

Machen Sie mit

Leben, spenden

**Neue Kampagne
der KZBV**

**Fit durch
Rudern**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Recherche zur zm-Titelgeschichte „Blut – Der Saft, der es in sich hat“ hat Außergewöhnliches zu Tage gefördert. Unsere ständige Suche nach etwas Positivem, was sich über die Bundesgesundheitsministerin berichten läßt, war endlich einmal erfolgreich: Ulla Schmidt ist Schirmherrin der seit 1998 laufenden Informations- und Motivationskampagne „Blut- und Plasmaspende“. Es geht also doch!

Mit der Kampagne wird ein medizinisches Versorgungsproblem aktiv angegangen: In Deutschland werden Jahr für Jahr 200 000 Liter Plasma zu wenig gespendet. Rund zwei Millionen freiwillige Spender – für Blut und Plasma – reichen nicht aus. Ein Problem, das zur Zeit vorran-

gig durch Importe aus den USA gelöst wird. Und das derzeitige Ansinnen der EU, innerhalb der Mitgliedstaaten die Spende gegen Entgelt zu untersagen, ist zwar ethisch nachvollziehbar, bedarf aber sicherlich zusätzlicher Anstrengungen, das erforderliche Quantum zu sichern. Eine aus heilberuflicher Sicht immens wichtige Aufgabe. Unseres Erachtens ein ausreichender Grund, die Kampagne zu unterstützen.

Getragen wird die Aktion von allen in Deutschland an der Blut- und Plasmaspende Beteiligten – unter ihnen das Deutsche Rote Kreuz, staatliche und kommunale Blutspendedienste, Plasmaderivate herstellenden Unternehmen, einzelne privatwirtschaftliche Spendedienste, die Deutsche Hämophiliegesellschaft sowie die Bundesärztekammer.

Ausdrückliches Ziel ist es, die in der Bevölkerung vorhandene Bereitschaft zum Spenden von Blut und Blutplasma zu stärken und insbesondere über die Möglichkeit der Plasmaspende zu informieren. Gerade die Plasmaspende ist – anders als die übliche Blutspende – hierzulande immer noch weitgehend unbekannt.

Anne ist über'n Berg.

Vor 6 Wochen hatte Anne einen schweren Unfall. Dank Blutspenden konnten die Ärzte ihr Leben retten.

BLUT + PLASMA SPENDE

JEDER TROPFEN HILFT

Unter dem Dach der Gemeinschaftsaktion laufen öffentlichkeitswirksame Maßnahmen der Blut- und Plasmaspendezentren, zum Beispiel die Rekordspende in der Dortmunder Westfalenhalle. Die eigenen Aktivitäten der Partner werden durch die Kommunikationsmittel der Gemeinschaftskampagne ergänzt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat verschiedene Medien wie Plakate und Faltblätter oder umfassende Info-Broschüren entwickelt, die den Partnern der Gemeinschaftsaktion kostenlos zur Verfügung gestellt werden (zu finden unter: www.blutplasma.de).

„Blut ist dicker als Wasser“, so beschwor der deutsche Kaiser Wilhelm II. einst die Zusammengehörigkeit von Engländern und Deutschen. Was folgte, war eines der dunkelsten Kapitel unserer Geschichte. Gerade kein

Beispiel für die Zusammengehörigkeit und gegenseitige Verantwortung der Menschen von heute. Blutspenden rettet Leben.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: Lopata/Titelbild: creativ collection

Zum Titel

**Blutspenden – Leben retten.
Auch Zahnarztpraxen können
sich beteiligen. Mehr darüber**

Seite 34



Fotos: MEV/Lopata

Rudern ist nicht nur ein Wettkampfsport, sondern auch gesundes Freizeitvergnügen für Alt und Jung, für Einzelgänger und in Gesellschaft.

Seite 78



Unter der Reichstagskuppel in Berlin trafen sich Politiker, Heilberufler und Vertreter assoziierter Organisationen zum dritten Frühjahrsfest von KZBV und BZÄK.

Seite 24



Foto: KZBV

Mit Zeitungsanzeigen, Plakaten und Broschüren werden die deutschen Zahnärzte bei ihrer diesjährigen Öffentlichkeitskampagne die Bevölkerung über die Konsequenzen der rot-grünen Gesundheitspolitik und über alternative Modelle informieren.

Seite 20



Foto: mysterious etruscans

Großen Wert auf Ästhetik legten die Etrusker – das betraf auch schöne Zähne und ein tadelloses Gebiss. Schon damals gab es Erstaunliches in Punkto Zahnersatz – wie die Grabfunde der Nekropolen belegen

Seite 84

Editorial	1	<i>Repetitorium: Bipolare Störungen – manisch depressiv</i>	49
Leserforum	4		
Leitartikel			
<i>Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, diskutiert den Reformansatz der CDU/CDU</i>	6		
Nachrichten	8, 14		
Gastkommentar			
<i>Rainer Vollmer, Berlin, der Reformgesetzentwurf der Koalitionsfraktionen ist eine deutliche Zwei-Klassen-Medizin</i>	10		
Die andere Meinung			
<i>Karl Kardinal Lehmann über das Gesundheitspapier der Deutschen Bischofskonferenz</i>	12		
Spree-Spitzen	18		
Politik und Beruf			
<i>KZBV-Öffentlichkeitskampagne</i>	20		
<i>Frühjahrsfest KZBV/BZÄK</i>	24		
Aus den Ländern			
<i>Pfälzischer Zahnärztetag 2003</i>	26		
<i>45. Westerländer Fortbildungswoche</i>	28		
Gesundheit und Soziales			
<i>Fallpauschalengesetz 2003: Ein neuer Ruck</i>	30		
Titelstory			
<i>Blut, der Stoff, aus dem das Leben ist</i>	34		
Zahnmedizin			
<i>Die Hypomineralisation bei Molaren und Inzisivi</i>	42		
<i>Der aktuelle klinische Fall: Gelenkchondromatose</i>	46		
Medizin			
<i>Zu hohe Blutfettwerte; Chancen durch neuartige Lipidsenker</i>	48		
Fachforum			
<i>Für Sie gelesen: Neues aus der KONZ</i>	52		
Veranstaltungen			
55			
Prophylaxe			
<i>Schulaufsatz von Marieke (13) zum Thema Zähneputzen</i>	64		
Praxismanagement			
<i>Prophylaxe: Gut geplant ist halb gewonnen</i>	66		
Finanzen			
<i>Prüfung von Steuererklärungen: Fiscus-Fahnder unter Zeitdruck</i>	70		
<i>Risikolebensversicherung: Nützlich im Versorgungsfall</i>	74		
Freizeit und Reise			
<i>Kunst in der Praxis: Lichtkaskaden im Wartezimmer</i>	76		
<i>Fit und gesund: Breitensport Rudern</i>	78		
Historisches			
<i>Die Zahnheilkunde der Etrusker</i>	84		
88			
Industrie und Handel			
95			
Persönliches			
96			
Impressum			
121			
Letzte Nachrichten			
124			
Zu guter Letzt			



Fortbildungszwang

■ *Einige kritische Anmerkungen zum Leitartikel „Clearingstelle für die Fortbildung“ in zm 8/2003:*

Wer im „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (GMG) § 95d studiert, kann dort nachlesen, dass es geplant ist, die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung an eine Zwangsfortbildung zu knüpfen.

Die Gesundheitspolitiker haben also ein neues Steckenpferd: Überwachte Zwangsfortbildung zur kostenlosen Qualitätssteigerung (natürlich nicht kostenlos für die Zahnärzte). Jeder Gesundheits- und Verbraucherschutzminister kann damit in der Öffentlichkeit punkten.

Es mag leicht sein, eine Zwangsfortbildung zu fordern und zu beschließen (wir haben auch jetzt schon die berufsrechtliche Pflicht zu Fortbildung!), doch die Kontrolle derselben sowie die Ahndung von Verstößen ist weit schwieriger.

Denn was ist bereits Fortbildung? Wenn ich eine Fachzeitschrift lese? Wenn ich mich mit Kollegen zum fachlichen Gedankenaustausch treffe? Wenn ich ein Fachvideo anschau?

Ist es genauso viel wert, zehn Fachzeitschriften zu lesen wie einen Kurs bei der Kammer zu belegen?

Oder gilt nur das als wertvolle Fortbildung, was viel kostet? Steigt der Wert einer Fortbil-

dung proportional mit den Kosten? Was bringt der teuerste Kurs, wenn ich das Gehörte und Gesehene nicht in meiner Praxis umsetze? Andererseits kann es viel bringen, wenn ich nur eine gelesene Seite einer Fachzeitschrift konsequent umsetze!

Wie will man mir also rechtswirksam nachweisen, mich insgesamt nicht ausreichend fortgebildet zu haben?

Wie kann ein gesetzlicher Fortbildungszwang also überhaupt zum finanziellen Nachteil der Zahnärzteschaft praktisch umgesetzt und kontrolliert werden?

Die Lösung haben, wie schon öfters, profilierungssüchtige Standespolitiker bereits in vorauseilendem Gehorsam gefunden. Durch eben jene Maßnahmen, mit denen sie uns vorgaukeln, ein bestimmtes Schicksal von uns abzuwenden, werden sie es nur um so rascher herbeiführen. Fortbildungspunkte heißt das Zauberwort. Vordergründig geht es um Transparenz und Ansporn, wirklich aber geht es schlicht nur um Geld und Macht.

Denn wer die Bewertungen der einzelnen Fortbildungsangebote vergeben darf, der hat schon anders als der „einfache“ Zahnarzt die lukrative Symbiose zwischen dem Bewertenden und dem mehr oder weniger hoch Bewerteten zu speisen hat, liegt wohl auf der Hand.

Zusätzlich gibt man nun dem Staatsapparat (wirklich unabhängig?) eine exzellente Möglichkeit zur straffen Kontrolle eventueller Zwangsfortbildung an die Hand. Wer zum Beispiel keine 60 Punkte pro Jahr nachweisen kann, bekommt die Zu-

lassung entzogen, ganz einfach. Und für oben angeführte Fortbildungsalternativen zu teuren Kursen gibt es eben pauschal nur zum Beispiel zehn Punkte pro Jahr, die restlichen Punkte müssen teuer erkaufte werden.

Die gefährlichsten Gegner unseres Berufsstandes lauern oft in den eigenen Reihen; besonders, wenn sie sich in den Körperschaften oder Vereinen Machtpositionen aufgebaut haben und es verstehen, sich durch Schönreden geschickt zu tarnen. Der Schlusssatz dieses Artikels: „Wir folgen mit dem neuen Statut dem Gebot des Handelns. [...]

Was wir nicht [...] regeln, wird uns von anderer, politischer Seite aus der Hand genommen“ ist an vorauseilendem Gehorsam kaum noch zu überbieten.

Es soll hier durch die normative Kraft des Faktischen ein Punktesystem etabliert werden, welches wenige Kollegen wollen und vielen Kollegen schaden wird. Wenn dieses perfide System einmal eine gewisse Verbreitung erlangt hat, ist es aufgrund der Eigendynamik und den Begehrlichkeiten der Politik nicht mehr zu stoppen.

Was kann die Basis heute schon mit einfachen Mitteln dagegen machen? Sie kann zum Beispiel alle Fortbildungen boykottieren, die mit Fortbildungspunkten werben und/oder diese vergeben.

*Dr. Thomas Schmitt,
Vorsitzender der Bezirksgruppe
Unterfranken des FVDZ*

Nachahmenswert

■ *Foto einer beispielhaften Maßnahme, aufgenommen in Portugal:*



Foto: David

Dieser Wandautomat in einer Toilette eines Restaurants in Santarem/Portugal enthält nicht etwa „Verhüterli“, wie bei uns häufig anzutreffen, sondern Zahnbürsten mit einer Miniportion integrierter Zahnpasta zum Preis von 0,50 Cent. Nachahmenswert, wie mir scheint.

*Dr. Bodo David
Kaulsdorfer Straße 307
12555 Berlin*

Endlich Ruhe

■ *Zu Akzente und Leitartikel „Auf der Stelle gehopst“ in zm 9/2003:*

Die Familienidylle zum 1. Mai auf dem SPD Parteiplakat in Ihren Akzenten zeigt sehr wohl die aktuelle politische Dimension der Verlogenheit der seit Jahren sich verschlechternden marktwirtschaftlichen Situation in Deutschland: Es geht bergab, weil die auf wirtschaftliche Zuwachsraten und steigende Einnahmen orientierte Ausgabenpolitik in die finanzielle Falle

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen
Postfach 41 0168
50 861 Köln
Tel.: 0221-4001-252
Fax: 0221-4001-253
e-mail: zm@kzbv.de
ISDN: 0221-40 69 386

führt. Die Gewerkschaften alleine wollen diktieren, wo (nicht) gespart wird!

Auch wenn der amtierende KZBV-Chef Dr. Fedderwitz die „Voraussetzungen, dass man uns zuhört“, sicher zu Recht „noch nie so gut wie heute“ sieht, wird das den Vertrags-Zahnärzt/-innen nichts nützen, wir bleiben „auf den Hopser gestellt“. Was nur noch fehlt, ist der floatende Punktwert. Funktioniert doch bei den Ärzten hervorragend, also was soll's, her damit. Verteilt durch die kranken Kassen. Dann ist endlich Ruhe.

*Dr. Peter Paul Zehner
Alicestraße 8
36304 Alsfeld/Hessen*

Rauchfrei

■ Zum Beitrag „Pharmazeuten-Empfang“ in zm 8/2003:

Dieser Artikel ist an Ironie kaum zu überbieten! Für viele Nichtraucher ist die Atmosphäre erst recht angenehm, wenn sie nicht vergiftet wird durch das Laster anderer. Durch die Verherrlichung der Leidenschaft der Qualmer erscheint der Beitrag im gleichen Heft auf Seite 16 über Tabakprävention geradezu unseriös.



Die Pharmazeuten sind bestrebt, möglichst viele Medikamente gegen die gesundheitlichen Folgen des Rauchens zu verkaufen!

Stellt sich die Frage welcher „verantwortungsbewusste“ Organisator gerade den rauchfreien Raum bestellt hat ...

*Hans van der Meer
Zahnarzt
Schwalbach/Saar*

Schales Gefühl

■ Zum Beitrag „Sinus-OP“ in zm 8/2003:

Begeistert ist der nicht implantologisch versierte Zahnarzt über die eindrucksvollen Bilder der Sinuslift-OP mittels eingeklappten lateralen Knochendeckels. Alles ist chirurgisch gut verlaufen und dann bringen die Autoren leider die Aufnahme 10 d mit der endgültigen prothetischen Versorgung.

Dem vorsichtig agierenden Zahnarzt sträuben sich die Nackenhaare, wenn er sieht, wie makellose Frontzähne (13, 11, und 21) und alle Seitenzähne im rechten Oberkiefer zu hässlichen Kronen umfunktioniert worden sind. Prothetische Restaurationen zeichnen sich noch immer durch den Grundsatz „weniger ist mehr“ aus. Natürlich werden die Autoren wieder entgegnet, dass dies alio loco verursacht wurde, aber doch bleibt ein schales Gefühl trotz der gelungenen nicht einfachen Implantation zurück.

*Dr. Fritz Haun
Osloer Straße 139
53117 Bonn*

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



Foto: Vladimirov

Ja, was denn nun?

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die CDU/CSU-Programmatik zur Gesundheitsreform wurde in der Fraktionsspitze ohne Gegenstimmen verabschiedet, zwei Tage vor Beginn der parlamentarischen Debatte um das rot-grüne Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Ein Paradigmenwechsel, freute sich Fraktionschef Merz. „Eine Privatisierungsgorgie“, schimpfte CSU-Sozialexperte und Gesundheitsminister a. D. Horst Seehofer – und blieb aus Protest den internen CDU/CSU-Beratungen fern. Ja was denn nun?

Seehofer's Stein des Anstoßes war die Absicht der Fraktion, den Zahnersatz aus dem GKV-Leistungskatalog „auszugrenzen“. Erstaunlich, wenn man bedenkt, dass der stellvertretende CSU-Chef einer Prüfung, die gesamte zahnmedizinische Behandlung auszugrenzen, im Frühjahr noch zugestimmt hatte. Jetzt ist dem vom CDU-Wirtschaftsratsvorsitzenden Lauk als „Sozialagitator“ kritisierten Seehofer der zwischen den Schwesterparteien vereinbarte Kompromiss

schon zu viel, nur den Zahnersatz herauszunehmen. Seehofer, so vertraute er dem Nachrichtenmagazin Spiegel an, „macht nicht mit“.

Nach den Vorstellungen der CDU/CSU soll Zahnersatz künftig durch eine private Pflichtversicherung – laut gesundheitspolitischer Fraktionsprecherin Annette Wiedmann-Mauz für einen monatlichen Beitrag von 7,50 Euro zu haben – assekuriert werden. Zusammen mit einem Selbstbehalt von

zehn Prozent der jeweiligen GKV-Leistungen – er wird pro Arztbesuch, Medikament oder Krankenhausaufenthalt mindestens fünf

Euro betragen, aber auf zwei Prozent des Jahresnettoeinkommens gedeckelt – hofft die CDU/CSU, die auch von Rot-Grün avisierte magische Grenze eines Beitrages von 13 Prozent ebenfalls zu erreichen.

Das ist also die Grundlage, mit der man in diesem Sommer die weitere Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens bestreiten will, das Gegengewicht zu den rot-grünen Vorschlägen für ein Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das Rückschritt statt Fortschritt verheißt.

„Wir müssen sehr aufpassen, uns keine Bematisierung in den Privatbereich implantieren zu lassen.“

Für die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung ist diese auf den ersten Blick in die Richtung der zahnärztlichen Konzepte gehende Lösung der CDU/CSU zwar ein begrüßenswerter Schritt, allerdings wieder nur ein kleiner: 7,50 Euro pro Versichertem als Maßgabe – klingt das schon wieder nach Deckelung? Beitragsfreie Mitversicherung der Kinder bis zum 18. Lebensjahr – wie bleiben die Prämien risikoäquivalent? Oder soll es Strukturausgleich, Pool oder Ähnliches geben? Gar zu viele offene Fragen, die vor allem an die Privaten Versicherer zu stellen sind. Wir müssen sehr aufpassen, uns keine Bematisierung in den Privatbereich implantieren zu lassen.

Eine wirkliche Reform muss den nötigen Freiraum für Zahnarzt und Patienten schaffen. Wünschenswert ist die Pflicht zur Versicherung, nicht die private Pflichtversicherung. Und: Mit diesem Lösungsvorschlag ist die Forderung nach befundorientierten – nicht wie Rot-Grün meint: therapiebezogenen – Festzuschüssen keineswegs obsolet, im Gegenteil.

Wer die strukturell bedingten Schwierigkeiten des Sachleistungssystems angesichts der noch auf uns zukommenden Probleme wirklich nachhaltig angehen will, wer den Paradigmenwechsel befürwortet, der braucht mehr Mut zur Veränderung – oder einen langen Atem für weitere Reformschritte, die mehr Entscheidungsfreiheiten, aber auch mehr Eigenverantwortung beinhalten.

Was vom Kompromiss zwischen CDU und CSU letztlich in die Gesetzesreform einfließen kann, wird sich in diesem Sommer zeigen. Den entscheidenden Politikern sei nicht ins Parteibuch, sondern ins Stammbuch geschrieben: Wir haben nicht mehr die Zeit für weitere, das Ergebnis erneut verwässernde Kompromisse. Gebraucht wird der Mut zu einem echtem Paradigmenwechsel – für unsere Patienten und unsere Gesellschaft.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Zwei-Klassenmedizin

Im Entwurf für das Gesundheitsmodernisierungsgesetz stehen die Grausamkeiten, die Widerwärtigkeiten wieder einmal zwischen den Zeilen. Zugegeben: Die Zahnärzte können sich ein wenig freuen. Es scheint, als ob sie halbwegs gut berücksichtigt aus der Reform hervor gehen können. Tatsächlich sind aber Veränderungen vorgesehen, die auch auf die Zahnärzteschaft durchschlagen. Denn: Trotz aller anderer Aussagen wird das Gesundheitswesen bürokratischer, für den Patienten so gut wie keine Einsparungen bringen und zu einer eindeutigen Zwei-Klassen-Medizin führen.

Das beginnt bei den vermeintlichen Einsparungen. 23 Milliarden Euro sollten es anfänglich werden. Diese Summe wurde von Woche zu Woche inflationär nach unten getrieben. Derzeit rechnen Regierung und Koalitionsfraktionen nur noch mit 8,5 Milliarden Euro, die zusätzlich in die Kassen der Krankenkassen fließen. Der Versicherte wird der Zahlemann bleiben. Jahrelang hat die SPD weitere Zuzahlungen neben dem Beitrag als Teufelswerk gebrandmarkt. Jetzt werden diese erheblich angehoben, alle Rentner müssen Beiträge zahlen, einige Leistungen verschwinden ganz aus dem Leistungskatalog. Und für das Krankengeld muss der Versicherte die Beiträge allein aufbringen.

Auch die Ausweitung der Bürokratie ist folgerichtig, vor allem in der Medizin, bei den Kollegen der Zahnärzte. Die haben jahrelang die Entwicklung verschlafen. Nun müssen sie alle fünf Jahre die Teilnahme an unabhängigen Fortbildungsveranstaltungen nachweisen, sich rezertifizieren lassen. Sie müssen die Organisationsstruktur der KVen nach dem Primat der Politik verändern, weil

sie selbst erst jetzt eigene Vorstellungen über eine Weiterentwicklung der KVen vorgelegt haben. Dass das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin ein bürokratisches Monster wird, ist bekannt. Aber: Wer zu spät auf notwendige Änderungen reagiert, den bestraft die Politik mit überdrehten Veränderungen. Das alles wäre noch hinnehmbar. Tatsächlich aber wird mit dem Reformgesetzeswerk von den Sozialdemokraten die Zwei-Klassen-Medizin sanktioniert. Es hat etwas damit zu tun, dass die Ärzteschaft selbst 13 Jahre lang nicht in der Lage war, die Spannungen zwischen Haus- und Fachärzten abzubauen. Letztendlich werden die Zahnärzte mit darunter zu leiden haben. Die Hausarzt-KV wird



Foto: zm

„Modernisierung und Wettbewerb, das System bezahlbar machen und patientenfreundlich gestalten“ – so heißt es im Vorwort der „Formulierungshilfe“ für den Reformgesetzentwurf der Koalitionsfraktionen. Das hört sich gut an. Vom Inhalt des Gesetzentwurfs allerdings werden diese Forderungen nicht gedeckt.

Rainer Vollmer
Gesundheitspolitiker
Fachkorrespondent in Berlin

sanktioniert, die Fachärzte werden langsam aber sicher hinaus gedrängt. Die Krankenkassen sollen für die fachärztliche Behandlung den Sicherstellungsauftrag übernehmen und Einzelverträge abschließen. Im Hausarztssystem darf der Facharzt nur noch auf Überweisung tätig werden. Oder der Patient zahlt 15 Euro Praxis-Straf-Gebühr.

Die Folgen: Der Facharzt wird auf Dauer keine finanzielle Grundlage mehr in freier



Foto: Grohs

Praxis haben, wird an die Krankenhäuser abwandern. Oder an neu einzurichtende Gesundheitszentren. Etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung – wenig verdienende Arbeitnehmer, Rentner, Sozialhilfeempfänger und Arbeitslose – werden sich in ein Hausarztssystem einschreiben lassen. Sie zahlen dann nur noch die Hälfte der Zuzahlungen für Arzneimittel und Verbandsmaterial und brauchen keine Praxisgebühr zu entrichten. Dafür geben sie die freie Arztwahl auf. Wer

ausreichend Einkommen hat, wird diese Knebelungsmasche nicht mitmachen, sondern weiterhin den Arzt seiner Wahl, auch den Facharzt aufsuchen. Und zahlen. Und dann auch als Patient Ansprüche stellen.

Das Ergebnis wird sein, dass sich nur wenige Fachärzte in freier Praxis halten können. Wenn nicht ins Krankenhaus, gehen sie als Angestellte in die neuen Gesundheitszentren. Diese müssen von den Krankenkassen zusätzlich finanziell gefördert werden. Und wenn dann die Gesundheitszentren etabliert sind, wird es über kurz oder lang auch Zahnärzte geben, die dort arbeiten. Und dann sind die Zahnärzte von einer Entwicklung eingeholt, die heute kaum einer erkannt hat, weil das Reformgesetz davon nicht spricht.

Solidarität braucht Eigenverantwortung

Karl Kardinal Lehmann

Die Reform des Gesundheitssystems, die nun hoffentlich auf den Weg gebracht wird, reiht sich ein in eine ganze Abfolge von Reformen, die Gesundheitsminister unterschiedlicher Parteien angegangen sind. Ich brauche kein Prophet zu sein, um sagen zu können, dass dies auch nicht die letzte Reform sein wird. Ein komplexes System, das einen so elementaren Bereich menschlichen Lebens wie die Gesundheit betrifft, wird man nicht in einem großen Wurf reformieren können, soll diese Reform nicht übergroße Ungerechtigkeiten und Unsicherheiten produzieren.

Um so wichtiger ist es, das Wissen um den Reformbedarf mit echtem Reformwillen und Reformbereitschaft zu verbinden. Das bedeutet auch – und das ist für viele schmerzhaft –, ein Denken in Kategorien bloßer Besitzstandswahrung aufzugeben. Zudem brauchen die Reformen eine klare Ausrichtung. So wenig die „Reform auf einen Schlag“ möglich sein wird, so wenig führen kurzfristige Maßnahmen zur Bekämpfung einzelner Symptome allein weiter.

Vor wenigen Tagen hat die Deutsche Bischofskonferenz unter dem Titel „Solidarität braucht Eigenverantwortung“ Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem vorgelegt. Wir haben versucht, auf der Basis ethischer Kriterien die Richtung der Reformen deutlich zu machen, ohne dass es dabei unsere Aufgabe als Kirche sein könnte, einzelne konkrete Maßnahmen vorzuschlagen.

Wir gehen davon aus, dass wir im Zuge dieser Reformen nicht umhin kommen, eine Grundfrage unserer sozialen Sicherung neu zu stellen: Welches Maß an Gesundheitsleistungen kann und muss durch die Solidarität aller getragen werden und welches Maß an Gesundheitsförderung können und müssen die Menschen selbst tragen? Die soziale Sicherung dient dazu, dass die Gemeinschaft solche Risiken trägt, die vom Einzelnen nicht getragen werden können. Die Solidarität aller tritt dann ein, wenn der Einzelne überfordert ist. Ein jeder

„Den Menschen muss wieder mehr Eigenverantwortung zugemutet, aber auch zugeutraut werden.“



Karl Kardinal Lehmann
Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz

hat sich dann an dieser Solidarität im Rahmen seiner Möglichkeiten zu beteiligen. Niemand darf jedoch diese Solidarität über das notwendige Maß hinaus in Anspruch nehmen. Nun werden hier moralische Appelle allein nicht ausreichen. Es muss darum gehen, das Gesundheitssystem so zu verändern, dass die Anreize zum Wohl aller richtig gesetzt werden.

Nehmen wir die Prinzipien der Solidarität, der Subsidiarität oder Fragen der Gerechtig-

keit ernst, dann wird bei der Ausgestaltung unseres Sozialstaates – der bisher wesentlich unter dem Gesichtspunkt der Verteilung finanzieller Ressourcen gesehen wird –, ein stärkeres Gewicht auf die Eigenverantwortung zu legen sein. Schon 1991 hat Papst Johannes Paul II. in der Enzyklika „Centesimus annus“ in Richtung eines überdehnten Wohlfahrtsstaates festgestellt: „Der Wohlfahrtsstaat, der direkt eingreift und die Gesellschaft ihrer Verantwortung beraubt, löst den Verlust an menschlicher Energie und das Aufblähen der Staatsapparate aus, die mehr von bürokratischer Logik als von dem Bemühen beherrscht werden, den Empfängern zu dienen.“ In diesem Sinn ist die Soziale Marktwirtschaft im Lauf der Jahrzehnte in unserem Land vielfach überlagert worden durch gewisse Entwicklungen, die ihre elementaren Grundprinzipien auszuhöhlen drohten: Eigeninitiative, Selbstverantwortung, Leistungsbeurteilung und Mut zum Wettbewerb.

Was so grundsätzlich von der Sozialen Marktwirtschaft gesagt werden kann, gilt auch für das Gesundheitssystem: Den Menschen muss wieder mehr Eigenverantwortung zugemutet, aber auch zugeutraut werden. Dies gilt für die Notwendigkeit von Prävention, für die Art der Mitwirkung und Mitbestimmung an der Leistungserbringung oder auch für den Zuschnitt des durch die Krankenkassen bezahlten Leistungsspektrums. Angesichts knapper werdender Ressourcen und insbesondere neuer, durch die me-

medizinische Entwicklung ermöglichter, kostenintensiver Leistungen, stellt sich auch die Frage nach der Definition des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundrisiken, wie beispielsweise lebensbedrohliche, chronische oder finanziell nicht zu bewältigende Risiken, müssen weiter abgesichert werden – nicht aber unbedingt die vielen kleinen Erkrankungen.

Es geht uns sicher nicht um ein Auflösen der Solidarität, sondern im Gegenteil: Wenn wir wollen, dass die Solidarität aller da weiter einspringen kann, wo sie nötig ist, müssen wir das Gesundheitssystem so reformieren, dass sie da nicht einspringen muss, wo sie nicht nötig ist. ■

Foto: Bistum Mainz

Modell der BKK Fahr

Raffelhüschen ist für Bonusmodelle

Das Gesundheitsbonusmodell der Betriebskrankenkasse (BKK) Fahr stellt nach Auffassung von Ökonomen den richtigen Weg in der Krankenversicherung dar. „Das Modell ist ein kleines



Foto: Uni Freiburg

Pflänzchen“, so der Freiburger Finanzwissenschaftler Bernd Raffelhüschen (Foto r.), der das Modell wissenschaftlich begleitet. „Der Weg ist richtig, das Ziel kennen wir nicht.“

Die in Gottmadingen (Kreis Konstanz) ansässige BKK Fahr ermöglicht allen Versicherten, ihren individuellen Beitragssatz von 12,9 bis auf 11,7 Prozent zu reduzieren. Die Mitglieder können vom Bonus profitieren, wenn sie nachweislich an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

Raffelhüschen sagte, zu finanziellen Eigenleistungen bei der Krankenversicherung gebe es keine Alternative. „Qualität entsteht nur durch den Preis“, so das Mitglied der Rürup-Kommission. dev/dpa

PKV-Rechenschaftsbericht 2002

Kosten gestiegen

Die Private Krankenversicherung (PKV) hat 2002 rund 15,22 Milliarden Euro für Versicherungsleistungen ausgezahlt. Das sind etwa 800 Millionen Euro mehr als im Jahr davor. Auch in der Krankenversicherung stiegen die Kosten um 800 Millionen auf ungefähr 14,72 Millionen Euro. Die Zahlen veröffentlichte der PKV-Verband in seinem Rechenschaftsbericht für 2002. Dies sei weniger eine Folge des hohen

Bestandszuwachses als vielmehr von Kostenerhöhungen, heißt es dort. Rechnet man die Bestandsveränderung heraus, ergebe sich eine Steigerung von 3,6 Prozent je Versicherten und damit eine Verbesserung gegenüber 2001: Da stiegen die Kosten um 4,5 Prozent. Insgesamt waren 2002 über 7,9 Millionen Menschen bei dem PKV versichert, das sind über 200 000 mehr als noch 2001. ck

Die einzelnen Leistungsbereiche pro Versicherter im Vergleich zu 2001, Kostensteigerungen in Prozent

Arztkosten ambulant	+ 4,0
Zahnbehandlung und -ersatz	+ 2,6
Krankenhäuser	+ 2,7
davon: allgemeine Krankenhausleistungen	+ 5,1
Wahlleistung Unterbringung	- 9,6
Wahlleistung Chefarzt	+ 3,6
Arzneien und Verbandsmittel	+ 6,5
Heil- und Hilfsmittel	+ 3,9

Kommentar

Prügelknabe

Die private Krankenversicherung gefällt sich in der Opferrolle – so scheint es zumindest, wenn man sich ansieht, was der PKV-Verband über seine aktuelle geschäftliche Situation denkt. Das zurückliegende Jahr sei „einschneidend“ gewesen. Und die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf 3 825 Euro habe eine dreiviertel Million gesetzlich versicherter Arbeitnehmer daran gehindert, in die PKV zu wechseln. Ob diese Zahlen nun realistisch sind oder nicht, ob also von

Seiten der Bundesregierung tatsächlich eine große GKV-Auswanderungswelle gestoppt wurde oder das ganze eher theoretische Zahlenspielereien sind – das alles ist wohl weniger entscheidend als die Tatsache, dass sich die GKV-Beitragsspirale trotz Erweiterung der Versicherungspflichtgrenze weiter aufwärts dreht.

Der Fehler im System ist also bei weitem nicht behoben – aber die PKV gibt einen prima Prügelknaben ab.

Sascha Devigne

Blair und Chirac

Mit einer Milliarde Dollar gegen Aids

Frankreichs Staatspräsident Jacques Chirac und der britische Premierminister Tony Blair wollen zum Kampf gegen Aids eine Milliarde Dollar pro Jahr bereitstellen.

Paris veröffentlichten Brief an die EU-Mitglieder.

Um den Entwicklungsländern zu helfen, fordern Blair und Chirac außerdem die Einrichtung einer Finanzierungsgesell-



Foto: ISD

„Wir hoffen, dass wir uns beim EU-Gipfel in Thessaloniki darauf einigen können, den Kampf gegen die Krankheit in ähnlicher Höhe zu unterstützen wie es die USA tun“, heißt es in einem in

schaft, die auch private Investoren anlocken soll. Der Immunschwächekrankheit Aids sind im vorigen Jahr weltweit drei Millionen Menschen zum Opfer gefallen. ck/dpa

Aktion gegen Bema-Beschlüsse**Vorab-Proteste**

Mit gesteuerten Postkarten-Aktionen hatten der Landesverband Niedersachsen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte und der Bundesverband Deutscher Kieferorthopäden (BDK) vor Abschluss der Verhandlungen zum neuen Bema ihre Mitglieder zum Protest gegen die – noch nicht erfolgten und daher auch nicht bekannten – Beschlüsse aufgefordert. Insgesamt gingen bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bis zum 16. Juni 802 Protestschreiben des BDK und 874 des Freien Verbandes Niedersachsen ein, davon insgesamt nur noch 100, nachdem die Verhandlungsbeschlüsse bekannt waren. zm

Gemeinschaftspraxis**Merkblatt hilft Kosten sparen**

Der NAV-Virchow-Bund hat ein Merkblatt zu juristischen und wirtschaftlichen Aspekten bei der Gründung einer Gemeinschaftspraxis herausgegeben.



Dabei geht es besonders darum, wie Kosteneinsparungen gezielt genutzt werden können. Das Infoblatt mit dem Titel „Gemeinschaftspraxis aus wirtschaftlicher Sicht“ gibt es kostenlos beim NAV-Virchow-Bund, Postfach 10 26 61, 50466 Köln oder per Telefon: 0221/97 30 050. ck/pm

FVDZ**Projekt mit BKK**

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) hat einen Projektvertrag mit der Deutschen Betriebskrankenkasse, der mit mehr als 1,1 Millionen Versicherten größten BKK Deutschlands, abgeschlossen. Weiterer Vertragspartner ist die Vereinigung Unabhängiger Vertragszahnärzte e.V. (VuV) in Niedersachsen. Ziel der Vereinbarung ist laut FVDZ, den Versicherten über freiwillige private Zusatzversicherungen den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und präventionsorientierten Zahnmedizin zu erleichtern. Wesentliche Vertragsinhalte sind die Abrechnung nach GOZ, Kostenerstattung und Festzuschüsse. ck/pm

KBV warnt**Gewerbsteuer bedroht Praxen**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) warnt vor der Einführung der Gewerbsteuer für Freiberufler. „Die freiberuflich niedergelassenen Ärzte sind von der Sparpolitik der Regierung ohnehin schon schwer getroffen“, urteilte Dr. Rainer Hess, Hauptgeschäftsführer der KBV, und verwies auf die von der Politik vorgeschriebene Nullrunde. Käme noch eine weitere Belastung wie die Gewerbsteuer dazu, gerieten einige Praxen in ernsthafte Existenznot – betroffen seien auch die über 500 000 Arzthelferinnen und Auszubildenden in den deutschen Praxen. Hess begrüßte, dass der Bundesverband der Freien Berufe an die Öffentlichkeit gegangen ist, um vor einer Ausweitung der Gewerbesteuerpflicht zu warnen. ck/pm

Gesundheitsreform**Alternativkonzept der CDU/CSU**

Nach heftigem Streit haben sich CDU und CSU am 16. Juni auf ein Alternativkonzept zur rot-grünen Gesundheitsreform geeinigt. CDU-Chefin Angela Merkel und



der bayerische Ministerpräsident Edmund Stoiber (CSU) verständigten sich darauf, den Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu nehmen und über



eine private Pflichtversicherung abzusichern. Ferner sollen die Bürger zehn Prozent der Kosten pro medizinischer Leistung selbst tragen. Das gilt auch für die Arztbesuche oder auch Krankenhausaufenthalte. Der Kompromiss wird in der Fraktion als Niederlage für Vize-Fraktionschef Horst Seehofer (CSU) bewertet. Mit den Plänen sollen nach Aussagen der gesundheitspolitischen Fraktions-Sprecherin Annette Wid-

mann-Mauz (CDU) die Beiträge von derzeit etwa 14,4 auf 13 Prozent sinken, um so Arbeitsplätze zu schaffen.

SPD-Fraktionschef Franz Müntefering sagte, „bei der Union geht es durcheinander“. Die Ausgliederung des Zahnersatzes habe „keine Logik“. Die grüne Fraktionschefin Krista Sager und die gesundheitspolitische Sprecherin, Biggi Bender, sahen bei der Union „totale Konfusion“.

Der Einstieg in die private Absicherung von Gesundheitsrisiken war unter den Schwesterparteien lange heftig umstritten. Die CDU wollte nicht nur den Zahnersatz, sondern die gesamte Zahnbehandlung aus dem Katalog der gesetzlichen Versicherung streichen. Dagegen hatte sich Seehofer massiv gewehrt und der CDU vorgeworfen, eine „Privatisierungsorgie“ zu planen.

Nach Angaben von Widmann-Mauz könnten allein beim Zahnersatz gut drei Milliarden Euro gespart werden. Die Bürger würden durch die neue private Versicherung für den Zahnersatz etwa mit 7,50 Euro pro Monat belastet werden. Kinder unter 18 Jahren

Position der BZÄK

■ Auch die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat sich zum Alternativkonzept der Union geäußert. Bitte lesen Sie hierzu den Leitartikel von BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp in dieser zm-Ausgabe auf Seite 6.

sollten betragsfrei bleiben. Nach den Plänen der Union sollen die Patienten zehn Prozent der Kosten für Medikamente, Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte in der Regel künftig selbst zahlen. Mindestens würden fünf Euro pro Leistung fällig. Die Eigenbeteiligung ist nach Angaben von Widmann-Mauz aber gedeckelt. Insgesamt soll ein Patient nicht



mehr als zwei Prozent seines Jahresnetto-Einkommens für Eigenbeteiligungen aufwenden müssen. Keine Selbstbeteiligung soll es bei der Behandlung von Kindern geben, genauso wie bei



Vorsorgeuntersuchungen. Die Union verspricht sich durch die Neuregelung der Eigenbeteiligung eine Entlastung von sechs bis sieben Milliarden Euro pro Jahr für die gesetzlichen Kassen. Außerdem soll bei den Verwaltungskosten der Kassen gespart werden. mn/dpa

CDU/CSU-Reformansatz**Richtiger Schritt**

Als „Schritt in die richtige Richtung“ begrüßt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) den Reformansatz der CDU/CSU, den Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu streichen. „Dieser Ansatz ist eine echte Modernisierung im Gegensatz zu dem, was die rot-grüne Bundesregierung morgen als Reformgesetz in den Bundestag einbringen will. Demnach soll in der zahnmedizinischen Versorgung die phantasielose Budgetierungspolitik so weitergehen wie bisher. Staatsmedizin und Polikliniken sind die Rezepte von gestern“, kritisiert der amtierende KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Der Gesetzgeber müsse endlich den Mut aufbringen, den Patienten mehr Entscheidungskompetenzen zu ermöglichen. Dafür sei die Zahnmedizin ein geeignetes Versorgungsgebiet. Der Zahnersatz wäre ein guter Anfang. Denn die erzielten Erfolge in der Prävention bestätigen diesen eingeschlagenen Weg. Die Mundgesundheit hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert und wird dies auch weiterhin tun. KZBV

Kritik der Ersatzkassen**Privatisierung ist der falsche Weg**

Die von der Union vorgeschlagene Privatisierung des Zahnersatzes stößt bei den Ersatzkassen auf heftige Kritik: „Hier wird reine Klientelpolitik zu Gunsten der privaten Krankenversicherungen betrieben“, urteilte Herbert Rebscher, Vorsitzender der Ersatzkassenverbände VdAK und AEV. Ansonsten gebe es keinen Grund, Zahnersatz in die private Krankenversicherung (PKV) zu überführen. Wer das vorhabe, belaste besonders Familien, da in der PKV für jedes Familienmitglied eine extra Police abgeschlossen werden müsse. Außerdem sei der Einstiegstarif von 7,50 Euro nicht haltbar, vermutete Rebscher. Die Absicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit fünf Euro pro Arbeitnehmer sei der gerechtere Weg. ck/pm

FVDZ zum Unionsansatz**Richtung stimmt, aber nachbessern**

„Der rein politisch motivierte Entschluss der Union, lediglich den Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen, ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Dieser wird jedoch nicht ausreichen“, erklärte der Bundesvorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Dr. Wilfried Beckmann, zum Reformansatz der CDU/CSU. Angesichts der prognostizierten GKV-Beitragssatzsteigerungen würden die durch die Ausgliederung des Zahnersatzes entstehenden ohnehin geringen Entlastungseffekte verpuff-

fen. Die Herausnahme des Zahnersatzes aus der GKV würde die Beiträge lediglich um knappe 0,4 Prozentpunkte reduzieren. „Die bloße Transformation des Zahnersatzes aus der GKV in die Privatversicherung geht schief, wenn nicht gleichzeitig die Erstattungssystematik geändert wird. Deshalb fordern wir die Einführung von befundorientierten Festzuschüssen, die sich stabilisierend auf die Prämien auswirken“, so Beckmann. mn/pm

Hartmannbund**Gesundheitswesen nachhaltig stärken**

Als einen „ersten Schritt zu einer tragfähigen Gesundheitsreform“ begrüßt der Hartmannbund das gemeinsame Alternativkonzept zur Gesundheitsreform von CDU/CSU. Eine prozentuale Selbstbeteiligung der Bürger werde helfen, die Eigenverantwortung des Einzelnen zu stärken, Leistungsvolumen zu steuern und einen bewussteren Umgang mit den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen zu fördern. Die im CDU/CSU-Konzept vorgesehene Herausnahme des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV trägt nach Ansicht des Hartmannbundes auf substantielle Weise dazu bei, die langfristige Finanzierbarkeit der GKV zu gewährleisten. Für eine zukunftsfähige Finanzierung könnten dies jedoch nur erste Schritte sein. Hier sei eine Neudefinierung des Leistungskataloges in Muss-, Soll- und Kann-Leistungen notwendig, um unser solidarisches Gesundheitssystem nachhaltig zu stärken und auch im Hinblick auf den demographischen Wandel zu erhalten. mn/pm

Westerland**Bundesrekord auf der Nordseeinsel**

Bundesweit die höchste Teilnehmerzahl verzeichneten die Organisatoren der diesjährigen 45. Fortbildungstagung in Westerland. Vor über 1033 angemeldeten Zuhörern und Zuhörerinnen brachten 19 Referenten in Vorträgen und Praxisseminaren die wissens-

sp
 durstigen Zahnärzte über „Parodontologie: Neues und Bewährtes“ auf den neuesten Stand der Forschung. Die 1000ste Teilnehmerin, Dr. Marie Luise Liebe aus Kiel, erhielt als Jubilarin eine nord-seetaugliche Allwetterjacke und freien Eintritt für 2004!

