



## Das Frey-Syndrom

**Entwurf des  
Reformgesetzes**

**Sittenwidrige  
Eheverträge**

Foto: CC



## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die gesundheitspolitischen Ereignisse versprechen alles andere als einen wohligen Sommermonat: Am 1. Juni kämpft Kanzler Gerhard Schröder auf dem SPD-Sonderparteitag für seine Agenda 2010. Bundesministerin Ulla Schmidt will ihr Gesundheitsmodernisierungsgesetz über die ersten parlamentarischen Hürden peitschen.

Hinter den hochtrabenden Namen der SPD-Projekte verbergen sich keine Reformen. Ansätze, die für den vom Ex-Bundespräsidenten Roman Herzog gewünschten „Ruck durch die Gesellschaft“ anstoßen könnten, fehlen im SPD-Programm. Wohl der ausschlaggebende Grund für das eklatante Stimmungstief, das die Sozialdemokraten zurzeit im Ansehen der Bevölkerung verbuchen müssen. Auch diese SPD-Pläne erweisen sich als für den Bürger teure Sparpakete, die nicht einmal reichen, um Eichels Haushaltslöcher zu stopfen.

Und der DGB verprasst mit seiner bundesweiten Kampagne „gesund und gerecht“ flächendeckend in deutschen Metropolen die von den organisierten Arbeitnehmern oft nur noch mit bitterer Miene gezahlten Mitgliederbeiträge, behindert somit die von ihm selbst im letzten Wahlkampf protegierte Regierung, endlich ihre Hausaufgaben zu machen. Unter dem Deckmäntelchen sozialer Gerechtigkeit kämpfen die Gewerkschaften nur noch gegen schwindende Mitgliederzahlen an.

■ *Stimmungstief für die SPD oder drohendes Unwetter im Gesundheitswesen? Die angekündigte Gesundheitsreform bietet kaum Hoffnung auf einen wohligen Sommer.*

Was sich hinter der Kampagne „gesund und gerecht – eine gesunde Reform für alle“ verbirgt, ist nichts anderes als eine Ausweitung der Verschiebebahnhöfe und verdrängt notwendige Änderungen auf spätere Zeiten. Rezepte dieser Art lohnen nicht einmal mehr den Aufdruck ihres jeweiligen Verfallsdatums.

Beim Hin und Her der öffentlich diskutierten SPD-Thesen zur Bewältigung der Strukturkrise ist es kein Wunder, dass zurzeit fast jeder sich berufen fühlt, eigene Vorschläge zur Lösung auf den Tisch zu legen. Inzwischen zählen die Pressekonferenzen Legionen, die den Journalisten in der Bundeshauptstadt neue Wege in eine bessere Zukunft suggerieren. Dabei ist längst alles gesagt.

Und wer wie die Bundesgesundheitsministerin meint, statt befundorientierter jetzt therapiebezogene Festzuschüsse in den Gesetzesentwurf einzubinden, hat das von der deutschen Zahnärzteschaft angebotene Konzept nicht verstanden, sondern ignoriert nur die Erfahrungen, die unter der Ägide Seehofer gemacht wurden.

Einige Beobachter richten ihre Aufmerksamkeit noch auf Roman Herzog. Sie hoffen, dass der Ex-Bundespräsident, ehemals Mentor für einen gesellschaftspolitischen Neuanfang, in seiner neuen Aufgabe als Leiter der CDU/CSU-Kommission eine glücklichere Hand zeigt und Bewegung in den Verhandlungsprozess um die neue Gesetzgebung bringt. Der Sommer bleibt spannend.

Mit freundlichem Gruß



*Egbert Maibach-Nagel*

**Egbert Maibach-Nagel**

zm-Chefredakteur



**Zum Titel**

*Gustatorisches Schwitzen bedeutet für die Patienten eine große Einschränkung der Lebensqualität. Mehr über die Ursachen und eine neue, sichere Therapiemethode*

Seite 30

*Bevor die Hochzeitsglocken klingen, wollen viele Paare auf Nummer sicher gehen. Aber: Eheverträge können sittenwidrig sein.*

Seite 84



*SARS füllt nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Tageszeitungen mit immer wieder neuen Meldungen. Hier eine fundierte Zusammenstellung aller wissenschaftlichen Erkenntnisse.*

Seite 46

Foto: dpa





Foto: Stolk

Fluoridiertes Speisesalz im Einsatz in der Kantine würde viele „Kantinenesser“ vor Karies bewahren, wie jetzt eine aktuelle Studie aus Heidelberg beweist.

Seite 38



Fotos: MEV/Ingram

Dem Gesundheitssystem geht's an den Kragen. Der Entwurf zum Reformgesetz liegt seit vergangenem Monat auf dem Tisch.

Seite 82

**Editorial 1**

**Leitartikel**

Dr. Jürgen Fedderwitz, Amtierender Vorsitzender der KZBV, zum Reformentwurf des Gesundheitsministeriums **4**

**Nachrichten 6, 14**

**Gastkommentar**

Dr. Dorothea Siems, Wirtschaftskorrespondentin der „Welt“ hält das Gesetzespaket der Gesundheitsministerin für eine „Mogelpackung“. **8**

**Das aktuelle Thema**

Gewerkschaften verdrängen notwendige Reformen **10**

**Die andere Meinung**

Tabaksteuer: Neuer Anschlag für den Ausstieg – die Tabakkontrollpolitik im Kreuzfeuer **12**

**Spree-Spitzen 20**

**Politik und Beruf**

Bema-Neurelationierung: Der Beschluss fällt Anfang Juni **22**

Entwurf und Kritik: das Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz **24**

**Aus den Ländern**

Spendenaktionen: Neues aus einzelnen Bundesländern **28**

**Titelstory**

Das Frey-Syndrom: Botulinum Toxin gegen gustatorisches Schwitzen **30**



**Zahnmedizin**

Kariesprophylaxe mit Kantinensalz – Studienergebnisse aus Heidelberg **38**

Stellungnahme der DGKFO: KFO-Behandlung bei kardiologischen Risikopatienten **42**

Der aktuelle klinische Fall: Desmoplastisches Melanom **44**

SARS : Das Virus, das die Welt in Atem hält **46**

Repetitorium: Übergewicht **52**

**Tagungen**

Jtg. des AK Psychologie und Psychosomatik in der ZHK **56**

Fachforum: Neues aus der „KONS“ **60**

Nebenwirkungsformular **64**

Veranstaltungen **65**

**Prophylaxe**

Prophylaxe durch Milch: Immunisierter Kühe und S.mutans **76**

**Praxismanagement**

Motivation durch Team-Meetings **78**

Trendtag zur Zeitökonomie **82**

**Finanzen**

Gütertrennung, Unterhalt und mehr: Eheverträge mit und ohne Sitten **84**

Von Nießbrauch bis Leibrente **88**

Persönliches **90**

Bekanntmachungen **91**

Neuheiten **92**

Impressum **99**

Letzte Nachrichten **121**

**Zu guter Letzt 124**



Foto: KZBV

## Von Hasenfüßen und Halbwertzeiten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

was muss eigentlich noch alles passieren? Wie schlecht müssen sich die Rahmendaten eigentlich noch entwickeln? Und wie deutlich muss der Europäische Gerichtshof (EuGH) eigentlich noch werden, damit die da oben endlich genügend Mumm haben für nachhaltige Strukturveränderungen – auch in der Gesundheitspolitik?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMGS) produziert Gesetzesentwürfe mit erschreckend kurzen Halbwertzeiten und starrt doch gebannt auf die Sonderpartei-tage der Koalitionspartner. Reformerischer Elan und politischer Mut sind Fehlanzeige – Hasenfüße führen in Berlin die Feder! Mutiger und vor allem rigoroser will man allerdings – mal wieder – mit uns Ärzten und Zahnärzten umgehen. Ulla Schmidt hat die Katze aus dem Sack gelassen – und die hat sofort ihre Krallen ausgefahren. Mit dem Arbeitsentwurf zum Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz (GMG), welcher Mitte vergangenen Monats öffentlich bekannt wurde, zeigt das BMGS, dass sein Kratzen und Beißen in Richtung Ärzte- und Zahnärzteschaft munter weiter gehen soll. Auf überaus geduldigem Papier haben Ulla Schmidt und ihre Reformer all das zusammengeschrieben, was sie während der vergangenen Monate an Änderungen und

Umstrukturierungen in Sachen Gesundheitswesen angekündigt und ausbaldowert hatten. Als da zum Beispiel wären: Zwangsfortbildung, integrierte Versorgung, Begrenzung der Leistungen und Ausweitung der Einnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die Reaktion der Mediziner und Zahnmediziner folgte auf dem Fuße. Auf dem Deutschen Ärztetag in der vorvergangenen Woche konnte Ulla Schmidt sich persönlich davon überzeugen, dass ihre Vorstellungen von einer Rosskur fürs Gesundheitswesen sich nur in den allerwenigsten Teilen mit den Vorstellungen der Betroffenen decken. Dasselbe gilt für die Zahnärzteschaft.

Auch uns Zahnärzten bringt der GMG-Entwurf nur altbekannte Ministeriumsprosa in neuem Gewand. Zwar greift das Papier unsere langjährige Forderung nach der Einführung von Festzuschüssen auf, bleibt hierbei aber weit hinter den Möglichkeiten zurück, die das Konzept der Zahnärzteschaft vorsieht. Anstelle der von uns geforderten befundorientierten Festzuschüsse ist im GMG-Entwurf von einem therapiebezogenen Festzuschuss-System die Rede, welches die prozentualen Zuschüsse beim Zahnersatz ablösen soll. Von einer weitsichtigen und weiter gehenden gesundheitspoliti-

schen Zielsetzung ist hier nicht viel zu erkennen. Mal abgesehen davon, dass sich durch therapiebezogene Festzuschüsse rein gar nichts am System der Gesamtvergütungen ändern würde, bietet es auch keinerlei Nutzen für den Patienten. Ein gesetzlich Versicherter hätte gegenüber seiner Kasse eben keinen befundorientierten Leistungsanspruch und damit keinen Anteil am wissenschaftlichen Fortschritt.

Der GMG-Entwurf belässt die zahnprothetische Versorgung völlig im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Von diesem kurzatmigen Spagat hat niemand etwas: Er bietet weder erweiterte Wahlmöglichkeiten für den Patienten, noch wird er der GKV dabei helfen, Geld einzusparen. Denn weiterhin gilt: Wer mehr hat, zieht mehr ab! Oder deutlicher: Wer sich einen hohen Eigenanteil leisten kann, erhält einen hohen solidarisch finanzierten Kassenzuschuss.

Festzuschuss ist eben nicht gleich Festzuschuss. Die Möglichkeiten, welche sich durch eine Befundorientierung bieten würden, bleiben in den Vorstellungen der Bundesgesundheitsministerin vollständig ungenutzt.

Wo's langgeht, hat dieser Tage wieder einmal der EuGH gezeigt: Ambulante ärztliche Behandlungen im Ausland dürfen nicht mehr von einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse abhängig gemacht werden. Budgetierung und Sachleistung passen nicht mehr in das heutige System, das haben andere Länder schon längst erkannt. Vielleicht sollte unsere Bundesgesundheitsministerin mal ein bisschen mehr ins Ausland reisen – und nicht immer nur hinter den Mond.

Mit kollegialen Grüßen

**Dr. Jürgen Fedderwitz**

Amtierender Vorsitzender der KZBV

## Ulla Schmidts Mogelpackung

Bundessozialministerin Ulla Schmidt hat die Gesundheitsreform über die erste Hürde gebracht. Die Spitzen der rot-grünen Koalition segneten ihr Konzept ab. Gegen den erbitterten Widerstand des Finanzministers setzte sie eine drastische Erhöhung der Tabaksteuer durch. Mit den Mehreinnahmen will sie einen Großteil ihrer Reform finanzieren. Politisch kann Ulla Schmidt damit einen Erfolg verbuchen, den ihr noch vor we-



*Ulla Schmidt hat die Gesundheitsreform auf den Weg gebracht. Doch statt die Agenda des Kanzlers umzusetzen, setzt die Ministerin auf Umfinanzierung und halbherzige Kostendämpfung. Das Gesetzespaket ist eine Mogelpackung.*

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

nigen Monaten kaum jemand zugetraut hätte. Inhaltlich jedoch verdient das Gesetzespaket kein Lob. Denn statt die drängendsten Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu lösen, wird die Flickschusterei fortgesetzt. Und statt zu sparen, geht die Koalition den vermeintlich leichteren Weg des Umfinanzierens.

Dabei hatte der Kanzler in seiner viel zitierten „Agenda 2010“ noch sehr vielversprechend geklungen. Der Beitragssatz sollte von derzeit 14,4 auf „unter 13 Prozent“ gedrückt werden. Die Versicherten und Pa-

tienten müssten mehr Eigenverantwortung übernehmen. Von einer neuen Praxisgebühr, von Selbstbehalten und mehr Wahlmöglichkeiten war die Rede. Außerdem kündigte Gerhard Schröder an, das Krankengeld zu privatisieren – starker Tobak für einen Sozialdemokraten. Frau Schmidt aber war keineswegs gewillt, die Agenda Eins zu Eins umzusetzen. Großzügig legte sie Schröders Devise aus: „Die Linie bleibt, über Details kann man reden“.

Entgegen der Ankündigung des Kanzlers entschied die Ministerin, das Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung zu belassen. Allerdings tragen künftig nur noch die Arbeitnehmer die Kosten. Anders als bei einer Privatisierung bleibt damit die Belastung des Faktors Arbeit

die gleiche. Denn die paritätische Beitragsfinanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist von jeher Augenwischerei. Letztlich muss der Beschäftigte immer die gesamten Lohnkosten inklusive aller Sozialabgaben erwirtschaften. Die jetzt beschlossene Verschiebung innerhalb der Parität entlastet die Wirtschaft denn auch nur kurzfristig. Die Gewerkschaften können bereits in der nächsten Tarifrunde eine Kompensation erzwingen. Nur eine Abkopplung der Sozialabgaben von den Arbeitskosten wäre nachhaltig. Dazu jedoch müssten Leistungen tatsächlich ausgegliedert werden.

Auch die Umfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen ist eine Scheinlösung. 4,7 Milliarden Euro erhofft sich Schmidt von der Erhöhung der Tabaksteuern. Es mag Einiges dafür sprechen, familienpolitische Leistungen wie das Mutterchaftsgeld von der gesamten Gesellschaft bezahlen zu lassen. Doch das Beispiel der Ökosteuer, die von der rot-grünen Koalition eingeführt wurde, um die Rentenbeiträge dauerhaft zu stabilisieren, zeigt, dass das frische Geld den Spareifer der Sozialpolitiker dämpft. Statt wie versprochen, die Beiträge entsprechend zu senken, wurden mit Ökosteuermitteln auch neue soziale Wohltaten verteilt. Am Ende klettern jetzt trotz hoher Ökosteuern die Beiträge kräftig weiter. Die Bundesregierung schickt sich an, diesen Fehler nun im Gesundheitswesen zu wiederholen. Es ist es unredlich, wenn die Ministerin von einem Einsparvolumen von 20 Milliarden Euro spricht. Denn den Löwenanteil bringen die Umfinanzierungen beim Krankengeld und den versicherungsfremden Leistungen. Die Kürzungen bei Brillen, nicht rezeptpflichtigen Medikamenten oder dem Sterbegeld sind im Verhältnis zu den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung Kleckerbeträge. Wer jedoch nicht sparen will, muss sich der Frage stellen, wie angesichts der Überalterung der Gesellschaft und des rasanten medizinischen Fortschritts die Finanzierung der Kassen gesichert werden kann. Die kurzatmige Kostendämpfung und einmalige Umfinanzierung, die Ulla Schmidt als Gesundheitsreform verkauft, sind eine Mogelpackung. ■



Foto: CC

Gewerkschaften verdrängen notwendige Reformen

## Verschiebeshöfe sind keine Lösung

Mit einer Kundgebung auf dem Berliner Alexanderplatz setzten die Gewerkschaften – ungeachtet interner Streitigkeiten – ihren Kampf gegen die „Agenda 2010“ fort. Doch ihre Gegenkonzepte stellen keine echten Alternativen dar. Sie bedeuten nichts anderes als eine Ausweitung von Verschiebeshöfen und eine Verdrängung notwendiger Reformen.

10 000 Menschen nahmen an der DGB-Kundgebung am 17. Mai auf dem Berliner Alexanderplatz gegen die Reformpläne des Kanzlers im Sozial- und Gesundheitswesen teil – 5 000 weniger als von den Veranstaltern er-



Ver.di-Chef Frank Bsirske auf der Kundgebung in Berlin

Fotos: dpa

wartet. Die Protestveranstaltung war vom Deutschen Gewerkschaftsbund DGB, der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und dem „Netzwerk Gesundheit“ organisiert; bundesweit erfolgten am gleichen Tag weitere Protestveranstaltungen in verschiedenen Städten.

Die Gewerkschaften kämpfen, doch die Argumente bringen in der eigentlichen Sache, nämlich den Reformstau im deutschen Sozialwesen abzubauen, trotz großer Lippenbekenntnisse keine wirklich neuen Konzepte. „Derzeit wird uns blanker Sozialabbau als Reformpolitik verkauft“, so der Vorsitzende von ver.di, Frank Bsirske, in Berlin. Die stellvertretende DGB-Vorsitzende Ursula Engelen-Kefer bezeichnete die „Agenda 2010“ als sozial ungerecht. Beide Vertreter betonten die Notwendigkeit durchgreifender Strukturreformen. Man verstehe sich nicht als Blockierer, und es gehe nicht um das Ob, sondern um das Wie und Wohin der Veränderungen, hieß es bei der Kundgebung.

Das Patentrezept der Gewerkschaftler sind Verschiebeshöfe nach der Prämisse, dass mehr Geld ins System gehört. Nach Bsirskes Meinung bringe die Agenda weniger Arbeitsplätze. Notwendig sei stattdessen ein öffentliches Konjunkturprogramm

im Umfang von 20 Milliarden Euro. Zur Finanzierung forderte er eine Mindestbesteuerung von Unternehmensgewinnen, den Verzicht auf eine weitere Absenkung des Spitzensteuersatzes und die Wiedereinführung der Vermögenssteuer. Engelen-Kefer bekräftigte: „Die anhaltende Wirtschaftskrise kann nur durch mutige Reformen in der Steuer- und Finanzpolitik überwunden werden.“

### Hauskrach

Drei der acht DGB-Gewerkschaften waren zuvor aus der Ablehnungsfront gegen die „Agenda 2010“ ausgebrochen. Die Vorsitzenden der IG Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) Hubertus Schmoldt, der Bahngewerkschaft Transnet, Norbert Hansen, und der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG), Franz-Josef Möllenberg, hatten ihre Absicht erklärt, auf die Bundesregierung zugehen zu wollen. Unter dem Motto „Ja zu Reformen“ hatten die drei Spitzen eine entsprechende Initiative gegründet. Zwar hält man Schröders Pläne auch für nachbesserungswürdig, was die geplante Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe, den Kündigungsschutz, das Arbeitslosen- und Krankengeld betrifft. Zustimmung gibt

es jedoch bei Themen wie der Stärkung der kommunalen Finanzkraft oder der Ausbildungsinitiative. Das Ganze sieht nach einem Bruch in zwei Lager aus, doch beeilt man sich von beiden Seiten zu betonen, dass von einer Spaltung keine Rede sein könne. „Die Kritik an der „Agenda 2010“ wird einmütig geteilt,“ hieß es dazu beim DGB. Und die NGG ließ verlauten, dass die Unterschiede im Gewerkschaftslager Fragen des Vorgehens und der Details betreffen, man sich aber in

Hauptpunkten einig sei. Doch seitens der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) wurden Stimmen laut, die dafür plädierten, die „Hahnenkämpfe“ endlich zu beenden, um den Gesamtverband nicht zu schwächen.

Schaut man sich den „Fünf-Punkte-Plan des DGB für Wachstum und Beschäftigung“ an, wird das schwächelnde Konzept deutlich: Umsteuerung in der Wirtschafts- und Finanzpolitik heißt die Devise. Damit sollen neue Impulse für einen konjunkturellen Aufschwung gesetzt werden. Das Institut der Deutschen Wirtschaft in Köln sparte nicht mit entsprechend heftiger Kritik: Das DGB-Konzept, mit zusätzlichen, schuldenfinanzierten Staatsausgaben die Konsum- und Investitionsnachfrage kurzfristig anzukurbeln, führe ins Abseits. Mit einer kurzfristigen Nachfragestimulation könne keine Abhilfe erfolgen. Notwendig sei vielmehr eine nachhaltige Stärkung der Angebotskräfte. Dazu müsse vor allem das Steuersystem effizienter gestaltet und die Belastung für Haushalte und Unternehmen gesenkt werden. Das erfordere allerdings mutige Einschnitte in den öffentlichen Etats und in der Sozialversicherung.

Die Gewerkschaften sollten umdenken. Reihenweise laufen ihnen mittlerweile die Mitglieder davon. Der Deckmantel sozialer Gerechtigkeit reicht nicht mehr aus, um eines zu verbergen: dass sie sich in der schwersten Krise seit ihrer Gründung befinden. pr

Tabaksteuer

## Neuer Anschub für den Ausstieg

Klaus Weißmann

**In Deutschland raucht eine Minderheit von zirka 28 Prozent der Bevölkerung. Durch die von ihr verursachten Folgekosten, zum Beispiel für die Behandlungen raucherbedingter Erkrankungen, werden laut Jahrbuch Sucht 2003 jährlich Löcher von 17 Milliarden Euro in die Sozialkassen gerissen. Von der gleichzeitig eingezogenen Tabaksteuer, mit 12,1 Milliarden Euro die viertwichtigste Einnahmequelle im Bundeshaushalt, sah das Gesundheitswesen bisher keinen einzigen Cent.**

Die Löcher im Haushalt werden im Wesentlichen mit den Beiträgen der nicht rauchenden Mehrheit der Solidargemeinschaft gestopft. In Zeiten der Vollbeschäftigung war das kein Problem. Heute, bei knappen Kassen, heißt das aber: Wenn ein 45-Jähriger nach 30 Jahren Rauchen seinen Herzinfarkt erleidet, gerettet, notfall- und anschlussheilbehandelt wird, Krankengeld und vielleicht Frührente bekommt, bezahlen das

- sein nicht rauchender Nachbar durch Zuzahlungen in der Apotheke, beim Arzt und durch steigende Sozialbeiträge,
- sein Arbeitgeber durch die steigenden Sozialabgaben beziehungsweise Lohnnebenkosten und auch
- sein Zahnarzt, der seine Parodontitis umsonst behandelt hat, weil er wegen überschrittenem Budget im KZV-Bereich nachträglich Honorar gestrichen bekam.

### Raucherparadies Deutschland

Wenn zukünftig die Raucher durch die geplante Erhöhung der Tabaksteuer und der Verwendung des Erhöhungsbetrages im Gesundheitswesen einen Teil der von ihnen verursachten Mehrkosten selbst übernehmen sollen (bei 142,5 Milliarden gekauften Zigaretten 2001 sind es nach optimistischer Kalkulation 7,5 Milliarden Euro), geht das eigentlich in Ordnung. Gleichzeitig ist dieses Vorgehen der Bundesregierung höchst kritikwürdig:

- Erstens ist ihre Begründung der Steuererhöhung, die Raucher sollen mit diesem Beitrag die familienfreundlichen versicherungs-

fremden Leistungen bezahlen, eine Lüge, solange die raucherbedingten Mehrkosten fremdfinanziert und die Tabaksteuer zweckentfremdet werden. Die Begründung verschweigt und verschleiert die skandalösen Zustände im Raucherparadies Deutschland.



*Die EU-Gesundheitsminister:  
Rauchen gefährdet die Gesundheit!*

- Zweitens, zu diesen Zuständen gehört, dass es auch dieser Regierung überhaupt nicht daran gelegen ist, das Rauchen einzudämmen, sondern daran zu verdienen. Da jede gerauchte Zigarette das Leben um fünf Minuten verkürzt, trägt Rauchen außerdem zur Entschärfung des Rentenproblems bei. „Rauch und stirb zur rechten Zeit“ scheint irgendwie sozialverträglich zu sein. Jedenfalls regt sich bei uns niemand darüber auf, das jedes Jahr zirka 110 000 Deutsche, also 300 jeden Tag, an den Folgen des Rauchens sterben. Eine BSE-Kuh in einem bayerischen Stall oder verseuchtes Tierfutter können für mehr öffentliche Aufregung und Regierungskrisen sorgen als ein Überangebot an Zigaretten, die mit 4 000 hochgiftigen Schadstoffen in

jedem Glimmstengel eine legale Ware sind, deren bestimmungsgemäßer Gebrauch tötet. Sargnägel eben. Beim Rauchen kneift nicht nur die sich so forsch gebärdende Verbraucherschutzministerin, nein, hier arbeitet die Bundesregierung Hand in Hand mit der Tabakindustrie, wie ihre Verhinderung eines weitgehenden Tabakwerbungsverbots in Europa und die nahezu fehlende Produktkontrolle bei Tabakwaren zeigen.

■ Drittens verschont die rotgrüne Regierung erneut die Tabakindustrie, die als Hauptverantwortliche zum Schadenersatz herangezogen werden müsste. Dass das ein sinnvoller und machbarer Weg zur Sanierung der Sozialkassen wäre, haben Regierungen von U.S.-Bundesstaaten mit ihren erfolgreichen Klagen gegen die Tabakindustrie vorgemacht. Dieser Weg wäre auch den Rauchern gegenüber gerechter, die mit dem Slogan „Gestatten. Rauchen. Meine Entscheidung“ bewusst und staatlich abgesegnet betrogen, zur Sucht verführt und gegen Abstinenzgedanken, die dank Tabakwerbung nun wie Freiheitsberaubung erscheinen, immunisiert werden. Von den zirka 20 Millionen Rauchern in Deutschland sind zirka 70 bis 80 Pro-

zent nikotinabhängig und damit alles andere als souverän und selbstbestimmt. Wie sehr einige von denen aus ihrer Not eine Tugend machen, offenbart sich in ihren gegenwärtigen „Bild“-Aufschreien, in denen sie die Entrichtung der Tabaksteuer als ihren letzten Wert gewürdigt wissen wollen. Wenn die Raucher sich auch noch diesen blauen Dunst vormachen, kann die volksverdummende Tabakwerbung ihre größten Siege feiern und die Hauptverantwortlichen bleiben ewig im Dunkeln.

### Tabakkontrollpolitik auf Entwicklungsländniveau

Wir, das Volk, die öffentliche Meinung, können uns von der Kritik nicht ausnehmen. Wir bedauern wohl noch, dass Jugendliche immer früher mit dem Rauchen beginnen,



übersehen aber die Häufung der Zigarettenautomaten im Umkreis von Schulen. Uns stört auch nicht, dass sich unsere Kinder Bonbons aus dem Automaten holen, der gleich neben den Zigarettenautomaten angebracht ist. An sich finden wir die Werbefilme für Zigaretten im Kinovorspann ganz gut gemacht und unterhaltsam. Wir zappen nicht weg, wenn eine angesehene Fernsehmoderatorin im TV-Interview einem nikotinsüchtigen Altbundeskanzler mit x Bypässen verständnisvoll den Aschenbecher hinschiebt. Kein Wunder, dass Politiker von uns das Bild zu haben scheinen, wir werden ihre Tabakkontrollpolitik auf Entwicklungsländerniveau schon hinnehmen und wir hielten sie schon für bedeutend und staatsmännisch, wenn sie dicke Zigarren oder imposante Pfeifen rauchen. Durch ihre Allgegenwärtigkeit schafft es die direkte und indirekte Tabakwerbung, nicht nur die frühverstorbenen Kunden durch frisches Blut zu ersetzen, sondern auch uns alle so abzustumpfen, dass wir Zigaretten als etwas ganz Normales ansehen und oft uns auch nicht so zieren wollen, wird in unserer Gegenwart eine angezündet. Genau das ist ein Ziel aller, die sich am Rauchen gesundstoßen: eine unkritische, pseudoliberalen paradiesische Atmosphäre für alle Raucher.

Vielleicht liegt hier auch etwas ungewollt Konstruktives in der Tabaksteuererhöhungsabsicht: Sie bringt den Skandal des Rauchens und unsere diesbezügliche Aushöhlung wieder ins Bewusstsein, lässt uns darüber reden und die Verantwortlichkeiten besser wahrnehmen.

Fordern wir als Bürger von der Regierung die Verwendung der gesamten Tabaksteuer im Gesundheitswesen, die Verpflichtung der Tabakindustrie zum vollständigen Schadenersatz und eine Tabakkontrollpolitik, die die

sen Namen auch verdient. Das wäre bereits Teil einer echten Gesundheitsreform. Zusammen mit der zu begrüßenden Verteuerung der Zigaretten kann das dann doch noch dazu führen, dass die vielen Raucher, die eigentlich aufhören wollen, nicht erst



*Die Bundesregierung:  
Nicht (mehr)rauchen gefährdet die Gesundheits- und Rentenkassen !*

den Herzinfarkt erleiden müssen, um sich für ihre Rauch-Freiheit zu entscheiden und schon jetzt erfolgreich Nichtraucher werden. Nicht wenige werden dabei professionelle Hilfe brauchen.

### **Oraler Befund als Entwöhnungseinstieg**

Stellen wir uns als Gesundheitsexperten den Ratsuchenden zur Verfügung. Rauchen ist eine der wichtigsten durch Verhaltensänderung vermeidbaren Ursachen auch für orale Präkanzerosen, Mundkrebs und parodontale Erkrankungen. Rauchen kontraindiziert

zahnärztliche Therapien beziehungsweise verschlechtert deren Prognose. Deshalb hat die BZÄK in ihrem Policy Statement zum Thema Tabak (Rauchen) die Zahnärzteschaft aufgerufen, in ihren Praxen Raucherentwöhnungsberatung anzubieten. Im Bereich des Gesundheitswesens hat sie hier wohl auch die besten Erfolgsbedingungen – häufige und regelmäßige Behandlungstermine, Prophylaxeorientierung, aus höchster Patientenzufriedenheit resultierende Autorität und Vertrauenswürdigkeit der Zahnärzte, allgemeine Beratungskompetenz der Behandler, Respekt vor der Eigenverantwortlichkeit der Patienten. In der hohen Bedeutung von Mund und Zähnen für die Lebensqualität liegen mit die stärksten motivationalen Energien für den Tabakverzicht. Geweckt und verstärkt werden sie am wirksamsten durch die Veranschaulichung der Tabakschäden am oralen Befund und gleichzeitigem Angebot von Hilfe. Mit der PZR im Recallsystem steht in der Zahnarztpraxis ein hervorragendes Instrument zur Beeinflussung von Rauchrisiken, des Gesundheitsverhaltens und damit zum Einstieg in die Entwöhnungsberatung zur Verfügung.

Raucher auf dem nicht einfachen Weg zum Rauchstopp zu unterstützen, ist eine sehr befriedigende Arbeit, weil menschlich berührend, intellektuell anspruchsvoll und ethisch auf der Höhe der Werte des Berufsstandes, geht es doch auch um Freiheit, Souveränität und Würde. Qualifizierte Raucherentwöhnungsberatung erfordert aber auch spezifisches Know-how, dass sich erfolgs- und kostenbewusste Zahnärzte gezielt aneignen können.

*Dipl.-Psych. Klaus Weißmann  
Im Hasenöschle 15  
88348 Bad Saulgau  
Klaus.Weissmann@epost.de*

## KZBV

**EuGH-Urteil begrüßt**

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat das jüngste Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) begrüßt, dass ambulante ärztliche Behandlung im Ausland nicht mehr von einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse abhängig gemacht werden darf. „Wir fordern den Gesetzgeber



Foto: dpa

auf, deshalb die Gesundheitssysteme in Europa kompatibel zu machen und dieses Urteil in seinem aktuellen Entwurf zur Strukturreform einzuarbeiten“, forderte Dr. Jürgen Fedderwitz, amtierender Vorsitzender der

Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Budgetierung und Sachleistung passten nicht mehr in das heutige System. Nach dem Urteil könne der Patient mit seinem Zahnarzt im Ausland das bestmögliche an Therapie vereinbaren, die Rechnung müsse im Inland bis auf gewisse Abzüge erstattet werden. „Wir fragen uns, warum einerseits die Kassen das Urteil begrüßen, andererseits starrsinnig am überkommenen Sachleistungssystem festhalten. Wir fordern, das Kosten-

erstattungssystem auch hier in Deutschland einzuführen. Nur so wird die Chancengleichheit gewahrt“, so Dr. Fedderwitz. Unklar bleibe auch, aus welchen 'Töpfen' derartige Auslandsleistungen bezahlt werden. pr/pm

## FDP-Parteitag

**Neuer Schwung**

Mit einem radikaleren Reformprogramm als alle anderen Parteien und neuer Geschlossenheit will die FDP nach Monaten der Krise wieder Profil gewinnen. "Wir wollen den anderen Parteien Feuer unter dem Hintern machen", sagte FDP-Chef Guido Westerwelle zum Abschluss des Parteitags in Bremen. In ihrem Reformkonzept verlangt die FDP einen drastischen Abbau von Steuern, Abgaben, Lohnnebenkosten, Subventionen und Bürokratie. Die Partei will bei der Einkommensteuer einen Stufentarif

von 15, 25 und 35 Prozent einführen, die Subventionen von 55 Milliarden Euro jährlich um 20 Prozent kürzen und die Lohnnebenkosten von 42 auf 35 Prozent verringern. Die FDP fordert tiefe Einschnitte ins Sozialsystem. Das Arbeitslosengeld soll auf zwölf Monate begrenzt, der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige reduziert und der Kündigungsschutz in Firmen mit weniger als 20 Beschäftigten gestrichen werden. pr/dpa

## Kostenerstattung

**Expertengespräch auf Ärzteforum**

Foto: Lopata

„Transparenz im Kosten- und Leistungsgeschehen – Kostenerstattung in der Praxis“ ist Thema einer Podiumsdiskussion auf dem diesjährigen im Rahmen des Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit stattfindenden Deutschen Ärzteforum (25. bis 27. Juni in Berliner ICC). Am 25. Juni wird

der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz (Foto: Vorgespräch mit Tagungsreferenten und Senator a.D. Ulf Fink) ab 14.00 Uhr gemeinsam mit Dr. Thomas (Hartmannbund), Dr. Richter-Reichhelm und Franz Knieps (BMG) zur aktuellen Entwicklung dieser Thematik diskutieren. mn

**Kommentar****Phoenix krabbelt aus der Asche**

Die FDP steckt sich nach dem letzten Parteitag neue Ziele. Nach dem Debakel der letzten Monate weht jetzt ein frischerer Wind. Die FDP'ler haben ein radikaleres Reformprogramm aufgestellt und dem Kanzler gegenüber harsche Töne angeschlagen. Die Aussagen von FDP-Chef Guido Westerwelle, die Partei wolle „die entschiedenste Oppositionskraft gegen einen Chaotkurs in die Katastrophe sein“ und seine Forderung zu einem radikalen Wech-

sel in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik werden gerade von der Zahnärzteschaft genau betrachtet. Was die Belange im Gesundheitswesen betrifft, wird sich die FDP an ihren Versprechen messen lassen müssen, sich nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Ärzte, Zahnärzte und weiteren Heilberufler einzusetzen. Im Fokus stehen dabei Aussagen wie Eigenverantwortung der Patienten, Planungssicherheit für die Ärzte oder Anreize zu mehr Selbstbeteiligung und Kostenerstattung im Gesundheitswesen. Die FDP ist wieder da, Phoenix ist wieder aus der Asche gekrabbelt. Das lässt hoffen. Gabriele Prchala

Verharmlosende AOK-Studie

## **Gezielt gegen den Ärzteschwund**

Der drohende Ärztemangel in den neuen Bundesländern ist nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nicht „mit verharmlosenden Studien“ in den Griff zu bekommen. „Wir brauchen gezielte Maßnahmen gegen die sich abzeichnenden Engpässe und vor allem in großer Zahl Allgemeinmediziner“, so KBV-Vorsitzender Dr. Manfred Richter-Reichhelm, „damit in absehbarer Zeit die Versorgung im Osten nicht zusammenbricht.“ Richter-Reichhelm reagierte auf eine Publikation des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), in welcher festgestellt wurde, die fachärztliche Versorgung sei in den neuen Bundesländern auch in Zukunft von Überversorgung geprägt. Bei den Hausärzten bestünden demnach nur dann Schwierigkeiten, wenn freierwerdende Sitze nicht neu besetzt würden. „Hier liegt aber genau das Problem“, so Richter-Reichhelm weiter. Rund 40 Prozent der Allgemeinmediziner im Osten würden in den nächsten zehn Jahren ihre Zulassung aus Altersgründen zurückgeben müssen. dev/pm

Pilotprojekt Z-PMS

## **Erfolgreich beendet**

Die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZÄKWL) hat ihr Pilotprojekt „Z-PMS“ (zahnärztliches Praxismanagement-System) erfolgreich beendet. Insgesamt nahmen daran mehr als 40 Zahnarztpraxen teil. In einer Abschlussveranstaltung im Zahnärzthehaus Münster am 10. Mai

überreichten der Präsident der ZÄKWL, Dr. Walter Dieckhoff, und das zuständige Vorstandsmitglied, Dr. Gerhardus Kreyenborg, gemeinsam sowohl den Zahnärzten wie auch den zahnärztlichen Mitarbeiterinnen die Teilnahmebescheinigungen. Die Fortbildung besteht aus sieben Modulen, darunter Arbeitssicherheit, Betriebswirtschaft, Recht sowie Patientensicherheit und Umwelt. Sie fand unter wissenschaftlicher Begleitung von Professor Dr. Gerhard F. Riegl (Universität Augsburg) statt. Das Pilotprojekt „Z-PMS“ startete am 15. Februar 2003. An der Vorbereitung waren unter anderem die Bundeszahnärztekammer und der Beirat Qualität beteiligt. Der zweite Durchlauf ist im Herbst geplant. pr/pm

Krankenkassenbeitrag

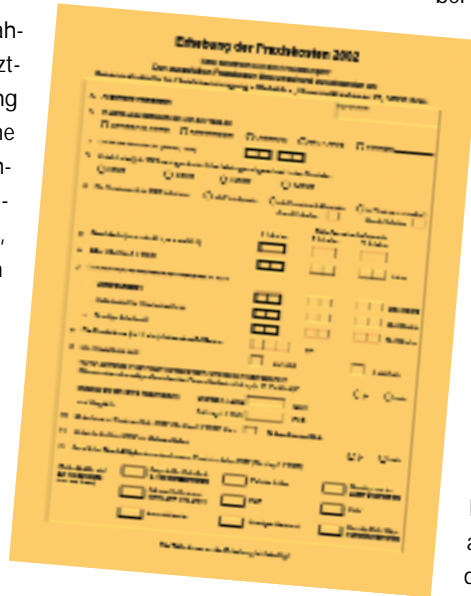
## **Verzicht auf Erhöhungen**

Kassenmitgliedern bleibt möglicherweise in diesem Jahr eine weitere massive Welle von Beitragserhöhungen erspart. Trotz großer Finanznöte wollen viele Kassen auf Erhöhungen verzichten, wenn sich eine realistische Entlastung durch die geplante Gesundheitsreform 2004 abzeichnet. AOK-Chef Hans Jürgen Ahrens geht für 2003 von weitgehend stabilen Kassenbeiträgen aus. Auch die großen Ersatzkassen planen keine Anhebung in 2003. Die Betriebskrankenkassen (BKK) zeigten sich optimistisch, dass eine breite Erhöhungswelle ausbleibt, wenn die Reform kommt und die Konjunktur nicht weiter einbricht. Die Kassen sehen aber kaum Chancen, dass der durchschnittliche Beitrag von heute 14,3 bereits 2004 unter 13 Prozent sinkt. pr/dpa

Aufruf zur Mitarbeit

## KZBV-Kostenstrukturerhebung für das Jahr 2002

Wie in den vergangenen Jahren führt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung auch für das Jahr 2002 eine bundesweite Kostenstrukturerhebung in zahnärztlichen Praxen durch, um zuverlässige Aussagen über die Entwicklung betriebswirtschaftlicher Parameter treffen zu können. Gerade in diesem Jahr wird ersichtlich, wie wichtig eine solide Datengrundlage für die zukünftige Gestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen ist. Dies zeigt sich insbesondere bei der vom Gesetzgeber geforderten Neubeschreibung beziehungsweise Bewertung zahnärztlicher Leistungen sowie der in der Diskussion stehenden Umgestaltung des Zuschussystems in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die KZBV als Gremium der berufsständischen Selbstverwaltung ist auf die Mitarbeit der Zahnärzte angewiesen. Deshalb werden die Zahnärzte nachdrücklich gebeten, ihre Verantwortung wahrzunehmen und den Fragebogen zu beantworten. Die Einkommensdiskussion in der Öffentlichkeit wird immer wieder von veralteten und die wirtschaftliche Situation der Zahnärzte falsch widerspiegelnden Meldungen beeinflusst. Daher ist es unerlässlich, diesen Fehlinformationen hieb- und stichfeste Daten über die tatsächliche Situation entgegenzusetzen. Nach dem dramatischen Einbruch im Bereich Prothetik im Jahr 1998 hat auch das am 1.1.1999 in Kraft



getretene GKV-Solidaritätsstärkungs-Gesetz mit der Einführung einer strikten Budgetierung eine entsprechende Wirkung auf die wirtschaftliche Situation der Zahnärzte gehabt. Hier gilt es, diese Entwicklung gegenüber dem Gesundheitsministerium, den Krankenkassen und der Öffentlichkeit klar zu belegen. Darüber hinaus kommt dem Nachweis der steigenden Praxiskosten besondere Bedeutung zu. Die Ergebnisse der KZBV-Kostenstrukturerhebung liefern wertvolle Informationen für die notwendigen Vertragsgestaltungen in den einzelnen Ländern. Zusätzlich liefern die Ergebnisse der KZBV-Kostenstrukturerhebung wertvolle Informationen für verschiedene Aufgabenstellungen, sei es zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen von Zahnärzten (zum Beispiel die Ermittlung von Verdienstaufschlag im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten) oder zur Erstellung von Daten für Betriebsvergleiche der Zahnarztpraxen.

In die Erhebung einbezogen wurde ein repräsentativer Querschnitt der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte, wobei die Auswahl der Zahnärzte nach dem Zufallsprinzip erfolgte.

