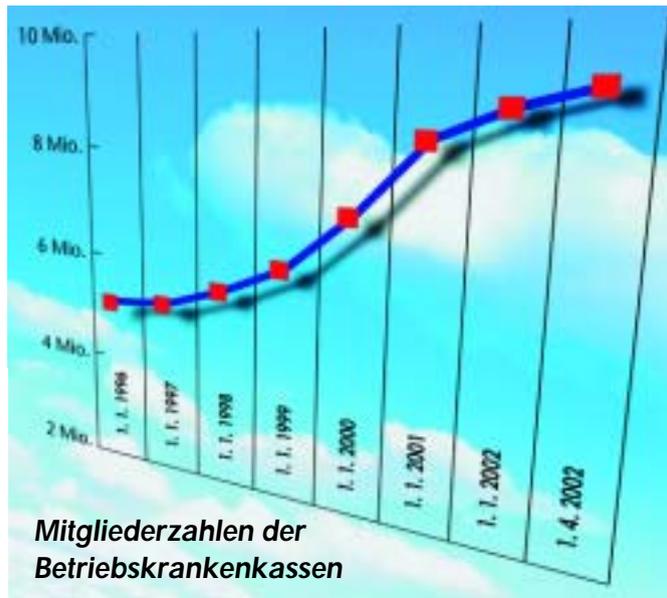
nicht in dem Maße wie bei den Ortskrankenkassen. Im Vergleich zum Jahr 2000 lag der Anstieg der GKV-Verwaltungskosten im vergangenen Jahr bei insgesamt 4,6 Prozent. Die AOK gab 6,6 Prozent mehr aus, bei der BKK waren es immerhin 3,6 Prozent. Nach Angaben der BKKn erfordert der „Zustrom neuer Mitglieder“ mehr Personal. Die fliegenden Händler von einst mausern sich mehr und mehr zu gestandenen Scheichs. Gleichzeitig nahmen die Leistungsausgaben der BKK um 1,7 Prozent ab; bei der AOK stiegen sie um 5,2 Prozent. Um den gleichen Teil stiegen auch die AOK-Aufwendungen für Zahnersatz; bei der BKK wurden hier 2,1 Prozent weniger ausgegeben als im Jahr 2000. In Sachen GKV-Defizit sind sowohl AOK als auch BKK an vorderster Stelle dabei. Die Ortskrankenkassen verbuchten im zurückliegenden Jahr ein Minus von 827 Millionen Euro; bei den BKKn waren es 454 Millionen Euro.

## BKK teurer als AOK

Trotz des drei-Milliarden-Euro-Defizits hatte sich Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vor einigen Wochen optimistisch gezeigt, dass die GKV im Jahr 2002 wieder schwarze Zahlen schreiben wird. „Selbst bei vorsichtigen Annahmen zur konjunkturellen Entwicklung“ könne „mindestens mit einem ausgeglichenen Ergebnis“ gerechnet werden. Was

der BKK-Bundesverband anders sieht: „Für Schmidts Beitrags-Prognose würden wir unsere Hand nicht ins Feuer legen.“

Dass auch die vermeintlich günstigen BKKn nicht vor hohen Beiträgen sicher sind, zeigt ein Blick auf die aktuelle Vergleichstabelle der Central Krankenversicherung AG. Mit einem Beitragssatz von 14,8 Prozent reicht die BKK aktiv fast an das Niveau der AOKn in Bayern, Hamburg oder Mecklenburg-Vorpommern heran, wo aktuell 14,9 Prozent fällig werden. Die AOK Schleswig-Holstein (14,5 Prozent) und die AOK Bremen/Bremerhaven (13,9 Prozent) sind für ihre Versi-



Grafik: zm

*GKV-Nomadentum: Von 5,2 Millionen Mitgliedern im Januar 1996 stieg die Zahl bei den Betriebskrankenkassen bis zum April 2002 auf mehr als 9,2 Millionen.*

*(Quelle: BKK-Bundesverband)*

cherten sogar günstiger als manche bundesweit geöffnete BKK. Klingt beinahe wie ein Märchen aus 1001 Nacht, ist aber keins. Im Durchschnitt mussten die BKKn ihre Beitragssätze im zurückliegenden Jahr um einen halben Prozentpunkt auf rund 13 Prozent erhöhen. Zwar liegen sie damit noch immer rund einen Prozentpunkt unter dem GKV-Durchschnitt. Dennoch, so der Verband der Angestellten-Ersatzkassen, stünden die BKKn mittlerweile vor den gleichen finanziellen Problemen wie ihre großen Mitbewerber. „Zahlreiche Versicherte, die am Krankenkassen-Beitrag unbedingt sparen wollten, konnten nun ihr blaues Wunder erleben“, kommentiert VdAK-Vorsitzender Herbert Rebscher die aktuelle Entwicklung.

In Nordrhein-Westfalen hat beispielsweise jede fünfte BKK ihre Beiträge zum Jahreswechsel angehoben, in Baden-Württemberg sogar jede dritte. Als Grund werden die „immens gestiegenen Kosten für Arzneimittel sowie die steigenden Belastungen durch den Risikostrukturausgleich“ genannt. Mit rund zwölf Milliarden Mark seien die BKKn bundesweit der größte Einzahler in diesen Transfer-Fonds. Und zusätzliche Belastungen seien programmiert – durch die aktuell anlaufenden Disease Management Programme (DMPs).

Im Grunde genommen geht es beim Wettbewerb zwischen den Kassen vornehmlich um eines: Wie lassen sich junge und gesunde Beitragszahler gewinnen und alte, kranke Versicherte möglichst fernhalten? Eine Strategie, die den BKKn bislang offensichtlich gelungen ist. Während in den AOKn fast ein Drittel aller Versicherten älter ist als 60 Jahre, macht diese Gruppe in den BKKn nur gute 20 Prozent aus.



„Es wäre nur konsequent, wenn der private Versicherte eine Abfindung an die GKV zahlt.“

*Dr. Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse*

Für die Ersatzkassenverbände sind die derzeitigen Bedingungen im Kassen-Wettbewerb ungerecht und missglückt. Margret Mönig-Raane, Vorsitzende des VdAK, verlangt „gleiche Startbedingungen für alle Kassen“. Die „einseitigen Gründungsrechte“ und die Öffnungsoption für BKKn „gehören abgeschafft“. Diese Sonderrechte würden den BKKn „wettbewerbliches Handeln nur allzu leicht machen“ und Risiko-selektion fördern.

## zm-Info

### Die günstigsten BKKn

Es gibt sie noch – die BKKn mit Beitragsätzen unterhalb der zwölf Prozent. Hier die aktuellen Top Ten (Stand: 1. Juli 2002):

Platz	Kasse	Beitrag
1.	BKK Mobil Oil	11,2 %
2.	BKK KM direkt	11,7 %
3.	BKK Henschel Plus	11,8 %
4.	BKK Akzo Nobel	11,8 %
5.	BKK Dürrkopp Adler AG	11,8 %
6.	BKK ENKA	11,8 %
7.	BKK Anker-Lynen-Prym	11,9 %
8.	BKK Goth. Verk. u. Dienstl.	11,9 %
9.	BKK Schwelmer Eisenwerk	11,9 %
10.	BKK Gildem./Seidenst.	11,9 %

(Quelle: billiger-krankenversichert.de)

„Schlechte Risiken lohnen sich wieder“, sagen hingegen die Experten und meinen damit, dass nach der RSA-Novellierung die preiswerten, geöffneten BKKn noch mehr Geld in den Topf – und damit an die großen und teuren Kassen – zahlen müssen. Für den VdAK stellt sich das indes ein wenig anders dar. Die Verbandsvorsitzende Margret Mönig-Raane forderte kürzlich eine erneute RSA-Reform, „die den Schein-Betriebskrankenkassen nicht länger mehr RSA-Gelder zugesteht, als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen“. Schon jetzt bewegt der RSA gewaltige Geldmengen zwischen BKKn, Ersatzkassen und AOKn. Rund 14 Milliarden Euro werden jährlich umverteilt – Tendenz steigend.

### Dramatische Rückstände

Für Wolfgang Schmeinck, Vorsitzender des BKK-Bundesverbandes, bedeutet der Ausbau des Risikostrukturausgleichs einen weiteren „Schritt in Richtung Einheitskasse“. Mit immer neuen Manipulationen am RSA-Mechanismus würde versucht, den Ersatz- und Ortskrankenkassen Geld zuzuschanden. Schmeinck: „Der Wettbewerb wird nur noch als Floskel auf den Lippen getragen.“ Wobei der Wettbewerb nicht immer positiv für die BKKn ausgehen muss. Die BKK Hamburg etwa trägt seit Jahren eine gewaltige Schuldenlast mit sich herum. Schon als sie sich 1996 für alle Versicherten öffnete, lagen die Außenstände bei mehr als zwölf Millionen Euro. Mittlerweile sind die Zahlungsrückstände so dramatisch, dass der Hamburger Senat beschlossen hat, einzugreifen. Sollte es der BKK Hamburg bis März 2003 gelingen, „einen leistungsstarken Partner“ – spricht: eine weitere, fusionswillige BKK – zu finden, werden rund 13 Millionen Euro aus dem Staatshaushalt in die leere Kasse fließen.

Geradezu harmlos erscheint da der Clinch zwischen der BKK exklusiv und dem Städtischen Klinikum Braunschweig. In 20 Fällen hat das Klinikum die BKK verklagt. Streitwert: 75.000 Euro. Carsten Schröter, Vorstandschef der BKK exklusiv, sieht das Ganze gelassen: „Fünf Verfahren gegen uns sind bislang vor Gericht rechtskräftig abge-

schlossen worden – wir haben alle gewonnen.“

Auch die BKK Zollern-Alb hat ärztlichen Ärger auf sich gezogen. Genau einen Tag vor In-Kraft-Treten des Gesetzes über das Wohnortprinzip hatte die schwäbische Kasse ihren Sitz von Balingen nach Dresden verlegt. Begründung: Die Mehrheit ihrer Versicherten lebe in den neuen Bundesländern. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg werden hierdurch jährlich fünf Millionen Euro für die ambulante Versorgung fehlen – die Vertragsärzte müssten künftig die gleiche Leistung für eine wesentlich geringere Vergütung erbringen.

### Ohne eigene Leistung

Wenn die BKKn nicht ihre Attraktivität für die Karawanen der Versicherten verlieren wollen, müssen sie auf lange Sicht mehr bieten als niedrige Beiträge. Nur – was könnte das sein? Tatsächlich ist eine Ausweitung der eigenen Leistungskataloge für gesetzliche Krankenkassen nur innerhalb eines engen Rahmens möglich. Sie haben sich daran zu halten, was das SGB V an Kernleistungen definiert. Nur im Bereich der so genannten Satzungsleistungen sind den Kassen gewisse Gestaltungsmöglich-

keiten gegeben. Nach jüngster Ansicht des Kasseler Bundessozialgerichtes fallen hierunter etwa Schutzimpfungen oder andere Vorsorgemaßnahmen.

Die Securitas BKK hatte damit geworben, auch für naturheilkundliche Verfahren aufzukommen. In ihrer Satzung – seit 1997 vom Bundesversicherungsamt genehmigt – wurde Naturheilkunde als „anerkannte besondere Therapierichtung“ aufgelistet. Außerdem stellte die Securitas BKK „Leistungen außerhalb des Vertragssystems“ in Aussicht, falls es keine Alternativen geben sollte. Im April dieses Jahres machten die Bundessozialrichter der Securitas einen Strich durch diese Pläne.

Auch die BKK Hamburg hat sich Gedanken über zusätzliche Angebote für ihre Beitragszahler gemacht. Wer seinen Zahnersatz aus einem der drei ausländischen BKK-Vertragspartner-Labore bezieht, soll künftig eine fünfjährige Gewährleistung erhalten – drei Jahre mehr, als in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben sind. Nach Ansicht der Kasse hat dieses Vorgehen keinerlei negativen Effekt auf die Qualität; denn die Anforderungen seien die gleichen wie bei Zahnersatz, der in Deutschland gefertigt wird. Den Zorn der deutschen Apothekerver-



Foto: zm

„Zahlreiche Versicherte, die am Krankenkassen-Beitrag unbedingt sparen wollten, konnten nun ihr blaues Wunder erleben.“

Herbert Rebscher, VdAK-Vorsitzender

bände haben die bayerischen BKKn auf sich gezogen. Im März dieses Jahres hatten sie angekündigt, in den verbotenen Arzneimittelversand einsteigen zu wollen. Mit der holländischen Internetapothek „DocMorris“ war bereits ein entsprechender Vertrag abgeschlossen worden. Preisvorteile von bis

zu neun Prozent sollten so möglich werden. „Das Europarecht garantiert innerhalb der EU einen freien Warenverkehr“, hatte der bayerische BKK-Vorstandsvorsitzende Gerhard Schulte damals das Vorgehen erklärt. Das Bayerische Sozialministerium sah das allerdings anders und stoppte die BKK-Pläne bereits wenige Wochen später. „Im Versandhandel mit Arzneimitteln liegen derzeit noch unkalkulierbare Gesundheitsrisiken für die Patienten“, erklärte Sozialministerin Christa Stewens – deshalb könne der Vertrag zwischen BKK und „DocMorris“ nicht toleriert werden. Außerdem, so Stewens, sei ein einheitliches Verfahren beim Bezug von Medikamenten notwendig, „um zwischen den Kassen im Freistaat einen fairen Wettbewerb zu gewährleisten“.

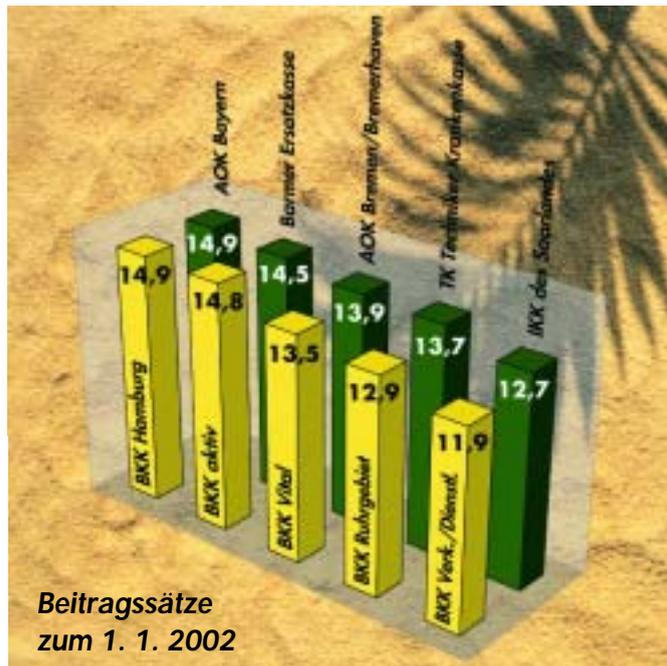
## PKV-Basar

Was aber machen die GKV-Nomaden, wenn es ihnen in einer BKK nicht mehr gefällt? Sie ziehen weiter – und zwar immer häufiger auf den Basar der Privaten Krankenversicherung (PKV).

Rund zehn Prozent aller Bundesbürger – 7,7 Millionen Menschen – sind heute PKV-Versicherte. Und ähnlich wie bei den BKK gab es auch bei den Privaten einen starken Zuwachs. Waren es im Jahr 2000 noch rund 166 000 Versicherte, die in die PKV eintraten, so waren es 2001 bereits rund 216 000. Ein Wachstum, welches sich der Kölner PKV-Verband damit er-

klärt, dass im vergangenen Jahr die Diskussion über die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze aufkam. Sowohl Vollversicherung als auch Zusatzversicherung hätten von den Neuzugängen profitiert; wobei letztere allerdings an Bedeutung verlieren und nur noch 13,6 Prozent aller Beitragseinnahmen ausmachen.

Die Abwanderung aus der GKV bereitet Ulla Schmidt Kopfschmerzen. In den Jahren 1995 bis 2001 hätten rund 800 000 Versicherte die Lager – sprich: die Kassen-Systeme – gewechselt. Der Exodus in Rich-



Grafik: zm

Beitragssätze  
zum 1. 1. 2002

Oasen im Vergleich: BKKn, Orts- und Ersatzkassen kommen sich beitragsmäßig immer näher.

(Quelle: Central Krankenversicherung AG)

tung PKV koste die GKV jährlich rund eine Milliarde Euro. Für Wolfgang Schmeinck, BKK-Vorstandschef, ist klar, dass die Wan-



„Der Wettbewerb wird nur noch als Floskel auf den Lippen getragen.“

Wolfgang Schmeinck,  
Vorsitzender des  
BKK-Bundesverbandes

derung von GKV zu PKV noch größer und dramatischer ausfiele, wenn es nicht die BKKn gäbe – ihre „kostengünstige Versicherungsmöglichkeit“ sei die einzige Möglichkeit, den Exodus zu bremsen. „Ohne die Betriebskrankenkassen wäre der Verlust für die Solidargemeinschaft noch viel schlimmer.“ Ein Punkt, dem Norbert Klusen, Vorstandschef der Techniker Krankenkassen, im Prinzip zustimmen wird. Allerdings hält er die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze für kein geeignetes Mittel, um die Abwanderung von Versicherten – und damit von Geld – aus der GKV zu stoppen. Sein alternativer Vorschlag: eine Neuregelung beim Übergang von gesetzlich zu privat. „Bevor

sich jemand privat versichert, hat er im gesetzlichen System über viele Jahre als Familienangehöriger keinen oder als Student nur einen geringen Beitrag bezahlt“, so Klusen. „Es wäre nur konsequent, wenn der private Versicherer eine Abfindung an die GKV zahlt.“

Neue Verkehrsregeln für die alte GKV-Wüste? Halten sich Beduinen denn an so was? Oder suchen sie nach langer Durststrecke einfach nur das nächste Wasserloch? Einen echten Wettbewerb innerhalb der GKV könnte es möglicherweise ab

dem Jahr 2007 geben, meinen Experten.

Dann nämlich sollen Krankenkassen nicht mehr nach „reich“ und „arm“ unterschieden, sondern anhand der tatsächlichen Krankheitshäufigkeit ihrer Versicherten verglichen werden. Bis dahin zieht die Karawane wohl weiter. ■



## Qualitätssicherung

# Lupenbrillen und Mikroskope sind oft unerlässliche Arbeitsmittel

Karlheinz Kimmel

Was vor einigen Jahren noch ein Experimentierfeld für eine verhältnismäßig kleine Zahl von Zahnärzten, Oral- und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen aus Wissenschaft und Praxis war, ist gegenwärtig zu einem allgemein interessierenden und insbesondere für die Qualitätssicherung wichtigen Thema geworden: die Anwendung von Lupen und Mikroskopen in der Zahnmedizin. Gleiches gilt ebenso für den zahntechnischen Bereich, wenn es um einen hohen Präzisionsgrad geht.

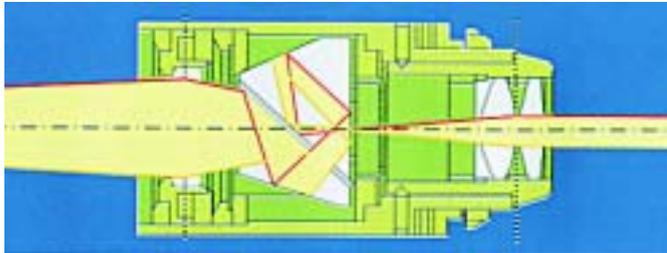


Abbildung 1: Schematische Darstellung einer Prismenlupe nach dem Kepler-Prinzip [12]

Foto: Zeiss

Wenn in diesem oder jenem Beitrag ein Gegensatz zwischen den beiden Sehhilfen („Lupe kontra Mikroskop“) festgestellt wird, geht es hier viel eher um die Frage, ob nicht der kombinierte Einsatz die beste Antwort wäre, aber da kommen sofort die ökonomischen Probleme ins Spiel, die man – auf die deutsche Zahnarztpraxis bezogen – weder in diesem Fall noch anderswo übersehen kann und darf.

Bei einer Auswertung der vorliegenden in- und ausländischen Literatur [1 - 58], die ihrerseits rund 70 weitere Hinweise auf themenbezogene Publikationen in den Jahren 1967 – 2002 enthält, drängt sich die Erkenntnis auf, dass bestimmte oralmedizinische und zahntechnische Leistungen ohne vergrößernde Sehhilfen nicht optimal ausgeführt werden können. Nur bei Untersuchungen im Zusammenhang mit der Kariesdetektion wurden sich widersprechende Ergebnisse festgestellt [18, 24].

## Anwendungsbereiche

Neben allgemeinen und fachspezifischen Übersichten über den Einsatz von Lupen und Mikroskopen [5, 10-12, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28-30, 32, 38, 39, 41-43, 54, 56] sind die folgenden Anwendungsbereiche zu verzeichnen:

■ **Endodontie:** Offensichtlicher Schwerpunkt des Einsatzes von Lupenbrillen und/oder Mikroskopen ist die Endodontie [2-4, 6-9, 13, 26, 27, 31, 33-36, 44, 46, 51, 58]. Der mit zusätzlicher Beleuchtung mögliche Einblick in die Wurzelkanäle wird von allen Autoren als wesentliche Grundlage für den Erfolg angesehen.

■ **Mikrochirurgie:** Auch bei den im unmittelbaren Zusammenhang mit der Wurzelkanalbehandlung erfolgenden Wurzelspitzenresektionen [7, 22, 25, 34-36, 44, 48, 52, 53], bei mikrochirurgisch-parodontologischen [15, 50, 57] und -implantologischen [45] Eingriffen sowie bei mikrochirurgischen Weichteil-Operationen [40] werden spezielle Operationsmikroskope angewendet

■ **Kariesdiagnostik:** Während mehrere Beiträge über den effektiven Einsatz von vergrößernden Sehhilfen bei der Kariesdetektion berichten [16, 18, 19, 55], besteht nach einer Untersuchung in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des ZMK-Zentrums der Universität Köln [24]

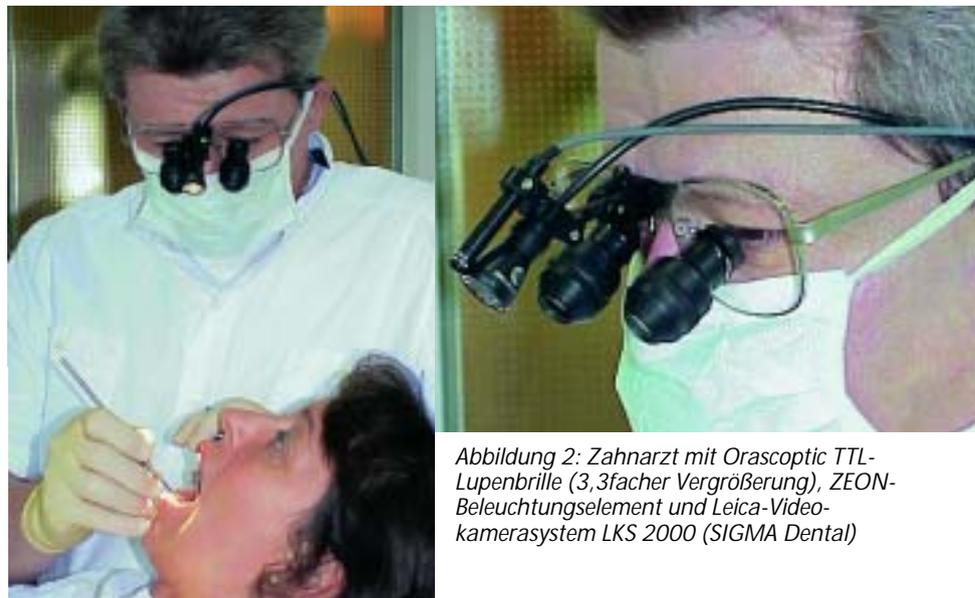


Abbildung 2: Zahnarzt mit Orascope TTL-Lupenbrille (3,3facher Vergrößerung), ZEON-Beleuchtungselement und Leica-Video-kamerasystem LKS 2000 (SIGMA Dental)

Foto: Müller



Abbildung 3:  
Zahnarzt mit Zeiss-  
Kopflupe KS und  
Kaltlichtvorrichtung  
KL 1500 LCD

Foto: Zeiss

bei der Therapieentscheidung bei Approximalkaries kein signifikanter Unterschied zwischen der visuellen Inspektion ohne Sehhilfen und der Anwendung von Lupenbrille und Mikroskop.

■ **Parodontitisdiagnostik:** Wenn auch in der Literatur der Einsatz von Stereomikroskopen mit 400-facher Vergrößerung zur Parodontitisdiagnostik in der Praxis erwähnt wird [5, 38], dürfte dieses Verfahren momentan auf nur wenige Zahnärzte beschränkt sein.

■ **Patienteninformation:** Gleiches gilt wohl für die Patienteninformation mit lichtdurchlässigen Präparaten. Hier können aber auch bei sehr dünnen Präparaten einfachere Mikroskope, wie etwa zur Schüler- und Studienzeit, herangezogen werden [5, 26]. Nimmt man dazu noch die Videokamera zu Hilfe, kann das mikroskopische Bild auf einen Monitor übertragen werden [26]. Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient wird dadurch wesentlich verbessert.

■ **Zahnerhaltung:** Auf Grund einer Überprüfung der Arbeitsergebnisse von Studenten bei der Milchzahnbehandlung konnte festgestellt werden, dass der Einsatz von Lupenbrillen schon im Ausbildungsstadium erlernt werden sollte, da ein wesentlicher Qualitätsunterschied zwischen der Füllungstherapie mit und ohne Vergrößerungseffekt bestanden hat [14]. Auch von

anderer Seite wird das frühzeitige Training der Lupen- und Mikroskopanwendung empfohlen [5, 38, 58].

■ **Kinderzahnmedizin:** Wegen der kleinen Dimension der Milchzähne, die durch einen Vergrößerungseffekt aufgehoben werden kann, ist auch hier das Operationsmikroskop eine wertvolle Hilfe [38]. Gleichzeitig kann durch den Vergrößerungseffekt die Arbeitshaltung ergonomisch verbessert werden [17, 38].

■ **Zahntechnik:** Parallel zu der gesteigerten Anwendung von vergrößernden

Sehhilfen in der Oralmedizin hat auch deren Einsatz in der Zahntechnik zugenommen [5, 28, 38]. Schwerpunkte sind die Modellier- und Fügetechnik mit der Anwendung miniaturisierter Konstruktionselemente.

■ **Qualitätskontrolle:** Neben der Ausführung von Kavitäten- und Kronenpräparationen mit Lupenbrilleneinsatz [5, 12, 14, 29, 31, 32, 38, 56] spielt die visuelle Überprüfung von Präparations- und Abformungsdetails mit vergrößernden Sehhilfen eine zunehmende Rolle [5, 38], was auch für Qualitätskontrollen bei und nach der Herstellung von Zahnersatz gilt [5, 38]. Oft können Füllungsrisse und andere Materialdefekte nur mittels Mikroskop oder Lupenbrille entdeckt werden [38].

■ **Forschung:** Während in Untersuchungsberichten nicht schon im Titel auf den Einsatz von Elektronen- und anderen Mikroskopen hingewiesen wird, wurden ebenso zahlreiche Beiträge veröffentlicht, die sich speziell mit der Mikroskopie zu Forschungszwecken befassen. Dies gilt zum Beispiel für die Adaptation von Füllungsmaterialien an Kavitätenwänden [1, 47], die Analyse der Wurzelkanalflora [34] und die positiv beantwortete Frage, ob die Magnetresonanzmikroskopie neue Perspektiven für die Endodontie ergeben kann [3, 4].

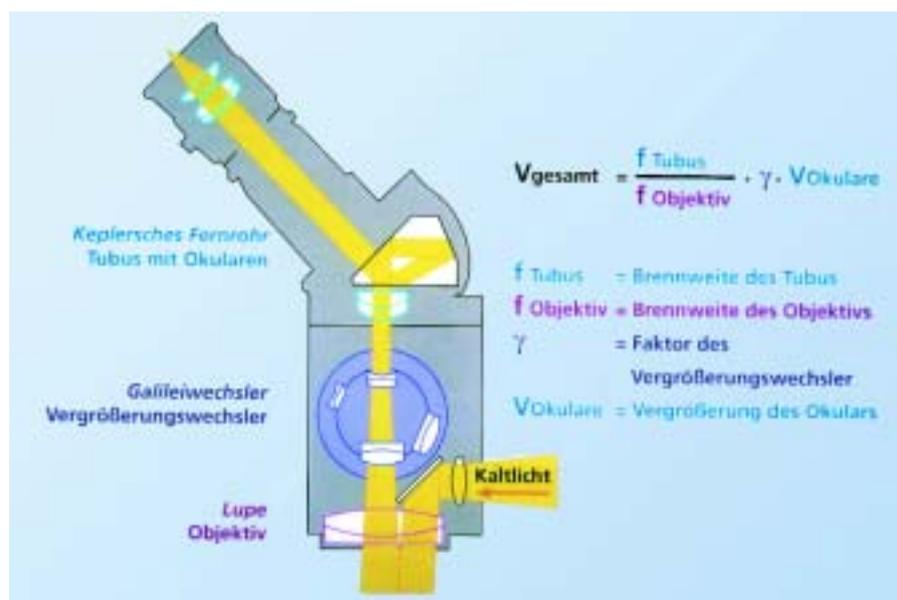


Abbildung 4: Schematische Darstellung eines Dentalmikroskops (Zeiss)

Foto: Zeiss



Foto: Leica

Abbildung 5:  
Leica-Dental-  
mikroskop  
M 300 DENT

## Arbeitsmittel

Im Laufe der letzten Jahre haben Art und Zahl der vergrößernden Sehhilfen und deren Zubehör kontinuierlich zugenommen, womit auch eine besondere Berücksichtigung zahnärztlicher Belange verbunden war und ist [2 - 5, 12, 21, 26, 31, 56]. Aus Platzgründen ist nur eine konzentrierte Übersicht in Wort und Bild möglich; die Lektüre der angegebenen Quellen ist dringend zu empfehlen.

■ **Kopflupen:** Die meist auf einem modularen Fernrohrlupen-System Keplerscher Bauart (Abbildung 1) beruhenden Binokular-Prismenlupen (Abbildungen 2 und 3) weisen je nach Arbeitsabstand einen zwei- bis achtfachen Vergrößerungseffekt (Tabelle 1) auf. Der zahnarzt-spezifische Arbeitsabstand beträgt bei ergonomisch günstiger Arbeitshaltung 300 bis 450 Millimeter (maximale Vergrößerung sechsfach). Fabrikate: Heine, Jadent, Lercher, Sigma/Orascoptic und Zeiss.

■ **Stereo-Operationsmikroskope:** Die Konstruktion (Abbildung 4) der so genannten Dentalmikroskope (Abbildungen 5 und 6) erlaubt einen drei- bis 40fachen Vergrößerungseffekt. Während die Deckenmontage eine auch ergonomisch besonders günstige Arbeitsweise ermöglicht, ist die Stativmontage dann vorzuziehen, wenn das Mikro-

skop an mehreren Behandlungsplätzen eingesetzt werden soll. Fabrikate: Bukowski, Leica, Zeiss.

■ **Technische Stereomikroskope:** Das Konstruktionsprinzip der in der Zahntechnik anwendbaren Arbeitsmikroskope (zum Beispiel Bukowski, Leica, Zeiss) entspricht demjenigen der entsprechenden Operationsmikroskope mit allerdings unterschiedlichen Stativen (Abbildung 7). Fabrikate: Bukowski, Leica, Zeiss.

■ **Beleuchtung:** Um den Vergrößerungseffekt und die dadurch mögliche Präzision der Arbeitstechnik optimieren zu können, ist der Einsatz einer Lichtvorrichtung erforderlich, die mit der jeweiligen Kopflupe zu kombinieren ist (siehe Abbildungen 2 und 3). Fabrikate: Jadent Xenon, Leica, Schott/ Zeiss-Faser-Kaltlicht KL 1500 LCD, Sigma.

■ **Mikroinstrumentarium:** Es ist empfehlenswert, bei der Kopflupen- und Mikroskopanwendung mikrochirurgische Instrumente (zum Beispiel Hu-Friedy) [15] und minimalinvasive Präparationsinstrumente (wie Komet) anzuwenden.

■ **Videokameramodul:** Mit einem Videokameramodul für PAL oder NTSC können Bilder aufgenommen, auf einen Monitor zur Mitbeobachtung übertragen oder in einer Bilddatenbank gespeichert werden.

## Verfahrensweise

Es ist nicht damit getan, sich eine Lupenbrille oder gar ein Mikroskop zum Test auszuleihen und sofort mit einer Präparation oder einem chirurgischen Eingriff zu beginnen [12], denn es ist dringend notwendig, sich erst langsam und dabei systematisch mit unterschiedlichen Arbeitsaufgaben an die Anwendung der vergrößernden Sehhilfen zu gewöhnen [12, 15, 38]. Gleiches gilt für den Einsatz der Videokamera [38]. Beispielhaft sind die von Carl Zeiss in Oberkochen veranstalteten Symposien, bei denen die Fabrikate dieser Firma ausprobiert und erlernt werden können (Abbildung 8).

Wichtig ist, mit dem Erlernen der „Mikro-dentistry“ auch die Arbeitshaltung auf Grund ergonomischer Erkenntnisse zu optimieren [12, 17, 30, 38], was wesentlich zu einer bestmöglichen Verfahrensweise beitragen kann. Der Technische Bericht Nr. 10 der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE) enthält wichtige Anregungen für die Auswahl und Anwendung [17].



Foto: Zeiss

Abbildung 6: Zeiss-Dentalmikroskop  
OPMI pico am fahrbaren Bodenstativ

### Arbeitsabstände bei zahnärztlichen Maßnahmen

Arbeitsabstand vom Auge gemessen (mm)	500	450	400	350	300	250	235	215	190
Freier Objekt-abstand (mm)	425/430	375/380	325/330	275/280	220/230	180	155	135	110
Sehfeld	93/115	81/100	68/86	56/71	44/56	40	36	30	23
Vergrößerung	4x/3,2x	4x/3,3x	4,3x/3,5x	4,5x/3,6x	5x/4x	4,5x	5x	6x	8x

Tabelle 1: Daten bei der Anwendung von Lupenbrillen am Beispiel der Zeiss-Kopflupe KS: Arbeitsabstände bei zahnärztlichen Maßnahmen



Foto: Archiv

Abbildung 7: Zahntechniker bei Werkstücküberprüfung mit Stereomikroskop

## Lupenbrille oder Operationsmikroskop

Am Schluss stellt sich die Frage, für was man sich bei der eigenen Arbeitstechnik entscheiden sollte. Die Lupenbrille verbessert auf jeden Fall die Sicht und damit die Prozess- und Ergebnisqualität in allen Aufgabenbereichen und wird – so auch der in der Literatur oft zitierte Beitrag von Perrin, Jacky und Hotz [38] – „in absehbarer Zeit nicht mehr aus dem zahnärztlichen Alltag wegzudenken sein.“ Wenn eine bestimmte Tiefenschärfe gefragt ist und die Präparation oder der chirurgische Eingriff nicht auf ein kleines Arbeitsfeld konzentriert ist, ist die Lupenbrille dem OP-Mikroskop überlegen [38].