Wurzelrennung**Nur bei bester Compliance**

Die Misserfolgsrate bei einer Hemisektion liegt zwischen Null und 38 Prozent in einem Zeitraum von 23 Jahren, postulierte PD Dr. Marcus Hürzeler in seinem Vortrag. Er empfiehlt, sehr sorgfältig zu überlegen, ob der Patient für eine derartige Therapie geeignet ist. Es handelt sich um eine sehr sensitive und unter Umständen sehr komplikationsbelastete Methode. Diese Technik benötigt eine optimale Mitarbeit des Patienten und die perfekte Beherrschung aller zahnmedizinischen Disziplinen wie Chirurgie, Endo, Parodontalchirurgie und Prothetik, so der Münchener Praktiker. sp

Parodontaler Initialbefund**Am besten ganz ohne Sonde**

Wenn der parodontale Initialbefund erhoben wird, sollten die Taschen nicht mit der Sonde geprüft werden. Das sagte jetzt Professor Dr. Ulrich P. Saxer, Zürich. Die gemessenen Werte seien sowieso verfälscht, denn

entweder stößt die Sonde in der Tasche auf Konkrement, oder sie touchiert entzündliches Gewebe, das im unglücklichsten Fall auch noch verletzt werden kann. Somit würden sich immer etwa zwei Millimeter Ungenauigkeiten „einschleichen“. Er empfiehlt daher, zuerst die symptomatische Therapie mit Putzhygiene und Ultraschall (alle drei Monate). Erst danach kann eine genaue Messung erfolgen, um die weitere Therapieplanung vorzunehmen. sp



Foto: MEV

Schlechte Prognose**Geschiebe**

Gerade bei Patienten mit Parodontalproblemen haben Geschiebearbeiten eine schlechte Prognose. Das sagte jetzt PD Dr. Markus Hürzeler in Westerland. Seiner Erfahrung nach hat diese Art der prothetischen Versorgung eine Halbwertszeit von 50 Prozent und müsse, wenn an dem Verbindungsstück etwas bricht, völlig neu gearbeitet werden. Hürzeler empfiehlt, die Patienten darüber aufzuklären und möglichst auf eine andere Methode auszuweichen. sp

Ziel Nummer Eins**Periimplantitis vermeiden**

Die Periimplantitis ist das Problem der Zukunft eines Implantates, allein diese gilt es zu vermeiden. Es sollte daher nie in eine entzündete Gingiva implantiert werden und der Zustand des Zahnfleisches muss erst wieder so weit hergestellt werden, dass die Gingiva keratinisiert. Dann ist, bei genügend Knochen substanz, die Insertion angesagt. Auf jeden Fall sei ein festsitzender Zahnersatz einem herausnehmbaren vorzuziehen. Erstens bietet dieser für den Patienten mehr Lebensqualität und zweitens ist die Gefahr, einen Stützpfeiler zu verlieren, nicht zu groß, so Hürzeler in einem Vortrag am Folgetag der Fortbildungsveranstaltung. sp

Praxistipps:

■ Taschen müssen immer dreimal hintereinander gescalt werden, um auch wirklich alle Keime zu eliminieren. Die Intervalle sollen etwa zwei bis drei Monate betragen.

■ (FMD) Full-Mouth-Desinfektion muss innerhalb von 24 Stunden abgeschlossen sein, um effizient zu sein. Es müssen Zunge, Mandeln und Seitenstränge sowie Gaumen zusätzlich zu den Parodontaltaschen „entkeimt“ werden. Nischen sprays!

■ Bei schwerer Parodontitis: Immer den Partner einbestellen und unter Umständen mitbehandeln! Wenn nötig eine Familienanamnese mit allen Familienmitgliedern erheben, die ziemlich zeitnah sein sollte.

■ Zur subgingivalen Depuration eignet sich am besten der Ultraschall.

■ Betaisodonna (Jod) kann zur Munddesinfektion verwendet werden. Aber CAVE bei Schilddrüsenpatienten (Überfunktion, oder autonomes Adenom). Hier genaue Anamnese erheben, behandelnden Arzt befragen.

■ Prothesen immer so gestalten, dass an jeder Stelle des Gebisses, auch an Furkationen gut zugänglich geputzt werden kann.

■ Implantate immer in keratinisierte Gingiva einsetzen. Nie in entzündetes Gewebe inserieren! Das kann nur zum Misserfolg führen und wäre ein Kunstfehler.

■ Die KFO-Therapie darf erst beginnen, wenn die PAR-Chirurgie erfolgreich abgeschlossen ist, nie umgekehrt verfahren!

■ Zur Wahl des Implantates: Gerauhte Oberfläche darf nie bis an die I-Schulter reichen, sondern vorher eine glatte Oberfläche bilden, um die Periimplantitis zu vermeiden.

Arbeitsbedingte Verspannungen**Selbsttherapie:
Schmerzen ad**

Zwei Sportpädagogen haben im Namen des Gesundheitsinstituts Prigma ein neues Selbsthilfetraining gegen arbeitsbedingte Verspannungen entwickelt: „Just Five“ heißt das Sofortprogramm, das in fünf Schritten Schmerzen

gibt es auch telefonisch unter der Nummer 0800-7 39 00 99 (montags bis freitags von acht bis 19 Uhr).

Die Arzt-Auskunft führt seit 1997 Zahnärzte, Ärzte, Kliniken und Patienten zusammen und umfasst rund 180 000 Adressen zu mehr als 1 000 verzeichneten Diagnose- und Therapieschwerpunkten. ck/pm



Foto: ABDA

und Blockaden beseitigen soll. Dabei werden Yoga, Stretching, Atemtherapie und andere Konzepte kombiniert und in eine Test-, Therapie, Dehnungs- und Kräftigungsphase integriert. Hilfsmittel sind nicht erforderlich – jeder kann sofort mit dem Training anfangen. ck/pm

Stiftung Gesundheit**Spezialistennetz
für Kreuzgeplagte**

Bei der Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit steht eine neue kostenlose und werbefreie Datenbank zu Rückenproblemen im Netz. Unter www.arzt-auskunft.de können Interessierte in Schwerpunktthemen, wie „Rückenschmerzen“ oder „Bandscheibenvorfall“, per Mausclick nach spezialisierten Ärzten und Kliniken suchen. Die Infos

Rückenerkrankungen**DAK deckt Mängel
in Versorgung auf**

Volkskrankheit Nummer Eins sind Rückenschmerzen. Allein im Zeitraum von 1998 bis 2002 nahmen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Rückenerkrankungen um 17 Prozent zu. Nach einer repräsentativen DAK-Befragung leidet fast jeder Vierte (23 Prozent) an einem beliebigen Tag des Jahres unter Rückenschmerzen. Schon jeder zweite der 18- bis 24-Jährigen gibt an, in den letzten zwölf Monaten Rückenschmerzen gehabt zu haben. Bei den 55- bis 65-Jährigen liegt diese Quote bereits bei 60 Prozent. Obwohl sehr viele Beschäftigte von Rückenschmerzen betroffen sind, geht die große Mehrheit weiter arbeiten. Auch werden Rückenerkrankungen

häufig nicht optimal therapiert. So werden Patienten zu wenig motiviert, sich zu bewegen und aktiv zu sein. Neue Therapiekonzepte belegen, dass sich durch Aktivität Beschwerden eher bessern als durch Schonung. Nicht einmal die Hälfte der Ärzte berät jedoch den Patienten in diesem Sinne. So gaben nur 48 Prozent der Rückenschmerzpatienten an, dass ihr Arzt sie über die negativen Folgen von Bettruhe und Schonhaltung informiert und zu Aktivität ermuntert habe. sp/dak

Jetzt Info-Paket bestellen**Tag der
Zahngesundheit**

Ohne die Mitarbeit der Zahnarztpraxen ist der 25. September kein Tag der Zahngesundheit – soviel steht fest. Zu ihrer Unterstützung kann auch dieses Jahr wieder ein umfangreiches Info-Paket angefordert werden. Es wurde vom Aktionskreis „Tag der Zahngesundheit“ zusammengestellt und beinhaltet unter anderem Poster, Merkblätter, Broschüren, Produktproben rund um das Thema „Mundhygiene und Prophylaxe“. Das Info-Paket ist beim Verein für Zahnhygiene e.V. in Darmstadt gegen einen Versandkostenbeitrag von 4,10 Euro in Briefmarken ab sofort erhältlich.

Verein für Zahnhygiene e.V., Feldbergstr. 40, 64293 Darmstadt, Tel.: 06151 - 89 48 14, Fax: 06151 - 895198. sp/pm

**Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:**

Zahnärztliche Mitteilungen
Postfach 41 0168
50 861 Köln
Tel.: 0221-4001-252
Fax: 0221-4001-253
e-mail: zm@kzbv.de
ISDN: 0221-40 69 386

Latex-Exposition**Verringern oder
vermeiden**

Allergisches Asthma durch Latex ist eine der häufigsten berufsbedingten Atemwegserkrankungen. Sollen die Patienten den Beruf wechseln oder genügt eine Allergen-Reduzierung am Arbeitsplatz? An der Untersuchung nahmen 36 Patienten mit Latex-induziertem Asthma teil. Zu Beginn der Studie und nach dem Ende der Beobachtungszeit (Median 56 Monate) wurde ein Fragebogen beantwortet und diejenige Histaminkonzentration bestimmt, die zu einem 20-prozentigen Abfall der FEV1 führt (PC20). Zum Ende der Studie hatten 16 Probanden ihren Beruf aufgegeben; bei 20 konnte die Latexbelastung am Arbeitsplatz stark gesenkt werden (etwa



Foto: EyeWire

durch die Verwendung puderfreier Handschuhe). In beiden Gruppen kam es zu einer Verbesserung des Krankheitsbildes. Die PC20 hatte je Gruppe etwa in gleichem Ausmaß zugenommen. Die Patienten, die ihre Beschäftigung aufgegeben hatten, berichteten aber häufiger über Arbeitsunfähigkeit sowie Einkommensverluste als die Patienten, die ihren Arbeitsplatz behalten konnten. sp/pd

Gleichheit unter Genossen

Schwereit ist Woweröder

Die Ähnlichkeit zwischen den beiden ist ja mal sowas von verblüffend. Fast könnte man meinen, der eine sei der unbekannte Zwillingbruder des anderen. So sieht das jedenfalls der Politologe Gero Neugebauer von der Freien Universität Berlin.

Gerhard Schröder und Klaus Woweroit sind – laut Neugebauer – aus dem gleichen Holz geschnitzt. Beide seien „pragmatisch orientierte Politiker“, welche auf „kurzfristige Erfolge“ hinarbeiten, statt sich „langfristig Ziele zu

stecken“. Und genau wie der Bundeskanzler sei auch der Regierende Bürgermeister ein „Moderationstalent“, weil er es ver-



Foto: SPD/zm (M)

Verbrecherjagd per SMS

Handy hoch!

Berlins Gauner und Ganoven werden künftig vor Schreck zusammenzucken, wenn ihr Handy bimmelt. Denn es könnte der lange Arm des Gesetzes sein, der da nach ihnen greift. Die hauptstädtische Polizei geht nämlich seit Neuestem mit SMS-Nachrichten auf Verbrecherjagd.

Das funktioniert so: Die Ordnungshüter schicken eine geheime Kurzmitteilung an den gesuchten Halunken, erhalten daraufhin vom jeweiligen Mobilfunkanbieter die aktuellen Verbindungsdaten und können hiermit den Aufenthaltsort des Verdächtigen auf bis zu 50 Meter genau lokalisieren. Rund 100 Mal hat die Berliner Polizei ihre neue Fahndungsmethode be-

reits eingesetzt; über den Erfolg wurde allerdings noch nichts bekannt. dev/dpa



Foto: Ingram

Aufgeschnappt und angespitzt



Foto: MEV

■ Es wird ein Sommer der Liebe an der Spree. Die Blumenkinder kehren zurück und lassen den Sonnenschein herein, Gerhard findet seinen verschollen geglaubten Zwillingbruder Klaus wieder, die Schupos sorgen per SMS für verbrecherfreie Tage – und sogar die Parlamentarier machen Urlaub.

stunde, trotz aller Unkenrufe ein „gutes Arbeitsklima in der Koalition“ zu schaffen.

Aber genug des Lobgesanges. Neugebauer sieht auch klare Defizite im Regierungsstil von Wowi: Abgesehen vom Schuldenabbau hätte der nämlich „keine Leitidee“ für seine Stadt entwickelt, er vermittele ein „Bild der Unentschlossenheit“ und müsse den Einschnitten im Sozi-

albereich „klare Ziele gegenüberstellen“.

Positiv sieht der Politologe hingegen „Woweroits offenes Bekenntnis zu einer Homosexualität“ – die hätte seinen Gegnern nämlich „den Wind aus den Segeln genommen“. Vielleicht sollte sich Zwillingsgenosse Schröder ja auch mal endlich outen – und sei es nur in Sachen „Haare färben“. dev

Hippies on stage

Gib das Hair!

Friede, Freude, Blumenkinder – während sich die „echten“ 68'er mittlerweile auf der Regierungsbank zur Ruhe gesetzt haben, stürmen ihre Epigonen die Bühne des Schiller-Theaters.

Seit Ende vergangenen Monats läuft hier die 387. Neuinszenierung von „Hair“, dem Hippie-Musical aus friedensbewegteren Zeiten.

Produzent Wolfgang Boksch hat das Stück an die Spree geholt – und für das echte Flower-Power-Feeling auch direkt ein Ensemble aus Los Angeles mitgebracht. „Die Zeit ist wieder reif für

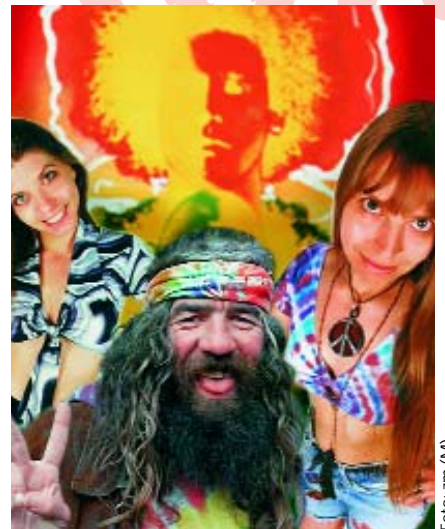


Foto: zm (M)

„Hair“, so Boksch. „Die junge Generation steht heute vor den gleichen elementaren Fragen wie wir damals.“

Als da wären: Wer hat was zu rauchen dabei? Wie drück' ich mich am besten vor der Wehrpflicht? Und: Was machen eigentlich diese ganzen alten Menschen im Bundestag? dev

Neue Öffentlichkeitskampagne der KZBV

Ein lautes Nein zur Reform

In den kommenden Wochen werden die deutschen Zahnärzte in der Öffentlichkeit zeigen, dass es ihnen „um die Substanz“ geht. Denn mit diesem Untertitel startet noch vor der Sommerpause des Bundestages die neue Kampagne der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Nicht das Image der Zahnärzte, sondern politische Inhalte stehen im Mittelpunkt.

Die KZBV will zu den Diskussionen um die Gesundheitsreform Stellung beziehen, aufklären und die Bürger über die möglichen und zwangsläufigen Konsequenzen informieren. Ihre Kampagne soll die Absicht unterstützen, dass sich die Zahnärzteschaft als konstruktiver Partner im politischen Prozess positioniert. Die politischen Botschaften stehen bei der KZBV-Kampagne im Mittelpunkt. Nur sekundär geht es um die Selbstdarstellung und die Imageprofilierung der Zahnärzte.

Der Zeitpunkt für einen Kampagnenstart, so die KZBV, könnte nicht besser gewählt sein als gerade jetzt. Täglich erscheinen zahlreiche Zeitungsberichte zu den Reformvorschlägen und zum Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes. Selten zuvor hatte das Thema „Gesundheit“ eine so starke Aufmerksamkeit wie in diesen Wochen und Monaten. „Die Bevölkerung ist für das Thema sensibilisiert und will, dass auf politischer Ebene end-

lich etwas geschieht – und zwar das Richtige“, so ZA Dieter Krenkel, KZBV-Vorstand für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Ziel der KZBV-Kampagne soll deshalb auch sein, der Bevölkerung – den Patienten – zu erklären, was die Ziele der Zahnärzteschaft sind und was die Zahnärzte über die Re-



In der Praxis (oben) und in der Zeitung (unten): Die KZBV-Kampagne richtet sich mit ihren politischen Aussagen zur Gesundheitspolitik direkt an den Patienten.

formvorschläge des Bundesgesundheitsministeriums denken.

„Je früher wir den Mund aufmachen, desto besser“ lautet der Claim, den die von der Kommunikationsagentur Ogilvy (siehe Kasten) entwickelte Kampagne trägt. Die doppelte Botschaft, die dahinter steckt, wird schnell klar: Genauso wie beim Thema Zahngesundheit geht es auch bei politischen Prozessen darum, rechtzeitig etwas zu unternehmen. „Wenn die Gesetze erst durch sind“, so das Fazit, „ist es zu spät.“

Im Fokus der Kampagne stehen insgesamt sieben Themenkreise:

- Stellungnahmen zur Gesundheitsreform
- Checklistenmedizin

- Kostenbewusstsein
- Bürokratisierung
- Budgetierung und Vergütungssysteme
- Befundorientierte Festzuschüsse
- Einzelverträge

Auf Grundlage dieser Themen wurden unterschiedliche Anzeigenmotive und -texte entwickelt, die gezielt in Tageszeitungen und Zeitschriften geschaltet werden. Die Strategie der KZBV-Kampagne teilt sich in dabei drei Abschnitte mit drei

unterschiedlichen Zielen: Aufmerksamkeit, Tiefe und Nachhaltigkeit.

- **Aufmerksamkeit:** Noch vor der parlamentarischen Sommerpause (Anfang Juli bis Ende August) startet



Agentur Ogilvy

Die Ogilvy-Gruppe bezeichnet sich als „integriert arbeitende Kommunikationsagentur“. Im Jahre 1948 von David Ogilvy gegründet, ist sie heute die achtgrößte Agenturgruppe weltweit. Sie unterhält 474 Büros in 106 Ländern.



Die deutsche Ogilvy-Gruppe hat ihren Ursprung in der Frankfurter Heumann Werbegesellschaft, welche 1964 von Ogilvy & Mather übernommen wurde. Mit mehr als 800 Mitarbeitern und bundesweit zehn Büros zählt Ogilvy zu den fünf größten Agenturgruppen in Deutschland. Zu den rund 230 Kunden gehören Osram, Siemens, American Express, Coca Cola, Dresdner Bank, Kodak, Ford und Motorola.

die Kampagne. Mit fest definierten Themen sollen die Reformvorschläge der Regierung kritisch aufgegriffen werden. Außerdem werden eigene Vorschläge der Zahnärzte proklamiert. Durch Anzeigen in tagesaktuellen und reichweitenstarken Medien soll ein breiter Teil der Bevölkerung erreicht und so ein entsprechend hoher „Mediendruck“ aufgebaut werden. Geschaltet wird in der „Bild-Zeitung“ ebenso wie in der „Frankfurter Allgemeinen“, dem „Handelsblatt“ und der „Welt“; außerdem wird die Kampagne in den drei großen Nachrichtenmagazinen – „Spiegel“, „Focus“ und „Stern“ – präsent sein.

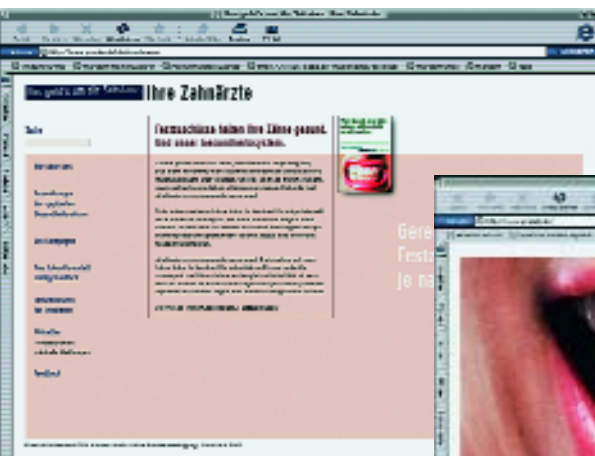
■ **Tiefe:** Nach der parlamentarischen Sommerpause, im Herbst dieses Jahres, wird die Kampagne mit einem reichweitenstarken Auftakt weitergeführt. Neben überregiona-

len Tageszeitungen und Nachrichtenmagazinen werden dann auch verstärkt TV-Programmzeitschriften für Anzeigenschaltungen genutzt. Die Kampagnenthemen werden an die gesundheitspolitische Situation angepasst, wobei auch kurzfristige Reaktionen auf aktuelle Entwicklungen möglich sind. Zu der angestrebten vertiefenden Patientinformation gehört auch, dass verstärkt die Zahnarztpraxen in die Kampagne eingebunden werden.

■ **Nachhaltigkeit:** Ab dem Jahreswechsel 2003/2004 verschiebt sich der Fokus der Kampagne vom Politischen hin zur Imageprofilierung. Gleichzeitig werden die Kernthemen und -aussagen weiter penetriert, wobei aktuelle politische Ereignisse berücksichtigt und einbezogen werden.

Parallel zu den Anzeigenschaltungen in Printmedien werden Plakate und Prospektaufsteller für die Zahnarztpraxen hergestellt. Ein eigener Newsletter kann von den Zahnarztpraxen bei der KZBV angefordert und anschließend

Printmedien werden Plakate und Prospektaufsteller für die Zahnarztpraxen hergestellt. Ein eigener Newsletter kann von den Zahnarztpraxen bei der KZBV angefordert und anschließend



Der aktualisierte Internetauftritt unter www.prozahn.de (oben und rechts) unterstützt die Anzeigenkampagne in Tageszeitungen und Zeitschriften.



an die Patienten verteilt werden. Außerdem wird das Internetangebot unter www.prozahn.de aktualisiert und mit den Inhalten der Kampagne bestückt.

„Das Ergebnis ist eine Öffentlichkeitskampagne, die Stellung bezieht zu dem, was Ulla Schmidt als ‚großen Wurf‘ bezeichnet“, erklärt Krenkel. „Eine politische Kampagne, die auch einmal laut Nein sagt.“

dev



■ Weitere Informationen zur KZBV-Kampagne finden Sie in der Broschüre „Je früher wir den Mund aufmachen, desto besser“, die diesem Heft beiliegt.

Frühjahrsfest der KZBV und BZÄK in Berlin

Mehr Mut für Experimente

Die zahnärztliche Versorgung als Feld für neue Konzepte im Gesundheitswesen nutzen, im Reformansatz weiter denken statt den Abbau von Regelungen schon als Erfolg zu verkaufen: Diese Forderungen aus parlamentarischer Opposition und Zahnärzteschaft an die Bundesregierung waren Ansatzpunkte vieler Gespräche auf dem Frühjahrsfest von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) im Reichstagsgebäude am 3. Juni in Berlin.



Ein Frühjahrsfest mit hochsommerlichen Temperaturen hielt die geladenen Gäste nicht davon ab, konstruktiven Meinungsaustausch zu pflegen und bewährte Kontakte aufzufrischen.

Unter Federführung der KZBV fanden sich auf dem dritten Frühjahrsfest unter der Reichstagskuppel rund 250 Gäste aus Politik, Wissenschaft, Gesundheitswesen und assoziierten Organisationen. Ziel des Abends: Kontaktgespräche und politischer Meinungsaustausch. Das Fest stand aktuell unter dem Eindruck der am gleichen Tag begonnenen Bema-Abschlussverhandlungen im Erweiterten Bewertungsausschuss, laut amtierenden KZBV-Vorsitzenden Dr. Jürgen Fedderwitz „ein schwieriger Gesetzauftrag und für die KZBV schmerzhafter Spagat zwischen politischer Verantwortung und Politikfähigkeit“, der erst am Folgetag seinen Abschluss fand (s. Titelgeschichte zm 12/2003).

Offen für Festzuschüsse

Fedderwitz hielt in seiner Begrüßungsrede fest, dass die Bundesregierung zur Zeit „den Abbau alter Regelungen schon als Erfolg



Meinungsaustausch vor rotem Hintergrund: BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, stellv. SPD-Fraktions-Vize Gudrun Schaich-Walch und KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz.

verkauft, die guten Ideen der Zahnärzte aber nicht annimmt“. Hier gelte es, „endlich ein Experimentierfeld zu schaffen“, um die Erwartungen, „die aus der Bevölkerung an uns gesetzt werden,“ auch erfüllen zu kön-



Freundliche Begrüßung mit Blick in die Kamera: SPD-Sozialexperte Eike Hovermann (r.) und Gastgeber Dr. Jürgen Fedderwitz.

nen. Man müsse das vorhandene Umfeld nutzen und „mutiger denn je an Dinge gehen, die uns drücken“.

Die stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Gudrun Schaich-Walch warb dafür, in diesem Jahr die politische Weichenstellung zu treffen, damit „medizinisch Notwendiges weiterhin“ angeboten werden kann. „Sehr viel Offenheit“ bekundete sie für das System befundorientierter – und nicht wie im Entwurf des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes vorgesehen therapiebezogener – Festzuschüsse. Eine Privatisierung von Gesundheitsleistungen, so betonte die SPD-Fraktionsvize, sei für sie allerdings kein Aus-

weg.

Weitblick bescheinigte Deutschlands Zahnärzten der CDU-Sozialexperte Andreas Storm. Die Zahnärzteschaft habe mit ihrem Konzept ein gutes Vorzeichen für diejenigen geschaffen, die eine Gesundheitsre-

form befürworten, die über die Tagesaktualität hinausreicht. Die von der SPD geplante Gesundheitsreform sei nicht „die letzte in diesem Jahrzehnt, vielleicht auch nicht in dieser Legislaturperiode“.

Erforderlich seien Transparenz und Prävention. Storm forderte eine „Richtungsentscheidung für ein freiheitliches Gesundheitssystem und Freiheit für die freien Berufe“. Wenn es darum geht, Teilbereiche aus der



Hoffen – unter jeweils anderen Vorzeichen – auf einen guten Ausgang der Reformdebatte: Biggi Bender, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen und FDP-Bundestagsabgeordneter Detlef Parr.



BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp begrüßte die Ansätze der anwesenden Politiker, „breiter zu denken als das, was uns jetzt mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz vorgesetzt wurde“. Die Zahnärzte hätten, so Weitkamp, ihre Schulaufgaben gemacht und ein abgestimmtes Konzept vorgelegt. Der hohe Vertrauensbeweis, den die Patienten gegenüber ihren Zahnärzten zeigten, sei etwas, was die Politiker sich



Austausch über die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens: Wolfgang Gerhardt (FDP, l.), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (r.).



Fotos: Lopata

Pause zwischen den Bema-Verhandlungen (v.l.n.r.): Prof. Genzel (Vors. des Bundesausschusses), Dr. Meier (KZBV), Prof. Neubauer (Vors. des Erw. Bewertungsausschusses), Dr. Weißig und Dr. Fedderwitz (KZBV).

GKV herauszunehmen, eigne sich „nicht das Krankengeld, sondern der zahnärztliche Bereich hervorragend als Experimentierfeld“.

Ausgabenseite beachten

Hoffnung auf ein „gutes Miteinander und gute Ergebnisqualität“ in der Diskussion mit der Opposition zeigte die gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grü-

nen, Biggi Bender. Ihr gehe es darum, das Gesundheitswesen durch mehr Qualität und Wettbewerb effektiver zu gestalten. Durch eine Erweiterung des Versichertenkreises und der Beitragsbemessungsgrundlage wollen Bündnis 90/Die Grünen nicht nur auf der Einnahmen-, sondern auch auf der Ausgabenseite Schwerpunkte setzen. Befundorientierte Festzuschüsse seien ein Weg, den die Grünen mitgehen könnten, so der Verbraucherschutz gewährleistet sei.

FDP-MdB Detlef Parr forderte von der Bundesregierung „mehr Mut für die Einführung von befundorientierten Festzuschüssen und Kostenerstattung“. Freie Arztwahl und Therapiefreiheit müssten im Gesundheitswesen weiterhin gewährleistet bleiben. Zusätzliche Reglementierungen wie der geplante „Ärzte-TÜV seien nicht notwendig: „Die Qualitätssicherung funktioniert innerhalb der Ärzteschaft gut.“



Kollegiale Begrüßung: Dr. Dr. Weitkamp und KBV-Vorsitzender Dr. Richter-Reichhelm.

wünschen sollten. Schon insofern sei fraglich, „ob wir es verdient haben, soviel Kontrolle und Misstrauen im Gesetzesentwurf vorzufinden“. mn



CDU-Gesundheitsexperte Andreas Storm im Gespräch mit dem KZBV-Vorsitzenden.

Pfälzischer Zahnärztetag 2003

Runderneuerte Reifen

Rund 200 Zahnärzte machten sich am 24. Mai auf den Weg zum Hambacher Schloß – alle zwei Jahre findet dort traditionell der Pfälzische Zahnärztetag statt. An historischer Stätte blickte die Zahnärzteschaft nach vorn, um über die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems und der Zahnmedizin zu diskutieren.

Mehr denn je hatte das Treffen auf dem Schloss dieses Jahr Symbolcharakter, ging es doch um das Thema „Zukunftsmodell ZahnGesundheit“. Eine für Zahnärzte wie Patienten gleichermaßen düstere Zukunft, sollte Ulla Schmidt ihre Reformpläne eins zu eins wahr machen können – das war die einhellige Meinung der Initiatoren der Fortbildungsveranstaltung, Dr. Jürgen Raven, Vorsitzender der BZK Pfalz, und Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Vorsitzender der KZV Pfalz. Aber allen Zukunftsgespensern zum Trotz: Der Saal war dicht besetzt, die Stimmung gut. Der rege Andrang sei denn auch ein Beweis für den festen Zusammenhalt der Zahnärzteschaft, erklärte Raven bei seiner Begrüßung.

Um im Spiel zu bleiben, komme es jetzt auf die Tatkraft der Zahnärzte an, betonte Dr. Jürgen Fedderwitz, amtierender Vorsitzender der KZBV. Er ging auf den Stand der Entwicklung zur Bema-Umstrukturierung ein und kam dann auf das geplante Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) zu sprechen. Nur in Eigenregie könne man verhindern, dass den Zahnärzten wichtige standespolitische Inhalte aus der Hand genommen werden, unterstrich Fedderwitz. So Sorge eine aufkotroyierte Zwangsfortbildung garantiert nicht für eine Verbesserung der Qualität, speziell das von der Regierung angestrebte Zentrum für Qualitätssicherung schlage dem Fass den Boden aus. Fedderwitz plädierte deshalb für mehr Eigeninitiative: Er forderte die Zahnärzte auf, sich nicht zu sperren, sondern an den Diskussionen – und damit auch an den Lösungen – konstruktiv mitzuwirken. Tatsache sei, dass das von der Zahnärzteschaft entwickelte Modell

der befundorientierten Festzuschüsse einen gangbaren Weg aus der Misere aufzeige und immer mehr an Akzeptanz gewinne. Dem von Kassen und Verbraucherverbänden viel beschworenen Interessenkonflikt zwischen Zahnärzteschaft und Patienten erteilte Fedderwitz eine klare Absage. Zu Recht fühlten sich die Zahnärzte als Anwälte



Dr. Jürgen Raven, Prof. Dr. Eberhard Wille, Dr. Jürgen Fedderwitz und Dr. Helmut Stein (v.l.n.r.) auf dem Hambacher Schloß.

der Patienten: Nach einer Allensbach-Studie vertrauten rund 70 Prozent aller Patienten in Sachen Beratung und Therapie zuerst ihrem Zahnarzt, nur ein Prozent wende sich dagegen an die Krankenkasse.

Eine schwierige, aber spannende Zeit, urteilte auch Raven. „Es wird versucht, ein altes System rundzuerneuern und als Neuentwicklung zu verkaufen“, kritisierte er: „Runderneuerte Reifen haben jedoch eine kürzere Laufzeit und sind weniger belastungsfähig. Wir wissen das, die Politik anscheinend nicht.“

GMG: Ein Schritt in die Staatsmedizin

Stein ging mit der Gesundheitspolitik der Regierung ebenfalls hart ins Gericht, besonders der GMG-Entwurf erhielt schlechte Noten: Dies sei ein Schritt in die Staatsmedizin. Der mündige Patient wie auch der freiberufliche Arzt und Zahnarzt blieben auf

der Strecke, warnte er. Die Zahnärzte hätten mit dem Modell der befundorientierten Festzuschüsse bereits Wege aufgezeigt. „Das passt aber natürlich nicht zu einer Politik, die das Gesundheitswesen planwirtschaftlich durchstylen und die direkte Autobahn vom Gesetzgeber bis zur einzelnen Praxis durchbauen will – mit den Kassen als Streckenwärtler!“

Dass Reformen unumgänglich sind, stellte Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, in seinem Vortrag „Perspektiven des deutschen Gesundheitswesens“ klar. Im internationalen Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitsbereich liege Deutschland in-

zwischen auf Platz drei. Wille sprach sich dafür aus, die Möglichkeiten im eigenen System auszuloten anstatt vollkommen neue Wege zu beschreiten. Die Probleme seien vorwiegend struktureller Natur – insbesondere das Einnahmedefizit der Krankenkassen müsse abgebaut werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang, krankenversicherungsfremde Leistungen, wie das Sterbegeld, auf andere Ausgabenträger zu verlagern: beispielsweise über Steuern zu finanzieren. Die Selbstbeteiligung der Patienten müsse darüber hinaus ausgeweitet werden. Wille empfahl außerdem, die „Politik der Verschiebebahnhöfe“ zu beenden. Insgesamt befürwortete er das System der Kopfpauschalen: Die in den absoluten Pauschalbeträgen begründeten sozialen Ungerechtigkeiten könnten mithilfe einer Vermögenssteuer ausgeglichen werden.

Ein Brückenschlag zwischen spezifischen zahnmedizinischen Kernfragen und den allgemeinmedizinischen Auswirkungen gelang Dr. Christof Dörfer, Parodontologe der Uni Heidelberg: In seinem Vortrag ging er der Frage nach, ob Parodontitis die Allgemeingesundheit gefährde. Dabei interessierte ihn besonders, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Schlaganfällen und Parodontitis besteht.

ck

45. Westerländer Fortbildungswoche

Teilnehmerzahl bricht erstmals den Bundesrekord!

Schon die Voranmeldungen für die 45. Westerländer Fortbildungswoche und die schwül-warme Wetterfront brachten die Organisatoren und vor allem die Hoteliers auf Sylt ins Schwitzen. Hatten sich doch diesmal über 200 Zahnärzte mehr als in den letzten Jahren entschieden, den Behandlungsstuhl kurzerhand mit dem Seminarsessel zu tauschen und suchten verzweifelt eine Unterkunft.

Am Donnerstag etwa zehn Uhr war es dann soweit: Die 1000. Teilnehmerin, Dr. Marie-Luise Liebe, Kiel, akkreditierte sich: Kammerpräsident Tycho Jürgensen, schob kurzerhand den avisierten Referenten auf dem Podium beiseite und überreichte der Jubilarin eine hochwertige Allwetterjacke und lud sie zu einer kostenlosen Teilnahme für 2004 ein. Ob es nur Sylt ist, oder das wieder hochkarätige Fortbildungsprogramm, eher aber die Kombination von beidem, dass sich dieser Kongress eines solchen Zulaufes erfreut. Über die Hälfte der Teilnehmer kamen gar nicht aus dem nördlichsten Bundesland, sondern waren quer durch die gesamte Bundesrepublik angereist. Mit dem Motto „Parodontologie – Neues und Bewährtes“, hatte Dr. Michael Brandt,

Fotos: LZAK-SH

Fortbildungsreferent SH, Kiel, mit seinem Fortbildungsausschuss einen Volltreffer gelandet. Selbst das Strandwetter hielt die Teilnehmer nicht davon ab, bis zum Abend in abgedunkelten Seminarräumen auszuhalten. So gab Prof. Dr. Thomas Kocher einen Überblick über die den Parodontopathien assoziierten Systemerkrankungen. Gerade die Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind heute als kausal bilateral bestätigt. Er riet daher jedem Zahnarzt, Parodontalprozesse unbedingt langfristig auszuheilen, um chronische sowie spontane Herz-Kreislauf-Ereignisse zu vermeiden. Eine Besonderheit der Tagung war wieder der im Vorjahr etablierte „Sylter Praxistag“. Dieser kompakte Fortbildungstag, vollgespickt mit direkt in die Praxis um-



„Wann endlich begreift die Politik, dass die Sozialsysteme grundlegend erneuert werden müssen? Dass sich der Staat zurückziehen und auf eine Rahmengesetzgebung beschränken muss“, so Dr. Tycho Jürgensen, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, in seiner Eröffnungsrede. Hier mit Vizepräsident Hans-Peter Küchenmeister und Bürgermeisterin Petra Reiber.

KZV-SH Vorsitzender Dr. Peter Kriet berichtet über die aktuelle Entscheidung des BEMA 2004.

setzbarem Wissen für Zahnarzt und sein Team mit 19 Referenten richtete sich an Teilnehmer, die nur für einen Tag auf die Insel kamen. Sowohl als Vortrag sowie vertiefend als Seminar hörten die Zahnärzte hier vieles über die Full-Mouth-Desinfektion (FMD). Praktische Tipps mit Anweisungen zum Umsetzen in der heimischen Praxis für das gesamte Team gab Prof. Dr. Peter Saxer, Zürich. Wichtig für ihn: Die FMD muss innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Am besten eignet sich Chlorhexidin-Gel (einprozentig), das neben einer mechanischen Zerstörung des Mikrofilmes eine Minute lang eingebürstet werden soll, die subgingivale Depuration erfolgt mittels Schall. Aber trotz allem Praxisrelevantem und Wissenschaftli-

chem (siehe mehr unter Nachrichten) ließ die Thematik der derzeit gesundheitspolitischen Misere die Teilnehmer nicht ganz los. So sparte auch Dr. Tycho Jürgensen, Präsident der ZÄK Schleswig-Holstein, in seiner Eröffnungsrede nicht mit Kritik an der Politik:

„Obwohl jetzt der richtige Zeitpunkt für einen Befreiungsschlag wäre, um den Reformstau aufzulösen, zeigt sich die Politik wieder zögerlich. Sie findet seit nunmehr über 30 Jahren keine passenden Antworten auf die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Stürme. Man flüchtet in gigantische Neuverschuldungen“, ... und „... die Politik wird so zur Flickschusterei verleitet.“ Die viel diskutierte „Agenda 2010“ umschrieb Jürgensen als „eine Notoperation, um die aus dem Ruder laufenden Sozialkosten zu bremsen. Dem Programm fehlt der Mut zu echten Veränderungen.“

Das „standespolitische Fenster“ der KZV-SH stand in diesem Jahr ganz unter dem Zeichen der neuen BEMA-Entscheidung 2004 (siehe zm 12), war doch die Entscheidung am Vorabend

gefallen, wie der KZV-Vorsitzende Dr. Peter Kriet verkündete. Er hatte sich für diese Veranstaltung als Referenten Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Heidelberg, ausgesucht, um von diesem mehr über zahnmedizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung zu erfahren. Der Referent öffnete den Zuhörern und auch den Standespolitikern die Augen, denn viele der vorgestellten Fallversorgungen, die der Referent als Gutachter zu Gesicht bekam, wurden in wissenschaftlichen Seminaren gelehrt, so dass der nun „unter Beschuss geratene“ Zahnarzt gar nicht so viel für seine Fehlbehandlung kann. Leidtragender, da waren sich Staehle und Kriet in der Abschlussdiskussion einig, ist immer der Patient. „Und das dürfen wir nicht zulassen!“ sp

Fallpauschalengesetz 2003

Ein neuer Ruck

Seit dem 1. Januar 2003 können die Krankenhäuser nach dem diagnosebasierten Fallpauschalensystem abrechnen. Nach den recht fruchtlosen Versuchen der letzten Jahre, die Kluft zwischen stationärem und ambulantem Sektor zu schließen, soll das Gesetz die integrierte Versorgung nun ein Stück weit nach vorn bringen. Eine Analyse des Deutschen Ärzteblatts (DÄ) in gestraffter Form.



Die medizinische Qualität der Behandlungen sei in Ordnung, meinen die meisten Patienten – beim Wechsel zwischen Krankenhaus und Hausarzt käme es dagegen öfter zu Versorgungsproblemen.

Foto: JFI

Wie das DÄ (Titelgeschichte vom 18. April 2003, S. 818 ff.) berichtete, machen viele niedergelassene Ärzte wieder und wieder dieselbe trübe Erfahrung: Zur Weiterbehandlung müssen sie den Patienten an der Krankenhausporte abgeben – und stehen in der Folgetherapie außen vor. Ähnlich ergeht es den Krankenhausärzten, die über die weitere Genesung eines entlassenen Patienten nicht auf dem Laufenden gehalten werden. In dieses Bild passt, dass die meisten Patienten die medizinische Qualität der Behandlungen nicht monieren, wohl aber die Störungen beim Wechsel zwischen Krankenhaus und Hausarzt. Ein unbefriedi-

gender Ablauf für alle Beteiligten, zurückzuführen auf die in Deutschland fast vollständige Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Die Folgen, schreibt das DÄ, sind Informationsverluste, Doppeluntersuchungen und Konflikte.