Die Erhebungsunterlagen werden in diesen Tagen von der KZBV an die zahnärztlichen Praxen versandt. Die Beteiligung an der Erhebung ist freiwillig, jedoch hängt die Aussagekraft wesentlich davon ab, dass möglichst alle Befragten antworten. Der Vorstand der KZBV bittet daher alle Zahnärzte, die einen Fragebogen erhalten, diesen zu beantworten und ohne Absenderangabe an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Statistik – zurückzuschicken. Die Anonymität der Einzeldaten und die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende Verarbeitung sind gewährleistet. Insbesondere wurden die Namen und die Anschriften der ausgewählten Zahnärzte nicht gespeichert. KZBV

Ulla Schmidt

## Präventionsgesetz angekündigt

Die Bedeutung der Prävention für das Gesundheitswesen betonte Ministerin Ulla Schmidt bei ihrem Besuch des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin. Sie kündigte die Erarbeitung eines Präventionsgesetzes an, in dem „die vielfältigen Ansätze der Prävention auf eine solide Basis gestellt werden“. Die Arbeitsgruppen des Forums legten darüber hinaus ihre Berichte vor, anschließend wurde die Arbeitsplanung für die kommenden

zwölf Monate beschlossen. Die Bundeszahnärztekammer bringt sich in die Arbeitsgruppe „Prävention im Alter“ ein. BZÄK

Modellversuch war erfolgreich

## Patienten sind für die Quittung

Der Modellversuch Patientenquittung war nach Ansicht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Rheinhessen erfolgreicher als alle bisherigen ähnlichen Projekte. „Er hat gezeigt, dass es machbar ist, Bürgern zeitnah eine Aufstellung der ärztlichen Behandlungen und ihrer voraussichtlichen Kosten zukommen zu lassen. Außerdem haben sich deutlich mehr Patienten für eine Quittung interessiert als noch vor Jahren“, so KBV-Vorsitzender Dr. Manfred Richter-Reichhelm. Richter-Reichhelm weiter: „Die Ergebnisse zeigen, dass Quittungen als freiwilliges Angebot der Ärzte an interes-



Foto: MEV

sierte Patienten sinnvoll sind. Sie rechtfertigen jedoch nicht, die Quittung als Zwangsleistung einzuführen. Das hieße, mit Kanonen auf Spatzen zu schießen. Dafür war die Beteiligung der Patienten mit durchschnittlich 15 Prozent eindeutig zu niedrig.“ Diese sei von anfangs 22 auf acht Prozent zum Schluss gesunken. Es sei nicht damit zu rechnen, dass sich mittel- und langfristig mehr Menschen für die Quittung interessieren als am Ende des Modellversuchs. dev/pm

Bayern

## Ärztetheater ist wieder on Tour

Das Bayerische Ärztetheater geht Anfang Juni wieder auf Tournee und feiert obendrein sein 35-jähriges Bestehen. Im Mittelpunkt des klassischen Konzerts steht in diesem Jahr Anton Bruckner. Vom 2. bis 4. Juni sind



Foto: CC

drei Termine – alle im Raum Bayern – geplant: Start ist der 2. Juni in Schweinfurt (Kirche St. Kilian), am 3. Juni spielt das Ensemble dann in Bamberg (Sinfonie an der Regnitz) und am 4. Juni in München (Herkulesaal). Beginn ist 20 Uhr, in Schweinfurt 19.30 Uhr. Karten gibt es bei allen örtlichen Vorverkaufsstellen und an der Abendkasse. Weitere Infos zu den Konzerten und den bereits erschienenen CDs gibt es bei Dr. Franz Scheder, Wielandstr. 23, 90419 Nürnberg, E-Mail: FranzAnton@t-online.de ck/pm

Verbindungsausschuss zur EU

## Neue Kraft mit neuer Satzung

Mit Verabschiedung einer neuen Satzung auf seiner letzten Tagung in Linz/Österreich öffnete der zahnärztliche Verbindungsausschuss zur EU neue Wege, um in der europäischen Interessensvertretung für die Zahnärzte-

schaft künftig noch aktiver zu werden. „Damit ist – insbesondere dank des Engagements aus Österreich, den Niederlanden und Deutschland – eine intensivere Interessensvertretung des Berufsstandes auf EU-Ebene ein großes Stück vorangetrieben worden“, erklärte Dr. Wolfgang Sprekels, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. Die neue Satzung sieht vor, dass der Verband mit juristischen Kompetenzen ausgestattet ist. Künftig wird es einen starken Vorstand mit Ressortkompetenzverteilung geben. Unter der neuen Bezeichnung „EU DLC Dental Liaison Committee“ wird der Verbindungsausschuss, der vom Brüsseler Büro der BZÄK erheblich unterstützt wird, aktive Lobbyarbeit bei den europäischen Institutionen betreiben. Im Hinblick auf die kommende EU-Ost-Erweiterung wird die Rolle des EU DLC noch weiter wachsen. pr

Gefahrstoffe am Arbeitsplatz

## Info-Kampagne der EU

Mit einer groß angelegten Informationskampagne will die Europäische Union auf die Risiken beim Umgang mit Gefahrstoffen am Arbeitsplatz aufmerksam machen. Im Mittelpunkt der Kampagne steht eine „Europäische Woche für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ im Oktober. Hauptproblem seien nicht fehlende Rechtsvorschriften, sondern vor allem ihre Umsetzung in kleineren und mittleren Unternehmen, so die EU. Als Hochrisikobranchen gelten unter anderem das Baugewerbe, die Landwirtschaft, die Druckindustrie, Reinigungsbetriebe und das Gesundheitswesen. pr/dpa

*Landeszahnärztekammer Thüringen*

## Fortbildungs-Akademie eröffnet

Die berufliche Fortbildung von Zahnärzten in Thüringen wird weiter verbessert. Die Landes-zahnärztekammer Thüringen eröffnete in Erfurt eine eigene Fortbildungs-Akademie. Sie bietet ein umfassendes Programm an Kursen, Seminaren und Workshops zu allen Bereichen der praktischen Zahnmedizin. Neben Zahnärzten kann sich hier auch das Praxispersonal regelmäßig weiterbilden.

Dr. Lothar Bergholz, Präsident der Landes-zahnärztekammer, würdigte anlässlich der Akademie-Eröffnung die Bemühungen der Thüringer Zahnärzte um eine angemessene Fort- und Weiterbildung. „Fortbildung gehört zu den selbstverständlichen Pflichten unseres Berufsstandes, dazu



bedarf es keines Zwanges“, erklärte er mit Blick auf aktuelle Forderungen aus der Politik. Die Zahl der Fortbildungskurse für Zahnmediziner und Zahnarzhelferinnen in Thüringen hat sich seit Gründung der Landes-zahnärztekammer 1992 mehr als verdreifacht. Im vergangenen Jahr nutzten etwa 1 400 Teilnehmer die 100 von der Kammer organisierten Weiterbildungen. In Thüringen sind derzeit etwa 2 100 Zahnärzte in Praxen, Kliniken und im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig. Die Fortbildungs-Akademie „Adolph Witzel“ hat ihren Sitz in der Geschäftsstelle der Landes-zahnärztekammer in Erfurt, Barbarosshof 16. Benannt

ist die Einrichtung nach dem in Bad Langensalza geborenen Zahnarzt Adolph Witzel (1847-1906), der 1893 in Jena eines der ersten Institute zur universitären Ausbildung von Zahnärzten deutschlandweit gründete und dem Fachgebiet damit zur Anerkennung als eigenständige Disziplin innerhalb der Medizin verhalf. sp/pm

*Organspenden*

## Stiftung bringt Info-Heft heraus

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) stellt in ihrem neuen Image-Heft „Organspende – eine gemeinsame Aufgabe“ ihr Projekt vor. „Mit der neuen Broschüre wollen wir unsere komplexe Arbeit der Öffentlichkeit verständlich und transparent machen“, erklärte Prof. Dr. Martin Molzahn, Vorstand der DSO. Die Broschüre richtet sich sowohl an Laien als auch an Ärzte und Journalisten. Die nun fast drei Jahre bundesweit tätige Koordinierungsstelle will den Einsatz für die Organspende in Politik und Gesundheitswesen stärken. Erhältlich ist die Broschüre bei der DSO, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Emil von Behring-Passage, 63263 Neu-Isenburg, per E-Mail: presse@dso.de und im Internet unter www.dso.de. Weitere Infos zum Thema Organspende gibt's gebührenfrei beim „Infotelefon Organspende“, einer Einrichtung der DSO und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

Telefon: 800-90 40 400. ck/pm

*Alkoholkrankheiten*

## Teurer Suff

Durch Alkohol-Krankheiten und daraus resultierende vorzeitige Todesfälle entstehen in Deutschland pro Jahr Kosten im Wert



Foto: MEV

von 20 Milliarden Euro. Insgesamt 42 000 Menschen sterben jährlich an den Folgen ihres Alkoholkonsums, meldete die Freie Universität (FU) Berlin. Der volkswirtschaftliche Schaden durch vorzeitigen Tod betrage dabei zwölf Milliarden Euro. Die Aufwendungen für Behandlung und Betreuung von Alkoholikern betragen knapp acht Milliarden Euro. ck/dpa

*Die BZÄK meldet*

## Achtung bei Kurzwelle

Nach einer Meldung im Journal der irischen Dental-Association kann unter bestimmten Umständen die Anwendung einer Kurz- oder Mikrowellentherapie zu einer ernsthaften Gesundheitsgefährdung für Patienten führen, die Implantate mit elektrischen Leitungen im Körper tragen. Es wird berichtet, dass ein Patient mit einem so genannten „deep brain stimulator (DBS)“ nach Anwendung einer Kurzwellentherapie bei einem Zahnarzt verstorben ist. Die Gefahr geht dem

englischen Bericht zu Folge nicht von dem eigentlichen Implantat aus, sondern von metallischen Leitungen. Insofern ist es auch ohne Bedeutung, ob das Implantat angeschaltet ist oder nicht. Dabei handelt es sich

nicht um Dentalimplantate. Auch Leitungen, die keine Verbindungen mehr zu einem Implantat haben sollten, sind mögliche Gefahrenherde. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass wohl in einigen Fällen Leitungen

beim Entfernen von nicht mehr erforderlichen Implantaten im Körper belassen werden, um so den Eingriff nicht unnötig auszuweiten. Die Gefahr, die von solchen Leitungen ausgehen kann, besteht hierbei in einer starken Erwärmung der Leitung und der unmittelbaren Umgebungs-gewebe. Aus den genannten Gründen ist bis zur endgültigen Abklärung des Sachverhaltes dringend anzuraten, vor Einsatz einer Kurz- oder Mikrowellentherapie eine entsprechende Befragung des Patienten durchzuführen. Hierbei ist nach vorhandenen und auch nach entfernten Implantaten zu fragen, die metallische Leitungen beinhalten könnten. Sind bei einem Patienten solche Implantate zwischenzeitlich entfernt worden, ist aus den oben genannten Gründen absolut sicherzustellen, dass auch die Leitungen entfernt wurden.

Die zm werden über neue Erkenntnisse in dieser Angelegenheit berichten. BZÄK

Zahnbürste**Für Amerikaner beste Erfindung**

Sowohl für die erwachsene Bevölkerung als auch für Teenager in den USA ist die Zahnbürste die Erfindung Nummer eins, ohne die sie nicht leben könnten. Bei den Auswahlmöglichkeiten Zahnbürste, PC, Mobiltelefon,



Foto: Corbis

Auto und Mikrowelle fiel bei mehr als einem Drittel der befragten Jugendlichen die Wahl auf die Zahnbürste, bei den Erwachsenen waren es 42 Prozent.

Berufsrisiko für Dentalhygieniker**Karpaltunnelsyndrom ist häufig**

Im Rahmen ihrer Tätigkeit unterliegen die in den Vereinigten Staaten und in Europa weit verbreiteten Dentalhygieniker einem höheren Risiko für Schmerzen oder Durchblutungsstörungen im Bereich der Hände, insbesondere auch für das Medianuskompensationssyndrom. Die Teilnehmer einer Fortbildungsveranstaltung für Dentalhygieniker in Iowa wurden auf Symptome des Karpaltunnelsyndroms und andere Störungen im Muskel-Skelett-System der Hände untersucht. Im Rahmen eines Fragebogens wurden 95 Hygienikerinnen nach Problemen im Bereich der Hände be-

fragt. Zudem wurde im Bereich der Handwurzelknochen eine Messung der Nervenleitungsgeschwindigkeit durchgeführt. 93 Prozent der befragten zeigten mindestens ein Anzeichen von Störungen im Bereich der Hände. Bei 42 Prozent wurden Symptome des Karpaltunnelsyndroms festgestellt, die exakte Diagnose unter Zuhilfenahme der Elektroneurographie wurde jedoch nur bei 8,4 Prozent der Dentalhygieniker gestellt. Das Alter, der BMI (Body Mass Index) und die Anzahl der täglich behandelten Patienten stellten Risikofaktoren für das Auftreten dieser Symptomatik dar.

Autos kamen im Ranking auf Platz zwei. Sie wurden von 31 Prozent der Jugendlichen und 37 Prozent der Erwachsenen als die wichtigste Erfindung genannt. Diese Ergebnisse gehen aus dem 2003 Lemelson-MIT-Invention-Index-Survey ([http:// web.mit.edu/invent](http://web.mit.edu/invent)) hervor. Unterschiedlich beurteilten die 400 befragten Jugendlichen und 1042 interviewten Erwachsenen die verbleibenden Auswahlmöglichkeiten PC, Mobiltelefon und Mikrowelle. Erwachsene hielten alle drei Möglichkeiten mit je sechs Prozent für gleich wichtige Erfindungen. Jugendliche

reihen Computer mit 16 Prozent an die dritte, Mobiltelefone mit zehn Prozent an die vierte und die Mikrowelle mit sieben Prozent an die letzte Stelle. sp/pte

Dt. Ges. für Parodontologie**Urkunde der ARPA-Stiftung überreicht**

Foto: Bengel

Am 4. April 2003 wurde die ARPA-Wissenschafts-Stiftung gegründet. Der Name der Stiftung nimmt Bezug auf die „Arbeitsgemeinschaft für Parodontose-Forschung“, aus der die heutige DGP hervorging und die im kommenden Jahr 80 Jahre alt wird. Damit beschreitet die DGP als Stiftungsgeber neue Wege in der zahnärztlichen Wissenschaftsförderung der Bundesrepublik Deutschland. Als erste zahnärztliche wissenschaftliche Fachgesellschaft richtete die DGP eine Stiftung ein, deren Ziel es ist, die Forschung auf dem Gebiet der Zahnheilkunde, insbesondere der Parodontologie, zu fördern. In einer würdigen Feierstunde im Sitzungssaal der Regierung der Oberpfalz wurde dem derzeitigen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGP), Prof. Thomas Hoffmann, die Stiftungsurkunde vom Regierungspräsidenten der Regierung der Oberpfalz, Dr. Wilhelm Weidinger, überreicht. Die Geschicke der Stiftung werden von einem Vorstand und einem Beirat geleitet. Dem Vorstand gehören neben Prof. Dr. J. Meyle, als Stiftungspräsident, Dr. H.-G. von der Ohe und RA Kummer an. Der Beirat setzt sich derzeit aus Mitgliedern des DGP-

Vorstandes zusammen. Vor Vertretern aus Hochschule und Wissenschaft, Industrie und Verlagswesen beleuchteten Prof. Dr. Jörg Meyle, Giessen, und Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden, in ihren Ansprachen den Weg zur Stiftungsgründung. Angesprochen, als Stifter aktiv zu werden, sind nicht nur Firmen, sondern durchaus auch Privatleute. sp/WB

Kopfball**Retinablutung bei direktem Kontakt**

Fußball birgt eine große Verletzungsgefahr, denn Augenverletzungen sind nicht selten. Möglicherweise entstehen Netzhautblutungen bei Jugendlichen auch ohne direktes Anpralltrauma. Ein Kopfball führt zu kranialen Beschleunigungskräften, die, auf den Glaskörper übertragen, zu Zug-beziehungsweise Scherwirkungen an den Verbindungen zwischen Glaskörper und Retina führen. Dementsprechend wurden in einer Studie 21 13- bis 16-jährige aktive männliche und weibliche Fußballspieler eingeschlossen, die ihre Kopfballaktivität tagebuchgerecht registrieren sollten. Die anschließende augenärztliche Untersuchung wurde mit einer Kontrollgruppe aus 30 Adoleszenten verglichen. Kein Jugendlicher zeigte retinale Blutungen. Des Weiteren wurden in einer biomechanischen Studie bei sieben Jugendlichen die kranialen Beschleunigungen während eines Kopfballs quantifiziert. Auch hier kam es zu keinem Schaden an Auge und Gehirn. sp/pd



Foto: MEV/zm

Völlig irre

## Schizophrenie im Sony-Center

Wer verrückt ist, so lehrt uns ein deutscher Schlager, der muss nach Berlin, denn da gehört er hin. Stimmt genau. Am vergangenen Wochenende stand das Sony-Center am Potsdamer Platz nämlich ganz im Zeichen psychischer Erkrankungen. „In Berlin steppt der Bär für psychisch kranke Menschen“ lautete das Motto der „verrückten Nacht“. Mit Filmen, Vorträgen und Diskussionen wollten die Veranstalter – der Verein „Irrsinnig menschlich“ – die Schizophrenie aus der Tabu-Ecke holen.

Politiker, Schauspieler, Betroffene und Ärzte wollten ein vorurteilsfreies Bild der Krankheit vermitteln. Hierzu gehörte auch, dass die Besucher plötzlich „grüne Männchen sehen“ oder „Stimmen hören“ sollten – Schizophrenie zum Anfassen, sozusagen.

Den Veranstaltern zufolge nimmt die Zahl psychischer Erkrankungen in Deutschland „alarmierend“ zu. Im vorvergangenen Jahr ließen sich rund acht Prozent aller Beschäftigten wegen psychischer Probleme krankschreiben. In Berlin müsste der Anteil – gemäß Schlagertext – doch mindestens bei 99 Prozent liegen, oder? dev

## Aufgeschnappt und angespitzt

■ *Es ist zum verrückt werden: Während ein rühriger Berliner Verein für mehr Verständnis bei psychischen Krankheiten wirbt, sorgt die Tabaksteuer für eine geradezu schizophrene Situation bei einem hauptstädtischen Zigaretten-Fabrikanten. Denn was die Bevölkerung eigentlich nur gesünder machen soll, macht sie gleichzeitig auch arbeitslos.*



Foto: MEV

Letzte Zigarette

## Ausgequalmt

Wenn die Tabaksteuer steigt, wird Florian Gerster wohl bald der Kopf rauchen. Denn weniger Zigarettenqualm bedeutet auch weniger Jobs in der Tabakindustrie – also mehr Kunden fürs Arbeitsamt.



Foto: CC

Kippen-Fabrikant Philip Morris hat jetzt damit gedroht, in seinem Berliner Werk die Produktion zu reduzieren und Arbeitsplätze abzubauen, „falls die Bundesregierung bei ihren Plänen für eine höhere Tabaksteuer bleibt“. Zurzeit produzieren die rund 1100 Angestellten hier jährlich 63 Milliarden Zigaretten. Philip Morris rechnet damit, dass durch die Steuererhöhung der Umsatz um rund 20 Prozent zurückgehen wird.

Vielleicht sollte der Tabak-Multi mal darüber nachdenken, ob er zur Rettung des Berliner Standorts seine Produktion nicht umstellen und den Bedürfnissen der Bundesregierung anpassen will – statt blauem Dunst gäb's dann heißen Dampf. dev

Mikrozensus 2002

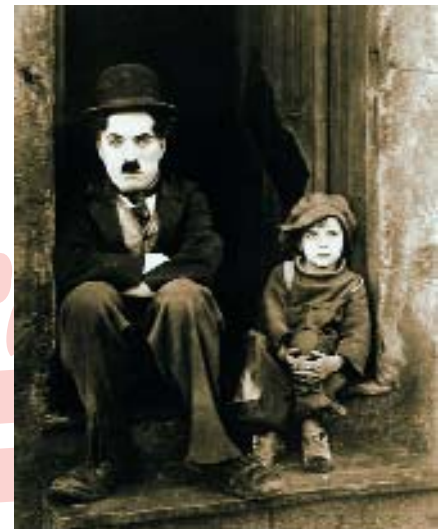
## Wessis sind ärmer als Ossis

Jedes dritte Berliner Kind unter drei Jahren lebt in Armut. Das ist eine aktuelle Zahl aus dem „Mikrozensus 2002“, an dem 18 000 Berliner Haushalte teilgenommen haben. Und genau so

erschreckend klingen auch die übrigen Ergebnisse.

Fast 16 Prozent der Hauptstadt-Bevölkerung müssen mit weniger als 606 Euro im Monat auskommen – demnach lebt jeder siebte Berliner unterhalb der Armutsgrenze. Westberliner

sind dabei stärker betroffen als Ostberliner.



Ebenfalls auffällig: Die Zahl der Reichen in Berlin nimmt stetig zu, das soziale Gefälle wächst. Mehr als fünf Prozent der Berliner Bevölkerung verfügen über mindestens 2 426 Euro im Monat und gelten damit als wohlhabend. dev



Bema-Neurelationierung

## Beschluss kommt Anfang Juni

**Am 14. Mai 2003 fand die mit Spannung erwartete Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses statt, zu der die vom Gesetzgeber bestimmte Neubeschreibung des Bewertungsmaßstabes (Bema) beschlossen werden sollte. Das Ergebnis: Man ist der Sache ein großes Stück näher gekommen. Doch es wird noch weiter getagt. Am 3. und 4. Juni soll es einen endgültigen Beschluss geben.**

Nach der Sitzung konnten Zahnärzte und Krankenkassen unter Einbindung der unparteiischen Mitglieder im Erweiterten Bewertungsausschuss eine weitgehende Annäherung bisher noch strittiger Positionen über die Leistungsbereiche und Bewertungen des neuen Bema erzielen. In den restlichen Bereichen, in denen noch Dissens herrscht, wird man zu entsprechenden Beschlüssen kommen.

Zur Erinnerung: Der Gesetzgeber hatte in der Reform von 2000 den Auftrag erteilt (§87 2d SGB V), dass die zahnärztlichen Leistungen entsprechend einer ursachengerechten, Zahnschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der Arbeitszeit gleichgewichtig zwischen den Leistungsbereichen Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten sind. Seitdem sind Zahnärzte und Krankenkassen in einer beispiellosen Tour de Force damit beschäftigt, den gesamten Bema mit seinen rund 200 Positionen entsprechend diesem gesetzlichen Auftrag umzurelationieren. Dabei spielen beide arbeitswissenschaftlichen Studien, die IHF-Studie der Krankenkassen und die BAZ-II-Studie des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ), eine wichtige Rolle. Der Erweiterte Bewertungsausschuss und der Bundesausschuss waren in monatelangen Sitzungen damit beschäftigt, die Kriterien für die Leistungsbeschreibungen festzulegen beziehungsweise die Richtlinien dazu zu erarbeiten.

Für die KZBV stand von vornherein fest, dass unter dem strikten Budget für begrenzte Finanzmittel kein Mehr an Leistungen möglich ist. Die Kassen waren an neuen Leistungen für die Versicherten interessiert, hingegen sollte der bestehende finanzielle Rahmen nicht gesprengt werden.

Am 14. Mai reichte die KZBV im Erweiterten Bewertungsausschuss zunächst einen Antrag ein, der die so genannte „große Lösung“ umfasste: Beantragt wurde eine Änderung sämtlicher zahnärztlicher Leistungsbeschreibungen, die gemeinsam mit der zahnärztlichen Wissenschaft als präventi-



Foto: Lopata

*Prof. Dr. Günther Neubauer, Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses, möchte Anfang Juni zusammen mit den weiteren Ausschussmitgliedern die Bema-Neurelationierung zum endgültigen Abschluss bringen.*

onsorientierte Zahnheilkunde erarbeitet und im erweiterten Bewertungsausschuss abgestimmt wurde. Dabei war allen Beteiligten klar, dass dies im System der GKV nicht finanzierbar sein würde. Der Erweiterte Bewertungsausschuss lehnte diesen

### zm-Info

Die zm werden ausführlich über die Ergebnisse berichten und die Kollegenschaft über die Auswirkungen des neuen Bema informieren.

Antrag ab. Damit ist dokumentiert, dass unter gesetzlichen Rahmenbedingungen eine präventionsorientierte Zahnheilkunde im Sinne der Patienten nicht machbar ist. In einem zweiten Schritt reichte die KZBV einen Antrag ein, in dem der nach den Studien umrelationierte Bema grundsätzlich belassen, aber durch einige neue Positionen in seinem Präventionsansatz verstärkt wird. Dabei hatte man durch geringfügige Leistungsausgrenzungen in einigen Bereichen ein wenig Einsparpotential freigeschaufelt, um diese Positionen finanzieren zu können. Das Ganze geschah im Hinblick auf die im Ausschuss festgelegte Verhandlungsmaxime der Punkt- und Zeitsummenneutralität.

Der Antrag der Krankenkassen stützte sich in seinen Leistungsbeschreibungen deutlich auf die Ergebnisse, die bereits sukzessive in der Ausschussarbeit beschlossen waren. Dieser Antrag hätte nach Einschätzung der KZBV zu einer Verletzung des vereinbarten Grundsatzes der Punkt- und Zeitsummenneutralität geführt. Das hätte bedeutet, dass Zahnärzte mehr Leistung zu gleichem Preis hätten erbringen müssen.

### Anträge abgelehnt

Demzufolge wurden beide Anträge im Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner Sitzung vom 14. Mai von den Unparteiischen abgelehnt. Also wurde die Sacharbeit in den Arbeitsgruppen fortgesetzt. In den weiteren Verhandlungen hat man bereits in großen Teilen Einigung erzielt. Absehbar ist, dass es in den Bereichen Zahnersatz und Kieferorthopädie teilweise größere Absenkungen geben und dass es in den Bereichen Konservierende Zahnheilkunde und Chirurgie zu teilweise größeren Aufwertungen kommen wird. Offen ist die Frage der so genannten Frequenzrisiken, also der Leistungen, die in Zukunft in Folge der weiteren Präventionsorientierung verstärkt nachgefragt werden könnten.

Bei der gemeinsamen Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses und des Bundesausschusses am 3. und 4. Juni 2003 soll ein endgültiger Beschluss gefasst werden.

pr

Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz

## Viele Punkte für eine Reform

**Der Zeitpunkt hätte kaum besser gewählt sein können: Wenige Tage vor Beginn des 106. Deutschen Ärztetags in Köln wurde das Entwurfspapier zum Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz (GMG) vom Bundesgesundheitsministerium öffentlich gemacht. Die Kritik an dem Reformkonzept war mehr als deutlich; von ärztlicher Seite wurde es durch die Bank abgelehnt. Papier, das wurde klar, ist ungleich geduldiger als Mediziner.**

Große Ziele hat das Ministerium mit seinem Gesetzesentwurf angepeilt. Direkt zu Beginn des Papiers werden die Vorstellungen auf den Punkt gebracht – genauer gesagt: auf vier Punkte.

■ Die „Qualität der Gesundheitsversorgung“ soll nachdrücklich und dauerhaft verbessert und die „Effizienz des Mitteleinsatzes“ erhöht werden. Hierzu soll ein „qualitätsorientierter Wettbewerb“ etabliert werden – sowohl unter den Krankenkassen als auch „zwischen den Leistungserbringern“.

■ Medizinisch notwendige Leistungen sollen dauerhaft gesichert werden. Die „Errungenschaften unseres solidarischen Gesundheitssystems“ sollen erhalten bleiben. Die Bevölkerung soll, so das Papier, nicht fürchten, „Krankheit werde sie finanziell ruinieren“.

■ Was die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung betrifft, so wird eine nachhaltige Neuordnung angestrebt. Lohnzusatzkosten und Beitragssätze sollen deutlich gesenkt werden.

■ Patientensouveränität und -rechte sollen gestärkt und die „Entscheidungsfreiheiten der Versicherten“ ausgeweitet werden. „Qualität“, „Wirtschaftlichkeit“ und „Produktivität“ sind die zentralen Begriffe im GMG-Entwurf. Was genau sich das Gesundheitsministerium hierunter vorstellt, wird schnell klar, wenn man einen Blick auf die wesentlichen Regelungen und Maßnahmen wirft.

Ein zentrales Element des GMG ist die Errichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“.

Mit der Absicht, eine „Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung“ zu erzielen, soll dieses „Zentrum“ errichtet werden. Patienten, Krankenkassen und Ärzte sollen hier mitwirken, um medizinischen Nutzen

und Qualität von Leistungen zu bewerten, Empfehlungen für eine Fortschreibung des GKV-Leistungskatalogs erarbeiten, Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln vornehmen und auch Leitlinien und Pflege-Standards bei bestimmten Krankheitsbildern entwickeln.



Außerdem sieht der ministeriale Entwurf vor, dass das „Zentrum“ einerseits zur Patienteninformation und andererseits zur „Implementierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Versorgung“ beiträgt. Hierzu zähle auch, dass „Empfehlungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen“ festgelegt würden.

„Ärzte werden zur Fortbildung verpflichtet“, heißt es im Folgenden. „Sie müssen künftig regelmäßig nachweisen, dass sie ihre Fortbildungspflicht erfüllt haben.“

Um die „Qualitätssicherung in Praxen und Kassenärztlichen Vereinigungen“ zu verbessern, soll ein „internes Qualitätsmanage-

ment“ eingeführt werden, über welches Rechenschaftsberichte vorgelegt werden müssen. Auch soll die Arzneimittelsicherheit „weiter vergrößert“ werden. In diesem Zusammenhang erwähnt der GMG-Entwurf die Einführung von elektronischem Rezept, elektronischer Gesundheitskarte und elektronischer Patientenakte als „zentrale Elemente“.

Die Teilung des Sicherstellungsauftrages ist wesentlicher Punkt bei den Vorstellungen des Ministeriums zur „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“. Kollektivverträge sollen künftig nur für die hausärztliche und kinderärztliche Versorgung gelten sowie für die von Augenärzten und Gynäkologen erbrachten Leistungen. Es sei dann Aufgabe der Krankenkassen, „Versorgungslücken zu schließen“.

Mit Ausnahme der Augenärzte und Gynäkologen würden Fachärzte in Zukunft keine kassenärztlichen Zulassungen mehr erhalten, sondern Einzelverträge mit den Krankenkassen schließen. Der Inhalt dieser Verträge wird, so der GMG-Entwurf, „soweit wie möglich den Vertragspartnern überlassen“. Es soll lediglich ein „gesetzlicher Mindestrahmen“ vorgegeben werden, der sich auf Qualifikation, Leistungskatalog und Arzneimittelversorgung bezieht. Auch das „Aushandeln der Vergütung“ sei „Sache der Vertragspartner“.

### Pflichten und Regeln

Die Öffnung der Krankenhäuser für bestimmte ambulante Leistungen ist im GMG ebenso vorgesehen wie die Einrichtung von Gesundheitszentren, welche niedergelassenen Arztpraxen gleichgestellt sein sollen. Außerdem wären Krankenkassen künftig verpflichtet, ihren Versicherten die „Teilnahme an einem Hausarztssystem“ zu ermöglichen; die Teilnahme sei zwar freiwillig, würde aber durch Zuzahlungs-Ermäßigungen bei Arzneimitteln belohnt.

Generell sieht der GMG-Entwurf vor, die integrierte Versorgung weiter zu entwickeln. Ärzte und Kassen sollen autonom Verträge abschließen können – ohne dabei von Rahmenbedingungen beeinflusst zu werden. Ausdrücklich wird auch den Kassen die Mög-

Foto: Ingram

lichkeit eingeräumt, „Eigeneinrichtungen zur integrierten Versorgung“ zu gründen. „Komplexgebühren“ und „Fallpauschalen“ lauten die Rezepte des Bundesgesundheitsministeriums zur „Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems“. In Hausarztssystemen sollen „Pauschalvergütungen“ gelten, bei „kooperativen Versorgungsformen“ Vergütungsanreize gesetzt werden. Die Krankenkassen will das GMG „stärker in die Verantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung“ einbinden und die „Effizienz der Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ wirksamer gestalten.

## KVen zusammenlegen

„Hauptamtliche Strukturen“ fordert der GMG-Entwurf in Bezug auf die Kassenärztlichen Vereinigungen: „Modernisierte“ und „professionalisierte“ Arbeitsweisen, eine Zusammenlegung kleinerer KVen zu größeren Einheiten und eine Stärkung der Hausärzte „in ihrer Repräsentanz“. Bis zur Neuregelung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2007 sollen „Organisationsprivilegien für bestimmte Kassenarten“ ausgesetzt oder abgeschafft werden, um die Wettbewerbsbedingungen der Kassen „weiter anzugleichen“. Ab 2007 sollen außerdem Fusionen auch „kassenartenübergreifend“ möglich sein.

Einen großen Anteil am GMG-Entwurf hat die „Stärkung der Patientensouveränität“. So sollen Patientenverbände künftig „in alle relevanten kollektiven Entscheidungsprozesse“ eingebunden werden, Beteiligungs- und Anhörungsrechte in den entsprechenden Gremien erhalten, im „Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin“ mitwirken und an Rahmenempfehlungen für den Rehabilitations- und Pflegebereich mitarbeiten.

Auch die Förderung der Prävention wird vom Bundesgesundheitsministerium in den Bereich „Patientensouveränität“ gefasst. Hierbei werden insbesondere die Krankenkassen in die Pflicht genommen: Sie sollen stärker untereinander kooperieren, einen Teil ihrer Präventionsmittel in gemeinsame Projekte investieren oder das entsprechende

Geld in einen „Gemeinschaftsfonds für Prävention und Gesundheitsförderung“ einbringen. Ausdrücklich werden auch „kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds für die Förderung der Selbsthilfe“ gefordert. Und: Ein eigenes Präventionsgesetz wird zumindest angekündigt.

Zur „Neuordnung der Finanzierung“ werden im GMG-Entwurf mehrere Punkte angesprochen.



*Im Kreuzfeuer der ärztlichen Kritik: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und ihr Reform-Gesetz.*

■ **Versicherungsfremde Leistungen** wie Mutterschafts- und Entbindungsgeld, Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch sollen künftig aus Steuermitteln finanziert werden. Künstliche Befruchtung und Sterilisation sind dann von den Versicherten selbst zu finanzieren.

■ Das **Krankengeld** soll künftig allein durch die Versicherten finanziert und durch die GKV solidarisch abgesichert werden.

■ Nicht verschreibungspflichtige **Arzneimittel** werden grundsätzlich aus der GKV herausgenommen.

■ **Renteneinkünfte** werden bei GKV-Versicherten künftig mit dem vollen Beitragssatz belegt.

■ **Brillen und andere Sehhilfen** werden nur noch bis zum 18. Lebensjahr und bei schweren Sehbehinderungen durch die GKV finanziert.

Was hierbei gespart wird, muss von den Krankenkassen mindestens zur Hälfte in Form von Beitragssenkungen umgesetzt werden.

Auch bei Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten dreht der GMG-Entwurf ein we-

nig an den Finanzschrauben. Der Eigenanteil bei Arzneimitteln soll je nach Packungsgröße und Patienteneinkommen gestaffelt werden. Für Patienten, die ohne Überweisung ihres Hausarztes einen Facharzt konsultieren, wird eine Praxisgebühr von 15 Euro je Quartal fällig. Die Zuzahlung im Krankenhaus wird auf zwölf Euro je Tag angehoben. Last but not least: Das GMG sieht die Einführung von therapiebezogenen Festzuschüssen bei Zahnersatz vor (siehe auch Leitartikel auf Seite 4).

Die Reaktionen der ärztlichen Selbstverwaltung und Verbände auf den Gesetzesentwurf waren von Skepsis, Kritik und Ablehnung geprägt. Als einen „Leitfaden für den direkten Weg in die Staatsmedizin“ bezeichnete Dr. Hans-Jürgen Thomas, Vorsitzender des Hartmannbundes, die Schmidtschen Reformvorschläge. Eine weiter zunehmende Bürokratisierung und die zunehmende Beschneidung der Freiräume für Ärzte und Patienten würden unausweichlich zu einer Verschlechterung der notwendigen qualitätsorientierten Versorgung führen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kündigte massiven Widerstand gegen das GMG an. KBV-Vorsitzender Dr. Manfred Richter-Reichhelm betonte, dass alle zur Verfügung stehenden Mittel ausgeschöpft würden, um die Unterhöhnung der freien Arztwahl zu verhindern. „Die Pläne der Regierung laufen darauf hinaus, dass wir künftig in einem Krankenkassen-Staat leben“, so Richter-Reichhelm.

Der NAV-Virchow-Bund hat erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken in Bezug auf die im GMG-Entwurf genannte partielle Aufhebung von Kollektivverträgen zwischen KVen und Krankenkassen. Auch sei hierdurch die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet.

Und der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, macht klar, dass im Reformgesetz trotz „Qualitätszentrum“ und Zwangsfortbildung keine Reform zu erkennen sei: „An den grundlegenden, nicht mehr zeitgemäßen Strukturen eines vorgeblich solidarischen Sozialsystems, das auf ein stetes Wachstum von Wirtschaft und Bevölkerung baut, ändert sich nichts.“

dev

**Zahnärzte engagieren sich fortwährend im sozialen Bereich. Im Folgenden haben die zm eine kleine Auswahl an Hilfsaktionen auf regionaler Ebene zusammengestellt.**

ZÄK Sachsen-Anhalt

## Tombola: Geld an Behinderte

Der Präsident der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, Dr. Frank Dreihaupt (u. r.), hat am 23. April dem Behindertenheim Pro Civitate in Jeßnitz eine Spende in Höhe von 2 600 Euro überreicht. Das Geld ist der Erlös der diesjährigen Wohltätigkeits-Tombola, die zum vierten Mal beim Ball der Zahnärzte Sachsen-Anhalts am 1. Februar in Magdeburg veranstaltet wurde. Das Heim, in dem rund einhundert geistig, körperlich, seelisch und mehrfach behinderte Menschen ein neues Zuhause gefunden haben, möchte sich mit den Spendengeldern des Zahnärztetages einen Außenrollstuhl anschaffen,



Foto: Fiedler

damit auch gehunfähige Bewohner ins Freie können. Im vergangenen Sommer war die Einrichtung durch das Hochwasser der Mulde stark in Mitleidenschaft gezogen worden: Alle Bewohner mussten Hals über Kopf evakuiert werden. Im Zuge der Sanierungsarbeiten sollen die Räumlichkeiten nun umgestaltet werden und unter anderem ein großzügiger Therapiebereich mit Therapieküche und -wäscherei sowie Fitness- und Aktivräumen entstehen. ck/pm

zm 93, Nr. 11, 1. 6. 2003, (1360)

Dortmunder Zahnärzte

## Gold sammeln – Kindern helfen



Foto: Dortmunder Zahnärzte

Zum zweiten Mal rufen die Dortmunder Zahnärzte zu einer Altgold-Sammelaktion auf. Der Erlös des Goldes soll an die Frühförderstelle der Lebenshilfe Dortmund gehen. Das soziale Projekt fördert seit zehn Jahren verhaltensauffällige und aufgrund von Behinderungen in ihrer Entwicklung beeinträchtigte Kinder.

Bezirk Olpe/Siegen-Wittgenstein

## 96 200 Euro aus Altgold-Aktion

Altgold im Wert von 96 200 Euro haben die rund 70 Zahnärzte der Bezirksstelle Olpe/Siegen-Wittgenstein im letzten Jahr gesammelt. Der gesamte Erlös geht an regionale Schulen und Kindergärten für behinderte Kinder. Mit dem Geld wollen die Einrichtungen unter anderem Lern- und Therapiematerial kaufen; ein Trampolin sowie Reit- und Voltigierunterricht stehen ebenfalls auf der Wunschliste. Damit sind in den letzten drei Jahren fast 280 000 Euro aus Altgold-Sammelaktionen zusammengekommen. ck/pm

Mehr als 100 niedergelassene Zahnärzte im gesamten Stadtgebiet beteiligen sich an der Aktion und stellen in ihren Praxen spezielle Sammelbüchsen auf, so Dr. Joachim Otto, Vorstand des Dortmunder Zahnärztereins (oben 1. von links).

In einer ersten Aktion im Frühjahr hatte der Verein über fünf Kilo Altgold für eine Dortmunder Schule gesammelt. ck/pm



Foto: Bezirksstelle

# Botulinum Toxin zur Behandlung des gustatorischen Schwitzens

Dirk Nolte, Iris Gollmitzer et al.

*Durch die erst junge Entdeckung von Botulinum Toxin als ein Therapeutikum kann das für den Patienten sehr beeinträchtigende Syndrom des gustatorischen Schwitzens erstmals effektiv behandelt werden. Das Wissen um diese neue therapeutische Option sollte auch der Zahnarzt in seinem differentialdiagnostischen Armamentarium zur Aufklärung seiner Patienten bereit halten können.*

**D**as Frey-Syndrom gilt als Sonderform der gustatorischen Hyperhidrose im Wangenbereich (Synonyme: aurikulotemporales Syndrom, gustatorisches Schwitzen, gustatorische Hyperhidrose). Das Syndrom erhielt seinen Namen durch die Neurologin Lucie Frey, die einen jungen Mann untersuchte, der aufgrund einer Schnittverletzung im Bereich der Ohrspeicheldrüse ein Schwitzen während des Verzehr von jeglichen Speisen entwickelte [Frey 1923]. Patienten mit Frey-Syndrom zeigen abnorme Schweißabsonderungen in bestimmten Hautarealen des Kopf-Hals-Bereiches, die besonders durch gustatorische Reize, wie Kauen, Abbeißen, Schmecken und mehr ausgelöst werden können. Nach operativen Eingriffen an der Glandula parotis (laterale, konservative oder radikale Parotidektomie, Tabelle 1) finden sich die schwitzenden Areale am häufigsten in den Versorgungsbereichen des N. auriculotemporalis (aurikulotemporales Syndrom) oder N. auricularis magnus [Laskawi et al. 1998]. In nahezu 100 Prozent der Fälle lässt sich

nach Entfernung der Ohrspeicheldrüse ein Frey-Syndrom nachweisen. Das Syndrom ist neben dem bekannten Schwitzen (gustatory sweating) auch gekennzeichnet durch weitere Symptome (Tabelle 2) wie Hautrötung (gustatory flushing), Kribbeln, Schwellungsgefühl bis hin zum Hautbrennen [Küttner et al. 2001].

Die Pathogenese des Frey-Syndroms ist bis heute nicht vollständig geklärt. Am ehesten anerkannt ist die Hypothese, dass regenerierende parasympathische (sekretorische) Fasern, die während des operativen Eingriffs oder einem anderweitigen Trauma geschädigt worden sind, in Kontakt mit den normalerweise sympathisch innervierten Hautschweißdrüsen tre-



a



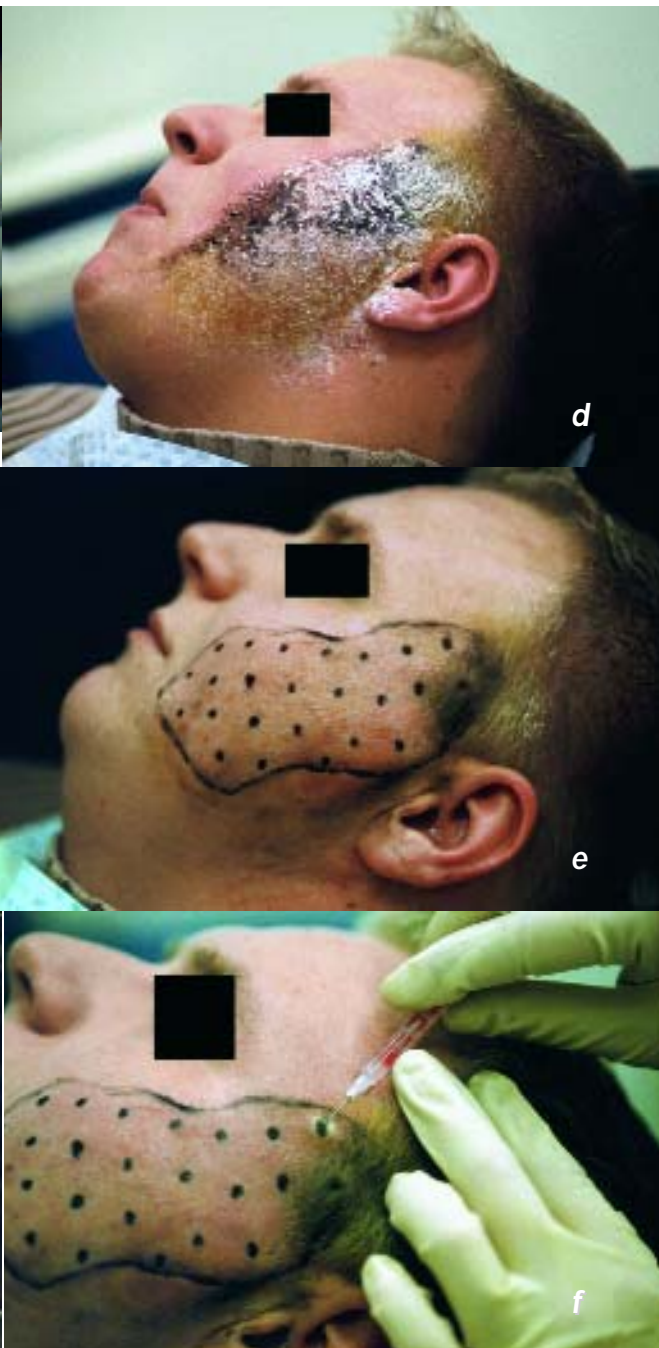
b



c

Abb. 4: Test nach Minor [Jod-Stärke-Reaktion, Minor 1927] zur Darstellung des gustatorischen Hautareals. Der Ablauf der Untersuchung ist schrittweise dargestellt (Details siehe Text).