Von den Kosten her ist die Lupenbrille samt Beleuchtung erheblich günstiger als das Stereomikroskop, das allerdings vor allem bei kleinerem Arbeitsfeld ergono-

misch vorteilhafter ist. Wie bereits erwähnt, sind Kopflupe ziemlich gewöhnungsbedürftig.

Wenn auch Experten die kombinierte Anwendung beider Sehhilfen empfehlen, um alle Anforderungen an optimale Sehverhältnisse erfüllen zu können, dürfte eine technisch-funktionell hochwertige Lupenbrille mit integrierter Lampe die sachgerechte Lösung in der Allgemeinpraxis sein. Ausgerechnet zu dem Zeitpunkt, als der Autor diesen zm-Beitrag konzipiert hat, traf er mit einem Kollegen in dessen Praxis zusammen, der – mit einem hohen Qualitätsanspruch gegenüber sich selbst – ständig mit der Lupenbrille arbeitet (siehe Abbildung 2) und sich bestimmte Maßnahmen ohne eine solche Sehhilfe überhaupt nicht mehr vorstellen kann. Diese Aussage wird im Schlussabschnitt des Quintessenz-Beitrags von Bücking [12] bestätigt, der „die

Lupenbrille als wichtigstes Werkzeug des Zahnarztes in der modernen Zahnmedizin“ bezeichnet, „da sie ein Sehen in Bereichen gestattet, in die unser Auge normalerweise nicht vordringen kann. Sie ermöglicht eine früher nicht bekannte Präzision.“

## Zukunftsperspektiven

Abgesehen von der Erwartung, dass sich alle qualitätsbewussten Zahnärzte von der Notwendigkeit der Anwendung vergrößernder Sehhilfen überzeugen lassen und diese in deren Praxis zur Standardausrüstung gehören werden, eröffnet insbesondere die von Michael A. Baumann et al. beschriebene Magnetresonanztomografie völlig neue Perspektiven des mehrdimensionalen Sehens. Der Kreis der Endodontologen, zu dem der Kölner Wissenschaftler zählt, hat sich zuerst als Arbeitskreis für die Mikroskopanwendung etabliert und dann kürzlich die Deutsche Gesellschaft für Endodontie gegründet.

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



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



Foto: Zeiss

Abbildung 8: Training der Mikroskopanwendung bei einem Zeiss-Symposium in Oberkochen

*Cercon® smart ceramics im Test*

## Ein CAM-System zur Herstellung von Gerüsten aus Zirkonoxid

Peter Schärer

**Die Zeichen der Zeit stehen für die ästhetische Zahnheilkunde. Damit ist nicht nur die Restauration im Frontzahn- und Prämolarenbereich gemeint, sondern die Patienten wünschen heute rundum eine weiße Ästhetik. Viele Materialien sind in den letzten Jahren durch die Testlabors gelaufen. Alle mehr oder weniger erfolgreich bezüglich ihrer Langlebigkeit, Verarbeitbarkeit und Stabilität. Die neue Hoffnung liegt nun im Zirkonoxid, das für Zahnarzt und Patient eine Reihe interessanter Indikationen zulässt. Hier eine Studie dazu.**

Auf Grund ungenügender mechanischer Festigkeit konnten vollkeramische Brücken bisher nur bei geringer Belastung und nur im Frontzahnggebiet eingesetzt werden. Sie galten als bruchgefährdet. Die infiltrationskeramischen Systeme erreichten bisher die höchsten Biegefestigkeiten für Brückengerüste. Nach anfänglichen klinischen Erfolgen stellte sich heraus, dass glasinfiltrierte Alumina-Gerüste den Kaukräften im Seitenzahnbereich kaum Stand hielten, außer die Verbindungsstellen wurden deutlich überdimensioniert. Klinische Erfahrung sowie Frakturanalysen zeigten, dass diese Verbinders (connectors) zwischen Krone und Pontics, ausgehend von der Gingivaseite, stark bruchgefährdet waren. Aus diesen Gründen wurde der Einsatz von noch bruchzäherer Hochleistungskeramik für den Indikationsbereich „Seitenzahnggebiet“ gefordert.

Auf Grund der physikalischen Eigenschaften von Zirkonoxid (Tabelle I) und der ersten klinischen Erfahrung mit Titandistanzhüllen wurde versucht, das zahnärztliche Indikationsspektrum dieses Materials ins Seitenzahnggebiet zu erweitern. Zirkonoxid hat eine weiße Grundfarbe – eine gute Ausgangslage, um ästhetisch hochwertige Resultate zu erzielen. Trotz der für Hochleistungskeramiken typischen dichten Sinterung weisen die Zirkonoxidgerüste eine genügend hohe Transluzenz auf, um einen harmonischen Übergang von der Rekonstruktion zum Zahn zu ermöglichen. Auch der Forderung nach bestmöglicher Biokompatibilität konnte Zirkonoxid entsprechen.

Die Biegefestigkeit und Bruchzähigkeit von Zirkonoxid übertrifft alle bisher getesteten Dentalkeramikmaterialien. Die Tabelle I zeigt die Materialeigenschaften von ver-



Basalansicht einer mit Cercon Ceram S verblendenen Zirkonoxidbrücke (Cercon base)



Darstellung des Randbereichs eines mit dem Cercon-System gefertigten Zirkonoxidkappchens (Cercon base)



Ein realer klinischer Fall:  
1. klinische Ausgangssituation



2. das Ergebnis



3. die Basis:  
hier Darstellung der Passgenauigkeit

## Materialeigenschaften

Material	Typ	Biegefestigkeit in MPa	Zähigkeit in MPa m <sup>1/2</sup>
Zirkonoxid <sup>2</sup>	dicht, gesintert	900	9
InCeram <sup>®</sup>	glasinfiltriertes Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub>		4,6 <sup>3</sup>
Alumina	(slip casting)	419 <sup>1</sup>	2,48 <sup>4</sup>
Vita Celay	glasinfiltriertes Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub>		
Alumina <sup>1</sup>	industriell gefertigte blanks	547	3,55
Dicor MGC <sup>1</sup>	Glaskeramik	220	2,02
IPS Empress <sup>1</sup>	leuzitverstärkte Glaskeramik	182	1,77
Omega <sup>1</sup>	Feldspatkeramik	85	0,99

Tab. 1: Materialeigenschaften verschiedener Dentalkeramiken im Vergleich  
[1] Lüthy 1996; [2] Rieger 1989; [3] Seghi et al.; [4] Geis-Gerstorfer et al. 1993

schiedenen Dentalkeramiken im Vergleich. Bezüglich Ermüdungsverhalten berichteten Autoren, dass die Dauerfestigkeit von Zirkonoxid die Werte von glasinfiltrierter Keramik um das Dreifache übertraf.

Die labortechnische Verarbeitung von Zirkonoxidkeramik zu individuell hergestellten Rekonstruktionen war bisher problematisch. Die herkömmlichen Sinter- und Press-techniken sind auf Grund der thermischen Schrumpfung des Materials ungeeignet, und die Bearbeitung industriell hergestellter dichtgesintertter Zirkonoxidrohlinge ist wegen der großen Härte zeitaufwändig. Ein neuartiges experimentelles Verarbeitungsverfahren, der DCM-Prozess (Direct Ceramic Machining Process; ETH-Zürich), kommerziell eingeführt als cercon<sup>®</sup> smart ceramics (Degussa Dental), sollte deshalb einerseits die Bearbeitungszeit verkürzen und andererseits die Werkzeuge schonen. Dieses Verfahren basiert auf der Bearbeitung von Zirkonoxid im weicheren, vorge-sinterten Zustand.

Laboruntersuchungen von derart hergestellten dreigliedrigen Testbrücken ergaben eine zirka 1,5-mal höhere Tragfähigkeit im Vergleich zu glasinfiltrierten Aluminiumoxidkeramikgerüsten. Zusätzlich zeigten die Resultate dieser Vorversuche, dass die Verbinder für Brückengerüste, für einen all-fälligen klinischen Einsatz im Seitenzahngelände, um neun mm<sup>2</sup> liegen sollten. Verbinder dieser Ausmaße erlauben feine und ästhetische Rekonstruktionen.

## Klinische Untersuchungen

Ziel dieser Arbeit war, in einer klinischen Studie etwa 20 mit dem „cercon<sup>®</sup>-System“ hergestellte Zirkonoxidbrücken bei Patienten einzusetzen und nach mindestens zwölf Monaten Tragzeit zu untersuchen.

### Material und Methoden

22 Seitenzahnbrücken mit Zirkonoxigerüst wurden mit dem cercon<sup>®</sup>-Verfahren hergestellt und bei Patienten eingesetzt. Das verwendete Keramikmaterial war ZrO<sub>2</sub>-TZP (tetragonal zirconia polycrystals), stabilisiert mit drei Molprozent Yttriumoxid. Das Verblendmaterial war eine experimentelle, für Zirkonoxid entwickelte Verblendkeramik.

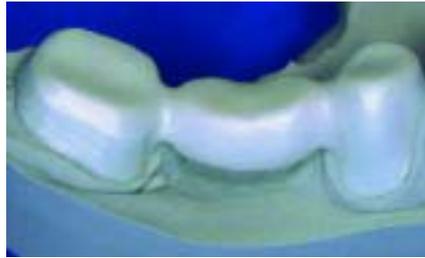
Tetragonal stabilisiertes Zirkonoxid besitzt die höchste Biegefestigkeit und Zähigkeit von allen hier aufgeführten Werkstoffsystemen. Patienten mit der typischen Indikation für eine Seitenzahnbrücke (Zahnlücke mit parodontal möglichst gesunden Nachbarzähnen) wurden für die Studie ausgewählt. Bei der Indikationsstellung wurden dieselben Kriterien angewandt, die auch für eine Versorgung mit einer konventionellen metallkeramischen Brücke gelten. Die Rahmenbedingungen der klinischen Untersuchungen wurden durch eine Ethikkommission gutgeheißen (informed consent, Helsinki 1989). Die experimentellen Zirkonoxidbrücken wurden den Patienten zu einem deutlich tieferen Preis angeboten, mit einer umfassenden Garantie im Falle eines Misserfolgs.

### Die technische Herstellung der TZP-Gerüste

Ziel des Verfahrens sollte es sein, vollkeramischen Zahnersatz auch bei mehrgliedrigen Zahnbrücken im Seitenzahnggebiet herzustellen.

Hierfür erscheint tetragonales Zirkonoxid (TZP) eine mögliche Lösung aufzuzeigen. Es weist eine höhere Biegefestigkeit und Riss-Zähigkeit als alle kommerziell erhältlichen Dentalkeramiken auf. Leider ist auf Grund seiner überragenden mechanischen Werkstoffeigenschaften die konventionelle Hartbearbeitbarkeit von dichtem TZP sehr zeit- und kostenaufwändig [5].

Hier wird ein neues Verfahren, das „Direct Ceramic Machining (DCM)“ vorgestellt, welches vollkeramischen Zahnersatz wie Kronen und mehrgliedrige Zahnbrücken mit einem Grundgerüst aus Zirkonoxid auch für den Seitenzahnbereich ermöglicht (Abbildung 2) [6-8]. Aus einem einfach zu bearbeitenden, sehr homogenen, porösen keramischen Rohling wird die Form des Grundgerüsts vergrößert herausgefräst und anschließend dicht gebrannt. Dies erlaubt, die Schrumpfung während des Brandes zu kompensieren. Auf Grund der isotropen Schwindung kann – abgesehen von der Aufpassarbeit – auf eine anschließende Hartbearbeitung vollständig verzichtet werden.



Dreigliedrige Brücke vor der Verblendung



Dreigliedrige Brücke nach der Verblendung

### Resultate

Eingesetzt wurden 22 Brücken; 21 dreigliedrige und eine viergliedrige. Insgesamt wurden 25 Prämolaren sowie 19 Molaren überkront. Von den total 23 Zwischengliedern entfielen elf auf einzelne Molaren, zehn auf einzelne Prämolaren sowie zwei auf ein Doppelpremolaren-Zwischenglied. Alle im Rahmen der Studie eingesetzten

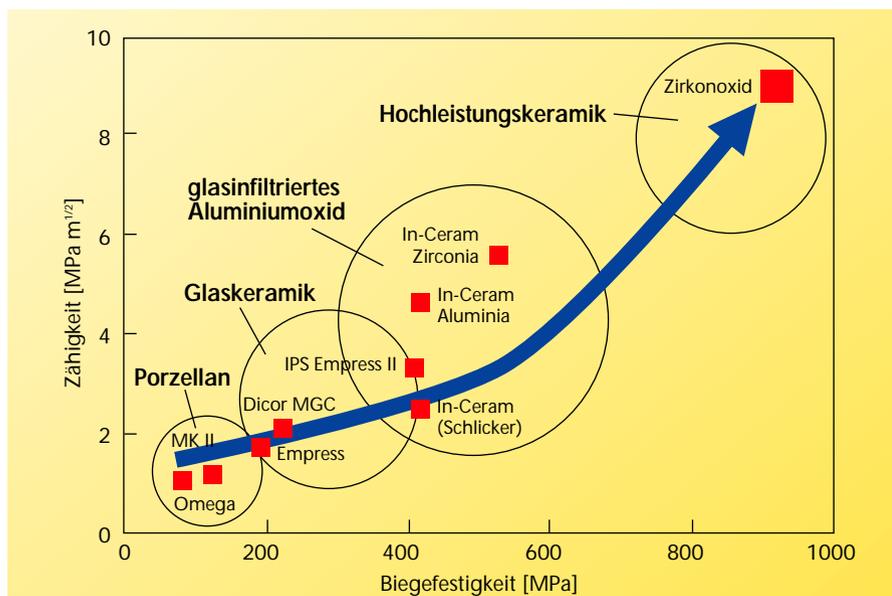
Brücken, insbesondere alle Zwischenglieder, waren durch Antagonisten belastet, 21-mal im Normalbiss und einmal im Kreuzbiss.

Alle 22 Brücken blieben während der Beobachtungszeit von durchschnittlich 385 Tagen (307 bis 488 Tage) intakt. Es trat kein Gerüstbruch auf. Weder Rissbildung noch Absplitterungen der Verblendkeramik konnten festgestellt werden. Der Randspalt war bei einigen Brücken tastbar, ohne sich aber während der Beobachtungszeit verändert zu haben. Randverfärbungen oder Karies wurden nicht festgestellt. An einem Prämolaren waren ein Vitalitätsverlust, eine peripikale Aufhellung sowie eine Fistelbildung nach bukkal zu verzeichnen. Die parodontalen Sondierungstiefen verhielten sich klinisch unauffällig. Alle Patienten waren mit ihren Rekonstruktionen sehr zufrieden.

### Zusammenfassung

Zusammenfassend schien diese einjährige klinische Untersuchung darauf hinzudeuten, dass mit dem vollkeramischen cercon®-Verfahren die klassischen Kronen- und Brückenprothetischen Indikationen abgedeckt werden könnten. Im Rahmen dieser Forschung wurde noch kein klinischer Misserfolg festgestellt. Die erste eingesetzte Brücke war beim Verfassen dieser Arbeit zwei Jahre inkorporiert und ebenfalls noch in situ ohne Frakturen. Der Indikationsbereich erstreckte sich von Einzelkronen über die drei- und mehrgliedrige Brücke mit zwei oder mehreren verbleibenden Pfeilerzähnen. Der Vorteil gegenüber der konventionellen Metallkeramik-technik lag eindeutig in der verbesserten Ästhetik und der Biokompatibilität des Gerüstmaterials, welches mit der Transluzenz und grazilen Verbindern ein ausgezeichnetes Aussehen ermöglichte.

Professor Dr. Peter Schärer  
Zentrum für Zahn-, Mund und  
Kieferheilkunde der Universität Zürich  
Plattenstrasse 11, CH-8028 Zürich



Werkstoffeigenschaften kommerziell verfügbarer Werkstoffsysteme für dentalkeramische Anwendungen

zm Leser-  
service

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

Die Arzneimittelkommission Zahnärzte informiert

# Anstieg der Nebenwirkungsmeldungen zu Clindamycin

Christoph Schindler, Wilhelm Kirch

**Bereits in dem kürzlich in den zm veröffentlichten Bericht der Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer über Nebenwirkungsmeldungen im Jahr 2001 [1] hatten wir auf einen auffälligen Anstieg der bundesweit von Zahnärzten gemeldeten Nebenwirkungen zum Antibiotikum Clindamycin im Vergleich zu den Vorjahren hingewiesen. Diese Meldungen haben sich jetzt gehäuft.**

Jahr	Meldungen absolut	Meldungen %
1997	8 von 24	33
1998	3 von 20	15
1999	10 von 30	33
2000	7 von 18	40
2001	17 von 24	71

Tab. 1: Übersicht der Nebenwirkungsmeldungen: Clindamycin im Vergleich zu Antibiotika gesamt

Diese unerwünschten Wirkungen zu Clindamycin umfassten überwiegend Symptome des Gastrointestinaltraktes (Übelkeit, Diarrhoe, pseudomembranöse Colitis), der Haut und Schleimhaut (Exanthem, Pruritus, Urtikaria) sowie des ZNS (Schwindel, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen). Insbesondere Diarrhoen sind häufige Nebenwirkungen von Antibiotika. In einer kürzlich veröffentlichten prospektiven Studie mit insgesamt 2462 Patienten betrug die Anzahl antibiotikaassoziierter Diarrhoen insgesamt fünf Prozent und war am häufigsten mit Cephalosporinen, Clindamycin und Breitspektrumantibiotika assoziiert [2]. Nach oraler Applikation von Clindamycin werden in bis zu 20 Prozent der Fälle Übelkeit, Erbrechen, Magen-Darm-Krämpfe und Diarrhoen beobachtet [3]. Meist sind diese Symptome nach Absetzen des Präparates selbstlimitierend. Vereinzelt kann es jedoch unter der Behandlung mit Clindamycin zu einer pseudomembranösen Colitis kommen, die im Einzelfall lebensbedrohlich sein kann [4]. In diesen Fällen ist Clindamycin sofort abzusetzen und eine geeignete The-

rapie einzuleiten (wie Vancomycin oral, vier mal 250 Milligramm täglich für sieben bis zehn Tage).

Dieser relative Anstieg an unerwünschten Wirkungen von Clindamycin im Vergleich zu Vorjahren ist höchstwahrscheinlich dadurch zu erklären, dass Clindamycin auf Grund seines breiteren Spektrums im anaeroben Bereich von Zahnärzten und insbesondere von zahnärztlichen Chirurgen zunehmend häufiger verordnet wird.

Einige Hersteller von Clindamycinpräparaten (wie ct-pharma, betapharm, Azupharma, Stada und Dr.Wolff-Arzneimittel) führen in der aktuellen Ausgabe der Roten Liste (2002) für ihre Präparate unter der Rubrik Anwendungsbeschränkungen „Penicillinallergie“ an, was mehr als verwir-

rend beziehungsweise schlichtweg falsch ist. In den von der Bundeszahnärztekammer herausgegebenen „Informationen über zahnärztliche Arzneimittel 2000“ wird das Antibiotikum Clindamycin gerade bei Vorliegen einer Penicillinallergie zur Endokarditisprophylaxe bei zahnärztlichen Eingriffen explizit empfohlen. Auch die American Heart Association gibt in ihren Empfehlungen zur Endokarditisprophylaxe bei Penicillinallergie als erste Alternative Clindamycin an [5, 6]. Dies steht im Widerspruch zu den genannten Angaben zu Clindamycin-Präparaten der genannten Firmen in der Roten Liste.

Aus gegebenem Anlass fassen wir die aktuellen Therapieempfehlungen zur Endokarditisprophylaxe sowie zum Einsatz von Clindamycin nochmals kurz zusammen: Für den Zahnarzt relevante Indikationen sind alle Eingriffe, die mit Zahnfleischbluten einhergehen und in der Folge Bakteriämien hervorrufen können. Die American Heart Association empfiehlt die einmalige orale Gabe von zwei Gramm Amoxicillin eine Stunde vor dem Eingriff (siehe Tab. 2). Patienten, die keine oralen Medikamente

	Präparat	Dosis (Erwachsene)
<b>Standard-Regimen</b>	Amoxicillin	2 g p.o. 1h vor Eingriff
<b>bei Penicillinallergie</b>	Clindamycin oder Cefalexin oder Cefadroxil oder Azithromycin oder Clarithromycin	600 mg p.o. 1h vor Eingriff 2 g p.o. 1h vor Eingriff
		500 mg p.o. 1h vor Eingriff
<b>parenteral</b>	Ampicillin	2 g i.v./i.m. 30 Min. vor Eingriff
<b>parenteral + Penicillinallergie</b>	Clindamycin oder Cefazolin	600 mg i.v./i.m. 30 Min. vor Eingriff 1 g i.v./i.m. 30 Min. vor Eingriff

Tab. 2: Empfehlungen der American Heart Association zur Endokarditisprophylaxe bei zahnärztlichen Eingriffen (2000)



Foto: ABDA

*Beipackzettel weisen immer auf eine große Liste von möglichen Nebenwirkungen hin. Selten werden sie festgestellt. Im vorliegenden Fall von Clindamycin sind sie aber gehäuft zu beobachten.*

einnehmen können oder bereits intravenös Medikamente erhalten, sollten zwei Gramm Ampicillin 30 Minuten vor dem Eingriff erhalten. Bei Penicillinallergie können alternativ 600 Milligramm Clindamycin

peroral oder 600 Milligramm Clindamycin intravenös 30 Minuten vor dem Eingriff gegeben werden.

Diese aktuellen Empfehlungen sind identisch mit den Empfehlungen in den „Informationen über Zahnärztliche Arzneimittel 2000“ der KZBV. Die Tatsache, dass in der Roten Liste bei einigen Clindamycinpräparaten die Anwendungsbeschränkung „Penicillinallergie“ aufgeführt wird, ist daher missverständlich. Dadurch soll offensichtlich zum Ausdruck gebracht werden, dass auch Clindamycin bei entsprechend disponierten Patienten allergische Reaktionen auslösen kann. Eine Kreuzallergie zwischen Clindamycin und Penicillin ist nicht bekannt und auf Grund der Strukturunterschiede der Substanzen auch nicht zu erwarten. In sehr seltenen Einzelfällen sind anaphylaktische Reaktionen auf Clindamycin bei Personen mit bereits bestehender Penicillinallergie beschrieben worden. Aller-

dings werden Kreuzallergien von Penicillinen und Cephalosporinen bei zirka fünf Prozent der Patienten ungleich häufiger beobachtet. Eine Anwendungsbeschränkung beziehungsweise Kontraindikation für die Clindamycingabe besteht nur dann, wenn eine Clindamycinallergie bereits bekannt ist.

*Dr. Christoph Schindler  
Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch  
Arzneimittelkommission der Zahnärzte  
Institut für Klinische Pharmakologie  
Med. Fakultät der TU Dresden  
Fiedlerstraße 27  
01307 Dresden*



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

*Riesenkinder im Wachstum bremsen*

## Hormontherapie des Hochwuchses umstritten

**Das „preußische Gardemaß“ ist zur läppischen Norm geworden: Die Mindestgröße der berühmten „Langen Kerls“ des preußischen Soldatenkönigs Friedrich Wilhelm I. von 1,80 Meter wird mittlerweile von jedem jungen Mann in Deutschland übertroffen. Heute misst jeder vierte junge Deutsche 185 Zentimeter und mehr, drei Prozent sind sogar mehr als 196 Zentimeter groß.**

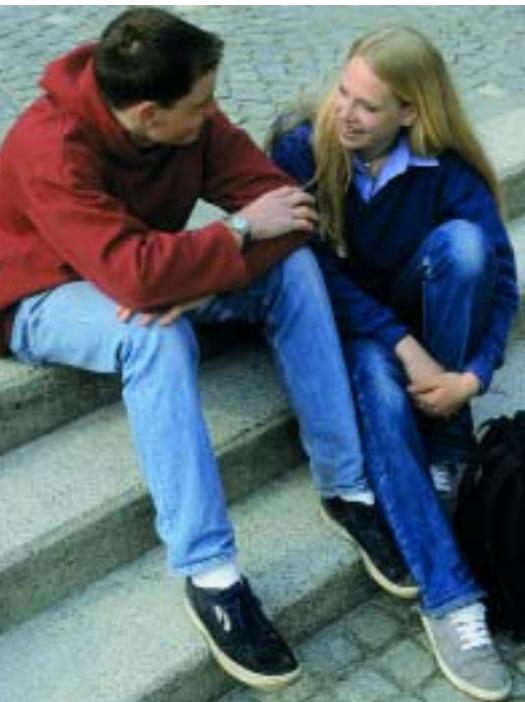


Foto: MEV

*Groß, lang und dünn, das ist die Generation von morgen, aber nicht jedermanns Sache.*

Auch von den jungen Frauen gehören immer mehr zur „XXL-Generation“: Jedes zehnte Mädchen wächst mindestens auf 1,75 Meter Körpergröße heran. Drei Prozent liegen über 1,81 Meter. Die Aufnahmekriterien für die Mitgliedschaft im „Klub Langer Menschen“ müssen vermutlich schon bald geändert werden: Bisher nimmt diese Vereinigung großwüchsige Männer ab 190 Zentimetern und Frauen ab 180 Zentimetern in ihre Reihen auf.

Schießt ein Junge stark in die Höhe, sehen seine Eltern eher Vorteile darin. Für großwüchsige Mädchen dagegen werden häufiger Nachteile befürchtet, vor allem Schwierigkeiten bei der Partnersuche. Es

taucht deshalb die Frage auf: Soll man diese Kinder mit Hormonen bremsen oder nicht? Und ist eine Behandlung heute überhaupt noch gerechtfertigt?

### Behandlung umstritten

Auf diese Frage kann es nur individuelle Antworten geben. Hochwuchs ist keine Krankheit, muss also auch nicht behandelt werden. Prof. Dr. Jürgen H. Brämwig von der Universitätskinderklinik Münster in der „Kinderärztlichen Praxis“: „Die Indikation zur Hochwuchstherapie wird sehr kontrovers diskutiert, von einigen Autoren auch strikt abgelehnt. Es liegt keineswegs ein Konsens vor, ab welcher voraussichtlichen Endgröße eine Behandlung durchgeführt werden sollte: Die Angaben schwanken zwischen einer errechneten voraussichtlichen Endgröße von 195 und 205 Zentimetern bei Jungen und zwischen 175 und 185 Zentimetern bei Mädchen. In der „Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Endokrinologie“ wird bei entsprechendem Therapiewunsch der Betroffenen und der Eltern eine Therapie ab einer Körperhöhe von 202 Zentimetern bei Jungen und 185 Zentimetern bei Mädchen in Erwägung gezogen.“

Die Eltern und ihre Kinder sollten sich außerdem vor Beginn einer hormonellen Wachstumsbremse darüber im Klaren sein, was sie erwartet: Die Behandlung erfolgt mit Sexualhormonen, die die Knochenreife beschleunigen und damit die Wachstumsdauer abkürzen. Jungen bekommen Testosteron gespritzt, Mädchen werden mit Östrogenen gebremst. Selbst bei frühzeitigem Beginn der Behandlung (bei Jungen bei einem Knochenalter von zwölf bis 13

Jahren, bei Mädchen von zehn bis elf Jahren) wird die vorher errechnete Endgröße lediglich um acht bis zehn Zentimeter reduziert. Und das nach einer Behandlungsdauer von einhalb bis zwei Jahren!

Die Hormontherapie gefährdet zwar nicht die Gesundheit, ist jedoch oft mit unangenehmen Nebenwirkungen verbunden: Bei Mädchen werden besonders häufig Gewichtszunahme, Übelkeit, Hautpigmentierungen, unregelmäßige Blutungen, Akne, nächtliche Beinkrämpfe und eine Erhöhung des Blutdrucks beobachtet. Bei Jungen kommt es häufig zu Akne, oft auch zu erhöhter Aggressivität. Die Hoden können vorübergehend kleiner werden. Ob die Behandlung eine spätere Schädigung der Prostata nach sich zieht, ist noch unklar.

### Haltungsschäden sind vorprogrammiert

Groß zu sein tut nicht weh. Gesundheitliche Schäden müssen große Menschen nicht fürchten – bis auf eine Ausnahme: Sie entwickeln sehr häufig Haltungsschäden und bekommen Rücken- und Gelenksbeschwerden. Große Menschen ziehen meistens den Kopf ein und gehen häufig gebeugt.

Probleme gibt es im Alltag allerdings reichlich: Die Betten werden plötzlich zu kurz, die Stühle zu niedrig. Anzüge und Kleider in der richtigen Größe sind nur selten vorrätig, und modische Damenschuhe bei Schuhgröße 42 sind kaum zu finden.

Die jungen „Bohnenstangen“ selbst werden jedoch mit diesen Problemen offenbar leicht fertig. Wachstumsspezialist Prof. Dr. Lothar Reinken aus Hamm/Westfalen: „Wenn uns Kinder mit der Frage vorgestellt werden, ob ihr Wachstum vielleicht mit Hormonen gebremst werden soll, sind es fast immer nur die Eltern, die sich um die Zukunft des zu groß geratenen Kindes Sorgen machen, und nicht die Kinder selbst.“

*Lajos Schöne  
Gestäckerstraße 19  
81827 München*

Tagung der AG Dentale-Technologie 2002

## Ästhetik – Keramik – Galvano – Implantate

Bernhard Jäger, Ekkehard Kröwerath

Bei der 31. Tagung der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V. trafen sich hochkarätige Referenten und namhafte Hersteller dentaler Technologien.

### Totalprothetik

ZTM Damiano Frigerio, Lugano, leitete die Veranstaltung mit einem Vortrag über Ästhetik in der Totalprothetik ein. Wenn der Patient die notwendigen Zusatzkosten trägt, so darf der Zahntechniker zum „Michelangelo“ werden. Primäre Ästhetik wird durch Zahnstellung erreicht, des Weiteren kann durch Individualisierung und Charakterisierung von Zähnen und Frontzahnschild eine totale Prothese altersgerecht angepasst werden. Eine Frage bleibt jedoch offen: Akzeptieren Patienten realistische Zähne oder wollen sie perfekte Zähne? Dies wird, laut Herrn Frigerio, stark durch die Einstellung des Zahnarztes beeinflusst. Gewiss ist aber: Jeder Patient wünscht sich ein unvergessliches Lächeln.



Individualisierung einer Standard-Garnitur von Kunststoffzähnen für eine Kinderprothese

Einen kurzen Überblick über Geschichte und Funktionsprinzipien der Totalprothetik gab ZTM Jürgen Mehlert, Hamburg. Mit den heutigen Zahnlinien, Artikulatoren und Zubehör lassen sich eine große Anzahl von Patienten gut versorgen. Leider im Allgemeinen lediglich mittelwertig. Die Bereitschaft der Behandler den Zahn Technikern mehr Informationen als nur Patientenname und Zahnfarbe zukommen zu lassen, ermöglicht eine individuelle Totalprothetik und große Verbesserungen hinsichtlich der Ästhetik. Der Vortrag von Professor Jürgen Setz, Halle, über Halteelemente und Kinematik bei im-

plantatgestützten Deckprothesen im Unterkiefer führte zu einer interessanten Diskussion. In vitro hatte die Wahl der angewandten Aufbauten (Kugelkopf / Doldersteg-Geschlebe / Doldersteg-Gelenk) keinen Einfluss. Lediglich die Größe der transversalen Länge des Stegreiters hatte positive Auswirkungen bei Belastungen im Seitenzahngelbiet.

### Planung muss sein

Abnehmbares oder feststehendes Konzept beim teilbezahnten Patienten? Hier spielen Aufwand, Kosten und Erfolgsprognose eine große Rolle, wobei die Entscheidung gemeinsam von Behandler und Patient gefällt werden muss. Professor Kurt Jäger, Basel, gab seine Erfahrungen bei Planung und Ausführung von abnehmbarem und feststehendem Zahnersatz bei teilbezahnten Patienten weiter. Die Notwendigkeit für Implantate zur Vergrößerung der parodontalen Stützfläche bei bestimmten Fällen wurde eindrücklich dargestellt. Dr. Markus Jungo, Basel, bewertete und verglich teilprothetische Halteelemente bezüglich Halt, Dauerhaftigkeit, Reparaturanfälligkeit und Kundenzufriedenheit.

Professor Dr. Heiner Weber, Tübingen, bot in seinem Repetitorium über Kombizahnersatz Planungshilfen und zeigte die technischen und zahnmedizinischen Voraussetzungen für den Erfolg. Trotz neuer Verfahren müssen die klassischen Methoden ebenfalls beherrscht und sinnvoll angewandt werden, denn verdrängt und ersetzt sind sie noch lange nicht. Es sollte nicht ausschließlich unter medizinischen Aspekten behandelt werden. Die Wünsche des Patienten sollten in hohem Maß die angewandte Therapie bestimmen. Des Weiteren sollte der Zahnarzt darauf achten, möglichst viele und präzise

Informationen an den Zahn Techniker weiterzuleiten. Denn nur so ist ein gemeinsamer Erfolg garantiert. Die Basis des Erfolgs liegt auch hier in einer vertrauensvollen Kommunikation zwischen Zahnarzt und Zahn Techniker unter Einbeziehung des Patienten.

### Kinderprothesen

Eine selten beachtete Behandlung ist die Notwendigkeit von herausnehmbarem Zahnersatz im Kindesalter. Dr. Bernd Oettinger, Tübingen, stellte die Vorgehensweise bei der Herstellung von Kinderprothesen dar und erläuterte Indikation und Aufgaben von prothetischen Versorgungen bei Kindern. Trotz vieler Vorteile muss auf Risiken und Nachteile geachtet werden. Regelmäßige Nachkontrollen in kurzen Abständen sind unbedingt erforderlich. Sehr eindrucksvoll war die Individualisierung herkömmlicher Zahngarnituren bis hin zu Mamellons im Schmelz, vor allem, wenn man die Größe der Kinderprothesen betrachtet. Und wie in der Kieferorthopädie seit langem üblich, wurden auch hier kleine Motive auf oraler Seite in die Prothese eingearbeitet um die Akzeptanz bei den jungen Patienten zu maximieren. Vor allem bei Kindern wird hiermit Entwicklungsstörungen des Kauapparats sowie psychosozialen Problemen vorgebeugt.