Erfolgsbilanz bisher mau

Bereits in der Vergangenheit haben Politiker unterschiedlichster Couleur versucht, das Problem in den Griff zu bekommen – ohne Erfolg. So brachte der damalige CDU-Gesundheitsminister Horst Seehofer 1997 zwei Neuordnungsgesetze auf den Weg,

um für zeitlich befristete Modellvorhaben den Weg frei zu machen und damit den Aufbau alternativer Versorgungsstrukturen zu stärken. Seither können die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – einzelne Arztgruppen sind ausgenommen – Verträge über neue Modellvorhaben abschließen. Außerdem erhielten die KVen und die Krankenkassen durch die „Strukturverträge“ das Recht, dem vom Versicherten gewählten Hausarzt die vertragsärztliche Versorgung zu übertragen. Dass die ehrgeizigen Modelle Schiffbruch erlitten, lag letzten Endes am Interessenkonflikt der Vertragspartner.

Finanzieller Anreiz fehlt

Auch die im Jahr 2000 von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) in Gang gebrachten Modelle zur integrierten Versorgung – Stichwort „GKV-Gesundheitsreformgesetz“ – wurden bisher nur selten umgesetzt. Der Haken hier: Es gab keine finanziellen Anreize für die Beteiligten.

Dieser „Schwarze Peter“ wurde an die Selbstverwaltung weitergeschoben. Zwar einigten sich Ärzteschaft und Krankenkassen nach zähem Ringen auf eine Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung, von einer Lösung war man freilich weit entfernt, bilanziert das DÄ. Weil die Einkaufsmodelle der Krankenkassen und die damit verbundene Aushöhlung des Sicherstellungsauftrags nur mit einem Vetorecht zu verhindern waren, erkämpfte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), dass Einzelverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen nur mit Zustimmung der KVen abgeschlossen werden durften.

Das Problem aller Konzepte bleibt aber, analysiert das DÄ, dass es sich weder für die Ärzte noch für die Krankenkassen in Euro und Cent lohnt, bei den integrierten Versorgungsmodellen einzusteigen.

Schub durch Fallpauschale

Auch die amtierende Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat vor, die integrierten Versorgungsformen voranzutreiben. Beispiel dafür sind die zum 1. Juli 2002 verabschiedeten strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten. Durch die Anbindung an den Risikostrukturausgleich setzen die „Disease-Management-Programme“ (DMP) starke Impulse für sektorübergreifende Versorgungsformen – wenngleich sie hinsichtlich ihrer zielgenauen Wirkung umstritten sind, wie das DÄ anmerkt.



Foto: JFI

Ein enges Vertrauensverhältnis ist für Patient und Arzt gleichermaßen die Basis für eine erfolgreiche Behandlung.

Doch auch unabhängig von DMP erhält die integrierte Versorgung – ausgehend von den Akutkrankenhäusern – zurzeit einen deutlichen Schub. Auslöser dafür ist die Umstellung auf das diagnosebasierte Fallpauschalensystem im stationären Sektor ab 2003/2004. Mit Einführung der „Diagnosis Related Groups“ (DRG) will der Gesetzge-

zm-Info

Knappschafft ist Vorreiter

Dass Innovationen auch in schwierigen Zeiten machbar sind, zeigt das Modell der Bundesknappschaft. Allen Reform-Hürden zum Trotz hat die traditionelle gesetzliche Krankenkasse für Bergleute bereits 1998 angefangen, unter dem Namen „Integriertes Versorgungsmodell 'Prosper' Bottrop“ ein entsprechendes Netz aufzubauen. Ziel war es, für neue Versicherungsgruppen attraktiv zu werden. Den Anstoß für die Umstrukturierungen gab eine Analyse der Unternehmensberatung McKinsey. Diese kam zu dem Schluss, dass 23 Prozent der Kosten im Gesundheitssystem mit folgenden Maßnahmen eingespart werden könnten: Verringerung der Krankenhauseinweisungen, zentraler Medikamenteneinkauf, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Verbesserung der Kommunikationsstrukturen zwischen den Leistungserbringern. Damit stand die Marschrichtung fest.

Die Vorschläge führten zu weitreichenden Umgestaltungen, wie das DÄ ausführt: Krankenversicherung, Rentenversicherung und Krankenhausträger – all diese Leistungen vereint die Knappschaft mittlerweile unter ihrem Dach. Zusätzlich betreibt sie mehrere Rehabilitationskliniken und einen eigenen sozialmedizinischen Dienst. Das Besondere daran: Die Knappschaft ist ein aus verschiedenen Bausteinen zusammengesetztes System. Sie übernimmt einerseits die Aufgabe einer Kran-

kenkasse, andererseits erfüllt sie gemeinsam mit dem Verband der Knappschaftsärzte die Funktion einer KV. Dabei führt der Bundesverband der Knappschaftsärzte Verhandlungen im Hinblick auf Rahmenvereinbarungen sowie Einzel- und Honorarverträge durch.

Nach Darstellung des Deutschen Ärzteblatts hat die dreijährige Testphase gezeigt, dass alle Beteiligten von dem Netzwerk profitieren:

1. der Versicherte, weil er feste Ansprechpartner hat und auf das Versorgungsnetz zurückgreifen kann,
 2. Die Knappschaftsärzte, die in den Netzwerkkonferenzen und Qualitätszirkeln die Arbeitsläufe verbessern und das Netz mitgestalten können,
 3. das Krankenhaus, weil durch die starke Bindung an die Ärzte der Patienten-Nachschub sichergestellt wird und es sich auf seine Kernkompetenzen konzentrieren kann,
 4. die Bundesknappschaft, weil das Projekt einen erheblichen Imagegewinn bedeutet, der neue Kunden anzieht.
- Was die Kosten angeht, heißt es im Deutschen Ärzteblatt, sind die Umstrukturierungen auf jeden Fall ein Schritt in die richtige Richtung: Schon 2001 kam es zu Kosteneinsparungen von 1,5 Millionen DM und einer Verweildauerreduzierung um 2,9 Tage im Vergleich zum Vorjahr. ■

ber eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen und Krankheitsarten zu einer überschaubaren Anzahl von Abrechnungspositionen mit vergleichbarem Aufwand zusammenfassen. Nächstes Jahr wird das Modell implementiert, dieses Jahr können die rund 2 200 Krankenhäuser zur Vorbereitung nutzen – geht es ihnen doch jetzt mehr denn je darum, die stationäre Liegezeit der Patienten zu verkürzen. Dementsprechend viel Wert legen die Krankenhäuser darauf, dass die Patienten möglichst gut

vordiagnostiziert sind und so schnell wie möglich weiterbetreut werden.

Ziel müsse es deshalb sein, eine durchgehende Versorgungskette zwischen allen Beteiligten aufzubauen. In dieser Situation erinnern sich viele Krankenhausmanager an das ambulante Operieren – eine Form der integrierten Versorgung, die im Jahr 1992 von der liberal-konservativen Regierung eingebracht wurde. Dabei operieren Kasernenärzte im Krankenhaus und rechnen über ihre KVen ab. Dem „Krankenhaus-Barome-

ter“ zufolge, einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts vom Herbst 2002, will nahezu die Hälfte der auskunftsbereiten Krankenhäuser das ambulante Operieren einführen oder gar ausweiten. Mehr als 30 Prozent planen, zusätzliche Fachärzte an die Kliniken zu holen – ob angesichts des Fachärztemangels dafür überhaupt genügend ausgebildete Kräfte zur Verfügung stehen, ist nach Meinung des Deutschen Ärzteblatts indes fraglich.

Langfristig führt nach Ansicht des DÄ an einer umfassenden Vergütungsstruktur kein Weg vorbei. Der Trend geht zu sektorübergreifenden (zunächst fallbezogenen) Pauschalvergütungen – die KBV befürwortet auf lange Sicht eine Umstellung auf morbiditätsorientierte Kopfpauschalen. Trotzdem: Der „Selbstläufer“ integrierte Versorgung lahmt; bislang hat das Modell keine Reformperspektive aufgezeigt, kritisiert das DÄ.

Kommentar

Mit zweierlei Maß gemessen

Feuerprobe erfolgreich bestanden? Die Fallpauschalen zeigen zumindest, dass das Modell der Festzuschüsse – denn nichts anderes sind die Kopfpauschalen – in der Praxis funktioniert. Hier hat das BMGS die Probe aufs Exempel gemacht und die Fallpauschalen sogar aktiv herbeigeführt. Mit den befundorientierten Festzuschüssen hat die Zahnärzteschaft ein äquivalentes Modell in der Zahnmedizin entwickelt. Warum das eine nun gepriesen, aber das andere von der Regierung strikt abgelehnt wird, ist und bleibt ein Rätsel.

Beim Thema „integrierte Versorgung“ sollte auch die Ärzteschaft wachsam bleiben: Fraglich ist vor allem, ob das Vetorecht der KBV ausreicht, um die Macht der Kassen auf Dauer zu beschränken. Aus Sicht der Zahnärzte bedeutet die integrierte Versorgung nicht nur einen Angriff auf die traditionelle Freiberuflichkeit. Integrierte Versorgung setzt die Vernetzung der Einzelpraxen voraus und ist damit ein Türöffner für das Einzelvertragssystem. Der Sicherstellungsauftrag ist in Gefahr und damit auch die optimale Versorgung der Patienten. ck



Frustrierendes, aber alltägliches Erlebnis: Bei einer Folgetherapie erfährt der bisherige Arzt in der Regel nicht, was aus dem Patienten wird.

Foto: JFI

Damit die Patienten frühzeitig entlassen und dennoch kompetent weiterbetreut werden können, spricht hingegen einiges dafür, dass die Krankenhäuser die nachbehandelnden niedergelassenen Ärzte künftig an der Pauschalvergütung beteiligen – die kooperierenden Ärzte könnten dann sogar gleichzeitig die Patienten für die stationäre Behandlung einweisen und so den Nachschub sicherstellen, spekulieren die Krankenhaus-Manager. Der Vertragsarzt hätte somit die Möglichkeit zusätzliche Einnahmen zu erzielen. Allerdings: Die strikte Trennung zwischen beiden Sektoren würde aufgeweicht.

Lösung: Kopfpauschale?

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) will das ärztliche Vergütungssystem demnach „weiterentwickeln“. Im Rohentwurf für das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz steht, dass für fachärztliche Leistungen und ambulante Operationen Komplexgebühren und Fallpauschalen eingeführt werden sollen: Hausärzte und Praxisnetze, die die hausärztliche Versorgung der Patienten übernehmen, werden also künftig nach Kopfpauschalen bezahlt. Zugleich plant die Bundesregierung, die Krankenhäuser im Rahmen von Disease-

Management-Verträgen und die Gesundheitszentren generell für die ambulante Pflege zu öffnen und in das neue System der Einzelverträge aufzunehmen. Um die integrierte Versorgung zu fördern, sieht der Rohentwurf außerdem vor, bürokratische Hürden abzubauen.

Ob es aber langfristig gelingt, die beiden Sektoren intensiv zu verzahnen, bleibt eine Frage der gerechten Leistungsvergütung, meinte das DÄ. Relativ unbestritten sei dagegen, dass durch integrierte Versorgungsformen die Behandlungsprozesse und -ergebnisse verbessert, darüber hinaus die Kosten reduziert werden können. ck

Der Saft, der es in sich hat

Susanne Priehn-Küpper

Unermüdet werden bis zu sieben Liter ständig durch den gesamten Organismus gepumpt. Erst in großen Arterien, dann immer verzweigter, bis in die feinsten Enden der Arteriolen, ja sogar der Zahnpulpa reicht das Blutgefäßsystem, das mit der Grund dafür ist, dass der Mensch am Leben ist. Denn schon einige Liter weniger, oder ein wichtiger fehlender Bestandteil in diesem Lebenselixier, schon können lebensbedrohliche Zustände beginnen. Hier erfahren Sie mehr über das Blut, den Saft, aus dem das Leben ist, und warum es so wichtig ist, dass Menschen wie Sie etwas davon denen abgeben, die durch einen plötzlichen Umstand zu wenig davon haben.

*Erythrozyten und
Fibrinfasern*

*Hier sind sie gut ver-
packt im Spendebeutel.*

*Typische leicht einge-
dellte zellkernlose
Erythrozyten, deren
Hämoglobin für uns so
wichtig ist.*



Freiburg, Sonntag früh, 2.30 Uhr. Ich komme müde heim von einer Party, es ist schon spät. Wir haben viel getanzt, ich will noch schnell unter die Dusche. Im Vorbeigehen drücke ich auf den Knopf am Radio. Ein toller Song, den sie auch vorhin gespielt haben, ertönt – und wird von einem Sprecher abrupt unterbrochen: „Wir haben einen Notruf an alle Hörer des Bereiches Freiburg im Breisgau. Die Universitätsklinik benötigt dringend Blutspender der Blutgruppe A, Rh negativ! Wer diese Blutgruppe hat, soll sich bitte dringend telefonisch unter 0761/270-... oder direkt persönlich in der Blutspendezentrale der Universitätsklinik melden.“

Ich verharre eine Sekunde, schaue nochmals in meiner Handtasche nach... A, Rh negativ!

Soll ich? Aber ich habe doch etwas Wein getrunken. Also anrufen. Gott sei Dank habe ich die Nummer der Uniklinik im Kopf, verdiene ja durch Nachtwachen dort einen Großteil meines Studiengeldes. Die Stimme am anderen Ende fordert mich auf, trotzdem zu kommen. Es gehe um Leben oder

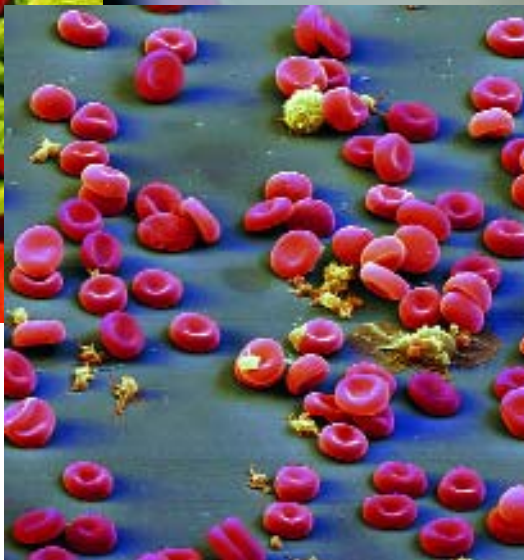
Tod eines Patienten. Ob mein Blut tatsächlich passt, wird man direkt vor Ort untersuchen. Ich soll ein Taxi bestellen, die zwei Gläser Kaiserstühler sind unwichtig!

Bestandteile/Aufgaben

Das Blut ist nicht nur eine klare rote Flüssigkeit, sondern, wie jeder schon aus der Schule weiß, enthält es eine Reihe verschiedener Zellen und erfüllt im Organismus die Aufgaben des Transportes von Sauerstoff und Stickstoff, von Nähr- und Abfallstoffen, von Hormonen und Vitaminen sowie von Wärme und dient durch die Immunreaktion zur Infektabwehr. Ebenso ist es für den Wundverschluss zuständig. Die einzelnen physiologischen Mechanismen sind sehr kompliziert und sollen an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden.

Geschichte der Blutgruppen

Noch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts empfahlen viele Ärzte bei Blutverlusten, das Blut von Tieren auf Menschen zu übertragen. 1875 wies dann der Wissenschaftler Leonard Landois nach, dass das menschliche Immunsystem das tierische Blut rasch zerstört weil es nicht kompatibel ist. Auch die Übertragung von Mensch zu Mensch funktionierte nicht immer, oft endete sie tödlich. Im Jahre 1901 hatte dann der junge Pathologie-Assistent Karl Landsteiner die Vermutung, dass sich das Blut individuell unterscheidet, wie Dr. Arne Hillienhof, in der medizin heute 6, 2002 schreibt. Er nahm sich und fünf seiner Kollegen Blut ab, trennte die Blutzellen vom Serum ab und kombinierte es dann mit den Zellen eines Kollegen. Immer, wenn er das



Blutgruppen

Die Blutgruppen sind nach dem „ABO-System“ benannt in Blutgruppe O, A, B, AB. Diese Einteilung hat auch heute noch seine Gültigkeit.

Wie häufig diese in Mitteleuropa vorkommen, zeigt die folgende Tabelle:

Blutgruppe	Häufigkeit
A	47 %
B	8 %
AB	4 %
O	41 %

Rhesus-Faktor (Rh)

Die Bezeichnung Rhesus bezieht sich auf weitere Merkmale der Blutgruppen. Rhesus (Rh) ist der Name einer Affengattung. Im Serum von Kleintieren, in die das Blut von Macacus-Rhesusaffen injiziert wurde, konnten Wissenschaftler vor 60 Jahren all jene Stoffe nachweisen, die auch bei 85 Prozent der Menschen die roten Blutkörperchen verklumpen lassen. Menschen, die also mit diesem Serum positiv reagieren, werden als Rhesus positiv, die restlichen 15 Prozent als

Rhesus negativ bezeichnet. Durch diese Entdeckung wurde dann in der Medizin auch deutlicher, welche Menschen welches Blut zur Spende erhalten dürfen und welches nicht.

Blutgruppen-Bestimmung

Die Blutgruppenbestimmung wird heute nicht routinemäßig bei Arztbesuchen durchgeführt. Es ist aber schon wichtig, zu wissen, welche Blutgruppe man hat, wie in dem Fall dieses plötzlichen Spendenaufwurfes. Eine Blutbestimmung und die Erstellung eines Blutspendeausweises sind heute Privatleistungen und werden dem Patienten mit etwa zehn Euro berechnet. Zehn Euro, die sich allerdings auch lohnen. Junge Frauen, die Kinder haben möchten, sollten wissen, ob sie Rhesus negativ oder Rhesus positiv sind. Denn ist die Mutter negativ und der Vater des Kindes positiv, könnte der Fetus dessen Blutgruppe geerbt haben. Die Mutter bildet dann Antikörper gegen dieses Blut, was bei einer zweiten Schwangerschaft zu gesundheitlichen Schäden des Kindes führen kann. Wenn die negative Blutgruppe der Mutter jedoch vorher bekannt ist, kann diese Unverträglichkeitsreaktion mit einer einzigen Spritze unterbunden werden. Der Aufwand lohnt sich also! Nähere Auskunft gibt hier der Gynäkologe.

Plasmaersatz, Doping mit Plasmaexpandern

Wenn durch eine Verletzung oder einen Schock Blutvolumen fehlt (Blut staut sich im Bauchraum durch parasympathisch gesteuerte Sofortdilatation der Bauchvenen), aber die Menge noch nicht so relevant ist, dass durch die fehlenden Blutbestandteile (Erythrozyten) weitere Komplikationen für den Organismus außer ein drohender Blutdruckabfall zu erwarten ist, dann werden dem Patienten als Sofortmaßnahme Blutbeziehungsweise Plasmaersatzmittel verabreicht. Dies sind wässrige Lösungen anorganischer oder organischer Stoffe wie physiologische NaCl-, Ringer®, Tyrod® Lösung, Polyvinylpyrrolidon, Dextran und andere. Häufig erfolgt diese auch als Dauertropfin-

Serum auf die Zellen eines anderen träufelte, verklumpten die Erythrozyten. Diese Ergebnisse legten nun nahe, dass es mehrere verschiedene Blutgruppen gäbe. Landsteiner hatte natürlich extremes Glück, dass er Probanden verschiedener Blutgruppen hatte, sonst wäre er nicht zu diesem Ergebnis gekommen. Aber durch ihn entstanden die Bezeichnungen A, B und O und schließlich AB, die auch heute noch, wenn auch viel spezifischer und diffiziler unterteilt, ihre Gültigkeit zur Kennzeichnung von Blutgruppen haben.

Künstliches Blut bald marktreif

Erstmals hat eine Firma künstliche Sauerstoffträger unter „echten“ Produktionsbedingungen hergestellt. Bald soll das synthetische Blut marktreif werden, verkündete die SanguiBioTech AG aus Witten. Das auf Schweine-Hämoglobin basierende Produkt wurde bereits im Juni 2000 beim Deutschen Patentamt München zum Patent eingereicht. Bei Tierversuchen haben sich die künstlichen Sauerstoffträger bereits bewährt. Die Einsatzmöglichkeiten des neuen Produkts sind vielfältig. Das künstliche Blut wäre in großen Mengen verfügbar, ermöglicht also Unabhängigkeit von Spenderblut. Auch bei chronischem Sauerstoffmangel von Geweben, wie nach akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder einem Schlaganfall könnte das künstliche Blut eingesetzt werden.

sp/pm



Genauere Kontrollen, um Krankheitserreger auszuschließen. So wird das Spenderblut sicher.

fusion. Für Plasma besteht für Deutschland nach wie vor ein großes Spendedefizit. Derzeit fehlen knapp 200 000 Liter pro Jahr. Diese Spendelücke kann bislang nur durch Plasmaimporte vor allem der USA geschlossen werden. Deutschland und die anderen Mitgliedsstaaten der EU streben daher eine Selbstversorgung mit Blutplasma an. Plasma wird auch zur Herstellung wichtiger Medikamente wie Leber- und Nierenerkrankungen (Albumin) sowie für Blutgerinnungspräparate für Hämophiliepatienten benötigt.

So genannte Plasmaexpander werden in der Notfallmedizin eingesetzt, um das Blutvolumen, etwa bei hohen Blutverlusten, zu erhöhen. Plasmaexpander sind Flüssigkeiten, in denen eine große Zahl an Molekülen gelöst sind. Wird diese kolloidale Lösung per Infusionen verabreicht, ist die Konzentration an gelösten Teilchen im Blutgefäß größer als im umliegenden Gewebe. Dadurch tritt das Gewebewasser entlang des Konzentrationsgefälles entsprechend des osmotischen Prinzips in die Blutbahn über. So verringert sich der Anteil an zellulären Bestandteilen des Blutes – der Hämatokritwert sinkt. Einer der gängigsten Plasmaexpander ist HES (Hydroxyethylstärke), der bis zu acht Stunden im Blutkreislauf zirkuliert. Danach wird er mit Urin oder Stuhl ausgeschieden. Allergische Reaktionen treten bei

HES nicht so häufig auf wie bei anderen Plasmaexpandern. Aus diesem Grunde wird dieser Stoff als Dopingmittel eingesetzt. Erst im letzten Jahr hatte man den 3000 Meter-Hindernisläufer Damian Kollabis damit erwischt. Auch der Finne Jari Isometsä verhalf sich im Lauflager indirekt mit Hilfe dieses Plasmaexpanders, diesmal war es EPO (Erythropoetin) in Verbindung mit HES, zu Höchstleistungen. Erythropoetin ist ein Hormon, das die Bildung und Reifung der Erythrozyten im Knochenmark anregt und damit den Sauerstofftransport erheblich puscht. Den größten Teil (>90%) des Erythropoetins bilden die Nieren, einen kleinen Teil auch die Leber. Das spätestens seit den Dopingaffären bei der Tour de

France 1998 berühmt-berüchtigte EPO dient damit der Erhöhung der Anzahl roter Blutkörperchen und somit dem leistungsfördernden Sauerstofftransport. Seine Einnahme konnte aber bislang nicht eindeutig gesichert im Harn nachgewiesen werden. Kurz gesagt: EPO treibt also den Hämoglobinwert in die Höhe, HES holt ihn wieder auf den Teppich. Dem Finnen wurde daraufhin die im Jagdrennen der Nordischen-Ski-WM eroberte Silbermedaille nach Bekanntwerden der positiven Blut-Probe aberkannt. Plasmaexpander wurden vom IOC am 1. 1. 2000 auf die Verbotsliste gesetzt.



Das Blutarchiv beim Deutschen Roten Kreuz. Erythrozytenkonzentrate können maximal 42 Tage bei zwei bis fünf Grad lagern.

Foto: DRK

Erkrankungen des Blutes

Es gibt eine Reihe von Erkrankungen des Blutes, die durch Fehlen oder Veränderungen einiger Blutbestandteile hervorgerufen werden. Diese können sowohl genetisch bedingt sein oder im Laufe des Lebens erworben werden. Hier soll nur die Erkrankung erwähnt werden, die für die zahnärztliche Praxis die höchste Relevanz besitzt.

Hämophilie

Die Hämophilie ist eine angeborene lebenslang erhöhte Blutungsneigung, die durch eine Verminderung der Aktivität des Gerinnungsfaktor VIII (Hämophilie A) oder IX (Hämophilie B) hervorgerufen wird. Der Vererbungsmodus ist X-chromosomal rezessiv, so dass nur männliche Individuen von der Erkrankung betroffen sind. Frauen können als Konduktorinnen die Erkrankung auf ihre Nachkommen vererben. Die Konduktorinnen sind fast ausschließlich Merkmalsträger des Defektes, es liegt aber nur sehr selten eine erhöhte Blutungsneigung vor.

Bei beiden Hämophiliearten wird eine Einteilung nach Schweregrad vorgenommen. Der Schweregrad wird definiert durch die Restaktivität der Gerinnungsfaktoren VIII oder IX, die lebenslang bei einem Hämophilen konstant erniedrigt bleiben.

Bezeichnung	Faktor VIII bzw. IX-Restaktivität (%)
schwere Hämophilie	< 1
mittelschwere Hämophilie	1–4
leichte Hämophilie	5–24
Sub-Hämophilie	25–50

Charakteristisch für schwere und mittelschwere Formen ohne Therapie beziehungsweise Prophylaxe sind ausgedehnte Haut- und Muskelblutungen, sowie Gelenkblutungen, die zu Gelenk-, Muskel- oder Nervenschädigungen führen können.

Leichte Formen der Hämophilie werden durch verstärkte Nachblutungen bei Verletzungen oder Operationen auffällig. Dieses ist besonders für die Zahnbehandlung relevant, denn bereits das Prüfen mit der Par-

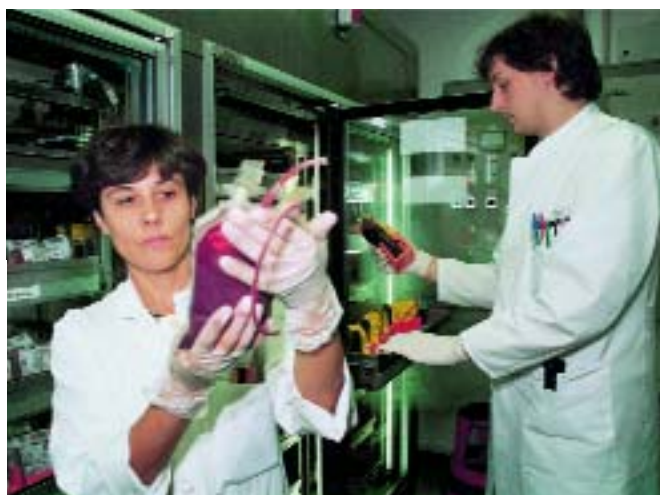


Foto: Contrast Press

Äußere Hygiene, Sicherheit und vorschriftsmäßige Lagerung für Spendeblut.

odontalsonde oder gar eine Zahnsteinentfernung können bei betroffenen Patienten zu lebensgefährlichen Nachblutungen führen, ganz abgesehen von größeren chirurgischen Eingriffen wie Extraktionen. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat zu diesem Thema eine Stellungnahme verfasst, die über den zm-Leserservice oder über www.zm-online.de sowie www.dgzmk.de erhältlich ist. (siehe auch Kupon auf den letzten Nachrichtenseiten). Zur Therapie der Hämophilie A und B werden Konzentrate der Gerinnungsfaktoren VIII oder IX angewendet. Diese Faktorenkonzentrate werden entweder aus Blutplasma oder gentechnologisch hergestellt.

Von Willebrand-Syndrom

Das von Willebrand-Syndrom (vWS) ist die häufigste angeborene Blutungsneigung. Etwa ein Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen, wobei die Blutungsneigung unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Die schwere Form des vWS ist sehr selten und betrifft 0,5 bis drei Prozent von einer Million Menschen. Erstmals beschrieben wurde das vWS 1926 durch Erik von Willebrand anhand einer Bluterfamilie auf den zwischen Schweden und Finnland gelegenen Aaland-Inseln. Zunächst wurde angenommen, dass diese Erkrankung mit der Hämophilie A verwandt sei. In Zusammenarbeit mit dem Leipziger Hämostaseologen Jürgens wurden später Unterschiede sowohl im Erbgang als auch im klinischen Erscheinungsbild festgestellt. Die Erbinformation des von Willebrand-Faktors (vWF) liegt auf dem Chromosom 12, also nicht wie bei den Hämophilen auf einem Geschlechtschromosom.

Medikamente zur Blutverdünnung

Um Thrombosen, Embolien oder gar einem Apoplex vorzubeugen, werden Patienten unter Umständen jahrelang mit sogenannten Blutverdünnungsmitteln therapiert. Weit verbreitet ist diese Gerinnungshemmung mit Cumarinderivaten wie Phenprocoumin (Marcumar®) und Coumadin (Welferin®). Cumarinderivate hemmen als Vitamin-K-Antagonisten die Gamma-Carboxylierung von Glutaminsäure bei der Synthese der Gerinnungsfaktoren II, VII, IX und X und der inhibitorischen Proteine C und S in der Leber. Dadurch geht deren Calciumbindungsfähigkeit verloren. Die Konzentration der gerinnungsfähigen Faktoren im Blut nimmt ab, so dass die Gerinnungsfähigkeit verzögert und zum Teil verhindert wird. Dieses ist ganz besonders für marcumarierte Herzpatienten oder solche, die zur Infarktprophylaxe Acetylsalicylsäure (ASS) verabreicht bekommen, relevant, die in der zahnärztlichen Praxis behandelt werden. Wie mit solchen Patienten verfahren werden soll, hat die DGZMK in ihrer speziell zu diesem Thema veröffentlichten Stellungnahme angeregt. Diese ist über den Leserservice der zm auf den letzten Nachrichtenseiten oder unter zm-online.de oder www.dgzmk.de zu erhalten.

Neu ist, dass Forscher des Duke University Medical Centers in North Carolina ein Medikament zur Blutverdünnung entwickelt haben, das ein- und ausgeschaltet werden kann. Die Substanz wird bei Bedarf von einem Gegenmittel neutralisiert, um im Falle einer Verletzung eine zu starke Blutung zu verhindern.



Foto: DRK

Vor der ersten Blutspende steht ein ausführliches Beratungsgespräch und während des gesamten Ablaufs werden die Spender intensiv betreut und begleitet.

Hochbetrieb im Spendezentrum

Das Taxi setzt mich vor der Blutzentrale ab, die Eingangstür ist hell erleuchtet. Man fragt mich, was ich möchte, „Sie suchen mein Blut, habe ich im Radio gehört“. Man führt mich zu einem kleinen Tisch, und die Formalitäten beginnen. Ich mache unzählige Kreuze auf einem Anamnesebogen, Blutdruckmessen, schließlich dann der kleine Pieks in die Fingerbeere. Nun habe ich erst mal Zeit, mich umzuschauen. Und siehe da, ich bin in dieser Nacht nicht der Einzige, der Radio gehört hat, denn noch einige „Mutige“ werden befragt und untersucht. Nach einiger Zeit, mir kam sie unendlich lange vor, kommt ein Doktor: „So, es kann losgehen. Wie fühlen Sie sich?“ Ich beichte den Wein. Er hat keine Bedenken. Ich liege gemütlich auf einer Pritsche, der Stauschlauch wird angelegt, die Einstichstelle desinfiziert und schon zuckt ein kleiner Stich durch meinen linken Arm. Aber das war es schon. Nach dem Lösen der Staumanschette läuft mein Blut dunkelrot in den Spendebehälter. Komische Gedanken gehen mir dabei durch meinen Kopf. Dieser blut-rote, leicht viskose Saft soll nun einem anderen Menschen zum Weiterleben verhelfen. Es dauert nicht lange, die Einstichstelle wird mit einem Druckpflaster verklebt, ich biege den Unterarm noch eine Zeit lang hoch und bleibe etwa zehn Minuten liegen. Alles läuft prima, ich darf dann nach Hause. Habe ich auch verdient, schließlich ist es inzwischen vier Uhr morgens. Ich will nur noch ins Bett.

Spendenaufruf in der Zahnarztpraxis

Etwa zwei Millionen Menschen spenden jährlich ihr Blut für andere. Trotz dieser großen Spendebereitschaft drohen allerdings immer wieder Versorgungsengpässe, besonders in den Sommermonaten. Daher ist es wichtig, die Bevölkerung über die Dringlichkeit und Bedeutung der Blutspende laufend zu informieren und sie zur Spende zu motivieren. Auch Zahnärzte können hierbei ihren großen Dienst erweisen. Einerseits können sie selbst spenden und ihr Personal dazu bewegen, andererseits können sie über Plakataktionen und Broschüren im Wartezimmer ihre Patienten auf die „gute Idee“ bringen. Wichtige Internetadressen sind über die zm erhältlich. Der nächste Blutspendetermin in der Nachbarschaft könnte bekanntgegeben werden. Es wäre eine kleine aber stetige Aufgabe für die Dame am Empfang, hier die aktuellsten Termine für die Region zu erfragen und in der Praxis auszulegen.

Kostenfrage, Anonymität

Die Anonymität eines Spenders bleibt bewahrt. Nur das Spendezentrum kennt die genaue Identität und Herkunft des Blutsäckchens, das gerade verwendet wird. Im Gegenzug wird die Anonymität des Empfängers gewahrt. Der in Krankenhäusern übliche Spruch „Ihr Blut kommt von einem wilden Spanier oder von einer jungen Blondine“, dient allein der Aufmunterung der

Patienten- und wirkt übrigens manchmal Wunder! Allerdings sollte diese „Flapsigkeit“ des Krankenhauspersonals einmal kritisch überdacht werden.

Die Blutspende erfolgt freiwillig und ist unentgeltlich. Während früher Mittellose noch einige Mark durch ihre Spendenaktivität verdienen konnten und in einigen Zentralen noch zusätzlich eine üppige Mahlzeit erhielten, haben sich jetzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammen mit dem Europarat und der Internationalen Gesellschaft für Bluttransfusion für die Unentgeltlichkeit der Spende ausgesprochen. Ebenso arbeitet der Blutspendedienst gemeinnützig, das heißt, allein die effektiven Kosten, die pro Blutkonserve tatsächlich anfallen, dürfen den Kliniken berechnet werden.

Sicherheit für den Empfänger

Ein umfangreiches Sicherheitsprogramm schützt jeden Empfänger vor Ansteckung. Die Freigabe der gewonnenen Blut- oder Plasmakonserven setzt eine Reihe von na-



Foto: DRK

Weltrekord im Blutspenden

Der vom amerikanischen Roten Kreuz und der Universität of Missouri im April 1999 aufgestellte Weltrekord im Blutspenden wurde jetzt in Dortmund überboten. 4 472 spendewillige Männer und Frauen haben sich am 18. Mai diesen Jahres in der Westfalenhalle eingestellt und wollten spenden. Nach genau neun Stunden war es geschafft. 4 017 von ihnen sind dann tatsächlich punktiert worden.

Tipps zur Blutspende

- Voraussetzung ist die Volljährigkeit.
- Ein Spender sollte mindestens 50 Kilogramm wiegen.
- Die Spende dauert etwa zehn Minuten.
- Direkt vor der Spende wird noch einmal an der Fingerbeere ein Blutropfen entnommen, um den Sauerstoffsättigungsgrad zu testen. Wenn hier alles o.k. ist, kann die Spende losgehen.
- Direkt nach der Spende sollte viel getrunken werden, unter Umständen noch eine halbe Stunde ruhen.
- Thema Autofahren: Kein Problem, wenn sich der Patient wohl fühlt.
- Das entnommene Blut ist nach drei Wochen vom Körper wieder ersetzt.
- Nach der Blutspende sollte etwa zwei bis drei Tage kein Leistungssport betrieben werden.

tional und international festgelegte Laboruntersuchungen voraus, um die Sicherheit für den Empfänger zu erhöhen. So werden seit dem 1. März 1999 entsprechend der Auflagen des Paul-Ehrlich-Institutes alle Blutpräparate auf die Parameter HCV-RNA, HIV-1-RNA und HVB-DNA untersucht.

Spendeverbot

Kein Blut spenden dürfen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Schwangere und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Auf jeden Fall ist vorher immer auch der behandelnde Internist zu befragen. Abgeraten wird auch bei Personen

Eigenspende

Um sich einerseits aus der Versorgungslücke zu behelfen und Infektionsrisiken zu vermeiden, hat man seit einigen Jahren das Verfahren der Eigenspende eingeführt. Dieses ist immer dann realisierbar, wenn der Patient an sich gesund ist, also keine systemische Erkrankung hat, und eine größere Operation auf dem Plan steht. Bei der Blutabnahme werden dem Patienten 450 Milliliter Blut aus der Armvene entnommen. Das Blut gelangt dann direkt in einen sterilen Blutbeutel, in dem sich eine Stabilisatorlösung befindet (Natriumcytrat, 3,8 Prozent, isoton). Diese verhindert die Gerin-



Freundliche Betreuung im Blutspendezentrum.

mit sehr niedrigem Blutdruck. Ausgeschlossen sind Menschen mit durchstandenen Haepatitiden sowie bestehender HIV-Infektion sowie mit Gerinnungs- und Immunschwächen sowie nach Krebserkrankungen.

Seit einiger Zeit unterliegen auch Menschen, die in den Jahren 1986 bis 1994 für mindestens sechs Monate in Großbritannien gelebt haben und dort eventuell BSE verseuchtes Fleisch gegessen haben, dem Spendeverbot. Seit dem 1. Mai 2003 sind auch Menschen, die sich in China, Hongkong oder Toronto aufgehalten haben, für vier Wochen nach ihrer Rückkehr wegen der Gefahr der Lungenkrankheit SARS „gesperrt“.

nung des entnommenen Blutes im Beutel und enthält Nähr- und Stabilisatorstoffe für die Hämatozyten. Die Eigenblutgewinnung erfolgt aus Stabilitätsgründen innerhalb weniger Minuten, was bei labilen Patienten stark kreislaufbelastend sein kann. Bei einigen Patienten können eine EKG-Überwachung und ein Blutersatzmittel erforderlich sein. Normal gesunde Menschen haben allerdings keinerlei weitere Probleme mit der Eigenblutspende. Diese oben beschriebene Prozedur erfolgt nun bis zur voraussagbar erforderlichen Menge allwöchentlich. Die Operation darf dann erst eine Woche nach der letzten Spendenportion erfolgen.

Das Plasma ist bei minus 30 Grad etwa einhalb Jahre haltbar. Das Erythrozytenkon-

zentrat lässt sich nicht tiefrieren und hat eine Lagerfähigkeit von maximal 42 Tagen bei zwei bis fünf Grad Celsius. Die Eigenspende wird bei notwendigen Operationen von den Krankenkassen getragen, sollte es sich allerdings um einen allein vom Patienten gewünschten Eingriff handeln, wie eine Schönheitsoperation, dann erscheinen die Kosten auf seiner Privatrechnung.

Ob nun mein mit etwas leckerem Grauburgunder angereichertes Blut dem Freiburger Patienten helfen konnte, oder ob er „besseres“ Blut von einem der Anderen, der sich am frühen Morgen aufgrund des Aufrufes auf den Weg zur Blutspendezentrale gemacht hat erhielt, das habe ich nie erfahren. Eigentlich schade, es wäre für mich ein gutes Gefühl zu wissen, dass ich jemandem helfen konnte. So weiß ich nur, dass ich zumindest den Versuch unternommen habe, irgendjemandem zu helfen, der sich gerade in einer lebensbedrohlichen Situation befand. Und viel Aufwand war das nun wirklich nicht! ■



Wichtiges Informationsmaterial und die erwähnten DGZMK-Stellungnahmen können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Zur Häufigkeit in Deutschland

Die Hypomineralisation bei Molaren und Inzisiven

Walter Künzel

Aus einigen europäischen Ländern mit niedrigem Kariesbefall mehren sich in jüngerer Zeit Veröffentlichungen über das häufigere Auftreten entwicklungsbedingter Strukturstörungen an den ersten Molaren, die nicht selten mit symmetrischen Schmelzopazitäten an den oberen Inzisiven kombiniert sind und in der englischsprachigen Literatur als „Molar-Incisor Hypomineralisation“ (MIH) bezeichnet werden [34]. Folgende Arbeit behandelt derartige Fälle.

Die Häufigkeit dieser oben beschriebenen Veränderungen wird für die Niederlande mit zehn Prozent [33], für Schweden mit 18,4 Prozent [10] und für Finnland mit 19,3 Prozent angegeben [19]. Die Behandlungsnotwendigkeit der strukturgeschädigten Molaren ist zumeist sehr hoch.

Klinisch zeichnen sich die Hypomineralisationen – im Gegensatz zu den mehr diffusen fluoridbedingten Schmelzopazitäten – durch eine demarkierte, weißlich-gelbe bis gelblich-braune, oberflächlich raue Transluzenz aus, die zu frühen Schmelzabspaltungen mit Dentinfreilegung (Abb. 1) und Kariesbegünstigung führen kann und so von makroskopischen Schmelzhypoplasien unterscheidbar ist. Histologisch erweisen sich die Transluzenzen als graduell abgestufte Porositäten, die im Vergleich mit gesundem Nachbarschmelz einen höheren Karbonatgehalt bei niedrigeren Kalzium- und Phosphatkonzentrationen aufweisen [11].

Für die Auslösung entwicklungsbedingter Strukturstörungen des Schmelzes werden in der Fachliteratur, neben den Fluoriden, bis zu 97 ätiologische Faktoren verantwortlich gemacht. [23, 28, 32]. Daraus erklärt sich sowohl die Unterschiedlichkeit der prozentualen Angaben über die Häufigkeit der Schmelzstrukturstörungen in den einzelnen Ländern [5] als auch das prozentuale Auf und Ab bei wiederholten Querschnittsvergleichen [14].

Für das in den Niederlanden und den skandinavischen Ländern hohe Auftreten der MIH-Fälle werden vor allem respiratorische und hoch fiebrige Erkrankungen, die Brusternährung (Milchdioxin), umweltbedingte Schadstoffeinflüsse sowie der mögliche Sau-

erstoffmangel der Ameloblasten verantwortlich gemacht [34], ohne jedoch auch die Vitamin-D-Mängel als eine der Ursachen in Betracht zu ziehen, die gerade in den skandinavischen Ländern ihre Renaissance erfuhren [35]. Die Rachitis sieht man sowohl in Norwegen [4, 31] als auch in Schweden [22, 36] als eine „alte Erkrankung von neuer



Abb. 1: Typische MIH-Merkmale an einem ersten Molaren

Relevanz“, die vor allem unter den Immigranten häufiger zu beobachten ist. Bei den auftretenden Fällen handelt es sich jedoch weniger um ausgeprägte Rachitisformen, sondern vielmehr um unterschwellige Vitamin-D-Mangelzustände, die man auf mütterliche Vitamin-D-Defizite, die zu lange Brusternährung ohne ausreichende Vitamin-D-Supplementierung, auf Mangelzustände und Fehlernährungen während der Säuglings- und Kleinkindperiode sowie auf ausgeprägte Hautpigmentierungen und das in manchen Ländern klimatisch gegebene Sonnendefizit zurückführt [8]. Vergleichbare Beobachtungen liegen aus Frankreich [7], Kanada [3] sowie den Vereinigten Staa-

ten vor [24]. Aus einer in den Niederlanden 1998 in 15 Gesundheitszentren durchgeführten Befragung ist bekannt, dass in den einzelnen Geburtsjahrgängen nur etwa 75 Prozent der Kinder die vom „Dutch Health Council“ empfohlenen Colecalciferol-Gaben (zehn bis 15 µg/die) regelmäßig erhielten, während 15 Prozent der Kinder aus

dem Präventionssystem ganz ausgegrenzt blieben. Die zur Vitamin-D-Supplementierung gegebenen Empfehlungen wurden allerdings häufiger von den nicht-europäischen als von den europäischen Müttern ignoriert [20]. Auch wenn die Rachitis den Umfragen zu Folge relativ selten ist, lassen sich Engpässe in der präventiven Erfassung und damit Vitamin-D-Mangelercheinungen für einen nicht unerheblichen Anteil der Erstjährigen keinesfalls ausschließen.