- a) Reinigung des Hautareals, Auftragen von Lugolscher Lösung
- b) Bepuderung mit Stärkepulver
- c) Stimulation der Sekretion durch Reizmahlzeit (Apfel)
- d) Jod-Stärke Reaktion (Blaufärbung) zum Nachweis der Schweißsekretion
- e) Markierung des gustatorischen Hautareals, Ausmessung und Anzeichnung der Punkte für die Botulinum Toxin A Injektion (3 MU Botox® pro cm<sup>2</sup> Haut)
- f) Intrakutane Botulinum Toxin A Injektion



ten. Der beiden Nervenfasertypen gemeinsame Transmitter Acetylcholin kann an seinem Zielorgan, den Hautschweißdrüsen, über die pathologisch gesteuerte Innervation die Schweißsekretion auslösen. Mögliche chirurgische Interventionen, die zu einer Verletzung von parasympathischen (sekretorischen) Fasern führen und damit ein Frey-Syndrom verursachen können, sind zum Beispiel die Entfernung der Glandula submandibularis und/ oder Glandula parotis (komplett oder partiell), die Präparation entlang des Gesichtsnerven (N. facialis) im Rahmen einer lateralen, konservativen oder radikalen Parotidektomie (Tabelle 1), ein lokales Trauma der entsprechenden Gewebe, etwa im Rahmen einer Kiefergelenksfortsatzfraktur oder eine Infektion der genannten Speicheldrüsen mit der Notwendigkeit einer chirurgischen Revision. Frenkel erklärte seine Beobachtung eines Frey-Syndroms nach Leitungsanästhesie des Nervus alveolaris inferior durch eine Nervus lingualis – Chorda tympani Schädigung mit Verminderung des Trigeminstonus und Überwiegen des parasympathischen Tonus des Nervus glossopharyngeus [1992]. Aufgrund der hohen Inzidenz des Frey-Syndroms nach chirurgischen Eingriffen an der Ohrspeicheldrüse sind verschiedene therapeutische Ansätze angewandt worden, die jedoch allesamt keinen wirklichen Nutzen für den Patienten erbrachten (Tabelle 3): Eine der ersten Methoden zur Prävention des Frey-Syn-

droms war es, den Nervus auriculotemporalis, den intrakraniellen Teil des N. glossopharyngeus oder den Plexus tympanicus während einer Parotidektomie zu durchtrennen [Gardner und McCubbin 1956, Golding-Wood 1962, Kidd 1955].

Andere Autoren verwendeten Muskellappen aus dem M. sternocleidomastoideus (so genannte Rauchplastik), um einerseits einer konkaven Deformität im Bereich der Parotisregion vorzubeugen, andererseits eine direkte Anastomosierung der durchtrennten sekretorischen Fasern mit den Hautschweißdrüsen zu verhindern [Kornblut et al. 1974]. Des Weiteren war das Auftreten eines gustatorischen Schwitzens geringer, wenn ein Faszientransplantat vom Oberschenkel (Fascia lata) zwischen entfernter Drüse und Haut eingelagert wurde [Singleton und Cassisi 1980]. Einige Chirurgen verwendeten das so genannte SMAS (Superficial Musculo Aponeurotic System), eine Faszien-schicht zwischen Haut und oberflächlichem Drüsenanteil, zur Interposition zwischen durchtrenntem Nervengewebe und Haut [Bonnano und Casson 1992]. Auch alloplastische Materialien sind verwendet worden, für die recht zufriedenstellende Ergebnisse mit einer mittleren Inzidenz des Frey-Syndroms von zirka 30 Prozent beschrieben worden sind. Jedoch muss erwähnt werden, dass dies gehäuft mit zum Teil erheblichen Komplikationen, wie fistelnden Entzündungen, verbunden war [Dulguerov et al. 1999].

Physikalische Maßnahmen, wie eine lokale Strahlentherapie mit weicher Röntgenstrahlung (heute obsolet!, [Needles 1932]) oder pharmakologische Ansätze (systemische und/oder topische Anwendung von Anticholinergica, wie Scopolamin, Glycopyrroniumbromid oder topischen Antihyperhidrotica (Dialuminiumchlorid), [Erickson 1985, Hays et al. 1982, Laage-Hellmann 1957]), sind als therapeutische Optionen angewandt worden. Allerdings haben sich all diese Behandlungsversuche bis heute als entweder ineffektiv oder derart nebenwirkungsreich erwiesen, dass ihre Anwendung im Vergleich zu den störenden Symptomen des Frey-Syndroms einer strengen Indikationsstellung bedarf.

Botulinum Toxin stellt eine neuartige Therapieoption zur Behandlung des Frey-Syndroms dar [Drobik et al. 1995]. Botulinum Toxin ist das Exotoxin des anaeroben Bakteriums *Clostridium botulinum* und als das „giftigste aller Gifte“ bekannt. Bereits ein Gramm des Toxins würde ausreichen, um  $1 \times 10^6$  Menschen zu töten. Der Wirkmechanismus von Botulinum Toxin besteht darin, die Freisetzung von Acetylcholin aus den präsynaptischen Vesikeln cholinergischer Nerven langfristig zu blockieren (Abbildung 1), und kann daher als eine effiziente anticholinerge Therapie verstanden werden [Dulgierov et al. 2000]. Da die Sekretion der Hautschweißdrüsen – wie bereits oben erwähnt – über eine sympathisch cholinerge, das heißt Acetylcholin vermittelte, Innervation getriggert wird, stellt die therapeutische Anwendung von Botulinum Toxin aufgrund seines pharmakodynamischen Ansatzpunktes eine höchst effektive Strategie dar, um das gustatorische Schwitzen zu blockieren.

### Fragestellung

Ziel der vorliegenden prospektiven Untersuchung war es, am eigenen Patientengut ( $n=10$ ) die Effektivität einer alleinigen Behandlung des Frey-Syndroms durch eine intrakutane Injektion von Botulinum Toxin A (Botox®) im Hinblick auf die Zufriedenheit der betroffenen Patienten einerseits, und die Langzeitwirkung der Therapie auf das gustatorische Schwitzen andererseits zu untersuchen.

### Material und Methode

#### Patientengut

Grundlage für die Untersuchungen bildeten Patienten der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie am Knappschaftskrankenhaus Bochum-Langendreer, die im Zeitraum von 1988 bis 1998 an verschiedenartigen Erkrankungen der Ohrspeicheldrüse operiert worden sind (Abbildung 2).

Die Operationsverfahren zur Behandlung der Patienten sind in Abbildung 3 dargestellt: Zehn Patienten (zwei Frauen und acht Männer, Durchschnittsalter: 50 Jahre,

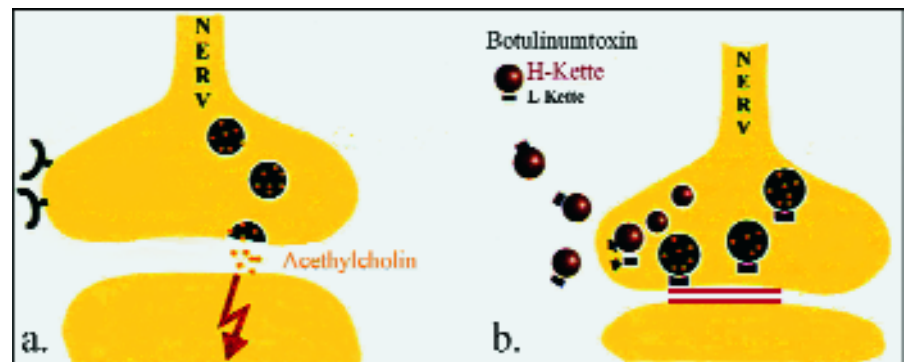


Abb. 1: Wirkmechanismus von Botulinum Toxin an der präsynaptischen Nervenendigung [aus Breit u. Heckmann, 2000]. Das Neurotoxin besteht aus einer schweren (H-, Heavy) und einer leichten (L-, Light) Kette, die über eine einzige Disulfidbrücke kovalent miteinander verbunden sind.

a) Ungestörte Exozytose von Acetylcholin in den präsynaptischen Spalt mit dem Ergebnis der Erregungsübertragung an die Zielzellen (zum Beispiel Hautschweißdrüse → Sekretion).  
b) Blockade der Acetylcholinfreisetzung durch Botulinum Toxin A. Über die H-Kette bindet Botulinum Toxin an die Plasmamembran der Zelle (Transportfunktion). Im Zytosol der Zelle angelangt, wird die L-Kette enzymatisch von der H-Kette abgespalten. Die L-Kette ist für die Blockade der Exozytose von Acetylcholin in den synaptischen Spalt verantwortlich (toxisches Prinzip).

Ränge 20 bis 74 J.) mit insgesamt zwölf Gesichtshälften wurden in die Studie aufgenommen. Sieben der Patienten unterzogen sich einer konservativen Parotidektomie, drei einer totalen Parotidektomie. Bei zwei Patienten bestand ein beidseitiges Schwitzen, nachdem eine bilaterale Parotidektomie durchgeführt worden ist. Bei unserem Patientengut sind zum Teil die in Abbildung 3 rechts dargestellten chirurgischen Modifikationen zusätzlich angewandt worden. Entscheidendes Kriterium zur Teilnahme an der Studie war ein ausgeprägtes gustatorisches Schwitzen sowie der ausdrückliche Wunsch der Patienten, sich einer Behandlung mit Botulinum Toxin zu unterziehen.

Die Patienten wurden vor der Therapie über den genauen Ablauf der Botulinum Toxin Behandlung und die möglichen Nebenwirkungen (Tabelle 4) aufgeklärt.

Ein subjektiver Fragebogen hinsichtlich Schweregrad des eigenen Leidensdruckes, Zeitpunkt des Auftretens der Symptomatik post operationem sowie Angaben über die Erfolgsrate vorausgegangener Therapiemaßnahmen wurde den Patienten ausgehändigt. Sämtliche Befunde wurden in einem eigens für jeden Patienten angelegten Untersuchungsbogen zusammengefasst. Der Erfolg der Therapie wurde zur späteren quantitativen Auswertung photodokumentiert.

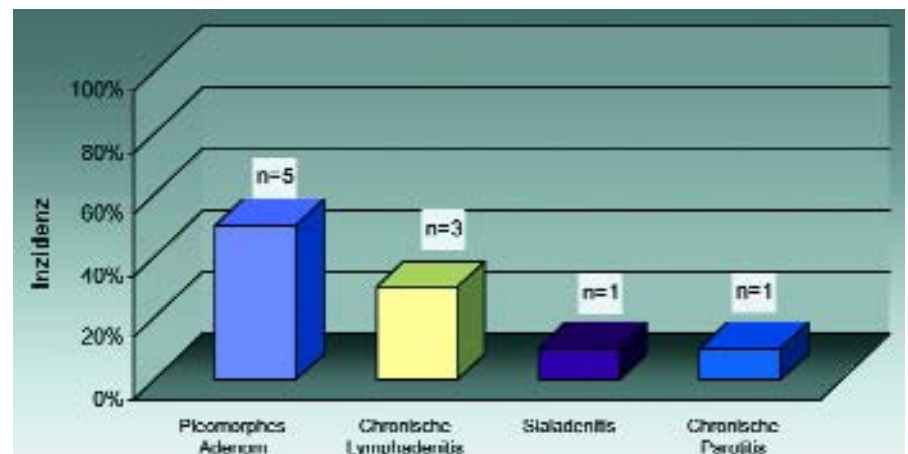


Abb. 2: Diagnosen des Patientengutes ( $n=10$ ).

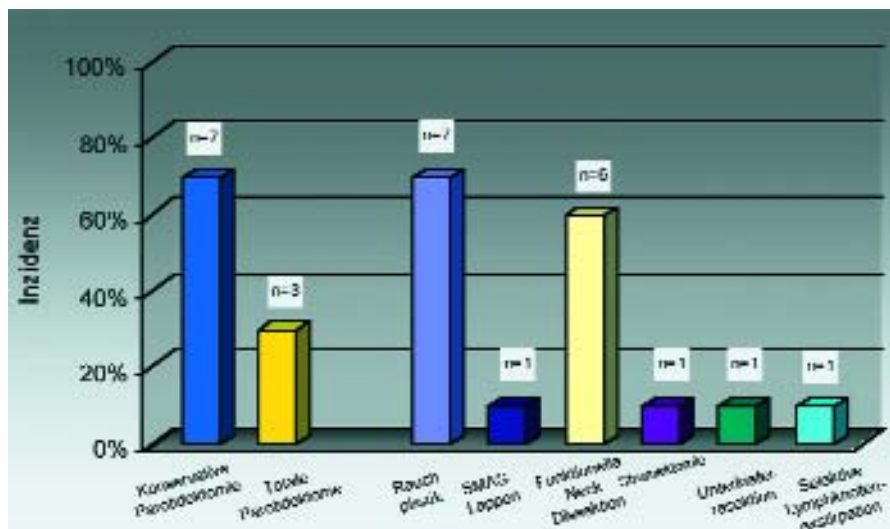


Abb. 3: Operative Maßnahmen zur Behandlung der Patienten in Abhängigkeit von der jeweils zugrunde liegenden Erkrankung der Ohrspeicheldrüse (n=10).

## Quantitative Erfassung der gustatorischen Hautareale.

Um das Ausmaß des pathologischen Schwitzens der Haut in der Region der operierten Ohrspeicheldrüse zu erfassen, wurde der Test nach Minor angewandt [Minor 1927]. Der Test beruht auf einer einfachen Jod-Stärke-Reaktion, über welche schwitzende Bereiche auch in der behaarten Kopfhaut gut dargestellt werden können. Der detaillierte Ablauf des Vorgehens ist in Abbildung 4 schrittweise dargestellt: Zunächst wird das betroffene Hautareal über der Parotisregion gründlich gereinigt und anschließend mit einem großen Watteträger Lugolscher Lösung (Jod zwei Gramm, Kaliumjodid vier Gramm auf 100 Gramm destilliertes Wasser) bestrichen (Abb. 4 a). Nach Trocknen der Lösung an der Luft wird das gleiche Hautareal mit Stärkepolver bepudert (Abb. 4 b). Daraufhin erhalten die Patienten eine Reizmahlzeit (Abb. 4 c). In unserem Falle wurde das Essen eines Apfels verordnet, da sowohl der chemische (Apfelsäure) als auch mechanische Reiz (Kauen) die Sekretion zuverlässig stimulieren. Bereits nach zwei Minuten stellt sich das schwitzende Hautareal durch Blaufärbung dar (Abb. 4 d). Der Test kann nach fünf Minuten abgebrochen werden. Anschließend erfolgt die Ausmessung des gustatorischen Areals mit einem hautfreundlichen wasserfesten Stift (Abb. 4 e).

### Injektion von Botulinum Toxin A.

Nach Anzeichnung der Injektionspunkte in einem Abstand von einem Zentimeter wur-

den jeweils drei MU (Mouse Units) Botulinum Toxin A (Botox®, Merz & Co. GmbH und Co., Frankfurt) intrakutan injiziert (Abb. 4 f). Die Patienten wurden nach zwei Wochen, sechs Monaten und zwölf Monaten im Hinblick auf das gustatorische Areal mit dem Test nach Minor nachuntersucht.

## Ergebnisse

### Subjektive Angaben der Patienten.

#### ■ Sekretagoger Stimulus

Alle Patienten gaben mehrere Möglichkeiten als Ursache für das gustatorische Schwitzen an: Bei 95 Prozent der Patienten wurde das gustatorische Schwitzen durch Zitrusfrüchte angeregt. Bei 85 Prozent der Patienten dominierten harte Speisen als Stimulus, das heißt Nahrungsmittel, bei denen die Kaumuskulatur erheblich gefordert wird. Des Weiteren stellten 85 Prozent der Patienten bei stark sauren und heißen Speisen, 95 Prozent bei stark gewürzten Speisen, 80 Prozent bei Süßigkeiten und fünf

Prozent beim Trinken ein Schwitzen fest. Aufgrund dessen hielten wir einen Apfel (hart, Zitrusfrucht) als sekretagogischen Stimulus für besonders geeignet, da zum einen die masticatorische und zum anderen die „saure“ Komponente einen effektiven Reiz für die Schweißsekretion darstellt.

#### ■ Subjektive Einschätzung der Beeinträchtigung

Bei 80 Prozent aller Patienten rann der Schweiß die betroffene Gesichtshälfte herab. 45 Prozent der Patienten bemerkten zusätzlich eine Hautrötung. Die Frage nach der persönlichen Beeinträchtigung des Patienten im öffentlichen Leben ergab eine klare Aussage: Alle Patienten berichteten, sich im sozialen und gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt zu fühlen. Daher würden sie öffentliche Auftritte, soweit möglich, weitestgehend vermeiden. 55 Prozent der Patienten empfanden das gustatorische Schwitzen als sehr störend, 25 Prozent als mäßig störend und 20 Prozent als leicht störend. Eine Beeinträchtigung wurde von jedem der Patienten angegeben (Abbildung 5).

## Botulinum Toxin A und das gustatorische Schwitzen

Vor der ersten Behandlung lag die Fläche des gustatorischen Hautareals bei durchschnittlich 39 cm<sup>2</sup>. Zwei Wochen nach Injektion von drei MU Botox® pro cm<sup>2</sup> war die Fläche des gustatorischen Hautareals auf drei cm<sup>2</sup> um 93 Prozent statistisch signifikant vermindert (Abbildung 6). Dieser Effekt war nach sechs Monaten sogar verstärkt nachweisbar (so genannter Treppen-

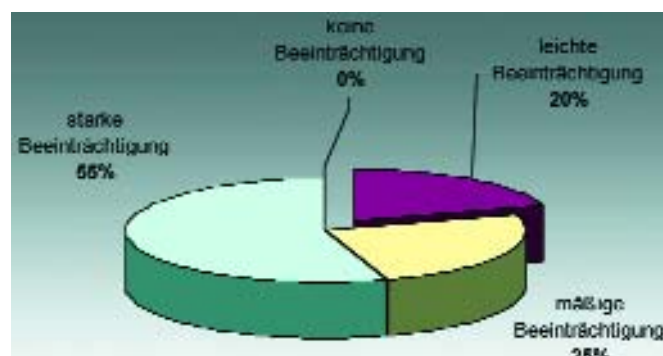


Abb. 5: Subjektive Beeinträchtigung der Patienten mit Frey-Syndrom. Die Patienten haben eine subjektive Einschätzung nach dem folgenden Score vorgenommen: 0 keine Beeinträchtigung, 1 leichte B., 2 mäßige B. und 3 schwere B.



effekt). Bei der Halbjahreskontrolle musste bei keinem der Patienten nachinjiziert werden, wobei ein Erfolg von nach wie vor 97 Prozent Reduktion messbar war. Nach weiteren sechs Monaten erfolgte eine erneute Kontrolluntersuchung, bei der sich ein leichtes Wiederauftreten des gustatorischen Schwitzens messen ließ.

Allerdings war auch hier noch eine deutliche Reduktion um 90 Prozent zu verzeichnen. Diese (geringgradige) Zunahme des

Schwitzens wurde von den Patienten subjektiv nicht wahrgenommen und war lediglich unter Anwendung des Tests nach Minor nachweisbar. Ein Grund dafür könnte einerseits eine injektionsbedingte unzureichende Wirkstoffkonzentration am Wirkort sein, etwa durch Auslassen des Hautareals (Haaransatz) oder durch fehlerhafte Injektion in tiefere Gewebsschichten. Vermutlich spielt auch die Variabilität des anatomischen Aufbaus von Gesichtshaut und behaarter Kopfhaut eine Rolle [Küttner et al. 2001].

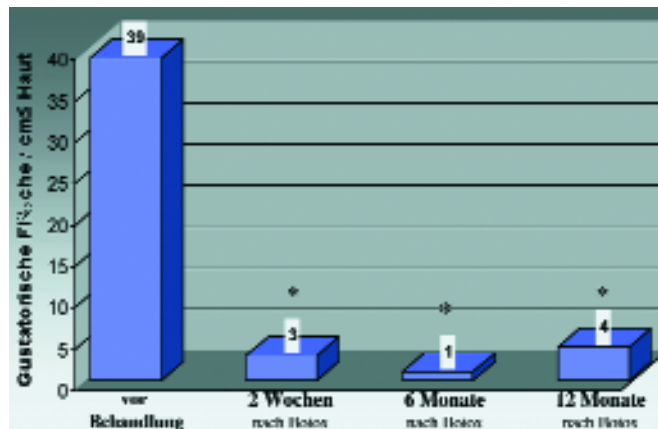


Abb. 6: Effekt von Botulinum Toxin A auf das gustatorische Schwitzen beim Frey-Syndrom. Das gustatorische Hautareal wurde, wie in Abbildung 4 dargestellt, quantifiziert und ist als Fläche pro cm<sup>2</sup> Haut wiedergegeben. Nach Injektion von drei MU Botox A<sup>®</sup> pro cm<sup>2</sup> Haut war eine statistisch signifikante Reduktion des Schwitzens über zwölf Monate post injectionem nachweisbar. \*  $P < 0.05$  vs. ‚vor Behandlung‘,  $n = 10$  Patienten (12 Gesichtshälften), Student-t-Test mit Bonferroni-Korrektur.

nen – sieht man von der zum Teil sehr schmerzhaften intrakutanen Injektion ab. Die Häufigkeit des Frey-Syndroms nach operativen Eingriffen an der Ohrspeicheldrüse variiert in der Literatur mit Werten zwischen 2,6 Prozent bis zu 97,6 Prozent [Laage-Hellmann 1957]. Legt man als Maßstab für die Diagnose jedoch den Test nach Minor zugrunde, so kann in nahezu 100 Prozent der Fälle ein gustatorisches Schwitzen nachgewiesen werden. Dieses pathologische Schwitzen wurde einheitlich von all unseren Patienten als unangenehm

ten einen großen Leidensdruck und grenzen sich nicht selten aus dem sozialen Leben aus, was mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einhergeht. Die zur Behandlung des Frey-Syndroms in der Vergangenheit eingesetzten therapeutischen Maßnahmen haben die erwünschten Effekte nicht erzielt und können heute retrospektiv als nahezu wirkungslos bezeichnet werden (Tabelle 3). Dies mag mit dafür verantwortlich sein, dass man nicht selten beim genaueren Nachfragen von den Patienten mit Frey-Syndrom erfährt, dass sie von ihrem behandelnden Arzt außer den ohnehin nicht wirksamen lokalen Salbenanwendungen auf das Fehlen einer effektiven Therapie hingewiesen worden sind und daher zum Teil resigniert auch keinerlei Bemühungen unternommen haben, ihre soziale Beeinträchtigung zu überwinden.

Erst seit kurzem kann auf einen viel versprechenden Behandlungsansatz, der in der spezifischen Blockade der Sekretion des Neurotransmitters Acetylcholin beruht, zurückgegriffen werden, nämlich die Injektion von Botulinum Toxin in das betroffene

Parotidektomie	Operative Entfernung von
Laterale P.	oberflächlichem Parotisanteil
Konservative P.	oberflächlichem und tiefem Parotisanteil unter Erhalt der Äste des N. facialis
Radikale (Totale) P.	oberflächlichem und tiefem Parotisanteil mit Resektion der Äste des N. facialis

Tabelle 1: Einteilung der Parotidektomien

## Diskussion

Diese prospektiv angelegte Therapiestudie bei Patienten mit Frey-Syndrom hat gezeigt, dass bei einer Dosis von drei MU Botulinum Toxin A pro cm<sup>2</sup> Hautfläche das gustatorische Schwitzen effektiv vermindert werden kann. Der Effekt ist auch ein Jahr nach Injektion mit einer mittleren Reduktion der schwitzenden Hautareale um 95 Prozent nachweisbar. Wir hatten in unserem Patientengut praktisch keinen Therapieversager bei nahezu fehlenden unerwünschten Nebenwirkungen zu verzeich-

und insbesondere bei den Mahlzeiten als störend empfunden. Dabei ist erwähnenswert, dass das Ausmaß der Beeinträchtigung des einzelnen Patienten nicht direkt von der Menge oder Fläche des gustatorischen Schwitzens abhängt, sondern vielmehr von der interindividuellen Bewertung der Symptomatik. Alle Patienten fühlten sich durch die Erkrankung mehr oder weniger gestört (Abbildung 5). Keiner der Patienten gab an, durch das Schwitzen nicht beeinträchtigt zu sein. Ähnliche Befunde werden auch von anderen Autoren berichtet. Aus diesem Grunde haben die Patien-

Schwitzen  
(Hyperhidrosis, gustatory sweating)

Hautrötung  
(Gustatory flushing)

Kribbeln

Schwellungsgefühl

Hautbrennen

Tabelle 2: Symptomatik beim Frey-Syndrom

Hautareal [Drobik et al. 1995]. Die typischen Symptome einer Vergiftung sind als Botulismus (lat. Botulus = Wurst) beschrieben. Infolge einer bakteriellen Lebensmittelvergiftung, insbesondere nach Verzehr von Wurstprodukten, kommt es initial zu einer unspezifischen Gastroenteritis, gefolgt von zentralnervösen Manifestationen, wie Lichtscheu, Akkomodationsstörungen, Doppelsehen, verminderter Speichelsekretion mit Schluckbeschwerden bis hin zur tödlichen Atemlähmung. Heute findet dieses „giftigste aller Gifte“ klinische Anwendung bei verschiedenen Krankheitsbildern. All diesen klinischen Anwendungen gemeinsam ist der spezifische Wirkmechanismus der Hemmung der Acetylcholinfreisetzung aus den präsynaptischen Nervenendigungen ([Dulguerov et al. 2000, Sellin 1981]; Abbildung 1) mit dem Ergebnis einer Lähmung

1. der quergestreiften Skelettmuskulatur (sympathisch cholinerge Innervation),
2. von parasymphatisch (cholinerg) innervierten Strukturen (zum Beispiel Speicheldrüsen) sowie
3. der sympathisch cholinerg (!) innervierten Schweißdrüsen.

Damit ist der klinische Anwendungsbereich von Botulinum Toxin einfach nachvollziehbar. Eine tabellarische Übersicht der therapeutischen Anwendung von Botulinum Toxin im so genannten „Off-label-Gebrauch“ (Heilversuch) ist in Tabelle 5 zusammengefasst. Unter Off-label-Gebrauch versteht man die klinische Anwendung eines Arzneimittels, für das es noch keine gesetzliche Zulassung gibt. Insofern stellt die Anwendung von Botulinum Toxin beim Patienten einen Heilversuch dar. In jedem Falle muss der Patient bei der klinischen Anwendung von Botulinum Toxin zur Behandlung des gustatorischen Schwitzens vom behandelnden Arzt über diesen Sachverhalt aufgeklärt werden. Aufgrund der inzwischen bekannten medizinisch-wissenschaftlichen Erfolge der Botulinum Toxin Therapie zur Behandlung des Frey-Syndroms ist ein solcher Tatbestand für die klinische Anwendung beim Patienten gegeben. Dies kann inzwischen durch erste evidenzbasierte Studien untermauert werden [Naumann et al. 1997]. Es

## Therapeutische Maßnahmen

### I. Chirurgische Therapieansätze [Lit.]

- Durchtrennung der die parasymphatischen (sekretorischen) Fasern führenden Nerven
  - N. auriculotemporalis [15]
  - N. tympanicus [12]
  - N. glossopharyngeus [11]
  - Sympathektomie [5]
- Interpositionsplastiken zur räumlichen Trennung von Hautschweißdrüsen und innervierendem Nervengeflecht
  - M. sternocleidomastoideus (so genannte Rauch-Plastik) [16]
  - Fascia lata [27]
  - SMAS (Superficial Musculo-Aponeurotic System) [2]
  - Alloplastische Materialien (Ethisorb, e-PTFE, lyophilisierte Dura) [6]

### II. Physikalische Therapieansätze

- Strahlentherapie
  - Weiche Röntgenstrahlung (heute obsolet!) [25]

### III. Pharmakologische Therapieansätze

- Anticholinergika (Scopolamin, Glycopyrroniumbromid) [14, 18]
- Antihyperhidrotika (Dialuminiumchlorid) [8]
- Botulinum Toxin A [4]

Tabelle 3: Therapeutische Maßnahmen zur Behandlung des Frey-Syndroms

bleibt dennoch durch weitere prospektive klinische Studien abzuwarten, wann letztlich die Zulassung von Botulinum Toxin beim Frey-Syndrom als derzeit einzig wirksame Therapie erfolgen wird. Zugelassen ist das Medikament in Deutschland seit 1993 lediglich für die Indikationen Strabismus und Blepharospasmus.

Die Ergebnisse dieser prospektiven Untersuchung haben gezeigt, dass die intrakutane Injektion von Botulinum Toxin A das gustatorische Schwitzen bei unserem Patienten gut signifikant vermindern kann. Ähnlich günstige Effekte konnten von zahlreichen anderen Autoren bereits nachgewiesen werden [Beerens und Snow 2002, Drobik et al. 1995, Dulguerov et al. 2000, Guntinas-Lichius 2002, Küttner et al. 2001, Laskawi et al. 1998, Umstadt 2002, von Lindern et al. 2000]. Dennoch ist man sich heute nicht völlig darüber im klaren, welche Dosis pro Hautfläche die ideale ist, um das Schwitzen möglichst lange bei maximaler Sicherheit für den Patienten zu blockieren. In der Literatur sind Dosen zwischen 0,5 bis zu zehn

MU Botulinum Toxin pro cm<sup>2</sup> Haut empfohlen worden. Höhere Dosierungen scheinen eine dosisabhängige Verlängerung des Effektes mit sich zu bringen, jedoch mit dem hohen Preis, die Gefahren unerwünschter Nebenwirkungen (Tabelle 4) vermehrt in Kauf zu nehmen [Laccourreye et al. 1998]. Offensichtlich scheint sich bei wiederholter Injektion von Botulinum Toxin beim Frey-Syndrom ein so genannter Treppeneffekt aufzubauen, so dass sich die Wirkung des Toxins längerfristig sogar verstärkt [Göbel et al. 2001]. Bekannt ist vor allem aus der Behandlung der axillären und/oder palmoplantaren Hyperhidrose, dass der Effekt auf diese Form der Hyperhidrose von drei Monaten bis zu anderthalb Jahren nach einmaliger Injektion anhalten kann [Breit und Heckmann 2000]. Unsere Untersuchungen legen bei einer Dosierung von drei MU pro cm<sup>2</sup> Hautfläche eine Wirkdauer von mindestens einem Jahr nahe. Ähnlich unseren Beobachtungen führt die Behandlung der schwitzenden Hautareale mit Botulinum Toxin A bereits innerhalb von einer Woche zum vollständigen Sistieren des pathologischen Schwitzens. Die Patienten sind von da an nicht mehr in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Es wurde von keinem unserer Patienten nach der intrakutanen Injektion von unerwünschten Nebenwirkungen berichtet, sieht man von der schmerzhaften intrakutanen Injektion per se ab. Laskawi und Mitarbeiter haben diesbezüglich zur Verwendung einer Lidocain und Prilocain enthaltenden Salbenanwendung geraten [Laskawi et al. 2001].

## Nebenwirkungen

- Schmerzen bei der Injektion
- Paralyse von Ästen des N. facialis (insbesondere periorbital und perioral)
- Neutralisierende Antikörperbildung (insbesondere bei hohen Dosierungen und wiederholten Injektionen in kurzen Abständen)

Tabelle 4: Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Botulinum Toxin A

### Klinische Anwendungsbereiche

#### I. Lähmung der quergestreiften Skelettmuskulatur (sympathisch cholinerg)

- Neurologie
  - Dystonien                      Spasmus hemifacialis, oromandibuläre Dystonie, Meige-Syndrom, Schreibkrampf
  - Spastizität                    im Kindesalter, bei multipler Sklerose, nach Schlaganfall, posttraumatisch, nach zentraler Lähmung
  - Tremor
  - Tics
  - Myoklonien
  - Schmerzzustände            Spannungskopfschmerz, Migräne
- Ophthalmologie
  - Augenmuskelerkrankungen      Strabismus, Nystagmus, okulomotorische Nervenlähmung
- ZMK-Heilkunde/MKG-Chirurgie
  - Bruxismus (Zähneknirschen)
- Plastisch-ästhetische Medizin
  - Faltenkorrekturen

#### II. Lähmung der glatten Muskulatur (parasymphatisch cholinerg)

- Chirurgie
  - Analfissur
  - Achalasie
  - Harnverhalt
  - Sphinkter Oddi (Dysfunktion der Gallensekretionsstörung)
  - Vaginismus

#### III. Blockade autonomer Funktionen (parasymphatisch cholinerg)

- Hyperhidrose                      axillär, palmoplantar, fokale andere Lokalisationen
- Tränen („Krokodilstränen“)

Tabelle 5: Klinische Anwendungsbereiche von Botulinum Toxin [modifiziert in Anlehnung an Breit und Heckmann, 2000]

### Fazit:

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Frey-Syndrom (aurikulotemporales Syndrom, gustatorisches Schwitzen) ausgesprochen häufig nach chirurgischen Eingriffen im Bereich der Ohrspeicheldrüse auftritt. Durch die erst junge Entdeckung von Botulinum Toxin als einem Therapeutikum kann dieses für den Patienten sehr beeinträchtigende Syndrom erstmals effektiv behandelt werden. Das Wissen um diese neue therapeutische Option sollte auch der Zahnarzt in seinem differentialdiagnostischen Armamentarium zur Aufklärung seiner Patienten bereit halten können. Die

Therapie der Patienten sollte in dafür spezialisierten Kliniken erfolgen.

### Hintergrund

Das Frey-Syndrom (aurikulotemporales Syndrom, gustatorisches Schwitzen, pathologisches Schwitzen) tritt gehäuft nach operativen Eingriffen oder Traumatisierung der Ohrspeicheldrüse (Glandula parotis) auf. Bis heute gibt es keine Erfolg versprechenden Behandlungsmethoden. Erst seit kurzem ist die intradermale Injektion von Botulinum Toxin A in die schwitzenden Hautareale über der Parotisregion als eine neue erfolgreiche Therapie bekannt geworden.

### Patienten und Methode

Untersucht wurden zwölf Gesichtshälften bei zehn Patienten mit einem Durchschnittsalter von 50 Jahren (Minimum: 20, Maximum: 74). Die Entfernung der Ohrspeicheldrüse (Parotidektomie) erfolgte aufgrund von Adenomen, Lymphadenitiden, Sialadenitiden oder chronischen Parotitiden. Alle Patienten unterzogen sich dem Test nach Minor, welcher das gustatorische Hautareal über eine Jod-Stärke Reaktion sichtbar macht. In das schwitzende Hautareal wurde Botulinum Toxin A (Botox®, Merz & Co. GmbH und Co.) intradermal in einer Dosis von drei MU (Mouse Units) cm<sup>2</sup> injiziert. Die Patienten wurden vor sowie zwei Wochen, sechs Monate sowie zwölf Monate nach Injektion erneut getestet.

### Ergebnis

55 Prozent der Patienten fühlten sich in ihrer Lebensqualität sehr stark gestört, 45 Prozent fühlten sich beeinträchtigt. Das gustatorische Hautareal konnte durch Injektion von Botox® bei allen Patienten effektiv um 94 Prozent vermindert werden. Die Wirkung hielt mindestens bis zu einem Jahr nach der einmaligen Injektion an. Unerwünschte Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

### Schlussfolgerung

Bei Patienten mit gustatorischem Schwitzen stellt die Behandlung mit Botulinum Toxin A eine sichere und effektive Therapie dar.

PD Dr. Dirk Nolte  
 Prof. Dr. Klaus-Dietrich Wolf  
 Iris Gollmitzer  
 Denys Loeffelbein  
 Klinik für Mund-, Kiefer- und  
 Plastische Gesichtschirurgie,  
 Knappschaftskrankenhaus  
 Bochum Langendreer,  
 Universitätsklinik  
 In der Schornau 23-25, 44892 Bochum  
 dirk.nolte@ruhr-uni-bochum.de



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

*F-Salzprophylaxe und Gemeinschaftsverpflegung*

## Fluoridiertes Speisesalz für Großküchen

Andreas Schulte

**Die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz in Großküchen ist toxikologisch unbedenklich. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse unterstreichen die Empfehlung, fluoridiertes Speisesalz für die Herstellung von Gemeinschaftsverpflegungen freizugeben und auf die bisher vorgeschriebenen Einzelfallgenehmigungen zu verzichten.**

Während bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland seit einiger Zeit ein Rückgang der Karieserfahrung zu verzeichnen ist, muss bei Erwachsenen seit mehreren Jahrzehnten eine unverändert hohe Kariesprävalenz konstatiert werden [Dünninger und Pieper 1991, Schiffner und Reich 1999,

Ende des Jahres 2002 im Mittel 54,6 Prozent betrug [IKP 2003]. Diese aus kariespräventiver Sicht positive Situation darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sehr viele Erwachsene von den Vorteilen des fluoridierten Speisesalzes nur unzureichend profitieren können, weil sie wegen ihrer Be-

einsetzen zu dürfen, so unter anderem die Universität Heidelberg [BMG 1998].

Bisher steht eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen zu den positiven kariespräventiven Auswirkungen von fluoridiertem Speisesalz sowie zur Fluoridaufnahme und Fluoridausscheidung im Urin zur Verfügung. Diese Studien erfolgten fast ausschließlich bei Kindern und wurden in zahlreichen Ländern durchgeführt [Minghini et al. 1989, Obry-Musset et al. 1992, Minghini et al. 1995, Schulte et al. 1995, Hetzer et al. 1996, Baez et al. 2000, Irigoyen und Sánchez-Hinojosa 2000, Marthaler et al. 2000, Estupinán-Day et al. 2001, Haftenberger et al. 2001, Schulte et al. 2001b]. Bei Erwachsenen wurden hingegen im Zusammenhang mit fluoridiertem Speisesalz nur wenige Erhebungen durchgeführt [Hefti et al. 1981; Bühler-Manner und Hefti 1988; Radnai und Fazekas 1999]. Auch erfolgten diese Studien nicht in Deutschland.

### Datengewinnung

Die oben angeführte ministerielle Genehmigung, welche der Universität Heidelberg erlaubt, fluoridiertes Jodsalz zur Herstellung von Gemeinschaftsverpflegung in ihren Kantinen einzusetzen, wurde in der Personalkantine des Universitätsklinikums Heidelberg (VZMH) umgesetzt. Die dortige Einführung des fluoridierten Speisesalzes wurde für eine prospektive wissenschaftliche Studie zur Bestimmung der Fluoridausscheidung und der Fluoridkonzentration im Urin von Teilnehmern an den vom VZMH hergestellten Hauptmahlzeiten (Testgruppe) sowie in einer Kontrollgruppe genutzt.



Fotos: Kirsten Stoik

Joachim Neukirch (vorne) und Manfred Schwarz (hinten), Köche der Großküche Heidelberg, würzen mit „Salz zur Kariesprophylaxe“.

Pieper 2001, Schiffner et al. 2001, Künzel 2002]. Ein Beitrag, diese Situation durch kariespräventive Maßnahmen zu verbessern, besteht darin, fluoridiertes Speisesalz für die Zubereitung von Mahlzeiten zu verwenden. Dieses ist seit 1991 auf dem deutschen Markt in Form von Haushaltspaketen erhältlich, wo dessen Marktanteil langsam, aber kontinuierlich gestiegen ist und am

rufstätigkeit einen Großteil ihrer Hauptmahlzeiten nicht zu Hause einnehmen können, sondern auf Kantinen und Restaurants angewiesen sind. Letztere dürfen normalerweise fluoridiertes Speisesalz nicht verwenden. Bisher erhielten nur einige wenige Institutionen auf Antrag die ministerielle Erlaubnis, zur Herstellung der Gemeinschaftsverpflegung fluoridiertes Speisesalz

Zu Beginn der Studie wurden für die Testgruppe 200 und für die Kontrollgruppe 60 Probanden gewonnen. Alle Studienteilnehmer hatten die Aufgabe, vor Einführung des fluoridierten Speisesalzes im VZMH sowie drei, sechs, neun, zwölf, 24 und 36 Monate danach 24h-Urin in drei Fraktionen (vormittags, nachmittags, abends/nachts) zu sammeln. Deshalb war es möglich, die Fluoridausscheidung sowohl für den ganzen Tag als auch für einzelne Tagesabschnitte zu berechnen.

## Resultate

Nach der Einführung des fluoridierten Speisesalzes im VZMH wurde bei allen Nachuntersuchungen nur im Nachmittag-Urin der Testgruppe, das heißt im Anschluss an eine



J. Neukirch beim Einsatz des Salzes

mittags eingenommene warme Hauptmahlzeit, eine deutlich erhöhte Fluoridausscheidungsrate beobachtet. Im Mittel erhöhte sich diese von 33,9 µg/h auf 42,9 µg/h, was einem durchschnittlichen Zuwachs um 26,5 Prozent entspricht. Da im Vormittag- und im Abend-/Nacht-Urin der Testgruppe keine Erhöhung der mittleren Fluoridausscheidung beobachtet wurde,

fiel die Erhöhung der Fluoridausscheidungsrate im 24h-Urin mit 11,1 Prozent deutlich geringer aus. In der Kontrollgruppe blieb die Fluoridausscheidungsrate zu den verschiedenen Tageszeiten im Beobachtungszeitraum recht konstant. So betrug die Fluoridausscheidungsrate im Nachmittag-Urin 32,6 µg/h bei der Baseline-Untersuchung und im Mittel 30,8 µg/h bei den Nachuntersuchungen. Die mittlere Fluoridkonzentration unterschied sich in der Test- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung des F-Salzes im VZMH nicht. So betrug die auf den Werten aller Nachuntersuchungen basierende mittlere Fluoridkonzentration im Urin in beiden Gruppen 0,48 mg F/l. Ein weiteres Ergebnis dieser Studie war, dass die Korrelation zwischen Fluoridausscheidung und Fluoridkonzentration im Urin nur etwa 0,5 beträgt [Schulte et al. 2001a].

## Diskussion

Aus den Ergebnissen dieser Studie lässt sich ablesen, dass die Fluoridkonzentration im Urin auch von anderen Einflüssen, wie der Menge der Flüssigkeitsaufnahme, abhängt. Insofern überrascht es nicht, dass im Verlauf der Studie die Fluoridkonzentration im 24h-Urin der Testgruppe und der Kontrollgruppe recht konstant blieb. Deshalb erscheint unter Zugrundelegung des aktuellen Kenntnisstandes zur Toxikologie von Fluoriden die Feststellung gerechtfertigt, dass die Teilnahme an einer Gemeinschaftsverpflegung, die mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet wird, kein toxikologisches Risiko darstellt. Nähere Angaben zur Heidelberger Studie zum fluoridierten Speisesalz können in zwei Veröffentlichungen nachgelesen werden [Schulte et al., Dtsch Zahnärztl Z 56, 549-553 (2001); Schulte et al., Caries Res 36, 391-396 (2002)].

Nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand reicht die physiologischerweise im Speichel enthaltene Fluoridmenge in der Regel nicht aus, um hinreichend kariespräventiv zu wirken. Auch kann die Fluoridkonzentration in dem Speichel, der von Speicheldrüsen sezerniert wird, durch den Verzehr von fluoridhaltigen Lebensmit-

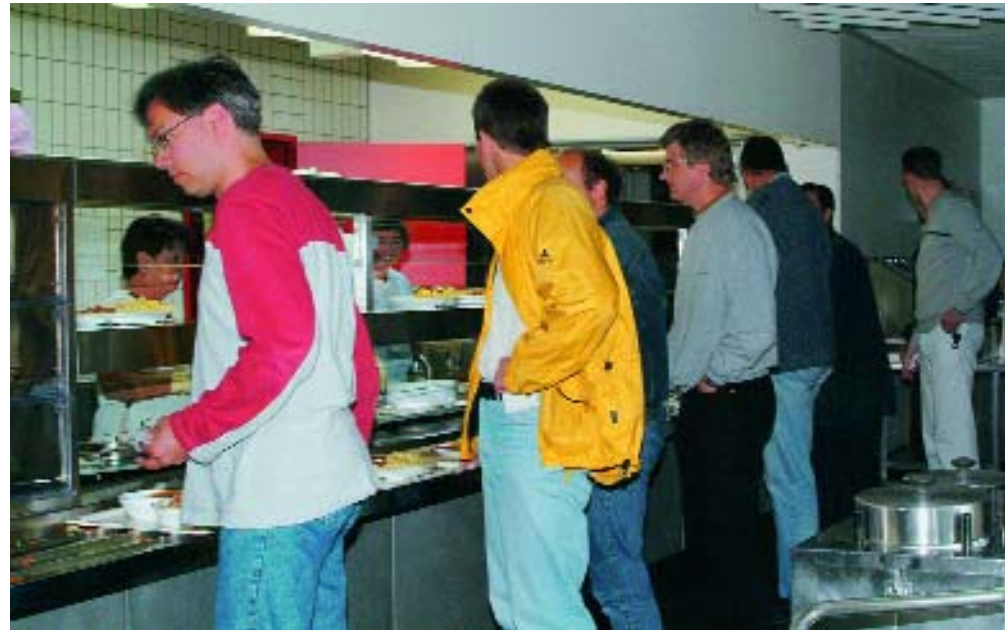
teln (wie Getränke und Speisen), nur schwer angehoben werden. Eine Erhöhung der Fluoridverfügbarkeit in der Mundhöhle über das in der Regel physiologischerweise bestehende Maß hinaus ist jedoch erforderlich, um die Remineralisation der Zahnhartgewebe Schmelz und Dentin nach einem bakteriellem Säureangriff zu fördern [Featherstone 1999]. Dies kann temporär durch eine lokale Fluoridzufuhr in der Mundhöhle erfolgen (wie durch mit fluoridiertem Salz zubereitete Speisen, fluoridhaltige Zahnpasten, fluoridhaltige Getränke, fluoridhaltige Gele oder Lacke). Da die Verfügbarkeit des von extern in die Mundhöhle zugeführten Fluorids dort wegen der natürlicherweise ablaufenden Clearance des Speichels nur von relativ kurzer Dauer ist, muss ein solcher Vorgang mehrmals am Tag wiederholt werden. Aus der Kenntnis dieser Mechanismen ergibt sich, dass man bezüglich des Fluorids im Gegensatz zu vielen anderen medizinischen Wirkstoffen keine konkreten Zielgrößen für die Konzentration im Blut oder die Ausscheidung im Urin formulieren kann, die es im Sinne einer optimalen Kariesprävention zu erreichen gilt.

