



Top-Zähne

**trotz
Handicap**

**Strategie-Workshop
in Dresden**

**Besteuerung
von Renten**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wer im niederländischen Örtchen Biggekerke auf Walcheren/Zeeland Brot kaufen will, staunt nicht schlecht beim Betreten des einzigen Bäckerladens: Man steht in einem freundlichen, hellen Raum mit freiem Blick in eine große Backstube, wo ausgebildete Fachkräfte gemeinsam mit Behinderten Kuchen, Brot und Brötchen herstellen und im angegliederten Laden verkaufen. Ein vorbildliches integratives Projekt, das zeigt, wie unsere westlichen Nachbarn in diesen Belangen ihr Alltagsleben gestalten. Dass europäische Staaten wie die Niederlande, Belgien und die skandinavischen Staaten auch in der zahnmedizinischen Betreuung Behinderter beispielhafte Wege gehen, wurde auf dem von der Bundeszahnärztekammer gemeinsam mit der Universität Witten-Herdecke, der Berliner Charité und dem Bundesverband Deutscher Oralchirurgen organisierten Symposium „Menschen mit Behinderungen – Stiefkinder der medizinischen Versorgung“ am 23. und 24. April in Berlin deutlich. Manchem deutschen Krankenkassenvertreter gaben die vielfältigen Diskussionen einiges zu denken.

Auch wenn Deutschlands zahnmedizinische Versorgung dieser „Leute mit Handicap“ durchaus vorzeigbar ist – inzwischen hat sich jeder zehnte Zahnarzt auf die Behandlung Behinderter spezialisiert –, lassen die systemischen Rahmenbedingungen zu wünschen übrig. Insbesondere im präventiven Bereich – so ein Fazit des Symposiums – sind Verbesserungen dringend notwendig. Hier zeigen die ausländischen Gesundheits-



Foto: zm

■ *Sie ist kein Stiefkind der Versorgung. Dennoch ist die Behandlung von Behinderten verbesserungsbedürftig. Auf einem Symposium der Bundeszahnärztekammer diskutierten Fachleute Lösungsansätze zur Änderung der zum Teil noch mangelhaften Rahmenbedingungen für die zahn-/medizinische Betreuung von Leuten mit „Handicap“.*

systeme eine Reihe von Möglichkeiten auf. Und Besserung tut wirklich not: Eine Gruppe von immerhin sechs Millionen Menschen lebt in Deutschland mit Behinderungen. Das ist keine Minderheit, deren Betreuung allein karitativen Organisationen überlassen werden könnte. Auch ausschließliche Lösungen unter den Restriktionen des GKV-Systems werden den besonderen Anforderungen dieser Patienten nicht gerecht.

Hier lag ein Positivum des Symposiums: Die anwesenden Kostenträger zeigten Bereitschaft, gemeinsam mit der Zahnärzteschaft auch nach Lösungen zu suchen, die über die Leistungsbeschreibungen der GKVen hinausgehen.

Aber damit nicht genug: Deutlich wurde, dass es nach wie vor an zuverlässigen epidemiologischen Daten wie auch inter- und transdisziplinären Versorgungsansätzen mangelt, und dass spezifische, strukturierte Fortbildungsansätze diesem Bereich gut täten.

Letztlich hat die Initiative der Bundeszahnärztekammer bewiesen, dass durch gemeinsame Arbeit Lösungsansätze möglich werden, die eine noch so umfangreiche Behindertengesetzgebung nicht geleistet hat, wohl auch nicht leisten kann.

Diese gebündelten fachlichen Lösungsansätze gilt es umzusetzen – nicht zuletzt für ein besseres Miteinander aller Menschen im Alltag.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: S. Priehn-Küpper/Titelbild: cinetext

Zum Titel

Der Filmstar „Bobby“ auf dem Titelbild und Ralf auf dem hier gezeigten Foto, sind beide Morbus Down-Patienten und haben keine Probleme mit der Zahnbehandlung. Die Mundgesundheit Behinderter im Fokus.

Seite 34



Foto: Lopata

Regier Meinungsaustausch mit der Polit-Prominenz – das KZBV/BZÄK-Frühjahrsfest gehört zur festen Institution unter der Reichstagskuppel.

Seite 18



Foto: PhotoDisc

Frühzeitig einzahlen für die „hohe Kante“ im Alter ist sinnvoll. Doch Vorsicht: Bei der Besteuerung mischt der Fiskus mit.

Seite 82



Foto: Burgis Wehry

Tschernobyl-geschädigte Kinder fahren jedes Jahr nach Kassel zur Therapie. Dazu gehört eine Rundumbehandlung für die Zähne.

Seite 90



Foto: Bilderberg

Die Konkurrenzschutzklausel im Praxisübernahmevertrag sichert, dass der Verkäufer nicht plötzlich nebenan „residiert“.

Seite 86

Editorial 1

Leitartikel

Dr. Jürgen Fedderwitz, Amtierender Vorsitzender der KZBV, nimmt die Paralleltäten von Toll Collect und Gesundheitskasse aufs Korn. **4**

Nachrichten 6, 10

Gastkommentar

Walter Kannengießer, Sozialpolitik-Journalist: Wer streitet besser? Streitkultur verschiedener Parteien im Vergleich. **8**

Politik und Beruf

Frühjahrsfest von KZBV und BZÄK: Ständesvertreter und Politiker beim Tête-à-tête **18**

Dresdner Forum: Tübinger Idee neu aufgelegt **22**

Aus den Ländern

11. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag: Rund um die Zahnwurzel **26**

10. ZMF-Kongress in Hamburg **28**

Gesundheit und Soziales

Internationaler Kongress Health Telematics: Reifeprüfung für die Karte **30**

Titelstory

Zahnbehandlung bei Behinderten: Rund ums Handicap **34**

Zahnmedizin

Gemeinsame Stellungnahme der DGZMK und der DGZ: Revision einer Wurzelkanalbehandlung **42**

Der aktuelle klinische Fall: Amelanotisches Melanom **46**

Medizin

Atemwegserkrankung: Chronische Bronchitis **48**

Tagungen

Jahrestagung des AK Psychologie und Psychosomatik: Psychologische Aspekte der älteren Patienten **50**

Fachforum

Neues aus der Welt der „Kons“ **54**

Rezensionen 58

Veranstaltungen 62

Praxismanagement

Rentenbesteuerung: Der Fiskus mischt mit **74**

Finanzen

Geldanlage: Die Lebensversicherung wird fällig **82**

Recht

Klauseln im Praxisvertrag: Konkurrenzschutz **86**

Internationales

Aktion für Kinder aus Tschernobyl **90**

IADS-Studententagung in Ljubljana **92**

Persönliches 93

Neuheiten 94

Impressum 101

Letzte Nachrichten 125

Zu guter Letzt 128





Foto: Lopata

Toll Collect hoch Zwei?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Es klappt aber auch gar nichts mehr! Auch nicht die Zusammenarbeit verschiedener Ministerien. Dabei hätten doch Frau Schmidt und Herr Stolpe einem technologischen Jahrhundert-Projekt noch das geniale I-Tüpfelchen aufsetzen können: die Verquickung von Toll Collect und e-Health. Maut und Praxisgebühr für freie Fahrt und freie Arztwahl! Wo steht mein LKW und in welcher Praxis sitzt die Oma? Lieferschein gleich(t) Krankenschein. Tolle Möglichkeit, tolle Perspektiven, tolle Idee? Mitnichten. Doch die Parallelitäten sind schon frappierend.

Das Großprojekt „elektronische Gesundheitskarte“: Es soll nachhaltig Kosten sparen und den Alltag im Sachleistungssystem verbessern. Die neue E-Karte soll neben den auf jetziger GKV-Karte gespeicherten administrativen Daten das elektronische Rezept, die EU-Berechtigung und möglicherweise Notfalldaten, Arzt-Briefe, Arzneimitteldokumentationen, elektronische Patientenakte wie auch Patientenquittungen satteln. Ein elektronischer Tausendsassa, den die vom Bundesgesundheitsministerium involvierten EDV- und Kommunikationsberater anpreisen wie warme Semmeln. Kein Wunder: Geld winkt. Dabei verursacht diese von den Großkonzernen und der Bundesregierung

gefeierte „Chip chip-Hurra“-Karte in Millionen-Auflage Milliarden an Kosten.

Für den zahnärztlichen Bereich und seine Patienten gibt es keinen Grund für diese überzogene Kaufrausch-Euphorie. Wir brauchen die E-Karte nicht. Für unsere und die ärztlichen Praxen weist das Kosten-Nutzen-Verhältnis dieses europaweiten Vorzeige-Projektes eine drastische Schiefelage auf. Nach prospektiven Berechnungen schafft das neue System uns einen Nutzenanteil von etwa einem Prozent, fordert uns aber einen Betriebskostenanteil von rund 60 Prozent ab.

Das mag bei Ärzten und Apothekern mit entsprechend hohem Rezept-Transfer anders aussehen, wird aber auch für diese in Wirklichkeit den Kohl nicht fett machen. Lassen wir die Katze, bevor wir sie kaufen, besser aus dem Sack: Eigentliche Nutznießer sind die Krankenkassen. Sie sparen Kosten, sie bauen auf den Zugang Servergestützter Daten zum Aufdröseln ganzer Kranken- und auch Praxengeschichten. Daten-Nutz konterkariert Daten-Schutz.

Bezahlen sollen wir – wie bei der Einführung der alten GKV-Krankenversichertenkarte. Neue Lesegeräte, neue Software, je nach dem neue Computersysteme, ganz zu schweigen von dem für diese Systematik erforderlichen bürokratischen Apparat – alles das geht, so die Vorstellungen der Bundes-

regierung, mit auf unser Soll. Das mögliche Haben erscheint in den Bilanzen der Krankenkassen.

Die an den Planungsszenarien beteiligten Heilberufsgruppen sind sich einig, dass die Kosten für das bisher größte EDV-Projekt des deutschen Gesundheitswesens dort aufschlagen sollen, wo auch der maßgebliche Nutzen erzielt wird: bei den Krankenkassen.

Der Zeitplan für das neue System ist, so die einhellige Kritik aller Fachleute jenseits der Bundesregierung und ihrer industriellen Know-how-Geber, alles andere als realistisch. Selbst aus Kreisen der immens an der Einführung interessierten Krankenkassen wird der Einführungstermin inzwischen gut eineinhalb Jahre später angesiedelt.

Doch um nicht dem Maut-Gau den e-Health-Super-Gau folgen zu lassen, beharrt die Regierung auf eine beschleunigte, wenn auch schon abgespeckte Umsetzung zum 1. Januar 2006. Nach dem Maut-Weh jetzt der Chip-Wahn – nach Toll Collect jetzt Toll Collect Zwei, besser noch hoch Zwei. Stellt sich die Frage, ob wir ein weiteres Groschengrab – neudeutsch besser „Cent-Cemetery“ – wirklich noch verkraften können.

Das deutsche Gesundheitswesen braucht jedenfalls weit mehr als die Idee, einfach alles auf eine Karte zu setzen.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz

Amtierender Vorsitzender der KZBV

Streiten gehört zur Politik

Die Union versucht, ihren sozialpolitischen Kurs zu bestimmen. Sie nimmt sich viel Zeit dafür. Das verleitet zum öffentlichen Streiten. Daran dürfte sich so bald nichts ändern, denn mit der Kursbestimmung ist auch die Klärung der Führungsfrage in der Union verbunden. Frau Merkel hat sich in der CDU klar durchgesetzt, aber Stoiber scheint noch immer vom Kanzleramt zu träumen. Am Ende wird es darum gehen, welchen Preis die CSU bei einem Verzicht Stoibers auf die führende Rolle in der Bundespolitik von der CDU und von Frau Merkel verlangen wird.

Der Streit hat sich um Ostern zugespitzt. So warf ein frustrierter Fraktionsvize Merz der CSU vor, auf die „Reform-Bremse“ zu treten. Die Arbeit in der gemeinsamen Fraktion stoße an ihre Grenzen. Der Chef-Sozialpolitiker der CSU, Seehofer, konterte, dass die Theorien der CDU zur Gesundheitspolitik keinen Sinn machten, wenn das Geld dafür fehle. Das zielte auf das Konzept der Kopfpauschalen, auf das sich die CDU festgelegt hat. Dieses weist eher in die Zukunft als die traditionellen Positionen der CSU. Die Bayern gehen allerdings die Reform des Arbeitsrechts mutiger an als die CDU. Bei der Reform der

Alterssicherung spielt die CSU dagegen auf Zeit und profiliert sich als Gralshüter des Sozialen. Für die Kinder wollen beide Parteien Zusätzliches tun: Die CSU will, dass Eltern weniger und Kinderlose mehr Beitrag zahlen, die CDU setzt sich für einen aus Steuermitteln finanzierten Kinderbonus ein.

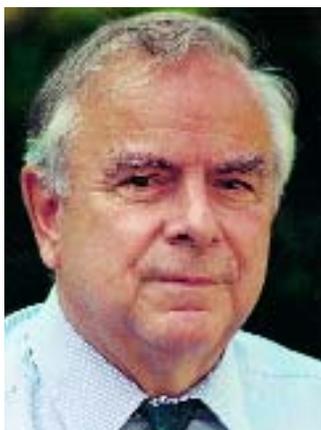


Foto: zm

In ihrer öffentlichen Auseinandersetzung um das sozialpolitische Programm der CDU/CSU muss die Union darauf achten, dass sie der SPD beim Streiten um Reformen nicht den Rang ablauft.

Walter Kannengießer
Sozialpolitik-Journalist

Der Katalog der kontroversen Positionen ließe sich verlängern. Die CDU will das Soziale mehr über Steuern finanzieren, während die CSU darauf drängt, dass die finanziellen Probleme möglichst innerhalb der Sozialsysteme durch zusätzliche Beitragsmittel und die Ausweitung der versicherten Personenkreise gelöst werden. Am Ende wird es kein „Entweder - oder“ geben.

Wähler mögen keinen Streit. Die Union muss darauf achten, dass sie beim Streiten über die Reformen der SPD nicht den Rang ablauft. Frau Merkel will 2006 die Wahlen gewinnen und regieren. Der Weg dahin ist steinig und lang. Er wird nur zu bewältigen

sein, wenn die Union den Bürgern nicht nur die Richtung ihrer Politik weist, sondern auch überzeugendere Konzepte als Rot/Grün anbietet. Die lassen sich nicht aus dem Ärmel schütteln. Der Klärungsprozess kostet Zeit. Allen Entscheidungen geht politischer Streit voraus. Die CSU bremst. Aber einige ihrer kriti-

schen Fragen harren der Antwort. Wie soll die soziale Komponente des Systems der Kopfpauschalen finanziert werden? Über Steuern oder über Beiträge? Eine Steuerfinanzierung hätte Konsequenzen für die angestrebte Steuerreform. Merz wäre bereit, bei weitreichenden Reformen zu deren Finanzierung auch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer in Kauf zu nehmen. Ökonomisch käme es vor allem darauf an, den Beitrag vom Arbeitsverhältnis zu trennen. Die CDU will das.

Trotz des Schlagabtauschs bewegen sich die beiden Parteien bei dem Thema Gesundheitspolitik vorsichtig aufeinander zu. Ein neuer Vorschlag der Professoren Rürup und Wille könnte diesen Prozess beschleunigen. Danach wird die Kopfpauschale niedriger angesetzt, der Solidarausgleich nicht über Steuern sondern über einen relativ niedrigen einkommensbezogenen Beitrag finanziert, der Arbeitgeberbeitrag den Löhnen zugeschlagen und bei den Arbeitnehmern versteuert, um daraus die Versicherung der Kinder zu bezahlen.

Das Konzept sieht auf den ersten Blick verlockend aus; von der Union kommen positive Reaktionen. Doch Vorsicht: Schon ist von gestaffelten Beitragssätzen und der Belastung aller Einkommen die Rede. Das könnte nicht nur zu progressiven Beiträgen, sondern auf weitere Sicht auch zu einer Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen führen.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

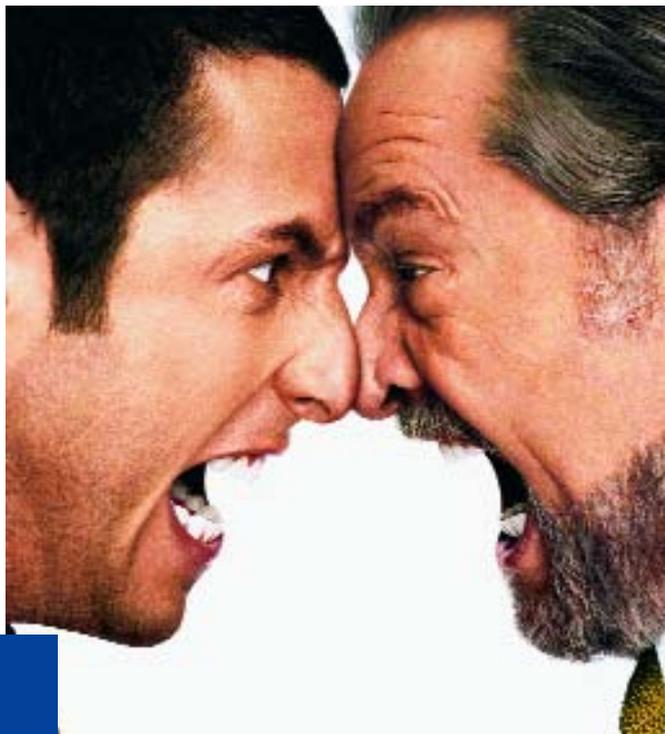


Foto: cinetext

Erste Auswertungen der KVen

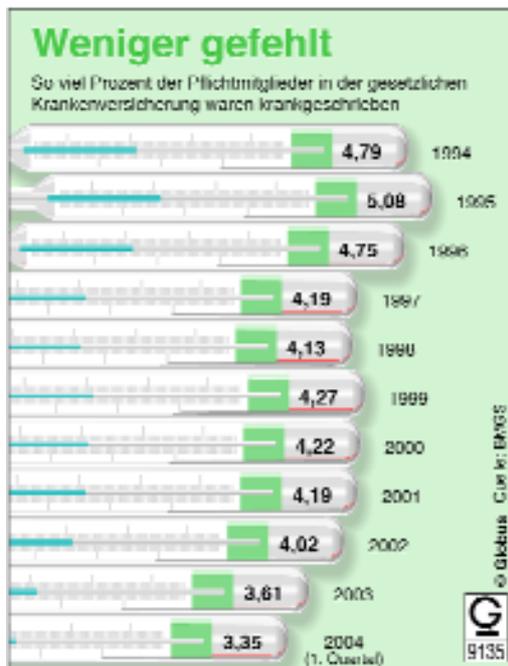
Zehn Prozent Patienten weniger

Auswertungen von elf Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) belegen nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dass der durchschnittliche Rückgang der Fallzahlen nach Einführung der Praxisgebühr im bundesweiten Durchschnitt rund zehn Prozent beträgt. Dies erklärte der Erste KBV-Vorsitzende, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, in Berlin zur Bilanz zum I. Quartal 2004.

Große Unterschiede zeigten sich zwischen einzelnen Facharztgruppen. So sank die Fallzahl bei den Hautärzten der KV Pfalz um 18,4 Prozent, bei den fachärztlichen Internisten um 0,3 Prozent.

Im Bereich der KV Nord-Württemberg ging die Behandlungszahl bei den Hautärzten um 17,8 Prozent zurück, bei den Nervenärzten lag der Rückgang bei 2,2 Prozent. In Berlin verzeichneten die Hautärzte mit 21,7 Prozent das größte Minus, Berliner Nervenärzte behandelten 6,9 Prozent weniger Fälle. Sorgen bereitet dem KBV-Vorsitzenden die Lage der sozial schwachen Patienten: „Die Kombination der Zuzahlungen in den ersten Quartalen bis zum Erreichen der Befreiungsgrenze ist für sozial schwache Patienten oft ein finanzielles Problem. Hier muss die zukünftige Entwick-

lung zeigen, ob die Regelungen der Gesundheitsreform tragbar sind. Es kann nicht sein, dass Menschen, wenn sie krank sind, nicht zum Arzt gehen, weil sie es sich nicht leisten können“, so der Kassenärztechef. pit/pm



Befundorientierte Festzuschüsse

KZBV legt Fahrplan fest

Zum Januar 2005 wird bekanntlich das bisherige System therapiebezogener, prozentualer Zuschüsse beim Zahnersatz durch ein befundorientiertes Festzuschussystem abgelöst. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat in ihrem jüngsten „KZBV-Telegramm“ auf folgenden Verfahrens-Fahrplan hingewiesen:

■ **30. 6. 2004:** Festlegung der Befunde und hinterlegten Regelversorgungen durch den Ge-

Bundesgesundheitsministerium

Unregelmäßigkeit aufgetaucht

Im Bereich des Bundesgesundheitsministeriums (BMGS) sind Unregelmäßigkeiten aufgetaucht, wie die FAZ (Ausgabe vom 4. Mai 2004) berichtet. Danach habe das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das der Aufsicht des BMGS untersteht, einem Berliner Unternehmen ohne öffentliche Ausschreibung IT-Aufträge in Höhe von fast 1,2 Millionen Euro vergeben.

Da das Unternehmen seine Dienste hauptsächlich in Bonn erbracht habe, seien Reise- und Reisekosten in Höhe von 285 000 Euro entstanden.

Außerdem seien von insgesamt 70 angeschafften Computern 23 verschwunden. Der Wert belaufe sich auf rund 32 000 Euro.

Das Bundesinstitut sei offenbar nicht in der Lage gewesen, den Fall aufzuklären, auch das Ministerium habe trotz Diebstahlsverdachts keine Anzeige erstattet.