In Anbetracht des in einzelnen Ländern sprunghaften Anstiegs der MIH-Fälle stellt sich deshalb die Frage nach der ursächlichen Relevanz der Vitamin-D-Mangelzustände für die Entwicklungsstörungen der ersten Mola-

ren (und Inzisiven), deren Mineralisation in das erste Lebensjahr fällt und ihr Auftreten prädestinieren kann. Auch wenn zu dieser Problemfrage aus Deutschland bislang noch keine systematischen Untersuchungen vorliegen, erlauben einige der vorliegenden Stichprobenerhebungen zumindest eine orientierende Schlussfolgerung auf die möglichen ursächlichen Zusammenhänge.

Vitamin-D-Mangel und Schmelzhypoplasien

Unter dem Begriff „Schmelzhypoplasie“ wird seit Adolph Zsigmondi (1818-1880) ein sehr variables klinisch-symptomatisches Bild verstanden [6]. Zumeist handelt es sich um symmetrisch in der Zirkumferenz der Zähne angeordnete grubchen- und/oder bandförmige Schmelzeinziehungen, die prädiagnostiziert an den ersten Molaren und

reduziert, die man aufgrund der zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts mit 60 bis 90 Prozent außerordentlich häufigen rachitischen Erkrankungen [25] als „rachitische“ Schmelzhypoplasien bezeichnete [6]. Diese diagnostische Unterscheidung ist bei allen länger zurückliegenden Querschnittserhebungen über die Häufigkeit der Hypoplasien prinzipiell zu berücksichtigen. Die Unterlassungen schränken die Aussagekraft der prozentualen Zahlenvergleiche ein und rücken die Diskussion um die ursächlichen Hintergründe ins Spekulative.

Die Häufigkeit der „rachitischen“ Schmelzhypoplasien war um die Zeit des Ersten Weltkrieges mit fünf bis 18 Prozent bemerkenswert hoch [6] und ihr Nachweis bei den Kindern relativ oft mit Deviationen der Kieferentwicklung (Omega-Kiefer, Mordex apertus) und einer Dentitio tarda verbunden. Die Vitamin-D-Prävention der Rachitis

Die „rachitischen“ Schmelzhypoplasien lassen sich deshalb in ihrer klassischen Form (Abb. 2) seit mehreren Dezennien kaum noch beobachten, was unabhängig von der Unterschiedlichkeit der Befundauslegung sowohl klinisch als auch epidemiologisch belegbar ist.

Im Rahmen der Basisuntersuchungen zur Trinkwasserfluoridierung in Chemnitz sowie der F-armen Vergleichsstadt Plauen (0,2 ppm F) fanden 1959 vor der Inbetriebnahme der Fluoridierungsanlage neben der Erfassung des Kariesbefalls auch Erhebungen über die Häufigkeit der solitären Schmelzopazitäten sowie der „rachitischen“ Schmelzhypoplasien statt [17]. In beiden Städten variierte der Anteil der solitären Schmelzflecken bei den über 35 000 Sechsbis 16-Jährigen mit disharmonischer Altersverteilung von 3,5 bis 7,2 Prozent. In der Altersgruppe sechs bis zwölf Jahre fanden sich zusätzlich 1,4 Prozent Kinder mit Hypoplasien an den ersten Molaren und in der Altersgruppe 13 bis 16 Jahre 3,7 Prozent. Bei den Älteren handelte es sich um die in den Kriegs- und unmittelbaren Nachkriegsjahren Geborenen, während die Jüngeren bereits in die Jahre hinein geboren wurden, in denen sich die medizinische und soziale Betreuung der Mütter, Säuglinge und Kleinkinder weitgehend normalisiert hatte, einschließlich der Ernährungssituation. Ein mit 1,6 Prozent vergleichbares Ergebnis ist vom Ende der 60er Jahre aus Mönchengladbach bekannt [15], wo man den Zusammenhang zwischen der Rachitisprävention und den Schmelzhypoplasien an annähernd 21 000 Sechsbis 18-Jährigen analysiert hatte.

In diese Aussage reißen sich die Ergebnisse einer 1985 in Erfurt (N = 3 055) unter Einsatz des seinerzeit inaugurierten DDE-Index [1] harmonisch ein. Der Anteil der Kinder mit hypoplastischen Molaren betrug bei den Achtjährigen 3,8 Prozent und bei den Zwölf- und 15-Jährigen 0,5 beziehungsweise 0,9 Prozent [30].

Offensichtlich zeichnen sich die durch die Vitamin-D-Mangelzustände an den ersten Molaren auftretenden Mineralisationsstörungen in jüngerer Zeit diskreter ab und stellen sich vornehmlich als diffuse, weiß-



Abb. 2: Rachitische Schmelzhypoplasien an den bleibenden ersten Molaren sowie den unteren und oberen Frontzähnen bei einem neunjährigen Mädchen

Inzisiven auftreten, weniger an Eckzähnen, Prämolaren und zweiten Molaren. Schwere Formen der Entwicklungsstörung gehen mit flächenförmigen Hypoplasien oder partiellen Schmelzaplasien einher. Die Ursache wurde vorwiegend in einem Mangel an Vitamin D während des ersten Lebensjahres der Kinder gesehen.

Während man heutzutage unter einer Schmelzhypoplasie aufgrund des epidemiologisch-methodisch standardisierten Erfassungs- und Vergleichsbedarfs richtigerweise jede Form der mikro- und/oder makroskopischen Strukturstörung versteht, blieb der terminologische Begriff früher auf die klinisch ausgeprägten symmetrischen Fälle

wurde deshalb schon frühzeitig aus den Reihen der Zahnheilkunde gefordert. Ihre Einführung 1926 in Bonn verringerte die Rachitiserkrankungen binnen kurzer Zeit auf 3,5 Prozent der Erstjährigen und bewirkte zudem einen ausgeprägten Rückgang der Schmelzhypoplasien [13]. Die Vitamin-D-Supplementierung breitete sich dann bis 1935 verhältnismäßig rasch aus, um bereits 1939 gesetzlich verordnet zu werden [13]. Die Rachitisprävention (zunächst mit Lebertran, später mit Vigantol beziehungsweise Colecalciferol) ist somit in Deutschland – unabhängig von der fast 40-jährigen Trennung in zwei Länder – kontinuierlich praktizierte sozialmedizinische Realität.

lich-gelbe, oberflächenporöse Opazitäten dar [37], die sich von den MIH-Fällen schwerlich abgrenzen lassen. Das bis in die 80er Jahre kennzeichnende klinische Bild setzte sich an den permanenten Zähnen bis in die Neunziger fort. Die 1995 in den Städten Apolda, Cottbus, Dresden, Magdeburg, Nordhausen, Rostock, Schwerin und Stralsund randomisiert erfassten 13-/14-Jährigen (N = 1603) wiesen an den DDE-Bewertungszähnen 36 und 46 nur 0,3 beziehungsweise 0,2 Prozent Hypoplasien auf, und das bei einem Gesamtbefall der Molaren mit Strukturstörungen von 4,2 Prozent [18]. Ein annähernd gleiches Ergebnis (5,3 Prozent) ist aus der westthüringischen Landgemeinde Wurzbach bekannt. Bei den 1999 untersuchten Zehn- bis 15-Jährigen herrschten an den unteren Molaren ausschließlich begrenzte und diffuse Schmelzopazitäten vor, ohne einen einzigen Fall von Hypoplasien [9], und das bei einem Behandlungsbedarf von Null. In diesen Trend reißen sich auch die Ergebnisse der 2001/2002 in Dresden durchgeführten Reihenuntersuchungen der Zehn- bis 17-Jährigen ein [29]. Nur 6,3 Prozent der Schüler wiesen Schmelzstrukturstörungen auf, von denen fast ein Viertel (4,7 Prozent) auf die Molaren entfielen, von denen einige Merkmale der MIH aufwiesen.

Bedeutung der Vitamin-D-Supplementierung

Der Vergleich der angeführten Prozentwerte mit denen aus Finnland, Schweden sowie den Niederlanden (Abb. 3) macht den graduellen Befallsunterschied zu den deutschen Kindern trotz der diagnostisch und differentialdiagnostisch problembehafteten Befundbewertung an den Kauflächen der Molaren deutlich, deren Makrostruktur durch Demastikation, Fissurenversiegelung, Kariesbefall und Füllungstherapie schon früh nach dem Zahndurchbruch verzeichnet werden kann oder infolge Extraktion nicht möglich ist. Die Relevanz des Unterschiedes wird vor allem durch den hohen Behandlungsbedarf der entwicklungsgestörten Molaren in den drei angeführten Ländern unterstrichen, ebenso wie durch den Umstand,

dass die fraglichen und fluoridbedingten Schmelzopazitäten von den Examinatoren [34] ausgegrenzt wurden. Obwohl auch unter den deutschen Kindern vereinzelte MIH-Fälle bekannt sind, erreichen sie in den Stichproben nie die aus den zitierten drei Ländern angeführten prozentualen Häufigkeitsdimensionen. Trotz der Vielfalt der auf die Molarenmineralisation möglichen Störeinflüsse kann man für Deutschland den Anspruch erheben, dass mit der breiten Umsetzung der Vitamin-D-Supplementierung eine wesentliche Voraussetzung für die normale Zahnentwicklung der Erstjährigen geschaffen wurde.

1991 kamen in Deutschland 222 Millionen definierter Tagesdosen (DDD) Vitamin D3 (Colecalciferol 400 I. E./die) zur Verordnung

phase der ersten permanenten Molaren (und Inzisiven) fällt, darf man in ihr eine der primären Voraussetzungen für die niedrige Prävalenz von Strukturstörungen sehen, eine Schlussfolgerung, die auch für die Milchfrontzähne bedeutsam sein dürfte. Aus dieser Sicht wäre für die Länder mit hohem MIH-Befall zu bedenken, ob es nicht unter den Erstjährigen einen relativ hohen Anteil von Kindern mit ausgeprägten Vitamin-D-Defizienzen gibt, die den Boden für die partielle oder totale Dismineralisation des Molarenschmelzes durch andere Schadeinflüsse prädisponieren.

Welche Bedeutung der kontemporären Fluorid-Supplementierung zuzusprechen ist, soll an dieser Stelle unbeantwortet bleiben. Von Interesse ist jedoch, dass die

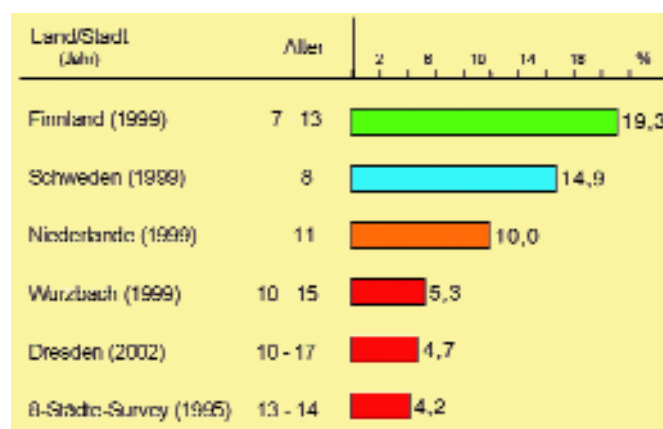


Abb. 3: Prozentuale Häufigkeit von Kindern und Jugendlichen mit hypomineralisierten ersten Molaren im Länder- und Städtevergleich der Jahre 1995 bis 2002

[26]. Unter „DDD“ (Defined Daily Dose) ist die therapiebezogene Vergleichseinheit in mg/kg/Körpergewicht im Massenvergleich der Arzneimittelverordnungen zu verstehen [21]. Das Jahresaufkommen von 1991 entsprach damit der täglichen Erfassung von 600.000 Säuglingen und Kleinkindern. Das Verordnungsvolumen stieg dann bis zum Jahr 2000 auf 333 Millionen DDD an (Tab. 1), was vor allem mit dem seit 1990 durch Ostdeutschland erweiterten Arzneimittelmarkt in Verbindung stehen dürfte. Mit den jährlich von den Pädiatern verordneten Vitamin-D-Präparaten substituiert man täglich eine Million Säuglinge und Kleinkinder, und man kann deshalb annehmen, dass in Deutschland durch die Rachitisprävention fast alle Erstjährigen erreicht werden [27]. Da die nach wie vor als notwendig erachtete vorbeugende Medikation [16] in die wichtige, leicht störanfällige Mineralisations-

Rachitisprävention über die zurückliegenden zwei Jahrzehnte vorwiegend mit Vitamin D3/Natriumfluoridkombinationen (0,25 mg F/die) vorgenommen wurde. Ihr Anteil am Verordnungsvolumen betrug 1991 immerhin 90 Prozent, um dann bis 2000 anteilmäßig auf 70 Prozent zurückzugehen, allerdings bei einem Anstieg der Kombinationspräparate von 204,5 auf 231,1 Millionen DDD (Tab. 1).

Die Mehrzahl der Neugeborenen erhält demnach über das erste Lebensjahr (und ein weiterer Teil darüber hinaus) den kariesprotektiv-optimalen Fluoridwert von 0,25 mg F/die. Der postnatal-präeruptive Einfluss des Fluorids auf die Herausbildung und Reifung der Ultrastruktur sowie der Mikromorphologie der Zähne ist sowohl tierexperimentell als auch klinisch-epidemiologisch erwiesen. Man darf deshalb davon ausgehen, dass die Fluoride auf die qualitative Herausbildung

der Schmelzstruktur von additivem Effekt sind. Dennoch bleiben in der angeschnittenen Problemfrage die schlussendlichen Beweisführungen offen und machen weiterführende Vergleichsuntersuchungen über die Häufigkeit und Ursachen der MIH-Fälle an jüngeren Kindergruppen (sieben bis neun Jahre) wünschenswert.

Zusammenfassung

Aus Finnland, den Niederlanden sowie Schweden berichtete man in jüngerer Zeit über das häufigere Auftreten entwicklungsbedingter Schmelzstrukturstörungen an den bleibenden ersten Molaren (Zehn bis 19 Prozent), nicht selten in Kombination mit einem Schneidezahnbefall. Die Ursachen für diese „Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation“ (MIH) werden vor allem in umweltbedingten Schadstoffeinflüssen, der Brust-

Verordnungen in Mio. DDD	1991	2000
Insgesamt	222,0	333,0
Vitamin D3	17,5	102,1
Kombiniert mit 0,25 mg F/die	204,5	231,1
Anteil Kombinationspräparate	90 %	70 %

Tabelle 1: Entwicklung und Stand der Rachitisprävention mit Vitamin D3 und NaF-Kombinationspräparaten in Deutschland

ernährung (Milchdioxin) sowie in respiratorischen und hoch fiebrigen Erkrankungen gesehen. Anliegen der Publikation ist ein Vergleich der dokumentierten MIH-Häufigkeiten mit den aus Deutschland vorliegenden Ergebnissen länger oder kürzer zurückliegender Erhebungen. In allen Untersuchungsorten bewegte sich der Anteil der Kinder (Zehn- bis 17-Jährige) mit hypomineralisierten ersten Molaren zwischen vier und sechs Prozent. Die Voraussetzung für das niedrige Niveau des MIH-Befalls wird in den seit den frühen fünfziger Jahren zur Rachitisprävention verschriebenen und ver-

wandten Vitamin-D-Supplementen gesehen. 1991 haben die Pädiater 222 Millionen DDD Vitamin-D3-Präparate verordnet, zumeist als Kombination mit Natriumfluorid (0,25 mg F/die). Zehn Jahre später erhielten mehr oder weniger eine Million Kinder über ihr erstes Lebensjahr hinaus Vitamin-D-Supplemente (333 Millionen DDD).

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Walter Künzel
WHO Kollaborationszentrum „Prävention oraler Erkrankungen“
Nordhäuser Str. 78
99089 Erfurt



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

Seltene Erkrankung des Kiefergelenkes

Gelenkchondromatose als Ursache rezidivierender Kiefergelenkbeschwerden

Torsten E. Reichert, Martin Kunkel



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



Abb. 1: Diskreter, seitlich links offener Biss und Mittellinienabweichung des Unterkiefers nach rechts.

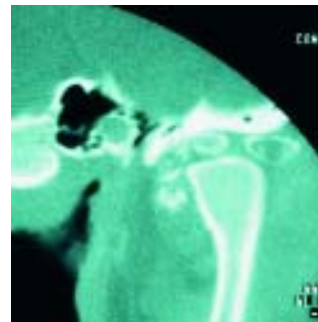


Abb. 3: Der Ausschnitt des koronaren Computertomogramms zeigt deutlich mehrere scharf begrenzte Partikel im Bereich des linken Kiefergelenkspaltes.

Kasuistik

Eine 20-jährige Patientin klagte seit mehreren Monaten über wechselnd auftretende Schwellungen unterschiedlicher Ausprägung im Bereich des linken Kiefergelenkes. Hinzu kamen gelegentlich auftretende Okklusionsstörungen mit seitlich offenem Biss wechselnder Ausprägung auf der linken Seite (Abbildung 1). Bei der klinischen Untersuchung zeigten sich eine Mittellinienverschiebung des Unterkiefers nach rechts und bei Unterkieferbewegungen ein deutlich wahrnehmbares Reiben im linken Kiefergelenk.

Die Orthophos-Gelenkfunktionsaufnahme und die computertomographischen Aufnahmen zeigten multiple, unterschiedlich große, unregelmäßig geformte Partikel im linken Kiefergelenk (Abbildungen 2 und 3).

Es folgte die Arthrotomie des linken Kiefergelenkes, bei der über 20 bis zu einen Zentimeter im Durchmesser große, knorpelige Partikel aus dem Gelenk entfernt wurden (Abbildungen 4 und 5). Die histologische Untersuchung der Partikel bestätigte die Diagnose einer Gelenkchondromatose, wo-



Abb. 2: Die Orthophos-Kiefergelenkfunktionsaufnahme zeigt unregelmäßig geformte Partikel im Bereich des linken Kiefergelenkes.

bei die freien Gelenkkörper aus hyalinem Knorpel mit zentralen dystrophen Verkalkungen bestanden. Nach Entfernung der freien Gelenkkörper war die Patientin beschwerdefrei.

et al., 2002]. Die Gelenkchondromatose verläuft typischerweise in drei Stadien, wobei im ersten Stadium knorpelige Herde im Bereich der Gelenkinnenhaut (Synovialis) auftreten [Milgam, 1977]. Im zweiten Stadium vergrößern sich die knorpeligen Areale im Bereich der Gelenkinnenhaut und beginnen sich abzulösen. Die Knorpelpartikel sind in diesem Stadium sowohl im Bereich der Gelenkinnenhaut als auch in der Gelenkflüssigkeit nachweisbar.

Im dritten Stadium der Gelenkchondromatose finden sich die Knorpelpartikel nur noch als freie Gelenkkörper in der Gelenkflüssigkeit.

Die Therapie der Gelenkchondromatose besteht in der Entfernung aller freien Gelenkkörper und der betroffenen Gelenkinnenhaut. Rezidive sind sehr selten und über eine maligne Transformation der Chondro-

Diskussion

Die Gelenkchondromatose ist eine seltene, gutartige Erkrankung unbekannter Ursache, die am häufigsten in den großen Gelenken wie Kniegelenk, Hüftgelenk, Ellenbogengelenk und Schultergelenk vorkommt [Deahl und Ruprecht, 1991; Fechner und Mills, 1993; Neville et al., 2002]. Eine Beteiligung des Kiefergelenkes ist sehr selten. Am häufigsten sind Patienten im mittleren Lebensalter und insgesamt mehr Frauen als Männer betroffen [Neville



Abb. 4: Intraoperativer Situs nach Eröffnung der Gelenkkapsel des linken Kiefergelenkes. Erkennbar sind zwei große Knorpelpartikel im Gelenkinnenraum.

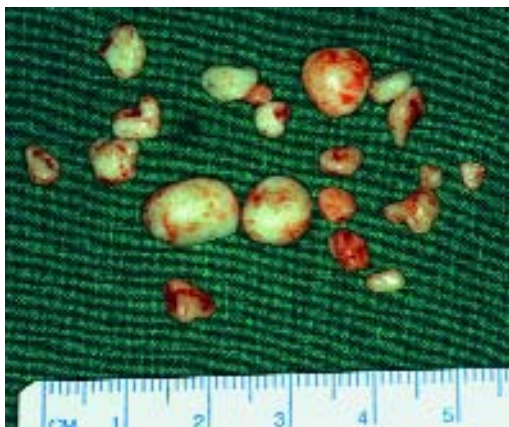


Abb. 5: Ein Großteil der aus dem linken Kiefergelenk der Patientin entfernten Knorpelartikel

matose wurde bisher nicht berichtet [Lustman und Zeltzer, 1989; Miyamoto et al., 2000].

Bei der jungen Patientin lag eine Gelenkchondromatose im dritten Stadium vor.

Sie war mehrere Monate unter dem Verdacht einer funktionell bedingten Myoarthropathie mittels Aufbisschienen therapiert worden. Erst die genaue Erhebung der Anamnese und die Durchführung der Röntgendiagnostik führten zur richtigen Diagnose. Insbesondere die anamnestischen Angaben zu zeitweilig auftretenden und in der Ausprägung wechselnden Beschwerden in Form von Gelenkschwellungen und Okklusionsstörungen sind für das Vorhandensein von freien Gelenkkörpern typisch.

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

Fazit für die Praxis

- Bei allen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke muss frühzeitig abgeklärt werden, ob strukturelle Veränderungen vorliegen.
- Rezidivierende Kiefergelenkbeschwerden und gleichzeitig auftretende Okklusionsstörungen unterschiedlicher Ausprägung können ein Hinweis auf freie Gelenkkörper sein.

zm Leser-
service

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

Zu hohe Blutfettwerte

Erweiterte Chancen durch neuartigen Lipidsenker

Mit einem neuartigen Lipidsenker, dem Wirkstoff Ezetimib lassen sich Fettstoffwechselstörungen effektiver und vor allem sicherer und verträglicher als bisher behandeln. Der Wirkstoff eignet sich insbesondere für die Kombination mit einem der herkömmlichen Statine, was zur Folge hat, dass dieses in geringerer Dosierung verabreicht werden kann, so dass die Gefahr von Nebenwirkungen minimiert wird. Allerdings liegt generell bei der Behandlung von Fettstoffwechselstörungen hier zu Lande noch einiges im Argen, die Mehrzahl der Patienten erfährt nicht die für den Schutz von Herz und Gefäßen erforderliche konsequente Therapie, monierten Experten bei einer Pressekonferenz in Düsseldorf.

Denn nur rund jeder dritte Patient mit Risikofaktoren für die Herz- und Gefäßgesundheit wird, wie dies in den offiziellen Empfehlungen vorgesehen ist, mit einem Lipidsenker behandelt. Doch auch bei den Personen, die vorsorglich eine solche Behandlung erfahren, werden die Blutfette nicht bis in den empfohlenen Bereich, also nicht auf einen LDL-Wert unter 100 mg/dl gesenkt, so wie die kardiologischen Fachgesellschaften dies in ihren Leitlinien vorsehen. Dies sind Daten des Ludwigshafener Herzinfarktregisters, die Professor Dr. Jochen Senges aus Ludwigshafen bei der Veranstaltung von MSD vorstellte. „Besonders hoch ist der Grad der Unterversorgung bei älteren Menschen und bei Diabetikern“, monierte der Mediziner.

Niedrig dosiertes Statin plus Ezetimib

Einer der Gründe für den nur zögerlichen Einsatz der Statine ist nach seiner Meinung wahrscheinlich die Furcht vor Nebenwirkungen. Denn nach der Marktrücknahme von Lipobay® ist hinsichtlich der Statine allgemeine Unsicherheit eingetreten. Das Risiko für gravierende unerwünschte Begleiteffekte aber, wie sie in Einzelfällen zu beobachten waren, steigt mit der Wirkstoffdosis. Durch die Möglichkeit der Kombination der Statine in niedriger Dosierung mit dem neuen Lipidsenker stellt sich nach Senges somit nun eine neue Situation dar.

Es handelt sich dabei um einen Cholesterin-Resorptionshemmer, also einen Wirkstoff, der völlig anders angreift als die Statine, in-



Foto: OKAPIA

Blut-Cholesterin ein Mal pro Jahr testen

dem er gezielt die Aufnahme von Cholesterin im Darm hemmt. Er gewährleistet in der Monotherapie eine gute klinische Wirksamkeit und ebenso in der Kombination mit einem Statin. So zeigen Studien nach Professor Dr. Wilhelm Krone, Köln, dass bei der Gabe von zehn Milligramm Simvastatin plus zehn Milligramm Ezetimib eine Reduktion des LDL-Wertes um 44 Prozent erzielt wird, ein Ergebnis, wie es ansonsten nur bei einer Statin-Maximal-Dosis zu erwarten ist. Dass es sich bei Ezetimib und den Statinen um ideale Partner handelt, zeigen ferner die gepoolten Daten der vorliegenden Studien. Demnach wird durch eine dreimalige Verdopplung der Statindosierung der LDL-Wert um 18 Prozent zusätzlich gesenkt. Der gleiche Effekt kann laut Krone erwirkt werden, wenn zusätzlich zu der niedrigen Dosierung zehn Milligramm Ezetimib verabreicht werden. „Damit wird die Therapie in der Praxis

einfacher und sicherer“, erklärte in Düsseldorf Professor Elisabeth Steinhagen-Thiesen aus Berlin.

Selektive Hemmung im Darm

Der neue Wirkstoff ist der erste und bislang einzige seiner Art. Grundlage der lipidsenkenden Wirkung ist eine selektive Hemmung der Cholesterin-Aufnahme im Darm und zwar gleichgültig, ob das Cholesterin mit der Nahrung aufgenommen oder aus der Leber in den Darm ausgeschieden wurde. Die Aufnahme von Triglyceriden, Gallensäuren oder fettlöslichen Vitaminen wird aber nicht beeinträchtigt und der Wirkstoff provoziert außerdem keine Cytochrom P450 vermittelten Interaktionen. Durch die mit 22 Stunden vergleichsweise lange Halbwertszeit muss es nur einmal täglich eingenommen werden, was sehr günstig im Hinblick auf die Compliance ist.

Der genaue Mechanismus der Hemmwirkung ist noch nicht bekannt, doch es wird vermutet, dass der Cholesterin-Resorptionshemmer, der im Darm rasch aufgenommen und fast vollständig zum eigentlich biologisch aktiven Wirkstoff glukuronidiert wird, spezifische Cholesterin-Transporter in der Bürstensaummembran hemmt. Dadurch wird vermehrt Cholesterin mit den Faeces ausgeschieden und steht damit dem Organismus nicht mehr zur Verfügung. Es entsteht bezüglich des Cholesterins eine negative Bilanz und das umso mehr, wenn Ezetimib (Ezetrol®) zusammen mit einem Statin eingenommen wird, da Statine eine Cholesterin-Synthesehemmung und zugleich eine vermehrte Ausscheidung von Cholesterin in den Darm bewirken. Zusammen mit dem Cholesterin-Resorptionshemmer wird somit eine Art duale Wirkung vermittelt. Ezetimib ergänzt laut Krone dabei die Statine in idealer Weise.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Repetitorium

Bipolare Störungen – manisch depressiv

Christine Vetter

Depressionen sind weit verbreitet. Sehr häufig handelt es sich bei der vermeintlichen Depression aber um eine so genannte Bipolare Störung, also um eine Erkrankung, bei der depressive und manische Phasen miteinander abwechseln. Da die manische Phase sehr vielgestaltig ausgeprägt sein kann, wird sie als solche aber oft nicht erkannt. Die Folge: Die Patienten erhalten keine adäquate Therapie und das Krankheitsbild entwickelt sich mehr und mehr zu einer massiven Belastung für die Betroffenen wie auch für ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld.

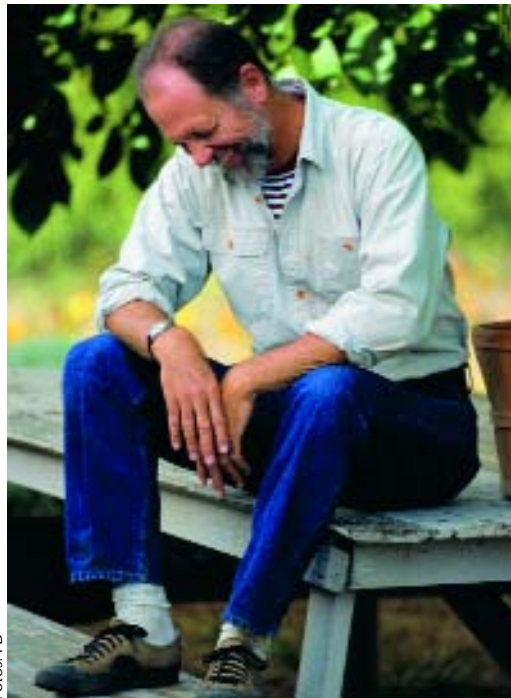
Bei bipolaren Störungen wechseln manische und depressive Stimmungslagen miteinander ab und das in meist unregelmäßiger Folge. Das Krankheitsbild ist sehr vielgestaltig und wird nach Expertenangaben in seiner Häufigkeit noch weitgehend unterschätzt. Das liegt vor allem daran, dass die Stimmungswechsel oft nicht als krankhaft angesehen werden und die Betroffenen selbst zum Teil froh sind, wenn die depressive Phase vorbei ist. Sie fühlen sich außerdem in der manischen Phase ausgesprochen leistungsstark, und es fehlt dann oft jegliche Krankheitseinsicht. Nach aktuellen Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. sind von der Erkrankung rund fünf Prozent der Bevölkerung betroffen. Die WHO ordnet die Störung als eines der gravierendsten Leiden ein. Und das für die Betroffenen selbst wie auch aus volkswirtschaftlicher Sicht.

Bekannt schon bei den alten Griechen

Manisch depressive Störungen waren offensichtlich schon im griechischen Altertum bekannt. Denn schon damals wurden Erkrankungen mit unvorhersehbarem und zum Teil dramatischem Stimmungswechsel beschrieben, und man machte eine Unausgewogenheit der Körpersäfte für die Störung verantwortlich.

Obwohl bis in die moderne Neuzeit viel im Hinblick auf bipolare Störungen geforscht wird, ist die Erkrankung immer noch ein medizinisches Problem. Sie wird oft nicht

richtig diagnostiziert, und nur rund zehn bis 15 Prozent der Patienten befinden sich nach Angaben der Gesellschaft für Bipolare Störungen in der notwendigen fachärztlichen Behandlung. Die Symptome werden vielmehr häufig als Probleme des täglichen Lebens bagatellisiert. Viele Betroffene (und



Himmelhoch jauchzend ...

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.

auch deren Angehörige) scheuen zudem den Weg zum Arzt, da sie nicht als „verrückt“ gelten wollen. Doch auch viele Ärzte erkennen die Erkrankung bei entsprechender Schilderung der Symptomatik nach Angaben der Gesellschaft nicht. Sie behandeln die Betroffenen dann unter Umständen wegen ihrer unspezifischen körperlichen Beschwerden, also zum Beispiel wegen der depressiven Verstimmung oder wegen Schlafstörungen.

Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

Allerdings ist die Diagnosestellung tatsächlich oft nicht einfach, wie Privatdozent Dr.

Andreas Erfurth aus Münster bei einem Ärztekongress in Düsseldorf darlegte. So müssen die manisch-depressiven Syndrome genau gegen eine Schizophrenie und auch gegen eine unipolare Depression abgegrenzt werden. Das ist zum Teil schwierig, weil der Verlauf der Erkrankung in aller Regel episodenhaft ist, aber auch relativ gleichförmig und unberechenbar verlaufen kann.

Die Betroffenen erscheinen außerdem oft nicht im klassischen Sinne als „krank“, es gibt nach Erfurth durchaus Verläufe, die anhaltende, geringgradige Beeinträchtigungen aufweisen. Diese erschweren dann ein volles soziales, berufliches und familiäres Funktionieren deutlich.

Stimmungsschwankungen gehören zudem zu unserem normalen Verhaltensrepertoire und praktisch jedermann

kennt dies aus seinem eigenen Erleben. Die Stimmungsveränderungen sind eine normale Reaktion auf unterschiedliche Lebenssituationen, was es naturgemäß erschwert, „normale“ und „krankhafte“ Stimmungsschwankungen voneinander abzugrenzen. Doch bei den bipolaren Störungen handelt es sich keineswegs nur um „Launen“ oder eine „Launenhaftigkeit“, sondern um ernst zu nehmende Erkrankungen, die die Le-

bensqualität und auch die Lebenserwartung der Betroffenen beeinträchtigen. So ist unter anderem bekannt, dass Patienten mit bipolarer Störung ein höheres Risiko als ansonsten Gesunde haben, Erkrankungen des Herz- und Gefäßsystems zu entwickeln und an kardiovaskulären Komplikationen zu versterben.

Erschwert werden kann die richtige Diagnostik zudem durch Komorbiditäten. Rund fünf Prozent der Patienten mit Panikattacken erfüllen auch die Kriterien für eine bipolare Erkrankung. Das gilt ferner für gut 20 Prozent der Patienten mit Sozialphobie. Die bipolare Störung manifestiert sich üblicherweise in der späten Jugend oder im frühen Erwachsenenalter. Sie kann jedoch auch schon bei Kindern auftreten und wird dann nicht selten als so genanntes Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom oder als Hyperaktivität fehlgedeutet.

Unangepasste Stimmungsschwankungen

Auffällig bei Patienten mit bipolaren Störungen sind vor allem unangepasste und übersteigerte Stimmungsschwankungen, die nicht durch normale Lebensereignisse zu erklären sind. Dabei kann es durchaus sein, dass die erste Episode der Erkrankung durch eine starke emotionale Belastung ausgelöst wird. Die Störung entwickelt dann eine Eigendynamik und die Betroffenen reagieren in der Folge völlig unangemessen, wobei die Ursache ihrer Stimmungsschwankungen oft nicht mehr nachvollziehbar ist.

Während man, so heißt es in einer Informationsschrift der Gesellschaft, „unter bipolaren Störungen früher allein den Wechsel zwischen himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt verstanden hat, wird der Begriff heute weiter gefasst und kann sämtliche Nuancen menschlicher Stimmungszustände widerspiegeln“.

Die Symptome der Manie und der Depression können außerdem nebeneinander vorliegen, was für die Betroffenen besonders belastend ist und als „Mischzustand“ bezeichnet wird. Sind die Stimmungsschwünge nicht so ausgeprägt, dass man von einer Manie oder einer Depression spre-

chen könnte, so wird dies als Zylothymie oder zylothyme Störung bezeichnet. Diese Begriffe charakterisieren Menschen mit ausgesprochener Stimmungsstabilität, die dadurch in ihrer Lebensführung beeinträchtigt sind.

Unspezifische Symptome

So mancher Betroffene klagt zudem nicht über depressive Verstimmungen, sondern kommt wegen somatischer Beschwerden zum Arzt oder gibt als führendes Symptom einen allgemeinen Energieverlust oder eine ungewohnte Müdigkeit an.

Schwieriger noch als die depressive Phase ist dabei meist die Manie zu erfassen. Sie wird allgemein über positive Symptome, wie Euphorie und Hochgefühl, der Patienten beschrieben. Diese fühlen sich ungewöhnlich leistungsstark, schöpferisch und



... fröhlich und ausgeglichen ...

kreativ und haben offensichtlich ein geringes Schlaf- und Erholungsbedürfnis.

Doch man muss auch bei der Manie negative Symptome beachten und behandeln, betonte Dr. Stephanie Krüger aus Dresden bei der internationalen Tagung „Clinical Effectiveness in Bipolar Disorder“ in München. So kommt es in der Phase der Manie zu einem übersteigerten Selbstwertgefühl, aber auch zur erhöhten Reizbarkeit, zu Gedankensprüngen und Ideenflucht, einer Beschleunigung des Denkens sowie einer all-

gemein gesteigerten Betriebsamkeit und übermäßigen Beschäftigung mit angenehmen Tätigkeiten. Außenstehende können Gesprächen mit Betroffenen oft nur schwer folgen und es kommt zu sprunghaften Handlungen, wobei vieles begonnen und wenig zu Ende geführt wird. Häufig ist zudem eine Enthemmung zu beobachten, die verschiedene Bereiche betreffen kann, vom exzessiven Kaufrausch, der die finanziellen Möglichkeiten weit übersteigt, bis hin zu sexuell unangepasstem Verhalten, das oft im krassen Widerspruch zu der normalen Persönlichkeit des Erkrankten steht.

Die Manie ist nicht nur von der Euphorie geprägt

Doch die Manie ist keineswegs nur von der Antriebssteigerung und der Euphorie geprägt. Vielmehr reagieren viele Patienten in

dieser Krankheitsphase dysphorisch. Sie sind gereizt und teilweise auch ängstlich. Gleichzeitig sind die Betroffenen in aller Regel kognitiv beeinträchtigt. Sie reagieren oft desorganisiert und konfus, leiden unter sprunghaften oder „rasenden“ Gedanken, haben mit Konzentrationsschwierigkeiten zu kämpfen, aber auch mit einer fehlenden Krankheitseinsicht.

Die Symptome können bis hin zu psychotischen Merkmalen gehen, mit Gedankeneingebungen, Wahn und Halluzinationen, ein Phänomen, das auch als „Überkochen

der Manie“ bezeichnet wird. „Man muss sich in solchen Fällen davor hüten, den Patienten als schizophren zu klassifizieren“, sagte Erfurth in Düsseldorf.

Depressive Phase

Deutlich einfacher als die Manie ist die Depression zu fassen, was schon daran liegt, dass deren Symptomatik allgemein besser bekannt ist. Die Patienten leiden unter dem Verlust ihrer Gefühlswelt und sind weder in der Lage zu trauern noch sich zu freuen. Sie reagieren antriebslos und verlieren das Interesse an Dingen, die ihnen normalerweise

Freude bereiten. Auch das sexuelle Interesse geht im Allgemeinen verloren.

Die Erkrankten neigen hingegen zum Grübeln, leiden unter einer pessimistischen Zukunftseinstellung, haben Schlafstörungen und sind zunehmend unfähig Entscheidungen zu treffen. Sie empfinden sich selbst als wertlos und unnützlich, und es entwickeln sich Todeswünsche, die nicht selten in einem Suizidversuch münden.

Verschiedene Krankheitsformen

Als charakteristisch für bipolare Störungen gilt ein Verlauf mit länger andauernden Phasen von Depressionen und Manien, die durch einen gewissen Zeitraum normalen Befindens unterbrochen sind. Man spricht bei einem solchen, quasi klassischen Verlauf von einer Bipolar I Störung. Diese liegt bei rund ein bis zwei Prozent der Bevölkerung vor.

Sie wird abgegrenzt von der Bipolar II Störung, bei der schwere Depressionen im Vordergrund stehen, die nur von kurzen Phasen einer gehobenen Stimmung, einer so genannten Hypomanie, unterbrochen sind. Die Hypomanie stellt quasi eine abgeschwächte Form der Manie dar und dauert per definitionem nicht länger als vier Tage. Die Bipolar II Störung ist weit häufiger als das klassische Pendant und betrifft den Schätzungen zufolge rund vier Prozent der Bevölkerung. Zählt man die zylothymen Störungen hinzu, so könnten sogar bis zu acht Prozent der Menschen betroffen sein, wobei etwa doppelt so viele Frauen wie Männer erkranken.

Variieren kann zudem generell die Dauer der einzelnen Krankheitsepisoden, und zwar von wenigen Tagen bis hin zu mehreren Monaten oder sogar noch längeren Zeiträumen. Meist dauert die depressive Phase dabei länger als die manische Phase, die beiden Phasen können direkt ineinander übergehen oder sie können durch Zeiten ausgeglichener Stimmung voneinander getrennt sein. Eine große Varianz besteht bei den Patienten außerdem hinsichtlich der Häufigkeit der Episoden. So kann es sein, dass die Betroffenen nur eine

manische Phase erleben, das ist jedoch selten, wenn keine adäquate Therapie erfolgt. Vielmehr liegt nach Angaben der Gesellschaft für bipolare Störungen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer zweiten Episode unbehandelt bei über 90 Prozent und steigt ohne prophylaktische Langzeittherapie mit jeder abgelaufenen Episode noch weiter an.

Hohe Suizidgefahr

Die Therapie der Bipolaren Erkrankung muss nach Krüger mehreren Zielen folgen. Primär muss es darum gehen, die potenziell gefährdenden Symptome rasch unter Kontrolle zu bekommen. Dabei geht es nicht nur um das Wohlbefinden der Patienten,



Fotos: PD

... und wieder zu Tode betrübt bis hin zum Suizidgedanken, das ist ein typisches Krankheitsbild.

vielmehr muss unbedingt auch die Suizidgefahr abgewendet werden. Denn Patienten mit bipolarer Störung sind nicht nur in der depressiven, sondern fast mehr noch in der manischen Phase suizidgefährdet, da sie dann die Kraft und den Antrieb besitzen, den Todeswunsch zu realisieren. „Wir wis-

sen, dass jeder vierte Patient bereits einen Suizidversuch hinter sich hat“, erklärte Sabine Krüger in München

Es muss nach ihren Worten ferner darum gehen, die Stimmungslage des Patienten zu stabilisieren und die Manie zu kontrollieren, ohne jedoch gleichzeitig eine depressive Phase zu provozieren.

Behandlung bipolarer Störungen

Bei der Therapie sind nach Dr. Heinz Grunze aus München grundsätzlich beide Phasen, also die Depression wie auch die Manie, zu berücksichtigen. Die Patienten brauchen eine Akut- wie auch eine Langzeittherapie, wobei jedoch die gleichen Wirkstoffe eingesetzt werden, und zwar in erster Linie ein Stimmungsstabilisator, beispielsweise Lithium, Valproat, Carbamazepin, Lamotrigin oder auch ein Neuroleptikum. Gleichzeitig muss die depressive Krankheitskomponente behandelt werden, wobei nach Grunze moderne Antidepressiva, wie die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), wegen ihrer guten Wirksamkeit und auch wegen ihrer guten Verträglichkeit zu bevorzugen sind. Ziel der Akutbehandlung ist dabei, den Patienten aus der depressiven oder der manischen Phase zu befreien und für eine stabile Stimmungslage zu sorgen.

