

Rhinoplastik

Neue Nase

Neujahrsempfang
der BZÄK und KZBV

Instrumente der
Imagebildung

Foto: dpa



Akzente

Liebe Leserinnen und Leser,

wir tragen sie – ob gewollt oder nicht – quasi „mitten im Gesicht“. Etymologisch gesehen ist sie ein „Vorgebirge“, oder besser: „Vorsprung“. Schon deshalb ist die Nase und ihre Gestalt nicht unwichtig für unsere Chancen im zwischenmenschlichen Miteinander. Das einzige „geflügelte“ Sinnesorgan des Menschen ist also mehr als nur ein Gegenstand medizinisch-biologischer Betrachtung. Die Nase ist nicht nur zum Atmen und Riechen da. Als „Anrainer“ durchaus noch im Fokus jeglichen Blickkontaktes, entscheidet ihre ästhetische Ausformung sicherlich mit über Sym- oder Antipathie.

Nasen gelten – jenseits ihrer funktionellen Aufgaben – im übertragenden Sinne der Sensorik als Symbole für ein gutes Gespür. Politikern, gerade auch denen aus der Opposition, wünschen wir deshalb dieser Tage nichts sehnlicher als den „richtigen Riecher“ für alle anstehenden Sozialreformen. Auch hoffen wir, dass sie wegen etwaiger falscher Versprechungen nicht in die Situation kommen, das schwere Schicksal der „beseelten“ italienischen Holzpuppe „Pinocchio“ teilen zu müssen.

Immer wieder stoßen wir in unserer fachjournalistischen Arbeit mit der Nase auf Ansätze, die eine nähere Befassung nahezu aufdrängen. Dass die zm ihr mit einem Beitrag zur chirurgischen Nasen-Korrektur nicht nur das Titelthema, sondern zusam-

■ *Nicht kurze Beine, aber eine lange Nase bekam Pinocchio wegen seiner Lügereien. Auch wenn für Menschen operative Auswege aus einem solchen Dilemma möglich sind: Für manchen Politiker bleibt zu hoffen, dass er sich – rein prophylaktisch – während der überparteilichen Suche nach wirklichen Gesundheitsreformen an bisherige Versprechen erinnert.*

men mit dem Bericht über Rhinosinusitis sogar einen Schwerpunkt gewidmet haben, liegt im doppelten Sinn des Wortes „nahe“: Der „Riecher“ sitzt in direkter Nachbarschaft des oralen Bereichs, die gegenseitigen Auswirkungen sind offensichtlich. Hier geht es um Know-how für den Oralmediziner.

Nicht selten ist die Nase aber auch Anlass zu Überlegungen für vor allem ästhetisch motivierte chirurgische Eingriffe. Im Zeitalter des Schönheitswahns, in dem „Teenies“ ihren Eltern bereits die kosmetische Operation auf den Wunschzettel setzen, stellt sich durchaus die Frage, wo die Motivations-Grenzen zwischen rein ästhetischem Anspruch und physischer oder psychischer Gesundheit gesetzt werden können.

Wohlgemerkt: Diese zm beschränkt sich auf die medizinischen Aspekte. Antworten auf

die andere Art von Fragen müssen sicherlich im Rahmen des jeweiligen Zeitgeistes im gesellschaftlichen Konsens gefunden werden. Eine Forderung, die man im Sinne des Themas allenfalls unseren Politikern auf die Stelle binden kann, wo sie zwecks konkreter Lösung eigentlich hingehört: auf die Nase.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel

zm-Chefredakteur



Titelfoto: akg

Zum Titel

Neue Nase: Es gibt viele Gründe für rhinoplastische Korrekturen. Unsere Titelgeschichte beschäftigt sich mit Physiologie und Anatomie der Nase und geht auch auf Risiken und mögliche Komplikationen einer Operation ein und erklärt, warum Erkrankungen der Nase und Nasennebenhöhlen auch für den Zahnarzt wichtig sind.

Seite 28



Fotos: MEV/KölnMesse

Messestadt und Kulturhochburg: Vom 25. bis 29. März lockt die Internationale Dentalschau tausende Zahnärzte nach Köln. Doch die Stadt hat auch abseits der Messehallen einiges zu bieten.

Seite 86



Pelikane sind nicht nur prachtvolle Vögel, sondern auch edle Sammlerstücke – als zahnärztliche Extraktionsinstrumente.

Seite 106

Foto: Studiosus



Nach St. Petersburg, in die Residenz des Zaren, führt die zm-Leserreise.

Seite 110

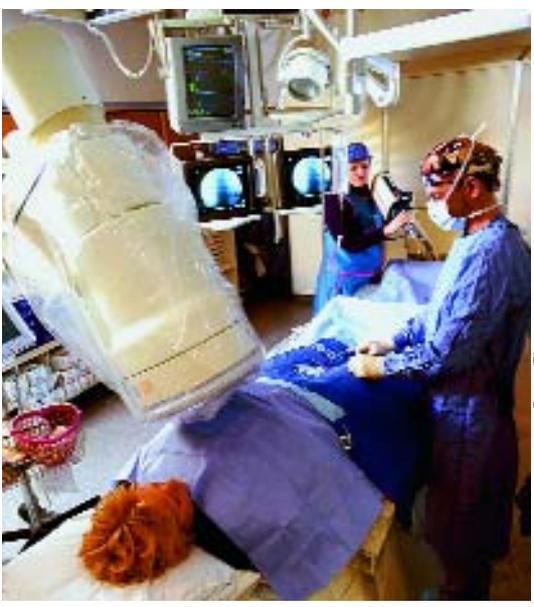


Foto: JFI

Fast jeder neunte Deutsche arbeitet im Gesundheitswesen. Doch die Politik tut sich schwer mit dieser Jobmaschine.

Seite 20

Akzente	1		
Leitartikel			
<i>Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, zum Ausgang der Landtagswahlen in Hessen und Niedersachsen</i>	4		
Nachrichten	6, 12		
Gastkommentar			
<i>Dr. Dorothea Siems, Wirtschaftskorrespondentin der „Welt“, über die Rolle der Union bei der Gesundheitsreform</i>	8		
Das aktuelle Thema			
<i>Risikostrukturausgleich: Rechtsens, aber reformbedürftig</i>	10		
Spree-Spitzen	18		
Politik und Beruf			
<i>Jobmaschine Gesundheitswesen: Größer als die Automobilindustrie</i>	20		
<i>Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV: Für einen Kurswechsel</i>	24		
<i>Fortbildung in Braunlage: 50. Jubiläum</i>	26		
Titelstory			
<i>Rhinoplastik – funktionelle und kosmetische Aspekte</i>	28		
Zahnmedizin			
<i>Tropfende Nase: Akute und chronische Rhinosinusitis</i>	34		
<i>Der aktuelle klinische Fall: Halsphlegmone und Thoraxempyem nach Weisheitszahnentfernung</i>	44		
<i>Stellungnahme der DGZ: Direkte Kompositrestaurationen</i>	46		
Medizin			
<i>Reaktionen im Turbogang: Wo Enzyme helfen können</i>	48		
Tagungen			
<i>Präventive Zahnheilkunde: Umdenken bei Putzdefekten</i>	52		
<i>Degussa Dental Marketing Kongress: Erfolg durch Optimismus</i>	54		
<i>Forensische Odonto-Stomatologie: Effizienter identifizieren</i>	55		
		Fachforum	56
		Rezensionen	47, 60
		Veranstaltungen	63
		Akademisches	
		<i>Akademie für Praxis und Wissenschaft</i>	82
		Internationale Dentalschau	
		<i>Abseits der Messe: Tipps zu Shopping und Nachtleben</i>	86
		Praxismanagement	
		<i>Imagebildung: Mechanismen und Instrumente</i>	90
		Finanzen	
		<i>Steueramnestie für Schwarzgeldsünder</i>	96
		<i>Besteuerung von Kapitalerträgen im Ausland</i>	98
		<i>Hausfrauen gegen Berufsunfähigkeit versichern</i>	100
		Recht	
		<i>Urteile für den Praxisalltag</i>	102
		Prophylaxe	
		<i>Gebissmodell im Kindergarten</i>	104
		Historisches	
		<i>Extraktionsinstrumente: Pelikane als edle Sammlerstücke</i>	106
		Freizeit und Reise	
		<i>Leserreise nach St. Petersburg</i>	110
		Persönliches	111
		Bekanntmachungen	112
		Industrie und Handel	116
		Impressum	120
		Letzte Nachrichten	141
		Zu guter Letzt	144



Foto: Vladimirov

Worten müssen Taten folgen

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

den Sozialdemokraten unseres Landes sollten die Wahlen in Hessen und Niedersachsen mehr sein als nur ein weiteres Warnsignal. Noch ein „Wir haben verstanden“ von Bundeskanzler Gerhard Schröder als Antwort wird nicht mehr reichen, die rot-grüne Fraktion über den Rest dieser Legislaturperiode auf der Regierungsbank schadlos zu halten.

Wirklich politisch Denken dürfte die mit den Füßen vollzogene Abwanderung der Bürger spätestens jetzt klar gemacht haben, dass man sich Unwahrheiten, leere Versprechen und konzeptionsloses Taktieren merkt. Ob Runder Tisch, Hartz oder Rürup, hier gibt es nichts mehr zu kommissionieren, aufzuschieben oder gar zu kaschieren.

Auffällig an diesen Erdrutsch-Wahlen ist aber auch, dass die als Fürsprecher der Arbeitnehmerschaft auftretenden Gewerkschaften – sie glauben sich berufen, in sozialreformerischen Fragen als die aggressiv-

ten Werber für die maroden Regierungspläne des Bewahrens agieren zu müssen – ebenfalls einen deutlichen Denkkzettel erhalten haben. Weder DGB noch ver.di sind glaubwürdige Reformer – sie sind die wahren „Bremsen der Nation“.

Einen ähnlichen Wahrheitsgehalt bescheinigen die Wahlen übrigens auch den inzwischen überstrapazierten Schwarz-Weiß-Malereien, dass man Ärzten und Zahnärzten in gesundheitspolitischen Fragen nicht, lobbyistischen Arbeitnehmervertretern dagegen bedingungslos trauen darf. Die Wähler haben gezeigt, was sie von solchen Methoden halten.

Bundessozialministerin Ulla Schmidt wird aus diesen deftigen Quittungen – sie galten nun einmal nicht nur Schröder und Eichel – vieles zu lernen haben. Sie täte schon jetzt gut daran, ein politisch denkwürdiges Motto der traditionsreichen Mailänder Zeitung „Corriere della Sera“ zu verinnerlichen: „Die Demokratie ist eine der unbequemsten Einrichtungen, weil sie uns zwingt, Leute, die nicht unserer Meinung sind, respektabel oder sogar intelligent zu

finden.“ Mit diesem Gedankengut im Hinterkopf könnte sie den Ideenreichtum Andersdenkender in den kommenden Wochen vielleicht vorbehaltloser, undogmatischer aufnehmen. Wirkungsvolle, weil nachhaltige Reformen sind ohne solches Denken nicht leistbar. Uns Zahnärzten und Ärzten haben die demokratischen Signale dieser Landtagswahlen jedenfalls neuen Ansporn gegeben, unsere Bestrebungen für eine sozial gerechte, dem medizinischen Fortschritt offene, wirtschaftlich nachhaltige und wissenschaftlich abgesicherte Systematik unseres Gesundheitswesens beharrlich fortzusetzen.

Aber auch der Opposition – eine Bezeichnung, die diesen Kräften jenseits der Bundesebene längst nicht mehr gerecht wird – haben die Landtagswahlen eine neue Verantwortung zugewiesen. Die für unseren Berufsstand zum Teil durchaus akzeptablen gesundheitspolitischen Vorstellungen, wie sie Horst Seehofer für die CDU/CSU und Wolfgang Gerhardt für die FDP auf unserem Neujahrsempfang – noch vor den Wahlen – in ihren Grußworten dargestellt haben, können nach der Volksentscheidung vom 2. Februar ganz anders in die praktische Politik eingebracht werden.

Auch wenn die Regierungsbank rot-grün bleibt: Die anstehende Gesundheitsreform ist ohne ein Denken im Konsens nicht umsetzbar. Jetzt kann die Opposition zeigen, ob sie ihre Gegenkonzepte zu staatlicher Reglementierung auch mit Vehemenz einfordert. Jetzt haben deren Experten die Chance, mit zukunfts offenem Denken, einer guten Verhandlungsposition und entsprechendem Mut die entscheidenden Grundlagen zu schaffen, die weitere untaugliche Reförmchen verhindern helfen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Nicht ohne die Union

Die Kluft zwischen Regierungskoalition und Opposition in der Gesundheitspolitik ist nicht mehr so tief, wie es noch vor kurzem den Anschein hatte. Bundessozialministerin Ulla Schmidt wirbt mittlerweile für eine „große Koalition der Vernunft“, und auch die Union signalisiert, dass sie „unter Bedingungen“ zur Kooperation bei der geplanten Gesundheitsreform bereit sei. In der Tat sind die Positionen von SPD und Grünen auf der einen und CDU/CSU auf der anderen Seite in vielen Punkten gar nicht weit voneinander entfernt. Beide Seiten wollen die solidarische Krankenversicherung im Kern erhalten. Einig ist man sich im Grundsatz auch darüber, den Leistungserbringern

gabenseite des Systems in Angriff genommen werden. Eine Neugestaltung der Finanzierung soll erst im zweiten Schritt folgen, wenn die Rürup-Kommission im Herbst entsprechende Vorschläge vorgelegt hat. Die Union hält von dieser Aufspaltung nichts und fordert stattdessen eine Reform aus einem Guss. Da die Regierungskoalition auf die Zustimmung des Bundesrates angewiesen ist, wird sie der Union entgegen kommen müssen. Es ist zu erwarten, dass die Finanzierungsfragen nicht ausgeklammert bleiben. Dies ist zwar sinnvoll, erschwert jedoch die Kompromiss-suche erheblich, denn in der Frage nach den künftigen Geldquellen antworten SPD und Union höchst unterschiedlich. Kernstück des Unions-konzepts ist die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten.

halt-Tarife Teufelszeug. Eine solche „Bestrafung von Krankheit“ lehnt die SPD kategorisch ab. Einen Abschlag beim Kassentarif will man nur demjenigen gewähren, der auf die freie Facharztwahl verzichtet oder sich in die neuen Programme für chronisch Kranke einschreibt. Während die Koalitionäre die Versicherten also noch mehr gängeln möchten, kämpfen die Konservativen für mehr Entscheidungsfreiheit. Von mehr Wahlfreiheit würden nicht nur die Versicherten profitieren, sondern auch die Kassen. Der derzeit bestehende Zwang zum Einheitsangebot lässt einen echten Wettbewerb zwischen den Versicherungen gar nicht zu. AOK, Barmer und andere Großkassen haben allein aufgrund ihrer ungünstigeren Mitgliederstruktur einen Wettbewerbsnachteil gegenüber vielen Betriebskrankenkassen. Wäre es ihnen gestattet, günstigere Wahltarife mit Selbstbehalt anzubieten, könnten sie auch für gut verdienende Versicherte wieder attraktiv werden.

Der Erfolg der Reform wird entscheidend davon abhängen, welche Seite sich in diesem Grundsatzstreit durchsetzt. Die Union hat es in der Hand, den Wettbewerb auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zu fördern und es damit zukunftsfähiger zu machen – oder aber das Gesetzesvorhaben scheitern zu lassen.



Die Union ist bereit, an der Gesundheitsreform mitzuarbeiten. Der Erfolg des Vorhabens wird entscheidend davon abhängen, ob sich CDU/CSU mit ihrer Forderung nach Wahlfreiheit für die Versicherten durchsetzen.

Dr. Dorothea Siems
Wirtschaftskorrespondentin
im Parlamentsbüro der
„Welt“, Berlin

mehr Wettbewerb zu verordnen. Es spricht also vieles dafür, dass es zu einer Neuaufgabe des Paktes von Lahnstein kommt, wo Sozialdemokraten und Union 1992 die Einführung einer strikten Budgetierung beschlossen hatten. Allerdings soll es diesmal, so zumindest die Forderung der Union, um mehr Liberalismus und Marktwirtschaft im Gesundheitswesen, statt um noch mehr Staatsdirigismus gehen.

Nach den Vorstellungen der Ministerin soll mit der Reform – die sie noch vor der parlamentarischen Sommerpause unter Dach und Fach haben will – zunächst nur die Aus-

Höhere Zuzahlungen und Selbstbehalte sollen die Nachfrage nach medizinischen Leistungen besser steuern helfen. Der Einzelne kann dann aus einer Vielfalt von Versicherungstarifen wählen: Wer eine höhere Selbstbeteiligung akzeptiert, wird mit einem günstigeren Beitrag belohnt. Solche marktwirtschaftlichen Instrumente haben sich in der Privatwirtschaft bewährt. Denn nur wenn der Einzelne ein finanzielles Interesse an einer sparsamen Nutzung der medizinischen Angebote hat, wird er selbst auf die Kosten achten. Für die Sozialdemokraten aber sind Zuzahlungen und Selbstbe-

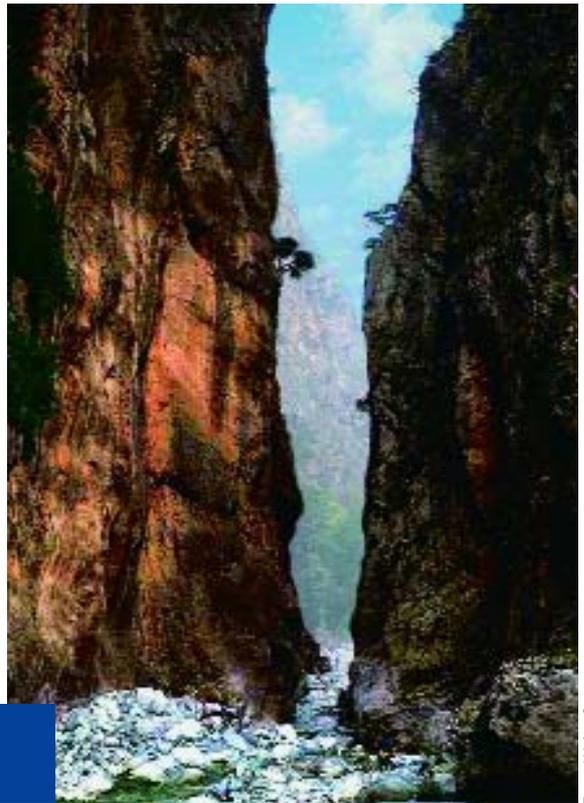


Foto: WeberConnect

Bundessozialgerichtsurteil zum Risikostrukturausgleich

Der Reformbedarf ist unübersehbar

Durch ein Urteil des Bundessozialgerichts steht jetzt fest: Der milliarden-schwere Risikostrukturausgleich zwischen „reichen“ und „armen“ gesetzlichen Krankenkassen ist rechtmäßig und verstößt nicht gegen das Grundgesetz oder EU-Bestimmungen. Die Klagen von elf Kassen wurden abgewiesen. Das Gericht verlangt aber Nachbesserungen. Mehr Transparenz soll her. Jetzt ist der Gesetzgeber am Zuge.

Deutliche Hinweise gab das Bundessozialgericht in Kassel bei seinem Urteil zum Risikostrukturausgleich (RSA) vom 24. Januar 2003 an den Gesetzgeber (AZ: B 12 KR 16/01 R und Weitere): Akzeptanz und Transparenz des Strukturausgleichs sollen verbessert werden. Das Gericht urteilte, der Gesetzgeber sei wegen des komplexen Sachverhalts berechtigt gewesen, zunächst gröbere Regelungen zu treffen, die er aber später nachgebessert habe.

Insgesamt elf Klagen verschiedener Krankenkassen gegen den Risikostrukturausgleich hat das BSG abgewiesen. Geklagt hatten unter anderem die Techniker Krankenkasse, die Barmer Ersatzkasse sowie mehrere Betriebs- und Innungskassen, und zwar gegen das Umlageverfahren, das 1992 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt wurde und das vom Bundesversicherungsamt jährlich errechnet wird. So sind im Jahre 2001 14,3 Milliarden Euro zwischen den Krankenkassen bewegt worden.

Zahler sind besonders die Kassen mit den „guten Risiken“, also Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen, Nehmer in erster Linie die Ortskrankenkassen, die die „schlechten Risiken“ versichern. Gäbe es den RSA nicht, müsste die AOK wesentlich höhere Beiträge verlangen. In manchen Fällen führt der RSA sogar



Foto: PhotoDisc

zu einer paradoxen Situation: Geförderte Kassen können günstigere Beitragssätze anbieten als die vermeintlich reicheren Betriebskrankenkassen. Darunter leide die Akzeptanz, so die Bundesrichter.

Die geplante Ausweitung des RSA, bei der künftig auch Programme für chronisch Kranke und die Zahl der Versicherten mit besonders hohen Arztkosten berücksichtigt werden, erscheine nach dem Richtervotum erst dann sinnvoll, wenn es dafür eine verlässliche Datengrundlage gebe und ein reibungsloser Ablauf gewährleistet sei.

Die bisher noch lückenhafte Datenbasis des Bundesversicherungsamtes veranlasste das Gericht zu einem weiteren Änderungsvorschlag: solange nicht in allen Kassen eine Vollerhebung der Ausgaben statt-

findet und nur Stichproben erhoben werden, könnte eine größere Pauschalierung praktikabler sein.

Kein Wettbewerbsrecht

Als unvereinbar hielten es die Richter, unter Hinweis auf den Wettbewerb den Risiko-

strukturausgleich abzuschaffen. Die gesetzlichen Kassen hätten kein Recht auf Wettbewerb. Der Gesetzgeber habe den Versicherten ein Wahlrecht eingeräumt, was von den Kassen als Wettbewerb ausgelegt werde. Der RSA verstoße nicht gegen europäisches Wettbewerbs- oder Beihilferecht, denn die Kassen der solidarischen Pflichtversicherung seien nicht als Unternehmen einzustufen.

Interessant sind die Einschätzungen des Bundessozialgerichtsurteils in der Presse. So kommentiert zum Beispiel die Süddeutsche Zeitung (25. Januar 2003): „Der Finanzausgleich ist aber kein Gleichmacher. Er sorgt nur dafür, dass die Kassen unter ähnlichen Bedingungen konkurrieren können. ... Anders als ein Unternehmen kann sich eine Kasse auf dem Markt kaum profilieren. Die Leistungen, die sie anbietet, schreibt ihr weitgehend die Politik vor.“ Und die Ärzte-Zeitung (27. Januar 2003) interpretiert das Urteil als „Billigung für die Vergangenheit, aber Warnung für die Zukunft“. Weiter heißt es: „Ganz nebenbei können Kassen und Politiker einen gemeinsamen Erfolg feiern: Die gesetzlichen Krankenkassen sind keine Unternehmen, das Wettbewerbsrecht ist nicht anwendbar, so das BSG.“ Und: „Das BSG hat den RSA für die Vergangenheit abgesegnet, das freut die Empfängerkassen und Ulla Schmidt. Für die Zukunft hat es mehr Gründlichkeit und Reformen angemahnt; das freut die Zahlerkassen. Dabei ist der Reformbedarf unübersehbar.“

pr

Sozial-Systeme**Auch CDU gründet eine Kommission**

In Konkurrenz zur Rürup-Kommission der Regierung soll Alt-Bundespräsident Roman Herzog (Foto) nun auch für die CDU ein Konzept zur langfristigen Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme entwickeln.

Der CDU-Bundesvorstand billigte die Einsetzung einer weiteren Kommission unter Leitung Herzogs, die ihre Arbeit schon im Herbst dieses Jahres abschließen soll. In der CDU-Kommission sind im Gegensatz zur Regierungskommission nicht nur externe Experten, sondern auch hochrangige Unions-Politiker vertreten. Prominenteste Mitglieder sind



Foto: bpa

die Ministerpräsidenten Sachsens und des Saarlandes, Georg Milbradt und Peter Müller, sowie der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer. om

Grenzüberschreitende Arbeit**Euregio beschließt Resolution**

einheitliche zahnmedizinische Fortbildung der Euregio-Ebene. Auf dieser Grundlage werden für die Patienten Sicherheit und Zuverlässigkeit zahnmedizinischer Leistungen

Die Zahnärzte innerhalb des Binnenraumes der EUREGIO haben beschlossen, grenzüberschreitend zum Wohl ihrer Patienten zusammenzuarbeiten. Das hat die Euregio-Kommission der Zahnärzte jetzt in einer entsprechenden Resolution in Düsseldorf vereinbart.

Die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZÄKWL) wird als Mitglied dieser Kommission federführend für ein geplantes Projekt tätig. So wird sie schon in Kürze bei der EUREGIO Fördermittel für dessen Umsetzung beantragen. Ziel des Projektes ist eine

grenzübergreifend koordiniert. Durch dieses abgestimmte Vorgehen werden sich im Bereich zahnmedizinischer Dienstleistungen in den beteiligten Ländern zukünftig vergleichbare Leistungsangebote entwickeln.

An dem Projekt sind neben den Mitgliedern der Euregio-Kommission der Zahnärzte – ZÄKWL, Zahnärztekammer Nordrhein, Vertretungen der Zahnärzte aus den Niederlanden und Belgien – auch die entsprechenden Hochschulvertreter beteiligt. pr/pm

Kommentar**Kommissionitis**

Ist es Angst vor der eigenen Courage? Was hat die CDU nur dazu getrieben, die neue „Herzog-Kommission“ zu gründen. Kaum hat die Opposition durch zwei gewonnene Landtagswahlen eine massiv gestärkte Position im Bundesrat und damit die Macht, Veränderungen mit Nachdruck voranzutreiben, da gründet sie eine Kommission. Seit Jahren kritisieren Seehofer und Co. die Gesundheitspolitik von Rot-Grün – zurecht bemängelte die Opposition, dass die Bundesregierung die Probleme nicht angehe und stattdessen eine Kommission nach der anderen ins Leben rief. Und dann das. Als ob die Konzepte nicht schon lange auf dem Tisch lägen. Im deutschen Gesundheitswesen besteht dringend Handlungsbedarf und die CDU hat den Wählerauftrag, jetzt die Karten auf den Tisch zu legen und Reformen einzufordern. Kommissionen verbreiten nur den Muff von Sitzungssälen und Ausdiskutieren – dabei wäre ein frischer Wind gerade jetzt so bitter nötig. Otmar Müller

Kasse plant „Teledoktor“**GEK will Bonus einführen**

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) plant einen „Gesundheitsmeilen-Bonus“ für ihre Versicherten. GEK-Vorstandsvorsitzender Dieter Hebel erklärte, dass er hiermit Bemühungen um die Gesunderhaltung belohnen wolle.

„Das kann die Gesunderhaltung eines ganz Gesunden oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes eines kranken Menschen sein.“ Als Beispiele nannte Hebel Diabetiker-Programme oder das regelmäßige Nutzen von Vorsorge-Untersuchungen. Im März werde sich der Verwaltungsrat mit diesen Fragen beschäftigen, so der Vorstandschef. „Ich gehe davon aus, dass wir in einigen Monaten so ein Angebot auf dem Markt haben werden.“

Als weitere Neuheit kündigte Hebel einen „Teledoktor“ an: Bei diesem könne sich zum Beispiel ein Patient vom Krankenbett aus telefonisch Rat einholen, wenn sein Arzt ihm eine Operation nahe legt und er vor der Frage der Einwilligung steht. dev/dpa

Protest gegen Rot-Grün**Machtvolle Demonstration**

Rund 3000 Teilnehmer – Zahnärzte und ihre Praxisteams – demonstrierten drei Tage vor der Landtagswahl in Hannover gegen die rot-grüne Gesundheitspolitik. Der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Dr. Karl Horst Schirbort, stellte in seiner Eingangsrede im Kongress Centrum der Politik der Bundesregierung die Vorstellungen der Zahnärzteschaft entgegen. Unter dem Motto „Wohin steuert die Gesundheitspolitik?“ wurden die Zahnärzte auf der Demonstration von CDU- und FDP-Abgeordneten unterstützt. Die zm werden im nächsten Heft in einem längeren Artikel alle Protest-Aktivitäten aus den verschiedenen Bundesländern genauer vorstellen. om/pm

Unfallversicherung im Sport**Verunsicherung der Breitensportler**

Foto: MEV

man sich ein paar Ski ausleiht, auch gleichzeitig für ein paar Euro eine Unfallversicherung abzuschließen“, sagte die Gesundheitsministerin. Eine Neuregelung dürfe aber nicht dazu führen, dass sich die Bevölkerung vom Sport abwendet. „Der Sport spart dem Gesundheitssystem

Die rheinland-pfälzische Sozialministerin Malu Dreyer (SPD) hat vor Änderungen im Gesundheitssystem gewarnt, mit denen die Menschen ihr Interesse am Sport verlieren könnten. Eine private Versicherung von Unfällen sei höchstens für Risiko-Sportarten vorstellbar, nicht aber für den Breitensport, sagte sie gegenüber der Deutschen Presse-Agentur (dpa) in Mainz. Sie reagierte damit auf Vorschläge, dass bestimmte Unfälle künftig nicht mehr vom Schutz der Krankenversicherung gedeckt sein sollen. „Natürlich ist es machbar, wenn

viel Geld, weil er die Menschen gesund hält.“ om/dpa

zm-online Gewinnspiel**Glückliche Gewinnerin**

Die zm-Redaktion möchte sich für die rege Beteiligung an der Dezember-Aktion auf zm-online bedanken. Über 20 000 mal wurde der Weihnachtskalender im Internet angeklickt und hunderte Zahnärzte nahmen an dem Gewinnspiel teil. Glückliche Gewinnerin der Carving-Ski von Fischer ist Frau Karin Dierks aus Freiburg (Foto), die die neuen Skier gleich eingeweiht hat. Ihr kurzes und knappes Urteil:

„Super“. om

KZV Thüringen**Dr. Rommel wiedergewählt**

Dr. Karl-Friedrich Rommel ist erneut zum Vorsitzenden der KZV Thüringen gewählt worden. Sein Stellvertreter ist Dipl.-Stom. Klaus-Dieter Panzner. Weitere Vorstandsmitglieder sind Dr. Jürgen Haas, Dr. Horst Popp, Dipl.-Stom. Mathias Eckardt, Dipl.-Stom. Hans-Otto Vonderlind und Dr. Volker Oehler. Vorsitzender der Vertreterversammlung ist Dr. Jens-Michael Plaul. pr/pm



Foto: privat

Europäisches Parlament fordert

Altenpflege soll forciert werden

Gesundheitsfürsorge und Altenpflege sollen künftig fester Bestandteil des Arbeitsprogramms der Europäischen Kommission werden. Dies war eine der zentralen Forderungen eines Berichts des Sozialausschusses des Europäischen Parlaments (EP), der in der Plenarsitzung vom 15. Januar verabschiedet wurde. Das EP verlangt zudem, über die Anwendung der offenen Koordination schon im Frühjahr 2003 zu entscheiden. Unter dem Druck der wachsenden Kosten in den Gesundheitssystemen hatte die Europäische Kommission zuvor drei gemeinschaftliche Heraus-



Foto: PD

forderungen benannt: Die Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur medizinischen Versorgung und Altenpflege; die Qualitätsverbesserung der Gesundheitssysteme sowie die Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsvorsorge und Altenpflege. Am Ende soll ein Binnenmarkt für Gesundheitsdienste stehen, der eine für alle EU-Bürger zugängliche und bezahlbare Gesundheitsfürsorge von hoher Qualität garantiert. Das Europäische Konvent soll darüber hinaus aufgefordert werden, ein hohes Gesundheitsschutzniveau als allgemeines Ziel in den Entwurf für einen Verfassungsvertrag aufzunehmen.

BZÄK

Gesetzliche Krankenversicherer

Wettbewerb auf Leistungsebene

Das Bundesgesundheitsministerium erwägt, den gesetzlichen Krankenkassen das Geschäft mit privaten Zusatzpolice zu ermöglichen. „Das wird geprüft“, so eine Ministeriumssprecherin. Das Ergebnis der Prüfung sei aber offen. Mehrere gesetzliche Krankenkassen wollen nach Vorbild der privaten Krankenversicherungen auch Zusatzleistungen, wie Auslandskrankenschutz oder alternative Heilmethoden, anbieten und sich so neue Geschäftsfelder erschließen. Bisher fehlt ihnen dafür aber eine Rechtsgrundlage. Der Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse, Norbert Klusen, forderte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt auf, den gesetzlichen Kassen den Einstieg in das Zusatzgeschäft rechtlich zu ermöglichen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) lehnte eine solche Konkurrenz durch die gesetzlichen Krankenkassen strikt ab. Dies wäre ein „Verstoß gegen das Solidarprinzip“.

om/dpa

Fachärzte befürchten das „Aus“

Mehr ambulante Versorgung

Krankenhäuser wollen Patienten verstärkt auch ambulant behandeln. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) stellt sich hinter die Pläne von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, die Kliniken bei der geplanten Strukturreform stärker für die ambulante Versorgung zu öffnen.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers räumte ein, damit sei „der Kampf um die Patienten

entbrannt“. Allerdings will die DKG die niedergelassenen Fachärzte nicht ausbooten. Sie sollen ihre Patienten teilweise auch im Krankenhaus versorgen dürfen. Das Krankenhaus der Zukunft werde ein „Dienstleistungszentrum“ für die ambulante und stationäre Versorgung, so Robbers. Die Fachärzte befürchten, dass der „Facharztpraxis um die Ecke“ zusehends das Aus droht, weil Budgetanteile zu den Krankenhäusern abwandern. Sie warnen außerdem, dass Kranke längere Wartezeiten und Wege in Kauf nehmen müssten, wenn die ambulante fachärztliche Versorgung an die Krankenhäuser abwandere.

Bereits heute hätten Krankenhäuser, die ambulante Sprechstunden anböten, monatelange Wartezeiten. Auch sei die Versorgung unpersönlicher, weil der Dienst habende Arzt wechsele.

dev/dpa

KZV Sachsen-Anhalt

Dieter Hanisch neuer Vorsitzender

Neuer erster Vorsitzender der KZV Sachsen-Anhalt ist der Freyburger Zahnarzt Dieter Hanisch. (Foto) Er löst Dr. Hans Hünecke ab, der nicht mehr kandidierte. Zum neuen zweiten Vorsitzenden wurde der Magdeburger Dr.

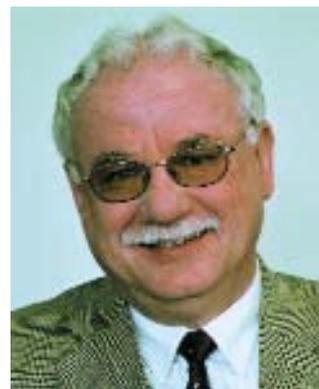


Foto: Fiedler

Rainer Littinski gewählt. Als Mitglieder des Vorstandes wurden Dr. Eckart Bohley (Halle/Saale), Klaus Brauner (Roßlau) und Dr. Sabine Otto (Dingelstedt) bestätigt. Neu gewählt wurde Dr. Jochen Schmidt (Dessau) und Dr. Hans-Jörg Willer (Magdeburg). Neuer Vorsitzender der Vertreterversammlung wurde Dr. Kay-Olaf Hellmuth (Hohenmölsen).

pr/pm

Kiefergesundheit

Krocky-Mobil wieder auf Tour

Auftakt der diesjährigen Krocky-Mobil-Tour ist am 10. März in Nürnberg. Nach der erfolgreich beendeten Jubiläumstour des letzten Jahres fährt der Informa-



tionsbus der „Initiative Kiefergesundheit“ auch in seinem elften Jahr wieder quer durch Deutschland, um Kinder und Jugendliche für das Thema Mundgesundheit und gerade Zähne zu sensibilisieren. Bei Interesse an Aktionstagen unterstützt das Krocky-Mobil-Team aktiv vor Ort. Nähere Informationen unter Tel. 030 / 24632133 oder im Internet unter www.ikg-online.de.

om/pm



Foto: zm

7. Thüringer Zahnärztelauf

Zahnärzte laufen durch das Mühlthal

Der Startschuss für den 7. Thüringer Zahnärztelauf fällt in diesem Jahr am 22. März um 14 Uhr in Eisenberg. Laufsportbegeisterte Zahnärzte können sich für den Mühlallauf noch bis zum 17. März beim Kreissportbund „Holzlandkreis“ anmelden. om/pm

■ Tel. 036691/42208 oder E-Mail Wolf-Goesen@t-online.de. Nachmeldungen am Starttag sind noch bis 12 Uhr möglich.

Young Dentists Worldwide

Viele Infos beim Meeting in Köln

Die Internationale Dentalschau IDS dient wieder als Anlass für die Young Dentists Worldwide (YDW), junge Kolleginnen und Kollegen von überall auf der Welt nach Deutschland zu holen. Vom 27. bis 30. März lädt die Organisation nach Köln ein. Neben einer Reihe von Workshops und Meetings wird es auch für deutsche Kollegen wiederum Möglichkeiten geben, sich direkt bei den internationalen Kollegen über Arbeitsmöglichkeiten im Ausland zu informieren. Für den 27. März ist ein spezieller Informationsabend für deutsche Kolleginnen und Kollegen am Stand der Bundeszahnärztekammer geplant. Für Interessierte sind ein Internetanschluss und gute Englischkenntnisse schon fast Pflicht. Der überwiegende Teil der Kommunikation läuft über Internetforen und Newsgroups. Die News-

groups sind nach einer einmaligen Registrierung öffentlich zugänglich.

■ Weitere Informationen unter www.ydw.org. Newsgroup direkt unter: Ydworld@yahoo-groups.com. oder <http://groups.yahoo.com/group/ydworld/>. Zur Teilnahme Mail an: ydworld-subscribe@yahoo-groups.com

Anhebung der Umsatzsteuer

BZÄK protestiert bei Hans Eichel

In einem Schreiben an Finanzminister Hans Eichel hat BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp gegen die im Rahmen des so genannten Steuervergünstigungsabbau-Gesetzes geplante Anhebung der Umsatzsteuer im Bereich des Zahnersatzes und für bestimmte zahnärztliche Leistungen protestiert. Die Anhebung des Steuersatzes von sieben auf 16 Prozent sei nicht mit höherrangigem europäischen Recht vereinbar (EU-Richtlinie 77/388/EWG). Weitkamp kündigte an, das geplante Gesetz notfalls mit gerichtlicher Hilfe anzugreifen und bat um eine Stellungnahme des Ministers.

BZÄK

Kammerwahl in Hamburg

Dr. Sprekels im Amt bestätigt

Dr. Wolfgang Sprekels, Präsident der Zahnärztkammer Hamburg, ist von der Kammerversammlung für weitere vier Jahre in seinem Amt bestätigt worden. Auch der Vizepräsident Dr. Helmut Pfeffer und die Vorstandsbeisitzer Dr. Thomas Einfeldt und Konstatin von Laffert wurden wiedergewählt. Neu im Vorstand ist ZA Thomas Clement. pr/pm

Westfalen-Lippe

Prophylaxe-Pässe überarbeitet



Allen Zahnarztpraxen steht nun die überarbeitete und kompletierte sechsteilige Reihe der Zahnheilkunde-Plus-Prophylaxe-Pässe zur Verfügung. Sie richtet sich an alle Patientengruppen, angefangen bei der Schwangeren bis hin zu den Patienten im Rentenalter.

Mit diesem Sextett an Prophylaxe-Hilfe erhalten die Patienten erstmalig die Möglichkeit, sich fast lebensbegleitend ein eigenes Bild über ihre „Zahn-Karriere“ zu machen. Denn jeweils nach der halbjährlichen Kontrolle trägt der Zahnarzt oder sein Prophylaxeteam alle wichtigen Befunde und Empfehlungen in den entsprechenden Prophylaxepass ein. Ziel ist es, Patienten zu eigenverantwortlichem Handeln zu motivieren. Dafür bieten die Pässe eine ideale Grundlage, weil sie durch sachgerechte Information den Patienten in die Lage versetzen, mit seinem Zahnarzt zielgerichtet zu kommunizieren und Leistungen zu erfragen.

Diese bundesweit bisher einzigartige Prophylaxepass-Serie ist

ein wichtiges Instrument des Patientenservices und der gleichzeitigen Patientenbindung. Dabei eignet sich speziell der zahnärztliche Kinderpass zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit Gynäkologen, Geburtskliniken und Kinderärzten. Bestellen können Sie

direkt beim zfv Zahnärztlicher Fachverlag GmbH, Postfach 10 18 68, 44608 Herne, Bestell.-Tel.: 02323/59 31 41, Bestell.-Fax: 02323/59 31 55 und E-Mail: zfv@dhug.de. sp

Ideenklau

Studenten sollen entlarvt werden

Studenten, die für Semesterarbeiten aus dem Internet abschreiben, soll es in Großbritannien bald an den Kragen gehen. Britische Universitäten wollen künftig per Computer die Texte ihrer Studenten untersuchen, ob diese fast ausschließlich aus dem Internet übernommen wurden. Der Grund für diesen Schritt ist, dass viele Studenten nach der Erfahrung von Professoren häufiger als früher ihre Arbeiten nicht selber schreiben. „Das Internet macht es Studenten viel leichter, Quellen zu finden und sie zu kopieren“, sagte Malcolm Read vom Berater-Service für Plagiate an der Universität Northumbria. Ein nationales Computersystem in England soll solche Plagiate

künftig aufspüren. Die Dozenten können Arbeiten, die ihnen verdächtig erscheinen, an die Prüfstelle mit dem Zentralcomputer schicken und bekommen sie vier Stunden später wieder zurück. Wenn der Computer mehr als 75 Prozent des Textes bei anderen Quellen gefunden hat, ist die Arbeit mit Rot gekennzeichnet, bei weniger als zehn Prozent in Blau. Dazwischen liegen die Stufen Orange, Gelb und Grün. sp/DÄZ

Forschungsprojekt in Bern

Neues über die Vitalität der Zähne

Die „Neue Gruppe“ hat ein Forschungsprojekt zur Laser-Doppler-Flowmetry (LDF) der Universität Bern, Abteilung Oralchirurgie und Stomatologie, mit 8 000 Schweizer Franken gefördert. Die LDF-Methode wird zur semi-quantitativen Analyse der pulpalen Vaskularisation eingesetzt. Dabei wird ein die Zahnhartsubstanz durchdringender Laserstrahl von sich bewegenden Erythrozyten reflektiert und in seiner Frequenz verändert (Doppler-Shift). Dadurch kann etwas über die Vitalität eines Zahnes ausgesagt werden.

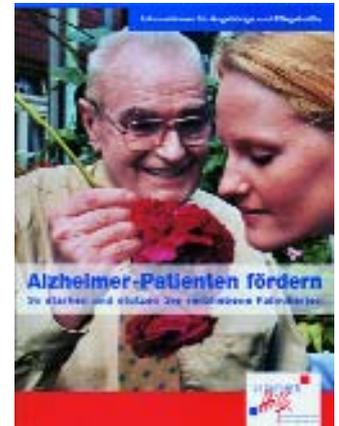
Die LDF-Methode wird in Bern zur Vitalitätsprüfung nach Frontzahntrauma eingesetzt. Da die zur Verfügung stehenden Tests mit CO₂ und elektrischem Strom nur die Sensibilität, nicht aber die eigentliche Vitalität des Zahnes widerspiegeln, besteht eine gewisse Unsicherheit in der Diagnostik. Mit LDF kann entweder eine notwendige Wurzelbehandlung rasch eingeleitet oder eine unnötige vermieden werden. Die „Neue Gruppe“ ist eine wissenschaftliche Verei-

nigung von zirka 140 Zahnärzten, die sich seit 1966 das Ziel gesetzt haben, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auf allen Gebieten der Zahnheilkunde zu vermitteln und auch aktiv zu fördern. Insbesondere durch ihre richtungweisenden Kongresse ist die „Neue Gruppe“ zu einer anerkannten Institution in der Weiter- und Fortbildung geworden. om/pm

Alzheimer Hilfe

Neue kostenlose Broschüre

Die Alzheimer-Hilfe hat eine neue Broschüre „Alzheimer-Patienten fördern: So stärken und stützen Sie verbliebene Fähigkeiten“ herausgegeben. Sie infor-



miert Angehörige und Pflegekräfte über die Einschränkungen, die die Krankheit mit sich bringt und erklärt das Verhalten der Patienten. Mit der Broschüre möchte die Alzheimer-Hilfe Verständnis für die Patienten wecken und die Pflegenden ermutigen, die verbliebenen Fähigkeiten des Patienten immer wieder neu auszuloten und zu fördern. Die Broschüre kann kostenlos angefordert werden bei der Alzheimer-Hilfe, Postfach 70833, 60599 Frankfurt, Tel. 0180 3366633. om/pm

Übermorgen ist es soweit

Die Alterspyramide steht Kopf

Die Zahnärztekammer Nordrhein lud ein und viele kamen. Der große Hörsaal der Kölner Zahnklinik war brechend voll, denn das Thema lockte und zwingt eigentlich alle Zahnärzte dazu, nicht die Augen davor zu verschließen: Die Alterszahnheilkunde – wird sie doch schon bald in allen deutschen Zahnarztpraxen zum Alltag gehören.

Zahlen und Fakten

Im Jahre 2050 wird es mehr als doppelt so viele über 59-Jährige wie Jüngere (unter 20 Jahre) Menschen geben. Die Zahl älterer Menschen wird von heute 18,4 Millionen bis zum Jahre 2050 auf etwa 25,2 Millionen ansteigen. Sie erreichen damit einen Anteil in der Gesamtbevölkerung von jetzt 22 auf dann 36 Prozent. Mit diesen statistischen Daten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahre 2001 eröffnete der Fortbildungsreferent der Landes Zahnärztekammer Nordrhein, Dr. Rüdiger Butz, Moers, die Vortragsreihe. Im Jahr 2050 werden demnach 100 Menschen zwischen 20 und 64 Jahren 52 über 65-Jährigen gegenüberstehen. In diesen Vorausberechnungen stehen die Deutschen mit den Italienern (34,2 Prozent) mit dem Anteil der alten Patienten an höchster Stelle. sp

Heimbewohner

Untersuchung bei Heimeintritt nötig

Eine orale Inspektion als Routine bei Senioren, die in ein Alten- oder Pflegeheim aufgenommen werden, forderte Dr. Katrin Hertrampf aus Zürich. Damit wäre gewährleistet, dass alle Patienten in einer Kartei aufgenommen



men werden und vom Personal individuell auf die entsprechende Zahnsituation eingegangen werden kann. Ein regelmäßiger Recall beziehungsweise langfristig abgestimmte Behandlungstermine würden dann die Misere des Oralzustands von Altenheimbewohnern erheblich verbessern. sp

Beobachten Sie Ihre Patienten

Vorsicht vor Altersverweigerern

„Achten Sie genau auf Ihre Patienten, wie sie mit dem Älterwerden umgehen. Denn das hat einen erheblichen Einfluss auf die zahnmedizinische Versorgung“, dieses Fazit zog Prof. Dr. Thomas Kutsch, Bonn, in seinem Vortrag. In den USA, so der Soziologe, gäbe es die meisten Altersverweigerer, die nur schwer mit der Tatsache des Älterwer-

dens umgehen können. Man erkennt die Frauen an bläulich getönten grauen oder zu stark blondierten Haaren, an zu starker Schminke und einem extremen Schlankeits- und Fitnessbewusstsein. Diese Patienten haben auch Probleme, einen nötigen Zahnersatz zu tolerieren.

präsentierte jetzt Prof. Dr. Thomas Kerschbaum während seines Vortrages. Trotz der steigenden Prophylaxeerfolge sind vorerst keine Änderungen zu erwarten, wie prospektive Studien für das Jahr 2020 zeigen konnten. Allerdings wird sich die Art des Zahnersatzes – wie jetzt schon zu beobachten ist – erheblich verändern. Die jährlich eingegliederten Vollprothesen – noch sind es 500 000 pro Jahr – werden zu Gunsten von Einzelkronen erheblich sinken. Allerdings ist diese Entwicklung nicht ohne steigende Kosten möglich. sp

Zähne sind schuld

50 Prozent sind unterernährt

Etwa 50 Prozent aller Senioren, die in ein Seniorenheim oder Pflegeheim aufgenommen werden, sind unterernährt. Das sagte jetzt Dr. Kathrin Hertrampf, von der Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin aus Zürich. Vorwiegend ist ein Mangel an Proteinen auffällig, während von den Senioren mehr Kohlenhydrate und viel Süßes konsumiert wird. Wie Untersuchungen gezeigt haben, ist die Ernährung abhängig von der Kaukraft und der Anzahl der noch vorhandenen Kaueinheiten. Während hingegen nur zwei bis 31 Prozent der alten Menschen, die noch in ihrem häuslichen Umfeld leben, einen Ernährungsmangelzustand aufweisen. Daraus ist zu schließen, dass der Senior, der sich noch selbst um seine Ernährung kümmern muss und kann, mehr zu vitaminreicher und essentieller Kost greift. sp

Während hingegen der „souveräne Alte“ auf seine Gesundheit und Fitness achtet, aber trotzdem gewillt ist mit seinen „Zipperlein“ zu leben. sp

Flächendeckend

Zahnersatz gehört zu den Senioren

Zahnersatz gehört auch heute noch flächendeckend zum alten Menschen dazu, denn allein in Deutschland haben 96 Prozent der über 74-Jährigen einen Zahnersatz jedwelcher Form. Bei den 65- bis 74-Jährigen sind es noch 91 Prozent. Diese Zahlen

„Meistens kann die Helferin an der Rezeption, vor der die Patienten weniger Scheu haben als vor dem weiß bekittelten Zahnarzt, schon das Signal geben, „Vorsicht schwerhöriger Patient“

Priv. Doz. Dr. Renate Nietschke

Zahnverlust**Midlifecrisis kostet die meisten Zähne**

Während der so genannten „Midlife-Crisis“ erfolgt der größte Zahnverlust im Leben eines Menschen. So verlieren die 40- bis 60-Jährigen im Durchschnitt während dieser Zeit zwischen zehn bis 15 Zähne, wie Prof. Dr. Thomas Kerschbaum berichtete. sp

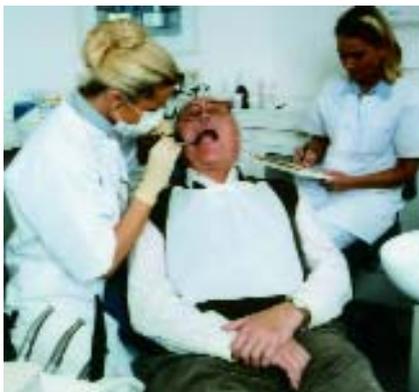
Zähne verlängern Leben**Keine Pneumonie bei festem Biss**

Einer Untersuchung zufolge leben Patienten, die noch einige Zähne haben oder über einen perfekten Zahnersatz verfügen,

wesentlich länger als zahnlose Senioren. Nicht zuletzt, versterben letztere häufiger an einer Pneumonie. Denn beim Fütterungsvorgang wird häufig Speisebrei aspiriert, was die nicht selten letale Lungenkomplikation auslöst, postulierte Dr. Hertrampf. sp

Elegant vertuscht**Alte Patienten sind oft schwerhörig**

Wenn Sie mit einem alten Patienten reden, sollten einige wichtige Punkte beachtet werden: Der Kopf des Patienten sollte auf derselben Höhe wie der des Zahnarztes sein. Ebenso darf der Mund nicht durch einen Mundschutz verdeckt sein, denn viele



alte Menschen lesen oft die Worte von den Lippen ab. Auch haben viele den „Trick“ drauf, Verstehen zu signalisieren, haben aber wegen ihrer Schwerhörigkeit nicht viel von einem Beratungsgespräch oder einem The-

„ **Ganz falsch ist es, im Umgang mit Senioren lauter zu sprechen. Das verängstigt die Patienten nur, lässt sie aber von dem Gesagten nicht mehr verstehen.**
Priv. Doz. Dr. Renate Nietschke

rapieplan verstanden. Daher ist es sinnvoll, immer anschließend Verständnisfragen zu stellen, um zu testen, ob auch alles bei den Patienten „angekommen“ ist. Diesen Tipp

gab Priv. Doz. Dr. Renate Nietschke, Leipzig. Meistens kann die Helferin an der Rezeption, vor der die Patienten weniger Scheu haben als vor dem weiß bekittelten Zahnarzt, schon das Signal geben „Vorsicht schwerhöriger Patient“. Ganz falsch sei es, so die Expertin im Umgang mit Senioren, lauter zu sprechen. Das verängstige die Patienten nur, liebe sie aber von dem Gesagten nicht mehr mitbekommen. sp

Serum gegen Terror**Pläne für den Anti-Pocken-Akkord**

Sicher ist sicher: Obwohl die Pocken seit 1980 als ausgerottet gelten und nach Ansicht des Innensensors auch ein Terrorangriff mit Pocken-Viren „sehr unwahrscheinlich“ sei, werden in der Hauptstadt 3,5 Millionen Einzeldosierungen des Anti-Impfstoffs gelagert. Innerhalb von fünf Tagen, so die Rechnung der Katastrophenschutzler, könnte die gesamte Bevölkerung mit dem Serum behandelt werden. Für die Mediziner bedeutet das echte Akkordarbeit: Fast 3000 Ärzte sollen im Ernstfall eingesetzt werden – jeder würde dann täglich rund 250 Menschen impfen. dev



Foto: PD/CC/zm

zenden des Berufsverbandes der Orthopäden, Helmut Mälzer, war das jedoch kein Grund zur Unzufriedenheit: „Es dauert, bis solche Aktionen anlaufen“, sagte er einer Berliner Tageszeitung. „Die Ärzteschaft ist keine Einheitsgewerkschaft.“ dev

Streik-Bilanz**Mediziner ohne Gewerkschaft**

In einigen Tagen wollen die Berliner Mediziner die zweite Zwischenbilanz ihrer Proteste ziehen. Anfang Februar hatte die Kassenärztliche Vereinigung bereits eine Mini-Statistik angefertigt; bei einer stichprobenartigen Umfrage unter 100 Fachpraxen kam heraus, dass 17 Prozent komplett dicht gemacht und 31 Prozent die Sprechzeiten verkürzt hatten.

Mit diesem Ergebnis blieben die Protest-Organisatoren zwar hinter dem selbstgesteckten Ziel von 1000 streikenden Praxen über einen Zeitraum von fünf Wochen zurück. Für den Vorsit-

Geld-zurück-Garantie**Schwarzfahren lohnt sich**

Wenn die Vorschläge des Berliner CDU-Verkehrsexperten Alexander Kaczmarek wirklich umgesetzt werden sollten, könnte das zu einem lukrativen Geschäft für



Foto: bvg

Kulturschock in Moabit**Jukos ist Staatsanwalts Liebling**

Mit Hightech hatten die Berliner Staatsanwälte bis vor kurzem nicht allzu viel am Hut. Im Justizpalast zu Moabit wurden Anklageschriften noch auf soliden Schreibmaschinen getippt, Verfahrensunterlagen landeten ausnahmslos in Pappakten und wenn mal ein Vorgang zum Kollegen ins Nachbarzimmer weitergegeben werden musste, wurde der Bürobote eingeschaltet.