Der Bundesrechnungshof und der Rechnungsprüfungsausschuss des Bundestages habe dies kritisiert und das Ministerium aufgefordert, Strafanzeige zu erstatten und die Frage nach Regress zu prüfen. Dies sei inzwischen geschehen. pr

Kommentar

Sauber statt schwarz

Gestern noch den Heilbefehlern mit dem so genannten „Schwarzbuch“ den Buhmann zugeschustert, heute schon selbst in den Negativschlagzeilen. Wenn die Vorwürfe an das BMGS stimmen, hat sich dieses nicht gerade mit Ruhm bekleckert. Filz und Unregelmäßigkeiten dürften dem durch die Reformen bereits angeknacksten Image der Behörde nicht förderlich sein. Drum muss die Devise lauten: Schnell aufklären. Oder besser noch: Schnell dafür Sorge tragen, dass gerade, wenn es um Aufträge mit viel Geld geht, mit sauberen Verfahren gearbeitet wird. Und zwar auch nach außen transparent. Klar ist auf jeden Fall eines: Statt „Schwarzbücher“ an andere zu verteilen, sollte sich das BMGS zuerst einmal selbst weiß waschen. Gut, dass zumindest das „Schwarzbuch“ jetzt vom Tisch ist.

Gabriele Prchala

KZBV

Uni Witten/Herdecke

Ärzte punkten bei evidence.de

Fortbildungspunkte zu einem beliebigen Zeitpunkt am Computer sammeln, das können Ärzte auch über das Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke.

Die Gesundheitsreform sieht vor, dass Ärzte innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte sammeln. „Davon können sie 100 Punkte auf einem Internet-gestützten Weg erwerben“, erklärt Dr. Martin Butzlaff, Prodekan der Universität Witten/Herdecke. Die Hochschule bietet auf ihrer Homepage zur Ärztefortbildung 16 Module an

zu Krankheiten wie Bluthochdruck, Demenz, Gallensteinen und Herzinsuffizienz. Insgesamt sollen es 100 Module werden.

Auf der Internetseite finden Ärzte Leitlinien. Diese können sie vor Beantwortung der jeweils zehn Fragen eines Fortbildungsmoduls lesen. Zurzeit wenden die Wissenschaftler noch das Multiple-Choice-Verfahren an. Künftig wollen sie aber auch Fallgeschichten zu einzelnen Krankheiten anbieten. Mediziner, die mehr als 60 Prozent der gestellten Fragen richtig beantworten, erhalten einen Fortbildungspunkt. Sie können sich die Bescheinigung sofort ausdrucken. „Die Fortbildung ist von der Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert und wird bundesweit anerkannt“, sagt Butzlaff. Für die kostenpflichtige Teilnahme an einem Fortbildungsmodul müssen sich Ärzte registrieren lassen und neun Euro zahlen. pit/pm



Foto: EyeWire

Gütesiegel für Arztpraxen

Zertifizierung für Qualitätsarbeit

Mehr Qualitätsbewusstsein, Transparenz und Sicherheit für deutsche Hausarztpraxen und Versicherte – das will der unabhängige Verein Stiftung Praxistest mit einer Zertifizierung ermöglichen. Die von der Bertelsmann Stiftung und dem Verein TOPAS (eine Vereinigung europäischer Wissenschaftler für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen) gegründete interessensneutrale Institution überreichte jetzt den ersten 30 Arztpraxen die drei Jahre gültigen Zertifizierungs-Urkunden. Das Gütesiegel gibt Hausärzten

die Möglichkeit, die gute Organisation ihrer Praxen nach außen zu dokumentieren. Für die Patienten erhöht sich durch das Zertifikat die Transparenz im Gesundheitssystem.

Der unabhängige Verein Stiftung Praxistest e.V. versteht sich als eine weder den Ärzteverbänden noch den Kassen verpflichtete Instanz. Ihr Gütesiegel bestätigt, dass die jeweiligen Praxen ein akkreditiertes Qualitätsmanagementsystem anwenden und dem vom Verein definierten Qualitätsstandard genügen. pr/pm

Statistisches Bundesamt

Dynamischer Außenhandel mit Beitrittsländern

Wie der Vizepräsident des Statistischen Bundesamtes, Walter Radermacher, mitteilte, sind die Ausfuhren 2003 in die Länder, die der Europäischen Union (EU) zum 1. Mai beigetreten sind, gegenüber dem Jahr 2002 um 5,7 Prozent gestiegen, die Einfuhren um zehn Prozent. Die deutschen Ausfuhren insgesamt stiegen im gleichen Zeitraum um 1,6 Prozent, die Einfuhren insgesamt um 2,6 Prozent.

Im Jahr 2003 wurden von Deutschland Waren im Wert von 56,5 Milliarden Euro in die EU-Beitrittsländer geliefert und Wa-

deutsche Außenhandel insgesamt (Ausfuhren plus 105,9 Prozent; Einfuhren plus 83,7 Prozent).

Unter den Beitrittsländern war 2003 in beiden Lieferrichtungen Tschechien mit einem Anteil von 2,5 Prozent bei den Ausfuhren und 3,3 Prozent beiden Einfuhren der wichtigste Handelspartner Deutschlands, gefolgt von Polen (2,5 Prozent beziehungsweise drei Prozent), Ungarn (1,8 Prozent beziehungsweise 2,3 Prozent) und der Slowakei (0,8 Prozent beziehungsweise 1,4 Prozent). pit/ots



Foto: MEV

ren im Wert von 57,3 Milliarden Euro von dort bezogen. Auch bei längerfristiger Betrachtung zeigt sich eine sehr dynamische Entwicklung im Außenhandel mit den neuen EU-Ländern. Zwischen 1993 und 2003 haben sich die Ausfuhren in diese Länder nahezu vervierfacht (plus 285 Prozent, im rechnerischen Durchschnitt waren das jährlich plus 14,4 Prozent).

Die Einfuhren sind in der gleichen Zeitspanne sogar um 341 Prozent (im Durchschnitt jährlich plus 16,0 Prozent) gestiegen. Der Außenhandel mit den Beitrittskandidaten ist somit in diesem Zeitraum deutlich stärker gewachsen als der

FDP

GKV abschaffen

Die FDP will die gesetzliche Krankenversicherung abschaffen und durch ein komplett privates System ersetzen. „Was wir brauchen, ist eine Revolution des gesamten Gesundheitssystems“, sagte FDP-Chef Guido Westerwelle dem „Handelsblatt“ weiter. In einem ersten Schritt müsse die beitragsfreie Mitversicherung für Kinder durch eine private Pauschalprämie ersetzt werden, zur Finanzierung müsse man das Kindergeld erhöhen.

pr/dpa

Übles Spiel am Telefon

Anfrage ist Anzeigenakquise

„Sehr geehrte Damen und Herren, herzlichen Glückwunsch! Sie gehören zu den 100 besten Zahnärzten in Deutschland!“ So oder ähnlich werden derzeit bundesweit Zahnärzte am Telefon angeblich im Namen der Zeitschrift Capital überrascht. Dass es sich dabei um eine besonders böse Überraschung handelt, darauf weist die Pressestelle der Hamburger Zahnärzte hin. Die Anruferin gibt sich als Mitarbeiterin der Finanzzeitschrift „Capital“ aus. Als einer der besten 100 Zahnärzte soll der Angerufene die Möglichkeit erhalten, seine Praxis in der Zeitschrift vorzustellen. Derart weichgekocht wird der Nachsatz vielleicht leicht überhört: Das kostet Sie 2700 Euro (netto?). Dahinter steckt aber anderes, denn mit der Redaktion der Zeitschrift „Capital“ hat diese Aktion nichts zu tun, zumindest nicht im Sinne der Zeitschrift. Hinter diesen Anrufen steckt eine Telefonagentur in Worms, die so versucht, beim „Capital“-Verlag



Foto: MEV

(gehört zu Gruner & Jahr) besonderen Anzeigenraum (so genannte Beihefter) zu füllen. Mit einer redaktionellen Berichterstattung hat dies nichts zu tun. Die Verlagsleitung der Zeitschrift hat sich gegenüber der Pressestelle der Hamburger Zahnärzte in aller Deutlichkeit von dieser Akquisitionsart distanziert und bedauert das Vorgehen der Agentur.

Im Übrigen sind derartige Aufstellungen von Angehörigen der zahnärztlichen Berufsgruppe nicht zulässig weil wettbewerbswidrig. Das hat der Bundesgerichtshof gegen den „Focus“ am 30. April 1997 festgestellt.

pit/pm

BMGS zur Reform

Belastung ist Nonsense

Das Bundesgesundheitsministerium hat eine erste Schätzung der individuellen Belastung von Kassenpatienten durch die Gesundheitsreform als „Nonsense“ und nicht aussagekräftig bezeichnet. Nach einer Schätzung des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) mussten Kassenpatienten laut „Bild“-Zeitung wegen Praxisgebühren und höheren Zuzahlungen bei Medikamenten und im Kranken-

haus in den ersten drei Monaten dieses Jahres durchschnittlich 23 Euro mehr zahlen als im Vorjahr. Im Gegenzug seien sie bei den Kassenbeiträgen um durchschnittlich zwei Euro entlastet worden. Der Sprecher des Gesundheitsministeriums in Berlin sagte, bisher gebe es noch keine belastbaren Daten aus dem ersten Vierteljahr, die Durchschnittswerte rechtfertigen könnten. pr/dpa

Lungenkranke**Acht Millionen in Deutschland**

Jeder Zehnte in Deutschland ist lungenkrank: Rund acht Millionen Menschen sind hier zu Lande betroffen, 100 000 sterben pro Jahr an Lungenleiden, die weltweit bereits zu den häufigsten Todesursachen zählen. „Alarmierend ist dabei die hohe Zahl der Lungenkrebskrankungen. Rund 90 Prozent aller Lungenkarzinome entstehen durch Rauchen“, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) kürzlich in Berlin. Dort wurde das „Weißbuch“ der Selbsthilfegruppen Lungen und Atemwege vorgestellt. Betroffene, Angehörige und Ärzte finden darin Informationen zu

Diagnose und Therapie, teilte die Deutsche Lungenstiftung mit.

Die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD), die durch jahrelange Belastung der Lungen und der Bronchialschleimhaut durch eingeatmete schädliche Stoffe entsteht, wird laut Weltgesundheitsorganisation bis 2020 die dritthäufigste Todesursache sein. Auch COPD ist zu 80 Prozent durch das Rauchen bedingt. Die Lungenstiftung und Schmidt betonten deshalb die Wichtigkeit von Aufklärungskampagnen. Nicht rauchen muss der Normalfall werden. sp/dpa

Deutsche Wirtschaft**Skepsis zu Lehrstellenabgabe**

Die deutsche Wirtschaft steht der geplanten Ausbildungsabgabe äußerst skeptisch gegenüber. Dies zeigt eine vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW) Anfang April durchgeführte bundesweite Befragung von 1 018 privaten und öffentlichen Arbeitgebern aller Branchen.

Nach dieser Befragung bewerten mehr als 68 Prozent der Betriebe das Vorhaben der Bundesregierung negativ. Selbst von den ausbildenden Betrieben halten zwei Drittel nichts von dem Regelwerk.

Am größten ist der Anteil der ablehnenden Stimmen mit gut

78 Prozent in der Metall- und Elektro-Industrie, aber auch die Bauindustrie (75 Prozent) und das Handwerk (74 Prozent) erteilen der Abgabe eine deutliche Abfuhr. Diese Wirtschaftsbereiche engagieren sich bereits in der Ausbildung am stärksten über Bedarf – freiwillig! „Nein“ zur Abgabe sagen aber auch 57 Prozent der öffentlichen Arbeitgeber. pit/ots

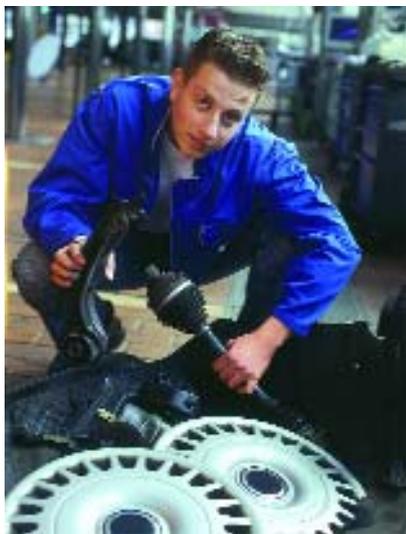


Foto: MEV

BZÄK/Privatversicherte**Warnung vor Einschränkungen**

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) warnt vor dem Versuch, den Leistungsrahmen für privat Krankenversicherte drastisch einzuschränken und damit ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom Vorjahr zu unterlaufen. Anlass für die Kritik ist der Entwurf eines neu zu schaffenden Absatzes 3 unter § 186 im Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Danach soll der Anspruch der Patienten auf die Heilbehandlungen beschränkt werden, die „nach wirtschaftlichen Maßstäben notwendig sind“. Dem BZÄK-Präsidenten Dr. Dr. Jürgen Weitkamp wurde vom Verband der Privaten Versicherungen versichert, dass dieser Paragraph in erster Linie auf den Krankenhausbereich zielen solle. Aller-

dings sei eine gesonderte Berücksichtigung der ambulanten Behandlungsformen im Gesetzentwurf bislang nicht vorgesehen. Weitkamp: „In der jetzt vorliegenden Form würde die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs bewusst ausgehöhlt, die ausdrücklich keine Beschränkung der Leistungspflicht der Versicherer auf die kostengünstigste Behandlung vorsieht. Würde der Entwurf auf alle Behandlungsbereiche angewendet, müssten Privatpatienten künftig mit dem eingeschränkten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorlieb nehmen. Dagegen melden wir im Sinne unserer Patienten scharfen Protest an.“

pit/pm

Zahnärztekammer Berlin**Dr. Schmiedel
neuer Präsident**

Dr. Wolfgang Schmiedel ist neuer Präsident der Zahnärztekammer Berlin. Er wurde im Rahmen der ordentlichen Delegier-

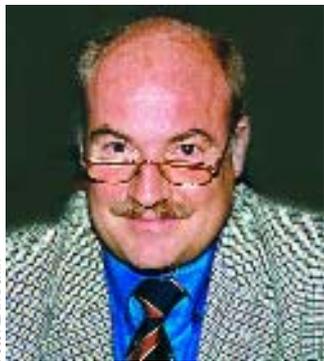


Foto: ZÄK Berlin

tenversammlung gewählt. Die Nachwahl war nötig geworden, da der bisherige Präsident, Dr. Christian Bolstorff, Ende Februar des Jahres von seinen Ämtern zurückgetreten war. pr/pm

Praxisgebühr**Mahnung
ausgesetzt**

Säumige Patienten, die ihre Praxisgebühr nicht bezahlt haben, kommen nach einem Bericht des Bielefelder „Westfalen-Blatts“ bis auf weiteres ungeschoren davon. Mahnverfahren und Zwangsvollstreckungsmaßnahmen seien gestoppt, berichtet die Zeitung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Köln habe allen 23 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) empfohlen, das fehlende Geld nicht einzutreiben, obwohl dies bis hin zum Einsatz eines Gerichtsvollziehers gesetzlich vorgeschrieben ist. KBV-Sprecher Roland Stahl sagte der Zeitung: „Wir wollen bis zum Sommer erreichen, dass die Krankenkassen die Mahnverfahren übernehmen.“ pr/dpa

Präventionskongress Berlin**BZÄK präsentierte erfolgreich**

Die BZÄK präsentierte sich am 29./30. April in Berlin mit zwei fachlichen und berufspolitischen Postern erfolgreich auf dem 1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung „Gesellschaft mit Zukunft – Altern als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung“. Über 600 Gäste aus Politik, Wissenschaft und Verbänden nahmen dort teil. Diskutiert wurde unter an-

derem, wie aktives Altern in Arbeitswelt und Gesellschaft durch Prävention und Gesundheitsförderung möglich ist und wie diese Herausforderung zugleich auch als Chance für einen Wandel zu einem positiven Altersbild genutzt werden kann. Der Kongress wurde von mehreren Bundesministerien gemeinsam ausgerichtet, Veranstalter war die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. BZÄK



Foto: Frey

BFB-Internetauftritt**Im neuen Gewand**

Der Bundesverband der Freien Berufe präsentiert sich ab sofort mit einer komplett überarbeiteten Homepage. Unter der vertrauten Adresse www.freie-berufe.de finden sich jetzt noch mehr Informationen über die Freien Berufe und ihre Spitzenorganisation. Im Zentrum steht das Newfield mit aktuellen Pressemeldungen, Stellungnahmen und für Freiberufler relevante Nachrichten und Links zum Beispiel für Existenzgründer. Ein Terminkalender verzeichnet wichtige Veranstaltungen des BFB und seiner Mitgliedsorganisationen. pit/pm

Umfrage**Ja zum
Hausarztmodell**

Die meisten Krankenversicherten in Deutschland haben sich in einer Umfrage für das auch von einer Reihe von Krankenkassen favorisierte Hausarztmodell ausgesprochen. 81 Prozent der Befragten seien bereit, im Krankheitsfall immer zuerst zum Hausarzt zu gehen – unter der Bedingung erheblicher sinkender Krankenkassenbeiträge, teilte die Bertelsmann Stiftung in Gütersloh mit. Wichtig sei die Qualifikation der Hausärzte: Sollten die Kassen die freie Hausarzt-Wahl einschränken, stimmten dem Modell nur noch 20 Prozent der Befragten zu. pr/dpa

Alzheimer

Herpesviren sollen die Ursache sein

Beim Ausbruch der Alzheimer-Krankheit können nach Ansicht spanischer Wissenschaftler auch die weit verbreiteten Herpesviren eine Rolle spielen. Diese Viren könnten bei Patienten, die eine gewisse Veranlagung aufweisen und unter besonderem Stress stehen, über die Blutbahn zum Gehirn gelangen, sagte der Leiter des Forscherteams, Fernando Valdivieso. In Versuchen mit Ratten habe er herausgefunden, dass sich die Viren an ein bestimmtes Protein binden und so in das Gehirn eindringen können. Dort könnten die Viren dann eine Schädigung der Hirnrinde auslösen.

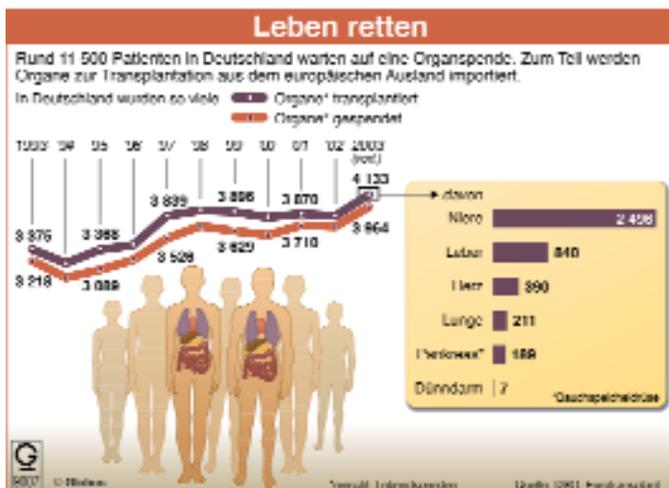
Diese Entdeckung sei für die Entwicklung von Medikamenten oder eines Impfstoffes von großer Bedeutung, betonte der Wissenschaftler vom Madrider Zentrum für Molekular-Biologie (CBM) laut aktuellen Presseberichten. Alzheimer werde in 99 Prozent der Fälle durch eine Kombination verschiedener Faktoren ausgelöst. Einer der Faktoren sei eine genetische Veranlagung für das Protein apoE-4. Dieses Protein bilde den Hauptri-

sikofaktor, löse aber nicht automatisch Alzheimer aus. Als weiterer Faktor komme Stress hinzu. Stress führe zu einem erhöhten Adrenalin-Gehalt im Blut, der die Herpesviren aktiviere. Es sei schon seit längerem vermutet worden, dass bei der Entstehung der Alzheimer-Krankheit Viren eine Rolle spielen könnten, so der Wissenschaftler. Er gehe davon aus, dass schon relativ bald ein Impfstoff entwickelt werde, der das Eindringen der Viren ins Gehirn verhindere. sp/dpa

Herzerkrankungen

Operation mit Erfolgsgarantie

Erstmals in Baden-Württemberg bieten zwei Kliniken Herzoperationen mit Garantie an. Komme ein Patient innerhalb von zwei Jahren mit Komplikationen wieder, werde kostenlos nachbehandelt, sagte ein Sprecher des Herzzentrums Bad Krozingen (Breisgau-Hochschwarzwald). Möglich werde die Gewährleistungspflicht durch einen Vertrag, den zwei örtliche Kliniken mit der Barmer-Ersatzkasse geschlossen hätten. Beteiligt sind das Herzzentrum Bad Krozingen und die Theresienklinik. sp/dpa



Ernährung**„Orthorexie“ – eine neue Sucht**

Aus dem Vorsatz, sich gesund zu ernähren, kann eine krankhafte Besessenheit werden, berichtet die „Deutsche Medizinische Wochenschrift“. Die übersteigerte



Fotos: MEV

Fixierung auf gesunde Nahrungsmittel wird als „Orthorexie“ (griechisch ortho = richtig und orexis = Appetit) bezeichnet. Orthorektiker beschäftigen sich über weite Strecken des Tages nur noch damit, was sie essen dürfen. Die Nahrungsauf-

nahme wird genau geplant, der Genuss beim Essen tritt immer mehr in den Hintergrund, während die Einschränkungen durch die Diät immer bedeutsamer werden. Wenn die Beschäftigung mit dem Essen solche Dimensionen annimmt, dass sie das Leben dominiert und für nichts anderes mehr Platz ist, spätestens dann

sollten sich die Betroffenen eingestehen, dass sie Hilfe brauchen. Eine Verhaltenstherapie kann ihnen helfen, neben dem Esskult auch die anderen schönen Seiten des Lebens zu entdecken, verspricht die Ärztezeit-

thy

Nach Infarkt**Deutsche wollen länger liegen**

Über die Frage, wann Patienten nach einem Herzinfarkt aus der Klinik entlassen werden sollen, besteht weitgehend Uneinigkeit unter den Ärzten. Die Amerikanische und die Europäische Gesellschaft für Kardiologie empfehlen einen Krankenhausaufenthalt von vier Tagen. Die tatsächliche Verweildauer sieht jedoch anders aus, berichtet die „Deutsche Medizinische Wochenschrift“. Danach werden in den USA und Neuseeland die Patienten nach fünf Tagen entlassen. In Frankreich und Belgien verlassen sie nach zwölf beziehungsweise elf Tagen das Krankenhaus. Am längsten bleiben Infarktpatienten in Deutschland

in der Klinik: Ihre Verweildauer beträgt je nach Untersuchung 17 bis 24 Tage. Kommentar des Kölner Internisten Prof. Dr. Erland Erdmann: „Zum einen weiß ich aus eigener Erfahrung, dass wir Patienten häufig noch mehrere Tage unnötig im Krankenhaus überwachen, weil die Organisation mit dem Anschlussverfahren nicht rechtzeitig klappt.“

Genauso wichtig sind aber kulturelle Unterschiede: In unserer Bevölkerung gelingt es nur selten, Patienten die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit so klar zu machen, dass sie einer Frühentlassung aus dem Krankenhaus zustimmen.“ thy

Homöopathie**Hilfe gegen Dauermüdigkeit**

Britische Wissenschaftler haben 103 Patienten, die am chronischen Müdigkeitssyndrom litten, in zwei Gruppen randomisiert. Eine Gruppe erhielt homöopathische Medikamente, die von einem von neun Homöopathen während sechs Konsultationen individualisiert verschrieben wurden. Auch die Kontrollgruppe wurde von denselben Ärzten untersucht, sie erhielt jedoch Placebos verabreicht. Das Ergebnis: Die „echten“ homöopathischen Mittel wirkten besser als die falschen. thy

Krebsmittel von der Weide**Kühe produzieren Antikörper**

Kühe könnten dem Menschen künftig nicht nur Milch und Fleisch, sondern womöglich auch Medikamente gegen Krebs liefern. Wissenschaftler aus Deutschland, Italien und Österreich haben

dazu Kühe geklont, die in ihrem Blut einen Antikörper gegen Hautkrebs produzieren. Zusätzlich tragen die Antikörper ein Merkmal, dass andere Abwehrzellen des Immunsystems stimuliert, berichten

die Wissenschaftler im Fachblatt „Proceedings of the National Academy of Sciences“ (DOI:10.1073/pnas.0308487101).