### Problemlos akzeptiert

Bei den Gästen der Personalkantine des Universitätsklinikums Heidelberg wird die Verwendung des fluoridierten Jodsalses seit der Einführung im April 1999 problemlos akzeptiert. Dies gilt sowohl für die Teilnehmer an der oben angeführten Studie als auch für die sonstigen an dieser Gemeinschaftsverpflegung teilnehmenden Personen. Während der Studienzeit wurden von den Teilnehmern der Testgruppe 50 102 Hauptmahlzeiten eingenommen, die vom VZMH mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet worden waren. Die Gesamtzahl der im VZMH verzehrten und mit fluoridiertem Speisesalz zubereiteten Mahlzeiten belief sich bis zum Ende des Jahres 2002 auf etwa 752 000. In diesem Zusammenhang sei nochmals daran erinnert, dass seit 1991 der Marktanteil des frei verkäuflichen fluoridierten Speisesalzes bis zum Ende des Jahres 2002 in Deutschland auf 54,6 Prozent gestiegen ist [IKP 2003]. Diese Entwicklung

verlief bisher ohne Rückschlag. Dieses zeigt deutlich, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung in Deutschland fluoridiertes Speisesalz akzeptiert. Dennoch ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass in Deutschland bisher die Notwendigkeit, zur Förderung der Kariesprävention die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz in der Gemein-

ridiertes Speisesalz lediglich bei den Kindern eine deutlich erkennbare kariespräventive Wirkung aus, die zusätzlich mindestens einmal pro Monat die Zähne mit einem hochkonzentrierten Fluoridgelée einbürsten [Schulte et al. 2001b]. In diesem Zusammenhang dürfen auch die nachfolgenden Erwägungen nicht außer



Kasino, Essensausgabe, Mitarbeiter der Uni-Klinik Heidelberg

schaftsverpflegung zu erlauben, aus verschiedenen Gründen unterschätzt wurde. Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen haben gezeigt, dass fluoridiertes Speisesalz als alleinige Fluoridierungsmaßnahme nur dann eine deutlich erkennbare kariespräventive Wirkung hat, wenn es nicht nur den Haushalten zur Verfügung steht, sondern auch in Großküchen (Kantinen, Restaurants, Cafeterias) und in Bäckereien zur Herstellung von Backwaren verwendet werden darf [Warpeha et al. 2001]. Unter der gegenwärtigen deutschen Regelung, nach welcher fluoridiertes Speisesalz nur in Haushaltspaketen abgegeben und nur mit einer speziellen – und bisher sehr selten erteilten – Genehmigung in der Gemeinschaftsverpflegung verwendet werden darf, übt fluo-

Acht gelassen werden. Lange Jahre konnte man davon ausgehen, dass in Deutschland die meisten Kinder im Gegensatz zu vielen anderen Staaten nur vormittags zur Schule gehen. Dementsprechend nehmen die Kinder die Mittagsmahlzeit in der Regel zu Hause ein und können somit in den Genuss

von Hauptmahlzeiten kommen, die mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet werden. Nun haben zahlreiche Städte und Gemeinden begonnen, einen Teil der Schulen in Ganztagschulen umzuwandeln. Dies hat

zur Folge, dass dort unter anderem Kantinen oder Cafeterias eingerichtet werden, damit die Schüler mittags in der Schule eine Mahlzeit einnehmen können. Da auf Grund der bisher geltenden Regelungen die dort angebotene Gemeinschaftsverpflegung

„**Fluoridiertes Speisesalz kann für Großküchen vorbehaltlos empfohlen werden. Die Heidelberger Studie zum Einsatz von fluoridiertem Speisesalz in der Gemeinschaftsverpflegung wurde abgeschlossen.**“

nicht mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet werden darf, wird einer steigenden Zahl von Kindern die Möglichkeit zur regelmäßigen Einnahme von warmen Hauptmahlzeiten, die mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet sind, vorenthalten. Diesem Aspekt kommt auch deshalb eine große Bedeutung zu, weil fluoridiertes Speisesalz in Fa-

den [Fabien et al. 1996]. Wegen des Ganztagschulsystems nehmen dort die Kinder sehr häufig warme Hauptmahlzeiten in den Schulen ein und würden nur unzureichend von fluoridiertem Speisesalz profitieren, wenn dieses nur zu Hause verwendet werden dürfte. Die Situation, dass Hauptmahlzeiten nicht immer selbst zubereitet und so-

nen, Cafeterias oder Restaurants einzunehmen. Dies trifft aber auch für in der Berufsausbildung befindliche Personen, Studenten oder Wehrpflichtige zu. Ebenfalls davon betroffen sind stationäre Patienten sowie Personen, die in Institutionen leben (wie Seniorenresidenzen, betreutes Wohnen von Personen mit schweren Behinderungen) und dort ihre Hauptmahlzeiten nicht selbst zubereiten. Wegen der stark zunehmenden Zahl alter und hochbetagter Menschen wird auch der Anteil der Personen zunehmen, die sich fertige Hauptmahlzeiten durch eine der zahlreichen Sozialdienste in die Wohnung liefern lassen.

## Schlussfolgerungen

Es erscheint aus kariespräventiver Sicht notwendig, in Deutschland die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz auch in der Gemeinschaftsverpflegung generell zu ermöglichen. Hierfür muss möglichst bald die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz für die Herstellung von Gemeinschaftsverpflegungen freigegeben und auf die bisher vorgeschriebenen Einzelfallgenehmigungen verzichtet werden.

*Prof. Dr. Andreas Schulte,  
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Mund-,  
Zahn- und Kieferklinik des Universitätsklini-  
kums Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 4000  
69120 Heidelberg*



Fotos: Kirsten Stoik

*Mittagessen im Kasino, Universität Heidelberg*

milien mit Kindern überdurchschnittlich häufig verwendet wird [Schulte et al. 2001b]. In diesem Zusammenhang soll daran erinnert werden, dass man in Frankreich den Schulkantinen seit vielen Jahren erlaubt, fluoridiertes Speisesalz zu verwen-

den mit auch nicht mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet werden können, betrifft schon seit langer Zeit Erwachsene viel mehr als Kinder. Dies gilt in erster Linie für berufstätige Personen, die vielfach darauf angewiesen sind, ihre Hauptmahlzeiten in Kanti-

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie

## Die kieferorthopädische Behandlung bei kardiologischen Risikopatienten

Als kardiologische Risikopatienten gelten Patienten mit folgenden Herzfehlern:

Linksherzvitium, Aortenklappenstenose, Mitralklappenstenose, rheumatisch veränderte Aorten- oder Mitralklappe, angeborene Herz- oder Herzklappenfehler, rheumatisches Fieber.

Bei Vorliegen einer dieser Diagnosen ist eine Endokarditis-Prophylaxe bei folgenden zahnärztlich-kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen angezeigt:

1. Zahnextraktionen
2. professionelle Zahnreinigung
3. subgingivale Maßnahmen
4. intraligamentäre Injektion
5. Separieren vor Bebänderung
6. Anpassen oder Einsetzen von Bändern (beim Kleben von Brackets nicht erforderlich)

Die Standard-Endokarditis-Prophylaxe bei Eingriffen im Mund- und Rachenraum ist folgende:

- Penicillin oral 50 000 E/kg Körpergewicht (max. Dosis 2 Mega) 30 bis 60 Minuten vor dem Eingriff
- Bei Penicillin-Unverträglichkeit Clindamycin oral 15 mg/kg Körpergewicht (max. 600 mg)

Ein besonders hohes Risiko wird bei folgenden Faktoren angenommen: Herzklappenersatz, kürzlich abgelaufene Endokarditis, komplexe Herzfehler mit Zyanose, Zustand nach Shuntoperation.

Bei besonders hohem Endokarditis-Risiko empfiehlt sich folgendes Vorgehen: Intravenöse Infusion mit Beginn des Eingriffs und einmalige Wiederholung acht Stunden später mit folgenden Medikamenten:

Penicillin i. v. 50.000 E/kg Körpergewicht (max. 2 Mega) plus Gentamicin i. v. 2 mg/kg Körpergewicht (max. 80 mg)

Bei Penicillin-Unverträglichkeit und besonders hohem Endokarditis-Risiko:

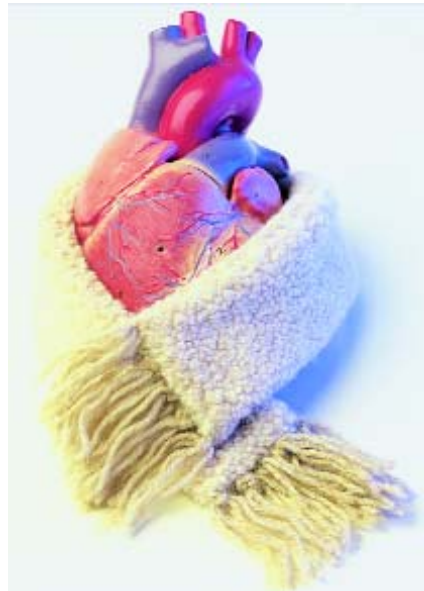


Foto: Grohs

Kardiologische Risikopatienten sind auch bei einigen kieferorthopädischen Maßnahmen mit einer Antibiose abzuschirmen.

Clindamycin i. v. 15 mg/kg KG (max. 600 mg) plus Gentamicin i. v. 2 mg/kg KG (max. 80 mg).

Wegen der Bakteriämie bereits nach dem Einsetzen von Separatoren ist eine Prophylaxe ab diesem Zeitpunkt bis zum Einsetzen der Bänder angezeigt.



Unabhängig von der Möglichkeit einer Prophylaxe muss abgewogen werden, ob der Nutzen einer kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahme das aktuelle Risiko rechtfertigt oder ob eine Maßnahme mit Bakteriämie-Risiko aufgeschoben oder ausgesetzt werden kann.

Prof. Dr. Dr. Gernot Göz,  
Universität Tübingen  
Osianderstraße 4

### Literatur:

1. Prevention of Bacterial Endocarditis: Recommendations by the American Heart Association by the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, JAMA 1997, 277: 1794 – 1801, Circulation 1997, 96: 358 – 366 and JADA 1997, 128: 1142 – 1150.
2. Ausweis für die Endokarditis-Prophylaxe. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (Stand Oktober 2000). Endokarditis-Patientenpass
3. The relationship between odontogenic bacteraemia and orthodontic treatment procedures. Europ J Orthod 2002, 24: 293 – 301

### Standard-Endokarditis-Prophylaxe

#### nach Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie

	Einmalige Dosis 30 – 60 Minuten vor dem Eingriff
<b>I Mund- und Rachenraum</b> (Zahn- und HNO-ärztliche instrumentelle Eingriffe diagnostischer und therapeutischer Art)	Penicillin oral* 50.000 E/kg KG (max. Dosis 2 Mega)
<b>II Verdauungstrakt und Harnwege</b> (instrumentelle Eingriffe diagnostischer und therapeutischer Art)	Ampicillin i. v. 50 mg/kg KG (max. Dosis 2 g) in Ausnahmen: Amoxicillin oral in gleicher Dosis
<b>III Haut</b> (Incision eines oberflächlichen Hautabszesses)	Flucloxacillin oral* 50 mg/kg KG (max. Dosis 2 g)

\* bei Operationen mit Beginn des Eingriffs intravenöse Gabe in gleicher Dosis



Seltene Tumoren im Arbeitsgebiet der Zahnheilkunde

# Desmoplastisches Melanom der Unterlippe

Martin Kunkel, Torsten E. Reichert



Abbildung 1: Ausgangsbefund einer knotigen Auftreibung der gesamten linken Unterlippe. Der Tumor liegt unmittelbar subcutan/submucös, durchbricht aber zu diesem Zeitpunkt die Haut beziehungsweise Schleimhaut nicht.

Der aktuelle klinische Fall

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



Abbildung 2: Zervikale Lymphknotenmetastase im sonographischen Längsschnitt, 8 Monate nach primärer lokaler Therapie.

## Kasuistik

Ein 78-jähriger Patient kam zur Aufnahme, nachdem seit einem halben Jahre eine progrediente, schmerzhafte Schwellung der linken Unterlippe aufgetreten war. Zu Beginn der stationären Behandlung bestand eine derbe, knotige Infiltration der gesamten linken Unterlippe bis knapp über die Mittellinie hinaus (Abbildung 1). Eine alio loco durchgeführte Biopsie hatte zu der Verdachtsdiagnose eines neurogenen Sarkoms geführt. Nach Tumorausbreitungsdiagnostik und Narkosevorbereitung wurde der Tumor mit einem Zentimeter Sicherheitsabstand im Sinne einer Zwei-Drittel-Resektion der Unterlippe entfernt. Unter der Verdachtsdiagnose eines neurogenen Sarkoms wurde der N. mentalis bis zum Niveau des F. mentale reseziert. Zur Rekonstruktion wurde ein vollschichtiger Wangenlappen in der Technik nach Bernard-Fries verwendet. Aus dem Gesamtresektat ergab sich schließlich unter Einsatz immunhistologischer Marker die abschließende Diagnose eines desmoplastischen Melanoms. Nach acht Monaten musste bei sekundärer zervikaler Metastasierung (Abb. 2) eine konservative Lymphknoten-dissektion angeschlossen werden. Nach diesem zweiten operativen Eingriff trat bislang über ei-

nen Zeitraum von weiteren zwei Jahren kein erneuter Progress der Erkrankung auf.

## Diskussion

Das desmoplastische Melanom ist eine seltene Variante des malignen Melanoms, die vor allem im sechsten und siebten Lebens-

jahrzehnt auftritt [Hessel und Byers 2002] und dann häufig die Gesichtregion betrifft. Rund vier Prozent aller Melanome sind dieser Gruppe zuzurechnen. Vom klinischen

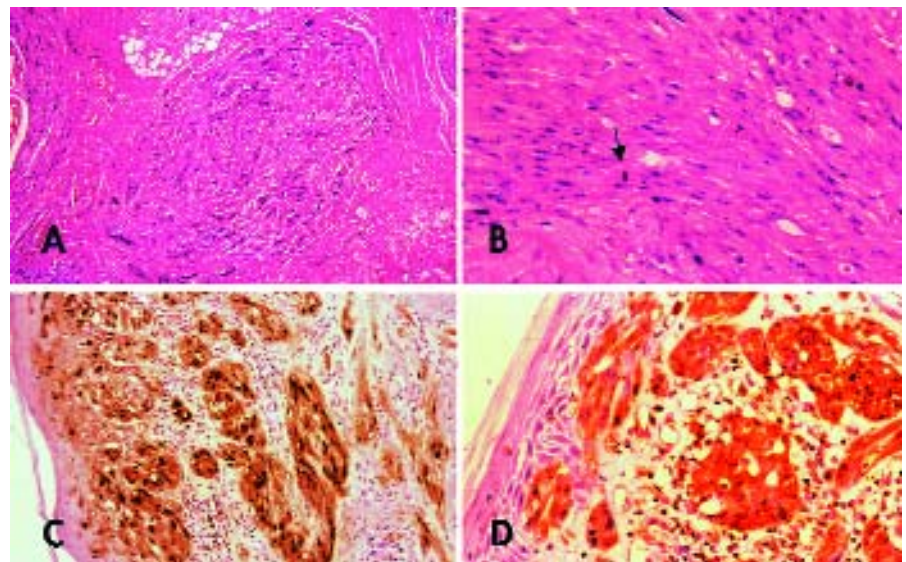


Abbildung 3: Histologische Aspekte des Tumors. Die Teilabbildung A zeigt Tumorzellen eingebettet in einem dichten kollagenfaserigen Stroma. Die Tumorzellen selbst erscheinen spindelförmig, vereinzelt sind Mitosen (→) erkennbar (B). In der immunhistologischen Untersuchung zeigt sich die Expression von S-100 (Teilabb. C) und Vimentin (Teilabb. D). (Die histologischen Bilder wurden freundlicherweise von Dr. J. Bohl, Abt. für Neuropathologie der Joh. Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Prof. Dr. H. H. Goebel) zur Verfügung gestellt.)

Erscheinungsbild erscheinen diese Tumoren typischerweise amelanotisch als derbe, knotenförmige Auftreibung der Haut beziehungsweise Schleimhaut. Der histologische Aspekt wird durch S-100 und Vimentin-positive Spindelzellen in einem dichten kollagenfaserigen Stroma (Desmoplasie) geprägt (Abbildung 3). Kennzeichnend für das biologische Verhalten ist eine ausgeprägte perineurale Invasionstendenz, die häufig zu lokalen Rezidiven führt. Die sekundäre Beteiligung der Halslymphknoten in unserem Fall war überaus ungewöhnlich, da eine lymphogene Metastasierung dieser Tumorentität generell nur sehr selten, etwa in vier Prozent der Fälle auftritt. Eine primäre chirurgische Lymphknotendisektion wird daher auch bei ausgedehnten Primärtumoren nur bei klinisch auffälligen Lymphknoten gefordert [Quinn et al. 1998]. Der klinische Nutzen einer Bestrahlung desmoplastischer Melanome wird in

der Literatur bisher nicht abschließend bewertet, in Einzelfällen wird über eine Bestrahlung rezidivierender Tumoren mit langfristiger Tumorremission berichtet [Anderson et al. 2002].

Da die desmoplastischen Melanome der Gesichtregion häufiger an der Unterlippe auftreten, betreffen sie zusammen mit dem oralen Schleimhautmelanom das Arbeitsgebiet der Zahnheilkunde. Im Gegensatz zu melanotischen Schleimhautmelanomen, die als pigmentierte Läsionen einen recht charakteristischen Aspekt haben, sind desmoplastische Melanome klinisch schlecht einzuordnen und lassen sich erst anhand einer histologischen Untersuchung verifizieren.

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

## Fazit für die Praxis

- Desmoplastische Melanome sind eine seltene Variante des malignen Melanoms. Die bevorzugte Lokalisation in der Gesichtregion ist die Unterlippe und betrifft daher das Arbeitsgebiet der Zahnheilkunde.
- Die Untersuchung der perioralen Weichteilstrukturen gehört auch in der zahnärztlichen Praxis zur Basisuntersuchung.
- Sämtliche Gewebeneubildungen sollten frühzeitig einer histologischen Untersuchung zugeführt werden.



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

*Die Gefahr aus dem Osten*

## SARS – Schweres akutes respiratorisches Syndrom

Christine Vetter

**Wohl keine Erkrankung hat in den letzten Wochen und Monaten derart viele Schlagzeilen gemacht wie SARS, das „schwere akute respiratorische Syndrom“ oder hier zu Lande auch „schweres akutes Atemwegssyndrom“ genannt. Obwohl die Infektion weitgehend auf den asiatischen Raum sowie auf Toronto beschränkt blieb, bestand und besteht möglicherweise infolge der hohen Mobilität unserer Gesellschaft eine weltweite Bedrohung. Denn Viren machen vor Grenzen nicht halt und lassen sich per Flugzeug bequem und in rasanter Geschwindigkeit in die ganze Welt verbreiten. Damit sind SARS und die potenzielle Ansteckungsgefahr in der Praxis auch ein Thema für jeden Zahnarzt.**



Foto: dpa

*Weil der Infektionsweg noch immer nicht ganz klar ist, werden äußerste Sicherheitsvorkehrungen angewandt.*

Verfolgt man die Presseberichte, so glaubt man sich in ein früheres Jahrhundert versetzt. Schulen, Theater und öffentliche Gebäude werden geschlossen, die Krankenhäuser sind heillos überfüllt, das wirtschaftliche Leben liegt lahm, Tausende von Menschen stehen unter Quarantäne und dürfen ihr Haus nicht mehr verlassen. Im Straßensbild sieht man nur noch Menschen mit Mundschutz. Das Szenario stammt jedoch nicht aus den Zeiten der Pest sondern hat eine traurige Aktualität, nachdem vor wenigen Monaten SARS in China ausbrach. Seit-

dem wird allenthalben unser Bewusstsein dafür geschärft, wie gefährlich durch Viren verursachte Infektionen nach wie vor sind. Sie sind zum Teil durch die rascheren Verbreitungsmöglichkeiten ohne entsprechende Schutzmaßnahmen sogar gefährlicher als in den Zeiten unserer Vorfahren. Denn unsere mobile Gesellschaft gibt den Viren bis dato ungeahnte Möglichkeiten, sich rasch über den gesamten Erdball zu verbreiten. Eine effektive Waffe hat die Medizin dem kaum entgegensetzen. Anders als bei den Bakterien, die durch Antibiotika

zumindest bedingt zu beherrschen sind, stehen die Ärzte den Viren weitgehend machtlos gegenüber. Denn ein Medikament, das Viren zuverlässig abtötet, gibt es nicht, wie spätestens seit HIV und AIDS allgemein bekannt sein dürfte. Bei SARS wie auch anderen viralen Infektionen bleibt als Strategie somit nur die Prävention, was nach Ausbruch der Krankheit bedeutet, dass alles getan werden muss, um deren Ausbreitung zu verhindern.

### Der Beginn von SARS

Die Geschichte von SARS reicht wahrscheinlich bis zum Ende des Jahres 2002 zurück. Schon im November des vergangenen Jahres traten, wie mittlerweile rekonstruiert wurde, die ersten Infektionen mit dem neuen Virus in China auf, und zwar in der Provinz Guangdong/Kanton. Von dort ausgehend hat sich das Virus in rasanter Geschwindigkeit ausgebreitet und wurde innerhalb weniger Wochen zu einer weltweiten Bedrohung. Die Infektion wurde in weiten Teilen Chinas zum Problem, legte vor allem in Hongkong das öffentliche Leben lahm und ebenso in Vietnam, Taiwan und Singapur.

Auch in Deutschland machte SARS rasch Furore: Der erste wahrscheinliche SARS-Fall in Europa betraf einen Arzt aus Singapur, der am 15. März in Frankfurt landete und wegen seiner respiratorischen Beschwerden behandelt wurde. Er überlebte die Infektion. Bis zum März 2003 wurden vier Todesfälle von SARS bekannt, und die Weltgesundheitsorganisation gab offizielle Warnungen zu SARS heraus. Die Infektionskrankheit selbst wurde innerhalb weniger Tage praktisch weltweit bekannt und zunehmend Thema in den Medien.

### Die aktuelle Lage

In Deutschland sind bisher sieben Personen wahrscheinlich an SARS erkrankt und behandelt worden, wobei nach Angaben des Robert Koch-Institutes in zwei Fällen Coronaviren nachgewiesen wurden. In allen Fällen wurde das Virus aus SARS-Regionen importiert, innerhalb Deutschlands gab es bislang keine Ansteckung.

Auch haben sich die Ängste vor einer weltweiten Seuche, die Millionen von Menschen dahin rafft, inzwischen weitgehend gelegt. Es hat sich gezeigt, dass die lokalen Maßnahmen sowie die weltweiten Bemühungen, die Virusausbreitung zu verhindern, greifen und die Infektion zumindest bislang vor allem auf die SARS-Regionen beschränkt geblieben ist.

In Peking, dem derzeitigen Zentrum der Krankheit, ist die Situation aber noch nicht unter Kontrolle. Zum Teil standen bis zu 10 000 Menschen dort unter Quarantäne, es kam zu Hamsterkäufen und zum praktisch völligen Erliegen des öffentlichen Lebens. In unglaublicher Geschwindigkeit wurde ein spezielles Krankenhaus für SARS-Patienten mit mehr als 1 000 Betten errichtet und dennoch steigen die Krankheitszahlen noch weiter an. Bislang erkrankten rund 2 000 Menschen in Peking an SARS und täglich kommen im Mittel immer noch 100 Fälle hinzu. Landesweit haben sich in China den offiziellen Angaben zufolge knapp 5 000 Menschen mit dem Virus angesteckt, mehr als 200 von ihnen sind verstorben.

Zu erneuter Besorgnis führten dabei jüngst Meldungen, wonach in Hongkong zwölf offenbar genesene SARS-Patienten einen Rückschlag erlitten haben und erneut behandelt werden mussten, was möglicherweise eine längere Überwachung der Infizierten notwendig macht.



Foto: dpa

Auch die Kleinsten tragen Mundschutz.

Vorsichtsmaßnahmen auch vor Ansteckung bei der Hochzeitsfeier.



Foto: rtr

Weltweit sind bislang rund 7 000 Personen wahrscheinlich an SARS erkrankt, wobei 28 Länder betroffen sind. 460 Menschen verstarben bisher an SARS. Zu den Ländern mit endemischer Übertragung gehören Kanada (Toronto), Singapur, Großbritannien (London) und insbesondere China und hier neben Guangdong vor allem Peking und Hongkong.

### Das Virus

Der SARS-Erreger gehört zur Gruppe der Corona-Viren. Diese wurden bislang nicht mit schweren Infektionen in Verbindung gebracht. Beim SARS-Virus handelt es sich um ein neues, bisher unbekanntes Virus, das vermutlich tierischen Ursprungs ist, also vom Tier auf den Menschen übergegangen ist. Das Virus lässt sich durch einen spezifischen SARS-Test identifizieren. Dieser PCR-Test weist direkt Bestandteile des Virus nach, und zwar aus dem Rachenabstrich oder aus Stuhlproben der potenziell infizierten Person.

Die Familie der Coronaviren umfasst insgesamt 13 Arten, welche vor allem Wirbeltiere befallen können. Das Virus ist durch einen RNA-Strang sowie durch seine äußere Hülle charakterisiert, die von Glykoproteinen, den so genannten „Spikes“ besetzt ist. Sie haben keulenförmige Enden, wodurch das Bild einer Sonnenkorona entsteht, was dem Virus wohl seinen Namen gegeben hat. Bislang war nur eine Coronavirusart bekannt, die Menschen infiziert. Sie ist für rund ein Drittel der Erkältungskrankheiten verantwortlich.

### Die Symptome – Verdacht auf SARS

Charakteristisch für SARS ist nach Angaben des Bernhard-Nocht-Institutes für Tropenmedizin in Hamburg ein plötzlicher Krankheitsbeginn, Fieber über 38,5 Grad, Muskelschmerzen sowie mindestens ein respiratorisches Krankheitszeichen, also entweder Halsschmerzen, Husten, Kurzatmigkeit oder eine Lungenentzündung. Treten diese Symptome gemeinsam auf und hielt sich der Betroffene drei bis zehn Tage zuvor in einer Region auf, in der SARS vorkommt, so besteht der Verdacht auf eine Infektion.

Dies ist, darauf weist das Institut ausdrücklich hin, aber nur der Fall, wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind. Schnupfen oder Husten ohne Fieber nach einer Rückkehr aus einem SARS-Gebiet begründen keinen zwingenden SARS-Verdacht, wie das Bernhard-Nocht-Institut mitteilt. Auch nach dem Kontakt mit einem SARS-Kranken bestehen kein Infektionsverdacht, wenn innerhalb von zehn Tagen keine Krankheitszeichen auftreten. In solchen Fällen sei lediglich auf besondere Symptome zu achten und gegebenenfalls umgehend ärztlicher Rat zu suchen.

### Die Übertragung

Nach dem derzeitigen Kenntnisstand kann das Virus durch direkten Kontakt und offensichtlich durch eine Tröpfcheninfektion, also beim Husten oder Niesen, übertragen werden sowie durch eine Schmierinfektion

Kontrolle am Flughafen: Mit dem „Entfernungs-Fiebermessgerät“ werden Reisende mit erhöhter Körpertemperatur herausgefischt.



Foto: dpa



Foto: indigo systems

## Schutz vor der Infektion

Grundsätzlich schützen kann man sich vor SARS durch das Meiden des Kontaktes mit infizierten Personen. Da bislang kein Fall einer hier in Deutschland erworbenen SARS-Infektion bekannt wurde, wird von den offiziellen Stellen das Infektionsrisiko

hier zu Lande derzeit als fehlend oder minimal eingestuft. Vorsicht ist allerdings geboten beim Kontakt mit offensichtlich erkrankten Personen, also mit Menschen, die unter Fieber und Atemwegssymptomen leiden und die sich in den vergangenen zehn Tagen in einer Region aufhielten, in der SARS auftritt. In einem solchen Fall ist die Infektion unverzüglich ärztlich abzuklären und jeder weitere enge Kontakt mit dieser Person zu vermeiden. Keine Ansteckungsmöglichkeit geht hingegen, so das Hamburger Institut, von Personen aus, die gesund aus einem Land mit SARS zurückkehren oder die mehr als zehn Tage nach der Rückkehr respiratorische Symptome entwickeln.

Wenngleich somit die Infektionsgefahr hier zu Lande offenbar gering ist, sollten aber diejenigen besondere Vorsicht walten lassen, bei denen derzeit eine Reise in ein Land mit SARS zwingend erforderlich ist. Sie sollten sich über die lokalen Auflagen der

(Stuhl-Mund), etwa bei der Pflege SARS-Infizierter. Es ist dabei ansteckender als ursprünglich vermutet wurde. Das Virus selbst kann in den Atemwegen und im Stuhl nachgewiesen werden, und die Ansteckung setzt offensichtlich einen direkten Personenkontakt voraus. Dafür spricht auch die Tatsache, dass das Virus in Südostasien auftrat, wo sehr viele Menschen auf zum Teil engstem Raum zusammen leben.

Das SARS-Virus ist widerstandsfähiger als andere Viren dieser Familie: Es kann bei Zimmertemperatur über 24 Stunden auf Plastikoberflächen überleben und wird auch durch Temperaturen unter Null Grad Celsius nicht abgetötet. Es ist jedoch hitzeempfindlich und übersteht Temperaturen von mehr als 56 Grad Celsius nicht. Außerdem kann es auch durch herkömmliche Desinfektionsmittel abgetötet werden. Das Risiko einer Übertragung über Gegenstände oder importierte Güter besteht nach Angaben des Bernhard-Nocht-Institutes nach bisheriger Kenntnis nicht, und das insbesondere nicht, wenn diese Güter mit der Post versandt werden. Auch geht offensichtlich von normalen sozialen Kontakten, wie etwa dem Sitzen im gleichen Raum oder auch in einem Flugzeug, der derzeitigen Kenntnis zufolge wahrscheinlich keine Infektionsgefahr aus.

## Panikmache

Glücklicherweise sind Mutmaßungen, SARS könne eventuell auch über aus Fernost importierten Zahnersatz übertragen werden, dem Bereich der ungerechtfertigten Panikmache zuzuordnen. Dieser Übertragungsweg kann nach Aussage des Robert Koch-Institutes nach derzeitigem Kenntnisstand aus verschiedenen Gründen als absolut unmöglich gelten. Entsprechende Hygienemaßnahmen vor Ort und der lange Transportweg sind hier nur als Stichworte zu nennen. Einen wesentlichen Punkt zur sicheren Unterbrechung eines theoretisch darstellbaren Infektionsübertragungsweges stellen jedoch auch Maßnahmen in den Zahnarztpraxen dar. Die in den Praxen zu ergreifenden Hygienemaßnahmen sollten sich hierbei nach wie vor an den Vorgaben der vom Robert Koch-Institut 1998 herausgegebenen „Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin“ sowie an den Vorgaben des von der Bundeszahnärztekammer im Jahre 2000 aktualisierten Hygieneplanes orientieren. Die dort geschilderten Desinfektionsmaßnahmen gewährleisten bei deren Befol-

gung nach Auskunft des Robert Koch-Institutes in ausreichendem Maße Schutz vor einer Infektionsübertragung. Die in der Zahnmedizin etablierten Verfahren erhalten somit neue Aktualität. Aus diesem Grunde soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die so genannten RKI-Hygiene-Empfehlungen, die seinerzeit im Bundesgesundheitsblatt und in den Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlicht wurden, heute auf der Website des Robert Koch-Institutes unter [www.rki.de/GE-SUND/HYGIENE/HYGZAHN.PDF](http://www.rki.de/GE-SUND/HYGIENE/HYGZAHN.PDF) abgerufen werden können.

Der Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer oder ein Hygieneplan vergleichbaren Inhaltes sollte schon allein auf Grund verschiedener rechtlicher Vorgaben in der Praxis vorhanden sein. Der Punkt 6 der oben erwähnten Hygiene-Empfehlungen fordert ebenso wie der Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer eine Desinfektion von Werkstücken bei Eingang und bei Verlassen in der Praxis mit entsprechend geeigneten Verfahren und Mitteln.

M. Krone

Gesundheitsbehörden im Reiseland informieren und vor Ort Menschenansammlungen meiden und stets eine Atemschutzmaske mit sich führen. Auf Begrüßungsrituale wie Küsse oder Händeschütteln sollte unbedingt verzichtet werden und es sollte streng auf eine gute Hygiene (Händewaschen und mehr) geachtet werden.



Foto: dpa

Überall, wo viele Menschen zusammenkommen, wie hier in der Kirche, schützen Sie sich mit Mundschutz.

## Der Verlauf

Den typischen Verlauf von SARS kennen die Mediziner inzwischen relativ genau: Die Inkubationszeit liegt bei zwei bis vier Tagen und nach derzeitigem Kenntnisstand maximal bei zehn Tagen. Die Erkrankung beginnt mit ersten, eher milden Symptomen, es kommt zu Fieber, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen, was zunächst an einen grippalen Infekt denken lässt, weil respiratorische Symptome in diesem Stadium meist noch nicht auftreten.

Die Symptome verstärken sich kontinuierlich, allerdings ist es ebenso möglich, dass zunächst eine Entfieberung eintritt, ehe die Krankheit dann weiter fortschreitet. Üblicherweise tritt dabei zwischen dem dritten und dem siebten Krankheitstag ein trockene

ner Husten auf, es kommt zu Atemnot und bei rund jedem zehnten Patienten muss die Atmung unterstützt werden und das möglicherweise bis hin zur künstlichen Beatmung. Rund 96 Prozent der Erkrankten genesen nach der Infektion. Trotz intensivmedizinischer Betreuung ist aber ein Teil der Patienten nicht zu retten und verstirbt.

Diejenigen, die die Erkrankung überleben, erholen sich in aller Regel ungewöhnlich rasch. Sie erleben relativ plötzlich eine spontane Besserung der Beschwerden und fühlen sich anschließend auffallend schnell wieder wohl.

## Therapie

Eine effektive, kausale Therapie von SARS gibt es bislang nicht. Behandelt wird unter anderem mit Virostatika, wie dem Wirkstoff Ribavirin, welche auch bei viralen Hepatitiden eingesetzt werden. Auch Kortikoide werden gegeben, doch eine kausale zielgerichtete antivirale Therapie ist nicht etabliert. Die Behandlung erfolgt symptomatisch, wobei unter anderem auch versucht wird, durch Antibiotika bakterielle Superinfektionen zu verhindern. Nach Ansicht deutscher Forscher wird es möglicherweise nur noch wenige Monate dauern, einen Hemmstoff zu finden, der den SARS-Erreger außer Gefecht setzt, wie die Ärztezeitung aktuell schreibt. Forschern der Uni Lübeck ist es gelungen, die Struktur eines Schlüsselenzyms des Viruserregers aufzuklären. Ein Wirkstoff, der jetzt gegen Rhinoviren geprüft wurde, könnte eine gute Basis zur Hemmstoffentwicklung sein.

## Reiseempfehlungen

Allgemein wird derzeit von Reisen in Länder, in denen SARS vorkommt, abgeraten. Das ist durch das dort erhöhte Infektionsrisiko bedingt wie auch durch die Tatsache, dass die Einrichtungen des Gesundheitsdienstes vor Ort zum Teil erheblich überlastet sind und somit für die allgemeine medizinische Betreuung im Krankheitsfall nur bedingt zur Verfügung stehen.

Die Weltgesundheitsorganisation rät vor dem Hintergrund von SARS derzeit von

## zm-Info

### SARS-Infektion erfolgt nicht über Zahnersatz aus China

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) weist Mutmaßungen des Präsidenten der Zahnärztinnen als „Spiel mit der Angst“ vehement zurück

Als „verantwortungslose Panikmache“ hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Warnung des Präsidenten der Zahnärztinnen, Lutz Wolf, vor möglicher Ansteckung von Patienten mit dem SARS-Virus über aus China importierten Zahnersatz zurückgewiesen. In einem Zeitungsinterview hatte Wolf behauptet, es bestehe die theoretische Möglichkeit, dass Patienten die Lungenseuche über Zahnersatz aus SARSgefährdeten Staaten direkt implantiert werde. Nach Aussage des Robert Koch-Instituts und auf Grund der aktuellen Erkenntnisse der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Überlebensfähigkeit des Virus schließt die Bundeszahnärztekammer eine solche Infizierung unter den Kautelen der für die Zahnarztpraxen vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen über Zahnersatz aus.

„Was Herr Wolf hier treibt, ist ein durchsichtiges Spiel mit der Angst, um lästige Konkurrenten auszuschalten. Patienten sollten sich von solchen irreführenden, auf reiner Mutmaßung basierenden Horror-Szenarien nicht verunsichern lassen“, erklärt die Bundeszahnärztekammer. BZÄK

Reisen in die Provinz Guangdong und Hongkong sowie nach Beijing und in die Provinz Shanxi in China ab. Die Reisevarnung für das kanadische Toronto wurde inzwischen wieder aufgehoben, nachdem dort über zwei Wochen lang niemand mehr an SARS erkrankte.

Reisende im Transit in internationalen Flughäfen dieser Region sind von dieser Empfehlung jedoch nicht betroffen. Für Fragen zu Reisen ist das Auswärtige Amt zuständig und zu erreichen unter [www.auswaertigesamt.de](http://www.auswaertigesamt.de) oder telefonisch unter 030-5000-2000 oder 030-5000-44444.

Christine Vetter  
Merkenicher Str. 224  
50735 Köln

*Repetitorium*

## Übergewicht

Christine Vetter

**Übergewicht und auch die Fettsucht, die Adipositas, sind im wahrsten Sinne des Wortes zunehmende Probleme in unserer Gesellschaft, denn die Zahl der Dicken steigt hier zu Lande und allgemein in der westlichen Welt seit Jahren an. Das hat erhebliche gesundheitliche und damit auch wirtschaftliche Konsequenzen. Es gibt deshalb immer wieder Appelle von Ernährungswissenschaftlern wie auch Ärzten, gegen das Übergewicht vorzugehen, und das unterstützt durch Schulungsprogramme und gegebenenfalls auch medikamentös oder sogar chirurgisch.**



*Der Ausschlag in die falsche Richtung ist frustrierend und nicht immer so einfach zu beeinflussen.*

Foto: PhotoDisc

In den vergangenen Jahren ist ein dramatischer Anstieg der Zahl übergewichtiger und sogar adipöser Menschen in der westlichen Welt zu registrieren. Einer der Gründe hierfür dürfte in unseren modernen Lebensbedingungen liegen. Sie gehen mit einem Überangebot verführerisch beworbener und stets verfügbarer Nahrungsmittel einher, was leicht eine erhöhte Kalorienaufnahme nach sich zieht. Dem steht jedoch andererseits eine vorwiegend sitzende Tätigkeit und dadurch bedingt ein Bewegungsmangel gegenüber, der seinerseits einen eingeschränkten Kalorienbedarf be-

dingt. Es kommt zu einem Ungleichgewicht von Kalorienaufnahme und Kalorienverbrauch, und die überschüssige Energie wird in Form von Triglyceriden in den Fettzellen des Körper eingelagert – ein in früheren Zeiten vernünftiges Prinzip, das auch in den damals praktisch immer folgenden Hungerzeiten das Überleben sicherte.

### Ein gewichtiges Problem

Wie gravierend das Problem des Übergewichtes inzwischen geworden ist, zeigen am ehesten Zahlen. So wurde in einem na-

tionalen Gesundheitssurvey im Jahre 1998 ermittelt, dass in Deutschland 24,5 Prozent aller Männer und Frauen zwischen 18 und 79 Jahren nicht nur übergewichtig sondern per definitionem bereits adipös sind.

Das Problem ist keineswegs auf Deutschland oder auf die westliche Welt beschränkt, vielmehr scheint die Adipositas allgemein epidemieartige Ausmaße anzunehmen. So gelten weltweit inzwischen mehr als 250 Millionen Menschen als übergewichtig. Rund 150 Millionen von ihnen dürften den Schätzungen zufolge in den USA leben, wo mittlerweile mehr als 60 Prozent der Erwachsenen und mehr als 13 Prozent der Kinder übergewichtig oder adipös sind. In Deutschland ist nach den aktuellen Erhebungen im Rahmen des MONICA-Projektes in Augsburg jeder zweite Erwachsene übergewichtig und rund jeder fünfte adipös.

Und auch in den so genannten Entwicklungsländern steht längst nicht mehr nur die Mangelernährung an. Denn so wie der westliche Lebensstil mit Fastfood, Coca-Cola und mangelnder Bewegung in diesen Ländern Einzug hält, nehmen auch dort das Übergewicht und die Adipositas an Häufigkeit zu.

### Eigenständiges Krankheitsbild

Trotz vielfacher Appelle und Aufklärungskampagnen über die Gesundheitsgefahren des Übergewichtes ist es bislang nicht gelungen, dessen epidemiehafte Ausbreitung einzudämmen. Eine Grund hierfür dürfte nach Professor Dr. Arya Sharma von der Universität Berlin darin liegen, dass die Adipositas allen wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Trotz von weiten Teilen der Bevölkerung, aber auch von so manchem Arzt, nicht als Krankheit wahrgenommen, sondern eher als kosmetisches Problem betrachtet wird.

Es wird nach Sharma noch viel zu wenig realisiert, dass das krankhafte Übergewicht ein eigenständiges und komplexes Gesundheitsproblem darstellt, das einer langfristigen und spezialisierten Behandlung bedarf.

## Gesundheitliche Folgen

Übergewichtige Menschen sind gegenüber verschiedensten Gesundheitsstörungen weit anfälliger als Normgewichtige. Sie entwickeln sehr viel häufiger einen Bluthochdruck und auch der Typ 2-Diabetes ist in aller Regel mit Übergewicht assoziiert. Das gilt ebenso für Fettstoffwechselstörungen, wobei alle drei Situationen, also Bluthochdruck, zu hohe Fettspiegel im Blut sowie eine diabetische Stoffwechsellage, die Blutgefäße schädigen, den Weg in die Arteriosklerose bahnen und so mit einem erhöhten Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle verbunden sind. Übergewichtige Menschen tragen damit ein erhebliches Risiko für Folgeerkrankungen und insbesondere für kardiovaskuläre Störungen, und es wurde in Studien nachgewiesen, dass die kardiovaskuläre Mortalität bereits bei noch vergleichsweise geringem Übergewicht (Body-Mass-Index über 25 bei Frauen und über 26,5 bei Männern) signifikant erhöht ist. Durch das Übergewicht, das schwer auf den Gelenken lastet, werden insbesondere die Gelenke der unteren Extremität über Gebühr beansprucht und es kommt vergleichsweise häufig zu Gelenkerkrankungen, die dann Knieoperationen oder ein künstliches Hüftgelenk erforderlich machen können. Außerdem ist durch epidemiologische Untersuchungen bekannt geworden, dass Übergewicht offenbar auch die Entwicklung von Tumorerkrankungen begünstigen kann, ein Zusammenhang, der beim Brust- und auch beim Darmkrebs gesehen wird.

## Wirtschaftliche Belastung

Durch die erhöhte Morbidität hat das Übergewicht für die Gesellschaft auch wirtschaftliche Konsequenzen: Die direkten Folgekosten der Erkrankung belaufen sich nach Angaben von Professor Sharma in

Deutschland auf rund 15 bis 20 Milliarden Euro. Sie entsprechen damit etwa sieben bis acht Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen.

## Definition von Übergewicht und Adipositas

Als normal gilt ein Body-Mass-Index (BMI) bis zu 25 kg/m<sup>2</sup>. Darüber spricht man von Übergewicht und ab einem BMI von 30 kg/m<sup>2</sup> von einer Adipositas und ab einem BMI von 40 kg/m<sup>2</sup> von einer Adipositas magna mit entsprechend hohen Gesundheitsrisiken. Legt man diese Definition zugrunde, so ist nach Professor Dr. Hans Hauner vom Diabetesforschungsinstitut in Düsseldorf jeder dritte Deutsche Übergewichtig. Nach den Empfehlungen der Deutschen Adipositas Gesellschaft muss abge-

speckt werden, wenn

- der BMI den Wert von 30 erreicht oder überschreitet,
- der BMI zwischen 25 und 29,9 liegt und ein stammbetontes abdominelles Fettverteilungsmuster vorliegt,
- begleitende Risikofaktoren, wie ein Diabetes oder eine Hypertonie, bekannt sind,
- andere Krankheiten bestehen, die durch eine Gewichtszunahme verschlimmert werden können, zum Beispiel eine Herzinsuffizienz, ein Asthma bronchiale oder Arthrosen.

## Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Ein besonderes Problem stellt Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen dar und auch hier ist die Rate der Betroffenen steigend. So beginnt nach Professor Hauner bei fünf bis zehn Prozent der Deutschen die Adipositas bereits im Kindes- und Jugendalter. Weltweit geht man derzeit von 22 Millionen übergewichtiger Kinder unter fünf Jah-

ren (!) aus und in den USA wurde in den letzten 30 Jahren eine Verdoppelung der Zahl übergewichtiger Kinder registriert. Seit Jahren schon schlagen die Experten deshalb Alarm und weisen darauf hin, dass das Problem sich dramatisch verschärft.

Denn Kinder und Jugendliche sind besonders gefährdet, wenn sie übergewichtig werden. So gibt es Berichte aus den USA, dass dort die Zahl der Kinder mit einem Typ 2-Diabetes – früher auch Altersdiabetes genannt – massiv ansteigt. Diese Diabetesform ist geht fast immer mit Übergewicht (und auch mit Bluthochdruck und einer Fettstoffwechselstörung) einher und birgt ein hohes Potenzial für Gefäßschäden und einen vorzeitigen Tod durch Herz-Kreislaufkomplikationen.

Dafür, dass die Erkrankung zunehmend schon im Kindesalter auftritt, machen die Experten neben den Essgewohnheiten und vor allem dem FastFood das geänderte Freizeitverhalten verantwortlich. So bewegen die Kinder sich heutzutage erheblich weniger als früher draußen an der frischen Luft und ziehen in der Regel Fernsehen und Computer der sportlichen Aktivität vor, was ähnlich wie beim Erwachsenen den Weg zu Übergewicht und Adipositas bahnt.

## Speck ist nicht gleich Speck

Allerdings ist Fettgewebe nicht gleich Fettgewebe. Man unterscheidet vielmehr das braune und das weiße Fettgewebe, wobei ersteres insbesondere der Wärmeproduktion dient. Es findet sich vor allem im Tierreich und hier speziell bei kleinen Nagetieren, die ohne dieses Gewebe durch ihr ungünstiges Oberflächen/Volumen-Verhältnis erhebliche Probleme mit der Thermoregulation hätten. Beim Menschen spielt das braune Fettgewebe praktisch nur bei Neugeborenen und Säuglingen eine wichtige Rolle, indem es sie vor Wärmeverlusten bewahrt.

Völlig andere Aufgaben hat das weiße Fettgewebe, es fungiert als Energiedepot und speichert die Energie in Form von Triglyceriden. Dies geschieht in Zeiten des Nahrungsüberflusses, damit in Zeiten des Nahrungsmangels Energie aus dem weißen

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

**NEU: Bei zm-online.de können Sie die letzten 50 zm-Repetitorien lesen!!**



Fettgewebe bereitgestellt werden kann, so dass der Organismus auch in Hungerszeiten überleben kann. Stellen sich solche Hungerszeiten nicht ein und lebt der Mensch ständig im Überfluss, wie dies für unsere moderne Gesellschaft charakteristisch ist, so kommt es zu einer übermäßigen Bildung von weißem Fettgewebe und somit zur Fettsucht, zur Adipositas.

regulieren. Der wohl bekanntestes Botenstoff in dieser Hinsicht ist das Leptin, ein körpereigenes Hormon, das ursprünglich bei Mäusen entdeckt wurde. Es wird von Fettzellen gebildet und hat quasi die Funktion eines Anti-Adipositas-Faktors. Denn es meldet Energiereserven zum Gehirn und zwar konkret an den Hypothalamus, was im Normalfall zur Bildung von Neuropeptiden

## Behandlung von Übergewicht und Adipositas

Schwierig ist die Behandlung der Adipositas. Die meisten Betroffenen versuchen immer wieder, durch Diäten Kilos los zu werden, doch die Versuche verlaufen zumeist frustant. Zwar gelingt es in aller Regel, in einigen Wochen oder Monate eine durchaus beachtliche Zahl an Kilos abzunehmen, dieser Erfolg aber ist nur selten von Dauer. Denn der Körper stellt sich automatisch auf die geringere Nahrungszufuhr ein und drosselt seinen Grundumsatz. Isst der Übergewichtige dann wieder normal nachdem er sein Zielgewicht erreicht hat, so bleibt die Drosselung zunächst noch erhalten, der Körper ist auf eine geringere Kalorienzufuhr programmiert. Das erklärt, warum nach der Abspeckkur sehr rasch wieder zugenommen wird, obwohl der Betreffende vermeintlich „normal“ isst. Die verlorenen Kilos sind dadurch rasch wieder auf den Hüften – und oft noch ein bis zwei Kilogramm zusätzlich, ein Phänomen, das auch als Jo-Jo-Effekt bekannt ist.

Hinzu kommt, dass viele Diäten einseitig sind und somit Mangelerscheinungen provozieren können. Deshalb plädieren die Ernährungsexperten dafür, statt Diäten eine allgemeine Umstellung des Ernährungsverhaltens zu propagieren. Konkret bedeutet dies, dass der Übergewichtige eine niedrig energetische Kost anstreben soll, was in aller Regel heißt, dass er sich primär fettarm ernähren sollte.

Begleitet werden sollte die Ernährungsumstellung durch ein spezielles Bewegungsprogramm, um den Kalorienverbrauch zu forcieren.

## Medikamentöse Hilfe

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die allgemeinen Maßnahmen zu unterstützen und zwar medikamentös durch Wirkstoffe wie das Sibutramin, welches das Sättigungszentrum im Gehirn beeinflusst sowie durch Orlistat, welches die Fettaufspaltung im Darm hemmt. Für beide Präparate ist in Studien belegt worden, dass sie zu einer Gewichtsreduktion beitragen und parallel



*Der Griff in den Kühlschrank hilft nicht beim Abspecken, sondern eher ein gezieltes Diät-Ernährungsprogramm.*

Foto: Fatrathleite

Als besonders gefährlich gilt das viszerale Fettgewebe, also der berühmten Speckgürtel in der Bauchregion. Liegt der Taillenumfang bei Frauen über 90 Zentimetern und bei Männern über 100 Zentimetern, so besteht nach Hauner Handlungsbedarf, da unabhängig vom Körpergewicht von einem erhöhten Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen auszugehen ist.

## Fettgewebe – ein endokrines Organ

Allerdings hat das Fettgewebe nach neueren Erkenntnissen noch eine weitere Funktion, denn es dient auch als endokrines Organ: Es bildet bioaktive Peptide und Proteine, die an der Steuerung zahlreicher Körperprozesse beteiligt sind. Unter anderem ist das Fettgewebe dabei selbst an der Regulation der Gewichtshomöostase beteiligt, es produziert Botenstoffe, die das Essverhalten und damit das Körpergewicht

führt, die ein Sättigungsgefühl induzieren und so die Nahrungsaufnahme regulieren. Leptin wirkt somit als Adipositasbremse und es lag die Vermutung nahe, das Hormon als Therapieoption gegen die Adipositas entwickeln zu können. Diese Hoffnungen aber haben sich bislang nicht bestätigt. Zwar konnte gezeigt werden, dass die Leptinpiegel auch beim Menschen mit der gespeicherten Fettmenge korrelieren, und in Einzelfällen waren entsprechende Therapieversuche auch erfolgreich, für die breite Masse der Adipösen scheint die Behandlung mit Leptin nach neueren Erkenntnissen aber wenig Erfolg versprechend zu sein. In jüngster Zeit sind nun andere Botenstoffe in die Diskussion geraten, und zwar das Ghrelin, ein Signal, das im Magen sezerniert wird und Hunger signalisiert, sowie das Peptid YY3-36, das dem Hunger steigenden Ghrelin entgegen wirkt. Ob sich einer dieser neuen Kandidaten als Therapieoption für die Adipositas entwickeln lässt, ist derzeit noch völlig offen.



Foto: sciencenews

*„Dick macht lustig“ ist längst out und eher lebensverkürzend.*

dazu zu einer Reduktion des Blutdrucks sowie einer günstigen Beeinflussung der metabolischen Situation.

Sibutramin greift dabei in den Serotonin- und Noradrenalin-Stoffwechsel ein und bewirkt über diesen Weg ein rascheres Sättigungsgefühl. Es steigert außerdem geringfügig den Energieverbrauch. Bei adipösen Diabetikern wurde nach Hauner durch diese Medikation bei entsprechender Schulung ein zusätzlicher Gewichtsverlust von durchschnittlich drei bis sechs Kilogramm registriert. Allerdings muss mit Nebenwirkungen gerechnet werden, wobei Mundtrockenheit, Schlafstörungen und eine Neigung zur Obstipation im Vordergrund stehen. Kontraindikationen für Sibutramin sind eine unkontrollierte Hypertonie, eine fortgeschrittene koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen sowie psychiatrische Erkrankungen.

Orlistat hemmt im Darm das Enzym Lipase, welches für die Fettverdauung wichtig ist. Diese wird durch die Medikation um rund 30 Prozent vermindert, das Medikament wirkt somit vor allem bei fettreicher Kost. Die mittlere zusätzliche Gewichtszunahme bei entsprechendem Schulungsprogramm lag gegenüber alleiniger Schulung nach Hauner in den Studien bei drei bis vier Kilogramm. Bei Diabetikern wurde von einem mittleren Gewichtsverlust von zwei Kilogramm bei gleichzeitiger Verbesserung der Stoffwechselsituation berichtet. Allerdings kann auch Orlistat Nebenwirkungen bedingen. Im Vordergrund stehen Fettstühle und Meteorismus, und in rund zehn Prozent der

Fälle kommt es zu einem deutlichen Abfall der Serumkonzentration fettlöslicher Vitamine.

Es gibt darüber hinaus die Möglichkeit, mit Hilfe von Quellstoffen für eine vorzeitige Sättigung zu sorgen und so die Gewichtsreduktion zu unterstützen.

Doch auch medikamentös unterstützt werden die Abspeckversuche in aller Regel erfolglos bleiben, wenn sie nicht durch spezielle Schulungsprogramme begleitet werden. In diesen lernt der Patient, wie er dem Übergewicht langfristig begegnen kann, er erhält Tipps zur Umstellung seiner Lebensweise und wird immer wieder in seiner Motivation zur Gewichtsabnahme bestärkt. Geschieht dies konsequent, so kann dauerhaft Gewicht reduziert werden, wobei schon eine Senkung des Körpergewichtes um fünf bis zehn Prozent, wie sie langfristig mit solchen Methoden erzielt und auch gehalten werden kann, die Gesundheitssituation entscheidend verbessert.

### **Notfalls hilft nur der Griff zum Skalpell**

Als weitere Therapiemöglichkeit bieten sich operative Verfahren an, bei denen es allgemein darum geht, den Magen zu verkleinern und dadurch die Nahrungsaufnahme per se zu bremsen. Die Verfahren sind – allein schon bedingt durch die gesundheitliche Belastung des Patienten – mit Risiken behaftet und erst ab einer Adipositas magna, also ab einem BMI über 40 mg/m<sup>2</sup> medizinisch indiziert. Mit den chirurgischen Verfahren lassen sich den derzeitigen Erfahrungen zufolge Gewichtsreduktionen von 20 bis 40 Kilogramm erzielen. Allerdings bedürfen die Patienten auch postoperativ einer kontinuierlichen und langfristigen Betreuung. ■

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

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

15. Jtg. des AK Psychologie und Psychosomatik in der ZHK

## Zusammenhang zwischen Ästhetik und Psychologie

**Das Generalthema der diesjährigen Tagung des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde lautete: Psychologie und Ästhetik – Anspruch und Wirklichkeit. Angesichts des jüngsten Urteils des Berliner Finanzgerichtes zur Umsatzsteuerpflicht „medizinisch nicht indizierter Leistungen“ durchaus ein brisantes Thema.**

Dr. Annerose Meischner-Metge, Leipzig, stellte in ihrem Einführungsreferat einen bedeutenden Gelehrten des 19. Jahrhunderts vor, der als Begründer der experimentellen Ästhetik gilt: Gustav Theodor Fechner, den meisten naturwissenschaftlich Ausgebildeten durch das „Weber-Fechnersche Gesetz“ bekannt. Damit war der Bezug von Tagungsort und Tagungsthema zwanglos gegeben: Fechner lebte und lehrte lange Zeit in Leipzig, wurde 1883 dort Ehrenbürger. Prof. Jean-François Roulet, der jüngst von der Berliner Charité in die Industrie-Forschung wechselte, betonte die heutzutage allzu oft vergessene Regel: Ziel der zahnmedizinischen Ästhetik ist nicht primär „Schönheit“ sondern „natürliches“ Aussehen, das durch nicht wahrnehmbare Korrekturen erzeugt wird. Er verneinte die Gleichsetzung von Ästhetik und Luxus. Durch seine Definition als Wiederherstellung der Natürlichkeit erklärte er die ästhetische Zahnmedizin ausdrücklich als Beitrag zur Gesundheit nach WHO-Definition und grenzte sie von Menschen verändernden Eingriffen ab. Als ehemaliger Ordinarius für Zahnerhaltung betrachtete er das Thema Ästhetik neben dem berufspolitischen Aspekt natürlich auch aus technischer Sicht. Mit modernen Materialien seien perfekte Ergebnisse nur erzielbar, so der Referent, wenn der Zahnarzt die jeweiligen optischen Eigenschaften kenne und beispielsweise auch in der Lage sei, „keramisch zu denken“.

### Schönere Zähne machen erfolgreichere Menschen

Dr. Jutta Margraf-Stiksrud, Marburg, untersuchte, ob eine zahnärztlich-ästhetische Behandlung durch Verbesserung der sozialen Anerkennung zur psychischen Gesundheit, zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität

beitragen kann. Denn schließlich gehöre nunmehr auch das „sozial ansprechende Lächeln“ zur Mundgesundheitsdefinition. Sie wies darauf hin, dass Attraktivität automatisch mit den Attributen „liebenswert, gut, klug“ gekoppelt werde. Attraktive würden besser behandelt, zum Beispiel weniger streng bestraft oder auch besser bezahlt, sie



Fotos: MEV/Uni Leipzig

Tagungsort Leipzig: Altes Rathaus und „Der steile Zahn“, daneben das Uni-Gebäude

haben Lebensvorteile! Es zeigte sich, so die Referentin, dass weniger attraktive Menschen auch mit weniger Augenkontakten und Gesprächen bedacht würden. Bei der Bewertung der Zähne als Attraktivitätsfaktor stellte sich heraus, dass sie abgesehen von den sofort sichtbaren Aspekten weniger wichtiger waren. Dabei erschien die Zahnfarbe wichtiger als die Zahnstellung. Andererseits seien unattraktive Zähne bei Kindern der häufigste Grund für Hänseleien. Die Frage aber, ob sich attraktive Menschen auch selbst besser fühlten, wurde verneint, relevant hierfür sei die subjektive Attraktivität, die deutlich von der objektiven abweichen könne. Die interessante Schlussfolgerung war, dass das Ziel ästhetischer Verbesserung nicht die sprichwörtliche Bild-Schön-

heit wäre, sondern ein durchschnittliches, dem sozialen Standard angepasstes Aussehen. Damit wird eine ausreichende Zuwendung durch wichtige Bezugspersonen ermöglicht. Ein spezielles Problem stellten dagegen die körperdysmorphen Störungen (Dysmorphophobie) dar, hier dürfe keineswegs der Versuch einer „ästhetischen Therapie“ unternommen werden. Anzeichen für ein solches Geschehen könnten unter anderem eine zwanghafte Beschäftigung mit einem vermuteten Makel, nicht mit dem Befund korrelierende Beschwerden und eine deutliche Trennung von Ästhetik und Funktion sein.

Dr. Inge Staehle und cand. med. dent. Katrin Stingel untersuchten an der Erlanger Zahnklinik den Bedarf an Zahn-Ästhetik: 80 Prozent der Beteiligten hielten die Zähne für funktionell wichtig, nur 79 Prozent stellten das allgemeine Wohlbefinden in den Vordergrund. Die Autorinnen unterteilten die Probanden anschließend in drei Gruppen:

**a)** Schmerzfreie und Patienten

mit akuten Schmerzen,

**b)** Patienten mit craniomandibulären Dysfunktionen und

**c)** Patienten mit psychogener Zahnersatz-Unverträglichkeit und mit somatoformen Schmerzstörungen, und fragten nach der Wichtigkeit der Ästhetik des Gesichts, der Zähne, der Figur und nach der Wichtigkeit der Zähne für das allgemeine Wohlbefinden. Interessanterweise fand sich nur ein signifikanter Unterschied: Für die chronischen Schmerzpatienten der Gruppe c (die also längerfristig auf ihre Zähne fokussiert sind) waren die Zähne eindeutig wichtiger für das Wohlbefinden als für die Ästhetik. Ästhetische Verbesserungen sind in dieser Gruppe also wenig hilfreich, statt dessen sollte hier eine Wahrnehmungsschulung stattfinden.

Cand. med. dent. Judith Karbe, Leipzig, berichtete von dem Zusammenhang zwischen

ästhetischem Empfinden und der Mundhygienemotivation bei 200 Brandenburger Jugendlichen. 50 Prozent hatten ein stark ausgeprägtes ästhetisches Empfinden (mehr Mädchen als Jungen), nur bei 19 Prozent war dies nicht oder nur gering ausgeprägt. Diese Einstellung bestätigte sich im positiven Hygieneverhalten. Insgesamt zeigte sich aber auch, dass die Aufklärung über Mundhygiene noch unzureichend sei.

Eine ähnliche Untersuchung bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spaltpatienten präsentierte Dr. Anja Kirchberg, Leipzig. Im Vergleich zu einer gleichaltrigen Gruppe waren für die Spaltträger gesunde Zähne deutlich wichtiger und die sonst üblichen geschlechtsspezifischen Unterschiede traten nicht auf. Spaltträger zeigten eine höhere Selbstaufmerksamkeit. Sie strebten deutlich weniger in Berufe mit viel Kommunikation. Schlussfolgernd wurde gefordert, das Behandlungsteam um eine intensive psychotherapeutische Kompetenz zu erweitern.

Einigen Protest erzeugte PD Dr. Ulrich Klages, Mainz, beim Publikum mit der Bemerkung, die Kieferorthopädie sei DIE Ästhetik-Disziplin schlechthin. Immerhin konnte er zeigen, dass die Meinung „Was schön ist, ist gut“ sehr weit verbreitet ist. Das dentale Selbstvertrauen läge in der Regel unter 45 Prozent, es sinke schon bei minimalen Abweichungen der für ideal gehaltenen Zahnstellung. Mit verschiedenen validierten Fragebögen fand Klages unter anderem, dass sich die Befragten, die der dentalen Ästhetik eine hohe Bedeutung zumaßen, bei leichten Fehlstellungen auch am stärksten sozial beeinträchtigt fühlten.

Mit der Motivation bei jüngeren Vorschulkindern befasste sich Dr. Ina Paul, Leipzig. Sie verglich den Nutzen der allgemein üblichen Mundhygiene-Demonstration an überdimensionierten Gebissmodellen mit drei Alternativmethoden. Dabei stellte sich heraus, dass die Kinder nach der Modelldemonstration am wenigsten in der Lage waren, die Zahnputzbewegungen auf sich zu



übertragen. Am besten konnten sie dies von einer beliebten Modellperson seitengleich und vor einem Spiegel übertragen. Nachdem bei Erwachsenen ein ähnliches Ergebnis gefunden wurde, dürfen die bis vor kurzem als Standardmethode geltenden Demonstrationsmodelle wohl nun getrost „entsorgt“ werden.

### Marketing im ZMK-Studium erlernen

Dem Aspekt der Kommunikation Zahnarzt-Patient widmete sich die Dipl.-Psychologie Marie-Luise Metzger, Aachen. Sie berichtete von einer speziellen Trainingsmethode für die Aachener Zahnmedizinstudenten, mit der sie auf den später in eigener Praxis notwendigen Komplex Marketing-Verkauf-Dienstleistung vorbereitet werden. Mit Hilfe von videoaufgezeichneten Rollenspielen übten die Studenten des 6. Semesters Echtheit, Wertschätzung und einfühlsames Verstehen in der Gesprächsführung. Sie wurden mit der Wirkung des eigenen Verhaltens konfrontiert und bewerteten schließlich trotz vieler



Bloßstellungängste den Kurs deutlich positiv. Voraussetzung für das Gelingen solcher Veranstaltungen ist aber neben ausreichender Motivation der Teilnehmer die Leitung durch einen professionellen Trainer.

Dem Thema Angst beim Zahnarzt widmeten sich zwei Beiträge: Dr. Elisabeth v. Mezynski, Berlin, berichtete aus ihrer spezialisierten Praxis, in der Angstpatienten die Hälfte des Klientels ausmachen. PD Dr. Peter Jöhren, Bochum/Witten-Herdecke, untersuchte die Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch bei Zahnbehandlungsphobikern. Er wies auf die von 1986 stammende „uralte“ Erkenntnis hin, dass Phobiker über die einzelnen Behandlungsschritte nur aufgeklärt werden sollten, wenn sie dies ausdrücklich wünschten. Er fand mit Hilfe einiger standardisierter Fragebögen, dass insbesondere Patienten mit hohem Kontrollbedürfnis problematisch sind.

Seine Schlussfolgerungen: Die Patienten sollten Einfluss auf die Behandlung haben können.

### Psychologie und Ästhetik im Altertum

Univ. Lektor Dr. Gerhard Kreyer, Langenlois/Österreich, zeigte anhand antiker Texte, dass man sich auch schon im klassischen Altertum mit dem Problemkreis Psychologie der Zahn-Ästhetik, Psychosomatik und psychiatrische Erscheinungen auseinandersetzte. Kreyer zitierte und übersetzte zum Beweis unter anderem Texte von Martial, Ovid, Catullus, Vergil und Horaz. Am Beispiel der sagenhaften Versteinerung der Niobe nach dem Tode aller ihrer Kinder zeigte er, wie damals schon alle psychosomatischen Bilder beschrieben wurden. Dass dann im Mittelalter viele Erkenntnisse verloren gingen und leider auch heutzutage nur schwer vermittelbar sind, kann auch an einer von Kreyer aufgedeckten falschen Übersetzung liegen: In Luthers deutscher Fassung des Matthäus-Evangelium wird das Verhalten der in die Hölle Verdammten als Heulen und „Zähneklappen“ beschrieben, woraus der Volksmund „Zähneklappern“ machte. Das Original lautet aber „stridor dentium“ und müsste mit „Zähnereiben“ übersetzt werden. Die Assoziation von Stress, Parafunktion und somatischen Beschwerden lässt sich kaum besser beschreiben.

Herzlichen Dank an PD Dr. Almuth Makuch, Leipzig, für die gelungene Tagungsorganisation.

### Ausblick auf 2004

Die 16. Jahrestagung wird am 6. und 7. Februar in Witten/Herdecke unter der Leitung von Priv.-Doz. Dr. Hans-Peter Jöhren, zum Thema „Die Psychologie des älteren Patienten“ stattfinden. Nähere Informationen sind unter [www.DGZMK.de](http://www.DGZMK.de) zu erhalten. Informationen zum Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik sind über die Homepage der DGZMK, Stichwort „Arbeitskreise“ zu erfahren.

*OA Dr. med. Felix Blankenstein  
Universitätsklinikum Charité  
Zentrum für Zahnmedizin  
Abt. für Zahnärztliche Prothetik und Alterszahnmedizin (Leiter: Prof. Dr. K.-P. Lange)  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin*

*Für Sie gelesen*

## Neues aus der Welt 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 zm haben Fachleute gebeten, für Sie zu lesen und die wichtigsten Arbeiten, die auch für den täglichen Praxisablauf relevant sind, kurz zusammengefasst, so dass auch Sie immer up to date sind.**



Foto: zm

### SZ-Komposits im Langzeittest

In der vorliegenden Studie wurde der Zustand von mehr als einhundert Seitenzahnversorgungen nach einer Liegedauer von sechs Jahren beurteilt.

Die Verwendung von Kompositen als Amalgamalternative im Seitenzahnbereich hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Jedoch wird die Haltbarkeit dieser Materialien insbesondere in Hinblick auf den Abrieb kontrovers diskutiert. Das Ziel dieser Studie war deshalb die klinische Evaluierung der Abnutzungsercheinungen dreier handelsüblicher Komposite (Z100, Charisma, Tetric) nach einer sechsjährigen Liegedauer. Zu diesem Zweck wurden von einem Be-

handler bei 13 Patienten insgesamt 103 Klasse-I- beziehungsweise Klasse-II-Kavitäten mit Komposit versorgt. Alle Füllungen wurden unter Kofferdam mittels der Inkrementtechnik gelegt, wobei pulpanahe Bezirke mit Kalziumhydroxid (Dycal) abgedeckt wurden. Als Adhäsivsystem kam Scotchbond Multipurpose zum Einsatz, als Konditionierungsmittel wurde zehnpromtente Maleinsäure verwendet. Die Füllungspolitur erfolgte eine Woche später; in dieser Sitzung wurde mittels einer Silikonabformung ein Gipsmodell der zu untersuchenden Zähne hergestellt. Ein zweites Gipsmodell wurde sechs Jahre später angefertigt und mit dem Ausgangsmodell stereomikroskopisch verglichen.

Diese Analyse wurde verblindet von zwei Untersuchern durchgeführt. Insgesamt war es möglich, 87 Prozent der gelegten Restaurationen zu analysieren, wobei 29 Tetric-, 32 Charisma- und 29 Z100-Füllungen nachuntersucht wurden. Statistisch war kein signifikanter Unterschied zwischen den verwendeten Materialien nachweisbar. 15 Prozent dieser 90 Restaurationen waren bereits durch eine andere Versorgung ersetzt worden. Dabei waren sechs Tetric- und sieben Charismarestaurationen durch Fraktur oder Ähnliches verloren gegangen, keine der Z100-Füllungen musste ersetzt werden. Die

meisten der verbliebenen Kompositversorgungen zeigten keine bis leichte Abnutzungsercheinungen. Lediglich sechs Charisma-, sieben Tetric- und sechs Z100-Füllungen wurden als reparaturbedürftig eingestuft. In der vorliegenden Studie zeigten die untersuchten Komposite eine sehr gute Abnutzungsresistenz und wurden deshalb von den Autoren als geeignetes Material für Seitenzahnrestaurationen empfohlen.

Quelle:

Busato, ALS; Loguercio, AD; Reis, A; de Oliveira Carrilho, MR: *Clinical evaluation of posterior composite restorations: 6-year results.* Am J Dent 2001; 14: 304-308.

### Niedrigvisköse Primer-Materialien

Diese In-vitro-Untersuchung versuchte die Frage zu klären, ob durch eine dünne zervikale Schicht von fließfähigem Komposit eine erhöhte Dichtigkeit dentinbegrenzter Klasse-II-Kavitäten erreicht werden kann.

Zurzeit werden vermehrt stopfbare Komposite angeboten, welche im Seitenzahnbereich als Amalgamersatz dienen sollen. Unter anderem soll durch ihre geringere Polymerisationschumpfung eine erhöhte Dichtigkeit bewirkt werden. Die Handhabung im Bereich des approximalen Kastens ist jedoch nicht einfach.

Aus diesem Grunde wurde in der Literatur verschiedentlich die Applikation eines niedriggefüllten Materials als unterste Schicht im marginalen Bereich empfohlen. Diese niedrigvis-

kösen Materialien könnten sich an kleinen Oberflächenunregelmäßigkeiten besser anlagern und so zu einer verbesserten Randgestaltung approximal beitragen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob dieses Vorgehen bei dentinbegrenzten Rändern zu einer höheren Dichtigkeit führt. Zu diesem Zwecke wurden an vierzig nicht kariösen Weisheitszähnen je eine distale und mesiale Klasse-II-Kavität präpariert, welche etwa einen Millimeter unterhalb der Schmelz-Zement-Grenze endete. Nach Anlegen einer Toffelmirematrize und Konditionierung mit 37,5-prozentiger Phosphorsäure für 15 Sekunden wurden die Kavitäten mit Komposit in der Inkrementtechnik gefüllt, wobei als Bondingsystem das vom Hersteller angebotene Mittel verwendet wurde. Die Hälfte aller Kavitäten

wurde nach dem Auftragen des Bondings zusätzlich am Boden des approximalen Kasten mit einer ein Millimeter dicken Schicht eines niedrigviskosen Materials, ebenfalls vom jeweils selben Hersteller, im Sinne eines Linings ausgekleidet und lichtgehärtet. Als Materialien wurden Heliomolar HB (mit Excite und Heliomolar flow) und Tetric Condens (Excite/Tetric flow), Prodigy Condensable (Optibond Solo Plus/Revolution) und SureFil (Prime & Bond NT / Dyract flow) verwendet. Bis auf Dyract flow (Kompomer) waren die beschriebenen Füllungsmaterialien Komposite. Nach Politur und Lagerung in destilliertem Wasser für 24 Stunden wurden die Zähne thermisch belastet (5° und 55° C) und für 24 Stunden in Farbstoff eingelegt. Die Dichtigkeit wurde anhand der Farbstoffeindringungstiefe ermittelt. Bei allen Materialien wiesen die schmelzbegrenzten okklusalen Bereiche eine signifikant höhere Dichtigkeit als die dentinbegrenzten zervikalen Bereiche auf. Beim Vergleich der Kavitäten mit und ohne Lining zeigten sich uneinheitliche Ergebnisse. Während bei Heliomolar und Prodigy die zusätzliche Verwendung von fließfähigen Kompositen zu keiner statistisch signifikanten Verbesserung der Dichtigkeit führte, konnte bei Tetric und SureFil die Dichtigkeit signifikant verbessert werden. Zusätzlich fiel auf, dass die Platzierung von Dyract flow als erste zervikale Schicht in einer besonders ausgeprägten Dichtigkeit der Füllung resultierte (statistisch signifikant). Es wurde von den Autoren vermutet, dass die geringere Polymerisations-schrumpfung und der günstigere thermische Expansionsko-

effizient der Kompomere sich hier günstig ausgewirkt haben könnten. Obwohl in vitro nicht in allen Fällen eine höhere Dichtigkeit durch die zervikale Schichtung fließfähiger Komposite gezeigt werden konnte, nehmen die Autoren an, dass in vivo durch die einfachere Handhabung der fließfähigeren Materialien eine bessere marginale Adaptation zu erreichen sei.

*Quelle:*  
Neme, AL; Maxson, BB; Pink, FE; Aksu, MN: *Mikroleakage of Class II Packable Resin Composites Lined with Flowables: An In Vitro Study. Operative Dent 2002; 27: 600-605.*



Foto: Brasseler

## Rebonding polierter Kompositfüllungen

**Dentinbegrenzte Kompositfüllungen weisen in vitro keine höhere Dichtigkeit auf, wenn sie nach der Politur an den Rändern noch einmal konditioniert und „gebondet“ werden.**

Die Polymerisationsschrumpfung belastet den Verbund des Komposits mit der Kavitätenwand. Es kann hier zu kleinen marginalen Spalten und in der Folge zu Undichtigkeiten kommen. Andererseits quellen Komposite durch Wasseraufnahme; jedoch kann dies Undichtigkeiten nicht unbedingt vermeiden. Deshalb wird von manchen Autoren empfohlen, nach der Poli-

tur auf die Füllungsänder ein ungefülltes Komposit, meist ein Bondingmittel, aufzutragen. Dieses soll in die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Spalten eindringen und sie versiegeln. Unklar ist jedoch, ob dadurch eine höhere Dichtigkeit der Kompositfüllung erreicht werden kann. Deshalb wurde an 240 Rinderzähnen zwei Millimeter unterhalb der Schmelz-Zementgrenze je eine 1,5 Millimeter breite und tiefe Kavität präpariert und nach Konditionierung mit 37-prozentiger Phosphorsäure für 15 Minuten mit einer Komposit-

füllung versorgt, wobei vier verschiedene Komposits mit den entsprechenden Bonding-Systemen verwendet wurden. Es kamen Z100 (Scotchbond Multipurpose Plus) und F2000 (Single Bond), Solitaire (Solid Bond) und Freedom (Stae) zum Einsatz. Nach feuchter Lagerung bei 37 °C für sechs Tage wurden die Füllungen poliert. Die Hälfte aller Zähne wurde zusätzlich erneut konditioniert und mit dem ungefüllten Komposit Fortify nach Angaben des Herstellers erneut gebondet. Danach wurden die Zähne künstlich um 1,5 Jahre gealtert, indem für zehn Tage die Proben dreimal täglich mit Zahnpasta geputzt und 5000 Zyklen einer thermischen Belastung (5° und 55° C) ausgesetzt wurden. Die Dichtigkeit wurde mittels Farbstoffpenetration ermittelt. Der Vergleich von nachträglich versiegelten mit nur polierten Füllungen zeigte, dass hier keine statistisch signifikanten Unterschiede bestanden. Allerdings zeigten sich Differenzen bezüglich der verwendeten

Materialien. Solitaire und Freedom unterschieden sich bezüglich ihres Dichtigkeitsverhaltens nicht voneinander, waren aber signifikant undichter als Z100 und F2000. Die Autoren schlossen daraus, dass nicht das „Rebonding“, sondern die Zusammensetzung des Adhäsivsystems in dieser Versuchsanordnung eine bedeutende Rolle gespielt haben könnte. Die wasserhaltigen Systeme von 3M bewirkten eine statistisch signifikant geringere Undichtigkeit als die beiden anderen verwendeten acetonehaltigen Systeme Stae und Solid bond. Die wasserhaltigen Bondingsysteme könnten eventuell zu einem Wiederbefeuchten von möglicherweise zu stark getrockneten Dentinarealen geführt haben, was in einer erhöhten Permeabilität des Kollagenfibrillennetzes bezüglich des Primers resultiert haben könnte. Weiterhin nahmen die Autoren an, dass die künstliche Alterung bei den nachversiegelten Zähnen zum Verlust der ungefüllten Kompositschicht geführt haben könnte. Da alle der verwendeten Materialien Undichtigkeiten aufwiesen, hielten die Autoren hier weitere Untersuchungen für angezeigt.

*Quelle:*  
Erhardt, MCG; Magalhaes, CS; Serra, MC: *The effect of rebonding on microleakage of class V aesthetic restorations. Operative Dent 2002, 27: 396-402*

*Dr. Alexandra S. Rieben  
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie  
Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Freie Universität Berlin  
Abmannshäuser Str. 4 – 6  
14197 Berlin*



## Fortbildung im Überblick

<b>Abrechnung</b>	LZK Sachsen	S. 66	LZK Sachsen	S. 66
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67	Uni Innsbruck	S. 70
	Freie Anbieter	S. 73-75	Freie Anbieter	S. 74/75
<b>Ästhetik</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66	<b>Notfallbehandlung</b>	Freie Anbieter
	Freie Anbieter	S. 74/75		S. 73/75
<b>Akupunktur</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66	<b>Parodontologie</b>	KZV Freiburg
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67		S. 67
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67	<b>Prophylaxe</b>	LZK Berlin/Brandenburg
	Deutsche Akad. f. Akup. und Aurikulomedizin e.V.	S. 72		S. 66
				LZK Sachsen
				S. 66
				Freie Anbieter
				S. 73/74
<b>Endodontie</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66	<b>Prothetik</b>	LZK Berlin/Brandenburg
	LZK Sachsen	S. 66		S. 66
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67		KZV Freiburg
	Freie Anbieter	S. 74		S. 67
				Freie Anbieter
				S. 74/75
<b>Helferinnen-Fortbildung</b>	LZK Sachsen	S. 66	<b>Fortbildung der Zahnärztekammern</b>	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67	<b>Seite 66</b>	
	Freie Anbieter	S. 74	<b>Kongresse</b>	
			<b>Seite 67</b>	
<b>Implantologie</b>	Freie Anbieter	S. 73/75	<b>Universitäten</b>	
			<b>Seite 70</b>	
<b>Kieferorthopädie</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66	<b>Wissenschaftliche Gesellschaften</b>	
			<b>Seite 72</b>	
			<b>Freie Anbieter</b>	
			<b>Seite 72</b>	



<b>Fortbildung der Zahnärztekammern</b>	<b>Seite 66</b>
<b>Kongresse</b>	<b>Seite 67</b>
<b>Universitäten</b>	<b>Seite 70</b>
<b>Wissenschaftliche Gesellschaften</b>	<b>Seite 72</b>
<b>Freie Anbieter</b>	<b>Seite 72</b>

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



Absender:

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

Veranstalter/Kontaktadresse:

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



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.: .....

Thema: .....

Datum: .....

Ort: .....



## Fortbildung der Zahnärztekammern

### LZK Berlin/ Brandenburg



#### Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

**Thema:** Das OP-Mikroskop in der Endodontie – ein Arbeitskurs  
**Referent:** Prof. Dr. Michael A. Baumann - Köln  
**Termin:** 14. 06. 2003, 9:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin  
**Gebühr:** 370,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2126.0

**Thema:** Erster Klasse beim Zahnarzt – Ein erprobtes Konzept für Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungsqualität  
**Referent:** Dr. Michael Cramer - Overath  
**Termin:** 14. 06. 2003, 9:00 - 18:00 Uhr  
**Ort:** Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin  
**Gebühr:** 195,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2130.0

**Thema:** Kieferorthopädische Molarendistalisation mit und ohne Headgear  
**Referent:** Prof. Dr. Winfried Harzer - Dresden  
**Termin:** 27. 06. 2003, 14:00 – 19:00 Uhr  
28. 06. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin  
**Gebühr:** 391,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2221.0

**Thema:** Zahnärztliche Prothetik in klinischen Grenzsituationen  
**Referent:** Dr. Dr. Ion Coca - Marburg  
**Termin:** 29. 08. 2003, 15:00 – 18:00 Uhr  
**Ort:** Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin  
**Gebühr:** 147,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2206.0

**Thema:** Ernährungslenkung in der Prophylaxe erfolgreich gestalten  
**Referentin:** Dr. Gerta van Oost - Dormagen  
**Termin:** 30. 08. 2003, 9:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin  
**Gebühr:** 198,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2228.0

**Thema:** Praxispower mit Bleaching!  
**Referent:** Dr. Marcus Striegel - Nürnberg  
**Termin:** 30. 08. 2003, 10:00 – 14:00 Uhr  
**Ort:** Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin  
**Gebühr:** 165,00 EUR (ZA) 231,00 EUR (ZA+ZAH)  
**Kurs-Nr.:** 2209.0

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

**Thema:** Registriertechniken – Praxisnahe Möglichkeiten zur zeit-sparenden Verbesserung der statischen und dynamischen Okklusion  
**Referent:** Dr. Wolfgang Hannak - Berlin  
**Termin:** 06. 09. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin  
**Gebühr:** 243,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2225.0

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

**Thema:** Die Praxis als Baustelle Neubau, Umbau und Modernisierung von Zahnarztpraxen  
**Referent:** Prof. Dr. Heinrich Haass - Hannover  
**Termin:** 10. 09. 2003, 15:00 – 18:00 Uhr

**Ort:** Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin  
**Gebühr:** 112,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2211.0

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

### LZK Sachsen



#### für Zahnärzte:

**Thema:** Zweitagekurs Endodontie – Lichtblicke für die Kanalarbeit (Kurs III)  
Endo-restaurative Therapie, akute Zahnverletzungen und chirurgische Endodontie mit Demonstrationen und praktischen Übungen  
**Voraussetzung:** Kurse I und II  
**Referent:** Prof. Dr. Knut Merte, Leipzig  
**Termin:** 13. 06. 2003, 15:00 – 20:00 Uhr und 14. 06. 2003, 8:30 – 17:30 Uhr  
**Ort:** Zahnärztheaus Dresden  
**Gebühr:** 260,- EUR  
**Kurs-Nr.:** D 45/03

**Thema:** Zweitagekurs Praktikable Prophylaxe-Programme (PPP) – Teamkurs mit praktischen Übungen  
**Referent:** Dr. Ralph-Steffen Zöbisch, Elsterberg  
**Termin:** 20. 06. 2003, 14:00 – 19:00 Uhr und 21. 06. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztheaus Dresden  
**Gebühr:** 395,- EUR  
**Kurs-Nr.:** D 47/03

**Thema:** Zweitagekurs Praktischer Arbeitskurs – Grundlagen und Praxis der Funktionstherapie und Okklusions-schienen  
**Referent:** Prof. Dr. Thomas Reiber, Leipzig  
**Termin:** 27. 06. 2003, 14:00 – 19:00 Uhr und 28. 06. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr

**Ort:** Universität Leipzig  
**Gebühr:** 630,- EUR (max. 8 Teilnehmer)  
**Kurs-Nr.:** L 06/03

#### für Zahnärzthelferinnen:

**Thema:** Individualprophylaxe für die Zahnarztpraxis von heute (ein praxisnahes Konzept zum Aufbau einer Prophylaxeabteilung)  
**Referentin:** Genoveva Erika Schmid, Berlin  
**Termin:** 13. 06. 2003, 14:00 – 20:00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztheaus Dresden  
**Gebühr:** 125,- EUR  
**Kurs-Nr.:** D 123/03

**Thema:** GOZ-Workshop für Fortgeschrittene – Aufbaukurs  
**Referentin:** Gudrun Sieg-Küster, Wülfrath  
**Termin:** 21. 06. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztheaus Dresden  
**Gebühr:** 135,- EUR  
**Kurs-Nr.:** D 126/03

**Thema:** Die organisierte Rezeption  
**Referentin:** Brigitte Kühn, Seeshaupt  
**Termin:** 04. 07. 2003, 14:00 – 20:00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztheaus Dresden  
**Gebühr:** 125,- EUR  
**Kurs-Nr.:** D 128/03

**Thema:** Gesucht: Praxismanagerin mit Stil und Klasse  
**Referentin:** Brigitte Kühn, Seeshaupt  
**Termin:** 05. 07. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztheaus Dresden  
**Gebühr:** 130,- EUR  
**Kurs-Nr.:** D 129/03

**Anmeldung:** Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden  
Fax: 0351 / 8066106  
e-mail: Fortbildung@lzk-sachsen.de  
**Auskunft:** Frau Unkart, Tel.: 0351 / 8066108 (Zahnärztefortbildung)  
Frau Kokel, Tel.: 0351 / 8066102 (Zahnärzthelferinnenfortbild.)  
www.zahnaerzte-in-Sachsen.de.