Aber damit ist jetzt Schluss. Die nach eigenen Angaben größte Anklagebehörde Europas rüstet gewaltig auf. Anfang Februar ist die Berliner Staatsanwaltschaft

in der elektronischen Datenwelt angekommen, mit 1200 Bildschirmarbeitsplätzen und Internet-Zugängen.

Damit die nunmehr vernetzten Mitarbeiter keinen völligen Kulturschock erleiden, wurde übrigens eine liebgewonnene Gewohnheit in der Justizanstalt beibehalten. Mit Namen wie „Ista“, „Jukos“ und „ISVB“ sind die neuen staatsanwältlichen Informationssysteme so benannt worden, wie es sich für eine preußische Behörde ziemt – nämlich mit hoffnungslos unverständlichen und wunderbar altmodischen Akronymen. dev

Aufgeschnappt und angespitzt

■ **Geschwindigkeit ist keine Hexerei, auch nicht in der Hauptstadt, wo doch angeblich das Leben immer ein bisschen rasanter ist. Die U-Bahnen fahren immer langsamer, die Pockenimpfung dauert fünf Tage und die Staatsanwaltschaft braucht knapp ein halbes Jahrhundert, um sich eine EDV-Anlage zuzulegen. Naja, Zeit ist halt Geld – und davon gibt's in Berlin offensichtlich nicht genug.**



Foto: ARCHIV

alle Schwarzfahrer werden. Er fordert nämlich, dass die Berliner ÖPNV-Gesellschaften ihren Fahrgästen Geld zahlen, wenn in den kommenden Wochen mehrere U- und S-Bahnlinien aufgrund von Baustellen mit Verspätung oder gar nicht fahren, beziehungsweise durch Buslinien er-

setzt werden. Kaczmarek verlangt einen finanziellen Ausgleich für alle, die hiervon betroffen sind: „Man kann nicht mit dem Schnellverkehr auf Schienen werben und die Fahrgäste dann mit dem Bus im Stau durch die Stadt fahren.“

Bemerkenswert an dieser ganzen Diskussion ist, dass nicht einmal der Fahrgastverband IGEB glaubt, dass sich eine Entschädigung der betroffenen Pendler gerecht umsetzen lässt. Kaczmareks Forderungen, so ein Sprecher des Verbandes, seien einfach nur „populär“. Wobei sicherlich nicht jeder, der schwarz fährt, auch schwarz wählt. dev

Das Gesundheitswesen als Beschäftigungsmotor

Mehr Jobs als in der Autoindustrie

Das Gesundheitswesen ist einer der größten Arbeitgeber Deutschlands. Von Krankenschwestern und Hebammen über Physiotherapeuten und Augenoptiker bis hin zu Zahnärzten und Ärzten – fast fünf Prozent aller berufstätigen Deutschen arbeiten für die Gesundheit. Beeindruckende Zahlen, welche aber von Seiten der Politik oft nicht richtig wahrgenommen werden. Dabei macht ein Blick auf die Statistik klar, dass das Gesundheitswesen nicht nur eine echte Jobmaschine ist – sondern auch, dass von einer „Kostenexplosion“ keine Rede sein kann.

Zuerst die Fakten. Im Jahr 2000, so die aktuellsten Zahlen des Statistischen Bundesamtes, waren 4,1 Million Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt. Damit war etwa jeder neunte deutsche Arbeitnehmer in diesem Sektor tätig – 71 Prozent waren Frauen.

Mit 2,1 Millionen Beschäftigten stellten die Gesundheitsdienstberufe die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. Zu ihnen zählen Zahnärzte und Ärzte, Krankenpfleger, Physiotherapeuten und medizinisch-technische Assistenten. Rund sechs Prozent der Beschäftigten übten soziale Berufe – etwa Altenpflegerin oder Heilpädagogin – aus. Eine weitere viertel Million Gesundheitsberufler war in medizinhandwerklichen Bereichen oder anderen Fachberufen tätig.

Wichtigste Einrichtungen

Die beschäftigungsmäßig wichtigsten Einrichtungen in der deutschen Gesundheitsversorgung, so das Statistische Bundesamt, waren und sind die ambulanten beziehungsweise stationären und teilstationären Einrichtungen. Hier waren im Untersuchungszeitraum 83 Prozent des Gesundheitspersonals beschäftigt – jeweils rund 1,7 Million Menschen.

Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes war im Vergleich zum Jahr 1998 in allen Einrichtungen – außer im Gesundheitsschutz und in den ambulanten Einrichtungen – mehr Personal beschäftigt. In den stationären und teilstationären Einrichtungen war der Anstieg mit 1,3 Prozent am höchsten; im ambulanten Bereich verrin-

gerte sich das Personal hingegen um 2,7 Prozent – das sind rund 48 000 Beschäftigte.

Mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten arbeitete im Jahr 2000 Vollzeit. Acht Prozent

Zahl von 3,3 Millionen Vollzeitbeschäftigten entsprechen.

„Das Gesundheitswesen ist eine Jobmaschine, die in allen Regionen des Landes die Wirtschaft stützt.“ So reagierte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, im vergangenen Sommer auf ein Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, das die „Wirtschaftlichen Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen“ untersucht hatte. Seit den 70er Jahren, so ein wesentliches Ergebnis der Studie, ist die Beschäftigung im Gesundheitssektor erheblich gewachsen – auf annähernd fünf Prozent der Gesamtbeschäftigung. Eine ebenso wichtige Feststellung des Gutachtens: Obwohl die Einkom-

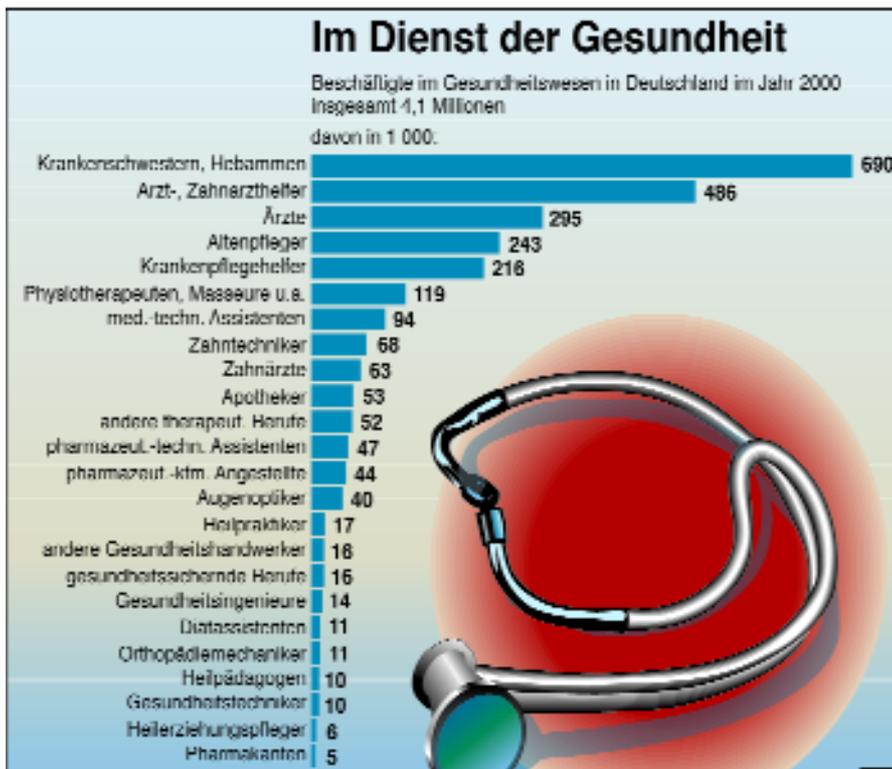


Foto: JFI

Gute Betreuung garantiert: Fast jeder neunte Beschäftigte in Deutschland arbeitet in einem Gesundheitsberuf.

galten als geringfügig beschäftigt, der Rest war teilzeitbeschäftigt. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft unterscheiden sich diese Zahlen insofern, als dass der Anteil der Teilzeitkräfte im Gesundheitswesen um gut zehn Prozentpunkte höher liegt. Mit ein wenig Mathematik errechnete das Statistische Bundesamt, dass die 4,1 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen einer

men in den Gesundheitsberufen gestiegen seien, könne nicht von einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen die Rede sein. Eine Beobachtung, die vom Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung (KZV) Berlin, Dr. Jörg-Peter Husemann, unterstrichen wird. Er macht sich dafür stark, dass die „Jobmaschine Gesundheitswesen“ von der Politik stärker wahrgenom-



Aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes zur Gesundheitspersonalrechnung

men wird. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt, so Husemann, sei von 1980 bis 2000 fast konstant geblieben. Er sei in dieser Zeit lediglich von 5,84 Prozent auf 6,22 Prozent gestiegen – und das, obwohl gleichzeitig der gesamte medizinische Fortschritt und die demographische Entwicklung mitfinanziert worden seien.

Die ambulant tätigen Ärzte, so der Kommentar der KBV, stünden in Sachen Arbeitsplätze „längst auf einer Stufe mit der Automobilindustrie“ – rund eine Million Menschen arbeiten hier. Niedergelassene Mediziner seien „erstklassige Garanten“ für den Zuwachs an Arbeitsplätzen, die Zahl der sozialversicherten Jobs in den Praxen steige kontinuierlich.

An einem Punkt, so die KBV, würde dieser Zuwachs besonders deutlich: Die Anzahl der Arzthelferinnen habe sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten von zirka 200 000 auf rund 500 000 mehr als verdoppelt. „Hier zeigt sich deutlich, dass die Ärzte trotz der problematischen wirtschaftlichen Lage nicht am falschen Ende sparen“, so Richter-Reichhelm. „Das Wohl der Patienten

steht an erster Stelle und wir gewährleisten eine gute Betreuung.“ Zudem nähmen niedergelassene Ärzte auch in der Ausbildung von Nachwuchskräften „eine Vorbildrolle“ ein und „scheuen keine hohen Kosten“. Die Ausbildung einer Arzthelferin koste fast 10 000 Euro im Jahr – Ärzte geben im Vergleich mit anderen Branchen am meisten für ihre Azubis aus.

Richter-Reichhelm betonte mehrfach den hohen Stellenwert des Gesundheitswesens auf dem Arbeitsmarkt – gerade in strukturschwachen Gebieten. Und er forderte: „Verantwortungsvolle Politiker dürfen diese Jobmaschine nicht abwürgen.“ Das Bild des „verreckenden“ Motors wurde auch von Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer gewählt. Ein „starres Festhalten am Dogma stabiler Beiträge“ in der gesetzlichen Krankenversicherung würde genau diese Gefahr bergen.

Apropos Motor. Den Vergleich mit der Automobilindustrie zieht auch der Berliner KZV-Vorsitzende Husemann: „Allein in den deutschen Zahnarztpraxen gibt es mehr Arbeitsplätze als bei BMW, Audi und Viag zusammen.“ dev

Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV in Berlin

Klares Votum für einen Kurswechsel

So zahlreich waren sie noch nie erschienen: Rund 450 Gäste aus Politik, Ministerien, Verbänden, ärztlichen, zahnärztlichen und weiteren Organisationen kamen in die Parlamentarische Gesellschaft am Reichstag, um einen konstruktiven Dialog miteinander zu führen. Die klare Meinung: Ein Kurswechsel im Gesundheitswesen ist unausweichlich.

Mit dem diesjährigen Neujahrsempfang am 28. Januar in Berlin konnten die Gastgeber, der federführende Organisator und BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, und der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Rolf-Jürgen Löffler, wieder einmal einen vollen Erfolg verbuchen: Die Anwesenheit zahlreicher prominenter Gäste dokumentierte, dass die Veranstaltung der Zahnärzte als Kommunikationsplattform geschätzt und genutzt wird. Gerade im Vorfeld der beiden anstehenden Landtagswahlen in Niedersachsen und Hessen war das Thema Gesundheitspolitik besonders spannend.

„Wir möchten mit diesem Abend den Dialog erleichtern“, führte Dr. Dr. Weitkamp in die Gespräche ein. Er unterstrich die Notwendigkeit, das Gesundheitswesen mehr zu gestalten statt zu steuern. „Die Zahnärzteschaft sieht sich bei einer Neugestaltung in einer starken Position.“ Hohes Ansehen bei den Patienten und eine große Fachkompetenz zeichne den Berufsstand aus. Bestrebungen hinsichtlich



einer Zwangsbildung erteilte er eine klare Absage. Und: „Der jetzigen Systematik fehlt es an innerer Logik, an klarer Struktur und damit auch an vielen Stellen an einer wirklich sozialen Basis.“ Die zahnärztlichen zukunftsweisenden Reformvorstellungen seien von exzellenten Fachleuten und unabhängigen Wissenschaftlern begleitet.

Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicher-

Luden gemeinsam zum Neujahrsempfang in Berlin: BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (l.) und KZBV-Vorsitzender Dr. Rolf Jürgen Löffler (r.), hier im Gespräch mit Annette Widmann-Maunz, Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion.



BZÄK-Präsident Weitkamp vor zahlreichen prominenten Vertretern aus Politik und Verbänden

ung, trug aus Sicht der Regierung vor, welche Ziele hinsichtlich der anstehenden Reform im Gesundheitswesen als vorrangig betrachtet werden: Das solidarische Gesundheitswesen müsse auch in Zukunft bestehen, die Qualität im System müsse erhöht werden und das Solidaritätsprinzip auch für die Zahnheilkunde erhalten bleiben, betonte er. In seiner engagierten Rede bekannte der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU Bundestagsfraktion Horst Seehofer ganz offen, dass es in 25 Jahren des staatslenkenden Eingreifens in das Gesund-

Pflegten einen intensiven Austausch, waren aber nicht immer einer Meinung: KZBV-Chef Löffler (l.) und der Staatssekretär im Bundesgesundheits- und Sozialministerium Dr. Klaus-Theo Schröder.



Fotos: Lopata



Flammende Redner: Horst Seehofer (CSU), Wolfgang Gerhardt (FDP) und Dr. Klaus Theo Schröder (SPD)



Detlef Parr (FDP), Mitglied des Gesundheitsausschusses, wurde von BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich herzlich begrüßt.



Nutzen die Gespräche (vorne, v.l.n.r.): Dr. Erika Ober (SPD), Wolfgang Gerhardt und Wolfgang Zöller (CSU). Im Hintergrund: KZBV-Vize Dr. Jürgen Fedderwitz mit Andreas Storm (CDU), (2. u. 3. v.l.)

heitswesen nicht gelungen sei, das herrschende System tatsächlich gangbar zu machen. Er forderte, mit der Planwirtschaft endlich Schluss zu machen, mehr Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung einzuführen und eine Reform aus einem Guss zu schaffen. Die Opposition sei zur Kooperation bereit. „Wir wollen motivierte Freiberufler“, betonte er. Auch der FDP-Fraktionsvorsitzende Wolfgang Gerhardt sprach sich mit deutlichen Worten gegen die aktuelle Regierungspolitik aus und gab eigene Fehler in der Vergangenheit zu. „Die Bundesregierung muss eine Kurskorrektur vornehmen“. Wettbewerb, Selbstverantwortung und Wahlmöglichkeiten seien die Schlüsselbegriffe. Die Budgetierung und Reglementierung freier Berufe müsse ein Ende haben. Der KZBV-Vorsitzende Dr. Löffler griff den Faden auf und be-



Der saarländische Kammerpräsident Dr. Wolfgang Weis im Gespräch mit Dr. Regina Görner, Gesundheitsministerin des Saarlandes und Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Bundesrats.

tonte den Aspekt des Freiheitlichen. „Wir wünschen uns den Patienten als Mensch, der Eigenverantwortung hat“, sagte er an die Politik gerichtet. Er unterstrich die Bedeutung eines intakten und auf Vertrauen basie-

renden Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses, das nur in einem System ohne Zwang und Reglementierung gedeihen könne. „Wir Zahnärzte bieten an, mitzuhelfen, diese Freiheiten für den Berufsstand wie auch für alle Bürger umzusetzen“. Seitens der Zahnärztekammer Berlin hieß Kammerpräsident Dr. Christian Bolstorff die Gäste willkommen. Mit Stolz berichtete er über die Erfolge der Obdachlosenpraxis in der Stadt und forderte die Dentalfamilie auf, sich hier weiter zu engagieren. Politisch hoffe er auf schnelle Reformen speziell auch für die Belange der Zahnmedizin. Der Abend klang aus mit viel informellem Austausch und mit Hintergrundgesprächen – das Forum der Zahnärzte für Meinungsmacher in Politik und Verbänden wurde intensiv genutzt. pr

50. Winterfortbildungskongress in Braunlage

Ein Jubiläum der erfolgreichen freiwilligen Fortbildung

Mit rund 700 Teilnehmern bis auf den letzten Platz ausgebucht war der Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen, der traditionsgemäß in Braunlage stattfand. Die Themen „Evidenzbasierte Zahnmedizin“ und „Endodontologie/Traumatologie“ lockten Kollegen weit über die Landesgrenzen in den winterlichen Harz.

„Im Laufe der Jahre hat sich eine verschworene Besucher-gemeinde entwickelt, die erfreulicherweise auch nachfolgende Generationen angesteckt hat“, sagte Kammerpräsident Dr. Dr. Henning Borchers im Rückblick zum 50-jährigen Jubiläum der Veranstaltung. „Wie ein roter Faden zieht sich das Anmahnen von grundsätzlichen strukturel-



Foto: ZKN

len Änderungen im Gesundheitswesen durch die Ansprachen zu diesem Kongress.“ Borchers kritisch: „Eine rein ökonomische Betrachtungsweise zur Überwindung des Fiascos im Gesundheitswesen ist ein Schritt in die völlig falsche Richtung.“ Und: „Diktate und restriktive Vorschriften ersticken jede Eigeninitiative und Kreativität.“ Er plädierte dafür, dem Patienten mehr Eigenverantwortung zu übertragen, wenn man konstruktive Ansätze zur Überwindung der Systemkrise im Gesundheitswesen finden will.

Hohe Akzeptanz

Borchers wies auf die hohe Akzeptanz des Fortbildungsangebots und auf das große Interesse seiner Kollegen an freiwilliger Fortbildung hin: „Der gewissenhafte Arzt und Zahnarzt geht am Abend nicht nach Hause, nachdem er wie ein Gemüsehändler Kas-sensturz gemacht hat, sondern ihn beschäftigen seine Patienten und problematische Fälle sowie das, was er geleistet hat, gedanklich weiter bis in die Nacht. Wir selbst können belegen, mit welcher anhaltenden Begeisterung unsere Fortbildungsangebote freiwillig angenommen werden“, sagte er mit Hinweis auf die oft langen Wartelisten

Der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Thomas Attin, BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Festredner Günter Ogger und Kammerpräsident Dr. Dr. Henning Borchers (v.l.n.r.) in Braunlage

im Fortbildungszentrum Hannover. Als ein in dieser Kontinuität herausragendes Ereignis würdigte der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp die Fortbildungstradition in Braunlage. Der große Zuspruch sei der allerbeste Beweis dafür, dass der Berufsstand seine Verantwortung wahrnehme und seine Behandlungskompetenz ständig erneuere, um das Fach der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in seiner gesamten Bandbreite auszuüben. Deswe-



Foto: CC

Interessante Einblicke in die Welt der Broker lieferte der Festvortrag.

gen, so Weitkamp, sei es auch überflüssig, dass die Politik versuche, mittels Sanktionen, wie der Rezertifizierung, das Fortbildungsverhalten zu steuern. Es sei den Zahnärzten ein wichtiges Anliegen, für den Patienten einzustehen und in diesem Bestreben nicht durch Reglementierungen beschnitten zu werden. Er warnte davor, ohne die Berufsstände und deren Ratschläge eine Systematik überstülpen zu wollen.

Aus seiner Enttäuschung über ein kürzlich geführtes Gespräch mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich des Neujahrsempfangs des Bundespräsidenten machte der BZÄK-Präsident keinen Hehl. Es sei erkennbar geworden, dass hier zurzeit kein intaktes Vertrauensverhältnis herrsche.

Nach dem Crash

Mit einem ungewöhnlichen Thema wartete der Festredner, Bestsellerautor Günter Ogger, auf. Unter dem Motto „Nach dem Crash ist vor dem Crash“ gab er den Teilnehmern interessante Einblicke in die Welt der Broker und lieferte Tipps zur Geldanlage in Zeiten der Bilanzfälscher und Kursmanipulateure. Wer in der jetzigen Zeit sein Vermögen erhalten wolle, müsse unkonventionelle Wege gehen und die

„ Mit Rezertifizierung das Fortbildungsverhalten steuern zu wollen, ist eine Beleidigung für den Berufsstand.“

BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

wenigen Wachstumsmärkte auf findig machen, eventuell auf fallende Kurse spekulieren und dabei die Risiken absichern.

Die wissenschaftliche Leitung des Kongresses lag wieder in den Händen von Prof. Dr. Thomas Attin, Universität Göttingen. Er zeigte sich zum Abschluss mit der Resonanz zufrieden. Die Referate hätten gezeigt, dass es heute möglich sei, Zähne zu erhalten, bei denen man vor einigen Jahren die Erhaltungswürdigkeit noch in Frage gestellt hätte. Für Patienten, die durch Unfälle oder Sportarten wie Fußball, Handball oder Skateboarding zum Teil schwere Zahnschädigungen erleiden, werde sich künftig die Gebiss-situation und die damit verbundene Lebensqualität erhöhen. pr



So mancher möchte auf seine „Charakter-nase“ auf keinen Fall verzichten, für andere bedeutet die auffällige Form – hier im Bild eine Höckernase vor und nach der Operation – die reinste Qual.

Stupsnase ist out

Alexander Berghaus

Es gibt viele Gründe für eine Nasenkorrektur. Neben der rein kosmetischen Dimension, für die die Krankenkasse keine Kosten übernimmt, existieren auch verschiedene funktionale Störungen, die eine Behandlung erforderlich machen. Die wichtigsten anatomischen Anomalien und Ihre Behandlung sowie mögliche Risiken und Komplikationen werden in der Folge behandelt.

Eine Rhinoplastik ist eine korrektive Nasenoperation mit dem Ziel einer funktionellen und/oder kosmetischen Verbesserung. Sowohl die funktionellen Störungen – also die Nasenatmungsbehinderung – als auch der Wunsch nach Veränderung des äußerlichen Erscheinungsbildes einer Nase sind häufig. Der kosmetische Aspekt nimmt nach Beobachtung des Ver-

fassers in Deutschland immer noch an Bedeutung zu. Immer mehr weibliche, aber durchaus auch männliche Patienten äußern daher gegenüber dem Hals-Nasen-Ohrenarzt nicht nur den Wunsch nach Behebung ihrer gestörten Nasenatmung, sondern verknüpfen dies mit der Frage nach einer ästhetisch – chirurgischen Korrektur, oder sie tragen den Wunsch nach plastischer Chirurgie unabhängig von Funktionsstörungen vor.

Physiologie und Anatomie

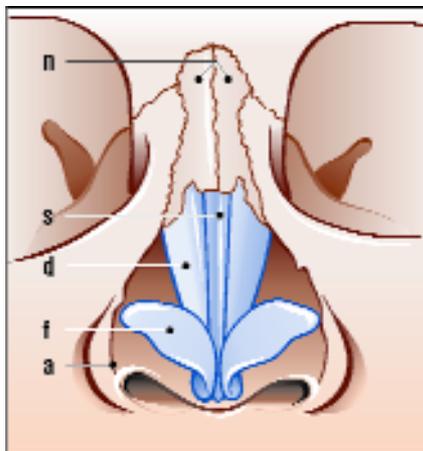
Im Wesentlichen besteht das Gerüst der Nase aus den knöchernen Nasenbeinen, dem knöchernen hinteren Septum, dem knorpeligen vorderen Septum, den Dreiecksknorpeln (auch Seitenknorpel genannt) und den für die Formgebung an der Nasenspitze maßgeblichen Flügelknorpeln mit ihren lateralen und medialen Schenkeln (Abbildungen 1a, b, c).

Abb. 1a, b und c:
Anatomie des Nasengerüsts aus verschiedenen Ansichten

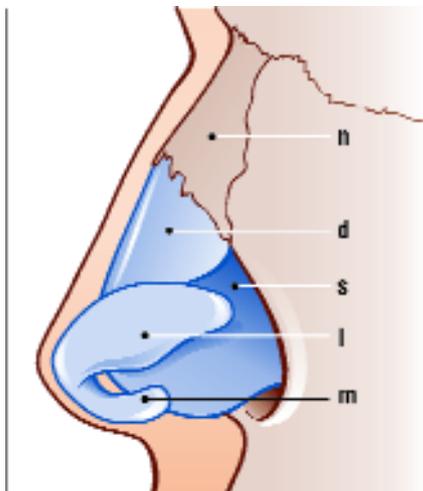
Die innere Nase wird durch das Septum in zwei Nasenhaupthöhlen unterteilt, die nach dorsal mit den Choanalöffnungen in den Nasopharynx übergehen. In den Nasenhaupthöhlen finden sich jeweils drei im Wesentlichen von den seitlichen Nasenwänden ausgehende Nasenmuscheln, von denen die untere die größte und funktionell bedeutendste ist. Dabei handelt es sich im Grunde um stark vaskularisierte Schwellkörper, die durch ihren Füllungszustand die Luftmenge für die Nasenatmung steuern.

Die Auskleidung der Nase mit Schleimhaut ist für Reinigung, Erwärmung beziehungsweise Abkühlung und Befeuchtung, also für eine Klimatisierung der Atemluft zuständig. Von Bedeutung ist ferner, dass in die Nasenhaupthöhlen die Ostien der Nasennebenhöhlen münden, und für deren Gesundheit ist es wichtig, dass in den Nasenhaupthöhlen keine Obstruktionen vorliegen, die eine Belüftung der Nasennebenhöhlen stören könnten. Insofern ist die Behebung einer behinderten Nasenatmung immer auch eine prophylaktische, manchmal auch sanierende Maßnahme im Hinblick auf Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, wie etwa die chronisch polypöse Sinusitis.

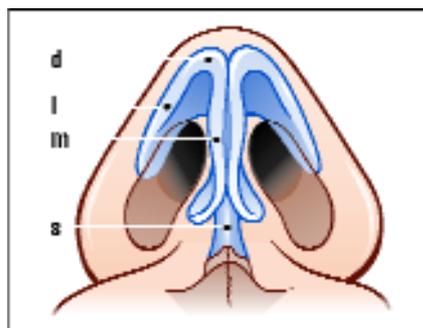
Für die äußere Form der Nase sind hauptsächlich die Nasenbeine, der Verlauf der Septumoberkante mit den daran angehefteten Dreiecksknorpeln und die Form der Nasenflügelknorpel maßgeblich. Bestimmte Deformitäten an diesen Gerüststrukturen sind allerdings auch regelmäßig mit Störungen der Nasenatmung verbunden, wie dies etwa bei der Spannungsnase der Fall ist, bei der ein hoher Nasenrücken und Nasensteg mit einer Verengung der Naseneingänge einhergeht. Typische Formveränderungen der Nase, die sich aus einer vom Ideal abweichenden Konfiguration der knorpeligen und knöchernen Gerüstelemente ergeben, sind die Schiefnase, die Höckernase, Langnase, Breitenase und die Sattelnase. Derartige Nasenformen können angeboren oder durch Unfälle, wie die Nasenbeinfraktur, erworben sein. Besondere Abweichungen von der Norm ergeben sich ferner bei angeborenen Fehlbildungen, wie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, die mit einer typischen spaltseitigen Abfla-



n = Nasenbein
s = Septumoberkante
d = Dreiecksknorpel
f = Flügelknorpel
a = Apertura piriformis



n = Nasenbein
d = Dreiecksknorpel
s = Septum
l = lateraler Flügelknorpelschenkel
m = medialer Flügelknorpelschenkel



d = Dom des Flügelknorpels
l = lateraler Flügelknorpelschenkel
m = medialer Flügelknorpelschenkel
s = Septum

chung des Nasenflügels und anderen Veränderungen einhergeht.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass es physiologische Unterschiede in der Nasenform bei weißen Europäern und Nordamerikanern, Schwarzafrikanern, Asiaten und anderen ethnischen Gruppen gibt. Im europäischen und nordamerikanischen Kulturkreis gültige Schönheitsvorstellungen von der Proportionalität einer Nase oder eines Gesichtes orientieren sich naturgemäß an den Profildaten, die bei der weißen Bevölkerung ermittelt werden können; in der rhinochirurgischen Literatur wird dann von „kaukasischer“ Nasenform gesprochen. Für die Einschätzung der Proportionalität eines Gesichtes gibt es eine Vielzahl von Messstrecken und -winkeln mit bestimmten Idealwerten, die an jedem Gesicht ermittelt werden können. Jedoch gilt in der kosmetischen Gesichtschirurgie wie in der Kunst, dass die Schönheit eines Gesichtsausdrucks keineswegs ausschließlich von idealen Messwerten abhängt! Zu bedenken ist auch, dass Vorstellungen über ideale Proportionen Modetrends unterworfen sind und sich im Lauf der Zeit ändern können. So ist die noch zu Zeiten von Marilyn Monroe besonders in USA beliebte, relativ kleine „Stupsnase“ heute für die kosmetische Gesichtschirurgie in aller Welt kein Vorbild mehr.

Behinderte Nasenatmung – Ursachen und Behandlung

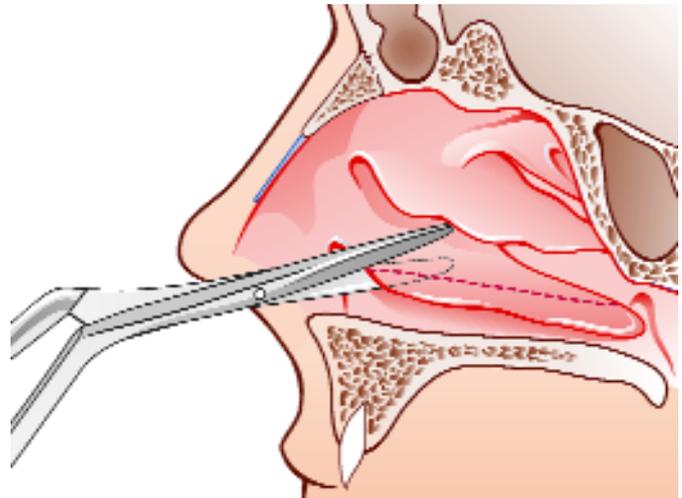
Eine häufige Ursache oder Mitursache von Nasenatmungsbehinderungen ist das nicht mittig stehende Nasenseptum, also die Septumdeviation. Meist sind die Deformitäten der Nasenscheidewand angeboren. Biegungen oder Spornbildungen des Septum engen dann eine oder beide Nasenhaupthöhlen ein und können auch die Ostien der Nasennebenhöhlen verlegen. Nicht selten bewirken solche Septumdeviationen auch einen äußerlichen Nasenschiefstand, so dass die Korrektur gleichzeitig eine ästhetische und funktionelle Aufgabe erfüllt. Die Operation der Septumdeviation besteht in der submukösen Abtragung von knorpeligen und knöchernen Spornen und der Positionierung von mobilisiertem Knorpel und

Knochen in der Mittellinie. Die Schnittführung für diesen Eingriff liegt im Naseneingang vor der Septumvorderkante und ist äußerlich nicht sichtbar.

Eine vielleicht noch etwas häufigere Ursache der behinderten Nasenatmung ist die Nasenmuschelhyperplasie, bei der besonders die unteren Nasenmuscheln in unphysiologischer Weise anschwellen, keine spontane Abschwelltendenz zeigen und damit die Nasengänge obstruieren. Neben entzündlichen und allergischen Ursachen gibt es dieses Phänomen als Folge des Abusus von abschwellenden Nasentropfen oder Sprays, die eigentlich gerade zur Behebung dieses Schwellungszustandes eingesetzt werden – ein Circulus vitiosus. Der Einsatz solcher Nasensprays (Privin) ist deshalb mit größter Zurückhaltung und nur kurzfristig bei akuten Zuständen zu empfehlen. Die operative Behandlung der Nasenmuschelhyperplasie besteht im Wesentlichen in der Volumenreduktion. Die ausgeprägtesten Effekte erzielt man mit der chirurgischen Abschneidung eines Teils der unteren Muschel (Conchotomie; Abb. 2); weniger aggressiv und schonender, allerdings unter Umständen auch weniger effektiv ist die Elektrokauterisation (Muschelkaustik) oder die Laserbehandlung des Nasenmuschelgewebes. Bei allergischen Erkrankungen (Heuschnupfen) kann die als Begleitphänomen auftretende Hyperplasie in günstigen Fällen ausschließlich mit cortisonhaltigen Nasensprays behandelt werden (etwa Nasonex®).

Die Kenntnis dieser Kausalitäten im Zusammenhang mit Nasenatmungsbehinderungen und rhinochirurgischen Eingriffen prädestiniert den Hals-Nasen-Ohrenarzt für korrektive Eingriffe an der Nase, bei denen nicht nur kosmetisch, sondern auch funktionell ein zufrieden stellendes Ergebnis für die Betroffenen von Bedeutung ist. Außer der Septumdeviation und der Nasenmuschelhyperplasie gibt es weitere Ursachen nasaler Obstruktionen, wie etwa die Polyposis nasi, traumatisch bedingte Vernarbungen und Synechien oder Funktionsstörungen der Nasenklappe am Übergangsbereich zwischen Flügel- und Dreiecksknorpel. Die letztgenannte Gruppe erfordert für die Korrektur besondere Kenntnisse und Erfahrungen.

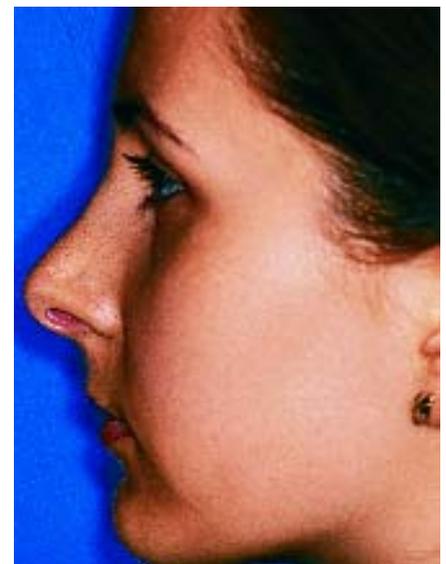
Abb. 2: Conchotomie der unteren Muschel bei Hyperplasie.



Kosmetische Rhinochirurgie

Äußerliche Formveränderungen der Nase, die auch mit Funktionsstörungen einhergehen können, sind außer der Schiefnase vor allem die Sattelnase, die Breitenase und die so genannte Spannungsnase, sowie alle angeborenen oder erworbenen Veränderungen mit einer Stenosierung des Naseneingangs. Erfahrungsgemäß führt es nicht zur Patientenzufriedenheit, wenn durch die Korrektur nur die Form oder nur die Funktion verbessert wird. Insofern suchen sich die Patienten vorzugsweise solche Operateure aus, die Erfahrung in der gesamten Nasenchirurgie haben und daher kosmetische und funktionelle Anforderungen gleichermaßen berücksichtigen.

Die operativen Schritte zur Korrektur der Nasenform betreffen Form verändernde Eingriffe an den Flügelknorpeln (zur Formung der Nasenspitze) und am Septum beziehungsweise den Nasenbeinen (für die Formkorrektur am stabilen Nasengerüst). Grundsätzlich kann man als Zugangswege verschiedene Schnittführungen im Naseninneren („geschlossene Methode“) von einem Zugang unterscheiden, bei dem durch einen quer über den Nasensteg geführten Schnitt die Abhebung der Nasenhaut und Freilegung der erwähnten Strukturen ermöglicht wird („offene Technik“). Die geschlossene Methode (Luxationstechnik; Abb. 3) ist technisch anspruchsvoller und erfordert mehr Erfahrung, erspart aber dem Patienten den – wenn auch kleinen – äußer-

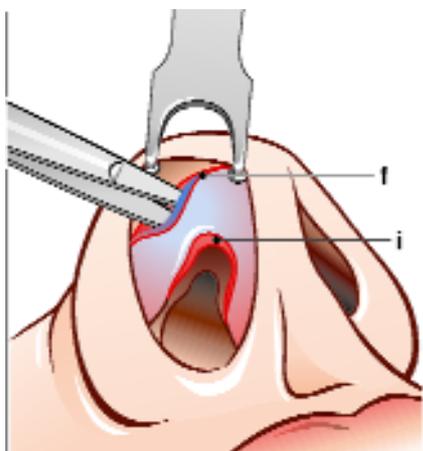


Fallbeispiel einer Großnase vor und nach der Operation.

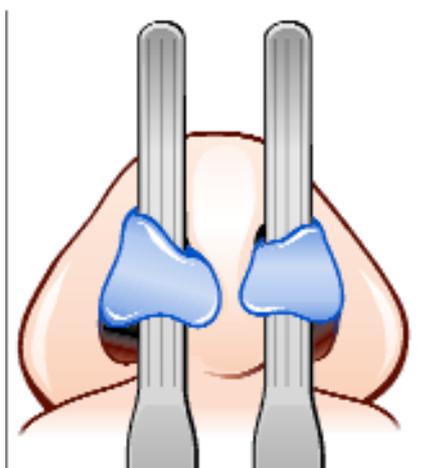
Abb. 3a: Schnittführung für die Luxationsmethode; Abb. 3b: Situation nach Luxation zur Bearbeitung für die Korrektur der Nasenspitzenkonfiguration.

lich sichtbaren Schnitt am Nasensteg, der im Fall einer Wundheilungsstörung auch gelegentlich als Narbe sichtbar bleibt. Der Verfasser bevorzugt die geschlossene Technik auch für komplexe und ausgedehnte rhinochirurgische Eingriffe sowie Revisionsoperationen.

Um den häufig geäußerten Wunsch nach einer besseren Projektion und Endrundung der Nasenspitze zu erfüllen, müssen die Flügelknorpel mehr oder weniger vollständig freigelegt, durch Inzisionen oder Exzisionen am Knorpel bearbeitet und schließlich mit Hilfe spezieller Nähte in der gewünschten neuen Form fixiert werden. Gelegentlich ist auch zur Betonung der Nasenspitzenkonfiguration das Einbringen von Knorpeltransplantaten aus dem Septum erforderlich. Das stabile Nasengerüst soll meist verkleinert oder verschmälert werden. Dazu wird die Haut abgelöst, bevor mit scharfen Instrumenten beispielsweise ein Höcker in angemessener Höhe reduziert werden kann (Abbildungen 4a, b). Wichtig ist danach die durch gezielten Einsatz des Meißels herbeigeführte Frakturierung der seitlichen Nasenwände (Osteotomie; Abbildung 5), wodurch die Nase verschmälert, das Gerüst in die Mittellinie eingestellt und der Nasenrücken wieder geschlossen werden kann. Bei allen operativen Schritten ist im Interesse eines symmetrischen und ausgewogenen Ergebnisses höchste Präzision gefordert, und der Operateur sollte ein erlerntes oder intuitives Verständnis von der ausgewogenen Proportionalität eines Gesichts im Allgemeinen und der Nase im Besonderen haben. In diesem Zusammenhang ist auf die richtige Proportionierung der Nasenlänge, die günstigste Einstellung des Na-



f = Flügelknorpelrandschnitt
i = intercartilaginärer Schnitt



sen-Oberlippen-Winkels, eine ausgewogene Projektion des Nasensteges und auf eine Reihe weiterer Details zu achten. Die resorbierbaren intranasalen Nähte, eine Schienung der Nasenscheidewand von innen sowie eine äußerliche Nasenschiene stabilisieren das erzielte Ergebnis für rund sieben bis zehn Tage. Nach Entfernung aller Tamponade- und Schienungsmaterialien

wird zu Beginn noch eine gewisse Weichteilschwellung erkennbar sein, die aber nach etwa zwei Wochen abgeklungen ist. Das Ergebnis der Chirurgie kann dann durchaus schon beurteilt werden, wenngleich durch weiteres Abschwellen die Konturen der „neuen Nase“ in den folgenden Monaten sich noch zunehmend deutlicher abzeichnen. Wurden funktionelle Eingriffe im Naseninneren vorgenommen, ist in der frühen postoperativen Phase unbedingt endonasale Pflege erforderlich.

Risiken und Komplikationen

Bei korrekativer Nasenchirurgie betreffen die möglichen Komplikationen sowohl funktionelle als auch kosmetische Aspekte. Ein denkbares Risiko ist die Nachblutung, die vor allem durch Eingriffe an den Nasenmuscheln – insbesondere durch Conchotomie – ausgelöst werden kann. Die dabei eröffneten Gefäße können schon intraoperativ Anlass zur erheblichen Blutung geben, die dann sorgfältig gestillt werden muss. Eine Tamponade verhindert zwar in der Regel die Nachblutung, aber die Patienten müssen auf das Risiko hingewiesen werden. Ungleich seltener sind Nachblutungen nach Septumplastik oder auch in Folge der Osteotomien bei der Rhinoplastik. Bei Einblutung zwischen die Schleimhautblätter nach Septumplastik entsteht das so genannte Septumhämatom, welches zur Obstruktion der Nase führt und mit Wiedereröffnen der Schnittführung, Absaugung und Tamponade behandelt werden muss. Infiziert sich ein Septumhämatom, droht der gefürchtete Septumabszess, der vergleichsweise schnell zum Abbau und damit Verlust von Teilen des Knorpelgerüsts der Nase führen kann. Folgezustände sind die Sattelnase oder Nasenstenosen, deren Korrektur unter Umständen schwierig ist. Insofern ist die rechtzeitige Erkennung und konsequente Behandlung eines Septumhämatoms und besonders Septumabszesses von besonderer Relevanz, allerdings sind diese Komplikationen tatsächlich ausgesprochen selten. Mit genügender Sorgfalt muss der Patient auch auf die Möglichkeit hingewiesen wer-

Fallbeispiel einer Überprojektion der Nasenspitze.



den, dass nach äußerlicher Nasenkorrektur eventuell nicht das gewünschte Resultat erzielt wird, die Operation also aus kosmetischer Sicht ein Misserfolg wird. Dabei kann es vorkommen, dass die Meinungen darüber zwischen Arzt und Patient auseinander gehen: Der Patient ist mit dem Ergebnis unzufrieden, während der Chirurg das Resultat nicht kritikwürdig findet. Weitere Unklarheiten können über die Ursachen von unerwünschten Resultaten bestehen. Neben Störungen im Heilungsverlauf, die zum Beispiel zu Asymmetrien, unregelmäßigem Profilverlauf am Nasenrücken oder zum Schiefstand der Nase führen, kann grundsätzlich auch eine unangemessene chirurgische Technik ursächlich für ein unerwünschtes Ergebnis sein. Patient und Arzt müssen in solchen Fällen offen miteinander über die sich ergebende Situation sprechen und insbesondere Einigkeit über das weitere Vorgehen erzielen. Der Operateur wird aus seiner persönlichen Erfahrung heraus zu entscheiden haben, ob er dem Patienten eine Revisionsoperation anbieten möchte, von der er sich eine wirkliche Verbesserung des erzielten Resultates verspricht, ob darauf eventuell besser zu verzichten wäre, oder ob gar ein besonders erfahrener Fachkollege zu Rate zu ziehen ist. In den meisten Fällen empfiehlt es sich, bis zur Entscheidung über eine eventuelle Nachoperation nach kosmetischer Rhinoplastik etwa ein Jahr zu warten,



Groß-Höcker-Nase mit ptotischer Nasenspitze

erst dann sieht man deutlich genug, welches Detail überhaupt in welcher Weise einer erneuten Operation zuzuführen ist. Ausgesprochene Raritäten sind erfreulicherweise die für die betroffenen Patienten katastrophalen Zustände, bei denen es in Folge einer Nasenoperation zum Untergang großer Teile des Nasengerüsts oder narbiger Schrumpfung der Nasenhaut kommt, so dass Korrekturversuche extrem schwierig werden. Derartige Zustände trifft man gelegentlich dann an, wenn an einer Nase nicht nur eine, sondern wiederholt korrektive Rhinoplastiken vorgenommen wurden. Deshalb empfiehlt sich für Revisionsoperationen ganz besonders die Auswahl eines wirklich langjährig erfahrenen Rhinochirurgen.



Vorbereitung zur Operation

Voraussetzung für jede Septorhinoplastik ist zunächst die sorgfältige Erhebung von Anamnese und Befund, die eine endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen einschließt, auch die sorgfältige äußerliche Untersuchung einschließlich Palpation. Besonders bei kosmetischer Zielsetzung gehört auch die Fotodokumentation zur Operationsvorbereitung. Es sind Bilder des Gesichts von vorne, von kaudal, von den Seiten und aus halb schräger Sicht anzufertigen. Nur die Summe dieser Ansichten ergibt ein vollständiges Bild. Weitere Diagnostik schließt die Nasenwiderstandsmessung beziehungsweise Messung der Luftdurchgängigkeit der Nase ein (Rhinoresistometrie, Rhinomanometrie beziehungsweise akustische Rhinometrie). Bei Hinweisen auf Nebenhöhlenentzündungen ist auch ein Röntgenbild der Nasennebenhöhlen zum Ausschluss einer Sinusitis erforderlich.

Angesichts der oben geschilderten Komplikationsmöglichkeiten hat das ausführliche Gespräch zwischen Operateur und Patient in der Vorbereitungsphase einen besonderen Stellenwert. Weichen die jeweiligen Vorstellungen über das gewünschte Resultat beziehungsweise die gegebenen Möglichkeiten zu stark voneinander ab, sollte der Arzt nicht zögern, dem Patienten einen weiteren Gesprächstermin anzubieten oder sogar den Eingriff abzulehnen, wenn er nicht davon ausgehen kann, dass er die Wünsche des Patienten erfüllen kann. In seltenen Ein-



Überprojektion der Nasenspitze



Abb. 4a und b: Höckerabtragung; der knorpelige und der knöcherne Anteil werden nacheinander entfernt. Abb. 5: verschiedene Osteotomielinien für die Verschmälerung/ Begradigung der Nase

zelfällen führen ausführliche Vorbereitungs-gespräche auch dazu, dass psychisch auffällige Patienten erkannt und zunächst dementsprechend betreut werden, bevor eventuell die Frage einer Nasenkorrektur nochmals besprochen wird.

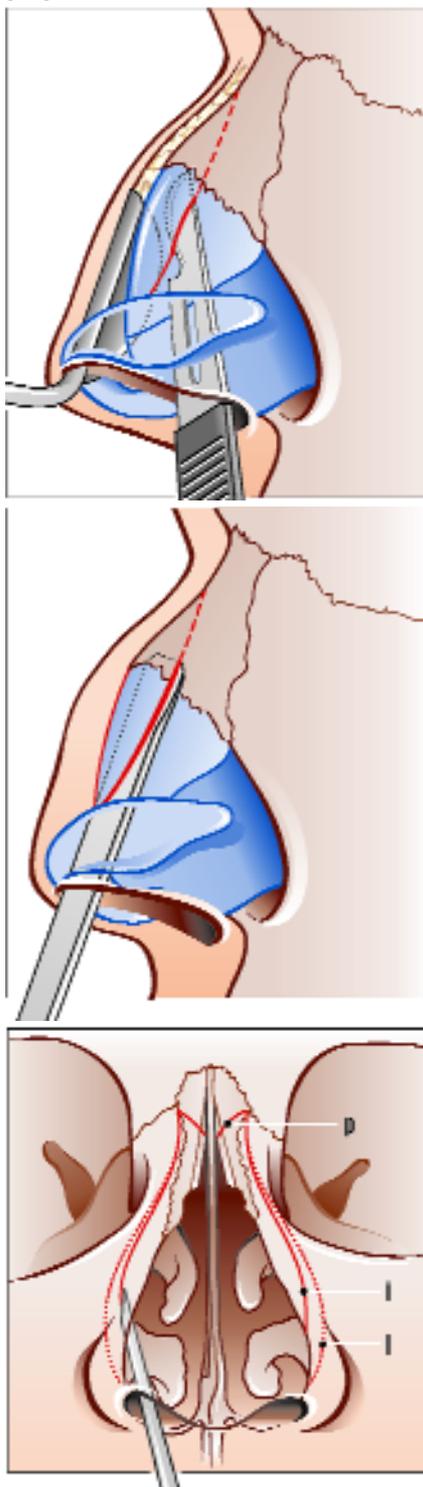
Natürlich gehört zur Operationsvorbereitung auch die Abklärung beziehungsweise Herstellung der Narkosefähigkeit und Mitbeurteilung durch den Anästhesisten.

Ergebnisse

Die Wertung der Ergebnisse nach Septorhinoplastik muss – entsprechend der Zielsetzung – beachten, ob funktionelle und kosmetische Ziele erfüllt wurden. Das bedeutet, dass postoperativ die Untersuchungen bezüglich der Nasenatmung wiederholt werden, genauso wie der präoperativen Photographie entsprechende Aufnahmen. Während die ersten Tage und Wochen noch von der Wundheilung, innerer Nasenpflege und Versorgung mit äußerlicher Nasenschiene beherrscht werden, zeichnet sich ab der zweiten Woche durch Abschwollen des Gewebes das endgültige Ergebnis immer deutlicher ab. Eine abschließende Beurteilung sollte nicht vor drei bis vier Monaten nach der Operation erfolgen, besser noch nach einem Jahr. Vor allem dann, wenn für die Korrektur etwa einer Sattelnase transplantierte Knorpel aus der Rippe oder der Ohrmuschel verwendet wurde, muss auch nach diesem Zeitpunkt noch mit Formveränderungen auf Grund von Dislokationen oder Resorption des verwendeten Transplantates gerechnet werden. Es empfiehlt sich, Patienten, die davon betroffen sein könnten, über die grundsätzliche Möglichkeit solcher Spät komplikationen zu informieren.

Allgemeine Informationen

Patienten, die eine funktionelle Nasenkorrektur zur Verbesserung der Nasenatmung durchführen lassen wollen, wenden sich in der Regel von sich aus oder auf Empfehlung ihres Hausarztes an einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Sofern der niedergelassene HNO-Arzt nicht selbst operiert, wird er wissen,



p = paramediane Osteotomie
i = intermediäre Osteotomie
l = laterale Osteotomie

wohin er einen solchen Patienten überweisen kann. Besteht der Wunsch nach kosmetischer Korrektur, werden die meisten Patienten ebenfalls den Empfehlungen ihrer Haus-/HNO-Ärzte folgen wollen. Allerdings

ist zu beachten, dass nicht jeder Chirurg, der gute funktionelle Nasenoperationen durchführt, damit auch für die kosmetische Korrektur in gleicher Weise ausgebildet ist oder genügend Erfahrung damit hat. Es ist deshalb empfehlenswert, sich durch weitere Befragung in der Umgebung (bei anderen Patienten oder Ärzten) einen Eindruck über die diesbezüglichen Fähigkeiten des gewählten Operateurs zu verschaffen.

Listen von Ärzten, die Nasenkorrekturen durchführen, erhält man über die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, oder auch über die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie.

Die Kosten einer Nasenkorrektur werden von Krankenkassen beziehungsweise Versicherungen in der Regel dann anstandslos übernommen, wenn es sich um eine rein oder doch überwiegend funktionelle Zielsetzung handelt – das heißt wenn eine Nasenatmungsbehinderung vorliegt – oder auch, wenn es sich um Folgezustände nach Traumen handelt.

Im Zweifelsfall sollte eine klare Festlegung über den Umfang der Kostenübernahme zwischen Arzt, Patient und Kostenträger herbeigeführt werden, bevor der Eingriff durchgeführt wird. Für den Fall, dass die Kasse die Kosten nicht übernimmt, müssen bei Vorausschätzungen der entstehenden Kosten auch die Tagessätze des Krankenhauses und die Kosten für die Narkose berücksichtigt werden. Im Allgemeinen liegen – je nach Einzelfall – die für eine kosmetische Rhinoplastik anfallenden Beträge etwa zwischen 1 000 und 5 000 Euro.

Prof. Dr. med. Alexander Berghaus
Direktor der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 12
D- 06097 Halle / Saale
Tel.: 0345/557 1784, E-Mail:
alexander.berghaus@medizin.uni-halle.de



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

Wenn die Nase tropft

Akute und chronische Rhinosinusitis

Michael Damm

Entzündliche Erkrankungen der Nase und Nasennebenhöhlen sind in den vergangenen Jahren zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Dies ist vor allem auf die Häufigkeit dieser Erkrankungen zurückzuführen. Für den Zahnarzt ist das Thema rund um die Nebenhöhlen spannend.

Alleine die Prävalenz der chronischen Rhinosinusitis (CRS) übersteigt nach Angaben des National Institute of Health (NIH) in den USA die der Volkskrankheiten „Arthritis“ und „Hypertonie“ [Kaliner et al. 1997]. In Deutschland wurde zwischen Juli 2000 und Juni 2001 bei 8 940 000 Patienten die Diagnose „Sinusitis“ und bei 219 000 die Diagnose „Polyposis nasi“ gestellt, die rund 12 000 000 Verordnungen nach sich zogen [Bachert et al. 2002].

Die CRS bedingt dabei nicht nur eine hohe Morbidität und somit direkte Kosten für Diagnostik und Therapie, sie ist auch für immense Kosten durch Folgeerscheinungen, wie die Arbeitsunfähigkeit der Betroffenen, welche auch im National Health Survey für den Berichtszeitraum 1994 in Amerika mit 85 000 000 Tagen angegeben wurde, verantwortlich [Kaliner et al. 1997]. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die Rhinosinusitis in westlichen Industrienationen zu den häufigsten Erkrankungen der dort lebenden Menschen zählt und erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden verursacht.

Akute Rhinosinusitis

Definition: Die akute Rhinosinusitis wird als Entzündung der Nebenhöhlen mit einem begleitenden Symptomkomplex definiert, der mit bis zu vier Krankheitsepisoden pro Jahr von weniger als acht Wochen Dauer bei Erwachsenen beziehungsweise weniger als zwölf Wochen bei Kindern andauert [International Rhinosinusitis Advisory Board 1997; Kaliner et al. 1997].

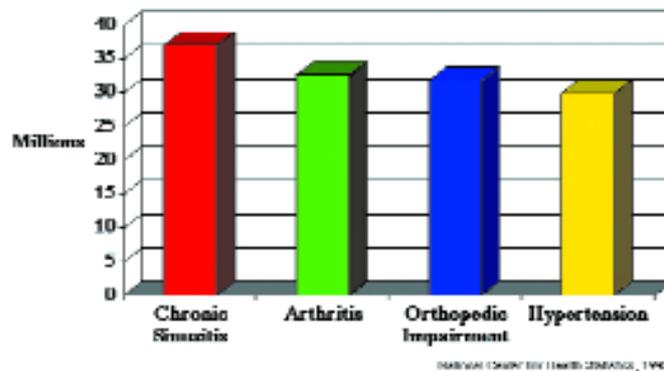


Abb. 1: Prävalenz der chronischen Krankheiten in den USA

Anzahl der Patienten mit chronischer Sinusitis, Arthritis, körperlicher Behinderung und Hypertonie [Millionen Erkrankte] im Health survey im Berichtszeitraum 1994 des National Institut of Health [Kaliner et al. 1997]

Ätiologie und Manifestationsformen: Die akute bakterielle Rhinosinusitis entsteht in der Regel als Superinfektion aus einer viralen Infektion der oberen Atemwege, wobei eine Infektionsdauer von mehr als sieben bis zehn Tagen auf die Entwicklung einer Sinusitis hinweist [Rudack et al. 1998a]. Als Erreger der akuten viralen Rhinitis kommen als Auslöser in erster Linie Rhino-, Corona-, Influenza- und Adenoviren in Frage [Meyer-

Breitling et al. 1990]. Die akute bakterielle Rhinitis wird vor allem durch Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae und Staphylococcus aureus bedingt, während Anaerobier vergleichsweise selten vorkommen [Meyer-Breitling et al. 1990] (vergleiche Erregerspektrum). Durch die physiologisch bestehenden Kommunikationen zwischen Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen werden entzündliche Prozesse fortgeleitet.