Ist dies gelungen, so muss langfristig erneuten Episoden vorgebeugt werden. Das A und O der Behandlung ist nach Grunze deshalb eine effektive Langzeittherapie. Diese ist unbedingt indiziert nach einer schweren Krankheitsepisode oder bei entsprechender familiärer Anamnese. Liegt keiner dieser Faktoren vor, so muss eine Langzeittherapie in jedem Fall nach der dritten Krankheitsepisode begonnen werden, wobei eine lebenslange Rezidivprophylaxe anzustreben ist. Behandelt werden sollte nach Grunze mit dem Medikament, das auch in der akuten Phase der Erkrankung wirksam war, und das gilt nach seinen Worten auch für die Kombinationstherapie. ■

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

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

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.



seiner heutigen Form hat sich wahrscheinlich aus dem so genannten „Sugar-rag“ entwickelt, einem Stoff- oder Lederfetzen, in den Brotkrumen und Zucker eingebunden und das ganze anschließend zu einem Sauger geformt wurde. Wann immer das Kind schrie, wurde der „Sugar-rag“ angefeuchtet und dem Säugling zur Beruhigung zum Sau-

Milchgebisschäden durch Schnuller

Kinder, die als Säugling einen Schnuller hatten, haben – unabhängig von der Form des Schnullers – eine höhere Prävalenz für Zahnfehlstellungen und orale myofunktionelle Abweichungen.

Der Gebrauch von Saugern oder Objekten, die die mütterliche Brust simulieren sollen, ist keine Erfindung der Neuzeit. Die frühesten Fundstücke stammen aus römischen Kindergräbern, etwa aus dem Jahre 100 n. Chr., und sind Tonsauger, die in ihrer Form mit einer natürlichen weiblichen Brustwarze vergleichbar sind. Der Schnuller in

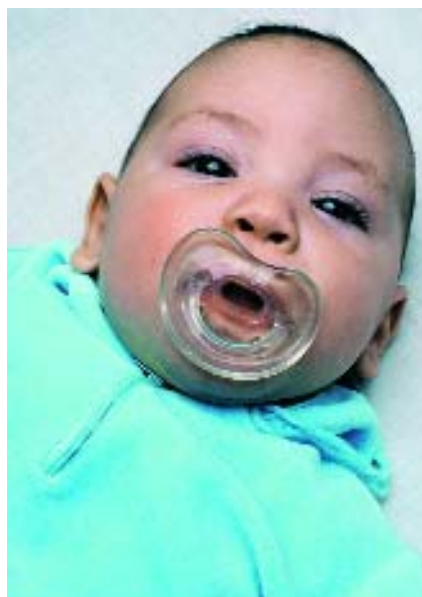
heute ist der Gebrauch von Schnullern zur Beruhigung von Säuglingen und Kleinkindern weit verbreitet, was zu einem deutlichen Anstieg von Zahnfehlstellungen der mit Schnullern aufwachsenden Kinder geführt hat.

Dem steht gegenüber, dass zahlreiche Untersuchungen das Risiko von Zahnfehlstellungen und myofunktionellen Störungen belegen, das vom Gebrauch eines Schnullers ausgehen kann. Wie stark unterschiedliche Schnullerformen jedoch das Milchgebiss und das gesamte orale myofunktionelle

System beeinflussen, ist bisher kaum untersucht worden. Grundsätzlich kann man zwei Typen von Schnullern unterscheiden; zum einen den konventionellen Schnuller, dessen Schildform konvex (Lillo) ist (im Gegensatz zur Physiognomie des Kindermundes) und zum anderen den physiologischen Schnuller, dessen Schild konkav ist und der sich damit besser der natürlichen Form des Mundes anpasst (Nuk, MAM). Physiologische Schnuller existieren seit mehr als 50 Jahren, wobei hier zwei weitere Formen des Saugers unterschieden werden können. Während der Sauggummi des konventionellen Schnullers immer eine runde Form hat, gibt es bei den physiologischen Schnullern auch solche mit einer runden, aber auf der Zungenseite abgeflachten Form.

Das Ziel dieser prospektiven, einfach-blinden In-vivo-Studie war der Vergleich der Kieferbeziehungsweise Zahnfehlstellungen und der oralen myofunktionellen

Störungen bei Vorschulkindern, die entweder ausschließlich einen konventionellen, einen physiologischen oder keinen Schnuller hatten und ein vollständiges Milchgebiss aufwiesen. Die Kinder wurden über Fragebögen, welche unter 350 Müttern mit Kindern im Alter von 36 bis 60 Monaten in vier Schulen in Sao Paolo verteilt wurden, ausgewählt. Davon erfüllten 61 Kinder alle Einschlusskriterien für eine Studienteilnahme. Entsprechend ihrer Sauggewohnheiten (konventioneller Schnuller, physiologischer Schnuller, kein Schnuller) wurden sie auf drei Gruppen verteilt. Die Beurteilung der Kieferbeziehungsweise Zahnfehlstellungen erfolgte durch einen Untersucher: Es wurde unter anderem die Verzahnung der Eckzähne klassifiziert nach Klasse I, II oder III; daneben wurden der Overjet, der Overbite und der Eckzahnabstand im Ober- und im Unterkiefer gemessen sowie das Vorhandensein eines seitlichen Kreuzbisses und einer Mittellinienverschiebung überprüft. Ob orale myofunktionelle Störungen vorhanden waren, wurde separat vom Zahnbefund, von einem Sprachtherapeuten untersucht. Dieser überprüfte Zustand und Funktionen von Zunge, Lippen, Wangen und hartem Gaumen. Hierzu wurde bei Lippen, Wangen und der Zunge die Mobilität, die Spannkraft der Muskeln und bei Lippen, Zunge und hartem Gaumen zusätzlich die Ausformung aus sprachtherapeutischer Sicht beurteilt. Es konnte gezeigt werden, dass Kinder, die einen



Kinder, die im Säuglingsalter einen Schnuller hatten, weisen nicht selten Zahnfehlstellungen auf.

Foto: PhotoDisc

Schnuller hatten, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen konventionellen oder physiologischen Schnuller handelte, vermehrt Kiefer- beziehungsweise Zahnfehlstellungen sowie orale myofunktionelle Störungen aufweisen, gegenüber Kindern, die überhaupt keinen Schnuller hatten. Kinder, die einen Schnuller hatten, wiesen häufiger einen offenen Biss, einen seitlichen Kreuzbiss, einen höheren Overjet sowie Veränderungen der Wangenmobilität auf als Kinder die keinen Schnuller hatten. Bezüglich der unterschiedlichen Schnullerformen wurden mehr Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie myofunktionellen Störungen bei Kindern festgestellt, die einen konventionellen Schnuller hatten.

Zu bedenken ist, dass die Mütter in den meisten Fällen nur in der Lage waren, die ungefähre Tragedauer anzugeben; so dass die exakte Tragedauer des Schnullers nicht erfasst werden konnte. Jedoch konnte anhand der von allen Müttern geschätzten Tragedauer eine negative Beeinflussung des Schnuller-Typs durch eine deutliche längere Tragedauer in dieser Gruppe ausgeschlossen werden.

Besondere Beachtung sollte den Ergebnissen geschenkt werden, da für diese Untersuchung, im Vergleich zu vorhergehenden Studien, explizit nur Kinder ausgewählt wurden, die Nutzer ausschließlich eines bestimmten Schnuller-Typs beziehungsweise keines Schnullers waren. Auch die zusätzliche Beachtung der oralen myofunktionellen Störungen in Kombination mit den drei Schnullerformen sowie der Kontrollgruppe ist neu. Entstanden ist die Idee der Integration der möglichen oralen myofunktionellen Störungen infolge der Beobachtung zahlreicher Lippen- und Zungenentzündungen in der täglichen Praxis bei Kindern, die einen Schnuller hatten. Aus diesen Beobachtungen heraus ergibt sich die Empfehlung der Autoren, das orale myofunktionelle System auch in zukünftige Studien mit ähnlichen Fragestellungen einzubeziehen.



Das Anästhetikum muss nicht unbedingt aufgewärmt werden, wie eine Untersuchung jetzt belegt.

Zudem wird in dieser Arbeit erneut herausgestellt, dass idealerweise sowohl auf die Flasche wie auf den Schnuller verzichtet werden sollte. Da dies in vielen Fällen nicht mit den Gewohnheiten vereinbar ist, sollte die Mutter wenigstens darauf hingewiesen werden, dass die richtige Positionierung des physiologischen Schnullers sowie der zeitlich begrenzte Gebrauch bis maximal zum dritten Lebensjahr von wesentlicher Bedeutung sind.

Quelle:

Del Conte Zardetto, CG; Delgado Rodrigues, CRM; Stefani, FM: Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children. *Pediatric Dentistry* 2002; 24: 552-560.

Anästhetikum warm vs. Raumtemperatur

Es konnte kein Vorteil durch die Anwendung von erwärmtem Anästhetikum bei Kindern gefunden werden.

Die Lokalanästhesie in der Zahnmedizin ist nach wie vor ein in hohem Maße Angst auslösender Behandlungsschritt in der täglichen Praxis. Hierzu gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, die von der Hypnose mit Suggestion und Distraction über die vorherige Betäubung der Einstichstelle mit einem Oberflächenanästhetikum bis zur elektronischen und computergesteuerten dentalen Anästhesie reichen. Ein anderer Ansatz kommt ursprünglich aus der Augenheilkunde und der plastischen Chirurgie und empfiehlt die Verwendung von erwärmtem Anästhetikum zur weniger schmerzhaften Injektion. Während die Wirkung der unterschiedlichen Temperaturen von Lokalanästhetika beim Erwachsenen mehrfach untersucht wurde, gibt es bezüglich der Wirkung von erwärmtem Lokalanästhetikum bei Kindern kaum Daten.

Das Ziel der prospektiven, randomisierten Studie im Cross-over-Design war der Vergleich der Wirkung von erwärmtem Anästhetikum und Anästhetikum mit Raumtemperatur bei Anwendung in der Lokalanästhesie bei Kindern. Untersucht wurden 44 Kinder zwischen sechs und elf Jahren, die im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung beim ersten Termin entweder per Anästhetikum mit Raumtemperatur oder mit erwärmtem Anästhetikum lokal betäubt wurden. Während der Injektion wurde die modifizierte Behavioral Pain Scale (BPS) angewendet. Zur subjektiven Beurteilung der Wirkung der Anästhetika mit unterschiedlicher Temperatur wurde die Wong-Baker FACES Pain Rating Scale (FPS) und die Visual Analogue Scale (VAS) angewendet.

Die Ergebnisse wiesen sowohl in Bezug auf die objektiven wie auch in Bezug auf die subjektiven Parameter der Wirkung keinen Unterschied zwischen angewärmtem und Anästhetikum mit Raumtemperatur auf. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Injektion von zuvor angewärmtem Anästhetikum bei der Lokalanästhesie von Kindern keinen Vorteil mit sich bringt.

Quelle:

Ram, D; Hermida, L; Peretz, B: A comparison of warmed and room-temperature anaesthetic for local anesthesia in children. *Pediatric Dentistry* 2002; 24: 333-336.

Dr. Catharina Zantner
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Freie Universität Berlin
Aßmannshäuser Straße 4-6
14197 Berlin

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Sachsen	S. 56	Notfallbehandlung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 57	
	Freie Anbieter	S. 61		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 57	
Ästhetik	KZV Freiburg	S. 58	Parodontologie	APW	S. 60	
	APW	S. 60		Praxismanagement	KZV Freiburg	S. 58
	Freie Anbieter	S. 61			Prophylaxe	LZK Berlin/Brandenburg
Akupunktur	LZK Berlin/Brandenburg	S. 56	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 57		
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 57	Restaurative ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe		S. 56
	Freie Anbieter	S. 62		RWTH Aachen	S. 60	
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 56	Freie Anbieter	S. 61		
	Freie Anbieter	S. 62				
Helferinnen-Fortbildung	LZK Sachsen	S. 56				
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 57				
	Bayerische LZK	S. 58				
	Freie Anbieter	S. 62				
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 56				
	APW	S. 60				
Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 56				
	LZK Sachsen	S. 56				
	Freie Anbieter	S. 61/62				



Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 56

Kongresse Seite 58

Universitäten Seite 60

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 60

Freie Anbieter Seite 61

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: Mehr Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen
Referent: Dr. Steffen Tschackert - Frankfurt/M
Termin: 06. 09. 2003, 09:00 – 16:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 260,00 EUR (ZA), 195,00 EUR (ZAH), 364,00 EUR (ZA-Team)
Kurs-Nr.: 2202.0

Thema: Stufe 1 - Ohr- und Körperakupunktur zur Schmerztherapie und für weitere Indikationen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. Kai Bähnemann - 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: Stufe 2 – Praktische Ohrakupunktur zur Schmerztherapie – weitere Indikationen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. Kai Bähnemann - Wahrenholz
Termin: 14. 11. 2003, 15:00 – 19:00 Uhr
 15. 11. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 385,00 EUR
Kurs-Nr.: 2166.0

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: Ganzheitlich orientierte Kieferorthopädie – Kurs IV mit audio-visueller Demonstration, praktischen Übungen und Fallbesprechungen
Referent: Dr. Hubertus von Treuenfels - Eutin
Termin: ACHTUNG! TERMINÄNDERUNG
 19. 09. 2003, 14:00 – 18:00 Uhr
 20. 09. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 2080.4

Thema: Start der Strukturierten Fortbildung für das Fachgebiet Implantologie
 1. Grundlagen der Implantologie
Referenten: Prof. Dr. Dr. Strunz, Dr. Nikolaus von Torklus, Dr. Frank Peter Strietzel, Dr. Christine Knabe, Dr. Katrin Döring, alle Berlin
Termin: 19. 09. 2003, 10:00 – 18:30 Uhr
 20. 09. 2003, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 425,00 EUR
Kurs-Nr.: 2227.1

Thema: Hightech-Endodontie / Theoretischer und praktischer Intensivkurs
Referent: Dr. Thomas Mayer - München
Termin: 20. 09. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 360,00 EUR
Kurs-Nr.: 2127.0

Thema: Vier-Hand-Technik – Arbeitssystematik bei der Patientenbehandlung
 Praktischer Arbeitskurs für das zahnärztliche Team
Referenten: Dr. Richard Hilger – Kürten, Ruth Knülle – Düsseldorf
Termin: 27. 09. 2003, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut in der Zahnklinik Süd Berlin
Gebühr: 130,00 EUR (ZA), 115,00 EUR (ZAH), 230,00 EUR (ZA-Team)
Kurs-Nr.: 2183.0

Auskunft und Anmeldung:
 Philipp-Pfaff-Institut Berlin
 Aßmannshäuserstraße 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: Endo-Revision – ganz einfach
Referent: Dr. Michael Cramer, Overath
Termin: 12. 09. 2003, 14:00 – 20:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 200,- EUR (max. 16 Teilnehmer)
Kurs-Nr.: D 57/03

Thema: Zweitagekurs Erweiterte Funktionsdiagnostik im manuellen Bereich
Referent: Dr. med. Jochen Zahn, München
Termin: 12. 09. 2003, 14:00 – 19:00 Uhr und 13. 09. 2003, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 260,- EUR
Kurs-Nr.: D 59/03

Thema: Grundlagen u. Praxis der Einschleiftherapie (Zweitagekurs)
Referent: Prof. Dr. Thomas Reiber, Leipzig
Termin: 12. 09. 2003, 14:00 – 19:00 Uhr und 13. 09. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Universität Leipzig
Gebühr: 630,- EUR (max. 8 Teilnehmer)
Kurs-Nr.: L 08/03

für Zahnärzthelferinnen:

Thema: Assistenz in der modernen Parodontaltherapie
Referent: Prof. Dr. Heinz Renggli, Nijmegen (NL)
Termin: 27. 08. 2003, 14:00 – 18:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 85,- EUR
Kurs-Nr.: D 140/03
Thema: Fit für die Prophylaxe: IP 1 bis IP 5 inklusive FU1 bis FU3
Referentin: Annette Schmidt, München
Termin: 29. 08. 2003, 14:00 – 20:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Gebühr: 125,- EUR
Kurs-Nr.: D 142/03

Thema: GOZ – Training für Prophylaxe, Kons. und Zahnersatz
Referentin: Gudrun Sieg-Küster, Wülfrath
Termin: 13. 09. 2003, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Hotel Mercure Leipzig, Augustusplatz
Gebühr: 140,- EUR
Kurs-Nr.: L 170/03

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Abdingung und freie Vertragsgestaltung
 Offensive für Qualität und Leistung (Teamkurs)
Referent: ZMV Christine Baumeister, Münster
Termin: 16. 07. 2003, 15:00 – 18:00 Uhr
Gebühr: ZA 94 EUR, ZH 47 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 230

Thema: Die zwei Säulen der Altersvorsorge: Versorgungswerk und private Vorsorge
Referent: Matthias Hake, Stephan Hinzen, Torsten Balkenhol, Münster
Termin: 16. 07. 2003, 15:00 – 18:00 Uhr
Gebühr: 110 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 200

Thema: Komposit-Restaurationen – heute und morgen
Referent: Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Heidelberg
Termin: 19. 07. 2003, 9:00 – 15:00 Uhr
Gebühr: 204 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 252

Thema: Teamfortbildung Notfallmedizin

Referent: PD Dr. Dr. Monika Daubländer, Dr. Thomas Schneider, Horst Geis, Mainz
Termin: 19. 07. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZA 258 EUR, ZH 129 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 228

Thema: ZahnMedizinische Wissensrecherche im Internet

Referent: Dr. Karl-Ludwig Mischke, Münster
Termin: 19. 07. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 208 EUR
Kurs-Nr.: FBZ 037 201

Helferinnen-Fortbildung

Thema: 5. ZMP- und ZMF-Jahrestagung in Münster und 5. Akademietag der ZÄKW
Termin: 26. 07. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: Zi 033 700

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: christel.Frank@zahn-aerzte-wl.de
www.zahn-aerzte-wl.de/index_akademie.html

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Therapie mit Aufbissbehelfen (Workshop)
Referent: Dr. Stefan Kopp, Jena
Termin: 15. 08. 2003, 9.00 – 19.00 Uhr;
 16. 08. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 400 EUR (inkl. Originalskript)
Kurs-Nr.: Z/2003-051

Thema: Notfallseminar für das Praxisteam
Referent: Prof. Dr. Dr. J. Schubert Prof. Dr. D. Schneider, Dr. J. Lindner, alle Halle/S.
Termin: 23. 08. 2003, 9.00 – 14.30 Uhr
Ort: Halle/S., Maritim Hotel, Riebeckplatz 4
Gebühr: ZA 80 EUR, ZH 65 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH/2003-053

Anzeige

Thema: Praktische Umsetzung der professionellen Zahnreinigung (ausgebucht)
Referent: Genoveva Schmid, Berlin
Termin: 22. 08. 2003, 15.00 – 19.00 Uhr;
 23. 08. 2003, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., Poliklinik für Zahnerhaltung und PAR, Harz 42-44
Gebühr: 220 EUR
Kurs-Nr.: H-25-2003

Thema: Ohr- und Körperakupunktur zur Schmerztherapie und für weitere Indikationen in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. K. Bähnmann, Wahrenholz
Termin: 29. 08. 2003, 14.00 – 19.00 Uhr;
 30. 08. 2003, 9.30 – 16.30 Uhr
Ort: Halle/S., Maritim Hotel, Riebeckplatz 4
Gebühr: 210 EUR
Kurs-Nr.: Z/2003-056

Thema: Sympathy for the devil Zum Umgang mit dem schwierigen Patienten in der Zahnarztpr.
Referent: Dr. H. Freigang und Dipl.-Psych. G. Schütz, Berlin
Termin: 29. 08. 2003, 14.00 – 20.00 Uhr;
 30. 08. 2003, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK,
Gebühr: ZA: 230 EUR, ZH: 150 EUR, Teampreis: (1 ZA/1 ZH: 320 EUR)
Kurs-Nr.: Z/ZH 2003-055

Thema: Parodontologie in der Praxis – Teil 6 (plastische Parodontalchirurgie/Erhaltungstherapie)
Referent: Prof. Dr. Merte, Leipzig

Termin: 29. 08. 2003, 15.00 – 20.00 Uhr;
 30. 08. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK,
Gebühr: 1 700 EUR (Kurspaket)
Kurs-Nr.: Z/2003-015

Thema: Darf's ein bisschen mehr sein? – Begeistern Sie für schöne Zähne
Referent: Dipl.-Psych. Dörte Scheffer
Termin: 30. 08. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 145 EUR
Kurs-Nr.: Z/2003-058

Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt, Große Diesdorfer Str. 162, 39110 Magdeburg, Frau Einecke
 Tel.: 0391/739 39 14
 Fax: 0391/739 39 20
 e-mail: einecke@zahn-aerzte-kammer-sah.de

Fortbildungsveranstaltung der KZV Sachsen-Anhalt gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank

Thema: Die erfolgreiche Praxisabgabe
 Abgabeplanung – Praxisbewerbung – Übergangskooperationen – Steuerstrategie
Termin: 18. 06. 2003, 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: KZV Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 1, 39120 Magdeburg
Gebühr: 59 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg
 Fax: 0391/625 27-88

KZV Freiburg



Fortbildungsforum Freiburg

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

Thema: Die Zahnarztpraxis auf Erfolgskurs – Ganzheitliche Kommunikation
Referent: Elvira Schiemenz-Höfer, Freiburg
Datum: 13. 09. 2003
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: Team: 390 EUR, Einzelperson: 245 EUR
Kurs-Nr.: 03/303

Thema: Stellenwert der Sinusitis für die zahnärztliche Praxis
Referent: PD Dr. Wolfgang Maier und Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg
Datum: 19. 09. 2003
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 03/113

Thema: Ästhetische Frontzahnfüllung
Referent: Dr. Mario José Besek, Zürich
Datum: 20. 09. 2003
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 365 EUR
Kurs-Nr.: 03/114

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

Bayerische LZK



Aufstiegsfortbildung zur ZMV

Thema: Aufstiegsfortbildung zur zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin (ZMV) – Kompaktkurs
Beginn: 07. 01. 2004
 Montags bis Freitags, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Sonstiges: Umfassende Kenntnisse in Abrechnungswesen, Praxisorganisation und -management, Rechts- und Wirtschaftskunde, anwendungsbezogene Datenverarbeitung, Kommunikation, Rhetorik, Ausbildungswesen und Pädagogik sollen dazu führen, dass die Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin eigenverantwortlich und selbstständig in allen Bereichen der Verwaltung in der zahnärztlichen Praxis tätig sein kann.
Inhalte: – Abrechnungswesen
 – Praxisorganisation, -management
 – Rechts- und Wirtschaftskunde
 – anwendungsbezogene Datenverarbeitung
 – Kommunikation und Rhetorik
 – Ausbildungswesen/Pädagogik

Zulassungsvoraussetzungen:
 – Nachweis einer mindestens einjährigen beruflichen Tätigkeit als ZAH/ZFA
 – Nachweis einer mit Erfolg abgelegten Abschlussprüfung als ZAH/ZFA
 – erfolgreiche Absolvierung einer geforderten Aufnahme- bzw. Zulassungsprüfung

Auskunft und Anmeldung:
 Bayerische LZK,
 ZMV-Schule München,
 Frau Christa Rettenbacher
 Tel.: 089/724 80-214
 Fax: 089/724 80-178
 e-mail: cretienbacher@blzk.de

Kongresse

■ 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. Oberpfälzer Zahnärztetag
Veranstalter: Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz in Zusammenarbeit mit dem Klinikum der Universität Regensburg
Thema: Der gute Geschmack
Termin: 03. – 05. 07. 2003
Ort: Regensburg
Auskunft: ZBV Oberpfalz, Postfach 10 01 26, 93001 Regensburg
 Fax: 0941/592 04-70

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., Postf. 70 01 49, 70571 Stuttgart, Tel.: 0711/76 34 43
 Fax: 0711/76 69 92
 e-mail: bn@medicacongress.de

5. ZMP- und ZMF-Jahrestagung
5. Akademietag der ZÄKWL
Veranstalter: Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Termin: 26. 07. 2003, 9.00 – 17.00 Uhr
Auskunft: 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
 www.zahn-aerzte-wl.de/index_akademie.html

■ 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 Dept.
 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@nextra.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. Jahrestagung der DGEEndo

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.
Termin: 25. – 27. 09. 2003
Ort: Frankfurt am Main, Hotel Inter-Continental

Auskunft: Oemus media AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
 Tel.: 0341/48 47 43 09
 Fax: 0341/48 47 43 90
 e-mail: DGEEndoKongress2003@oemus-media.de
 www.dg-endo.de

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 Int. Symposium on Distraction Osteog. and Orthognatic Surgery

Termin: 17./18. 10. 2003
Ort: Marienhospital Stuttgart
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. 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 Röttscher 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 ZAK
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

37. Jahrestagung der Neuen Gruppe

Thema: Panorama der Ästhetik Von der Kieferorthopädie bis zur plastischen Chirurgie
Termin: 30. 10. – 01. 11. 2003
Ort: Hotel Hyatt, Mainz
Auskunft: Knowevents Agentur für Eventmarketing GmbH Emmerich-Josef-Straße 5, 55116 Mainz
 Tel.: 06131/14 48 130
 Fax: 06131/14 48 139
 e-mail: info@knowevents.de
 www.knowevents.de

12. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde

Veranstalter: blend-a-med Forschung
Thema: Mit Biss durchs Leben – Lebensqualität durch Prävention
Termin: 31. 10. – 01. 11. 2003
Ort: Hamburg, Congress Centrum
Auskunft: project+plan gmbH, Kennwort: Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde, PF 12 37, 97802 Lohr am Main
 Tel./Fax: 0800/100 67 31

■ **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

Januar 2004

Jahrestagung der Schweiz. Gesellschaft für Endodontologie
Thema: Multidisziplinäre Endodontie / Multidisciplinary Endodontics
Termin: 16./17. 01. 2004
Ort: UBS Ausbildungs- und Konferenzzentrum,
 Viaduktstraße 33,
 CH-4051 Basel
Auskunft: Sekretariat SSE,
 Postfach 8225, 3001 Bern
 Tel.: +41 79 734 87 25
 Fax: +41 31 901 20 20
 e-mail: sekretariat@endodontology.ch

März 2004

Jahrestagung M.E.G.
Veranstalter: Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose
Thema: „Aus der Praxis für die Praxis“
Termin: 18. – 21. 03. 2004
Ort: Bad Orb
Auskunft: M.E.G. Geschäftsstelle,
 Waisenhausstr. 55,
 80637 München
 Tel.: 089/340 29 720
 Fax: 089/340 29 719
 www.MEG-Hypnose.de

April 2004

8. Jahrestagung des BBI
Thema: „Implantate und Knochen – sein An-Um-Auf- und Abbau. Offene Fragen in Forschung und Klinik.“
Termin: 24. 04. 2004
Ort: Zahnklinik der Freien Universität Berlin
Auskunft: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz,
 Hohenzollerndamm 28 a,
 10713 Berlin
 Tel.: 030/86 09 87-0
 Fax: 030/86 09 87-19

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC-Aufbau- u. Kronenseminar

Thema: Advanced Training zur Anfertigung aller Einzelzahnrestaurationen (d.h. „schwierige“ Konstruktionen, Teilkronen, Front- und Seitenzahnkronen, einfache und extendierte Verblendschalen) und deren Individualisierung
Organisation: Lehrstuhl für Konservierende Zahnheilkunde (Univ.-Prof. Dr. F. Lampert)
Termin: 01./02. 08. 2003,
 Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr,
 Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen

CEREC-Basisseminar

Thema: Basistraining, um mit CEREC in der täglichen Praxis einen erfolgreichen Anfang machen zu können, inkl. post-training support
 Selbstverständlich für CEREC 2, CEREC 3 u. CEREC 3D-Anwender
Organisation: Lehrstuhl für Konservierende Zahnheilkunde (Univ.-Prof. Dr. F. Lampert)
Termin: 08./09. 08. 2003
 Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr,
 Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR
 Sirona-Gutscheine werden angenommen
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

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

Universität Freiburg

Fortbildungsveranstaltung

Termin: 22./23. 08. 2003
Thema: Reform und Evolution: Wissenschaftlich fundierte Diagnostik und Therapie der Myoarthropathien
Leitung: Priv.-Doz. Dr. Alfons Hugger (Düsseldorf),
 Dipl.-Psychol. Dr. Paul Nilges (Mainz),
 Dr. Hans Schindler (Karlsruhe),
 Priv.-Doz. Dr. Jens C. Türp (Freiburg/Basel)
Kursgebühr: 500 EUR
Ort: Universitätsklinikum Freiburg, Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg

Auskunft und Anmeldung:
 Sekretariat Priv.-Doz. Dr. Jens C. Türp, z.Hd. Frau A. Rebstock,
 Hugstetter Str. 55,
 79106 Freiburg
 Tel.: 0761/270-49 53
 Fax: 0761/270-48 24
 e-mail: rebstock@zmk2.ukl.uni-freiburg.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Parodontologie für implantologisch tätige Zahnärzte (DGI/APW-Continuum)
Durchführung: Dr. G. Iglhaut
Termin: 04./05. 07. 2003
Ort: Memmingen
Kursgebühr: 660 EUR (APW/DGI-Mitglieder);
 720 EUR (Nichtmitglieder)
Kurs-Nr.: IM 11

Thema: Ästhetische Verbesserungen mit substanzschonenden Verfahren
Durchführung: Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle
Termin: 05. 07. 2003
Ort: Heidelberg
Kursgebühr: 200 EUR
Kurs-Nr.: APW-Demonstrationskurs ZF 1219

Thema: Sofort- und Spätimplantation – was funktioniert und was nicht (DGI/APW-Continuum)
Durchführung: Prof. Dr. H. Weber, PD Dr. G. Gomez-Roman
Termin: 19. 07. 2003
Ort: Tübingen
Kursgebühr: 330 EUR (APW/DGI-Mitglieder);
 380 EUR (Nichtmitglieder)
Kurs-Nr.: IM 12

Auskunft: Birgit Barten, APW
 Lindemannstraße 96
 40237 Düsseldorf
 Tel.: 0211/66 96 73 0
 Fax: 0211/66 96 73 31
 E-Mail: dgzmk@t-online.de

Freie Anbieter

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

Thema: Selektives Einschleifen – „Schenken Sie Ihren Restaurationen ab sofort ein langes Leben!“
Veranstalter: Point®Seminars
Termin: 04./05. 07. 2003
Ort: Bad Neustadt a.d. Saale
Kursgebühr: 820 EUR
Auskunft: Point®Seminars, Am Wacholderrain 29 97618 Hohonroth Tel.: 09771/990 663 Fax: 09771/990 662 e-mail: seminars@point-world.de www. point-world.de

Thema: point.fotoassistentin – „Patientendokumentation wird für die Forensik immer wichtiger!“
Veranstalter: Point®Seminars
Termin: 06. 07. 2003
Ort: Bad Neustadt a.d. Saale
Kursgebühr: 299 EUR
Auskunft: Point®Seminars, Am Wacholderrain 29 97618 Hohonroth Tel.: 09771/990 663 Fax: 09771/990 662 e-mail: seminars@point-world.de www. point-world.de

Thema: Point Abrechnung
Veranstalter: Point®Seminars
Termin: 11. 07. 2003
Ort: Leipzig
Kursgebühr: 399 EUR
Auskunft: Point®Seminars, Am Wacholderrain 29 97618 Hohonroth Tel.: 09771/990 663 Fax: 09771/990 662 e-mail: seminars@point-world.de www. point-world.de

Thema: Die akt. Prothetik-Abrechnung beim GKV-Patienten
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 11. 07. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Angelika Doppel
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: Crack Day – Die Welt der Präparationen
Veranstalter: Point®Seminars
Termin: 12. 07. 2003
Ort: Leipzig
Kursgebühr: 395 EUR
Auskunft: Point®Seminars, Am Wacholderrain 29 97618 Hohonroth Tel.: 09771/990 663 Fax: 09771/990 662 e-mail: seminars@point-world.de www. point-world.de

Thema: Dampfsoft AnwenderSeminar „DS-WIN-PLUS im Mehrplatz“
Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG
Termin: 17. 07. 2003, 13.00 – 15.00 Uhr
Ort: 70178 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Ingrid Sikora
Kursgebühr: 79 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: Dampfsoft Präsentation
Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG
Termin: 17. 07. 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: Opalescence – so wird Bleaching zum Erfolg
Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co.KG
Termin: 18. 07. 2003, 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: 70178 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Vesna Braun, selbständige Praxistrainerin
Kursgebühr: 159 EUR + MwSt., 120 EUR + MwSt. 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: Gezielte Retention sichert den KFO-Behandlungserfolg
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 18. 07. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Rolf Hinz
Kursgebühr: 300 EUR inkl. MwSt. 240 EUR inkl. MwSt. f. Assistenten mit Nachweis KZV
Auskunft: Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstraße 30, 44623 Herne Tel.: 02323/946 83 00 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Labortechnik für die KFO-Fachangestellte
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 18. 07. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Referentin: Manuela Tessmann
Kursgebühr: 209 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803 409

Thema: KFO Spezialkurs „Die Hansa-Platte“
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 18. – 19. 07. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Konrad Hofmann
Kursgebühr: 419 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Braun,
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803 409

Thema: Akupunktur in der
zahnärztlichen Praxis Teil I
Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberufe,
Herne
Termin: 18./19. 07. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang
Seidel
Kursgebühr: 560 EUR inkl. MwSt.
450 EUR inkl. MwSt. f. Assistenten
mit Nachweis KZV
Auskunft: Haranni Akademie,
Renate Dömpke, Schulstraße 30,
44623 Herne
Tel.: 02323/946 83 00
Fax: 02323/946 83 33

Thema: Kieferorthopädischer
Grundkurs Teil II – Herstellung
von bimaxillären Geräten
Veranstalter: Dentaurum J.P.
Winkelstroeter KG – CDC – Cen-
trum Dentale Kommunikation
Termin: 18. – 19. 07. 2003
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Jörg Stehr
Kursgebühr: 419 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun,
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803 409

Thema: Neugründerseminar
Veranstalter: solutio GmbH
Termin: 19. 07. 2003
Ort: Fortbildungsforum „Zahn-
werk“, Schwabach
Sonstiges: Verschiedene Themen;
Ref.: Dr. Reinhard Kanzler,
Norbert Weigel, Dr. Walter
Schneider
Kursgebühr: 49 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: solutio GmbH,
Röhler Weg 16,
71032 Böblingen
Tel.: 07031/46 18 72
Fax: 07031/46 18 77
e-mail: info@solutio.de
www.solutio.de

Thema: Elasto-KFO – ein Behand-
lungssystem für das Wechsel-
und permanente Gebiss
Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberufe,
Herne
Termin: 19. 07. 2003
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Rolf Hinz
und Mitarbeiter

Kursgebühr: 280 EUR inkl. MwSt.
225 EUR inkl. MwSt. f. Assisten-
ten mit Nachweis KZV
Auskunft: Haranni Akademie,
Renate Dömpke, Schulstraße 30,
44623 Herne
Tel.: 02323/946 83 00
Fax: 02323/946 83 33

Thema: Zahnarztpraxis Internet-
Auftritt
Veranstalter: Demaco
Termin: 19. 07. 2003,
9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Sonstiges: Fordern Sie den
aktuellen Fortbildungskalender
2003 an!
Kursgebühr: 190 EUR + MwSt.
Auskunft: Demaco,
Itterstraße 38, 40589 Düsseldorf
Tel.: 0211/75 84 94 10
Fax: 0211/75 84 94 12
www.demaco.de

Thema: Heraeus-Symposium:
Basel II (Herr Lenz); Effizienzstei-
gerung im Labor am Beispiel Ker-
amikverblendung (Herr Rosen-
baum); Ausgereifte Legierungen
(Dr. Schuster); Keiner versteht
mich – nicht mal ich! (Herr
Maro)
Veranstalter: Heraeus Kulzer
GmbH & Co. KG
Termin: 23. 07. 2003
Ort: Ingolstadt
Auskunft: Heraeus Kulzer GmbH
& Co KG, Postfach 1552,
63405 Hanau,
Grüner Weg 11, 63450 Hanau
Internet: www.heraeus-kulzer.de

Thema: Betriebswirtschaftlicher
Erfolg in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: solutio GmbH
Termin: 25. 07. 2003
Ort: solutio GmbH,
Hasenbergsteige 31,
70197 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Frau Heike
Herrmann
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.
Auskunft: solutio GmbH,
Röhler Weg 16,
71032 Böblingen
Tel.: 07031/46 18 72
Fax: 07031/46 18 77
e-mail: info@solutio.de
www.solutio.de

Thema: Erfolgskonzept der Or-
thograden Endodontie –
Praktischer Arbeitskurs
Veranstalter: ZÄT-Info Informati-
ons- und fortbildungsgesell-
schaft für Zahnheilkunde
Termin: 25./26. 07. 2003
Ort: 48346 Ostbevern
Sonstiges: Ref.: Dr. med. dent.
Helmut Walsch, München
Kursgebühr: 760 EUR + MwSt.
Auskunft: ZÄT-Info,
Erbdrostenstr. 6,
48346 Ostbevern
Tel.: 02532/73 30
Fax: 02532/77 93

Thema: Informationsveranstal-
tung zur Kursreihe „Vorberei-
tung auf die amtsärztliche Über-
prüfung zum Heilpraktiker für
Zahnärzte und Apotheker
Veranstalter: PAN – Privatakade-
mie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 26. 07. 2003, 10.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Kursinhalte und -auf-
bau werden vorgestellt. Gasthö-
rerschaft beim anschließenden
Übungskurs möglich; Anmel-
dung 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 – Privatakade-
mie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 26. 07. 2003,
11.00 – 18.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: 18-monatige Kursreihe
(6 Einzelblöcke zu je 3 Monaten)
Rotationsverfahren. Einstieg je-
derzeit möglich. Gasthörer-
schaft nach Anmeldung möglich
Kursgebühr: auf Anfrage
Auskunft: Frau Gardemin
Streithorstweg 3,
49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Praktischer Arbeitskurs
zur Individualprophylaxe
Veranstalter: Prophylaxekurse
Korschenbroich Dr. Lutz Laurisch
Termin: 26. 07., 23. 08., 20. 09.,
11. 10., 22. 11. und 06. 12. 03
Ort: Korschenbroich
Sonstiges: Ref.: Andrea Busch
Kursgebühr: 370 EUR
Auskunft: B. Maassen,
Arndtstr. 5,
41352 Korschenbroich
Tel.: 02161/611 66
Fax: 02161/647 98
www.prophylaxekurse-kor-
schenbroich.de

Thema: Modul 5: Durchführung
Interner Audits
Veranstalter: dental-qm
Termin: 16. 08. 2003
Ort: Hamburg
Sonstiges: Grundlagen und prak-
tische Durchführung von Inter-
nen Audits, Managementbewer-
tung
Kursgebühr: 420 EUR + MwSt.
Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl.
Kirsten Schwinn,
Jungfernstieg 21, 24103 Kiel
Tel.: 0431/97 10-308
Fax: 0431/97 10-309
e-mail: schwinn@dental-qm.de
internet: www.dental-qm.de

Thema: Galvanische Doppelkro-
nen in Praxis und Labor
Veranstalter: Westerburger
Kontakte
Termin: 28. – 30. 08. 2003
Ort: E56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Diether
Reusch, ZTM Michael Kramprich,
ZTM Paul Gerd Lenze
Kursgebühr: 1 200 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Schüchen,
Westerburger Kontakte,
Bildzstr. 5,
56457 Westerburg
Tel.: 02663/39 66
Fax: 02663/39 76

Thema: Fortbildung zur
Praxismanagerin
Veranstalter: Institut für Mana-
gement und Marketing in der
Zahnarztpraxis
Termin: ab September 2003
Ort: Ellwangen, Heidelberg,
München
Auskunft: Institut für Mana-
gement und Marketing in der ZAP,
Remstalstraße 50,
71686 Remseck
Tel.: 07146/28 34 55
Fax: 07146/28 34 57



Gelungene Prophylaxearbeit mit Kindern

Im Zähneputzen eine Eins

Die zwölfjährige Marieke schrieb letztes Jahr in der Schule einen Aufsatz zum Thema „Wie man seine Zähne gründlich putzt“. Ihre Arbeit erhielt die Bestnote – von ihrem Wissen kann sich sogar manch Erwachsener noch eine Scheibe abschneiden. Die zm haben Mariekes „Vorgangsbeschreibung“ – ein Auszug im Original – wortgenau abgedruckt.

Dass Marieke über Zahnpflege und Co. so gut Bescheid weiß, hat sie vor allem Dr. Wolfgang Burk zu verdanken: Der Oldenburger Zahnarzt zeigt seinen jungen Patienten regelmäßig, wie man sich effektiv und schonend die Zähne reinigt. Auch Marieke hat bei dem Zahnprofi und seinem Team des öfteren Zähneputzen geübt und wertvolle Tipps erhalten. Darüber hinaus besucht der Schulzahnarzt jedes halbe Jahr die Klasse. Vor dem Deutsch-Aufsatz gab es noch eine Extrastunde in Sachen Zahngesundheit – dann mussten die Schülerinnen und Schüler aufschreiben, was sie wussten. Als die Noten schließlich verteilt wurden, hat Marieke sich natürlich sehr gefreut: Die einzige Eins in der ganzen Klasse! Das erzählte sie sofort ihrem Zahnarzt, und er wiederum schickte den Bericht zur zm. ck

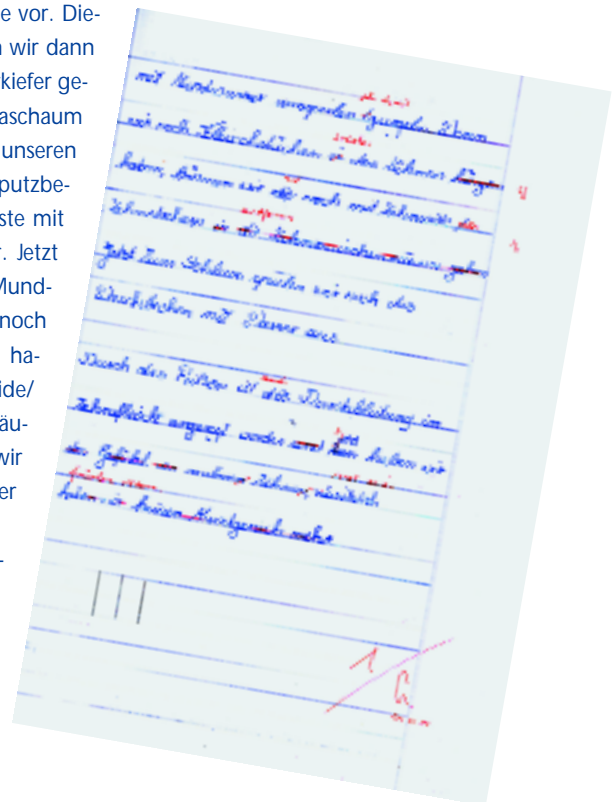
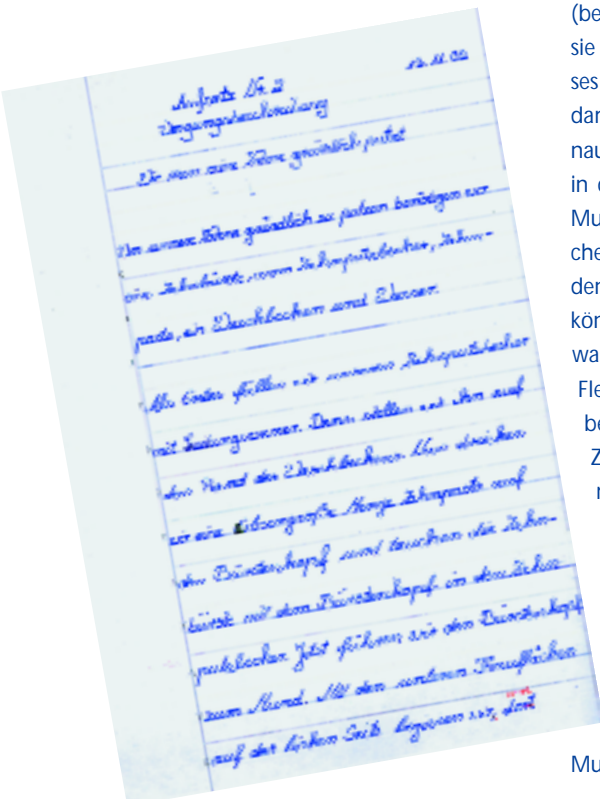
Aufsatz Nr.2
Vorgangsbeschreibung

Wie man seine Zähne gründlich putzt

Um unsere Zähne gründlich zu putzen, benötigen wir eine Zahnbürste, einen Zahnputzbecher, Zahnpasta, ein Waschbecken und Wasser.