## ZÄK Schleswig-Holstein



### Heinrich-Hammer-Institut

**Thema:** Die fehlerfreie Bema-Abrechnung in der Kieferorthopädie  
**Referent(en):** Dr. Wolfgang Richter, Halstenbek, Christiane Kuhlmann, Kiel  
**Termin:** 11. 06. 2003  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kurs-Nr.:** 1856

**Thema:** Das Kind und der Zahnarzt: kooperative Partner – Entwicklung eines praktikablen Behandlungskonzeptes  
**Referent(en):** Dr. Gerhard Koch, PD Dr. Kropp und Dr. Niederberger, Kiel  
**Termin:** 13./14. 06. 2003  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kurs-Nr.:** 1857

**Thema:** Mundakupunktur C  
**Referent(en):** Dr. Jochen Gleditsch, Baierbrunn, PD Dr. Ansgar Boczek-Funcke, Kiel  
**Termin:** 18. 06. 2003  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kurs-Nr.:** 1858

**Thema:** Art and Science of Endodontics  
**Referent(en):** Dr. Oliver Pontius, Bad Homburg  
**Termin:** 21. 06. 2003  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kurs-Nr.:** 1860

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

## KZV Freiburg



### Fortbildungsforum Freiburg

**Thema:** Strukturierte und zertifizierte Fortbildung: Funktionslehre/orofazialer Schmerz  
**Referent:** Prof. Dr. J. R. Strub und PD Dr. J. C. Türp, Freiburg  
**Datum:** 18. – 21. 06. 2003, 23. – 26. 07. und 12./13. 09. 03  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 3 323  
**Kurs-Nr.:** 03/601

**Thema:** Gewinnbringende Patientengespräche – Selbstzahlerleistungen werden zur Selbstverständlichkeit  
**Referent:** Dipl.-oec. Hans-Dieter Klein, Stuttgart  
**Datum:** 27./28. 06. 2003  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 475 EUR  
**Kurs-Nr.:** 03/109

**Thema:** Totalprothetik  
**Referent:** Prof. Dr. Jürgen Manfred Setz, Halle  
**Datum:** 28. 06. 2003  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 250 EUR  
**Kurs-Nr.:** 03/110

**Thema:** Struktur. und zertifizierte Fortbildung: Parodontologie  
**Referent:** Prof. Dr. Gisbert Krekler und Mitarbeiter, Freiburg  
**Datum:** 02. – 05. 07., 24. – 17. 09. und 17./18. 10. 2003  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 3 323 EUR  
**Kurs-Nr.:** 03/602

**Thema:** Das Telefon: Die Visitenkarte Ihrer Praxis – So macht Ihr Team einen Top-Eindruck  
**Referent:** Elvira Schiemenz, Freiburg  
**Datum:** 05. 07. 2003  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 215 EUR  
**Kurs-Nr.:** 03/266

**Thema:** Neue Möglichkeiten in der Kariesdiagnostik  
**Referent:** Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann, München  
**Datum:** 11. 07. 2003

**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 125 EUR  
**Kurs-Nr.:** 03/111

**Thema:** Die Kunst des Findens – Strategien zur Informationsbeschaffung  
**Referent:** Prof. Dr. Karl-Heinz Kundelmann, München  
**Datum:** 12. 07. 2003  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 190 EUR  
**Kurs-Nr.:** 03/112

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

## ZÄK Westfalen-Lippe



### Zahnärztliche Fortbildung

**Thema:** Amalgamsanierung, Schwermetall-Diagnostik und Schwermetall-Ausleitung in der täglichen Praxis  
**Referent:** Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum  
**Termin:** 14. 06. 2003,  
 9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 248 EUR  
**Kurs-Nr.:** FBZ 037 135

**Thema:** Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte – Kurs 2  
**Referent:** Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg  
**Termin:** 27. 06. 2003,  
 14.00 – 19.00 Uhr;  
 28. 06. 2003, 9.00 – 16.00 Uhr  
**Gebühr:** 268 EUR  
**Kurs-Nr.:** FBZ 037 121

**Thema:** Die neue Biognathe Orthese und Padovan-Übungen  
**Referent:** Dr. Hubertus von Treuenfels, Eutin  
**Termin:** 27. 06. 2003,  
 9.00 – 18.00 Uhr;  
 28. 06. 2003, 9.00 – 16.30 Uhr  
**Gebühr:** 518 EUR  
**Kurs-Nr.:** FBZ 037 126

### Helferinnen-Fortbildung

**Thema:** Prothetische Assistenz  
**Referent:** Dr. Gisbert Thor, Dr. Jochen Terwelp  
**Termin:** 13./14. 06. 2003,  
 jeweils 9.00 – 16.00 Uhr  
**Gebühr:** 250 EUR  
**Kurs-Nr.:** Zi 033 031

**Auskunft und Anmeldung:**  
 Akademie für Fortbildung der ZÄK Westfalen-Lippe  
 Auf der Horst 31,48147 Münster  
 Inge Rinker,  
 Tel.: 0251/507-604  
 Fax: 0251/507-609  
 e-mail: Ingeborg.Rinker@zahn-aerzte-wl.de  
 Christel Frank  
 Tel.: 0251/507-601  
 e-mail: christelFrank

## Kongresse

### ■ Juni

**45. Westerland-Tagung der ZÄK Schleswig-Holstein**  
**Thema:** Parodontologie: Neues und Bewährtes  
**Termin:** 02. – 06. 06. 2003  
**Ort:** Westerland/Sylt  
**Auskunft:** ZÄK Schleswig-Holst. Westring 498, 24106 Kiel  
 Tel.: 0431/26 09 26-80  
 Fax: 0431/26 09 26-15  
 e-mail: hhi@zaek-sh.de  
 www.zaek-sh.de

**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. Hinkel 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**

**Thema:** 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, Aßmannshäuser Str. 4-6 14197 Berlin

**Auskunft:** Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeyer, Klinik u. Poliklinik für ZMK-Heilkunde, Aßmannshäuser 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:** FVDZ 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

**DDHV Special Event**

**(Europerio 4)**

**Thema:** Dental Hygiene Practice

**Termin:** 20. 06. 2003, 11.30 – 13.30 Uhr

**Ort:** ICC Berlin, Halle 10

**Auskunft:** Congress Partner Frau Gleich oder Frau Schiddel, Boyenstr. 41, 10115 Berlin  
Tel.: 030/20 45 00 41  
Fax: 030/20 45 00 42  
e-mail: ep4@cpb.de

**APW Frühjahrstagung**

**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

**dental informa 2003**

**Veranstalter:** ZÄK Niedersachsen, Dental Depots im Bundesverb. Dentalhandel e.V. (BVD)

**Thema:** Rund um den Zahn

**Termin:** 20./21. 06. 2003

**Ort:** Halle 2 auf dem Messegelände Hannover

**Auskunft:** Fachausstellungen Heckmann GmbH, Postfach 2665, 30026 Hannover, Hohenzollernstraße 4, 30161 Hannover, Tel.: 0511/990 95-0 Fax: 0511/990 95-50

**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

**8. Greifswalder Fachsymposium**

**Veranstalter:** Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

**Thema:** Implantatprothetik – Quo vadis?

**Termin:** 28. 06. 2003

**Ort:** Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, Baderstr. 1, 17487 Greifswald

**Auskunft:** Prof. Dr. W. Sümnick,

Poliklinik für MKG-Chirurgie,

Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald

Tel.: 03834/86 71 80

Fax: 03834/86 71 31

e-mail: suemnick@uni-greifswald.de

**2. Jahreskongress der Deutschen Akademie für Interdisziplinäre Schmerztherapie e.V.**

**Leitthema:** Das myofasciale Schmerzsyndrom

**Termin:** 28./29. 06. 2003

**Ort:** Lindau/Bodensee

**Auskunft:** Deutsche Akademie f. Interdisz. Schmerztherapie e.V., Ambazacstr. 4, 90542 Eckental

Tel.: 09126/29 52 10

Fax: 09126/29 52 159

**■ 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 Zahnarztpr. – sinnvoller Einsatz computergest. Arbeitsmittel

**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 ZÄK Mecklenburg-Vorpommern**

**54. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Ges. f. ZMK-Heilkunde an den Univ. Greifswald und Rostock e.V.**

**Hauptthemen:** Endodontie aktuell; Praxishygiene in der ZMK-Heilkunde; Standespolitik

**Termin:** 05. – 07. 09. 2003

**Ort:** Rostock-Warnemünde

**Auskunft:** ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, Internet: <http://www.zaekmv.de> Tel.: 0 385/ 5 91 08 13 Fax: 0 385/ 5 91 08 23

**DGKFO-Jahrestagung 2003**

**Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V.

**Termin:** 10. – 14. 09. 2003

**Ort:** Gasteig in München

**Auskunft:** Tagungspräsidentin: Prof. Dr. Ingrid Rudzki-Janson, Poliklinik für Kieferorthopädie, Goethestr. 70, 80336 München

Tel.: 089/51 60 32 33

Fax: 089/53 28 550

e-mail: Ingrid.Rudzki@kfo.med.uni-muenchen.de

www.dgkfo.de

**38. Bodenseetagung und**

**32. Helferinnentagung**

**Veranstalter:** BZK Tübingen

**Termin:** 12./13. 09. 2003

**Ort:** Lindau

**Auskunft:** BZK Tübingen Bismarckstr. 96, 72072 Tübingen

Tel.: 07071/911-0

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

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

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

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

**2. Int. Keramik Panorama 2003**  
**Veranstalter:** VITA Zahnfabrik in Kooperation mit dem Quintessenz Verlag  
**Termin:** 26./27. 09. 2003  
**Ort:** Maritim Hotel Köln  
**Auskunft:** Quintessenz Verlag, Kongress Marketing, Iffentpfad 2-4, 12107 Berlin  
 Tel.: 030/76180-682  
 Fax: 030/76180-693  
 e-mail: kongress@quintessenz.de

## ■ Oktober

**33. internationaler Jahreskongress der DGZI**  
**Hauptthema:** Optimale proth. Versorgung durch perf. Planung  
**Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft f. zahnärztl. Implantologie  
**Termin:** 02. – 04. 10. 2003  
**Ort:** Maritim Hotel Bonn  
**Auskunft:** DGZI e.V., Bruchsaler Str. 8, 76703 Kraichtal  
 Tel.: 07251/44 02 99-0  
 Fax: 07251/44 02 99-29  
 e-mail: info@dgzi.de  
 www.dgzi.de

**127. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V. gem. mit dem Interdisziplinären AK Zahnärztliche Anästhesie, der Akademie Praxis und Wissenschaft und der LZK Nordrhein**  
**Hauptthema:** Lokalanästhesie – Schmerzbehandlung, adjuvante Therapieformen Chronischer Schmerz im Kiefer- und Gesichtsbereich  
**Termin:** 16. – 18. 10. 2003  
**Ort:** Eurogress in Aachen  
**Auskunft:** Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft f. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Lindemannstr. 96, 40237 Düsseldorf  
 Tel.: 0211/61 01 98-0  
 Fax: 0211/61 01 98-11  
 www.dgzmk.de

**3rd International Symposium on Distraction Osteogenesis and Orthognatic Surgery**  
**Termin:** 17./18. 10. 2003  
**Ort:** Marienhospital Stuttgart  
**Auskunft:** Elfi Zieschang-Buck, Sekretariat Prof. Dr. Dr. h. c. Konrad Wangerin, Clinic for Maxillofacial and Plastic Surgery, Marienhospital, Böheimstr. 37, 70199 Stuttgart  
 Tel.: 06489/82 61  
 Fax: 0711/64 89-82 62  
 e-mail: mkg@vinzenz.de

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

## Prague Dental Days

**Veranstalter:** Tschechische ZÄK  
**Termin:** 22. – 25. 10. 2003  
**Ort:** National House – Vinohrady náměstí Miru 9, Prague 2  
**Auskunft:** Česká stomatologická komora – „PDD“  
 Ječná 3, 120 00 Praha 2  
 ing. Hana Štěpánková  
 Tel.: +420 224 918 613  
 Fax: +420 224 917 372  
 e-mail: stepankova@dent.cz  
 www.dent.cz

**13. Internationales-interdisziplinäres Symposium in Verbindung mit 13. Expertensymposium aus Universität und Praxis**  
**Veranstalter:** Universität Köln  
**Themen:** „Schmerz und Bewegung“ und „Implantologie und Parodontologie“  
**Termin:** 30. 10. – 06. 11. 2003  
**Ort:** Fuerteventura, Spanien  
**Auskunft:** Reisebüro Garthe & Pflug GmbH, Triftstraße 20, 60528 Frankfurt  
 Tel.: 069/67 73 67-0  
 Fax: 069/67 73 67-27  
 www.schmerzsymposium.de

## ■ November

**13. Harzer Fortbildungsseminar**  
**Veranstalter:** Gesellschaft für Kieferorthopädie, Zahntechnik e.V.  
**Thema:** Kieferorthopädie – gestern heute morgen  
**Termin:** 14. – 16. 11. 2003  
**Ort:** Wernigerode  
**Auskunft:** Sekretariat der GK Frau Heike Pietack  
 Tel.: 0335/40 03 657  
 www.gk-online.org

## MEDICA

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

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

## Universitäten

### Uni Innsbruck

#### Fortbildungskurs für KFO

**Termin:** 11. und 12. 07. 2003  
**Thema:** Behandlungsplanung für Erfolge auf Dauer – Langzeitstabilität – Gesundes Parodont – Gesunde Zahnwurzeln  
**Veranstalter:** Klinische Abteilung für Kieferorthopädie der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Innsbruck  
**Referent:** Prof. Dr. Jon Artun

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

## Uni Zürich

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

**Thema:** Die Dentalhygienikerin als Triage- und Betreuungsperson in der restaurativen Zahnmedizin – halbtägiger, theoretisch-praktischer Kurs  
**Referent:** Dr. M. Besek & Mitarb.  
**Termin:** 04. 07. 2003  
**Ort:** Zürich  
**Gebühr:** 344 EUR / 1/2 Tag

**Auskunft:** Frau U. Hurdmann, Zentrum ZZMK, Plattenstr. 11, CH 8028 Zürich  
 Tel.: 0041/1/634 32 71  
 Fax: 0041/1/634 43 08  
 e-mail: ursula.hurdman@zzmk.unizh.ch

## Wissenschaftliche Gesellschaften

### Verein Deutscher Zahnärzte VDZ

#### Einladung zur Vertreterversammlung

Gemäß § 10 (4) der Satzung des Vereins Deutscher Zahnärzte e.V. (VDZ) wird zur diesjährigen Vertreterversammlung am Samstag, 21. Juni 2003 in das „Rugard Strandhotel“, Strandpromenade 62, 18609 Binz/Rügen eingeladen. Beginn ist um 9.00 Uhr.

#### Tagesordnung:

1. Begrüßung durch den Vorsitzenden
2. Regularien
3. Bestätigung eines Nachfolgers für Herrn Seiffe im Vorstand
4. Bericht des Vorsitzenden
5. Bericht des Stellvertretenden Vorsitzenden/Schatzmeisters

6. Berichte der Mitarbeiter der Gothaer
7. Bericht über die Rechnungsprüfung
8. Beschlussfassung über die Ergebnis- und Vermögensrechnung für das Geschäftsjahr 2002
9. Beschlussfassung für das Geschäftsjahr 2002
  - 9.1. über die Entlastung des Vorstandes
  - 9.2. über die Entlastung der Geschäftsführung
10. Anträge des Vorstandes
11. Haushaltsplan für 2004
12. Sonstiges

Dr. Heinz Dräger  
 (Vorsitzender)

Dr. Rüdiger H. Schönfeld  
 (Stellv. Vorsitzender)

**Auskunft:** Verein Deutscher Zahnärzte e.V. VDZ  
 Spickenweg 13, 37124 Rosdorf  
 Tel.: 0551/78 10 33  
 Fax: 0551/78 10 44  
 e-mail: mail@vdz-info.de

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

### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Ohrakupunktur Stufe I (Systematik und Praxisdemonstration der Aufbaustufe mit Patientenbehandlung)  
**Termin/Ort:** 14./15. 06., Köln; 21./22. 06., Berlin; 28./29. 06., München; 05./06. 07., Hannover  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. med. P. Dahlhausen, Dr. med. dent. M. Bareis (Köln); Dr. med. B. Strittmatter, Dr. med. dent. Gerber (Berlin); Dr. med. K. Bushe-Centmayer, H. Gaus, Zahnarzt (München); R. Klowersa, Ärztin, Dr. med. dent. M. Braun (Hannover)  
**Kursgebühr:** zwischen 73 EUR und 185 EUR

**Thema:** Ohrakupunktur Stufe 4 (Systematik und Praxisdemonstration für weit Fortgeschrittene mit Patientenbehandlung)  
**Termin/Ort:** 28./29. 06., Berlin; 05./06. 07., München; 12./13. 07., Köln

**Sonstiges:** Ref.: Dr. med. B. Strittmatter (Berlin); Prof. mult. h.c./China Dr. med. F. R. Bahr (München, Köln)  
**Kursgebühr:** 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

## Freie Anbieter

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

**Thema:** MS-Office (Word, Outlook, Excel in der Zahnarztpraxis)  
**Veranstalter:** Demaco  
**Termin/Ort:** 06. 06., Düsseldorf; 18. 07., Hannover, jeweils 14.00 – 20.00 Uhr  
**Sonstiges:** Fordern Sie den aktuellen Fortbildungskalender 2003 an!  
**Kursgebühr:** 190 Euro + MwSt.  
**Auskunft:** Demaco  
 Itterstraße 38, 40589 Düsseldorf  
 Tel.: 0211/75 84 94 10  
 Fax: 0211/75 84 94 12  
 www.demaco.de

**Thema:** Gewinnerhöhung durch optimalen Patientenumgang  
**Veranstalter:** Go-Consulting  
 Praxismanagement  
**Termin/Ort:** 14. 06., Düsseldorf; 21. 06., Hamburg; 27., 06., München  
**Sonstiges:** 1-Tagesseminar für Ärzte und Mitarbeiter – sofort anwendbare Tipps für besseres Verkaufen und Terminmanagement, Rollenspiele

**Kursgebühr:** 199 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Go Consulting  
 Herr Brandes, Sendlingerstr. 24  
 80331 München  
 Tel.: 089/74 99 46 28  
 0172/84 66 160  
 Fax: 089/74 99 46 29

**Thema:** Patientenorientierte Kommunikation  
**Veranstalter:** Andrea Thees – Training/Seminare  
**Termin/Ort:** 14. 06., Wörstadt; 28. 06. 2003, Koblenz  
**Sonstiges:** Für Mitarbeiterinnen der Zahnarztpraxis – professionelles Telefonieren, Terminvergabe, Umgang mit „schwierigen“ Patienten, Patientenbetreuung etc.  
**Kursgebühr:** 150 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Andrea Thees, Im Rehgarten 1, 55286 Wörstadt  
 Tel.: 06732/93 37 57  
 Fax: 06732/93 37 56  
 e-mail: Andrea-Thees@gmx.de  
 www.za-praxistraining.de

**Thema:** Informationsveranstaltung zur Kursreihe „Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker“  
**Veranstalter:** PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH  
**Termin:** 21. 06. 2003, 10.00 Uhr  
**Ort:** 49163 Bohmte-Hunteburg  
**Sonstiges:** Kursinhalte und -aufbau werden vorgestellt. Gasthörerchaft beim anschließenden Übungskurs möglich; Anmeldung unbedingt erforderlich  
**Kursgebühr:** kostenfrei  
**Auskunft:** Frau Gardemin  
 Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg  
 Tel.: 05475/95 98 55  
 Fax: 05475/52 57

**Thema:** Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker  
**Veranstalter:** PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH  
**Termin:** 21. 06. 2003, 11.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** 49163 Bohmte-Hunteburg  
**Sonstiges:** 18-monatige Kursreihe (6 Einzelblöcke zu je 3 Monaten) Rotationsverfahren. Einstieg jederzeit möglich. Gasthörerchaft nach Anmeldung möglich  
**Kursgebühr:** auf Anfrage

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

**Thema:** Implantologie mit dem Allfit®-Implantationssystem  
**Veranstalter:** Dr. Ihde Dental  
**Termin:** 21. 06. 2003,  
9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Walter-Stöcker Str. 9,  
04838 Eilenburg,  
Tel.: 03423/603 600  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Rainer Pertzsch  
**Kursgebühr:** 330 EUR inkl. MwSt.  
**Auskunft:** Dr. Ihde Dental GmbH, Erfurter Straße 19,  
85386 Eching/München  
Tel.: 089/31 97 61-0  
Fax: 089/31 97 61-33  
e-mail: info@ihde.com

**Thema:** Tauchmedizin für Zahnärzte – Einführung  
**Veranstalter:** Medic Dive  
**Termin:** 21. – 22. 06. 2003  
**Ort:** Universität Göttingen  
**Sonstiges:** Kurs für Fortgeschrittene am 06./07. 12. 2003  
**Auskunft:** Medic Dive,  
Neuer Garten 1 A,  
34454 Bad Arolsen,  
Tel.: 05691/80 66 378  
Fax: 05691/62 67 71  
e-mail: info@medicdive.de  
www.medicdive.de

**Thema:** Der Zahnarzt/Die Zahnärztin als Führungskraft – Intensivkurs  
**Veranstalter:** Deep® Dentales Erfolgs Programm, Dipl.-Psych. Dörte Scheffer  
**Termin:** 21./22. 06. 2003,  
10.00 – 16.00/18.00 Uhr  
**Ort:** Oldenburg  
**Sonstiges:** Weitere Termine und aktuelle Themen: Fordern Sie den aktuellen Fortbildungskalender 2003 an!  
**Kursgebühr:** 410 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Deep® Dentales Erfolgs Programm, Dipl.-Psych. Dörte Scheffer Steinkauzweg 30b,  
26135 Oldenburg  
Tel.: 0441/209 72 72  
Fax: 0441/209 72 73

**Thema:** Vorsicht Mundhygiene  
**Veranstalter:** Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG  
**Termin:** 25. 06. 2003,  
14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** 70178 Stuttgart  
**Sonstiges:** Ref.: Annette Schmidt-Egen  
**Kursgebühr:** 129/64,50 EUR + MwSt. Zahnarzt/Helferin;  
97 EUR + MwSt. Zahnarzt für „Wagner Star Classic Kunden“ und Vorb.-Ass.; 49 EUR + MwSt. Zahnarzthelferin in „Wagner Star Classic Kunden“  
**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

*Anzeige*

**Thema:** Wagner Sommerfest + IDS Nachlese 2003  
**Veranstalter:** Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG  
**Termin:** 25. 06. 2003,  
13.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** 70178 Stuttgart  
**Sonstiges:** Namhafte Hersteller präsentieren ihre Produkte; kostenloser Bustransfer ab Stuttgart um 13.30 Uhr  
**Kursgebühr:** wird von uns übernommen!  
**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:** Der richtige Einstieg in die zahnärztliche Abrechnung  
**Veranstalter:** Zahnärztliche Abrechnung + Seminare  
**Termin:** 25. 06. 2003  
**Ort:** 66773 Schwalbach  
**Sonstiges:** Erstellung von Liquidationen nach GOZ; Erstellung von HKP; Gegenüberstellung BEMA + GOZ; Formulare, Abdingungen, praktische Beispiele  
**Kursgebühr:** 160 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Kirsten von Bukowski, Schillerstr. 7, 66773 Schwalbach  
Tel.: 06834/57 93 60  
Fax: 06834/57 93 61

**Thema:** Notfall in der Zahnarztpraxis  
**Veranstalter:** Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne  
**Termin:** 25. 06. 2003

**Ort:** 44623 Herne  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Michael Hillebrand  
**Kursgebühr:** 330 EUR inkl. MwSt. f. ZÄ mit begleitender Helferin; 180 EUR inkl. MwSt. f. ZÄ  
**Auskunft:** Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstraße 30,  
44623 Herne  
Tel.: 02323/946 83 00  
Fax: 02323/946 83 33

**Thema:** Vorsicht Mundhygiene! 1000 mal berührt und jedes mal ist was passiert  
**Veranstalter:** Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG  
**Termin:** 25. 06. 2003,  
14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** 70178 Stuttgart  
**Sonstiges:** Ref.: Annette Schmidt-Egen

**Kursgebühr:** 129/64,50 EUR + MwSt. Zahnarzt/Helferin;  
97 EUR + MwSt. Zahnarzt für „Wagner Star Classic Kunden“ und Vorb.-Ass.; 49 EUR + MwSt. Zahnarzthelferin in „Wagner Star Classic Kunden“  
**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:** Dampsoft Präsentation  
**Veranstalter:** Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG  
**Termin:** 26. 06. 2003,  
18.00 – 20.30 Uhr  
**Ort:** 70178 Stuttgart  
**Sonstiges:** Ref.: Ingrid Sikora  
**Kursgebühr:** wird von uns übernommen!  
**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:** Dampsoft Anwender Seminar „DS-WIN-Plus Textverarbeitung“  
**Veranstalter:** Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG  
**Termin:** 26. 06. 2003,  
13.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** 70178 Stuttgart  
**Sonstiges:** Ref.: Ingrid Sikora  
**Kursgebühr:** 155 EUR + MwSt.  
**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:** Abendseminar Ästhetische Zahnheilkunde  
**Veranstalter:** Tanaka Dental Friedrichsdorf / IFG Timmendorfer Strand  
**Termin:** 26. 06. 2003  
**Ort:** München, Maritim Hotel  
**Sonstiges:** Ref.: Prof. Dr. Nasser Barghi, Seminar für Zahnärzte und Keramiker  
**Kursgebühr:** 198 EUR  
**Auskunft:** Tanaka Dental, Max-Planck-Str. 3, 61381 Friedrichsdorf  
 Tel.: 06172/830 26  
 Fax: 06172/841 79

**Thema:** Titan-Gießtechnik  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation  
**Termin:** 26./27. 06. 2003  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Ref.: ZT Bernd Niesler, Dr. Ing. Jürgen Lindigkeit  
**Kursgebühr:** 510 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
 Tel.: 07231/803-470  
 Fax: 07231/803 409

**Thema:** Maximale Natürlichkeit für direkte und indirekte Restaurationen  
**Veranstalter:** IFG-Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH  
**Termin:** Abendseminar nur am 26. 03. 03, 18.00 – 21.00 Uhr oder 26. 06. 03 – 28. 06. 03, 18.00 Uhr  
**Ort:** München  
**Sonstiges:** Seminar und praktische Arbeitskurse  
**Kursgebühr:** Abendseminar: 198 EUR inkl. Verpflegung zzgl. MwSt.; Seminar kompl.: 1 180 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.  
**Auskunft:** IFG-Büro, Wohlstraße 22, 23669 Timmendorfer Strand  
 Tel.: 04503/77 99 33  
 Fax: 04503/77 99 44  
 e-mail: info@ifg-hl.de  
 internet: www.ifg-hl.de

**Thema:** FT I Diagnosegerechte Therapie des funktionsgestörten Patienten – Schwerpunkt: „Aufbisschienen“  
**Veranstalter:** Westerburger Kontakte  
**Termin:** 26. – 28. 06. 2003  
**Ort:** 56457 Westerburg  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Diether Reusch, ZA Jochen Feyen, PT Gert Groot Landeweer

**Kursgebühr:** 1 340 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Frau Schüchen, Westerburger Kontakte, Bilzstr. 5, 56457 Westerburg  
 Tel.: 02663/39 66  
 Fax: 02663/39 76

**Thema:** OK-Frontzahnbrücken nach dem Analysis Prinzip  
**Veranstalter:** Ivoclar Vivadent AG  
**Termin:** 26. – 28. 06. 2003  
**Ort:** International Center for Dental Education (ICDE) in Schaan, Liechtenstein  
**Auskunft:** Ivoclar Vivadent AG, Nicole Albrecht Kirchler  
 Tel.: +423/235-36 15  
 Fax: +423/235-37 41  
 e-mail: nicole.albrecht-kirchler@ivoclarvivadent.com

**Thema:** Helferinnen führen erfolgreiche Verkaufsgespräche in der Zahnarztpraxis  
**Veranstalter:** Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne  
**Termin:** 27. 06. 2003  
**Ort:** 44623 Herne  
**Sonstiges:** Ref.: Friedrich W. Schmidt  
**Kursgebühr:** 230 EUR inkl. MwSt.  
**Auskunft:** Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstraße 30, 44623 Herne  
 Tel.: 02323/946 83 00  
 Fax: 02323/946 83 33

**Thema:** Die Quadlix – Kein Wundermittel, aber hoch effizient  
**Veranstalter:** Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne  
**Termin:** 27. 06. 2003  
**Ort:** 44623 Herne  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Thomas Hinz  
**Kursgebühr:** 180 EUR inkl. MwSt. 145 EUR inkl. Mwst. für Assistenten mit KZV-Nachweis  
**Auskunft:** Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstraße 30, 44623 Herne  
 Tel.: 02323/946 83 00  
 Fax: 02323/946 83 33

**Thema:** Das Einschleifen des Aktivators  
**Veranstalter:** Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne  
**Termin:** 27. 06. 2003  
**Ort:** 44623 Herne  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Thomas Hinz  
**Kursgebühr:** 180 EUR inkl. MwSt. 145 EUR inkl. Mwst. für Assistenten mit KZV-Nachweis

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

**Thema:** Das Beratungsgespräch  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation  
**Termin:** 27. 06. 2003  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Ref.: Petra Schmidt-Saumweber  
**Kursgebühr:** 290 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
 Tel.: 07231/803-470  
 Fax: 07231/803 409

**Thema:** Abrechnung von KFO-Leistungen nach Bema und GOÄ/GOZ – Grundlagenkurs  
**Veranstalter:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie  
**Termin:** 27. 06. 2003, 13.00 – 18.30 Uhr  
**Ort:** 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5  
**Sonstiges:** Ref.: Dipl.-Med.-Päd. FH B. Rumpf, Frankfurt  
**Kursgebühr:** 130 EUR  
**Auskunft:** Frau Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie  
 Tel.: 069/942 21-113  
 Fax: 069/942 21-201

**Thema:** „Mission (im)possible“ Erfolgsorientierte Endodontie in der (täglichen) Sprechstunde  
**Veranstalter:** Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co. KG  
**Termin:** 27. 06. 2003, 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** 70178 Stuttgart  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Peter Kiefner, Zahnarzt, Stuttgart  
**Kursgebühr:** 159 EUR + MwSt. pro Person; 119 EUR + MwSt. pro Person für „Wagner Star Classic Kunden“ und 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 Konuskronenprothese im duplierfreien Einstückguss – High Tech aus CoCr  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation  
**Termin:** 27./28. 06. 2003  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. rer. nat. Jürgen Lenz; Dr. med. dent. Hans Jürgen Schindler; ZT Peter Gadinger, ZT Ulrich Rupprecht  
**Kursgebühr:** 500 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
 Tel.: 07231/803-470  
 Fax: 07231/803 409

**Thema:** Der Distalbiß – vom Aktivator bis zur Distraktion  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation  
**Termin:** 27./28 06. 2003  
**Ort:** 75228 Ispringen/Pforzheim  
**Sonstiges:** Ref.: Prof. Dr. Dr. Fuhrmann  
**Kursgebühr:** 549 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
 Tel.: 07231/803-470  
 Fax: 07231/803 409

**Thema:** Professionelle Individualprophylaxe  
**Veranstalter:** Fortbildungsinstitut Schöne Zähne  
**Termin:** 27./28. 06. 2003  
**Ort:** 97753 Karlstadt  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Klaus-Dieter Bastendorf, Zahnarzt Stefan Scherg  
**Kursgebühr:** ZÄ: 450 EUR, Mitarb.: 300 EUR, Teampreis: 650 EUR, jede weitere Anmeldung: 250 EUR, alle Preise inkl. MwSt.  
**Auskunft:** Zahnarzt Stefan Scherg, Fortbildungsinstitut Schöne Zähne, 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:** Multibandkurs II: Straightwire-Technik mit dem Brandt Torquecontrol®-System von Dentaurum; Behandlung der Angle Klasse II  
**Veranstalter:** KFO-Labor Orthotec, Wiesbaden  
**Termin:** 27./28. 06. 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:** Verblenden/BelleGlass HP – Meister-Kurs/Teleskoptechnik

**Veranstalter:** Girrbaach Dental GmbH  
**Termin:** 27./28. 06. 2003  
**Ort:** Pforzheim  
**Sonstiges:** Ästhetik in der Teleskoptechnik mit belleGlass HP; Ref.: ZTM Udo Pflaster  
**Kursgebühr:** pro person 600 EUR  
**Auskunft:** Martina Weber, Postfach 910115, 75091 Pforzheim  
 Tel.: 07231/957-251  
 Fax: 07231/957-249

**Thema:** Ästhetisch rehabilitieren – Komposition von Hart- und Weichgewebe

**Veranstalter:** Nobel Biocare Deutschland GmbH  
**Termin:** 28. 06. 2003  
**Ort:** 79106 Freiburg  
**Sonstiges:** Ref.: OA Dr. Christian F. J. Stappert, PD Dr. Ralf J. Kohal; Kurs-Nr.: 03-064  
**Kursgebühr:** 480 EUR  
**Auskunft:** Nobel Biocare Deutschland GmbH, Schulung & Fortbildung, Stolberger Straße 200, 50933 Köln  
 Tel.: 0221/500 85-0  
 Fax: 0221/500 85-352  
 Internet: www.nobelbiocare.de

**Thema:** Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen

**Veranstalter:** KFO-Labor Orthotec, Wiesbaden  
**Termin:** 28. 06. 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:** Atypische Zahnschmerzen – Wenn Einschleifen und Vitalextraktion keinen Erfolg mehr bringen, was dann?

**Veranstalter:** PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH  
**Termin:** 28. 06. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** 49163 Bohmte-Hunteburg  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. med. dent. H. W. Weisskircher, Igel; Kursinhalt: theoretischer Hintergrund des myofaszialen Schmerzsyndroms – diagnostische Kriterien und therapeutische Ansätze; max. 10 Teilnehmer  
**Kursgebühr:** 290 EUR inkl. MwSt.  
**Auskunft:** Frau Gardemin Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg  
 Tel.: 05475/95 98 55  
 Fax: 05475/52 57

**Thema:** Sauerstoff – das ideale Notfall-Medikament für die Zahnärztliche Praxis

**Veranstalter:** medicodent GmbH B. Dürkheim  
**Termin:** 28. 06. 2003  
**Ort:** Krefeld  
**Kursgebühr:** 85 EUR inkl. MwSt. für bis zu zwei Teilnehmer  
**Auskunft:** Dr. Mutzbauer, Dr. Hugo Bischoff Straße 11, 67098 Bad Dürkheim  
 Tel.: 0171/78 41 591  
 e-mail: medicodent@t-online.de

**Thema:** Master Course II – Prothetikkursus

**Veranstalter:** Nobel Biocare Deutschland GmbH  
**Termin:** 28. 06. 2003  
**Ort:** 50259 Pulheim  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Michael Hohl, Dr. Kornelia Maag-Hohl; Kurs-Nr.: 03-002  
**Kursgebühr:** 275 EUR  
**Auskunft:** Nobel Biocare Deutschland GmbH, Schulung & Fortbildung, Stolberger Straße 200, 50933 Köln  
 Tel.: 0221/500 85-0  
 Fax: 0221/500 85-352  
 Internet: www.nobelbiocare.de

**Thema:** Provisorische Versorgung in der Implantatprothetik – Provisorische Versorgung und Gingivakonditionierung

**Veranstalter:** Nobel Biocare Deutschland GmbH  
**Termin:** 28. 06. 2003  
**Ort:** 35435 Wetztenberg  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Norbert Haßfurther, CDT David O'Connor; Kurs-Nr.: 03-091  
**Kursgebühr:** 100 EUR  
**Auskunft:** Nobel Biocare Deutschland GmbH, Schulung & Fortbildung, Stolberger Straße 200, 50933 Köln  
 Tel.: 0221/500 85-0  
 Fax: 0221/500 85-352  
 Internet: www.nobelbiocare.de

**Thema:** KFO-Abrechnung spezial Aufbaukurs

**Veranstalter:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie  
**Termin:** 28. 06. 2003, 9.00 – 13.00 Uhr  
**Ort:** 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstraße 3-5  
**Sonstiges:** Ref.: Dipl.-Med.-Päd. FH B. Rumpf, Frankfurt  
**Kursgebühr:** 130 EUR  
**Auskunft:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf  
 Tel.: 069/94 221-113  
 Fax: 069/94 221-201

**Thema:** Perfect Bonding Workshop

**Veranstalter:** Tanaka Dental Friedrichsdorf/IFG Timmendorfer Strand  
**Termin:** 28. 06. 2003  
**Ort:** München, Maritim Hotel  
**Sonstiges:** Ref.: Prof. Dr. Nasser Barghi; Workshop für ZÄ  
**Kursgebühr:** 580 EUR  
**Auskunft:** Tanaka Dental, Max-Planck-Str. 3, 61381 Friedrichsdorf  
 Tel.: 06172/830 26  
 Fax: 06172/841 79

**Thema:** Urs Brodbeck zum Thema Einzelzahnersatz:

Bewährte Konzepte aus der Privatpraxis  
**Veranstalter:** Ivoclar Vivadent AG  
**Termin:** 28. 06. 2003  
**Ort:** Schaan, Liechtenstein  
**Auskunft:** Ivoclar Vivadent AG, Nicole Albrecht Kirchler  
 Tel.: +423/235-36 15  
 Fax: +423/235-37 41  
 e-mail: nicole.albrecht-kirchler@ivoclarvivadent.com



*Prophylaxe durch Kuhmilch*

## Milch immunisierter Kühe verhindert die Wiederbesiedlung mit *S. mutans*

**Ein möglicher neuer Weg der Kariesprophylaxe wird beschrieben mit Milch von Kühen, die nach Immunisierung Antikörper gegen *Streptococcus mutans* entwickeln. Bei jungen Erwachsenen hemmt diese Milch die Besiedlung von Speichel und Plaque mit dem Bakterium.**

Ein entscheidender Faktor für die Pathogenese der Zahnkaries ist die Haftfähigkeit von *Streptococcus mutans* an der Zahnoberfläche. Sie ist abhängig von der Aktivität der Glucosyltransferasen (GTFs) als Katalysatoren für die Synthese klebriger, wasserunlöslicher  $\beta$ -Glucane und von der Bindung eines mikrobiellen Protein-Antigens (Pac) an Speichelinhaltsstoffe. Wenn es gelänge, beide Substanzgruppen, GTFs und Pac, gleichzeitig zu inaktivieren, könnte die Kariesprophylaxe möglicherweise ein gutes Stück weitergebracht werden.

Auf dem Weg zu diesem Ziel entwickelten die Autoren der vorliegenden Arbeit aus der alaninreichen Determinante von Pac (PacA) und dem Substratbindungsbereich des GTF-Moleküls (Glucan-binding domain = GB) ein neues, synthetisches Protein (PacA-GB), mit dem sie trächtige Kühe immunisieren [Yu, H. et al.: Effects of antibodies against cell surface protein antigen Pac-glycosyltransferase fusion proteins on glucan synthesis and cell adhesion of *Streptococcus mutans*. Infect. Immun., 65 (1997) 2292-2298]. Im Laborversuch mit speichel-überzogenen Hydroxyapatitperlen zeigten die isolierten Antikörper dieser Milch eine Hemmwirkung sowohl auf die Adhäsion von *S. mutans* als auch auf die Aktivität der GTF.

### Ein Schluck Milch ...

Die vorliegende Arbeit beschreibt eine Studie, die den Einfluss der Milch immunisierter Kühe auf die Besiedlung von Speichel und Plaque mit *S. mutans* unter In-vivo-Bedingungen untersucht. Testpersonen (TP) sind acht gesunde, junge Erwachsene (fünf weibliche, drei männliche; 20 bis 25 Jahre, randomisiert aufgeteilt in zwei Gruppen). Mit

Ausgangswerten von  $>5 \times 10^5$  CFU *S. mutans*/ml Speichel. Der prozentuale Anteil von *S. mutans* an den Gesamtstreptokokken in der Mundhöhle und der DMFT-Status sind vergleichbar, keine der TP weist klinisch erkennbare kariöse Läsionen auf. Die Testgruppe (n = 4) erhält pasteurisierte Milch immunisierter Kühe, die Kontrollgruppe (n = 4) Milch von nicht-immunisierten Kühen



*Wenn Kuhmilch immunisierter Tiere kariesprophylaktisch eingesetzt werden sollte, brauchen wir bald noch mehr Kühe.*

der gleichen Zucht. In der immunisierten Milch liegen die Antikörper gegen Pac zirka 130fach, die gegen GTF zirka zehnfach höher als in der Kontrollmilch (bestimmt mit enzyme-linked immunosorbent assay = ELISA).

In einer zweiwöchigen Vor-Studien-Periode, in der die TP angehalten werden, keine Änderungen ihres Ernährungsverhaltens und ihrer Mundhygiene vorzunehmen, werden jeweils drei Plaque- und Speichelproben entnommen zur Bestimmung des mikrobio-

logischen Ausgangswertes (*S. mutans* und Gesamtstreptokokken). Weitere Proben folgen vor Beginn des Tests sowie nach sieben, 14, 28, 42 und 70 Tagen.

Zur Minimierung der Mundflora beginnt die Studie mit einer professionellen, mechanischen Zahnreinigung mit nachfolgender Gabe von zehn Millilitern einprozentiger Cetylpyridinchloridlösung für fünf Minuten und Zahnpflege mit zehn Millilitern einer 0,2-prozentigen Lösung morgens und abends nach dem Zähneputzen. Die Maßnahmen werden an fünf aufeinander folgenden Tagen wiederholt. Danach folgt der

eigentliche Test: Während 14 Tagen wird nach der Zahnreinigung morgens und abends jeweils eine Mundspülung durchgeführt mit zehn Millilitern Milch für eine Minute; eine Stunde nach der Maßnahme darf nichts gegessen oder getrunken werden. Danach kehren die TP zur gewohnten Mundhygiene und Ernährung zurück.

Nach der Reinigung liegt *S. mutans* in Speichel und Plaque bei zirka ein Prozent der Ausgangswerte; mit Beginn der Mundspülungen mit Milch steigt die Zahl kontinuier-

lich an, in der Testgruppe signifikant langsamer als in der Kontrollgruppe. Bis zum Ende der Messperiode (70 Tage) bleibt *S. mutans* in Speichel und Plaque unter dem Ausgangswert und weit unter dem jeweiligen Gehalt in der Kontrollgruppe. Dort wird der Ausgangswert bereits nach 14 Tagen wieder erreicht; er steigt rasch weiter an, bis zum Ende der Messperiode um das zehnfache bis 50fache. Die Autoren diskutieren als mögliche Ursache Substanzen, die von Natur aus in Milch vorkommen und das Wachstum von *S. mutans* anregen. Wegen der Vorgabe, nach der Behandlung nichts zu essen oder zu trinken, verbleiben sie vergleichsweise lange in der Mundhöhle.

*S. mutans* reagiert empfindlicher auf die Reinigungsmaßnahmen als andere Streptokokken; der Anteil an der Gesamtpopulation sinkt in Speichel und Plaque deutlich ab. Im Speichel, in der Testgruppe auch in der Plaque, hält der Trend während der ersten



*Zukunftsmusik? Milch nach dem Zähneputzen soll nicht nur gesund, sondern Zahngesund sein.*

sieben Tage der Milchspülung noch an; dann steigt der prozentuale *S. mutans*-Anteil wieder an, in der Testgruppe bis zum Ende der Messperiode zum Ausgangswert, in der Kontrollgruppe weit darüber hinaus.

### **... zur Kariesprophylaxe**

Die Ergebnisse der Studie bestätigen die In-vitro-Befunde und Untersuchungen anderer Autoren zur passiven Immunisierung gegen Karies. Der Gehalt an *S. mutans* in der Mundhöhle bleibt nach der Immunisierung noch mindestens ein bis zwei Monate weit unter dem Ausgangswert. Die Autoren sehen in der Milch immunisierter Kühe ein geeignetes Mittel zur Eindämmung der Karies bei bereits infizierten Personen und zur Verhinderung einer Erstinfektion von Säuglingen. sp/IME

*Motivation durch Team-Meetings*

## Gemeinsam planen für gemeinsamen Erfolg

Jochen Kriens, Bianca Engel

**Das Team zählt zu den zentralen Erfolgsfaktoren in einer Zahnarztpraxis. Jeder Behandler, der seine Praxis auf hohem Niveau führen möchte, ist unweigerlich auf die volle Unterstützung seiner Mitarbeiterinnen angewiesen. Die Abläufe in einer Praxis sind komplex, die Anforderungen an den Zahnarzt umfangreich geworden – ein funktionierendes Team ist wesentlich für den Erfolg. Ein zentrales Instrument, um die eigenen Mitarbeiterinnen zu motivieren und zu einem eingespielten Team zu entwickeln, das gemeinsam Höchstleistungen vollbringt, sind regelmäßige Gruppenbesprechungen.**



*Ohne Absprache läuft hier nichts – das ganze Team muss die Strategie der Praxis entwickeln und mittragen.*

Eine Zahnarztpraxis versteht sich heute immer öfter als ein modernes Dienstleistungsunternehmen – der Chef muss die verschiedenen Leistungsstränge, die den Praxisalltag bestimmen, souverän koordinieren. Ohne ein gut funktionierendes Team, das ihn bei der Erreichung seiner Ziele unterstützt, geht meist gar nichts mehr.

Die Erfahrung zeigt, dass Praxismitarbeiterinnen besonders engagiert und motiviert arbeiten, wenn sich ihre persönlichen Ziele mit den Praxiszielen vereinbaren lassen – das heißt, wenn mit der Erreichung der Praxisziele auch die Ziele der Mitarbeiterinnen

realisiert werden können. Die Angestellten erkennen dann, dass sie nicht nur für die Praxis arbeiten, sondern sich mit derselben Arbeit auch ihren ganz individuellen Zielen nähern.

### Veränderungen der Praxis

Ein Zahnarzt sollte Teambesprechungen daher besonders nutzen, um Veränderungsprozesse in ihrem Verlauf zu diskutieren, die Rollen der einzelnen Mitarbeiterinnen zu besprechen, jede in ihrem Aufgabengebiet zu bestärken und das Ineinan-

dergreifen aller bestehenden Kräfte zu fördern. Auf diesem Weg erreicht der Praxischef zwei wesentliche Dinge:

- Er führt seine Praxis in die angestrebte Richtung.
- Er vergrößert die berufliche Zufriedenheit seines gesamten Teams.

Viele Zahnärzte, die sich vornehmen, Veränderungsprozesse in ihrer Praxis durchzuführen, stehen anfänglich vor der Herausforderung, ihr Team für diese Entwicklungen gewinnen zu müssen. Nur mit Hilfe der Unterstützung durch das Team lassen sich Veränderungen erfolgreich durchführen und langfristig erhalten. Stellt das Team sich quer, kann eine Veränderung zwar in einem Kraftakt des Praxischefs vollzogen

werden – ihre Fortdauer jedoch bleibt äußerst vage.