Ob es im Rahmen einer akuten Rhinitis zu einer symptomlosen Begleitaffektion der Nebenhöhlen kommt, oder sich eine klinisch manifeste, akute Sinusitis entwickelt, hängt von verschiedenen Umständen ab. Als prädisponierende Faktoren für die Entwicklung einer Sinusitis gelten vorbestehende anatomische Stenosen im Bereich der Ostien wie auch des so genannten osteomeatalen Komplexes, Immunsuppression oder Immunschwächen verschiedener Genese, Eindringen von Wasser beim Schwimmen beziehungsweise solide Nasenfremdkörper [Messerklinger 1972; Hinni et al. 1992; Rudack et al. 1998a]. Die Intubationsrhinosinusitis stellt sich in der Regel nach vier- bis fünftägiger



Abb. 2: Akute Sinusitis frontalis
Diffuse, komplette Verschattung der linken Stirnhöhle bei akuter Sinusitis frontalis im okzipitofrontalen Nasennebenhöhlenübersichtsröntgenbild.

nasotrachealer Intubation ein und wird als nosokomiale Infektion insbesondere bei abwehrgeschwächten Patienten gefürchtet [Caplan et al. 1982; Deutschman et al. 1986]. Ebenfalls rhinogen entsteht die Barosinusitis, die bei Druckschwankungen beim Fliegen oder Tauchen durch eine akute Abschottung der Nebenhöhlenausführungsgänge verursacht wird [Bolger et al. 1990].

Nicht rhinogene, akute Sinusitiden entstehen am häufigsten odontogen – durch radikuläre oder follikuläre Zysten, apikale Parodontitiden, infizierte, pulpitische oder gangränöse Zahnwurzelspitzenentzündungen oder aber Wurzelgranulome im Bereich der Oberkieferseitenzähne [Maresch et al. 1999]. Odontodentogene akute Kieferhöhlenentzündungen sind in der Regel durch Mund-Antrum-Fisteln bedingt (wie nach Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektionen), wobei die Infektion über eine nachfolgende oro-antrale Keimverschleppung entsteht.

Die akuten hämatogenen Sinusitiden manifestieren sich meist nur im Rahmen schwerster Allgemeinerkrankungen [Caplan et al. 1982; Clayman et al. 1991].

Klinische Manifestation und Erscheinungsbild: Im Erwachsenenalter kommt es in absteigender Reihenfolge zu Erkrankungen des Sinus maxillaris, ethmoidales, frontalis und sphenoidalis [Messerklinger 1972]. Im Kindesalter ist die Manifestation vom Entwicklungszustand der Nasennebenhöhlen abhängig, so dass hier ist in erster Linie vor allem bei kleineren Kindern das Siebbeinzellsystem involviert ist (Infektion postnatal möglich, häufiger jedoch ab dem zweiten Lebensjahr) [Maurer et al. 1999]. Erkrankungen der Kieferhöhlen werden ab dem vierten Lebensjahr, der Stirnhöhle ab dem sechsten und der Keilbeinhöhle ab dem achten Lebensjahr beobachtet [Maurer et al. 1999].

Bei den rhinogenen Sinusitiden ist die Nasenatmungsbehinderung ein Hauptsymptom. Typisch sind meist starke Schmerzen über der/den jeweilige(n) Nebenhöhle(n) der homolateralen Gesichtshälfte, eine Hyperästhesie im Bereich der Nervenaustrittspunkte, eine Schmerzverstärkung beim

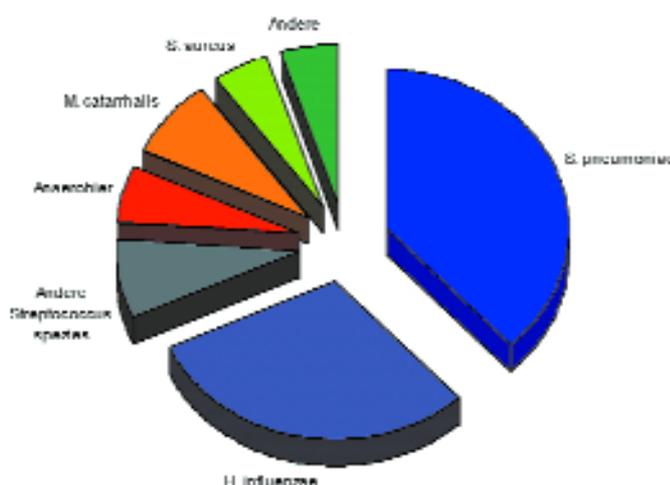


Abb. 3: Keimspektrum bei der akuten Rhinosinusitis Häufigkeiten der Hauptpathogene bei der akuten, bakteriellen Rhinosinusitis: *S. pneumoniae* 20-43 Prozent, *H. influenzae* 22-35 Prozent, *S. aureus* 3-9 Prozent, *M. catarrhalis* 2-10 Prozent, *S. aureus* 0-8 Prozent, andere Keime vier Prozent. Modifiziert n. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Sinus and Allergy Health Partnership 2000.

Bücken, gelegentlich aber nur Druck- und Völlegefühle. Eine Ausnahme macht dabei die Sinusitis sphenoidales, deren Schmerzen häufig in die Schädelmitte und den Hinterkopf ausstrahlen. Darüber hinaus bestehen oft allgemeine Krankheitszeichen, wie Abgeschlagenheit und Fieber, aber auch systemische Entzündungszeichen (Leukozytose, erhöhte Blutsenkung, CRP-Anstieg).

Diagnostik: Endoskopisch ist neben einer Schleimhautrötung und einer inflammatorischen Schwellung der Nasenmuscheln eine „Eiterstraße“ im mittleren Nasengang typisch.

Abstrich: Die Leitlinien bei „Infektionen des Mundes und der oberen Atemwege“ empfehlen eine mikrobiologische Diagnostik bei wiederkehrenden Beschwerden (Versagen einer kalkulierten Therapie), bei akuten Komplikationen einer akuten Sinusitis, bei Infektionen von Früh- und Neugeborenen sowie immunsupprimierten Patienten oder Haushaltsangehörigen (Herpesviridae) [Expertengruppe der Dt. Ges. f. Hygiene und Mikrobiologie 2000]. Als Methode der Wahl gilt dabei die Nebenhöhlenpunktion, die zum Beispiel als transnasale Kieferhöhlenpunktion jedoch aus klinischer Sicht erst nach erfolgloser, kalkulierter Antibiose gerechtfertigt ist [Expertengruppe der Dt. Ges. f. Hygiene und Mikrobiologie 2000]. Eine Alternative stellt die gezielte endoskopische Materialgewinnung aus dem mittleren Nasengang dar, wobei bei diesem Vorgehen Fehlinterpretationen durch Interferenzen mit der physiologischen Nasenflora möglich werden.

Bildgebung: Die weitere apparative Diagnostik umfasst Übersichtsröntgenaufnahmen der Nasennebenhöhlen in okzipitofrontaler und okzipitomentaler Projektion, die konventionelle Tomographie, A- und B-Mode Sonographie und die (bevorzugt coronare) Computertomographie. Für eine akute Sinusitis spricht bei klinischen Beschwerden eine Spiegelbildung im Röntgenbild oder eine homogene Verschattung der Nasennebenhöhlen (Abbildung 2) [Dobson et al. 1996]. Schleimhautpolster (randständige Verschattungen) gelten dagegen als unspezifisch und werden auch häufig bei symptomlosen Personen zufällig nachgewiesen. Sonographische Untersuchungen können insbesondere beim Vorliegen eines Kieferhöhlenempyems hilfreich sein, ihre Aussagekraft jedoch ist insbesondere bei Kleinkindern umstritten [Dobson et al. 1996]. Ist im Rahmen einer akuten Rhinosinusitis eine Komplikation aufgetreten (wie orbitale Komplikationen), sollte umgehend eine Computertomographie coronaler und axialer Schnittführung unter Einschluss des Hirnschädels erfolgen [Caplan et al. 1982; Clayman et al. 1991]. Dadurch können ossäre Defekte oder Destruktionen, Mukozelen und intrakranielle Raumforderungen, aber auch deren Beziehung zur Sinusitis beurteilt werden.

Erregerspektrum: Die nicht im Krankenhaus erworbene bakterielle Rhinosinusitis wird in bis zu 75 Prozent der Fälle durch Pneumokokken und *Haemophilus influenzae* verursacht (Abbildung 3) [Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhi-

Abb. 4:
Orbitale Komplikation
Beginnende Orbital-
phlegmone bei akuter
Sinusitis maxillaris
links.



nosinusitis. Sinus and Allergy Health Partnership 2000; Frazier et al. 1986; Meyer-Breitling et al. 1990]. Weitere Erreger sind verschiedene andere Streptokokken spp. (wie *Streptococcus pyogenes*, *Peptostreptokokken*), *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides* spp., *Fusobakterien*, *Enterobakterien*, *Klebsiella* spp., *P. aeruginosa* und gelegentlich auch *Legionella* spp. [Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Sinus and Allergy Health Partnership 2000].

Die virale Rhinosinusitis wird insbesondere durch Rhinoviren, Para-/Influenzaviren und Adenoviren verursacht [Meyer-Breitling et al. 1990; Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Sinus and Allergy Health Partnership 2000]

Bei den akuten Mykosen der Nasennebenhöhlen spielen insbesondere *Aspergillus* spp., *Zygomyceten*, *Phaeohyphomyzeten*, hyaline Schimmelpilze, *Sporothrix* spp. und Mikrosporidien eine Rolle.

Komplikationen: Unter den schweren Komplikationen sind die im Bereich der Orbita (Periostitis der Orbita, subperiostaler Abszess, periorbitales Ödem, Orbitalphlegmone) wegen der anatomischen Nachbarschaft der Augenhöhle zu den Nasennebenhöhlen am häufigsten (Abbildung 4) [Hytonen et al. 2000; Schramm et al. 1978].

Aber auch endokranielle Komplikationen (Epiduralabszess, Subduralabszess, Hirnabszess, Rhinogene Sinus-cavernosus-Thrombose, Meningitis) wurden bei etwa drei Prozent der in Universitätskliniken

stationär behandelten Patienten mit schwerer Rhinosinusitis beobachtet [Clayman et al. 1991]. Hinweise auf eine beginnende/eingetretene endokranielle Komplikation geben verschiedene klinische Zeichen, wobei in absteigender Häufigkeit persistierendes Fieber (58 Prozent), starke Kopfschmerzen (42 Prozent), kognitive Störungen (29 Prozent), Nackensteifigkeit (16 Prozent) und Hirnnervenpareesen (N. trigeminus, N. facialis (zwölf Prozent)) auftreten [Clayman et al. 1991]. Darüber hinaus sind die Osteomyelitis der flachen Schädelknochen und die Säuglingsoberkieferosteomyelitis gefürchtet [Hytonen et al. 2000].

Therapie:

Symptomatische Therapie

Bei der beginnenden akuten Rhinosinusitis kann in Abwesenheit systemischer Entzündungszeichen ein alleiniger symptomatischer Therapieversuch mit abschwellenden Nasentropfen oder so genannten „hohen Einlagen“ (mit Sympathikomimetika getränkte Wattebäusche, die im mittleren Nasengang eingelegt werden) ohne antibiotische Therapie erfolgen. Lokale, physiochemische Therapiemaßnahmen (Wärmeanwendung mit Dampfinhalationen, Rotlicht, Mikrowelle) kommen ebenfalls zur Anwendung. Obwohl sich die vorgenannten Maßnahmen in der klinischen Praxis bewährt haben existiert jedoch kein Wirkungsnachweis auf evidenzbasierten Richtlinien für die akute Rhinosinusitis [Bachert et al. 2002].

Medikamentöse Therapie:

Bei schwereren Verlaufsformen mit systemischen Entzündungszeichen, bei Patienten mit schweren Grunderkrankungen oder dem begründeten Verdacht auf eine bakterielle Nebenhöhleninfektion sollte umgehend eine kalkulierte antibiotische Therapie nach erwartetem Erregerspektrum erfolgen. Die primäre orale Antibiotikatherapie umfasst als Mittel der Wahl Aminopenicilline (wie Amoxicillin dreimal 1000 Milligramm) oder Cephalosporine der zweiten Generation (wie Cefuroximaxetil zweimal 250 Milligramm) über eine Therapiedauer von sieben bis zehn Tagen. In der HNO-ärztlichen Praxis werden jedoch auch mit guten Erfolgen Cotrimoxazol und Doxycyclin als preisgünstigere Alternativen eingesetzt. Bei Verdacht auf Infektionen mit Problemkeimen (wie *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas* spp.), die schon zum Teil durch die Cephalosporine der zweiten Generation erfasst werden, können Aminopenicilline mit Beta-Lactamasehemmstoffen beziehungsweise Fluorochinolone erforderlich werden [Meyer-Breitling et al. 1990; Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Sinus and Allergy Health Partnership 2000; Expertengruppe der Dt. Ges. f. Hygiene und Mikrobiologie 2000]. Bei komplizierten Verläufen oder dem Versagen der kalkulierten antibiotischen Therapie sollte eine Erreger- und Resistenzbestimmung erfolgen (vergleiche Abstrich).

Als adjuvante Therapeutika werden häufig Sekretolytika eingesetzt, wobei bislang kein evidenzbasierter Wirkungsnachweis durch Studien für die akute Rhinosinusitis erfolgt ist. Analgetika (insbesondere COX-Hemmer) können in Abhängigkeit von der Stärke der klinischen Symptomatik begleitend zur Schmerzbehandlung angewendet werden [Bachert et al. 2002].

Operative Therapie:

Operative Maßnahmen sind insbesondere bei Versagen der konservativen Therapiemaßnahmen (Persistenz der Beschwerdesymptomatik) beziehungsweise bei Komplikationen der akuten Rhinosinusitis indiziert. Zur Sicherung des kausalen Zusammenhangs zur Rhinosinusitis und zur Operati-

onsvorbereitung ist immer eine bildgebende Diagnostik erforderlich.

Zur Behandlung eines Kieferhöhlenempyems stehen zwei Typen der interventionellen Therapie zur Verfügung, die nach Abschwellen in Lokalanästhesie erfolgen können:

1. die scharfe Punktion über den unteren Nasengang,
2. die stumpfe Punktion über das natürliche Ostium im mittleren Nasengang (Assimakopoulos et al. 2001). Darüber hinaus besteht bei therapieresistenter Sinusitis frontalis die Option einer entlastenden Beckschen Bohrung [Berendes 1978]. Zur Sicherheit sollte vor einem solchen Eingriff immer eine seitliche Stirnhöhlenaufnahme zur Beurteilung der Tiefenausdehnung des Sinus angefertigt werden, um Verletzungen der Hinterwand beziehungsweise des Frontalhirns zu vermeiden. Das Punktat sollte möglichst unter sterilen Bedingungen gewonnen und in jedem Fall einer mikrobiologischen Begutachtung zugeführt werden.

Alle Komplikationen im Verlauf einer Rhinosinusitis erfordern eine umgehende Herdsanierung im Bereich der Nasennebenhöhlen über eine endonasal-endoskopische Operation oder einen Zugang von außen [Messerklinger 1972; Stammberger 1999; Stennert 2001]. Das Angehen der eigentlichen Komplikation sollte in Abhängigkeit von der Lokalisation in enger Zusammenarbeit mit den

beteiligten Disziplinen (Neurochirurgie, Augenheilkunde, Kieferchirurgie) erfolgen.

Akut-rezidivierende und subakute Rhinosinusitis

Die subakute Rhinosinusitis ist die Manifestation persistierender minimaler bis mäßiger Entzündungszeichen der Nasennebenhöhlen, die längere Perioden andauern können. Häufige Symptome der subakuten Sinusitis sind klarer oder muköser post nasal drip (posteriore Rhinorrhoe), anhaltende nasale Obstruktion und Husten, die sich typischerweise in der Nacht verstärken [International Rhinosinusitis Advisory Board 1997]. Oft tritt kein oder intermittierend nur schwaches Fieber auf [Dohlman 1994]. Die akut-rezidivierende Rhinosinusitis ist definiert als Entzündung der Nebenhöhlen mit einem begleitenden Symptomkomplex, bei der pro Jahr mehr als vier akute Krankheitsepisoden auftreten, wobei sich außerhalb dieser Perioden eine vollständige Rückbildung der Symptomatik zeigt [Bachert et al. 2002].

Detaillierte immunologische Befunde fehlen zu diesen Typen von Rhinosinuitiden, so dass es zurzeit nicht möglich ist, festzulegen, ob es sich bei diesen beiden Verlaufsformen um Vorphasen einer chronischen Rhinosinusitis oder um eigenständige Krankheitsbilder handelt.

Chronische Rhinosinusitis

Definition: Die chronische Rhinosinusitis (CRS) bei Erwachsenen wird als Erkrankung definiert, die Symptome und klinische Zeichen einer Nasennebenhöhlenentzündung über mehr als acht Wochen erzeugt oder bei der es zu mehr als vier Episoden einer akuten Sinusitis im Jahr kommt, die länger als zehn Tage andauern, und bei der sich permanente Veränderungen im CT auch vier Wochen nach Abschluss einer adäquaten medikamentösen Therapie ohne Hinweis auf eine zwischenzeitliche erneute akute Infektion nachweisen lassen [Kennedy 2000; Kaliner et al. 1999; International Rhinosinusitis Advisory Board 1997]. Bei Kindern verlängert sich die definitionsgemäß geforderte Erkrankungsdauer auf zwölf Wochen pro Jahr [Kaliner et al. 1997; International Rhinosinusitis Advisory Board 1997].

Klinisches Erscheinungsbild: Die Symptome der chronischen Rhinosinusitis sind in absteigender Häufigkeit Nasenatmungsbehinderung, postnasal drip, Cephalgien, trockene Schleimhäute (Dry upper respiratory tract syndrome: DURTS) und asthmatische Beschwerden (siehe Abbildung 5) [Damm et al. 2002]. Die Lebensqualität ist bei fast allen Patienten durch diese Erkrankung hochgradig reduziert [Damm et al. 2002].

Ätiologie und Pathophysiologie: Eine Vielzahl von Hypothesen wurden zu den pathophysiologischen Vorgängen bei der CRS aufgestellt, die anatomische Variationen, Infektionen, Stoffwechselerkrankungen, Allergien und Umwelteinflüsse neben anderen Ursachen umfasst [Bachert et al. 1998]. Eine der wichtigsten Hypothesen wurde von Messerklinger als Konzept der „Aufgehobenen Drainage und verminderten Ventilation der Nebenhöhlen“ beschrieben und später von Stammberger weiterentwickelt und popularisiert [Messerklinger 1972; Stammberger 1986]. Hiernach entstehen die meisten Nasennebenhöhlenerkrankungen durch rhinogene Infektionen. Daher wird die chronische Rhinosinusitis bis heute vielfach als ein entzündlicher Prozess verstanden, der durch einen gestörten Abfluss

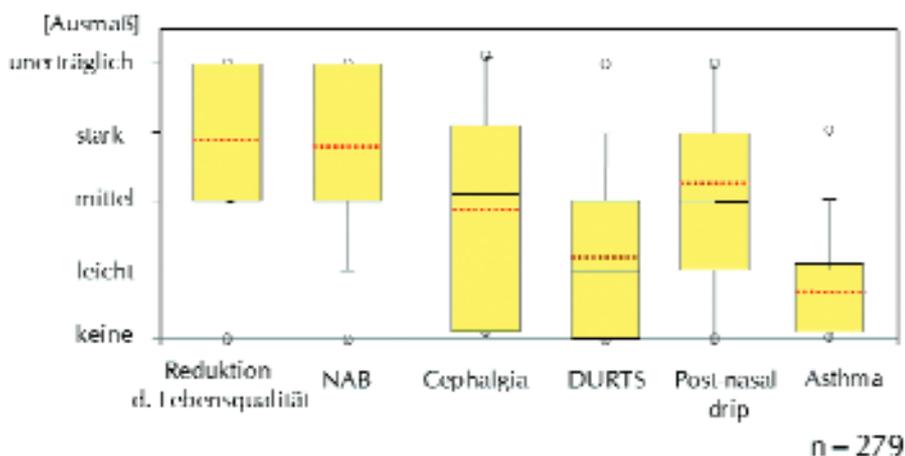


Abb. 5: Symptomprofil der chronischen Rhinosinusitis
Präoperative Einschätzung der Reduktion der Lebensqualität durch die CRS und der CRS-assoziierten Symptome in 5-Stufige Rangskalen. NAB=Nasenatmungsbehinderung, DURTS=Dry upper respiratory tract syndrome. Diese Box-Plot-Analyse zeigt den Median (durchgezogene Linie), den Mittelwert (gestrichelte Linie), die 5., 10., 25., 75., 90. und 95. Perzentile der Einschätzung der Patienten. Modifiziert nach [Damm et al. 2002]

und Minderventilation der Nasennebenhöhlen infolge einer bakteriellen oder viralen Infektion entsteht [Messerklinger 1972; Stammberger 1999]. Die Ursache der rezidivierenden Infektionen stellen nach dem Konzept von Messerklinger [Messerklinger 1972] Stenosen in Ausführungsgängen der Nasennebenhöhlen dar, die besonders häufig ihren Ausgang im Bereich des so genannten osteomeatalen Komplexes (mittlerer Nasengang und anatomisch enge Strukturen des vorderen Ethmoids) nehmen. Für die Entstehung der chronischen Sinusitis wird danach eine fortschreitende Obstruktion durch Vernarbungen im osteomeatalen Komplex (OMK) angenommen. Dies hat eine Abschottung der dahinter liegenden Nasennebenhöhlen zur Folge, wodurch es über verbesserte Wachstumsbedingungen zur gesteigerten Virulenz von saprophytären Keimen und erneuten Infektionen kommen soll [Messerklinger 1972; Stammberger 1986]. Das heute gültige Therapiekonzept der so genannten funktionellen endoskopischen Nasennebenhöhlenchirurgie (FESS) beruht auf der operativen Beseitigung von Obstruktionen im osteomeatalen Komplex [Stammberger 1986; Stammberger 1999; Damm et al. 2001a].

Die von Messerklinger entwickelte Hypothese beschreibt im Wesentlichen den Pathomechanismus von rezidivierenden Infektionen der Nasennebenhöhlen, die bei allen Formen der chronischen Rhinosinusitis, auch bei den hyperplastischen Formen mit Nasenpolypen, durch Verlegung des OMK im fortgeschrittenen Stadium auftreten [Brook 1989]. Er charakterisiert insgesamt jedoch nur einen Teilaspekt der entzündlichen Abläufe, da wir auch nach operativer Sanierung der Entzündung und Erweiterung der anatomischen Stenosen häufig mit Rezidiven der CRS konfrontiert werden, die langfristige antiphlogistische Behandlungen mit topischen und systemischen Kortikosteroiden erforderlich machen [Damm et al. 1999a]. Daher kann die Entstehung der CRS nicht alleine auf „Infektionen“ zurückge-

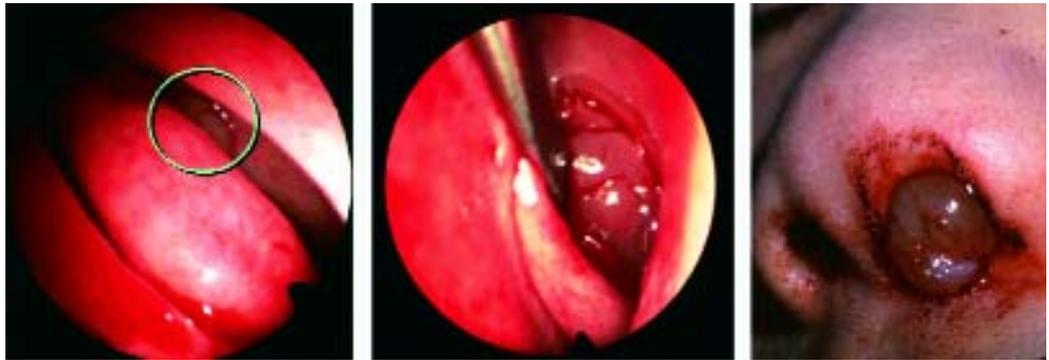


Abb. 6: Nasenpolypen: Zeitliche Dimension einer Erkrankung

Abb. 6a: Ethmoidaler Nasenpolyp im Anfangsstadium

Abb. 6b: deutlich sichtbarer Polyp, der den mittleren Nasengang ausfüllt

Abb. 6c: prolabierter Polyp

führt werden. Besonders deutlich wird dies bei der so genannten chronisch-hyperplastischen Verlaufsform mit Nasenpolypen (CHS/NP), wobei die Histologie dieser Untergruppe der CRS in 80 bis 90 Prozent der Fälle eine markante Gewebeeosinophilie zeigt [Stoop et al. 1993]. Daher muss hier von einer Interaktion mit weiteren entzündlichen Mechanismen ausgegangen werden, wie sie bei Allergien, Asthma oder der Aspirinsensitivität auftreten [Damm et al. 1999a; Bachert et al. 1998].

Chronische Rhinosinusitis ohne Nasenpolypen

Im Gegensatz zur akuten Sinusitis ist die Bedeutung der bakteriellen Infektion bei subakuter und chronischer Sinusitis weniger sicher [Bachert et al. 1997]. Bei der chronischen Kieferhöhlenentzündung treten anaerobe Bakterien alleine oder als Mischinfektion mit anaeroben, fakultativ anaeroben, beziehungsweise aeroben Keimen (insbesondere *Staphylococcus aureus*) auf [Brook 1989; Penttila et al. 1997]. Parallel kommt es meistens auch zu einer Mit-erkrankung der vorderen Ethmoidalzellen und somit zu einer fortschreitenden Verlegung des osteomeatalen Komplexes [Messerklinger 1972; Stammberger 1986]. In den Schleimhäuten und den Sekreten der Patienten mit bakterieller Rhinosinusitis finden sich hauptsächlich neutrophile Granulozyten mit einem geringen Anteil an Eosinophilen, Mastzellen, oder Basophilen

[Jahnsen et al. 1995]. Neben dem neutrophilen Infiltrat der Schleimhäute beobachtet man bei der chronischen Kieferhöhlenentzündung auch eine Anreicherung von mononukleären Zellen zusammen mit einer Hyperplasie der Becherzellen und der submukösen Drüsen, ein subepitheliales Ödem beziehungsweise eine Fibrose unterschiedlichen Ausmaßes [Jyonouchi et al. 2000]. Wichtigster Anteil der mononukleären Zellen sind T-Lymphozyten, die häufiger als CD8+- (Suppressor/zytotoxische T-Zellen) als CD4+-Subtyp (Helfer-T-Zellen) in Erscheinung treten, insbesondere bei ausgeprägter Gewebefibrose [Kamil et al. 1998]. Hohe Konzentrationen von Histamin und verschiedenen Leukotrienen (Ca, D4, and E4, Prostaglandin D) wurden im Sekret von Patienten mit CRS nachgewiesen und als Mastzell- beziehungsweise Basophilen-Aktivierung interpretiert [Georgitis et al. 1995]. Untersuchungen der Gewebezytokin-konzentrationen haben sich bei diesen Erkrankungen auf den neutrophilen Charakter der Entzündung konzentriert [Doyle et al. 1991]. Bei der chronischen Sinusitis maxillaris exprimieren extravaskuläre, polymorphonukleäre Zellen (PMN) proinflammatorische Zytokine (wie IL-1 β m-RNA), gleichzeitig kommt es zu einer Hochregulierung von vasculären Adhäsionsfaktoren (ICAM-1, E-Selektin) auf endothelialen Zellen [Tokushige et al. 1994]. Die humorale Immunantwort richtet sich auch gegen Lipopolysaccharide-(LPS)-Antigene der Erreger [Harada et al. 1988].

Chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen

Klinisch zeigen sich Nasenpolypen als blassgrau gestielte Ausstülpungen, die meistens vom mittleren Nasengang ausgehen und ausschließlich als chronische Krankheitsbilder auftreten [Damm et al. 1999a] (Abbildung 6). Unter dem Begriff „nasal polyps“ werden insbesondere im angloamerikanischen Sprachraum alle Formen von Nasenpolypen zusammengefasst, wie die chronisch-hyperplastische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CHS/NP) oder der solitäre antrochoanale Polyp [Bachert et al. 1997]. Die histologische Aufarbeitung lässt eine grobe Auftrennung in eosinophile und neutrophile Polypen zu, wobei Nasenpolypen auch mehr ödematösen beziehungsweise fibrotischen Charakter besitzen können [Bachert et al. 1997; Damm et al. 1999a].

Chronisch hyperplastische Rhinosinusitis mit Polypen

(CHS/NP)

Polyposis nasi bedeutet das Auftreten von Polypen in der Nasenhaupthöhle. Meist besteht gleichzeitig eine chronische Rhinosinusitis, wobei die Nasenpolypen nur die „Spitze des Eisberges“ darstellen (siehe Abbildung 7) [Damm et al. 1999a]. Die Ätiologie der CHS/NP ist bis heute ungeklärt, obwohl unzählige Hypothesen zur Pathophysiologie geäußert wurden [Mygind 1990]. Das Vorhandensein hyperplastischer, geschwollener Mucosa verursacht die nasale Obstruktion. Polyposis nasi et sinuum ist ein Synonym für die chronisch hyperplastische Sinusitis mit Nasenpolypen. Insgesamt sollen etwa vier Prozent der Bevölkerung an Nasenpolypen leiden [Bachert et al. 1998]. Die CHS/NP gilt als multifaktorielles Krankheitsbild, das in bis zu 25 Prozent der Fälle mit einer Acetylsalicylsäureintoleranz, bis zu 40 Prozent mit einem intrinsischem Asthma und bis zu acht Prozent mit der zystischen Fibrose assoziiert auftreten kann [Bachert et al. 1998]. Als Samter's Trias beziehungsweise Widal-Trias wird die Form der CHS/NP bezeichnet, die

mit einem Asthma bronchiale und Aspirin-Intoleranz vergesellschaftet ist [Zeit 1988]. Während einige Autoren immunologische Mechanismen, wie etwa eine Allergie gegen inhalative Allergene oder gegen Bakterienbestandteile, ätiologisch in Betracht ziehen, wird von anderen die Acetylsalicylsäure-(ASS)-Intoleranz in den Vordergrund gestellt [Simon et al. 1997]. Nach heutigem Kenntnisstand muss man davon ausgehen, dass eine Reihe von verschiedenen ätiologischen Faktoren die Formation der vorwiegend eosinophilen Nasenpolypen induzieren können und die CHS/NP daher nicht als einheitliches Krankheitsbild verstanden werden darf [Damm et al. 1999a]. Bis heute stehen daher sowohl zur Ätiologie als auch zu den exakten Pathomechanismen viele Fragen offen [Bachert et al. 1998]. Zum histologischen Bild der diffusen CHS/NP gehört neben Ödem und Fibrose eine markante Gewebeseosinophilie in 65 bis 90 Prozent der Fälle, der eine zentrale Bedeutung für die Pathogenese zugeschrieben wird [Stoop et al. 1993]. Gleichzeitig infiltrieren auch Makrophagen, mononukleäre Zellen, dendritische Zellen, Basophile und Lymphozyten die Polypen [Stoop et al. 1993]. Blutgefäße sind vermindert, ebenso oftmals die Zahl der Drüsen bei dem geschädigten Epithel [Stoop et al. 1993]. In-

folge einer chronischen Entzündungsreaktion ist die Anzahl der antigenpräsentierenden Zellen, wie etwa der Makrophagen oder der dendritischen Zellen, erhöht. Auch das Epithel selbst wird teilweise MHC-Klasse-II positiv und funktioniert dann als antigenpräsentierender Zellverband [Jahnsen et al. 1999].

Das Auftreten einer Gewebeseosinophilie wurde seit Mitte des letzten Jahrhunderts nicht selten mit einer allergischen Reaktion gleichgesetzt, so dass auch die Ursache von Nasenpolypen in einer Atemwegsallergie gesehen wurde. Seitens der Immunregulation wird heute dem Zytokin IL-5 eine Schlüsselrolle bei der Entstehung und Unterhaltung der „Eosinophilie“ bei der chronisch-hyperplastischen Rhinosinusitis zugeschrieben [Bachert et al. 1998]. Dieses Zytokin kann das Überleben von Eosinophilen im Gewebe verlängern und besitzt gleichzeitig starke chemotaktische Eigenschaften für diese Zellen. Darüber hinaus sind aber auch andere Zytokine, Chemokine und Wachstumsfaktoren (RANTES, Eotaxin, IL-1 β , TNF α , IL-6, IL-13 und GM-CSF) an der Entzündungsreaktion beteiligt [Damm et al. 2000a; Hamilos 2000; Bachert et al. 2000; Mygind et al. 2000]. Das weitgehende Fehlen von IL-4 in Nasenpolypen, dem Schlüsselzytokin der Typ-I-Allergie,

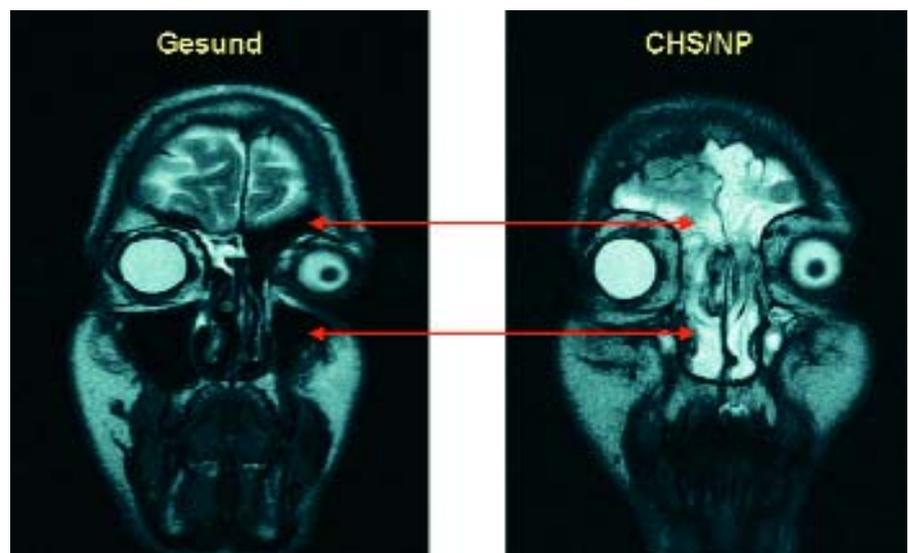


Abb. 7: MRT-Darstellung des NNH-Systems in T2-Wichtung

Abb. 7a: Beim Nasengesunden zeigen sich die Atemwege und die Nasennebenhöhlen überwiegend mit Luft gefüllt.

Abb. 7b: Beim Patienten mit CHS/NP sind die Nasenhaupthöhle und das komplette Nasennebenhöhlensystem mit signalreichen, entzündlichen Massen verlegt.

spricht heute aus immunologischer Sicht gegen deren „allergische“ Ätiologie [Damm et al. 2000a; Damm et al. 1999b; Bachert et al. 1998]. Auch epidemiologische Daten unterstützen eine allergische Genese von Nasenpolypen nicht, da allergische Sensibilisierungen nur bei etwa 50 Prozent der Patienten mit der CHS/NP nachweisbar sind [Damm et al. 2000b]. Da die Sensibilisierungsrate bei der CHS/NP die der Normalbevölkerung signifikant übersteigt, könnte die allergische Rhinitis als Co-Faktor in Erscheinung treten, wobei die Interaktion zwischen diesen beiden Krankheitsbildern über gemeinsame inflammatorische Teilstrecken (wie über die Th2-Zytokine IL-5 oder IL-13) entstehen kann [Damm et al. 2000b].

Neueste Daten zeigen jedoch, dass die Ursache der CHS/NP bei der Mehrzahl der Patienten möglicherweise auf eine überschießende Reaktion gegen die im nasalen Microenvironment der Schleimhaut lebende Keimflora, die im Wesentlichen durch verschiedene Pilze, Bakterien und deren Produkte (wie Enterotoxine) charakterisiert wird, zurückzuführen sein könnte [Bachert et al. 2000; Damm et al. 2001b]. Weitere Untersuchungen sind jedoch notwendig, um die vorgenannten Hypothesen zu konsolidieren.

Antrochoanal Polyp

Der antrochoanale Polyp wird als Polyp definiert, der sich in der Kieferhöhle bildet und durch das akzessorische Ostium in die Nasenhaupthöhle wächst, sich aber durch seine Lokalisation von der Polyposis nasi unterscheidet [Stammberger 1999]. Histologisch ist er durch die Infiltration verschiedener Entzündungszellen, vor allem neutrophiler Granulozyten, Stromaödem und einer Reduktion der Drüsen in der Submukosa gekennzeichnet [Mygind 1990, Min et al. 1995]. In den Homogenisaten dieser Polypen wurde kein IL-5-Protein gefunden [Rudack et al. 1998b]. Stattdessen konnten erhöhte Konzentrationen der proinflammatorischen Zytokine IL-1b IL-6 und IL-8 beobachtet werden [Rudack et al. 1998b]. Es könnte daher möglich sein, dass sich

Choanalpolypen nicht nur histologisch, sondern auch durch ihr Zytokinmuster von beidseitigen eosinophilen Polypen differenzieren lassen.

Allergic fungal sinusitis

Die „Allergic fungal sinusitis“ wurde 1983 von Katzenstein et al. beschrieben [Katzenstein et al. 1983]. Dieses Krankheitsbild ist von invasiven und nicht invasiven Formen (wie Myzetom, indolente mykotische Rhinosinusitis) der Mykosen des Nasennebenhöhlensystems abzugrenzen [Streppel et al. 1999]. Es handelt sich definitionsgemäß um „eine allergische Reaktion eines immunkompetenten Wirts gegen Allergene von Pilzen, die in der Nase wachsen“ [Kuhn et al. 1998]. Dieses Krankheitsbild wird bisher nur durch klinische, mikrobiologische und histologische Parameter definiert. Der typische intraoperative Befund zeigt NP und braune bis dunkelgrüne Schleimmassen in den Nasennebenhöhlen [Kuhn et al. 1998]. Die histologische Untersuchung zeigt in der HE-Färbung extramuköses Exudat des so genannten „allergischen Schleims“, eine starke Eosinophilie und Charcot-Leyden Kristalle [Ponikau et al. 1999]. Die CT-Bilder zeigen den allergischen Schleim als hyperdense Regionen. Im Allergietest lässt sich eine Hypersensitivität gegen Schimmelpilze nachweisen (umstritten) [Ponikau et al.

1999]. Die mikrobiologische Kultur weist eine Schimmelpilzbesiedelung der Nase/Nebenhöhlen nach (häufig *Aspergillus* spp., *Penicillium* spp., *Bipolaris* spp.) [Ponikau et al. 1999].

Diagnostik: Die Basisdiagnostik bei der chronischen Rhinosinusitis umfasst eine Endoskopie der Nasenhaupthöhlen und eine Schnittbildgebung. Neben einer Computertomographie (coronar und axial) kann auch eine Kernspintomographie erfolgen, die bei bestimmten Fragestellungen (wie Mykosen) zusätzliche Informationen erbringt. Die Aussagekraft von konventionellen Röntgenaufnahmen ist bei der CRS eher als gering einzustufen, so dass deren Indikation im Wesentlichen nur noch bei der akuten Sinusitis beschränkt wird. Die Zusatzdiagnostik umfasst die Allergiediagnostik, mikrobiologische Untersuchungen, Nasenzytologie, Saccharintest, elektronenmikroskopische Untersuchungen (Ausschluss Zilienfunktionsstörung) sowie Schleimhautbiopsien (Differentialdiagnose invertiertes Papillom).

Therapie: Zur Therapie der chronischen Rhinosinusitis stehen medikamentöse und operative Strategien zur Verfügung. Die Indikation für eine operative Therapie ergibt sich erst nach erfolgloser konservativer Vortherapie.

Medikamentöse Therapie

Zur topischen Steroidtherapie finden sich 14 placebokontrollierte Doppelblindstudien in der Literatur, die alle über eine signifikante Wirkung auf die untersuchten Symptome beziehungsweise die Rückbildung der Nasenpolypen in der Verumgruppe berichteten. Die Rückbildung der Polypen wurde meistens durch den Vergleich von endoskopischen Befunden ermittelt. Da keine dieser Studien mit bildgebenden Verfahren gearbeitet hat, kann der Einfluss der lokalen Steroidtherapie auf die Entzündungsreaktion in den Nebenhöhlen zurzeit nicht beurteilt werden.

Im Vergleich zu unzähligen Studien zur Antibiotikawirksamkeit bei der akuten Sinusitis finden sich in der gesamten Literatur nur zwei Untersuchungen zur Effektivität von

Abkürzungen im Text und Abbildungen

DURTS =	Dry upper respiratory tract syndrome
spp. =	Spezies
OMK =	osteomeataler Komplex
FESS =	funktionelle, endoskopische Nasennebenhöhlenchirurgie
CHS/NP =	chronisch-hyperplastischen Sinusitis mit Nasenpolypen
PMN =	polymorphonukleäre Zellen
IL =	Interleukin
ICAM-1 =	Intercellular adhesion molecule
E-Selektin =	Adhäsionsmolekül
RANTES =	Regulated upon Activation, Normal T cell Expressed and Secreted

systemischen Steroiden, die mit bildgebenden Verfahren gearbeitet haben [Damm et al. 1999c]. In einer Studien haben wir die Wirksamkeit einer über 14 Tage absteigenden oralen Fluocortolon-Medikation (Gesamtdosis von 700 Milligramm) zusammen mit einer topischen Steroidgabe bei Patienten mit ausgedehnter CHS/NP untersucht. Die Rückbildung der Entzündung in der Nase und den Nebenhöhlen wurde durch einen digitalen Vergleich der Befunde auf Kernspintomogrammen vor und nach Ende der Therapie analysiert. Zusammenfassend konnten im Mittel 40 Prozent der entzündlichen Veränderungen zurückgebildet werden, wobei es bei keinem Patienten zu einer 100-prozentigen Rückbildung kam. Das Zurückbleiben von inflammatorischem Gewebe, insbesondere in der Siebbeinregion, ist häufig der Ausgangsort des erneuten Aufflammens der Entzündung nach Absetzen der antiphlogistischen Therapie.

Operative Therapie

Bleibt eine dauerhafte Besserung der Beschwerden im Anschluss an eine konservative Therapie aus, ist ein chirurgisches Vorgehen bei der CRS indiziert.

Die funktionelle, endoskopische Nasennebenhöhlenchirurgie basiert auf den Arbeiten von Messerklinger [Messerklinger 1972]. Das Ziel der Operation ist die Wiederherstellung des mukoziliären Transports und der Ventilation der Nasennebenhöhlen. Seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde eine große Zahl von Modifikationen bei der endoskopischen Nasennebenhöhlenchirurgie beschrieben, die wesentlichen Techniken stammen dabei von Messerklinger, Wigand, Stammberger, Kennedy und Stennert [Messerklinger 1994; Stammberger 1999; Wigand 1981; Kennedy 1985; Stennert 2001]. Postoperativ sind jedoch insbesondere bei ausgedehnten, chronischen Rhinosinusi-

den (Erkrankung von mehreren Nasennebenhöhlen), der CHS/NP oder bei Patienten mit Analgetikaintoleranz langfristige antiphlogistische Therapiemaßnahmen (topische Steroide) zur dauerhaften Kontrolle der Entzündungsreaktion in den oberen Atemwegen notwendig.

*Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
(Direktor Univ.-Prof. Dr. E. Stennert)
Universitätsklinikum zu Köln,
Josef Stelzmann Str. 9, 50931 Köln*

*Korrespondenz:
Priv. Doz. Dr. med. Michael Damm
Hals-Nasen-Ohren-Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum zu Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 9, 50931 Köln
E-Mail: michael.damm@uni-koeln.de*



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

Komplikation mit Lebensbedrohung

Halsphlegmone und Thoraxempyem nach Weisheitszahnentfernung

Martin Kunkel, Torsten E. Reichert



Abbildung 1: Schwellung der vorderen Halsregion mit verstreichen des Jugulums als Zeichen der fulminanten Entzündungsausbreitung.



Abbildung 2: Multiple Inzisionen des Halses über drei Etagen mit Einlage zahlreicher Drainagen. Der Gesamte vordere Weichteilmantel des Halses war mit entzündlichen Einschmelzungen durchsetzt.

diastinal- und Pleuraempyem (Abbildung 3). Die Residualbefunde der Abbildung 4 zeigen die Rückbildung der Thoraxbefunde nach Pleuradrainage zum Ende der dreiwöchigen Intensivbehandlungsphase. Der Patient überlebte ohne bleibende Folgeschäden.



Abbildung 3: Thorax-Übersichtsaufnahme und CT des Thorax zeigen ein ausgeprägtes Thoraxempyem.



Abb. 4: Deutliche Rückbildung des Empyems mit kleinem rechts dorsalen Restbefund nach Maximaltherapie

Kasuistik

Zwei Tage nach Entfernung eines linken unteren Weisheitszahnes kam es bei einem 43-jährigen Patienten ohne erkennbare Infektionsdisposition zu einer fulminanten Infektionsausbreitung. Der Patient wurde zunächst telefonisch durch eine ärztliche Notfallpraxis als „Zahnabszess“ angekündigt und erreicht die Klinik kurze Zeit später mit seinem privaten PKW. Bei der Aufnahme des zu diesem Zeitpunkt gehfähigen Patienten (der Patient hatte das Treppenhaus zum 4. Obergeschoss genommen) zeigte sich eine diffuse Schwellung und Rötung der vorderen Halsregion. Der Patient

wurde nun innerhalb von zehn Minuten zunehmend Dysphon und klagte über Luftnot. Der Patient wurde sitzend gelagert und umgehend unter Tracheotomiebereitschaft intubiert. Abbildung 1 zeigt die ausgeprägte kragenförmige Schwellung der gesamten vorderen Halsregion. Nach Tracheotomie auf liegendem Tubus erfolgte die Mehretageninzision der Phlegmone, wobei auf jeder der in Abbildung 2 erkennbaren multiplen Inzisionsebenen, auch auf der kontralateralen Seite und auf subcutanem Niveau, massiv Pus abfloss. Die nach Verlegung auf eine Intensivstation verursachte Röntgenaufnahme des Thorax und das nachfolgende CT zeigten ein Me-

Diskussion

Infektionen unter Beteiligung der Weichteilorganen des Halses sind schwere aber durchaus typische Komplikationen der Weisheitszahnentfernung [Yoshii et al. 2001]. Eine perakute phlegmonöse Verlaufsform ist hingegen eher selten und absteigende Infektionen unter Beteiligung des Mediastinums oder der Pleura stellen extreme Verlaufsformen dar, deren Letalität auch heute noch in einer Größenordnung von 25 bis 40 Prozent liegt [Furst et al. 2001].

Klinisch diagnostisch wegweisend ist neben der atypischen Schwellung des Halses unterhalb der Zungenbeinebene vor allem ein jugulärer Druckschmerz und selten auch die Schmerzausstrahlung entlang der Gefäßbögen des Halses. Auch weitab vom Punktum Maximum der Schwellung oder der Infektionsursache ist die Subcutis bereits auf leichte Berührung schmerzhaft und

Fazit für die Praxis

- Auch im Zeitalter moderner antibiotischer Therapiemöglichkeiten bleiben Phlegmonen der Halsweichteile schwere, und potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen.
- Klinische Alarmsignale sind neben Schwellungen des mittleren und unteren Halses vor allem die Druckschmerzhaftigkeit über dem Jugulum und den Gefäßbögen.
- Die Dynamik des Krankheitsgeschehens ist schwer vorhersagbar. Wenn erste Symptome der Dyspnoe erkennbar werden, verbleibt nur wenig Zeit zur Sicherung der Atemwege.

gelegentlich entsteht der palpatorische Eindruck eines Hautempfyems.

Die vorliegende Kasuistik soll insbesondere auf die geringe Zeitspanne hinweisen, die

unter dem fulminanten Progress der Infektion bis zur therapeutischen Weichenstellung bleibt. Die Sicherung der Atemwege hat hier Vorrang vor allen weiterführenden diagnostischen Maßnahmen, eine Tracheotomie ist unvermeidbar. Recht typisch ist der zweiphasige klinische Verlauf, bei dem nach einer längeren Kompensationsphase schließlich die Erschöpfung des Patienten unter der Atemarbeit zur akuten Dekompensation und zu schwerer Dyspnoe führt.

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



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

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Hochschullehrer für Zahnerhaltung

Direkte Kompositrestaurationen – Erweiterte Anwendung im Front- und Seitenzahnggebiet

Mittels neu entwickelter Restaurationstechniken ist es heute auf Substanz schonende Art und Weise möglich, auch ohne die Inanspruchnahme indirekter, meist labortechnischer Verfahren funktionell zufrieden stellende und ästhetisch ansprechende Restaurationen direkt im Mund des Patienten herzustellen. Die Indikation erfolgt individuell und damit befundbezogen.

Die Einsatzgebiete direkter Kompositrestaurationen sind inzwischen sehr umfangreich geworden. Als Beispiele sind unter anderem anzuführen:

A. Kavitätenbezogene Restaurationen zur Rekonstruktion ursprünglicher Zahnkonturen

1. Minimal-invasive Restaurationen – teils in Kombination mit Versiegelungen – zur streng schadensgerechten Versorgung **kleinerer Defekte** als Alternativen zu konventionellen „Füllungen“. Restaurationen zur Versorgung **mittelgroßer Defekte** (bislang meist unterteilt in F1 bis F4).

2. Substanz schonende Restaurationen zur streng schadensgerechten Rekonstruktion **größerer Defekte** als Alternativen zu indirekt gefertigten Restaurationen (Onlays, Teilkronen und mehr).

3. Substanz schonende Reparatur-Restaurationen als Alternativen zu stark invasiven Neuanfertigungen bereits vorhandener, mit begrenzten Mängeln behafteter Restaurationen.

B. Kavitätenunabhängige Restaurationen zur Zahnnumformung beziehungsweise Formkorrektur

1. Substanz schonende Formkorrekturen beziehungsweise -änderungen von Zähnen zur Verbesserung des Aussehens, der Funktion und/oder der Hygienefähigkeit als Alternativen zu indirekt gefertigten Verblendschalen (Veneers) und/oder Überkronungen.

2. Substanz schonende Zahnverbreiterungen oder Brückenglied-Modellationen zur Lückenverkleinerung oder zum Lückenschluss als Alternativen beziehungsweise Ergänzungen zu Zahnersatz.



3. Substanz schonende Zahnnumformungen sowie Maßnahmen zur Stabilisierung des Zahnbogens (im Sinne von Retainern oder Schienungen) als Alternativen beziehungsweise Ergänzungen zu kieferorthopädischen, funktionstherapeutischen und/oder parodontologischen Interventionen.

C. Kombinierte Restaurationen

Kombinationen kavitätenbezogener (A) und kavitätenunabhängiger (B) Restaurationen entsprechend zahlreicher individueller Variablen.

Die bisher in Leistungskatalogen aufgeführten traditionellen „Füllungen“ stellen inzwischen nur noch einen Ausschnitt aus den diversen Behandlungsoptionen im Gesamtspektrum direkter Restaurationen dar. Die darüber hinaus beschriebenen direkten Kompositrestaurationen zeichnen sich unter anderem durch folgende Besonderheiten aus:

■ Neuartige Präparationstechniken beziehungsweise Oberflächenbearbeitungen von Zahnhartsubstanzen und Restaurationsmaterialien

■ Adhäsive Verankerung an Schmelz, an Dentin und/oder an bereits vorhandenen metallischen wie auch zahnfarbenen Restaurationsmaterialien.

■ Mehrschichtige, form- und volumenvARIABLE Insertion von Materialien unterschiedlicher Art, Viskosität, Farbe und/oder Transluzenz zur Anpassung an werkstoffkundliche und verarbeitungstechnische Erfordernisse sowie zur Verbesserung des Aussehens.

■ Kavitätenbezogene Rekonstruktionen sowie kavitätenunabhängige Zahnnumformungen und Formkorrekturen zur Verbesserung des Aussehens, der Funktion und/oder der Hygienefähigkeit (ästhetische, funktionelle und/oder parodontale Indikation).

Der bisherige Leistungsinhalt der „klassischen“ Füllungstherapie beinhaltet lediglich das konventionelle Präparieren einer in der Regel mittelgroßen Standardkavität und das Auffüllen des entstandenen Defekts mit konventionellem plastisch verarbeitbarem Material. Auch die bisher vorliegenden Zeit- und Aufwandsmessungen beziehen sich auf diese tradierten Versorgungsformen.

Mit den hier zusätzlich beschriebenen Restaurationarten kann hingegen nicht nur die vorhandene Zahnkontur vorteilhafter als bisher rekonstruiert werden. Darüber hinaus lässt sie sich befundbezogen unter Beachtung ästhetischer, phonetischer, kaufunktionaler und/oder parodontaler Gesichtspunkte Substanz schonend und kavitätenunabhängig neu gestalten. Für diese neue Art von Leistungen gibt es weder Zeitbeziehungsweise Aufwandserhebungen noch Leistungskataloge. Auch wenn entsprechende Messungen noch ausstehen, lässt sich bereits jetzt abschätzen, dass sie mit einem wesentlich größeren Zeit-

Geräte- und Materialaufwand verbunden sind als die „konventionelle“ Füllungstherapie.

Die oben beschriebenen Einsatzgebiete von Kompositrestaurationen können erheblich dazu beitragen, den Zahnerhalt zu fördern und Substanz opfernde invasive Maßnahmen zu vermeiden oder zumindest auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Obwohl bislang nur unzureichendes Datenmaterial über das klinische Langzeitverhalten vorliegt, ist der klinische Einsatz dieser Maßnahmen auf Grund der günstigen Nutzen/Schaden-Relation (kein oder nur geringer Verlust von Zahnhartsubstanz gegenüber stark invasiven Restaurationen) bereits heute empfehlenswert.