### Keramik

Der „Besondere Vortrag“ von ZTM Willi Geller, Zürich, bestach durch perfekte Bilder. Moderne Feldspatkeramikmassen bieten eine Vielzahl von Möglichkeiten bei hervorragender Ästhetik. Dieser Vortrag ermunterte sowohl Zahn Techniker als auch Zahnarzt zur Anwendung minimalinvasiver Versorgungen durch Veneers. Herr Geller zeigte eindrucksvoll die Herstellung mittels einer speziellen Schicht- und Brenntechnik und die resultierenden guten klinischen Ergebnisse. Große Hoffnungen werden auf

Brückenkonstruktionen aus Zirkonoxidkeramiken gesetzt. Dr. Jürgen Tinschert, Aachen, berichtete über erste klinische Ergebnisse mit vollkeramischen Brücken aus Zirkoniumdioxid und gab praktische Tipps zur Herstellung vollkeramischer Restaurationen. Dr. Stefan Wegner, Kiel, zeigte vollkeramische Inlaybrücken aus einer experimentellen Lithiumdisilikat-Presskeramik. Er sprach über die Vorgehensweisen sowohl auf Seite des Behandlers als auch des Zahntechnikers und zeigte Vor- und Nachteile. Nach dem Vortrag von Professor Reiner Biffar, Greifswald, sind die Zusammenhänge keramischer Brennprozesse klarer. Die modernen niedrigbrennenden Keramiken verlangen die genaue Einhaltung der Brennparameter. Eine regelmäßige Wartung der Vakuumpumpe hat entscheidenden Einfluss auf den Sintergrad und somit die Korrosionsanfälligkeit der Keramikmassen. ZTM Peter Finke, Erlangen, stellte das Degussa Cercon System vor. Zirkoniumdioxid-Keramiken eröffnen eine neue Ära der metallfreien Restaurationsmöglichkeiten. Mit dem Degussa Cercon® System bleiben Wertschöpfung und Qualitätsmanagement zu 100 Prozent im zahn-

## Neuer Termin

*Die nächste Jahrestagung der AG Dentale Technologie findet am 19.-21.06.03 wieder in Sindelfingen statt. Haupt-Themen Implantologie und CAD/CAM.*

technischen Betrieb. In ihrem gemeinsamen Vortrag über einen neuen Weg in der Zahnfarbbestimmung berichteten Dr. Frank Lösser, Siegen, und ZTM Holger Reichel, Laaspe, über das Ikam-System, das die Farbkommunikation zwischen Zahnarzt und Zahntechniker erleichtert und objektiviert. ZTM Ralph Riquier, Keltern, zeigte Grenzen und Möglichkeiten bei der Arbeit mit vollkeramischen Systemen. Welche Limitationen haben die verschiedenen CAD/CAM Systeme. Was ist machbar? Was ist wichtig für zukünftige Indikationsgebiete? Professor Peter Pospiech, Homburg/Saar, beleuchtete in seinem Vortrag die verschiedenen Aspekte bei der Versorgung mit vollkeramischem Zahnersatz: Indikation und Auswahl vollkeramischer Systeme, Präparation, Bearbeitung der Keramiken und ihre Befestigung.



*Kinderprothese (Dr. Bernd Oetinger und ZT Dennis Wahl, Tübingen)*

Mit dem Einlassen auf den Werkstoff Keramik ist eine werkstoffgerechte Arbeitsweise eine unabdingbare Voraussetzung. Professor Heinrich Kappert, Schaan, und ZTM Scharl, Amberg, berichteten gemeinsam über eine Studie mit galvanogestützten Empress2-Seitenzahnkronen. Sie stellten den Rahmen der Anwendungsmöglichkeiten einer solchen Versorgung in der Kronen- und Brückentechnik sowie bei der Kombinationsprothetik dar. Zum Abschluss des Freitags stellte Privatdozent Roland Strietzel, Bremen, die Gedanken hinter der Entwicklung des FutureDent® Systems der Firma Bego vor, und verspricht ab November 2002 eine wirtschaftlichere Möglichkeit bei der Herstellung von metallischen Gerüsten. Dr. Eduard Eisenmann, Hanau, warb für die vollkeramischen Abutments des Ankylos-Implantatsystems. Er beschrieb das mechanische Verhalten des Cercon-Pfostens und zeigte das klinische und zahntechnische Vorgehen mit diesem neuen Abutment. Die ersten hiermit behandelten Patientenfälle wurden vorgestellt. Für ein natürliches Aussehen ist neben der Harmonie und relativen Symmetrie der Zahnkronen das umgebende Weichgewebe von größter Bedeutung.

## Die Galvanotechnik

Galvano oder Guss? In seinen klinischen Überlegungen verglich Professor Jakob Wirz, Basel, die Galvano- mit der herkömmlichen Gusstechnologie. Die Vorteile der Glavanokrone liegen unter anderem in einer Zahnhartsubstanz schonenden Präparation, ihrer Präzision und Passgenauigkeit, einer hohen Biokompatibilität ohne Haftoxide, sowie der Zementierbarkeit mit inertem Zink-Phosphat-Zement. Vor allem als Einzelkrone zeigt die Galvanokrone, im Vergleich, ihre vielen Vorteile. Eine Neuheit auf der diesjährigen Tagung war der „Aktuelle

Vortrag“. ZT Sebastian Cornelissen, Niederlande, beschrieb sein Verfahren zur Herstellung der Cordent-Krone R. Eine AGC-Galvanokrone wird hierbei mit Authentic-Presskeramik überpresst. Dadurch entsteht eine äußerst stabile und passgenaue Keramikschulter. Die Dentinmasse wird dabei mit Schneiden- und Transpamassen vervollständigt. Die so entstehenden, sehr ästhetischen Kronen- und Brückenkonstruktionen sind sowohl konventionell als auch bei besonders stark reduzierten Metallgerüsten adhäsiv einsetzbar. Dr. Sandro Siervo, Mailand, sprach über die Einsatzgebiete des Galvanoforming. Wo liegen die Vorteile, wo die Nachteile? Trotz vieler Vorteile gibt es bei der Galvanotechnik jedoch auch einige Fehlerquellen. Wichtig ist eine gewissenhafte Bearbeitungsweise von galvanisch hergestellten Kronen auf Zahntechniker- und Behandlerseite. ZTM Klaus Ernst nahm in seinem Vortrag die Angst vor großen Spannen in der Galvanobrückentechnik. Bei Einhaltung der Präparationsvorschriften und einer sauberen Abformung sind Brücken jeglicher Größe nur noch eine Sache der Dimension des Gerüstes und in

## Ehrungen

*Professor Wirz, Basel, und ZTM Klaus Pogrzeba, Stuttgart, wurden zu Ehrenmitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V. ernannt. Der diesjährige Straumann-Preis ging an ZTM Hartmut Stemmann, Hamburg, für sein langjähriges Engagement in der Entwicklung von magnetischen Verankerungen.*

Galvanotechnik herstellbar. Professor Wolfgang Lindemann, Tübingen, berichtete abschließend am Samstag über die Mikromorphologie der Stäube dentaler Werkstoffe und deren Gefährdungspotential. Beim Ausarbeiten von Zahnersatz aus einer Legierung, Keramik oder Kunststoff ist eine funktionierende und regelmäßig gewartete Absauganlage unerlässlich, sowie das Tragen einer persönlichen Schutzausrüstung, Schutzbrille, Arbeitsmantel und möglichst auch einer Atemmaske.

*Berthold Jäger, Ekkehard Kröwerath  
Zentrum für ZMK, Poliklinik für zahnärztliche  
Prothetik und Werkstoffkunde  
Osianderstrasse 2-8, 72076 Tübingen*

Für Sie gelesen

## Neues aus der Welt der Prothetik

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



Grafik: zm

### Zehn-Jahres-Vergleich: CAD/CAM In- und Onlays

Der Einsatz von computerunterstützten Systemen gewinnt mehr und mehr an Bedeutung in der restaurativen Zahnmedizin. Die kontinuierliche Weiterentwicklung dieser Systeme hat hierbei zu einer gewissen Schnelleblichkeit geführt, da ständig neue Hardware, Software-Updates und nicht zuletzt neue, vor allem keramische Werkstoffe eingeführt werden. Es ist daher nicht verwunderlich, dass in der Literatur nur wenige klinische Studien über einen aussagekräftigen Beobachtungszeitraum zu diesem Themenkreis verfügbar sind.

In dieser prospektiven klinischen Studie wurde die Bewährung von chairside gefertigten CAD/CAM Inlays und Onlays evaluiert. Die Restaurationen wurden mittels des Cerec-1 Systems designed und aus der Feldspatkeramik Vita MK I gefräst.

Von den 200 Restaurationen, die im Zeitraum von 1989 bis Anfang 1991 in einer zahnärztlichen Praxis eingegliedert wurden, konnten 187 Restaurationen über einen Zeitraum von zehn Jahren

beobachtet werden. Hierbei handelte es sich in 43 Prozent der Fälle um dreiflächige Inlays, in 33 Prozent um zweiflächige Inlays, in 11,5 Prozent um einflächige Inlays, in sieben Prozent um mehr als dreiflächige Inlays und in 5,5 Prozent um Onlays. Alle Restaurationen wurden adhäsiv befestigt. Hierzu wurden die entsprechenden Keramikoberflächen mit fünfprozentiger Flusssäure angeätzt und anschließend silanisiert. Die Kavitäten wurden mit

35-prozentiger Phosphorsäure angeätzt und mit einem Dentinadhäsiv (Cerec-Bond, Heraeus Kulzer) konditioniert. Die Zementierung erfolgte mit einem Befestigungskomposit (Cerec Duo-Cement, Heraeus Kulzer), der nach Überschussentfernung von mindestens drei Seiten für jeweils 20 Sekunden lichtgehärtet wurde. Alle Restaurationen wurden nach der Eingliederung nach den Kriterien des United States Public Health Service (USPHS) beurteilt. Diskrepanzen bezüglich Farbe, Form oder Kontur wurden dokumentiert und fotografiert. Nach zehn Jahren wurden 187 Inlays und Onlays nach den gleichen Kriterien erneut beurteilt. Die nach Kaplan-Meier berechnete Misserfolgsrate betrug acht Prozent. In der Gruppe der Misserfolge traten in 73 Prozent Frakturen auf, wobei in 53 Prozent der Fälle eine Fraktur der Keramik und in 20 Prozent der Fälle eine Fraktur des Pfeilerzahnes vorlag. Außerdem führte in weiteren 20

Prozent Karies und in sieben Prozent Pulpitis zum Misserfolg. In der Gruppe der dreiflächigen Inlays wurden die meisten Misserfolge beobachtet.

Aus den präsentierten Ergebnissen ziehen die Autoren die Schlussfolgerung, dass die getestete Keramik angesichts einer Überlebensrate von 90,4 Prozent über zehn Jahre für den klinischen Einsatz empfohlen werden kann. Wichtig für den klinischen Erfolg scheint hier insbesondere die Einhaltung von geforderten Keramikmindeststärken, sowie die kritische Indikationsstellung bei Patienten mit Parafunktionen wie Bruxismus. Abschließend heben die Autoren die positive Patientenakzeptanz des Chairsideverfahrens hervor.

Quelle:

Otto, T., De Nisco, S.: Computer-aided direct ceramic restorations: a 10-year prospective clinical study of Cerec CAD/CAM inlays and onlays. *Int J Prosthodont* 15, 122 (2002).

### Kostenvergleich bei zwei Freiendsituationslösungen

**Um einen Kostenvergleich zu erstellen, ist nicht nur der Vergleich der primären Kosten von Interesse, sondern wie in der hier zusammengefassten Studie gezeigt, der gesamte Therapie- und Kostenaufwand auch über die Nachsorgezeit hinzuzuziehen.**

In dieser retrospektiven Untersuchung wurde der finanzielle Aufwand zweier Patientenkollektive gegenübergestellt. Bei beiden Kollektiven lag eine uni- beziehungsweise bilateral verkürzte Zahnreihe vor, die bei 47 Patienten konventionell herausnehmbar (Kollektiv A) und bei 40 Pa-

tienten implantatprothetisch festsetzend (Kollektiv B) versorgt wurde. Verglichen wurden die initialen Therapiekosten sowie der Aufwand der Folgebehandlungen über einen Beobachtungszeitraum von fünf Jahren. Als Implantatsystem kam das Ankylos-System zur Anwendung.



Foto: W.O. Funk

Bei dem Vergleich der initialen Therapiekosten lag der finanzielle Aufwand für die festsitzend implantatgetragene Therapieform um den Faktor zwei höher als für die konventionell herausnehmbare Therapieform, wobei sich eine besondere Kostendiscrepanz bei der bilateral verkürzten Zahnreihe herausstellte. Bei der Betrachtung der Folgekosten kam es jedoch zu einer gravierenden Verschiebung dieses Verhältnisses. Hier lag der Aufwand für den konventionell herausnehmbaren Zahnersatz um den Faktor neun höher. Für das konventionell versorgte Patientenkollektiv entstand nur in neun Prozent der Fälle kein Nachsorgeaufwand, wohingegen bei 90 Prozent der implantatprothetisch festsitzend versorgten Patienten keine Folgebehandlung erforderlich war. Beim Kollektiv des konventionell herausnehmbaren Zahnersatzes gingen zehn Prozent der Pfeilerzähne verloren, 4,1 Prozent der Pfeilerzähne mussten endodontisch versorgt werden und in 50,1 Prozent der Fälle musste der Verlust an alveolärem Knochen durch Unterfütterungen kompensiert werden.

Bemerkenswert ist zu erwähnen, dass in 61 Prozent der Fälle, in denen implantatprothetisch festsitzender Zahnersatz angefertigt wurde, Implantate als Brückenpfeiler inseriert und mit natürlichen Pfeilerzähnen verblockt wurden. So wurden in diesem

Kollektiv 53 Pfeilerzähne und 91 Implantate prothetisch versorgt. Bei der Betrachtung der Folgebehandlungen in diesem Kollektiv kam es nur in jeweils einem Fall zu Pfeilerzahn- beziehungsweise Implantatverlust.

Zusammenfassend ziehen die Autoren aus der vorgestellten Studie die Schlussfolgerung, dass die zu erwartenden Folgekosten bei festsitzendem Zahnersatz auf

## Kaukraft und -effizienz bei Prothesenträgern

**Vielfach wurde bereits der positive Einfluss von Restbezahnung oder Implantatverankerung beim Prothesenträger im Vergleich zum Totalprothesenträger diskutiert. In der vorliegenden Studie wurde ein objektiver Vergleich zu dieser Fragestellung unternommen.**

In dieser Studie wurden sieben Probandengruppen unterschieden, bei denen Untersuchungen bezüglich maximaler Kaukraft und Kaeffizienz durchgeführt wurden, wobei insbesondere eine Patientengruppe mit schlechten Kieferkammverhältnissen und implantatretinierter Hybridprothese beobachtet wurde. Bei den Probandengruppen wurde unterschieden zwischen

1. Hybridprothese/implantatretiniert,
2. Hybridprothese/zahnverankert,
3. Totalprothesenträger/schlechtes Prothesenlager,
4. Totalprothesenträger/gutes Prothesenlager,
5. natürliche Bezahnung/verkürzte Zahnreihe,
6. Vollbezahnung/ältere Patienten,
7. Vollbezahnung/jüngere Patienten.

Zur Ermittlung der Kaukraft wurden die Probanden angewiesen mit der gewohnten Kaukraft, beziehungsweise mit der maxima-

len Kaukraft auf einen Kraftaufnehmer zu beißen. Die Kaukraft wurde an fünf verschiedenen Messpunkten im Front- und Seitenzahnbereich ermittelt. Die Kaeffizienz wurde definiert als Anzahl von Kauzyklen, die zur Zerkleinerung bestimmter Nahrungspartikel auf einen gewissen Prozentsatz der Ausgangsgröße benötigt wurden.

*Quelle:*  
Heymann, C., Weigl, P., Seiz, J., Nentwig, G.H.: *Implantatprothetik versus konventionelle Prothetik bei Freundsituationen. Z Zahnärztl Implantol* 16, 190-195 (2000).

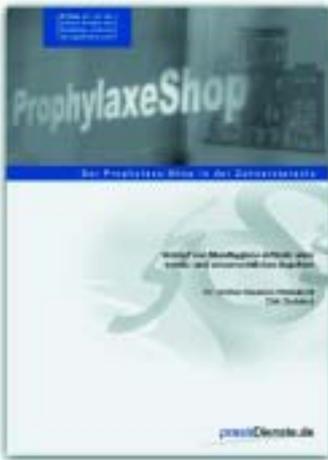
Bei der Betrachtung der Ergebnisse zur ermittelten Kaukraft zeigte sich bei der physiologisch normalen Kaukraft kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen der implantatretinierten Hybridprothesen und den Gruppen 2 und 3, jedoch eine signifikant höhere Kaukraft im Vergleich zu Gruppe 4. Bei der Betrachtung der maximalen Kaukraft zeigte die Gruppe der implantatgetragenen Hybridprothesen eine signifikant höhere Kaukraft als alle anderen mit Zahnersatz versorgten Versuchsgruppen. Die drei Probandengruppen mit natürlicher Bezahnung zeigten sowohl bei der nor-

malen als auch bei der maximalen Kaukraft signifikant höhere Werte, wobei die der jüngeren Patienten bei der maximalen Kaukraft nochmals signifikant höher war. Bei der Kaeffizienz zeigte die Probandengruppe der implantatverankerten Hybridprothesenträger signifikant bessere Ergebnisse als die der Totalprothesenträger mit schlechtem Prothesenlager, schnitt jedoch sowohl im Vergleich zur Gruppe der Totalprothesenträger mit gutem Prothesenlager, als auch zur Gruppe der zahnverankerten Hybridprothesenträger schlechter ab. Wie auch bei der Kaukraft schnitten die Probanden mit natürlicher Bezahnung bei der Kaeffizienz signifikant besser ab, wobei Probanden mit verkürzter Zahnreihe schlechtere Ergebnisse zeigten. Des Weiteren stellten die Autoren eine Korrelation zwischen der Kaukraft und -effizienz fest, das heißt Probandengruppen, die eine höhere Kaukraft aufwiesen, besaßen auch eine höhere Kaeffizienz. Aus den beschriebenen Ergebnissen ziehen die Autoren die Schlussfolgerung, dass implantatgetragene Hybridprothesen bei der Rehabilitation von Patienten mit schlechten Kieferkammverhältnissen zwar zur Steigerung der Kaufunktionen beitragen, dabei aber nicht die Kaufunktion von zufriedenen Totalprothesenträgern erreicht wird.

*Quelle:*  
Fontijn-Tekamp, F.A., Slagter, A.P., Van Der Bilt, A., van 't Hof, M.A., Witter, D.J., Kalk, W., Jansen, J.A.: *Biting and chewing in overdentures, full dentures, and natural dentitions. J Dent Res* 79, 1519-1524 (2000).

OA Dr. Stefan M. Wegner  
Klinik für Zahnärztliche Prothetik,  
Propädeutik und Werkstoffkunde  
Arnold-Heller-Straße 16  
24105 Kiel  
[www.uni-kiel.de/proth](http://www.uni-kiel.de/proth)

## Der Prophylaxe-Shop in der Zahnarztpraxis



Jochen Neumann-Wedekindt und Dirk Duddeck präsentieren eine Broschüre, die sich sowohl für Zahnärzte als auch für Steuerberater (vor allem Kapitel 7: Steuerrechtliche Behandlung des Mundhygiene-Artikelverkaufs) gleichermaßen als kompetentes Arbeitsheft eignet.

In einfachen Schritten werden nicht nur die Besonderheiten für den Verkauf von Mundhygiene-Artikeln in der Zahnarztpraxis erläutert, sondern es werden auch wertvolle Empfehlungen für eine Integration der Prävention in den Praxisalltag gegeben.

Die zehn kurzen Kapitel sind jeweils in Form von Praxis-Tipps zusammengefasst und bieten dadurch besonders dem eiligen Leser einen guten Überblick und genügend Anregungen, sich mit dem Thema Prophylaxe intensiver auseinander zu setzen.

Die Kapitel 3, 5 und 7 (Berufsrechtliche Einschätzung; Information – Werbung – Wettbewerb; Steuerrechtliche Behandlung des Mundhygiene-Artikelverkaufs) nehmen zwangsläufig den größten Teil der Broschüre ein. Die Inhalte dieser Kapitel

sind leicht verständlich und sehr kompetent dargestellt.

Auch die Kapitel 1 (Einleitung/gesundheitspolitische Aspekte) – mit dem wichtigen Hinweis der Bedeutung der Prophylaxe für die Positionierung der Praxis im Wettbewerb und die Klarstellung, dass die dafür notwendige Strategie nur von der Praxisführung entwickelt werden kann – Kapitel 4 (Delegation der Prophylaxe – Patienteninformation), Kapitel 6 (Organisation des Mundhygiene – Artikelverkaufs), Kapitel 8 (Prophylaxe – Investitionen kalkulieren) und die Kapitel 9 (Zusammenfassung) und 10 (Anhang) sind prägnant, kurz und fachkundig behandelt.

Diese Broschüre kann jedem, der einen „Prophylaxe-Shop“ in die Praxis integrieren will, als Planungsgrundlage empfohlen werden. Aber auch für all diejenigen, die bereits einen „Prophylaxe-Shop“ betreiben, können die fachlichen, organisatorischen, berufs- und vor allem steuerrechtlichen Aspekte eine wertvolle Hilfestellung sein, um ihre bestehende Organisation anhand der Broschüre „Prophylaxe-Shop“ zu überprüfen und zu verbessern.

Dr. Klaus-Dieter Bastendorf

**Der Prophylaxe-Shop in der Zahnarztpraxis – Verkauf von Mundhygiene-Artikeln unter beruflichen und steuerrechtlichen Aspekten**  
Dr. Jochen Neumann-Wedekindt, Dirk Duddeck. Zu bestellen bei: pdv praxis Dienste + Verlags GmbH, Brückenkopfstrasse 1-2, 69120 Heidelberg, 14 Euro inkl. MwSt. + Versandkosten, ISBN 3-935802-06-4

## Ohrgeräusche

Ohrgeräusche sind ein weit verbreitetes klinisches Phänomen in der Ohrenheilkunde: Fast jeder Erwachsene hat in seinem Leben bereits kürzere oder längere Episoden von Ohrgeräuschen erlebt. Häufig klingen diese Ohrgeräusche nach kurzer Zeit wieder ab, oder sie treten sporadisch und in einer Intensität auf, die für die betroffenen Menschen keinen Krankheitswert hat. Gelegentlich können Ohrgeräusche jedoch chronisch werden und für die betroffenen Patienten zu einer erheblichen physischen und psychischen Belastung werden. Wenn medizinische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel einer Heilung (einer „Entfernung“ der Ohrgeräusche) nicht mehr zur Verfügung stehen und die betroffenen Patienten lernen müssen, ihr Leben mit den andauernden Ohrgeräuschen einzurichten, spricht man vom „komplexen chronischen Tinnitus“. Der vorliegende Band stellt die gesamte Bandbreite der therapeutischen Möglichkeiten in dieser klinischen Situation dar: Eigene Kapitel behandeln apparativ-akustische Therapieverfahren (mit Hörgeräten und Maskern), die so genannte Tinnitus-Retraining-Therapie und verschiedene psychotherapeutische und verhaltensmedizinische Behandlungskonzepte. Tinnitus in Verbindung mit Störungen der Halswirbelsäule, bei zahnärztlichen Problemen und bei der Menière'schen Krankheit werden ebenfalls in gesonderten Kapiteln beleuchtet.

Zu dem Band haben eine Reihe von besonders ausgewiesenen und versierten Autoren beigetragen. Der Herausgeber selbst ist einer der profiliertesten und kli-

nisch erfahrensten Therapeuten auf dem Gebiet der Behandlung des komplexen chronischen Tinnitus. Auf insgesamt 384 Seiten bietet der Band somit einen fundierten, breit angelegten Überblick über die klinischen Grundlagen und die heute verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung dieses Krankheitsbildes. Ergänzt wird der Band durch einen Anhang mit Anleitungen zur Selbstbehandlung von Verspannungen im Nacken- und Kieferbereich und durch ein medizinisch-psycho-somatisches Glossar, in dem die wichtigsten Fachbegriffe so erläutert werden, dass auch medizinische Laien sich einen Überblick über die wichtigsten Begriffe im Zusammenhang mit dem Thema erarbeiten können. Zusammenfassend ist das Buch geeignet für Betroffene und für Ärzte aller Fachgruppen, die mit der Behandlung von Tinnitus-Patienten befasst sind. Der Preis ist in Anbetracht der redaktionellen Ausstattung und der Druckqualität des Buches angemessen.

Prof. Dr. med. Hans Edmund Eckel



**Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus.**

Gerhard Göbel, 2001. Zweite, neu bearbeitete Auflage, Verlag Urban und Vogel, München (Medizin und Wissen). 384 Seiten, 58,95 Euro. ISBN 3-86094-126-7

## Vertragsarztrecht

Was der Vertragszahnarzt alles beachten muss, das beschreiben Plagemann und Niggehoff in ihrem Buch „Vertragsarztrecht“, Stand Oktober 2000. Plagemann, wie sein Vater exzellenter Kenner des Sozialrechts, ist Rechtsanwalt und Professor an der Uni Mainz, Niggehoff ist Rechtsanwalt mit jahrelanger Erfahrung auch im Vertragszahnarztrecht. Die frühere Auflage hatte „Kassenarztrecht“ geheißen. Die Autoren vollziehen die durch das Gesundheitsstrukturgesetz erfolgte Umbenennung des „Kassen(zahn)arztes“ in „Vertragsarzt“ im Buchtitel nach. Die Namensänderung soll die Abhängigkeit von den Krankenkassen weniger deutlich zum Ausdruck bringen. Vom Inhalt her wird aber die Abhängigkeit deutlicher denn je. Die Autoren müssen Budgets, Honorarkürzungen und Richtlinien beschreiben, die den Wirkungsbereich der Ärzte immer mehr eingrenzen und kontrollieren.

Als „Leitfaden“ bezeichnen sie ihr Buch, und den braucht man, um durch das immer kompliziertere Geflecht von Regularien einen Weg zu finden. Die Materie ist auch für, wie die Autoren wohl auch von sich sagen, „Insider“ kaum noch zu überblicken.

Aber was bei der Wegsuche zu leisten ist, haben die Autoren in hervorragender Weise geschafft. Alle Probleme werden in klarer Sprache und übersichtlicher Gliederung behandelt. Es liegt nicht an den Autoren, sondern an der Widersprüchlichkeit und Systemwidrigkeit des Gesetzes, dass man beim Honorarverteilungsmaßstab zu dem Ergebnis kommt, alles und nichts sei rechtlich möglich. Wenn die Gesamt-



vergütung nicht ausreicht, um alle Punktwertforderungen zu befriedigen, wird nicht mehr gleichmäßig entsprechend dem Bewertungsmaßstab verteilt, was der Sinn des „Bema“ bei seiner Erfindung durch die KZBV 1961 war. Die KZV muss das Defizit ausgleichen und kann die Leistungen nicht mehr voll vergüten. Gegen sie richtet sich dann der Groll der Benachteiligten. Nach dem Bema muss nicht, ja darf nicht mehr verteilt werden. Verschiedene Punktwerte, Honorartöpfe, individuelle Kontingente, Vorzüge für Anfängerpraxen und Abschläge für die alten, all das wird zum Ausgleich ersonnen. Manches lassen die Gerichte durchgehen, anderes nicht. Die Autoren geben einen vollkommenen Überblick über das Gewirr. Als Zeichen der Schwierigkeit führen sie an, dass eine Kassenärztliche Vereinigung aufbegehrt und erklärt hat, der Arzt müsse Leistungen, die er nicht wirtschaftlich erbringen kann, nicht anbieten. Sie wussten noch nicht, dass das Bundessozialgericht das Aufbegehren als rechtswidrig verworfen hat.

Besonderen Wert gewinnt der Leitfaden für den Zahnarzt, weil in ihm die Besonderheiten des Vertragszahnarztrechts umfas-

send beschrieben werden. Dabei stehen die Leistungen, bei denen der Versicherte einen sonst in der gesetzlichen Krankenversicherung ungewohnt hohen Eigenanteil tragen muss, im Vordergrund. Durch das Solidaritätsstärkungsgesetz sei 1999 Zahnersatz „wieder zu Sachleistungen“ geworden, heißt es in dem geschichtlichen Überblick am Anfang des Leitfadens. Er war es vorher nie. Überhaupt hat man seine Schwierigkeiten mit den Begriffen „Sachleistung“ und „Kostenerstattung“. Die Autoren zitieren die Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts, wonach bei Sachleistung „der Versicherte eine... Leistung... erhält, ohne sie sich selbst erst beschaffen und insbesondere ohne ... eine unmittelbare Gegenleistung erbringen zu müssen“. Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie muss er eine Gegenleistung erbringen; sind sie also keine „Sachleistungen“?

Auch wenn es den Zahnarzt nicht unmittelbar berührt, ist die Darstellung der Einbeziehung der Psychotherapeuten in das System des Vertragsarztrechts von besonderem Interesse, zeigt sich doch, wie der Arzt immer weiter zurückgedrängt wird. Hier weist sich Plagemann als herausragender Kenner der Materie aus.

Jedem, der sich einen umfassenden, dabei aber knappen Überblick über die Probleme der Ärzte und Zahnärzte bei ihren Beziehungen zur gesetzlichen Krankenversicherung verschaffen will, ist der Leitfaden wärmstens zu empfehlen.

Dr. Heribert Pohl

### Vertragsarztrecht

Hermann Plagemann und Dirk Niggehoff, Fachhochschulverlag, 2. Auflage, 24,54 Euro, ISBN 3-923098-87-1

## Handbuch des Vertragsarztrechts

Das Handbuch des Vertragsarztrechts bietet einen Überblick über das gesamte Kassenarztrecht und bereitet das komplexe System der GKV mit seinen geschichtlichen, verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Bezügen systematisch auf.

Zu den Autoren zählen neben Wissenschaftlern, Richtern und Rechtsanwälten auch Vertreter der KBV, KZBV und der KVen sowie der Krankenkassen.

Den Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung wird ein eigenes Kapitel gewidmet, in dem ausführlich die grundsätzlichen Unterschiede der vertragszahnärztlichen gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere im Bereich der Honorargestaltung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung, des Zulassungsrechts und der Qualitätssicherung, dargestellt werden. Erfreulicherweise finden sich aber auch in den übrigen Kapiteln immer wieder Bezüge zum vertragszahnärztlichen Bereich.

Das Handbuch bietet insgesamt nicht nur eine gute Orientierung durch den „Dschungel“ von Gesetzen, Rechtsverordnungen und untergesetzlichen Normen, sondern eignet sich auch hervorragend für die tägliche vertragsarztrechtliche Praxis. Zu strittigen Punkten im Bereich des Vertragsarztrechts wird auf die einschlägige Rechtsprechung und die Literatur verwiesen, auf die der Praktiker bei der Behandlung von Einzelproblemen zurückgreifen kann. RA Karin Ziermann

### Handbuch des Vertragsarztrechts

Schnapp/Wigge, Das gesamte Kassenarztrecht, Verlag C. H. Beck, 2002, XVI, 568 Seiten in Leinen, 64 Euro, ISBN 3-406-48453-0

## Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Niedersachsen	S. 58	Notfallbehandlung	IAZA	S. 67
	Freie Anbieter	S. 68/69		Parodontologie	ZÄK Mecklenburg-Vorp.
Bleaching	KZV Freiburg	S. 59			KZV Freiburg
Endodontie	ZÄK Niedersachsen	S. 58		Uni Zürich	S. 64
	Ärztchammer Saarland	S. 59	Praxismanagement	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 58
	Freie Anbieter	S. 68		ZÄK Niedersachsen	S. 58
Ergonomie	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 58		Bayerische LZK	S. 59
Helferinnen-Fortb.	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 58		Freie Anbieter	S. 67
	APW	S. 67	Prophylaxe	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 58
	Freie Anbieter	S. 68/69			
Hypnose	ZÄK Niedersachsen	S. 58			
	DGZH	S. 66			
Implantologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 59			
	APW	S. 67			
	Freie Anbieter	S. 68/69			
Kiefer-/Oralchirurgie	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 58			
Kieferorthopädie	Uni Innsbruck	S. 64			
	Freie Anbieter	S. 68			

<b>Fortbildung der Zahnärztekammern</b>	<b>Seite 58</b>
<b>Kongresse</b>	<b>Seite 59</b>
<b>Universitäten</b>	<b>Seite 64</b>
<b>Wissenschaftliche Gesellschaften</b>	<b>Seite 65</b>
<b>Freie Anbieter</b>	<b>Seite 67</b>

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

Absender:

.....  
 .....  
 .....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....  
 .....  
 .....  
 .....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.: .....

Thema: .....

Datum: .....

Ort: .....