Antikörper zur Behandlung verschiedener Krankheiten des Menschen werden schon seit längerem in Bakterien, Hefen oder auch Säugerzellen produziert,

etwa Insulin für Diabetiker in Bakterienzellen. Allerdings können komplexere Antikörper in Bakterien nicht produziert werden. In Hefezellen oder Pflanzen wiederum lassen sich bestimmte Merkmale menschlicher Antikörper nicht nachbilden, so dass sie für die Behandlung des Menschen nicht geeignet sind. Aus diesen Gründen arbeiten Wissenschaftler derzeit in erster Linie mit menschlichen Zellkulturen. Diese allerdings sind umständlich zu handhaben und die Produktionsmengen bleiben allein aus finanziellen Gründen begrenzt.

Seit Mitte der 1980er Jahre verfolgen einige Forscher deshalb ein anderes Konzept, das „gene farming“, bei dem Tiere oder Pflanzen selbst als „Bioreaktoren“ fungieren und therapeutisch interessante Proteine herstellen. Die von Ludger Grosse-Hovest von der Tübinger Eberhard Karls Universität und seinen Mitarbeitern geklonten Kühe bildeten nun den Antikörper gegen Hautkrebs im Blutserum – und zwar fünfzig Mal soviel wie sich aus Zellkulturen gewinnen lässt.



In ersten Zellversuchen zeigten die Antikörper Wirkung: Sie aktivierten Abwehrzellen des Immunsystems und töteten die Tumorzellen ab. Es sei nun möglich, das therapeutische Potenzial in klinischen Versuchen zu untersuchen, schreiben die Wissenschaftler. sp/dpa

Nicht nur in Süddeutschland

Zeckeninfektionen angestiegen

Die Zahl der Erkrankungen durch Zeckenbisse ist im vergangenen Jahr trotz des enorm trockenen Sommers auf Rekordhöhe gestiegen. Nach Angaben des baden-württembergischen Gesundheitsamtes wurden 2003 bundesweit mehr als 270 Fälle registriert, die meisten davon in Ba-

den-Württemberg und Bayern. 1991 seien es in Deutschland nur 44 Kranke gewesen. Darunter erheblich mehr Erkrankungen der Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME). „In den 80er Jahren lag die Befallsrate bei einem Promille, aktuell bei mindestens dem Zehnfachen“, so Dr. Dr. Peter Kimmig vom Landesgesundheitsamt. In Deutschland gibt es nach Angaben des Berliner Robert Koch-Instituts FSME-Risikogebiete außer in Baden-Württemberg und Bayern auch in Hessen und Thüringen.

sp/dpa

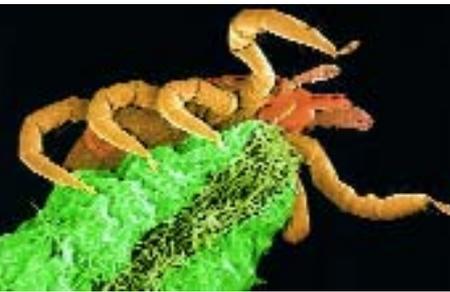


Foto: Baxter

Sorgenlos klappts schneller

Schwanger ohne Alltagstress

Sorgen um die Gesundheit, Arbeit oder Finanzen machen es Frauen schwerer, sich ihren Wunsch auf Kinder zu erfüllen. Am besten sei es, alle Ängste über Bord zu werfen und möglichst glücklich und entspannt zu sein, heißt der simple Rat der US-Forscher an Frauen, die Probleme mit der Fruchtbarkeit haben.

Ihr Rat stützt sich auf eine Untersuchung über die Erfolgsrate künstlicher Befruchtungen an der Universität von Kalifornien in San Diego, die das Journal „Fertility and Sterility“ (Bd. 81, Nr. 4) kürzlich vorstellte. Die Studie verglich die Erfolgsrate der künstlichen Befruchtung von 151 Frauen mit ihrem Gemütszustand, den sie selbst auf Fragebögen beschrieben. Danach produzierten gestresste Frauen 20 Prozent weniger Eizellen als entspannte Frauen. Fast iden-

tisch war auch das Verhältnis von Sorgen und Erfolg bei der Befruchtung selbst, wie Hillary Clonoff-Cohen und Kollegen in dem Fachblatt berichten. Patientinnen, die sich während der Behandlung den Kopf über ihren Arbeitsausfall zerbrachen, hatten sogar 30 Prozent weniger Erfolg bei der Befruchtung. „Sorgen um die verpasste Arbeit und die medizinischen Prozeduren der Fruchtbarkeitsbehandlung sind eindeutig Stressfaktoren“, kommentierte die Präsidentin der US-Gesellschaft für Reproduktive Medizin, Marian Damewood, und Stress beeinflusse etliche Körperfunktionen bekanntermaßen negativ.

Damewood folgert daraus, dass Fruchtbarkeitskliniken den betroffenen Frauen zumindest mit mehr Aufklärung über die Therapie und flexibleren Klinikstunden helfen können. sp/dpa

Chronische Darmentzündung

Entdeckt: zweites Krankheitsgen

Ein einziger veränderter Genbuchstabe im Erbgut kann das Risiko für chronische Darmentzündungen um die Hälfte erhöhen: Mit diesem Krankheitsgen hat ein Kieler Forscherteam bereits zum zweiten Mal eine Erbanlage für Leiden wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa entdeckt, von denen in Deutschland Schätzungen zufolge bis zu 300 000 Menschen betroffen sind. Wie das Nationale Genomforschungsnetz (NGFN) jetzt berichtete, hatten die Wissenschaftler aus Schleswig-Holstein im Jahr 2001 schon eine andere Erbanlage für Morbus Crohn ausfindig gemacht.

Das jetzt entdeckte Gen ist nach Angaben der Forscher die Bauanleitung für das Eiweiß DLG5, das im Stützgerüst von Zellen der Darmschleimhaut vorkommt. Es ist wichtig für den stabilen Zusammenhalt dieser Zellen, die dadurch eine schützende Barriere gegen Krankheitserreger und körperfremde Stoffe bilden. Bei Menschen mit verändertem DLG5-Gen können diese Erreger und Substanzen leichter passieren und dauerhafte Entzündungen verursachen. Im Herbst 2001 hatten die NGFN-Forscher entdeckt, dass Veränderungen im so genannten CARD15-Gen Morbus Crohn begünstigen können.

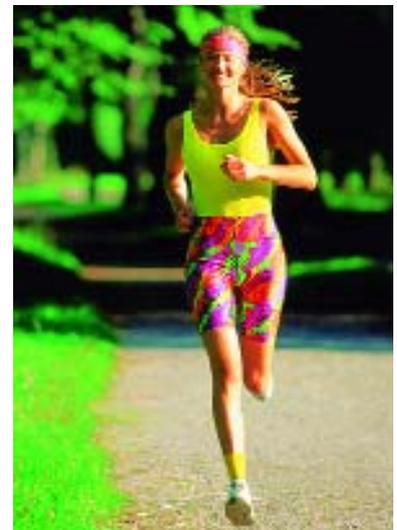
Jetzt untersuchen die Wissenschaftler, wie diese Gen-Varianten zu Darmentzündungen führen. Einen ersten Hinweis haben sie bereits gefunden: Der Fehler im Bauplan verändert

DLG5 so, dass sich das Eiweiß nicht mehr richtig an andere Bausteine des Zellgerüsts anlagern kann. Dadurch ist der Darm nicht ausreichend abgedichtet und Bakterien können leichter einwandern. Interessant sei zudem, dass bei vielen Menschen mit dem Fehler im DLG5-Gen zugleich eine Veränderung des CARD15-Gens vorliege. sp/dpa

Beim Sport dran denken

Wer schwitzt, braucht Salz

Joggen, Skaten, Rad fahren und andere Outdoor-Aktivitäten können eine schweißtreibende Angelegenheit sein. Die Flüssigkeit und die Mineralstoffe, die dabei verloren gehen, sollten unbedingt ersetzt werden, damit



nicht auf Dauer ein Defizit entsteht. Das heißt jedoch nicht, dass man unbedingt Elyktrolytlösungen benötigt: „Auch durch das Trinken einer einfach herzustellenden salzhaltigen Lösung (eine Messerspitze Kochsalz auf einen Viertelliter Wasser) lassen sich die Verluste ausgleichen“, meint – nicht ganz uneigennützig – der „Verein Deutsche Salzindustrie e.V.“. thy

Frühjahrsfest von KZBV und BZÄK in Berlin

Weitblick statt Nachbesserung

Praxisgebühr, Hausarztmodell, Festzuschüsse, Kostenerstattung – Ansatzpunkte zum aktuellen Schlagabtausch unter der Reichstagskuppel gab es genug. Rund 300 Gäste aus Gesundheits- und Sozialpolitik, aus Wissenschaft, Institutionen und Verbänden kamen zum Frühjahrsfest von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) am 28. April und dokumentierten ein reges Interesse an den politischen Botschaften der Zahnärzte. Fazit: Die Reform der Reform hat schon begonnen. Statt Nachbesserung an bestehenden Regeln ist jetzt der Blick nach vorn gefragt.

zu einem zahnmedizinischen GKV-Toll-Collect werden“, sagte er.

Kritisch ging der KZBV-Chef mit dem Hausarztmodell um. Sollten die Kassen wie geplant die Teilnahme daran mit dem Wegfall der Praxisgebühr belohnen, müsse auch die Gebühr beim Zahnarzt erlassen werden, forderte er. „Im zahnärztlichen Bereich gibt es kein Doctor-Hopping, das Modell Hauszahnarzt existiert längst.“

Drei Aspekte lagen Marion Caspers-Merck, parlamentarische Staatssekretärin im Bun-



Staatssekretärin Marion Caspers-Merck wurde von KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz und BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp herzlich begrüßt.



Kurze Rede – langer Sinn: Dr. Jürgen Fedderwitz sprach zu rund 300 Gästen, darunter Vertreter aller Fraktionen. Die Polit-Prominenz stand in der ersten Reihe.



Reger Meinungs-austausch: KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Ute Maier im Gespräch mit dem Abgeordneten Detlef Parr, FDP

Unter der Federführung der KZBV nutzte viel politische Prominenz die Gelegenheit, um mit den Spitzenvertretern der Zahnärzteschaft Kontakte zu pflegen und Meinungsaustausch zu betreiben. Die offiziellen Reden waren kurz, die informellen Hintergrundgespräche umso intensiver und länger.

Der amtierende Vorsitzende, Dr. Jürgen Fedderwitz, sprach die Arbeiten zur Umsetzung der befundorientierten Festzuschüsse im Gemeinsamen Bundesausschuss an. Termingemäß werde man bis zum 30. Juni zu einem Abschluss kommen, so dass diese ab 1. Januar 2005 in Kraft treten können. Man sei auf gutem Wege, gemeinsam mit der Politik zu Lösungen zu gelangen, die mehr Transparenz schaffen. „Die Festzuschüsse dürfen nicht

desgesundheitsministerium besonders am Herzen: Die Festzuschussregelung, die sie auf gutem Weg wusste, die Kostenerstattungsregelung, die sie als Wahlrecht des Patienten und nicht des Zahnarztes bezeich-



Heiße Diskussion: Horst Schmidbauer (l.), SPD, legt KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Günther Buchholz seine Sicht der Dinge dar.



Gruppenbild mit Dame: Dr. Fedderwitz und Dr. Dr. Weitkamp mit Gudrun Schaich-Walch, SPD. Im Hintergrund: BZÄK-Vize Dr. Wolfgang Sprekels (2.v.l.)

nete, und das Ziel des GKV-Modernisierungsgesetzes, dass Einsparleistungen und Strukturveränderungen „Zug um Zug“ wirksam werden sollen. Caspers-Merck verteidigte das so genannte Schwarzbuch: „Es ist für viele ein großes Ärgernis, wenn Ross



BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich mit Daniel Bahr, MdB FDP

und Reiter nicht genannt werden.“ Gudrun Schaich-Walch, stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende, erklärte mit einem Augenzwinkern, es gebe nur ein wichtiges Buch, das Sozialgesetzbuch V. „Nutzen Sie es, diskutieren Sie seine Richtung.“

Nachbessern

Den politischen Weitblick der Zahnärzte hob Andreas Storm, CDU-Sozialexperte, hervor. Sein Anliegen war das Thema Kostenerstattung. Die gegenwärtige Regelung, nur in einen ambulanten und stationären und nicht auch in einen zahnärztlichen Bereich zu unterteilen, bezeichnete er als einen großen Schönheitsfehler. „Hier muss man nachbessern“, forderte er. Die Union werde nach der Sommerpause eine erste Bilanz ziehen und

das Thema längerfristig auf die Agenda setzen, kündigte Storm an. Gerade seine Aussagen sorgten während des Abends unter den anwesenden Bundespolitikern für Gesprächsstoff.

Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion Dieter Thomae als Rheinland-Pfälzer sprach ein Thema an, das der zahnärztlichen Selbstverwaltung in seinem Bundesland besonders am Herzen liegt: die Zerschlagung der KZVen. Hier wünsche er sich „vernünftige Lösungen“, damit die Chan-



Machte sich für Kostenerstattung stark: CDU-Sozialexperte Andreas Storm

cen verbessert würden, die Kostenerstattung umzusetzen. Er wies darauf hin, dass die FDP gerade ein Gesetzeskonzept erarbeitet habe, in dem auch sozial Schwache abgedeckt seien. Die Vertreterin der Grünen, Petra Selg, Mitglied des Ausschus-



Lobte die Regelungen der Prävention: Petra Selg, die Grünen

ses für Gesundheit und Soziale Sicherung, begrüßte die im neuen Gesetz verankerten Präventionsregelungen. Hier sei es gelungen, den Vorsorgegedanken bei Kindern und Jugendlichen zu stärken.



Sprang für die KZVen in die Bresche: Dieter Thomae, FDP

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, zog zum Abschluss des offiziellen Teils einen Vergleich zum Gesundheitswesen, wie es sich noch vor rund zehn Jahren zeigte. Das System, so war damals die allgemeine Überzeugung, müsse alles für alle zur Verfügung stellen. Diese Meinung sei heute nicht mehr gängig und erfreulicherweise einem neuen Realitätssinn gewichen. Ob dieser Realismus allerdings mit Ehrlichkeit gepaart sei, bleibe offen. „Auf Dauer werden wir noch manche Überraschung erleben“, schloss er sibyllinisch. pr



Intensiver Dialog: KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Eßer (l.) mit Dr. Wilhelm Osing, Aufsichtsratsvorsitzender der Apo-Bank

11. Strategie-Workshop / Dresdener Forum

Reformbedarf nach der Reform

Der schlecht kommunizierten, mit handwerklichen Fehlern besetzten und für die derzeitigen Anforderungen nicht ausreichende Gesundheitsreform werden weitere mutige Reformschritte folgen müssen. Auf diesem Konsens basierend diskutierten Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Krankenkassen und Zahnärzteschaft am 22./23. April auf dem 11. Strategie-Workshop der KZVen Tübingen und Sachsen weitere Schritte zur langfristigen Stabilisierung des deutschen Gesundheitswesens.

Die Gesundheitsreform wirft weitere Schattenseiten: Auch das etablierte Tübinger Forum gerät in den Sog des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG): Das 11. Forum – bisher traditionell in der Hand der KZV Tübingen – fand in Partnerschaft mit der KZV Sachsen erstmalig in Dresden statt. Dr. Ute Maier, KZBV-Vorstandsmitglied und Vorsitzende der KZV Tübingen – ihre KZV geht künftig wegen GMG-Bestimmungen in die KZV-Baden-Württemberg auf – koppelt mit der Übergabe des Gastgeberrechtes die Hoffnung, dass die Aussprache-Veranstaltung zwischen Krankenkassen, Wissenschaft, Politik und Zahnärzteschaft ab übernächstem Jahr in Sachsen eine neue Heimat erhält. Sachsens KZV-Vorsitzender Dr. Dieter Natusch forderte in seiner Begrüßung an die Teilnehmer „mehr Liberalität für die Zahnärzte“. Weitere Deregulierung sei dringlicher Bestandteil weiterer Reformen nach dem seit Jahresanfang geltenden GMG.

Der Ministerin ist es ernst

Deutschlands fiskalische Probleme bedingen, so der Forumsleiter und Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen Prof. Dr. Eberhard Wille in seinem einleitenden Vortrag, „mittelfristig eine neue Reform“, auch wenn derzeit die internationale Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands durch die Sozialabgaben nicht gefährdet sei. Dennoch sei zu erwarten, dass die Finanzierungsbasis der

GKV weiter wegbreche – unabhängig von der Frage, ob es eine einkommensabhängige Bürgerversicherung geben werde oder nicht. Da bereits jeder zehnte Deutsche dem Gesundheitswesen seinen Arbeitsplatz verdanke, sei der Zielkonflikt zwischen dem Finanzierungsproblem und dem Wachstumsmarkt Gesundheitswesen von entsprechender Bedeutung.



Beklagten die Kommunikationsspannen des GMG: Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Volker Laienbach, Dr. Eckart Fiedler, Prof. Dr. Günther Schneider, Franz Knieps und Prof. Dr. Eberhard Wille (v.l.n.r.)

Franz Knieps, Leiter der Abteilung 2 des Bundesgesundheitsministeriums, forderte zur Umsetzung der GMG-Normen auf: „Meine Ministerin ist es sehr ernst, deshalb nehmen auch Sie die Gesetze sehr ernst,“ appellierte der BMGS-Vertreter an die Selbstverwaltungen. Als „mehr als erfreulich“ bezeichnete Knieps die „sehr konstruktive Arbeit an der Umsetzung der Festzuschüsse für Zahnersatz. Das Ministerium beabsichtigt nicht, in die Festzuschuss-Systematik einzugreifen, versprach der BMGS-Abteilungsleiter.

Prof. Dr. jur. Günther Schneider, Vorsitzender Richter am Sächsischen Landessozialgericht Chemnitz, sieht auch künftig einen „permanenten Konsolidierungsbedarf“:

„Kein Jurist, kein Politiker kann die Entwicklung wegreformieren.“ Das GMG markiere nach den vielen Kostendämpfungsgesetzen eine neue Wegmarke in der Rechtsentwicklung. Zwar setze die Verfassung dem Änderungsbedarf Grenzen, dennoch seien Neuerungen der jüngsten Reform wie beispielsweise die Kostenerstattung systemgerecht und ordnungspolitisch geboten.“ Aus rein konzeptioneller Sicht sei die Sachleistung „eigentlich ein Gegner der Wirtschaftlichkeit“. Das sei allerdings, so Schneider, „ausschließlich Sache der Politik“.

Dr. Eckart Fiedler, Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse, erinnerte in seinem Statement daran, dass das GMG das Thema Finanzierung bewusst ausgegrenzt habe. Fiedler betonte aber auch, dass ohne das GMG „Anfang dieses Jahres eine Steigerung des Beitragssatzes auf 15 Prozent“ erfolgt wäre. Dennoch: Eine Beitragssatzsenkung in

der GKV könne das Lohnnebenkosten-Problem in Deutschland nicht lösen, auch wenn die Kostendämpfungspolitik die Arbeitgeber partizipieren lasse. In der Diskussion um die mittel- bis langfristig erforderlichen Schritte plädierte der BEK-Chef für die Bürgerversicherung. Sie sei gerechter als die von der CDU vorgeschlagene Kopfprämie und bringe

„mehr Geld ins System“.