Eine Praxis wird sich nur dann erfolgreich weiterentwickeln können, wenn ihre Philosophie vom ganzen Team gelebt wird, wenn alle Beteiligten hinter diesen Veränderungen stehen, ihren Sinn erkennen und akzeptieren und auch ihren eigenen – persönlichen – Nutzen daraus ziehen können. Um diese Voraussetzungen zu schaffen, stehen dem Praxischef verschiedene Instrumente zur Auswahl.

Sehr effektiv ist hierbei die Teambesprechung, welche regelmäßig durchgeführt die praxisinterne Kommunikation fördern und konkret immer

dann genutzt werden kann, wenn es etwas in der Gruppe zu besprechen gibt. Das können umfangreiche Veränderungen, Aufgabenverteilungen, die Erarbeitung einer Praxisphilosophie oder ganz alltägliche Kleinigkeiten sein, die geregelt werden müssen. In jedem Fall tragen regelmäßige Teambesprechungen dazu bei, dass die Angestellten einer Praxis ein Engagement und eine Teammotivation entwickeln, die weit über rein individuelle Ziele hinausgehen, diese aber dennoch berücksichtigen. Das Team wächst zusammen – und zusammen ist man zu Höchstleistungen im Stande.

Natürlich muss im Vorfeld eines Team-Meetings allen Beteiligten in etwa klar sein, worum es in der Besprechungsrunde gehen soll.

Steht ein besonderer Anlass fest, sollte dieser im Vorfeld (zirka ein bis zwei Wochen vor dem Termin) vom Praxischef angekündigt werden. Anders verhält es sich jedoch, wenn allgemeine Meetings durchgeführt werden, deren Inhalte nicht von vornherein fest definiert sind. Für deren Vorbereitung und organisatorische Durchführung sollte stets dieselbe Mitarbeiterin zuständig sein. Außerdem sollten einige Punkte beachtet werden, um Veranstaltungsspannen zu vermeiden und das Meeting zu einem vollen Erfolg werden zu lassen.

■ Im Aufenthaltsraum liegt eine **Themenliste** aus, in welche die für eine Teambesprechung relevanten Themen von allen Teilnehmern eingetragen werden. Hinzu-

## zm-Service

### Checkliste „Team-Meetings“

Eine Checkliste zum Thema „Team-Meetings“ kann unter [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) heruntergeladen oder bei den Autoren dieses Beitrags angefordert werden über:

*New Image Dental GmbH  
Agentur für Praxismarketing  
Jahnstraße 18  
55270 Zornheim  
Tel.: 06136/955500  
Fax: 06136/9555033  
E-Mail: [zentrale@new-image-dental.de](mailto:zentrale@new-image-dental.de)  
[www.new-image-dental.de](http://www.new-image-dental.de)*

gefügt werden sollte auch die Priorität der einzelnen Themen, um bei Zeitmangel weniger dringliche Wünsche auf kommende Sitzungen verschieben zu können.

■ Die **Protokolle** der vergangenen drei Sitzungen werden von der verantwortlichen Mitarbeiterin vorab kontrolliert. Die Themen, die bisher zu keiner zufrieden stellenden Lösung geführt werden konnten, werden in der kommenden Besprechung nochmals aufgegriffen.

■ Es ist die Aufgabe der Organisatorin, die von allen Mitarbeiterinnen eingereichten Themen zu sortieren und für die Besprechung zusammenzustellen. Diese **Agenda** sollte zwei bis drei Tage vor dem Team-Meeting dem Praxischef präsentiert werden.

■ Anschließend – nachdem der Themenplan vom Chef abgesegnet wurde – werden **Kopien** an alle Mitarbeiterinnen verteilt.

■ Die Erfahrung zeigt, dass es effektiver ist, nur einige Themen intensiv zu besprechen, statt viele Themen nur oberflächlich. Wählen Sie daher die drei dringlichsten

Punkte aus, und diskutieren Sie diese ausführlich. Bleibt dann noch Zeit übrig, können „kleinere Sachen“ nachgeschoben werden.

Bei regelmäßigen Besprechungen spielt der Zeitfaktor eine nicht unerhebliche Rolle. Die Frage, die sich sofort stellt, ist, ob die Team-Meetings als bezahlte Arbeitszeit gewertet oder als autonome Zusatzleistungen aller



Foto: MEV

*Gleich geht's los – das Team ist startklar.*

Teilnehmer betrachtet werden sollten, was bedeutet, dass alle Teilnehmer auf eigene „Zeitkosten“ an den Meetings teilnehmen. Die Erfahrung hat hier gezeigt, dass eine Zweiteilung der aufgewendeten Zeit am sinnvollsten ist: Durch die Team-Meetings werden schließlich nicht nur die Ziele der Praxisleitung vorangebracht. Jede einzelne Helferin trägt als wichtiges Teammitglied dazu bei, dass mit der Veränderung der Praxis auch ihr eigener Arbeitsplatz interessanter wird, sich Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen und das Know-how der einzelnen Angestellten ganz generell den neuen Gegebenheiten angepasst werden muss.

Dies heißt natürlich, dass jede Angestellte am gemeinsam erarbeiteten Praxiserfolg in hohem Maße partizipiert – durch eine interessante Tätigkeit, wachsende Verantwortung, Fortbildungen und das Bewusstsein von der Wichtigkeit der eigenen Person am Gesamtergebnis der Praxis. Dies sind die wesentlichen Gründe, warum es sinnvoll ist, die Zeit auf alle teilnehmenden Teammitglieder zu verteilen: Die eine Hälfte wird also als bezahlte Arbeitszeit angerechnet, die andere opfern die Angestellten von ihrer Freizeit.

### Meeting-Regeln

Auch für die Durchführung der Meetings gibt es Regeln, die dazu beitragen, dass das Besprochene auch Früchte trägt, statt einfach zu verpuffen.

- Alle Meetings werden protokolliert. Es sollte eine Protokollantin (rotierendes Verfahren) ernannt werden, die alle Themen in Stichpunkten schriftlich aufnimmt und dieses Protokoll nach ordentlicher schriftlicher Aufarbeitung an alle Teammitglieder verteilt.

- Jede Mitarbeiterin sollte das von ihr vorgeschlagene Thema selbst vorstellen und einleiten, die Problematik erläutern.

- Themen, die bisher zu keiner Lösung geführt werden konnten, müssen aufgearbeitet werden.

- Wird für ein Thema in der Besprechung keine Lösung gefunden, wird im Protokoll vermerkt, welche Folgemaßnahmen zu welchem Zeitpunkt durchgeführt werden.

Die Organisatorin, die auch gleichzeitig als Moderatorin agieren kann, sollte während der Besprechung dafür sorgen, dass die zur Disposition stehenden Themen intensiv, also lösungsorientiert diskutiert werden. Am besten ist es, wenn Probleme tatsächlich gelöst werden – jeder sollte wissen, wie in Zukunft in der bestimmten Frage weiter verfahren wird. Dies schließt auch ein, dass zukünftig anstehende Aufgaben im Rahmen einer Besprechung ganz konkret an

einzelne Mitarbeiterinnen übertragen werden.

Wenn sich ein Praxisteam dazu entschließt, regelmäßige Gruppenbesprechungen durchzuführen, ist nach kurzer Zeit allen Teilnehmern klar, wie diese Veranstaltungen ablaufen, worauf zu achten ist und wie sie sich am effektivsten durchführen lassen.

Für die Nachbereitung gilt Folgendes:

- Offen gebliebene Themen werden als solche im Protokoll markiert, um sie bei der nächsten Besprechung wieder aufnehmen zu können.

- Die Protokollantin fertigt Kopien des Protokolls an und verteilt sie an alle Teamkollegen.

- Die Mitarbeiter, an die Aufgaben verteilt wurden, erstatten beim nächsten Meeting Bericht, wie sich die Ausführung gestaltet hat.

### Motivation durch Respekt

Als Teambildungs- und Teamentwicklungsinstrument kann einem regelmäßig durchgeführten Team-Meeting gar nicht genug Bedeutung beigemessen werden. Es dient dazu, den Blick in die Vergangenheit zu richten und daraus Regeln und Prinzipien für die Zukunft abzuleiten. Werden nämlich Entscheidungen und Vereinbarungen vor dem Hintergrund der Ansichten aller Teammitglieder getroffen, so werden diese auch von allen getragen und gelebt. Es gilt schließlich die Devise, dass ein Team dann besonders motiviert arbeitet, wenn die Meinungen aller beachtet und respektiert werden. Wird dies zugrunde gelegt, kann sich jeder Praxischef auf die konstruktive Unterstützung seiner Mitarbeiterinnen bei der Umgestaltung seiner Praxis verlassen und voll auf sein Team zählen.

*Jochen Kriens  
Oranienstraße 48  
65185 Wiesbaden*

*Bianca Engel  
In den Weingärten 63  
55276 Oppenheim*

*Trendtag zur Zeitökonomie*

## Wer Talent hat, kennt keinen Stress

*Zeit ist deswegen so wertvoll, weil sie begrenzt ist. Der Tag hat 24 Stunden, die Woche hat sieben Tage – und innerhalb dieser strikten Grenzen bewegen sich die individuellen „Zeitkonten“, die jedem zur Verfügung stehen. Auch und gerade für den Zahnarzt – mit seinen zahlreichen Rollen als Praxischef, Behandler, Mediziner, Privatperson – kann unter diesem Gesichtspunkt gelten, was auf dem Achten Deutschen Trendtag in Hamburg als zentrale These untersucht wurde: „Eigenzeit ist das Kapital von morgen“.*



Foto: Ingram

*Keine Zeit, die Deadline naht – mit der ökonomischen Zeitgestaltung im Job und im Privaten beschäftigte sich der Achte Deutsche Trendtag in Hamburg.*

Für Peter Wippermann, Gründer des Hamburger Trendbüros und Professor für Kommunikationsdesign an der Universität Duisburg-Essen, sind viele der gegenwärtigen Probleme in Wirtschaft und Gesellschaft Zeitprobleme. Da die meisten gesellschaftlichen Systeme auf einem „linearen Verständnis von Zeit“ basierten, sei das Erwerbsleben in die Abschnitte „Ausbildung“,

„Beruf“ und „Rente“ aufgeteilt. Dieses Modell scheitere aber an der Realität. Berufsbilder, so Wippermann, ändern sich oder verschwinden gänzlich. Ein gutes Examen garantiere heute keinen sicheren Arbeitsplatz mehr. Hierauf müsse sich jeder Einzelne einstellen – und auch der Staat.

Die „Flexibilisierung“ des Lebens werde weiter zunehmen, prognostiziert der Trendbüro-Chef. „Die verfügbare Zeit intelligent zu nutzen“, erklärt Wippermann, „ist keine Frage der Work-Life-Balance, sondern der ökonomischen Notwendigkeit.“

Während die einen gezwungen sein werden, Geld zu investieren, um Zeit zu sparen, werden die anderen gezwungen sein, Zeit zu investieren, um Geld zu sparen. Bestes Beispiel hierfür sei der aktuelle Boom bei Billig-Airlines. Wippermann: „Wer Wochen im Voraus online bucht und sich auf einen speziellen Punkt festlegt, tauscht Flexibilität gegen einen Preisvorteil.“ Eine zunehmende Vernetzung werde auch in anderen Märkten dazu führen, dass Kunden ihre Zeitinvestitionen – und damit auch den gezahlten Preis – selbst bestimmen werden.

### Kreative Freiräume

„Der Umgang mit der Zeit war schon immer eine der größten Herausforderungen für eine gelungene Lebensführung.“ Dr. Reinhard K. Sprenger, Managementberater und Autor, ging der Frage nach, welche Chancen es in einer zukünftigen Ökonomie für eine selbstverantwortliche Zeitgestaltung im Arbeitsleben geben wird. Die Individualisierung der Arbeitszeit wird, so

### Trendbüro und Trendtag

Das Hamburger „Trendbüro“ bezeichnet sich selbst als „Beratungsunternehmen für gesellschaftlichen Wandel“. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, Designer und Architekten arbeiten daran, gesellschaftliche Phänomene in ihren unterschiedlichen Ausprägungen zu untersuchen. Im wissenschaftlichen Bereich arbeitet das „Trendbüro“ mit dem Gottlieb Duttweiler Institut (GDI) in Rüschlikon/Zürich sowie der Technischen Universität Berlin, Fachbereich Medienberatung zusammen.

Der „Trendtag“ fand in diesem Jahr zum achten Mal statt. Unter dem Titel „Eigenzeit – Aufschwung durch eine neue Zeitökonomie“ gab es auf dem Kongress Vorträge und Diskussionsrunden, die sich aus verschiedenen Blickrichtungen mit der Frage beschäftigten, wie sich durch ein neues Zeitverständnis, Chancen für einen ökonomischen Aufschwung ergeben können.

■ Weitere Informationen sind im Internet zu finden unter:  
[www.trendbuero.de](http://www.trendbuero.de)

Sprenger, neue kreative Freiräume im Beruf schaffen; es werde künftig aber mehr und länger gearbeitet.

„Wer sich auf die Rente freut, macht ohnehin den falschen Job“, sagt Sprenger. Klassische „9-to-5-Jobs“ werde es in Zukunft immer weniger geben; sie würden durch Projektarbeit und freie Zeiteinteilung ersetzt. Einigen mag das sehr nach unübersichtlichen Arbeitsbedingungen und Stress klingen. Sprenger aber meint: „Stress ist der Orden der Unbegabten.“ Will sagen: Wer für das, was er tut, Talent besitzt, der hat auch keinen Stress, egal wie viel oder wie wenig Zeit ihm zur Verfügung steht.

Für Andreas Lukoschik, TV-Moderator und Diplompsychologe, ist klar, dass nur wer richtig Pause machen kann auch richtig arbeiten kann. „Die Zeit ist der große Gleichmacher“, so Lukoschik. „Keiner weiß, wieviel er davon hat. Keiner kann sich mehr davon zulegen. Und dennoch versuchen es die meisten.“ dev

*Gütertrennung, Unterhalt und Co.*

## Eheverträge mit und ohne Sitten

Joachim Kirchmann

**Immer mehr Ehen liegt ein Ehevertrag zu Grunde. Dank der vom Grundgesetz garantierten Vertragsfreiheit können mündige Bürger vor einem Notar alle unlieb-samen Ehegesetze umgehen. Nun hat der Bundes-gerichtshof zu befinden: Was ist dabei sittenwidrig?**

Nicht nur Prominente aus dem Showbusiness schließen in der Regel einen Ehevertrag ab, ehe sie auf dem Standesamt „ewige“ Treue geloben. Wer aus den Medien erfährt, dass wieder einmal ein Promi, womöglich gar zum wiederholten Mal, sein Ja-Wort

auch ohne den Segen des Staates Kinder groß.

Anders als in vielen Nachbarländern besteht der deutsche Staat aber auf die Legitimation einer Ehe durch das Standesamt, will ein Paar beispielsweise an gewissen Steuervorteilen partizipie-

zumindest einen Teil der vom Partner erarbeiteten Ansprüche weiter beziehen zu dürfen. Eine langjährige „Lebensabschnitts-gefährtin“ kann sehen, wo sie bleibt.

### Kompromiss

Weil die Gesetze zur Regelung von Lebensgemeinschaften hier zu Lande recht rigide sind, schließen viele modern den-kende Paare mit dem Staat einen

Kompromiss: Sie gehen zum Standesamt, um vorsorglich finanziellen Schaden für sich und ihre Nachkommen abzuwenden. Zugleich aber schließen sie einen Ehever-trag, um sich von den Geset-zen zu befreien, die das Finan-zielle nach einer Trennung oder Scheidung regeln. Zumeist wird dabei die „Zu-gewinnngemeinschaft“ annulliert. Sie tritt automatisch in Kraft, wenn die Eheleute nichts anderes vereinbaren. Im Falle einer Scheidung hat dieser zudiktierte „Güter-stand“ die Aufteilung des

ehelichen Zugewinns an Vermögen in zwei Hälften zur Folge. Nach dem gleichen Prinzip wird auch der Versorgungsausgleich geregelt. Er teilt die Rentenansprüche unter Geschiedenen auf. Auch die gesetzliche Rege-lung von Unterhaltszahlungen lässt sich per Vertrag wieder aus-hebeln.

Nun aber hat das Oberlandesge-richt (OLG) München in einem Aufsehen erregenden Urteil (Ak-tenzeichen: 4 UF 7/02) die Ver-

tragsfreiheit bei der Ausgestal-tung von Eheverträgen in Frage gestellt. Der Fall: Ein recht wohl-habender Ehemann hatte mit seiner akademisch ausgebilde-ten Ehefrau rund drei Jahre nach der Eheschließung und zwei Jahre nach der Geburt einer Tochter nicht nur „Gütertrennung“, sondern auch – im Fall ei-ner Scheidung – den Verzicht auf einen Versorgungsausgleich wie auch einen Verzicht auf nach-ehelichen Unterhalt vereinbart. Als Ausgleich dafür hatte die Ehefrau und Mutter zugestimmt, sich ab 60 Jahren mit einer nicht gerade hoch dotierten Lebens-versicherung zu begnügen. Und im Scheidungsfall sollte eine ebenfalls nicht üppig dotierte einmalige Abfindung fällig wer-den – jeweils zu finanzieren vom Ehemann.

### Unangemessen

Als die Ehe tatsächlich in die Brüche ging, focht die Ehefrau den notariell beglaubigten Ehe-vertrag an. Sie bekam beim OLG München Recht. Dieses Gericht hält die Klägerin durch ihren Ehevertrag für „einseitig unan-gemessen belastet“. Damit wird dieser Vertrag für sittenwidrig und nichtig erklärt. Gegen die-sen Spruch und die Interpreta-tion des Ehevertrags von Seiten des Münchner OLG legte der Ehemann Revision beim Bundes-gerichtshof (BGH) ein. Das Ver-fahren läuft hier unter dem Ak-tenzeichen XII ZR 265/02. Bis der BGH in womöglich einigen Jahren sein Endurteil gesprochen



*Bitte hier unterschreiben: Viele modern denkende Paare schließen Eheverträge ab.*

zur Ehe ausgesprochen hat, weiß nur zu gut: Auch eine bürgerliche Ehe hält nur noch in den seltensten Fällen bis zum Tod. So kamen im letzten statistisch ausgewerteten Jahr 2001 auf etwa 400 000 Eheschließungen gut 200 000 Ehescheidungen. Hinzu kommt: Eine unbekannte Vielzahl von Paaren lebt ohne Trauschein zusammen und zieht

ren. Im Vordergrund stehen hier das so genannte Ehegatten-Splitting oder die ansehnlichen Freibeträge, die im Erb- oder Schenkungsfall den ehelich legiti-mierten Angehörigen gewährt werden. Und nur eine standes-amtlich ausgewiesene Witwe hat Anspruch darauf, im Rahmen der gesetzlich geregelten Ren-ten- oder Versorgungsbezüge

hat, müssen sich Anwälte und Notare, allein um keinen Haftungsfall zu riskieren, an das nicht rechtskräftige OLG-Urteil halten.

Das heißt: Die bislang geltende und in zahlreichen Urteilen bestätigte Rechtsgrundlage „Vertrag ist Vertrag“ ist nun aus Gründen in Frage gestellt, die bislang stets erfolglos geblieben waren. Tausende von Verträgen müssen nun, nicht zuletzt auch aus Haftungsgründen, von den involvierten Anwälten und Notaren daraufhin überprüft werden, ob sie auch zu „sittenwidrigen“ Klauseln geraten haben. Bevor sie dadurch ungültig werden, müsste man sie revidieren. Schwieriger noch: Die involvier-

über den Vertragsinhalt einig waren, dass sie sich keinerlei Druck ausgeliefert fühlten, dass sie im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte und auch aufgrund ihrer geistigen Potenz in der Lage waren, die Konsequenzen ihrer notariell beglaubigten Willenserklärung realistisch einzuschätzen.

### Unterhalts-Verzicht

Bislang fällte das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe im Jahr 2001 zwei Grundsatzentscheidungen zur Sittenwidrigkeit von Eheverträgen. In dem einen Fall (Aktenzeichen 1 BvR 12/92) hatte eine hochschwängere Frau einen Ehevertrag unterschrie-



Fotos: MEV

*Streitbare Ex-Paare: Das Oberlandesgericht in München hat die Vertragsfreiheit bei Eheverträgen in Frage gestellt.*

ten Anwälte und Notare müssen bis zum Urteil des Bundesgerichtshofs darüber befinden, was womöglich sittenwidrig sein könnte, was also einen Mandanten über die Zumutbarkeitsgrenze hinaus benachteiligen würde. Denn dem aktuellen Urteil des OLG München zufolge spielt es keine Rolle mehr, dass sich Eheleute untereinander

ben, ohne den es keine Ehe gegeben hätte. In der Hoffnung, dass das zu erwartende Kind in geordneten Familienverhältnissen aufwachsen würde, verzichtete die Klägerin im Falle einer Scheidung auf nahehelichen Unterhalt und begnügte sich mit 75 Euro monatlicher Unterhaltszahlung für das Kind. Im zweiten Fall (1 BvR 1766/92) hatte die



Klägerin bereits ein schwerbehindertes Kind. Sie vereinbarte mit ihrem Ehemann Gütertrennung, schloss den Versorgungsausgleich aus und verzichtete auf Unterhalt. In beiden Fällen, so entschieden die höchsten deutschen Verfassungshüter, hätten sich die betroffenen Frauen in einer Zwangslage befunden. Sie hätten unter dem Druck einer Ausnahmesituation nicht frei entscheiden können. Deshalb seien ihre Eheverträge für nichtig zu erklären.

## Vertrag ist Vertrag

Nun aber befand sich die Klägerin vor dem Münchner OLG in keiner Zwangssituation. Sie handelte auch nicht unter Druck. Sie war Akademikerin und musste wissen, was ihr Ehevertrag für sie im Ernstfall bedeutete. „Es kann doch nicht unsere Aufgabe sein, auf die Entscheidungen unserer Mandanten inhaltlichen Einfluss zu nehmen, zumal, wenn ihnen mit unserer Hilfe klar geworden ist, dass sie wissen, was sie tun“, so kritisierte ein bekannter Münchner Notar das aktuelle Urteil des ortsansässigen Oberlandesgerichts. Dasselbe Gericht, nur ein anderer Senat, hatte im letzten Jahr noch nach dem Grundsatz „Vertrag ist Vertrag“ entschieden: Es ging um eine Frau, die kurz nach ihrer Heirat einen notariellen Ehevertrag mit Gütertrennung, Ausschluss des Versorgungsausgleichs und Unterhaltsverzicht unterschrieben hatte. Nach einer Scheidung berief sie sich auf Sittenwidrigkeit und wollte den Vertrag annullieren lassen. Die OLG-Richter wiesen die Revisionsklage ab. Trotz der nun herrschenden Rechtsunsicherheit sollten Ehepaare in bestimmten Situationen

nicht auf einen Ehevertrag verzichten. Das gilt beispielsweise für Eheleute, die Doppelverdiener sind und in ihrer Ehe keine Kinder haben wollen oder haben können. Um im Fall einer Scheidung in finanzieller Hinsicht klare Verhältnisse zu haben, sollten sie sich nicht daran hindern lassen, die Zugewinngemeinschaft oder den Versorgungsausgleich auszuschließen und auf nahehehlichen Unterhalt zu verzichten. Denn bei völliger finanzieller Selbständigkeit gibt es

gezahlt werden. Das führte schon zu Zwangsverkäufen. Unternehmer, die nach einer Scheidung ihr Unternehmen behalten wollen, geraten nicht selten in finanzielle Bedrängnis.

Auch wenn ein großes Erbe in Aussicht steht, empfiehlt es sich, per Vertrag den Zugewinn aus diesem Erbe während der Dauer einer Ehe im Scheidungsfall nicht mit dem Partner teilen zu müssen. Das Erbe als solches, auch wenn es einem verheirateten Erben zugesprochen wird,

ten Kinder aber nicht benachteiligen möchten – einen Ehevertrag mit einem Erbvertrag verbinden; unter Umständen auch mit einem Vertrag auf Pflichtteilsverzicht (in der Regel nur machbar mit einer ausgehandelten Entschädigung). Denn auch im Erbrecht gilt im Prinzip das Grundrecht der Vertragsfreiheit. Ein Erblasser sollte dieses Grundrecht der Vertragsfreiheit unbedingt nutzen, jedenfalls so lange er seine (mündigen) Erben in Frieden zum gemeinsamen Vertragsabschluss überzeugen kann. In einem Testament finden sich leicht Anfechtungspunkte. Einen eigenhändig unterschriebenen Vertrag anzufechten, ist dagegen weniger Erfolg versprechend.

## Teurer ist sicherer

Gleichgültig, wie das ausstehende Urteil des Bundesgerichtshofs ausfallen wird – Ehevertragspartner können schon im Vorhinein den später möglichen Vorwurf der Sittenwidrigkeit ihrer Abmachungen weitgehend entkräften. Auch wenn es teurer ist, sollte sich jeder Vertragspartner gesondert einen Anwalt nehmen und sich separat beraten lassen. Ein Protokoll über diese Beratung ist hilfreich und sollte aufgehoben werden. Dann nämlich ist der Vorwurf vom Tisch, eine Partei, das ist in der Regel die bezahlende, hätte die andere dominiert oder gar unter Druck gesetzt. Hilfreich ist auch, wenn in einer Präambel die Motive für den ausgehandelten und notariell beglaubigten Vertrag festgehalten werden. Sind die Motive genannt, gibt es für die Unterstellung einer Sittenwidrigkeit keinen triftigen Anlass. ■



*Trautes Glück in zweiter Ehe: Für Wiederverheiratete ist es sinnvoll, den Ehevertrag mit einem Erbvertrag zu verbinden.*

keinen Grund, diese vernünftige Übereinkunft unter friedfertigen Ehepartnern später als sittenwidrig zu werten.

## Gütertrennung

Unternehmer – also auch Zahnärzte mit eigener Praxis – müssen nicht gleich die im Erbfall sehr nachteilige Gütertrennung vereinbaren. Sie sollten vielmehr per Ehevertrag zumindest den Zugewinnausgleich beim Betriebsvermögen ausschließen. Sonst nämlich müsste im Scheidungsfall die Hälfte des Firmen- oder Praxiswertes als Entschädigung an den Expartner

bleibt unangetastet. Nur der Wertzuwachs, bei Immobilien auf dem Papier, bei Wertpapieren in Form von Geld, müsste im Scheidungsfall laut Gesetz gleichmäßig unter den Eheleuten aufgeteilt werden.

Besteht unter Heiratswilligen ein großer Alters- oder Vermögensunterschied, rät schon die Vernunft zu einem Ehevertrag. Das gilt erst recht, wenn der Vermögende aus anderen Ehen Kinder hat und kraft der geltenden Gesetze die „natürliche“ Erbfolge völlig durcheinander geraten würde. So können Geschiedene oder Verwitwete – die noch einmal heiraten, ihre erbberechtig-

**D**as Bundesverfassungsgericht hat demnächst (wieder einmal) darüber zu befinden, ob Immobilien und Betriebe – somit auch Arzt- und Zahnarztpraxen – bei Schenkungen oder bei der Veranlagung zur Erbschaftsteuer wesentlich geringer bewerten dürfen als etwa Geldvermögen in Form von Wertpapieren. Damit der Fiskus auch nachträglich zur Kasse bitten kann, ergehen derzeit alle Erbschaftsteuerbescheide mit dem Verweis auf Paragraph 165 der Abgabenordnung als „vorläufig“. Doch am 26. August vergangenen Jahres veröffentlichte das Bundesfinanzministerium einen Erlass (Aktenzeichen IV C3 – S 2255 – 420/02), der für all jene Planungssicherheit schafft, die per Vertrag eine „vorweggenommene Erbfolge“ regeln wollen.

### Drei Möglichkeiten

Dieser Erlass bezieht sich allerdings nur auf so genanntes „existenzsicherndes Vermögen“. Dazu zählen in erster Linie (vermietete) Immobilien und Betriebe. Vermögende Eltern, die Ihren Kindern schon zu Lebzeiten beispielsweise ein solides Mietshaus als Eigentum übertragen wollen, können dabei mit drei Möglichkeiten jonglieren: eine Schenkung in Verbindung mit Nießbrauch, eine Schenkung in Verbindung mit einer „dauernden Last“ oder eine Übertragung gegen eine Leibrente. Wenn das Bundesverfassungsgericht (BVG) demnächst entscheidet, gehen Rechts- und Steuerexperten davon aus, dass es selber dem Grundrecht des Vertrau-



*Erbfolge vorab per Vertrag regeln*

## Von Nießbrauch bis Leibrente

*„Existenzsicherndes Vermögen“ sollte zu Lebzeiten schon per Vertrag vererbt werden. Gemeint sind damit in erster Linie Immobilien und Betriebe – und somit auch Zahnarztpraxen. Die Erben können dabei Erbschaftsteuern, ja sogar Einkommensteuern sparen.*

*Vererben oder zu Lebzeiten verschenken? Wer den nachfolgenden Generationen steuerliche Vorteile verschaffen will, macht sich über einen entsprechenden Vertrag Gedanken.*



ensschutzes treu bleibt und keine nachträgliche Änderung der zurzeit ungleichen Bewertung von Immobilien und Geldvermögen verlangt. Damit hätte eine jetzt getroffene Regelung zu Lebzei-

ten der Erblasser dauerhaften Bestand, gleichgültig, was das BVG und der Gesetzgeber künftig entscheiden. Auch der Erlass des Bundesfinanzministers, der im November 2002 in Kraft getre-

ten ist, darf nachträglich nicht mehr zum Schaden der Betroffenen abgeändert werden.

Im Einzelnen kann eine „vorweggenommene“ Erbchaft per Vertrag nach folgenden Modellen gestaltet werden.

**Nießbrauch:** Die Eigentümer verschenken eine Immobilie an ihre nächsten leiblichen Verwandten (das sind in der Regel die eigenen Kinder) und machen dabei für jedes Kind den Freibetrag von 205 000 Euro geltend. Die Schenker behalten aber (per Notarvertrag und Grundbucheintrag) die Nutzung oder die Mieteinnahmen aus ihrer Schenkung. Die (eventuell noch fällige) Steuer auf den verschenkten Teil des Erbes wird gestundet, bis das Recht auf den Nießbrauch erloschen ist. Verstreichen bis dahin mehr als zehn Jahre, können die Freibeträge auch zweimal geltend gemacht werden. Auf die

Einkommensteuer der beschenkten Kinder hat der Nießbrauch der Schenker keinen Einfluss.

**Dauernde Last:** Als Gegenleistung zu einer Immobilienübertragung überweisen die Beschenkten (in der Regel die Kinder) regelmäßig einen Geldbetrag an die Schenker. Die Mieteinkünfte fließen indessen auf das Konto der Beschenkten. Im Fachjargon spricht man von einer „gemischten Schenkung“. Die Gegenleistung in Geld, auch „dauernde Last“ genannt, gilt

steuertechnisch als Verbindlichkeit. Sie kann daher vom zu versteuernden Einkommen der Zahlenden abgezogen werden. Dieses Modell bietet sich an, wenn die beschenkten Kinder Höchst-

steuersätze zahlen. Die Versorgungsleistung darf sogar höher ausfallen als die erzielten und von den Kindern (nach Abzug der Werbungskosten) zu versteuernden Mieteinkünfte. Sind die Mieteinkünfte niedriger als die Versorgungsleistung, geht der Steuervorteil nicht verloren, wenn der Wert des Vermögens mindestens die Hälfte des Kapital- oder Barwerts der Versorgung ausmacht. Allerdings muss die „dauernde Last“ von den Empfängern versteuert werden. Je größer aber der Einkommensunterschied zwischen Eltern und Kindern, um so größer ist auch der Steuervorteil für die Familie. Selbstverständlich können die Kinder als Träger der „dauernden Last“ und als neue Eigentümer einer Immobilie deren Werbungskosten und Abschreibungen steuerlich geltend machen. Allerdings: Die „dauernde Last“ ist im Prinzip abänderbar. Sie lässt sich an das Einkommen der Kinder wie auch an die Bedürftigkeit der Eltern anpassen. Erst die Abänderbarkeit der Zahlungen garantiert den Vorteil bei der Einkommensteuer. Deshalb sollte ein Verweis auf Paragraph 323 der Zivilprozessordnung im Schenkungsvertrag nicht fehlen.

**Leibrente:** Eltern übertragen eine vermietete Immobilie auf ihre Nachkommen und erhalten als Gegenleistung von diesen lebenslang eine Leibrente. Der Kapitalwert der Zahlungen kann

vom steuerpflichtigen Erbvermögen abgezogen werden, die Erbschaftsteuer sinkt. Die Rentenzahler dürfen nur den Ertragsanteil der Rentenzahlung steuerlich geltend machen. Der Steuersatz ist abhängig vom Alter der Rentenempfänger bei Rentenbeginn. Mit 55 liegt der Steuersatz bei 38 Prozent, mit 60 Jahren bei 32 und mit 65 Jahren bei 27 Prozent. Was die Rentenzahler absetzen dürfen, müssen die Rentenempfänger versteuern, zu meist jedoch mit marginalen Steuersätzen. Wichtig, vor allem für die Schenker: Eine Leibrente ist unabänderlich. Sie kann nicht herabgesetzt oder ausgesetzt werden. Lediglich die amtlich festgestellte Inflation kann per Vertragsklausel ausgeglichen werden.

### Geänderte Praxis

Der Erlass des Bundesfinanzministers vom 26. August 2002 ändert die bis dahin übliche Vertragspraxis in einigen wesentlichen Punkten: Die Versorgungsleistungen müssen grundsätzlich auf Lebenszeit vereinbart sein. Das übertragene Vermögen sollte möglichst nicht verkauft werden, bevor die Rechte der ursprünglichen Eigentümer erloschen sind. Die übertragene Immobilie sollte vermietet sein (außer bei Nießbrauch in Form von Eigennutzung durch die Schenker). Bei einer Selbstnutzung können die Versorgungsleistungen nicht mehr als Sonderausgaben geltend gemacht werden.

Damit die Verträge im Rahmen dieser komplexen Materie wasserdicht sind, sollten auf jeden Fall kundige Fachanwälte und Steuerberater beigezogen werden.

jk

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

*Dr. Joachim Kirchmann  
Harthausen Straße 25  
81545 München*

## Bundesverdienstkreuz für Dr. Willmes

Dr. Fritz-Josef Willmes, von 1993 bis 2000 Präsident, heute Ehrenpräsident der BZÄK, wurde am 14. Mai das Verdienstkreuz 1. Klasse des Bundesverdienstordens der Bundesrepublik Deutschland vom Bürgermeister Josef Pfaff, Burgrieden, verliehen. Bei der Verleihung waren neben zahlreichen Gästen der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, der Präsident der LZÄK Baden-Württemberg, Dr. Udo Lenke, und sein Amtsvorgänger Dr. Rüdiger Engel anwesend. Der seit 1969 in Ulm niedergelassene Zahnarzt ist seit 1973 in der Landespolitik engagiert. So war Willmes von 1989 bis zu seiner BZÄK-Präsidentschaft Vorsitzender der KZV Tübingen und seit 1985 Mitglied der VV, von 1986 bis 2000 Vorstandsmitglied der LZÄK BW. Dr. Willmes aktivierte den Dialog mit

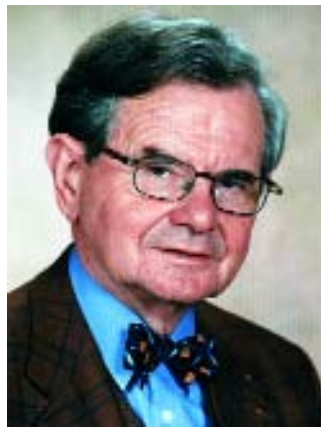


Foto: LZÄK BW

der Politik und brachte Konzepte für zukunftsweisende präventionsorientierte zahnärztliche Versorgung in Deutschland ein. International hat er seit 1982 als Mitglied der deutschen Delegation, seit 1995 als Ratsmitglied und seit 2001 als Schatzmeister des FDI das Brüsseler Büro der BZÄK initiiert. Der Ende 2000 mit der Goldenen DGZMK-Ehrendnadel ausgezeichnete Landespolitiker engagierte sich erfolgreich für die Umorientierung der Zahnheilkunde zu einer präventionsorientierten, minimalinvasiven und sprechenden Zahnheilkunde. Die zm gratulieren. zm

## Bert Wagner ist 75

Dr. Bert Wagner, ein ergonomisches „Urgestein“ hat Geburtstag. Obwohl die arbeitswissenschaftlichen Grundlagen der zahnärztlichen Berufsausübung zu den Eckpfeilern einer optimalen, auch menschlich befriedigenden Lebensarbeit gehören, hat es im Laufe der Jahrzehnte seit der Verkündung des „Neuen Stils“ der zahnärztlichen Praxisführung durch Prof. Dr. Dr. Fritz Schön im September 1964 nur verhältnismäßig wenige Zahnärzte in Universität und Praxis gegeben, die sich bis heute aktiv



um die Verbreitung des ergonomischen Gedankengutes bemüht haben. Einer von Ihnen ist

Dr. med. dent. Bert Wagner, Zahnarzt im oberfränkischen Weißenstadt und Inhaber zahlreicher Funktionen im zahnärztlich-ergonomischen Bereich. Dass dann später noch die Hygiene hinzu kam, führte zu einer weiteren Dimension. Insgesamt gesehen spielte mein Freund und Mitstreiter auf regionaler, nationaler, europäischer und internationaler Ebene eine die Entwicklung prägende Rolle, wobei seine absolute Praxishäufigkeit ein besonders Merkmal seiner Aktivitäten war und heute noch ist. Die Goldenen Ehrendnadeln der Deutschen Zahnärzteschaft, der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und des Bundesverbandes Dentalhandel sind drei der äußeren Zeichen der Anerkennung seiner fruchtbaren Arbeit. Das Bundesverdienstkreuz am Bande hat er mehr für seine

kommunalen Verdienste erhalten.

Wenn ich hier und heute Bert Wagner zur Vollendung seines 75. Lebensjahres gratuliere und ihm für die kommenden Jahre alles, alles Gute wünsche, hat dies zwar Einiges mit unserem gemeinsamen Weg zu tun, der Hauptgrund aber ist, hier einem Kollegen – um mit dem unvergessenen Prof. Dr. Dr. Fritz Singer zu sprechen – wegen seiner Einstellung zu seinem Beruf und damit seiner berufsethischen Grundhaltung „ein Kränzlein zu winden“.

Diese Laudatio ist mit meinem Dank für eine über 40 Jahre währende Freundschaft verbunden, die für mich immer wieder eine besondere Bedeutung für mein Leben hatte. Ad multos annos, lieber Freund.

Karlheinz Kimmel

## Ehrendnadeln für vier Saarländer Zahnärzte

Am 9. April 2003 wurden im Rahmen einer würdigen Feierstunde im Zahnärztehaus in Saarbrücken folgende Kollegen mit der Ehrendnadel der deutschen Zahnärzteschaft ausgezeichnet:

- Dr. Frank Arenz
- Dr. Wieland Greiber
- Dr. Hans-Joachim Lellig
- Dr. Helmar Kurt Simon

Die genannten Kollegen haben eine große Anzahl unterschiedlicher Funktionen ehrenamtlich ausgeübt beziehungsweise sind in diesen Ämtern noch tätig. Sanitätsrat Dr. Wolfgang Weis,



Fotos: privat

Vorsitzender der Abteilung Zahnärzte in der Ärztekammer des Saarlandes, heftete den Kollegen die Nadel an das Revers und verlieh die Urkunden sowie die Plakette.

Im Namen aller Kollegen vielen Dank an die geehrten Kollegen – und weiter so!

Dr. Wolfgang Carl

**Verlust von Kammerausweisen****ZÄK Niedersachsen**

ZÄK Niedersachsen,  
Zeißstraße 11 a,  
30519 Hannover,  
Tel.: 0511/833 91-0  
Fax: 0511/833 91-116

Dr. Hanns Jürgen Kohl,  
Hohenzollernstraße 42,  
30161 Hannover,  
geb. am 02. 03. 1937  
in Oberhausen,  
Ausweis-Nr. 4483,  
ausgestellt am 16. 08. 2002

Jens Peuker,  
Hildesheimer Straße 35,  
30169 Hannover,  
geb. am 11. 12. 1974 in Zittau,  
Ausweis-Nr. 4404,  
ausgestellt am 29. 05. 2002

Olaf Bruns,  
Schwachhauser Heerstraße 70,  
28209 Bremen,  
geb. am 09. 09. 1966  
in Bremen,  
Ausweis-Nr. 3853,  
ausgestellt am 05. 10. 2000

Daniela Zeng,  
Juesholzstraße 8/10,  
37412 Herzberg,  
geb. am 20. 12. 1974  
in Mühlhausen,  
Ausweis-Nr. 4603,  
ausgestellt am 23. 01. 2003

Lars Tangemann,  
Grüne Straße 3,  
27243 Harpstedt,  
geb. am 13. 04. 1959  
in Delmenhorst,  
Ausweis-Nr. 2716,  
ausgestellt am 29. 11. 1991

**BZK Koblenz**

Dr. Désirée Burg,  
Kasinostraße 2,  
55743 Idar-Oberstein,  
geb. am 03. 04. 1960  
in Saarbrücken

BZK Koblenz,  
Bahnhofstr. 32,  
56068 Koblenz,  
Tel.: 0261/366 81  
Fax: 0261/30 90 11

**BZK Freiburg**

Dr./Univ. Mailand Gerald  
Thiem,  
geb. am 16. 05. 1956  
in Somborn,  
Ausweis-Nr. 02253,  
ausgestellt am 15. 05. 1987

BZK Freiburg,  
Merzhauser Str. 114-116,  
79100 Freiburg  
Tel.: 0761/45 06-0  
Fax: 0761/45 06-400

## Industrie und Handel

Servicekupon  
auf Seite 98

Bandelin

### Platz sparendes Ultraschall-Einbaugerät



Für das kompakte Ultraschall-Einbau-Gerät Sonorex Super ZE 100 von Bandelin wurde ein neuer Generator entwickelt. Er wurde stark verkleinert und die bisher separat einzubauende Zeitschaltuhr in das Frontschild integriert. Das Gerät wird von oben in eine Aussparung der Arbeitsfläche gehängt, der Generator wird separat eingebaut. Die Sonorex Super ZE 100 wird mit

Wanne, Generator, Ablaufgarnitur, Bedienungs- und Einbauanleitung über den Dentalfachhandel geliefert.

*Bandelin electronic GmbH & Co. KG  
Heinrichstraße 3-4  
12207 Berlin  
Tel.: 0 30 / 7 68 80-0  
Fax: 0 30 / 7 73 46 99  
www.bandelin.com  
E-Mail: info@bandelin.com*

Straumann

### Interaktive CD-ROM

Drei dialogfähige CD-ROMs „ITI Interactive Vol. 5“ informieren über das gesamte Produkte- und Indikationsspektrum des ITI Dental Implant Systems von Straumann. Die CDs haben folgende Themenbereiche: Versorgung des zahnlosen Kiefers, Versorgung mit Kronen und Brücken und ästhetische Frontzahnversorgung. Ein neues Layout und eine übersichtliche Navigation führen Chirurgen, Prothetiker und Zahntechniker durch die Themen, geben einen Überblick über Produktneuei-



ten und Anwendungsbeispiele. Die CD-ROMs sind in Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch erhältlich.

*Straumann GmbH  
Jechtinger Straße 9  
79111 Freiburg  
Tel.: 07 61 / 45 01-333  
Fax: 07 61 / 45 01-400  
www.straumann.de  
E-Mail: info.de@straumann.com*

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

Bego Semados

### Beschleunigte Knochenneubildung



OsSatura von Bego Semados ist ein synthetisches und osteoinduktives Knochenersatzmaterial. Es verspricht eine schnellere Knochenneubildung im gesamten Volumen des Augmentates ohne die Notwendigkeit einer autologen Knochenentnahme. OsSatura ist dem menschlichen Knochen in Struktur und Zusammensetzung ähnlich und weist eine Mikrostruktur mit interkonnectierenden Makro- und Mikro-

poren auf. Körpereigene Proteine werden in den Mikroporen gebunden; Progenitorzellen aus dem Patientenblut docken an die Makroporen an und differenzieren durch die vorhandenen BMPs (bone morphogenic proteins) zu Osteoblasten. Im Vergleich zu herkömmlichen Knochenersatzmaterialien wird dadurch neuer Knochen nicht nur von der Kontaktstelle zum vitalen Restknochen, sondern im gesamten Volumen des Augmentates deutlich schneller gebildet.