Stand: 18. 12. 02

Prof. Dr. D. Heidemann (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, DGZ)

Prof. Dr. E. Hellwig (Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, DGZ)

Prof. Dr. R. Hickel (Präsident der European Federation of Conservative Dentistry, EFCD; Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, DGZ)

Prof. Dr. B. Klaißer (Sprecher der Hochschullehrer für Zahnerhaltung)

Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle (Past-Sprecher der Hochschullehrer für Zahnerhaltung)

Somatoforme und funktionelle Störungen

Die (zahn-)ärztliche Begutachtung von Patienten mit Beschwerden ohne adäquates organisches Korrelat bereitet naturgemäß Schwierigkeiten. Was ein Gutachter diesbezüglich wissen und bei seiner Entscheidungsfindung berücksichtigen sollte, hat der Oberallgäuer Neurologe, Psychiater und Umweltmediziner Wolfgang Hausotter in einer beachtenswerten, aus 18 Kapiteln bestehenden Monographie anschaulich dargelegt. Der Autor geht sowohl auf allgemeine Aspekte (Einführung in die Problematik; historischer Rückblick; Definition der somatoformen oder funktionellen Störungen; Ausschluss organischer Ursachen; Aufgaben und Stellung des ärztlichen Gutachters; Personen anderer Kulturkreise; Aggravation und Simulation bei der Begutachtung) als auch auf spezielle Beschwerdebilder ein, darunter chronische Schmerzen, Schleudertrauma der Halswirbelsäule, Fibromyalgie, chronisches Erschöpfungssyndrom, Tinnitus und „umweltassoziierte Erkrankungen“ (unter anderem das „Amalgam-Syndrom“). Seine Ausführungen sind für Zahnmediziner und Ärzte gleichermaßen relevant. Gegen Ende des Buchs gibt Hausotter wertvolle Tipps, die bei der Erstellung eines Gutachtens Gold wert sein können. Das lehrreiche und exzellent aufbereitete Werk ist allen Kolleginnen und Kollegen, die Patienten mit den genannten Beschwerdebildern zu ihrem Kli-

entel zählen, sehr zu empfehlen. Es sollte nicht auf den Kreis der ärztlichen Gutachter beschränkt bleiben.

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

Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen

Hausotter W. (Hrsg): Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, Urban & Fischer, München, 2002, 236 Seiten, 49,95 Euro, ISBN 3-437-22046-2.

Kopf- und Gesichtsschmerzen

In diesem preiswerten Taschenbuch beschreiben die beiden Regensburger Autoren übersichtlich und leicht verständlich die Symptomatik, Diagnose, Differentialdiagnose und Therapiemöglichkeiten der wichtigsten Formen der primären und sekundären Kopf- und Gesichtsschmerzen. Gesondert wird auf Kopfschmerzen bei Kindern und auf Kopfschmerzen während der Schwangerschaft eingegangen. Ein handliches Format, instruktive Tabellen und Abbildungen sowie eingestreute Praxistipps machen dieses Werk für den Kliniker interessant.

Das Büchlein kann trotz einiger Mängel als Einstieg in die Klassifikation, Symptomatik, Diagnostik und Therapie der wichtigen Formen des Kopfschmerzes sowie eines Teils der Gesichtsschmerzen, insbesondere der idiopathischen und symptomatischen Neuralgien der Gehirnnerven, empfohlen werden.

Priv.-Doz. Jens C. Türp, Freiburg i. Br./Basel

Kopf- und Gesichtsschmerzen

Volker Busch und Arne May. Urban & Fischer, München 2002, 29,95 Euro. ISBN 3-437-23070-0



Top oder Flop

Können Enzyme tatsächlich heilen

Dorothee Hahne

Enzyme sorgen im Organismus dafür, dass Reaktionen den Turbogang einlegen. Auch die Medizin nutzt die flinken Moleküle: Hoch dosiert eingenommen, sollen sie Entzündungen schneller abklingen und Prellungen schneller ab-schwellen lassen, und bei Krebspatienten sogar die Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapie lindern. Was ist dran an diesen Behauptungen?

Ohne Enzyme läuft im Organismus nichts: In Mund, Magen und Darm zerhacken sie Nährstoffe in ihre Bestandteile, das Immunsystem nutzt sie, um Krankheitserreger unschädlich zu machen, bei Verletzungen sorgen sie für sofortige Gerinnung des Blutes. Vermutlich gibt es mehr als 20 000 verschiedene Enzyme, von denen jedes eine bestimmte Reaktion anschiebt – wie ein Schlüssel, der in nur ein Schloss passt. Manche sind für die Spaltung von Molekülen zuständig, andere verknüpfen Moleküle, wieder andere transferieren Verbindungen vom einen auf ein anderes Molekül.

Aus Erfahrung gut: Enzyme in der Medizin

Auch die Medizin nutzt Enzyme seit langem: In den 30er Jahren begann der österreichische Wissenschaftler und Arzt Max Wolf, mit Enzymen zu experimentieren – zuerst an bösartigen Tumoren, später setzte er sie gezielt gegen Viren, Entzündungen und Schmerzen ein. Aus seinen Erfahrungen entwickelte sich die „systemische Enzymtherapie“: Darunter versteht man die Einnahme Eiweiß spaltender Enzyme, die mit einer Schutzschicht überzogen sind, um die empfindlichen Substanzen vor dem aggressiven Magensaft zu schützen. Aus dem Dünndarm gelangen die Enzyme ins Blut, und dort sollen sie den Heilungsprozess ganz unterschiedlicher Krankheiten ankurbeln. Zum Einsatz in Präparaten kommen hauptsächlich Gemische aus pflanzlichen und tierischen Enzymen:



Tropische Früchte: lecker, saftig und gesund

- Bromelain aus dem Strunk reifer Ananasfrüchte,
 - Papain aus dem Milchsaft des Melonenraums,
 - Chymotrypsin aus der Bauspeicheldrüse von Rindern sowie
 - Trypsin und Pankreatin aus der Bauchspeicheldrüse von Schweinen.
- Chymotrypsin und Trypsin finden sich als



inaktive Vorstufen auch im Bauchspeichelsaft beim Menschen. Um die Bauchspeicheldrüse vor Selbstverdauung zu schützen, werden sie erst in der Dünndarmschleimhaut aktiviert und knacken dort die Proteine aus der Nahrung.

Bewährt bei Verdauungsschwäche

Pankreatin dagegen ist eine Enzymkombination, die dem natürlichen Enzymmuster des menschlichen Bauchspeichels weitgehend gleicht. Normalerweise produziert die Bauchspeicheldrüse genügend Enzyme, die nach dem Essen in den Dünndarm gelangen und dort Kohlenhydrate, Eiweiße und Fette in ihre Bestandteile zerlegen. Bei Patienten mit einer Verdauungsschwäche kann die Bauchspeicheldrüse jedoch in ihrer Funktion gestört sein und zu wenig Enzyme bilden. Dies äußert sich in Beschwerden wie Völlegefühl und Blähungen. In diesen Fällen können Präparate mit Pankreatin helfen, die Verdauung zu normalisieren.

Das Einsatzgebiet der Enzympräparate geht allerdings weit über die Verdauungsschwäche hinaus: Sie werden vor allem bei Entzündungen, bei Sportverletzungen, Venenleiden, Rheumaerkrankungen und in der Krebstherapie eingesetzt.

Die nun schon seit Jahrzehnten angewandte Enzymtherapie hat allerdings nicht nur Anhänger. Kritiker bezweifeln, dass Enzyme intakt und in ausreichender Konzentration ins Blut gelangen, und falls doch, das Immunsystem diese körperfremden

Enzyme zum Abnehmen?

Zum Abnehmen sind Enzyme übrigens völlig ungeeignet. Zwar enthalten auch Nahrungsmittel Enzyme, etwa exotische Früchte wie Ananas, Papaya, Feigen oder Kiwi. Den ätzend sauren Magensaft überleben sie allerdings nicht: Wie alle Eiweißverbindungen zerlegt er auch die Enzyme in ihre Bestandteile und macht sie damit unwirksam.

Versprechungen wie die der „Hollywood-Diät“, mit Enzymen aus tropischen Früchten abzunehmen, gehören daher ins Reich der Märchen. Zudem ist es kaum vorstellbar, wie Eiweiß spaltende Enzyme Fett verbrennen sollen. Dasselbe gilt für Kapseln oder Tabletten mit tropischen Fruchtexttrakten, die als Nahrungsergänzungsmittel zur Förderung der Verdauung, zur „Entschlackung“ oder zum Abnehmen angeboten werden: „Sie sind in ihrer Wirkung sehr umstritten, weil es unwahrscheinlich ist, dass sie am Wirkungsort eintreffen“, so die Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Fazit: Es gibt keine wissenschaftlichen Beweise für einen Verdauungsfördernden oder Gewicht reduzierenden Effekt von Enzymen.

Fotos: CC/Uni-Hamburg/bio-sante

Eiweiße sofort funktionsunfähig macht. Außerdem gäbe es kaum aussagekräftige Studien, die ihre Wirksamkeit beweisen. Trotz dieser Kritik haben sich Enzympräparate fest etabliert: Immerhin nehmen sie rund zwei Millionen Deutsche pro Jahr ein.

Enzyme sind Entzündungsraffer

Lange Zeit war die Enzymtherapie pure Erfahrungsheilkunde. Heute gibt es Erklärungsmodelle über die Wirkmechanismen von Enzymen: Vermutlich greifen sie regulierend in Immun- und Entzündungsprozesse ein und spielen für ein schlagkräftiges Abwehrsystem eine



wichtige Rolle. Enzyme sollen den Ablauf einer Entzündung beschleunigen und so zur vollständigen Ausheilung beitragen. Ärzte, die hinter Enzympräparaten stehen, setzen diese daher bei verschiedenen Krankheiten ein, die mit Entzündungen einhergehen – angefangen bei Entzündungen der Nasennebenhöhlen, der Atemwege, der Harnwege, der Haut, der Gelenke oder der Venen.

Gerade bei Venenerkrankungen – seien es oberflächliche oder innere Krampfadern – spielen Entzündungen eine unselbige Rolle: Die Venen sind ausgeleert, sie werden durchlässiger und eiweißreiche Flüssigkeiten sammeln sich im Gewebe. Die Folge sind Entzündungen im Unterhautfettgewebe, die Schmerzen und ein Druckgefühl in den Beinen verursachen. Dr. Dagmar Berg, leitende Ärztin der Gefäßklinik in Ulm-Blaustein, arbeitet seit 25 Jahren mit Enzymen. Ihre Erfahrungen: „Enzyme lindern die Stauungszustände in den Beinen, reduzieren die Schmerzen und das Gefühl des schweren Beines. Allerdings darf man nicht erwarten, dass Krampfadern durch Enzyme verschwinden oder Venenerkrankungen schneller heilen“. Wie bei vielen anderen Einsatzgebieten der Enzyme fehlen jedoch auch bei den Venenerkrankungen wissenschaftliche Beweise: „Klinisch hat man manchmal damit Erfolg. Das Problem ist nur, dass es weltweit keine einzige positive Studie zu diesem Thema gibt“, so Professor Dr. Curt Diehm, Vorsitzender der Deutschen Gefäßliga.

Schnellere Heilung nach Zahn-OPs und Traumata

Einen festen Platz haben Enzyme mittlerweile in der Sportmedizin. Ob Bluterguss, Prellung oder Verstauchung – Enzyme helfen beim Abklingen der Schwellung und bei der Beseitigung des geronnenen Blutes aus der Haut und Unterhaut. Mit der Schwellung lassen auch die

Schmerzen nach, weil der Druck auf das Gewebe geringer wird. Dies gilt vor allem für das Enzymgemisch aus der Ananas, das Bromelain: Seit 1997 ist es als Arzneimittel bei Schwellungszuständen nach Operationen oder Verletzungen zugelassen. „Es gibt immer mehr Studien, die zeigen, dass Bromelain bei Schwellungen ähnlich gut wirkt wie nicht steroidale Antiphlogistika – nur ohne Nebenwirkungen auf den Magen“ sagt der Freiburger Sportmediziner Professor Aloys Berg. Eine mögliche Erklärung für



Die Feige – schon immer ein Symbol der alten Heilkunst – hat auch nach neuesten Erkenntnissen ihre berechtigte Wirkung.

die Wirkung der Proteasen ist: Sie regen im Rahmen einer Immunmodulation Prozesse wie Abräumvorgänge und die Aktivierung von Zytokinen an, beschleunigen dadurch die Entzündung und schieben den Heilungsprozess an. Herkömmliche Schmerzmittel dagegen blockieren den Entzündungsprozess.

Auch bei Zahnoperationen werden Enzyme mittlerweile eingesetzt. Eine Studie zeigte, dass die mit Enzymen behandelten Patienten nach Extraktion eines Weisheitszahnes nach zwei bis drei Tagen schon wieder beschwerdefrei essen konnten – was sonst zehn bis zwölf Tage dauert.

Umstritten: Enzyme in der Krebstherapie

Enzyme sollen sogar Krebspatienten helfen: Dem Arbeitskreis pro Enzyme zufolge verringern sie zum Beispiel die Nebenwirkungen einer Strahlen- und Chemotherapie. Ziel ist, das Immunsystem schneller wie-



Sanfte Chemie: Enzyme in der Industrie

Enzyme sind nicht nur im Organismus und in der Medizin Multitalente. Sie sind auch für viele technische Anwendungen interessant, weil sie effektiv, präzise und schnell arbeiten, dazu aber weder Lösungsmittel, Hitze oder Druck benötigen. Eine große Rolle spielen sie bei der Herstellung und Verarbeitung von Lebensmitteln. Sei es die Reifung von Käse, die Klärung trüber Obstsaft oder die Haltbarmachung von Majonäse – immer mischen Enzyme mit. Wichtig sind zum Beispiel die Amylasen. Sie werden gerne bei Hefebackwaren eingesetzt, da sie die Stärke vorab zerschneiden, was die Hefen zu Höchstleistungen bringt: Das Gebäck geht dann optimal auf. In Fruchtsäften bauen Amylasen stärkehaltige Trübstoffe ab, und Schnäpse, die aus Kartoffeln oder Getreide hergestellt werden, müssen ebenfalls erst die Scheren der Amylasen passieren, bevor sie zu Alkohol vergoren werden.

Enzymen sei dank wird auch die Wäsche porentief rein. Fast alle Markenwaschmittel enthalten die kleinen Helfer, denn sie knacken Stärke-, Fett- und Eiweißflecken. Bei der Lederverarbeitung werden Enzyme zum Beizen, Entwollen und Enthaaren gebraucht, in der Textilindustrie zur Veredelung von Stoffen, die Papier- und Zellstoffindustrie nutzt Enzyme zur Bleichung.

der zu stärken. Ob das tatsächlich funktioniert, ist allerdings fraglich. „Solche Behauptungen müssen heute durch gut gemachte klinische Studien bewiesen werden, und davon gibt es zu den Enzymen sehr wenige“, sagt Dr. Gerd Büschel, Mitglied der Arbeitsgruppe Biologische Krebstherapie in Nürnberg.

„Deshalb gehören Enzyme in der Krebsmedizin zu den



Fotos: MEV/Uni-Hamburg/PhotoDisc/garteneden.sif

Papaya, von der Sonne gereift, wirkt durch ihre Enzyme.

umstrittenen Arzneimitteln, und die Krankenkassen erstatten die Kosten dafür in der Regel nicht“, so Büschel weiter.

Wirksamkeit bei Multipler Sklerose nicht bestätigt

Enttäuschend endete eine große klinische Studie an über 300 Patienten, die zwei Jahre lang den Nutzen einer Enzymtherapie bei Multipler Sklerose untersucht hatte. Patienten, die Enzympräparate einnahmen, hatten gegenüber den Patienten mit dem Scheinpräparat keinen Benefit: Schubhäufigkeit, Behinderungsgrad und die Zeit bis zum nächsten Schub waren bei beiden Gruppen gleich.

Dorothee Hahne
Am Schmidtgrund 4
50765 Köln

Ananasenzyme helfen heilen.

11. Kongress für Präventive Zahnheilkunde

Erosionen – Abrasionen – Putzdefekte: Umdenken ist gefragt

Seit elf Jahren treffen sich Zahnmediziner und ihr Praxispersonal auf die Initiative der deutschen Blend-a-med-Forschung hin zu einen zweitägigen Kongress, um neueste Innovationen kennen zu lernen, Erfahrungen auszutauschen und das soeben Erlernte gemeinsam im Team in den Praxisalltag zu integrieren.



Fotos: MEV/Willershausen

Erscheinung waren die Vorträge gewidmet, die das Vermeiden von Putzdefekten, Abrasionen und Säureschäden an Zahnschmelz, Dentin und Weichgewebe thematisierten. Diese Erscheinungen hängen ganz offensichtlich mit den präventiven Strategien zusammen, wie Professor Dr. Johannes Einwag deutlich formulierte.

Gesundheitsttick und Bürste

Professor Dr. Thomas Attin, Göttingen, wies auf das komplexe Zusammenspiel zwischen Säureangriffen und mechanischer Belastung hin. Saure Speisen, wie Fruchtsäfte, Salatsaucen und

Auch in diesem Jahr wurde die Tagung – dieses Mal in Würzburg – durch das Fortbildungszentrum Stuttgart unter der Leitung von Professor Dr. Johannes Einwag mit Unterstützung der Universität Göttingen durchgeführt. Die Prophylaxebemühungen der letzten drei Jahrzehnte sind bundesweit sehr erfolgreich, so zumindest beweisen es epidemiologische Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen. Zwar gibt es immer noch eine gewisse Risikogruppe, die meistens sozial bedingt, viele Kariesläsionen vereinigt. Dieser Gruppe von Kindern sollte eine vermehrte Aufmerksamkeit und eine verstärkte Kontrolle und Therapie zuteil werden. Ein Screening bezüglich des Kariesrisikos würde hier sicherlich Abhilfe schaffen können. Außerdem beobachten Zahnärzte in den letzten Jahren vermehrt Schmelzdefekte, die nicht kariöser Ursache sind. Dieser



**Erfrischungsgetränke-
Konsum in der BRD:
1970: 40 l pro Kopf/anno
2001: 106 l pro Kopf/anno**

gesunde Zwischenmahlzeiten aus Obst weichen den Zahnschmelz auf und dieser wird dann anschließend durch die Prophylaxebemühungen des Patienten einfach weggebürstet. Ein häufig übersteigertes Gesundheits- und Figurbewusstsein vieler Patienten verstärkt diese Erscheinungen. Das zahnärztliche Bemühen sollte daher vor

Kongress-Zitate

„Joghurt ist übersättigt mit Phosphat und Kalzium, daher ist er nicht gefährlich für die Zähne!“

Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern

„Schwimmer, die regelmäßig im sauren Chlorwasser trainieren, zeigen verstärkt erosive Zahnschäden.“

„Orangensaft-Trinker sollen zu Produkten mit Kalziumzusatz greifen, hier ist die Erosivität geringer!“

„Saure Fluoride können Titanlegierungen, zum Beispiel von Implantaten, anlösen beziehungsweise korrodieren.“

„Patienten müssen in die Handhabung von elektrischen Zahnbürsten fachkompetent eingeführt werden. Bei unkontrollierter Handhabung kommt es verstärkt zu Putzriefen.“

„Bruxismus kann medikamenteninduziert sein: Kaffee, Nikotin, Alkohol, Amphetamine und L-Dopa in der Langzeittherapie kommen hier in Frage.“

PD Dr. Jens Türp Freiburg

allem darin liegen, so Professor Dr. Adrian Lussi, Bern, dem Patienten diese Vorgänge ins Bewusstsein zu rufen und den Zahnschmelz entsprechend mit Fluoriden zu stärken. Auch Stress kann Ursache eines Schmelzdefektes, sprich Abrasion, sein. PD Dr. Jens Türp, Freiburg, demonstrierte Probleme rund um den Bruxismus und erklärte Rezessionen auslösenden Kräfte. Bei der Überlegung einer Therapie von säuregeschädigten Zähnen sollte genau auf die Wahl des geeigneten Materials geachtet werden, wie Prof. Dr. Peter Prospiech, Homburg, erläuterte. Denn, so der Referent, auch Zahnersatzmaterialien können genau den schädlichen Faktoren unterliegen, wie es das natürliche Zahnmaterial vorher tat. Weiter standen Therapieformen und prophylaktische Maßnahmen der Zahnhartsubstanzdefekte auf dem Programm. sp

Degussa Dental Marketing Kongress

Mit Optimismus erfolgreich werden

Der 9. Degussa Dental Marketing Kongress hatte sich gleich drei Dinge auf einmal vorgenommen. „Analyse, Strategie, Umsetzung“ lautete das Motto, welches die Organisatoren der Veranstaltung gegeben hatten. Rund 1 000 Zahntechniker kamen zu dem schon traditionellen Branchentreff ins Sheraton Hotel am Frankfurter Flughafen, um sich von Referenten aus Politik, Wissenschaft und Marketing Infos und Tipps für eine erfolgreiche Betriebsführung geben zu lassen.



Das berufliche Schicksal aktiv in die Hand nehmen und sich mit Marketing Wettbewerbsvorteile verschaffen – das war die allgemeine Botschaft der Veranstaltung. Ganz entscheidend für geschäftlichen Erfolg aber, so der Tenor, ist der Rahmen, der von der Gesundheitspolitik vorgegeben wird.

Horst Seehofer, stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und Ex-Gesundheitsminister, gab in seinem Vortrag zu, in der Vergangenheit persönliche Fehlentscheidungen getroffen zu haben – und machte gleichzeitig umfassende Vorschläge für eine Gesundheitspolitik der Zukunft. Er forderte mehr Transparenz im Gesundheitswesen, weniger Einschränkungen des Wettbewerbs und eine größere Entscheidungsfreiheit für den Patienten. Gesundheitsbetriebe sollten verstärkt werben dürfen und Patienten freier über den Leistungskatalog ihrer Krankenkassen mitbestimmen können. Außerdem müsse die Selbstbeteiligung des Patienten erhöht und der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung festgeschrieben und an den Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Seehofer: „Wir brauchen einen Neuanfang hin zur Eigenverantwortung.“

Welche Chancen in Veränderungen und Notsituationen stecken, bestätigte Prof. Dr. Gerald Hüther, Neurobiologe von der Universitätsklinik Göttingen. Die Leistungen des menschlichen Gehirns müssen besser genutzt werden, so Hüther. Es sei nicht zum Auswendiglernen, sondern vielmehr zum Problemlösen geeignet und bis ins hohe Alter trainierbar. Das Gehirn zu unterfordern und stets alles unter Kontrolle zu halten sei ungesund. Denn sind die Ziele erstmal erreicht, verschwinde auch der beglückende Zustand des „Flow“.

Konkrete Strategien für mehr Erfolg und eine praktische Anleitung zur Steigerung des Vermögens präsentierte Prof. Dr. Vlado Bicanski, Finanz- und Steuerexperte vom Institut für Wirtschaft und Praxis in Münster. Er verwies auf die wachsende Bedeutung der Liquidität für jedes einzelne Unternehmen. „Vermögen ist gut, Liquidität besser“, so Bicanski.



Mehr Transparenz im Gesundheitswesen forderte Unions-Politiker Horst Seehofer (links). Motivationstrainer Jörg Löhr (oben) forderte die Kongressteilnehmer auf, ihre „Komfortzone“ zu verlassen.

Dr. Volker J. Kreyher, Marketingexperte im Gesundheitsbereich, beschäftigte sich mit der Frage, welche Veränderungen in einem Unternehmen notwendig sind, um Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Er empfahl eine strategische Planung, in der Marketing mit System betrieben werden sollte – Grundvoraussetzungen seien dabei Fantasie und Optimismus.

„Sich ein unverwechselbares Image aneignen“ war die Empfehlung des Werbeprofis Till Wagner von der Jung von Matt AG, einer der renommiertesten Werbeagenturen weltweit. „Eine Marke bedeutet: Anders sein

als andere“, so Wagner. Grundlage sei aber ein starkes Produkt, denn das Unternehmen liefere die Bausteine, und erst der Verbraucher mache es mit seiner Wahrnehmung zur Marke. Bekanntheit, Profil und ein hoher Wiedererkennungswert zeichnen das unverwechselbare Unternehmen aus – deshalb seien auch Marken nicht über Nacht, sondern nur über Jahre zu etablieren.

Mit Jörg Löhr hatten die Kongress-Veranstalter einen der gefragtesten deutschen Motivationstrainer verpflichtet. Seine Botschaft an die Teilnehmer: Raus aus der „Komfortzone“, rein in die „Wachstumszone“. Die eigenen Ansprüche müssten erhöht, Überzeugungen gewechselt und Strategien gefunden werden. Erfolg besteht für Löhr aus Flexibilität, Optimismus, Leidenschaft – und dem Willen, Grenzen zu überschreiten.

Für Degussa Dental Geschäftsführer Rudolf Lehner ein idealer Abschluss des zweitägigen Kongresses: „Hier wird voraus-, quer- und nachgedacht“, so sein Fazit. „Wir wollen Spielverderber für die notorischen Pessimisten sein.“

dev/pm

26. Jahrestagung des Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie

Identifizierungen werden effizienter

Am 12. Oktober 2002 fand die Tagung des Arbeitskreises traditionell wieder in Mainz statt. Über 60 Kolleginnen und Kollegen nahmen daran teil. Als Gäste konnten Kollegen aus Belgien, Frankreich, Österreich, der Schweiz, und den USA begrüßt werden.

Univ.-Professor Ludger Figgenger stellte ausgewählte Fälle aus der Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht vor, juristische Probleme aus der täglichen Arbeit des Zahnarztes. Hauptthema waren die Pflichten des Zahnarztes bei der Feststellung von Kindesmisshandlungen, ein Tabuthema für viele Zahnärzte, das durchbrochen werden muss. Dr. Jean Marc Hutt, Straßburg, sprach über die relevanten Rechtsgrundlagen in Frankreich. Ein weiteres Thema befasste sich mit der Altersschätzung bei Lebenden im Strafverfahren. Auf Grund der in Deutschland existierenden Rechtsprechung ist es für die Gerichte erforderlich, bei jugendlichen Straftätern, bei denen das Alter nicht bekannt oder bewusst falsch angegeben wird, ein möglichst genaues Alter zur Festlegung des Strafmaßes und der Zuständigkeit zu erhalten. Die Strafmündigkeit in Deutschland beginnt mit dem 14. Lebensjahr. Bis zum 18. Lebensjahr gilt der Straftäter als Jugendlicher und zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr als Heranwachsender. Dies sind die juristischen Hintergründe. Ausländische Straftäter versuchen zunehmend unter falscher Identität in Deutschland zu leben und geben auf Grund der Kenntnisse der genannten Hintergründe oftmals ein falsches Lebensalter an. So bedienen sich Dealer auch Jugendlicher, die behaupten, sofern sie von der Polizei festgestellt werden, sie seien noch keine 14 Jahre alt.

Der Nachmittag war auf Grund der Ereignisse der letzten Jahre der Problematik Massenkatastrophen und Identifizierung unbekannter Toter vorbehalten. Hierzu wurde ausführlich durch eine Kollegin der amerikanischen Streitkräfte über die Arbeit zur Identifizierung der Opfer des Anschlages gegen das World Trade Center und das Pentagon

am 11. September 2001 berichtet. Dr. Jean Claude Bonnetain, Dijon, referierte über die Identifizierung der Opfer des Concorde-Absturzes vom 25. Juli 2000 und aktuell wurden von Dr. Dr. Claus Grundmann, Duisburg, Mitglied der Identifizierungskommission beim Bundeskriminalamt, die Ergebnisse bei der Identifizierung der Opfer nach dem Flugzeugunglück bei Überlingen vorgebracht.

Die Mitgliederversammlung fand im Anschluss statt. Der Vorsitzende Dr. Dr. Rötzscher berichtete über die geleistete Arbeit im letzten Jahr. Nach dem Tod von Professor Gösta Gustafson, Schweden, wurde mit Zustimmung seiner Witwe der Gösta Gustafson-Award inauguriert. Dieser konnte erstmalig in Montpellier anlässlich des 16. Meetings der Internationalen Gesellschaft für Forensische Odonto-Stomatologie (I.O.F.O.S.) verliehen werden. Als Preisträger wurden Prof. Tore Solheim, Norwegen, und Prof. Cyril J. Thomas, Australien, ausgezeichnet.

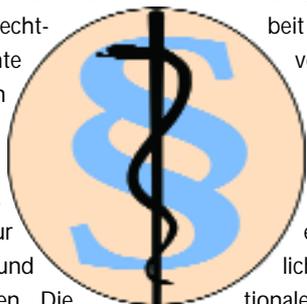
Der Arbeitskreis wurde für den englischsprachigen Raum in German Academy of Forensic Odonto-Stomatology umbenannt.

Als letzter Tagungspunkt waren die Vorstandswahlen durchzuführen. Dabei wurden die bisherigen vier Vorstandsmitglieder wieder gewählt.

Die 27. Jahrestagung des Arbeitskreises wird am 18. Oktober 2003 wieder in Mainz stattfinden.

*Dr. Dr. Klaus Rötzscher,
Wimphelingstraße 7
67346 Speyer*

*Dr. Rüdiger Lessig, Schriftführer
Institut für Rechtsmedizin
Johannisallee 28
04103 Leipzig*



Für Sie gelesen

Neues aus der „Kons“

Weltweit wird auf dem Gebiet der Zahnmedizin geforscht und weltweit werden diese Forschungsergebnisse in Fachzeitschriften publiziert. Aber welcher Zahnarzt kann schon all diese Veröffentlichungen lesen, auch wenn sie noch so interessant sind. Die zsm 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.



Foto: zsm

Lichthärtungstechnik und Randqualität

In der vorliegenden Studie wurde der Effekt der Soft-Start-Polymerisation im Vergleich zur herkömmlichen Lichthärtung bei Anwendung von chemisch und lichthärtenden Adhäsivsystemen auf die Randqualität von dentinbegrenzten Kavitäten untersucht.

Die Kräfte, die durch die Polymerisationsschrumpfung lichthärtender Komposite auf die Kavitätenwände einwirken und nachfolgend zu Randspalten führen können, sind abhängig von der Form der präparierten Kavität. Dieses Phänomen wird durch den Konfigurationsfaktor beschrieben. Der Faktor errechnet sich aus dem Quotienten von gebondeten zu nicht gebondeten Flächen. Kavitäten mit einer zylindrischen Form weisen fünf gebondete und eine nicht gebondete Fläche auf, sie haben somit einen hohen C-Faktor, das

heißt, die einwirkenden Kräfte durch die Polymerisationsschrumpfung auf die Kavitätenwände sind sehr hoch. In der folgenden beschriebenen Untersuchung wurden jeweils zehn zylindrische Kavitäten von ein Millimeter Tiefe mit einem Durchmesser von zwei und drei Millimetern (C-Faktor = 2,3 und 3) im Dentin von Rinderzähnen präpariert. In den sechs Gruppen wurden die verschiedenen Adhäsivsysteme Clear Fil Photo Bond, Clear Fil Liner Bond (beide Systeme werden lichtgehärtet) und Super-Bond D Liner (che-

misch härtend) appliziert und die Kavitäten anschließend mit Komposit (Photo Clearfil Hybridkomposit) versorgt. Zwei verschiedene Polymerisationstechniken kamen zur Anwendung. Bei der Soft-Start-Polymerisation wurden die Zähne zunächst für zehn Sekunden bei einem Abstand von Lichtquelle zu Komposit von zehn Millimetern mit 270 mW/cm² gehärtet; danach erfolgte die Aushärtung mit einer Intensität von 600 mW/cm² für 50 Sekunden mit einem Abstand von null Millimetern.

In der Kontrollgruppe wurde das Komposit für 60 Sekunden mit einer Intensität von 600 mW/cm² im Abstand von null Millimetern gehärtet. Nach thermischer Belastung zwischen vier und 60 Grad für 300 Zyklen wurde die Randqualität anhand der Farbstoffpenetration überprüft. Das chemisch härtende Adhäsivsystem Super-Bond D Liner zeigte unabhängig vom C-Faktor signifikant bessere Randqualitäten bei der konventionellen Lichthärtung für 60 Sekunden bei 600 mW/cm². Die Anwendung der Soft-Start-Polymerisation führte zu verbesserten Randqualitäten bei den Adhäsivsystemen Clearfil Photo Bond und Super-Bond D Liner; im letzten Fall konnte mit dieser Kombination bei allen Proben eine vollständige Randdichtigkeit erzielt werden, die unabhängig vom C-Faktor war.

Die Autoren erklären sich die guten Ergebnisse bezüglich der Randdichtigkeit für das Adhäsivsystem Super-Bond D Liner mit der hohen Elastizität und initialen Haftfestigkeit sowie der chemischen Polymerisation. Im Aushärtungsprozess durchläuft das Adhäsivsystem eine elastische Phase, durch die es in der Lage

sein soll, einen Teil der Kräfte, die durch die Polymerisationsschrumpfung des Komposits auftreten, zu absorbieren.

Die Soft-Start-Polymerisation soll zunächst selektiv die Polymerisation des Komposits an der Wand der Kavität fördern, da durch die geringe Lichtintensität der Polymerisationsprozess durch die freien Radikale des bereits gehärteten Bondings beginnt. Somit soll es den Autoren zufolge bei der anschließenden Steigerung der Lichtintensität zu einer Verringerung der Kräfte der Polymerisationsschrumpfung kommen, die auf die Kavitätenwände wirken.

In dieser Studie zeigten sich für das chemisch härtende Adhäsivsystem Super-Bond D Liner in Kombination mit der Technik der Soft-Start-Polymerisation verbesserte Randqualitäten im Vergleich zu anderen lichthärtenden Adhäsivsystemen. Diese Verbesserungen waren unabhängig vom C-Faktor der Kavität. Schlussfolgernd ergibt sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie, dass sich durch die Kombination eines chemisch härtenden Adhäsivsystems mit der Soft-Start-Polymerisationstechnik bei der Versorgung von Kavitäten mit einem hohen C-Faktor die Kräfte, die durch die Polymerisationsschrumpfung entstehen, reduzieren lassen.

Quelle:

Yoshikawa, T., Burrow, M. F., Tagami, J.: The effects of bonding system and light curing method on reducing stress of different C-factor cavities. *J Adhesive Dent* 3, 177-183 (2001).

Moist Bonding versus Dry Bonding

Eine übermäßige Trocknung des Dentins kann einen Kollaps des freigelegten Kollagens und damit eine unvollständige Penetration des Adhäsivs in das Kollagengeflecht zur Folge haben. Für nicht wasserbasierte Adhäsivsysteme wird daher die Anwendung des „Moist Bondings“ empfohlen. Das Ziel der folgenden Studie war es, den Grad an Nanoleakage an der Verbundfläche von Komposit und Dentin von zervikal dentinbegrenzten Klasse-5-Kavitäten zu bestimmen, die mit drei verschiedenen Bondingssystemen jeweils mit der Technik des „Wet“ als auch „Dry Bondings“ versorgt wurden.

Nanoleakage beschreibt eine Form von Undichtigkeit, die in der Hybridschicht des Dentin-Kompositverbundes auftritt, aber ein Ausmaß von weniger als 50 nm nicht überschreitet. Jedoch konnte nachgewiesen werden, dass oben beschriebene Porositäten im Haftverbund mit der Zeit zunehmen. Diese sind vorwiegend zwischen unverändertem Dentin und der Hybridschicht zu finden. Bei 66 extrahierten menschlichen Molaren wurden je 22 Zahnhalskavitäten mit den Adhäsivsystemen Scotchbond 1 (im Primer als Lösungsmittel Äthanol und Wasser enthalten), Gluma CPS (Lösungsmittel: Wasser) und Prime & Bond NT (Lösungsmittel: Aceton) und den korrespondierenden Kompositen versorgt. In jeder Gruppe wurde bei elf Kavitäten die Technik des „Moist Bondings“ angewendet, wobei überschüssiges Wasser nach dem Ätzen mit Phosphorsäure nur für ein bis zwei Sekunden verblasen wurde, so dass eine glänzende Oberfläche zu erkennen war. Bei den anderen elf Kavitäten wurde das so genannte „Dry Bonding“ durchgeführt; hier wurde die Kavität für 30 Sekunden trocken geblasen, bis sie kreidig opak erschien. Anschließend erfolgte die Applikation des Adhäsivsystems. Die Zähne

wurden nach der Füllungstherapie für 24 Stunden in eine Rhodamin-B-Farbstofflösung eingelegt und anschließend der Zahnachse nach geteilt. Die Farbstoffpenetration von der Füllungsoberfläche in Richtung Kavitätenboden wurde unter dem konfokalen Laser-Scanning-Mikroskop 10 µm unterhalb der präparierten Oberfläche gemessen. Somit konnte das Ausmaß des Nanoleakage bestimmt werden. Alle Zähne zeigten eine Farbstoffpenetration in die Hybridschicht. Proben, in denen sichtbare Spalten zwischen Dentin und Komposit nachgewiesen wurden (Mikroleakage), wurden bei der Auswertung ausgeschlossen. Im Schmelz-Kompositverbund konnte keine Farbstoffpenetration nachgewiesen werden. Bei den aceton- und äthanolbasierten Adhäsivsystemen Prime & Bond NT und Scotchbond 1 zeigte sich bei der Anwendung des oben beschriebenen „Moist Bondings“ ein signifikant geringeres Ausmaß von Nanoleakage als bei der Technik der „Dry Bondings“. Für das wasserbasierte Adhäsivsystem Gluma CPS konnten keine signifikanten Unterschiede bei den beiden Bondingtechniken festgestellt werden. Auch wenn die klinische Relevanz des Nanoleakage noch nicht vollständig ge-



Foto: PhotoDisc

klärt ist, wird ein Einfluss auf Randverfärbungen, Sekundärkaries, postoperative Sensibilitäten und reduzierte Haltbarkeit von

Kompositrestaurationen diskutiert. In dieser Studie konnte ein Einfluss des Feuchtigkeitsgrades des Dentins auf das so genannte Nanoleakage nachgewiesen werden, der vom jeweils verwendeten Adhäsivsystem abhängig ist. Wasserbasierte Adhäsivsysteme sind demzufolge weniger verarbeitungsempfindlich. Die Autoren fordern daher von den Herstellern der Adhäsivsysteme, in den Gebrauchsanweisungen den Trocknungsprozess des Dentins genau zu definieren.

Quelle:

Pioch, T., Staehle, H. J., Wurst, M., Duschner, H., Dörfer, C.: Nanoleakage phenomenon: Influence of moist vs dry bonding. *J Adhes Dent* 4, 23-30 (2002).

Gastrointestinum und Halitosis

Ein Zusammenhang von Halitosis und gastrointestinalen Erkrankungen wurde bereits vielfach in der Literatur diskutiert. Auch eine Infektion mit *Helicobacter pylori* wird als eine mögliche Ursache für Mundgeruch gesehen. Die Untersuchung sollte mögliche Auswirkungen einer *Helicobacter pylori* Infektion auf Halitosis darstellen.



Foto: ZM

80 Patienten wurden anhand eines Atemtests, bei dem nach der Gabe von radioaktiv markiertem Harnstoff, der durch die *Helicobacter-pylori*-eigene Urease gespalten wird, markiertes CO₂ in der Ausatemluft gemessen wird, in eine H.-*pylori*-positive (N=31) und -negative Gruppe (N=49) aufgeteilt. Bezüglich des zahnärztlichen Befundes, der einen Mundhygiene- und Parodontalstatus miteinschloss, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Mit einem Gas-Chromatographen wurden die Konzentrationen flüchtiger Schwefelbestandteile der Luft in der Mundhöhle, der Ausatemluft und des Zungenbelags be-

stimmt. Die gemessenen Werte von Hydrogensulfid, Methylmercaptan und Dimethylsulfid der beiden Gruppen wurden miteinander verglichen. Lediglich bei der Luft in der Mundhöhle wurden bei den Patienten mit einer nachgewiesenen H.-*pylori*-Infektion signifikant höhere Werte für Hydrogen- und Dimethylsulfid gefunden. In der Ausatemluft konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Die Autoren gehen davon aus, dass H. *pylori* zum Entstehen von Mundgeruch beitragen kann, jedoch nicht als alleinige Ursache einer extraoralen pathologischen Halitosis gelten kann. Dennoch ist bislang ungeklärt, ob eine Elimination von H. *pylori* durch eine Antibiotikatherapie gleichzeitig den Mundgeruch bekämpft. Die Autoren geben an, bei H.-*pylori*-positiven Patienten nur durch verbesserte Mundhygienemaßnahmen, die auch eine Zungenreinigung mit einschloss, verbesserte Werte im Hinblick auf den Mundgeruch erzielt zu haben. Gastrointestinale Erkrankungen, die eine Ursache für Halitosis darstellen können, kommen nach Meinung der Autoren sehr selten vor.

Quelle:
Koshi, K., Yamano, Y., Mitsuanga, A., Shimizu, S., Kagawa, J., Ogiuchi, H.: *Gastrointestinal diseases and halitosis: association of gastric Helicobacter pylori infection.* *Int Dent J* 52, 201-211 (2002).

Dr. Kerstin Bitter
Freie Universität Berlin
Klinik und Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Aßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin

Neues aus der „KFO“

Herbstscharnier und Kiefergelenk

Der vorliegende Beitrag beschreibt die Behandlung einer mandibulären Rücklage mit der Herbst-Apparatur in der postpubertären Wachstumsperiode.

Die mandibuläre Rücklage stellt eine der häufigsten Dysgnathieformen in Mitteleuropa dar. In der Regel besteht das Ziel der kieferorthopädischen Behandlung in der sagittalen Nachentwicklung des Unterkiefers. Zu diesem Zweck werden herausnehmbare funktionskieferorthopädische Geräte (zum Beispiel Aktivator) während des pubertären Wachstumsschubes zur Umstellung der Funktion eingesetzt.

Eine weitere Möglichkeit zur Beseitigung einer skelettalen Kl. II, insbesondere bei Patienten mit schlechter Reaktionslage oder in der postpubertären Wachstumsperiode, besteht in der Anwendung der so genannten Herbst-Apparatur. Die Herbst-Apparatur ist ein festsetzendes Gerät, welches den Unterkiefer mit dem Oberkiefer über teleskopierende Stege gelenkig verbindet. Hierbei wird der Unterkiefer für die Dauer von sechs bis acht Monaten ununterbrochen in einer Vorschublage gehalten.

In der vorliegenden Studie sollte überprüft werden, ob als Folge der Herbst-Therapie eine Abweichung der Kondylen von ihrer zentralen Lage zu erwarten ist. Dazu wird die Position des Kondylus relativ zur Fossa vor, während und nach der Behand-

lung mit Herbstscharnier untersucht.

Anhand von kernspintomographischen Aufnahmen an 96 Kiefergelenken wurde die Breite des anterioren sowie posterioren Gelenkspaltes metrisch bestimmt. Das Alter der untersuchten Patienten lag in der Mehrzahl zwischen elf und 17 Jahren. 15 Prozent der Patienten waren älter als 17 Jahre und befanden sich bereits außerhalb der Wachstumsphase.

Die Autoren konnten im Beobachtungszeitraum keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kondylus-Diskus-Fossa-Relation prä- und posttherapeutisch feststellen. Sie schließen hieraus, dass die Behandlung mit der Herbst-Apparatur keine negative Auswirkung auf die Kiefergelenke hat.

Quelle:
F. Richter, U. Richter, E. Küffer, V. Keil:
Die Behandlung der Angle Klasse II mit Herbstscharnier unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf das Kiefergelenk
IOK, 33. JAHRG. 2001, Nr. 1

Dr. Reza Khonsari
Abteilung für Kieferorthopädie
Klinik und Poliklinik für Zahn-,
Mund und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Ein Kahnbein fährt im Mondenschein

Neben den sehr einprägsamen und oft humorvollen Eselsbrücken und Merksprüchen, die unter den Studenten verbreitet sind, enthält das Buch auch lustige Anekdoten aus dem medizinischen Bereich, durch die sich der Lernstoff leichter merken lässt. Darüber hinaus wird auch über Anschauliches und Hintergründiges berichtet. Beispielsweise werden die Fragen beantwortet: „Wie kam die Achillessehne zu ihrem Namen?“, „Warum heißt der erste Halswirbel Atlas?“, „Was ist eine chemische Uhr und wie stelle ich selber eine her?“ oder „Wie lernen die Gedächtniskünstler 30 und mehr Begriffe leicht auswendig?“ Neben dem Hippokratischen Eid (mit Übersetzung) enthält das Buch auch das Schnittmuster eines Virus zum Zusammenbasteln und zeigt die Symptomatik des Magenkarzinoms anhand des berühmten Gedichts von Theodor Storm. Außerdem wird gezeigt, was der verrückte Hutmacher bei „Alice im Wunderland“ mit einer chronischen Quecksilbervergiftung zu tun hat, und erklärt, was Wilhelm Busch mit der Gicht und einem Prostataadenom, eine Bezoar-Ziege mit dem englischen König Karl II und eine Zecke mit der Rizinuspflanze gemein haben. Unter anderem wird auch der Mythos vom reichlichen Eisen im Spinat enträtselt. Mit von der Partie sind außerdem Alfred Nobel, Salvador Dalí, Popeye, der Sonnenkönig Ludwig XIV, Verona Feldbusch, Heinz Erhardt, die „Witwe Bolte“ und „Onkel Fritze“, Michel aus Lönneberga, Graf Dracula, Frie-

drich der Große, Martin Luther, der „Zappelphilipp“ und viele mehr.

Dr. A. Wöge



Ein Kahnbein fährt im Mondenschein

Zu beziehen ist das Buch beim Selbstverlag

Dr. med. Andreas Wöge,
Paulinenstr. 23,
34431 Marburg,
Fax-Bestell-Hotline:
02992/90 29 20.

Preis 27,90 €, versandkostenfrei,
oder über den Buchhandel,
ISBN 3-00-008048-1

Spezielle Schmerztherapie

Im Juni 1996 führte der Deutsche Ärztetag auf Vorschlag der Bundesärztekammer die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ in die Weiterbildungsordnung ein. Seitdem ist die Zahl der deutschsprachigen Lehrbücher zu dieser Thematik deutlich angestiegen.

Ein Renner seit seinem Erscheinen im Jahre 1999 ist das Werk „Spezielle Schmerztherapie“, welches vor kurzem in einer zweiten aktualisierten und ergänzten Auflage auf den Markt gekommen ist. Das Buch, an dem 20 Autoren beziehungs-

weise Autorengruppen beteiligt waren, ist in vier große Abschnitte aufgeteilt: „Grundlagen“, „Methoden der Schmerztherapie“, „Krankheitsbilder und ihre Therapie“ sowie „Spezielle Themen“. Ein Anhang gibt Hinweise zur Abrechnung schmerztherapeutischer Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Von den 27 Kapiteln ist mindestens die Hälfte auch für Zahnmediziner von Bedeutung – allen voran für diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die sich der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen widmen.

Selbst wenn es sicherlich noch lange dauern wird, bis sich auch Zahnärzten eine Spezialisierungsmöglichkeit in „orofazialer Schmerztherapie“ eröffnen wird, vermittelt dieses Buch dem schmerztherapeutisch tätigen Zahnmediziner wichtige Grundlagen, wertvolle Einsichten und vielfältige Anregungen für die tägliche Arbeit am Patienten.

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



Spezielle Schmerztherapie

Schockenhoff B. (Hrsg.):
Spezielle Schmerztherapie,
2. Aufl. Urban & Fischer,
München 2002, 747 Seiten,
79,95 Euro, ISBN 3-437-21641-4

Wörterbuch der Zahnmedizin

Das neue viersprachige Dental-Wörterbuch deckt einen wesentlichen Bereich der einschlägigen Terminologie der Zahnmedizin und Zahntechnik ab. Der Autor, Dr. med. dent. Dominik Groß, hat ein Wörterbuch konzipiert, das einen breit gefächerten zahntechnischen und zahnmedizinischen Wortschatz erfasst – und das in vier Sprachen: englisch, deutsch, französisch und spanisch. In Kooperation mit Fachberatern aus den verschiedenen Bereichen der Zahntechnik und Zahnmedizin wurden Fachtermini ausgewählt, die von großer Bedeutung sind.

Das Institut für Geschichte und Medizin, Würzburg, war bei der Datensammlung der terminologischen, ihrer Sichtung und Evaluierung zentral beteiligt.

Der Fachwortschatz wird eine wertvolle Hilfe sein für alle in Labors, Zahnarztpraxen, Zuliefererunternehmen und Forschungseinrichtungen Tätigen, für die in der täglichen Praxis häufig ein Rückgriff auf lexikalische Ressourcen erforderlich und notwendig ist. Dieses neue Lexikon schließt eine Lücke im europäischen Markt: Es offeriert eine aktuelle, moderne, mehrsprachige lexikographische Darstellung vom Fachwortschatz des Dentalbereichs. Das „Wörterbuch der Zahnmedizin und Zahntechnik“ beinhaltet etwa 15 000 Stichwörter pro Sprache und machte damit die Auflage in zwei Bänden notwendig. sp

Wörterbuch der Zahnmedizin und Zahntechnik

Dominik Groß, Verlag Neuer Merkur GmbH, zwei Bände,
1. Auflage 2002, 1528 Seiten,
149 Euro, ISBN 3-929360-56-X

Unfallverletzung der Zähne

Die Autoren Kirschner, Filippi, Pohl und Ebeleseder nehmen sich mit ihrem Kompendium „Unfallverletzungen der Zähne“ einer Thematik an, die leider in der deutschen Zahnmedizin im Verhältnis zur Häufigkeit derartiger Unfallverletzungen und der resultierenden Kosten deutlich unterrepräsentiert ist. Gleichzeitig werden profunde Kenntnisse über die Versorgung dieser Zähne in der Regel sowohl in der universitären Ausbildung als auch in der postgraduierten Fortbildung nicht ausreichend vermittelt. Mehr als 30 Prozent der jungen Bevölkerung in Mitteleuropa erleiden Zahntraumata, so stellen die Autoren im Vorwort ihres insgesamt 111 Seiten umfassenden Werkes fest. Mit ihrem Buch wollen die Autoren dazu beitragen, das Fachwissen hinsichtlich der Zahntraumatologie zu verbessern.

Nach einem allgemeinen Teil über Unfallursachen, Zahnschutzmaßnahmen und Rettung verunfallter Zähne folgen vier Abschnitte, die übersichtlich die Grundlagen der Geweberegeneration, der verschiedenen Zahnplantationsmaßnahmen und Schienungstechniken sowie adjuvanter medikamentöser Therapiemaßnahmen schildern. Es folgt ein Kapitel über die Anamnese und Befunderhebung bei akutem Zahntrauma.

Im zweiten Teil werden die einzelnen Gruppen der Unfallverletzungen von der Zahnkonkussion über die Avulsion bis hin zu den begleitenden Weichgewebsverletzungen besprochen. Auch die für den weiteren Verlauf nach Zahntrauma immens wichtigen Kontrolluntersuchungen werden dargestellt, das-

selbe gilt für die endodontischen Maßnahmen und die möglichen späteren Komplikationen. Die von den Autoren der Universität Giessen eingeführte Therapie der auto-alloplastischen Plantation (Replantation von extraoral mittels Titanstift wurzelgefüllten Zähnen, wobei die Stiftlänge derjenigen der ursprünglichen Zahnwurzel entspricht) wird in allen Kapiteln als Alternative zur herkömmlichen endodontischen Behandlung nach Trauma vorgestellt.



Das Buch bemüht sich mit Erfolg, auf der Basis wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse dem Zahnarzt einen Leitfaden für die praktische Umsetzung dieser Grundlagen an die Hand zu geben. Auf Zitate wurde im Text verzichtet, jedoch wurde im Anhang eine repräsentative Auswahl der zugrunde liegenden Literaturstellen eingefügt. Die Therapieschritte werden mit vielen hochwertigen Fotografien illustriert, so dass das Buch, entsprechende chirurgische Kenntnisse vorausgesetzt und so eine praxisnahe Anleitung für eine moderne Zahntrauma-Therapie bietet. Für einen Preis von 68 Euro erhält man mit dem Kauf

des Kompendiums ein kompaktes, praxisnahes Werk. Sein Einsatz in der Studentenausbildung und natürlich auch im Rahmen der alltäglichen zahnärztlichen Tätigkeit ist daher, insbesondere auch in Anbetracht der zumindest in Deutschland unzureichenden Informationslage auf dem Gebiet moderner Zahntraumatologie, zu empfehlen.