Ganz anders denkt PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach. Selbst unter Einbeziehung anderer Einkommensarten erbringe die Bürgerversicherung maximal acht Milliarden Euro mehr. Leienbach: „Will man dafür die GKV zum Finanzamt machen?“ Als nachhaltiger Schritt zur Bewältigung des Demografie-Problems leiste die Bürgerversicherung keinen geeigneten Beitrag. Leienbach propagierte eine mutige Weiterentwicklung des Status Quo. Dabei sei es nicht sinnvoll, mehr Menschen in ein System zu ziehen, das erkennbare Mängel habe. In Sachen Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit biete die PKV mehr als das Sachleistungssystem.

Das System ist mutlos

Die „Reform als Prozess“ beschrieb der amtierende Vorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, in seinem Vortrag. Die jüngste Reform bestätige die „Mutlosigkeit des Systems“. Das gelte insbesondere für die zahnärztlich relevanten Lösungen für Zahnersatz, Festzuschüsse, Kostenerstattung, aber auch für die Parodontologie: „Man hat es wohl ganz bewusst darauf angelegt, das Gesetz zu erschweren.“ Gerade in der Kostenerstattung sei die Ausweitung auf den gesamten ambulanten Bereich hinderlich, „für weite Teile der Gesellschaft so nicht mehr attraktiv“. Die Selbststeuerung des Patienten werde sich künftig in bestimmten Vertragsformen der gesetzlichen wie auch der privaten Krankenversicherungen wiederfinden. Hier sei die zahnmedizinische Versorgung bereits recht weit: „Der Eigen-

„alles definiert“. Gleichwohl sei das GMG kein Gesetz, das den großen Durchbruch bringt. Hier liege weiterer Reformbedarf. Mit Blick auf die EU-Ebene warnte die SPD-Abgeordnete vor zu großen Hoffnungen: „Auf europäischer Ebene ist eine gemeinsame soziale Regelung auf Grund der unterschiedlichen Lebensverhältnisse in weiter Ferne.“

CDU-MdB Andreas Storm brandmarkte das kürzlich vom BMGS herausgegebene Schwarzbuch als „unsägliche Diskreditierung“ der Heilberufe und bisherigen „Tiefpunkt in der Gesundheitspolitik“: „Bei wechselseitiger Behandlung dieser Art sind so keine Kompromisse zu erzielen.“ Sein Blick nach Vorn: Die rechtzeitige Umsetzung der Festzuschüsse für Zahnersatz sei für die christlichen Parteien Prüfmaßstab. Im Spätsommer würden diese Parteien Detailfragen zur Änderung der Reform klären. Hier sei ge-

Sachsen stellvertretender AOK-Vorsitzender Hans Günter Verhees erwartet angesichts der kontroversen Diskussion um Bürgerversicherung oder Prämienmodell eine Mischlösung der beiden Modelle.

Nur Zahnersatz reicht nicht

BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp bekräftigte die Aufnahme der diagnoseorientierten Festzuschüsse als Schritt in die richtige Richtung. Allerdings habe die Zahnärzteschaft ihren Vorschlag nicht nur auf den Zahnersatz bezogen. Aber auch im jetzt verabschiedeten Teilbereich Zahnersatz sei es mühsam, „das, was wir uns vorgestellt hatten, auch umzusetzen“: „Wir treffen auf Restriktionen, die das sehr schwierig machen.“ Der Mitteleinsatz im Gesundheitswesen könne „am ehesten durch diejenigen gebremst werden, die die Leistungen auch in Anspruch nehmen,“ bekräftigte Weitkamp seine Forderung nach mehr Eigenverantwortlichkeit der Patienten und notwendiger Transparenz des Systems.

Auch KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Holger Weißig konstatierte, dass das GMG „in vielen Bestimmungen für uns Zahnärzte“ ausgefallen sei. Dennoch plazierte er deutliche Kritik: Das GMG bringe – insbesondere in den avisierten Satzungsänderungen der zahnärztlichen Selbstverwaltung – mehr staatlichen Einfluss und deutlich mehr Bürokratisierungselemente. Deren Professionalisierung sei kein Ansatz in die richtige Richtung. Grundsätzlich brauche man sich nicht zu wundern, so Weissig mit Blick auf die Politiker, dass man, „wenn man vorher nicht gehört wurde, nachher sich kritisch äußert und nicht eins zu eins umsetzt.“ Den Ansatz der befundorientierten Festzuschüsse werde die Zahnärzteschaft – trotz schlechter Vorgaben – im Gesetz entsprechend umsetzen. Weißigs mahnte aber grundsätzlich: „Wenn ich nach dem Gesetz alles so haben will wie bisher, ist es schade um die Arbeit. Dann braucht es kein neues Gesetz.“ mn



Fotos: KZV-Sachsen

Kontroverse Debatten um Bürgerversicherung und Kopfpauschalen: Dr. Holger Weißig, Andreas Storm, Prof. Dr. Eberhard Wille, Dr. Erika Ober, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und Hans Günter Verhees (v.l.n.r.)

anteil der Patienten am Zahnersatz ist anerkannt, der gesellschaftliche Grundkonsens ist hier hergestellt.“ Das Resümee des KZBV-Vorsitzenden: „Die Reform liegt eigentlich noch vor uns.“

Das größte Manko des GMG, so Sachsens Sozialministerin Helma Orosz, sei, dass die „neuen Wege schlecht kommuniziert wurden“. Mit Blick auf weitere Schritte forderte Orosz eine „echte Umstrukturierung“ des Gesundheitswesens: „Sparen und Leistungen einschränken hilft nicht.“ Anders die Einschätzung von Dr. Erika Ober, Gynäkologin und SPD-MdB. Sie forderte, „dem Gesetz ein wenig Zeit zu lassen“. Das von den Skeptikern in Aussicht gestellte Chaos sei ausgeblieben, der Bundesausschuss habe nach anfänglichen Problemen inzwischen

rade die Zahnmedizin „der Bereich, der weiter zur Diskussion der Entwicklung steht“. Storms Befürchtung zum GMG: „Auf der Einnahmenseite kann die Entwicklung so bleiben, dass die Beitragssatzsenkung unmöglich wird.“ Ansatz für die nächste Reform sei deshalb die Stabilisierung der Einnahmenseite. Erfolgversprechende Maxime sei dabei die Trennung von den Arbeitskosten und deren Umverteilung auf die Versicherten. Storm bekräftigte die Präferenz für das Prämienmodell, warnte aber auch vor einer grundsätzlich ablehnenden Haltung der Heilberufler gegenüber weiteren Reformschritten: „Wenn wir alles, was Politiker sich ausgedacht haben, als Schwachsinn abtun, dann kommen wir auch im Vorhaben der großen Reform nicht weiter.“

11. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

Ein praller Fortbildungstag rund um die Wurzel

Die Organisatoren um Fortbildungsreferentin Dr. Dagmar Thürkow vom Vorstand der KZV Schleswig-Holstein waren auf alles vorbereitet: Dank präziser Planung lief der 11. Schleswig-Holsteinische Zahnärztetag mit 1 400 Teilnehmern, darunter über 600 Helferinnen, wie am Schnürchen. Ein toller Erfolg für die Organisatoren, und eine elegante Punktlandung bei den Themenwünschen der Teilnehmer: Endodontie gehört eben nicht zu den Verlierern der Bema-Umstrukturierung.

Den Bogen vom Notfall zur geplanten Wurzelkanalbehandlung schlug Prof. Dr. Michael Baumann, Universität Köln. Die planbare Behandlung müsse die Forderungen „cleaning – shaping – desinfection“ erfüllen: verbliebenes Pulpagewebe und Debris restlos entfernen, Mikroorganismen eliminieren; der präparierte Kanal solle glattwandig sein, den ursprünglichen Kanal umschließen und sich nach apikal verjüngen; das gesamte Pulpdach entfernen – „sonst keine erfolgreiche Schmerzbehandlung!“ Der auf Endodontie spezialisierte niedergelassene Zahnarzt Dr. Clemens Bargholz, Hamburg, konnte weitere wertvolle Hinweise geben. Die Anforderungen an das Füllmaterial: Ein auf den Fall abgestimmtes wählen, bei Stiften auf den richtigen, apikal füllenden Durchmesser achten. Ziel jeder gelungenen Wurzelfüllung sei der „vollständige dreidimensionale Verschluss aller Hohlräume“.

Management von Misserfolgen

Dr. Peter Velvart, Zürich, auch er niedergelassener Spezialist für Endodontie und Mikrochirurgie, sprach unter anderem über das Management endodontischer Misserfolge. Was lasse sich generell dagegen tun? Zunächst: Vorbehandelte Zähne vor einer Zahnersatz-Versorgung revidieren, um die Gefahr schneller apikaler Läsionen auszuschließen, die jeden Zahnersatz-Patienten erheblich verunsichern. Wie umgehen mit kalifizierten Kanälen? Dafür hatte Velvart

KZV-Chef Dr. Peter Kriett (l.) und Tagungsleiterin Dr. Dagmar Thürkow freuten sich über den Besucherrekord

Viel Andrang gab es bei der Dentalausstellung



Fotos: KZV-SH

keine Patentlösung; die manuelle Aufbereitung verbrauche viele Instrumente, Reagenzien lösen in der Regel nur unzureichend auf. Zu denken sei an Ultraschall; ein Versuch, abgebrochene Instrumente hiermit zu lockern, solle jedenfalls unternommen werden. Weil der Satz „Alles, was Sie sehen, bekommen Sie auch wieder heraus“ wörtlich zu nehmen sei, plädierte Velvart vehement für das Op-Mikroskop.

Spannender Überblick

Einen wahrhaft spannenden Überblick über die sichere postendodontische prothetische Versorgung avitaler Zähne mit Stiften gab Dr. Paul Weigl, Frankfurt. Wie lässt sich die prothetische Wertigkeit eines Zahns im Vor-

aus beurteilen – Lockerungsgrad, Restmenge Zahnhartsubstanz? Was muss er aushalten, eventuell als Pfeilerzahn? Häufigster Misserfolg bei wurzelstift-versorgten Zähnen seien Wurzelfrakturen – obwohl die Dentineigenschaften bei avitalen die gleichen seien wie bei vitalen. Die Ursachen, so Weigl, liegen im Langzeitverhalten rigider (metallischer wie keramischer) Stifte: Sie leiten quasi einen Ermüdungsbruch ein an der Übergangsstelle vom relativ biegsamen Zahn/Dentin zum starren Stift. Eine gewisse Stabilisierung dieser Zähne erreiche man

mit Onlays und adhäsiv befestigten Kronen, jedenfalls im Vergleich zu nicht adhäsiven Aufbauten. Risikovergleiche mit und ohne Wurzelstifte haben Weigl dann ein eigenes Behandlungskonzept entwickeln lassen: Weil man um Wurzelstifte nicht herum komme zur Schaffung zusätzlicher Retention für den adhäsiven Aufbau, brauche man Wurzelstifte mit anderen Eigenschaften: elastische Glasfaser- oder Quarzfaserstifte mit mechanischen Eigenschaften ähnlich denen des Dentins; darüber dann ein Komposit.

Ein schwieriger Stand

Alles in allem ein praller Fortbildungstag, bei dem auch die Berufspolitik ihr Recht fand. Den schwierigen Standort der Zahnärzteschaft umriss Schleswig-Holsteins KZV-Vorsitzender Dr. Peter Kriett mit den Worten: „Der Freie Verband hat ein neues Feindbild – die Staats-KZV. Die Kieferorthopäden suchen den Ausstieg ohne auszusteigen, die Medien suchen ein Opfer der Gesundheitsreform und die Rechtsaufsichten suchen einen Anlass einzugreifen. Und wo bleibt Schleswig-Holstein? Hier sind die emotionalen Amplitudenausschläge geringer – der Kurs weder zick noch zack, sondern energieschonend geradeaus.“

Dr. Jörg Feldner
Feldstraße 38
24105 Kiel

10. ZMF-Kongress in Hamburg erfolgreich gelaufen

Neue Wege – neue Module

Im Jubiläumsjahr des NFI, Norddeutsches Fortbildungsinstitut für Zahnarzt-helferinnen, demonstrierten die 140 Teilnehmerinnen am 10. ZMF-Kongress vom 23. bis 24. April in Hamburg den hohen Stellenwert des Berufsbildes. Die Themen drehten sich diesmal im Wesentlichen um die Karies-Prävention bei Kindern. Der Kongress stand unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Jürgen Gülzow.

Alles ist in Bewegung – auch die Fortbildung zur ZMF. So wird das NFI künftig den Stoffplan statt in einem halben Jahr verteilt über verschiedene Module anbieten und so noch besser auf die Erfordernisse von Teilnehmerinnen und Praxen eingehen.

In diesem Jahr begeht das NFI das 25. Jahr des Bestehens. Das Gemeinschaftswerk der norddeutschen Zahnärztekammern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein ist weiter erfolgreich mit den Prophylaxe-, ZMF- und DH-Kursen.

Neben den Diskussionen über die Vorträge bot der Get-together-Abend im Hotel Europäischer Hof viele Gelegenheiten zum

und bestätigt damit, dass er die Ausführungen verstanden hat – fragt dann aber nach der Verabschiedung des Zahnarztes nochmals die ZMF, was der Doktor denn nun wohl gesagt habe. „Die ZMF kann un-



sere zahnmedizinischen Ausführungen einfach besser übersetzen – und dafür danke ich Ihnen.“

Die Leiterin des NFI-Lehrbetriebes, Susanne Graack, erinnerte in ihren Ausführungen an den Beginn des ZMF-Kongresses in Hamburg. Sie betonte, dass der ZMF-Beruf sehr schön, aber auch anstrengend sei und eine ZMF im Beruf auch alt werden dürfe. Die an eine ZMF delegierte Arbeit könne nicht in Billiglohnländer exportiert werden, wie dies in anderen Branchen heute üblich sei.

Blickwinkel Berufspolitik

Den Abschluss bot der Hamburger Kammerpräsident Dr. Wolfgang Sprekels mit einigen aufschlussreichen berufspolitischen Ausführungen. Er informierte die Teilnehmerinnen über eine geplante Neugestaltung des gewohnten ZMF-Kurses als halbjährlichen, vollversulerten Kurs. Durch die gewohnte Kursform würden sicher der Zusammenhalt und das Wir-Gefühl innerhalb des Kurses gestärkt. Das führe häufig zu langjährigen Freundschaften. „Aber es gibt auch Stim-

men, die sich nur für Teile des ZMF-Programms interessieren oder die Fortbildung lieber in Teilen absolvieren möchten.“ Daher werde das NFI künftig Module anbieten, die zusammen zum ZMF-Abschluss führen würden. „Wir werden sehen, wie dieser Vorschlag angenommen wird.“

Dr. Sprekels warb außerdem für den Besuch des nächsten DH-Kurses im Jahre 2005. „Wir hoffen,

dass sich eine ausreichende Zahl qualifizierter ZMFs zur Aufnahmeprüfung meldet, denn die DH-Fortbildung ist eine weitere Qualifikationsstufe, die auf einem hohen Niveau stattfindet,“ erklärte Dr. Sprekels.

*Gerd Eisentraut
Zahnärztekammer Hamburg
Möllner Landstr. 31
22111 Hamburg*



*Kammerpräsident
Dr. Wolfgang Sprekels (o.)
und Tagungsleiter Prof.
Dr. Hans-Jürgen Gülzow (u.)
freuten sich über das rege
Interesse der 140
Teilnehmerinnen.*

fachlichen Gedankenaustausch der Teilnehmerinnen.

Der Vorstandsvorsitzende der KZV Hamburg, Dr. (RO) Eric Banthien, bezeichnete die ZMFs als „Kommunikationsbrücke“ zwischen Zahnarzt und Patient. Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient läuft nach seinen Erfahrungen häufig so: Der Zahnarzt erklärt, was im Munde des Patienten getan werden sollte, der Patient nickt



Fotos: Eisentraut

Internationaler Kongress Health Telematics 2004 in Krefeld

Reifeprüfung für die Karte

Carlheinz Swaczyna

Etwa 200 Teilnehmer und Referenten aus Politik, Wissenschaft, Industrie, Selbstverwaltung und Gesundheitswesen beschäftigten sich beim Internationalen Kongress Health Telematics 2004 in Krefeld intensiv mit der elektronischen Gesundheitskarte. Fazit: Das Kartenspiel ist voll im Gange, um den Einsatz wird noch gepokert.



Foto: Giesecke & Devrient

Das Kartenspiel hat begonnen – um den Einsatz wird noch gepokert.

Das Industriekonsortium bit4health hatte auf der CEBIT der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die so genannte Rahmenarchitektur der Gesundheitskarte übergeben. Sie beschreibt auf rund 1 000 Seiten die IT-Anforderungen an die konkreten Lösungen, die jetzt programmiert und in eine Lösungsarchitektur überführt werden müssen. Die Arbeit hat begonnen, das zeigte der internationale Kongress, den die ZTG Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH zusammen mit dem Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen am 1. und 2. April 2004 in Krefeld durchführte. Die Telematik-Rahmenarchitektur in Deutschland, die Konzepte der Länder für Modellregionen zum Aufbau einer Telematikinfrastruktur sowie die Überlegungen der Selbstverwaltung für eine Aufbauorganisation zur Einführung prioritärer Telematik-Anwendungen – diese Themen standen

im Mittelpunkt der Diskussionen. Dr. Gottfried T. W. Dietzel vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) nahm eine politische Einordnung des Projektes bit4Health vor. Er stellte zunächst die aus seiner Sicht erreichbaren ökonomischen Effekte vor: 20 bis 40 Prozent der Leistungen im Gesundheitswesen betreffen Datenerfassungs- und Kommunikationsdienste. Würden sie effizienter organisiert, bedeute dies in Deutschland eine Einsparung von 35 Milliarden Euro im Jahr. Seine Schwerpunktbeachtung galt dem e-Rezept: Es reduziere die Verarbeitungskosten je Rezept von 0,34 Euro auf 0,07 Euro. Dies bedeutet bei 750 Millionen Verordnungen eine jährliche Einsparung von 183 Millionen Euro. Politisch sehe man im BMGS die elektronische Gesundheitskarte als Symbol der Modernisierung des Gesundheitswesens,

erklärte Dietzel. Die Weichen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zum 1. Januar 2006 seien richtig gestellt.

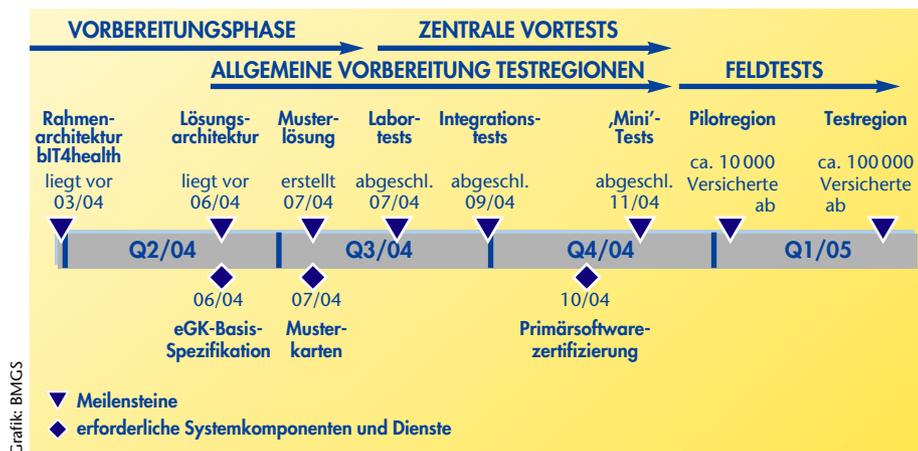
Für das Gesamtprojekt gelte als oberstes Gebot eine maximale Transparenz und Beteiligung der Öffentlichkeit: Zwischenergebnisse würden vor der Abnahme der (Fach-)Öffentlichkeit in einem Kommentierungsverfahren verfügbar gemacht, das allen fachlich interessierten Personen und Gruppen im Rahmen des Projektes »bit4health« die Einflussnahme ermöglichen. Dazu sei eine öffentliche Informationsplattform beim DIMDI unter www.bit4-health.de eingerichtet.

Kritik bleibt nicht aus

Einhellige Kritik unter den Kongressteilnehmern gab es hinsichtlich der bis 16. April begrenzten Kommentierungsphase von vier Wochen, die allgemein angesichts des 1 000-seitigen Umfangs der Rahmenarchitektur und deren Komplexität als viel zu kurz bemängelt wurde. Auch die mangelnde Transparenz wurde kritisiert. Ob das BMGS der wichtigen Forderung nach Fristverlängerung, die auch schriftlich übergeben wurde, nachzukommen bereit ist, wird sich zeigen.



Die Testphase beginnt 2004. Die Testvorhaben dienen dazu, die möglichen Umsetzungsalternativen der im Projekt »bit4health« erstellten Rahmenkonzepte zu testen und zu bewerten. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten im Testvorhaben, dem BMGS und dem



Grafik: BMGS

Zeitplan für die Gesundheitskarte

Konsortium „bit4health“ notwendig. Damit die vorhabenübergreifende Auswertung möglich ist, sollte nach dem Wunsch des BMGS weitestgehend dem erarbeiteten Rahmenkonzept Folge geleistet werden. Anträge aus zwölf Bundesländern, geeignete Testregionen einzurichten, liegen bisher vor und die Resonanz dort sei im Wesentlichen positiv, wie Referenten aus fünf Testregionen berichteten.