*BEGO Semados GmbH  
Technologiepark Universität  
Wilhelm-Herbst-Str. 1  
28359 Bremen  
Tel.: 04 21 / 20 28 - 246  
Fax: 04 21 / 20 28 - 265  
www.bego-semados.com  
E-Mail: info@semados.de*

BEYCODENT

### Neue Namensschilder

In zm 9/2003 hat sich in der Internet- und E-Mail-Adresse des Unternehmens leider ein Fehler eingeschlichen. Wir bitten um Entschuldigung! Hier die korrekte Adresse:

*BEYCODENT-Schilder  
Wolfsweg 34  
57562 Herdorf  
Tel.: 0 27 44 / 92 00 15  
Fax: 0 27 44 / 93 11 22  
www.schild.beycodent.de  
E-Mail: creativ@beycodent.de*

Planmeca

### Neue Röntgengeräte

Planmeca Intra ist ein neues Kleinröntgengerät mit einstellbaren kV- und mA-Bereichen, die alle Vorteile der digitalen Röntgentechnologie und der High-Speed-Filme haben. Das Mund-, Kiefer- und Gesichtsröntgengerät Planmeca ProMax bietet eine große Auswahl an Panorama-, Fernröntgen- und tomografischen Aufnahmeprogrammen.



*Planmeca GmbH  
Hindenburgstraße 158  
22297  
Hamburg  
Tel.: 0 40 / 51 32 06 33  
Fax: 0 40 / 51 32 06 34  
www.planmeca.de  
E-Mail: verkauf@planmeca.de*

*C. Hafner*

## Neue Regel- und Versorgungsstation

Mit Aqua-Line hat C. Hafner eine neue Regel- und Versorgungsstation der Hochleistungsturbine TDS 890 Sirius für das Helioform Shaping Set zur Bearbeitung von vollkeramischen Primärteilen herausgebracht. Die Aqua-Line ermöglicht eine direkte Wasserversorgung aus der Hauswasserleitung; Spezialfilter sichern eine keimfreie und entionisierte Wasserqualität. Das heißt: Der Gebrauch der Turbine erfolgt ohne Befüllung des Versorgungstankes. Die Versorgungseinheit ist ein Untertischgerät, kann durch weitere Regeleinheiten ergänzt werden und ermöglicht damit eine Mehrplatzversorgung von bis zu 20 Arbeitsplätzen. Eine stufenlose Bedienung des Turbinenhandstückes, der Drehzahl



und der Sprühnebelregulierung wird somit über das Tischgerät gewährleistet.

*C. Hafner GmbH + Co.  
Gold- und Silberscheideanstalt  
Bleichstraße 13-17  
75173 Pforzheim  
Tel.: 0 72 31 / 920 – 0  
Fax: 0 72 31 / 920 208  
www.c-hafner.de  
E-Mail: dental@c-hafner.de*

*Dentsply deTrey*

## Exakte endometrische Längenmessung



Mit dem neuen Apex Locator ProPex bietet Dentsply Maillefer ein Gerät zur endometrischen Bestimmung der Wurzelkanallänge an. Es liefert durch eine Multi-Frequenz-Messung präzise und zuverlässige Daten, ohne den Patienten röntgen zu müssen. Die Position der Feile wird auf einem großen Bild-

schirm visualisiert. Sobald das Instrument den apikalen Bereich erreicht, schaltet ProPex auf eine Zehn-Punkte-Skala um, die auf einen Blick den exakten Abstand zum apikalen Foramen anzeigt. Gleichzeitig erfolgt ein akustisches Signal. So kann der Zahnarzt sicher arbeiten; ein Überinstrumentieren ist so gut wie ausgeschlossen.

*Dentsply deTrey  
De-Trey-Straße 1  
78467 Konstanz  
Tel.: 0 75 31 / 583 – 0  
Gratis Service-Line: 0 80 00 / 73 50 00  
Fax: 0 75 31 / 583 – 104  
www.dentsply.de  
E-Mail: info@dentsply.de*

EMS

## Subgingivale Plaqueentfernung mit Air Flow



Mit Clinpro Prophy Powder hat 3M Espe ein neues Pulver auf den Markt gebracht, das für den subgingivalen Einsatz in Taschen bis zu einer Tiefe von fünf Millimetern geeignet ist. Das Pulver ist für die Verwendung mit EMS Air Flow Geräten entwickelt worden. Dabei wird es direkt in die Zahnfleischtasche appliziert: Die Düse wird parallel zur Sulkus-

kante geführt und jede Seite des Zahnes für etwa fünf Sekunden mit dem Pulver behandelt. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Plaque und damit Bakterien effektiv aus der Zahnfleischtasche entfernt werden, das Pulver aber nur minimal abrasiv auf die Wurzeloberfläche wirkt. Der Zahnarzt profitiert von Perio-Polishing durch die leichtere Handhabung und eine erhebliche Zeitersparnis: In den Testpraxen ergab sich ein Zeitvorteil von über 50 Prozent zu herkömmlichen Methoden. Den Vertrieb übernimmt EMS.

*Electro Medical Systems  
Vertriebs GmbH  
Schatzbogen 86  
81829 München  
Tel.: 0 89 / 42 71 61 0  
Fax: 0 89 / 42 71 61 60  
E-Mail:  
andre.reinhold@ems-dent.de*

Hager &amp; Werken

## Neue Metallmundspiegel



Mit den Reflect-Rhod-Metallmundspiegeln von Hager & Werken lassen sich verzerrungsfreie intraorale Aufnahmen machen. Die mit Rhodium beschichteten Spiegel eignen sich zum Beispiel, um prothetische Arbeiten und KFO-Maßnahmen zu dokumentieren. Die drei Spiegelformen von Reflect-Rhod

sind in ihren Abmessungen modifiziert worden und liegen durch den blauen Silikongriff gut in der Hand.

*Hager & Werken GmbH & Co. KG  
Postfach 10 06 54  
47006 Duisburg  
Tel.: 02 03 / 9 92 69-0  
Fax: 02 03 / 29 92 83  
www.hagerwerken.de  
E-Mail: info@hagerwerken.de*

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

GEBR. BRASSELER

## In drei Schritten bis zur Spitze



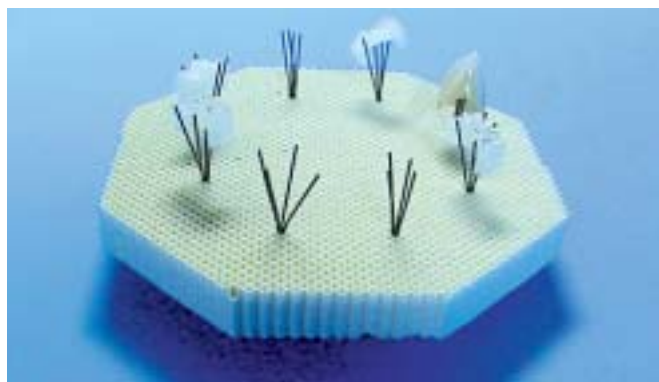
Mit dem MFile-System von Komet wird es möglich, einen abfüllbaren und über die gesamte Länge konischen Kanal mit nur drei Instrumenten aufzubereiten. Der originäre Kanalverlauf bleibt dabei erhalten. Gegenüber ver-

gleichbaren Systemen überzeugt das MFile-System durch ein überschaubares Instrumentarium und einen übersichtlichen Behandlungsverlauf. Die in Form und Größe aufeinander abgestimmten Instrumente sind für gerade und gekrümmte Wurzelkanäle geeignet und für die apikalen Zielgrößen ISO 030, 035, 040 und 045 bestimmt. Das neuartige Schneidenkonzept ermöglicht eine runde, zentrierte und konische Kanalförmung.

*GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG  
Trophagener Weg 25  
32657 Lemgo  
Tel.: 0 52 61 / 701-0  
Fax: 0 52 61 / 701-289  
www.komet-mfile.de  
E-Mail: info@brasseler.de*

Girrbach Dental

## Brennguthalter für alle Fälle



Mit dem Simplifire press-tray hat Girrbach Dental einen Brennguthalter zum Brennen von Vollkeramik- und Presskeramik-Inlays entwickelt. Er besteht aus vier Metallstiften, die sich flexibel an die jeweiligen Arbeiten anpassen lassen. Ergänzt mit handelsüblichen Brennstiften kann jede zahntechnische Arbeit auf dem Tray platziert werden. Für den universellen Gebrauch ist Simplifire press-tray mit einem Fächer-

pin erweiterbar. Das Handling ist einfach: Inlay in den Fächerpin legen und direkt bemalen, dann den Pin in den Tray zum Brand stecken. So entfällt das riskante Abheben vom Modell nach dem Bemalen.

*Girrbach Dental GmbH  
Dürrenweg 40  
75199 Pforzheim  
Tel.: 0 72 31 / 957-210 / 221  
Fax: 0 72 31 / 957-219  
www.girrbach.de  
E-Mail: info@girrbach.de*



*Hahnenkratt***Wurzelstifte: biegefest und ermüdungsresistent**

Exatec- und Cytec-Wurzelstifte von Hahnenkratt sind sehr biegefest und verhalten sich ähnlich elastisch wie Dentin. Für die hohe Biegefestigkeit und Ermüdungsresistenz sorgen hoch zugfeste HT-Glasfasern aus der S/R-Gruppe, die ursprünglich für die Raumfahrttechnik entwickelt worden sind. Die hohe Zugfestigkeit der Fasern ist eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Biegefestigkeit des Faserver-

bundwerkstoffes. Durch Untersuchungen, auch in Zusammenarbeit mit dem IVW-Institut für Verbundwerkstoffe an der Technischen Universität Kaiserslautern, wurde ein optimaler Werkstoff gefunden. Erfahrungen aus der Praxis und die Ergebnisse einer Dissertation zeigen, dass sich die diskutierte Misserfolgsrate von 5,2 bis 13,6 Prozent, wie Retentionsverlust, Stiftbrüche und Zahnfrakturen, auf nahezu Null Prozent reduzieren lässt.

*E. Hahnenkratt GmbH  
Dentale Medizintechnik  
Benzstraße 19  
75203 Königsbach-Stein  
Tel.: 0 72 32 / 30 29-0  
Fax: 0 72 32 / 30 29-99  
www.Hahnenkratt.com  
E-Mail: Info@Hahnenkratt.de*

*Thommen Medical***Optimiertes Implantatsystem**

Thommen Medical hat sein Implantatsystem SPI System optimiert. So vereinfachen die neuen SPI Vectodril Bohrer die Implantatbettaufrbereitung. An ihrer Spitze haben sie eine integrierte Pilotführung, die dem Durchmesser des vorhergehenden Bohrers entspricht. Dadurch wird zum Beispiel die Schneidengeometrie optimiert und die Sicherheit erhöht. Die SPI Element Produktreihe wurde um ein durchmesserreduziertes Implantat (3,5 Millimeter) für den Einzelzahnersatz im Frontzahnbereich ergänzt. Es ist eine solide Basis für schlanke Aufbauten, um den hohen ästhetischen Erwartungen zu entsprechen. Neue Vario-Goldabutments für

okklusale Suprakonstruktionen können für die Herstellung von individuellen Abutments für Einzelkronen und Brücken verwendet werden. Wegen ihrer minimalen Bauhöhe von 2,5 Millimetern sind sie ideal bei geringen Platzverhältnissen. Zahnärzten, die das Implantatsystem testen wollen, stellt Thommen Medical das Basisinstrumentarium zum Teil leihweise zur Verfügung.



*Thommen Medical Deutschland GmbH  
Am Rathaus 2  
79576 Weil am Rhein  
Tel.: 0 76 21 / 422 58 30  
Fax: 0 76 21 / 422 58 41  
www.thommenmedical.com  
E-Mail: info@thommenmedical.de*

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

Schülke & Mayr

## Keine Chance für Corona-Viren



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat einen Vertreter der Corona-Viren als Erreger von SARS identifiziert. Diese Viren gehören zur Gruppe der behüllten Viren. Für chemische Desinfektionsverfahren können daher die Ergebnisse der Virusprüfungen von Vaccinia oder BVDV herangezogen werden. Hygienische Maßnahmen sind neben Schutzkleidung, Handschuhen und Mundschutz die Desinfektion der Hände mit Desderman N, Desmanol oder Sensiva.

Für die Desinfektion und Reinigung stehen Perform oder Buraton 10 F zur Verfügung. Bei Medizinprodukten sollten thermische Desinfektionsverfahren bevorzugt angewendet werden. Ist dies nicht möglich, empfiehlt Schülke & Mayr Gigasept AF oder Lysetol V. Sofern eine Schlussdesinfektion angeordnet wird, erfolgt diese mit Mitteln aus der RKI-Liste, zum Beispiel Perform.

Schülke & Mayr GmbH  
PAB  
22840 Norderstedt  
PAB-Service-Tel.:  
0 40 - 5 21 00 - 666  
Service-Fax: 040 / 5 21 00 - 660  
www.schuelke-mayr.com  
E-Mail: pab@schuelke-mayr.com

Teutotechnik

## Kleiner Lebensretter

Für den biphasischen Frühdefibrillator AccessAED hat Teutotechnik den Vertrieb übernommen. Hergestellt wird der kleine Lebensretter von dem US-Unternehmen Access Cardiosystems. Er wiegt nur 1,3 Kilogramm, ist kompakt und kostet 1850 Euro. Stellt das Gerät eine zu defibrillierende Rhythmusstörung fest, wird in Abhängigkeit von der Patientenimpedanz automatisch eine Schock-Energie von bis zu 360 Joule ausgewählt. Bei Access ALS, der Variante für den professionellen Anwender, kann die Schock-Energie manuell eingestellt werden. Das Notfallfortbil-



dungsinstitut von Teutotechnik bietet auch Intensiv-Seminare an – entweder in der Praxis oder bei Teutotechnik in Bad Iburg. Eine Geräte-Demo läuft im Internet unter [www.notfallkoffer.de](http://www.notfallkoffer.de).

Teutotechnik GmbH  
Niedersachsenstraße 7  
49186 Bad Iburg  
Tel.: 0 54 03 / 79 44 66  
Fax: 0 54 03 / 79 44 68  
www.notfallkoffer.de  
E-Mail: info@teutotechnik.de

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

Schütz Dental Group

## Zwei Watt, die es in sich haben

Der Diodenlaser WDL 2 von der Schütz Dental Group ist ein kompaktes und handliches Einstiegsmodell. Damit lassen sich viele Indikationen effizient behandeln, etwa die Darstellung der Präparationsgrenze, endodontische Behandlungen, Dekontaminationen der Kavitäten oder die Entfernung von Fibromen. Mit abrufbaren Programmen sorgt der WDL 2 für eine schnelle und leichte Bedienung.

Neben dem WDL 2 bietet die Schütz Dental Group noch vier weitere Laser an, etwa den acht Watt starken WDL 8 oder den diodengepumpten Nd:YAG-Laser Diodium.

Schütz Dental Group  
Weil-Dental GmbH  
Dieselstraße 5-6  
61191 Rosbach  
Tel.: 0 60 03 / 814-200  
Fax: 0 60 03 / 814-906  
www.weil-dental.de  
E-Mail: info@weil-dental.de



Sirona

## Existenzgründungs-Programm

Sirona Dental Systems hat ein Konzept für Existenzgründer entwickelt, das den Einstieg in die Selbständigkeit erleichtert: Über einen Zeitraum von zwei Jahren können Praxisneugründer und Praxisübernehmer ausgewählte Produkte des Systemangebotes mit einem Preisvorteil von bis zu 35040 Euro kaufen. Das Vorteilspaket „Existenzaufbau“ gibt es bereits seit 2001 – mit großem Erfolg. Gefragt sind vor allem die neuen Techniken des digitalen Röntgens sowie integrierte Patientenkommunikations-Systeme bei Behandlungseinheiten mit Bildschirm und intraoraler Kamera. Der Zugang ist einfach. Bei der Erstbestellung

beantragt der Kunde über seinen Sirona-Fachhändler das Vorteilspaket. Es beinhaltet ein Gutscheinheft mit 13 Gutscheinen für Produkte aus den Sirona Produktbereichen Behandlungseinheiten, Cerec, Instrumente, Hygiene und Röntgensysteme. Die Gutscheine garantieren dem Existenzgründer gegenüber dem Listenpreis einen deutlichen Preisvorteil. Sie können innerhalb von zwei Jahren eingelöst werden.

Sirona Dental Systems GmbH  
Fabrikstraße 31  
64625 Bensheim  
Tel.: 0 62 51 / 16 29 01  
Fax: 0 62 51 / 16 32 60  
www.sirona.de  
E-Mail: contact@sirona.de

SDI

## Fließfähiges Komposit



SDI hat fließfähige Komposite für den Front- und Seitenzahnbereich entwickelt: das niedrigviskose Wave, das mittelviskose wave mv und das hochviskose wave hv. Sie sind vielseitig, röntgenopaque, lichthärtend und setzen Fluoride frei. Die Komposite eignen sich zum Beispiel für

Restaurationen der Klasse V, minimal-invasive Restaurationen der Klassen I und II, zervikale Abrasionen, Fissurenversiegelungen, Ausblocken von Unterschnitten, dem Ausgleich von

Schmelzdefekten oder inzisalen Abrasionen.

SDI  
Dieselstraße 14  
50859 Köln  
Tel.: 0 22 34 / 9 33 46 0  
Fax: 0 22 34 / 9 33 46 46  
Gratis-Hotline:  
08 00 / 1 00 57 59  
www.sdi.com  
E-Mail: germany@sdi.com.au

VITA

## Familienzuwachs bei Vita In-Ceram



Die Vita Zahnfabrik hat mit „Vita In-Ceram YZ Cubes für Cerec“ einen neuen Keramikwerkstoff herausgebracht. Das Hochleistungsmaterial lässt sich exklusiv im Cerec inLab verarbeiten, der jüngsten CAD/CAM Technologie von Sirona. Die YZ Cubes für Cerec sind aus Yttrium-verstärktem Zirkonoxid und ergänzen die anderen Mitglieder der In-Ceram-Familie mit allen Vorteilen der Vollkeramik. Das neue Material zeichnet sich dadurch aus, dass bei hoher Endfestigkeit dünnere Wandstärken geschliffen werden können. Damit wird

bei Substanz schonender Präparation die Konstruktion besonders graziler Gerüste möglich.

VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG  
Postfach 1338  
79704 Bad Säckingen  
Tel.: 0 77 61 / 562 - 0  
Fax: 0 77 61 / 562 - 299  
www.vita-zahnfabrik.com  
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com



Nr. 11/2003

Absender (in Druckbuchstaben):

---



---



---

Kupon bis zum 14. 07. 2003 schicken oder faxen an:

zm

Deutscher Ärzte-Verlag  
Leserservice Industrie und Handel  
Rebekka Keim  
Postfach 40 02 65  
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- Bandelin – Platz sparendes Ultraschall-Einbaugerät (S. 92)
- Bego Semados – Beschleunigte Knochenneubildung (S. 92)
- Beycodent – Neue Namensschilder (S. 92)
- C. Hafner – Neue Regel- und Versorgungsstation (S. 93)
- Dentsply deTrey – Exakte endometrische Längenmessung (S. 93)
- EMS – Subgingivale Plaqueentfernung mit Air Flow (S. 94)
- GEBR. BRASSELER – In drei Schritten bis zur Spitze (S. 94)
- GIRRBACH DENTAL – Brennguthalter für alle Fälle (S. 94)
- HAGER & WERKEN – Neue Metallmundspiegel (S. 94)
- HAHNENKRATT – Wurzelstifte: biegefest und ermüdungsresistent (S. 95)
- PLANMECA – Neue Röntgengeräte (S. 92)
- SCHÜLKE & MAYR – Keine Chance für Corona-Viren (S. 96)
- SCHÜTZ DENTAL GROUP – Zwei Watt, die es in sich haben (S. 96)
- SDI – Fließfähiges Komposit (S. 98)
- SIRONA – Existenzgründungs-Programm (S. 96)
- STRAUMANN – Interaktive CD-ROM (S. 92)
- TEUTOTECHNIK – Kleiner Lebensretter (S. 96)
- THOMMEN MEDICAL – Optimiertes Implantatsystem (S. 95)
- VITA – Familienzuwachs bei Vita In-Ceram (S. 98)

## Inserenten dieser zm-Ausgabe

**3M Espe AG**  
Seite 5

**coltène/whaledent GmbH & Co. KG**  
Seite 49

**coltène/whaledent GmbH & Co. KG**  
Seite 73

**DeguDent**  
Seite 23

**Dental Magazin**  
Seite 87

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / DZZ-Abo**  
Seite 93

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / OP-Abo**  
Seite 95

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / Versandbuchhandlung**  
3. Umschlagsseite

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / Versandbuchhandlung**  
Seite 97

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / ZZI-Abo**  
Seite 91

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH / zm-Jahresband**  
Seite 79

**DMG Dental-Material GmbH**  
Seite 11

**DMG Dental-Material GmbH**  
Seite 37

**Dr. Liebe Nachf.**  
Seite 51

**Dürr Dental**  
2. Umschlagsseite

**Dux van R Clsive Craig Cadco**  
Seite 83

**European Federation of Periodontology**  
Seite 81

**F 1 Dental Dentalsysteme Deutschland GmbH**  
Seite 15

**Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.**  
Seite 13

**Gaba GmbH**  
Seite 59

**Gaba GmbH.**  
Seite 9

**GlaxoSmithKline**  
Seite 21

**GlaxoSmithKline**  
Seite 43

**Günter Witt GmbH**  
Seite 41

**Heinz Kers Neon Licht**  
Seite 75

**Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG**  
Seite 29

**Ivoclar Vivadent GmbH**  
Seite 17

**KaVo Dental GmbH & Co. KG**  
Seite 19

**Kettenbach Dental**  
Seite 25

**Miele Professional**  
Seite 27

**Paal Dental GmbH**  
Seite 89

**Privatärztliche Verrechnungsstelle Rhein-Ruhr GmbH**  
Seite 55

**Procter & Gamble GmbH**  
Seite 63

**Prof. Dr. Bischoff & Partner**  
Seite 77

**Schütz Dental Group**  
Seite 61

**Semperdent Dentalhandel GmbH**  
Seite 39

**Sirona Dental Systems GmbH**  
4. Umschlagsseite

**Solutio GmbH**  
Seite 45

**SS White Burs, Inc.**  
Seite 85

**Straumann GmbH**  
Seite 69

**Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG**  
Seite 57

**Voco GmbH**  
Seite 71

**Wieland Dental + Technik GmbH & Co. KG**  
Seite 7

**Einhefter 4-stg:**

**Atrix Laboratories GmbH**  
zwischen den Seiten 64/65

**Beilagen:**

**Simpex-Objekt (Vollbeilage)**

**Herausgeber:** Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.Ö.R.

### Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel, Chefredakteur, mn; Gabriele Prchala, M. A. (Politik, Zahnärzte, Leserservice), Chefin vom Dienst, pr; Assessorin d. L. Susanne Priehn-Küpper (Wissenschaft, Dentalmarkt) sp; Sascha Devigne, (Praxismanagement, Finanzen, EDV) dev; Claudia Kluckhuhn, Volontärin, ck

**Gestaltung:** Piotr R. Luba, K.-H. Nagelschmidt, M. Wallisch

**Für dieses Heft verantwortlich:** Egbert Maibach-Nagel

### Anschrift der Redaktion:

Postfach 41 01 68, 50861 Köln, Tel. (02 21) 40 01-251, Leserservice Tel. (02 21) 40 01-252, Telefax (02 21) 4 00 12 53 E-Mail: zm@kzbv.de internet: www.zm-online.de ISDN: (0221) 9 40 02 81

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen 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 Veröffentlichung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

### Verlag, Anzeigendisposition

**und Vertrieb:** Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50859 Köln; Postfach 40 02 54, 50832 Köln, Fernruf: (0 22 34) 70 11-0, Telefax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, Köln,

Kto. 010 1107410 (BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 45, gültig ab 1. 1. 2003.

### Geschäftsführung

der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Hermann Dinse, Dieter Weber

### Leiter Zeitschriftenverlag:

Norbert Froitzheim  
Froitzheim@aerzteverlag.de  
http://www.aerzteverlag.de

### Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf  
Pinsdorf@aerzteverlag.de

### Vertrieb:

Nicole Schiebahn  
Schiebahn@aerzteverlag.de

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugs-geld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 162,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 50,40 €. Einzelheft 6,75 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

**Herstellung:** Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

**LA-MED**

**Lt. IVW IV/1. Quartal 2003:**  
**Druckauflage: 79 817 Ex.**  
**Verbreitete Auflage: 78 632 Ex.**

**Ausgabe A**  
**Druckauflage: 70 750 Ex.**  
**Verbreitete Auflage: 69 917 Ex.**

**93. Jahrgang**

**ISSN: 0341-8995**

*Heinze prophezeit*

## Schwere Zeiten für die Kassen

Die konsequente Umsetzung des europäischen Wettbewerbsrechts wird besonders noch den Krankenkassen zu schaffen machen. Deren einseitige Machtfülle werde ebenso wenig überleben wie die Einkaufsmodelle, prophezeit der Europarechtler Prof. Dr. Meinhard Heinze (Bonn) auf dem schleswig-holsteinischen Zahnärztetag und vor Zahnärzten der Initiative Berufspolitische Bildung (IBB). „Wir werden eine radikale Umgestaltung innerhalb der nächsten fünf Jahre erleben und unser System nicht wiedererkennen“, versprach Heinze, der gleichzeitig das in Deutschland geltende Sachleistungsprinzip als „versteinert“ geißelte. Die Zahnärzteschaft sieht er gut aufgestellt für die anstehenden Auseinandersetzungen mit Politikern und Kassenvertretern. Den zahnärztlichen Landesorganisationen



Foto: IS

auf europäischer Ebene erteilte Heinze für ihre Arbeit gute Noten. Diese sei umso wichtiger, als schon heute nahezu die Hälfte aller maßgeblichen Bestimmungen für die Gesundheitsberufe aus Brüssel komme.

BZÄK

*Beiträge statt Doktorarbeit*

## Kumulative Charité-Promotion

Die Berliner Charité bietet zur Erlangung der Promotion zum Dr. med., Dr. med. dent. und Dr. rer. medic. neben dem üblichen Verfahren (Doktorarbeit mit öffentlicher Disputation) künftig auch die so genannte kumulative Pro-

motion auf Grund veröffentlichter wissenschaftlicher Arbeiten (Publikations-Promotion) an. Dies hat der Fakultätsrat mit Wirkung ab 7. Mai beschlossen, nachdem auch der zuständige Promotionsausschuss die notwendigen Durchführungsbestimmungen dazu vorgelegt hat. Die kumulative Promotion kann beantragt werden, wenn der Antragsteller mindestens drei wissenschaftliche Publikationen in angesehenen (peer-reviewed) wissenschaftlichen Zeitschriften vorzuweisen hat, und in mindestens einer davon als Erst-Autor ausgewiesen ist. Der Inhalt der Arbeiten muss wie im Standardverfahren öffentlich disputiert werden.

dev/idw

*Ein Jahr Vorbereitung in Hessen*

## Weiterbildung Oralchirurgie

Nach einer Vorbereitungszeit von einem Jahr hat die Landes-zahnärztekammer Hessen zum Frühjahr 2003 das Pilotprojekt „Weiterbildung Oralchirurgie“ gestartet. Mit dem neuen Pilotprojekt will die hessische Kammer dem Wandel des Zahnarztberufes sowie einem deutlich wahrnehmbaren Veränderungsdruck im Umfeld Rechnung tragen.

Die Landes-zahnärztekammer Hessen wird bei diesem Pilotprojekt neue Formen der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten erproben, die Voraussetzung für die Zulassung zur Weiterbildungsprüfung auf dem Gebiet der Oralchirurgie sind. So kommt das bislang bundesweit einzigartige Konzept in Hessen ohne das traditionelle „Nadelöhr“-Klinikjahr aus.

dev/pm

Absender (in Druckbuchstaben):

---



---



---







**zm** *Leser service* **Nr. 11**  
2003

Kupon schicken oder faxen an:

**ZM-Redaktion**  
**Leserservice**  
**Postfach 41 01 68**  
**50861 Köln**

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

-  D. Nolte: Frey-Syndrom (S. 30) Literaturliste
-  A. Schulte: Fluoridiertes Speisesalz (S. 38) Literaturliste
-  M. Kunkel: Desmoplastisches Melanom (S. 44) Literaturliste

 diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden  
– hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

Deutscher Ärztetag

## Große Mehrheit gegen Reform



Foto: Aevermann

Die Fronten zwischen Bundesgesundheitsministerium und Medizinern bleiben auch nach dem Auftritt von Ulla Schmidt beim Deutschen Ärztetag in Köln verhärtet. Nachdem die Ministerin ihre Pläne für das Gesundheitswesen gegen scharfe Kritik verteidigt hatte, lehnte der Kongress mit rund 250 Ärztevertretern das Reformvorhaben ab. Sie sei ein Weg in die falsche Richtung, hieß es in dem mit großer Mehrheit verabschiedeten Beschluss. Das bislang selbstverwaltete und freiberuflich geprägte Gesundheitswesen werde in eine staatlich gelenkte Medizin umgewandelt und die

Beziehung zwischen Patient und Arzt „in unerträglicher Weise administriert“.

Die Ärzte schlagen in dem Antrag vor, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen neu zu definieren und zwischen kollektiv finanzierten Grundleistungen für alle und darüber hinaus gehenden Wahlleistungen zu unterscheiden. Außerdem wollen sie das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung erhalten. dev/dpa

■ **Einen ausführlichen Bericht zum 106. Deutschen Ärztetag in Köln gibt es in der kommenden Ausgabe der zm.**

Krankenkassen

## Vorstandsgelder „angemessen“

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hält die Vorstandsvergütungen bei Gesetzlichen Krankenkassen für „ganz überwiegend angemessen“. Dies habe eine Überprüfung von rund 120 Vorstandsverträgen ergeben, berichtete das Amt in Bonn. Nur neun Vergütungen seien als zu hoch eingestuft worden. Die Prüfung habe sich auf nahezu

alle Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen bezogen.

Als Beispiel für zu hohe Bezüge nannte das BVA Beträge von 100 000 bis 120 000 Euro im Jahr bei kleinen Kassen mit 4 000 bis 20 000 Mitgliedern. Maßstab sei die Durchschnittsvergütung der überprüften Kassen gewesen. ck/dpa

Gesundheitsreform 2003

## Diskussion in Kiel

Am Vorabend der Kieler Woche führt das Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System Forschung Kiel am 20. Juni 2003 eine gesundheitspolitische Diskussion durch. Teilnehmer sind Spitzenvertreter aus Gesundheitspolitik und Verbänden: Dr. Hans-Jürgen Ahrens, AOK-Bundesverband, Dr. Volker Leienbach, PKV-Verband, Johannes Metzger, Bundesapothekerkammer, Herbert Rebscher, VdAK, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Jörg Robbers, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Gudrun Schaich-Walch, SPD, Dr. Dieter Thomae, FDP, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Bundeszahnärztekammer, und Annette Widmann-Mauz, CDU/CSU. Die Moderation übernimmt Institutsleiter Prof. Dr. Fritz Beske. pr

■ **Die Veranstaltung beginnt um 17.00 Uhr im Hotel Maritim Bellevue, Bismarckallee 2, 24105 Kiel. Eingeladen sind Angehörige aller Berufe im Gesundheitswesen und weitere Interessierte.**

Rürup

## Rückzug zeichnet sich ab

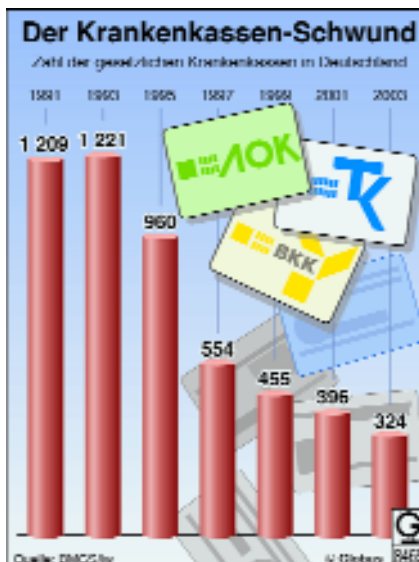
Entgegen der ursprünglichen Planungen wird die Rürup-Kommission für die Gesundheitsstrukturreform auf die Vorlage überarbeiteter Reformvarianten noch im Mai verzichten. Lapidare Begründung: Für das aktuelle Gesetzgebungsverfahren seien weitere Vorschläge zur Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen nicht mehr vonnöten. Die Kommission – so sie dann noch existiert – will ihren Abschlussbericht im Herbst liefern. Allein dieses Vorgehen sage viel aus über den Charakter der anstehenden Reform, urteilt die Bundeszahnärztekammer. BZÄK

Krankenkassen

## Einheit: Schuld an hohen Beiträgen

Ohne die Folgekosten der Wiedervereinigung wären die Krankenkassenbeiträge heute nicht höher als 1991: Sie beliefen sich immer noch auf durchschnittlich 12,2 statt derzeit 14,3 Prozent, sagte der Wissenschaftler Fritz

Beske in Berlin. Die Wiedervereinigung habe die Wachstumsrate für Löhne, Gehälter und Renten in den alten Bundesländern negativ beeinflusst und zu höheren Arbeitslosenraten geführt, erklärte er unter Berufung auf eine Studie seines Kieler Institutes für Gesundheits-System-Forschung. Die Arbeitsmarktlage habe die Situation verschärft. ck/dpa



Private Krankenversicherung**Neuer Tarif für bessere Beratung**

Die private Krankenversicherung DBV-Winterthur hat einen neuen Tarif auf den Markt gebracht: Mit dem System „Vision“ sollen Versicherungsschutz und kompetente Beratungsqualität kombiniert werden. Kernelement ist der Anspruch auf umfangreiche medizinische Dienstleistungen. Hintergrund: Laut einer Umfrage des Instituts Infratest-Burke fühlen sich zwei von drei Krankenversicherten in Deutschland nur mangelhaft informiert, was die medizinische Beratung angeht. DBV-Winterthur hat für ihre „Vision“-Kunden ein „Medical Expert Center“ eingerichtet, in dem Ärzte und Gesundheitsexperten kostenlos per Telefon spezielle

Fragen zu Therapie, Diagnose und anderen Medizinthemen beantworten. Partner ist die Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden. ck/pm

DeguDent**Schulte verlässt Aufsichtsrat**

Nach abgeschlossener Integration der DeguDent GmbH in den Dentsply-Konzern legt Gerd Schulte zum 31. Mai 2003 den Aufsichtsratsvorsitz der DeguDent GmbH nieder und scheidet aus dem Gremium aus. Nachfolger wird Gary K. Kunkle, Präsident und COO (Chief Operating Officer) der Dentsply International, Inc.. Gary K. Kunkle ist bisher schon im Aufsichtsrat der DeguDent GmbH vertreten.

pr/pm

Zu Redaktionsschluss gemeldet**Kapitalverbrechen SARS-Verbreitung**

Die absichtliche Verbreitung von SARS wird in China zum Kapitalverbrechen. Der oberste Gerichtshof in China droht jenen, die das Virus vorsätzlich verbreiten, mit Exekution oder einer lebenslangen Gefängnisstrafe, berichtet die staatliche chinesische Nachrichtenagentur Xinhua. Dem Bericht zufolge will der Supreme Court mit der Warnung zum Ausdruck bringen, dass mit den Quarantänemaßnahmen, gegen die bereits verstoßen wurde, nicht zu spaßen ist.

„Die absichtliche Verbreitung pathogener Krankheitskeime wird mit einer Gefängnisstrafe von mehr als zehn Jahren bis lebenslanglich belangt oder der



Foto: PD

Todesstrafe“, schreibt Xinhua. Menschenrechtsgruppen protestieren bereits gegen die drastische Maßnahme. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat inzwischen Toronto aus den SARS-Verbreitungsgebieten gestrichen. Der Rat der WHO, Reisen nach Toronto zu verschieben, war bereits am 30. April aufgehoben worden.

Zum Thema SARS siehe auch den Bericht auf Seite 46 in diesem Heft. sp/pm

Messe Düsseldorf**MEDICA sieht keinen Rückgang**

Das Interesse an der Medizinmesse MEDICA ist nach Angaben der Messe Düsseldorf auch im Jahr 2003 ungebrochen. Es zeichnet sich erneut eine sehr gute Ausstellerbeteiligung ab. Bereits sieben Monate vor Veranstaltungsbeginn sei hinsichtlich der Flächenbuchungen das Endergebnis des Vorjahres erreicht.

Insgesamt rechnet die Messe Düsseldorf als Ausrichter der Fachmesse trotz der zahlreichen Unternehmensfusionen in der medizintechnischen Industrie mit einer Beteiligung von rund 3 600 Ausstellern.

Präsentiert werden vom 19. bis 22. November 2003 auf dem Düsseldorfer Messegelände ambulante und stationäre Versorgung, Labor Technik und Diagnostika, Physiotherapieprodukte und Bedarfsartikel über Elektromedizin und Medizintechnik sowie Informations- und Kommunikationstechnik für Gesundheitseinrichtungen.

dev/pm

Ergonomische Software**Informatik-Institut gegründet**

An der Fachhochschule Frankfurt am Main wurde das Institut für praktische Informatik und ihre Anwendung im Gesundheitswesen (IPIAG) gegründet. „Das Institut hat die Aufgabe, Forschungs- und Entwicklungsergebnisse für informationstechnische Lösungen im Bereich des Gesundheitswesens anzuwenden“, heißt es in den Statuten. Aktuelle Projekte des IPIAG sind: Ein Medikamentenverordnungssystem mit digitaler Unterschrift (DiSi-Med), das auf der CeBIT 2003 vorgestellt wurde, ein Wissensserver für die intelligente Medikation (WISER-Med) und ein neuartiger Wissenssimulator für das elektronische Lernen.

„Beim IPIAG entwickeln wir sichere, zuverlässige und ergonomische Software für öffentliche und private Einrichtungen des Gesundheitswesens“, sagt An-

dreas Orth, Professor an der FH Frankfurt. dev/idw

■ Weitere Informationen gibt es im Internet unter [www.ipiag.de](http://www.ipiag.de)

Barmer-Chef Fiedler**Beitrag bleibt 2003 stabil**

„Die Barmer wird im Laufe des Jahres ihren Beitrag von derzeit 14,9 Prozent nicht erhöhen, und der Satz wird auch zum Jahreswechsel stabil bleiben – vorausgesetzt, es kommt ein Gesundheitsreformgesetz“, sagte Eckart Fiedler, Vorsitzender der größten deutschen Ersatzkasse, dem „Mannheimer Morgen“. Fiedler rechnet damit, durch das geplante Gesetz rund 13 Milliarden Euro einsparen zu können und hofft, dass der Beitrag sogar gesenkt werden kann. ck/dpa

## Picheln für den Fiskus

„Rasen für die Rente, rauchen für die Mütter, saufen für Eichel.“

Der FDP-Finanzpolitiker Carl-Ludwig Thiele in Berlin zu Steuererhöhungen wie der Ökosteuern, Tabaksteuer und jetzt zum Innungskrankenkassen-Vorschlag einer Alkoholsteuer. dpa, 9.5.03

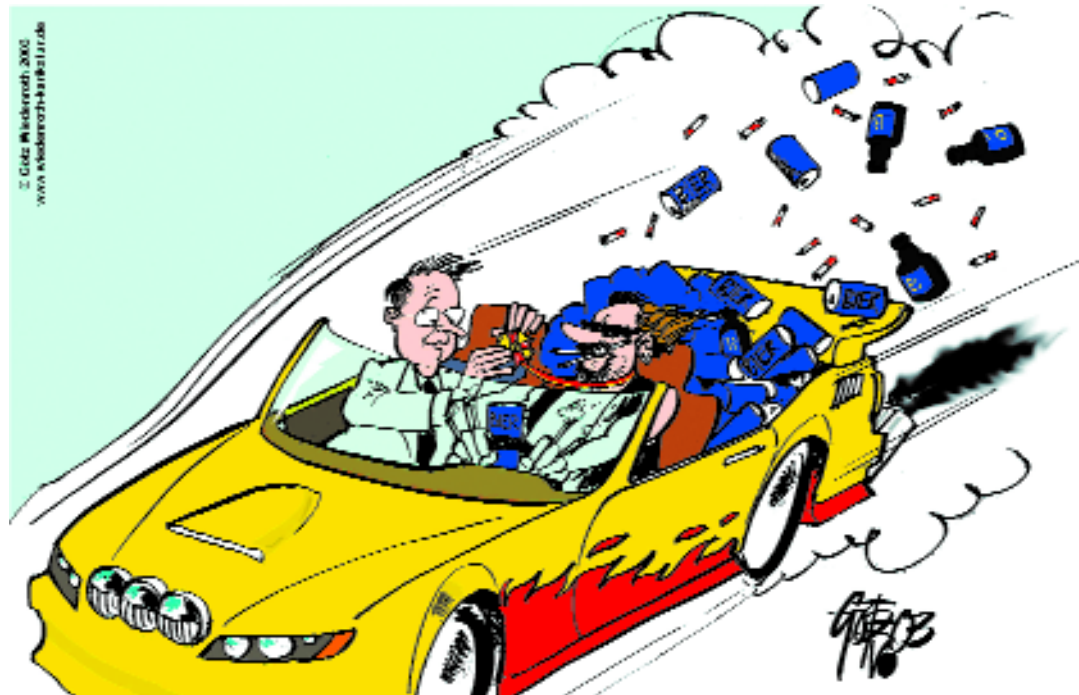
## Ausgekocht

Ein älterer Patient erschien unlängst in meiner Praxis und bat mich, offenbar sehr verlegen, um die Anfertigung eines neuen Zahnersatzes. Ich brachte mein Erstaunen zu Ausdruck, weil ich den Ersatz des Patienten als funktionstüchtig in Erinnerung hatte. Darauf griff er in die Tasche, und brachte das „Malheur“ hervor. Seine reinliche Ehegattin hatte die Prothese einmal ordentlich sauber machen wollen und sie zu diesem Zweck in Essig ausgekocht. Zu allem Überfluss vergaß sie dann, den Topf von Feuer zu nehmen. Das Resultat dieser Bemühungen entzog sich allen weiteren zahnärztlichen Bemühungen.

*zugesandt von:*  
Dr. Ulrich Lohse  
Burg a.F., Am Markt 22  
23769 Fehmarn

## Kleiner Mann ganz groß

Drei norwegische Studenten haben jetzt die erste Penis-Galerie ihres Landes eingerichtet. Ihr Anliegen: Norwegens Männer sollen sich nicht weiter darüber grämen, ob Mutter Natur sie denn auch ausreichend ausgestattet haben mag. Einar Aakvaag, Ragnhild Dahl Keller und Genevieve Hardeberg baten 18 Män-



Eichel kürt den „Bürger des Jahres“.

ner zwischen 20 und 70 Jahren, ihr Membrum virile freizulegen, um jenes aus sechs verschiedenen Winkeln abzulichten und größtmäßig zu katalogisieren. „Unsere Mission ist es, für die Menschen den Durchschnittspenis zu ermitteln“, sagten die drei Galeristen einem Bericht der Online-Agentur Ananova zufolge. „Wir wollen zeigen, dass der Penis in allen Variationen existiert, und mit der von den Medien visualisierten Vorstellung aufräumen, dass es nur den Giga-Penis gibt.“ Ihre Bilder wollen die Studenten bei Bedarf auch Chirurgen, Kliniken und

Sexualtherapeuten zur Verfügung stellen.

*Quelle: Ärzte Zeitung online  
14.5.03*

## Besserköner

Ganz klar, Männer fahren besser als Frauen – zumindest Einkaufswagen. Das hat eine Umfrage der britischen Supermarktkette Tesco einwandfrei ergeben. Drei Viertel aller Männer, aber nur ein Zehntel der Frauen sind sich sicher, dass sie zwischen den Regalen die Könige der Einkaufsstraße sind.

Versicherungstechnische Fragen bleiben weitestgehend außen vor. Denn virile Raser haben – auch bei guter Kondition – nur begrenzte Möglichkeiten, schließlich stehen ihre Frauen am Regal und laden ein. Also nur kurze Atempause für die Herren der Schöpfung im getrenntgeschlechtlichen Gerangel um das, was man alles besser kann. Die Damen der Schöpfung bleiben bescheiden, schließlich wissen sie die

Prognostiker auf ihrer Seite.

Frauen sehen dem Endergebnis gelassen entgegen: Das weibliche Geschlecht erobert sukzessive in den nächsten Jahrzehnten die Führungsetagen in Konzernen, Organisationen und akademischen Berufsfeldern, archaische Mannsbilder jagen sich gegenseitig mit Einkaufswagen – und die Kinder kommen nicht nur aus der Retorte, sie wachsen auch dort auf. ■



Foto: MEV/zm