PD Dr. Dr. M. Daubländer

Unfallverletzungen der Zähne
Horst Kirschner, Andreas Filippi,
Yango Pohl, Kurt Ebeleseder,
*Unfallverletzungen der Zähne –
Vorbeugen - Retten - Behandeln*,
Schlütersche GmbH, 2002,
112 Seiten, 217 Abbildungen,
17,3 x 24,5 cm, Hardcover,
66 Euro, 112 sFr,
ISBN 3-87706-598-8

Sieben Himmel der Liebe

Den romantischen Gedichtband „Sieben mal Sieben Liebesgedichte“ hat der Hamburger Zahnarzt Volkmar Hochstein unter dem Pseudonym „Lisez“ veröffentlicht. Das einfach gestaltete Paperback – schön illustriert mit Zeichnungen von Franz Herzog – präsentiert einen eher ungewöhnlichen Blick auf die Liebe. Hochstein ordnet sie – in Anlehnung an den Koran – in sieben Himmel. Jede der sieben Kategorien steht für eine eigene Form der Liebe: die unerfüllte Schwärmerei, der Überschwang nach dem „ersten Mal“ und die Schmerzen nach der Trennung sind nur einige Stationen der Liebessehnsucht. Die Gedichte sind voll von jugendlichem Überschwang: der Autor verfasste die Poesie zwischen seinem 17. und 25. Lebensjahr. Der Anspruch Hochsteins ist daher weniger handwerkliche Vollkommenheit,

als die Darstellung der gesamten Breite der Liebes- und Leidensempfindungen seiner Jugendzeit zu konservieren. Lässt man sich darauf ein, dann kommen mit dem ein oder anderen Gedicht Erinnerungen an eigene Schwärmereien und Trennungen der jungen Jahre. om

Sieben mal Sieben Liebesgedichte

Paperback, 81 Seiten, 10 Euro,
ISBN 3-934632-90-4, kann direkt
über den Autor bezogen werden:
Volkmar Hochstein
Wachtelstraße 81
22305 Hamburg

Weißbuch Demenz

Im Thieme-Verlag ist jetzt das „Weißbuch Demenz“ erschienen. Renommiertere Autoren beschreiben darin Probleme und Defizite der aktuellen Versorgungssituation von Demenzerkrankten in Deutschland und zeigen Lösungswege auf. Das Buch richtet sich an Angehörige und Patienten sowie an Berufsgruppen, die an der Versorgung von Demenzerkrankten beteiligt sind. Zudem soll das Buch für die Verbesserung der Versorgungssituation dienen. Das „Weißbuch Demenz“, herausgegeben von Dr. Johannes F. Hallauer, Berlin, und Prof. Alexander Kurz, München, entstand mit Unterstützung der Firmen Eisai GmbH, Frankfurt am Main und Pfizer GmbH, Karlsruhe. sp

Weißbuch Demenz

Johannes F. Hallauer und
Alexander Kurz, Thieme Verlag,
2002, 137 Seiten, 29,95 Euro,
ISBN 3-313-132821-5

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 65	LZK Thüringen	S. 65	
	ZÄK Niedersachsen	S. 66	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65	
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 66	
	Freie Anbieter	S. 74/80	Freie Anbieter	S. 74/76/80	
Akupunktur	LZK Berlin/Brandenburg	S. 64	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 66
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65	Notfallbehandlung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 64
	Deutsche Akad. für Akup. und Aurikulom. e.V.	S. 74		ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 66
	Freie Anbieter	S. 78	Parodontologie	ZÄK Nordrhein	S. 64
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 64		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65
Helferinnen-Fortbildung	LZK Thüringen	S. 65	Prophylaxe	Uni Nimwegen	S. 72
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65
	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 66	Prothetik	Freie Anbieter	S. 76/80
	ZÄK Niedersachsen	S. 67		ZÄK Nordrhein	S. 65
	Freie Anbieter	S. 78/80		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65
Hypnose	ZÄK Nordrhein	S. 64	Restaurative ZHK	Freie Anbieter	S. 74/76
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65		RWTH Aachen	S. 72
	ZÄK Bremen	S. 67			
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 64	Fortbildung der Zahnärztekammern	Seite 64	
	ZÄK Niedersachsen	S. 66	Kongresse	Seite 67	
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67	Universitäten	Seite 72	
	Freie Anbieter	S. 76	Wissenschaftliche Gesellschaften	Seite 72	
Kiefer-/Oralchirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 64	Freie Anbieter	Seite 74	
	ZÄK Niedersachsen	S. 67			
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67			
Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 64			



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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

LZK/Berlin Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Operationskurs der ambulanten Mund- und Kieferchirurgie

Referenten: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz, Dr. Peter Kircher und Dr. Nikolaus von Torklus aus Berlin
Termin: 19. 02. 2003, 14:00 18:00 Uhr
Ort: 180,00 EUR
Kurs-Nr.: 2162.0

Thema: Ganzheitlich orientierte Kieferorthopädie - Kurs I mit audio-visueller Demonstration, praktischen Übungen und Fallbesprechungen

Referent: Dr. Hubertus von Treuenfels - Eutin
Termin: 28. 02. 2003, 14:00 18:00 Uhr
 (Achtung: Terminänderung!)
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.1

Thema: Ganzheitlich orientierte Kieferorthopädie - Kurs II mit audio-visueller Demonstration, praktischen Übungen und Fallbesprechungen

Referent: Dr. Hubertus von Treuenfels - Eutin
Termin: 04. 04. 2003, 14:00 18:00 Uhr
 (Achtung: Terminänderung!)
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.2

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

Referent: Dr. Hubertus von Treuenfels - Eutin
Termin: 09. 05. 2003, 14:00 18:00 Uhr
 (Achtung: Terminänderung!)
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.3

Thema: Ganzheitlich orientierte Kieferorthopädie - Kurs IV mit audio-visueller Demonstration, praktischen Übungen und Fallbesprechungen

Referent: Dr. Hubertus von Treuenfels - Eutin
Termin: 13. 06. 2003, 14:00 18:00 Uhr
 (Achtung: Terminänderung!)
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.4

Thema: Ganzheitlich orientierte Kieferorthopädie - Kurs V mit audio-visueller Demonstration, praktischen Übungen und Fallbesprechungen

Referent: Dr. Hubertus von Treuenfels - Eutin
Termin: 19. 09. 2003, 14:00 18:00 Uhr
 (Achtung: Terminänderung!)
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.5

Thema: Phantomkurs Notfallmedizin für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referenten: PD Dr. Frank-Ludwig Bertschat und Dr. Elke Hüsler aus Berlin
Termin: 08. 03. 2003, 10:00 16:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: ZA 150,00 EUR und ZAH 100,00 EUR
Kurs-Nr.: 2161.0

Thema: Stufe 1 - Ohr- und Kieferakupunktur zur Schmerztherapie

Referent: Dr. Kai Böhnenmann - Wahrenholz
Termin: 21. 03. 2003, 15:00 19:00 Uhr
 22. 03. 2003, 09:00 17:00 Uhr

Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: 385,00 EUR
Kurs-Nr.: 2163.0

Thema: Knochenregenerationstechniken in der Implantologie

Referent: PD Dr. Dr. Hendrik Terheyden - Kiel
Termin: 22. 03. 2003, 09:00 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: 235,00 EUR
Kurs-Nr.: 2118.0

Thema: Energierüber und Energiespender im Umgang mit Patienten - Qualitätssicherung durch fachlichen und persönlichen Austausch in der Supervision

Referentin: Dipl.-Psych. Christine Verse - Münster
Termin: 29. 03. 2003, 09:00 16:30 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik S d Berlin
Geb hr: 295,00 EUR
Kurs-Nr.: 2135.0

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

ZK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Hupl-Institut

Thema: Anwendung der zahnärztlichen Hypnose I
 6. Kurs einer 6-teiligen Kursreihe (Beachten Sie bitte auch die Kurse 02115, 02116, 02117, 02118 und 03047)

Referent: Dr. Albrecht Schmierer, Stuttgart
Termin: 07. 03. 2003, 14:00 20:00 Uhr
 08. 03. 2003, 09:00 17:00 Uhr
Teilnehmergeb hr: 500,00 EUR
Kurs-Nr.: 03052 (B)

Thema: Endodontie kompakt Antibakterielles Regime und Wurzelkanalfüllung

2. Kurs einer 3-teiligen Kursreihe (Beachten Sie bitte auch die Kurse 03097 und 03099)
Referent: Priv.-Doz. Dr. Rudolf Beer, Essen
Termin: 12. 03. 2003, 14.30 19.00 Uhr
Teilnehmergeb hr: 200,00 EUR
Kurs-Nr.: 03098 P(B)

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

Referenten: Dr. Michael Maak, Lembruch
Termin: 12. 03. 2003, 14.00 20.00 Uhr
Teilnehmergeb hr: 220,00 EUR und 160,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)
Kurs-Nr.: 03063 T(B)

Thema: Arbeitssystematik in der Zahnarztpraxis B

Referenten: Dr. Richard Hilger, Düsselndorf
 Ruth Knille, Düsselndorf
Termin: 14. 03. 2003, 14.00 18.00 Uhr
 15. 03. 2003, 09.00 17.00 Uhr
Teilnehmergeb hr: 425,00 EUR und 50,00 EUR für die begl. Praxismitarbeiterin (ZFA)
Kurs-Nr.: 03088 T(B)

Thema: Parodontologie -- Prävention

2. Teil einer 3-teiligen Kursreihe (Beachten Sie bitte auch die Kurse 03092 und 03094)
Referent: Prof. em. Dr. Heinz H. Renggli, Nijmegen (NL)
Termin: 19. 03. 2003, 14.00 18.00 Uhr
Teilnehmergeb hr: 110,00 EUR
Kurs-Nr.: 03093 (B)

KZV-Fortbildung im Karl-Hupl-Institut

Thema: Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit besonderer Berücksichtigung der ab 01. Januar 1989 geltenden neuen Bestimmungen des SGBV in der durch die aktuelle Gesetzeslage angepassten Fassung

Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referenten: Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
 Ralf Wagner, ZA, Langerwehe
Termin: 05. 03. 2003, 14:00 18:00 Uhr
Teilnehmergeb hr: 30,00 EUR
Kurs-Nr.: 03304

Thema: Abrechnung chirurgischer Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der BuGo-Positionen
Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referenten: Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
 Dr. Wolfgang Schnickmann, Neunkirchen-Seelscheid
Termin: 19. 03. 2003, 14:00 18:00 Uhr
Teilnehmergebühren: 30,00 EUR
Kurs-Nr.: 03305

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Thema: Prothetischer Arbeitskreis
Referent: Professor Dr. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf und Mitarb.
Termin: Jeden 2. Mittwoch im Monat, 15.00 Uhr
Ort: Karl-Hupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein
 Emanuel-Leutze-Str. e 8, 40547 Düsseldorf (Lück)
Teilnehmergebühren pro Quartal: 55,00 EUR
Kurs-Nr.: 03352

Köln

Thema: Prothetischer Arbeitskreis mit dem Schwerpunktthema Konventionelle und Implantatprothetik
Referenten: Professor Dr. Wilhelm Niedermeier, Köln und Mitarbeiter
Termin: Die Termine für Seminare und Visitationen werden Interessierten unter der Tel.-Nr. 0221/47 86 337 mitgeteilt.
Ort: Kleiner Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln,
 Kerpener Straße 32, 50931 Köln (Lindenthal)
Teilnehmergebühren: 30,00 EUR für ein Seminar und 55,00 EUR für jede Visitation
Kurs-Nr.: 03362

Fortbildung in den Bezirksstellen

Krefeld

Thema: Regeneration – ein histologischer Begriff
 Was ist in der Praxis machbar?
Referent: Dr. Margret Bumer, M.S.D., (USA), Köln
Termin: 12. 03. 2003, 15.30 Uhr

Ort: Kaiser-Friedrich-Halle, Balkonsaal, Hohenzollern Str. 15, 41061 Mönchengladbach
Teilnehmergebühren: gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich
Kurs-Nr.: 03461

Bergisch Land in Verbindung mit dem Bergischen Zahnärzterein

Thema: Kombinationsprothetik ein antiquiertes Therapiekonzept?
Referent: Privatdozent Dr. Axel Zillner, Witten-Herdecke
Termin: 15. 03. 2003, 10.00 12.00 Uhr
Ort: Hörsaal der Pathologie im Klinikum Wuppertal-Barmen
 Heusnerstraße 40, 42283 Wuppertal
Teilnehmergebühren: gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich
Kurs-Nr.: 03474

Auskunft u. schriftl. Anmeldung:
 Zahnärztekammer Nordrhein,
 Karl-Hupl-Institut,
 Emanuel-Leutze-Str. e 8,
 40547 Düsseldorf (Lück)
 oder Postfach 10 55 15
 40046 Düsseldorf
 Tel.: 0211/526 05-29
 Fax: 0211/526 05-21
 Internet: www.khi-direkt.de
 E-Mail: khi-zak@t-online.de

LZK Thüringen



Fortbildungsakademie Adolph Witzel

Thema: Workshop-Craniomandibuläre Dysfunktion – CMD II
Referent: OA Dr. St. Kopp, Jena
Termin: 21./22. 03. 2003, 9.00 18.00 Uhr
Gebühren: 420,- EUR
Kurs-Nr.: 03/018

Thema: Hilfreiche Möglichkeiten bei Angst vor dem Zahnarzt – Teamkurs
Referenten: Dr. K. Kreifelts, Krefeld
 Th. Richter, Mönchengladbach
Termin: 29. 03. 2003, 09.00 17.00 Uhr

Gebühren: ZA: 210,- EUR
 ZAH: 160,- EUR
Kurs-Nr.: 03/019

Thema: Die Kraft der eigenen Ausstrahlung – Teamkurs
Referentin: P. Erdmann, Dresden
Termin: 04. 04. 2003, 14.00 20.00 Uhr
Gebühren: ZA: 160,- EUR
 ZAH: 120,-EUR
Kurs-Nr.: 03/020

Anmeldungen bitte schriftlich an die LZKTh, Fortbildungsakademie Adolph Witzel
 Barbarossahof 16,
 99092 Erfurt,
 Fax: 0361/74 32 150
 E-mail: fb@lzkth.de

Auskunft:
 Frau Held: 0361/74 32 107
 Frau Westphal: 0361/74 32 108

Z~K Westfalen-Lippe



Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Systematische Parodontalbehandlung mit dem Vector-System – Teamkurs
Referent: Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum
Termin: 19. 02. 2003, 15.00 19.00 Uhr
Gebühren: ZA 148 EUR,
 ZH 74 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 147

Thema: Abdingung und freie Vertragsgestaltung – Teamkurs
 Offensive für Qualität und Leistung
Referent: ZMV Christine Baumeister, Münster
Termin: 19. 02. 2003, 15.00 18.00 Uhr
Gebühren: ZA 94 EUR,
 ZH 47 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 139

Thema: Einführung in die Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte – Kurs 1
Referent: Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg

Termin: 21. 02. 2003, 14.00 19.00 Uhr;
 22. 02. 2003, 9.00 16.00 Uhr
Gebühren: 268 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 118

Thema: Hypnose – Kurs 1
Referent: Dr. Eberhard Brunier, Mainz
Termin: 21. 02. 2003, 17.00 20.00 Uhr;
 22. 02. 2003, 10.00 16.00 Uhr
Gebühren: 320 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 117

Thema: Was der Kieferorthopäde über das Kiefergelenk wissen sollte
Referent: Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeyer, Berlin
Termin: 22. 02. 2003, 9.00 17.00 Uhr
Gebühren: 280 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 122

Thema: Klinische und zahntechnische Aspekte der prothetischen Versorgung stabilisiert durch zusätzliche Minimagnete (Dygn System)
Referent: Dr. Dr. Ion Coca, Marburg
Termin: 26. 02. 2003, 15.00 18.00 Uhr
Gebühren: 130 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 112

Thema: Rollmops und Gummibärchen. Risikobestimmung mittels Speicheltest – Teamkurs
Referent: Ingo Schiedt, Berlin
Termin: 26. 02. 2003, 15.00 18.00 Uhr
Gebühren: ZA 150 EUR,
 ZH 75 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 143

Thema: Sind Sie fit für die Zukunft? – Teamkurs
Referent: Tracey Lennemann RDH BA, München
Termin: 05. 03. 2003, 15.00 19.00 Uhr
Gebühren: ZA 210 EUR,
 ZH 105 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 103

Helferinnen-Fortbildung

Thema: ZahnMedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) Bausteinkurs
Referent: Dipl.-DH Dorothee Neuhoß
Termin: Kursbeginn 23. 06. 2003
Gebühren: 3 732,00 EUR
Kurs-Nr.: Zi 033 431

Auskunft und Anmeldung:
Akademie für Fortbildung der
Z[~]K 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

Z[~]K Mecklenburg- Vorpommern



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Der Spaltpatient
kieferorthopädische Betreuung
im interdisziplinären Kontext
Referent: Prof. Dr. R. Grabowski
Termin: 19. 02. 2003,
14.00 18.00 Uhr
Ort: Klinik und Polikliniken für
ZMK, Stempelstraße 13,
18057 Rostock
Geb hr: 100,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 4

Thema: Das Allroundgenie an
der Rezeption
(für Zahnärzthelferinnen)
Referent: B. Kühn
Termin: 07. 03. 2003,
14.00 20.00 Uhr
Ort: Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103,
18055 Rostock
Geb hr: 125,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 38

Thema: Das Allroundgenie an
der Rezeption
(für Zahnärzthelferinnen)
Referent: B. Kühn
Termin: 08. 03. 2003,
9.00 15.00 Uhr
Ort: Intercity Hotel
Grunthalplatz 5-7,
19053 Schwerin
Geb hr: 125,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 39

Thema: Erbrecht und Vermö-
gensnachfolge im Todesfall
Referent: Rechtsanwalt Ph. v.
Wrangell
Termin: 08. 03. 2003,
9.30 12.30 Uhr

Ort: Dietrich Bonhoeffer
Klinikum
Dr. Salvadore-Allende-Straße 30,
17036 Neubrandenburg
Geb hr: 85,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 10

Thema: Der zahnlose Kiefer
Standard oder Herausforderung
Referent: Dr. P. Henriot
Termin: 12. 03. 2003,
15.00 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin
Geb hr: 75,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 11

Thema: Aufschleifen von
zahnärztlichen Handinstrumen-
ten (für Zahnärzthelferinnen)
Referent: ZMF E. Meyer
Termin: 12. 03. 2003,
14.00 18.30 Uhr
Ort: Dietrich Bonhoeffer
Klinikum
Dr. Salvadore-Allende-Straße 30,
17036 Neubrandenburg
Geb hr: 123,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 40

Thema: Microsoft Office Word,
Excel, Outlook, Powerpoint
Referent: B. Schellpfeffer
Termin: 15. 03. 2003,
9.00 17.00 Uhr
Ort: DVZ Datenverarbeitungs-
zentrum
L. Beckerstraße 283,
19059 Schwerin
Geb hr: 250,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 12

Thema: Kinderzahnheilkunde
aktuell
Referent: PD Dr. Ch. Splieth
Termin: 19. 03. 2003,
14.00 19.00 Uhr
Ort: Dietrich Bonhoeffer
Klinikum
Dr. Salvadore-Allende-Straße 30,
17036 Neubrandenburg
Geb hr: 110,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 14

Thema: Gestalten oder Reagie-
ren, das ist hier die Frage
Personal- und Unternehmens-
führung in der Zahnarztpraxis
Referent: Dipl.-Psych. B. Sandock
Termin: 22. 03. 2003,
9.00 17.00 Uhr
Ort: Dietrich Bonhoeffer
Klinikum
Dr. Salvadore-Allende-Straße 30,
17036 Neubrandenburg
Geb hr: 240,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 16

Thema: Nur gemeinsam sind wir
stark - Wege zu einem erfolgrei-
chen Praxisteam
(für Zahnärzte und Zahnärzthel-
ferinnen)
Referent: Dr. W. Kuwatsch
Termin: 29. 03. 2003,
9.00 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin
Geb hr: 210 EUR für Praxisteam
105 EUR für Einzelteilnehmer
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 18

Thema: Arbeitsrecht in der
zahnärztlichen Praxis
Referent: RA P. Ihle
Termin: 05. 04. 2003,
9.00 13.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin
Geb hr: 125,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 21

Thema: Der richtige Einsatz von
Handinstrumenten Intensiv-
kurs (für Zahnärzthelferinnen)
Referent: DH J. Plötz, ZMF E.
Meyer
Termin: 05. 04. 2003,
9.00 17.00 Uhr
Ort: Zentrum für ZMK
Rotgerberstraße 8,
17487 Greifswald
Geb hr: 190,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 41

Thema: Notfallsituationen in der
zahnärztlichen Praxis
Referent: PD Dr. Dr. B. Lieber-
mann, Dr. T. Müller
Termin: 09. 04. 2003,
18.00 20.00 Uhr
Ort: Dietrich Bonhoeffer
Klinikum
Dr. Salvadore-Allende-Straße 30,
17036 Neubrandenburg
Geb hr: 55,00 EUR
Kurs-Nr.: Seminar Nr. 22

Anmeldungen für alle Seminare:
Geschäftsstelle der Z[~]K Meck-
lenburg-Vorpommern,
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin,
bzw. im Internet unter
<http://www.zaekmv.de>

Auskunft:
Tel.: 0 385/ 5 91 08 13
Fax: 0 385/ 5 91 08 23

Z[~]K Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Praktische Lingualtechnik
(ECO-lingual therapy)
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeiselstraße 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Dirk Wiechmann
Termin: 21. 03. 2003,
14.00 19.00 Uhr
22. 03. 2003, 9.00 17.00 Uhr
Geb hr: 500,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0310

Thema: Bin ich besser als der PC?
Fit für schwierige Abrechnungs-
fragen
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeiselstraße 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Hermann Wulfert
Termin: 21. 03. 2003,
14.00 18.00 Uhr
22. 03. 2003, 9.00 13.00 Uhr
Geb hr: 140,- EUR
Kurs-Nr.: H 0311

Thema: Ergonomie Die richtige
Arbeitshaltung, eine zukunfts-
sichere Investition für die Behand-
lung am Stuhl
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeiselstraße 11 a, 30519 Hannover
Referent: Tarik Bekrater
Termin: 22. 03. 2003,
9.00 18.00 Uhr
Geb hr: Team: 250,- EUR
H: 100,- EUR
Kurs-Nr.: Z/H 0311

Thema: OP-Assistenz in der ora-
len Implantologie
(Mitarbeiter-Kurs)
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeiselstraße 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Detlef Hildebrand,
Dr. Michael Hohl
Termin: 28. 03. 2003,
14.00 18.00 Uhr
Geb hr: 165,- EUR
Kurs-Nr.: H 0312

Thema: Einsteiger an die Rezeption! Mit Wissen und Übung entwickeln Sie Biss und Brillanz
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zei str. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Brigitte Kohn
Termin: 28. 03. 2003, 9.00 - 17.00 Uhr
Gebühr: 170,- EUR
Kurs-Nr.: H 0313

Thema: Der gute Ton an der Rezeption - Der Patientenbesuch und das Telefonat bitte nur mit Stil und Klasse!
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zei str. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Brigitte Kohn
Termin: 29. 03. 2003, 9.00 - 17.00 Uhr
Gebühr: 170,- EUR
Kurs-Nr.: H 0314

Thema: Chirurgische Nahttechniken in der Zahnmedizin
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zei str. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Detlef Hildebrand, Dr. Michael Hohl
Termin: 29. 03. 2003, 9.00 - 18.00 Uhr
Gebühr: 260,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0312

Auskunft und Anmeldung:
 Z[~]K Niedersachsen
 Zahnärztliches Fortbildungszentrum, Zei str. 11 a, 30519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-311 oder 313
 Fax: 0511/83391-306

Z[~]K Schleswig-Holstein



Fortbildungsveranstaltungen im Heinrich-Hammer-Institut

Thema: Wertigkeit und Stellenwert des Hart- und Weichgewebsmanagements für den periimplantatprothetischen Langzeiterfolg

Referent: Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Filderstadt
Termin: 28. 02. - 01. 03. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1828

Thema: Maschinelle und manuelle Wurzeloberflächenbearbeitung mit Übungen am Phantom
Referent: Prof. Dr. Hans-Christian Plagmann, Dr. Andreas Röhling, Dr. Eike O. Haase, Dr. Maren Kahl, alle Kiel
Termin: 28. 02. - 01. 03. 2003
Ort: ZMK-Klinik
Kurs-Nr.: 1829

Thema: Chir.-Reihe Knochen und Knochenersatzmaterialien zur Augmentation. Aktueller Stand aus wissenschaftlicher Sicht

Anzeige

Referent: Prof. Dr. Dr. Fritz W. Neukam, Erlangen
Termin: 12. 03. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1831

Thema: GOZ-Seminar nur für ZAH Kons., endodontische und chirurgische Leistungen
Referent: Angela Böller, Kiel
Termin: 26. 03. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1836

Thema: Betriebswirtschaftl. und steuerl. Wissen für Z[~] und Controlling in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. Sigrid Olbertz, Marl
Termin: 29. 03. 2003
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kurs-Nr.: 1838

Auskunft: Z[~]K Schleswig-Holstein, Westring 498, 24106 Kiel
 Tel. 0431/260926-80
 Fax 0431/260926-15
 E-Mail: central@zaek-sh.de
 www.zaek-sh.de

Z[~]K Bremen



Fortbildungsveranstaltung

Thema: Intensiv-Seminar Grundlagen der klin. Hypnose und Hypnotherapie in der Zahnmedizin
Referent: Univ. Lekt. Prim. Dr. Gerhard Kreyer, Wien
Termin: 01. 03. 2003, 9.00 - 16.00 Uhr

Ort: Haus der Zahnärzte Universitätallee 25, 28359 Bremen
Gebühr: Z[~] 450,00 EUR, Zahnärzte aus dem Umland 562,50 EUR (mit Unterstützung der Bremer Landesbank)
Kurs-Nr.: 3020/03

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

Kongresse

■ Februar 2003

22. Int. Symposium für Mund-Kiefer-Gesichtschirurger und Z[~]
Termin: 15. - 22. 02. 2003
Ort: St. Anton am Arlberg
Auskunft: Prof. Dr. Dr. Elmar Esser, Klinikum Osnabrück, Am Finkenhegel 1, 49076 Osnabrück
 Tel.: 0541/405-46 00
 Fax: 0541/405-46 99
 e-mail: mkg-Chirurgie@klinikum-osnabrueck.de

10 Jahre Münsteraner Symposium
Veranstalter: Universitätsklinikum Münster
Termin: 22. 02. 2003
Beginn: 09.00 Uhr
Ort: Halle Münsterland (Kongresszentrum) Albersloher Weg 32, 48155 Münster
Organisation: Klinik und Poliklinik für Mund- und Kiefer-Gesichtschirurgie
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. U. Joos

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

35. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos
Termin: 01. - 07. 03. 2003
Ort: Davos
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn
 Tel.: 0228/855 70
 Fax: 0228/34 06 71
 e-mail: hol@fvdz.de

10. ffentl. Arbeitstagung der Arb.-Gem. Anthroposophischer Zahnärzte
Thema: Anthroposophie und Zahnmedizin
Veranstalter: Medizinische Sektion am Goetheanum
Termin: 05. 08. 03. 2003
Ort: CH-4143 Dornach bei Basel/Schweiz; Goetheanum
Auskunft: Arb.-Gem. Anthropos. Zahnärzte, Uli Lopp, Schlechtbacherstr. 11, 74417 Gschwend
 Tel.: 07972/62 77
 Fax: 07972/62 06

49. Zahnärztetag der Z[~]K Westfalen-Lippe
Thema: Zahnerhaltung die Basis einer präventionsorientierten Zahnmedizin
Termin: 13. 16. 03. 2003
Ort: G tersloh
Auskunft: Z[~]K Westfalen-Lippe, Auf der Horst 29/31, 48147 Münster
 Tel.: 0251/507-0
 Fax: 0251/507-570
 www.zahnaerzte-wl.de

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

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

DGI-Symposium
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.
Termin: 26. 03. 2003
 (im Rahmen der Osteologie-Tagung vom 26. 29. 03. 2003)
Ort: Zentrales Hörsaalgebäude (ZHG) Göttingen

Auskunft: Daniela Winke, Weidkampshaide 10, 30659 Hannover
 e-mail: dgi-winke@t-online.de
Anmeldung: www.osteologie2003.de

51st International Alpine Dental Conference
Veranstalter: The International Dental Foundation
Termin: 29. 03. 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

■ April

10. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag
Veranstalter: KZV Schleswig-Holstein und Z[~]K Schleswig-Holstein
Thema: Moderne Kariesdiagnostik und -therapie
Termin: 26. 04. 2003
Ort: Holstenhallen 3 und 4 und Neumünster
Auskunft: Frau Dr. Dagmar Therkow, Tel.: 04347/13 13
 Fortbildungsreferentin im Vorstand der KZV S-H oder Frau Ludwig, Tel.: 0431/38 97-128, Fax: 0431/38 97-100
 Mitarbeiterin der Geschäftsstelle für Fortbildung der KZV S-H

25th Asia Pacific Dental Congress
Veranstalter: Asia Pacific Dental Federation (APDF)
Thema: Quality Dentistry and Modern Technology
Termin: 24. 30. 4. 2003
Ort: Philippine International Convention Center, Pasay City, Philippines
Auskunft: 25th APDC Secretariat c/o Philippine Congress Organizing Center, 2/F Physicians Tower, 533 U.N. Avenue, Ermita, Manila 1000 Philippines
 Tel.: (+63-2) 522-0541 bis 48; 521-4884; 526-8130
 Fax: (+63-2) 522-1090
 E-Mail: emailus@pccoc-online.com

Wiener Internationale Dentalausstellung (WID)
Termin: 25./26. 4. 2003
Ort: Austria Center
Auskunft: Mag. Roland Bettschart
 B&K Kommunikation
 1090 Wien, Porzellangasse 35
 Tel.: 0043-1-3194378-0
 Fax: 0043-1-3194378-20
 E-Mail: bettschart@bkkommunikation.at

■ Mai

14. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für Zahnmedizinische Fachangestellte
Thema: Implantologie von der Behandlung bis zur Abrechnung
Veranstalter: BZK Freiburg
Termin: 09. 05. 2003
Ort: Schluchsee
Auskunft: BZK Freiburg, Tel.: 0761/45 06311
 Fax: 0761/45 06-450

20. Bad Schönböroner Schmerzkonferenz
Thema: Gesichtsschmerz interdisziplinär Aktueller Stand in Diagnostik und Therapie
Termin: 09. 10. 05. 2003
Ort: Bad Schönbörn (bei Heidelberg)
Auskunft: Sekretariat PD Dr. R. Wörz, Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönbörn
 Tel.: 07253/318 65
 e-mail: woerz.roland@at-online.de

28. Schwarzwaldtagung der sdbadischen Zahnärzte
Thema: Implantologie state of the art
Veranstalter: BZK Freiburg
Termin: 09./10. 05. 2003
Ort: Titisee
Auskunft: BZK Freiburg, Tel.: 0761/45 06311
 Fax: 0761/45 06-450

Deutscher Ärztekongress Berlin
Termin: 12. 14. 05. 2003
Ort: Estrel Convention Center
Auskunft: Kongressgesellschaft für zahnärztliche Fortbildung c/o DRK-Kliniken Westend, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
 Tel.: 030/30 35-47 82 o. 47 83
 Fax: 030/30 35-47 84, e-mail: aerkongressberlin@snaflu.de

9. Deutscher und 14. österreichischer AIDS-Kongress 2003
Veranstalter: Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. und österreichische AIDS-Gesellschaft
Termin: 14. 17. 05. 2003
Ort: Hamburg
Auskunft: Kongress-Sekretariat, Martinistraße 52, 20246 Hamburg,
 Tel.: 040/428 03-28 31 / 41 90
 Fax: 040/428 03-51 87 / 55 54
 e-mail: hamburg-aids.2003@uke.uni-hamburg.de

53. Wissenschaftlicher Kongress der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
Veranstalter: Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. und Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
Thema: Gesundheit grenzenlos
Termin: 15. 17. 05. 2003
Ort: Kongresszentrum Saarbrücken
Auskunft: Gesundheitsamt Ostalbkreis, Postfach 1704, 73407 Aalen
 Tel.: 07361/93 03-44
 Zentrale: 07361/93 03-0
 Fax: 07361/93 03-22
 e-mail: edith.herzog@ostalbkreis.de
 internet: www.aerzte.dbb.de

54. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie gemeinsam mit dem AK für Oralpathologie und Oralmedizin innerhalb der DGZMK
Thema: Verfahren zur Augmentierung in der oralen Implantologie evidenzbasiert?
Termin: 29. 31. 05. 2003
Ort: Bad Homburg v.d.H., Maritim Kongresszentrum
Auskunft: Schriftführer der AG für Kieferchirurgie PD Dr. Dr. T. E. Reichert
 Augustusplatz 2, 55131 Mainz
 Tel.: 06131/17 30 83
 e-mail: reichert@mkg.klinik.uni-mainz.de
 frenz@mkg.klinik.uni-mainz.de
 www.ag-kiefer.de

ICCMO-Frühjahrstagung in Mallorca
Themen: Schleudertrauma, Kinder
Veranstalter: International College of Cranio-Mandibular Orthopedics, Sektion Deutschland, e.V.

Termin: 29. 31. 05. 2003
Ort: Costa de Calvia, Mallorca
Geb hr: Mitglieder 150 EUR, Nichtmitglieder 250 EUR
Auskunft: Dr. Horst Kares
 Grumbachtalweg 9
 66121 Saarbrücken
 Tel.: 0681/89 40 18
 Fax: 0681/89 75 95
 (Infos unter: <http://iccmo.de>)

Dentistry under the Sun
Veranstalter: Australian Dental Association Queensland
Termin: 29. 05. 01. 06. 2003
Ort: Queensland
Auskunft: Renee Henshaw, Organizers Australia, Conference, Exhibition and Event Mangers, PO Box 1237 Milton Qld 4064
 Tel.: 07/33 69/78 66
 Fax: 07/33 69/14 71
www.orgaus.com.au

■ Juni

45. Fortbildungstagung der Z¹K Schleswig-Holstein
Thema: Parodontologie: Neues und Bewährtes
Termin: 02. 06. 2003
Ort: Westerland/Sylt
Auskunft: Z¹K Schleswig-Holstein
 Westring 498, 24106 Kiel
 Tel.: 0431/26 09 26-0
 Fax: 0431/26 09 26-15
www.zaek-sh.de

ConsEuro 2003
Veranstalter: European Federation of Conservative Dentistry und Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung
Termin: 05. 07. 06. 2003
Ort: München
 Kongresszentrum Gasteig
Auskunft: Prof. Dr. R. Hickel
 Poliklinik für Zahnerhaltung
 Goethestr. 70, 80336 München
 Tel.: 089/51 60-32 01
 Fax: 089/51 60-53 44
www.conseuro.info

8. Wilmersdorfer Symposium Gold, Keramik, Kunststoff Die Qual der Wahl?
Veranstalter: Freunde und Förderer der Zahnmedizin an der Freien Universität Berlin e. V.
Termin: 14. 6. 2003, 14.00 Uhr
Ort: Zahnklinik der FU Berlin, Ammannshäuser Str. 4-6 14197 Berlin

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

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

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

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

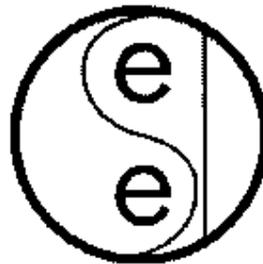
APW Frühjahrstagung ZF1250
Veranstalter: Akademie Praxis und Wissenschaft
Thema: Traumatologie
Tagungsleiter: Prof. Dr. A. Herforth, Düsseldorf, Prof. Dr. G. Wahl, Bonn
Termin: 20. 21. 06. 2003
Ort: Würzburg, Hotel Maritim
Auskunft: APW Geschäftsstelle
 Lindemannstraße 96
 40237 Düsseldorf
 Tel.: 0211/66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

CARS 2003
Thema: Computer Assisted Radiology and Surgery 17th International Congress and Exhibition
Termin: 25. 28. 06. 2003
Ort: London, Queen Elizabeth II Conference Centre
Auskunft: Prof. Heinz U. Lemke
 c/o Technical University Berlin
 Computer Graphics and Computer Assisted Medicine
 Secr. FR 3-3
 Franklinstr. 28-29
 10587 Berlin
 Tel.: 07742/922 434
 Fax: 07742/922 438
 e-mail: fschweikert@cars-int.de
 internet: www.cars-int.de

■ Juli

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

17. Jahrestagung ESDE/EGZE



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

MEDcongress
Veranstalter: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V.

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

■ September

12. Zahnärztetag der Z¹K Mecklenburg-Vorpommern
54. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Ges. f. ZMK-Heilkunde an den Univ. Greifswald und Rostock e.V.
Hauptthemen: Endodontie aktuell; Praxishygiene in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Standespolitik
Termin: 05. 07. 09. 2003
Ort: Rostock-Warnemünde
Auskunft: Z¹K Mecklenburg-Vorpommern,
 Wismarsche Straße 304,
 19055 Schwerin,
 Internet: <http://www.zaekmv.de>
 Tel.: 0 385/ 5 91 08 13
 Fax: 0 385/ 5 91 08 23

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

FDI/ADA World Dental Congress



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

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

WHO CC-Symposium gemeinsam mit der 10. Jahrestagung der DGK
Veranstalter: WHO Kollaborationszentrum (WHO CC) und Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK)
Hauptthema: Prävention oraler Erkrankungen (anlässlich des 20-jährigen Bestehens des WHO CC)
Termin: 25. 09. 2003
Ort: Jena
Auskunft: WHO-Sekretariat der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde (Frau Simionoff)
 Tel.: 0361/741 13 09

■ Oktober

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

Universitäten

Universität Nimwegen

Zweitige Fortbildungsveranstaltung Parodontologie

Thema: Diagnose, Prognose und Therapie der Parodontitis. Grundlagen für die tägliche Praxis (Modul A)
Referent: Prof. Dr. Jrg W. Kleinfelder, Universität Nimwegen (Niederlande)
Termin/Ort: 28. 03. 2003, 13.00 - 20.00 Uhr;
 29. 03. 2003, 9.00 - 17.00 Uhr
Kursgeb hr: 490 EUR

Tagungsprogramm:
 Biologie des Parodonts; Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis
 Klinik der Parodontopathien und der Mundschleimhauterkrankungen: Gingivitis und Mukositis, chronische und aggressive Parodontitis, Granulome und Hyperplasien, gingivale Defekte und Rezessionen, peri-implantäre und endo-parodontale Läsionen
 Diagnostik: elektronische Sonden, digitale Radiographie, mikrobiologische und genetische Tests
 Prognose: Patienten-, zahn- oder fächenspezifische Risikofaktoren
 Risikoeinschätzung: Spezifische Mikroorganismen, Rauchen, Diabetes, Stress, Genetik
 Systemische Effekte der Parodontitis: kardiovaskuläre Erkrankungen, Fröhburtenrisiko
 Initiale Therapie: Handinstrumente, Ultraschall, Laser (?), Vector (?), Lokalantibiotika
 Praktische Übungen mit Handinstrumenten

Auskunft: Prof. Dr. Jrg W. Kleinfelder, Lehrstuhl für Parodontologie, Universitätsklinik Nijmegen
 Philips van Leydenlaan 25
 NL-6525 EX Nimwegen
 Fax: +31 24 361 46 57

Universität Jena

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Dentalmikroskopie Hands-on-Kurs
Veranstalter: Zentrum für ZMK der Universität Jena
Termin: 28. 02. - 01. 03. 2003
Ort: Poliklinik des Zentrums für ZMK der FSU Jena
Sonstiges: Inhalt: Geschichte der Mikroskopie; Einsatz der Mikroskopie in der endodont./parodontalen Therapie; endoskop. gestützte WSR; prakt. Übungen
Kursgeb hr: 250 EUR

Auskunft: OA Dr. Peter Schleier
 An der alten Post 4
 07740 Jena
 Tel.: 03641/93 44 35
 Fax: 03641/93 44 32
 e-mail: peter.schleier@med.uni-jena.de

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: 28. 02./01. 03. 2003
 Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr,
 Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargeb hr: 800 €
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

CEREC-Aufbau- u. Kronenseminar

Thema: Advanced Training zur Anfertigung aller Einzelzahnrestaurationen (d.h. schwierige Konstruktionen, Teilkronen, Front- und Seitenzahnkronen, einfache und extendierte Verblendschalen) und deren Individualisierung
Organisation: Lehrstuhl für Konservierende Zahnheilkunde (Univ.-Prof. Dr. F. Lampert)
Termin: 21./22. 03. 2003,
 Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr,
 Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargeb hr: 800 €
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>

Universitätsklinikum Münster

Jubiläumsvorstellung 10 Jahre Münsteraner Symposium

Themen:
 10 Jahre Münsteraner Symposium - Rückblick und Ausblick
 Prof. Joos

Die zahnärztliche Versorgung des Patienten mit LKG-Spalte Teil des Gesamtrehabilitationskonzeptes
 Prof. Hemprich

Möglichkeiten und Grenzen der Alveolarfortsatzdistraktion
 Prof. Hidding

Ästhetische Aspekte in der Implantologie
 Prof. Khoury
 Weisheitszahnentfernung und WSR gibt es einen Wechsel der Indikationen?
 PD Werkmeister

Organisation:
 Klinik und Poliklinik für Mund- und Kiefer-Gesichts-chirurgie
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. U. Joos

Termin: 22. 02. 2003
Beginn: 09.00 Uhr
Ort: Halle Münsterland (Kongresszentrum)
 Albersloher Weg 32,
 48155 Münster
Geb hr: Die Teilnahme ist kostenlos.

Wissenschaftliche Gesellschaften

Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V.

Förhjahrstagung

Thema: Erkrankung der Mundschleimhaut einschließlich Materialinteraktionen
Termin: 24. 05. 2003
Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich
Ort: Hrsaal Neubau Augenklinik/MKG, Liebigstr. 14 a,
 04103 Leipzig

Auskunft: Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. Nrnberger Straße 57, 04103 Leipzig
 Frau Truger Tel.: 0341/972 1112
 Frau Wittig Tel.: 0341/972 1105
 Fax: 0341/972 11 19
 e-mail: gzmk@medizin.uni-leipzig.de
 Internet: www.gzmk-leipzig.de

Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V.

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Klassische Chinesische Akupunktur Stufe 3 (entsprechend TCM-Kurs Nr. 3, TCM Spezial-Diagnostik Teil 1)
Termin/Ort: 08./09. 03. 2003, K In; 15./16. 03. 2003, Berlin; 05./06. 04. 2003, Leipzig
Sonstiges: Ref.: Prof. mult. h.c./China Dr. med. F. R. Bahr und Mitarbeiter
Kursgeb hr: zwischen 73 EUR und 185 EUR

Thema: Ohrakupunktur Stufe 3 (Laserakup., Low-Level-Lasertherapie u. TENS) (Systematik u. Praxisdemonstration f. Fortgeschr. mit Patientenbehandl.)
Termin/Ort: 15./16. 03. 2003, Leipzig; 22./23. 03. 2003, Dresden; 29./30. 03. 2003, München; 05./06. 04. 2003, K In
Sonstiges: Ref.: Ursula Weitzd rfer, rztin (Leipzig, Dresden); Dr. med. F. R. Bahr (Präsident der EAA, Prof. h.c. der Chin. Akademie der Wissenschaften) (München); Dr. med. Petra Dahlhausen (K In)
Kursgeb hr: zwischen 73 EUR und 185 EUR

Auskunft: Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V., Ambazacstr. 4, 90542 Eckental
 Tel.: 09126/29 52 10
 Fax: 09126/29 52 159

Deutsche Akademie für Interdisziplinäre Schmerztherapie e.V.

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Spezielle Schmerztherapie in der Zahnmedizin (1. Kurs einer 4-teiligen Seminarreihe Grundlagen)
Termin: 08./09. 03. 2003
Ort: Tübingen
Sonstiges: Ref.: A. Philipp, Arzt und Schmerztherapeut, Dr. med. M. Schier, Schmerztherapeut
Kursgeb hr: Mitglieder 220 EUR, Nichtmitglieder 270 EUR

Thema: Botulinumtoxin in der Schmerztherapie (Prakt. Workshop mit Patientenbehandlung)
Termin: 29. 03. 2003
Ort: Ludwigsburg
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Jost, Wiesbaden
Kursgeb hr: Mitglieder 150 EUR, Nichtmitglieder 180 EUR

Auskunft: Deutsche Akademie für Interdisziplinäre Schmerztherapie e.V., Ambazacstr. 4, 90542 Eckental
 Tel.: 09126/29 52 10
 Fax: 09126/29 52 159

Freie Anbieter

In dieser Rubrik veröffentlichten 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: Laser-Info-Nachmittag
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG CDC Zentrum Dentale Kommunikation
Termin: nach Vereinbarung
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Ein Mitarbeiter der Dentaurum-Zahntechnik

Kursgeb hr: kostenlos
Auskunft: Sabine Braun, Dentaurum, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-479
 Fax: 07231/803-409

Thema: Mit der Vollkeramik in die wirtschaftliche Unabhängigkeit
Veranstalter: funck Dental-Medizin KG
Termin: 19. 02. 2003, 16.00 - 20.00 Uhr
Ort: funck Heidelberg
Kursgeb hr: 50 EUR + MwSt.
Auskunft: funck Dental-Medizin KG, Fritz-Frey-Str. 16, 69121 Heidelberg
 Tel.: 06221/47 92 46
 Fax: 06221/47 92 83

Thema: MPG-Aktuell
Veranstalter: Wieland Dental u. Technik GmbH u. Co. KG
Termin: 19. 02. 2003
Ort: Dresden
Sonstiges: Ref.: A. Stok
Kursgeb hr: 50 EUR
Auskunft: Wieland Dental u. Technik GmbH u. Co. KG, Bautzner Straße 20, 01099 Dresden
 Tel.: 0351/81 70 30
 Fax: 0351/ 817 03 55

Thema: Funktion A-Kurs, Statik-Dynamik
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 21. 02. 2003
Ort: Pforzheim
Sonstiges: Der gemeinsame Nenner für Zahnarzt und Techniker in der Artikulation; Ref.: Dr. Rolf D. H nes, ZT Hans-Jürgen Gebert
Kursgeb hr: pro Person 440 EUR
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Zeitgemäße Zahnheilkunde State of the Art nach Dr. Dan Fischer
Veranstalter: funck Dental-Medizin KG
Termin: 21. 02. 2003, 15.00 - 19.30 Uhr
Ort: funck Heidelberg
Kursgeb hr: 125 EUR + MwSt.
Auskunft: funck Dental-Medizin KG, Fritz-Frey-Str. 16, 69121 Heidelberg
 Tel.: 06221/47 92 46
 Fax: 06221/47 92 83

Thema: Abrechnung von KFO-Leistungen nach Bema und GO/GOZ Grundlagenkurs
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 21. 02. 2003, 13.00 - 18.30 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: Dipl.-Med.-P d. FH B. Rumpf, Frankfurt
Kursgeb hr: 130 EUR
Auskunft: Frau Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
 Tel.: 069/942 21-113
 Fax: 069/942 21-201

Thema: Keramik II Patientenfall Schichttechnik/Fortgeschrittene
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 21./22. 02. 2003
Ort: Berlin
Sonstiges: Zwei Tage Metallkeramik-Schichtkurs für Fortgeschrittene mit Creation und Surprise
 Ref.: ZTM Peter Biekert
Kursgeb hr: 750 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Creaparl-Teamkurs Totalprothese
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin/Ort: 21./22. 02. 2003, Herford; 01./02. 03. 2003, Berlin
Sonstiges: Versorgung eines Totalprothesenträgers nach der NFP-Philosophie; Ref.: ZT Michael Ziermann, ZA Gert Fecht, Dr. Rolf D. H nes
Kursgeb hr: 650 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Instrumentelle Funktionsanalyse, Digitale Techniken
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 21./22. 02. 2003
Ort: Zwickau
Sonstiges: Ref.: OA Dr. Stefan Kopp
Kursgeb hr: 700 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim
 Tel.: 07231/957-251
 Fax: 07231/957-249

Thema: Praktische Prophylaxe wie sie dem Patienten nützt

Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 21./22. 02. 2003

Ort: Elsterberg

Sonstiges: Die Durchführung einer professionellen Mundhygiene

Kursgeb hr: 430 EUR für jede Helferin, 230 EUR für jede weitere Helferin aus gleicher Praxis

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

Thema: Praktisches Training zur Verbesserung

Veranstalter: DENT-MIT
Termin: 21./22. 02. 2003

Ort: Elsterberg

Sonstiges: Erfolgreiche Zahnarztpraxen kommunizieren besser

Kursgeb hr: 475 EUR für den Zahnarzt, 240 EUR für die Helferin

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

Thema: Einführung in die Manuelle Funktionsanalyse (MFA I)

Veranstalter: IFG Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 21. 02. 2003, 10.00 19.00 Uhr;

22. 02. 2003, 9.00 18.00 Uhr

Ort: Mainz, Hotel Hyatt

Sonstiges: Prof. Dr. Axel Bumann

Kursgeb hr: 690 EUR inkl. Tagungsverpflegung zzgl. MwSt., inkl. ausf. Seminarunterlagen

Auskunft: IFG-Bro, Wohldstraße 22, 23669 Timmendorfer Strand
Tel.: 04503/77 99 33
Fax: 04503/77 99 44
e-mail: info@ifg-hl.de
internet: www.ifg-hl.de

Thema: Der Biotan-Kombinationsmodellguss

Veranstalter: Sch tz-Dental GmbH

Termin: 21./22. 02. 2003 und 19./20. 09. 2003

Freitags, 9.30 (Ende offen)

Samstags 8.30 ca. 16.00 Uhr

Ort: 3b-Dental GmbH & Co KG, 31655 Stadthagen

Sonstiges: Das Seminar kann auch in Ihrem Labor durchgeführt werden. Die Voraussetzungen und Modalitäten müssen im Einzelnen besprochen werden.

Kursgeb hr: 860 EUR + MwSt. inkl. bern. und Verpflegung

Auskunft: 3b-Dental GmbH & Co KG, Heinz Bauer, St. Annen 55, 31655 Stadthagen
Tel.: 05721/10 61
Fax: 05721/10 62

Thema: Funktionsregler nach prof. Dr. Dr. Frinkel Theorie und Praxis am Patienten

Veranstalter: KFO-Labor Orthotec, Wiesbaden

Termin: 21./22. 02. 2003

Ort: Wiesbaden

Sonstiges: Ref.: Dr. Brandt, ZT Sch tz

Auskunft: Orthotec KFO-Labor Wiesbaden, Dr. Thorsten Brandt, Kaiser-Friedrich-Ring 71, 65187 Wiesbaden
Tel.: 0611/80 81 38

Fax: 0611/80 81 93

e-mail: ThorstenBrandt@web.de
www.ThorstenBrandt.de

Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil I Herstellung von Plattenapparaturen

Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG CDC Centrum Dentale Kommunikation

Termin: 21./22. 02. 2003

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZT Jrg Stehr

Kursgeb hr: 419 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-479

Fax: 07231/803 409

Thema: Die Konuskronenprothese im duplierfreien Einstckguss High Tech aus CoCr

Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG CDC

Termin: 21./22. 02. 2003

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Dr. rer. nat. Jrgen Lenz, Dr. med. dent. Hans Jrgen Schindler, ZT Peter Gädinger, ZT Ulrich Rupprecht

Kursgeb hr: 500 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-479

Fax: 07231/803 409

Thema: Der schwierige Patient die aufwendige interdisziplinäre Behandlung

Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG CDC

Termin: 21./22. 02. 2003

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr. Fuhrmann

Kursgeb hr: 549 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-479

Fax: 07231/803 409

Thema: Ganzheitliche Kieferorthopädie, Teil I

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 21. 23. 02. 2003

Ort: 44623 Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Christoph Herrmann

Kursgeb hr: 560 EUR inkl. MwSt. 450 EUR inkl. MwSt. für Assistenten mit Nachweis KZV

Auskunft: Haranni Akademie, Renate Dimpke, Schulstraße 30, 44623 Herne
Tel.: 02323/946 83 00
Fax: 02323/946 83 33

Thema: Sinuslift Implantologie Augmentation

Veranstalter: Fortbildungsinstitut Schöne Zehne, Stefan Scherg

Termin: 22. 02. 2003 und 11. 10. 2003

Ort: 97753 Karlstadt

Sonstiges: Ref.: Zahnarzt Stefan Scherg

Kursgeb hr: 300 EUR inkl. MwSt. inkl. Mittagessen, Getränke sowie das Kurs-Skript

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

Tel.: 09353/61 43

Fax: 09353/90 99 705

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

internet: www.schoene-zaehne-scherg.de

Thema: Was Sie schon immer über KFO-Geräte wissen sollten

Veranstalter: Bueker Kieferorthopädie

Termin: 22. 02. 2003, 9.00 17.00 Uhr

Ort: Osnabrück, Hotel Ibis

Sonstiges: Indikation und Handhabung der einzelnen Behandlungsgänge, Arbeitskurs mit praktischen Übungen

Kursgeb hr: 220 EUR

Auskunft: S. Instinsky, Bueker Kieferorthopädie, Goldstraße 20, 49074 Osnabrück

Tel.: 0541/33 81 199

Fax: 0541/33 81 155

e-mail: info@bueker-kfo.de

Internet: www.bueker-kfo.de

Thema: KFO-Abrechnung spezial Aufbaukurs

Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie

Termin: 22. 02. 2003, 9.00 13.00 Uhr

Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5

Sonstiges: Ref.: Dipl.-Med.-P d. FH B. Rumpf, Frankfurt

Kursgeb hr: 130 EUR

Auskunft: Frau Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie

Tel.: 069/942 21-113

Fax: 069/942 21-201

Thema: Programm für Implantologische Fortbildung mit dem IMPLA-System

Veranstalter: Sch tz-Dental GmbH

Termin: 22. 02. 2003 und 27. 09. 2003

Ort: Dr. Ulrich Janke, Zahnarzt Rodigallee 250, 22043 Hamburg

Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Ulrich Janke

Kursgeb hr: 404 EUR + MwSt.

Auskunft: Sch tz-Dental GmbH, Frau Kimmeth, Frau Sengotta, Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach

Tel.: 06003/814 395 oder 396

Fax: 06003/814 906

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

Veranstalter: Girrbach Dental GmbH

Termin: 22. 02. 2003

Ort: Pforzheim

Sonstiges: Elektronische Registrierung der UK-Bewegung, Auswertung und Therapieansätze; Ref.: Dr. Rolf D. Hines, ZT Hans-Jrgen Gebert

Kursgeb hr: pro Person 440 EUR

Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim

Tel.: 07231/957-251

Fax: 07231/957-249

Thema: Informationsveranstaltung zur Kursreihe Vorbereitung auf die amtsrztliche Berpfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker

Veranstalter: PAN Privatakademie für Naturheilkunde GmbH

Termin: 22. 02. 2003, 10.00 Uhr

Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg

Sonstiges: Kursinhalte und -aufbau werden vorgestellt. Gastherrschaft beim anschließenden Bungskurs möglich; Anmeldung unbedingt erforderlich

Kursgeb hr: kostenfrei

Auskunft: Frau Gardemin Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg

Tel.: 05475/95 98 55

Fax: 05475/52 57

Thema: Vorbereitung auf die amts rztliche berpr fung zum Heilpraktiker f r Zahn rzte und Apotheker

Veranstalter: PAN Privatakademie f r Naturheilkunde GmbH

Termin: 22. 02. 2003,

11.00 18.00 Uhr

Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: 18-monatige Kursreihe (6 Einzelbl cke zu je 3 Monaten) Rotationsverfahren. Einstieg jederzeit m glich. Gasth erschaft nach Anmeldung m glich

Kursgeb hr: auf Anfrage

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

Thema: Gewinnmaximierung durch perfekte Kommunikation mit den Patienten

Veranstalter: Go-consulting Praxismanagement

Termin/Ort: 22. 02., D sseldorf;

28. 02., N rnberg;

07. 03., Stuttgart; 15. 03., K ln;

21. 03., Berlin

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

Kursgeb hr: 199 EUR + MwSt.

Auskunft: Go-Consulting,

Herr Brandes, Sendlingerstr. 24, 80331 M nchen
Tel.: 089/79 97 88 oder 0172/84 66 160
Fax: 089/74 99 46 29

Thema: Teleskopkronentechnik mit dem Biotan-System + Galvanoforming

Veranstalter: Sch tz-Dental GmbH

Termin: 22./23. 02. 2003,

07./08. 06. 2003 und

20./21. 09. 2003

Ort: Corona Zahntechnik GmbH 34119 Kassel

(Seminare vor Ort m glich auch als 1-Tages-Basis-Kurs Termine und Kursgeb hr nach Absprache)

Sonstiges: Seminarleiter: ZTM Dieter Siebert

Kursgeb hr: 490 EUR inkl. MwSt.

Preisnachlass ab 2. Techniker/in

Auskunft: ZTM Dieter Siebert, Corona Zahntechnik GmbH, Raabestra e 14 a, 34119 Kassel
Tel.: 0561/320 21-22
Fax: 0561/325 46

Thema: Vector-Anwenderkurs

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

Termin: 25. 02. 2003 und

21. 03. 2003

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

Sonstiges: Ref.: Christa Napholz, Jeanette Angermann-Daske; Inhalte: Optimale Sitzposition, richtige Instrumentierung, Belagsentfernung subgingival und supragingival u.s.w.

Kursgeb hr: 169 EUR + MwSt.;

130 EUR + MwSt. f r Wagner Star Classic Kunden und Vorb.-Ass.

Auskunft: Herr Sartor, Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, Roteb hlstr. 87, Postfach 10 52 54, 70045 Stuttgart

Tel.: 0711/61 55 37 430

Fax: 0711/61 55 37 429

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

Thema: Die Kunst, Patienten als G ste zu behandeln

Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski

Termin: 26. 02. 2003,

9.00 16.00 Uhr

Ort: Kempten im Allg u

Sonstiges: F r Teams, ZAH, Z⁻; Teilnehmerzahl max. 16

Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining

M hlholz 6, 88260 Argenb hl
Tel.: 07566/94 13 44
Fax: 07566/94 13 45

Thema: Opalescence: So wird Bleaching zum Erfolg

Veranstalter: funck Dental-Medizin KG

Termin: 26. 02. 2003,

14.00 19.00 Uhr

Ort: funck Heidelberg

Kursgeb hr: 120 EUR + MwSt.