## Fortbildung der Zahnärztekammern

### ZÄK Mecklenburg-Vorpommern



#### Fortbildung im September 2002

**Thema:** Optimale Patientenorientierung – Ihr Schlüssel zu mehr Praxiserfolg (für Zahnärzte und Zahnarztthelferinnen)

**Referent:** Dipl.-Psych. D. Scheffer  
**Termin:** 11. 09. 2002, 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Trihotel am Schweizer Wald, Tessiner Straße 103, 18055 Rostock  
**Gebühr:** 92,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 1

**Thema:** Ergonomisch arbeiten – Vital bleiben; korrekte Arbeitshaltung, gezielter Ausgleich, effektive Pausen (für Zahnärzte und Zahnarztthelferinnen)

**Referent:** M. Just  
**Termin:** 18. 09. 2002, 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Zentrum für ZMK, Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald  
**Gebühr:** 175,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 3

**Thema:** Praxisorganisation (für Zahnärzte und Zahnarztthelferinnen)

**Referent:** S. Sassenberg-Steels  
**Termin:** 20. 09. 2002, 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Trihotel am Schweizer Wald, Tessiner Straße 103, 18055 Rostock  
**Gebühr:** 131,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 4

**Thema:** Regenerative Parodontaltherapie

**Referent:** Dr. B. Heinz  
**Termin:** 21. 09. 2002, 9.00 – 15.00 Uhr  
**Ort:** Parkhotel, Windbergsweg 4, 17033 Neubrandenburg  
**Gebühr:** 130,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 5

**Thema:** Aktueller Stand der Kompositversorgung im Seitenzahnbereich

**Referent:** Prof. Dr. B. Haller  
**Termin:** 27. 09. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
**Gebühr:** 100,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 7

**Thema:** Neue Methoden der Wurzelkanalaufbereitung und -füllung

**Referenten:** Dr. H. Steffen, Dr. A. Löw  
**Termin:** 28. 09. 2002, 9.00 – 15.00 Uhr  
**Ort:** Zentrum für ZMK, Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald  
**Gebühr:** 294,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 8

**Thema:** Mukogingivalchirurgische Verfahren (mit praktischen Übungen)

**Referent:** Prof. Dr. H. Jentsch  
**Termin:** 28. 09. 2002, 9.00 – 14.00 Uhr  
**Ort:** Klinik und Polikliniken für ZMK, Stempelstraße 13, 18057 Rostock  
**Gebühr:** 132,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 9

**Thema:** Die Behandlung beginnt an der Praxistür – Workshop für Zahnärzte und ZAH

**Referent:** Dr. W. Kuwatsch  
**Termin:** 28. 09. 2002, 9.00 – 16.30 Uhr  
**Ort:** Parkhotel, Windbergsweg 4, 17033 Neubrandenburg  
**Gebühr:** 130,00 EUR für Zahnärzte; 65,00 EUR für Zahnarztthelferinnen  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 10

**Thema:** Parodontalbehandlung und prothetische Versorgung von behinderten Patienten

**Referent:** Prof. Dr. P. Cichon  
**Termin:** 28. 09. 2002 (Terminänderung) 9.00 – 13.00 Uhr  
**Ort:** Intercity Hotel, Grunthalplatz 5-7, 19053 Schwerin  
**Gebühr:** 120,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** Seminar Nr. 17

**Anmeldungen für alle Seminare:**  
 ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin,  
 Internet: <http://www.zaekmv.de>  
 Das Referat Fortbildung ist unter  
 Tel.: 0 385/ 5 91 08 13 und  
 Fax: 0 385/ 5 91 08 23  
 zu erreichen

### ZÄK Niedersachsen



#### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Die GKV ist nicht alles – entdecken Sie Freiräume  
**Ort:** Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** Dr. Henning Otte  
**Termin:** 21. 08. 2002, 9.00 – 19.00 Uhr  
**Gebühr:** 120,- EUR  
**Kurs-Nr.:** H 0235

**Thema:** Praxis-Profil – Die organisierte Rezeption

**Ort:** Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referentin:** Brigitte Kühn  
**Termin:** 23. 08. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 170,- EUR  
**Kurs-Nr.:** H 0236

**Thema:** Sind Sie fit in der Berechnung zahnärztlicher Leistungen im Bema und GOZ?

**Ort:** Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** Dr. Henning Otte  
**Termin:** 23. 08. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr;  
 24. 08. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 150,- EUR  
**Kurs-Nr.:** H 0237

**Thema:** Endodontie heute – Intensivkurs mit praktischen Übungen

**Ort:** Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** Dr. Michael Hülsmann  
**Termin:** 23. 08. 2002, 14.00 – 18.00 Uhr;  
 24. 08. 2002, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 320,- EUR  
**Kurs-Nr.:** Z 0245

**Thema:** Der gute Ton an der Rezeption: das Telefon und der Patientenbesuch  
**Ort:** Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referentin:** Brigitte Kühn  
**Termin:** 24. 08. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 170,- EUR  
**Kurs-Nr.:** H 0238

**Thema:** Einführung in die zahnärztliche Hypnose  
**Ort:** Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referentin:** Dr. Susann Fiedler  
**Termin:** 30. 08. 2002, 14.00 – 20.00 Uhr;  
 31. 08. 2002, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 390,- EUR  
**Kurs-Nr.:** Z/H 0247

#### Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen  
 Zahnärztl. Fortbildungszentrum  
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
 Tel.: 0511/83 391-311 oder 313  
 Fax: 0511/83 391-306

### ZÄK Westfalen-Lippe



#### Helferinnenfortbildung

**Thema:** Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) Bausteinkurs  
**Referent:** Dipl.-DH Dorothee Neuhoff  
**Termin:** 02. 09. 2002  
**Gebühr:** 3 732 EUR EUR  
**Kurs-Nr.:** Zi 023510

**Thema:** Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin  
**Referent:** Dipl.-DH Dorothee Neuhoff  
**Termin:** Oktober 2002 bis April 2003  
 jeweils 8.30 – 17.15 Uhr  
**Gebühr:** 3 732 EUR EUR  
**Kurs-Nr.:** Zi 023900

**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

## KZV Freiburg



### Fortbildungsforum Freiburg

**Thema:** Strukturierte und Zertifizierte Fortbildung: „Parodontologie II“

**Referenten:** Prof. Dr. Gisbert Krekeler und Mitarbeiter, Freiburg  
**Termin:** 04. – 07. 09. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 3 323,- EUR (Baustein 1-3)  
**Kurs-Nr.:** 02/602B

**Thema:** Zaubern für Kinder in der Zahnarztpraxis – Ein Medium zur positiven Kontaktaufnahme und zur Entspannung des Patienten  
**Referentin:** Annalisa Neumeyer, Freiburg

**Termin:** 11. 09. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 145,- EUR  
**Kurs-Nr.:** 02/504

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

**Thema:** „Die minimalinvasive vollkeramische Front- und Seitenzahnsanierung“  
Team-Workshop für Zahnarzt und Zahntechniker  
**Referenten:** Prof. Dr. Jörg R. Strub, Dr. Christian Stappert, ZTM Ullrich Lamott, Freiburg  
**Termin:** 21. 09. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 490,- EUR  
**Kurs-Nr.:** 02/120

**Thema:** Zeitgemäßer Antibiotikaeinsatz in der zahnärztl. Praxis  
**Referent:** PD Dr. Dr. Jörg-Elard Otten, Freiburg  
**Termin:** 27. 09. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 95,- EUR  
**Kurs-Nr.:** 02/121

**Thema:** Die Zahnverfärbung – Weißmacherpasten oder Bleaching  
**Referenten:** Prof. Dr. Andrej Kielbassa, Berlin; Dr. Karl-Thomas Wrbas, Freiburg  
**Termin:** 28. 09. 2002  
**Ort:** FFZ Freiburg  
**Gebühr:** 350,- EUR  
**Kurs-Nr.:** 02/122

**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

## LZK Rheinland-Pfalz



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Manifestation internistischer Erkrankungen in der Mundhöhle – Der Risikopatient  
**Referent:** Dr. Dr. Ralf Schön, Uniklinik Freiburg, Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie  
**Ort:** Großer Hörsaal der Klinik für ZMK-Krankheiten, Poliklinik für Zahnärztl. Chirurgie Augustusplatz 2, 55131 Mainz  
**Termine:** 04. 09. 2002, 15.00 – 19.00 Uhr  
**Gebühr:** 80,- EUR

**Thema:** Sofortbelastung von enossalen Implantaten. Indikationen, praktisches Vorgehen, wissenschaftliche Daten  
**Referent:** Dr. G. E. Romanos, Poliklinik für Zahnärztl. Chirurgie am ZZMK der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

**Ort:** Großer Hörsaal der Klinik für ZMK-Krankheiten, Poliklinik für Zahnärztl. Chirurgie Augustusplatz 2, 55131 Mainz  
**Termine:** 23. 10. 2002, 15.00 – 19.00 Uhr  
**Gebühr:** 80,- EUR

**Informationen und Anmeldungen:** formlos schriftlich, LZK Rheinland-Pfalz, Frauenlobplatz 2, 55118 Mainz, Tel.: 06131-9613664 (Frau Weber), Fax: 06131-9613689, e-mail: wepprich-lohse@lzk.de

## Ärztekammer des Saarlandes



### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** Praktische Endodontie – neue Methoden der Wurzelkanalaufbereitung  
**Referent:** Dr. Dr. sc. Rudolf Beer, Essen

**Auskunft und Anmeldung:**  
Ärztekammer des Saarlandes  
Abteilung Zahnärzte  
Puccinistraße 2  
66119 Saarbrücken  
Tel.: 0681/586 08-0  
Fax: 0681/584 61 53

## Bayerische LZK



### Akademie für Zahnärztliche Fortbildung

**Thema:** Behandlungsabläufe und Terminierung – wie geht es Stress-frei?  
**Termin:** 18. 09. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

**Sonstiges:** Referentin: B. Kühn  
**Kursgebühr:** 180,- EUR  
**Kurs-Nr.:** 72381

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

## Kongresse

### ■ Juli

**6. Unterfränkischer Zahnärztetag** zusammen mit der 90-Jahr-Feier der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

**Veranstalter:** Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken  
**Termin:** 18. 07. 2002: Wiedersehenstreffen; 19. 07. 2002:

**6. Unterfränkischer Zahnärztetag**  
**Ort:** Barbarossaal, Maritim Hotel Würzburg  
**Auskunft:** ZBV Unterfranken, Dominikanerplatz 3d, 97070 Würzburg  
Tel.: 0931/321 14-0  
Fax: 0931/321 14-14

**8th International Congress on Lasers in Dentistry in conjunction with the 14th Annual Meeting of the Japanese Society for Laser Dentistry**

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

## ■ August

## IADS Annual Summer Meeting



**Veranstalter:** Dental Students Scientific Association-Egypt  
**Termin:** 4. – 11. 08. 2002  
**Ort:** Sharm El Sheikh city, southern Sinai  
**Auskunft:** Dental Students Scientific Association-Egypt, Faculty of Dentistry, Alexandria University, Champolion Street, Azarita, Alexandria, Egypt  
 Tel.: 00-203-48 68 066  
 Fax: 00-203-48 68 286  
 www.dssa-egypt.com

## 6. Jahrestagung der International Society Aesthetic Laser Surgery

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

## The South African Dental Association IDEC 2002

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

## 11. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

## ■ September

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

**Termin:** 03. – 07. 09. 2002  
**Ort:** Münster  
**Veranstalter:** European Ass. for Cranio-Maxillofacial Surgery  
**Auskunft:** 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

## Ostsee-Symposium 2002

**Thema:** „Alles klar im Kopf“  
**Veranstalter:** Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) Freier Verband Zahn technischer Laboratorien (FVZL)  
**Termin:** 07. 09. 2002  
**Ort:** Seehotel Maritim, Timmen-dorfer Strand, Strandallee  
**Auskunft:** im Internet unter: www.fvdz.de oder bei der Organisation:  
 Dr. Oliver Rebstock  
 Fax: 04121/810 20

## 75. Wissenschaftl. Jahrestagung

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

## DGP-Jahrestagung 2002

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

## 37. Bodenseetagung und 31. Helferinnentagung

**Veranstalter:** BZK Tübingen  
**Termin:** 13./14. 09. 2002  
**Ort:** Lindau  
**Auskunft:** BZK Tübingen, Bismarckstr. 96, 72072 Tübingen  
 Tel.: 07071/911-0  
 Fax: 07071/911-209

## 5. Jahrestagung des AGC® Club



**Termin:** 13./14. 09. 2002  
**Ort:** Schlosshotel am Mondsee in Österreich  
**Auskunft:** AGC Club Sekretariat  
 Tel.: 07231/370 51 57  
 Fax: 07231/35 79 59  
 e-mail: clubsekretariat@agc.de

## 8. Jahrestagung der DGZH

**Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose  
**Termin:** 13. – 15. 09. 2002  
**Ort:** Hotel Steigenberger, Berlin  
**Auskunft:** DGZH e.V., Esslinger Straße 40, 70182 Stuttgart,  
 Tel.: 0711/236 06 18  
 Fax: 0711/24 40 32  
 e-mail: mail@dgzh.de

## 12. Zahnärztetag und 8. Helferinnentagung der LZK Sachsen

**Thema:** Funktionstherapie  
**Termin:** 14. 09. 2002, 9.00 – 16.45 Uhr  
**Ort:** Stadthalle Chemnitz  
**Auskunft:** Fortbildungsakademie der LZKS, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden  
 Tel.: 0351/80 66 101  
 Fax: 0351/80 66 106  
 E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

## „Cleft2002“ 2nd World Cleft Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation

**Termin:** 15. – 19. 09. 2002  
**Ort:** München  
**Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar  
**Auskunft:** Loesch GmbH; Ms. Angela Schulz  
 Starnberger Strasse 4  
 D-82061 Neuried Germany  
 Phone: (+49) 89 - 99804-115  
 Fax: (+49) 89 - 99804-155 oder Prof. Dr. Dr. Dr.h.c. H.-H. Horch  
 Phone: (+49) 89 - 4140-2921  
 Fax: (+49) 89 - 4140-4993  
 E-Mail: info@cleft2002.com  
 www.cleft2002.com

## eGlobal Health Forum 2002

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

## 10. Fortbildungstage der ZÄK Sachsen-Anhalt

**Thema:** Interdisziplinäre Aspekte in der zahnärztl. Funktionslehre – diagnostische u. therapeut. Konsequenzen f. die tägl. Praxis  
**Termin:** 20. – 22. 09. 2002  
**Ort:** Ramada Treff Hotel Wernigerode  
**Auskunft:** ZÄK Sachsen-Anhalt, Postfach 4309, 39018 Magdeburg,  
 Tel.: 03 91/7 39 39 14  
 Fax: 03 91/7 39 39 20  
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

## Bayerisches Oralchirurgisches Symposium 2002

**Thema:** Periimplantitis- Parodontitis, Ergebnisse aus Forschung und Praxis  
**Veranstalter:** Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO)  
**Termin:** 21. 09. 2002, 9.00 Uhr  
**Ort:** Maximilian Golf und LaSurre Resort in Bad Griesbach  
**Auskunft:** Ludwig Dentel, Max-Breiherr-Str. 13, 84347 Pfarrkirchen

### 3rd International Autumn Dental Conference

**Veranstalter:** The International Dental Foundation  
**Termin:** 25. 09. 2002  
**Ort:** Penha Longa Golf Resort, Portugal  
**Auskunft:** International Dental Foundation, 53 Sloane Street, SW 1X 9SW United Kingdom  
 Tel.: 00 44 (0)20 72 35-07 88  
 Fax: 0044 (0)20 72 35-07 67  
 idf@idfdentalconference.com  
 www.idfdentalconference.com

## ■ Oktober

### FDI Weltzahnärztekongress



## VIENNA 2002

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

### Traditional 71st Mrdujska Regatta

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

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

**Termin:** 03. – 05. 10. 2002

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

### Compass-Implant (Computer Assisted Implantology)

**Themen:** Bildgebende Systeme, Planungssysteme, Navigationssysteme, Roboter Systeme  
**Veranstalter:** Charité Berlin  
**Termin:** 10. – 12. 10. 2002  
**Ort:** Charité, Campus Virchow Clinic, Abt. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – Medizinische Navigation und Robotik, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
**Auskunft:** www.compass-implant.com

### 26. Jahrestagung für Forensische Odonto-Stomatologie

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

### 43. Bayerischer Zahnärztetag

**Termin:** 24. – 26. 10. 2002  
**Ort:** Arabella Sheraton Grand Hotel und Arabella Sheraton Bogenhausen, München  
**Hauptthema:** Funktion und Ästhetik – Therapieformen heute – Therapiemöglichkeiten morgen  
**Auskunft:** Eurokongress GmbH, Isartorplatz 3, 80331 München  
 Tel.: 089/21 09 86-0  
 Fax: 089/21 09 86-98  
 Internet: www.blzk.de

### 11. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde

**Thema:** Erosionen – Abrasionen – Putzdefekte – Neue Herausforderungen an das Praxisteam  
**Veranstalter:** blend-a-med Forschung  
**Termin:** 25./26. 10. 2002  
**Ort:** Würzburg, Congress Centrum  
**Auskunft:** project+plan GmbH  
 Kennwort: Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde  
 PF 1237, 97802 Lohr am Main  
 Tel./Fax: 0800-100 67 31 (gebührenfrei)

### 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  
 Landeskliniken Salzburg  
 Müllner Hauptstr. 48  
 A-5020 Salzburg/Austria  
 Tel.: +43-662-4482-3601  
 Fax: +43-662-4482-884  
 e-mail: j.beck-mannagetta@lks.at

### 36. Jahrest. der Neuen Gruppe

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

## ■ November

### Annual Conference of the Icelandic Dental Association

**Termin:** 08./09. 11. 2002  
**Ort:** Reykjavik  
**Auskunft:** Bolli Valgarsson, General Director, Icelandic Dental Association  
 Tel.: (+354) 57 50 500  
 Fax: (+354) 57 50 501  
 Web: www.tannsi.is oder  
 www.icelandair.net/index.jsp

### 12. Harzer Fortbildungsseminar

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

### 6. Thüringer Zahnärzte- und 5. Thüringer Zahntechnikertag

**Veranstalter:** LZK Thüringen  
**Termin:** 22./23. 11. 2002  
**Ort:** Messehalle Erfurt, Gothaer Str. 34, 99094 Erfurt  
**Auskunft:** LZK Thüringen  
 Barbarosahof 16, 99092 Erfurt  
 Tel.: 0361/74 32-144 o. 142

### 1. Jahrestagung der DGE

**Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.  
**Thema:** Erfolg durch Endodontie  
**Termin:** 22./23. 11. 2002  
**Ort:** Köln  
**Auskunft:** Internet: DG-Endo.de

## ■ Dezember

### 2. Gemeinschaftstagung der DGI sowie ÖGI und SGI in München

**Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e. V. (DGI), Österreichische Gesellschaft für Implantologie und orale Chirurgie (ÖGI) und Schweizerische Gesellschaft für orale Implantologie (SGI)  
**Thema:** Perfektion durch Präzision  
**Termin:** 04. – 07. 12. 2002  
**Ort:** München, Arabella Sheraton Grand Hotel  
**Auskunft:** zur Organisation: Congress Partner GmbH  
 Birkenstr. 37, 28195 Bremen  
 Tel.: 0421/30 31 31  
 Fax: 0421/30 31 33  
 zum Programm: dgi-ev.de oder DGI-Geschäftsstelle  
 Daniela Winke  
 Weidkampshaide 10  
 30659 Hannover  
 Tel.: 0551/53 78 25  
 Fax: 0551/53 78 28

## ■ Januar 2003

### 50th International Alpine Dental Conference

**Veranstalter:** The International Dental Foundation  
**Termin:** 11. – 18. 01. 2003  
**Ort:** Hotel Annapurna, Courchevel 1850, France  
**Auskunft:** International Dental Foundation, 53 Sloane Street, London, SW 1X 9SW United Kingdom  
**Contact:** Agnes Barrett  
**Tel.:** 00 44 (0)20 72 35-07 88  
**Fax:** 0044 (0)20 72 35-07 67  
**idf@idfdentalconference.com**  
**www.idfdentalconference.com**

### 50. Winterfortbildungskongress der ZÄK Niedersachsen

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

### 15. Jahrestagung Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde in der DGZMK gemeinsam mit der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde für Kieferorthopädie und dem Institut für Angewandte Psychologie (Universität Leipzig)

**Termin:** 31. 01. – 01. 02. 2003  
**Ort:** Universität Leipzig, Hörsaalgebäude  
**Thema:** Psychologie und Ästhetik – Anspruch und Wirklichkeit  
**Auskunft:** Universität Leipzig, Poliklinik für Kinderzahnheilk. f. Kieferorthopädie, Frau Uhde, Nürnberger Str. 57, 04105 Leipzig  
**Tel.:** 0341/972 10 70  
**Fax:** 0341/972 10 79  
**kizhk@medizin.uni-leipzig.de**

## ■ Februar

### 22. Int. Symposium für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und ZÄ

**Termin:** 15. – 22. 02. 2003  
**Ort:** St. Anton am Arlberg  
**Auskunft:** Prof. Dr. Dr. Elmar 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

### 4. Int. KFO-Praxisforum 2003

**Thema:** Prakt. Kieferorth. – Interdisziplinäre Erfahrungen aus Klinik u. Praxis, Prophylaxekonzepte für Patient & Praxis-Team  
**Termin:** 22. 02. – 01. 03. 2003  
**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

### 49. Zahnärztetag der ZÄK Westfalen-Lippe

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

### 51st International Alpine Dental Conference

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

## ■ September

### 15. Saarländischer Zahnärztetag

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

## Universitäten

### Uni Zürich

#### Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie, Station für Endodontologie

**Thema:** Parodontologie Kurs – Theoretisch-praktischer Kurs  
**Referent:** Dr. A. Wetzel, Dr. J. S. Hermann u. Mitarbeiter  
**Termin:** 06./07. 09. 2002  
**Ort:** Zürich  
**Gebühr:** 772 €/2 Tage

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

#### CEREC-Kurse in Zürich

**Thema:** Cerec 3 Basis-Kurs Inlay, Overlay  
**Referent:** Prof. Dr. W. Mörmann und Mitarbeiter, Zürich  
**Termin:** 27. 09. 2002  
**Ort:** Zürich

**Thema:** Cerec 3 Perfektionskurs 1 Inlay, Overlay, Krone, Veneer  
**Referent:** Prof. Dr. W. Mörmann und Mitarbeiter, Zürich  
**Termin:** 28. 09. 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

### Universität Tübingen

#### Workshop on Endoscopic Maxillary Sinus Surgery and Navigation

**Thema:** Grundlagen der Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie der Kieferhöhle  
**Termin:** 27./28. 09. 2002  
**Ort:** Universität Tübingen

**Auskunft:** Priv.-Doz. Dr. Dr. M. Zerfowski  
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Tübingen, Osianderstr. 2-8, 72076 Tübingen

**Tel.:** 0049-7071/29 86 174  
**Fax:** 0049-7071/29 34 81  
**e-mail:** Martin.Zerfowski@med.uni-tuebingen.de  
**Internet:** www.medizin.uni-tuebingen.de/mkg

### Universität Innsbruck

#### Kieferorthopädische Fortbildungskurse

**Veranstalter:** Klinische Abteilung für Kieferorthopädie der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Innsbruck in Zusammenarbeit mit dem Verein Tiroler Zahnärzte  
**Ort:** Universität Innsbruck

**Thema:** Kieferorthopädischer Fortbildungskurs Frühbehandlung, Indikation, Wertigkeit und Maßnahmen heute. Katastrophen und Triumphe in der Kieferorthopädie – Was schief gehen kann und was uns als Vorbild dient.  
**Termin:** 27./28. 09. 2002  
**Referent:** Prof. DDr. Robert Fuhrmann, Aachen; Prof. DDr. Martin Richter, Innsbruck

**Thema:** 2 Tage praktischer Arbeitskurs am Typodonten Lingual festsitzende Behandlung Hands-on Course in Lingual Orthodontics  
 Mit direktem Bracketkleben, ohne Laboraufwand und firmenunabhängig  
**Termin:** 25./26. 10. 2002  
**Referent:** The South African Academy of Lingual Orthodontics Dr. A. Hugo, Dr. Z. Weber, Randburg, Südafrika  
**Sonstiges:** Die Teilnehmerzahl ist streng begrenzt!

**Auskunft und Anmeldung:** Prof. Dr. Martin Richter  
 Universitätsklinik für ZMK Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck  
**Fax:** +43/512/504-71 99  
**e-mail:** KFO-Innsbruck@uibk.ac.at

## 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:** 16./17. 08. 2002,

Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr,

Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr

**Seminargebühr:** 770 €

**Trainer:** Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans

**Ort:** Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

### 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>

## Wissenschaftliche Gesellschaften

### DGZMK

Gemeinschaftstagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)

Akademie Praxis und Wissenschaft (APW)

Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre (AGFu)

Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung (AfG)

Arbeitskreis Didaktik und Wissensvermittlung der DGZMK und der

ZÄK Niedersachsen (Niedersächsischer Zahnärztetag 2002)

**Termin:** 03. – 05. 10. 2002

**Ort:** Hannover Congresszentrum

**Themen:** Forschung an der Hochschule – Fortschritte für die Praxis  
Keramiken in der Zahnheilkunde  
„Regenerative“ Therapien



Donnerstag, 03. 10. 2002,  
18.00 Uhr

### Eröffnungsveranstaltung

Freitag, 04. 10. 2002,

9.00 – 17.00 Uhr

### „Regenerative“ Therapien

M. Christgau, Regensburg:

**GTR vs. biologisch aktive Faktoren: Erfahrungen mit neuen regenerativen Verfahren in der Parodontaltherapie**

P. Eickholz, Heidelberg:

**Moderne GTR-Techniken in der Parodontitisstherapie**

F. Boltchi, Dallas/USA und

S. Jepsen, Kiel:

**Regenerative Techniken zur Therapie von Rezessionen**

H. Terheyden, Kiel:

**Perspektiven der Geweberegeneration durch Wachstumsfaktoren und osteoinduktive Proteine**

### APW-Praxisseminare

F. Boltchi, Dallas:

**Ästhetische Zahnheilkunde durch Implantate – ein interdisziplinäres Konzept**

P. Diedrich, Aachen:

**Parodontale und implantologische Vorbehandlung in der Kieferorthopädie**

S. Jepsen, Kiel:

**Keimbestimmung und Antibiose bei Parodontitis – sinnvoll oder „Overtreatment“?**

M. Baumann, Köln:

**Das OP-Mikroskop bei der Therapie endodontischer Problemfälle**

O. Ahlers, Hamburg und

H. Jakstat, Leipzig:

**Computergestützte Befunderhebung beim funktionsgestörten Patienten**

Th. Schwarze, Hannover und

M. Hülsmann, Göttingen:

**Maschinelle Wurzelkanalaufbereitung (mit praktischen Übungen)**

J. Türp, Freiburg:

**Wissenschaftliches Schreiben für Nachwuchswissenschaftler**

**Workshop des Arbeitskreises**

**Didaktik und Wissensvermittlung**

F. Eitel, München:

**Moderne Konzepte in der klinischen Ausbildung – State of the Art und neue Entwicklungen**

W. Harzer, Dresden:

**Integration medizinischer Studieninhalte in das Zahnmedizincurriculum**

K. Eaton, London/GB:

**Telemedizin – Erfahrung mit Telelearning und „Continuing Education“ (Videokonferenz mit Lifeschaltung nach London)**

**Workshop „Fluorid“ der Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung**

K. König, Nijmegen/NL,

E. Hellwig, Freiburg,

J. Klimek, Giessen,

W. Künzel, Erfurt:

**„Fluorid – Von den Grundlagen zur klinischen Anwendung“**

17.00 Uhr

### DGZMK-Mitgliederversammlung

Samstag, 05. 10. 2002

9.00 – 16.00 Uhr

### Keramiken in der Zahnheilkunde

J. F. Roulet, Berlin:

**Keramikinlays und -Veneers**

L. Pröbster, Tübingen:

**Keramikkronen**

P. Pospiech, München:

**Vollkeramische Brücken – schon tauglich für die Praxis?**

### APW-Seminare

Th. Schwarze, Hannover und

M. Hülsmann, Göttingen:

**Moderne Konzepte zur Wurzelkanalfüllung (mit praktischen Übungen)**

R. Schwestka-Polly, Göttingen,

G. Mindermann, Bremervörde:

**Grundzüge der Diagnostik und Therapie in der Kieferorthopädie**

P. Eickholz, Heidelberg:

**Die regenerative Therapie intraalveolärer Defekte und deren verschiedene Einflussfaktoren**

### Hauptversammlung der DGZMK

Die Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde findet am Freitag, den 04.10.2002, ca. 17.00 – 19.00 Uhr im Hannover Congress Centrum statt. Hierzu laden wir alle Mitglieder herzlich ein.

Anträge an die Hauptversammlung sind bis zum 03.08.2002 durch eingeschriebenen Brief an die Geschäftsstelle der DGZMK Lindemannstr. 96 40237 Düsseldorf zu richten.

Prof. Dr. H. Weber

Präsident der DGZMK

Düsseldorf, den 01.02.2002

M. Christgau, Regensburg:  
**Moderne Therapieverfahren für die parodontale Regeneration – Möglichkeiten und Grenzen**

J. Wiltfang, Erlangen:

**Aktuelle Knochenersatz- bzw. Knochenaufbaumaterialien: Osteokonduktion – Osteoinduktion**

P. Ottli, Frankfurt:

**Klinische Funktionsdiagnostik auf Basis des neuen Formblattes der DGZMK**

**Workshop „Keramik und Funktion“ der Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre**

W. B. Freesmeyer, Berlin:

**Keramik oder Metallkaufäche – Pro und Kontra**

S. Paul, Zürich:

**Keramik – Nur schön oder ein bereits bewährtes Restaurationsmaterial?**



Das Anmeldeformular der Jahrestagung können Sie in der Redaktion anfordern. Den Coupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

**Niedersächsischer Zahnärztetag 2002 – Fortbildungsprogramm für Zahnarzhelferinnen**  
(Hannover Congress Centrum – Glashalle)  
Freitag, 04. 10. 2002,  
9.00 – 17.00 Uhr

#### Eröffnung

R. Seemann, Berlin:  
**Neueste Produktentwicklungen für eine verbesserte Mundhygiene**

A. Schultze, Hannover:  
**Organtransplantationen – Berührungspunkte mit der Zahnheilkunde**

G. Zapke-Schauer, Zürich:  
**Die Führung des Patienten – Kommunikation in der Zahnarztpraxis**

S. Wuttig, Eppelheim:  
**Die korrekte Abdingung beim GKV-Patienten**

H. Schliephake, Göttingen:  
**Mundschleimhautveränderungen als Ausdruck allgemeiner Erkrankungen**

Samstag, 05. 10. 2002,  
9.00 – 16.00 Uhr

A. Eckardt, Hannover:  
**Aufgabenspektrum der Chirurgie in einer ZMK-Universitätsklinik**

M. Gies-Gross, Saarbrücken:  
**Ergonomisches Bandscheibenschonendes Bewegungsverhalten in der zahnärztlichen Praxis**

U. Blunck, Berlin:  
**Erosionen und Abrasionen – ein aktuelles Thema**

E. Kramer, Norden:  
**Angst vor dem Kofferdam-Anlegen?**

F. Ajam, Göttingen:  
**Mundgeruch – ein lösbares Problem**

E. Kramer, Norden:  
**Prophylaxefragen bei verschiedenen Altersgruppen**

**Nähere Informationen:**  
DGZMK  
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.  
Lindemannstr. 96  
40237 Düsseldorf  
Tel.: 0211/61 01 98-0  
Fax: 0211/61 01 98-11  
www.dgzmk.de

## DGZH

**8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH) e.V.**

Termin: 13. – 15. 09. 2002  
Ort: Berlin, Hotel Steigenberger

Freitag, 13. 09. 2002  
9.00 – 10.00 Uhr  
**Kongresseröffnung**  
Festvortrag: „Wie verzaubere ich meine großen und kleinen Patienten?“ Siegfried Mrochen

10.30 – 12.30 Uhr

**Nonverbale Kinderhypnose und Rapportherstellung durch Körpersprache**  
Werner Ossmann

**Schnupperkurs Zahnärztliche Hypnose**  
Horst Freigang/Gerhard Schütz

**Aufhören zu rauchen mit Hilfe der Hypnose**  
Karl Sörger

**Nominalisierungen – der leichte Weg zu tiefer Trance**  
Wolfgang u. Renate Hoefl

**Psychopathologie im Alltag der Zahnarztpraxis**  
Hans-Jörg Hautkappe

**Supervision inkl. Fall-Vorstellung**  
Wolfgang Kuwatsch

„Wingwave“ – wie der Flügel-schlag eines Schmetterlings  
Eine Verknüpfung von EMDR und NLP  
Per Harald Vogelsang

**Das zahnärztliche Beratungsgespräch**  
Geske Gerund-Anlauf

14.00 – 17.30 Uhr

**Wie helfe ich mir selbst – Selbsthypnose und Selbstheilung**  
Gudrun Schmierer

**Schnupperkurs Zahnärztliche Hypnose (Fortsetzung)**  
Horst Freigang/Gerhard Schütz

**Behandlung von chronischen Schmerzen**  
Burkhard Peter

**Umgang mit Abreaktionen**  
Albrecht Schmierer

**Persönlichkeitsentwicklung für den Zahnarzt und sein Team**  
Ortwin Meiss

**Supervision inkl. Fall-Vorstellung**  
Ute Neumann-Dahm

**Zauberhafte Kinder ohne Zaubertricks**  
Annemarie Kant

**Sortierstile im Beratungsgespräch**  
Anke Handrock

Samstag, 14. 09. 2002  
9.00 – 12.00 Uhr

**Das Zusammenspiel von Körper und Sprache**  
Michael Keller

**Einführung in den Provokativen Stil**  
Eleonore Höfner

**Der Münsteraner Angstfragebogen**  
Christian Rauch

„Dormez!“ Das Phänomen Trance im Wandel der Zeit  
Henning Alberts

**Singen – Sprechen – Trance**  
Sabine Alex

**Supervision inkl. Fall-Vorstellung**  
Gerhard Schütz

**NLP in der Zahnarztpraxis**  
Ute Neumann-Dahm

**Die Integration der Hypnose in die Praxis**  
Wolfgang u. Renate Hoefl

14.00 – 17.30 Uhr

**Das Zusammenspiel von Körper und Sprache (Fortsetzung)**  
Michael Keller

**Einführung in den Provokativen Stil (Fortsetzung)**  
Eleonore Höfner

„So smooth“ – Weiche Therapien bei HWS-Syndrom und Kieferarthromyopathie

„It's so easy!“ – Hypnotherapie bei akutem Hörsturz  
„It's so Psy-Tec“ – Hypnotherapie bei chronischem Tinnitus  
Rüdiger Steinriede

**Ernst ist das Leben – heiter die Trance**  
Wolfgang Kuwatsch

**Gemeinsam zum Erfolg – Persönlicher Führungsstil und Zusammenarbeit im Team**  
Inge Alberts

**Supervision inkl. Fall-Vorstellung**  
Karl Sörger

**Hilfe! Ein schwieriger Patient**  
Alan Krupka

**Die Integration der Hypnose in die Praxis (Fortsetzung)**  
Wolfgang u. Renate Hoefl

20.00 Uhr  
**DGZH-Gesellschaftsabend**

Sonntag, 15. 09. 2002  
9.00 – 12.30 Uhr  
**Vorträge**

**Behandlung von chronischen Schmerzen**  
Burkhard Peter

**Extraktion ohne Spritze und Hypnose – ein Fallbericht**  
Sabine Alex

**Es ist Zeit für Hypnose – auf die Betonung kommt es an**  
Wolfgang Kuwatsch

**Prophylaxe – Kinder wirksam motivieren**  
Elisabeth Hulbert

**Weibliche Aspekte in der Hypnotherapie nach Erickson**  
Elisabeth Lorenz-Wallacher

**Indirekte Suggestionen und Einstreutechniken in der Behandlung von Zahnbehandlungsängsten**  
Ortwin Meiss

**Dormicum in Kombination mit Hypnose**  
Albrecht Schmierer

9.00 – 12.30 Uhr

**Rapporaufbau bei Kindern**  
Siegfried Mrochen  
Gabi Behneke

**Behandlungsunwillige Kinder – mit Hypnose und Verhaltenstherapie zum Erfolg**  
Josef Hulbert

**Hypnose und Selbsthypnose bei Angst, Phobie und Panik**  
Bernhard Trenkle

**Eutrance – Dystrance in der Zahnarztpraxis**  
Fritz Trechslin

**Supervision inkl. Fall-Vorstellung**  
Ingrid Tschürtz

**Körperorientierte Induktionen –  
Trance durch Kontakt, Bewegung,  
Berührung und Atem**  
Werner Eberwein

13.30 Uhr  
**Mitgliederversammlung**

**Auskunft:** Congress Organisation  
Claudia Winkhardt  
Holtzendorffstr. 3, 14057 Berlin  
Tel.: 030/36 28 40 40  
Fax: 030/36 28 40 42  
e-mail: cwcongress@aol.com

## IAZA

### IAZA-Notfalltag

**Veranstalter:** Interdisziplinärer Arbeitskreis „Zahnärztliche Anästhesie“ der DGZMK und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)  
**Thema:** Notfalltraining für Zahnärzte und das Praxisteam  
**Termin:** 28. 09. 2002  
**Ort:** Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Universitätsklinikum Mainz  
Augustusplatz 2, 55131 Mainz

**Auskunft:** Tel.: 06131/525 49  
Fax: 06131/55 64 46  
e-mail: hollweg.mainz@t-online.de

## Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V.

### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Klassische Chinesische Akupunktur Stufe 2  
Systematik und Praxisdemonstration f. mäßig Fortgeschrittene  
**Termin/Ort:** 07./08. 09. 2002  
Düsseldorf;  
14./15. 09. 2002, Dresden  
21./22. 09. 2002, Berlin  
26./27. 10. 2002, München

**Thema:** Ohrakupunktur Stufe 2  
Systematik und Praxisdemonstration f. mäßig Fortgeschrittene  
**Termin:** 19./20. 10. 2002  
**Ort:** Berlin

**Auskunft:** Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V.,  
Feinhalsstraße 8,  
81247 München  
Tel.: 089/89 19 82-0  
Fax: 089/89 19 82-11

## APW



### Fortbildungskurse

**Veranstalter:** Akademie Praxis und Wissenschaft

**Thema:** Trouble shooting in Implantology  
**Durchführung:** Dr. Dr. Ehrl  
**Termin:** 13./14. 09. 2002  
**Ort:** Berlin, Praxis Dr. Dr. Ehrl, Alt Moabit 98  
**Kursgebühr:** 455 €  
**Kurs-Nr.:** APW-Demonstrationskurs ZF 1189

**Thema:** Angewandte Akupunktur in der täglichen Praxis  
**Durchführung:** ZA Hardy Gaus, Strassberg  
**Termin:** 20./21. 09. 2002  
**Ort:** Mainz  
**Kursgebühr:** 300 €  
**Kurs-Nr.:** APW-Seminar ZF 1192

**Thema:** Die perfekte Assistenz und Vorbereitung des chirurgischen Arbeitsplatzes  
**Durchführung:** Prof. Dr. Dr. Reinert, Dr. Handtmann, Tübingen  
**Termin:** 27. 09. 2002  
**Ort:** Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Tübingen  
**Kursgebühr:** 200 €  
**Kurs-Nr.:** APW-Teamkurs ZF 1171

**Auskunft:** Birgit Barten, APW  
Lindemannstraße 96  
40237 Düsseldorf  
Tel.: 0211/66 96 730  
Fax: 0211/66 96 731  
E-Mail: dgzmk@t-online.de

## Österreichische Ges. für ZMK-Heilkunde

### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** Update on Infectious Diseases  
**Termin:** 28. 09. 2002,  
10.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Hotel Sheraton, Salzburg  
**Referent:** Prof. Dr. Sol Silverman Jr., Univ. of California, San Francisco

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

## GKP und Zahnmed. Fortbildungszentrum Stuttgart

### Jahrestagung

**Veranstalter:** Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK (GKP) und Zahnmed. Fortbildungszentrum Stuttgart  
**Termin:** 27./28. 09. 2002  
**Ort:** Messezentrum Stuttgart  
**Hauptthemen:** Therapiekonzepte bei Risikopatienten  
Innovationen in der Kinderzahnheilkunde  
**Kursgebühr:** 110 EUR für Mitgl.  
140 EUR für Nichtmitglieder

**Auskunft:** PD Dr. Frankenberger  
ZMK Klinik, Glückstraße 11,  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131/85 33 693  
Fax: 09131/85 33 603  
e-mail: info@kinderzahnheilkunde-online.de

## Freie Anbieter

*In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt, ein entsprechender Vordruck ist bei der zm-Redaktion erhältlich. Die Formblätter sollten mindestens acht Wochen vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Kurzfristig zugesandte Veröffentlichungswünsche können nicht berücksichtigt werden. Die Redaktion*

**Thema:** Informationsseminar „Umsatzorientierte Zukunftsmodelle für die motivierte Zahnarztpraxis“

**Veranstalter:** Demaco  
**Termin:** 07. 08. 2002, 14.45 Uhr  
**Ort:** Oldenburg  
**Sonstiges:** Vier Vorträge zu: Konzepte in der Prophylaxe; Praxis des Wohlfühlens; Finanzierungsmöglichkeiten; Umsatzsteigerung u. Steuern  
**Kursgebühr:** 220 EUR + MwSt.  
inkl. Getränke u. Buffet  
**Auskunft:** F.-A. Schmidt,  
Ratsherr-Schulze-Str. 1  
26122 Oldenburg  
Tel.: 0441/779 27 47  
Fax: 0441/779 27 57  
info@demaco.de  
www.demaco.de

**Thema:** Lehrgang „QM-Praxismanager und Interner Auditor“ (5 Module)

**Veranstalter:** dental-qm  
**Termin:** 10. 08., 21. 09., 19. 10., 30. 11. und 11. 01. 2003  
**Ort:** Hamburg (Nähe Elbbrücken)  
**Sonstiges:** Ziel dieses modular aufgebauten Lehrgangs ist die unterstützende Begleitung bei der Einführung von Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 in Ihrer Praxis durch eine fundierte Ausbildung.  
**Kursgebühr:** 2 000 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn,  
Jungfernstieg 21, 24103 Kiel  
Tel.: 0431/97 10-308  
Fax: 0431/97 10-309  
e-mail: schwinn@dental-qm.de  
www.dental-qm.de

**Thema:** Digident-Entscheidertag  
SCAN/CAD/CAM-Seminar  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 14. 08. 2002  
**Ort:** Pforzheim  
**Sonstiges:** Referent: CNC/ZT Alexander Faust;  
ZT Gabriele Weber  
**Kursgebühr:** pro Person 120 EUR  
**Auskunft:** Martina Weber,  
Postfach 910115,  
75091 Pforzheim  
tel.: 07231/957-220  
Fax: 07231/957-219

**Thema:** Front- und Seitenzahn  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 16./17. 08. 2002  
**Ort:** Gera  
**Sonstiges:** Herstellung einer Frontzahnkeramikbrücke und eines Molaren; Ref.: ZT Hubert Schenk  
**Kursgebühr:** 650 EUR pro Person  
**Auskunft:** Martina Weber,  
Postfach 910115,  
75091 Pforzheim  
tel.: 07231/957-220  
Fax: 07231/957-219

**Thema:** Kommunikation: Begeistern Sie für schöne Zähne!  
**Veranstalter:** Deep® Dentales Erfolgs Programm  
**Termin:** 17. 08. 2002,  
17.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Oldenburg  
**Sonstiges:** Weitere Termine und Themen auf Anfrage: Fordern Sie den aktuellen Fortbildungskalender 2002 an!  
**Kursgebühr:** 280 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Dörte Scheffer,  
Steinkauzweg 30b,  
26135 Oldenburg  
Tel.: 0441/209 72 72  
Fax: 0441/209 72 73

**Thema:** Implantate gezielt anbieten – Kommunikationstraining für Zahnärzte/-innen und Helferinnen  
**Veranstalter:** Deep® Dentales Erfolgs Programm  
**Termin:** 23. 08. 2002,  
15.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Delmenhorst  
**Sonstiges:** Weitere Termine und Themen auf Anfrage: Fordern Sie den aktuellen Fortbildungskalender 2002 an!  
**Kursgebühr:** 120 EUR + MwSt.

**Auskunft:** Dörte Scheffer,  
Steinkauzweg 30b,  
26135 Oldenburg  
Tel.: 0441/209 72 72  
Fax: 0441/209 72 73

**Thema:** Modul 3: QM-Dokumentation Teil 2  
**Veranstalter:** dental-qm  
**Termin:** 24. 08. 2002  
**Ort:** Damp / Ostsee  
**Sonstiges:** Aufbau und Erstellung von Arbeitsanweisungen und Checklisten, Aufbau Qualitätsmanagement-Handbuch  
**Kursgebühr:** 420 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn,  
Jungfernstieg 21, 24103 Kiel  
Tel.: 0431/97 10-308  
Fax: 0431/97 10-309  
e-mail: schwinn@dental-qm.de  
www.dental-qm.de

**Thema:** Telefontraining für Zahnärzthelferinnen – Effektive Kommunikation!  
**Veranstalter:** Deep® Dentales Erfolgs Programm  
**Termin:** 30. 08. 2002,  
9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Oldenburg  
**Sonstiges:** Weitere Termine und Themen auf Anfrage: Fordern Sie den aktuellen Fortbildungskalender 2002 an!  
**Kursgebühr:** 220 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Dörte Scheffer,  
Steinkauzweg 30b,  
26135 Oldenburg  
Tel.: 0441/209 72 72  
Fax: 0441/209 72 73

**Thema:** Coaching-Seminar für Zahnärzte  
**Veranstalter:** New Image Dental  
**Termin:** 30. 08. 2002  
**Ort:** Zornheim bei Mainz  
**Sonstiges:** Mitarbeiterführung, MA-Typen, Führungsstile; praktische Übung v. Kritik- und Zielgespräch  
**Kursgebühr:** 350 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Karin Scheuermann,  
Jahnstraße 18, 55270 Zornheim  
Tel.: 06136/95 55 00  
Fax: 06136/95 55 033  
e-mail: DLV-New-Image@t-online.de

**Thema:** Endodontie  
**Veranstalter:** ZÄT-Info – Informations- und Fortbildungsgesellschaft für Zahnheilkunde  
**Termin:** 30./31. 08. 2002  
**Ort:** Ostbevern  
**Sonstiges:** Referent: Dr. Peter Velvart, Zürich  
**Kursgebühr:** 760 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** ZÄT-Info,  
Erbdrostenstr. 6,  
48346 Ostbevern  
Tel.: 02532/73 30  
Fax: 02532/77 93

**Thema:** Fortbildung zur Praxismanagerin  
**Veranstalter:** Institut für Management und Marketing in der Zahnarztpraxis  
**Termin:** ab September 2002  
**Ort:** Ulm, Düsseldorf, Berlin, Frankfurt, Nürnberg  
**Auskunft:** institut für Management und Marketing in der Zahnarztpraxis,  
Remstalstraße 50,  
71686 Remseck  
Tel.: 07146/28 34 55  
Fax: 07146/28 34 57

**Thema:** Moderne Endodontie erleben – Wurzelkanalbehandlung – Eine Möglichkeit der Zahnerhaltung  
**Veranstalter:** Müller-Dental GmbH u. FKG Dentaire, Schweiz  
**Termin/Ort:** 04. 09. 2002, Leipzig; 25. 09. 2002, Essen; 27. 09. 2002, Berlin  
jeweils 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Leipzig  
**Sonstiges:** Workshop mit theoretischem und praktischem Teil; Ref.: Univ.-Prof. Dr. Baumann oder Dr. M. Cramer  
**Kursgebühr:** 240 EUR;  
Partnerpreis 220 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Mareike Eversmann,  
praxisDienste.de,  
Seminarorganisation,  
Brückenkopfstraße 1-2,  
69120 Heidelberg  
Tel.: 0700/58 77 46 36  
Fax: 06221/64 99 71 20

**Thema:** Vorbereitung auf die Ausbildereignungsprüfung für Arzthelferinnen  
**Veranstalter:** Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeiterkammer Bremen GmbH  
**Termin:** ab 04. 09. 2002 einmal wöchentlich mittwochs,  
von 14.30 – 18.45 Uhr  
**Ort:** Bremen

**Sonstiges:** Aufgrund der Unterrichtsform einmal wöchentlich mittwochs kommt der Kurs nur für Zahnärzthelferinnen aus Bremen und Umgebung infrage.  
**Auskunft:** Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeiterkammer Bremen GmbH,  
Hildegard Kalverkamp-Kurz  
Tel.: 0421/44 99 811

**Thema:** Der Gesamt-Behandlungsplan – die Antwort des Teams, Team Dr. M. Broseghini, I  
**Veranstalter:** ICDE  
**Termin:** 06. 09. 2002  
**Ort:** ICDE, Schaan  
**Sonstiges:** Seminarsprache: Italienisch – Simultanübersetzung ins Deutsche  
**Kursgebühr:** 600 CHF  
**Auskunft:** Nicole Albrecht-Kirchler, Ivoclar Vivadent AG,  
Benderstraße 2,  
FL – 9494 Schaan  
Tel.: 00423/235 36 15  
Fax: 00423/235 37 41

**Thema:** Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen nach Bema und GOZ (Grundkurs)  
**Veranstalter:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie  
**Termin:** 06. 09. 2002,  
13.00 – 18.30 Uhr  
**Ort:** 60386 Frankfurt,  
Vißbeler Landstraße 3-5  
**Sonstiges:** Ref.: B. Rumpf,  
Frankfurt, Dipl.-Med.-Päd. FH  
**Kursgebühr:** 130 EUR  
**Auskunft:** Frau Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie  
Tel.: 069/942 21-113  
Fax: 069/942 21-201

**Thema:** Craniomandibuläre Dysfunktion II – Differenzierende Untersuchung  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 06./07. 09. 2002  
**Ort:** Zwickau  
**Sonstiges:** Vermittlung der theoretischen Grundlagen der manuellen Kenntnisse  
**Kursgebühr:** 700 EUR pro Person  
**Auskunft:** Martina Weber,  
Postfach 910115,  
75091 Pforzheim  
tel.: 07231/957-220  
Fax: 07231/957-219

**Thema:** Keramik III Vertiefung Schichttechnik – Spezialkurs III mit Creation  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 06./07. 09. 2002  
**Ort:** Essen  
**Sonstiges:** Frontzahnsschichtung einer dreigliedrigen Brücke;  
 Ref.: ZTM Volker Barton  
**Kursgebühr:** 620 EUR pro Person  
**Auskunft:** Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim  
 tel.: 07231/957-220  
 Fax: 07231/957-219

**Thema:** Geschäftsleitungs-Seminar (für die/den Praxisinhaber/in)  
**Veranstalter:** dental-qm  
**Termin:** 07. 09. 2002  
**Ort:** Hamburg (Nähe Elbbrücken)  
**Sonstiges:** Geschäftsleitungsprozesse, Verantwortung der Obersten Leitung, Personalführung und -Kommunikation, Management Review  
**Kursgebühr:** 420 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn, Jungfernstieg 21, 24103 Kiel  
 Tel.: 0431/97 10-308  
 Fax: 0431/97 10-309  
 e-mail: schwinn@dental-qm.de  
 www.dental-qm.de

**Thema:** Vollkeramische Restaurationen mit IPS Empress und IPS Empress 2 (Kurs für Fortgeschrittene), Dr. U. Brodbeck, CH  
**Veranstalter:** ICDE  
**Termin:** 07. 09. 2002  
**Ort:** ICDE, Schaan  
**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:** Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen: Tipps + Tricks zur täglichen Abrechnung  
**Veranstalter:** Al Dente Abrechnungsberatung  
**Termin:** 07. 09. 2002, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Oldenburg  
**Sonstiges:** Weitere Termine und Themen auf Anfrage: Fordern Sie den aktuellen Fortbildungskalender 2002 an!  
**Kursgebühr:** 220 EUR + MwSt.

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

**Thema:** Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen nach Bema und GOZ (Aufbaukurs)  
**Veranstalter:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie  
**Termin:** 07. 09. 2002, 9.00 – 13.00 Uhr  
**Ort:** 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstraße 3-5  
**Sonstiges:** Ref.: B. Rumpf, Frankfurt, Dipl.-Med.-Päd. FH  
**Kursgebühr:** 130 EUR  
**Auskunft:** Frau Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie  
 Tel.: 069/942 21-113  
 Fax: 069/942 21-201

#### Anzeige

**Thema:** Praxismanagerinnen-Seminar – 5-teilig  
**Veranstalter:** New Image Dental  
**Termin:** 12. 09., 13. 09., 14. 09., 11. 10. und 12. 10. 2002  
**Ort:** Zornheim bei Mainz  
**Sonstiges:** Themen: Mitarbeiterführung, Visitenkarte Telefon, Praxisorganisation, Terminmanagement, Patientenbetreuung  
**Kursgebühr:** je 300 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Karin Scheuermann, Jahnstraße 18, 55270 Zornheim  
 Tel.: 06136/95 55 00  
 Fax: 06136/95 55 033  
 e-mail: DLV-New-Image@t-online.de

**Thema:** ZMV-Fernlehrgang  
**Veranstalter:** dentkom, LZÄK Brandenburg  
**Termin:** 12. 09. 2002 bis 22. 06. 2003  
**Ort:** Präsenzunterricht in Berlin  
**Sonstiges:** 3 Blöcke, insg. 16 Tage, Abschlussprüfung LZÄK Brandenburg, überwiegend häusliches Selbststudium; Zielgruppe: Zahnmedizinische Fachangestellte  
**Kursgebühr:** 1 800 EUR, Prüfung 180 EUR  
**Auskunft:** dent.kom, Flatowallee 16/853, 14055 Berlin  
 Tel./Fax: 030/305 16 36

**Thema:** Oberfläche und Textur  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 13./14. 09. 2002  
**Ort:** Pforzheim  
**Sonstiges:** Oberflächenbearbeitung nach Kataoka/Nishimura  
 Ref.: ZTM Bertrand Thiévent  
**Kursgebühr:** 360 EUR pro Person  
**Auskunft:** Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim  
 tel.: 07231/957-220  
 Fax: 07231/957-219

**Thema:** Implantatprothetik heute – ein Team-Approach mit „Live-OP“  
**Veranstalter:** ICDE  
**Termin:** 14. 09. 2002  
**Ort:** ICDE, Schaan  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. A. Kirsch, ZTM G. Neuendorff  
**Kursgebühr:** 650 CHF  
**Auskunft:** Nicole Albrecht-Kirchler, Ivoclar Vivadent AG, Bendererstraße 2, FL – 9494 Schaan  
 Tel.: 00423/235 36 15  
 Fax: 00423/235 37 41

**Thema:** Digident-Entscheidertag SCAN/CAD/CAM-Seminar  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 18. 09. 2002  
**Ort:** Pforzheim  
**Sonstiges:** Ref.: CNC/ZT Alexander Faust, ZT Gabriele Weber  
**Kursgebühr:** 120 EUR pro Person  
**Auskunft:** Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim  
 tel.: 07231/957-220  
 Fax: 07231/957-219

**Thema:** Front- und Seitenzahn  
**Veranstalter:** Girrbach Dental GmbH  
**Termin:** 20./21. 09. 2002  
**Ort:** Pforzheim  
**Sonstiges:** Herstellung einer Frontzahnkeramikbrücke und eines Molaren; Ref.: ZT Hubert Schenk  
**Kursgebühr:** 780 EUR pro Person  
**Auskunft:** Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim  
 tel.: 07231/957-220  
 Fax: 07231/957-219

**Thema:** Twinblock-Intensiv  
**Veranstalter:** Real Kfo 61267 Neu-Anspach  
**Termin:** 18./19. 10. 2002  
**Ort:** Neu-Anspach  
**Sonstiges:** Referent: Roger Harman RDT, LCGI, HMTOA  
**Kursgebühr:** 430 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Real-Kfo, 61267 Neu-Anspach  
 Tel.: 06081/94 21 31  
 Fax: 06081/94 21 32

# Zentraler Einsatz für den Berufsstand

Barbara Bergmann-Krauss

*Qualitätssicherung in Medizin und Zahnmedizin ist seit mehreren Jahren ein hoch aktuelles Thema. Es handelt sich aus Sicht der Berufspolitik um einen sehr sensibel diskutierten Bereich, dem man sich wegen seiner Aktualität in der Gesundheitspolitik nicht entziehen kann. Die Zahnärzteschaft hat dieses Feld aktiv besetzt. Durch die Gründung der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) wird deutlich, dass hier in Eigenregie und im Sinne des Berufsstandes gehandelt wird. Im Folgenden eine Standortbestimmung.*

Eine ständig wachsende Flut von Veröffentlichungen wie auch Veranstaltungen zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ist in den letzten Jahren zu verzeichnen. Im SGB V ist Qualitätssicherung bei der Novellierung 2000 ausdifferenziert worden, im letzten Jahr erst hat sich der Sachverständigenrat in einem beinahe 400 Seiten

*Seit mehreren Jahren wird die Qualitätssicherung in Medizin und Zahnmedizin intensiv diskutiert.*



Fotos: Corbis



umfassenden Band ausschließlich zum Thema Qualitätsentwicklung in der Medizin geäußert. Die Ärzte haben bereits in den 90er Jahren verschiedene Gremien und Einrichtungen zur Qualitätssicherung in der Medizin gegründet, insbesondere 1995 die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (äzq) in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, die inzwischen zu einer allseits anerkannten Einrichtung im deutschen Gesundheitswesen geworden ist. Auch die Zahnärzteschaft hat Ende der 90er Jahre das Thema Qualitätssicherung erneut aktiv aufgegriffen, zunächst den Ausschuss Qualitätssicherung unter Leitung der Bun-

deszahnärztekammer (Vorsitzender Dr. Peter Boehme) reaktiviert, aus dem heraus der Impuls für die Gründung einer eigenen Stelle für Qualitätssicherung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entstanden ist. In gemeinsamer Trägerschaft von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung wurde dann zum 01.01.2000 die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, zzq, als eine Stabsstelle im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) gegründet. Personell wurde sie aber erst zu Beginn des Jahres 2001 mit zwei Mitarbei-

tern besetzt, so dass die zzq erst seitdem arbeitsfähig ist. Inzwischen ist sie jedoch in Ärzteschaft und Politik bekannt und wird zunehmend in Fragen der

Qualitätssicherung in der Zahnmedizin angesprochen.

## Beratung steht ganz vorn

Allgemeine Aufgabe der zzq ist die Bearbeitung von Fragen der zahnärztlichen Qualitätssicherung. Sie hat vor allem beratende Aufgaben im Sinne einer Stabsstelle. Die zzq unterstützt die Trägerorganisationen, Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, bei allen Fragen der Qualität der zahnärztlichen

Berufsausübung. Grundlage dafür ist die systematische Auswertung und Dokumentation der nationalen und internationalen Aktivitäten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung in der Medizin.

Mit der Errichtung der zqz haben BZÄK und KZBV Strukturen zur Förderung der Qualitätssicherung analog zu den Ärzten geschaffen. Damit wird Qualitätssicherung als wichtige und gemeinsame Aufgabe des Berufsstandes anerkannt. Die Betonung der gemeinsamen Aufgabe ist wichtig, weil es keine Differenzierung in der Qualität von erbrachten Leistungen, sei es als vertragszahnärztliche oder privat Zahnärztliche Versorgung, geben kann und soll. Unterschiede kann es allerdings bei der Auswahl der Behandlungsalternativen, also im Versorgungsniveau, geben, nicht aber bei der Qualität der durchgeführten Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen.

Die Anbindung der zqz als Stabsstelle im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) erfolgte, um die dort vorhandene wissenschaftliche Infrastruktur zu nutzen und Synergieeffekte zu erzielen. Die Aufgabenstellung der zqz passt am besten zu der des IDZ, nämlich praxisrelevante Forschung und fachliche Beratung für die Trägerorganisationen in Fragen der Versorgungsforschung und Gesundheitswissenschaften. Da im Vergleich zu analogen Institutionen bei den Ärzten – Zentralinstitut für die Kasernenärztliche Versorgung (ZI) und äzq – personelle und finanzielle Ressourcen in IDZ und zqz bescheiden sind, ist eine Integration beider Aufgabenstellungen in einer gemeinsamen Einrichtung, dem IDZ, aus organisatorischen, finanziellen und inhaltlichen Aspekten sinnvoll.

### **Voraussetzungsorientiert handeln**

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die von der zqz konzipiert, begleitet und ausgewertet werden sollen, orientieren sich an dem von BDZ und KZBV bereits 1988 verabschiedeten Grundsatzpapier „Qualitätssicherung in der Zahnmedizinischen Versorgung“. Dieses Grundsatzpapier



Barbara Bergmann-Kraus,  
Leiterin der zqz im IDZ

spricht sich für das Konzept einer voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung aus. Dies bedeutet, dass insbesondere an wichtigen Strukturgrößen (Qualifikation durch Aus- und Fortbildung) und Prozessgrößen (Praxismanagement, medizinische Dokumentation, medizinische Leitlinien, Erfahrungsaustausch in Qualitätszirkeln) angesetzt wird, um die Qualität der Zahnmedizinischen Versorgung (Ergebnisgrößen) generell und im Einzelfall zu sichern und zu verbessern. Hierbei wird Qualitätssicherung als Anliegen des Berufsstandes verstanden, das in die Hände der Zahnärzteschaft gehört. Von außen vorgegebene Qualitätssicherung wird demgegenüber skeptisch beurteilt.

Es gibt eine Fülle von Regelungen, Maßnahmen und Aktivitäten, die von der Zahnärzteschaft schon seit Jahren betrieben werden und die alle implizit auch qualitätssichernde Wirkung für die Zahnärztliche Berufsausübung haben – zum Beispiel Gutachterwesen oder Hygienerichtlinien, um nur zwei Bereiche aus der Fülle von Maßnahmen zu nennen, die bereits auch schon 1994 im Weißbuch zur „Qualitätssicherung in der Zahnärztlichen Versorgung“ (vergleiche IDZ-Materialie Band 15, 1995) beschrieben worden sind. In den letzten Jahren ist jedoch die gesundheitspolitische Notwen-

digkeit gestiegen, Qualitätssicherung systematisch zu betreiben und eigens zu diesem Zweck konzipierte Maßnahmen der Qualitätssicherung zu implementieren.

### **Transparenz schaffen**

Ziel von Qualitätssicherung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist die Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung oraler Strukturen (Heners 1994, Seite 1443) unter Berücksichtigung der Patientenerwartungen. Qualitätssicherung wird erreicht durch das Transparentmachen von Beschaffenheiten, Leistungen oder Abläufen durch Dokumentation, Beschreibung und Bewertung des Ist-Zustandes, Erzeugen von Problembewusstsein, Vorschläge zur Intervention bei erkannten Mängeln sowie Umsetzung der Lösungsvorschläge in die Praxis und die daraufhin erfolgende Überprüfung erreichter Veränderungen. Die Schritte beziehungsweise Elemente dieses „Qualitätskreislaufes“ liegen jeder qualitätsfördernden Maßnahme zu Grunde (Gerlach, 2001, Seite 14).

Qualitätssicherung ist ein neutraler Prozess der Überprüfung und Dokumentation des eigenen Handelns nach zuvor gesetzten Zielen, wird aber häufig als moralischer Appell und Wertung, etwas besonders gut zu machen, missverstanden. Daher stellt Heners fest „Qualitätssicherung bedeutet die Sicherung von Therapieverfahren, die für Gesundheit und Wohlbefinden des Patienten ‚wirksam und bedeutsam‘ sind“ (1995, Seite 2).

### **Mit Bedenken sensibel umgehen**

In der Zahnärzteschaft gibt es vielfältige Bedenken gegen Qualitätssicherungsmaßnahmen, insbesondere wenn sie von außen als bürokratische Regelungen und Kontrollen oder im Zusammenhang mit Kostendämpfungsbemühungen und Budgetierungen dem Berufsstand diktiert werden sollen. Qualitätssicherung ist daher ein hochsensibles berufspolitisches Thema, dem sich die Zahnärzteschaft jedoch wegen seiner hohen Bedeutung und Aktualität

in der Gesundheitspolitik nicht entziehen kann. So hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder 1999 einen umfangreichen Katalog an Qualitätssicherungsmaßnahmen beschlossen, die zwar noch nicht gesetzlich verbindlich sind, die aber deutlich machen, wohin die Politik tendiert. Aktuell hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die Einrichtung eines Zentrums für Qualität in der Medizin für die nächste Legislaturperiode angekündigt, in dem eine leitliniengesicherte Medizin konzipiert werden soll. Im Rahmen der Disease Management Programme (DMP) werden Versorgungsleitlinien von der Gesundheitspolitik gefordert. Das alles macht deutlich, dass Qualitätssicherung ein Thema ist, das aus der gesundheitspolitischen Diskussion – gleich welcher politischen Richtung – nicht mehr weg zu drängen ist. Wenn auch die Diskussion sich bisher noch auf die Medizin und die großen Volkskrankheiten, wie Krebs oder Diabetes, fokussiert, ist doch klar, dass die Zahnmedizin nicht außen vor bleiben wird.

Durch die Gründung der zzq hat die Zahnärzteschaft deutlich gemacht, dass sie bereit ist, in diesem Feld selbst aktiv zu sein, anstatt sich das Handeln von außen vorschreiben zu lassen. Weil das Feld allerdings so komplex und unübersichtlich ist, sind auch die Erwartungen an die Aufgaben und Ergebnisse, die die zzq bearbeiten und vorlegen sollte, vielfältig. Das Aufgabenprofil der zzq, das, was die zzq leisten kann und was nicht, ist daher deutlich zu machen.

### Solide Dokumentation

Zentrale Aufgabe der zzq ist die solide Dokumentation der wissenschaftlich fachlichen Grundlagen der Qualitätssicherung und der Qualitätssicherungsmaßnahmen bezogen auf nationale wie internationale Entwicklungen und Aktivitäten. Gerade im internationalen Raum hat Qualitätssicherung in Medizin und ZahnMedizin eine zunehmende Bedeutung. Die Veröffentlichungen zur Qualitätssicherung, zu Leitlinien und evidenzbasierter Medizin und ZahnMedizin nehmen ständig zu (zum Beispiel „EbD-Splitter“ in der DZZ). Noch



*Qualität ist eine runde Sache*

*Quelle: zzq*

mehr Informationen werden über das Internet verbreitet. Daher wurde beim Internet-Auftritt der zzq, der sich noch im Aufbau befindet, auf eine zwar überschaubare aber einschlägige Linksammlung Wert gelegt. Bisher wurden vier Themenschwerpunkte zur Qualitätssicherung von der zzq aufgegriffen:

1. Zusammen mit den Zahnärztekammern (federführend Hauptgeschäftsführer Andreas Scholz, Zahnärztekammer Bremen) wurde ein Konzept für ein Qualitätsmanagement-System abgestimmt, das speziell auf die Belange und Strukturen der Zahnarztpraxis zugeschnitten ist. Die vorhandenen Qualitätsmanagement-Systeme, zum Beispiel ISO 9000 Zertifizierung (International Office of Standardization), KTO (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus), EFQM (European Foundation for Quality Management) und mehr, berücksichtigen zu wenig die besonderen

Belange einer Zahnarztpraxis oder sind sehr zeitaufwändig, verlangen hohen administrativen Aufwand und sind kostenintensiv. Daher wurde ein eigenes Konzept, das Zahnärztliche PraxisManagementSystem (Z-PMS), entwickelt. Es handelt sich um ein dreistufiges System bestehend aus:

- a. Checklisten und Erläuterungen zur Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung bestehender Praxishandbücher
- b. Hilfen zum Einstieg in die Dokumentation der Arbeitsabläufe einer Praxis, auch durch Checklisten
- c. Bausteine für ein individuelles umfassendes systematisches Praxismanagement.

2. Ein weiteres Projekt betrifft die Entwicklung Qualität unterstützender medizinischer Dokumentationssysteme auf der Grundlage der Basisdiagnostik in der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde. Die medizinische Doku-

mentation ist ein Kernstück der Qualitätssicherung.

3. Weiterhin koordiniert die zq die Erstellung von Leitlinien in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und sorgt für deren Veröffentlichung/Verbreitung und Fortschreibung. Hierbei werden auch externe Leitlinien in ihrer Bedeutung für die Entwicklung und Fortschreibung eigener Konzepte evaluiert und kritisch überprüft. Zunächst wurde eine methodische Empfehlung für Leitlinien in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, eine „Leitlinie für Leitlinien“, erarbeitet, die allen Leitlinien, die in der ZahnMedizin entwickelt werden, zu Grunde gelegt werden soll. Dies dient dazu, die Qualität der Leitlinienentwicklung zu sichern. Ferner wurde ein Ablaufschema für die Koordination bei der Erstellung von Leitlinien vereinbart. Die enge Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird hierbei deutlich. Eine wichtige Rolle im Prozess der Leitlinienentwicklung spielen auch die Qualitätszirkel (vergleiche auch IDZ-Materialie Band 18, 1997). Ihnen fällt die Aufgabe zu, von den Fachgesellschaften erarbeitete und im Konsens verabschiedete erste Leitlinienentwürfe auf ihre Anwendung und Relevanz in der Zahnarztpraxis zu evaluieren.

„ **Qualitätssicherung ist wichtig und gemeinsame Aufgabe des Berufsstandes.**“

zq

spiel der „Therapie der retinierten Weisheitszähne“ wurde durchgeführt. Die bisher gemachte Erfahrung mit der Entwicklung von Leitlinien zeigt insgesamt, dass es sich dabei um einen sehr arbeits- und zeitintensiven Prozess handelt. Im Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung werden die Veröffentlichungen zur evidenzbasierten Medizin und Zahnmedizin beobachtet und ausgewertet. Anknüpfend an das Symposium zur „Evidence Based Dentistry“, veranstaltet Ende 1999 vom Institut der Deutschen Zahnärzte zusammen mit der Akademie für Fortbildung, Karlsruhe (vergleiche IDZ-Materialie Band 23, 2000) wird von der zq im November ein Workshop zum gleichen Thema veranstaltet werden.

4. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der zq ist die Bestandsaufnahme, Dokumentation und Koordination im Bereich der zahnärztlichen Fortbildung als wichtige Maßnahme einer voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung. Ein Glossar zu den Begriffen in den Bereichen der Aus-, Fort- und Weiterbildung wurde erarbeitet und wird in Kürze veröffentlicht. Dies erscheint notwendig, um Klarheit zu schaffen, da die manchmal kontroversen Diskussionen um die Entwicklung in der Fortbildung häufig auf unterschiedliche Definitionen zurückgehen. Die Umsetzung der Rahmenempfehlung der Bundeszahnärztekammer zur Strukturierten Fortbildung wird vom Beirat der zq, der als Clearingstelle fungiert, begleitet und ausgewertet.

Über die Ergebnisse der Projekte der zq wird in zm laufend berichtet werden.

*Barbara Bergmann-Krauss  
Leiterin zq im IDZ  
Universitätsstraße 73  
50931 Köln*

## Vier Leitlinien in Arbeit

Vier Pilotleitlinien wurden in Auftrag gegeben und zwar zu folgenden Themen:

- Kariesprophylaxe mit Fluoriden
- Prävention und Intervention an Fissuren und Grübchen
- Versorgung des zahnlosen Kiefers
- Prophylaktische Entfernung von Weisheitszähnen

Eine erste Konsensuskonferenz zur exemplarischen Leitlinienentwicklung am Bei-



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

*Aufhebungsvertrag und Abfindungszahlung*

## Schiedlich-friedliche Trennung

Sigrid Olbertz

**Ein bestehendes Arbeitsverhältnis kann jederzeit in beiderseitigem Einvernehmen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer beendet werden. Der in einem solchen Fall geschlossene Aufhebungsvertrag bietet gegenüber einer Kündigung einige Vorteile – birgt aber auch Fußangeln.**

Sowohl Zahnarzt als auch Mitarbeiterin, Zahntechniker oder auch Ausbildungsassistent können aus ganz unterschiedlichen Gründen ein Interesse daran haben, das zwischen ihnen bestehende Arbeitsverhältnis einvernehmlich zu beenden. In solch einem Fall hat ein Aufhebungsvertrag für einen Arbeitgeber zunächst erhebliche Vorteile:

- Kündigungsfristen müssen nicht eingehalten werden.
- Schutzgesetze für bestimmte Personengruppen – wie Schwangere und Schwerbehinderte – können unter Umständen vernachlässigt werden.

- Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses kann nach Absprache beider Parteien erfolgen.

- Kosten und zeitintensive Arbeitsgerichtsverfahren werden vermieden.

Aber auch für den Arbeitnehmer kann ein Aufhebungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen von Vorteil sein.

- Es kann kurzfristig ein neues Arbeitsverhältnis begonnen werden.

- Der Kündigungsgrund wird nicht publik gemacht, was besonders bei personen- oder verhaltensbedingter Kündigung nicht wünschenswert sein könnte. „Peinliche“ Kündigungsgründe werden nicht öffentlich.

- Gegebenenfalls ist mit einer Abfindungszahlung zu rechnen, welche der Arbeitnehmer sozialversicherungsfrei und zum Teil steuerfrei vereinnahmen kann.

Dennoch müssen Zahnärzte bei einem Aufhebungsvertrag einiges bedenken und beachten. Da ein Zahnarzt auch in einer Kleinpraxis – mit fünf oder weniger Mitarbeitern – soziale Rücksichtnahme walten las-



Foto: CC/MEV

*Goldener Handschlag zwischen Zahnarzt und Mitarbeiterin: Aufhebungsvertrag und Abfindung können Alternativen zur Kündigung sein.*

sen muss, besteht erhöhte Gefahr, dass eine Kündigung vor dem Arbeitsgericht endet. Deshalb kann der Zahnarzt einer Mitarbeiterin den Aufhebungsvertrag mit der Erklärung vorlegen, dass sie im Falle der Nichtunterzeichnung die Kündigung zum nächstmöglichen Termin erhalten wird. Jedoch sollte auf keinen Fall Druck ausgeübt werden – der macht den Aufhebungsvertrag anfechtbar und die HelferIn bleibt im Zweifelsfall weiterhin in der Praxis beschäftigt.

### Freie Terminwahl

Grundsätzlich können beide Vertragsparteien – Zahnarzt und Angestellte – den Ausscheidungsstermin frei vereinbaren. Demzufolge wäre es möglich, ein „krummes Datum“ zu wählen.

Will die Mitarbeiterin einen Aufhebungsvertrag abschließen, ergeben sich für den Zahnarzt weitere Vorteile. Er braucht sie vor

Abschluss des Vertrages nicht über die rechtlichen Folgen zu informieren, die mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses einhergehen. Die Rechtsprechung unterstellt in diesem Fall, dass sich der Arbeitnehmer selbst wegen der mit einem Aufhebungsvertrag verbundenen Konsequenzen kündigt gemacht hat. Der Zahnarzt muss die ausscheidungswillige Mitarbeiterin also nicht über mögliche Sperrfristen beim Arbeitslosengeld informieren.

Anders liegt der Fall, wenn der Zahnarzt den Aufhebungsvertrag selbst anstrebt. Hier verlangt die Rechtsprechung, dass er seinen Fürsorgepflichten als Arbeitgeber gerecht wird. Er hat gewisse Hinweispflichten, denen er nachkommen muss. Zu empfehlen ist einem Zahnarzt daher immer, der Mitarbeiterin ausreichend Gelegenheit zu geben, sich wegen des Inhaltes des Aufhebungsvertrages mit einer kompetenten dritten Partei zu besprechen.

Keinesfalls darf der Zahnarzt die Mitarbeiterin unter zeitlichen Druck setzen. Falsch wäre es, ihr den Aufhebungsvertrag unter dem Motto vorzulegen: „Unterschreiben Sie jetzt und hier, sonst gibt's die Kündigung!“ Erzwungene Aufhebungsverträge provozieren geradezu eine Anfechtung durch die Mitarbeiterin.

Ein Aufhebungsvertrag muss grundsätzlich schriftlich geschlossen werden. Lediglich mündlich getroffene Vereinbarungen zwischen Zahnarzt und Mitarbeiterin sind somit nicht rechtswirksam. Natürlich muss der Vertrag von beiden Parteien unterschrieben werden. Bei Minderjährigen, Auszubildenden und Praktikanten wird zudem die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Arbeitnehmerin notwendig, welcher seine Genehmigung zu dem Aufhebungsvertrag geben muss.

Eine Frage, die in Verbindung mit Aufhebungsverträgen immer wieder diskutiert wird, ist, ob und in welcher Höhe Abfindungszahlungen zu leisten sind. Einen Aufhebungsvertrag mit einem Arbeitnehmer zu schließen, bedeutet nicht automatisch auch

die Zahlung einer Abfindung. Dessen ungeachtet kann es sehr wohl im Interesse des Zahnarztes sein, einer Mitarbeiterin durch eine Abfindungszahlung das Ausscheiden aus der Praxis zu versüßen. Sinnvoll ist ein solches Angebot an eine Mitarbeiterin jedoch nur dann, wenn ohne eine solche Zahlung der Aufhebungsvertrag nicht zustande käme. Möchte eine langjährig in der Praxis tätige Mitarbeiterin die Praxis kurzfristig verlassen, ist ein Aufhebungsvertrag sinnvoll – dann aber ohne Zahlung einer Abfindung. Hat dagegen der in der Praxis beschäftigte Ausbildungsassistent Schwierigkeiten mit den Patienten, und dem Praxisinhaber ist an einem möglichst schnellen Ausscheiden des jungen Kollegen gelegen, sollte eine Abfindungszahlung erwogen werden. Denn was schadet der Praxis mehr – die einmalige Zahlung oder dauerhaft unzufriedene Patienten?

Für die Höhe der Abfindungszahlung gibt es eine Faustformel: Ein halbes Bruttomonatsentgelt je vollendetem Beschäftigungsjahr. Erhält eine Mitarbeiterin monatlich 1600 Euro Brutto und war zehn Jahre in der Praxis beschäftigt, liegt die Abfindung somit üblicherweise bei 8000 Euro. Je nach Kündigungsgrund kann von dieser Faustformel selbstverständlich nach oben oder unten abgewichen werden – sogar bis auf null. Hier ist dringend der Rat eines Anwaltes zu empfehlen. Überhaupt sollte rechtzeitig überlegt werden, ob die beabsichtigte Trennung nicht durch das freiwillige Angebot einer Abfindungszahlung für den Arbeitnehmer interessant gemacht werden kann – zumal dann, wenn rechtliche Schwierigkeiten zu erwarten sind.

## Per Checkliste prüfen

Die schriftliche Fixierung des Aufhebungsvertrages erfordert größte Sorgfalt. Vor Unterzeichnung ist genau zu überlegen und gegebenenfalls anhand einer Checkliste abzuklären, welche Punkte einer abschließenden Regelung bedürfen. Dazu könnten beispielsweise folgende Fragen gehören:

■ Zu welchem genauen Datum soll das Arbeitsverhältnis beendet werden?

■ Welche Regelung soll für die Zeit bis zum Ausscheidungsdatum gelten? Soll der Arbeitnehmer für die Restarbeitszeit freigestellt werden? Wird diese Freistellungszeit vergütet? Werden Urlaubsansprüche auf die Freistellungszeit angerechnet? Oder soll der Arbeitnehmer bis zum letzten Tag arbeiten und dann eventuell noch nicht verbrauchte Urlaubsansprüche ausgezahlt bekommen?



Foto: Wirtz

*Die Chemie stimmt nicht mehr: Manchmal lässt sich die Trennung von einer Mitarbeiterin nicht mehr vermeiden.*

■ Wie hoch ist die Abfindung (brutto/netto)? Und wann ist sie fällig?

■ Eine Mitarbeiterin hat Anspruch auf ein Arbeitszeugnis, auch wenn sie mit einem Aufhebungsvertrag das Arbeitsverhältnis beendet. Eine schriftliche Fixierung im Aufhebungsvertrag über den Inhalt des Zeugnisses ist empfehlenswert.

■ Hat der Zahnarzt gegenüber der Mitarbeiterin noch nicht ausgeglichene Ansprüche, sollte deren Abwicklungsmodalität festgelegt werden. Dazu gehören etwa Darlehen, die der Zahnarzt seiner Mitarbeiterin gegeben hatte. Abzuklären ist gegebenenfalls auch die Rückzahlung von Fortbildungskosten.

■ Wie ist mit dem Firmenwagen zu verfahren? Soll die Mitarbeiterin diesen sofort zurückgeben, oder darf sie ihn bis zum letzten Tag des Arbeitsverhältnisses weiterfahren?

■ Ist eine Direktversicherung auf den Arbeitnehmer zu übertragen?

■ Wie verhält es sich mit eventuellen Ansprüchen auf eine betriebliche Altersversorgung?

Erfahrungsgemäß kennen nahezu alle Arbeitnehmer in groben Zügen ihre Schutzrechte. Ein Zahnarzt kann also nicht unbedingt erwarten, dass eine Mitarbeiterin, die er mit einem Aufhebungsvertrag konfrontiert, ohne Wenn und Aber zustimmen wird. Daher sollten der Mitarbeiterin in einem ruhigen Gespräch die Gründe für die beabsichtigte Trennung klar und deutlich geschildert werden. Es muss aber auch klar sein, dass der Zahnarzt im Notfall den Weg vor ein Arbeitsgericht nicht scheut. Die Mitarbeiterin sollte auch darüber aufgeklärt werden, dass ein solcher Rechtsstreit erhebliche Kosten verursachen kann. Bei Arbeitsgerichtsverfahren besteht in der ersten Instanz nämlich kein Kostenerstattungsanspruch. Dies hat zur Folge, dass jede Partei des Verfahrens ihren eigenen Anwalt auf jeden Fall selbst bezahlen muss – auch im Falle des Obsiegens.

Bei der Abfindung sollte nicht ohne Not geizt werden. Allerdings sollte der Mitarbeiterin auch unmissverständlich klar gemacht werden, dass es keinen Rechtsanspruch auf eine solche Abfindung gibt.

## Kein Spießbrutenlaufen

Allen Beteiligten sollte eines klar sein: Falls es wegen der Kündigung zu einem Prozess kommt und ein Arbeitsgericht die Kündigung als nicht begründet erachtet, muss die Mitarbeiterin ihre Tätigkeit in der Praxis weiterführen. Gerade in kleineren Praxen führt eine solche Wiederaufnahme der Tätigkeit zu einem Spießbrutenlaufen, auch wenn dies nicht vom Arbeitgeber gefördert wird und im Übrigen auch nicht beabsichtigt ist. Die Chemie zwischen Zahnarzt und Mitarbeiterin stimmt einfach nicht mehr. Ein Aufhebungsvertrag, welcher die Beendigung des Arbeitsverhältnisses einvernehmlich regelt, ist für beide Parteien die bessere Lösung.

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

*Versicherung der Berufsunfähigkeit*

## Der Hindernislauf zur richtigen Police

Joachim Kirchmann

**Eine gut dotierte Versicherung gegen Invalidität ist die wohl wichtigste Police, die ein Berufstätiger braucht. Denn Berufsunfähigkeit ist heute das größte Lebensrisiko. Doch die meisten Versicherungen mögen dieses Geschäft nicht und machen aus dem Weg zur Police einen Hindernislauf.**



*„Vorzeitig berufsunfähig“ – ein Attest, das immer häufiger ausgestellt wird.*

Versetzen wir uns ein Lebensalter zurück in die Vergangenheit. Damals, vor 80 Jahren, war es eher die Ausnahme als die Regel, wenn ein Arbeiter oder auch ein Arzt das offizielle Rentenalter von 65 Jahren erreichte. Ein Großteil der arbeitenden Bevölkerung starb vorzeitig. Doch dank des medizinischen Fortschritts ist heute vielen, auch den chronisch Kranken, ein längeres Leben beschert. Damit verbunden ist aber immer häufiger das Attest „vorzeitig berufsunfähig“. Zwar ist die deutsche Versicherungswirtschaft auf die Absicherung des Todesfalls in allen Spielarten bestens gerüstet. Aber für eine wirklich bedarfsgerechte und nutzbringende Versicherung der Berufsunfähigkeit engagieren sich erst wenige Unternehmen.

### Auf eigene Faust versichert

Hinzu kommt: Während der Nachkriegsjahre wurde im Zuge der Technisierung der Arbeitswelt die körperliche Arbeit stark reduziert. Dafür aber nahm die Arbeitsintensität und die damit verbundene Überbeanspruchung bestimmter Körperteile und Organe wie auch die geistige und nervliche Konzentration auf die Arbeit ständig zu. Die Folgen: Die Fälle von Invalidität weit vor dem Pensionsalter nehmen kontinuierlich zu. Außerdem genießen gesetzlich Versicherte, die nach dem 2. Januar 1962 geboren sind, nur noch einen rudimentären staatlichen Invaliditätsschutz. In diesem Punkt hat der Staat sein Rentensystem schon gnadenlos rationalisiert und sich als Garant von Rentenzahlungen davongestohlen.

Selbstständige und jüngere Festangestellte sind also gleichermaßen gezwungen, sich auf eigene Faust gegen Berufsunfähigkeit zu versichern. Die Ursachen hierfür sind nicht mehr als belanglos vom Tisch zu wischen. Sie verteilen sich prozentual wie folgt:

- Rund 22 Prozent und damit der größte Anteil resultiert aus der Erkrankung des Bewegungsapparats.
- Knapp 20 Prozent der Berufsunfähigen leiden an Herz- und Kreislaufbeschwerden.
- Bei genau 16 Prozent ist Krebs der Grund.
- Gut 15 Prozent der Fälle basieren auf psychischen und neurologischen Leiden; diese verzeichnen eine stark steigende Tendenz.
- Jeweils rund zwei Prozent entfallen auf Infektionen und Allergien, wobei die Allergiefälle ebenfalls stark zunehmen.
- Der Rest von gut zehn Prozent wird unter „Sonstiges“ subsumiert. Darunter fällt auch mit einem Minianteil Invalidität durch Unfall. Für diesen relativ seltenen Fall hat die Assekuranz eigens eine Versicherung kreiert – für sie ein gutes Geschäft mit der Angst.

Doch die Assekuranz als Branche ist auf die fortschreitende Berufsunfähigkeit als Folge von zumeist chronischen Erkrankungen wenig vorbereitet. Ob geplant oder ungewollt lässt sich nicht klären. Fest steht jedenfalls, dass nur recht wenige Versicherer kundengerechte und kostengünstige Angebote zur lebenswichtigen Versicherung der Berufsunfähigkeit offerieren. Mit folgenden Hindernissen auf dem Weg zu einer optimalen Police muss der Interessent rechnen,

wenn er bei einer Versicherungsgesellschaft ein schriftliches Angebot einholt:

## zm-Info

### Taktischer Rat

Bei der Dokumentation der Krankengeschichte sollte der Versicherungsberater nach Möglichkeit außen vor bleiben. Am besten füllt man diesen wichtigen und für den Versicherungsfall entscheidenden Fragebogen zusammen mit dem Hausarzt aus, lässt sich von ihm seine Mit Hilfe bestätigen und verwahrt eine von ihm beglaubigte Kopie. Dann probiert die Versicherung bei einem Leistungsanspruch des Versicherten womöglich erst gar nicht, sich vor Zahlungen zu drücken oder auf dem Prozessweg Zahlungen jahrelang zu verschleppen. Diese höchst kritische Dokumentation des Gesundheitszustands sollte äußerst sorgfältig betrieben werden. Hier etwa zu flunkern, um das Risiko zu und damit die Policenkosten womöglich zu drücken, könnte im Versicherungsfall den Verlust aller gezahlten Prämien bedeuten. Eine Police muss wasserdicht und dem Versicherten auf den Leib geschneidert sein, auch wenn sie dadurch teurer wird als der Normtarif. jk

nur noch höchstens zwei Stunden am Tag auf eine ihm zumutbare Art (ein recht dehnbarer Begriff) zu arbeiten in der Lage ist. Der angestammte Beruf, der ja zumeist krank und berufs unfähig gemacht hat, kommt in der Regel nicht mehr in Frage. Mit den Verlockungen einer in der Tat recht kostengünstigen Police zur Absicherung der

Erwerbsunfähigkeit unter schreibt der Versicherte nicht selten ahnungslos seine Verelendung.

**3.** Versicherungsvertreter nach Möglichkeit aus dem Spiel lassen, auch wenn ihre Tätigkeit in der Prämie „enthalten“ ist. Zum einen sollte der Versicherungsberater wirklich sachkundig auf dem recht komplexen Gebiet der Berufsunfähigkeit sein, was leider selten der Fall ist. Zum anderen will auch ein kompetenter Berater auf jeden Fall und möglichst schnell eine Police mit einer Unterschrift unter Dach und Fach bringen. Eine Erörterung von Pro und Kontra bestimmter Policenkonditionen ist da nicht gerade verkaufsfördernd. So werden abgeheilte Krankheiten und bestehende Wehwechen, die im Policenantragsformular detailliert abgefragt werden, in aller Regel vom Berater bagatellisiert. Wo eigentlich ein „Ja“-Kreuzchen fällig gewesen wäre, steht schnell, zumal wenn der Berater selber das Formular ausfüllt, ein „Nein“.

Das aber ist im Versicherungsfall fatal. Die Versicherung recherchiert dann auf jeden Fall bei den per Unterschrift von der Schweigepflicht entbundenen Ärzten und Kliniken. Deckt sie dabei ein nicht erwähntes oder im Prinzip nicht einmal relevantes Leiden auf, legt sie dies als vertragswidriges Verschweigen eines Risikos aus und verweigert jegliche Leistung. Die im Schnitt teuren Prämien waren dann umsonst gezahlt.

Ein unabhängiger Versicherungsberater berichtet: „80 Prozent aller Invaliditätsrenten werden wegen eines Verstoßes gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht abgelehnt.“

**4.** Eine Koppelung von BU mit einer Kapital bildenden Lebensversicherung sollte unbedingt vermieden werden. Wenn schon aus ganz banalen Kostengründen die Koppelung der BU mit einer Lebensversicherung unvermeidbar ist, sollte der BU-Interessent unbedingt darauf achten, dass ihm nicht eine Kapitallebensversicherung untergeschoben wird. Diese Lieblingsversicherung der Assekuranten kostet viel, bringt aber nicht viel. Wer nämlich das Todesrisiko wirklich versichern will, muss als Versicherungssumme mindestens fünf Jahresnettogehälter einkalkulieren. Doch dafür wäre eine enorm hohe Jahresprämie zu zahlen.

Die meisten Vertreter werben gerne mit dem Argument, bei einer Kapitallebensversicherung seien die Prämien ja nicht verloren. Eine gezielte Irreführung! Denn in den Prämien einer Kapitalpolice ist im Verborgenen der Kostenanteil für die Versicherung des Todesrisikos enthalten. Wer hingegen eine Risikopolice in Verbindung mit einer BU abschließt, kennt seine Kosten und zahlt im Vergleich zur Kapitalpolice nur einen Bruchteil an Prämien.

Doch die Deutschen wurden überwiegend falsch beraten. Nur rund drei Millionen zahlen reine Risikoprämien; aber rund 60 Millionen Bundesbürger haben eine Kapitallebensversicherung abgeschlossen, oft in Verbindung mit einer BU. Sie haben dabei den Todesfall schutz im Schnitt mit mageren 27 400 Euro versichert. Im Ernstfall viel zu wenig. Aber an dieser Versicherungsform verdienen die Versicherungsvertreter die höchsten Provisionen.

**1.** Die meisten Versicherer bieten eine Berufsunfähigkeitspolice nur in Verbindung mit einer Risikolebensversicherung an. Dann wird die BU (für Berufsunfähigkeit) als BUZ (Berufsunfähigkeitszusatzversicherung) bezeichnet. Mit dieser Konstruktion bagatellisiert die Versicherungsbranche das größte Lebensrisiko eines Berufstätigen, der vielfach auch der Ernährer einer Familie ist, zu einem Anhängsel. Befindet sich eine reine BU im Policenprogramm, ist diese oft wesentlich teurer in der Prämie als etwa eine Police, mit der das Todesrisiko in beschränktem Maße mitversichert ist. Das heißt: Versicherte, die gar keinen Todesfallschutz benötigen, Singles etwa, müssen sich aus Kostengründen zwangsweise auf eine Risikolebensversicherung einlassen.

**2.** Der Versicherungsinteressent sollte sorgsam darauf achten, dass die nachgefragte mit der angebotenen Police übereinstimmt. Wer Berufsunfähigkeitsschutz wünscht, bekommt zuweilen eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung angeboten. Zwischen beiden Versicherungen besteht ein eklatanter Unterschied: Die BU wird (zumeist) fällig, wenn der Versicherte seinen Beruf zu 50 Prozent nicht mehr ausüben kann. Erwerbsunfähigkeit wird erst dann versichert, wenn beim Versicherten „kein messbares Restleistungsvermögen“ (Policenbedingung) mehr vorhanden ist. Im Klartext: Die Versicherung zahlt erst die zugesagte Invalidenrente, wenn der Versicherte

**5.** Achtung: Die Normaltarife gelten nur ganz selten. Zuschläge bis zu 100 Prozent auf den im Angebot ausgedruckten Tarif sind gang und gäbe. Wie bei der Kapitallebensversicherung will die Assekuranz auch an der Berufsunfähigkeit kräftig verdienen. Erst allmählich führt ein zunehmend schärferer Wettbewerb dazu, dass die Assekuranz

nitiv und seit Jahren schon abgeheilte Krankheiten werden in ein kostenpflichtiges Risiko umgemünzt. Wer gar Raucher ist und zudem ein deutliches Übergewicht auf die Waage bringt, dürfte kaum einen Versicherer finden, der sich mit weniger als 100 Prozent Aufschlag begnügt. Um eine gewisse Transparenz bei der Risikoeinschätzung zu bekommen, sollte der BU-Interessent gleich von Anfang mehrere (Fachleute raten: mindestens zehn) Konkurrenzangebote einholen.

**6.** Vorsicht beim Konditionenschacher. Um Aufschläge auf den Normaltarif zu reduzieren, bieten die Versicherer nicht selten eine Konditionenkombination an. Im Klartext: Der Risikoaufschlag reduziert sich, wenn der BU-Interessent mit dem Ausschluss bestimmter Krankheiten, wie etwa Sehschwäche oder Allergien, einverstanden ist. Angeboten wird auch, die Rentenberechtigung zu verlagern. Die Police

wird preiswerter, wenn der Kunde nicht schon zu 50, sondern erst zu 75 Prozent berufsunfähig ist. Auch mit dem Lebensalter wird gerne jongliert. Wer es auf 50 oder 55 statt auf 60 oder gar 65 Jahre eingrenzen lässt, zahlt weniger Prämie. Doch diese Denkart untergräbt den Grundgedanken der Versicherung. Denn wer sich Risiken abkaufen lässt, hat sie womöglich selber zu tragen. Ratsam ist auch, bei preisgünstig erschei-

nenden Angeboten das Lebensalter zu kontrollieren. Denn nicht wenige, sogar renommierte Versicherungsgesellschaften beachten in ihren Angeboten nicht das Wunschalter von 60 oder 65 Jahren; sie kalkulieren von Anfang mit weitaus weniger Jahren. Wenn eine monatliche BU-Rente beispielsweise nur bis zum 50. Lebensjahr zu zahlen ist, bleiben zehn oder 15 kritische Jahre bis zur Zahlung der Altersrente aus dem Spiel. Vom Versicherer hingegen können in solchen Fällen die BU-Prämien nahezu ohne Leistungsrisiko kassiert werden.

### Günstig ist oft wertlos

Fazit: Eine kundengerechte und zugleich kostengünstige Berufsunfähigkeitsversicherung ist in der Regel das Ergebnis eines aufreibenden Konditionenpokers. Dabei ist zu beachten: Das optisch günstigste Angebot ist oftmals wertlos, weil es die Leistungen so stark einschränkt, dass man im Fall des Falles zumeist gar nicht mehr oder nur noch in mageren Maßen versichert ist. Auf jeden Fall sollte die Berufsunfähigkeitsrente bis zum intendierten Rentenalter gezahlt werden. Sie sollte auf keinen Fall mehr als ein Jahrzehnt vorher eingestellt werden können. Und wenn schon gepokert werden muss, dann möglichst nicht um eine Einschränkung der BU-Police, sondern eher um eine Leistungsreduzierung bei der (zumeist zwangsweise an die BU gekoppelten) Lebensversicherung. Denn die Berufsunfähigkeit ist als Lebensrisiko höher einzustufen. Dass Versicherungen beim Aushandeln kundengerechter Konditionen oft die Lust an einer

## zm-Info

### Policen im Test

Neutrale Wirtschafts- und Verbraucherpublikationen testen BU-Policen in regelmäßigen Abständen. Unter den zahlreichen Anbietern haben sich aus neutraler Sicht folgende Gesellschaften mit besonders verbraucherfreundlichen und zugleich preiswerten BU-Policen zu maßvollen Tarifen qualifiziert: Condor, Schweizer Renten, Alte Leipziger, Allianz, Württembergische, WWK, Volkswohl Bund oder Bayerische Beamten Versicherung BBV.

Die deutsche Versicherungs-Rating-Agentur Morgen & Morgen hat die hier zu Lande angebotenen BU-Policen in Relation zu Preis und Leistung mit Sternchen ausgezeichnet. Fünf Sterne bedeutet höchstes Lob; drei Sterne kennzeichnen nur noch Mittelmaß. jk

weiteren Korrespondenz verlieren, ist an der Tagesordnung und sollte einkalkuliert werden. Die Ausfallquote von Seiten der Anbieter ist jedenfalls enorm hoch. Deshalb auch der Rat, mindestens zehn Angebote einzuholen. ■

*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*

*Wer erwerbsunfähig wird, braucht eine gute Absicherung.*

die BU-Anwärter mit niedrig kalkulierten Prämien anlockt, um sie dann aber kräftig zur Kasse zu bitten. Jeder Versicherungskandidat hat nämlich seine Krankengeschichte. Viele werden vor dem Abschluss einer BU-Police zu einer ärztlichen Untersuchung gebeten. Weichen beispielsweise die Blutwerte nur geringfügig von der Norm ab, ist dies für die Assekuranten oft ein Anlass, die Normalprämie um 25 Prozent zu erhöhen. Selbst defi-

Zahnbehandlung in Großbritannien

## Der private Bereich boomt

Arndt Striegler

**Britische Zahnärzte und Patienten haben ihr Interesse an privater zahnärztlicher Behandlung entdeckt. Vor allem teure Behandlungen, wie Überkronen und Richten der Zähne – viele davon rein kosmetischer Natur – erleben im Königreich derzeit einen regelrechten Boom. Die ersten privaten Zahnarztpraxen bereiten ihren Gang an die Börse und den Aufbau von Praxisketten vor. Die Engländer sind heute bereit, sich ihr strahlend weißes Lachen etwas kosten zu lassen.**

Zwar hat Großbritannien seit 1948 ein staatliches Gesundheitssystem (National Health Service, NHS), das auch die zahnärztliche Grundversorgung mit beinhaltet. Allerdings wurde der NHS-Leistungskatalog in den vergangenen 15 Jahren immer weiter eingeschränkt. In vielen Landesteilen fehlt es zudem an staatlichen Zahnärzten. Folge: Patienten bleibt oftmals keine andere Wahl, als aus eigener Tasche für private Behandlungen in vormals staatlichen Praxen zu bezahlen. Das Problem dabei ist, dass viele der Praxen schlecht ausgestattet sind und die angebotenen Leistungen sich nicht sonderlich von den in einer NHS-Praxis angebotenen Leistungen unterscheiden.

Das haben clevere Zahnärzte vor allem im wohlhabenden Südosten Englands und im Großraum London erkannt. Was Amerika bereits seit rund 20 Jahren vormacht – nämlich viel Geld mit aufwändigen und häufig kosmetischen Behandlungen verdienen – macht neuerdings auch in Großbritannien Schule. Das private Unternehmen Integrated Dental Holdings (IDH) plant, an die Londoner Börse zu gehen. IDH betreibt bereits landesweit rund 130 Zahnarztpraxen. Investoren haben umgerechnet rund 30 Millionen Euro bereit gestellt, um

die weitere Expansion der von einem Zahnarzt geführten Kette zu finanzieren. Das Unternehmen dürfte nach Angaben Londoner Broker einen Börsenwert von rund 40 Millionen Euro erzielen.

Andere private Zahnarztketten, wie Ora (London) und James Hull Associates (36 Praxen), bauen derzeit auch an einem landesweiten Praxis-Netz. Auch hier wird das Marketing gezielt auf teure kosmetische Behandlungen und Implantologie abgestellt. Der Markt für zahnärztliche Behandlungen



Foto: none.cs.umass.edu

*Selfridges – hier die Fassade des Kaufhauses in London – bereitet die Eröffnung einer Zahnarztpraxis in den Verkaufsräumen vor.*

### zm-Info

#### Umfrage: Private Zahnbehandlung auf dem Vormarsch

Eine jüngst veröffentlichte Umfrage der British Dental Association (BDA) ergab: 17 Prozent der Zahnarztpraxen in Großbritannien haben bereits begonnen, ihre Behandlung vorwiegend auf Privatpatienten umzustellen oder planen, ihre Praxis als reine Privatpraxis weiterzuführen. Die BDA-Omnibus-Befragung zeigte, dass von den 11 000 Zahnarztpraxen im Vereinigten Königreich sieben Prozent reine Privatpraxen sind, was ungefähr 800 reinen Privatpraxen entspricht. Diese sind kleiner als NHS-Praxen und zu zwei Dritteln im Süden des Landes angesiedelt. Viele Zahnärzte, die sich als reine Privatpraxis klassifizieren, bieten aber unter bestimmten Konditionen noch NHS-Behandlungen an. Die BDA schätzt, dass im Jahre 2007 19 Prozent der Praxen im Lande reine Privatpraxen sein werden.

pr

in Großbritannien ist nach Einschätzung von Experten derzeit jährlich umgerechnet rund 4,6 Milliarden Euro wert. Umgerechnet rund 1,7 Milliarden Euro davon dürften auf private Behandlungen entfallen. Tendenz: steigend.

Ein typischer NHS-Zahnarzt kalkuliert laut Londoner City Broker mit einem Stundenlohn von 120 bis 150 Euro. Privat praktizierende Zahnärzte können dagegen mit einem Stundenlohn von zwischen 290 und 310 Euro rechnen, so die Experten. Der britische Zahnärzterverband hat keinen Einfluss darauf, wieviel Zahnärzte für private Behandlungen berechnen. Dementsprechend groß sind die Preisunterschiede von Praxis zu Praxis. Die teuersten Praxen im

Königreich sind im Londoner Westend, vor allem rund um die prestigeträchtige Medizinerstraße Harley Street. Hier lassen sich auch wohlhabende Araber und andere Zahnmedizintouristen gerne behandeln.



### **Die Praxis im Kaufhaus**

Interessant: Inzwischen haben auch die Apothekenketten und Kaufhäuser, wie Selfridges in London, die private Zahnmedizin für sich entdeckt. Selfridges – nach Harrods Großbritanniens zweites Flaggschiff-Kaufhaus – bereitet derzeit die Eröffnung der ersten Zahnarztpraxis im Kaufhaus vor. Zusammen mit der privaten Zahnarztkette Ora sollen zwischen Rolltreppe und Kosmetikabteilung Behandlungen wie Zahnpiercing und Zahnbleichen angeboten werden.

Für aufwändigere Arbeiten werden die Patienten in die nahe gelegene richtige Ora-Zahnarztpraxis gelotst. „Wir haben Marktforschungen angestellt und die Ergebnisse sind sehr viel versprechend“, so Nora Harris vom Venture Capitalist Kleinworth (London). Kleinworth beobachtet den Markt sehr genau.