Als Erstes füllen wir unseren Zahnputzbecher mit Leitungswasser. Dann stellen wir ihn auf den Rand des Waschbeckens. Nun drücken wir eine erbsengroße Menge Zahnpasta auf den Bürstenkopf und tauchen die Zahnbürste mit dem Bürstenkopf in den Zahnputzbecher. Jetzt führen wir den Bürstenkopf zum Mund. Mit den unteren Kauflächen auf der linken Seite beginnen wir, dort schrubben wir mit der Zahnbürste ungefähr 10-mal hin und her. Danach machen wir das Gleiche auch auf der rechten Seite und auf den Kauflächen von dem Oberkiefer. Wenn wir damit fertig sind, tauchen wir die Zahnbürste noch mal kurz in unseren Zahnputzbecher. Jetzt beißen wir die Kauflächen zusammen und führen die Bürste zwischen die Zähne und Wangeninnenseite. Nun putzen wir den ganzen Oberkiefer ringsum in kleinen Kreisen von dem Zahnfleisch zum Zahn. Wenn wir damit fertig sind, machen wir das Gleiche auch mit dem Unterkiefer. Jetzt spucken wir die Zahnpasta in das Waschbecken. Danach putzen wir die Zahninnenseite, wieder von Rot nach Weiß, das heißt vom Zahnfleisch zum Zahn. So arbeiten wir uns jetzt stückweise im Oberkiefer vor. Wenn wir in der Mitte vom Oberkiefer angekommen sind, (bei den Rückseiten der Schneidezähne), halten wir die Zahnbürste hinter den Zahn und ziehen sie dann ein bisschen nach unten/vorne vor. Dieses wiederholen wir ca. 3-5-mal. Wenn wir dann damit fertig sind, putzen wir den Unterkiefer genauso. Jetzt spucken wir den Zahnpastaschaum in das Waschbecken. Nun spülen wir unseren Mund mit dem Wasser aus dem Zahnputzbecher aus und säubern unsere Zahnbürste mit den Händen unter fließendem Wasser. Jetzt können wir noch unseren Mund mit Mundwasser ausspülen/gurgeln. Wenn wir noch Fleischstücke in den Zähnen hängen haben, können wir noch mit Zahnseide/Zahnstochern in die Zahnzwischenräume gehen. Zum Schluss spülen wir noch das Waschbecken mit Wasser aus.

Durch das Putzen ist die Durchblutung im Zahnfleisch angeregt worden. Jetzt haben wir das Gefühl von sauberen Zähnen, zusätzlich haben wir keinen Mundgeruch mehr. ■



Prophylaxe als wirtschaftliches Standbein

Gut geplant ist halb gewonnen

Bettina Arendes

Der starke Trend zu mehr Prävention in der Zahnmedizin ist unübersehbar: In den vergangenen Jahren sind Angebot und Nachfrage prophylaktischer Maßnahmen stetig gestiegen. Die Vorteile für die Patienten liegen auf der Hand – doch auch für den Zahnarzt und sein Team bringt die Prophylaxe einen erheblichen Nutzen. Das Praxisimage steigt ebenso wie die berufliche Zufriedenheit aller Mitarbeiter. Darüber hinaus kann die Prophylaxe bei richtiger Organisation auch als ein wirtschaftliches Standbein etabliert werden.



Auch bei der Prophylaxe spielt das Vertrauen zwischen Patient, Arzt und Praxiskraft eine entscheidende Rolle.

sein, dass die betreffenden Mitarbeiterinnen eigenständig arbeiten und sich in ihrem Beruf weiterentwickeln können. Ein Zahnarzt, der die Prophylaxe in seiner Praxis einführen oder ausbauen möchte, sollte daher prüfen, ob eine seiner bisherigen Mitarbeiterinnen für diesen Posten in Frage kommt oder ob eine Neueinstellung notwendig ist. Erfahrungsgemäß greifen Zahnärzte am Anfang lieber auf eine vorhandene Mitarbeiterin zurück, die gegebenenfalls entsprechend fortgebildet wird. Allerdings ist zu beachten, dass diese Mitarbeiterin für Tätigkeiten an der Rezeption und in der Stuhlassis-

Foto: colgate

tenz künftig weitgehend ausfällt. Vor Einführung der Prophylaxe muss in jedem Fall geklärt werden, ob die Praxis über ausreichende personelle Kapazitäten verfügt. Dann sollten die Mitarbeiterinnen, denen die Durchführung der Prophylaxe übertragen wird, unbedingt in Schulungen professionell auf ihre künftigen Aufgaben vorbereitet werden.

Nur wenn die Prophylaxe gut organisiert ist, werden die Patienten sie auch dauerhaft in Anspruch nehmen. Das Terminmanagement muss stimmen, das heißt, es sollte auf die Patientenzielgruppen und deren Bedürfnisse abgestimmt sein.

■ In einer Zwei-Behandler-Praxis mit zwei fortgebildeten Prophylaxekräften bietet sich ein Schichtsystem an, das Behandlungszeiten durchgehend von acht bis 20 Uhr ermöglicht und während dieser Zeit Prophylaxe- und andere Behandlungen parallel anbietet. Dabei kommt es auch auf die räumliche Situation an: Um eigenständig arbeiten zu können, benötigt die Prophylaxekraft ein eigenes Behandlungszimmer.

■ Soll die Prophylaxe auch in einer Einbehandlerpraxis ein wesentliches wirtschaftliches Standbein werden, muss eine andere Lösung gefunden werden. Die Prophylaxe kann hier an festen Wochentagen zu unterschiedlichen Zeiten angeboten werden – einmal von morgens bis nachmittags, ein anderes Mal von mittags bis zum frühen Abend.

Terminblock schafft auch hier den Überblick

Prophylaxe sollte in jedem Fall als eigenständiger medizinischer Bereich in der Praxis eingeplant werden. Dies lässt sich vor allem im Bestellbuch umsetzen – Prophylaxetermine können dort in einer eigenen Sparte eingetragen werden. Auf diese Weise behält die Prophylaxekraft den Überblick über die Termine und die Auslastung der verschiedenen Behandlungsräume. Was allgemein für das Terminmanagement gilt, sollte der Zahnarzt auch bei der Koordination der Prophylaxetermine anwenden: Auch für die Prophylaxe sollten Terminblöcke eingerichtet werden.

Die Zahnarztpraxis sollte außerdem die Flexibilität ihrer Patienten gezielt nutzen: Ein Patient, der tagsüber erreichbar ist und über einen kurzfristig frei gewordenen Termin unterrichtet werden möchte, wird in eine Warteliste eingetragen. Wird ein Termin abgesagt, kann die Prophylaxe-Mitarbeiterin den ersten Patienten auf der Warte-

zm-Info

liste anrufen und ihm den Termin anbieten. Auf diese Weise lassen sich Lücken zwischen den einzelnen Prophylaxebehandlungen vermeiden. Wichtig ist, dass die Warteliste die erforderlichen Patientendaten (Name, Aufnahme datum, Dauer der Behandlung) enthält und darüber hinaus vermerkt, wann der jeweilige Patient behandelt werden möchte und wie lange sein Anfahrtsweg dauert. Werden diese Voraussetzungen erfüllt, erspart man dem Patienten lange Wartezeiten, und die Prophylaxebehandlungen lassen sich reibungsloser durchführen.



Das Angebot ist vielfältig – darum muss die Prophylaxebehandlung individuell genau abgestimmt werden.

Wie soll nun ein Zahnarzt, der gerade erst beginnt, gezielt Prophylaxe anzubieten, diesen Anforderungen gerecht werden? Steht die Prophylaxe noch ganz am Anfang, ist es sinnvoll, entsprechende Termine zunächst auf ruhigere Zeiten zu legen oder während längerer Behandlungen einzuplanen, da der Zahnarzt dann nur ein Behandlungszimmer benötigt. So wird ein zeitweiliger Leerlauf vermieden, und die Prophylaxe kann ohne Hektik allmählich aufgebaut werden. Ist die Prophylaxe erst einmal etabliert, lohnt sich in vielen Fällen die Einrichtung eines speziellen Prophylaxezimmers.

Überzeugungsarbeit leisten

Damit die Patienten die Prophylaxe gut annehmen, müssen sie von den Vorteilen dieser Leistung überzeugt werden. Hier zählen neben der zahnmedizinischen Kompetenz auch das Einfühlungsvermögen und das kommunikative Geschick der Prophylaxe-

Prophylaxe: Der Fahrplan zum Erfolg

Ist Ihr Team auf den Einstieg in die Prophylaxe vorbereitet?

- Sind Ihre personellen Kapazitäten ausreichend?
- Haben Sie eine oder zwei Mitarbeiterinnen, die in der Lage sind, die Prophylaxe in Ihrer Praxis eigenständig und hauptverantwortlich zu betreuen?
- Sind diese Mitarbeiterinnen ausreichend geschult oder sind Trainings und Fortbildungen notwendig?
- Funktioniert Ihr Terminmanagement im Sinne Ihrer Hauptpatientengruppen?
- Berücksichtigt Ihre Rezeptionskraft die Basisregeln der gezielten, patienten-gruppenorientierten Terminvergabe?

Warteliste

- Nutzen Sie die terminliche Flexibilität Ihrer Patienten?
- Führen Sie Wartelisten, um freigewordene Termine zu nutzen?
- Enthält diese Warteliste die erforderlichen Daten?

Die professionelle Beratung des Patienten

- Gibt es in Ihrer Praxis ein Behandlungszimmer, in dem Ihre Prophylaxe-Assistentin ungestört arbeiten und den Patienten beraten kann?
- Werden Ihre Patienten über die individuellen Vorteile der Prophylaxe unterrichtet?
- Sind Sie und Ihre Mitarbeiterinnen ausreichend im Bereich der Kommunikation geschult?

- Haben Sie das persönliche Ziel des Patienten im Blick?
- Überzeugen Sie Ihre Patienten von der Qualität Ihrer Leistung?
- Weisen Sie Ihre Prophylaxekraft als Fachfrau vor Ihren Patienten aus?

Die Kosten der Prophylaxe-Behandlung

- Welche Faktoren haben Sie bei der Ermittlung des Preises für eine Prophylaxe-Behandlung zugrundegelegt?
- Sind Ihre Privatliquidationen Ihrem Praxisstandort angemessen?
- Wie und wann informieren Sie Ihre Patienten über die entstehenden Kosten?
- Welche Möglichkeiten der Bezahlung bietet Ihre Praxis an?

Prophylaxe-Recall

- Weiß Ihr Patient, dass er die Prophylaxebehandlung in regelmäßigen Zeitabständen wiederholen lassen muss?
- In welcher Form wird der Patient benachrichtigt?
- Beachten Sie dabei die persönlichen Wünsche des Patienten?

Eine ausführliche Checklistezum Thema Prophylaxe-Integration können Sie anfordern bei:

New Image Dental GmbH
 Agentur für Praxismarketing
 Jahnstraße 18, 55270 Zornheim
 Tel.: 06136/955500
 Fax: 06136/9555033
 E-mail: DLV-New-Image@t-online.de
 oder zentrale@new-image-dental.de
 www.new-image-dental.de

kraft. Diese ist nicht nur für die professionelle Reinigung der Zähne und die Aufklärung über die richtige Zahnpflege zuständig, sondern berät die Patienten auch selbstständig zum Thema Prophylaxe. Eine gutes Patientengespräch zeichnet sich dadurch aus, dass die Prophylaxekraft „heraus hört“, welche Erwartungen ein Patient an die Praxis und die Prophylaxebehandlung tatsächlich stellt. Hier ist das psychologische Einfühlungsvermögen der Mitarbeiterin gefragt: Sie hat die Aufgabe, den Patienten für die Schwachstellen seiner Mundsituation zu sensibilisieren und mit ihm ein gezieltes

Mundhygieneprogramm zu erarbeiten. Entsprechende Schulungen – etwa Seminare oder Praxis-Trainings – machen die Mitarbeiterin fit für die Patientenberatung. Voraussetzung für ein erfolgreiches Beratungsgespräch ist darüber hinaus, dass der Patient erkennt: Die Zusammenarbeit von Zahnarzt und Prophylaxekraft ist aufeinander abgestimmt. Der Zahnarzt sollte im Patientengespräch auf etwaige Gefahren für die Mundgesundheit und den Sinn von Vorsorgemaßnahmen eingehen. Zeigt sich der Patient daraufhin an einer Prophylaxebehandlung interessiert, übergibt der

Zahnarzt das Gespräch an seine Mitarbeiterin: „Frau XY wird Sie jetzt ausführlich über die Prophylaxe beraten“. Er weist die Prophylaxekraft damit vor dem Patienten als kompetente Ansprechpartnerin und Spezialistin aus. Diese sollte nun die Vorteile der Prävention ausführlich und verständlich darstellen, Anschauungsmaterial hinzuziehen und einen konkreten Termin mit dem Patienten vereinbaren.

respektiert werden – einige hätten gerne eine schriftliche Benachrichtigung, andere ziehen einen Telefonanruf vor. Im Allgemeinen sollte der Patient als erstes telefonisch kontaktiert werden, um sofort einen Termin vereinbaren zu können. Der organisatorische Aufwand eines solchen Prophylaxekonzeptes mit Recall zahlt sich langfristig aus. Eine professionelle Prophylaxe trägt heutzutage entscheidend zur Gesundheit von



Die Prophylaxekraft informiert den Patienten über Sinn, Inhalte und Kosten der Prophylaxe.

Foto: zm-Bildarchiv

Natürlich sind auch die Kosten der Prophylaxebehandlung ein Thema. Deshalb ist Aufklärung so entscheidend: Damit die gesamte Behandlung für den Patienten transparent bleibt, wird der Preis rechtzeitig beim ersten Beratungsgespräch genannt. Bei der Berechnung von Prophylaxeleistungen gibt es keine standardisierten Regelungen. Wichtig ist, den Patienten durch Qualität zu überzeugen und ihm ein umfassendes Leistungsangebot zu unterbreiten. Neben der klassischen Zahnsteinentfernung sollte es die gründliche Reinigung der Zahnzwischenräume mit speziellen Handinstrumenten, Air-Flow, Politur der Glattflächen, das Auftragen eines Fluor-Lacks und gezielte Anweisungen zur häuslichen Pflege beinhalten.

Damit Prophylaxebehandlungen dauerhaft medizinisch erfolgreich sind, muss der Patient sie regelmäßig wahrnehmen. Der Zahnarzt und sein Team müssen den Patienten also rechtzeitig benachrichtigen, um einen neuen Prophylaxetermin zu vereinbaren. Persönliche Wünsche der Patienten sollten

Zähnen und Zahnfleisch bei. Deshalb sollte jeder Patient über den Nutzen einer solchen Behandlung umfassend aufgeklärt werden. Die Erfahrung zeigt: Bei der richtigen Organisation und überzeugender Beratung kann ein Großteil der aktiven Patienten einer Zahnarztpraxis für die Prophylaxe gewonnen werden. Eine optimale Beratung, die den Patienten in den Mittelpunkt rückt, ist hier ebenso gefragt wie ein gut organisiertes Terminmanagement, das zum einen dem Patienten durch kurze Wartezeiten entgegenkommt, zum anderen dem Praxisteam eine effiziente Arbeitsweise ermöglicht. Gelingt es, die Voraussetzungen für eine optimale Kommunikation mit dem Patienten und einen reibungslosen Praxisablauf zu schaffen, ist der Grundstein zu einer erfolgreichen Prophylaxe gelegt.

*Bettina Arendes
Fettstr. 10
20357 Hamburg*

Prüfung von Steuererklärungen

Fiskus-Fahnder unter Zeitdruck

Joachim Kirchmann

Das Soll ist hoch: Im Schnitt sieben Steuererklärungen von Freiberuflern und Gewerbetreibenden muss der zuständige Finanzbeamte pro Arbeitstag abhaken. Deshalb wird bei Betrugsverdacht und Zeitdruck die Akte schnell weitergereicht an die Steuerfahndung. Und die ist erfolgreicher denn je.

Wer sich den Steuerberater erspart, muss bis zum Stichtag (31. Mai) eines jeden Jahres seine Steuererklärung abgegeben haben. Sonst droht ein Strafgehalt. Wer hingegen einen Steuerberater damit beauftragt, die wohl lästigste Pflicht eines steuerzahlenden Bundesbürgers zu erledigen, genießt bei seinem Finanzamt eine Art Bonus: Ein Steuerberater ist nämlich darauf vereidigt, ehrliche und vollständige Steuererklärungen einzureichen. Würde er zu Steuerbetrug raten oder diesen auch nur dulden, stünde seine Zulassung auf dem Spiel. Wer also den Staat um Steuern betrügen will, muss zunächst seinen Steuerberater hinter das Licht führen. Das ist nicht einfach, weiß der Prüfbeamte und macht im Geiste einen Haken des Wohlwollens.

Die Finanzbeamten, die Steuererklärungen überprüfen, sind spezialisiert. Schon in kleinen Ämtern wird unterschieden zwischen den „abhängig“ Beschäftigten und den selbständig Gewerbetreibenden. Darunter fallen auch Freiberufler, also die Ärzte und Zahnärzte mit eigener Praxis. Die Angestellten, gleichgültig, wie viel sie im Monat verdienen, zahlen wie eine Zwangsabgabe ihre Lohnsteuer. Ihr Spielraum, gezielt Steuern zu hinterziehen, ist daher relativ ge-



AKTENBERGE OHNE ENDE: In deutschen Finanzämtern stapeln sich die Steuererklärungen. Intensiv geprüft werden deshalb vor allem Selbständige mit einem Jahreseinkommen von mehr als 200 000 Euro.

ring. Die Selbständigen hingegen haben theoretisch alle Möglichkeiten. In größeren Finanzämtern werden sie in Einkommensgruppen unterteilt. Wer im Jahr mehr als 200 000 Euro verdient, muss zu 70 Prozent damit rechnen, intensiv geprüft zu werden. Bei einem Jahreseinkommen von unter 75 000 Euro werden nur etwa zwei Prozent der Steuererklärungen gründlich durchleuchtet.

Plausibel bleiben

Das wichtigste Prüfkriterium heißt Plausibilität. Wer beispielsweise plötzlich hohe Verluste aus Aktienkäufen vortragen lässt, ohne bislang einen Euro an Spe-

kulationsgewinnen oder an Dividendenerträgen versteuert zu haben, macht sich verdächtig. Dieser Steuerbürger bekommt mit Sicherheit von seinem Finanzamt einen Brief mit der Aufforderung, für die zurückliegenden zehn Jahre eine Liste über all seine Kapitalerträge samt den Belegen abzuliefern.

Die gleiche Aufforderung dürfen Bürger erhalten, die bei unterschiedlichen Banken Freistellungsaufträge für Zinseinnahmen eingereicht und dabei den erlaubten Freibetrag überschritten haben. Erlaubt sind bei Singles 1 550 Euro, bei Ehepartnern 3 100 Euro. Was der Schummler womöglich nicht weiß: Die Banken melden jeden

Freistellungsauftrag an eine Zentrale, nämlich an das Bundesamt für Finanzen mit Sitz in Bonn. Von hier aus gehen im Bedarfsfall Kontrollmitteilungen an das zuständige Finanzamt.

Legt ein Steuerzahler die erbetene Liste über die zurückliegenden Kapitalerträge nicht innerhalb der vorgegebenen Frist, gar nicht oder nur unvollständig vor, droht ihm Ungemach. Das Bundesamt für Finanzen kennt alle Konten und Depots, für die Freistellungsaufträge eingereicht sind. Auch die Schufa, bei der alle Girokonten gespeichert sind, kann dem Fiskus helfen. Denn ein Wertpapierdepot führt der normale Bankkunde in der Regel in unmittelbarer Nachbar-

schaft zu einem Girokonto. Name, Anschrift und Geburtsdatum, die Basisdaten für eine erfolgreiche Schufa-Anfrage, stehen auf dem ersten Blatt der Steuererklärung. Doch auch in der Steuererklärung wird eine Kontonummer verlangt (für eventuelle Rückzahlungen). Bei wenig raffinierten Steuermoglern steckt dahinter das einzige Allzweck-Giro-Privatkonto im Verbund mit einem Wertpapierdepot.

Kein Bankgeheimnis

Kennt der recherchierende Finanzbeamte die Konten und Depots seines Verdachtsfalles, schreibt er die involvierten Geldinstitute an – mit der Bitte um Auskunft über die eventuellen Kapitalerträge und/oder Wertpapierverkaufsgewinne während der vergangenen zehn Jahre. Steuerforderungen über zehn Jahre hinaus sind verjährt. Solche Einzelanfragen bei Geldinstituten sind völlig legitim. Sie tangieren keineswegs das Bankgeheimnis (was immer das in Deutschland ist). Nur Betriebsprüfer, die das Geschäftsgebahren einer Bank unter die Lupe nehmen, dürfen mit richterli-

chem Beschluss die Kundendaten mitverwerten.

Wichtig für den Steuersünder: Reicht er die erbetene Aufstellung ein und beichtet zugleich seine Steuerschulden, erspart er sich ein Strafverfahren. Er muss dann die hinterzogenen Steuern samt jährlich sechs Prozent Zinsen nachzahlen. Muss aber der Prüfbeamte eines Finanzamtes auf Umwegen die Bankverbindungen eines Prüflings ausfindig machen, wird die Sache für ihn mühsam. Für die kontaktierten Banken ist die zehnjährige Liste für Zinsen und Dividenden relativ einfach zu erstellen. Steuerpflichtige Verkaufsgewinne sind dagegen schwer zu ermitteln. Denn die Banken überlassen dem Finanzamt zumeist elektronische Dateien. Die muss der zuständige Beamte selber bearbeiten. Wurden jedoch Depotposten unter diversen Geldinstituten hin- und herverschoben, sind die Kauf- und Verkaufsdaten nicht mehr erkennbar. Auch ein engagierter und eifriger Finanzbeamter kommt bei komplexen Transaktionen in Zeitnot.

Werden dem Sachbearbeiter die Bankrecherchen sowie die Prüfung und Berechnung der mutmaßlich hinterzogenen Steuern

zu zeitaufwändig, zieht er sich gerne aus der Affäre, indem er seine Verdächtigungen wie auch seine bisherigen Ermittlungen an die Steuerfahndung weitergibt. Wenn die sich meldet, ist es für eine Selbstanzeige zu spät. Die Steuerfahnder nehmen sich dann die Zeit, die von den meisten Geldinstituten per Microfiche abgelegten Kundendaten und Wertpapiertransaktionen zu enträtseln. Wie effizient die Fahnder mittlerweile arbeiten, lässt sich belegen: Von 1999 bis zum Jahr 2000 wurde ihre Zahl von rund 1 900 auf 2 100 erhöht und blieb danach konstant. Von 2000 bis 2001 steigerten sie die Ermittlung hinterzogener Steuern von 1,5 auf 2,5 Milliarden Euro. Das ist freilich nur ein Bruchteil jener rund 70 Milliarden Euro, die nach einer Schätzung der Deutschen Steuergewerkschaft in Deutschland jährlich hinterzogen werden. Die Zahl der Selbstanzeigen reuiger Steuersünder stieg von 2000 auf 2001 nach Angaben der Steuergewerkschaft von gut 27 000 auf rund 30 000.

Die Prüfer von Steuererklärungen kommen den Steuerhinterziehern aber nicht nur durch mühevollen und zeitaufwändige

Eigenrecherchen auf die Schliche. Ohne auch nur einen Finger krümmen zu müssen, landen aus vielfältigen Quellen Kontrollmitteilungen auf den Schreibtischen der Finanzämter, von denen der Steuerzahler zumeist gar nichts ahnt. So schicken Notare von jedem Vertrag, den sie beurkunden, eine Kopie an die Finanzbehörden. So wird jeder Immobilienerwerb, jede Schenkung, jeder Erbvertrag, jede Änderung des ehelichen Güterstandes automatisch ans Finanzamt weitergereicht.

Unter der Lupe

Aber auch Versicherungen melden den vorzeitigen Rückkauf und die Auszahlung von Lebensversicherungen. Banken informieren das zentrale Bundesamt für Finanzen über jeden Freistellungsauftrag von Zinsabschlagsteuern. Betriebsprüfer, die routinemäßig von Zeit zu Zeit alle Gewerbetreibenden unter die Lupe nehmen, zeigen dem Innendienst steuerrelevante Geschäftsbeziehungen an. Rechnungen etwa, die ein Prüfling steuermindernd als Werbungskosten geltend gemacht hat, müssten beim Aussteller eigent-

lich als steuerpflichtige Einnahmen verbucht sein. Wer diese samt der kassierten Mehrwertsteuer verschwiegen hat – was relativ leicht zu ermitteln ist – kann große, womöglich sogar strafrechtliche Schwierigkeiten bekommen.

Grundbuch keine oder – dank hoher Eigenkapitalquote – nur geringe Hypotheken eintragen lässt. Wer teure Objekte ganz oder großenteils bar finanziert, so schlussfolgert die bestens informierte Steuerbehörde, der könnte unversteuerte Gelder

Das gilt auch, wenn eine vermietete Wohnung aufwändig renoviert – etwa mit einer neuen Küche ausgestattet – wurde, die neue Küche in Wirklichkeit aber beim Vermieter eingebaut ist. Renovierungsrechnungen, die von Firmen am Wohnsitz oder aus dem Umkreis des Vermieters stammen, sich aber auf ein weit entferntes Mietobjekt beziehen, lösen bei den Steuerprüfern automatisch Verdächtigungen und Nachforschungen aus.

Nicht zuletzt setzen Finanzbehörden auch auf Kommissar Zufall. So ging unlängst ein Mitarbeiter eines marktführenden Vermögensverwalters aus Liechtenstein in Deutschland mit einer elektronisch gespeicherten Liste aller eigentlich anonym zu haltenden Inhaber von Liechtenstein-Stiftungen hausieren. Wer aufflog,

war als Steuerhinterzieher entlarvt, darunter sogar prominente deutsche Banker. Recht häufig zeigen rachesüchtige Mitarbeiter anonym – aber im Detail – ihr Wissen um die Steuertricks ihrer Chefs an. Nicht zufällig setzen Finanzämter gerne routinemäßige Steuerprüfungen bei einem Selbständigen an, nachdem dessen Ehe geschieden wurde. Denn der Ehepartner von einst, der nichts mehr zu verlieren hat, neigt zum Ausplaudern der ehelichen Steuergeheimnisse. Widersprüchliche Erläuterungen bieten einen Hebel zum gezielten Nachfassen.

Ganz leichtes Spiel haben die Finanzämter mit einem verstorbenen Steuerzahler. Denn

im Todesfall sprudeln wie von selbst die steuerrelevanten Informationen: Ohne Aufforderung offenbaren die (inländischen) Banken dem Fiskus alle Konten, Depots, Sparbücher oder auch Schließfächer des Verstorbenen. Über das zwangsweise eingeschaltete Nachlassgericht wird alles öffentlich: das Testament, die Anweisungen an einen eventuell eingeschalteten Testamentvollstrecker, Zeugnisse über Gütergemeinschaften oder Anordnungen an einen Nachlassverwalter. Und die Assekuranzen melden, wenn im Versicherungsfall andere Bezugsberechtigte Renten oder Auszahlungen erhalten.

Genugtuung

Wer ein Erbe erhalten hat, sollte sich mit dessen Annahme Zeit lassen und vorher unbedingt die Steuerlage prüfen. Wurde ein Erbe – oft mit Freude, aber bedenkenlos – angenommen, muss der Erbe mit den allfälligen Erbschaftsteuern oftmals auch (für rückwirkend zehn Jahre) seinen Anteil an den hinterzogenen Steuern des Erblassers bezahlen. Die Finanzbehörden registrieren diesen gar nicht so seltenen Fall mit Genugtuung. So kursiert in ihren Amtsstuben das Bonmot: „Am Ende kriegen wir jeden. Man muss nur warten können.“ ■

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

*Dr. Joachim Kirchmann
Harthäuser Straße 25
81545 München*



Foto: MEV

Kritische Blicke: Die Finanzbehörden nehmen im Verdachtsfall das gesamte Steuerleben ihrer Kundschaft unter die Lupe.

So darf sich ein unehrlicher Steuerzahler nicht wundern, wenn das Finanzamt aus einer Schenkungsurkunde erfährt, dass er renditeträchtige Wertpapiere besaß, deren Erträge nie zur Besteuerung angemeldet wurden.

Verdachtsmomente

Das Gleiche gilt für Erbverträge, mit denen ein Erblasser bereits zur Lebenszeit per Vertrag sein Vermögen unter seinen Angehörigen verteilt. Dadurch kann das womöglich mit Schwarzgeld finanzierte Ferienhaus auf Mallorca auffliegen. Verdächtig macht sich auch, wer eine Immobilie erwirbt und im

eingesetzt oder flüssig gemacht haben. Ein Behördenbrief mit der Bitte um Offenlegung der Finanzierungsquellen ist die Folge. Immobilien sind ein weitläufiges Revier der Steuerschummelei. Das ist den Finanzbehörden selbstverständlich längst bekannt. Mietverträge zum Discount unter nahen Verwandten werden zumeist penibel geprüft. Ist die Bedingung erfüllt, dass wenigstens die Hälfte der marktüblichen Miete im Mietvertrag steht, wird in aller Regel nachgeforscht, ob der nahverwandte Mieter die Miete auch tatsächlich auf das im Mietvertrag angegebene Konto überwiesen hat. Ist kein Girogeld geflossen, dürfte es Schwierigkeiten geben.

Risikolebensversicherung

Nützlich im Versorgungsfall

Die wichtigste Versicherung in einem Menschenleben bezieht sich auf die Berufsunfähigkeit. Die zweitwichtigste leistet finanzielle Hilfe im Todesfall. Sie ist allerdings nur sinnvoll, wenn nahe Angehörige versorgt werden müssen. Dann aber ist eine Risikolebensversicherung, vor allem für junge Familien, ein absolutes Muss.



Foto: MEV

Risiko für die junge Familie: Eine falsch abgeschlossene Versicherung bringt im Todesfall eines Elternteils finanzielle Schwierigkeiten mit sich.

Nicht wenige Familien sind Opfer einer eklatanten Falschberatung. Sie schlossen eine Kapitallebensversicherung ab und wollten dabei die sprichwörtlichen zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen: Finanziellen Schutz für Hinterbliebene und zugleich Altersvorsorge im Falle des Überlebens der Police. Dann seien, so die häufige Argumentation von Finanzberatern, die Prämien nicht verloren. Was der Berater zumeist verschweigt: Bei einer Kapitalpolice, zumal einer fondsgebundenen, kassiert er weitaus höhere Provisionen als bei einer simplen Risikopolice.

Was ebenfalls gern verschwiegen oder heruntergespielt wird: Im Todesfall des Hauptverdieners droht beim Abschluss einer Kapital-Police zumeist eine finanzielle Katastrophe.

Verlorenes Kapital

Damit die monatlichen Prämien im Rahmen bleiben, wird die im Todesfall auszahlende Versicherungssumme klein gehalten. Im Fall des Falles können die Hinterbliebenen von der Auszahlungssumme nicht lange existieren, wenn der Hauptverdiener früh verstirbt. Und der Prä-

mienanteil, der im Rahmen einer Kapital bildenden Police das Todesfallrisiko abdeckt, ist als Kostenfaktor der Versicherung ebenso verloren wie die Prämie einer reinrassigen Risikolebens-

versicherung. Zwischen einem Viertel und einem Drittel einer Jahresprämie für eine Kapital-Police zweigt nämlich die Versicherung zur Abdeckung des Todesrisikos ab. Nur der verbliebene „Sparanteil“ bildet Vermögen.

Die meisten neutralen Finanzexperten wie auch die einschlägigen Medien (so etwa die ZDF-WiSo-Redaktion oder die Stiftung Warentest) raten dazu, auf je einer Schiene durch regelmäßiges Ansparen Vermögen

zur Altersvorsorge zu bilden und auf einer anderen Schiene das Todesrisiko abzuschließen. Die Prämien hierfür sind, wie bei einer Haftpflichtversicherung, in der Tat verloren, wenn die Versicherung nicht in Anspruch genommen wurde. Dafür aber sind die Prämien relativ niedrig. Wer etwa als Mann im Alter von 30 Jahren mit einer Laufzeit von 20 Jahren eine Risikolebensversicherung über 150 000 Euro abschließt, zahlt als Nichtraucher bei einem günstigen Anbieter im Jahr nur um die 120 Euro an Prämie. Das sind etwa zehn Euro im Monat. Frauen gleichen Alters und unter

gleichen Bedingungen zahlen sogar (wegen ihres geringeren Sterberisikos) rund ein Drittel weniger als Männer. Raucher zahlen allerdings rund ein Drittel mehr als Nichtraucher.

Nicht zu knapp

Der große Pluspunkt einer Risikolebensversicherung: Die Versicherungssumme lässt sich an den individuellen Bedarf anpassen. Sie sollte auf keinen Fall knapp bemessen sein. Wenn einer jungen Familie mit zwei Kindern der Ernährer wegstirbt, sollten schon eine halbe Million Euro aufs Konto der Hinterbliebenen fließen, damit die allein erziehende Mutter ein Auskommen und die Kinder eine angemessene Ausbildung erhalten. Die Prämie für eine langfristige und auskömmliche Absicherung liegt normalerweise zwischen 30 und 50 Euro im Monat. Auf jeden Fall sollte geprüft werden, ob sich die Prämien für die Vorsorge gegen den Todesfall ganz oder teilweise von der Steuer absetzen lassen.

Unter den einzelnen Anbietern gibt es erhebliche Preisunterschiede. So kann zwischen dem preiswertesten und dem teuersten ein Preisunterschied von 100 Prozent liegen. Es ist daher wichtig, bei einer nahezu standardisierten Leistung einen preiswerten Anbieter zu finden. Dazu zählen in aller Regel die Direktversicherer (die ohne Vertreter arbeiten). Eine aktuelle Auflistung der maßgeblichen Anbieter mit Preisen und Konditionen nach dem Tarifstand vom 1. März 2003 publizierte die

Zeitschrift „Finanztest“ (herausgegeben von der Stiftung Warentest) in ihrer Ausgabe 5/2003.

Überschüsse

Bei Risiko-Policen gibt es zwei Systeme der (gesetzlich vorgeschriebenen) Überschussbeteiligung. Überschüsse werden hier nicht in erster Linie durch Kapitalanlagen erzielt. Sie entstehen vielmehr dann, wenn weniger Versicherte sterben als laut Sterbetafel angenommen. Für die Beteiligung am Überschuss kann der Versicherte entweder die Beitragsverrechnung wählen. Dann sinken die Beiträge bei gesunkenem Todesrisiko. Sie können aber auch steigen bei einer allgemeinen Risikoerhöhung. Oder der Versicherte wählt den so genannten Todesfallbonus. Dann bleiben die Prämien gleich, aber die Auszahlung im Todesfall erhöht sich. Sie kann aber auch sinken, wenn sich die allgemeine Sterblichkeit erhöht. Einen markant finanziellen Vorteil bietet keine Variante. Wer indes im Todesfall sein Haus oder seine Eigentumswohnung schuldenfrei stellen will, sollte die Beitragsverrechnung wählen. Wer eine fest kalkulierbare Monatsprämie wünscht, ist mit dem Todesfallbonus besser bedient. Eine junge Familie mit Kindern ist gut beraten, wenn die Eltern die Tarifgattung „verbundene Leben“ wählen. Dann sind beide Elternteile, also nicht nur der Ernährer, versichert. Denn auch der Tod einer jungen Mutter, die kleine Kinder hinterlässt, stellt ein finanzielles Risiko dar. Für die Betreuung der Kinder und des Haushalts muss dann nämlich eine Hilfe engagiert werden. Bei „verbundene Leben“ wird

die Versicherungssumme allerdings nur einmal ausgezahlt. Ein berufstätiges Paar mit Kindern sollte aber besser zwei separate Policen abschließen. Dann bleibt bis zu einem Alter von zumeist um die 50 Jahre ein Familienversorger weiter versichert, wenn ein Elternteil verstorben ist. Unverheiratete Paare sollten einen kleinen Trick anwenden, um Erbschaftsteuern zu sparen. Die fallen nämlich an, wenn einer dem anderen Geld vermacht und bei fehlendem Tauschein keine nennenswerten Freibeträge ins Spiel kommen. Der Trick: Die Partner versichern nicht ihr eigenes Leben, sondern das des anderen.

Aufstocken

Im Bedarfsfall ist auch wichtig, dass die Versicherungssumme einer bereits abgeschlossenen Police ohne eine ärztliche Untersuchung aufgestockt werden kann, etwa wenn weitere Kinder geboren werden oder eine noch zu erwerbende Immobilie im Todesfall schuldenfrei gestellt werden soll.

Die Pflicht zu einer ärztlichen Untersuchung ist in der Regel an die Versicherungssumme wie auch an das Alter des oder der Versicherten gebunden. Die einen Assekuranten verlangen beispielsweise ab 200 000 Euro eine Untersuchung, andere erst bei 300 000 Euro. Ganz penible Gesellschaften zitieren einen 30-jährigen Raucher schon beim Abschluss von 100 000 Euro zum Arzt. jk

Lichtkaskaden im Wartezimmer

Tribut an die Antike

Die „Ikarus-Drucke“ des Künstlers Hanspeter Münch bestechen nicht nur durch intensive Farben: Im Sinne der Praxisinhaber Dr. Dettlef Scholz und Dr. Ulrich Eimer in Ettlingen sind die modernen Bilder zugleich Ausdruck der Aufgeschlossenheit des Praxis-Teams.

Ikarus leuchtet in glühenden Farben auf. Die schemenhaft angeordneten Federn versinken in einem tiefroten Meer. Der Übermut ist bestraft worden.

Man kann sich kaum der Sogwir-

Das Gestänge des mobilen Behandlungsstuhls „durchkreuzt“ das Gemälde. Moderne Zahnarzt-Technologie versus sensible Farbgestaltung? Zahnarzt und Künstler

Kunst in der Praxis

kung der intensiven Farbigkeit der beiden „Ikarus-Drucke“ entziehen, wenn man den Raum der Patienten-Anmeldung der Ettlinger Gemeinschaftspraxis betritt. So soll es auch sein, denn dort, wo die Bilder die Blicke auf sich ziehen, führt der Flur zu den Behandlungszimmern.

Hier werden die Patienten von „Lichtkaskaden“ überrascht. Die Perspektive ist ungewöhnlich.

sind sich einig: „Die Bilder signalisieren moderne Kunst und damit eine generelle Aufgeschlossenheit unseres Praxis-Teams gegenüber dem Modernen und Fortschrittlichen.“

Gute Resonanz

Dr. Eimer: „Manchmal werden wir von Patienten ange-



Da ist das Bohren halb so schlimm: Ein Aquarell des Künstlers bringt den Patienten schnell auf andere Gedanken.



Nach der Behandlung erwartet den Patienten ein leuchtendes Gemälde der Ikarus-Serie.

sprochen. Sie möchten dann etwas über den Künstler erfahren und natürlich auch darüber, warum wir gerade seine Werke in unserer Praxis präsentieren. Andere erkennen sofort die Hand-

schrift des Malers und sagen: 'Ach! Das ist doch der Münch aus Ettlingen!' Solche Gespräche sind uns sehr willkommen, da sie zur Entspannung der Atmosphäre beitragen.“

Hanspeter Münch, 1940 in Potsdam geboren, lebt und arbeitet in Ettlingen. Nach seinem Studium an den Hochschulen und Akademien von Pforzheim, Stuttgart und Hamburg folgten Arbeitsaufenthalte in der Villa Romana in Florenz und in der Villa Massimo in Rom. Seit 1982 trägt er den Titel eines Honorarprofessors der Offenbacher Hochschule.

Infos und Kontakt zu beiden Praxisbeispielen: Dr. Ehrenfried Kluckert, Kunsthistoriker, Hauptstr. 2a, 79258 Bremgarten, Tel: 07633/949698, E-Mail: ekluckert@gmx.de

Beruhigende Bildkompositionen

Fantasiefiguren gegen die Angst

Willkommene Ablenkung für nervöse Patienten und eine wertvolle Hilfe des Praxis-Teams – die Bilder der Praxis von Dr. Jost Weidenbach und Dr. Karlheinz Reuter in Bad Krozingen sind mehr als nur ein Blickfang.

Wie vibrierende Schemen zeichnen sich die Schatten werfenden Männchen im großen Fenster zum Wartezimmer der Zahnarztpraxis ab. Die Gestalten gehören zu einem frühen Holzschnitt von Werner Berges, einem renommierten norddeutschen Künstler, der schon seit vielen Jahren in der Nähe von Freiburg im Breisgau lebt. Das Bild hängt neben einem weiteren „Berges“ im Eingangsfloor gegenüber vom Wartezimmer. Das auf die Decke ausgegerichtete Licht sorgt für diese artistische Spiegelung. Die Patienten im Wartezimmer sollen durch die optische Täuschung vielleicht vom Grund ihres Besuchs ein wenig abgelenkt werden.