Auskunft: funck Dental-Medizin KG, Fritz-Frey-Str. 16,

69121 Heidelberg

Tel.: 06221/47 92 46

Fax: 06221/47 92 83

Thema: Aktualisierungskurs im Strahlenschutz f r rzte,

Zahn rzte, Tier rzte, Medizinphysik-Experten und Personen der technischen Mitwirkung nach § 18 a Abs. 2 der R ntgenverordnung und die Richtlinie Fachkunde nach R ntgenverordnung/Medizin

Veranstalter: Forschungszentrum Karlsruhe Fortbildungszentrum Technik und Umwelt (FTU)

Termin: 27. 02., 15. 05., 02. 07., 10. 09. und 17. 11. 2003

Ort: Forschungsz. Karlsruhe GmbH, Fortbildungszentrum f. Technik u. Umwelt (FTU), Hermann-von-Helmholtz-Platz 1, 76344 Eggenstein-Leopoldshafen

Sonstiges: Der Kurs schlie t mit einer Pr fung ab.

Kursgeb hr: 140 EUR

Auskunft: Frau Annette Wallburg Forschungszentrum Karlsruhe GmbH, Postfach 3640, 76021 Karlsruhe

Tel.: 07247/82-32 51

Fax: 07247/82-48 57

e-mail:

annette.wallburg@ftu.fzk.de

http://fortbildungs.fzk.de

Thema: Mukogingivale und sh-tetische periodontale Chirurgie Praktischer Kurs

Veranstalter: Z⁻T-Info Informations- und Fortbildungsgesellschaft f r Zahnheilkunde

Termin: 27. 02. 01. 03. 2003

Ort: 48346 Ostbevern

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Mick

Dragoo, San Diego/USA

Kursgeb hr: 998 EUR + MwSt.

Auskunft: Z⁻T-Info,

Erbdrostenstr. 6,

48346 Ostbevern

Tel.: 02532/73 30

Fax: 02532/77 93

Thema: Akupunktmassage (APM) nach Penzel in der Zahnarztpr.

Veranstalter: PAN Privatakademie f r Naturheilkunde GmbH

Termin: 01. 03. 2003,

9.00 17.30 Uhr

Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg

Sonstiges: Die Grundlagen der Energielehre werden erkl rt und die Unterschiede zur herkömmlichen punktbezogenen Akupunktur verdeutlicht.

Kursgeb hr: 260 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Frau Gardemin

Streithorstweg 3,

49163 Bohmte-Hunteburg

Tel.: 05475/95 98 55

Fax: 05475/52 57

Thema: Der Empfang als Visitenkarte der Praxis

Veranstalter: IFG Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 01. 03. 2003,

9.00 17.00 Uhr

Ort: Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Christina Gaede-Thamm, Hamburg, Training und Beratung

Kursgeb hr: 298 EUR inkl.

Tagungsverpflegung + MwSt.

Auskunft: IFG-B ro, Wohldstra e 22, 23669 Timmendorfer Strand
Tel.: 04503/77 99 33
Fax: 04503/77 99 44
e-mail: info@ifg-hl.de
internet: www.ifg-hl.de

Thema: Diodium-Laser Anwenderseminar mit Live-OPS

Veranstalter: Weil-Dental GmbH

Termin: 01. 03., 31. 05., 12. 07. und 11. 10. 2003

Ort: Uni Frankfurt,

Theodor-Stern-Kai 7,

60596 Frankfurt/Main

Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Romanos

Kursgeb hr: 395 EUR + MwSt.

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

Auskunft: Weil-Dental (Frau Weck, Frau Wotschel, Frau Aust)

Dieselstra e 5-6, 61191 Rosbach

Tel.: 06003/814-220 oder

06003/814-230 oder

06003/814-240

Fax: 06003/814-906

Thema: Life-Management der erfolgreiche Weg

Veranstalter: Z⁻T-Info Informations- und fortbildungsgesellschaft f r Zahnheilkunde

Termin: 02. 07. 03. 2003

Ort: Hotel Sonnenalp,

Ofterschwang/Allg u

Sonstiges: Ref.: Nikolaus B.

Enkelmann, K nigstein

Kursgeb hr: 1 500 EUR + MwSt.

Auskunft: Z⁻T-Info,

Erbdrostenstr. 6,

48346 Ostbevern

Tel.: 02532/73 30

Fax: 02532/77 93

Thema: Kombinationstechnik Titan bilaterale Riegelarbeit

Veranstalter: Sch tz-Dental GmbH

Termin: 05. 07. 03. 2003 und

28. 30. 10. 2003

Ort: Sch tz-Dental GmbH,

61191 Rosbach

Sonstiges: Seminarleiter: ZTM

Kraft, ZZMK-Carolinum,

Universit t Frankfurt

Kursgeb hr: 595 EUR + MwSt.

Auskunft: Sch tz-Dental GmbH,

Frau Achenbach, Frau Hoffmann,

Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach

Tel.: 06003/814 620 oder 630

Fax: 06003/814 906

Thema: Intensiv-Workshop: Risikoorientierte Prophylaxe-Betreuung
Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH
Termin/Ort: 05. 03., Hamburg; 07. 03., Frankfurt; 02. 04., München; 07. 05., Berlin; 21. 05., Nürnberg; 09. 07., Düsseldorf; 17. 09., Hannover; 08. 10., Heidelberg; 12. 11., Leipzig; 19. 11., Stuttgart; 26. 11., Köln; 03. 12., Münster; jeweils 14.00 - 19.00 Uhr
Auskunft: Service Hotline: 06221/64 99 710 oder 0700 KURSINFO

Thema: Internationales Diplom der fortgeschrittenen Implantologie & Oralrehabilitation Kurs II: Prothetische Bioarchitektur. Für diesen Kurs ist es wünschenswert, dass der Praktiker mit seinem Techniker den Kurs belegt.
Veranstalter: Forum Odontologikum
Termin: 06.-07. 03. 2003
Kursgeb hr: Pro Kurs 600 EUR (900 Fr.). Vorauszahlung bei Anmeldung von 200 EUR (300 CHF) pro Kurs erwünscht.
Auskunft: Forum Odontologikum, Secrétariat, Centre de SØvelin - 4, avenue de Provence, CH-1007 Lausanne (Suisse), Tel.: 41/(0) 21 625 02 98, Fax: 41/(0) 21 626 03 07

Thema: KFO Creativ (aus einer einfachen kieferorthopädischen Standardapparatur fertigen Sie ein individuelles Schmuckstück)
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG CDC Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 07. 03. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Claudia Stier
Kursgeb hr: 202 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-479 Fax: 07231/803 409

Thema: Face-Former-Therapie
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG CDC Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 07. 03. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Dr. Klaus-Jürgen Berndsen
Kursgeb hr: 299 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-479 Fax: 07231/803 409

Thema: Laser-Sicherheitsschulung
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG CDC Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 07. 03. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Dipl.-Ing. (FH) Klaus Merkle
Kursgeb hr: 80 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-479 Fax: 07231/803 409

Thema: Professionelle Zahnreinigung
Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG
Termin: 07. 03. 2003, 14.00 - 19.00 Uhr
Ort: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, 70178 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Vesna Braun, DH, Seminar dient zum Erlernen und Ben in Theorie und Praxis die korrekte Durchführung einer PZR
Kursgeb hr: 160 EUR + MwSt., 120 EUR + MwSt. für Wagner Star Classic Kunden u. Vorb.-Ass.
Auskunft: Herr Sartor, Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG, Rotebühlstr. 87, Postfach 10 52 54, 70045 Stuttgart Tel.: 0711/61 55 37 430 Fax: 0711/61 55 37 429 e-mail: H-J.Sator@wagner-dental.de

Thema: Die zauberhafte Zahnarztpraxis
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 07./08. 03. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Analisa Neumeyer
Kursgeb hr: 540 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Haranni Academie, Renate Dimpke, Schulstraße 30, 44623 Herne Tel.: 02323/946 83 00 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Professionelle GOZ-Abrechnung
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 07./08. 03. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Angelika Doppel
Kursgeb hr: 310 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Haranni Academie, Renate Dimpke, Schulstraße 30, 44623 Herne Tel.: 02323/946 83 00 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Multibandkurs I: Straightwire-Technik mit dem Brandt-Torquenetrol^{fi}-System von Dentaurum
Veranstalter: KFO-Labor Orthotec, Wiesbaden
Termin: 07./08. 03. 2003
Ort: Wiesbaden
Sonstiges: Ref.: Dr. Brandt, ZT Schütz
Auskunft: Orthotec KFO-Labor Wiesbaden, Dr. Thorsten Brandt, Kaiser-Friedrich-Ring 71, 65187 Wiesbaden Tel.: 0611/80 81 38 Fax: 0611/80 81 93 e-mail: ThorstenBrandt@web.de www.ThorstenBrandt.de

Thema: Gnathologischer Arbeitskurs Keramik in Funktion
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 07./08. 03. 2003
Ort: Pforzheim
Sonstiges: Praxisnahe Gnathologie mit Hilfe der Anatomisch-Physiologischen Parameter-Konzepte; Ref.: ZTM Bernhard Stoll
Kursgeb hr: 650 EUR pro Person
Auskunft: Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim Tel.: 07231/957-251 Fax: 07231/957-249

Thema: Grundwissen und Ausbildung der kieferorthopädischen Fachangestellten
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG CDC Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 07./08. 03. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Ralf Radlanski
Kursgeb hr: 460 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-479 Fax: 07231/803 409

Thema: Titan Brückenversorgung auf dem IMPLA-System
Veranstalter: Schütz-Dental GmbH
Termin: 07./08. 03. und 07./08. 11. 2003
Ort: de Roy & Wennemann Zahntechnik GmbH & Co KG
Sonstiges: Seminarleiter: ZTM P. Wennemann, ZTM M. Heinrichs
Kursgeb hr: 588 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Weichert, Frau Carpentier, de Roy & Wennemann Zahntechnik GmbH & Co KG, Harpener Feld 33, 44805 Bochum Tel.: 0234/50 70 3-0 Fax: 0234/50 70 333

Thema: Eckzahneinordnung Multibandtechnik 4
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 07./08. 03. 2003, 9.00 - 18.00 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. F. G. Sander, Ulm
Kursgeb hr: 560 EUR + Work-Kit 70 EUR
Auskunft: Frau Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: Die kieferorthopädische Befunderhebung
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 07. 09. 03. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Thomas Hinz, Dr. Markus Heise
Kursgeb hr: 820 EUR inkl. MwSt. 655 EUR inkl. MwSt. für Assist. mit Nachweis KZV
Auskunft: Haranni Academie, Renate Dimpke, Schulstraße 30, 44623 Herne Tel.: 02323/946 83 00 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Geschlechtsleitungs-Seminar für die/den Praxisinhaber/in
Veranstalter: dental-qm
Termin: 08. 03. 2003
Ort: Düsseldorf
Sonstiges: QM-Aufgaben der Geschlechtsleitung, Management und Mitarbeiterführung
Kursgeb hr: 420 EUR + MwSt.
Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn, Jungfernstieg 21, 24103 Kiel Tel.: 0431/97 10-308 Fax: 0431/97 10-309 e-mail: schwinn@dental-qm.de internet: www.dental-qm.de

Thema: Intensiv-Workshop: Prophylaxe-Betreuung in der KFO-Praxis
Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH
Termin/Ort: 21. 03., Berlin; 07. 05., Stuttgart; 08. 05., Frankfurt; 09. 05., München; 24. 10., Hamburg; 13. 11., Dortmund; 14. 11., Köln; jeweils 14.00 - 19.00 Uhr; 15. 11., Düsseldorf; 10.00 - 15.00 Uhr
Auskunft: Service Hotline: 06221/64 99 710 oder 0700 KURSINFO

Im Streiflicht

Akademie für Praxis und Wissenschaft (APW)

Bernhard Fuchs

Fortbildung ist momentan ein politisches Thema aller medizinischen Gremien. Aber eigentlich ist Fortbildung opportun für alle medizinischen Berufe und das nicht erst seit heute. Im Folgenden wird vorgestellt, welche Fortbildungsmaßnahmen seitens der zahnärztlichen Fachgesellschaften angeboten werden.

Die „große“ Politik entwickelt eine Eigen- dynamik, die jegliche Initiative geradezu stranguliert und unser „kleines“ berufspolitisches Szenario eher zur Marginalie werden lässt. So wurde in der gesundheitspolitischen Diskussion ein Schlagwortrepertoire oktroyiert, auf welches es zeitnah und substanziiert von Bundesärzte- und Bundeszahnärztekammer zu reagieren gilt – Kompetenzerhaltung und Rezertifizierung.

Reizthema Rezertifizierung

Fraglos stößt die Rezertifizierung bei Ärzten und Zahnärzten zu Recht auf Ablehnung. Da Politik ein Akt von Geben und Nehmen ist, müssen wir uns überlegen, was wir zu geben in der Lage sind, um die strikte Umsetzung von Rezertifizierungsgedanken unnötig erscheinen zu lassen.

Seit meinem Amtsantritt als APW-Vorsitzender bin ich der Auffassung, dass alle Partner im Gesundheitswesen – Patienten, Kostenträger, Ärzte und Zahnärzte – das Recht haben, Qualität sichernde Maßnahmen einzufordern beziehungsweise auch die Pflicht haben, Qualitätssicherung zu betreiben. Kompetenzerhaltung bedeutet nichts anderes, als dies durch ein klar formuliertes, definiertes Maßnahmenbündel zu realisieren.

APW: Kompetenzerhalt

Die APW praktiziert Kompetenzerhaltung in der Zahnmedizin bekanntlich seit ihrer Gründung 1974 und dient mit ihrem derzeitigen, bundesweit geltenden Konzept als Musterbeispiel für andere Institutionen. Ein Grund, sich kurz mit der Historie der APW zu befassen. Ziel der APW war es, angesichts der Halbwertzeit des Fachwissens der teil-



Foto: Lichtscheidt

Wie hier lernen Zahnärzte ständig weiter bei der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW).

nehmenden Kolleginnen und Kollegen den aktuellen Stand der Zahnmedizin in allen relevanten Disziplinen (Curriculum Allgemeine ZMK, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) in einem geschlossenen zweijährigen Fortbildungszyklus an zehn Wochenenden (heute zwölf Wochenenden) zu vermitteln. Die Absolventen wurden nach erfolgreicher Teilnahme zu „Mitgliedern der APW“ ernannt und akzeptierten freiwillig das Prinzip der jährlichen, kontinuierlichen Anschlussfortbildung. Mitgliedschaft und Anschlussfortbildung wurden mit Einzelnachweisen (Fortbildungspass) und Zertifikaten dokumentiert.

Die Initiatoren verdienen es genannt zu werden. Mitglieder des Gründungsdirektoriums waren: Prof. Dr. Manfred Straßburg, Prof. Dr. Dr. Werner Hahn, Dr. Horst Cochanski und Prof. Dr. Dr. Ernst-Helmut Pruin. Vorsitzender war Dr. Günter Wunderling und damaliger Präsident der DGZMK Prof. Rudolf

Naujoks. Ein revolutionäres Konzept – damals. Heute bedeutet dieses die Grundanforderung zur Kompetenzerhaltung. Fakt ist – die Zahnmedizin 1974 bietet nur noch den verbalen Mantel für die aktuelle Zahnmedizin 2003.

Die Inhalte haben sich entsprechend dem Innovationspotential eines vitalen Faches entscheidend verändert.

Die APW zeigt Profil:

Fortbildung:

- aktuell, wissenschaftlich fundiert
- strukturiert, dokumentiert und zertifiziert
- kontinuierlich postuniversitär

Studiengruppen:

- maximal 20 bis 24 Teilnehmer

Lehrkörper:

- qualifizierte Referenten aus Universität und Praxis
- Qualitätssicherung durch Erteilung eines Lehrauftrages

Kooperation:

- Der APW ist es gelungen, ein Kooperationsmodell mit allen relevanten wissenschaftlichen Gesellschaften zu realisieren. Die wissenschaftliche Kompetenz der Fachgesellschaft, die Organisationsstruktur der APW und das Durchsetzungs- und Integrationsvermögen der DGZMK werden sinnvoll kombiniert.

Fachspezifische Fortbildung:

- für den niedergelassenen Zahnarzt
- Analog zur evidenten Evolution der gesamten Medizin und Zahnmedizin in Wissenschaft, Forschung und Praxis haben sich APW und DGZMK für die Einführung spezialisierender Qualifizierungsmaßnahmen in neun definierten, zahnmedizinischen Fachdisziplinen entschieden.

APW – Curriculum:

■ Damit realisieren wir wissenschaftlich fundierte, strukturierte, Qualität sichernde, fachspezifische Fortbildungsmaßnahmen in diesen neu definierten Disziplinen – dokumentiert und zertifiziert.

APW – Continuum:

■ breitgefächerte, aktuelle Anschlussfortbildung in allen Disziplinen

Dokumentation-Zertifizierung:

■ Die Teilnahme an den Curricula und am Continuum wird dokumentiert und nach den Kriterien der APW und den beteiligten Fachgesellschaften zertifiziert.

Prüfungssystem:

■ Neben formellen Kriterien wird das erworbene Wissen der Veranstaltungsteilnehmer durch Multiple Choice Auswahlfragen, Fachgespräche und/oder praktische Prüfungen evaluiert.

**Ausweisung von****APW-Fortbildungsmaßnahmen:**

■ Die erfolgreiche Teilnahme an den strukturierten, zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen der APW ermöglicht die Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten. Der Beschluss des Vorstandes der DGZMK zum Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 23.07.01 zur Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten lautet wie folgt:

a.) Der Vorstand stellt fest, dass eine strukturierte, zertifizierte Fortbildung generell qualitativ geeignet ist, die Voraussetzungen für die Ausweisung eines Tätigkeitsschwerpunktes zu erfüllen.

b.) Weitere Voraussetzung für die Ausweisung ist, dass ein Zahnarzt auf diesem Gebiet der Fortbildung nachhaltig tätig war.

c.) Im Übrigen sind bei der Ausweisung die berufspolitischen Regelungen der jeweiligen LZÄK zu beachten sowie der Beschluss der BZÄK vom 10.11.01.

Das Führen eines oder mehrerer Tätigkeitsschwerpunkte ist der Zahnärztekammer anzuzeigen.

APW – Mitgliedschaft – Anschlusszertifikat

Zur Aufrechterhaltung Ihrer erworbenen Qualifikation und der APW-Mitgliedschaft verpflichten sich die Teilnehmer zu einer kontinuierlichen Anschlussfortbildung.

Punktebewertung der Fortbildung in der APW

Die APW/DGZMK führt zur Dokumentation der Fortbildungsaktivitäten ihrer Mitglieder und als essentiellen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin die Bewertung und Zertifizierung Ihrer Fortbildungsaktivitäten mit Fortbildungspunkten durch. Mit Wirkung vom 1. Januar 2003 wurde ein gemeinsames Punktebewertungssystem von DGZMK/APW und Bundeszahnärztekammer etabliert, in enger Anlehnung an das Punktesystem des Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer.

Kompetenzerhaltung und APW – Mitgliedschaft

Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und DGZMK/APW sehen zur Kompetenzerhaltung von Ärzten und Zahnärzten vor:

- den Erwerb von 50 Fortbildungspunkten jährlich auf freiwilliger Basis.
- Der Nachweis von 150 Fortbildungspunkten nach mindestens drei Jahren ist zur Ausstellung des DGZMK-Fortbildungssiegels notwendig.
- Der Nachweis von mindestens 50 Fortbildungspunkten jährlich wird vorausgesetzt, um nach fünf Jahren und insgesamt 250 Fortbildungspunkten eine erworbene APW-Qualifikation beziehungsweise die APW-Mitgliedschaft durch ein Anschlusszertifikat zu bestätigen zu lassen.
- APW-Mitglieder erhalten aufgrund ihrer außerordentlichen Fortbildungsaktivitäten einen jährlichen Bonus von 15 Fortbildungspunkten angerechnet.

Qualitätssicherung

Die APW bekennt sich zur Qualitätssicherung in Ihrem gesamten Aktivitätsbereich. Sie orientiert sich dabei an aktuellen Empfehlungen diverser Einrichtungen, wie sie unter anderem von relevanten wissenschaft-

lichen Fachgesellschaften innerhalb und außerhalb der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (wie AWMF, Ärzte- und Zahnärztekammer, ZZQ und mehr) abgegeben wurden. In Eigeninitiative wurden zudem neue Leitsätze für die qualitätsgesicherte Fortbildung von Zahnärzten entwickelt.

Damit hat die „Neue APW“ sicherlich nicht unerhebliche Akzente in der zahnärztlichen Berufspolitik und Fortbildungslandschaft gesetzt.

Natürlich haben wir weitere Visionen und entwickeln ständig neue Strukturen für die Zukunft. Das neue Hochschulrahmengesetz ermöglicht zusätzlich zu unserem bewähr-

ten Fachrichtungen existieren bereits. Die bisherigen Wege der Weiterbildung bieten den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen keinerlei Möglichkeiten zur weiteren Entwicklung.

Unsere ambitionierten Kollegen benötigen künftig jedoch eine zusätzliche Chance profundere, beruflicher Entwicklung und Weiterqualifikation entsprechend den veränderten Anforderungen und dem Wandel des gesamten Gesundheitswesens. Es ist längst an der Zeit, überholte Ordnungen pragmatisch und unkonventionell zu überdenken und gegebenenfalls um ein Stufenmodell zu ergänzen, ohne etablierte Weiterbildungsformen zu tangieren. Wir arbeiten daran.

Reformen sind unumgänglich in der gesamten Politik, im Gesundheitswesen, in

der ärztlichen und zahnärztlichen Berufspolitik. Lassen Sie uns gemeinsam das Heft in die Hand nehmen und unseren Beitrag zu Qualität und Gesundheitswesen leisten. Curriculäre, strukturierte und zertifizierte Fortbildung sind ein intelligenter Lösungsansatz zur Kompetenzerhaltung, der die berechtigten Interessen unserer Partner im Gesundheitswesen berücksichtigt aber vor allem auch entscheidend zur Optimierung unserer Qualifikation und somit zur Sicherung unserer beruflichen Existenz in der Zukunft beitragen wird.

Dr. Bernhard Fuchs
Lindenbergerstr. 10
71229 Leonberg

Informationen bei
Akademie Praxis und Wissenschaft
Lindemannstr. 96, 40237 Düsseldorf
apw.fortbildung@t-online.de
Tel.: 0211-669673-0



Diese Broschüre führt alle Kurse auf, die im gesamten Bundesgebiet abgehalten werden.

ten Fortbildungssystem die Etablierung universitärer postgraduierter Programme, berufsbegleitend für den niedergelassenen Zahnarzt – in Kooperation mit den Universitäten und entsprechenden universitären Abschlüssen. Beispiele in verschie-



Das Fortbildungsprogramm der APW können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.



Fotos: KölnMesse

Auch abseits der Piste ist in Köln was los

Otmar Müller

Die 30. Internationale Dentalschau (IDS) wird in Sachen Gigantomanie ihren Vorgängern in nichts nachstehen. Mehr als 1 400 Aussteller und 58 000 Fachbesucher werden vom 25. bis 29. März in Köln auf der weltgrößten internationalen Leistungsschau für Zahnmedizin und Zahntechnik erwartet. Doch jeden Abend um 18 Uhr schließt die Messe ihre Pforten. Wer dann – oder am Wochenende – noch mehr von Köln sehen möchte: Die „Metropole am Rhein“ hat einiges zu bieten.

Kulturhochburg Köln im März – während der IDS ist das kulturelle Leben in der Domstadt so quirlig, lebendig und vielfältig, wie es sich Messegäste nur wünschen können. Ob Philharmonie, Theater, Kölnarena oder Musical Dome – die Szene zeigt sich im Frühjahr von ihrer besten Seite.

Vor allem die bildende Kunst hat in Köln einen herausragenden Stellenwert, die Museumslandschaft gilt als einzigartig. Die Finanzlöcher in der Stadtkasse sind allerdings so groß geworden, dass bereits im Laufe dieses Jahres mit drastischen Sparmaßnahmen gerechnet werden muss. Also nutzen Sie die Gunst der Stunde – denn noch prä-

sentiert Köln hochkarätige Sammlungen mit ihren Schätzen von Lochner oder Rubens bis Renoir, von Picasso und Dali bis Baselitz. Asiatische Kunst und Funde aus Kölns römischer Kinderstube von vor 2000 Jahren locken ebenso in die Museen wie das temporäre Ausstellungsprogramm: So steht im Wallraf-Richartz-Museum Kardinal Richelieu im Mittelpunkt der Ausstellung „Kunst, Macht und Politik“, die mit Meisterwerken unter anderem von Poussin, Bernini und Lorrain ein glanzvolles Bild vom 18. Jahrhundert entwirft. Das Museum Ludwig bietet mehreren zeitgenössischen Künstlern eine Plattform, darunter dem amerikani-

schen Fotografen William Eggleston, dessen Werke Besuchern der Documenta 11 noch in Erinnerung sein dürften. Objekte des italienischen Designers Ettore Sottsass sind ebenso im Museum für Angewandte Kunst ausgestellt wie Sabine Wilharms Bilder zu den Harry Potter-Büchern.

Philharmonie oder DJ Bobo

Für Musikfreunde ist die Kölner Philharmonie immer einen Besuch wert. Während der IDS reicht das Spektrum von einem Janáček-Abend mit dem Pianisten András Schiff und dem Panocha Quartett (25. März) über das

Service

Köln-Planung Online

Online-Bestellung von Veranstaltungstickets: www.koelnticket.de

Kölner Philharmonie:

www.koelnmusik.de

Musical Dome Köln:

www.musical-dome-koeln.de

Aktuelle Ausstellungen, Öffnungszeiten und Anschriften der Kölner Museen:

www.museenkoeln.de

Theater in Köln:

www.theaterszene-koeln.de

Kölnarena – größte Kölner Veranstaltungshalle: www.koelnarena.de

Cinedom – das größte Kino in Köln:

www.cinedom.de

Messeservice:

www.Koelnmesseservice.de

Nachrichten, Kultur und Szene, Stadtführer, Infos über Stadt und Region:

www.city-guide.de; www.cologne-in.de

Domforum – Dom- und Kirchenführungen, Treffpunkt und Information:

www.domforum.de

Die Kölner Kirchen:

www.kirchenkoeln.de

KölnTourismus: www.stadt-koeln.de/koelntourismus/index.html

Informationen rund um den Kölner Dom: www.koelner-dom.de

Stadtführungen durch Köln:

www.stadtfuehrungen.info;

www.stattreisen-koeln.de

Stadtgarten: Cooler In-Treff für Junge und Junggebliebene:

www.stadtgarten.de

Kölsche Gemütlichkeit in der Altstadt: Wer einem frischen Kölsch und bürgerlicher Küche etwas abgewinnt, ist in einem der zahlreichen Brauhäuser genau richtig.

Bild oben: Die Kölnarena ist Europas größte Mehrzweckhalle. Hier gibt es Sportevents in Hülle und Fülle und auch die Stars der Hitparaden geben sich die Klinke in die Hand.



Meisterkonzert des London Philharmonic Orchestra unter der Leitung von Kurt Masur mit Werken von Tschaikowsky und Beethoven (26. März) bis zum Konzert des WDR Sinfonieorchesters Köln unter André Previn mit Werken von Mozart, Alban Berg und Richard Strauss (28. März). Ein Kontrastprogramm dazu bietet die Kölnarena: Hier gastiert am 29. März DJ BoBo mit seiner High-tech-Inszenierung „Visions“, einem Spektakel aus Musik, Tanz, Entertainment und Special Effects. Auch Sportfans hat die Arena etwas zu bieten: Am 26. März spielt VfL Gummersbach Spitzenhandball gegen SG Flensburg.

Die Kölner Theaterszene von Oper bis Musical ist so vielfältig, dass hier nicht für jeden Geschmack das passende Highlight vorgestellt werden kann. Nur soviel: Vom 26. bis 30. März gastiert im Opernhaus das Neder-

lands Dans Theater I unter anderem mit der „Psalmensymphonie“ von Igor Strawinsky. Am Vorabend der IDS, dem 24. März, kommen in der Oper „Limonen aus Sizilien“ von Manfred Trojahn italienische Geschichten nach Texten von Luigi Pirandello und Eduardo di Filippo auf die Bühne. Musicalfreunde kommen im Musical Dome – gleich neben dem Hauptbahnhof und direkt am Rhein – auf ihre Kosten: Vom 26. bis 29. März können sie hier die Geschichte von „Jekyll & Hyde“ erleben. Eine Übersicht über die Programme der meisten Bühnen finden Sie unter den angegebenen Internetadressen im Service-Kasten.

Brauhaus oder Sterneküche

Wenn Sie neben Kulturangeboten auch das Kölner Nachtleben kennen lernen wollen:



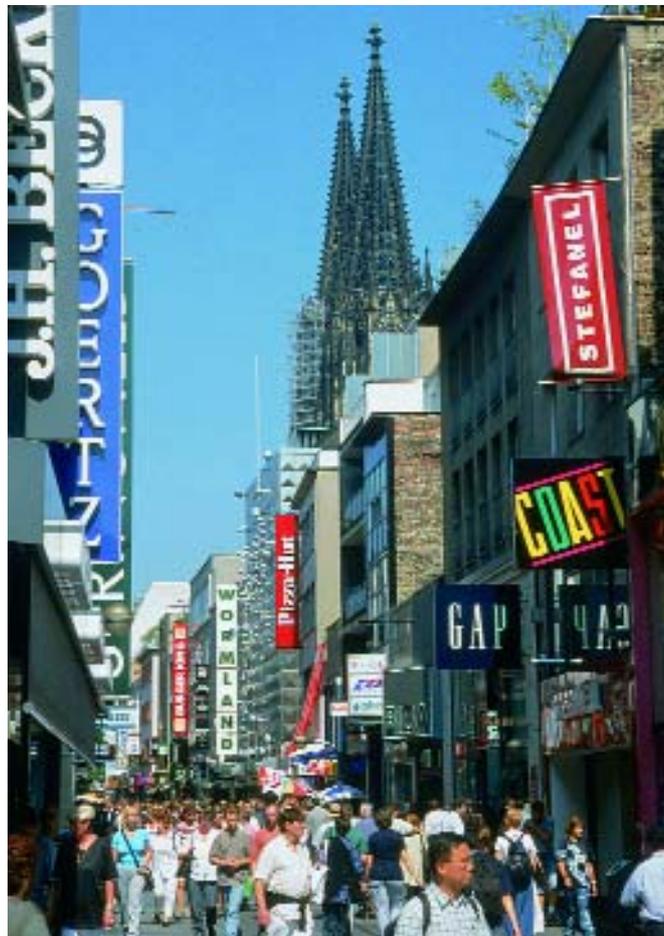


sehr gut. Denn vom Messegelände ist es nicht weit zu Kneipe und Kölsch. Eine Wegbeschreibung in die Kölner Altstadt braucht man nicht; einfach vom Dom aus runter zum Rhein gehen – schon da. Hier findet man in den vielen kleinen Gässchen jede Menge Gaststätten oder Brauhäuser (Päffgen, Malzmühle, Sion) mit Kölsch und gutbürgerlicher Küche. Der Kellner heißt hier Köbes und kein Kölner versteht, warum die Kerle immer so unfreundlich und die Brauhäuser trotzdem brechend voll sind – man muss es halt erlebt haben.

Überleben im Brauhaus

Ein paar Tipps zum „Überleben“ im Brauhaus: Ein „halver Hahn“ ist nicht etwa ein geteiltes Federvieh, sondern ein Roggenbrötchen mit üppigst Käse und Senf. „Flönz mit Himmel un Ääd“ ist gebratene Blutwurst mit Kartoffelpüree und Apfelkompott. Man sollte auch tunlichst vermeiden, in einem Brauhaus so außergewöhnliche Dinge zu bestellen wie Tee, heiße Schoko-

Morgens Messe, nachmittags shoppen. Die Haupteinkaufsmeile „Hohe Straße“ ist nicht zu verfehlen – sie beginnt direkt am Dom.



lade oder Alsterwasser. Ganz großer Fehler. Denn jetzt kann man sich quasi sicher sein, vor versammelter Mannschaft gedemütigt zu werden mit der Frage: „Wo küs du dann her?“ (Wo kommst

du denn her?).

Wem das zu urig ist, der findet in und um Köln natürlich auch allerfeinste Sterne-Küche. Ob die Graugans im Hyatt, das Bizim in der Nordstadt oder das bundesweit bekannte Schlosshotel Leerbach: Wer in Köln mit preisgekrönter Küche verwöhnt werden will, dem seien die einschlägigen Restaurantführer ans Herz gelegt – es lohnt sich.

Seele baumeln lassen in der Therme

Wem nach einem anstrengenden Messetag oder feuchtfröhlichen Kulturereignissen nur noch nach Entspannung pur ist, muss auch nicht weit laufen. Schräg gegenüber der Messe liegt die Claudius-Therme. Ob Whirlpool, Sauna oder bei winterlicher Kälte draußen in der Therme schwimmen – hier kann man die Seele baumeln lassen. Wer sich um möglichst wenig kümmern will: Bei der Koelnmesse Service GmbH (KMS) kann der gestresste IDS-Gast auch ein eigens zusammengestelltes Wellnesspaket für Gesicht und den ganzen Körper buchen – Peeling, Maske und Massage gehören ebenso dazu wie Sauna, Dampfbad und Fitness-Training. Die Koelnmesse-Tochter KMS ist übrigens auch bei der Ausarbeitung von Kulturprogrammen behilflich. ■

Mechanismen und Instrumente der Imagebildung

Ist der Ruf erst etabliert...

Sabine Nemeč

Es gibt viele Ziele, die sich eine Zahnarztpraxis setzen kann: Mehr wirtschaftlichen Erfolg, mehr freie Zeit, eine qualitätsbewusste Zahnheilkunde, mehr Lebens- und Arbeitsqualität – und Patienten, mit denen eine angenehme Zusammenarbeit möglich ist. Viele Ziele, die durch einen Leitgedanken verwirklicht werden können: Sich einen Namen machen.

Über viele Jahre hinweg hat der Zahnarzt Zeit und Geld in Fortbildungen und in die Erlangung von Tätigkeitsschwerpunkten investiert, bietet in seiner Praxis einen freundlichen und aufmerksamen Service an, stellt dem Patienten Informationen zur Verfügung, hat das Behandlungskonzept umgestellt, die Mitarbeiterinnen auf Fortbildungen geschickt, ein Qualitäts-Management implementiert oder auch ein Erscheinungsbild entwickeln lassen. Alle diese Maßnahmen haben das Ziel, eine „patientenorientierte Wohlfühlpraxis“ zu schaffen, in der die Patienten sich geborgen fühlen und bereit sind, hochwertige Therapien in Anspruch zu nehmen. Das ist aber nur die halbe Wahrheit. Im Grunde geht es darum, sich einen guten Ruf zu schaffen, der dafür sorgt, dass weitere Patienten in die Praxis kommen. Einen guten Namen haben, ein ausgezeichnetes Renommee besitzen, hohes Ansehen genießen – ganz gleich, welcher Begriff bevorzugt wird, es dreht sich immer um das Gleiche: das Image und die daraus entstehende Anziehungskraft der Praxis.

essen. Sie versucht, die Polizei zu benachrichtigen und beherbergt die Kinder solange bei sich. Das ist die Version der alten Frau.

In den Medien liest sich das dann ganz anders: „Hänsel und Gretel werden von ihren

glaubhaft. Dennoch wäre es vom Staatsanwalt unklug, den Ruf der alten Frau zu ignorieren. Vielleicht hat sie nicht umsonst solch ein Image.

Zugegeben, es wird nicht jeden Tag gegen Hexen ermittelt, aber wir treffen täglich Entscheidungen gegenüber anderen Menschen, die wir nicht kennen. Diese Entscheidungen treffen wir aber nicht nur in Bezug auf Menschen, sondern auch, wenn es sich um Unternehmen, Marken, Produkte und Praxen handelt.

Was ein Image kann

Welche Begriffe oder Eigenschaften fallen Ihnen spontan ein, wenn Sie diese Namen hören: Madonna, Dieter Bohlen, Elvis Pres-



Foto: Cineplex

Gemachte Namen: Verona Feldbusch (l.) und Alice Schwarzer sind echte Image-Trägerinnen.

Ein Märchen

Stellen Sie sich vor, zwei Geschwister gehen in den Wald zum Pilzesuchen. Sie verirren sich und werden von einer alten Frau aufgegriffen, die eine Bäckerei hat und im Wald nach Beeren sucht. Es wird dunkel, sie nimmt die Kinder zu sich und gibt ihnen zu

Eltern im Walde zurückgelassen ...“ Nun versetzen Sie sich mal in die Lage eines Staatsanwaltes, der mit der Aufklärung des Falles beauftragt worden ist. Vielleicht erscheint Ihnen die Geschichte von der alten Hexe, welche Kinder versklavt und mästet, um sie anschließend aufzuessen, nicht sehr

ley, Klaus Kinski, Alice Schwarzer, Richard Nixon? In der Regel werden Sie diese Personen nicht gekannt haben, aber dennoch sind Sie in der Lage, jeder Person bestimmte Eigenschaften zuzuschreiben. Alle haben ein Image, das sich in einigen Worten oder Sätzen erfassen lässt. Das funktio-



Die Kaufentscheidung wird zum allergrößten Teil vom Auftritt des Unternehmens beeinflusst.
(Quelle: Forum Corporation Cambridge)

Grafik: zm

nier natürlich auch mit Unternehmen, Organisationen, Parteien, Marken und Produkten: Coca Cola, Fanta, Warsteiner, Beck's, Nivea, Oil of Olaz, Porsche, Mercedes, IBM, Compaq, Greenpeace, Amnesty International, CDU, SPD. Ob Ihre Patienten (und potenzielle Patienten) mit Ihnen genauso verfahren? Ja! Selbstverständlich!

Dass Patienten so vorgehen, basiert auf einem ganz natürlichen und menschlichen Wahrnehmungsprozess. Die Reduktion von Menschen, Unternehmen und Produkten auf ein paar allgemeine Urteile, Begriffe, Bilder oder Gefühle hilft, so Dr. Lydia Lange vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin, „unsere individuelle geistige Verarbeitungskapazität“ zu entlasten. Und dies wird umso wichtiger, je höher die tägliche Reizflut an Informationen ist. Lange: „Das Ansehen der Person oder Institution, mit der wir uns befassen, und das Ansehen der Leute, von denen wir die Informationen haben, dienen uns als Orientierung.“ Der Ruf – ob gut oder schlecht – wird herangezogen, wenn wir urteilen, entscheiden und handeln. Dabei werden Informationen und Wertungen genutzt, die andere gemacht haben. Images sind wichtig, nicht nur weil sie Orientierung ermöglichen, sondern auch, weil sie Wissen ersetzen und Zeit sparen. Kein Patient kann alles über eine Praxis wissen. Das braucht er auch nicht. Marketing-Experte Prof. Dr. Dieter Herbst formuliert es so: „Images reduzieren die Wirklichkeit auf zentrale Aspekte.“

Punkte wie Sorgfalt, Ethik, Kompetenz, Ausbildung oder auch Fortbildungen, Service,

Tätigkeitsschwerpunkte und hochwertige Zahnheilkunde sind vorwiegend Aspekte, die der Zahnarzt in den Mittelpunkt seiner Strategie zur Patientengewinnung stellt. Untersuchungen haben indes gezeigt, dass diese Aspekte allein nicht ausreichen, um erfolgreich zu sein. Weshalb? Die Qualität der Arbeit macht gerade zehn Prozent des Erfolges aus. Der Großteil des Erfolges wird vom Image, vom Nimbus, und vom Bekanntheitsgrad bestimmt, denn ein guter Ruf hat konsequenterweise auch direkte Auswirkungen auf die Wahrnehmung und das Verhalten der Patienten.

Ein schlechtes Image führt dazu, dass nur bestimmte Patientengruppen in die Praxis kommen und andere ganz wegbleiben. Es bestimmt unter anderem auch die Bereitschaft, Wert auf höhere Qualität zu legen, pünktlich und zuverlässig zu sein und mehr für die Versorgung zu bezahlen. Ein gutes Image bringt eine positive Einstellung der Patienten gegenüber der Praxis mit sich – je besser das Image einer Zahnarztpraxis ist, umso stärker die Anziehungskraft auf die Patienten.

Eine Untersuchung der Forum Corporation in Cambridge, USA, zeigt klar auf, welche Rollen unterschiedliche Aspekte bei der Beeinflussung der Kaufentscheidung spielen: Preis, Qualität und Unternehmensauftritt. Punkte wie Preisgestaltung und technische Qualität lagten mit jeweils fünfzehn Prozent

weit hinter der Bewertung des Unternehmensauftrittes. Die Entscheidung für den Kauf eines Produktes oder einer Leistung wird hauptsächlich auf Grund des Erscheinungsbildes und des Images gefällt – nicht, weil die Leistung besonders kostengünstig ist oder eine herausragende Qualität besitzt. Unternehmen wie Aldi arbeiten mit dem Konzept des niedrigen Preises und haben deshalb auch eine sehr kostenbewusste Klientel. Auch das Image ist vom Konzept „niedrige Preise“ geprägt. Aber es gibt auch Unternehmen wie Käfer oder die Feinkostabteilung des KaDeWes, die mit einem hochwertigen Image in Verbindung gebracht werden. Und wer jemals die dicht gedrängten und konsumierenden Menschenmassen in der Feinkostabteilung des KaDeWes erlebt hat, zweifelt nicht einen Moment daran, dass es sich um ein florierendes Geschäft handelt. Trotz der hohen Preise.

Imagefaktor Zahnarzt

Um es gleich vorweg zu nehmen: Imagebildung ist keine Frage der Praxisgröße. Jede Praxis, jede Klinik hat ein Image. Einige Praxen haben sich schon etwas intensiver um ihr Auftreten gekümmert, um für ihre

Patienten attraktiver zu werden. Verschiedene Maßnahmen sind dazu schon umgesetzt worden – vielleicht nicht immer im Bewusstsein, welche Auswirkungen sie auf den guten Ruf haben. Andere Praxen halten sich noch zurück – ihnen scheinen Erscheinungsbild und Maßnahmen zur Imagebil-

dung nur Geld zu kosten und sowieso neumodischer Schnickschnack zu sein. Auch den Praxen, denen es wirtschaftlich blendend geht, müssen ihr Image pflegen und für lange Jahre ansprechend machen. Der gute Ruf ist ein kollektives Urteil, das hart erarbeitet werden muss. Doch ist ein guter Ruf erst einmal da, dann trägt er auch über Fehler hinweg.

Für die Zahnarztpraxis hat ein positives und attraktives Image verschiedene Funktionen:

„Nehmen Sie sich einmal die Zeit und machen Sie sich Gedanken zu folgenden Fragen:

■ Was fällt Menschen ein, wenn sie Ihren Namen hören?

■ Woran sollten Menschen spontan denken, wenn sie Ihren Namen hören?

- klares Profil zur Differenzierung vom Umfeld
- Transparenz und Orientierung für Patienten und Mitarbeiter
- immaterielle Dienstleistung „greifbar“ machen
- Ansprache von gewünschten Patientengruppen
- emotionale Kommunikationsebene mit dem Patienten schaffen
- Reduktion der Preissensibilität bei den Patienten
- effizientere Information für und Kommunikation mit Patienten
- gesteigerte Identifikation der Mitarbeiter mit der Praxis
- Erhöhung der Mitarbeiter- und Patientenbindung.

Damit diese Punkte erfüllt werden können, muss ein Zahnarzt sich zunächst Gedanken über das „Soll-Image“ machen. Das Image einer Praxis hängt unmittelbar mit dem Image des Praxisinhabers zusammen. Der Zahnarzt hat den direkten Kontakt zum Patienten und richtet die Praxis nach seinen

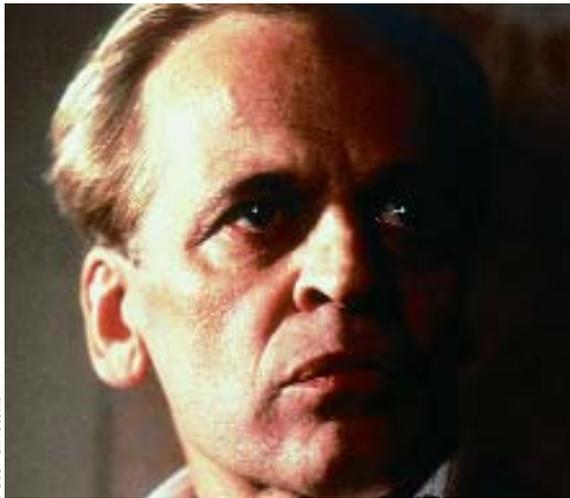


Foto: Cinefext

Jeder hat einen Ruf – und der kann gut oder schlecht sein.

Fähigkeiten und seiner Persönlichkeit aus – Gestaltung der Räume, Erscheinungsbild, Personal, Leistungspalette, Therapiekonzepte oder Umgangston der Praxis.

Ein authentischer Auftritt sichert eine hohe Passgenauigkeit und deshalb auch Glaubwürdigkeit des Images. Sich ein bestimmtes Image zu definieren, aufzubauen und um-



Foto: Cinefext

Madonna wechselt oft den Typ – aber bleibt ihrem Image treu.

zusetzen, sollte mit viel Sorgfalt und Hintergrundwissen erfolgen.

Ein Image muss passen, damit es wirkungsvoll und anziehungsstark ist. Ethische Ansprüche und hoch gesteckte Ziele bleiben sonst ohne Wirkung oder schwer durchsetzbar. Bundeskanzler Schröder präsentierte sich nach der Regierungsübernahme 1998 bei einer Fotoserie in Brioni-Anzügen und mit Sechzig-Mark-Zigarren. Dies erschwerte es in den ersten Monaten seiner Amtszeit, Wähler und Parteifreunde von seiner Sparpolitik zu überzeugen. Das Nachrichtenmagazin „Spiegel“ erläuterte das Problem: „Das Bild des gut betuchten, Zigarren qualmenden Sozialdemokraten Schröder aber verzerrte sich in den Köpfen der Genossen und offenbar auch

vieler Wähler zur hässlichen Fratze des Kapitalisten. Schröder mit Cohiba – das ist der Kanzler der Bosse, wie sie auf den Bildern des Malers George Grosz zu sehen sind: kalt, rücksichtslos und ohne jede Regung für Soziales.“ Und weiter: „Die Macht der Bilder hat Schröder groß gemacht, jetzt droht sie ihn zu vernichten.“

Wahr-Nehmen

Der gute Ruf der Praxis dreht sich zu allererst um die Wahrnehmung der eigenen Person und die Wahrnehmung der eigenen Arbeit. Dabei gelten einfache Formeln:

- Das Produkt ist das, was der Zahnarzt von ihm denkt.
- Der Preis des Produktes ist das, was er von ihm denkt.
- Die Arbeit ist das, was er von ihr denkt.
- Die Patienten sind das, was er von ihnen denkt. Wenn ein Zahnarzt zum Beispiel denkt, dass seine Patienten zu wenig Geld haben, hat er sich damit selbst ein Problem geschaffen.

Sämtliche Informationen, die einen Ruf begründen, werden als Geschichten, Berichte und Anekdoten aufgenommen und weiter erzählt:

- Ein Zahnarzt hat nach dem Einsetzen der prothetischen Arbeit seine Kundin in einen grünen Apfel beißen lassen und ihr sind vor Rührung die Tränen gekommen.
- Eine Helferin hat den neuen Patienten so lange am Telefon warten lassen, dass er frustriert und wütend aufgelegt hat.
- Eine Schmerzpatientin ist ganz verzweifelt Freitag Nachmittag kurz nach dreizehn Uhr noch in die Praxis gekommen. Das ganze Team hat gewartet, bis sie versorgt war, bevor die Lichter in der Praxis ausgingen. In keinem Moment kam der Patientin das Gefühl, sich einen schlechten Zeitpunkt „ausgewählt“ zu haben, sondern vielmehr, dass ihr gerne geholfen wurde.

Solche Informationspakete werden psychologisch verarbeitet. Wer zum ersten Mal eine Information über etwas oder jemanden erhält – eine zukünftige Arbeitskollegin oder eine neue implantologische Methode – baut ein Informationsgerüst auf. Dieses dient als grundlegendes Muster, welches die Verarbeitung weiterer Informationen beeinflusst. Die erste Mitteilung hat eine prägende Wirkung. Deshalb ist auch der erste Eindruck von hoher Bedeutung dafür, welcher Ruf entsteht. Wer einmal den Ruf einer Hexe hat, wird es schwer haben, sich den Ruf einer Fee anzueignen (zum Glück landet heutzutage niemand mehr gleich auf dem Scheiterhaufen). Weitere Mittei-

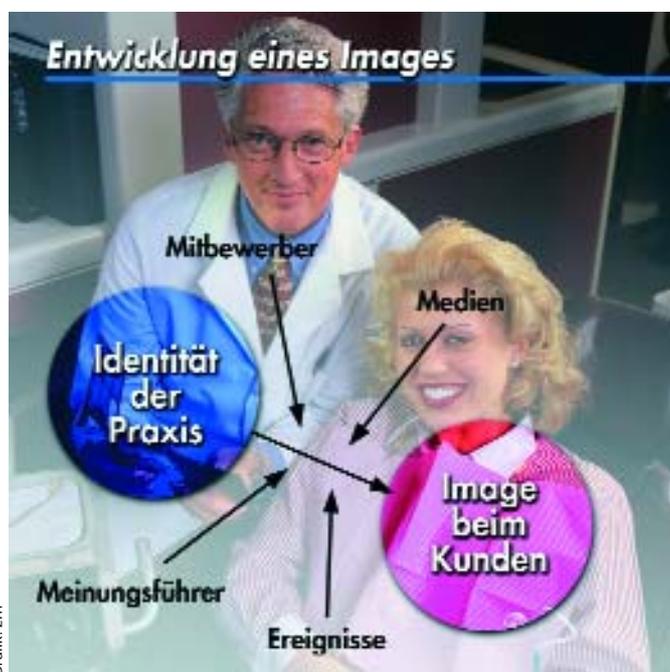
lungen werden durch das schon gespeicherte Muster überprüft. Das bedeutet, dass nur bestimmte Informationen überhaupt aufgenommen und diese Daten auch noch in eine bestimmte Richtung verarbeitet werden.

Image-Analyse

Aber wie entwickelt sich ein Image? Und worin unterscheidet es sich von der Identität einer Praxis? Ist von der Identität einer Person – beziehungsweise einer Praxis – die Rede, so sind in der Regel die Attribute gemeint, die sie in ihrer Summe als einzigartig

zeln betrachtet sind diese Identitäts-Attribute oft unspezifisch. Konkret werden sie erst als zusammenhängendes System. Je deutlicher die Unterschiede zu anderen Praxen sind, um so besser erlangt die eigene Praxis eine erkennbare Identität und ein klares Profil. Dieser Mehrwert ist auch eine Argumentation für den Patienten, eine hochwertige zahnmedizinische Versorgung zu bevorzugen oder ein höheres Honorar zu bezahlen.

Eine unverwechselbare Identität kann nicht „eins-zu-eins“ weitervermittelt werden. Es wird immer einen Unterschied zwischen der wahren Identität und dem nach außen



Mehrere Faktoren wirken auf die Image-Bildung beim Patienten ein.
(Quelle: Sabine Nemeč)

kennzeichnen und durch die sie sich von allen anderen unterscheidet. Dabei dreht es sich unter anderem um

- negative und positive Eigenschaften
- bewusste oder unbewusste Verhaltensweisen
- Werte und Grundprinzipien
- persönliche Beziehungen
- das Aussehen
- frühere Leistungen.

Die Praxis-Identität wird unter anderem geprägt von Service, Erscheinungsbild, Umgangsformen, fachlicher Kompetenz, Produkten – und von den Einstellungen und Werten, nach denen gehandelt wird. Ein-

erscheinenden Abbild – dem Image – geben. Ein Image kann nicht zu hundert Prozent so geformt werden, wie es erwünscht ist – denn die Patienten formen sich ein Praxis-Image allein auf Grund der Informationen, die öffentlich verfügbar sind und die obendrein von ihnen subjektiv interpretiert werden. Hinzu kommen die Maßnahmen anderer Praxen, die Berichterstattung in den Medien und die Ereignisse im sozialen Umfeld. Das Image einer Praxis kann also sowohl positiv als auch negativ „verfälscht“ werden.

Wer nun weiß, wie ein Ruf entsteht, und den Wunsch hat, nach außen ein anziehen-

zm-Praxisbeispiel

Image-Analyse

Ein Zahnarzt führt eine Einbehandler-Praxis mit Assistent in einem ländlichen Gebiet. Praxisinhaber, Mitarbeiter und Patienten wurden zum Image befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass der Praxisinhaber sich stark auf die räumlichen Begebenheiten der Praxis konzentriert, welche seiner Ansicht nach auch für die Patienten ein Thema war. Er beschrieb seine Praxis als klein, enthusiastisch und ungewöhnlich – vergleichbar mit einem kleinen, roten Cabrio-Zweisitzer.

Die Wahrnehmung durch die Patienten war aber völlig anders – sie verbanden die Praxis hauptsächlich mit einer bestimmten Wertewelt. Diese wurde mit Begriffen wie Status, Hochwertigkeit, „akzeptabel teuer“ und „professionell freundlich“ beschrieben – wie eine silberfarbene Mercedes Benz Limousine.

Was für den Praxisinhaber im Mittelpunkt stand, war in keinem Fall das, was die Patienten als relevant empfanden. Sie hatten ein vollkommen anderes Bild, eine andere Welt, in ihren Köpfen.

Was brachte die Image-Analyse dem Praxisinhaber?

- Sie bestätigte ihn in seinem ungewöhnlichen Leistungsangebot und seiner Praxiskonzeption von hochwertiger Zahnheilkunde außerhalb der GKV.
- Sie zeigte Bereiche auf, in denen weitere Image-Arbeit nötig ist.
- Sie belegte, dass seine Patienten es als Statusfrage auffassen, zu ihm in die Praxis zu kommen, weil sie hier mehr Sicherheit im fachlichen Bereich vorfinden.
- Sie zeigte, dass die Patienten die zahnmedizinischen Leistungen nicht als „überteuert“ empfinden, sondern bereit sind, für gute Qualität und außergewöhnliche Leistungen ein höheres Honorar zu bezahlen.

des Image zu besitzen, dem stellen sich einige Fragen:

- Welches Image besitzt die Praxis aktuell?
- Wie ist die praxiseigene Wahrnehmung?
- Wie unterscheidet sie sich von der Wahrnehmung durch den Patienten?
- Welches Image ist wünschenswert?

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, um die Leistungsfähigkeit einer Praxis zu bewerten und festzuhalten – auch die Zufriedenheit der Patienten.

Aber was hilft Ihnen dabei zu erfahren, was Ihre Patienten von Ihnen halten? Ist Ihr Image überhaupt ansprechend und relevant für Ihre Wunschzielgruppe? Was können Sie in Zukunft tun, damit diese Patienten bei Ihnen bleiben und Sie weiterempfehlen? Klar, Sie können Ihr Image pflegen – um aber zu wissen, welche Maßnahmen dabei hilfreich und sinnvoll sind, muss der Image-Status Quo in Erfahrung gebracht werden. Das beste Mittel dazu ist eine Image-Analyse.