Britische Apothekenketten, wie Boots (mehr als 1 000 Offizinen), bereiten ebenfalls den Sprung in die private Zahnmedizin vor. Diverse Boots-Filialen werden von 2002 an privat bezahlenden Zahnarztpatienten diagnostische und therapeutische Dienstleistungen anbieten. Analysten rechnen damit, dass der Filialist innerhalb der nächsten drei Jahre die Zahl seiner Zahnarztpraxen verdreifachen wird. Pro Praxis wird ein Jahresgewinn vor Steuern von umgerechnet rund 1,5 Millionen Euro ange-

strebt. In Großbritannien ist weder der Fremd- noch der Mehrfachbesitz von Apotheken gesetzlich verboten. Das hat den Markt geprägt.

Analysten rechnen für die nächsten fünf Jahre mit großen Umwälzungen im privaten zahnärztlichen Sektor. „Der Markt wird zunehmend von großen, kapitalstarken Ketten dominiert werden“, urteilt Kleinwort Capital Equity. Damit könnte der britische Zahnarztsektor den Optikern im Königreich folgen. Heute wird dieser Markt von großen Filialisten dominiert, die sich die besten Geschäftslagen leisten können.

*Arndt Striegler  
Grove House  
32 Vauxhall Grove  
GB-London SW8 1SY*

Historischer Rückblick

# Die Entwicklung der festsitzenden Apparatur

Boris Sonnenberg, Gernot Göz

## Teil 3 – Bracketentwicklung

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

Die Verwendung von Ösen (Linderer 1848) und später von Röhrchen (Angle 1887), um Zähne zu bewegen, kann als Vorgänger des Brackets gesehen werden. Angle erkannte die Notwendigkeit der Entfernung und erneuten Einfügung der Bögen sowie die Erfordernis einer dreidimensionalen Kontrolle über die Zähne. Aus dieser Erkenntnis heraus konstruierte er das Schloss der Ribbon-Arch Apparatur und später das Edgewise Bracket mit einer Schlitzhöhe von .022 inch und einer Schlitttiefe von .028 inch. Diese Brackets wurden in der Mitte der vestibulären Fläche des jeweiligen Zahnes aufgebracht [Ricketts et al.1979]. Obwohl viele Konstrukteure (siehe unten) sich

(Abb. 1) von Angle zu einer Vielzahl verschiedenster Bracketdesigns mit unterschiedlicher Form, Größe, Slotdimension und Slotanzahl, Bracketbasiskontur und Verschlussmechaniken [Renfroe 1975].

Anfangs wurden Brackets durch Fräsen aus Stahlbarren hergestellt und auf die Netzbasen geschweißt. Ende der siebziger Jahre wurde das Gussverfahren eingeführt. Nach separatem Einschneiden der Slots wurden die Brackets wiederum auf perforierte Basen oder Netze geschweißt und später hart-

gelötet. In den neunziger Jahren wurden das vollständige Gießen der Attachments und das Spritz-Gussverfahren möglich. Der Produktionsprozess wurde weiterentwickelt. Durch den Einsatz von computergesteuerten Schneidewerkzeugen ist heutzutage die Einarbeitung exakter Werte zuverlässiger als bei den früher manuell gefertigten Brackets [Matasa 1997].

Nachdem Angle das Bracket No. 452 entwickelte, um eine bessere Kontrolle über die breiteren seitlichen Zähne zu bekommen, verwandte man zusätzlich Ösen und Krampen zur Beherrschung der Rotation (Abb. 2) [Renfroe 1975]. Eine Bemühung der späten vierziger Jahre galt der Lösung des Problems der Krampen.

zm 12: Teil 1  
Historischer Überblick  
1728 bis 1878

zm 13: Teil 2  
Historischer Überblick  
1906 bis 1980

zm 14: Teil 3  
Historischer Überblick  
Ab 1980 (Brackets)

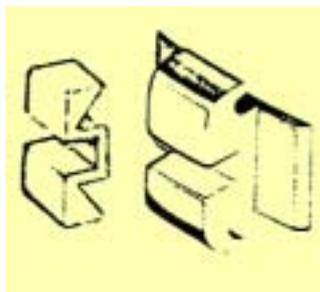


Abb. 1: Angle (1930) Brackets No. 447 und No. 452 [Renfroe 1975]

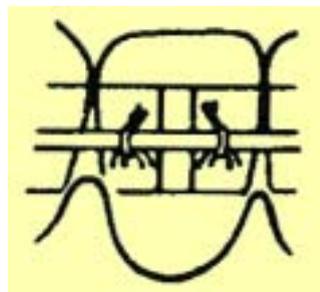


Abb.2: Krampen für die Rotationskontrolle [Renfroe 1975]

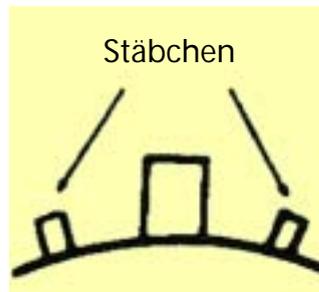


Abb. 3: Stäbchen für die Rotationskontrolle [Ricketts et al. 1979]

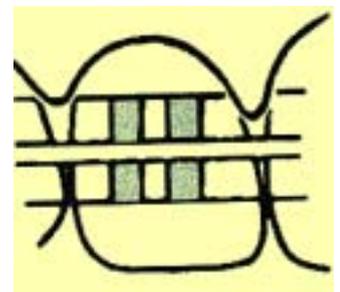


Abb. 4: Ein mesial und ein distal positioniertes Single-Bracket [Ricketts et al. 1979]

bemüht haben, diese grundlegende Methode zu verbessern, ist das Horizontal-schloss, in das der Bogen mit Ligaturendraht einligiert wird, noch immer das wichtigste Gerät, um eine exakte Kontrolle und dreidimensionale Beeinflussung der Zähne zu haben. So führte die Entwicklung des .05 inch breiten Narrow-Bracket No. 447 über das .10 inch breite Wide-Bracket No. 452



Abb. 5: Swain (1950) Twin-Bracket [Ricketts et al. 1979]



Abb. 6: Triple-Bracket [Renfroe 1975]

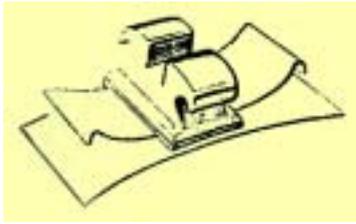


Abb. 7: Steiner-Bracket I  
[Renfroe 1975]



Abb. 8: Lewis-Bracket II  
[Renfroe 1975]

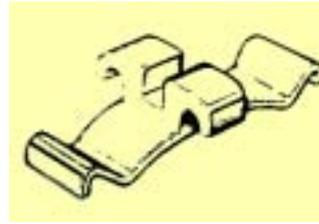


Abb. 9: Lewis Bracket II  
[Renfroe 1975]

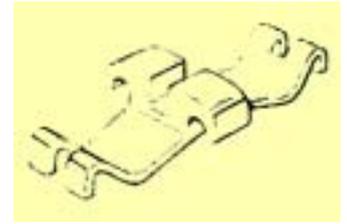


Abb. 10: Lewis Anti-Tip Bracket  
[Renfroe 1975]

Den Krampen, den angelöteten Stäbchen, die Vorläufer der so genannten Rotationsbrackets waren, kann man die Positionierung zweier Single-Brackets, mesial und distal des Mittelpunktes der labialen oder bukkalen Fläche des Zahnes, als Entwicklung zum Twin-Bracket (Zwillingsbracket) ansehen. Das Twin-Bracket wurde 1950 von Swain vorgestellt und ist gekennzeichnet durch eine verlötete Verbindung zwischen zwei einzelnen Narrow-Brackets. Dieses Bracket sollte weitere Hilfsmittel zur Rotationskontrolle unnötig machen (Abb. 5) [Ricketts et al. 1979].

Um noch mehr Kontrolle über die Zähne zu erlangen, wurde das Triple-Bracket entwickelt, mit drei Single-Brackets auf einer sieben bis acht Millimeter breiten Basis (Abb. 6). Der Nachteil dieses Brackets lag in seiner Dimension. Der Abstand zwischen den Brackets war durch deren große Flächensumme zu klein und der Bogendraht somit nicht sehr flexibel. Die Brackets selber kontaktierten bei Rotationen die benachbarten Zähne, so dass sich diese Entwicklung nicht durchsetzen konnte [Renfroe 1975].

Andere Entwicklungen waren Single-brackets, welche durch Rotationsarme oder -federn ihre Schwäche der Rotationskontrolle eliminieren sollten.

Während Steiner eine doppelarmige, weiche Feder konstruierte (Abb. 7), brachte Lewis harte Flügel auf beiden Seiten des Brackets an, um durch Druck der Flügel gegen den Bogendraht die Zähne zu rotieren (Abb. 8). Lewis führte seine Überlegung weiter und brachte eine zum Zahn offene Aufwerfung am Ende seiner Flügel an, um den Bogendraht kontrollierter einligieren zu können (Abb. 9). Eine seiner weiteren Überlegungen galt dem Anti-tip Bracket. Es bewirkte durch seine Fräsungen in den Aufwerfungen durch das Einligieren des Bogendrahts mittels Zug eine Derotation des Zahnes (Abb. 10) [Renfroe 1975].

1932 nahm Broussard die Idee Angles des vertikalen Slots aus dem Jahre 1915 wieder auf. Er plazierte das vertikale Slot in die Bracketbasis, um mit speziellen Federn einen Lückenschluss zu erreichen und Zähne aufzurichten (Abb. 11 und 12) [Rethmann 1970].

Eine Variation dieser Brackets war die horizontale Anbringung eines Slots in die Bracketbasis, um wiederum mit speziellen Federn kontrollierte Zahnbewegungen durchführen zu können (Abb. 13). Es folgten Brackets mit extra gekrümmter Basis für Eckzähne und Prämolaren, die den Bändern besser ansaßen als die planen Bracketbasen anderer Brackets (Abb. 14) [Renfroe 1975].

Johnson entwickelte das Zwei-Phasen-Bracket für seine zuvor schon erwähnte Zwillingsbogen-Apparatur (Abb. 11 und 12 in Teil 2, zm 13/2002). Sein Ziel war es, mit leichten Kräften arbeiten zu können und den Vorteil zweier Drähte, zum Beispiel bei Außenständen oder Infraokklusionen, zu nutzen. Die zwei Phasen (Bracketslots) liegen übereinander und dienen der Einligierung zweier Runddrähte [Renfroe 1960, Geoffrion 1977].

Eine andere Entwicklung zur Benutzung zweier Drähte bestand in der Dimensionsänderung des Bracketslots. Der Unterschied zwischen Qwik-Wing Brackets und Edgewise-Brackets liegt in der Tiefe des Bracketslots. Es hat die Dimension .0185 mal .030 inch. Hierdurch kann ein runder und zusätzlich ein Vierkantbogen aufgenommen werden. Dies bietet die Möglichkeit, leichte elastische Rundbögen für die Einordnung außerhalb der Zahnreihe stehender Zähne zu benutzen. Zusätzlich kann durch Vierkantbögen der Torque der Zähne kontrolliert werden (Abb. 15) [Renfroe 1975].

Das Tip-Edge System, die außerordentliche Kombination zweier prinzipiell verschiedener Systeme, nutzt ebenfalls die Vorteile eines Rundbogens und eines Vierkantbogens (Abb. 16). Der Lückenschluss und die Zahnbewegungsphase werden von der

Mit **Malaria**  
ist keine **Mark** zu machen

Der Zugang zu unentbehrlichen  
Medikamenten ist ein Menschenrecht.  
Wir fordern dieses Recht für alle.



Ärzte ohne Grenzen e.V., Lievelingsweg 102, 53119 Bonn  
Spendenkonto 97 0 97, Sparkasse Bonn, BLZ 380 500 00

Bitte schicken Sie mir

- allgemeine Informationen
- Informationen für einen Projekteinsatz
- Informationen zur Fördermitgliedschaft
- Die Broschüre „Vermächtnis für das Leben“

Name \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

2-0601 t4

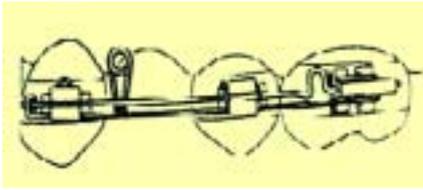


Abb. 11: Broussard (1932)  
Apparatur mit vertikalem Slot  
[Rethman 1970]



Abb. 12: Broussard  
(1932) Bracket mit  
vertikalem Slot  
[Renfroe 1975]



Abb. 13: Horizontales  
Bracketbasis-Slot  
[Renfroe 1975]



Abb. 14: Bracket mit gekrümmter  
Basis [Renfroe 1975]



Abb. 15: Qwik-Wing Bracket [Renfroe 1975]

Light-wire-, beziehungsweise Beggtechnik übernommen. Zur endgültigen Positionierung der Zähne bedient man sich der vorprogrammierten Edgewise Technik mit In/Out Kompensation Tip, Torque und Rotation [Kesling 1998; Proffit et al. 1993].

Die jüngste Generation der vorprogrammierten Brackets, Speed-Brackets (Abb. 17) und ihrer Abkömmlinge nutzt die Vorteile der hoch elastischen Bogendrähne und reduziert durch einen besonderen Bracketverschlussmechanismus den Reibungswiderstand zwischen Bracketslot und Bogen. Dies soll zu weniger Verankerungsbedarf führen und die Behandlungszeit verkürzen (Abb. 18) [Berger 1990, Voudouris 1997].

Im Laufe der Zeit ging die Entwicklung vom Bebändern der Zähne zum adhäsiven Befestigen der Brackets auf den Zähnen über. Nachdem Buonocore 1956 die Säureätztechnik entwickelt hatte, und unter anderem von Newman, Collito und Mitchell direkte Klebverfahren vorgestellt wurden, lötete man die Brackets auf perforierte Basen oder direkt auf Netzbasen und klebte diese mit Komposit auf den vorkonditionierten Schmelz. Die maximale Verbundstärke zwischen Netz und Zahn wird durch

die gleichmäßige Verteilung des Adhäsivs an allen Unterschnitten erreicht. Ende der siebziger Jahre kam man zu der Erkenntnis, dass bei perforierten Basen das Zähneputzen zur Zerstörung des Adhäsivs führt. Von da an wurden die Brackets auf Folien befestigt, die mit einem Netz laminiert waren [Matasa 1997].

Die Klebtechnik bringt viele Vorteile, hat aber auch Nachteile.

An wesentlichen Vorteilen der direkten Klebtechnik wären zu nennen:

1. Kein zusätzlicher Zahnbogenverlust durch interproximale Bandstärke



Abb. 16: Tip-Edge Bracket  
[Proffit et al. 1993]



Abb. 17: Speed-Bracket [Berger 1990]



Abb. 18: Damon Bracket  
[Voudouris 1997]

2. Keine Restlücken nach der Behandlung durch interproximale Bandstärke

3. Das Stripping ist während der Behandlung möglich

4. Eine geringere Irritation der Gingiva, verbunden mit erleichterter Parodontalhygiene

5. Die Kontrolle von Füllungen ist besser möglich

6. Das Aufbringen der Brackets ist auch bei Abweichungen der Zahnform und bei teilweise durchgebrochenen oder freigelegten Zähnen möglich

7. Eine verbesserte Ästhetik

8. Eine geringere Lagerhaltung

Dem stehen als Nachteile gegenüber:

1. Die lingualen Attachments müssen bei der direkten Klebtechnik im zweiten Arbeitsgang aufgeklebt werden.

2. Ein abgelöstes Bracket gibt sofort den gesamten Zahn frei, und Rezidive treten schneller ein. Der Patient bemerkt jedoch ein loses Bracket eher als ein gelöstes oder durch Kaukräfte nach gingival gewandertes Band.

3. Die Belastbarkeit von Klebebrackets hängt von der Beschaffenheit der Zahnoberfläche ab. Brackets, speziell im Seitenzahngelände, sind weniger belastbar als Bänder [Posselt et al. 1980; Smaha et al. 1972].

Dr. Boris Sonnenberg  
Olgastraße 39  
70182 Stuttgart

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

zm Leser service

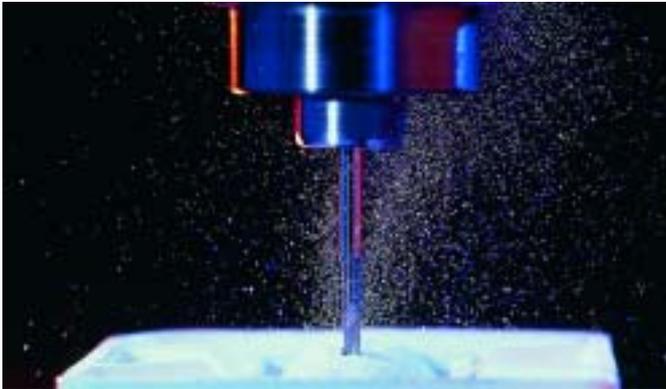
Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

## Industrie und Handel

Servicekupon  
auf Seite 91

3M ESPE

### Lava besteht den Laboralltag



Das CAD/CAM System zur Herstellung von vollkeramischen Kronen und Brücken aus Zirkonoxid ist in den ersten Labors erfolgreich im Einsatz. Die bei Lava von Espe verwendete polykristalline Zirkonoxidkeramik verfügt über Eigenschaften, die hinsichtlich Festigkeit und Langzeitstabilität Vorteile gegenüber Glaskeramiken und infiltrierten Keramiken bietet. Darum lassen sich Lava Kronen und Brücken auch im Seitenzahnbereich einsetzen. Lava ermöglicht das Einfärben der Gerüste in der gewünschten Zahnfarbe und schöpft damit

auch das ästhetische Potenzial von Zirkonoxid voll aus. In Kombination mit der auf den Wärmeausdehnungskoeffizienten der Zirkonoxid-Gerüste abgestimmten Verblendkeramik Lava Ceram lässt sich so eine genaue Farbanpassung mit dentinähnlicher Transluzenz erzielen.

3M ESPE AG  
Espe Platz  
82229 Seefeld  
Tel.: 081 52/700-0  
Fax: 081 52/700-13 66  
www.espe.de  
E-Mail: info@espe.de

DÜRR DENTAL

### Praxisstudie: Vector empfehlenswert

Die Vector-Methode, das Ultraschall-basierte Konzept zur Parodontaltherapie von Dürr Dental, ist im Vergleich zum Cavitron Jet SPS empfehlenswerter. Dies ergab eine zweijährige Praxisstudie, die im Rahmen einer Dissertation durchgeführt wurde. Fazit: Nach einer kurzen Eingewöhnungs-

phase sei der Vector bei der Erstbehandlung und der Erhaltungstherapie zu bevorzugen.

DÜRR DENTAL GmbH & Co. KG  
Höpfigheimer Straße 17  
74321 Bietigheim-Bissingen  
Tel.: 071 42/705-338  
Fax: 071 42/705-348  
www.duerr.de  
E-Mail: info@duerr.de

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

Dr. Klaus-Dieter Hellwege

### Erfolg durch Prophylaxe

Wer Prophylaxe zu einem Erfolgsfaktor in seiner Praxis machen will, hat mit dem „3-Stufen-Konzept“ des Zahnarztes Dr. Klaus-Dieter Hellwege eine gute Hilfe: Das Konzept ist praxiserprobt und in einer überarbeiteten Neuauflage erschienen. Sein Inhalt zeigt, wie Patienten in allen Altersstufen für die Prophylaxe gewonnen werden können. Zusätzlich ergänzen indikationsabhängig gegliederte Musterbriefe die mündlichen Informationen. Sie sind dem Konzept als Diskette

und CD-ROM beigegeben. Mit Hilfe üblicher Textverarbeitungsprogramme lassen sich die Musterbriefe individualisieren. Das „3-Stufen-Konzept“ ist beim Deutschen Ärzte-Verlag, Dieselstraße 2, 50859 Köln oder direkt beim Autor erhältlich:

Dr. Klaus-Dieter Hellwege  
Hauptstraße 17  
67442 Lauterecken  
Tel.: 063 82/85 42  
Fax: 063 82/32 20  
www.mehrzahngesundheit.de  
E-Mail: info@mehrzahngesundheit.de

Meyer-Haake

### Hilfe für gelockerte Zähne



Oft können Zähne mit reduziertem Zahnhalteapparat durch Schienungen stabilisiert werden. Um Ligaturen mit Fäden oder Drähten zu eliminieren, hat Meyer-Haake die Perfect-Splint-Netze entwickelt. Die schneidbaren Netze können schnell auf angeätztem Zahnschmelz aufgebracht werden und ermöglichen eine lange Tragezeit, bei der auch ästhetische und hygienische Aspekte berücksichtigt werden können.

Je nach Indikation kommen die Stahl- oder Nylonnetze bei der Schienung gelockerter Zähne, bei kieferorthopädischen Maßnahmen, zum temporären Ersatz fehlender Zähne, zur Diastema-Schließung, zur Stabilisierung von replantierten oder transplantierten Zähnen oder zur Ver-

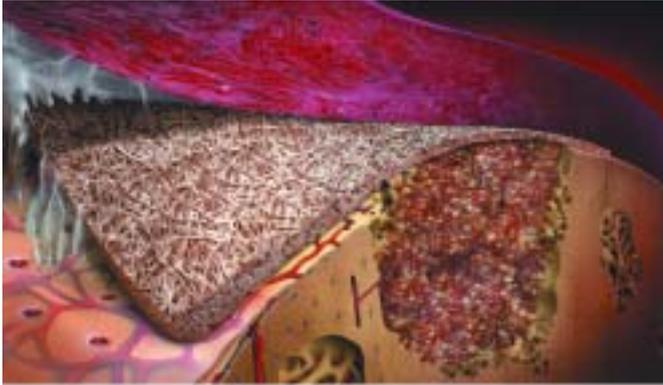
stärkung von Prothesen und Provisorien zum Einsatz.

Besonders einfach und schnell können die Netze mit dem Universal-Material Cyano Veneerö befestigt werden; das leicht fließfähige Material verbindet sich mit den Maschen der Netze. Ein flüssig aufgetropfter Schnellhärter ermöglicht die Aushärtung innerhalb von zehn Sekunden. Durch die glatte Oberfläche des Materials wird die Schienung vom Patienten toleriert und bewahrt ihn vor traumatischen Ulzerationen der Zunge. Schienungen mit den Perfect-Splint-Netzen sind effizient und preisgünstig: Eine Packung ist ausreichend für mindestens 200 Zähne.

Meyer-Haake Medizin- und  
Dentalhandels GmbH  
Adenauerallee 21  
61440 Oberursel  
Tel.: 061 71/50 78-0  
Fax: 061 71/50 78-22  
www.meyer-haake.de  
E-Mail: Meyer-Haake@t-online.de

*Nobel Biocare*

## Neue resorbierbare Membran



Ab sofort kann über Nobel Biocare eine neue resorbierbare regenerative Membran bezogen werden, die auch in Verbindung mit Knochenersatzmaterialien verwendet werden kann.

Die regenerative Membran Gore Resolut Adapt ist eine weiche, leicht form- und adaptierbare und somit auch einfach anzuwendende Membran. Sie wird für die Behandlung parodontaler und knöcherner Defekte eingesetzt. Sie lässt sich problemlos an die Defektränder adaptieren, hält Materialien zur Defektauffüllung am Ort und verhindert das Ein-

wandern von Epithel in den Defekt.

Die Membran hat eine Barrierefunktion von acht bis zehn Wochen und steht in verschiedenen Größen zur Verfügung. Sie besteht aus einem Fasernetzwerk von bioresorbierbarem Polyglykolid und Trimethylencarbonat. An der Außenseite ermöglicht die Netzstruktur eine gute Gewebeatmung, was die Stabilisierung des Wundbereiches erhöht.

*Nobel Biocare Deutschland GmbH  
Stollberger Str. 200  
50993 Köln  
Tel.: 02 21/500 85-0*

*NTI-Kahla*

## Brillante Polier-Ergebnisse ohne Paste



Das CeraGlaze Trial Set von NTI-Kahla sorgt mit einer neu entwickelten Bindungskomponente und seinen ausgesuchten Naturdiamanten für eine optimale Ke-

ramikpolitur. Unterschiedliche Körnungen erleichtern die situationsgerechte Auswahl erheblich. Das neue Bindungskonzept verfügt über eine hohe Stabilität.

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

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

*3i Implant Innovations*

## Implantate für Risikopatienten

Durch kontinuierliche Verbesserung der Osseotite-Implantatoberfläche ist 3i der Nachweis gelungen, dass Implantieren auch bei Risikogruppen sicher ist. Das umfangreiche und hochwertige Studienmaterial von 3i hält sogar schwierigen medizinischen Materialprüfungen weltweit stand.

Die FDA (amerikanische Food and Drug Administration) erteilte 3i die Erlaubnis, die bisherigen Risikofaktoren, wie Rauchen, schwacher Knochen oder eine Frühbelastung, aus den Warnhinweisen der Osseotite-Packungen zu entfernen. Zusätzlich konnte 3i belegen, dass sowohl kurze Implantate wie auch weite Durchmesser die gleichen hervorragenden Resultate zeigen wie Standardimplantate. So gelingt es 3i als erstem Hersteller einer modernen mikrorauen Oberfläche, die Forderungen der wissenschaftlichen Gremien nach einer evi-

denzbasierten Implantologie zu erfüllen. Mit den Studien stößt 3i in eine neue Dimension der Implantologie vor: Eine Vielzahl der bekannten Risikofaktoren zeigen mit einem Osseotite-Implantat nahezu die gleichen Erfolgsraten wie beim Einsatz in Standardindikationen. Das bedeutet, dass international renommierte Implantologen auf Grund der wissenschaftlichen Belege die Osseotite-Implantate gerade bei Vorliegen von Risikofaktoren als besonders geeignet empfehlen. Die gesamten Studien zur Osseotite-Oberflächentechnologie können bei 3i Implant Innovations in Karlsruhe angefordert werden.

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

*Sirona*

## Sivision 3 für C2+-Behandlungsplätze

Sivision 3 ist bei Sirona nun auch für C2+-Behandlungsplätze erhältlich: Sivision 3 mit Sirocam 2 im Arztelement ermöglichen es, die Intraoralkamera in den Behandlungs- und Bedienablauf zu integrieren. Die wichtigsten Vorteile von Sivision 3 sind: Bedienung der Kamera wie ein Instrument, integrierter 4-Bild-Speicher seriennormmäßig auch ohne PC, Umschaltung von PC- auf Stand-alone-Betrieb per Knopfdruck und die brillante Bildarstellung durch digitale Kameraelektronik.

Viele PC-Funktionen, wie Einfrieren und Archivieren der Bilder, Auswahl, Zoomen oder Nebeneinanderdarstellung der Bilder, können direkt vom Behandlungsplatz aus ohne Verwendung von Maus und Tastatur aktiviert werden.

*Sirona Dental Systems GmbH  
Fabrikstraße 31  
64625 Bensheim  
Tel.: 0180/18 89 90 00  
Fax: 0180/554 46 64  
E-Mail: contact@sirona.de*

VITA**Vita Arbeitskreise kommen gut an**

Im August vergangenen Jahres haben fünf Zahntechniker die Arbeitskreise Vita In-Ceram Professionals gegründet. Ihr Ziel ist es, im Sinne der Patienten die Zahnversorgung mit Vollkeramik als echte Therapiealternative zur herkömmlichen metallkeramischen Restauration bekannter zu machen.

Im Herbst 2001 wurden die ersten Arbeitskreise gestartet, an denen sich rund zwölf Zahntechniker aus der jeweiligen Region beteiligten. Inzwischen sind die Arbeitskreise zu einer festen Einrichtung geworden. Die überwältigende Resonanz und die hohe Anzahl von Anmeldungen für die angebotenen Arbeitskreise machten es möglich, dass 15 weitere Arbeitskreise innerhalb Deutschlands in Kürze ihre Auftaktveranstaltungen haben.

Die Zahntechniker widmen sich in den Arbeitskreisen größeren

Themenkomplexen, zum Beispiel Vermarktungskonzepten für Dentallabore, der Kalkulation und Berechnung vollkeramischer Arbeiten oder dem Erfahrungsaustausch mit verschiedenen verarbeitungstechnischen Zusatzmaterialien.

Der Internet-Website [www.vita-in-ceram.de](http://www.vita-in-ceram.de) sind die Termine und Orte für Arbeitskreise ständig aktualisiert zu entnehmen. Hier kann man sich auch für die Teilnahme an den Arbeitskreisen anmelden.

Der Newsletter der Vita In-Ceram Professionals, der viermal im Jahr erscheint, steht dort ebenfalls zur Verfügung und kann auf Wunsch abonniert werden.

Vita Zahnfabrik  
H. Rauter GmbH & Co. KG  
Postfach 1338  
79704 Bad Säckingen  
Tel.: 077 61/56 20

PHARMATECHNIK**Mit LinuDent ein Wochenende gewinnen**

„Einmal klicken, doppelt gewinnen“: Unter diesem Motto macht der IT-Spezialist Pharmatechnik/ DentSo auf seine innovative Zahnarzt-Verwaltungssoftware LinuDent und auf sein LinuDent-Gewinnspiel aufmerksam. Dabei verlost das Unternehmen unter allen Einsendern drei Wellness-Wochenenden in einem exklusiven Hotel sowie 50

weitere exklusive Wellness-Sachpreise.

Interessenten müssen lediglich im Internet unter [www.linudent-gewinnspiel.de](http://www.linudent-gewinnspiel.de) „reinklicken“, einen kurzen Fragebogen ausfüllen und können damit schon zu den Gewinnern zählen. Teilnahmeabschluss ist der 31. Juli 2002.

Pharmatechnik GmbH & Co. KG  
Münchner Straße 15  
82319 Starnberg  
Tel.: 081 51/44 42-0  
Fax: 081 51/44 42-70 00  
[www.pharmatechnik.de](http://www.pharmatechnik.de)  
E-Mail: [info@pharmatechnik.de](mailto:info@pharmatechnik.de)

Wieland**Neuer Vorstand gewählt**

Auf der Mitgliederversammlung der Fachvereinigung Edelmetalle im Mai 2002 wurde Dr. Christian Köhler, Geschäftsführer der Wie-

land Dental + Technik Pforzheim, zum neuen Vorsitzenden gewählt.

Die Fachvereinigung ist ein Industrieverband auf Bundesebene, in dem die Erzeuger und Verarbeiter von Edelmetallen organisiert sind und Teil der Wirtschaftsvereinigung Metalle. Diesem Verband sind 670 Unternehmen angeschlossen.

Wieland Dental + Technik  
Schwenninger Straße 13  
75179 Pforzheim  
Tel.: 072 31/37 05-117  
Fax: 072 31/35 79 59  
[www.wieland-dental.de](http://www.wieland-dental.de)

BEGO**Laser-Night in Berlin**

Lander zum Anfassen und Ausprobieren unter kompetenter Anleitung gab es für interessierte Labors bei der ersten Bego-Laser-Night im April in Berlin.

15 Teilnehmer aus unterschiedlichen Laboren konnten sich über die Möglichkeiten informieren und den „LaserStar LYNX“ vor Ort testen. Der Vortrag zum Thema Laserschweißen war eine gute Einstimmung und vermittelte Basisinformationen. Bei anschließenden Probearbeiten an drei bereitgestellten Geräten konnten erste Erfahrungen aus-

getauscht werden. Weil die Veranstaltung bei den Teilnehmern eine gute Resonanz fand, ist ein Folgetermin für den 9. Oktober 2002 in Duisburg geplant. Anmeldungen nimmt Frau Holberg unter 0421/2028-221 entgegen.

BEGO Bremer Goldschlägerei  
Wilh. Herbst GmbH & Co.  
Technologiepark Universität  
Wilhelm-Herbst-Straße 1  
28359 Bremen  
Tel.: 04 21/20 28-0  
Fax: 04 21/20 28-100  
[www.bego.com](http://www.bego.com)

*Schütz Dental Group*

## Stabile provisorische Kronen



Mit Temdent direct bietet die Schütz Dental Group ein provisorisches Kronen- und Brückenmaterial auf Komposit-Basis an. Es dient zur Herstellung stabiler provisorischer Kronen und Brücken in direkter Methode im Automix-System. Die Arbeiten zeichnen sich aus durch hohe Passgenauigkeit, gute mechanische Eigenschaften sowie eine sehr gute Stabilität und Festigkeit. Ästhetik und Funktionalität garantieren eine problemlose Tragezeit der Provisorien, die mit handelsüblichen Befesti-

gungszementen eingesetzt werden. Weitere Vorteile sind: Das Material ist individuell dosierbar, cadmiumfrei, schrumpft nur geringfügig, ist gut polierbar, reparabel und der Abbindezyklus ist genau kontrollierbar. Zudem kommt es zu einer geringen Staubbildung beim Korrekturschleifen.

*Schütz Dental Group  
Dieselstraße 5-6  
61191 Rosbach  
Tel.: 060 03/814-575  
Fax: 060 03/814-905  
E-Mail: schuetz-werbung@t-online.de*

*One Drop Only*

## Bestes Prädikat im Öko-Test

Von 35 Mundwässern, Mundsprays und Mundspüllösungen sind laut Öko-Test nur zwölf sehr gut. Das beste Prädikat im jüngsten Öko-Test Kosmetik und Wellness Ratgeber Mai 2002 erhielt bereits zum dritten Mal „Nur 1 Tropfen medizinisches Mundwasser Konzentrat“ von One Drop Only. Auch das „Nur 1 Tropfen medizinisches Zahncreme Konzentrat“ wurde jüngst

so bewertet. Die ätherischen Öle wirken antibakteriell, ohne die Mundflora nachteilig zu beeinflussen. Sie sorgen für eine lang anhaltende Atemfrische und mindern Mundgeruch.

*One Drop Only  
Stieffring 14  
13627 Berlin  
Tel.: 030/346 70 90-0  
Fax: 030/346 70 90-40  
www.onedroponly.de  
E-Mail: info@onedroponly.de*

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

*BEYCODENT*

## Praktische Hilfe beim Digitalröntgen

Seit kurzem bietet Beycodent allen Anwendern der Digital-Röntgentechnik ein kleines, aber, interessantes Hilfsmittel an. Mit der PP-Schutz- und Fixierhülle wird ein hygienischer Schutz und zugleich eine Fixierung des Röntgensensors im Mund deutlich erleichtert.

Die Praxiserfahrung hatte gezeigt, dass der erforderliche hygienische Schutz des Sensors mit Hilfe eines Fingerlings nicht immer unproblematisch ist. Beim Überziehen des Fingerlings über den Sensor wird dieser oft durch die kantige Form beschädigt, was natürlich die gesamte Prozedur der hygienischen Verpackung sinnlos macht. Hinzu kommt noch, dass das Überziehen dieser kleinen Fingerlinge nicht ganz ein-



fach ist und ein gewisses Geschick erfordert.