Die beiden Zahnärzte mögen diesen Effekt begrüßen. Jost Weidenbach beobachtet zuweilen, dass sich der eine oder andere Patient eine Weile vor den Bildern aufhält, um sie kritisch zu betrachten. Da fällt dann schon manchmal ein Satz wie „Ist das überhaupt noch Kunst?“. Die Auseinandersetzung mit Kunst ist erwünscht. Dr. Weidenbach engagiert sich gern in einem kurzen Gespräch für die Künstler der Praxis-Sammlung und ist bereit, über die Exponate Auskunft zu geben.

Die Arbeiten von Werner Berges, die in den Fluren und Behandlungszimmern dominieren, zählen eher zu den fast schon traditionellen figurativen Arbeiten der 70er und 80er

Jahre. Berges war es auch, der während eines Behandlungstermins im Jahre 1984 den Impuls für den Aufbau einer Kunstsammlung und damit einer „ständigen Kunstpräsentation“ in den Praxisräumen gab.

Stark inszeniert

Damit erhielt also die moderne Kunstszene Einzug in die Zahnarztpraxis. Besonders schöne Beispiele finden sich in zwei Behandlungsräumen. Die großformatigen Bilder nehmen die gesamte Wandfläche ein und bilden einen spannungsvollen Kontrast zum Behandlungsstuhl und der OP-Lampe. In Erwartung des Zahnarztes mag die Betrachtung des Bildes mit den hoffnungsvollen Grüntönen und der dynamischen Komposition für den Patienten beruhigend wirken. Zumindest schafft sie Ablenkung und senkt die Herzfrequenz ein wenig.



Im Eingangsbereich begrüßen den Patienten die Holzschnitte von Werner Berges.



Ottmar Alts fröhliche Bilder unterstützen die freundliche Praxis-Atmosphäre.

In den folgenden Jahren haben verschiedene andere Künstler die Praxis besucht, unter anderem Jürgen Brodwolf, von dem eine kleinformatige Arbeit im Wartezimmer zu sehen ist, und Hans Günter van Look, der mit einem „Lichthorizont“ von 1986 vertreten ist. Paradestücke im Flur zu den Behandlungsräumen sind die drei Arbeiten von Ottmar Alt von 1973. Die grell-kolorierten Fantasiefiguren verleihen diesem Praxisbereich eine wohltuende Wärme und Fröhlichkeit. Sie tragen zweifellos dazu bei, die Freundlichkeit der Zahnärzte und des Personals atmosphärisch zu unterstützen. Die Bilder versehen den Dienst, in der Praxis visuelle Anker zu setzen. Die Orientierung fällt leichter, und die Räume wirken wohnlich. Die Kunst, Perspektiven zwischen Räumen und Fluren herzustellen, ist gelungen. Der Türrahmen eines offenen Zimmers rahmt das Gemälde an der Flurwand. In einem Fall handelt es sich um ein kleinformatiges Bild von Renata Thong, einer Künstlerin aus Bad Krozingen. Wendet man sich

von ihrem „Tuniberg“ von 1997 ab und dem Ausgang zu, dann fällt ein weiteres Bild der Künstlerin ins Auge, der „Potsdamer Platz“ von 2000. Der räumliche Bezug ist hergestellt. Das „Wegesystem“ der Praxis ist transparent geworden.

Die Zahnärzte haben mit dieser Sammlung nicht nur den Patienten, sondern auch sich selbst und ihrem Personal einen wichtigen Dienst erwiesen. Das Praxis-Team muss für jeden einzelnen Patienten „taufisch“, entspannt und freundlich erscheinen, was an späten Nachmittagen sicherlich nicht immer leicht fällt. Die beiden Zahnärzte haben es mit großem Geschick verstanden, ihrer Praxis einen Charme zu verleihen, der den optischen Wert ihrer Räume steigert und die Behandlungsatmosphäre optimiert. Das Betrachten von Bildern könnte dazu beitragen, Stress abzubauen und Ängste zu minimieren. Für die beiden Zahnärzte Dr. Weidenbach und Dr. Reuter ist das Schlagwort von der „kulturellen Patientenbetreuung“ mit Leben erfüllt worden. ■

Fit auf die sanfte Tour

Breitensport Rudern

Martina Schönege

Wer möchte das nicht: etwas mit viel Spannung, etwas zur Erholung, dann etwas für einen schönen gesunden Körper und schließlich die Option, es allein, mit der Familie oder in anderer netter Gesellschaft zu genießen? Das klingt nach Überraschungsei und tatsächlich hält die Sache, was sie verspricht: Der Rudersport lässt nicht nur Raum für erholsame und entspannende Momente, er kräftigt den Körper mit geringstem Verletzungsrisiko und kann allein oder in Gesellschaft stattfinden.



Ob Wettkampfsport oder Freizeitvergnügen: Rudern ist ein vielseitiger Breitensport für alle Altersgruppen.

Den meisten Lesern ist Rudern vermutlich nur aus dem Fernsehen bekannt, als harter Wettkampfsport und Olympische Disziplin. Aber nicht jeder, der Rudern möchte, muss Olympiateilnehmer sein. Rudern ist auch Breitensport und grundsätzlich für jedermann geeignet – von der frühen Jugend bis ins hohe Alter, für Gesunde, als Reha-Maßnahme und auch für Behinderte.

Natürlich, wie immer dann, wenn ein Sport als Hochleistungssport mit extrem ehrgeizigen Zielen praktiziert wird, leidet der Körper. Als Freizeitsport in durchschnittlicher Dosierung betrieben, fördert Rudern jedoch Kraft und Ausdauer, beansprucht die größeren Muskelgruppen, trainiert Herz und Kreislauf und fördert sowohl Koordination wie auch Flexibilität. Damit kommt dem Rudern unter präventiven Gesichtspunkten eine besondere Bedeutung zu, und, ebenfalls ein wichtiger Aspekt, aus orthopädischer Sicht stellt es eine relativ schonende Ganzkörperbelastung mit geringem Verletzungsrisiko dar.

Wer den Rudersport erlernen möchte, kann sich einem Verein anschließen und in geselliger Runde rudern, sich alleine, oder mit Partner beziehungsweise Familie oder Freunden ins Boot setzen und natürlich auch an kleineren oder größeren Wettkämpfen teilnehmen – ganz nach persönlichem Gusto und individueller Konstitution.

Ein besonderes Argument für den Griff zum Ruder ist wohl das damit verbundene Naturerlebnis: die Nähe zum Wasser, die damit verbundene Stille – vor allem auf ruhigen Gewässern und Flussläufen – die Möglichkeit zur Entspannung, sich auszuklinken

zm-Reihe

Fit auf die sanfte Tour

– Motivation zu Sport, um die eigene Gesundheit zu stärken.



Foto: rowingtours

aus dem hektischen Berufs- und Privatalltag und allein übers Wasser zu gleiten oder in netter Gesellschaft Teamgeist und Sport zu erfahren. Auch wer sich austoben will und bis an seine Grenzen gehen möchte, kommt beim Rudern auf seine Kosten: bei der individuellen Herausforderung im Kampf gegen Strömung und ungezähmte Wasserwildnis. Einzige Voraussetzung: Man muss schwimmen können. Wer einen Versuch wagen möchte, sollte vorher die verschiedenen Boots-Typen kennen – zumindest die grundlegenden Unterschiede – und sich das Gefühl aussuchen, das dem persönlichen Geschmack am ehesten entspricht.

Der kleine Unterschied

Die verschiedenen Bootstypen unterteilt man in Ruderboote und in Kanus. Bei den Ruderbooten sind die Ruder (Riemen oder Skulls) am Boot befestigt und der Blick des Ruderers ist nach rückwärts gerichtet. Der Kanute muss das Ruder (Stechpaddel oder Doppelpaddel) selbst halten und er blickt während der Fahrt nach vorn.

Ruderboote

Ruderboote gibt es in unterschiedlichen Größen. Grundsätzlich sind sie mit einem, zwei, vier oder acht Ruderern besetzt. Manchmal gibt es auch einen Platz für einen Steuermann, der aber nicht zwingend besetzt werden muss, weil viele Boote sich fußsteuern lassen. Der Antrieb erfolgt über die Riemen, also mit einem Ruder pro Person, oder mit Skulls, das heißt, der Ruderer bedient zwei Ruder, die dann aber kürzer sind als der Riemen. Der Einer oder das Skiff sind immer Skullboote und im Achter wird meist mit Riemen gerudert.

Rennboote sind Wettkampfboote, die Geschwindigkeit steht im Vordergrund und so ist dieser Bootstyp auch konzipiert. Die einzelnen Plätze in diesen Booten werden – ähnlich einem Maßanzug – auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Ruderer „getrimmt“, das heißt eingestellt: Alles lässt sich anpassen: der Sitz, die jeweilige Beinlänge, die Halterung der Ruder, Entfernung und Winkel der einzelnen Geräte zum Ruderer, ganz so wie benötigt. Das ist sehr wichtig, weil ohne die optimale Einstellung im Bewegungsablauf Kraft vergeudet wird und Fehlhaltungen entstehen. Die richtige Sitzhaltung und ein



Foto: MEV

Den Po auf dem Rollsitz, die Füße auf dem Stembrett und die Hände am Ruder – das Boot muss korrekt getrimmt sein.

setzt angeordnet. Barken sind so breit, dass die paarweise nebeneinander liegenden Ruderplätze sogar durch einen Gang getrennt werden können.

Hardware mit vielen Details

Wie überall in der Sportwelt haben die moderne Technik und die Vielfalt der zur Verfügung stehenden Materialien auch vor den Ruder- und Paddelbooten nicht halt gemacht.

Ruder ist nicht gleich Ruder. Hier gibt es Unterschiede, nämlich die Riemen und die Skulls sowie verschiedene Blattformen, ganz an die neuesten Erkenntnisse angepasst. Der Riemen ist länger und schwerer als ein Skull. Beide gibt es aus Holz oder aus hochwertigem Kunststoff. Um einen Eindruck zu vermitteln: Ein Holzriemen wiegt etwa vier Kilogramm, ein Skull zirka 2,5 Kilogramm.

Wer auf den Geschmack kommt und sich ein eigenes Boot zulegen möchte, wird bei den entsprechenden Herstellern oder Werften umfangreich zu den einzelnen Details informiert werden. Vor dem Kauf kann man auch die Meinungen einiger Ruderkollegen einholen, da die Praktiker oft über ganz andere Erfahrungen verfügen. Generell sind private Boote eher eine seltene Ausnahme. Bei 99 Prozent der Boote handelt es sich um Vereinsboote.

Die Rudertechnik

Gleichgültig, ob man zu Entspannungszwecken oder mit Wettkampfanforderungen rudert, das vorrangige Ziel im Boot ist die Fortbewegung. Dabei spielt die Rudertechnik eine bedeutende Rolle, weil die maximale Fortbewegung mit minimalem Kraftaufwand nur durch einen kontrollierten harmonischen Bewegungsablauf möglich wird. Dazu gehört, wie bereits erwähnt, ein korrekt getrimmtes Boot. Vor



Foto: Kruse

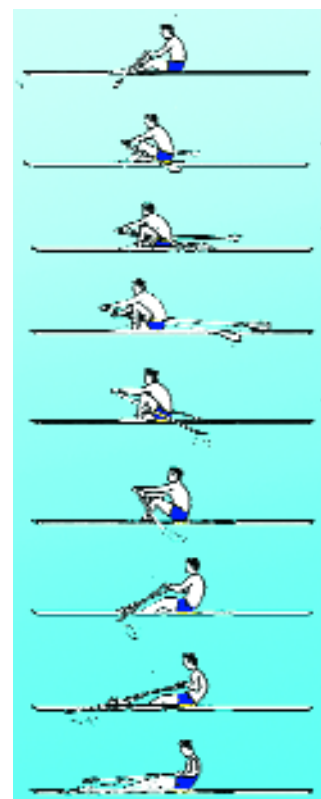
Im Achter auf dem Rein: Auf so großen Gewässern sind natürlich nicht nur Ruderboote unterwegs.

Die Ruderboote unterteilen sich in Rennboote und Wanderruderboote, von denen es – je nach Anforderung – verschiedene Modelle gibt:

So ist die Gig zu nennen, ein Ruderboot, das vorzugsweise als Wanderruderboot und als Lern- und Übungsboot genutzt wird. Durch die stabile Bauweise ist die Gig weniger empfindlich gegen Wellen und Wind und verzeiht dem Anfänger ruderische Fehler eher als etwa ein Rennboot.

korrekter Bewegungsablauf sind natürlich immer von Bedeutung, egal, in welchem Bootstyp man sitzt.

Es gibt noch Sonderformen für Ruderwanderfahrten auf unruhigen Gewässern oder Ausflüge in größerer Gesellschaft: die Seegigs und Barken. Über zehn Meter lang und breiter gebaut können sie zwischen 400 und 800 Kilo wiegen. Seegigs ähneln den normalen Gigs, sie sind jedoch breiter und die Ruderplätze werden von der Bootsmitte aus ver-



Grafik nach Meinel/Schnabel

Der Bewegungsablauf beim Rudern

allem aber muss der passende Kompromiss gefunden werden aus dem, was das Boot bietet und dem was der Ruderer an konstitutionellen und konditionellen Vorgaben mitbringt.

Beim Rudern werden alle großen Muskelgruppen beansprucht, Koordination und Motorik gefördert. Die Bewegungen werden flüssig und harmonisch ausgeführt, so dass ein stufenloser Ablauf entsteht. Ruckartige Körper- und Extremitätenbewegungen wirken sich negativ auf die Fortbewegung des Bootes aus und kosten unnötig Kraft.

Der Bewegungsablauf im Ruderboot ist relativ komplex und lässt sich beim Skullen wie folgt grob skizzieren:

Wasser. Danach werden die Ruder aus dem Wasser gehoben, der Oberkörper rollt auf dem Rollsitze wieder nach vorn, die Beine werden angewinkelt, die Ruder wieder eingetaucht, und die Bewegung beginnt von vorn. Wichtig ist dabei, die Kraft nicht nur aus Beinen und Rücken, sondern auch aus Schultern und Armen zu holen und darauf zu achten, dass die Schultern in der Zugphase immer zurückgenommen werden, also gerade bleiben. Auch die Bauchmuskeln werden angespannt, denn sonst würde der Rücken bei der Rücklage des Oberkörpers ins Hohlkreuz fallen.

Wer sich für den genauen Bewegungsablauf im Detail interes-



Foto: MEV

... allein im Kajak auf Entdeckungsfahrt in einsamen Schluchten ...

man sich blaue Daumen... und die kann gerade der Zahnarzt sicher nicht gebrauchen.

Das Kanu

Kanu ist der Oberbegriff für Kajak und Canadier. Im Gegensatz zu den Ruderbooten sitzen im Kanu alle Sportler in Fahrtrichtung und die Paddel sind nicht am Boot befestigt, sondern liegen lose in der Hand. Wie das klassische Rudern auch, ist der Kanu-Sport relativ gesund. Als Ausdauersportart kann er von Männern und Frauen aller Altersgruppen betrieben werden und hat positive Effekte auf Herz, Kreislauf und Muskulatur. Je nach persönlichem Bedürfnis kann man etwas für seine Entspannung tun und auf ruhigen Gewässern paddeln. Für Kraft und Ausdauer begibt man sich ins Wildwasser, wozu entsprechendes Training und Ausbildung erforderlich sind: Kanufahren im Wildwasser ist eine direkte – oftmals handfeste – Auseinandersetzung mit den Kräften der Natur. Man muss schon ordentlich hinlängen, denn das Kajak lässt sich nur steuern, wenn es sich relativ zur Strömung bewegt: Das ist am Anfang nicht ganz einfach, hat man den Dreh aber einmal raus, gibt es nichts schöneres, als „mit der Strömung als Komplize“

übers Wasser zu zi-schen. Dabei wird klar: Wer ein Wildwasserkajak geradeaus fahren kann, kann jedes Ruder- oder Paddelboot steuern...

Equipment: Am günstigsten ist es sicher, genau wie beim Rudern zunächst in einem Kanu-Verein zu

paddeln. Dort kann man sich am Anfang das nötige Material leihen und erst einmal testen, ob einem diese Bootssport-Variante überhaupt zusagt. Wenn man dann gemeinsam mit anderen Kanuten losfährt, kostet auch die Fahrt zu den Gewässern weniger, als wenn man alleine fahren würde.

Die Ausrüstung für wilde Gewässer umfasst eine komplette Wildwasser-Montur, bestehend aus Neopren- oder festen Turnschuhen mit griffiger Sohle, einer eng anliegenden Neopren-Latzhose und einer wasserfesten Jacke. Hinzu kommen noch Spritzdecke, Schwimmweste und Helm.



Foto: Kruse

Der Rudersport hat für jeden Geschmack etwas zu bieten: gemütlich und gesellig auf Wanderfahrten ...

Der Ruderer sitzt auf dem Rollsitze, die Füße lagern auf dem so genannten Stembrett. Die Hände greifen die Ruder und nachdem der Oberkörper in Vorlage gegangen ist, mit angezogenen Beinen und ausgestreckten Armen, stemmen die Füße gegen das Stembrett. Dabei rollt der Sitz zurück, die Beine strecken sich, der Oberkörper richtet sich auf bis er in eine leichte Rücklage gerät und die Arme ziehen die Ruder durch das

siert, kann ihn über den Leserservice anfordern.

Cave! Besonderes Augenmerk verdient die Handführung beim Durchzug und beim Vorrollen: Die Hände befinden sich dabei übereinander (linke über der rechten Hand) und die rechte Hand ist näher beim Körper. Der Grund: Um eine maximale Hebelwirkung zu erzielen, sind die Innenhebel sehr lang. Zöge man beide Hände in gleicher Position und Höhe nach vorn, schläge



Foto: MEV

... oder abenteuerlich im Wildwasser

zm-Info

Kurzer Ausflug in die Geschichte

Rudern ist fast so alt wie die Menschheit und genauso bunt ist seine Geschichte. Als lebensnotwendiges Erfordernis, als Vergnügen oder als Strafe – in allen Teilen der Erde und aus unterschiedlichsten Beweggründen griffen die Menschen zum Ruder. Schon die Ägypter überquerten den Nil mithilfe von Booten, nur in seltenen Fällen war das Rudern Sport oder Freizeitvergnügen: Es war vielmehr Notwendigkeit zur Fortbewegung auf dem Wasser, zum Nahrungserwerb, zum Transport von Handelsgütern und Teil kultischer Handlungen, wie etwa Fahrten zu großen Tempeln und Pyramiden oder Bestatungen.

Denkt man an Boote, denkt man an Venedig, wo noch heute die Gondolieri in ihren Barken durch die Kanäle gleiten. Im 14. Jahrhundert veranstaltete man dort die „Wettfahrt der Gondolieri“ – ein Fest, dessen Anlass damals darin lag, die Seetüchtigkeit der Jugend zu erproben. Venedigs Macht war der Flotte zu verdanken und der Dienst auf den venezianischen Ruderbänken galt als Ehre für die so ermittelten Seetüchtigsten. Die Gondolieri haben bis heute überdauert, nicht nur als Fortbewegungsmittel auf den Kanälen, sondern als eines

der romantischen Atouts, die Venedig zur Stadt der Verliebten machen.

Doch ist Rudern auch mit grausamen Erinnerungen verbunden: Im 15. Jahrhundert, unter Karl VII von Frankreich, wurde es auf Galeeren als Strafe eingeführt und oft waren es neben Gefangenen auch Sklaven, die an den Riemen



Regatta Oxford-Cambridge 1860

der großen Schiffe saßen. In Schweiß und Blut, angetrieben durch die Peitsche, verrichteten die Männer schwerste Arbeit und prägten so das Bild des Ruderns als unwürdige und schwere Tätigkeit, die niemand mehr verrichten wollte... Auf den großen Schiffen ersetzen heute dank moderner Technik Motoren die Muskelkraft der einstigen Ruderer, und aus der damals harten Pflicht ist ein Freizeitvergnügen geworden, ein Wettkampfsport und eine Olympia-Disziplin.

Mutterland des sportlichen Ruderns, wie es heute weltweit betrieben wird, ist England, wo im

Jahre 1715 das erste Wettrudern zwischen Berufsschiffen und Fährleuten, den „watermen“, ausgetragen wurde. 1775 fand auf der Themse die erste bekannte Regatta statt. Vor allem Schulen und Universitäten, wie Eton, Oxford und Cambridge, wurden Träger des Amateursports. Das Rudern mauserte sich zu einer Sportart von gesellschaftlichem Interesse und entwickelte sich schließlich zum englischen Nationalsport. Rudervereine wurden gegründet und der Rudersport gelangte schließlich auch in die Bildungseinrichtungen der breiteren Bevölkerung. So erstaunt es wenig, dass es englische Kaufleute waren, die den Rudersport im 19. Jahrhundert nach

Deutschland brachten. In Hamburg nahm die deutsche Rudergeschichte ihren Anfang und 1883 gründeten die Vertreter von mittlerweile 34 Vereinen den „Deutschen Ruderverband“ (DRV) im Gürzenich zu Köln. Der DRV existiert noch heute und ist der älteste deutsche Sportverband. 1900 wurde das Rudern zur olympischen Disziplin erklärt.

Technik und Bootsmodelle haben sich seitdem natürlich stark verändert, neben klassischem „Rudern“ gibt es „Paddelangebote“ unterschiedlichster Art, wie etwa Rafting, Canadier- und Kajakfahren. ■

Rumpf gerade, der Arm, der das Blatt ins Wasser taucht, zieht das Paddel (Zugphase), der Gegenarm unterstützt diese Bewegung, indem der Ellebogen gestreckt wird und gegen das Paddel drückt (Druckphase). Eine genauere Beschreibung, auch für Wendemanöver, gibt es über den Leserservice.

Die Basisausstattung kostet etwa um die 1500 Euro und umfasst Kajak, Spritzdecke, Paddel, Schwimmweste, Helm, Bekleidung und Sicherheits-Equipment (Wurfsack mit schwimmfähigem Seil, Karabiner, Umlenkrollen für einen Flaschenzug, Messer, Signalpfeife, Feuerzeug, ...).

Canadier

Die Heimat des Canadiers ist Nordamerika. Die Indianer haben diesen Boots-Typ zum Transport, zur Jagd und zum Fischfang genutzt. Heute wird er gerne für Wanderfahrten auf Seen oder ruhigeren Flüssen genutzt, da er mehrere Personen und Gepäck befördern kann. Der Canadier wird kniend mit einem Stechpaddel gefahren. Das Stechpaddel ist kürzer als das Doppelpaddel und hat nur ein Paddelblatt. In der Regel wird über längere Zeit an einer Seite gefahren, das heißt, jeder der Bootsinsassen taucht sein Paddel immer zur selben Seite ein, bei Bedarf (etwa wenn es eine lange Fahrt ist) wird gewechselt. Sitzt man mit mehreren im Boot, wird immer von hinten gesteuert. Fährt man allein, erfolgt die Steuerung durch eine besondere Haltung des Paddels. Genau wie beim Kajak wird auch hier beim Paddeln das Blatt nah am Bootsrand geführt, allerdings wird es senkrecht eingetaucht. Die

Paddeln im Kajak

Kajaks sind geschlossene Boote mit einer Sitzluke und kommen ursprünglich aus dem kalten Norden, wo sie von den Inuit gebaut und genutzt wurden. Dieser Boots-Typ ist der „Allround-Typ“, der in allen Bereichen verwendet wird. Im Kajak fährt man

sitzend und der Fahrer bewegt das Kajak mit einem Doppelpaddel, das heißt, es hat an beiden Enden des Schaftes ein Paddelblatt.

Die Technik ist relativ leicht erklärt: Das Paddel wird mit beiden Händen (Abstand zwischen den Händen etwa Schulterbreite) gehalten und vor dem

Körper nah am Boot ins Wasser eingeführt. Das Blatt wird gradlinig an der Bootskaute entlang bis etwa zur Körperebene gezogen, dann aus dem Wasser gehoben und auf der anderen Seite eingetaucht. Während des Zugvorgangs ist der ganze Oberkörper unter Spannung: Bauch- und Rückenmuskulatur halten den



Fotos: Kruse/MEV



Durch die Nähe zu Wasser, Wind und Natur gewinnt man Abstand von Lärm und Hektik. Hier kann man abschalten und neue Kräfte sammeln – der Alltagsstress bleibt am Ufer zurück.

Hand, die zur Eintauchseite zeigt, fasst das Paddel unten am Schaft und die Gegenhand greift den Knauf. Die Arme bleiben weitgehend gestreckt und die Kraft kommt aus den Schultern, nicht aus den Armen oder Händen. Zusätzliche Details zur Technik gibt es im Leserservice, allerdings auch nur in begrenzter Form, da diese Paddeltechnik recht aufwändig ist und am besten praktisch in einer Kanuschule vermittelt werden kann.

Im Winter aufs Ergometer

Bei den größeren Bootsgattungen ist Rudern ein Ganzjahressport und wird nur durch Eisgang, Sturm, Nebel und starken Wellengang eingeschränkt. Die Wettkampf-Rudersaison mit den Rennbooten beginnt in der Regel Ende April und endet Mitte Oktober. Wenn man während dieser Zeit intensiv trainiert hat und den Trainingserfolg nicht verlieren möchte, kann man in

den Wintermonaten auf dem Ergometer rudern. Diese Geräte stehen nicht nur bereits in fast allen Fitness-Studios, sondern auch schon in privaten Räumlichkeiten des einen oder anderen Gesundheitsbewussten. Wie mit dem Rudern in freier Natur, erzielt man auch mit dem Ergometer optimales Training bei minimalem Materialaufwand. Leis-



Foto: Kruse

Im Ruderboot hat nur der Steuermann den Blick nach vorn.

tet man sich ein solches Gerät für zu Hause, vermeidet man Anfahrtswege und macht sich unabhängig von Öffnungszeiten und Mitgliedsbeiträgen. Auch die Frage nach den „schwimmrischen Qualitäten“ stellt sich hier nicht. Ein Ergometer findet überall Platz und kann im Sommer sogar draußen stehen (muss aber vor Feuchtigkeit geschützt werden). Natürlich kann es ein Natur-, Ruder-, Familien- oder Mannschaftserlebnis im Boot nicht ersetzen. Aber es bietet ein ausgezeichnetes Fitnesstraining und ermöglicht durch die elektronische Datenanzeige optimale Kontrolle über alle persönlichen Trainingsdaten.

Für das Ergometer gilt, wie für jedes Training, als Voraussetzung ein sicherer und der Gesundheit dienender Bewegungsablauf. Also auch hier auf gleichmäßige Bewegung achten und das Gerät individuell auf Körpergröße und mehr einstellen. Die Belastung wird methodisch aufgebaut, das heißt, der individuellen Konstitution entsprechend. Anfänger, die noch nie gerudert haben, beginnen auf einer niedrigen Belastungsstufe bei kontrolliertem Puls, fortgeschrittene Ruderer angepasst an ihr Trainingsniveau. Über den Leserservice können Anfänger-Trainingspläne für das Ergometer angefordert werden.

Martina Schönegege
Feltenstr. 115
50827 Köln



Einen Anfänger-Trainingsplan fürs Ergometer, Kontaktadressen und Literaturtipps können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

zm-Info

Fachwortschatz

Rudern ist eine Sportart mit einer eigenen Terminologie, die nicht jedem geläufig ist. Hier ein paar Vokabeln zum besseren Verständnis.

Riemen – Ruder (ein Ruder je Ruderer), die Länge beträgt zwischen 3,80 Metern und 4 Metern

Skull – Ruder (zwei Ruder je Ruderer), die Länge beträgt zwischen 2,50 Metern und 3 Metern

Skullen – Rudern mit Skulls

Dolle und Ausleger – Die Dolle ist die Befestigungsvorrichtung für die Ruder. Sie ist nicht am Bootsrand befestigt, sondern an Ende eines „Arms“, dem Ausleger. Sowohl Dolle als auch Ausleger sind verstellbar und lassen sich den individuellen Ruderern anpassen.

Trimmen – Anpassung von Boot und Ruder an den Ruderer

Stembrett – Gegen dieses „Brett“ stemmt der Ruderer beim Rudern die Füße. Es lässt sich in Längsrichtung und hinsichtlich der Fersenhöhe (Schuhgröße) einstellen.

Rollsitz und Rollbahn – Zwei Rollschienen bilden die Rollbahn, auf der der Rollsitz während des Ruderns vor und zurück gleitet.

Skiff (Einer) – Ruderboot für eine Person, oft aus Kunststoff, immer mit Skulls

Doppelzweier oder Doppelvierer – Skullboote für zwei oder vier Personen (Doppel = zwei Ruder)

Zweier oder Vierer mit und ohne Steuermann – Riemenboote für zwei oder vier Personen, eventuell zuzüglich eines Steuermanns

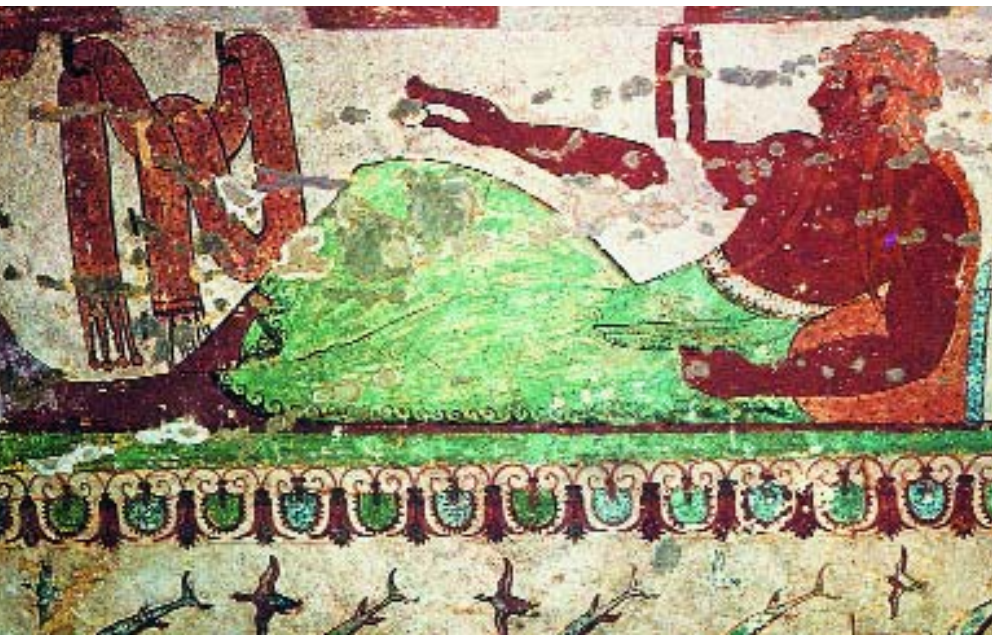
Achter – Riemenboot für acht Personen, immer mit Steuermann

Die Zahnheilkunde der Etrusker

Schöne Gebisse mit tadellosen Zähnen

Klaus Simon

Die Etrusker, ein fast vergessenes Volk, lebt durch die Entdeckung der Nekropolen weiter. Faszinierend sind die bunten Wandmalereien und Grabbeigaben von hoher Kunstfertigkeit. Die Funde beweisen, dass die Etrusker großen Wert auf Ästhetik und Kosmetik legten.



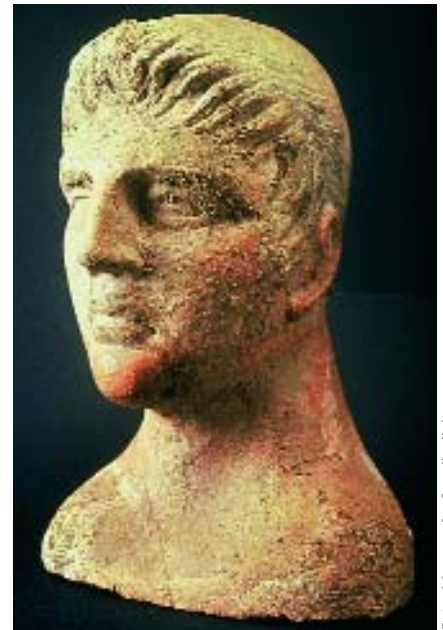
Fresco aus der Tomba delle Leonesse in Tarquinia, um 500 v. Chr.

Bei Funden in einem Heiltempel der etruskischen Stadt Veji fand sich eine Unzahl von Weihgaben (Donarien). Darunter gab es Körperteile oder auch geöffnete Körper mit Darstellungen (Votive) der Organe aus gebranntem Ton, wohl zur Bitte um Genesung. Zu diesen Donarien zählen auch aus Ton gebrannte makellose Zahnreihen mit roten Lippen. Diese Darstellungen zeigen uns, dass die Etrusker offensichtlich Wert auf ein schönes Gebiss mit tadellosen Zähnen legten. Neben vielen Abbildungen und Funden ärztlicher Instrumente gibt es Beispiele, die eine zahnärztliche Tätigkeit hoher Kunstfertigkeit bekunden. Deshalb wurde in dieser Richtung seit langem geforscht.



Tierzähne, die zum Ersatz zweier Zähne dienten.

Bei den Funden befinden sich erstaunliche prothetische Arbeiten. Diese bestehen teils aus Goldbändern oder Goldringen, die miteinander verlötet waren und dazu dienten, die künstlichen Zähne zu fixieren. Die Zähne steckten in den Ringen und Bändern und waren darin mit Stiften von labial nach



Männlicher Kopf, 2. Jh. v. Chr.

lingual vernietet. Die Goldbänder beziehungsweise Ringe umfassten die natürlichen gesunden Nachbarzähne als Haltepfeiler für die künstlichen Zähne. Sie waren sehr robust (rund einen Millimeter dick) ausgelegt und an der Oberfläche sehr glatt, was auf die hohe Kunst etruskischer Metallbearbeitung hindeutet. Da reines Gold weich ist, ließen sie sich problemlos an den Pfeilerzähnen adaptieren. Als Ersatzzähne wurden zum Teil Zähne von Toten genommen, an denen die Wurzel abgetrennt war, aber auch Tierzähne von Kälbern oder Ochsen wurden verwendet. Diese wurden manchmal in der Mitte eingekerbt, wenn sie zu breit waren, sodass sie dann zum Ersatz zweier Zähne zu gebrauchen waren. Dabei wurde der Ersatzzahn aus einem Schneidezahn eines Kalbes hergestellt, der vor dem Durchbruch des Zahnes aus dem Kiefer geschnitten wurde. Durchgebrochene Zähne eines Rindes sind nach kurzer Zeit schon so abgekaut, dass sie keine scharfe Schneide mehr haben und so zum Ersatz menschlicher Schneidezähne nicht taugen würden.

Eine andere Art war die Schienung lockerer Zähne mit Goldbändern (rund drei Millimeter breit), die sich an der Basis über dem Zahnfleisch eines jeden Zahnes befanden und von denen spiralförmig verdrehte Drähte von vestibulär nach lingual liefen, um die Zähne stabilisierend zu verbinden. Dieses Prothesenmaterial wurde in etruski-

Die Etrusker

Die Etrusker wurden von den Griechen „thyrrhenoi“ (deshalb heute thyrrhenisches Meer) und von den Römern „tuci“ oder „etruschi“ genannt. Funde datieren bis zum 10. Jahrhundert v. Chr.. Die Herkunft der Etrusker ist nicht eindeutig geklärt. Es gibt verschiedene Theorien. Wahrscheinlich waren es Einwanderer aus Kleinasien, die ihre hohe Kultur, Schrift, Wirtschaft, Handel und Metallgewinnung mitbrachten. Der letzte etruskische König von Rom war Tarquinius Superbus, der 510 v. Chr. starb. Danach wurden die Etrusker von den Römern unterworfen und wurden größtenteils zu römischen Staatsbürgern.

Durch die Entdeckung der etruskischen Nekropolen wurde man auf sie aufmerksam. Erstaunlich sind die fröhlichen, bunten Wandmalereien und die metallenen Grabbeigaben von hoher Kunstfertigkeit. Es gibt



viele Grabfunde in Museen der Toskana. Das Hauptausbreitungsgebiet der Etrusker war in etwa das Gebiet der heutigen Toskana bis nach Rom. Aber auch aus Süd-deutschland oder Österreich sind Funde bekannt.



Foto: Pucciarelli

Goldene Plattenfibel aus dem 7. Jahrhundert, gefunden in der Nekropole von Cerveteri.

schen Gräbern gefunden und befindet sich jetzt in verschiedenen italienischen und ausländischen Museen: Archäologisch Etruskisches Museum, Florenz, Nationalmuseum Tarquinia, Nationalmuseum der Villa Giulia in Rom, Universitätsmuseum in Gent (Belgien), Öffentliches Museum Liverpool (England).



Foto: Simon

Eine sehr gut erhaltene Brückenarbeit zum Ersatz der beiden fehlenden unteren Schneidezähne zeigt die Abbildung eines Exponates, das heute im Musée de l'École Dentaire de Paris aufbewahrt wird. Ein falscher Zahn ist noch in situ, während der andere verloren gegangen ist. Der Fundort wird nicht näher bezeichnet.

Die Funde des etruskischen Ersatz- und Stützwerkes beschränken sich auf einen relativ kleinen Bezirk des Landes, der vom heutigen Orvieto im Norden bis nach Civita Castellana und von da nach Cerveteri und Corneto im Westen reicht. Die reichsten Funde stammen aus der Gegend von Corneto, aus deren Gräberstadt auf dem Monterozzi, die zur uralten Etruskerstadt Tarquinia gehörte, der vornehmsten der etruskischen Zwölferstadt. Immer neue Funde in der Nekropole brachten Überraschungen, obwohl schon vor 2000 Jahren Grabräuber den größten Teil des Goldes geplündert hatten. Die wenigen Stücke jedoch, die erhalten geblieben sind, vermitteln uns die Kunstfertigkeit der etruskischen Handwerker in dieser Region.

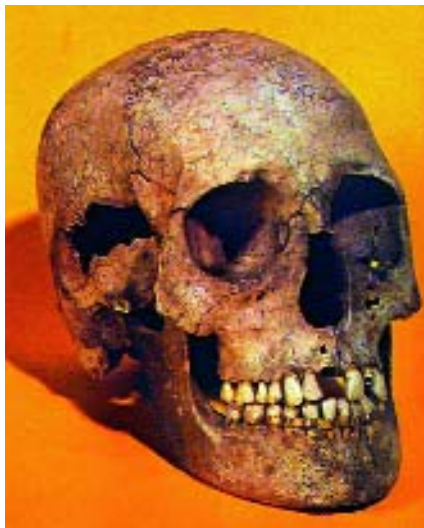


Foto: Simon

Der etruskische Schädel, der bei Chiusi in Pogio Gaiella gefunden wurde, zeigt im Unterkiefer ein Goldband, das alle unteren Schneide- und Eckzähne und Prämolaren miteinander verbindet.

Kosmetische Zwecke

Das Material ist nicht sehr umfangreich, da die Nekropolen schon früh von Grabräubern geplündert wurden, die natürlich vornehmlich das Gold raubten. Jedoch reichen die Einzelheiten, die die einzelnen Stücke charakterisieren, aus, um uns einen Eindruck zu vermitteln, wie perfekt und fortschrittlich diese Technik, die viel mit der Goldschmiedekunst gemein hat, gewesen ist. Diese Prothetik diente kosmetischen Zwecken und der Sprache, jedoch kaum der Kaufunktion.



Foto: Umi Leipzig

Etruskischer Brückenapparat zum Stützen eines oberen Mittelschneidezahns

Blick ins Museum von Florenz

Interessante Beispiele birgt das Archäologische Etruskische Museum in Florenz. Zur Sammlung gehören einige Zahnkronen, die in Urnengräbern gefunden wurden und bis auf den Schmelz zerfallen sind. Man vermutete, dass einige von ihnen entweder aus Gold, Terrakotta, Stein oder aus Schmelz, der von Zähnen großer Tiere gewonnen wurde, durch entsprechende Bearbeitung hergestellt wurden. Diese Kronen dienten sicherlich dazu, Wurzeln oder kariöse Zähne zu bedecken.



Sarkophag der Eheleute aus Cerveteri, dem etruskischen Caere

Von ganz anderer Art sind die Zahnkronen, die isoliert in Vetulonia aufgefunden wurden. Einige von ihnen weisen eine grüne Färbung auf. Es handelt sich wahrscheinlich um menschliche Kronen, die nur bis auf den äußeren Überzug – den Zahnschmelz – erhalten geblieben sind. Das Dentin im Inneren ist völlig verschwunden.

Die Autoren, die sich näher mit diesen Kronen befassten, haben unterschiedliche Erklärungsansätze. Manche vermuten, dass es sich um Überreste menschlicher Zähne handelte. Andere meinen, dass es sich um Versuche der Herstellung von Kapseln handelte, die aus der äußeren Hülle (Schmelz) von menschlichen Zähnen hergestellt wurden oder dass es sich wegen der grünen Färbung um Kapseln handelte, die aus metallischem Material hergestellt wurden.

Da es sich aber bei den in Vetulonia gefundenen fünf grünen Kronen um menschli-

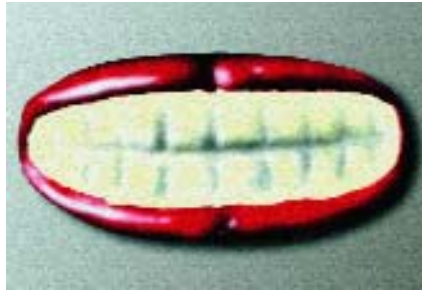


Foto: Simon

Votivgebisse aus bemaltem Ton sollten helfen, Zahnkrankheiten zu heilen. Sie wurden von den Etruskern auch gern als Grabbeigabe gegeben.

chen Schmelz handelt, nimmt man an, dass dieser vielleicht länger mit Bronze in Kontakt war und deshalb die grünliche Färbung angenommen hat. Die Kronen dienten wohl vornehmlich zum Überziehen kariöser Zahnstümpfe. Der Kontakt zu Bronze könnte damit zusammenhängen, dass die Kronen in Vetulonia in Resten von Feuerbestattungen gefunden wurden, in denen sich auch Gegenstände aus Gold, Silber, Kupfer, Bronze, Eisen und Bernstein befanden.

Die Bestätigung, dass es sich nicht um Metallkronen handelte, auch wenn sie grün sind, sondern um menschlichen Schmelz, dessen grünliche Färbung von Oxidationsvorgängen verursacht wurde, lieferte der Fund eines phönizischen Skeletts aus dem



Foto: Simon

Sieht aus wie Metallkronen, ist aber oxidierter menschlicher Schmelz: Funde aus Vetulonia

zm-Info

Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde

Der Arbeitskreis ist ein freiwilliger Zusammenschluss von interessierten und engagierten Zahnärzten und Wissenschaftlern, die sich mit der Geschichte der Zahnheilkunde beschäftigen. Weitere Interessenten sind willkommen.

Das nächste Treffen findet statt am **18. Oktober 2003** in Aachen anlässlich der Jahrestagung der DGZMK.