Ein besseres Konzept

Aus Sicht der Selbstverwaltung kritisch zu betrachten ist die Einstellung des BMGS, welches sogar Zwang nicht ausschließen wollte, um die Mitarbeit der Leistungserbringer zu forcieren. Dieser sehr kontroversen Position stellte Dr. Jürgen Faltin vom Sozialministerium Rheinland-Pfalz ein vielschichtig überzeugendes Konzept zum

Akzeptanzaufbau, der Akzeptanzbildung, -bindung und -sicherung entgegen, das auf konkreten Erfahrungen resultierte. Darin wird besonderer Wert darauf gelegt, die Ängste und Bedenken der Ärzte und Patienten gleichermaßen ernst zu nehmen und Kritiker in Workshops und Streitdiskussionen mit einzubinden, um auf sachlicher Basis berechnete Einwände zu berücksichtigen. Ohne die Einsicht in die zu vermittelnden Vorteile sei das Projekt ohnehin zum Scheitern verurteilt, da die Erwartungen der Politik, Krankenkassen und Ärzteschaft durchaus unterschiedlich seien und nur eine win-win Situation für alle Beteiligten entsprechende Motivationsreserven mobilisieren könne.

Kostenfrage ungeklärt

In den Podiumsdiskussionen beider Tage, von denen der zweite sich mit Erfahrungen

und Vorhaben aus den europäischen Nachbarländern befasste, wurden weitere erhebliche kritische Einwände vorgebracht. Sowohl von den Vertretern der Ministerien und Kassen als auch der Apotheker, Bundesärztekammer und dem Kassenärztlichen Zentralinstitut blieb die Kostenfrage unbeantwortet, da der Finanzierungsfrage bewusst und beharrlich ausgewichen wurde. Wer die Hauptlast der Kosten und deren Umfang für die elektronische Gesundheitskarte und entsprechende Infrastruktur tragen soll, blieb unklar, da es einen Auftraggeber für das gesamte Projektvorhaben nicht gibt. Im Gespräch sind ein Finanzie-

rungsmodell einer Public-Private Partnership der Industrie (IBM), ein anderes ist ein Internet-unabhängiges Netz.

Während für einige Teilnehmer die Gesundheitskarte ohne Heilberufsausweis oder Health Professional Card (HBA/HPC) und dahinter stehende Strukturen nicht sinnvoll erscheint, hält der niederländische Repräsentant die HPC für überflüssig. Während die einen die Patientenakte auf der elektronischen Gesundheitskarte für unmachbar bis unsinnig halten und die Funktion der Karte auf die einer key-card (alle Schlüssel befinden sich auf der Karte, keine Schlüsselverwaltung durch Dritte) für den Zugang

zu entweder zentralen oder dezentralen Server-basierten Patientendaten beschränken wollen, sehen andere Teilnehmer doch Vorteile darin, umfassende Daten auf der Karte zu speichern. Sogar die Idee, dass die Patienten ihre eigenen Daten in völliger Selbstbestimmung verwalten oder in eigener Verantwortung durch entsprechende Dienstleister verwalten lassen, kam zur Sprache – ein aus deutscher Sicht datenschutzrechtlich sehr bedenklicher Schritt.



Foto:BMGS

Erfreulich war der Pragmatismus der österreichischen und niederländischen Nachbarn, die sich zunächst auf die machbaren und wahrscheinlich wirksamsten Vorteile der Karte beschränken werden: In beiden Ländern soll zunächst das E-Rezept als erster Schritt verwirklicht werden, bei dem man sich neben Kostenersparnissen insbesondere eine Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und die Verringerung von negativen Interaktionen erhofft. Weitere Applikationen sollen sich auf der Basis der dabei gewonnenen Erkenntnisse und den Erfahrungen aus anderen Ländern ergeben, sofern sich deren Nutzen erschließt. Die Kosten sollten diejenigen tragen, so der niederländische Referent, die den eigentlichen Nutzen davon haben werden, nämlich die Kostenträger.

Einen dauerhaften Nutzen erwarten viele Tagungsteilnehmer ohnehin nur dann, wenn andere strukturelle Veränderungen mit den Vorteilen der Telematik im Gesundheitswesen kombiniert werden.

Carlheinz Swaczyna
Am Marktplatz 21
47829 Krefeld

zm-Info

Die integrale Gesundheitskarte für die EU und Deutschland

In Deutschland wird die EU-Karte als Sichtausweis auf der Rückseite der deutschen Gesundheitskarte eingeführt. Sie enthält folgende Datenfelder in nicht elektronischer Form:

- Nationencode
- Form-Identifikator
- Nachname, Vorname, Geburtsdatum
- Besitzer-ID
- Kassen/Versicherungs-ID
- Acronym/Kürzel Versicherer
- Gültigkeitsdauer
- Identifikations-Nummer der Karte

Die elektronische Kartenarchitektur der deutschen e-Gesundheitskarte sieht so aus:

- Pflichtteil mit administrativen Daten wie bei der bisherigen Karte, dazu Zuzahlungstatus/elektronisches Rezept – europäische Vorgaben für die Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedsstaaten der EU (E 111-Formular)
 - Freiwilliger Teil, nur mit Einwilligung des Patienten: Arzneimitteldokumentation – Notfalldaten – Patientenquittung – elektronische Patientenakte – Patientenfach und Weiteres
- Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein für die Authentifizierung, die Verschlüsselung und die elektronische Signatur.

Patientenrechte und Datenschutz definieren die Zugriffsregelungen: Ein umfassendes Si-

cherheitskonzept garantiert den Schutz der besonders sensiblen Daten.

Grundsätzlich ist die Gesundheitskarte nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis (HBA/HPC), der über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, nutzbar. Alle Zugriffe werden protokolliert und die letzten 50 Zugriffe gespeichert.

Das GKV-Modernisierungsgesetz GMG verpflichtet die Selbstverwaltung nach § 291 a SGB V zur Umsetzung, entweder durch Vereinbarung der Selbstverwaltung zur Schaffung einer Informations- und Sicherheitsinfrastruktur oder durch Ersatzvornahme des BMGS!

Daneben sind weitere gesetzliche Grundlagen verankert in:

§ 67 SGB V: Elektronische Kommunikation als Priorität

§ 68 SGB V: Förderung von elektronischen Gesundheitsakten

§§ 290 ff SGB V: Elektronische Gesundheitskarte verbunden mit einer Telematikinfrastruktur

Es ergibt sich zum derzeitigen Stand für das Projekt „Gesundheitskarte bit4health“ folgender Fahrplan:

- Architekturphase – 2004
- Testphase – 2005
- Vorbereitungen für den Dauerbetrieb – 2006,
- danach der so genannte Roll-Out, die Ausgabe der Karten an alle Patienten. cs

Rund ums Handicap

Susanne Priehn-Küpper

Der medizinische Fortschritt, frühe Diagnose- und Fördermaßnahmen und schließlich die Alterspyramide, sie alle sind Ursachen dafür, dass heute in Deutschland so viele behinderte Menschen leben, wie nie zuvor. Sie brauchen nicht nur Betreuung und medizinische Versorgung – auch die Behandlung aller Menschen, die aufgrund ihres Handicaps nicht eigenverantwortlich für ihre Mundgesundheit eintreten können, wird stark eingefordert. Dieses Thema hat sich die Bundeszahnärztekammer in großem Umfang angenommen.

Es ist Montag morgen. Ralf und Bernhard haben sich heute schon sehr früh auf den Weg gemacht. Sie haben einen Termin beim Zahnarzt. Aber Ralf Schlüter, Jahrgang 1968, strahlt. Er kommt gerne in diese Zahnarztpraxis. Sein Freund Bernhard Scheppkes, Jahrgang 1956, eigentlich auch. Sonst muss „der Doktor“ ja nicht sehr viel machen, so Ralf, aber Bernhard hat sich beim Fegen mit dem Besenstiel zwei Frontzähne herausgeschlagen... da ist heute schon mehr Behandlung angesagt. Beide Patienten sind behindert und leben in einer betreuten Einrichtung etwa 20 Kilometer von Borken/Westfalen entfernt. Ihr Betreuer hat sie begleitet. Seit vielen Jahren kommen sie regelmäßig in die Praxis von Professor Dr. Peter Cichon und seinem Partner ZA Leslie Crowthorn. Bernhard und Ralf sind zwei von sechs Millionen Behinderten, die in der Bundesrepublik Deutschland leben. (Bundesamt für Statistik in Wiesbaden (2001)). Über 80 Prozent der als behindert registrierten Menschen sind schwerst behindert, das heißt, sie sind nicht in der Lage, sich selbst zu versorgen und leben – wenn sie Glück haben – in der Familie als Pflegefall oder in Heimen. Je besser die Förderung durch engagierte Angehörige oder das Betreuungspersonal, desto besser ist ihr Zustand, so dass doch einigen von ihnen der Tagesablauf mit

Tätigkeiten in betreuten Werkstätten Abwechslung bringen kann.

Trotz fortgeschrittener prädiagnostischer Verfahren, wie der Genanalyse sowie verbesserten Ultraschallverfahren und mehr, werden heute immer noch 50 von 1 000 Kindern mit pränatalen oder perinatalen Schädigungen geboren. Das macht aller-

„Jeder zehnte deutsche Zahnarzt beschäftigt sich intensiv mit der Behandlung von behinderten Patienten.“

Dr. Dietmar Oesterreich,
Vizepräsident der
Bundeszahnärztekammer



dings nur etwa fünf Prozent aller behinderten Patienten aus. Etwa 95 Prozent der Betroffenen haben ihre Behinderung erst im Laufe ihres Lebens durch Traumata, schwere Allgemeinerkrankungen (Meningitis und Ähnliches) oder andere iatrogene Einflüsse (wie Narkosekomplikation) erworben.



„Zahnbehandlung von Behinderten sollte zum Alltagsgeschäft gehören.“

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp,
Präsident der
Bundeszahnärztekammer

Seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (1995) ist gerade in der familiären Pflege etwas finanzielle Erleichterung eingetreten. Dabei trägt ein Betrag von etwa 1 300 Euro (Höchststufe) eine Rundumpflege zwar nicht einmal ansatzweise, liefert jedoch einen Anteil an Anerkennung für dringend erforderlichen Mehraufwand

und Materialien. Behinderte Patienten empfinden Schmerzen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich genauso wie ein ansonsten gesunder Patient. Da aber ein Teil der Behinderten aufgrund ihrer motorischen Problematik nicht in der Lage ist, die orale Prophylaxe in dem erforderlichen Ausmaß zu betreiben, sind sie besonders für Zahnerkrankungen jeglicher Art anfällig. Insgesamt betrifft das etwa zwei Millionen Menschen, wobei die Datenlage schwierig ist.

BZÄK packt das Problem am Schopf

Dass eine zahnärztliche Behandlung auch bei eingangs nicht kooperativen Patienten durchaus möglich ist, beweisen heute immer wieder Zahnärzte, die sich auf die Behandlung Behinderter spezialisiert haben. Jeder zehnte Zahnarzt (in Deutschland etwa 6 000) beschäftigt sich intensiv mit der Behandlung der in der oben beschriebenen Form behinderten Menschen. Das sind einerseits viele, andererseits aber immer noch zu wenige Kollegen, die bereit sind, sich dieser Patientengruppe anzunehmen. Den aktuellen Handlungsbedarf sieht auch die Bundeszahnärztekammer, die aktuell zusammen mit der Universität Witten-Herdecke, der Berliner Charité und dem Bundesverband Deutscher Oralchirurgen ein umfangreiches Symposium in Berlin organisiert hat. Über 200 Teilnehmer aus



Das erste Symposium zum Thema „Zahnärztliche Behandlung von Behinderten“ setzte ein Zeichen. Unter der Schirmherrschaft von Kardinal Lehmann referierten namhafte Wissenschaftler zu dieser Thematik und beleuchteten die derzeitige Situation auf nationaler sowie internationaler Ebene. Es wurde nicht nur der Istzustand verhandelt, sondern auch über verschiedene Formen von Behinderungen berichtet sowie richtungweisende Konzepte entwickelt.

Foto: Avenue-images

der gesamten Bundesrepublik und den angrenzenden Nachbarstaaten kamen, um sich fachlich zu informieren, zu diskutieren und sich konstruktiv für die Umsetzung der Forderung nach mehr Verständnis und Engagement für die Mundgesundheit Behinderter einzusetzen.

In direkter Folge zum Europäischen Jahr der Behinderten (2003) hatte Karl Kardinal Lehmann, Bischof von Mainz und Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz, die Schirmherrschaft der Veranstaltung übernommen, die damit nicht nur in politischer und standespolitischer, sondern auch in kirchlicher Hinsicht ein Zeichen setzte.

Konkrete Solidarität und Verantwortung gefordert

Der Kardinal berichtete, dass bereits im 19. Jahrhundert aufgrund staatlicher und kirchlicher Initiativen Anstalten für Behinderte gegründet wurden, um räumliche und organisatorische Strukturen zu bündeln. Diese einerseits positive Maßnahme hatte allerdings zur Folge, so der Kirchenvertreter weiter in seinem Statement anlässlich der Berliner Tagung, dass eine Isolierung der Patienten nicht ausblieb und damit für die Bevölkerung diese Patienten „nicht existierten“. Es sei denn, der eine oder andere war in irgend einer Weise familiär betroffen. Ausgehend von den skandinavischen Ländern habe sich dann langsam eine Normalisierung vollzogen, so dass Menschen mit Handicap in vielen Ländern, zum Beispiel auch den Niederlanden, inzwischen zum Alltagsbild gehören. In Deutschland bilden integrative Kindergärten und Schulen jedoch heute immer noch Ausnahme-konzepte, die nur wenigen Privilegierten offen stehen.

Mit der Berliner Veranstaltung wird, so Kardinal Lehmann, sicherlich das erste Mal in Deutschland ein bislang wohl zu sehr tabuisiertes Thema angesprochen und stellt die Probe aufs Exempel dar. Die Reformen im Gesundheitswesen geben dieser Thematik



Die Verbesserung der Mundgesundheit zum Ziel: (v.l.n.r.) Dr. Volker Holthaus, Prof. Dr. Dr. Egbert Machtens, Dr. Dietmar Oesterreich (BZÄK), Karl Kardinal Lehmann als Schirmherr, Prof. Dr. Peter Cichon, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (BZÄK).

eine besondere Aktualität und Brisanz, wie sich auch anlässlich der Pressekonferenz, die von Vertretern der Tageszeitungen, von Rundfunk und Fernsehen sowie von diversen Behindertenverbänden besucht wurde, deutlich zeigte. „Warum werden wir immer diskriminiert?“, stellt eine Teilnehmerin, selbst an den Rollstuhl gefesselt, ihre Frage an Dr. Hans-Jürgen Ahrens, Vertreter des AOK-Bundesverbandes aus Bonn. Sie berichtet, welche Schwierigkeiten heute ein Behinderter hat, die vom Zahnarzt geforderten Prophylaxetermine bezahlt zu bekommen. Prof. Dr. Peter Cichon, Mitinhaber der Borkener Praxis und Ordinarius der Abteilung für Behindertenbehandlung in Witten-Herdecke, dazu: „Ein stark behinderter Patient braucht seine vier Termine für die professionelle Zahnreinigung pro Jahr... dann können wir mit seinem Zahnzustand zufrieden sein!“

Ralf, inzwischen 35 Jahre alt, strahlt in die Kamera und zeigt seine Zähne. Er hat gut Lachen, denn er hat ein tadelloses, karies-

freies Gebiss. Bei ihm wurde aber auch dieser enge Recall durchgeführt. „Wir bestellen unsere Patienten trotzdem weiterhin ein, wie sollen wir ihnen denn erklären, dass wir bei dem Verfahren drauflegen...



Fotos: Lopata

„Der behinderte Mensch hat bei allen Begrenzungen eine eigene Würde, die wir ihm nicht verleihen, sondern die er als Mensch hat.“

Karl Kardinal Lehmann

wir können doch nicht jetzt das kaputt machen, wofür wir uns jahrelang eingesetzt haben!“, argumentieren Cichon und Crawford gegenüber den zm.

Ahrens sieht das anders. Seiner Auffassung nach sichert die gesetzliche Regelung eine ausreichende Finanzierung gerade für die Behinderten-Zahn-Prophylaxe. Dass das aber nicht so ist, muss sich der Krankenkassenvertreter hier in Berlin von den Betroffenen und den anwesenden Zahnärzten sagen lassen. Er lenkt ein: „Lassen Sie uns an

anderer Stelle gemeinsam darüber reden... wir werden eine Lösung finden!“ Ganz so zufrieden scheint Dr. Dr. Jürgen Weitkamp als Standesoberhaupt der Zahnärzteschaft nicht zu sein: „Worum es hier wirklich geht, ist doch, dass die Behindertenbehandlung aus der Gesamtvergütung herausgenommen werden muss!... Geben Sie uns mehr Leistung für unsere Behandlung frei, aber außerhalb der Gesamtvergütung!“

Organisation, Aufwand, hohe Kosten ...viel Wärme

Behindertenbehandlung in der normalen Zahnarztpraxis, das ist heute kein Problem. Wenn die organisatorischen Voraussetzungen stimmen, das heißt, eine Mitarbeiterin die Termine koordiniert und den „Draht“ zu den Einrichtungen hält. Denn nicht selten werden Termine aufgrund von plötzlichen körperlichen Beschwerden der Patienten verschoben. Da muss schnell koordi-



So kann das Gebiss einer behinderten Patientin aussehen. Sie kommt seit 25 Jahren mindestens vier mal im Jahr zum Recall.

niert und umbestellt werden. Der apparative Aufwand kann allerdings höher als in anderen Praxen sein. Einige Zahnärzte, die sich auf die Behandlung von Behinderten und immobilen Patienten spezialisiert haben, haben sich eigens eine mobile Einheit dafür angeschafft. In einigen Bundesländern halten die Kammern diese mobilen Geräte vor – wenn der Einsatz gut geplant ist und die Wege nicht zu weit, dann rentiert sich solch eine Investition auch.

Plant ein Zahnarzt die Einrichtung einer Praxis, sollte er mit dem Architekten an die Rollstuhlfähigkeit der Behandlungs- und Sanitärräume denken. Auch ein Aufzug wäre im Haus sinnvoll. Denn „...wir wollen uns nicht immer herumtragen und herumschaukeln lassen...“, so die sicherlich berechnete Äußerung einer behinderten Pressevertreterin in Berlin.

Die eigentliche Behandlung dauert immer länger, denn die Pausen, die zwischendurch zur Regeneration eingelegt werden müssen, sind doch anders als bei gesunden Patienten. In einer Universitätsklinik ist das zeitlich selten ein Problem, so haben viele

zm-Tipp

Häufig reagieren behinderte Patienten paradox auf Benzodiazepine und andere Sedativa...

Kliniken spezielle Sprechstunden für die Behindertenbehandlung eingerichtet, wie Dr. Imke Kaschke von der Charité in Berlin berichtete. Sie ist dort zuständig für den Großraum Berlin.

Über 20 Patienten werden hier in der Borkener Praxis im Durchschnitt in der Woche zahnärztlich betreut. Die Behandlung reicht vom Milchgebiss bis zur Vollprothese. Der Einzugsbereich umfasst das Gebiet bis zur holländischen Grenze, Patienten aus dem Ruhrgebiet werden in Witten-Herdecke versorgt, die Universität Münster saniert vorwiegend die oralchirurgischen Fälle. Aber dem Pflegepersonal sowie den Angehörigen ist ein Anfahrtsweg von über 50 Kilometern nicht zumutbar. „Vorwiegend wählen wir die Morgen- und die Abendzeiten für die Behandlung“, so die nette Dame von der



Foto: zm

Die Assistenz fixiert den Kopf der behinderten Patientin. Dr. Crawford kann so problemlos eine neue Brücke einpassen.

Rezeption. Dann ist das Wartezimmer noch frei, und andere Patienten fühlen sich weniger gestört. Denn, wenn ein Betreuer mit drei oder vier meist geistig und körperlich Behinderten im Kleinbus zu uns kommt, kann es schon mal laut werden. Viele dieser Patienten haben zusätzlich zu ihren anderen Gebrechen ein reduziertes Hör- und Sehvermögen. „Das macht sich dann in ihrer frequenten Kommunikation bemerkbar“, so die Praxismitarbeiterin weiter. „Aber, wenn es einem mit wartenden Patienten dann doch mal zu laut wird, kann er sich bei uns in eine andere Ecke der Praxis zurückziehen. Dafür haben wir vorgesorgt.“

Auch die Zahnärztin Dr. Silke Donay arbeitet hier. Sie hat an der Universität Witten-Herdecke studiert und ist dort erstmals mit der Behandlung behinderter Menschen in Kontakt gekommen. „Das hat mir gefallen...“, so kam ich hierher“, strahlt die junge hübsche Zahnärztin im Gespräch mit den zm.

Einmal pro Woche im Durchschnitt besucht ein „Stand-by-Anästhesist“ die Praxis. Er kommt aus der medizinischen Sektion des Krankenhauses Witten-Herdecke. Dann werden besonders umfangreiche Sanierungen und Implantationen – wenn erforderlich – durchgeführt. Aber die meisten „Durchschnittsversorgungen“ erfolgen ohne weitere medikamentöse Behandlung. Hier sedieren die Ruhe und das Einfühlungsvermögen sowie die Ansprache des Behandlers mehr als Metaxolam, was als Alternative zur ITN (Intubationsnarkose) bei

problematischeren Patienten dann doch auf der Indikationsliste steht. Apropos Sedierung: Häufig reagieren behinderte Patienten paradox auf Benzodiazepine und andere Sedativa – häufiger, als es bei gesunden Patienten beschrieben steht. Das ist für den Zahnarzt eine sehr wichtige Information. Nicht selten muss gerade bei behinderten Patienten eine noch aufwändigere prothetische Versorgung durchgeführt werden, als im Normalfall. So auch bei Hedwig. Sie ist eine der „Stammpatienten“ der Borkener Praxis. Die Patientin feiert in diesem Jahr ihren 50sten Geburtstag. Seit ihrer Geburt ist sie aufgrund einer Rhesusunverträglichkeit schwerst geschädigt. Neben einer starken geistigen Behinderung hat sie einen ausgeprägten Spasmus, ist taubstumm und so gut wie blind. Durch die liebevolle Pflege in ihrer Großfamilie war auch ihre Mundgesundheit nicht so desolat, wie bei anderen Patienten, die hierher kommen. Vor etwa 15 Jahren wurde bei ihr noch eine Zahnbehandlung mit der Begründung „nicht behandlungsfähig“ abgelehnt. Heute verhält sie sich auf dem Zahnarztstuhl fast wie jeder andere Patient. Vor genau zehn Jahren hat

zm-Tipp

Halten Sie Kissen zur Lagerung der Patienten bereit. Je bequemer die Körperbehinderten liegen, desto besser klappt die Behandlung.