Foto: Cinetext

Ist das Image ansprechend für die gewünschte Zielgruppe?

Zweck einer solchen Analyse ist es, zwei Aspekte zu durchleuchten:

- die Selbstwahrnehmung durch Zahnarzt und Mitarbeiter
- die Fremdwahrnehmung durch Patienten und ehemalige Patienten.

Mit den Ergebnissen der Image-Analyse können Synergien und Differenzen in der Wahrnehmung der Praxis herausgefiltert und ein wirkungsvolles, abgestimmtes Maßnahme-Paket erarbeitet werden (siehe Beispiel).

Hinderlich beim Aufbau eines Images ist mangelnde Bereitschaft, in ein professionelles und individuelles Erscheinungsbild zu investieren. Ein professionelles Erscheinungsbild transportiert die fachliche Kompetenz des Zahnarztes in einem imagefördernden Rahmen. Diese fachliche Kompetenz kann ein Patient meist nicht einschätzen – er beurteilt die Praxis nach ihm bekannten Kriterien. Das erfolgt vor allem über die Art und Weise, wie sich die Praxis darstellt – über visuelle „Anker“ wie Logo, Praxisgestaltung, Informationsmittel und Auftreten der Mitarbeiter.

Die Erscheinungsbilder von Zahnarztpraxen sind höchst unterschiedlich. Bei genauer Betrachtung kann sich zum Bei-

spiel herausstellen, dass die Internet-Seite von einem guten Bekannten erstellt wurde. Das Logo wurde an einem freien Wochenende gemeinsam mit einer „befreundeten“ Werbeagentur ausgetüftelt, die wenig Erfahrung mit dem zahnärztlichen Bereich hat. Oder, noch schlimmer, es wurde unter einer Auswahl vorgefertigter Logos ausgewählt. Das ist bald so, als ob der Patient aus einer minimalen Auswahl seine vorfabrizierte Krone auswählen müsste. Nichts daran entspricht den individuellen Anforderungen seines Zahnes. Genauso verhält es sich mit dem vorgefertigten Logo oder einem vorgefertigten Internet-Auftritt. Er kann ganz einfach nicht Ziele, Namen und Image der Praxis aufbauen.

Ein Image ist etwas sehr Individuelles und Persönliches. Es ist keine Massenware. Es ist Maßarbeit.

Sabine Nemeč
Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH)
Rosenstr. 12
63450 Hanau
www.snhc.de

zm-Termintipp

„Image“-Vortrag auf der IDS



Für alle, die bei der Lektüre Lust auf weitere Informationen zum Thema „Imagebildung“ bekommen

haben: Unsere Autorin Sabine Nemeč wird hierzu im Rahmen der Internationalen Dental-Schau (IDS) in Köln ein **zm-Impulsreferat** mit anschließender Diskussion halten.

Das Referat gehört zu einer Vortragsreihe, welche die zm-Redaktion am **28. und 29. März** am gemeinsamen Messestand der Deutschen Zahnärzte veranstaltet. Die Teilnahme ist kostenfrei. Nähere Informationen zum Programm gibt es in zm 6/2003 und ab Mitte März unter www.zm-online.de im Internet. dev



Foto: Cinetext

Was lässt sich gegen Image-Probleme tun?

Steueramnestie für Schwarzgeld

Kapitale Sündenbekenntnisse

Joachim Kirchmann

Gegen eine saftige Strafe von 25 Prozent sollen deutsche Steuerbürger ihr Schwarzgeld wieder weiß waschen dürfen. Wer immer steuerehrlich war, ist empört. Und die reuigen Steuersünder tappen womöglich in eine Falle.

Noch nie in der deutschen Nachkriegsgeschichte hat eine neu gewählte Regierung mit halbgaaren, ins Unreine formulierten Steuergesetzen so viel Schaden angerichtet wie die gegenwärtig amtierende. Zuerst machte ein Referentenentwurf zur Besteuerung der so genannten Spekulationsgewinne (vornehmlich bei Aktien, Fonds und Immobilien) die Runde. Dieser Entwurf war so rigoros ausgefallen, dass sich wohl das Gros der Betroffenen innerlich zur Steuerflucht ins Ausland aufgerufen fühlte (siehe auch zm 24/2002). Zudem sattelten prominente Ministerpräsidenten auf die rigorose Steuerschröpfung noch eine Vermögenssteuer drauf. Dann aber

■ bekam das Bundeskabinett, wohl aus Angst vor einem blamablen Verfassungsbruch, kalte Füße und verabschiedete ein ganz anderes „Steuervergünstigungsabbaugesetz“, gleichsam ein StVergAbG „light“,

■ wurde durch ein Machtwort des Bundeskanzlers die Vermögensteuer wieder für obsolet erklärt und durch eine Regelung ersetzt, die wohl die Gemüter noch für Jahre in Aufruhr versetzen wird (wenn sie denn Gesetz werden sollte).

Der aus dem Hut gezauberte Steuer-Clou: Im Ausland angelegtes Schwarzgeld kann ohne Strafe wieder weiß gewaschen,

also auf deutsche Konten repatriert werden, wenn der Delinquent pauschal 25 Prozent vom aktuellen Wert der Hinterziehungssumme an den Fiskus abführt. Diese Offerte gilt bis zum Jahresende 2003. Wer sich nicht unter Druck setzen lässt und mit der Deklaration bis zum 30. Juni 2004 wartet, zahlt dafür zur Strafe 35 Prozent. Schließlich braucht die Regierung dringend frisches Geld. Alte Moralgrundsätze gelten nicht mehr.

Gnadenerlass

Aus Gründen der Steuergerechtigkeit hatten bislang alle deutschen Regierungen selbst in größter Kapitalnot davor zurückgeschreckt, schwarzes Steuergeld per Gnadenerlass zum Discount wieder rein zu waschen. Statt dessen hatte gerade Bundesfinanzminister Hans Eichel mit Gesetzen gegen die Geldwäsche versucht, Schwarzgeld-Sündern auf die Schliche zu kommen – bei den Banken wie auch an den Landesgrenzen. Und das nicht ohne Erfolg, was vor allem viele Luxemburg-Flüchtlinge schmerzlich zu spüren bekamen. Nun aber hat die schiere Geldnot doch noch die Moral besiegt. Die Ehrlichen sind wieder einmal die Dummen. Oder doch nicht? Verkauft der Gesetzgeber jetzt die Steuerbetrüger für dumm?

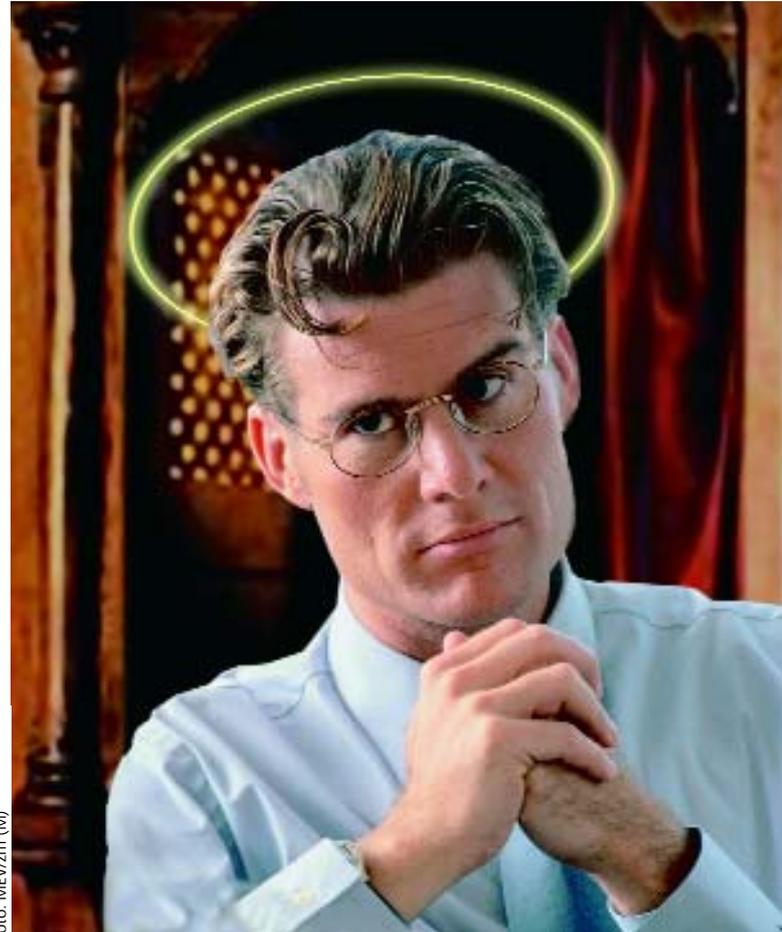


Foto: MEV/zm (M)

Reuiger Steuersünder: Wer sein Schwarzgeld nach Deutschland zurückbringt, erhält vom Fiskus einen Heiligenschein.

Realistische Schätzungen gehen davon aus, dass rund 300 Milliarden Euro auf ausländischen Depots und Konten lagern. Bei einer kalkulierten Zinsrendite von im Schnitt sechs Prozent und einer Steuerquote von 40 Prozent gehen dem Staat alljährlich gut sieben Milliarden Euro Steuereinnahmen aus nicht versteuerten Zinserträgen in Höhe von rund 18 Milliarden Euro verloren. Nun rechnen die Regierenden damit, dass etwa ein Drittel des deutschen Schwarz-

geldes, also 100 Milliarden Euro, durch die Steueramnestie in die Heimat zurückgelockt wird.

Bei einer pauschalen Strafsteuer von 25 Prozent würde das Staatssäckel mit einem Schlag um 25 Milliarden Euro aufgefüllt. Und bei einer pauschalen Abgeltungssteuer von 25 Prozent auf Zinserträge (wenn sie denn kommt), könnte der Fiskus alle Jahre wieder rund 1,5 Milliarden Steuern auf das heimgeholte Schwarzgeld einsacken. Würde alles beim Alten bleiben,

wären diese sicheren Steuereinnahmen in den Wind zu schreiben.

Doch ihre fiktive Rechnung macht die rot-grüne Regierung wohl ohne den Wirt. Italiens Dienste offenbar als Vorbild. Europas Stiefel wurde gleichsam mit zurückfließendem Schwarzgeld überflutet, als der frisch gewählte Ministerpräsident Berlusconi (im angestammten Beruf Medienunternehmer und in abgeblockten Gerichtsverfahren selber unter Schwarzgeldverdacht) mit einer Steuerstrafe von nur 2,5 Prozent das Fluchtkapital seiner Landsleute rehabilitierte. Die italienischen Steuersünder blieben überwiegend anonym. Es gab sogar Banken, die den Strafabzug aus eigener Kasse zahlten, wenn der Kunde ihnen die Geldanlage anvertraute.

Anonymität

Wie in Italien würde auch in Deutschland viel Schwarzgeld aus der Schweiz (geschätzte 100 Milliarden Euro), aus Luxemburg (mutmaßlich 60 Milliarden Euro) sowie aus Österreich (vermeintlich 40 Milliarden Euro) zurückfließen, wenn die Steuersünder anonym bleiben dürfen. Doch davon ist in Regierungskreisen (vor der Verabschiedung des entsprechenden Gesetzes im Bundestag) kein Rede. Wer also seine Steuerstrafe deklariert, erstattet automatisch eine Selbstanzeige, die dann – entgegen einer neueren Regelung – nicht weiter verfolgt wird.

So weit die Theorie. In der fiskalen Praxis aber dürfte der Steuersachbearbeiter eines reuigen Schwarzgeldrückkehrers brennend daran interessiert sein, ob das gemeldete Geld auch redlich verdient war. Vor allem

aber dürfte ihn interessieren, ob das verdiente Geld in der Einkommensteuererklärung stand, ehe es unter schwarzem Vorzeichen Kapitalerträge verdiente. Kurzum: Wer tapfer schwarze Zinseinnahmen deklariert, muss wohl über kurz oder lang mit einer Steuerprüfung rechnen und nachweisen, dass er „nur“ Kapitalertragsteuern, aber keine Einkommensteuern hinterzogen hat.

Nur wenn beides zutrifft, ist das Sündenbekenntnis – vorausgesetzt, es bekommt den Status der Anonymität – rein rechnerisch ein Geschäft. Wer hingegen ausschließlich Kapitalerträge vor dem Zugriff des deutschen Fiskus geschützt hat, zieht zumeist keinen nennenswerten Geldvorteil aus seinem Schuldbekenntnis. Ein Beispiel: Jemand ließ 100 000 Euro zehn Jahre lang in der Schweiz für durchschnittlich sechs Prozent Zinsrendite arbeiten. Mit Zins und Zinseszins wuchs sein Kapital auf knapp 180 000 Euro an. Führt er davon 25 Prozent oder 45 000 Euro an den Fiskus ab, verbleiben 135 000 Euro.

Hätte der Steuerdelinquent jedoch sein Sparkapital in Deutschland getreu den Regeln zum Höchststeuersatz von 50 Prozent versteuert, wäre sein Kapital bei sechs Prozent Bruttorendite innerhalb von zehn Jahren auf netto 134 000 Euro angewachsen. Der lachhafte Steuervorteil: 1 000 Euro. Für diese Summe stellt sich kein vernünftiger Steuerbürger mit einer Selbstanzeige hinter den Röntgenschilder des für ihn zuständigen Steuerbeamten. Und was exemplarisch für 100 000 Euro



„Ego te absolvo“ – sagt auch der Fiskus und kassiert Euro-Milliarden.

gilt, trifft in entsprechender Relation auch für 50 000 oder für 500 000 Euro zu.

Blödheit

Auch aus anderen Gründen wird so mancher Steuerbürger im Einklang mit einem bekannten Werbespruch sagen: „Ich bin doch nicht blöd!“ Der Zickzack-Kurs der Regierung Schröder in Hinblick auf Steuer- und Sozialabgaben lässt nämlich bei vielen politisch wachen Zeitgenossen das Vertrauen in die Nachhaltigkeit von verabschiedeten Regelungen schwinden. Sie fragen sich zu recht: Ist die Vermögensteuer nun ein für allemal vom Tisch? Oder: Bleibt die Abgeltungssteuer für Zinserträge bei 25 Prozent?

Mit 25 Prozent, die bei den Banken – also direkt von der Quelle – an den Fiskus abgeführt werden, sollen demnächst alle Steuern auf diese Einkommensart ab-

gegolten sein. Doch wie schnell ist dieser pauschale, heute günstig erscheinende Steuersatz erhöht?

Ein Fahrplan hierfür liegt bereits vor. So einigten sich Ende Januar 2003 die EU-Finanzminister nach 13 Jahren Feilscherei darauf, dass in zwölf EU-Ländern ab dem Jahr 2004 die Banken auch grenzüberschreitend Kontrollmitteilungen über alle Kapitalerträge – auch ihrer ausländischen Kunden – an deren Finanzbehörden daheim verschicken müssen.

In diesem Zusammenhang aber ist entscheidend: Belgien, Österreich und Luxemburg, die Steuerparadiese Zentraleuropas, spielen dabei nicht mit – jeden-

falls solange nicht, bis auch die Schweiz sich zu Kontrollmitteilungen bereit findet. Die drei Querulanten bewahren weiterhin ihr Steuergeheimnis, sind aber bereit, auch von ihren ausländischen Kapitalanlegern eine Quellensteuer zu erheben. Der Steuersatz startet 2004 mit 15 Prozent, erhöht sich im Jahr 2007 auf 20 Prozent und endet auf der letzten Stufe im Jahr 2010 bei 35 Prozent. Ein Schelm, der glaubt, dass in sieben Jahren in Luxemburg eine höhere Zinsabschlagsteuer zu zahlen wäre als in Deutschland!

Fazit: Wer sich bei einer Abgeltungssteuer von 25 Prozent animiert fühlt, sein ausländisches Schwarzgeld wieder heimzuholen, weil er sich einen 25-prozentigen Steuervorteil verspricht, könnte schon recht bald feststellen, dass er einem Lockvogelangebot aufgefressen ist. ■

Besteuerung von Kapitalerträgen im Ausland

Deutschland im Vergleich

Bei der Besteuerung von Kapitalerträgen (Zinsen, Dividenden und Spekulationsgewinne) soll es hier zu Lande demnächst einschneidende Änderungen geben.

Zinsen unterliegen an der Quelle einer Abgeltungssteuer von 25 Prozent. Die Sparerfreibeträge (1 601 beziehungsweise 3 202 Euro) bleiben erhalten. Kursgewinne werden pauschal mit 15 Prozent besteuert. Bei Aktien verbleiben gemäß dem „Halbeinkünfteverfahren“ 7,5 Prozent. Bei Wertpapieren aus Altbesitz (erworben vor dem 21. Februar 2003) sollen nur 1,5 (bei Anleihen) respektive 0,75 Prozent (bei Aktien) vom Verkaufspreis als Steuer anfallen. Dividendenerträge sind unter Einbeziehung des Sparerfreibetrags als Einkommen voll zu versteuern.

Was für Aktien und Renten gilt, soll auch für deutsche Aktien- und Rentenfonds gelten. Bei ausländischen Aktienfonds soll das „Halbeinkünfteverfahren“ nicht zum Zuge kommen. Diese Diskriminierung ist gegen EU-Recht und wird wohl wieder aufgehoben werden müssen. Im Vergleich zu dieser Neuregelung positionieren sich andere Staaten unterschiedlich.

Frankreich: Es gibt eine 25-prozentige Abgeltungssteuer auf Zinsen, keinen Sparerfreibetrag. Kursgewinne, auf Aktien wie auf Renten, werden pauschal mit 26 Prozent besteuert, sofern 7 650 Euro überschritten werden. Dividenden gelten als Einkommen. Ausländer versteuern Zinsen in Frankreich nur mit pauschal 15 Prozent. Für Inländer gibt es eine Vermögensteuer von bis zu 1,8

Prozent bei 750 000 Euro Freibetrag. An den Fiskus gehen Kontrollmitteilungen der Banken.

Belgien: Abgeltungssteuer auf Zinsen wie auch auf Dividenden von 15 Prozent. Keine Freibeträge. Kursgewinne sind generell steuerfrei. Bei Ausländern werden Zinsen nicht besteuert. Für Deutsche ein noch unentdecktes Steuerparadies.



Italien: Zinsen werden pauschal mit 27 Prozent besteuert, nach 18 Monaten mit 12,5 Prozent. Dividenden werden pauschal mit 12,5 Prozent besteuert. Zusätzlich gewährt der Fiskus Körperschaftsteuergutschriften. Auch auf Kursgewinne werden pauschal 12,5 Prozent fällig. Ausländer dürfen steuerfrei Sparkonten und Anleihen halten.

Österreich: 25 Prozent Abgeltungssteuer auf Zins- und Dividendenerträge. Keine Besteuerung von Kursgewinnen. Ausländer zahlen keine Steuern auf Kapitalerträge.

Schweiz: Wer die definitive Quellensteuer wählt, zahlt 35 Prozent auf Zins- und Dividendenerträge. Kursgewinne sind steuerfrei. Je nach Kanton bis zu 0,9 Prozent Vermögensteuer bei maximal 100 000 Franken Freibetrag. Ausländer zahlen keine Steuern auf ausländische Wertpapiere.

Luxemburg: Zinsen und Dividenden sind als Einkommen zu versteuern, bei einem Freibetrag von 1 488 Euro. Nach sechs Monaten sind Kursgewinne steuerfrei. Ab einem Freibetrag von 75 000 Euro gilt für Inländer eine Vermögensteuer von 0,5 Prozent. Für Ausländer sind alle Kapitalerträge steuerfrei.

Großbritannien: Zinsen sind wie Einkommen zu versteuern, keine Sparerfreibeträge. Auf Dividenden gilt ein reduzierter Steuersatz von bis zu 20 Prozent. Kursgewinne werden wie Zinsen besteuert, bei einem Freibetrag von 7 700 Pfund. Der Fiskus erhält von den Banken Kontrollmitteilungen. Dividenden, Bankzinsen und Eurobonds sind für Ausländer steuerfrei.

USA: Zinsen werden wie Einkommen mit bis zu 39 Prozent besteuert. Dividenden sind seit neuestem steuerfrei. Innerhalb von fünf Jahren sind Kursgewinne mit 20 Prozent, danach mit 18 Prozent zu versteuern. Der Fiskus – auch das deutsche Bundesamt für Finanzen – erhält Kontrollmitteilungen. Ausländer versteuern Zinsen pauschal mit 30 Prozent, Dividenden mit 15 Prozent.

Fotos: MEV

Hausfrauen gegen Berufsunfähigkeit versichern

Ein unerkanntes Risiko

Das größte Lebensrisiko ist nicht ein früher Tod, sondern die Berufsunfähigkeit. Das gilt nicht nur für den Ernährer einer Familie, sondern auch für die Hausfrau respektive den Hausmann.



Foto: MEV

Alle Hände voll zu tun – aber fast nie gegen Berufsunfähigkeit versichert: eine Hausfrau bei der Arbeit.

Die Arbeit einer Hausfrau und Mutter wird in aller Regel nicht bezahlt. Sie aber sorgt dafür, dass der Staat immerfort einen dringend notwendigen Nachschub an leistungsfähigen, wohl erzogenen und gut ausgebildeten Steuerzahlern bekommt. Die „Werbungskosten“ hierfür sind das Kindergeld – ein Almosen im

Vergleich zu den tatsächlichen Unterhaltskosten. Für ihren staaterhaltenden Einsatz erhält die Hausfrau und Mutter später eine mickrige Rentengutschrift. Was die Arbeitskraft einer Hausfrau wirklich wert ist, wird erst klar, wenn sie ausfällt und eine Ersatzkraft bezahlt werden muss. Unter 2000 Euro im Monat ist

wohl keine qualifizierte Haushaltshilfe zu bekommen, und das auch nur für eine 40-Stunden-Woche. Und das Risiko, dass eine Hausfrau, die zwei oder drei schulpflichtige Kinder aufzieht, in ihrem Beruf (der als solcher gar keiner ist) ausfällt, ist ebenso groß, wie dass der Ernährer der Familie seinen Beruf nicht mehr ausüben kann. Denn die Haushaltsführung ist zum Teil schwere körperliche Arbeit. Sie ist in hohem Maße unfallträchtig. Und der Stressfaktor liegt im oberen Bereich. Hinzu kommt, dass Frauen, auch jüngere, ein relativ hohes Krebsrisiko haben. Doch eine Nur-Hausfrau gegen Berufsunfähigkeit (BU) zu versichern, kommt einem Hürdenlauf durch das Assekuranzgewerbe gleich. Nur zu leicht laufen die Policen-Aspirantinnen Gefahr, sich im Gestrüpp des „Kleingedruckten“ zu verheddern. Im Einzelnen gilt vor allem Folgendes zu beachten:

■ Die Versicherer unterscheiden zwischen **Erwerbs- und Berufsunfähigkeit**. Erwerbsunfähig ist, wer in keinem Beruf täglich mehr als zwei oder drei Stunden tätig sein kann. Als berufsunfähig gilt, wer aus gesundheitlichen Gründen in seinem erlernten und ausgeübten Beruf nur noch zu weniger als 50 Prozent tätig sein kann. Auch wenn Hausfrauen eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen, sind sie in aller Regel für den Fall der Erwerbsunfähigkeit versichert.

■ Die Versicherer stufen ihre Risiken in **Berufsgruppen** ein. Hausfrauen rangieren zumeist in der Berufsgruppe drei. Sie werden somit Elektrikern oder Monteuren gleichgestellt. In die

teure Berufsgruppe vier (Künstler) sollten sich Hausfrauen auf keinen Fall einstufen lassen. In ihrer angestammten Gruppe (zwei oder drei) zahlen sie auf die Grundprämie einen Aufschlag zwischen 30 und 40 Prozent. Eine versicherte Jahresrente von 12 000 Euro sollte das Minimum sein. Einige Gesellschaften versichern als Jahresmaximum nur die Hälfte. Nur ganz wenige gehen über 12 000 Euro hinaus, so etwa die Alte Leipziger und die Volksfürsorge (jeweils bis 18 000 Euro).

■ Ein Stolperstein unter den Versicherungsbedingungen ist die **Verweisung**. Danach kann ein Assekurant einem versicherten Kunden die Rente bei Berufsunfähigkeit verweigern, wenn er noch so weit erwerbsfähig ist, dass er in einem anderen Beruf arbeiten kann.

So könnte beispielsweise eine Hausfrau, die wegen eines Rückenschadens in ihrem Metier nicht mehr voll arbeiten kann, in den Job einer Telefonistin verwiesen werden. Das wäre eine vertraglich fixierte „abstrakte“ Verweisung. Wird eine „konkrete“ Verweisung vereinbart, darf der Versicherer die Rente dann verweigern, wenn eine Hausfrau tatsächlich einen neuen Beruf ausübt.

Verweisungen, die abstrakte auf jeden Fall, aber auch die konkrete, sollten nach Möglichkeit

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*

ausgeschlossen werden. Sie schränken das Versicherungsziel erheblich ein. Eine versicherte Hausfrau muss sich im Ernstfall fragen, weshalb sie eigentlich Prämien für den Fall der Berufsunfähigkeit gezahlt hat, wenn sie weiterhin als erwerbsfähig eingestuft und in einen anderen Beruf verwiesen werden kann. Selbst wenn die Verweisung mit einem Prämienrabatt verbunden ist, sind die reduzierten Prämien noch zu hoch oder gar umsonst gezahlt, wenn eine Berufsunfähigkeit letztlich nicht versichert ist.

Eine BU-Police sollte auch bei Hausfrauen mindestens bis zum 60. Lebensjahr laufen und nicht nur die Zeit der Kindererziehung abdecken. Kehrt nämlich eine Hausfrau ins Berufsleben zurück, wenn die Kinder flügge sind, ist es zu spät, um noch zu günstigen Bedingungen abschließen zu können – wenn überhaupt. Der erste und einzige Vertrag sollte so früh wie möglich abgeschlossen werden und bis zum Rentenalter reichen. Viele Frauen haben, ehe sie Mutter und damit zumeist zwangsweise Hausfrau wurden, einen Beruf ausgeübt. Wer sich zu dieser Zeit versichert, kann zumeist günstige Prämien mit einer BU-Rente kombinieren, die weit über dem üblichen Hausfrauenniveau liegt. In diesem Zusammenhang ist auf eine entscheidende Fußangel zu achten: Verträge nach Möglichkeit meiden, in denen eine nur zeitweilige Berufsaussteigerin nach einigen Jahren automatisch als Hausfrau eingestuft und nicht mehr zurückgestuft wird. Ideal ist die Klausel, dass eine in

ihrem angestammten Beruf versicherte Hausfrau diesen Status bis zum Ende der Policenlaufzeit behalten kann.

Entscheidend ist, dass eine BU-Police maßgeschneidert ist, auch wenn das in aller Regel mehr Prämien kostet als ein in der Leistung eingeschränkter Versicherungsvertrag. Man sollte mindestens ein halbes Dutzend Angebote einholen, die kleingedruckten Vertragsbedingungen sehr aufmerksam studieren und nur bei einem Vertreter unterschreiben, der wirklich sachkundig ist. Denn die Materie ist zu kompliziert und die Folgen einer Falschberatung sind zu gravierend, um im Hauruckverfahren eine BU-Police zu buchen. jk

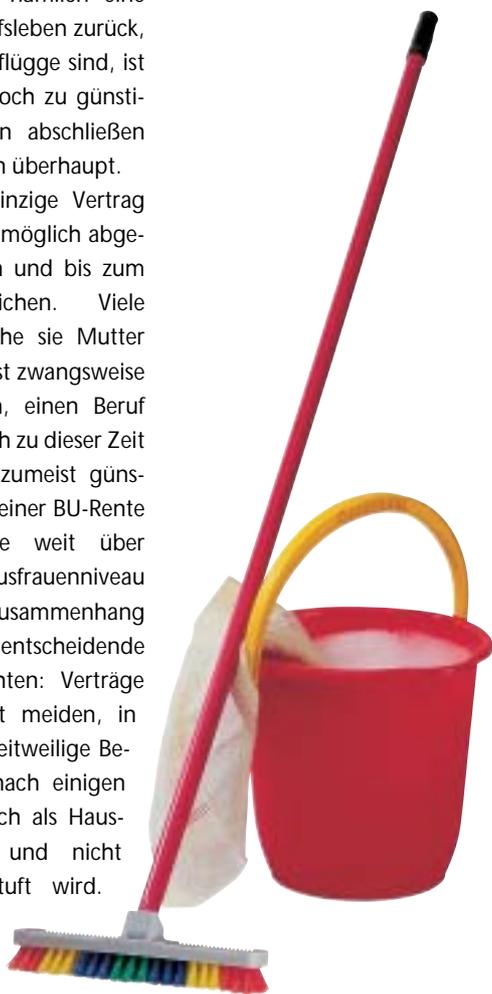


Foto: MEV

Aus der Rechtsprechung

Urteile für den Praxisalltag

Unsicher bei der Auslegung von Vorschriften, Streitigkeiten mit Patienten? Recht haben und Recht bekommen sind bekanntlich zweierlei. Lesen Sie aktuell, was die Gerichte für den privaten und beruflichen Alltag des Zahnmediziners entschieden haben.

Bypass-OP verschwiegen – Lebensversicherung nichtig

Wird bei Abschluss einer Lebensversicherung eine Bypass-Operation verschwiegen, gilt der Lebensversicherungsvertrag als erschlischen und ist wegen arglistiger Täuschung nichtig.

Ein älterer Mann wollte eine Lebensversicherung zu Gunsten seiner Frau abschließen. Auf Nachfrage benannte er zwar seinen Hausarzt, verschwieg aber eine Bypass-Operation, die ein Jahr zuvor durchgeführt worden war. Die Versicherung wurde zu Konditionen abgeschlossen, die einen solchen Eingriff nicht berücksichtigten. Als die Versicherung später von der Operation erfuhr, focht sie den Lebensversicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung an.

Das Gericht gab der Versicherung Recht. Die Tatsache, dass der Mann die schwere Operation verschwiegen habe, ließe annehmen, dass er sich zielgerichtet verhalten habe, um den Abschluss der Lebensversicherung nicht zu gefährden. Damit habe er die Versicherung arglistig getäuscht und die Lebensversicherung erschlichen.

*Oberlandesgericht Düsseldorf
Urteil vom 4.12.2001
Aktenzeichen 4 U 76/01*

*Inken B. Wiethold
Anwalt-Suchservice
Unter den Ulmen 96-98
50968 Köln*



Foto: PhotoDisc

Betrügerischer Adresshändler muss zahlen

Die Stiftung Gesundheit in Kiel hat für eine Ärztin erfolgreich gegen einen betrügerischen Adresshändler geklagt. Die Firma musste die gezahlte Summe samt Zinsen zurückhalten.

Eine bundesweit tätige Firma aus Wiesloch hatte der Ärztin einen scheinbar kostenlosen Adresseintrag in unbekanntenen Büchern angeboten, aber sorgsam verschleierte, dass dieses Angebot massive Kosten ohne sinnhafte Leistung auslöst. Nach der Rücksendung des Korrekturbogens verlangte die Firma mehrere hundert Euro von der Ärztin und versuchte, das Geld mit aggressiven Schreiben und

Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik ist zu berechnen

Zwei aktuelle Urteile bestätigen die Auffassung der Bundeszahnärztekammer, dass die Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik eine selbständige zahnärztliche Leistung ist, bei der die Voraussetzungen für eine Analogberechnung vorliegen.

Das Gericht war den Ausführungen der Sachverständigen gefolgt, dass fachlich ein gravierender Unterschied zwischen der dentin-adhäsiven Verankerung und der bei In-Kraft-Treten der GOZ seit Jahren bekannten Schmelz-Ätzung besteht. Die neu entwickelten Adhäsive, die nicht nur zum Schmelz, sondern auch zum Dentin eine hinreichend starke Haftung und guten Randschluss erlaubten, seien erst Ende der 80er Jahre entwickelt und Anfang der 90er Jahre in bestimmten klinischen Situationen zum Einsatz empfohlen worden. Bei Einführung der GOZ sei der Entwicklungs-, Wissens- und Erfahrungsstand noch nicht ausreichend gewesen, um Adhäsive und Composite im Seitenzahnbereich im Praxisalltag anwenden zu können. Der Gutachter kam zum Ergebnis, dass die dentin-adhäsive Zahnrestauration eine ganz andere Verfahrensweise darstellt als die herkömmliche Füllungstherapie.

*Amtsgericht Burgwedel
Urteil vom 21.02.2002
Aktenzeichen 73 C 17/01 und 73 C 45/01*

■ *Das Landgericht Frankfurt kommt mit Urteil vom 13. März 2002 zu einer anderen Auffassung, indem es die Dentin-Adhäsiv-Technik mit der Schmelz-Ätz-Technik gleichsetzt. Das Urteil ist allerdings nach Zulassung zur Revision zum Bundesgerichtshof nicht rechtskräftig. Aus diesem Grund ist nunmehr der Bundesgerichtshof mit der Frage der Analogberechnung von Dentin-Adhäsiven-Mehrschicht-Rekonstruktionen befasst und wird diese voraussichtlich Mitte dieses Jahres abschließend beantworten.*

*Amtsgericht Wiesloch
Urteil vom 25.10.2002
Aktenzeichen 4 C 108/02*

*Dr. Peter Müller
Stiftung Gesundheit
Hindenburgufer 87
24105 Kiel*

*René Krousky
Bundeszahnärztekammer
Chausseestraße 13
10115 Berlin*

Zum großen Gebissmodell und seinem Einsatz im Kindergarten

Großer Spielwert – kleiner Lehrwert

Das große Gebissmodell hat im Kindergarten einen hohen Spielwert. Um in diesem Alter den Kindern aber allein durch Zeigen am Modell die Zahnpflege zu bringen, ist es – so betont die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH) – denkbar ungeeignet. Die Fähigkeiten zur Umsetzung sind noch nicht genügend ausgebildet.

„Zum Lehren und Lernen der Zahnpflichtechnik im Kindergarten ist das große Gebissmodell denkbar ungeeignet“, erklärt Dr. Andrea Thumeyer, die Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGH) in Hessen. Kindergartenkinder könnten das Zähneputzen nicht durch Zeigen am Modell lernen, weil sich die dazu notwendigen Fähigkeiten in diesem Alter noch nicht entwickelt haben. Die LAGH rät deshalb: Ab in den Müll mit dem Demo-Gebiss.

Die Begründung der LAGH: Das Zeigen und Erklären des Zähneputzens am Modell entspricht der Lernebene älterer Kinder. Die Konzentration bei Kindergarten- und Vorschulkindern lässt rasch nach und die Kinder reagieren gelangweilt und unruhig. Aufgrund ihrer intellektuellen Entwicklung in dieser Altersstufe können sie das am Modell vorgeführte Zähneputzen noch nicht in eigenen Mund umsetzen. Diese Fähigkeit entwickelt sich erst im Schulalter, ab etwa acht Jahren. Den Jüngeren fehlt noch der

Bezug zum eigenen Körper. Sie verstehen nur intellektuell das, was sie sehen, nämlich, wie man ein Gebissmodell putzt.

Learning by doing

Die LAGH empfiehlt deswegen beim Besuch des Patenschaftszahnarztes im Kindergarten die Methode des „Learning by doing“. Hier



Zum Spielen ist das Demo-Gebiss prima geeignet.



Foto: Hensen

Das Demo-Gebiss: Zum Lehren im Kindergarten ungeeignet – darum ab in den Müll

werden die für dieses Alter erfolgreichen Lernprinzipien berücksichtigt:

- Lernen durch Nachahmen der Bezugsperson

- Lernen durch Selbst-Tun

- Lernen durch Wiederholung: Fühlen der Zähne mit dem Finger, Trockenputzen mit der „Fingerzahnbürste“, Trockenputzen im Stuhlkreis, Putzen mit der Kleingruppe im Waschraum.

Doch auf das große Demo-Gebiss muss man nicht verzichten. Es hat einen hohen Spielwert, weckt die Neugierde und das Interesse für Zähne. Es hilft, Berührungsängste abbauen. Beim Warten auf den Zahnarzt in der Praxis oder beim Warten auf die Zahnpflegeübungen im Gruppenraum des Kindergartens leistet es gute Dienste. pr



Langweilig wird es den Kindern, wenn sie nur zuschauen dürfen.



Fotos: LAGH/Pompetzki

Viel effektiver ist das „Learning by doing“.

Blick in eine historische Privatsammlung

Pelikane sind heute edle Sammlerstücke

Wolfgang Busch

Der Pelikan gehört zu den ältesten zahnärztlichen Extraktionsinstrumenten. Es wird allgemein angenommen, dass er seinen Namen wegen der Ähnlichkeit der Klaue mit dem Schnabel des Vogels gleichen Namens erhalten hat, obwohl er in unterschiedlichen Formen erschienen ist. Ein Privatsammler aus Biedenkopf-Wallau gewährt einen Blick in seine Vitrinen – und in die damalige fast brutale Technik des Zahnziehens.

Der Pelikan wurde benutzt, um einen Zahn seitwärts mit großer Kraftanstrengung zu entfernen. Die Klaue umfasste die klinische Krone, und das Widerlager wurde gegen den Alveolarknochen gepresst. Zu seiner sinnvollen Anwendung benötigte man zwei feste und gesunde Stützzähne, welche nicht weiter als zwei Zähne von dem zu entfernenden Zahn entfernt sein sollten. Zudem sollte der zu extrahierende Zahn nicht zu weit gegen die Zunge gerichtet sein, weil er sonst gegen seine Richtung gezogen, und entweder der Zahn oder ein bedeutenderes Stück des Alveolus brechen würde.

Viel Schaden angerichtet

„Ausrenken“ war der damals übliche Begriff, und er beschreibt wohl auch die durchgeführte Prozedur sehr treffend. Wenn der zu entfernende Zahn fester im Kieferknochen verankert war als die Stützzähne, braucht es nicht viel Phantasie um sich vorzustellen, welche Zähne in diesem Fall entfernt wurden. Zweifellos wurde mit dem Pelikan sehr viel Schaden angerichtet.

Der Berliner Hofzahnarzt Johann Jacob Joseph Serre hatte keine allzu hohe Meinung vom Pelikan: „Den Pelikan hingegen regiert die ganze Stärke der Faust und des Arms, welches die bloße Klemmung der Hand weit übertrifft. Kurz, es ist ein sehr ungeschicktes Instrument. Der Verfasser zeigt auch gar nicht die Art des Gebrauchs desselben; und fehlen vollends die benachbar-

ten Zähne, so ist das ganze Instrument vergebens, weil es ohne Stützpunkt ist. Bei Wundärzten, die es nicht besser verstehen, ist dieses Instrument übrigens ziemlich



Dieser prachttvolle Pelikan wurde von Grangeret zirka 1810 für die Kaiserin Hortense, Schwägerin Napoleon Bonapartes, hergestellt.

in Ansehen“ [Praktische Darstellung aller Operationen der Zahnarzneikunst, Berlin 1804].

Auch Benjamin Bell bildete in „System of Surgery“ zwei Pelikane ab, hielt aber von deren Anwendung nicht viel, weil er keinen Vorteil zum Zahnschlüssel sah. Justus Christian Loderer, der Goethe in Anatomie un-

terrichtet hatte, probierte alle seine Instrumente an Leichen aus und hatte ebenfalls keine gute Meinung vom Pelikan.

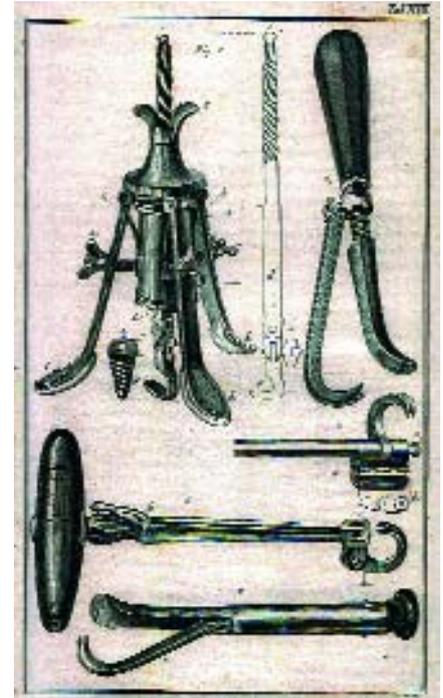
Pragmatisch gedacht

Auch der „Vater der Zahnheilkunde“ Pierre Fauchard [1678-1761] dachte vor allen Dingen pragmatisch: „Es gibt da gewisse Messerschmiede, die sich in das Zähneziehen einmischen. Die von ihnen hergestellten Instrumente scheinen die Begierde auszulösen, sie auch auszuprobieren. Um den Patienten nicht zu erschrecken, soll man sehr darauf achten, dass das Instrument verborgen bleibt“. Er wusste wohl, wovon er sprach, denn seine illustrierten Pelikane waren grober und klobiger konstruiert als ältere Exemplare, „nämlich in ei-

ner Art und Weise hergestellt, wie noch niemals zuvor“. Aber die Vielzahl der verschiedenen Erscheinungsformen belegt, dass der Pelikan bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts ein beliebtes Extraktionsinstrument war. Es ist nicht bekannt, wann sich der Begriff „Pelikan“ zum ersten Mal manifestiert hat. John Woodall erwähnte in „The Surgion's



Das obere Instrument ist eine so genannte Überwurf-Zange, das heißt Klaue und Widerlager entsprechen einem Überwurf, die Griffe sind die einer Zange. Das untere Instrument ist ein so genannter „Deutscher Überwurf“.



Das Tableau aus „Selectus Instrumentorum Chirurgicorum“ von Thomas Knauer (1796) illustriert zwei Überwürfe, unten den auf dem nebenstehenden Foto gezeigten „Deutschen Überwurf“.

Mate, [1617] bezüglich Zahnextraktionen etwas über einen „Pullican“. Der Ursprung aus dem englischen „to pull“ wäre also auch denkbar. Charles Allen bezeichnete das Instrument als „Polican“ [The Operator of the Teeth, 1686]. Den ersten Hinweis auf den Pelikan findet man wahrscheinlich bei Guy de Chauliac (1363). Die erste Zeichnung eines Pelikans erscheint in der venezianischen Ausgabe von Arcoli [1460], später in Ryff's „Major Surgery“ [1545]. Der Autor unterteilt Pelikane in vier Hauptgruppen:

- Pelikane mit einem Schaft und Widerlager,
- Pelikane mit zwei Schäften und Widerlagern (bei beiden können sowohl eine oder zwei Klauen vorhanden sein),
- Pelikane mit Endlosschraube,
- Überwürfe.

Daneben wurden auch speziell geformte Pelikane und Übergangsinstrumente entwickelt.

Frühe Exemplare haben einen geraden Schaft mit einer Klaue. Sie waren aus Eisen hergestellt, und die innere Oberfläche des Widerlagers war tief eingekerbt. Dieses war mit Leder, Leinen oder Stoff umwickelt, um den Druck auf das Zahnfleisch abzumildern. Später wurden zwei Klauen von unterschiedlicher Länge eingeführt, um auf verschiedene Zähne unterschiedlichen Umfangs zu passen.

Es dauerte fast 100 Jahre, bis bei Scultetus [1627] und Ferrara [1653] wieder ähnlich geformte Pelikane, diesmal etwas mehr ornamental, illustriert wurden. Diese allgemeine Erscheinungsform des Pelikans

wurde vom 16. bis zum 19. Jahrhundert hergestellt. Der Hauptunterschied bestand in der Gestaltung des Schaftes. Im 18. Jahrhundert wurden die Instrumente mehr und mehr kunstvoll verziert. Elfenbein, Silber, Gold und verschiedene Hölzer wurden verwendet, aber auch die einfachen Formen kamen nicht aus der Mode.

Eine entscheidende Neuerung wurde von Lorenz Heister [1719] initiiert. Die Kralle war an einer verstellbaren Schraube angebracht, die am Griff betätigt wurde. Es konnten drei unterschiedliche Krallen befestigt werden, welche alle in einem unterschiedlichen Winkel zum Schaft standen. Auch bei diesem Typ gab es zahlreiche Variationen.



Dieser Douglas-Lever vereinigt Zange, Pelikan und Hebel (zirka 1750)



Bei diesem Pelikan ist die Klaue an einem Gewinde am Schaft stufenlos verstellbar (zirka 1800)

Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde

Der Arbeitskreis ist ein freiwilliger Zusammenschluss von interessierten und engagierten Zahnärzten und Wissenschaftlern, die sich mit der Geschichte der Zahnheilkunde beschäftigen. Weitere Interessenten sind willkommen.

■ Das nächste Treffen findet statt am 22./23. März 2003 im Medizinhistorischen Museum in Ingolstadt.

Kontakte:

Dr. Wibke Knöner
An den Maschwiesen 1
30519 Hannover
Tel. und Fax: 0511/8608696
E-Mail: wknoener@web.de

Sigrid Kuntz
Jülicher Str. 8
50674 Köln,
Tel: 0221/2401416
E-Mail: sigridkuntz@aol.com



Sehr seltener
adjustierbarer
Pelikan. Die Schraube
lässt sich an einem
Widerlager bewegen
(zirka 1820).



Pelikan mit Endlos-
schraube, Schaft und
Widerlager sind
aufwändig verziert
(zirka 1800).

wurden, sowie verschiedene Widerlager ermöglichten ein noch variables Zusammenspiel zwischen Krallen und Widerlager. Zwischen den Überwürfen und den anderen Pelikanen bestehen zwei wesentliche Unterschiede: Der Überwurf hat ein weniger breites Widerlager und stützte sich während des Gebrauchs nicht an den Nachbarzähnen ab.

Das Instrument mit einem entsprechend zur Krallen nach vorn gekrümmten Widerlager wurde als *tire-toir* oder *tirtoir* bekannt.

Starke Hebelwirkung

Von allen Extraktioninstrumenten hat der Überwurf die stärkste Hebelwirkung. In den Händen eines ungeübten Behandlers konnte er einen enormen Schaden anrichten. Dies war auch der Grund, dass die Einschätzungen über den Nutzen dieses Instruments bei den Behandlern des 18. und 19. Jahrhunderts weit auseinander gingen. Um das Risiko einer Verletzung zu vermindern, galt jedoch allgemein die Forderung, den Überwurf nicht bei Molaren zu verwenden. Hier galt der Englische Schlüssel als Instrument der Wahl. Mit diesem konnte zwar der Zahn

brechen, doch dies war immer noch weniger dramatisch als ein Kieferbruch, wie es beim Überwurf leicht passieren konnte. Aber jeder Behandler der damaligen Zeit hatte seine eigenen Methoden und Vorlieben, wobei vor allen Dingen die eigenen Entwicklungen als gut und nützlich dargestellt, die der anderen jedoch meistens als „entbehrlich“ beurteilt wurden. Nessel berichtet: „Einmal befand ich mich in einer Landstadt und wurde ersucht, einen Zahn auszuziehen. Weil ich kein Instrument bei mir hatte, so schickte ich zum dortigen Chirurgen und erhielt wahrscheinlich sein Lieblingsinstrument, den Überwurf, der Art verrostet, dass ich den Rost mit dem Messer abschabte, das Instrument auseinanderlegte,



Eiserner Pelikan mit Endlosschraube, mit handgenähtem originalen Ledersäckchen (cirka 1750).

die Schraube mit Öl bestreichen musste, um den Haken verlängern zu können. Nach den Blutflecken, die am Überwurf sichtbar waren, zu urteilen, hatte der Chirurg damit operiert; er fand es aber nicht nötig, den Haken zu verlängern oder zu verkürzen, noch viel weniger zu reinigen. Ich erwähne es bloß deswegen, damit man sich einer besonderen Reinigung der Zahninstrumente befleißigt“.

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts verlor der Pelikan zunehmend an Bedeutung; die letzten Exemplare wurden um 1860 hergestellt. Heute stellt der Pelikan für den Liebhaber ein seltenes und teures Sammlerstück dar.

Dr. Wolfgang Busch
Bahnhofstr. 20 a
35216 Biedenkopf-Wallau

■ Der Autor und Sammler ist Mitglied im Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde. Mehr zu seiner Sammlung unter www.zene-artzney.de



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

zm-Leserreise

St. Petersburg – die Residenz der Zaren

Eine faszinierende Reise zu der Stadt der Zarenpaläste, der Prachstraßen und der Eremitage.

Termine:

A: 21.06. - 25.06.2003

B: 30.06. - 04.07.2003

C: 07.07. - 11.07.2003

D: 14.07. - 18.07.2003

E: 28.07. - 01.08.2003

F: 04.08. - 08.08.2003

Vieles vom Glanz des alten Zarenreichs hat überdauert, leuchtet in der goldenen Turmspitze der Admiralität und in den zahlreichen Schlossanlagen. Nicht zuletzt lockt zum 300-jährigen Stadtjubiläum die Wiedereröffnung des legendären Bernsteinzimmers.

Reiseverlauf:

1. Tag: Flug nach St. Petersburg:

Mit Lufthansa nach Frankfurt und Weiterflug nonstop nach St. Petersburg. Empfang durch die Reiseleitung und Transfer zum Hotel.

2. Tag: Die Stadt Peters des Großen: Große Stadtrundfahrt: In der Peter-Paul-Festung Besichtigung der Gräber russischer Zaren. Zu den lohnenswerten Kirchen gehört die Isaaks-Kathedrale, die Taufkirche der Zaren. Zu sehen ist auch die Admiralität, der große Schlossplatz mit Winterpalast sowie Alexanderssäule. Nach dem Mittagessen auf einem alten Segelschiff geht es nachmittags über den Nevskij-Prospekt zur Kasaner- und zur Smolny-Kathedrale, Christi-Erlöser-Kirche und zum berühmten Kreuzer Aurora.

3. Tag: Eremitage und Winterpalais: Am Vormittag Besuch der Eremitage, eines der berühmtesten Kunstmuseen der Welt. Mehr als 350 Räume stehen zur Besichtigung offen. Nicht weniger beeindruckend ist die Pracht der Säle im ehemaligen Winterpalais. Am Nachmittag Gelegenheit zum Verweilen in der Eremitage oder auf dem prächtigen Nevskij-Prospekt. Abendessen im Hotel.



Fotos: MEV

Zarskoje Selo, einer der eindrucksvollsten Paläste Russlands (o.) und Auferstehungskirche "Auf dem Blute". (u.)

4. Tag: Schloss der Zarin und Bernsteinzimmer: Ausflug nach Zarskoje Sjelo (Puschkin), einer der eindrucksvollsten Barockpaläste Russlands und Schloss von Katharina I. Ein weiterer Höhepunkt ist das neu entstandene Bernsteinzimmer, das am



16. Mai 2003 anlässlich des 300. Stadtjubiläums in voller Pracht wieder eröffnet werden soll. Abends Abschiedsessen mit Köstlichkeiten der bodenständigen russischen Küche.

5. Tag: Rückflug nach Deutschland: Transfer zum Flughafen von St. Petersburg. Rückflug mit Lufthansa nonstop nach Frankfurt und Weiterflug zu allen angegebenen Städten.

Preise und Leistungen

In Euro/brutto, pro Person

■ Termine A bis E: Fünf Reisetage: 1 295 Euro, Einzelzimmerzuschlag 195 Euro

■ Termin F: Fünf Reisetage 1 245 Euro, Einzelzimmerzuschlag 145 Euro

■ Mindestbeteiligung:

20 Personen

■ Maximalbeteiligung:

25 Personen

Leistungen

■ Linienflug mit Lufthansa nach St. Petersburg und zurück in der Touristenklasse

■ Vier Übernachtungen im Drei-Sterne-Mittelklassehotel

■ Unterbringung in Superior-Doppelzimmern mit Bad oder Dusche und WC



- Viermal Frühstücksbuffet, einmal Mittag- und einmal Abendessen, einmal Abschiedsabendessen
- Begrüßungs-Wodka
- Transfers und Stadtrundfahrt im bequemen Reisebus,
- Besuch der Eremitage/Winterpalast
- Ausflug nach Puschkin am vierten Tag
- Örtliche Deutsch sprechende Reiseleitung in St. Petersburg
- Eintrittsgelder (Wert zirka 32 Euro)
- Flughafensteuern, Lande- und Sicherheitsgebühren (Wert zirka 70 Euro)
- Visagebühren (Wert zirka 40)
- Auslandskrankenversicherung (Wert zirka sieben Euro)
- Sicherungsschein über den Reisepreis
- Reiserücktrittskosten-Versicherung (mit Selbstbehalt)

Veranstalter: Studiosus Gruppenreisen GmbH, München

zm

Fordern Sie noch heute das ausführliche Programm an:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Leserservice
 Dieselstraße 2, 50859 Köln
 Tel. 02234/7011- 289
 Fax: 02234/7011- 460

Prof. Becker verstorben

Die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZÄKWL) betrauert gemeinsam mit der Westfälischen Wilhelms-Universität den Tod des emeritierten Universitätsprofessors für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde Dr. Rüdiger Becker. Der Arzt und Zahnarzt Becker war im Alter von 75 Jahren am 18. Januar gestorben.

Den Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie an der Westfälischen Wilhelms-Universität erhielt Becker 1971. Gleichzeitig wurde er zum Universitätsprofessor ernannt. Seine Verdienste um die Entwicklung im Fachbereich Kieferchirurgie fanden internationale Anerkennung. So erhielt er zahlreiche Ehrungen und Auszeichnungen. Unter anderem wurde er 1988 Ehrenmitglied des „Royal College of Dental Surgeons“ in London.

Neben seiner Forschung und seiner engagierten Versorgung kranker Menschen war es Becker stets ein besonderes Anliegen, akademische Talente konsequent zu fördern.