Kontakt:

Dr. Wibke Knöner
An den Marschwiesen 1
30519 Hannover
Tel. und Fax: 0511/860 86 96
E-Mail: wknoener@web.de

Sigrid Kuntz
Jülicher Str. 8, 50674 Köln
Tel.: 0221/240 14 16
E-Mail: sigridkuntz@aol.com

10. Jahrhundert. Phönizien und Etrurien hatten in der damaligen Epoche rege Handelsbeziehungen. Das Skelett wird im archäologischen Museum der damaligen amerikanischen Universität von Beirut (Libanon) aufbewahrt und ist bekannt als „das Exemplar von Torrey“. Sämtliche Knochen des Phöniziers sind grün und waren die einzigen mit dieser Farbe unter zwanzig Skeletten. Hier spielten wahrscheinlich ebenso Oxidationsvorgänge eine Rolle, die durch die Luftdurchlässigkeit des Bodens und die dabei befindlichen metallischen Gegenstände verursacht wurden.

Dr. Klaus Simon
Mitglied des Arbeitskreises
Geschichte der Zahnheilkunde
Nordendstraße 64
80801 München



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

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 94

Acteon

Optimiert: der neue Air-Max

Der Pulver-Wasser-Strahler Air-Max von Satelec wurde neu designt und überarbeitet. Kernstück ist das Handstück ProphyPen mit einem System, das Wasser und Pulver bis zur Austrittsöffnung trennt. Damit wird ein Verklumpen nahezu unmöglich. Das zweiteilige Design des ProphyPen ermöglicht Hygiene auch beim Air-polishing: Der Behandler tauscht sekundenschnell die Spitze im ProphyPen aus und vermeidet so eine Kreuzkontamination von Patient zu Patient. Zur perfekten Hygiene trägt außerdem das auto-klavierbare Handstück sowie eine integrierte Wasserzuführung bei. Ein weiterer Pluspunkt: Auf Knopfdruck kann ein vollautomatischer Reinigungsvorgang gestartet werden. So entfernt der Behandler am Ende eines Behandlungstages



in den Schläuchen verbliebenes Pulver und Wasser durch einen definierten Luftstrom. Außerdem ist durch das besondere Design jederzeit eine visuelle Kontrolle über den Füllstand möglich. Das Pulver kann also während der Behandlung nicht überraschend ausgehen.

Acteon Germany
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04 / 95 65 - 10
Fax: 0 21 04 / 95 65 - 11
De.aceongroup.com
E-Mail: info@de.aceongroup.com

CAPAZ

Kabelloser Fußschalter: Anschluss an USB

CAPAZ hat den kabellosen Fußschalter mit einem Anschluss des Infrarot-Empfängers an USB versehen. Er läuft problemlos unter Windows XP. Neu ist auch die Erweiterung, in der die Zuordnung von Hotkeys integriert ist, um ganze Befehlsfolgen zu automatisieren. Die zwei- und dreipedaligen

Fußschalter leiten Computer kabellos mit Infrarot Signalübertragung. Sie können Software-Programme so steuern, als würde die Eingabe per Tastatur oder Maus erfolgen. Eine typische Anwendung ist die Steuerung der Intraoral-Kamera.

CAPAZ GmbH
Hauptstraße 7
77704 Oberkirch
Tel.: 0 78 02 / 92 55-0
Fax: 0 78 02 / 62 31
www.capaz.de
E-Mail info@capaz.de

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

BEYCODENT

Wirksamkeit von Dirospray bestätigt

Dirospray AF von Beycodent wird nicht nur als allgemeines Desinfektionsspray für Oberflächen in den Praxen eingesetzt, sondern auch als Wirkstoff im Abformlöffel-Desinfektor (Diro®Matic). Unter diesem Aspekt sind die zusätzlichen Untersuchungen des Hygienecenters HygCen wichtig: Professor Werner hat Dirospray nach den neuen Richtlinien der DGHM unter „dirty conditions“ nachgetestet und dabei auch die Untersuchung von Mykobakterien mit dem Testkeim M. terrae durchgeführt. Das Ergebnis: Dirospray AF wirkt innerhalb einer Minute tuberkulozid auf der Fläche, auch unter erhöhter organischer Belastung.

BEYCODENT-Hygienetechnik
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 0 27 44 / 92 00 17
Fax: 0 27 44 / 93 11 22
www.diro.beycodent.de
E-Mail: info@beycodent.de



Coltène/Whaledent

Schnelle blasenfreie Abformungen

Das Affinis Abformprogramm von Coltène Whaledent gibt es ab sofort auch in schnell abbindenden Fast-Varianten. Dazu kommen die bekannten Vorteile, zum Beispiel das hochaktive Tensidsystem und die Oberflächenaffinität, wodurch Blut und Speichel im feuchten Mundmilieu effizient verdrängt werden. Zusätzlich haben Affinis Washmaterialien eine selbstkonturierende Konsistenz. All diese Eigenschaften sind Voraussetzung für blasen- und pressfahnenfreie Abformungen. Die neuen Affinis Washmaterialien light- und regularbody sind mit einer klinischen Verarbeitungszeit von 50 Sekunden und einer

klinischen Mundverweildauer von einer Minute 20 Sekunden eingestellt. Trotz der sehr kurzen Mundverweildauer bleibt dem Anwender genug Zeit, auch mehrere Stümpfe zu umspritzen.



Coltène/Whaledent
GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau
Tel.: 0 73 45 / 80 50
Fax: 0 73 45 / 80 52 01
www.coltenewhaledent.de

DeguDent**Sicherheitsgarantie auf Cercon-Arbeiten**

DeguDent bietet für Arbeiten innerhalb des Cercon-Systems ab sofort eine Patienten-Sicherheitsgarantie: Sollte innerhalb von zwei bis fünf Jahren nach Eingliederung des entsprechenden Zahnersatzes eine Neuanfertigung notwendig sein, die auf die Gerüst-Komponente Cercon base zurückzuführen ist, leistet DeguDent eine Zuzahlung von 150 Euro pro Zahneinheit – also zum Beispiel 450 Euro für eine dreigliedrige Brücke – an den Patienten. Dadurch wird auch die Patientenbindung an den Zahntechniker und Zahnarzt gefestigt, die ihm diese Garantie vermittelt



haben. Darüber hinaus motiviert sie den Patienten zur Wahrnehmung der Kontrollbesuche. Die Dokumentation dieser Besuche im Cercon-System Patienten-Pass ist Voraussetzung, um die Gewährleistungsansprüche geltend zu machen. Die genauen Garantiebedingungen finden sich im Internet unter www.cercon-smart-ceramics.de oder sind über die regionalen DeguDent Vertriebs-Centren erhältlich.

*DeguDent GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 59-59 51
Fax: 0 61 81 / 59-59 62
E-Mail: ralf.gotter@degudent.de*

DENTAURUM**KFO Creativ – der etwas andere Kurs**

Beim Kurs „KFO Creativ“ von Dentaaurum geht es nicht um die reine technische Herstellung von Plattenapparaturen, sondern darum, wie man daraus einmalige Schmuckstücke machen kann. Nachdem dieser Kurs bereits schon 2002 erfolgreich im Centrum Dentale Kommunikation (CDC) stattgefunden hat, war er auch im Frühjahr 2003 unter der Leitung von Zahntechnikerin Claudia Stößer aus Kandel schnell ausgebucht. Die große Nachfrage zeigt, dass die Verbindung von Funktionalität und Kreativität ein interessantes und beliebtes Thema ist.

Dentaaurum bietet deshalb diesen Kurs am 12. September 2003 sowie am 21. November 2003 nochmals an.

*DENTAURUM J. P. Winkelstroeter KG
Centrum Dentale Kommunikation
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 0 72 31 / 803-470
Fax: 0 72 31 / 803-409
www.dentaaurum.com
E-Mail: sabine.braun@dentaaurum.de*



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

Heraeus Kulzer

Frank Rosenbaum neuer Marketingleiter

Frank Rosenbaum ist seit Mai 2003 neuer Marketingleiter bei Heraeus Kulzer. In seiner neuen Position ist der Diplom-Kaufmann sowohl für die Unternehmenskommunikation als auch für das Produktmanagement verantwortlich. Rosenbaum hat zwölf Jahre Erfahrung in Vertrieb und Marketing. Vor seinem Wechsel in die Firmenzentrale von Heraeus Kulzer war er als Geschäftsführer der Tochtergesellschaft Scientific Glass GmbH, Usingen, tätig. Priorität hat für Rosenbaum die Firmenphilosophie: „Partnership first“: Durch den Dialog mit den Anwendern

sollen neue Lösungen definiert und initiiert werden.

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



Sirona

SIDEXIS.com: das Sirona-Internetportal



Sidexis.com, das neue Internetportal von Sirona, ist online. Im Mittelpunkt der Internetseite stehen die neueste Version der Bilderfassungssoftware Sidexis XG und das digitale Röntgen von Sirona. Sidexis XG ist eine multifunktionale Software für alle bildgebenden Verfahren: Intraorales Röntgen, Panorama- und Fernröntgen sowie intraorale Kamera. Sie ermöglicht die Erfassung, Bearbeitung, Analyse

und Archivierung digitaler Röntgenbilder. Auf Sidexis.com wird der Anwender über die Vorteile der neuen Software aufgeklärt, findet Tipps zum digitalen Umstieg und Hilfreiches für den Umgang. Die Gestaltung der Seite ist so anwenderfreundlich, dass auch Internetneulinge und Nutzer, die keine besondere Affinität zur Computerwelt haben, sich spielend leicht zurechtfinden.

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

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

Ivoclar Vivadent

Implantologie-Fortbildung



Mit rund 170 Teilnehmern aus der Schweiz, Liechtenstein, Deutschland und Österreich war die diesjährige Fortbildung der Dentalen Euregio Bodensee-Alpenrhein am 16. Mai 2003 in Bad Ragaz gut besucht. Prof. Dr. Daniel Buser, Bern, informierte über Sofortimplantation, chirurgische Aspekte der Implantatästhetik und GBR-Technik bei lokalen Knochendefekten. Prof. Dr. Urs Belser, Genf, gab ein Update zu prothetischen Fragen von implantologischer Planung, Ästhetik im Frontzahnbereich, Sofort-

belastung und Sofortimplantation. Das Interessenbündnis Dentale Euregio besteht seit 1997 als Zusammenschluss von neun zahnärztlichen Verbänden. Koordiniert werden die Kurse vom International Center of Dental Education (ICDE) der Ivoclar Vivadent in Schaan, Liechtenstein. Die nächste Euregio-Veranstaltung findet voraussichtlich Anfang Juni 2004 in Konstanz am Bodensee unter Federführung der BZK Freiburg statt.

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstraße 2
FL-9494 Schaan
Fürstentum Liechtenstein
Tel.: +423 / 235 35 35
Fax: +423 / 235 37 27
E-Mail:
daniela.hoefle@ivoclarvivadent.com

VITA

Blick für die richtige Zahnfarbe



Der Erfolg einer prothetischen Arbeit hängt stark davon ab, wie exakt der Farbnehmer eine Zahnfarbe bestimmt. Die Universität Leipzig hat sich diesem Problem angenommen. Unter der Leitung von Professor Jakstat wurde in Zusammenarbeit mit der Vita Zahnfabrik eine Toothguide Training Box (TTB) entwickelt, die sich Lehnanstalten für didaktische Zwecke unent-

geltlich ausleihen können. Die Ergebnisse überzeugen: Innerhalb kurzer Zeit bekommen die Teilnehmer einen Blick für die richtige Zahnfarbe

VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Postfach 13 38
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

SS White

Mühe los durch härteste Materialien

SS White Burs, Inc., einer der größten Hersteller hochwertiger rotierender Instrumente, hat seit kurzem eigene Büroräume in Freiburg. Ein Einführungsangebot hält das Unternehmen für die Hartmetallbohrer der Great-White-Serie bereit. Vor allem der Great White Nr. 2 (GW-2) hat sich für das Auftrennen von Kronen, einen schnellen Zugang zum Wurzelkanal und glatte Kavitätenpräparation als Instrument der Wahl entwickelt. Great

White Instrumente klemmen nicht, bieten höchste Bruchsicherheit und behalten ihre Durchzugskraft – auch bei schwer zu bearbeitenden Materialien wie Amalgam, Komposit, sowie Edelmetall- und NEM-Legierungen.

*SS White Burs, Inc.
Basler Straße 115
79115 Freiburg im Breisgau
Tel.: 08 00 / 7 79 44 83
(gebührenfrei)
Fax: 08 00 / 7 79 44 84
(gebührenfrei)*

VUZ

Erfolge bündeln

Die Vereinigung Umfassende Zahntechnik, VUZ, bietet allen interessierten Gruppen im Dentalmarkt eine strategische Allianz an. Dies war die Botschaft des 5. Unternehmertages in Münster. Die VUZ ist mit rund 4300 Mitarbeitern der größte Qualitätsverbund der Zahn-technik in Deutschland. Auf dem Gebiet der Weiterbildung und der wirtschaftlichen Sicherung bietet man einen deutlichen Wissensvorsprung, hieß es auf der Tagung in Münster.

Auch personelle Änderungen wurden beim Unternehmertag beschlossen: Der Northeimer Zahntechnikermeister Heiko Bischoff löste den Paderborner Dental-Unternehmer Michael Schnitz an der Spitze der VUZ ab.

*Vereinigung Umfassende Zahn-
technik e.V. (VUZ)
Emscher-Lippe-Straße 5
45711 Datteln
Tel.: 0 23 63 / 73 93 - 0
Fax: 0 23 63 / 73 93 - 11
www.vuz.de
E-Mail: info@vuz.de*



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

UNIDI**Aktiv: die italienische Dental-Industrie**

Zur Nationalen Vereinigung der Italienischen Dental-Industrie, UNIDI, gehören mehr als 90 Prozent der italienischen Unternehmen, die Anlagen und Verbrauchsmaterial für zahnärztliche Praxen und zahntechnische Labors herstellen und einen Jahresumsatz von etwa 780 Millionen Euro erwirtschaften. In erster Linie beteiligt sich die UNIDI aktiv an den wichtigsten internationa-

len Messeveranstaltungen und folgt dabei dem Entwicklungstrend der einzelnen Länder. Bei der Kölner IDS war die italienische Dentalindustrie mit 162 ausstellenden Unternehmen stark vertreten.

UNIDI
V. le Forlanini 23
I - 20134 Milano
Tel.: 00 39 / 02 / 70 06 12 22
Fax: 00 39 / 02 / 70 00 65 46
www.unidi.it
E-Mail: f.baccinelli@unidi.it

Wegold**Beizgerät mit Überhitzungsschutz**

Das neue Beizgerät Conicid von Wegold ist mit seiner mutigen Kegelform ein echter Hingucker auf dem Labortisch. Es hat aber auch innere Werte: So verfügt es über einen Temperaturmessfühler direkt an einem Kupferbecher, der von der elektrischen Aufheizeinheit ummantelt ist. Somit arbeitet die Temperaturüberwachung unabhängig vom Füllstand der Beizflüssigkeit, die Wegold unter der Bezeichnung „Wegocid“ anbietet. Wird eine Temperatur von 68° C erreicht, schaltet das Gerät automatisch ab. Ein Durchbrennen bei zu geringem Füllstand ist damit ausgeschlossen. Ein weiterer Pluspunkt des neuen Beizgerätes ist sein

keramisches Beizsieb. Zwar sollen keine Objekte in heißem Zustand in die Beizlösung gegeben werden, da überhöhte Temperaturen zu einer abrupt einsetzenden chemischen Reaktion führen. Doch führt ein solches Versehen beim Conicid nicht gleich dazu, dass das Sieb schmilzt oder das ganze Gerät verschmort.

Wegold Edelmetalle AG
Nibelungenstr. 5
90530 Wendelstein
Tel.: 0 91 29 / 40 30-171
Fax: 0 91 29 / 40 30-43
www.wegold.de
E-Mail:
andrea.wilde@wegold.de



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

BUSCH**Amalgam zügig entfernen**

Busch hat mit dem neuen Amalgamentferner 32HG in der ISO-Größe 012 ein Instrument entwickelt, mit dem sich Amalgam leicht entfernen lässt. Eine scharfe an der Stirn überlaufende Schneide ermöglicht durch axiales Bohren ein zügiges Eindringen in die Amalgamfüllung, wobei die robuste Kreuzverzahnung bei geringer Wärmeentwicklung für ein effektives Zerspanen des Amalgams sorgt. Zur besseren Identifizierung ist der Amalgamentferner am FG-Schaft mit einer blauer Schaft-ringmarkierung gekennzeichnet.



BUSCH & Co. KG
Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
Tel.: 0 2 263 / 86 - 0
Fax: 0 22 63 / 2 07 41

Kuraray**Kuraray verlost Mini**

hasivtechnik, feierte mit dem Gewinnspiel ein zehnjähriges Jubiläum: 1993 brachte das Unternehmen den ersten anaeroben Kunststoffzement Panavia 21 mit selbststänzendem ED Primer auf den Markt. Langjährige Anwendung und klinische Erfahrungen bestätigen

Minimaler Aufwand, maximale Sicherheit: Unter dieser Kurzformel für den Universalzement Panavia verlost Kuraray Dental während der IDS 2003 in Köln einen silbernen Mini. Silke Eckert heißt die glückliche Gewinnerin, die den Kleinwagen in Empfang nehmen durfte. Kuraray Dental, der Erfinder der Ad-

seither den Erfolg des Universalzements als Garant für Sicherheit, Dauerhaftigkeit und reproduzierbare Erfolge.

Kuraray Europe GmbH
Medical Division
Schiess Straße 68
40549 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 5 38 88 - 43
Fax: 02 11 / 5 38 88 - 48
E-Mail: vandijk@kuraray.de

Kaniedenta

Unterfütterung in einer Sitzung



Mit dem neu entwickelten Relino hart von Kaniedenta können Prothesen in einer Sitzung unterfüttert beziehungsweise repariert werden. Relino hart wird in der Sicherheitskartusche automatisch und blasenfrei gemischt. Die Applikation des geruchs- und geschmacklosen Unterfütterungsmaterials erfolgt

direkt sparsam aus der Sicherheitskanüle. Eine feste Verbindung zum Prothesenmaterial garantiert das mitgelieferte Adhäsiv. Da Relino hart kein Methylmethacrylat enthält, sinkt das Risiko von Allergien und Schleimhautirritationen deutlich. Bei der Polymerisation steigt die Temperatur nicht nennenswert; daher kann die Abbindeung vollständig im Mund des Patienten erfolgen.

*Kaniedenta GmbH & Co. KG
Dentalmedizinische Erzeugnisse
Zum Haberland 36
32051 Herford
Tel.: 0 52 21 / 34 55 0
Fax: 0 52 21 / 34 55 11
E-Mail: info@kaniedenta.de*

Schülke & Mayr

Hygienepläne aus dem Internet

Die beliebten Hautschutz- und Desinfektionspläne von Schülke & Mayr für zwölf spezifische Facharztgruppen stehen jetzt im Internet. Interessierte können den für sie geeigneten Plan direkt ausdrucken. Jeder Plan hat zwei Seiten: Auf der einen steht der Hautschutz- und Desinfektionsplan als Muster beziehungsweise als Ausfüllhilfe mit Präparaten aus dem Schülke & Mayr-Sortiment. Die zweite Seite zeigt den gleichen Plan ohne Präparateindruck, sodass Zahnärzte die in ihrer Praxis verwendeten Produkte und die Namen der Mitarbeiter, die für die jeweiligen Anwendungsbereiche verantwort-

lich sind, selbst eintragen können. Der neue Service ist leicht zu finden: www.schuelke-mayr.de eingeben, auf „S&M Deutschland Hygiene“ klicken und unter News gelangt man direkt zu „Hautschutz- und Desinfektionspläne“.

*Schülke & Mayr GmbH
PAB
22840 Norderstedt
PAB-Service-Tel.: 0 40 / 52 10 06 66
Service-Fax: 0 40 / 52 10 06 60
www.schuelke-mayr.com
E-Mail: pab@schuelke-mayr.com*

**Nr. 13/2003**

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 12. 08. 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 Beitr ge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- Acteon** – Optimiert: der neue Air-Max (S. 88)
- BEYCODENT** – Wirksamkeit von Dirospray bestätigt (S. 88)
- BUSCH** – Amalgam zügig entfernen (S. 92)
- CAPAZ** – Kabelloser Fußschalter: Anschluss an USB (S. 88)
- Coltene/Whaledent** – Schnelle blasenfreie Abformungen (S. 88)
- DeguDent** – Sicherheitsgarantie auf Cercon-Arbeiten (S. 89)
- DENTAURUM** – KFO Creativ – der etwas andere Kurs (S. 89)
- Heraeus Kulzer** – Frank Rosenbaum neuer Marketingleiter (S. 90)
- Ivoclar Vivadent** – Implantologie-Fortbildung (S. 90)
- Kaniedenta** – Unterfütterung in einer Sitzung (S. 94)
- Kuraray** – Kuraray verlost Mini (S. 92)
- Schülke & Mayr** – Hygienepläne aus dem Internet (S. 94)
- Sirona** – SIDEXIS.com: das Sirona-Internetportal (S. 90)
- SS White** – Mühelos durch härteste Materialien (S. 91)
- UNIDI** – Aktiv: die italienische Dental-Industrie (S. 92)
- VITA** – Blick für die richtige Zahnfarbe (S. 90)
- VUZ** – Erfolge bündeln (S. 91)
- Wegold** – Beizgerät mit Überhitzungsschutz (S. 92)

J. W. Möllemann ist tot

„Den Patienten wird vorgegaukelt, ein immer ineffizienter werdender Staatsapparat könne die anstehenden Probleme lösen, wenn nur genügend geplant wird.“ Mit dieser Einschätzung zur Reformdiskussion im deutschen Gesundheitswesen hat der ehemalige Freidemokrat Jürgen W. Möllemann über lange Zeit die Debatte um eine liberale



Foto: FDP-Fraktion

Ordnung in der deutschen Sozialpolitik mit vorangetrieben. Der FDP-Politiker hatte – vor seinem Austritt aus der Partei im Jahr 2002 – das in der deutschen Zahnärzteschaft entwickelte Konzept zur Gesundheitsreform immer wieder mit konformem liberalen Gedankengut begleitet und sich aktiv für den Aubbau überbordender staatlicher Reglementierung eingesetzt. Im Vorfeld des Wahlkampfes zur Bundestagswahl 2002 trat Möllemann im Frühjahr 2002 als Gesundheitsexperte in das Team des FDP-Spitzenkandidaten Westerwelle ein. Im Rahmen der 18-Prozent-Wahlkampagne wurden ihm für den Fall eines Wahlsieges Ambitionen auf das Gesundheitsressort der Bundesregierung nachgesagt.

Der 1945 geborene, an der Universität Münster zum Grund-

und Hauptschullehrer ausgebildete Möllemann trat 1962 in die CDU ein, wechselte 1970 zur F.D.P. Seine weitere parteipolitische Karriere: Vorsitzender des F.D.P.-Bezirksverbandes Westfalen-Nord, stellvertretender Landesvorsitzender der F.D.P. Nordrhein-Westfalen, April 1983 bis Dezember 1994 Landesvorsitzender, Mitglied des Bundesvorstandes der F.D.P.

Ab 1972 war Jürgen W. Möllemann Mitglied des Bundestages. Vom 4. Oktober 1982 bis 12. März 1987 war er Staatsminister im Auswärtigen Amt, vom 12. März 1987 bis 18. Januar 1991 Bundesminister für Bildung und Wissenschaft, vom 18. Januar 1991 bis 21. Januar 1993 Bundesminister für Wirtschaft, fungierte von Mai 1992 bis Januar 1993 auch als Stellvertreter des Bundeskanzlers.

Der ehemalige Freidemokrat hat eine über 30-jährige Karriere in der Bundes- und nordrhein-westfälischen Landes-FDP hinter sich. Er verlor seine Parteiämter im November 2002 infolge des durch ihn während des Bundestagswahlkampfes verantworteten „Antisemitismus-Streits“. Mitte März 2003 war Möllemann gezwungen, der FDP durch seinen Parteiaustritt endgültig den Rücken zu kehren. Seine Parlamentsmandate in Land- und Bundestag wollte er weiterhin wahrnehmen.

Der überzeugte Liberale verstarb im Juni 2003 bei einem Fallschirmabsturz. Jürgen W. Möllemann hinterlässt seine Ehefrau und drei Kinder. zm

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), Chef/in 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 Verlags. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesehene 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 Ärztekasse, 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:

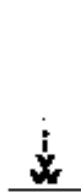
Marga Pinsdorf Pinsdorf@aerzteverlag.de

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

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG
Seite 7

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Seite 27

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Seite 33

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Seite 57

DeguDent
Seite 13

Dental Magazin
Seite 93

Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift
Seite 89

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ Fragebogen
Seite 87

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ Versandbuchhandlung
Seite 83

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ Versandbuchhandlung
Seite 95

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ ZM-Jahresband
Seite 45

Dr. Liebe Nachf.
Seite 67

Dürr Dental GmbH & Co. KG
2. Umschlagseite

Entrium Direct Bankers AG
Seite 69

F 1 Dentalsysteme Deutschland GmbH
Seite 9

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.
Seite 59

Gaba GmbH
Seite 11

Girardelli Dental-Med. Produkte
Seite 15

Glaxo SmithKline
Seite 23

GlaxoSmithKline
Seite 19

Günter Witt GmbH
Seite 71

Heinz Kers Neon Licht
Seite 61

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Seite 39

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Seite 63

Kettenbach Dental
Seite 21

Nobel Biocare
3. Umschlagseite

Oralprophylaxe
Seite 75

Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Seite 53

Presentversand
Seite 61

Promunidi srl
Seite 47

Schütz Dental Group
Seite 73

Sirona Dental Systems GmbH
4. Umschlagseite

Sirona Dental Systems GmbH
Seite 29

Straumann GmbH
Seite 65

Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Seite 41

Wieland Dental + Technik
Seite 5

Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie
Seite 91

Einhefter, 4-seitig:

Atrix Laboratories GmbH
zwischen den Seiten 48/49

Beilagen:

Acteon Germany GmbH
(Vollbeilage)

demedis dental depot GmbH
(Vollbeilage)

KZBV Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
(Vollbeilage)

ConsEuro 2003 in München

Zahnärzte sind wichtige Partner

Mit der zunehmenden Bedeutung der Prävention angesichts der dramatischen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigte sich die Eröffnungsveranstaltung des internationalen Münchner Zahnmedizinerkongresses „ConsEuro 2003“ mit Gästen aus ganz Europa und weiteren Ländern im vergangenen Monat. Die Zahnärzte sind, so Bayerns Gesundheitsminister Eberhard Sinner, wichtige Partner einer vorausschauenden Gesundheitspolitik: „Gerade in der Zahnmedizin können wir sehen, welche Erfolge systematische Prävention bringen kann.“

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, betonte anlässlich des Kongresses, dass die Zahnärzteschaft überzeugt ist, durch befundorientierte Festzuschüsse mit Kostenerstattung einen Beitrag für den Ausweg aus dem Dilemma mangelnder Einnahmen, zuneh-



Foto: Lopata

men dem medizinischen Fortschritt und einer sich verändernden demographischen Situation zu leisten. „Die Akzeptanz unter Fachleuten zu unseren Lösungsvorschlägen ist längst belegt“, stellte Weitkamp fest. „Der Europäische Gerichtshof reagiert schon entsprechend liberal, nur die Politiker sind noch auf ihre alten ‚Heilmethoden‘ fixiert.“

■ **Einen ausführlichen Tagungsbericht zur „ConsEuro 2003“ lesen Sie in einer der kommenden zm-Ausgaben.**

Neu bei zm-online

Alle Repetitorien in einer Datenbank

Die Internetseiten von zm-online bieten ab sofort eine neue Funktion für alle Surfer und Leser. Unter der Rubrik „Service“ kann

nun auf eine Datenbank zugegriffen werden, die sämtliche Repetitorien-Artikel aus den zm-Printausgaben seit 1999 enthält. Ursprünglich war diese Datenbank als einmalige und zeitlich befristete zm-online-Aktion gedacht; aufgrund des großen Interesses und der starken Nutzung seitens der User haben die Repetitorien jetzt ihren festen Platz im Online-Angebot.

Die Datenbank wird kontinuierlich um die aktuellen Repetitorien-Artikel unserer Fachautorin Christine Vetter erweitert. Alle Artikel sind alphabetisch sortiert und können im Original-Layout heruntergeladen, am Bildschirm gelesen oder ausgedruckt werden. Hierzu wird lediglich die kostenlose Software „Acrobat Reader“ benötigt, welche ebenfalls über zm-online heruntergeladen werden kann.



Bund der Versicherten (BdV)

Neue Broschüre



Der Bund der Versicherten (BdV) hat einen kostenlosen Ratgeber zum Thema Versicherungen herausgegeben. Die Broschüre soll Verbraucher darüber informieren, welcher Versicherungsschutz sinnvoll ist und wie viel Geld man dafür ausgeben muss. Die Broschüre gibt es im Internet unter www.bunddersicherten.de oder gegen 1,44 Euro in Briefmarken direkt beim Bund der Versicherten, Postfach 1153, 24547 Henstedt-Ulzburg. ck/pm

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

**ZM-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 68
50861 Köln**



zm Leser service **Nr. 13**
2003

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

S. Priehn-Küpper: Titelstory „Das Blut“ (S. 34)

- DGZMK-Stellungnahme
- Broschüre Blutspende
- Plakat für's Wartezimmer
- Internetadressen

W. Künzel: Hypomineralisation (S. 42) Literaturliste

T. E. Reichert: Gelenkchondromatose (S. 46) Literaturliste

M. Schönegege: Rudern (S. 78) Infomaterial

K. Simon: Etrusker (S. 84) Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden
– hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

Sondersitzung zur KBV-Reform**KBV stellt eigenes Konzept vor**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat in Berlin beschlossen, ein eigenes Konzept zur Organisationsreform der KBV in die politische Diskussion einzubringen. „Damit ist die Grundlage dafür gelegt, dass wir für die neuen Herausforderungen der Zukunft gut gerüstet sind“, kommentierte Dr. Manfred Richter-Reichhelm, erster Vorsitzender der KBV, den Schritt. Das Konzept sieht zwei gesetzliche Organe für den Dachverband vor: eine Mitgliederversammlung und den Vorstand. Jede der 23 Kassenärztlichen Vereinigungen soll mit zwei Vertretern in der Mitgliederversammlung repräsentiert sein. Hinzu kommen Vertreter der Psychotherapeuten und außerordentlichen Vertreter.



Foto: KBV

Der KBV-Vorstand würde künftig kleiner ausfallen als der derzeitige mit neun stimmberechtigten Mitgliedern. Drei Fachausschüsse mit Beratungsfunktion sollen obligatorisch eingerichtet werden. „Unsere Vorschläge beziehen sich ausdrücklich nur auf die KBV, nicht auf die Kassenärztlichen Vereinigungen, betonte Richter-Reichhelm. „Nun werden wir mit unserem Konzept auf die Politik zugehen.“ ck/pm

BZÄK geht vor Gericht**Gebührenabschlag Ost wird überprüft**

In einem Antwortschreiben an die BZÄK hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eine Gebührenangleichung für Zahnärzte in den Neuen Ländern abgelehnt. Nach einem positiven Urteil des Bundesverfassungsgerichts für die Rechtsanwälte, hatte die Kammer gefordert, den Gebührenrahmen auch für Zahnärzte anzugleichen. Frau Schmidt beruft sich darauf, dass das Bundesverfassungsgericht bei den Rechtsanwälten auf den Ort des Kanzleisitzes abgestellt habe, während bei den Zahnärzten der Ort der Leistungserbringung ausschlaggebend sei. Insofern habe das Urteil keine Wirkung auf die Vergütung der Zahnärzte. Die BZÄK wird nun eine gerichtliche, insbesondere verfassungsgerichtliche Überprüfung des Gebührenabschlages Ost für Zahnärzte einleiten. BZÄK

Deutscher Caritasverband**Altersprävention noch unzureichend**

Den Ausbau von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für alte Menschen und verstärkte Bemühungen, ausreichend Pflegefachkräfte zu gewinnen, forderte Präsident Hellmut Puschmann beim Jahresempfang des Deutschen Caritasverbandes in Berlin zum Thema Gesundheit und Pflege im Alter. Im internationalen Vergleich stecke Deutschland im Bereich Prävention in den Kinderschuhen, erklärte Puschmann. Nach einer Erhebung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen würde zum Beispiel die Krankheit De-



Foto: Photodisc

menz im Schnitt vier Jahre zu spät erkannt. Dies habe katastrophale Folgen sowohl für die Betroffenen als auch für die Volkswirtschaft. Puschmann mahnte zudem, das Denken in den Kategorien ambulant, stationär und teilstationär aufzuheben und vernetzte Strukturen zu schaffen, die die Bereiche Krankenhaus, Behindertenhilfe und Rehabilitation einschließen. ck/pm

Wettbewerb „Hessen liest“:**Zahnputzrap und Stabpuppenspiel**

Rund 220 dritte Grundschulklassen beteiligten sich an dem von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH) und der Stiftung Lesen ausgeschriebenem Wettbewerb „Hessen liest – Lesen ist so wichtig wie Zähneputzen“. Ziel der Aktion war es, eine Brücke zwischen den beiden Bereichen zu schlagen. Im April fand nun die Siegerehrung statt: 22 Arbeiten wurden prämiert, die beiden besten Klassen bekamen neben einem Mediengutschein eine Finanzspritze für die Klassenkasse.



Foto: Ingram

Im Mittelpunkt des Wettbewerbs stand Kirsten Bojes Kinderbuch „Zum Glück hat Lena ihre Zahnspange vergessen“ – eine Geschichte um Liebe, Verantwortung und Zahnpflege. Die Schüler hatten die Aufgabe, diese Textvorlage gestalterisch umzusetzen. Zu den ausgezeichneten Beiträgen zählten ein Stabpuppenspiel, ein Film, ein Leporello und ein selbstgeschriebener Zahnputzrap. ck/pm

Dr. Leonard Hansen (KBV):**Den Körper besser warten**

Die Versicherten müssten die Gesundheitsvorsorge noch stärker wahrnehmen, verlangte Dr. Leonard Hansen, Zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), zum Start der KV-Mobil-Tour: „Ihr Auto bringen die Deutschen jedes Jahr zur Inspektion in die Werkstatt. Die Wartung ihres eigenen Körpers aber vernachlässigen sie.“ Hansen beklagte die geringe Teilnahme an den medizinischen Vorsorgemaßnahmen: „Gerade Männer sind Präventionsmuffel.“ An Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nahmen 2001 in der Hauptzielgruppe der 45- bis 69-Jährigen 50 Prozent der Frauen, aber nur 18 Prozent der Männer teil, so der KBV-Vize. Dies müsse in Zukunft deutlich besser werden.

Das KV-Mobil, ein speziell umgebauter Bus, fährt bis September 30 Städte in ganz Deutschland an, um Bürger über Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu informieren.

ck/pm

Ulla Schmidt

Telematik fördern

Die Bundesregierung will forciert und gezielt die Implementierung moderner IT-Techniken und der hierfür notwendigen Infrastruktur fördern, meldete das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BGMS). Die Telematik-Vorschläge der Industrie seien ein wichtiger Schritt



Foto: EyeWire/zm

für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bis 2006. „Die Telematik kann einen wichtigen Beitrag zur notwendigen Modernisierung leisten“, betonte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Eine digitalisierte und damit leistungsfähigere Kommunikation sei auch eine Voraussetzung für die integrierte Versorgung.

ck/pm

Chipkartenbetrug

Geteilte Meinung

Die Schäden, die durch den Betrug mit Krankenversicherungs-Chipkarten entstehen, werden in Deutschland unterschiedlich bewertet. So schätzt die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) allein in ihrem Bundesland den Schaden auf rund 45 Millionen Euro und geht bei einem Prozent der Fälle von bewusstem Missbrauch aus. Die AOK Niedersachsen spricht dagegen von ei-

ner Betrugsquote im Promillebereich: Nur ein ganz kleiner Personenkreis erschleiche sich Gesundheitsleistungen. Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) schließt aus, dass im großen Stil betrogen wird.

Ein Problem der Chipkarten ist ihre lange Laufzeit. Zudem können die Ärzte nicht selbst feststellen, ob tatsächlich der Kartenbesitzer in die Praxis gekommen ist. Um den Machenschaften einen Riegel vorzuschieben, will die Bundesregierung die Chipkarte weiterentwickeln. Künftig soll diese nicht nur persönliche, sondern auch medizinische Daten enthalten. Datenschützer äußerten dagegen bereits Bedenken: Nicht nur Mediziner könnten dann auf die Daten zugreifen, sondern jeder, der ein entsprechendes Lesegerät besitzt. ck/pm

Nur 1,7 Prozent fallen durch

Erlangen hat kaum Medizin-Abbrecher

Die Studierenden an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg liegen im ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der Durchfallerquote auf Platz eins, gefolgt von der TU München und Würzburg. Während in Erlangen nur 1,7 Prozent der Studierenden das Prüfungsziel nicht erreichten, waren es in München und Würzburg rund acht Prozent.

Das hat die Frühjahrsprüfung 2003 ergeben, die vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen durchgeführt wurde. Auch bei der Ärztlichen Vorprüfung belegt Erlangen nach Berlin und Würzburg einen Spitzenplatz. Für den

Foto: Ingram



Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Martin Röllinghoff, ist das Ansporn für eine weitere Verbesserung von Vorlesungen, Seminaren und dem Unterricht am Krankenbett. dev/idw

BZÄK

Protest gegen Bürokratisierung

Im Zuge der europäischen Angleichung in der Chemikalienpolitik soll das Programm REACH (Registration, Evaluation, Authorization of Chemicals) künftig alle Medizinprodukte in der Kette vom Hersteller bis zum Endabnehmer dokumentieren. Die Anwendung dieses Gesetzesvorhabens auf die Zahnärzteschaft wäre aber „ein vollkommen überzogener Bürokratismus“, so Michael Krone, Abteilungsleiter Zahnärztliche Berufsausübung bei der BZÄK. Die derzeit geltenden Regelungen im Medizinprodukterecht seien absolut ausreichend, um einen umfassenden Patientenschutz auf dem Sektor der Dentalprodukte zu gewährleisten. Krone verwies in diesem Zusammenhang auch auf den von der BZÄK etablierten „Deutschen Rat für Qualität und

Foto: Ingram



Sicherheit von Produkten und Systemen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (Produktsicherheitsrat). Die BZÄK wird einen eigenen Protest zu diesem Vorhaben einreichen und sich mit den anderen Interessenvertretungen zusammenschließen.

BZÄK

Institut für Freie Berufe

Heubisch ist neuer Vorsitzender

Zum neuen Vorsitzenden des Instituts für Freie Berufe in Nürnberg wurde Dr. Wolfgang Heubisch gewählt. Das Institut beschäftigt sich mit der Dokumentation der Leistungen der Freien Berufe in der Gesellschaft, Gründungsberatung und der Betreuung von Coachingmaßnahmen für freie Berufe.



Foto: BLZK

BZÄK

Vertragsärzte

FDP für Aufhebung der Altersgrenze

Die FDP-Fraktion im Bundestag hat den Antrag gestellt, die Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragsärzte wieder aufzuheben: Aufgrund der Nachwuchsentwicklung im Facharztbereich werde es ab dem kommenden Jahr zu kontinuierlich sinkenden Arztzahlen kommen. BZÄK

Polente zieht nach Feierabend Zähne

Neben den 40 000 professionellen Zahnärzten üben in Italien 45 000 Betrüger diesen Beruf aus, ohne jemals eine Ausbildung oder gar ein Studium absolviert zu haben. Allein acht Prozent der Gauner – in Italien heißen sie „abusivi“ – gehören sogar hauptberuflich der italienischen Verkehrspolizei an, wie eine jüngst veröffentlichte Statistik der Staatspolizei ans Licht brachte. ck/pm

Unmusikalische Kommission

„Wir spielen da auf Luftgitarren.“

Bernd Raffelhüschen, Ökonom und Mitglied der Rürup-Kommission, über die Arbeitsweise in diesem Gremium.

Stink-Kondome als Verkaufsschlager

Kondome mit dem Geschmack der Durian-Frucht – einem für viele westliche Geschmäcker abstoßenden Aroma – haben sich in



Illu.: Sauppe

Mamma, mamma - ci sono i dentisti!

Indonesien als Renner erwiesen. Seit der Markteinführung vor einer Woche seien bereits 150 000 Stück verkauft worden, sagte der Direktor der Herstellerfirma DKT Indonesia, Christopher Purdy.

Die Kunden fänden die Idee amüsant und würden so die im mehrheitlich muslimischen Indonesien weit verbreitete Scheu vor dem Thema Präservative verlieren, erläuterte der Unternehmenschef. Während das melo-

nenngroße, stachelige Obst in Asien wegen seines süß-sauren Fleisches eine große Fangemeinde hat, erinnert vor allem westliche Ausländer ihr Geruch eher an ungerinigte Urinale. Im Januar hatte ein Paket mit Durian-Früchten an Bord einer Maschine auf dem Flughafen im australischen Brisbane Alarm ausgelöst, weil einem Passagier der stechende Gestank verdächtig vorkam. dev/dpa

Fotos: gardarisen/ingram



Kleiner Hunger zwischendurch

Mensch, bin ich froh, Vegetarier zu sein! Das stelle ich jeden Tag aufs Neue fest, wenn ich meine Mitbundesbürger beim Essen beobachte. Wie sie da von morgens bis abends die fettigen, speckigen, runzligen Fleischbrocken ihre Speiseröhren hinunterschicken – bah pfiu! Schweinepest und Rinderwahn sind für mich keine Themen. Und auch die Diskussionen um den moralisch-ethisch-ökologisch-bedenklichen Verzehr von Walfisch lassen mich völlig kalt.

Wie unendlich glücklich ich mich in meiner antikarnivorischen Haut schätzen darf, habe ich erst vor einigen Tagen wieder gemerkt, als ich diese Geschichte von einem 35-jährigen Mann aus dem österreichischen Kirchdorf gehört habe. Der hatte nämlich – nachdem er sich mit dem Inhalt einer Dose Butangas ordentlich berauscht hatte – eine seiner eigenen Zehen gegessen! Und war anschließend immer noch so gut gelaunt, dass er den herbeieilenden Rettungssanitätern erklärte, er habe eh so viele davon an seinen Füßen, dass es auf eine Zehe mehr oder weniger doch überhaupt nicht ankäme. Ein Auto-Kannibale, wie er im Buche steht! Vielleicht probiert er beim nächsten Mal ja ein Ohr oder eine Niere – oder irgendeinen anderen Körperteil, der mehrfach vorhanden ist.

So zugeröhnt kann ich gar nicht sein, dass mir dergleichen passieren würde. Mein allerschlimmstes Schicksal wäre auch im völligen Delirium nach wie vor, dass ich ins Gras beiße. ■