Fotos: Lopata

Stimmungsbild aus Berlin: Das Symposium „Behinderten-Zahnheilkunde“ setzte ein Zeichen.

Hedwig dann aber doch einen festsitzenden Zahnersatz bekommen. Die zm berichteten darüber (zm 22, 16.11.1993 S. 26). Eine herausnehmbare Lösung wäre für ihre Situation unter Umständen lebensbedrohlich gewesen. Nicht selten aspirieren Patienten eine Klammerversorgung, die sich in Folge der stereotypen Spasmen von M. masseter und Kiefergelenk gelockert und schließlich gelöst hat.

Der regelmäßige Recall bei Hedwigs fester Lösung hat nunmehr eines von zwei Implantaten bis heute überleben lassen. Das andere ging durch einen großen Abszess

und eine starke Unterkieferatrophie verloren. Heute wird eine Brücke angepasst. „Eine herausnehmbare Lösung wäre bei dieser Patientin nicht angesagt, sie könnte sie verschlucken“, so Dr. Crawford. Vorsichtig öffnet er der Patientin den Mund und wirkt mit seiner linken Hand dem Spasmus entgegen, der seine Aktion unwillkürlich verhindern will. Eine Helferin stabilisiert den Kopf der Patientin, die andere streichelt liebevoll ihre Hände. Hedwig weiß, was mit ihr geschieht, und scheint kooperativ. Bis zu dem Punkt, an dem sie nicht mehr kann. Der Zahnarzt bricht ab, lenkt die Patientin

ab, spricht langsam und beruhigend auf sie ein. Die Betreuerin kennt das schon, sie weiß, dass Hedwig die Behandlung nicht blockiert, sondern ihre Erkrankung es einfach nicht zulässt, mehrere Minuten lang in derselben Körperhaltung zu verharren.

Behinderte, egal, ob es sich um geistig, körperlich oder mehrfach behinderte Menschen handelt, sind durchaus in der Lage, zahnärztlich behandelt zu werden. Das erfordert wie in dem oben beschriebenen Fall allerdings großes Einfühlungsvermögen und eine gewisse Portion Geduld. Viele Unterbrechungen und eine Behandlung in kleinen Schritten können dann schließlich zum nachhaltigen Erfolg führen.

Ein solches Procedere erfordert erklärlicherweise einen erhöhten Personalaufwand, um den Patienten zu fixieren und spontane Bewegungen auszugleichen, die unweigerlich zur Aspiration von Zahnersatz oder zur Behandlung notwendigen Materials führen könnten. Der Materialaufwand ist nicht selten höher, denn immer mal wieder landet ein Hilfsmittel auf dem Boden, das dann natürlich der Hygiene Willen erneuert werden muss.

Witten-Herdecke lehrt die Behandlung Behinderter

Die Behindertenbehandlung ist heute leider immer noch ein Stiefkind der Zahnheilkunde, wie sich auch der Präsident der Bun-



Fotos: Kaschke



Dr. Imke Kaschke, Charité, empfiehlt besondere Hilfsmittel, die dem Pflegepersonal bei der Zahnpflege Behinderter und diesen selbst helfen.

des Zahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp in Berlin ausdrückte. Trotz diverser Aktivitäten unterschiedlicher Organisationen und Initiatoren – vorbildliche Arbeit leistet hier seit Jahrzehnten die Konrad-Morgenroth-Fördergemeinschaft in Westfalen-Lippe –, die entweder durch einzelne stark engagierte Zahnärzte ins Leben gerufen wurden, oder aufgrund intensiver Bemühungen der einzelnen Zahnärztekammern der verschiedenen Bundesländer, wird der Zahnarzt in seiner Ausbildung nicht ausreichend auf die Behandlung von Patienten mit Behinderungen vorbereitet. Defizite in der Kenntnis der verschiedenen Erkrankungen (wie Gen-Defekte und mehr) sowie bei der psychologischen Ausbildung des Zahnarztes und seines Teams stellen für manchen Zahnarzt ein hohes Stresspotential dar. Hier muss schlichtweg in der Ausbildung ein Wandel vollzogen werden, denn es gibt heute und in naher Zukunft mehr behinderte Erwachsene denn je, deren Mundgesundheit doch ein wesentlicher Bestandteil für ihre allgemeine gesundheitliche Situation darstellen wird, darüber waren sich die Referenten in Berlin einig.

Anders an der Privatuniversität Witten-Herdecke. Seit dem Wintersemester 92/93 fester Bestandteil im Curriculum, werden angehende Zahnmediziner umfangreich auf die Behandlung körperlich und geistig behinderter Patienten vorbereitet. Hierzu besuchen sie im siebten und achten Semester von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr jeden Samstag eine Vorlesung mit anschließendem Praktikum. Der Lehrplan umfasst sämtliche Aspekte der Behindertenbehandlung, wie Prothetik, Chirurgie, Konservierende Zahnheilkunde, Implantologie und die Kieferorthopädie. Und das alles unter besonderer Berücksichtigung der bei diesen Patienten besonders schwierigen hygienischen Aspekten und der damit verbundenen parodontalen Situation. Auch leiden diese Patienten nicht selten unter einer veränderten Immunsituation, was die Ausprägung von parodontalen Situationen erheblich verstärken kann.

In einigen anderen Universitäten werden Studierende der klinischen Semester zur Assistenz bei der Behandlung behinderter

zm-Tipp

Eine hohe Fluoridierung ist das A und O. Immer lokal, wenn möglich mit Schienen arbeiten. Denken Sie daran, dass viele dieser Patienten nicht ausspucken können. Unbedingt fluoridiertes Speisesalz empfehlen!

Patienten herangezogen, meistens jedoch handelt es sich dabei dann um Sanierungen unter ITN. Wer hier in Witten-Herdecke als fertiger Zahnmediziner die Universität verlässt, ist gerüstet für die Situationen in der Praxis. ZA Leslie Crowth berichtet aus seiner Klinikzeit: „Ich habe mich gewundert, dass in unserer Behindertensprechstunde, zu der Patienten aus dem gesamten Ruhrgebiet kamen, immer wieder einige Patienten nicht mehr erschienen. Bis ich auf einer Fortbildung einen ehemaligen Studenten traf. Er berichtete mir mit Freuden, dass er all diese Patienten aus unserer Sprechstunde in seine neue Praxis 'abgezogen' hatte. So etwas hören wir natürlich gerne!“

Packen wir es an

Dieses Vorbild begeisterte die anwesenden Teilnehmer. Denn, nachdem auch die Referenten aus den Niederlanden (hier führen Zahnärzte nach einer Zusatzausbildung eine Lachgasnarkose durch), Belgien und Skandinavien präsentiert hatten, wie in ihren Ländern die zahnmedizinische Versorgung vonstatten geht, wurde der Ruf laut, möglichst schnell auch in der Bundesrepu-

blik veränderte Bedingungen zu schaffen. „Die Medizinische und zahnmedizinische Versorgung der betroffenen Patienten muss in die Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung nicht nur der Zahnärzte, sondern auch aller medizinischen Berufe integriert werden“, so Dr. Dietmar Oesterreich in seinem Statement. „Wenn das Pflegepersonal unsere Bemühungen in der oralen Prophylaxe unterstützt, dann haben wir 'die halbe Miete'. Aber wer derzeit als Zahnarzt unter den aktuellen Bedingungen des budgetierten GKV-Systems Menschen mit Behinderungen zahnärztlich betreut, muss wegen des hohen Aufwandes mit Einkommenseinbußen rechnen. Das kann es doch nicht sein.“

Dieses bestätigt auch Dr. Volker Holthaus, Bad Segeberg. Er behandelt schon seit vielen Jahren in seiner Praxis behinderte Patienten, ursächlich motiviert durch seine Frau Maren, sie ist Sonderschulpädagogin. Er ist international mit diesem Ziel tätig und setzt sich als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen für diese Belange ein.

Bernhard und Ralf sind für heute fertig. Bernhard muss zum Ende der Woche noch einmal wiederkommen. Dann ist der Anästhesist da, unter Vollnarkose bekommt er dann seine neuen Zähne. Heute ist alles prima verlaufen. Beide machen beim Hinausgehen ihre Späßchen mit dem Praxispersonal. Ralf besteht auf ein Abschiedsfoto: le voilà! ■

Abschiedsfoto von Ralf (2.v. li.) und Bernhard mit dem Praxispersonal Monika und Petra der Gemeinschaftspraxis Cichon/Crowth in Borken. „Abschied“ – aber nicht für immer – nur bis zum nächsten Recall.



Foto: zm

Das Fazit der Berliner Veranstaltung hier zusammengefasst in den wesentlichen Punkten

Feststellungen und Forderungen der zuständigen Verbände und Gremien

1. Die zur Verfügung stehende Datenlage in Deutschland weist auf die Notwendigkeit einer Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung, insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Prävention, von Menschen mit Behinderung hin. Im Zusammenhang mit kollektivprophylaktischen Maßnahmen, ist in den Einrichtungen der Pflege die Kochsalzfluoridierung nachdrücklich zu empfehlen.

2. Internationale Erfahrungen zeigen, dass durch eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung innerhalb der Gesundheitssysteme eine Vielzahl von Möglichkeiten für die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung zur Verfügung steht.

3. Die Diskussion um notwendige gesundheitsökonomische Ressourcen für die Betreuung von Menschen mit Behinderung machte deutlich,

dass eine alleinige Betreuung über karitativ tätige Organisationen nicht möglich ist. Dies gilt ebenso für Lösungen ausschließlich unter den Restriktionen des GKV-Systems. Positiv zeigte sich, dass die Kostenträger Bereitschaft erkennen lassen, mit der Zahnärzteschaft nach Lösungen auch außerhalb des Systems zu suchen.

4. Das Symposium machte deutlich, dass eine Verbesserung der epidemiologischen Datenlage notwendig ist und eindeutiger Forschungsbedarf im Hinblick auf diagnostische, präventive und therapeutische Ansätze besteht.

5. Interdisziplinäre und transdisziplinäre Versorgungsansätze sind zu verstärken.

6. Im Rahmen der Fortbildung der Zahnärzteschaft sind die medizinische Kompetenz als auch die berufsethische Verantwortung zur Betreuung von Menschen mit Behinderung zu stärken.

9. Die Vernetzung der Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderung mit anderen medizinischen Fachdisziplinen, Pflegeeinrichtungen und Sozialträgern ist notwendig. Auch international ist ein verstärkter Austausch über die Aktivitäten sinnvoll.

10. Die Auswertung des Symposiums wird im Rahmen der Koordinierungskonferenz der Prophylaxereferenten am 17.9.2004 in Kooperation mit den Veranstaltern vorgenommen. Kooperationsansätze, beispielhafte Lösungsvorschläge aus verschiedensten Einrichtungen und verstärkter Austausch zwischen den zuständigen Partnern in den Körperschaften und Organisationen sind Gegenstand der weiteren Aktivitäten und Beratungen.

11. Es besteht die Notwendigkeit, fachliche Grundsätze bei

der spezifischen Betreuung von Menschen mit Behinderung zu definieren. Eine wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK für die Betreuung von Menschen mit Behinderung und den spezifischen Ansatz über die Lachgasanalgesie ist notwendig.

Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Bund Deutscher Oralchirurgen (BDO), Zentrum für Zahnmedizin, Abt. Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin, Charité Campus Virchow Klinikum Berlin, Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Witten-Herdecke; Berlin, den 26. April 2004

BZÄK



Foto: Lopata

Dr. Dietmar Oesterreich hört sich die Probleme eines behinderten Teilnehmers an. Generell kam dieses Symposium zu dem Fazit: Packen wir's an.

7. Zwingend notwendig ist die Integration des gesamten zahnärztlichen Behandlungsteams bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung. Gemeinsame Fortbildungsmöglichkeiten sind notwendig, um praxisrelevante Versorgungsstrategien umzusetzen. Die soziale Kompetenz des gesamten Behandlungsteams wird hierdurch gestärkt.

8. Spezialisierungen von Zahnarztpraxen sind vor dem Hintergrund der fachlichen Weiterentwicklung sinnvoll. Dies könnte unter Umständen durch strukturierte Fortbildungsangebote gelöst werden.

Gemeinsame Stellungnahme der DGZMK und der DGZ

Revision einer Wurzelkanalbehandlung

Diese Stellungnahme ersetzt die frühere Stellungnahme 12/93



Wie jeder medizinische Eingriff ist eine Wurzelkanalbehandlung mit einer zwar hohen, aber doch begrenzten Erfolgssicherheit assoziiert. Die wesentlichen Merkmale eines Therapieerfolges sind klinische und röntgenologische Symptombefreiheit. Aufgrund der Komplexität des endodontischen Hohlraumsystems, der möglichen bakteriellen, qualitativ und quantitativ unterschiedlich ausgeprägten Kontamination des Endodontes und der Limitationen der zur Verfügung stehenden Instrumente, Medikamente und Behandlungstechniken, aber auch aufgrund von Therapiefehlern, kann die initiale Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes jedoch erfolglos sein. Dies führt unter Umständen zu einem Fehlschlag der Behandlung oder zu neuen klinischen und/oder röntgenologischen Symptomen.

Ziele der Revision

Erhaltung oder Wiederherstellung der Integrität der Periapikalregion und/oder Beseitigung oder Prävention klinischer Symptome durch erneute Aufbereitung und dauerhaft bakterien-dichten Verschluss des endodontischen Systems durch die Wurzelkanalfüllung und die koronale Restauration.

Ursachen endodontischer Misserfolge/postendodontischer Erkrankungen

Zu den wichtigsten Ursachen endodontischer Misserfolge/posttherapeutischer Erkrankungen gehören [1, 2, 3, 4]:

- Persistenz von Mikroorganismen nach der Initialbehandlung
- Unbehandelte Wurzelkanäle beziehungsweise Wurzelkanalabschnitte
- Undichte koronale Restauration beziehungsweise koronales „Mikro-Leakage“ mit Neuzutritt von Mikroorganismen und/oder Substrat
- Fremdkörperreaktionen
- Extraradikuläre Infektionen.

Eine exakte Diagnose der Ursache eines Misserfolges soll vor der Entscheidung zu

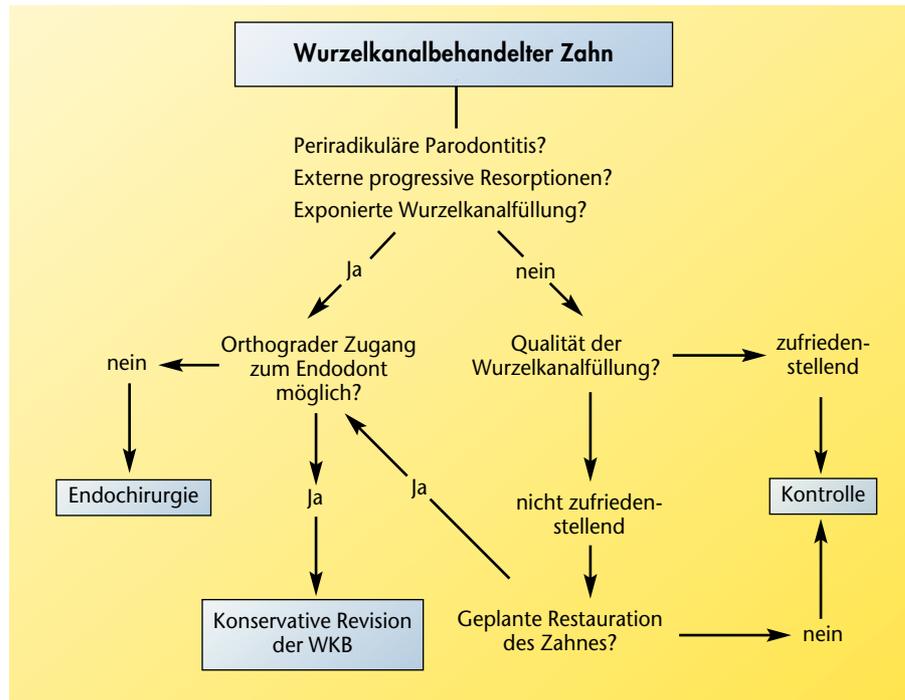


Abb. 1: Schema zur Entscheidungsfindung (aus Endodontie 1994; 3: S. 35)

einer Revision vorgenommen werden, ist aber nicht in allen Fällen möglich. Nicht-endodontische Ursachen einer periradikulären pathologischen Veränderung sollen zuvor ausgeschlossen werden.

Indikationen zur Revision einer Wurzelkanalbehandlung

- Wurzelkanalbehandelte Zähne mit röntgenologischen Symptomen einer persistierenden oder neu entstandenen, endodontisch bedingten Parodontitis apicalis
- Wurzelkanalbehandelte Zähne mit klinischen Symptomen einer endodontisch bedingten Parodontitis apicalis
- Wurzelkanalbehandelte Zähne mit röntgenologisch oder klinisch insuffizienter Wurzelkanalfüllung (wie mangelhafte Homogenität der Füllung, nicht behandelte Wurzelkanäle, nicht gefüllte Areale des endodontischen Systems, fragwürdiges und nicht mehr indiziertes Füllmaterial und mehr) ohne klinische oder röntgenologi-

- sche Anzeichen einer Parodontitis apicalis.
- Wurzelkanalfüllungen mit Exposition zum Mundhöhlenmilieu
- Wurzelkanalbehandelte Zähne mit progressiv verlaufenden, externen entzündlichen Resorptionen

Kontraindikationen zur Revision

- Nicht-endodontische Ursache der Erkrankung
- Fragliche Erhaltungswürdigkeit des Zahnes
- Verbesserung des Ausgangszustandes und Beseitigung der möglichen Ursache nicht zu erwarten [5, 6, 7].

Orthograde Revision und/oder chirurgische Revision?

Ein Verzicht auf eine orthograde Revision und die Entscheidung für einen rein apikalchirurgischen Eingriff ist nur dann sinnvoll, wenn auf orthogradem Wege ein ausreichender Zugang in das endodontische Sys-



Fotos: Hülsmann

Abb. 2a: Die aus der insuffizienten Primärbehandlung des klinisch asymptomatischen Zahnes 33 resultierende Parodontitis apicalis stellt eine Indikation zur orthograden Revision dar.



Abb. 2b: Röntgenkontrolle ein Jahr nach der orthograden Revision

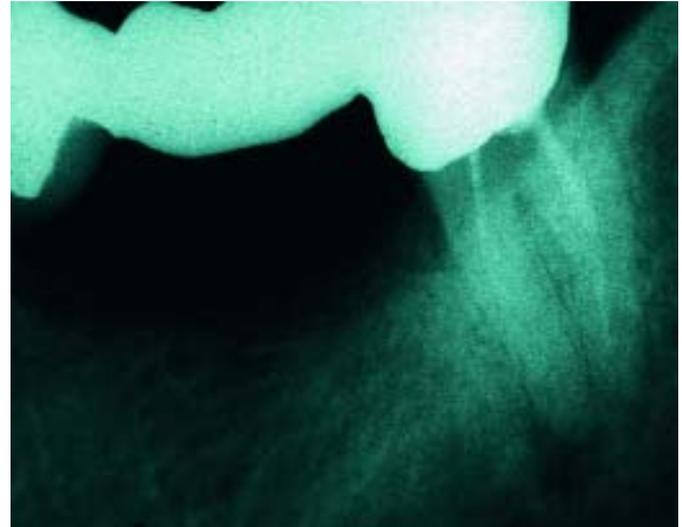


Abb. 3a: Die Indikation zur orthograden Revision der endodontischen Primärbehandlung am klinisch symptomfreien Zahn 37 ergibt sich aus der röntgenologisch diagnostizierten Parodontitis apicalis.

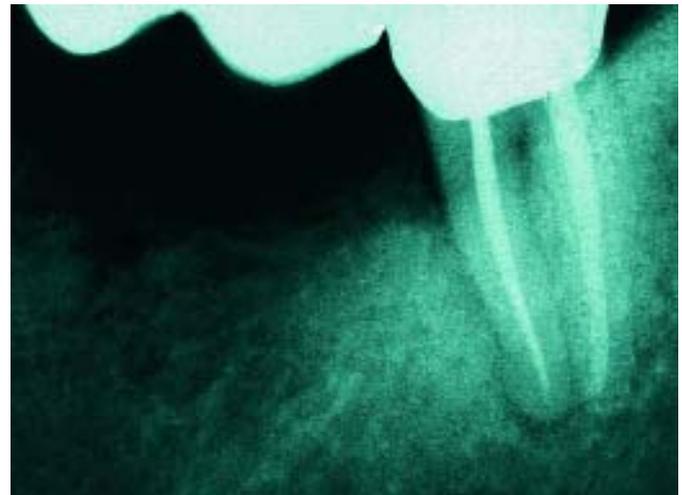
tem oder eine Verbesserung des Zustandes auf orthogradem Wege nicht möglich/wahrscheinlich erscheint.

Bei röntgenologisch unzureichender Qualität der Wurzelkanalfüllung muss auch bei apikalchirurgischer Revision eine vorherige Revision der Wurzelkanalbehandlung erfolgen. Bei rein apikalchirurgischen Revisionen ist ein bakteriendichter intrakanalärer retrograder Verschluss des Wurzelkanals anzustreben (Abb. 1).