Mit der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe hat Becker als Hochschulvertreter in mehreren Projekten kooperiert. „Der Tod von Professor Dr. Becker stellt nicht nur für die Universität, sondern auch für die Zahnärztekammer den Verlust eines anerkannten Forschers und engagierten Lehrers dar. Alle Zahnärzte in Westfalen-Lippe werden seine Verdienste um die Wissenschaft in bleibender Erinnerung behalten“, so der ZÄKWL-Präsident Dr. Walter Dieckhoff. ZÄKWL

Peter Reichert geehrt

Am 18. Januar 2003 wurde der Mannheimer Zahnarzt Dr. Peter Reichert (Foto) für seinen jahrelangen und oftmals selbstlosen Einsatz für die Belange der ganzheitlichen Zahn-Medizin mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Peter Reichert war Initiator und Gründer der Inter-



Foto: GZM

nationalen Gesellschaft für Ganzheitliche Zahn-Medizin (GZM) und von 1985 bis 2000 im Vorstand der GZM. „Sein Einsatz und seine Disziplin haben viele Jahre das Bild der GZM geprägt und prägen es noch heute. Was die GZM heute ist, verdankt sie Peter Reichert, seinem großen Engagement, seinem Organisationstalent und den vielen Stunden, die er für den Aufbau der Organisation geopfert hat“, so Zahnarzt Peter Helms, seit 2000 erster Vorsitzender der GZM, im Rahmen der Feierstunde zur Verleihung des Bundesverdienstkreuzes. om

Reinhard Biehl gestorben

zm-Gastkommentator Reinhard Biehl, langjähriger Kolumnist unserer Zeitschrift und stets kollegialer Begleiter unserer Redaktion, ist am 7. Januar dieses Jahres im Alter von 76 Jahren gestorben. Seine Themen waren Krankenkassen, Renten, das schwierige Terrain der Psycholo-

gie Patienten/Zahnarzt und Ideal und Wirklichkeit aktueller Reformpolitik; Themen, die er in unanfechtbarer, strikter, von jeglicher partei- und verbandspolitischer Bindung freier Sachlichkeit meisterte. Der 1927 im schlesischen Wansengeborene Kollege studierte nach russischer Gefangenschaft in Berlin Politik, arbeitete ab 1968 in der „Hannover-

schen Allgemeinen Zeitung“, deren Ressort Sozialpolitik er bis zu seiner Pensionierung leitete. Lange war er auch ehrenamtlicher Richter am Verwaltungsgericht Hannover. Die zm-Redaktion verliert in ihm auch einen Kollegen, der stets an ihren Problemen und Sorgen teilnahm und ihr immer mit gutem Rat beistand. Die klassische Crew der großen Sozialjournalisten, wie Werner Lürges, Heinz Epping, Albert Müller, Hanns Meenzen, Günther Windschild und Peter-Paul Henkel, die die Gesellschaftspolitik und das Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland in den siebziger und achtziger Jahren bis in die kleinste Verästelung kritisch unter die Lupe nahmen, ist fast ganz von der publizistischen Bühne abgetreten.

Ekkhard Häußermann

Dr. Markus Merk ausgezeichnet

Dr. Markus Merk, Zahnarzt und international renommierter Schiedsrichter, ist für sein humanitäres Engagement vom Internationalen Komitee für Fairplay mit dem Fairplay-Diplom ausgezeichnet worden. Der 40-jährige Merk hat 1993 in Indien ein Waisenheim gegründet, das er



Foto: dpa

heute noch unterstützt. Auf seine Initiative hin wurden auch Schulen und Kinderdörfer gebaut. Zudem reist der Kaiserslauterner in seinem Urlaub jedes Jahr nach Indien, um dort Bedürftige kostenlos zu behandeln. Seine Indien-Hilfe wird von Fußball-Profis und Fans unterstützt.

pr/ÄZ

Identifizierungen

Kriminalpolizei Saalfeld

Unbekannter Toter

Anfang November 2002 wurden in einem Waldgebiet in der Nähe der Ortschaft Schwarzburg (Landkreis Saalfeld-Rudolstadt in Thüringen) menschliche Knochen gefunden, deren Liegezeit etwa zwei Jahre beträgt. Zu den Umständen des Todes und der Identität gibt es bislang keine Erkenntnisse.

Zum Verstorbenen ist bislang folgendes bekannt:

- biologisches Lebensalter ca. 30 bis 50 Jahre
- Körpergröße ca. 1,68 – 1,80m
- kräftige Gestalt
- genetisch-geografische Herkunft: Europäer



Dieser Person können folgende Bekleidungsgegenstände zugeordnet werden:

- braune Herrenhalbschuhe der Marke „EASY STREET“, Größe 42
- dunkle Herrensocken der Marke „Falke“, Größe 41
- helle Baumwollhose (evtl.



Jeans) der Marke „Camel Collection“, schwarzer Ledergürtel mit silberfarbener Schnalle

- helles Herrenoberhemd der Marke „Carlo Manzoni“, Mens wear, XL – auf linkem Ärmel oberhalb des Bündchen gesticktes Kronensymbol, gemessene Kragenweite 45 cm
- helle, verm. braune Lammfelljacke (außen Wildleder, innen Fell), 4 Lederknöpfe an vorderer Knopfleiste, die mit dunklen Gegenknöpfen an der Jackeninnenseite befestigt sind,

Die Person hatte folgende Besonderheiten im Zahnstatus:

- goldfarbene Zahnkrone am linken Unterkiefer mit Überbrückung der fehlenden Zähne

36 und 37, Brückenverankerungen auf Zahn 35 und 38

- der 1. Backenzahn rechts wurde zu Lebzeiten verloren
- deutliche Abkantungsspuren an den Schneidezähnen (ab ca. 40 Jahre)

Zu der Zahnbrücke gibt es folgende Erkenntnisse:

- Die Zahnbrücke besteht aus Chom-Nickel-Stahl mit einer Titanoxid-Aufbringung und einer 60 %igen Silberverlötung

Die Kriminalpolizei wendet sich mit folgenden Fragen an alle Zahnärzte und Dentallabore:

1. Wer hat diese Zahnbrücke angefertigt bzw. wo werden derartige Zahnbrücken angefertigt ?
2. Wo war ein Patient mit so einer Zahnbrücke in Behandlung ?
3. Wer kann Hinweise zur Identität des Toten geben ?

Hinweise bitte an die Kriminalpolizeiinspektion Saalfeld

Cottastraße 41
07407 Rudolstadt
Tel.: 03672/417-14 11
Fax: 03672/417-14 99

Änderung der Satzung der KZBV

Die Vertreterversammlung der KZBV in Wiesbaden hat am 18./19. Oktober 2002 Änderungen der Satzung der KZBV in den §§ 7 und 8 beschlossen, die das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung am 16.01.2003 (AZ.: 225-44621-7/4) gemäß § 81 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V genehmigt hat.

Die geänderten Bestimmungen haben danach folgende Fassung, die hiermit bekannt gegeben wird. Gemäß § 19 der Satzung der KZBV treten die Satzung und ihre Änderungen am 24.02.2003 in Kraft.

§ 7

Vertreterversammlung

1. a) Die Mitglieder der Vertreterversammlung werden in unmittelbarer und geheimer Wahl von den Mitgliedern der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gewählt. Dabei wählen die Vertreter der ordentlichen Mitglieder einer jeden Vertreterversammlung aus den Kreisen der ordentlichen Mitglieder ihrer KZV die auf sie entfallenden Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV.

b) Entsprechendes gilt für die außerordentlichen Mitglieder. Die außerordentlichen Mitglieder mehrerer Vertreterversammlungen können sich zur Durchführung der Wahl zu Wahlgemeinschaften zusammenschließen.

c) Es müssen mindestens Ersatzvertreter in der Anzahl der Vertreter der KZV in der Vertreterversammlung der KZBV gewählt

werden. Dabei ist entweder für jedes Mitglied ein persönlicher Ersatzvertreter oder eine bestimmte Reihenfolge der Ersatzvertreter festzulegen.

2. Jeder Kassenzahnärztlichen Vereinigung steht für je 500 ihrer ordentlichen Mitglieder ein Vertreter der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu. Übersteigt die Restzahl die Zahl 250, so steht ihr ein weiterer Vertreter zu. Jeder Kassenzahnärztlichen Vereinigung steht mindestens ein Vertreter der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung der KZBV zu.

Für je 500 außerordentliche Mitglieder steht einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder einer nach § 7 Abs. 1 Buchstabe B) gebildeten Wahlgemeinschaft ein Vertreter der außerordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung der KZBV zu. Übersteigt die Restzahl die Zahl 250, so steht ihr ein weiterer Vertreter zu.

Übersteigt die so ermittelte Zahl der Vertreter der außerordentlichen Mitglieder der Vertreterversammlung das Verhältnis der Zahl der außerordentlichen Mitglieder aller KZVen zur Zahl der ordentlichen Mitglieder aller KZVen oder 20 % aller Sitze in der Vertreterversammlung der KZBV, so fallen die mit der kleinsten Zahl über 250 errungenen Sitze weg, bis das Verhältnis der außerordentlichen zu den ordentlichen Mitgliedern oder 20 % der Sitze der Vertreterversammlung erreicht sind.

Der Vorstand stellt fest, wie viele Vertreter der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung auf die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entfallen. Die Sitze werden nach den Mitgliederzahlen der KZVen am 1. Tag des letzten Vierteljahres der Amtszeit der vorhergehenden Vertreterversammlung berechnet¹.

3. In der Vertreterversammlung ist jeder Vertreter antrags- und stimmberechtigt. Die Übertragung des Stimmrechts ist unzulässig. Das Amt eines Mitgliedes der Vertreterversammlung beginnt mit dem Tag (0:00 Uhr) der konstituierenden Vertreterversammlung gem. § 7 Abs. 7.

4. Das Amt eines Mitglieds der Vertreterversammlung und eines Ersatzmannes endet

a) durch Tod;
b) durch Niederlegung des Amtes;
c) durch Verlust oder Wechsel der ordentlichen oder außerordentlichen Mitgliedschaft in der KZV, aus der das Mitglied gewählt ist, es sei denn, dass der Wechsel von der ordentlichen zur außerordentlichen Mitgliedschaft auf ein Ende der Zulassung gem. § 95 Abs. 7 Satz 2 SGB V zurückzuführen ist.

5. Die Mitglieder des Vorstandes haben das Recht und können verpflichtet werden, an den Vertreterversammlungen teilzunehmen. Sie sind zu den Vertreterversammlungen zu laden und berechtigt, Anträge zu stellen.

6. Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen ihren Vorsitzenden und zwei Stellvertreter; für die Wahl gelten die Bestimmungen im § 8 Abs. 2 entsprechend. Die Vertreterversammlung gibt sich eine Geschäftsordnung, die sinngemäß auch für den Vorstand sowie alle Sitzungen und Versammlungen gilt. Der Vorsitzende bedient sich zur Erledigung seiner Aufgaben der Geschäftsstelle der KZBV.

7. Die Vertreterversammlung tritt erstmalig alsbald nach der Wahl ihrer Mitglieder (§ 7 Abs. 1) zu einer konstituierenden Sit-

¹ Auch mit 500 oder mehr außerordentlichen Mitgliedern errungene Sitze fallen fort, wenn sonst mehr als 20 % der Sitze den a.o. Mitgliedern zufallen würden.

zung zusammen, die vom Vorstand einberufen wird. Im Übrigen findet in jedem Jahr mindestens eine Vertreterversammlung statt.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung sind mit einer Frist von zwei Monaten vom Vorsitzenden der Vertreterversammlung schriftlich einzuladen. Die Einladung ist in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ zu veröffentlichen.

Sofern der Tagungsort nicht von der Vertreterversammlung bestimmt wurde, wird er vom Vorsitzenden der Vertreterversammlung im Einvernehmen mit dem Vorstand der KZBV bestimmt.

8. Die Termine für weitere Sitzungen legt die Vertreterversammlung selbst fest. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung hat alsbald eine Sitzung einzuberufen, wenn der Vorstand der KZBV dies verlangt oder wenn mehr als ein Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung dies unter Angabe der Gründe fordert. In dringenden Fällen kann eine Vertreterversammlung mit einer verkürzten Einberufungsfrist einberufen werden.

9. Anträge der Mitglieder der Vertreterversammlung für die Tagesordnung müssen schriftlich mit Begründung eingereicht werden und spätestens sechs Wochen vor der Vertreterversammlung bei der Geschäftsstelle der KZBV vorliegen. Alle Anträge, auch die des Vorstandes, sollen mit Begründung vier Wochen vor der Vertreterversammlung durch schriftliche Mitteilung an die Mitglieder der Vertreterversammlung bekannt

gegeben werden. Über die Zulassung von verspäteten Anträgen und Dringlichkeitsanträgen beschließt die Vertreterversammlung.

10. Die Vertreterversammlung wird von ihrem Vorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter geleitet. Über den Gang der Vertreterversammlung und die von ihr gefassten Beschlüsse ist eine Niederschrift zu fertigen, die von dem Versammlungsleiter zu unterzeichnen ist. Die Niederschrift geht den Mitgliedern der Vertreterversammlung kurzfristig zu und gilt als genehmigt, wenn nicht innerhalb drei Wochen nach Eingang Einspruch beim Vorsitzenden der Vertreterversammlung eingelegt wird.

11. Jede ordnungsgemäß einberufene Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mehr als ein Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung anwesend ist.

12. Der Vertreterversammlung sind vorbehalten:

- a) Aufstellung und Änderung der Satzung;
- b) die Wahl des Vorstandes;
- c) die Festsetzung der Mitgliederbeiträge und des Haushaltsplanes;
- d) die Festsetzung von Reisekosten, Tage- und Übernachtungsgeldern sowie Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Zahnärzte in den Organen und Ausschüssen der KZBV;
- e) die Entgegennahme des Rechenschaftsberichtes und die Entlastung des Vorstandes;
- f) die Beschlussfassung über Anträge;
- g) die Wahl des Haushaltsausschusses;

h) die Wahl des Kassenprüfungsausschusses;

i) die Wahl der Vertreter der Zahnärzte im Bundesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung und im Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen;

k) die Beschlussfassung über die Anlage und die Verwendung des Vermögens;

l) die Beschlussfassung betreffend die Übernahme weiterer Aufgaben der zahnärztlichen Versorgung, insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung;

m) der Abschluss von Anstellungsverträgen mit leitenden Angestellten;

n) die Bestellung eines Wirtschaftsprüfers gem. § 14 Abs. 1 zur Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung der KZBV.

13. Die Vertreterversammlung fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit, soweit diese Satzung keine andere Mehrheit vorschreibt; bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

14. An der Vertreterversammlung können Geschäftsführer der KZBV und der KZVen mit beratender Stimme teilnehmen. Mitglieder der KZVen können der Vertreterversammlung als Zuhörer beiwohnen. Der Versammlungsleiter kann in besonderen Fällen eine hiervon abweichende Bestimmung treffen. Über die Anwesenheit anderer Personen entscheidet im einzelnen Fall der Versammlungsleiter.

§ 8

Der Vorstand

1. Der Vorstand besteht aus:

dem Vorsitzenden,
dem stellvertretenden Vorsitzenden

und aus neun Beisitzern,
darunter soll ein in das Zahnarztregister eingetragener, nicht zugelassener Zahnarzt sein.

2. Die Vertreterversammlung wählt in unmittelbarer und geheimer Wahl in getrennten Wahlgängen die Mitglieder des Vorstandes. Gewählt ist, wer mehr als die Hälfte der abgegebenen gültigen Stimmen erhalten hat. Erforderlichenfalls findet ab dem zweiten Wahlgang Stichwahl statt. Stimmenthaltungen gelten als gültige Stimmen. Im dritten Wahlgang genügt unabhängig von der Zahl der im jeweiligen Wahlgang kandidierenden Personen die Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen, ohne dass Stimmenthaltungen als gültige Stimmen gelten. Bei Stimmengleichheit im dritten Wahlgang entscheidet das Los.

3. In zwei weiteren Wahlgängen wählt die Vertreterversammlung aus den Mitgliedern des Vorstandes den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden. Das Amt eines Mitgliedes des Vorstandes der KZBV sowie das Amt eines Vorsitzenden bzw. eines stellvertretenden Vorsitzenden beginnt mit der Erklärung der Annahme der Wahl. Diese ist nach Abschluss aller Wahlgänge für die Mitglieder des Vorstandes und die Vorsitzenden des Vorstandes abzugeben.

4. Ein Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung kann schriftlich bei dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung beantragen, dass dem Vorsitzenden des Vorstandes, dessen Stellvertreter oder einem Vorstandsmitglied das Misstrauen ausgesprochen wird.

Der Antrag bedarf der Schriftform und muss dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung spätestens 6 Wochen vor der Vertreterversammlung zugehen.

Die Person, gegen die sich das beabsichtigte Misstrauensvotum richtet, ist zu benennen.

Das Amt dieser Person als Mitglied des Vorstandes endet, auch wenn es sich um den Vorsitzenden/den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes handelt, wenn die Vertreterversammlung ihr mit der Mehrheit ihrer Mitglieder das Misstrauen dadurch ausspricht, dass ein Nachfolger in den Vorstand gewählt wird und der Gewählte die Wahl annimmt. Der Nachfolger kann noch bis zum Aufruf des entsprechenden Tagesordnungspunktes benannt werden.

Die vorstehenden Regelungen gelten entsprechend bei der Abwahl mehrerer Personen. Handelt es sich bei der abberufenen Person um den Vorsitzenden und/oder den stellvertretenden Vorsitzenden, wählt die Vertreterversammlung anschließend aus den Mitgliedern des Vorstandes einen neuen Vorsitzenden und/oder stellvertretenden Vorsitzenden. Bei der Neuwahl des Vorsitzenden kann der bisherige stellvertretende Vorsitzende gewählt werden. Im Falle seiner Wahl ist in einem weiteren

Wahlgang ein neuer stellvertretender Vorsitzender zu wählen.

5. Scheidet ein Vorstandsmitglied vor Ablauf der Amtsdauer aus, ist durch die nächste Vertreterversammlung eine Ersatzwahl vorzunehmen. Scheidet ein Vorstandsmitglied während einer laufenden Vertreterversammlung aus seinem Amt aus, kann eine Ersatzwahl in dieser Vertreterversammlung vorgenommen werden.

6. Vorstandssitzungen werden vom Vorsitzenden nach Bedarf einberufen und von ihm auch geleitet. Der Vorstand ist einzuberufen, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder es verlangt. Es bleibt dem Vorstand der KZBV vorbehalten, die Einladungsfrist für die Vorstandssitzung in seiner Geschäftsordnung festzulegen. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

7. Die Beschlüsse des Vorstandes sind in einer Niederschrift festzuhalten, die vom Vorsitzenden zu unterzeichnen ist. ■

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 119

Heraeus Kulzer

Neue Citoject-Spritze aus Edelstahl



Heraeus Kulzer hat eine Citoject-Spritze aus Edelstahl auf den Markt gebracht. Sie korrodiert nicht, ist dadurch länger haltbar und kann in automatischen Thermodesinfektions-Automaten gereinigt werden. Die Edelstahl-Spritze erweitert das bestehende Citoject-Sortiment. Die

herkömmliche Citoject-Spritze aus Leichtmetall in Verbindung mit Carpule-Kanülen ist seit 1984 das am häufigsten verwendete Instrument zur intraligamentalen und intraseptalen Anästhesie. Mehr als 120 000 Spritzen wurden weltweit eingesetzt. Die nur geringfügig schwerere Edelstahl-Spritze ist ab sofort über den Dentalhandel verfügbar.

*Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Grüner Weg 11
D-63450 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 35 44 19
Fax: 0 61 81 / 35-35 62
www.heraeus-kulzer.de
E-Mail:
Dieter.Kaempfe@heraeus-kulzer.com*

KaVo

CAD/CAM-System finanzieren



Grundsätzlich kann das CAD/CAM-System Everest von KaVo auf drei unterschiedlichen Wegen finanziert werden: Leasing, Barzahlung direkt oder Fremdfinanzierung, beispielsweise durch die Hausbank. KaVo empfiehlt zur Finanzierung besonders die Leasing-Variante. Mit dem Kooperationspartner

Südleasing Ulm kann ein spezielles Leasing-Angebot mit günstigen Konditionen angeboten werden. Darüber entspräche die Finanzierung des Systems einem täglichen Finanzierungsaufwand von 90,67 Euro. Für Einzelheiten und individualisierte Informationen können sich interessierte Labors an die Everest Exklusiv-Händler wenden.

*KaVo Elektrotechnisches Werk GmbH
Wangener Straße 78
88299 Leutkirch im Allgäu
Tel.: 0 75 61 / 86-0
Fax: 0 75 61 / 86-400
www.kavo.de*

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

Degussa Dental

GoldenGate System um Legierung verstärkt



zeichnet sich durch eine hohe Festigkeit für ihren Indikationsbereich aus. Degunorm pur ist für Inlays, Onlays, Kronen und Brücken geeignet und lässt sich, wie alle Legierungen im GoldenGate System, mit der hydrothermalen, niedrig schmelzenden Keramik Duceragold verblenden. Das Brennprogramm entspricht demjenigen von Degunorm. Bei 720 °C ist ein Korrekturbrand möglich.

Degunorm pur ist die neue palladium- und kupferfreie Legierung im GoldenGate System von Degussa Dental. Sie ist biokompatibel, korrosionsfest und

*Degussa Dental GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 59 59 51
Fax: 0 61 81 / 59 59 62
www.degussa-dental.de
E-Mail:
ralf.gotter@degussa-dental.de*

Hager & Werken

Prothesen wie neu



Ein Service für Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz: Das Prothesenreinigungsgerät Speedo-Clean von Hager & Werken reinigt Zahnersatz geräuscharm und poliert Metalloberflächen auf Hochglanz. Die Prothese wird in einen Behälter mit einer speziellen Reinigungslösung gelegt. Durch ein Magnetfeld werden feine Edelstahlnadeln bis zu 60 Minuten so in Schwingungen versetzt, dass sie gründlich alle Ablagerungen, Plaque und Zahnstein entfernen ohne den Prothesenwerkstoff anzugreifen. Durch die inte-

grierte Zeitschaltuhr lassen sich die Reinigungszeiten individuell einstellen. Beim Kauf eines Speedo-Cleans erhält die Praxis ein Patienteninformationsblatt („Die Dritten sollen eine Freude sein“), ein Wartezimmerposter sowie eine Patientenkarte, in die alle Termine zur Prothesenreinigung eingetragen werden können, dazu.

*Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54
D-47006 Duisburg
Tel.: 0203 / 99 269-0
Fax: 0203 / 29 92 83
www.hagerwerken.de
E-Mail: info@hagerwerken.de*

GABA

Kinderzahnbürste erhält Designpreis



Das Chicago Museum für Architektur und Design verleiht den „Good Design Award“ der el-mex Lernzahnbürste. Die Jury, bestehend aus Amerikas Star-designern, begründet ihren Entscheid mit der gelungenen Kombination aus Funktion und kind-

gerechter Form. Die Lernzahnbürste für Kinder bis zu vier Jahren lässt sich dank des ergonomischen Griffes von kleinen Kinderhänden gut fassen. Außerdem ist der Griff lang genug, damit Eltern die Hand ihres Kindes gut führen können. Der Bürstenkopf ist der Anatomie des Kindermundes angepasst. Eine weiße Markierung im Borstenfeld erleichtert die richtige Dosierung der Zahnpaste. Alle Gewinner des Design-Preises sind im Internet unter www.chi-athe-naeum.org abrufbar.

GABA GmbH
Bernener Weg 7
79515 Lörrach
Tel.: 0 76 21 / 907-0
Fax: 0 76 21 / 907-124

pps.praxisplanungsservice

EDV-unterstützte Praxisplanung



Planung kostet Geld. Der von pps.praxisplanungsservice entwickelte 35-seitige Fragenkatalog unterstützt Zahnärzte bei einer günstigen und gelungenen Praxisplanung. Ist der Fragenkatalog beantwortet, kann er zusammen mit einem Grundrissplan der Praxis an die Firma zurückgeschickt werden. Rund zehn Tage später verspricht

pps.praxisplanungsservice, den Planungswunsch im Grundriss umgesetzt zu haben. Unabhängig von Herstellern oder einem Dental-Depot könne sich der Zahnarzt anschließend nach geeigneten Einrichtungen, zum Beispiel im Bürofachhandel oder bei einem Schreiner, umsehen.

pps.praxisplanungsservice
Heidi Buhr
Ringstraße 33
72141 Walddorfhäslach
Tel.: 0 71 27/ 93 98 10
Fax: 0 71 27/ 1 89 36
www.praxisplanungsservice.de
E-Mail:
info@praxisplanungsservice.de

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

TOKUYAMA

Studien über All-in-one-Dentinadhäsiv



Das All-in-one-Dentinadhäsive One-up Bond F der Firma Tokuyama Dental Corporation aus Japan ermöglichte vor mehr als vier Jahren erstmals das Primern, Ätzen und Bonden in einem Schritt. Inzwischen kann das Unternehmen auf umfangreiche wissenschaftliche Studien zurückgreifen, welche die Leistungsfähigkeit und Haltbarkeit von One-up Bond F belegen. Sie können bei Tokuyama angefor-

dert werden. Als Ergänzung hat Tokuyama den Kompositkunststoff Estelite entwickelt, der in Kombination mit One-up Bond F zuverlässige Haftkraft und hohe Haltbarkeit auch bei starker Beanspruchung gewährleistet. Dies belegt eine aktuelle, von Dr. Uwe Blunck und Prof. Dr. Jean-Francois Roulet am Universitätsklinikum Charité durchgeführte Studie. Sie kann ebenfalls angefordert werden kann.

TOKUYAMA
Siemensstraße 37
48341 Altenberge
Tel.: 0 25 05 / 93 85 13
Fax: 0 25 05 / 93 85 15
www.One-Up-Bond-F.de

ORALTRONICS

Pfosten bearbeiten mit H.U.G.O.



Der Pfostenhalter H.U.G.O. von Oraltronic erleichtert die Anwendung des Zylinder-Implantat-Systems Pitt-Easy Bio-Oss. Hinter H.U.G.O.s Namen verbirgt sich sein Anwendungsbereich: Halten der Pfosten, Umschleifen, Glätten und Optimieren. Der entsprechende

Pitt-Easy-Pfosten wird in die Hex-Öffnung des Instrumentes gesteckt und festgeschraubt – H.U.G.O. hat ihn „fest im Griff“. Erhältlich ist der Helfer in zwei Größen, für Pfosten der Implantate mit Durchmesser 3,25/3,75 Millimeter und für 4,00/4,90 Millimeter.

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

*J. Morita***Senior beim Weltkongress FDI geehrt**

Die Weltzahnärztereinigung Fédération Dentaire Internationale (FDI) hat zum ersten Mal seit 25 Jahren einem Vertreter der Industrie eine besondere Auszeichnung verliehen: Fukuo Morita, Direktor und Honorary Chairman der J. Morita Corpora-

tion, Osaka (Japan), erhielt den „FDI Special Recognition Award“. Der 80-jährige Japaner ist für seine Verdienste in der Zahnärzteschaft und seine herausragenden Beiträge für die FDI geehrt worden. Aus gesundheitlichen Gründen konnte Morita den Preis nicht persönlich entgegennehmen. An seiner Stelle nahm der Sohn und Präsident der J. Morita Corporation Haruo Morita die Urkunde entgegen.

*J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Str. 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 / 836 -0
Fax: 0 60 74 / 836 - 299
Email: Info@JMoritaEurope.de*

*3M ESPE***Sieger des Dental Talent Awards**

Mit seinem Beitrag über die dreidimensionale Abformgenauigkeit überzeugte Dr. Ralph Luthardt (Dresden) die Jury des am 12. Oktober 2002 in Seefeld vergebenen 3M Espe Dental Talent Awards 2002 (Foto: Vorstand Andreas Dinges links gratuliert Dr. Luthardt). Der Sieger darf sich über einen dreimonatigen

von 3M Espe finanzierten Studienaufenthalt in den USA freuen. Den zweiten Platz teilten sich Dr. Christoph Kaaden aus München (Untersuchungen zur Haftvermittlung moderner Adhäsivsystem) und Dr. Sven Reich (Erlangen) mit seinem Beitrag über vollkeramische Seitenzahnbrücken. Mit dem Talent Award will 3M

Espe junge Wissenschaftler in ihrer Entwicklung fördern und die internationale wissenschaftliche Zusammenarbeit unterstützen.

*3M ESPE AG
Espe Platz
82229 Seefeld
Tel.: 0 81 52 / 700-0
Fax: 0 81 52 / 700-13 66
www.espe.de
E-Mail: info@espe.de*

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

*interessanté***High-Tech gegen Plaque**

Die neue elektronische, schallaktive Zahnbürste des Bensheimer Unternehmens interessanté heißt Waterpik Sonicmax SR-700E. Sie ist eine Weiterentwicklung von der auch weiterhin im Programm verbleibenden Waterpik Sonic Speed SR-100E. Neu ist zum Beispiel eine drehbare

Rundbox zur sicheren Aufbewahrung der Zahnbürsten-Aufsätze. Sie kann abgenommen und von Hand gereinigt oder zum Säubern in die Spülmaschine gesteckt werden. Der Aufsteckdorn aus gehärtetem Edelstahl bietet den Aufsätzen einen sicheren Halt. Das neue Modell wird unter der Pharma-Zentralnummer 4116633 zum unverbindlich empfohlenen Preis von 131,00 € über alle Apotheken sowie über zahnärztlichen Prophylaxe-Shops und ausgesuchte Fachgeschäfte vertrieben.

*interessanté GmbH
Berliner Ring 163 B
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51 / 93 28-10
Fax: 0 62 51 / 93 28-93
www.interessante.de
E-Mail: info@interessante.de*

*Wieland***Eine Verblendkeramik „für alle Fälle“**

Die hoch expandierende, niedrig schmelzende Aufbrennkeramik Imagine h.e. von Wieland ist abgestimmt auf die bewährten Universallegierungen wie PortaNorm, PortaOptimum und PortaMaximum, auf AGC Galvano-gold und Imagine h.e. Presskeramik. Damit wird von der hoch-

wertigen Standardversorgung über bioästhetische AGC-Galvano-Arbeiten bis zur metallfreien Vollkeramik das gesamte Restaurationsspektrum dieses Systems abgedeckt. Eine ausführliche und instruktiv bebilderte Broschüre für Zahnärzte und Zahntechniker veranschaulicht die Anwendung des Imagine-Systems. Weitere Informationen sind zu erhalten über die Imagine-Hotline 0800-3705-000 oder bei

*Wieland Dental + Technik
Schwenninger Strasse 13
75179 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 37 05-0
Fax: 0 72 31 / 37 79 59
www.wieland-dental.de
E-Mail: info@wieland.de*

Mayer Möbelmanufaktur

Praxis planen live bei der IDS



Die Mayer Möbelmanufaktur lädt zu einem Besuch ihres Standes bei der IDS 2003 ein. In einem „Workshop-Gespräch“ wird dem interessierten Besucher die Gelegenheit geboten, das individuelle Gestalten einer Praxis kennen zu lernen. Zu erleben ist, wie aus Form, Farbe und unterschiedlichen Materialien Räume

entstehen, die Ausdruck der eigenen Persönlichkeit sind. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich nur um das Facelifting einer bestehenden oder um eine neue Praxis handelt. Die Mayer Möbelmanufaktur arbeitet nach einem ganzheitlichen Konzept: Alles aus einer Hand – von der „Gedankenarbeit“ bis zu den unterschiedlichen Installationen.

Mayer GmbH Möbelmanufaktur
Amalienstraße 4
75056 Sulzfeld
Tel.: 0 72 69 / 9 19 99-0
Fax: 0 72 69 / 9 19 99-8
www.mayer-moebelmanufaktur.de
E-Mail:
info@mayer-moebelmanufaktur.de

BEGO Semados

Neue Kraft für Implantat-Tochter



Mit neuer Manpower will Bego Semados GmbH, die Implantat-Tochter der Bego, den Spagat zwischen zahnärztlich-implantologischer Fachkompetenz und kaufmännischen Erfordernissen schaffen. Neu in der Position des Vertriebsleiters ist Thomas Schur (Im Foto Mitte; links Claus Pukropp, Produktmanager bei Semados.). Der gelernte Zahntechniker ist mit Branche und Markt bestens ver-

traut, denn er verfügt über eine zehnjährige Erfahrung im Dentalhandel. Bereits seit dem 1. Dezember 2002 ist Dr. Michael Gross (Im Foto rechts) technischer Leiter der BEGO Semados GmbH, der Implantat-Tochter der BEGO. Hier ist er verantwortlich für die Bereiche Produktion, Produktmanagement sowie Forschung und Entwicklung.

BEGO Semados GmbH
Wilhelm-Herbst-Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 20 28-246
Fax: 04 21 / 20 28-265
info@semados.de
www.semados.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 16. 3. 2003 schicken oder faxen an:

zm

Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Claudia Melson
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- 3M ESPE – Sieger des Dental Talent Awards (S. 118)
- BEGO Semados – Neue Kraft für Implantat-Tochter (S. 119)
- Degussa Dental – GoldenGate System um Legierung verstärkt (S. 116)
- GABA – Kinderzahnbürste erhält Designpreis (S. 117)
- Hager & Werken – Prothesen wie neu (S. 116)
- Heraeus Kulzer – Neue Citoject-Spritze aus Edelstahl (S. 116)
- intersanté – High-Tech gegen Plaque (S. 118)
- J.Morita – Senior beim Weltkongress FDI geehrt (S. 118)
- KaVo – CAD/CAM-System finanzieren (S. 116)
- Mayer Möbelmanufaktur – Praxis planen live bei der IDS (S. 119)
- ORALTRONICS – Pfosten bearbeiten mit H.U.G.O. (S. 117)
- pps.praxisplanungsservice – EDV-unterstützte Praxisplanung (S. 117)
- TOKUYAMA – Studien über All-in-one-Dentinadhäsiv (S. 117)
- Wieland – Eine Verblendkeramik – „für alle Fälle“ (S. 118)

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

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d. .R.

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel, Chefredakteur, mn; Gabriele Prchala, M. A. (Politik, Zahnärztle, Leserservice), Chefin vom Dienst, pr; Assessorin d. L. Susanne Priehn-Kopper (Wissenschaft, Dentalmarkt) sp; Sascha Devigne, (Praxismanagement, Finanzen, EDV) dev; Otmar Müller, Volontär, om

Gestaltung: Piotr R. Luba, K.-H. Nagelschmidt, M. Wallisch

Für dieses Heft verantwortlich: Egbert Maibach-Nagel

Anschrift der Redaktion:

Postfach 41 01 68, 50861 K In, Tel. (02 21) 40 01-251, Telefax (02 21) 4 00 12 53 E-Mail: zm@kzbv.de internet: www.zm-online.de ISDN: (0221) 9 40 02 81

Mit anderen als redaktionseigenen Signalen oder mit Verfasseramen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bilder übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Verlag, Anzeigendisposition

und Vertrieb: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50859 K In; Postfach 40 02 54, 50832 K In, Fernruf: (0 22 34) 70 11-0, Telefax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, K In,

Kto. 010 1107410 (BLZ 370 606 15), Postbank K In 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 45, gültig ab 1. 1. 2003.

Geschäftsführung

der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Hermann Dinse, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:

Norbert Froitzheim Froitzheim@aerzteverlag.de http://www.aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf Pinsdorf@aerzteverlag.de

Vertrieb:

Nicole Schiebahn Schiebahn@aerzteverlag.de

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 162,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 50,40 €. Einzelheft 6,75 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Herstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, K In

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

Lt. IVW IV/3. Quartal 2002:

Druckauflage: 79 767 Ex.
Verbreitete Auflage: 78 538 Ex.

Ausgabe A

Druckauflage: 70 050 Ex.
Verbreitete Auflage: 69 099 Ex.

93. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG

Seite 5

Astra Tech GmbH

Seite 83

Aventis Pharma Deutschland GmbH

Seite 22 und 23

Bai-Edelmetall AG

Seite 101

Beycodent Beyer & Co. GmbH

Seite 57

Coltene/Whaledent GmbH

Seite 67

Coltene/Whaledent GmbH

Seite 69

Degussa Dental GmbH & Co. KG

Seite 21

Dentsply DeTrey GmbH

Seite 11

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / DZZ-Abo

Seite 99

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / OP-Abo

Seite 109

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / Versandbuchhandlung

Seite 103

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / ZZI-Abo

Seite 105

DKL GmbH

Seite 43

DMG Chemisch Pharmazeutische Fabrik GmbH.

3. US

Dr. Ihde GmbH

Seite 49

Gaba GmbH

Seite 27

GC Germany GmbH

Seite 77

Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG

2. Umschlagseite

Gendex Dental-Systeme

Seite 45

Girardelli

Seite 13

GlaxoSmith Kline

Seite 15

Hager & Werken GmbH & Co. KG

Seite 51

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG

Seite 9

Ivoclar Vivadent GmbH

Seite 39

Kettenbach GmbH & Co. KG

Seite 73

K InMesse GmbH

Seite 17

Kreussler & Co. GmbH

Seite 13

Kuraray Europe GmbH

Seite 89

Meyer Superdenta GmbH

Seite 71

Miele & Cie. GmbH & Co.

Seite 19

Nobel Biocare Deutschland GmbH

Seite 85

Pharmatechnik GmbH

Seite 59 und 61

Primus Beier & Co.

Seite 47

Primen Versicherungsbro

Seite 101

Schätz Dental GmbH

Seite 53

Sirona Dental Systems GmbH

4. Umschlagseite

Southern Dental Industr. GmbH

Seite 75

Tokuyama Europe GmbH

Seite 95

Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH + Co. KG

Seite 41

Voco GmbH

Seite 79

W & H Deutschland GmbH & Co. KG

Seite 101

W & H Deutschland GmbH & Co. KG

Seite 81

Wieland Dental & Technik GmbH & Co. KG

Seite 7

Zahnärztlicher Fachverlag GmbH

Seite 55

Einhefter 2-seitig

Atrix Laboratories GmbH

Beilagen

Koos Edelmetalle HmbH

(Vollbeilage)

Satelec Pierre Rolland GmbH

(Vollbeilage)

Ticino Torismo

(Vollbeilage)

Befragung in drei Ländern

Krankenhausärzte arbeiten zu viel

Mehr als drei Viertel der Krankenhausärzte in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland arbeiten



Foto: MEV

einer Studie zufolge über 45 Stunden die Woche. Bei zwei Dritteln der Betroffenen wird die Mehrarbeit nicht dokumentiert. Das hat eine Befragung der Landesärztekammern der drei Länder ergeben. Zwischen Juni 2001 und März 2002 wurden mehr als 3 000 Fragebögen ausgefüllt. 83 Prozent der Ärzte im Praktikum arbeiten mehr als 45 Stunden, 31 Prozent mehr als 55 Stunden. Bei den Assistenzärzten arbeiten 73 Prozent mehr als 45

und 20 Prozent mehr als 55 Stunden. Knapp die Hälfte von ihnen kann nach der Bereitschaft „selten“ oder „nie“ Ruhezeiten einhalten.

35 bis 42 Prozent der AIP und Assistenten berichten, sie seien „häufig übermüdet“. 57 Prozent fühlen sich „häufig gestresst“ und „überlastet“. 42 Prozent der Assistenzärzte würden sich nicht noch einmal für diesen Beruf entscheiden.

dev/dpa

Sozialhilfeempfänger in die GKV

Reform der Sozialhilfe

Die rot-grüne Regierungskoalition will alle Sozialhilfeempfänger in die Gesetzliche Krankenversicherung holen. Das Ministerium wies aber einen Zeitungsbericht zurück, wonach die Neuregelung Teil der anstehenden Gesundheitsstrukturreform ist. Dies sei „falsch“. Die Krankenversiche-

rung von Sozialhilfeempfängern sei Teil der geplanten Reform von Sozial- und Arbeitslosenhilfe und werde in der entsprechenden Kommission behandelt. Am Vortag hatte Hamburg angekündigt, als erstes Bundesland die Gründung einer eigenen Krankenkasse für Sozialhilfeempfänger zu prüfen. Damit sollten die Behandlungskosten vereinheitlicht werden. Das Bundessozialministerium hält die Pläne aber für rechtlich fragwürdig. Es verstoße gegen geltende Gesetzeslage, eine Sonderkrankenkasse nur für eine bestimmte Gruppe zu gründen.

om/dpa

Illegaler Einsatz von Chipkarten

KBV sieht Schuld bei den Kassen

Abrechnungsunregelmäßigkeiten könnten nach Ansicht des Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Rainer Hess, viel schneller aufgedeckt und in ihrer

Anzahl reduziert werden, wenn die Krankenkassen ihre Hausaufgaben erledigten. In einem Brief an das Bundesgesundheitsministerium erklärte Hess, dass viele Krankenversichertenkarten illegal eingesetzt werden. Auch Chipkarten von Toten seien im



Umlauf. Für den Arzt sei in der Praxis zumeist nicht erkennbar, ob ein Patient eine ihm rechtmäßig zustehende Karte vorlege. Die Krankenkassen wiederum könnten ihren Versichertenbestand mit den von den Kassenärztlichen Vereinigungen gelieferten Abrechnungsdatenbändern abgleichen und ihre Leistungspflicht leicht überprüfen. Das täten sie aber nur sporadisch, weil sie sich mit der Zahlung von Kopfpauschalen von weiteren Verpflichtungen befreit sähen. Statt dessen, so Hess, beschuldigten sie die KVen, Abrechnungsmanipulationen zu unterstützen.

dev/pm

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

**ZM-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 68
50861 Köln**



Für den schnellen Kontakt:
Tel. 0221/40 01 252
Fax 0221/40 01 253
e-mail zm@kzbv.de
ISDN 0221/4069386

zm *Leser service*

Nr. 4
2003

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

-  A. Berghaus: Nasenkorrekturen (S. 28) Literaturliste
-  M. Damm: Rhinosinusitis (S. 34) Literaturliste
-  M. Kunkel, T. E. Reichert: Halsphlegmone (S. 44) Literaturliste
- B. Fuchs: APW (S. 82) Fortbildungsprogramm
-  W. Busch: Pelikane (S. 106) Literaturliste

 diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

BZÄK, FVDZ und KZBV

Reformvorschläge der CDU begrüßt

Die Bundeszahnärztekammer, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e.V. und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung begrüßen den Vorschlag der CDU, die zahnärztliche Behand-



Foto: Corbis

lung einschließlich Zahnersatz aus dem GKV-Leistungskatalog auszugliedern und in die Eigenverantwortung der Versicherten zu überführen. Voraussetzung hierfür muss sein, dass die dadurch eingesparten Beiträge den Versicherten zur Verfügung gestellt werden, damit sie ihr Erkrankungsrisiko privat absichern können. Die derzeitigen GKV-Leistungs- und Versicherungsstrukturen mit Budgetierung und Rationierung verhindern eine qualitativ hochwertige zahnärztliche Versorgung. Mit dem Modell der befundorientierten Festzuschüsse der Zahnärzteschaft hätte jeder Versicherte Zugang zu einer modernen, präventionsorientierten Zahnmedizin. zm/pm

Union fordert

Zahnbehandlung raus aus GKV

Der Besuch beim Zahnarzt soll nach Vorstellungen von Unions-Gesundheitsexperten nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Zudem

sollen Kassenpatienten für andere ärztliche Behandlungen künftig 150 bis 300 Euro im Jahr aus eigener Tasche zahlen. Das berichtet die „Frankfurter Rundschau“ unter Berufung auf ein Thesenpapier der CDU-Sozialpolitiker Andreas Storm und Annette Widmann-Mauz, die beide der neuen Reformkommission

der Union für die Sozialsysteme angehören. Nach ihrer Ansicht kann das gesetzliche Krankenversicherungssystem nicht mehr „als Vollkaskoversicherung alles und jeden“ absichern. Insgesamt wollen die beiden Experten den Beitrag zur Krankenkasse durch Einschnitte von heute durchschnittlich 14,4 auf 13 Prozent senken. om/dpa

Bundesverfassungsgericht

Abschaffung des GOZ-Abschlags

Als „längst überholtes Überbleibsel des Einigungsvertrags“ hat der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, den immer noch bestehenden Vergütungsunterschied zwischen den neuen und den alten Bundesländern im Bereich der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) verurteilt. „Dieser zehnpromzentige GOZ-Abschlag Ost muss endlich verschwinden“, fordert der BZÄK-Präsident, „weil die Zahnärzteschaft in den neuen Bundeslän-

dern und Ost-Berlin in allen anderen Bereichen längst zu Konditionen arbeiten muss, die auch in den alten Bundesländern gelten.“ Der BZÄK-Präsident nimmt ein aktuelles Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Anlass für seine Forderung. Dieses Urteil bezieht sich auf den zehnpromzentigen Ost-Abschlag für Rechtsanwälte und stellt fest, dass er mit dem Gleichheitssatz nicht länger vereinbar sei. Der Gesetzgeber ist gehalten, die entsprechenden Konditionen für Rechtsanwälte bis zum Jahresende umzugestalten. „Was für die Rechtsanwälte recht ist, muss auch für die Zahnärzteschaft billig sein“, so Weitkamp. BZÄK

Rürup-Kommission fordert

Steuerfinanzierte Pflegeversicherung

Die Rürup-Kommission zur Reform der Sozialsysteme erwägt nach einem Bericht der „Süddeutschen Zeitung“ eine Abschaffung der beitragsfinanzier-



Foto: PhotoDisc

ten Pflegeversicherung. Ein Thesenpapier empfehle stattdessen ein steuerfinanziertes Pflegeleistungsgesetz, berichtete die Zeitung. Dabei würden Einkommen und Vermögen zur Finanzierung herangezogen. Über das Papier werde derzeit in der Kommission diskutiert. Durch die Umstellung würden die Lohnnebenkosten um 1,7 Prozentpunkte sinken.

Die gesetzliche Pflegeversicherung war 2002 tiefer in die roten Zahlen gerutscht als erwartet. Das Defizit beträgt nach Angaben des Bundessozialministeriums wahrscheinlich 400 bis 500 Millionen Euro. Dies ist das höchste Minus seit Gründung im Jahr 1995. Experten warnen vor weiter zunehmender Schiefelage der Pflegeversicherung. Diese verfügt laut Ministerium noch über ein Finanzpolster von fast fünf Milliarden Euro. om/dpa

KZBV zu Landtagswahlen

Denkzettel für Bundesregierung

„Die Bundesregierung sollte den Denkzettel, den ihr die Wähler mit ihrer Stimme in Hessen und Niedersachsen gegeben haben, ernst nehmen und nun endlich in der Gesundheitspolitik das Ruder herumreißen“, so der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Dr. Rolf-Jürgen Löffler.

Denkzettel heiße auch, darüber nachzudenken, was man falsch gemacht haben könnte. Längst gescheiterte Experimente, wie Polikliniken wiederzubeleben, könne kein zukunftsweisendes Konzept sein. Diese seien reichlich vorhanden, sie müssten nur umgesetzt werden. „Dabei muss die Mündigkeit und die Eigenverantwortung der Bürger Vorrang haben vor allen staatlichen Überwachungsinstrumentarien, Knebelungen und Budgetierungen“, so der KZBV-Vorsitzende. Diesen Anforderungen würden die vorgelegten zahnärztlichen Konzepte von befundorientierten Festzuschüssen in Verbindung mit einem System der Kostenerstattung in besonderer Weise gerecht. KZBV

Ärzte-TÜV**Zulassung nur mit Weiterbildung**

Die AOK hat die von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt geplante Einführung eines Ärzte-TÜV uneingeschränkt befürwor-



Foto: TÜV

det. Ein Sprecher des AOK-Bundesverbandes sagte in Bonn, es sollte eine Fortbildungspflicht für Ärzte eingeführt werden. „Nur eine erfolgreiche Weiterbildung beinhaltet dann etwa die weitere Zulassung als Arzt.“ Die Kassen sollten den Patienten sagen können, welcher Arzt bestimmte Behandlungen am besten mache. Denkbar wäre auch, dass Mediziner Zertifikate erhalten könnten, wenn sie beispielsweise die Einhaltung oberster Hygiene-Standards in ihren Praxen nachweisen, sagte der AOK-Sprecher. om/dpa

Ersatzkassenstreit in Bayern**92 Prozent wollen Kostenerstattung**

Mit einer Mehrheit von 92 Prozent haben die bayerischen Zahnärzte in einer Urabstimmung entschieden, für Ersatzkassenversicherte die Behandlung auf Chipkarte einzustellen. Die KZV Bayern kündigte an, ab dem 10. Februar kein Geld mehr für die Behandlung von Ersatzkassenversicherten an ihre Mitglieder zu überweisen. Damit gehen die bayerischen Zahnärzte für diese Patientengruppe

auf Kostenerstattung über. Schmerzpatienten würden aber in jedem Fall behandelt, so der 2. Vorsitzende der KZVB, Dr. Manfred Kinner. Hintergrund der Eskalation: Die Ersatzkassen verweigern seit Jahren eine Budgetanpassung und haben auch gültige Schiedssprüche und Vermittlungsversuche durch das Sozialministerium nicht akzeptiert (zm berichteten in Heft 3). Das bayerische Sozialministerium forderte die KZVB in einem Beratungsschreiben auf, diese Aktion einzustellen, äußerte aber gleichzeitig Verständnis für die „äußerst schwierige Vertragssituation, die auch erheblich durch die Haltung der Ersatzkassen bedingt“ sei. Das Schreiben beinhaltet eine fast einmonatige Frist zur Rückäußerung. om

Stiftung Gesundheit in NRW**Beratung zu Medizinrecht**

Die gemeinnützige Stiftung Gesundheit will ab Februar 2003 auch in Nordrhein-Westfalen kostenlose Erstberatungen in Medizinrechtsfragen anbieten – beispielsweise bei Konflikten zwischen Ärzten und Patienten, aber auch bei Problemen mit Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungen. Dazu hat die Stiftung Rechtsanwälte in diesen Bundesländern ausgewählt. Unter einer gebührenfreien Telefonnummer kann ein Beratungsschein für den nächstliegenden Vertrauensanwalt angefordert werden. Der Service steht Ärzten und Patienten offen. Die kostenlose Erstberatung bei einem der Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit dauert etwa eine halbe Stunde. Dabei soll unter anderem geklärt werden, ob

und welche juristische Dimension der Konflikt hat, welche Möglichkeiten der Einigung es gibt, welche weiteren Beratungsangebote offen stehen, welche Kosten und Laufzeiten eine Klage hätte und welche weiteren Schritte im individuellen Fall sinnvoll sind. Das Medizinrechts-Beratungsnetz wird schrittweise bundesweit ausgebaut; zurzeit ist es unter anderem in Niedersachsen, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg in Betrieb. dev/pm

Gesundheitsreformen**Konsens-Chancen stehen bei 50:50**

Die Union lässt weiter offen, ob sie sich auf Konsensgespräche mit Rot-Grün über die geplante Gesundheitsreform einlässt. Zunächst müsse die Regierung einen Gesetzentwurf vorlegen, sagte der Unions-Sozialexperte Horst Seehofer in der „Augsburger Allgemeinen“ zu dem Ge-



Foto: fh

sprächsangebot von Bundeskanzler Gerhard Schröder. „Erst muss die Koalition sagen, was sie will. Wir sind nicht das Vehikel, mit dessen Hilfe Herr Schröder Dinge in der SPD-Fraktion durchsetzt.“ Seehofer schätzte die Chancen für einen Konsens auf „50 zu 50“ ein. Als großen Unsicherheitsfaktor nannte er die Uneinigkeit in der Regierungskoalition. An der Gesundheitsreform werde sich das Schicksal der Regierung und des Kanzlers entscheiden, meinte

Seehofer. „Wenn der Kanzler diese Reform stemmt, geht es weiter. Wenn er sie nicht stemmt, ist Schluss.“ om/dpa

Ulla Schmidt**Eckpunkte für Refom vorgestellt**

Bundesgesundheits- und Sozialministerin Ulla Schmidt hat ihre Eckpunkte für eine Reform des Gesundheitswesens vorgestellt. In einem Programm mit acht Punkten fasste sie ihre Vorstellungen zusammen. „Wir sind über die Eckpunkte der Ministerin nicht überrascht. Sie sind allerdings wenig konkret und lassen keine Systematik erkennen.“ Dies erklärte Dr. Manfred Richter-Reichhelm, der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dazu. Die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Annette Widmann-Mauz MdB sagte: „Ulla Schmidt täuscht Patienten und Versicherte fahrlässig über die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei 4,6 Millionen Arbeitslosen und einer Aufforderung der Europäischen Kommission, bis zum 21. Mai 2003 Reformen auf den Arbeitsmarkt und im Gesundheitswesen anzugehen, ist es unehrlich, Patienten und Versicherten vorzugaukeln, mit einer Positivliste, der Zulassung des Versandhandels, einem Institut und einer elektronischen Chipkarte seien die Probleme der GKV gelöst. Sie hat offensichtlich nach monatelangem Lavieren immer noch keine Antwort auf die finanziellen Probleme der GKV, immer noch kein schlüssiges Konzept in der Hand.“ pr/pm

Miss Germany ist Zahnarzthelferin

Sie ist 24 Jahre alt, 1,74 Meter groß, hat rote Haare und arbeitet als Zahnarzthelferin: Babett Konau aus Kiel ist am 25. Januar 2003 zur neuen «Miss Germany» gewählt worden. In der drei Stunden dauernden Endwahl im Europa-Park im baden-württembergischen Rust setzte sich die Schleswig-Holsteinerin gegen 21 Konkurrentinnen aus ganz Deutschland durch. Als ihr schließlich vor mehr als 1000 Zuschauern die Krone aufgesetzt wurde, blieb sie äußerlich gelassen, Freudentränen flossen keine. «Man kommt ja zu nichts. Nicht einmal zum Weinen», sagte sie.



Foto: dpa

deanzug. Tiefere Einblicke waren nicht gefragt.

Im November wird Konau in China an der Wahl der «Miss World» teilnehmen. Dort muss sie sich gegen 92 Mitbewerberinnen aus der ganzen Welt behaupten. Nach ihren Kolleginnen der Jahre 1988 und 2002 ist Babett Konau, eine gebürtige Schwerinerin, die seit sieben Jahren in Kiel lebt, die dritte Zahnarzthelferin in nur fünf Jahren, die diesen Titel erlangte. pr/pm

Kindermund

Bei der Wahl zur schönsten Frau Deutschlands standen die optischen Eindrücke im Vordergrund. Die jungen Frauen präsentierten sich zunächst im Abendkleid, später dann im Ba-

„Du Vati, weißt Du, wie viel Zahnpasta in eine Tube hineingeht?“ – „Nein, mein Kind“ – „Aber ich. Auf dem Teppich gemessen sind es fast drei Meter.“ Temmler Pharma, Kalender 2003

„So bleibt deine Krankenversicherung immer schön bezahlbar!“

Talentprobe

An der zu geringen Wahlbeteiligung hat's nicht gelegen. Und auch nicht daran, dass ein Großteil der Bevölkerung am 22. September 2002 nicht richtig wusste, was er eigentlich wollte. Eines machen aktuelle Umfragen aber ganz klar: So unzufrieden mit ihrer Regierung wie momentan waren die Deutschen, wenn überhaupt jemals, dann aber schon lange nicht mehr. Klar, die haben die Jungs natürlich selbst gewählt. Aber irgendwo war's dann vielleicht doch die falsche Entscheidung.

Dabei müsste das alles nicht sein, wenn die Bundestagswahl nur ein wenig zeitgemäßer und professioneller vonstatten ginge. Wie so eine Wahl richtig organisiert wird, zeigt der Fernsehsender RTL mit seiner Show „Deutschland sucht den Superstar“. Woche für Woche trällern und tanzen hier Nachwuchstalente vor Jury und Publikum, um ihrem großen Ziel (i.e. „Superstar“ werden) ein Stück näher zu kommen. Anschließend wird gevotet, was das Zeug hält – Millionen Fernsehzuschauer stimmen telefonisch darüber ab, wer gehen soll und wer bleiben darf. Großer Vorteil an dem Ganzen: Wer hier mitwählt, weiß genau, was er bekommt; und hat sogar noch Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Kandidaten.

Also: Statt Bundestagswahl 2006 lieber „Deutschland sucht das Superkabinett“. Die Damen und Herren Politiker treten gegeneinander an und werden telefonisch rein- und rausgewählt. Jeder muss um die Gunst der Zuschauer buhlen und sein Talent unter Beweis stellen. Fragt sich jetzt nur noch: Was macht dann die Gesundheitsministerin? ■