Beycodent stellt interessierten Zahnärzten auf Anforderung Testmuster zur Verfügung, die telefonisch unter der Rufnummer 02744/920090 oder über [www.beycodent.de](http://www.beycodent.de) abgerufen werden können.

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

*Pluradent*

## Neue CD-ROM als Einkaufshilfe

Als Beispiel für die praxisgerechte Unterstützung stellt Pluradent seit Mai eine CD-ROM als Einkaufshilfe für Zahnarztpraxen und Dental-Labors zur Verfügung. Sie erleichtert das Suchen und Bestellen der richtigen Materialien in innovativer Weise.

Umfangreiche Suchfunktionen erleichtern zum Beispiel das Finden bestimmter Produkte beziehungsweise den Vergleich von Produkten. Hinweistafeln ermöglichen es, Einkaufsvorteile, wie Mengenrabatte, optimal zu nutzen.

Über die CD-ROM getätigte Bestellungen werden archiviert und können jederzeit eingesehen und für die nächste Bestel-

lung wieder verwendet werden. Das Programm erstellt auf Knopfdruck individualisierte, mit den relevanten Kundendaten bereits versehene Bestellfaxe. Die Software läuft auf Standard-PCs unter Microsoft Windows.

Unter 07 21/860 51 65 hat das Unternehmen eine Telefon-Hotline eingerichtet. Die CD-ROM ist erhältlich über Pluradent-Fachberater, Niederlassungen oder per E-Mail an [info@pluradent.de](mailto:info@pluradent.de).

*Pluradent AG & Co. KG  
Kaiserleistraße 3  
63067 Offenbach  
Tel.: 069/829 83-0  
Fax: 069/829 83-271  
www.pluradent.de  
E-Mail: info@pluradent.de*

*Dentronic*

## Planung von Zahnersatz und KFO

Die Programme dentoconstruct und orthoconstruct von Dentronic ermöglichen es, Zahnersatz und kieferorthopädische Geräte auf grafischem Weg am Bildschirm zu planen und zu konstruieren. Unzählige Kombinationen sind möglich. Dies erleichtert die Kommunikation zwischen Praxis und Dentallabor. Die detaillierten Informationen, die per Ausdruck oder Datei weitergegeben werden können, sind für den Zahntechniker direkt nutzbar. Die erstellten Da-

teien können auch als Datenbank genutzt werden, auf die zum Beispiel für Gewährleistungsfälle zurückgegriffen werden kann. Ein weiterer Verwendungszweck ist das Ergänzen von Angeboten.

*Dentronic Multimedia  
Marketing GmbH  
Friedrich der Große 64  
44628 Herne  
Tel.: 023 23/387 96-0  
Fax: 023 23/387 96-39  
E-Mail: info@dentronic.de*

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

*BUSCH*

## Politur von vorhandenen Füllungen



Für die Politur vorhandener Füllungen eignet sich die Satzzusammenstellung „Set 5920“ von Busch besonders: Die Bearbeitung der Füllungen erfolgt mit extrafeinen Hartmetall-Finierern, die Politur der Metallfüllungen mit dem braunen Vor- und dem grünen Glanzpolierer. Beim ersten Schritt wird das Composite mit dem grauen Polierer vorpo-

liert und im zweiten Schritt die funktionsgerechte Hochglanzpolitur erreicht. Der rosa Hochglanzpolierer ist diamantdurchsetzt und zeichnet sich durch seine Langlebigkeit aus.

*BUSCH & Co. KG  
Unterkaltenbach 17-27  
51766 Engelskirchen  
Tel.: 022 63/86-0  
Fax: 022 63/207 41*



Absender (in Druckbuchstaben):

---



---



---

Kupon bis zum 26.8.2002 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:

- BEGO – Laser-Night in Berlin (S. 89)
- BEYCODENT – Praktische Hilfe beim Digitalröntgen (S. 90)
- BUSCH – Politur von vorhandenen Füllungen (S. 91)
- Dentronic – Planung von Zahnersatz und KFO (S. 91)
- Dr. Klaus-Dieter Hellwege – Erfolg durch Prophylaxe (S. 86)
- Dürr-Dental – Praxisstudie (S. 86)
- 3i Implant Innovations – Implantate für Risikopatienten (S. 88)
- 3M ESPE – Lava besteht den Laboralltag (S. 86)
- Meyer-Haake – Hilfe für gelockerte Zähne (S. 86)
- Nobel Biocare – Neue resorbierbare Membran (S. 88)
- NTI-Kahla – Brillante Polier-Ergebnisse ohne Paste (S. 88)
- One Drop Only – Bestes Prädikat im Öko-Test (S. 90)
- PHARMATECHNIK – Mit LinuDent gewinnen (S. 89)
- Pluradent – Neue CD-ROM als Einkaufshilfe (S. 90)
- Schütz Dental Group – Stabile provisorische Kronen (S. 90)
- Sirona – Sivision 3 für C2+-Behandlungsplätze (S. 88)
- VITA – Vita Arbeitskreise kommen gut an (S. 89)
- Wieland – Neuer Vorstand gewählt (S. 89)

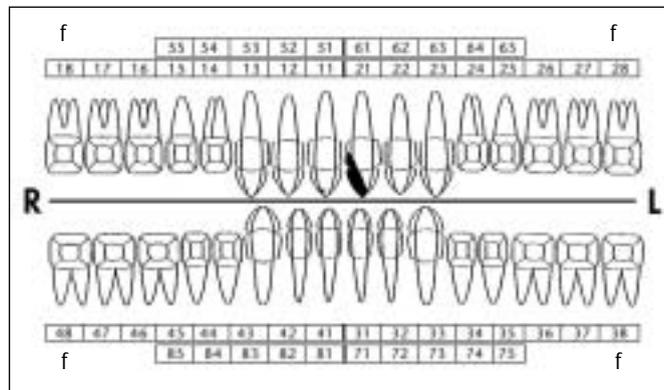
## Identifizierungen

### Polizeipräsidium Duisburg

#### Wasserleiche bei Duisburg-Baerl

Am Freitag, den 17. Mai 2002, wurde gegen 18.15 Uhr im Rhein bei Duisburg-Baerl, Stromkilometer 784 (linksrheinisch), der Leichnam eines unbekanntes Mannes geborgen. Der Tote war ca. 183 cm groß, hatte braune glatte Haare und eine schlanke Figur. Das Lebensalter wird auf 20 bis 25 Jahre geschätzt. Er war mit einer blauen Jeanshose und einem schwarzen Sweat-Shirt der Marke „Fruit of the loom“ bekleidet. Außerdem führte er einen Rucksack mit den Aufschriften „Moorhead“ und „Dakota“ mit sich. Tätowierungen bzw. Operationsnarben wurden nicht gefunden.

**Zahnärztliche Besonderheiten:** Ober- und Unterkiefer waren vollständig bezahnt. Die Weisheitszähne 18, 28, 38 und 48 waren retiniert und verlagert. Ihr Wurzelwachstum war bereits abgeschlossen. An Zahn 11 lag eine kleine Schmelzaussprengung im Bereich der Schneide-



*f = fehlender Zahn*

kante vor. An Zahn 21 war ein mesialer Eckenaufbau mit einer Kunststofffüllung durchgeführt worden. Die Füllung wurde mit Hilfe eines parapulpären Stiftes verankert. Sämtliche Fissuren der Ober- und Unterkieferprämolaren und -molaren waren okklusal versiegelt worden. Prothetische Restaurationen konnten nicht nachgewiesen werden. Vermutlich wurde zu Lebzeiten

eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt.

Sachdienliche Hinweise werden erbeten an:  
Polizeipräsidium Duisburg  
ZKB-KK 11  
z.Hdn. Herrn KHK Hausch  
Düsseldorfer Str. 161-163  
47053 Duisburg  
Tel.: 0203/280-41 14  
Fax: 0203/280-41 19



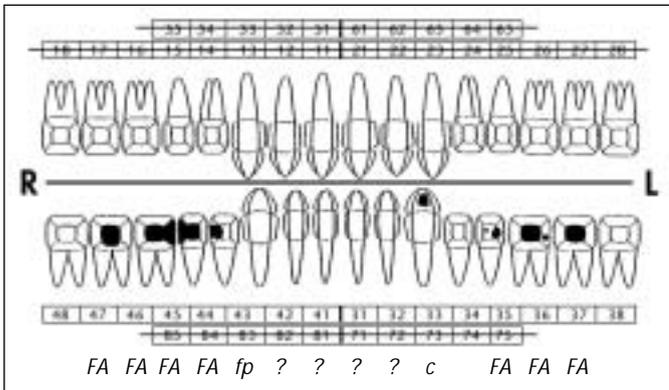
*Wasserleiche aus Duisburg*

### Polizeipräsidium Wesel

#### Skelettierter Unterkiefer

Am Donnerstag, den 2. Mai 2002, wurde gegen 18.00 Uhr im Rhein bei 46487 Wesel-Bislich (Nordrhein-Westfalen), Stromkilometer 825 (rechtsrheinisch) ein menschlicher, vermutlich männlicher Unterkiefer aufgefunden. Der Unterkiefer war bereits vollständig skelettiert.

**Zahnärztliche Besonderheiten:** Auf Grund des Verwesungszustandes mit Verlust des Alveolarfortsatzes im Bereich der Unterkieferfront ist keine Aussage möglich, ob die Zähne 31, 32, 41 und 42 sich zum Zeitpunkt des Todes in ihrer ursprünglichen Position befunden haben oder bereits zu Lebzeiten entfernt wurden. Der Zahn 43 ist postmortal ausgefallen. Für Zahn 33 bestand großer Platzmangel mit Verdrängung des Zahnes 33 nach vestibulär. Die Weisheitszähne 38 und 48 haben die Kaufläche noch nicht erreicht. Wahrscheinlich waren sie zu Lebzeiten von Mundschleimhaut bedeckt und noch gar nicht in die Mundhöhle durchgebrochen. Auffallend sind die beiden okklusalen Amalgamfüllungen in Zahn 35! Im Bereich der distalen Randleiste des Zahnes 36 ist ein



FA = Amalgamfüllung; fp = fehlender Zahn postmortal; c = Karies  
FK = Kunststofffüllung; )( = Lückenschluss

kariöser Prozess (okklusal-distal) nachweisbar. Zahlreiche konservierende Behandlungsmaßnahmen; keine prothetischen Restaurationen nachweisbar.  
Hinweise werden erbeten an:

Kreispolizeibehörde Wesel ZKB-KK 11  
z. Hdn. Herrn KOK Buschold Herzogenring 36, 46483 Wesel  
Tel.: 0281/107-47 41  
Fax: 0281/107-47 60

## Polizeipräsidium Wesel

### Wassereiche bei Wesel-Perrich

Am Sonntag, den 14. April 2002, wurde gegen 9.40 Uhr im Rhein bei 46487 Wesel-Perrich (Nord-

rhein-Westfalen), Stromkilometer 817 (linksrheinisch) der Leichnam eines unbekannten Mannes geborgen. Der Leichnam befand sich in einem fortgeschrittenen



Verwesungsstadium. Auswertbare Fingerabdrücke konnten nicht gesichert werden. Es dürfte sich um einen Mann von ca. 180 cm Körpergröße im mittleren Lebensalter handeln. Das Kopfhaar war braunschwarz mit einer Länge von bis zu 8 cm. Tätowierungen bzw. Operationsnarben wurden nicht gefunden. Folgende Kleidungsstücke konnten aserviert werden: blaues Herrenoberhemd (PACOCALVARI, Größe 39/40), graues T-Shirt (Größe L), beige Pullover mit rot-schwarzem Rautenmuster im Brustbereich (Größe 50), bunte Boxershorts (NINO ALGONATTI), schwarze Hose (COMMANDER YOUNG LINE), dunkelbrauner Gürtel (114 cm), mittelgraue Socken und schwarze Herrenhalbschuhe (SIOUX, Größe 9).

### Besonderheiten:

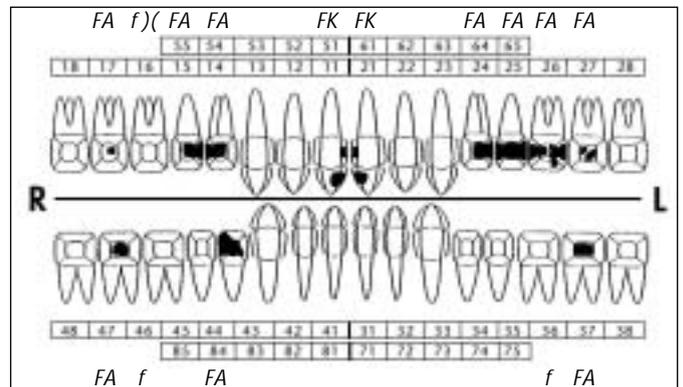
Engstand besonders im Unterkiefer. Kompletter Lückenschluss Regio 016. Die Zähne 36 und 46 wurden vor längerer Zeit entfernt, da die Zähne 37 und 38 bzw. 47 und 48 nach mesial aufgewandert sind. Gleichzeitig sind die Zähne 15 und 26 auf Grund der fehlenden Zähne 36 und 46 elongiert. Mittellinierverschie-



bung des Unterkiefers um 2 mm nach links. Mehrere ausgewaschene Zahnhälse (= Zahnputzdefekt) im Ober- und Unterkieferseitenzahnbereich beidseits. Zahlreiche konservierende Behandlungsmaßnahmen; keine prothetischen Restaurationen nachweisbar.

Hinweise werden erbeten an:  
Kreispolizeibehörde Wesel ZKB-KK 11

z. Hdn. Herrn KOK Buschold Herzogenring 36, 46483 Wesel  
Tel.: 0281/107-47 41  
Fax: 0281/107-47 60



**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 4002 54, 50832 Köln, Fernruf: (0 22 34) 70 11-0, Telefax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln,

Kto. 010 1107410 (BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 44, gültig ab 1. 1. 2002.

**Geschäftsführung**

der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Hermann Dinse, Dieter Weber

**Leiter Zeitschriftenverlag:**

Norbert Froitzheim  
Froitzheim@aerzteverlag.de  
http://www.aerzteverlag.de

**Verantwortlich für den**

**Anzeigenteil:**  
Marga Pinsdorf  
Pinsdorf@aerzteverlag.de

**Vertrieb:**

Nicole Schiebahn  
Schiebahn@aerzteverlag.de

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbetragsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 162,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 50,40 €. Einzelheft 6,75 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

**Herstellung:** Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

**Lt. IVW IV/1. Quartal 2002:**  
**Druckauflage:** 79 633 Ex.  
**Verbreitete Auflage:** 78 634 Ex.

**Ausgabe A**  
**Druckauflage:** 72 750 Ex.  
**Verbreitete Auflage:** 72 130 Ex.

**92. Jahrgang**

**ISSN: 0341-8995**

## Inserenten dieser zm-Ausgabe

**3M Espe AG**

Seite 21

**Astra Tech GmbH**

Seite 47

**Dental Magazin**

Seiten 40 + 41

**Dentsply DeTrey**

Seite 23

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH**

Seiten 61, 79 + 87

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/**

**Versandbuchhandlung**  
Seite 85

**enfresh GmbH**

Seite 17

**GC Germany GmbH**

Seite 55

**Gebr. Brasseler GmbH & Co.KG**

2. Umschlagseite

**Girardelli**

Seite 17

**GlaxoSmithKline**

Seite 11

**Hahnenkratt GmbH**

Seite 43

**Heraeus Kulzer**

3. Umschlagseite

**IHCF/Sensodyne (GlaxoSmithKline)**

Seite 19

**KaVo**

Seite 13

**Nobel Biocare**

Seite 35

**Pharmatechnik**

Seiten 5 + 7

**Praxis Ambiente**

Seite 63

**Presentversand**

Seite 17

**Promunidi srl**

Seite 29

**roeko**

Seiten 25 + 69

**Sirona Dental Systems GmbH**

4. Umschlagseite

**VDW**

Seite 73

**Vita Zahnfabrik**

Seite 49

**W&H Deutschland GmbH & Co.KG**

Seite 45

**Wieland Dental + Technik**

Seite 9

**ZM-Online**

Seite 81

**Vollbeilage**

**demedis dental depot GmbH**

Neue Aktion im Internet

Mit zm online in den Urlaub surfen

Passend zur Urlaubszeit startet am 16. Juli die neue Aktion von zm online. Denn auch wir wollen auf unseren Internet-Seiten Urlaub machen – und zwar zusammen



Foto: MEV

mit unseren Lesern! Deshalb suchen wir Anekdoten, Fotos und andere Souvenirs, die Sie aus Ihrem Urlaub mitgebracht haben. Natürlich sind wir dabei vor allem an Kuriositäten und Erlebnissen interessiert, die den zahnärztlich fachlichen Blick erfordern und erfreuen.

Also: Schicken Sie uns Ihre Bilder, Geschichten und anderen Mitbringsel – entweder per Post, per Fax oder per World Wide Web. Die Sammlung aus zahnärztlichen Urlaubserinnerungen wird dann direkt auf den Internet-Seiten von zm online veröffentlicht.

Die Kontaktmöglichkeiten im Überblick:

- Post: Redaktion zm, Stichwort Urlaubsaktion, Universitätsstr. 73, 50931 Köln
- Fax: (0221) 40 01 253
- Internet: www.zm-online.de

Arzneien im Trinkwasser

Medikamenten-Cocktail

Arzneimittel reichern sich über das Abwasser in nennenswerten Dosen auch in Flüssen und Seen an und gelangen so zum Teil auch ins Grund-



und Trinkwasser. Darauf hat das Umweltbundesamt hingewiesen. Auch in geklärtem Wasser finde sich teilweise ein Cocktail aus Arzneispuren, der über das Trinkwasser bis zum Verbraucher gelangen könne. Bisher sei aber weitgehend unbekannt, ob und wie sich dies auf Mensch und Natur auswirke. Das Amt forderte, dass die Arzneiersteller Umweltrisiken strenger prüfen müssen. Als Beispiel nannte das Amt die Anti-Baby-Pille. Deren Hormone würden wieder ausgeschieden und gelangten so in den Wasserkreislauf. Auf Grund der Verkaufsdaten der Pille gingen Experten davon aus, dass die Oberflächengewässer in Deutschland mit zwei Mikro-

gramm pro Liter des Östrogens 17alpha-Ethinylestradiol belastet sind. Auch im Trinkwasser sei das Östrogen vereinzelt nachgewiesen worden.

Medizin-Ökonomie

Neuer Studiengang

Die Rheinische Fachhochschule e.V. Köln (RFH) wird ab September 2002 den neuen Diplom-Studiengang Medizin-Ökonomie aufnehmen. Dieser kann sowohl berufsbegleitend als auch in Vollzeit absolviert werden und dauert sieben Semester. Der Start ist sowohl im Winter- als auch im Sommersemester möglich. Verschiedene Studienleistungen können bei Nachweis des III. Staatsexamens Medizin anerkannt werden. Nach dem erfolgreich abgeschlossenen Studium führen die Mediziner den weiteren akademischen Grad Diplom-Wirtschaftsmediziner (FH). Weitere Informationen und eine kostenlose Infobroschüre gibt es bei der Studienberatung: Rheinische Fachhochschule, Peter Nell, Hohenstaufenring 16-18, 50674 Köln, Telefon: 0221/2030-228, E-Mail: hsm@rfh.de.

Absender (in Druckbuchstaben):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



zm Leser service

Nr. 14 2002

Kupon schicken oder faxen an:

ZM-Redaktion  
 Leserservice  
 Postfach 41 01 68  
 50861 Köln

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- K. Kimmel: Lupenbrillen (S. 36) Literaturliste
- P. Schärer: Zirkonoxid (S. 42) Literaturliste
- C. Schindler: Nebenwirkungen bei Clindamycin (S. 46) Literaturliste
- B. Bergmann-Krauss: zzq (S. 70) Literaturliste
- B. Sonnenberg: Festsitzende Apparatur (S. 82) Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

Freiwillige Selbstkontrolle**Dentalbranche gründet Rat**

Auf Initiative der Bundeszahnärztekammer wurde am 3. Juli 2002 in Berlin der „Deutsche Rat für Qualität und Sicherheit von Produkten und Systemen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ gegründet. Mitglieder dieser Einrichtung sind die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Verband der Deutschen Dentalindustrie (VDDI) und der Bundesverband des Dentalhandels (BVD). Mit der Gründung des Rates durch die relevanten Gruppen – rund um die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung – bekennt sich das Gremium zur gemeinsamen Verantwortung für die Förde-

rung der oralen Gesundheit der Bevölkerung und der Qualitätssicherung von Produkten und Systemen. Aufgabe des Rates, der nicht in Markt und Wettbewerb eingreifen wird, ist die koordinierte Klärung anstehender Fragen im Sinne des Patientenschutzes. „Als erste branchenumfassende Institution wird der Rat einen zusätzlichen Beitrag leisten“, so BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp auf der Gründungsversammlung, „dass der Patient auf allen Ebenen der zahnärztlichen Versorgung von Industrie über Handel bis zur Zahnarztpraxis in Sachen Qualität und optimaler Betreuung maßgeblich unterstützt wird.“

BZÄK

Blutprodukte**Bald EU-weite Standards**

Die Transfusionsmedizin soll in der Europäischen Union einheitlichen Qualitäts- und Sicherheitsstandards unterworfen werden. In zweiter Lesung billigte das Europäische Parlament (EP) die Richtlinienänderung zu Gunsten einer EU-weiten Regelung. Demnach sollen Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung sowie Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen verbessert werden. Den Mitgliedstaaten soll es weiterhin freigestellt bleiben, ob sie Blut gegen Bezahlung oder kostenfrei annehmen. Andere Mitgliedstaaten sollen ihrerseits frei entscheiden dürfen, ob sie Blut, welches gegen Bezahlung gespendet wurde, medizinisch



Foto: PhotoDisc

nutzen wollen oder nicht. Einig sind sich die EP-Abgeordneten, dass sich die Spender künftig einer Eignungsprüfung durch medizinisch geschultes Personal stellen sollen. pr/ÄZ

Medikamentenmangel**Zum Sterben nach Hause geschickt**

In vielen Ländern müssten Ärzte Patienten zum Sterben nach Hause schicken, obwohl ihre Krankheiten eigentlich medikamentös behandelt werden könnten, so die Sprecherin von „Ärzte ohne Grenzen“, Katrin Lemp. „Doch die Medikamente sind dort so teuer, dass die Menschen sie nicht bezahlen können.“ Als Grund nannte Lemp die Patentrechte, die Medikamente teuer machen und den fehlenden Anreiz für die Pharmaindustrie, Mittel gegen Tropenkrankheiten zu entwickeln. Eine zentrale Forderung ihrer Organisation sei, Medikamente in ärmeren Ländern günstiger zu verkaufen und mehr Geld in die Erforschung von Tropenkrankheiten zu stecken, so Lemp. Die Organisation hat 1999 wegen ihres ehrenamtlichen Engagements für Katastrophenopfer in aller Welt den Friedensnobelpreis erhalten. om/dpa

Nach amerikanischem Konzept wurde dieses Projekt von Sabine Nemec, Geschäftsführerin der SN Healthcare Communication, ins Leben gerufen, die das Vorlesungs-Konzept entwickelt und organisiert hat. Weitere Informationen erhalten Dekanate und Fachschaften unter Telefon (0 61 81) 8 27 85. dev/pm

Kammer Rheinland-Pfalz**Dr. Müller neuer Präsident**

Auf der konstituierenden Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz wurde Dr. Otto W. Müller, Speyer (Foto), zum neuen Präsidenten gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Sanitätsrat Dr. Rüdiger Krebs an, der nicht mehr kandidierte.



Foto: ZAK Rhin.-Pfalz

Neues Uni-Curriculum**Praxisführung und Marketing**

Betriebswirtschaftliches Wissen und Marketing-Kenntnisse stehen im Mittelpunkt einer neuen Vortragsreihe für angehende Zahnärzte. Hochkarätige Referenten aus Zahnmedizin und Wirtschaft werden im Studienjahr 2002/2003 erstmals Vorlesungen an den Zahnkliniken der Universitäten Aachen und Frankfurt halten. Ziel der Reihe ist, das erste Rüstzeug für die Assistenzzeit und die spätere Praxiseröffnung zu vermitteln.

Zum Vizepräsidenten wurde Dr. Michael Rumpf, Mainz, ernannt. Weiterhin im Vorstand sind Dr. Klaus-Volker Bernauer, Mainz, Dr. Andrea Habig-Mika, Mainz, Dr. Jürgen Raven, Neustadt, Dr. Hans-Joachim Kötz, Idar-Oberstein, Dr. Michael Reinhard, Koblenz, Dr. Rainer Lehnen, Daun, Dr. Matthias Seidel, Wittlich und Dr. Wilfried Woop, Neustadt. pr

FDI-Weltzahnärzterverband

## Neuer Exekutiv-Direktor

Dr. Johann T. Barnard ist der neue Exekutiv-Direktor des Weltzahnärzterverbandes FDI. Der vormalige Vize-Direktor übernimmt das Amt von Dr. Per Ake Zillen, der aus gesundheitslichen Gründen ausscheiden musste.



In einer feierlichen Veranstaltung wurde vor kurzem den neuen Hauptsitz des Verbandes in Ferney-Voltaire eingeweiht. Rund 220 Gäste aus aller Welt waren vertreten. Der Präsident der FDI, Dato Dr. Ratnanesan, übernahm die offizielle Eröffnung und enthüllte eine Plakette.

VdAK-Versicherte

## Hohes Interesse an DMPs

Großes Interesse zeigen Versicherte der Ersatzkassen an Disease-Management-Programmen (DMP). Die Mehrzahl der chronisch Kranken, für die DMP aufgelegt werden, sind zur Teilnahme an den Programmen bereit, wenn der Datenschutz gewährleistet ist. Das sind Ergebnisse einer Umfrage unter 120000 Versicherten, die Dr. Hanfried H. Andersen vom Zentrum Public Health der TU Berlin im Auftrag von VdAK und AEV im Herbst 2001 durchgeführt hat. Danach halten drei Viertel der Befragten (74,3 Prozent) DMP für wichtig. Die Teilnahmebereitschaft der Betroffenen an

DMP ist insgesamt erstaunlich hoch. Sie liegt bei bis zu 80 Prozent. Auffällig ist, dass die Teilnahmebereitschaft stark von der Krankheit abhängt. Lediglich 55,6 Prozent der Brustkrebspatientinnen wollen sich in DMP behandeln lassen. Dagegen sind 78,6 Prozent der Diabetiker zur Teilnahme an den Programmen bereit.

pr/ÄZ

Ausländische Mediziner

## EU verwarnt Deutschland

Die EU-Kommission hat Deutschland verwarnt, weil hier die Qualifikation ausländischer Allgemeinmediziner nicht anerkannt wird. Dies verstoße gegen geltendes EU-Recht, da alle Länder der Union gehalten sind, „die in einem anderen Mitgliedstaat erworbenen Bescheinigungen über eine Ausbildung in der Allgemeinmedizin automatisch anzuerkennen“, hieß es in der Begründung der Brüsseler Behörde.

Deutschland verweigere praktischen Ärzten aus dem EU-Ausland die Anerkennung als „Facharzt für Allgemeinmedizin“. Diese Ärzte würden nur als „praktische“ Ärzte anerkannt, also mit einer geringeren als der ihnen zustehenden Qualifikation.

Falls die Regierung in Berlin nicht innerhalb der kommenden zwei Monate eine zufriedenstellende Antwort auf das Mahnschreiben gibt, kann die EU-Kommission Deutschland in letzter Konsequenz vor dem Europäischen Gerichtshof in Luxemburg verklagen. dev/dpa

Koordinierte Prävention

## Experten fordern Zusammenarbeit

Um besser gegen Kinderkrankheiten vorzubeugen, fordern Gesundheitsexperten eine stärkere Zusammenarbeit von Lehrern, Eltern und Medizinern. Anders als in den USA arbeiteten die sozialen Dienste für Kinder in Deutschland zu wenig vernetzt, was die Prävention erschwere, so Gerhard Beisenherz vom Deutschen Jugendinstitut.

In den vergangenen Jahren hätten chronische Erkrankungen, wie Asthma und Neurodermitis, aber auch Verhaltensstörungen bei Kindern zugenommen. Dabei spielten neben Umwelteinflüssen auch soziale und psychologische Faktoren, wie Armut und zerfallende Familien, eine



Foto: MEV

Rolle. Kindergesundheit und Umwelt müsse politische Priorität eingeräumt werden. Insbesondere bei sozial schwachen Familien besteht nach Einschätzung der Experten zum Teil mangelndes Wissen über Kindergesundheit und Vorbeugung gegen Krankheiten. dev/dpa

213 Millionen Euro Minus

## Steigendes Defizit bei der TK

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat im Geschäftsjahr 2001 ein Defizit von 213 Millionen Euro verbucht. Während die Einnahmen je Mitglied um 0,2 Prozent gesunken seien, wiesen die Leistungsausgaben einen Zuwachs von 4,5 Prozent auf. Im Jahr 2001 sei die Zahl der Mitglieder der TK um rund 53000 auf 3,4 Millionen Mitglieder gewachsen. Wie in den Vorjahren sei der Risikostrukturausgleich auch im Jahr 2001 der größte Ausgabenposten gewesen. Mit 3,5 Milliarden Euro habe die TK erneut mehr als 30 Prozent ihrer Beitragseinnahmen als Stützungszahlungen an andere Kassen abführen müssen, so eine Sprecherin. Im laufenden Jahr seien die Zahlungsverpflichtungen noch höher. dev/dpa

Schmidt plant

## Vorsorge finanziell belohnen

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) will bei einer Wiederwahl von Rot-Grün gesundheitsbewusstes Verhalten der Kassenversicherten finanziell belohnen. „Wer regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt, könnte zum Beispiel von Zuzahlungen entlastet werden“, bekräftigte sie in der „Berliner Zeitung“ mit Blick auf die geplante Gesundheitsreform 2003. Die von der Union geplanten Wahltarife und Selbstbehalte lehnte sie dagegen erneut ab. „Sparen können bei den Vorschlägen nur die Jungen und Gesunden. Wer ernsthaft krank wird, kann bei den Wahlтарifen schnell in finanzielle Schwierigkeiten geraten.“ pr/dpa

## Im Freien

Jetzt hat er es schriftlich: Charlie Stitzer aus Pleasant Gap im US-Staat Pennsylvania darf nackt in seinem Garten arbeiten. Ein Nachbar hatte gegen ihn geklagt, berichtet die Online-Agentur Ananova: Es sei unanständiges Verhalten, wenn der 63-Jährige im Adamskostüm den Rasen mähe. Doch das oberste Gericht des Staates sieht das anders: Auf seinem eigenen Grund und Boden könne man nackt herumlaufen. „Die Nachbarn können ja wegschauen“, meinte Stitzers Anwalt Andrew Shubin.

Ärzte Zeitung, 28. März 2002

## Keine Heimlichkeiten

Kurz nach der Hochzeit wirft der Ehemann seiner Angetrauten wütend vor: „Während unserer Verlobung hast du mir deine falschen Zähne stets verheimlicht! „Na und“ antwortet die selbstbewusste Gattin, „wenn du sie nicht magst, kann ich sie ja rausnehmen.“

Aus „Da klappert das Gebiss“

## Schwein gehabt

Ich staunte nicht schlecht, als ich vor etwa sechs Jahren, kurz nachdem ich mich als Zahnarzt auf dem Lande niedergelassen hatte, an einem Freitagabend von einer Bäuerin zu einem vermeintlichen Notfall gerufen wurde.

Beim Schweine füttern war ihr die Teil-Prothese in den Futtertrog gefallen und sogleich von einer Sau verschluckt worden. Ich konnte sie leicht davon überzeugen, dass dies eher ein Fall für den Tierarzt sei, zumindest was das Tier betraf. Etwas schwerer



Illu.: Saube

Der Run aufs Ministerium hat begonnen: Wer kriegt die Kurve?

## Der kleine Unterschied

Bei Männern ist er eher mickrig. Deshalb reden sie erst gar nicht drüber, während Frauen immer und überall gerne darüber erzählen. Worum es geht? Na um den kleinen Unterschied beim Thema Schmerz: Männer und Frauen gehen anders mit körperlicher Pein um, berichtet die Deutsche Schmerzliga in ihrem Verbandsmagazin „Nova“. Soso, echt spannend. Klingt nach bahnbrechender Erkenntnis – man denkt gleich an Galileo, Newton, Völler (4er Abwehrkette!). Doch die Meldung, die da über den Ticker kommt, macht stutzig: Frauen haben zwar mehr Schmerzen als Männer, kommen damit aber besser zurecht, weil sie über ihr Leid sprechen – Männer versuchen hingegen, den Schmerz totzuschweigen. Soll das ein Witz sein? Gut, zugegeben, hier im Job muss keiner wissen, wenn ich mir beim Fingernägelkauen die Haut am Nagelbett eingerissen habe (obwohl das, jeder weiß es, höllisch weh tut), aber heute abend, wenn ich zuhause bin, da werde ich drüber reden – und zwar den ganzen Abend. Und was die Frauen angeht: Klar können die gut über alles Mögliche reden, aber zuhören, das können sie nicht. Ständig kriegt man zu

hören: „Stell dich nicht so an, das ist doch nur ein Kratzer, elender Jammerlappen.“ Vielleicht sollte ich eine Nagelbett-Verletzungs-Selbsthilfegruppe gründen. Ein guter ...aaauaaahhhh... jetzt habe ich mir den Fuß am Schreibtisch gestoßen. Ich lass' mich krankschreiben. ■

war es dann, ihr am nächsten Montag klarzumachen, dass die Prothese nicht mehr eingepasst werden konnte. Diese war nämlich, leicht lädiert, auf ganz natürliche Weise wieder zum Vorschein gekommen.

Aus „Da klappert das Gebiss“ von Norbert J. Pies, ISBN 3-927049-33-6.

## Neuer Job

Andrea Fischer liest Uwe Johnson: Bundestagsabgeordnete Andrea Fischer (Bündnis 90/Grüne) ist am kommenden Dienstag zu Gast im Haus Böll. Dort liest sie ab 19.30 Uhr aus Texten des in Mecklenburg aufgewachsenen Autoren Uwe Johnson. Zu hören sein werden unter anderem Passagen aus „Marthas Ferien“. Nach der Lesung besteht auch die Möglichkeit zum Gespräch mit der ehemaligen Ministerin.

Gefunden in: Ostsee-Zeitung vom 28. Mai 2002



Foto: MEV