Techniken und Prinzipien der Revision

- Sorgfältige Aufklärung des Patienten über Möglichkeiten, Probleme, Zeitaufwand, Kosten und eingeschränkte Erfolgswahrscheinlichkeit der Revision sowie über mögliche Alternativen
- Präparation einer ausreichenden Zugangskavität (mit oder ohne Opferung der Restauration)
- Vollständige Entfernung des Wurzelkanalfüllmaterials mit adäquaten Mitteln und Techniken
- Möglichst vollständige Präparation der Wurzelkanäle und intensive Desinfektion des endodontischen Systems (vorzugsweise mit Natriumhypochlorit und Chlorhexidin)
- Unter Umständen Applikation einer medikamentösen Einlage

Abb. 3b: Röntgenkontrolle nach einem Jahr: Die periapikale Läsion stellt sich bereits verkleinert dar. Die Revision wurde unter Belassung der intakten prothetischen Restauration vorgenommen.



- Bakteriendichter Verschluss des Wurzelkanalsystems mit biokompatiblen, volumenbeständigen Füllmaterialien [7, 8].

Probleme der Revision

Als Zweit- oder Folgeeingriff ist eine endodontische Revision mit einer erhöhten Inzidenz intra- und/oder postoperativer Probleme behaftet [7, 8, 9, 10, 11]. Hierzu gehören:

- Perforation
- Instrumentenfraktur
- Überpressen von Füllmaterial
- Nichtentfernbarkeit des Füllmaterials
- Nichterreichen eines adäquaten apikalen Endpunktes der Aufbereitung und Füllung

- Postoperative Beschwerden
- Ausbleibende Heilung oder Neuentwicklung einer Parodontitis apicalis

Erfolgsquote von Revisionen

Die Erfolgsquote rein orthograder Revisionen endodontischer Behandlungen wird in der Literatur mit etwa 60 bis 80 Prozent angegeben [1, 12, 13]. Die Patienten sollten vor der Revision auf die eingeschränkte Erfolgsaussicht des Eingriffs hingewiesen werden.

M. Hülsmann und R. Weiger für den Beirat Endodontie der DGZ e.V. (D. Heidemann, M. Hülsmann, A. Petschelt, W.H.M. Raab, E. Schäfer, R. Weiger)

Seltene Tumoren der Mundhöhle

Amelanotisches Melanom der Mundschleimhaut

Martin Kunkel, Torsten E. Reichert



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



Fotos: Kunkel

Abbildung 1: Klinischer Aspekt des Tumors. Es handelt sich um eine zentral ulzerierte Läsion mit aufgeworfenen, teilweise unregelmäßig nodulär konfigurierten Rändern.

Kasuistik

Bei einem 76-jährigen Patient war am rechtsseitigen Weichgaumen eine Raumforderung mit Ausdehnung zur Tuberregion aufgefallen. Der Patient wurde unter der Verdachtsdiagnose eines Plattenepithelkarzinoms zur Weiterbehandlung zugewiesen. Die Läsion (Abb. 1) zeigte eine deutliche Aufwerfung der Ränder mit teilweise nodulären, die Schleimhaut vorwölbenden Formationen und wies zentral eine etwa 1 x 1,5 cm durchmessende Ulzeration auf. Typische Vorläuferläsionen des Plattenepithelkarzinoms beispielsweise im Sinne leukoplakischer Schleimhautveränderungen waren in der Umgebung des Tumors nicht zu erkennen. Im histologischen Befund der Biopsie erwies sich der Tumor als ein amelanotisches Melanom.

Neben dem enorale Befund waren zahlreiche rötliche, ebenfalls nicht pigmentierte Hautläsionen, bei denen es sich nach biopsischer Kontrolle um Hautmetastasen des

Melanoms handelte (Abb. 2) auffällig. Ein umfangreiches Tumor-Staging ergab schließlich neben der kutanen Metastasierung mehrere pulmonale Herdbefunde, die in der Positronen Emissions-Tomographie mit ¹⁸F-Fluorodeoxyglukose einen hohen metastasentypischen Glukosestoffwechsel zeigten (Abb. 3). Bei diesem fortgeschrittenen, generalisierten Tumorleiden erfolgte eine palliative Chemotherapie.

Diskussion

Schleimhautmelanome sind in der europäischen Bevölkerung recht selten und machen hier nur etwa 0,2 bis acht Prozent aller Melanomerkkrankungen aus (Lopez-Graniell et al., 1999; Ulusal et al., 2003). Neben den Konjunktiven als häufigster Lokalisation sind vor allem die Schleimhäute des oberen Respirationstraktes und der Mundhöhle betroffen (Rapidis et al., 2003).

Enorale Melanome finden sich vorwiegend bei älteren Patienten. Bevorzugte Lokalisa-

tionen in der Mundhöhle sind die Gaumenschleimhaut und die Gingiva des Oberkiefers. Die Prognose oraler Schleimhautmelanome ist ausgesprochen schlecht, die Fünf-Jahres-Überlebensraten liegen meist in einer Größenordnung von fünf bis 20 Prozent (Rapidis et al., 2003). Besondere diagnostische Probleme ergeben sich bei amelanotischen Formen durch das Fehlen der charakteristischen, klinisch richtungsweisenden Pigmentierung. Amelanotische Melanome werden daher häufig, wie auch im vorliegenden Fall, erst in deutlich fortgeschrittenen Krankheitsstadien erkannt. Ähnlich wie die sehr viel zahlreicheren kutanen Formen weisen auch orale Melanome eine hohe Tendenz zur hämatogenen Metastasierung auf. Zum Zeitpunkt der Erstdiagnose liegen daher häufig bereits Fernmetastasen vor. Wegen des unspezifischen Erscheinungsbildes ergibt sich die Abgrenzung zu anderen Malignomen der Mundhöhle, in der Regel erst anhand des histologischen Befundes.



Abbildung 2: Hautmetastase eines amelanotischen Melanoms. Da wie beim enorale Primärtumor keine melanomtypische Pigmentierung vorliegt, erscheint die Läsion klinisch wenig auffällig.

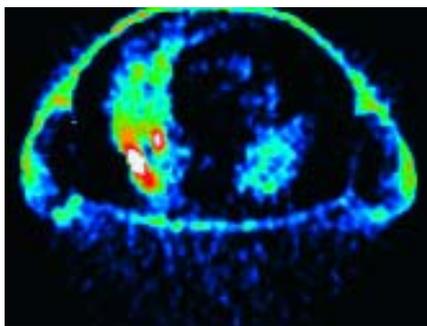


Abbildung 3: Eine metastasentypische Glukosestoffwechselaktivität in der Lunge zeigte sich bei der im Rahmen des Ganzkörperstaging durchgeführten Positronen Emissions-Tomographie.

Auch im vorliegenden Fall war die klinische Einschätzung als Plattenepithelkarzinom durchaus nahe liegend. Zweifel an der klinischen Verdachtsdiagnose könnten sich vor allem durch die Randkonfiguration mit ausgeprägt nodulären Aufwerfungen und durch die fehlenden Vorläuferläsionen der

Tumorumgebung ergeben. Dieses klinische Bild findet sich häufiger bei einem Tumorstadium unterhalb des Oberflächenepithels, bei dem eine zentrale Ulzeration sekundär mit dem Durchbrechen des Tumors zur Oberfläche entsteht.

Für die zahnärztliche Praxis soll dieser Fall anhand der amelanotischen Verlaufsform noch einmal die generelle Problematik der Melanomdiagnostik in Gesicht und Mundhöhle in Erinnerung rufen. Etwa ein Drittel der Melanome der Mundhöhle entsteht dabei auf der Basis einer Schleimhautmelanosis (Lopez-Graniel et al., 1999), so dass grundsätzlich eine frühzeitige Erkennung und vorbeugende Entfernung in vielen Fällen möglich wäre.

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

Fazit für die Praxis

- Schleimhautmelanome können in der Mundschleimhaut sowohl in der melanotischen als auch in der amelanotischen Variante auftreten.
- Besonders die amelanotische Verlaufsform bereitet häufig differentialdiagnostische Schwierigkeiten, da sie klinisch kaum sicher einzuordnen ist.
- Da etwa ein Drittel der oralen Melanome auf der Basis einer Schleimhautmelanosis entstehen wäre für diese Gruppe eine wirksame Früherkennung/Prophylaxe möglich

zm Leser service

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

Atemwegserkrankungen

Chronische Bronchitis wird noch oft verkannt

Christine Vetter

Menschen mit chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung, abgekürzt als COPD, wissen oft gar nicht, dass sie an dieser lebensgefährlichen Erkrankung leiden. Doch sie brauchen eine umfassende medizinische Betreuung und müssen vor allem vor den wiederkehrenden Atemwegsinfektionen geschützt werden.

Die COPD gehört zu den wichtigsten Todesursachen der westlichen Welt und steht weltweit auf Platz sechs der Todesursachenstatistik. Betrachtet man nur die Zahl der diesbezüglichen Todesfälle bei Männern im mittleren Alter, so rangiert die COPD in den Industrienationen sogar auf Platz vier. Das Krankheitsbild nimmt an Häufigkeit stetig zu und schon im Jahre 2020 dürfte es den offiziellen Schätzungen zufolge weltweit die dritthäufigste Todesursache sein.

Dennoch findet die Erkrankung, deren Hauptrisikofaktor das Rauchen ist, in der Öffentlichkeit wenig Beachtung. Viele Betroffene wissen nicht, dass sie erkrankt sind, andere nehmen trotz entsprechender Diagnose die Störung nicht ernst. „Dabei ist die Prognose fast ebenso schlecht wie bei einer Krebserkrankung“, mahnte Dr. Marc Miravittles aus Barcelona dort kürzlich bei einem internationalen Presse-seminar der Bayer AG. Eine Umfrage des Unternehmens bei 600 Patienten mit diagnostizierter und therapierter chronischer Bronchitis hat ergeben, dass überhaupt nur 46 Prozent der Befragten ihre Erkrankung als schwer wahrnehmen, aber glauben, dass sie durchaus durch Medikamente zu kontrollieren ist. 35 Prozent sehen die chronische Bronchitis hingegen als eher ärgerlich, nicht jedoch als schwerwiegende Erkrankung an und nur 17 Prozent der Befragten realisieren, dass sie an einer potenziell lebensbedrohlichen Krankheit leiden.

Von einer chronischen Bronchitis ist nach Miravittles auszugehen, wenn an zwei aufeinander folgenden Jahren für mehr als drei Monate ein chronischer Husten mit Auswurf besteht. Die Erkrankung verläuft progressiv und ist mit einer massiven Einschränkung

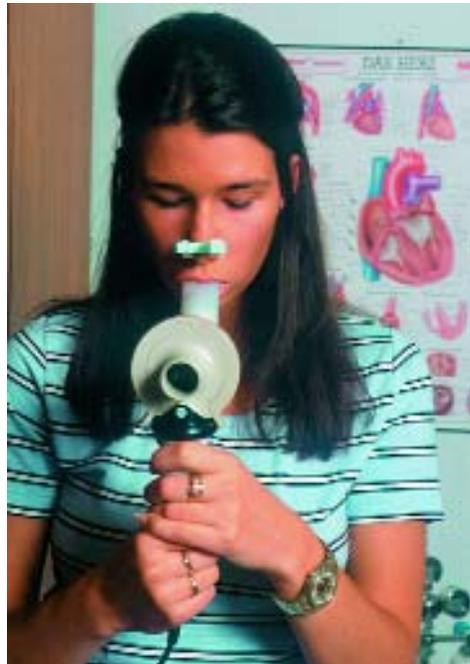


Foto: AOK

Mit dem Lungenfunktionstest sollte regelmäßig das Atemvolumen kontrolliert werden.

der Lebensqualität wie auch der Lebenserwartung verbunden. „Bei Diagnosestellung liegt die durchschnittliche Lebenserwartung der Patienten nur noch bei fünf-einhalb Jahren“, mahnte der Mediziner.

Jede akute Exazerbation verschlechtert die Prognose

Belastend bezüglich der Lebensqualität wie auch der Lebenserwartung sind nach Angaben der Experten vor allem die akuten Exazerbationen der Erkrankung, die allerdings bei schweren Verläufen mehrmals jährlich auftreten und sehr häufig zur Hospitalisierung führen. Davon unabhängig sind die Betroffenen nach Miravittles durch allgemeine Symptome wie Kurzatmigkeit, Hu-

sten und eine allgemeine Müdigkeit beeinträchtigt. Unter solchen Symptomen leiden viele Patienten eigenen Angaben zufolge während rund 300 Tagen des Jahres, hieß es in Barcelona.

Da das Rauchen der Hauptrisikofaktor ist, kommt dem Nikotinverzicht nach Professor Dr. Ronald Grossmann, Toronto, die wichtigste therapeutische Bedeutung zu. Fast ebenso wichtig aber ist nach seinen Worten eine rasche und effektive Behandlung akuter Exazerbationen der chronischen Bronchitis (AECB). Denn diese gehen mit einer zunehmenden Beeinträchtigung der Lungenfunktion einher. Bemerkbar machen sich die AECBs durch eine deutliche Verschlechterung der Symptomatik, also durch verstärkte Atemnot, durch Husten und einen vermehrten Auswurf. Verfärbt sich dieser, so ist das ein Hinweis auf eine bakterielle Infektion und deutet an, dass unverzüglich ein Antibiotikum indiziert ist, um die Infektion vollständig auszuheilen. Als Haupterreger kommen nach Grossmann dabei *Hämophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* und *Streptococcus pneumoniae* sowie atypische Bakterien in Frage. Der verordnete Wirkstoff muss diese Keime sicher eliminieren.

Dieses wird häufig mit Moxifloxacin, ein Chinolon-Antibiotikum, das gegenüber allen Erregern die Atemwegsinfektionen verursachen wirksam ist, erreicht. Wie Untersuchungen belegen, wird seltener eine Begleitbehandlung mit Kortikosteroiden oder mit einem nachfolgenden anderen Antibiotikum notwendig. Moxifloxacin hat nach Grossmann noch einen weiteren entscheidenden Vorteil: Das Antibiotikum sorgt auch dafür, dass die Patienten länger ohne erneute AECB bleiben, was mit einer besseren Lebensqualität und möglicherweise auf lange Sicht auch mit einer besseren Prognose verbunden sein dürfte.

Christine Vetter
Merkenicherstraße 224
50735 Köln

Jahrestagung des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik

Psychologische Aspekte der Behandlung älterer Patienten

Anfang Februar 2004 traf sich der Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde in der DGZMK unter der Leitung des 1. Vorsitzenden PD Dr. Peter Jöhren zu seiner 16. Jahrestagung in Witten. „Psychologische Aspekte der Behandlung älterer Patienten“ wurden im Rahmen eines umfangreichen wie interessanten Programms von allen Seiten beleuchtet und boten eine breite Basis für Diskussionen.

Die Bedeutung des Arbeitskreises sowie die Aktualität des Themas wurden vor allem dadurch unterstrichen, dass der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und der Generalsekretär der DGZMK Dr. Karl-Rudolf Stratmann eigens angereist waren.

Altsein ist ebenso schön wie Jungsein

In seinem Grußwort lobte Dr. Dr. Jürgen Weitkamp die Aktivität des Arbeitskreises, die auf allen Ebenen positiv wahrgenommen wird und als wichtige interdisziplinäre Schnittstelle gesehen wird. Bezugnehmend auf das Tagungsthema sieht er angesichts unserer demographischen Entwicklung die Aufgabe der Zahnärzteschaft darin, dem Anspruch gerecht zu werden, den Hermann Hesse mit den Worten: „Altsein ist eine ebenso schöne Aufgabe wie Jungsein“ zusammenfasst. Der Generalsekretär der DGZMK Dr. Karl-Rudolf Stratmann betont in seinem Grußwort gleichfalls den außerordentlichen Stellenwert der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnmedizin.

Zahn-, medizinische und psychologische Aspekte

In drei Hauptvorträgen wurde das Thema des Alterns aus allgemeinmedizinischer Sicht, unter psychologischen Aspekten sowie aus speziell prothetischer Sicht beleuchtet. PD Dr. Hans J. Naurath aus Neumünster führte aus, dass alte, multimorbide Menschen in einem sehr instabilen Gleichgewicht leben. Selbst geringe Ver-

schlechterungen des Gesundheitszustandes haben weitreichende psychosoziale Folgen, die dem bis dahin für sich selbst sorgenden alten Menschen pflegebedürftig und damit abhängig werden lassen. Daher sollte das Ziel einer immer interdisziplinär koordinierten Behandlung alter Menschen nicht ausschließlich auf die vollständige Heilung ausgerichtet sein, sondern vielmehr auf die Aufrechterhaltung beziehungsweise die bestmögliche Wiederherstellung körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheit. PD Dr. Renate Deinzer aus Düsseldorf stellte in ihrem Vortrag richtig, dass das bislang vorherrschende Defizitmodell des Alters, das von einem regelhaften Eintreten deutlichen psychischen Abbaus ausgeht, nicht richtig ist. Vielmehr sind in allen Funktionsbereichen die Unterschiede innerhalb der Altersgruppe deutlich größer als zwischen den Altersgruppen. Die vordringliche Aufgabe im Umgang mit alten Menschen ist es, sich einerseits loszulösen von dem vor allem von den Medien aufgebauten negativ verzerrten Bild der Lebenssituation älterer und alter Menschen und andererseits in um so größerem Maße der Individualität alter Menschen gerecht zu werden. Die Unterstützung der Leistungsfähigkeit und realistische Zielvorgaben lösen dabei positive Effekte aus.

Prof. Dr. Frauke Müller aus Genf unterschied in ihren Ausführungen die jungen Alten von den alten Alten. Während die jungen Alten den Zahnverlust als Trauma erleben, das eine psychogene Prothesenunver-

träglichkeit auslösen kann, sind die Kennzeichen der alten Alten Multimorbidität, eingeschränkte Mobilität, nachlassende Motivation sowie nachlassende Adaptationsleistung. Letzteres wirkt sich auf die Eingliederung neuen, in der Regel totalen Zahnersatzes besonders erschwerend aus. Eingefahrene, von der Morphologie der alten Prothese abhängige Reflexmuster, können allenfalls unzureichend verändert werden. Hier helfen ein schrittweises Umarbeiten der gewohnten Prothese, ausgehend von einem Duplikat derselben, Trainingsplatten und gegebenenfalls eine Implantatunterstützung diesen Schwierigkeiten entgegenzuwirken.

Orale Lebensqualität

Die Marburger Arbeitsgruppe Dr. Ronald Metzen, Dipl.-Psych. Dr. Jutta Marggraf-Stiksrud und Prof. Ulrich Lotzmann konnten nachweisen, dass für die subjektive Patientenzufriedenheit funktionelle Aspekte wichtig sind, wohingegen Ästhetik und natürliches Aussehen im Rahmen eines halbstrukturierten Interviews als weniger wichtig bewertet wurde. Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der Akzeptanz der Prothese und der eigenen Einstellung zu Zahnverlust und Zahnlosigkeit.

Die „orale Lebensqualität“ erwies sich indessen als abhängig von der Art der Versorgung und unabhängig vom Alter. Dieses, wie die Tatsache, dass Einschränkungen der Lebensqualität mit der Wahrnehmung negativer Behandlungsverfahren korrelieren, konnten PD Dr. Ulrich Klages und seine Arbeitsgruppe aus Mainz im Rahmen einer sehr umfangreichen Studie nachweisen. Mit der Frage, welche Schwierigkeiten sich bei der Behandlung älterer Menschen in Senioreneinrichtungen ergeben, setzten sich Dr. Ina Nitschke und Mitarbeiter aus Leipzig auseinander. Anders als erwartet sind es nicht die Konfrontation mit Gebrechlichkeit, Älterwerden und Tod, die Zahnärzte zu vermeiden suchen, sondern die Arbeitsbedingungen und der hohe Ko-



stenaufwand stellen die größten Schwierigkeiten dar und verlangen den Kollegen viel persönliches Engagement ab. Dr. Peter Macher aus Achern berichtete anhand eines Streitfalls durch mehrere Instanzen über die Schwierigkeiten, die auftreten angesichts des Krankheitsbildes der psychogenen Prothesenunverträglichkeit.

Aktuelle Daten zur Ätiologie und Prävalenz der Behandlungspublie stellen Gabriele Marwinski und PD Dr. Peter Jöhren aus Bochum auf der Basis einer Passantenumfrage durch ein zertifiziertes Institut vor. Danach leidet unabhängig von Schulbildung und Geschlecht in der Bundesrepublik jeder zehnte an einer Zahnbehandlungsphobie. Traumata während der zahnärztlichen Behandlung stellen die häufigste Ursache für die entstandene Zahnbehandlungsangst dar. 20 Prozent der Befragten führten ihre Angst auf eine schmerzhaft Erfahrung während der kieferorthopädischen Behandlung zurück.

Dipl.-Psych. Frank Hagenow aus Hamburg stellte die hochsignifikanten Erfolge eines Trainingsprogramms für Zahnärzte zur Verbesserung der Gesprächsführung mit ängstlichen Patienten vor. Der Autor konnte nachweisen, dass sich die erworbene Gesprächsführungskompetenz auch positiv auf das Vertrauensverhältnis und die durch den Patienten eingeschätzte fachliche Qualifikation des Behandlers auswirkte. Dr. Walter Schulze, Rotenburg/Wümme, Dr. Susanne Fiedler und Dr. Dipl.-Psych. Manfred Prior, Krieffel bei Frankfurt, stellten ein Therapieschema zur Behandlung schwerer Phobien in Hypnose vor. Wesentlich dabei ist es, einen positiven Zielzustand zu benennen und zu aktivieren. Diese positive Erfahrung stellt dann die Grundlage für die zahnärztliche Therapie dar. Am Beispiel eines 39-jährigen Patienten „mit massiver Angst vor zahnärztlichen Eingriffen“ demonstrierten Dr. Johannes Träger-Born, München und Dr. Peter Macher, Achern, ein Anti-Angst-Training, welches als Grundlage eine tiefenpsychologische und psychoanalytische Betrachtungsweise des oralen Systems hat.

Workshops

Traditionell schlossen sich an das Vortragsprogramm Workshops an, die sich einerseits mit patientenspezifischen Problemen wie psychogene Prothesenunverträglichkeit und altersbedingte Risiken bei der

Schmerztheorien, Schmerzformen, Schmerzwahrnehmung, Schmerzbewertung und Schmerztherapie sollen in elf Kurstagen (Acht-Tagesblock und Drei-Tages-Block) dem Zahnarzt das nötige Handwerkszeug vermitteln, welches im Umgang mit allen Patientengruppen wichtig ist.



Foto: intervortex (S. Graack)

Bei alten Patienten muss alles stimmen: Funktionstüchtigkeit, Adaptationsfähigkeit und Einfühlungsvermögen des Behandlers.

zahnärztlichen Versorgung auseinandersetzen, andererseits wurden Schwierigkeiten auf Seiten der Zahnärzte thematisiert. Dieses waren das Burn-Out-Syndrom in der Zahnmedizin und die Ergonomie am zahnärztlichen Arbeitsplatz.

Mitgliederversammlung

Der Vorstand informierte die Mitglieder darüber, dass das Curriculum „Psychosomatische Grundkompetenz“ im Rahmen der Akademie Praxis und Wissenschaft nun fertiggestellt ist und im neuen Programm für 2004 auch angekündigt wird. Inhalte wie patientenzentrierte Gesprächsführung, strukturierte Interviewführung, Ursachen, Symptome und der Umgang mit speziellen psychosomatischen, psychiatrischen und zahnmedizinischen Krankheitsbildern sowie

Tagungen

Die Jahrestagung 2005 wird im Rahmen der DGZMK-Tagung am 26. bis 30. Oktober in Berlin stattfinden. Das Tagungsthema bezieht sich auf ein Zitat von Prof. Ketterl aus Mainz: „Ein guter Zahnarzt ist immer auch ein guter Psychologe“. Die Jahrestagung 2006 wird in Marburg stattfinden.

*PD Dr. Anne Wolowski
Waldeyerstraße 30
48149 Münster*

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 zsm haben Fachleute gebeten, für Sie zu lesen und die wichtigsten Arbeiten, die auch für den täglichen Praxisablauf relevant sind, kurz zusammengefasst, so dass auch Sie immer up to date sind.



Fotos: zsm/JPD

Dentinhaftung bei gebleichten Zähnen

Die vorliegende Studie untersuchte die Haftung am Dentin nach Bleichen mit Wasserstoffperoxid mit und ohne nachfolgende Applikation von Antioxidantien.

Verschiedene Studien konnten eine Verminderung der Haftung am Schmelz nach dem Bleichen von Zähnen nachweisen, wenn die Füllung direkt im Anschluss an den Bleichvorgang gelegt wurde. Hieraus resultierte die Empfehlung, mit der endgültigen Restauration abzuwarten, um optimale Haftwerte zu erreichen. Ziel dieser Studie war es, den Einfluss des Bleichens auf die

Dentinhaftung zu bestimmen. Zusätzlich wurde die Wirkung der Applikation von Antioxidantien nach dem Bleichvorgang auf die Haftung untersucht.

An extrahierten Prämolaren wurde die labiale Fläche so lange beschliffen, bis es zu einer Exposition des Dentins kam. Die Dentinflächen wurden mit Ausnahme der Kontrollgruppe entweder mit 35-prozentigem Wasserstoffperoxidgel (Rembrandt Vituoso, DentMat Corp., Santa Maria, USA) oder -lösung (Drug Trading, Toronto, Kanada) für 30 Minuten gebleicht. Als Antioxidantien, die nach dem Bleichen für zehn Minuten auf die Dentinfläche einmassiert wurden, kamen Natriumascorbat und Butylhydroxyanisol zur An-

wendung. Die anschließende Kompositfüllung erfolgte mit dem Adhäsivsystem Clearfil SE Bond (Kuraray, Osaka, Japan) und dem lighthärtenden Komposit Clearfil AP-X (Kuraray).

Die Haftung am Dentin, die mit Abscherversuchen ermittelt wurde, war nach dem Bleichvorgang signifikant geringer als in der Kontrollgruppe. Die Applikation des Antioxidans Natriumascorbat nach dem Bleichen führte zu Haftwerten, die im Bereich der Kontrollgruppe lagen.

Die verminderte Dentinhaftung nach dem Bleichvorgang kann mit einer Einlagerung von Wasserstoffperoxid in das Kollagen und die Dentintubuli erklärt werden. Die dadurch bedingte Sauerstofffreisetzung behindert die

vollständige Polymerisation und reduziert folglich die Dentinhaftung. Die Applikation des Antioxidans Natriumascorbat nach dem Bleichen konnte offensichtlich diesen oxidativen Effekt umkehren und führte zu gleichen Haftwerten wie beim ungebleichten Dentin. Sofern sich in weiteren Studien ein vergleichbarer Effekt und eine Unbedenklichkeit des Antioxidans Natriumascorbat nachweisen lassen, wäre eine definitive Restauration ohne Einbußen im Hinblick auf die Haftung unmittelbar nach dem Bleichvorgang denkbar.

Quelle:

Kaya, A. D.; Türkün, M.: *Reversal of Dentin Bonding to Bleached Teeth. Oper Dent* 28-6: 825-829 (2003).

Haftung von Kompositzementen an Wurzelstiften

In der folgenden Studie wurde der Effekt unterschiedlicher Oberflächenkonditionierung von Titan-, Glasfaser- und Zirkonoxidwurzelstiften im Hinblick auf die Haftung zu zwei Kompositzementen und zum Dentin untersucht.

Die häufigste Ursache von Misserfolgen bei endodontisch behandelten Zähnen, die mit einem Wurzelstift versorgt wurden, sind Dezementierungen. In der Folge kann es zu einer Reinfektion des Wurzelkanals von koronal mit Entstehung von Karies und apikalen Parodontopathien kommen. Verschiedene Studien konnten eine erhöhte Retentionsrate bei der Verwendung von adhäsiven

befestigten Wurzelstiften nachweisen. Diese ist unter anderem abhängig von der Stiftart, -länge und -oberflächenbeschaffenheit, vom Befestigungszement und der Haftung zwischen Zement und Dentin sowie Zement und Wurzelstift.

Ziel dieser Untersuchung war es, die Haftung zweier verschiedener Kompositzemente zu Wurzelstiften aus Titan, glasfaserverstärktem Komposit und Zirkonoxid einerseits und zum Dentin andererseits zu analysieren. Darüber hinaus sollte der Einfluss verschiedener Oberflächenbehandlungen der Stifte auf die Haftung beurteilt werden.

Bei den Befestigungskompositen handelte es sich um einen kon-

ventionellen BIS-GMA basierten Zement (ParaPost-Zement, Coltène/ Whaledent/ USA) und einen Adhäsivzement mit einem funktionellen Phosphatmonomer (MDP) (Panavia F, Kuraray/ Osaka/ Japan). Die Oberflächenbehandlung der Stifte erfolgte mechanisch (Sandstrahlung oder Silikatisierung), chemisch (Ätzung mit Flußsäure, Silanisierung) oder als Kombination mit Sandstrahlung/Ätzung und anschließender Silanisierung. Neben einer unbehandelten Kontrollgruppe wurden bei jeder Stiftart die oben beschriebenen Oberflächenkonditionierungen vorgenommen. Anschließend wurden in jeder Stiftgruppe beide Befestigungszemente appliziert und mit der Universalprüfmaschine (Instron) Abscherversuche durchgeführt. Ebenso wurden auf Dentinproben beide Adhäsivzemente aufgebracht und anschließend abgeschert. Die Ergebnisse zeigten, dass die Haftwerte von Panavia F zu Dentin und den unbehandelten Titan- und Zirkonoxidstiften signifikant höher lagen als für den ParaPost-Zement. Die Ursache für diesen Unterschied wird von den Autoren mit dem funktionellen Phosphatmonomer MDP erklärt, welches in Panavia F enthalten ist. Dieses besitzt die Eigenschaft, an restaurative Materialien zu binden. Sandstrahlung und Silikatisierung mit dem Cojet (DentoPrep) waren die effektivsten Vorbehandlungsmethoden unabhängig vom Stifttyp. Das Ätzen mit Flußsäure führte bei den Zirkonoxidstiften mit und ohne anschließende Silanisierung zu einem Abfallen der Haftwerte bei Panavia F im Vergleich zum unbehandelten Stift und kann somit nicht empfohlen werden.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die Haftung von Kompositementen an Wurzelstiften vom Material des Stiftes und von der Oberflächenbehandlung sowie vom Zementtyp abhängig ist. Auch die Haftung am Dentin wurde von der Art des Zementes beeinflusst.

Quelle:
Sahafi, A., Peutzfeld, A., Asmusen, E., Gottfredsen, K.: Bond strength of resin cement and to surface-treated posts of titanium alloy, glass fiber, and zirconia. *J Adhes Dent* 5: 153-162 (2003).

Kaugummi gegen Zahnverfärbungen

Die zitierte Studie verglich den Einfluss zweier Kaugummis – mit und ohne aktive Zusätze – auf die Entfernung von extrinsischen Zahnverfärbungen.

Der regelmäßige Gebrauch von zuckerfreien Kaugummis resultiert nachweislich in einer erhöhten Speichelproduktion mit der Folge einer größeren Pufferkapazität und erhöhten Remineralisationsrate. Zusätzlich wird die Plaquebildung gehemmt. Die Autoren dieser Untersuchung leiteten hieraus ihre Hypothese über den möglichen Einfluss von Kaugummis auf die Verminderung von extrinsischen Zahnverfärbungen ab. Ursache dieser Zahnverfärbungen können unter anderem Tee, Kaffee, Rotwein, Nikotin und chlorhexidinhaltige Mundspüllösungen sein. Ziel dieser doppelblinden klinischen Studie war es, den potentiellen Effekt zweier verschiedener Prototypkaugummis mit und ohne aktive Zusatzstoffe als Verstärkung der täglichen Mundhygiene auf die Entfernung von extrinsischen Zahnverfärbungen



Fotos: kommed

über einen Zeitraum von vier Wochen zu untersuchen. 76 Nichtraucher (32 Männer und 44 Frauen) mit gutem allgemeinen und oralen Gesundheitszustand wurden in die Studie eingeschlossen. Sie mussten zwölf restaurations- und kariesfreie Schneidezähne aufweisen, die zum Zeitpunkt der Studie nicht kieferorthopädisch therapiert wurden. Zudem durften die Probanden in dieser Zeit nicht an routinemäßigen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen teilnehmen. Sie wurden randomisiert in zwei Gruppen aufgeteilt. Gruppe 1 erhielt ein Kaugummi (Produkt A), welches neben Sorbitolpulver, Malitolsirup, Mannitol, Glycerin und Geschmacksverstärkern keine aktiven Zusätze enthielt. Gruppe 2 benutzte Produkt B mit den aktiven Bestandteilen Natriumphosphat, Dikalziumphosphat und Natriumbicarbonat im Verhältnis 1:4:5. Alle Teilnehmer sollten mit der gleichen Zahnbürste und -pasta zwei mal täglich für eine Minute die Zähne putzen; zusätzlich kauten sie drei mal

täglich nach den Mahlzeiten für 15 Minuten Kaugummi. Zu Beginn der Studie und nach vier Wochen wurden die extrinsischen Zahnverfärbungen mit dem „Lobene Stain Index“ beurteilt. Die Verfärbungen wurden je nach Ausdehnung und Intensität in vier Grade eingeteilt. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte für beide Gruppen eine signifikante Reduktion der Verfärbungen nach vier Wochen. Für Gruppe 1 zeigte sich eine Verminderung der Verfärbungen um 48 Prozent; in Gruppe 2 waren die Werte

um 64 Prozent gesunken. Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen war ebenfalls signifikant ($p < 0,0001$). In keiner der Gruppen konnten Nebenwirkungen beobachtet werden. Schlussfolgernd zeigte diese Untersuchung, dass Kaugummis grundsätzlich effektiv bei der Reduktion von extrinsischen Verfärbungen mitwirken, unabhängig davon, ob sie aktive Bestandteile enthalten oder nicht. Kaugummis mit aktiven Zusätzen jedoch zeigten eine Verstärkung dieses Effektes.

Quelle:
Özcan, M., Kulak, Y., Kazazoglu, E.: The efficacy of two prototype chewing gums for the removal of extrinsic tooth stain. *Int Dent J* 53, 62-66 (2003).

Dr. Kerstin Bitter
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Campus Benjamin Franklin
Aßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin

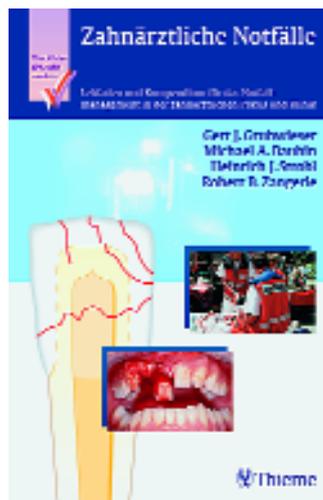
Zahnärztliche Notfälle

Dieser in der Reihe Checklisten der Zahnmedizin erschienene Band soll trotz seines geringen Umfangs von 89 Seiten jeden zahnärztlichen Notfall therapieren helfen durch knapp und klar formulierte Handlungsanweisungen.

Dazu hat das Autorenteam, bestehend aus zwei Kieferchirurgen, einem Anästhesisten und einem Dermatologen, die wesentlichen Notfälle, die im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung auftreten können, beschrieben. Die Gliederung in allgemeine Notfallmaßnahmen, spezielle Notfallmedizin, Lokalanästhetika, Notfälle in der Zahnheilkunde, Vorbeugung – Hinweise/-Ausrüstung und Notrufnummern wird zusätzlich durch eine farbige Markierung, die die allgemeinmedizinischen (blau) von den zahnmedizinischen Themen (rot) trennt, verdeutlicht.

Die Themenauswahl ist für einen Zahnmediziner relevant, und die aktuellen Empfehlungen des European Resuscitation Council aus dem Jahr 2000 wurden berücksichtigt. Leider bleiben (bei der Fülle von dargestellten Zwischenfällen verständlich) die Inhalte überwiegend unspezifisch und nicht unbedingt direkt in die zahnärztliche Praxis umsetzbar.

Der Wechsel zwischen reinen Schlagwortübersichten und teilweise ausformulierten Textteilen ist irritierend. Mehr Abbildungen wären aus didaktischen Gründen sinnvoll gewesen. Verweise auf die verwendete Literatur fehlen. Das DIN A 5 Hardcoverformat macht das Buch als Nachschlagewerk für die Kitteltasche ungeeignet.



Das Buch ist insgesamt nur eingeschränkt zu empfehlen, da der Spagat zwischen Leitfaden und Kompendium den Einsatz im realen Notfall erschwert.

PD Dr. Dr. M. Daubländer

Zahnärztliche Notfälle Leitfaden und Kompendium für das Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis und Klinik
Gert J. Grubwieser, Michael A. Baubin, Heinrich J. Strobl, Robert B. Zangerle, Georg Thieme Verlag 2002, 89 Seiten, 16 Tabellen, 49,90 Euro, ISBN 3-13-125911-6

Parodontale Infektionskontrolle und Gewebemodulation

Die Parodontologie befindet sich in einem konstanten Wandel: Standen vor einiger Zeit noch mechanische Depurationsmaßnahmen im Vordergrund, so ist dies heute die Beeinflussung der Keimflora der parodontalen Tasche. Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass alleinige Konkremententfernung sowohl kurzfristig als auch dauerhaft nicht zum Erfolg führen kann, wenn nicht gleichzeitig eine Beeinflussung der parodontal-pathogenen Keimflora in der Zahnfleischtasche möglich ist.

Notarzt-Leitfaden

Die 2. Auflage dieses handlichen praxisorientierten Buches hält im Wesentlichen das, was es verspricht, nämlich in den Stresssituationen des notärztlichen Einsatzes in kürzester Zeit die dringend benötigten und potenziell lebensrettenden Informationen zu liefern und das in einem handlichen Format (DIN A 6, Taschenbuch, abgerundete Ecken), das sowohl in die Kitteltasche als auch die Notfallausrüstung passt. Es finden sich therapeutische Richtlinien, diagnostische Hinweise und Informationen zu den empfohlenen Medikamenten mit Angaben zu Indikation, Kontraindikation, Dosis und Nebenwirkungen, aber auch medizinischen Geräten und möglichen Fehlerquellen. Erfreulicherweise finden sich aber auch konstruktive Informationen zum weiteren Vorgehen, wenn die durchgeführte Therapie nicht zum gewünschten Erfolg führt sowie Hinweise zu psychologischen Hilfen, Krisenintervention und Stra-

tegien zur Stressbewältigung. Die einzelnen Kapitel sind durch einen farbigen Index leicht zu finden und die Notfälle klar nach Fachgebieten beziehungsweise Organen gegliedert. Ergänzt werden diese durch Handlungsanweisungen sowohl technischer, als auch organisatorischer Art. Erfreulich ist eine konsequente Gliederung der Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie der einzelnen Krankheitsbilder, was das Nachschlagen im konkreten Notfall erleichtert. Bleibt ein Wermutstropfen: Da die Zielgruppe des Handbuchs im wesentlichen Ärzte mit notfallmedizinischer Kompetenz sind, wird sich mancher Zahnarzt mit diesem „Kochbuch“ der Notfallmedizin überfordert fühlen.

PD Dr. Dr. M. Daubländer

Notarzt, Praxis-Leitfaden Behandlungsstrategien und Therapieschemata

Matthias Frank, 2. überarbeitete und aktualisierte Ausgabe, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2002, 348 Seiten, 30 Abbildungen, mit zahlreichen tabellarischen Übersichten, PVC-Broschur, 24,95 Euro, ISBN 3-7945-2176-5

Gerade in Zeiten, wo aufgrund gesetzlicher Einschränkungen und Abrechnungsvorschriften im Bereich der parodontalen Therapie die mechanisch-lokalistische Betrachtungsweise wieder Gefahr läuft in den Vordergrund zu treten, wendet er konsequent den Blick auf diese mikrobiologischen Zusammenhänge und die daraus resultierenden Konsequenzen. Und das tut er mit einer bewundernswerten Akribie und mit einem bis in die Tiefe der Zusammenhänge gehenden Engagement.

Um die notwendige Doppelorientierung der Parodontaltherapie zu begründen, stellt Hell-

wege seinem Werk ein Zitat des Nobelpreisträgers Christian de Duve voran:

„Wir sind krank, weil unsere Zellen krank sind. Wir können nicht gesund werden, wenn wir nicht verstehen, was in unseren Zellen passiert!“

Was im parodontalen Zellgeflecht passiert, erläutert der Autor bis ins kleinste Detail der mikrobiologischen Zusammenhänge. Diese Kapitel bestechen durch dreidimensionale Grafiken, die helfen, die doch recht schwierige Materie zu verstehen. Der didaktische Aufbau entspricht dem eines Lehrbuches: Nach dem Kapitel über die parodontale Gesundheit beschäftigt sich Hellwege mit der „Triade bakteriell ausgelöster Parodontalerkrankungen“. Auch hier besticht wieder die vollkommen neue grafische Darstellung der Krankheit beziehungsweise der Krankheitsprogression. Die komplizierten Abläufe der Immunantwort auf diese bakterielle Invasion der parodontalen Tasche prüft dann zum ersten Mal den Leser auf sein Durchhaltevermögen in der Bearbeitung dieser schwierigen Materie. Allerdings wird er dann belohnt mit der Kenntnis über die Zusammenhänge, wobei auch hier wieder die exzellenten Grafiken eine wertvolle Hilfe darstellen.

Von hoher praktischer Relevanz sind die Kapitel über die pharmakomechanische Infektionskontrolle. Hier werden die Vor- und Nachteile der mechanischen wie der medikamentösen Infektionskontrolle erläutert, letztere insbesondere mit ihren Wirkungen auf die parodontalen Bindegewebe. Von besonderem Interesse ist das Kapitel über die subantimikrobiell dosierte Parodontaltherapie (SDD). Sie hat

einen entscheidenden Einfluss auf die parodontale Gewebemodulation. Der Leser erhält wertvolle Erkenntnisse, die weit über die bloße Therapierbarkeit parodontaler Infektionsprozesse hinausgehen. Sie betreffen auch allgemeinmedizinische Bereiche, zum Beispiel die Entstehungsursachen und Behandlungsstrategien der Arteriosklerose.

Das Buch ist ein wichtiges Bindeglied, um zahnärztliches und ärztliches Denken wieder zusammenzuführen!

Insgesamt erscheint dieses Buch in einer wichtigen Dekade: Die Abkehr von unserer Berufsausübung als reinem Handwerk hin zur Betonung unserer ärztlichen Tätigkeit wird hoffentlich auch dazu beitragen, dass in den Medien der Begriff des „Dentisten“ nicht weiterhin derart gedankenlos als Synonym für den Zahnarzt verwendet wird.

Wir erkennen, welche komplexe biologische Reaktionen oft durch eine einfache kleine Maßnahme ausgelöst werden. Die Qualität des Buches mit 140 Seiten im ansprechenden DIN A 4 Format, mit 13 Bildtafeln und 52 Abbildungen überzeugt inhaltlich und formal. Dieses beeindruckende Werk sollte daher allen Zahnärzten empfohlen werden, denen das Verständnis dieser Zusammenhänge parodontaler Erkrankungen wichtig ist, und die bereit sind, diese neuen Erkenntnisse und Therapiemethoden zum Wohle ihrer Patienten nutzen zu wollen.

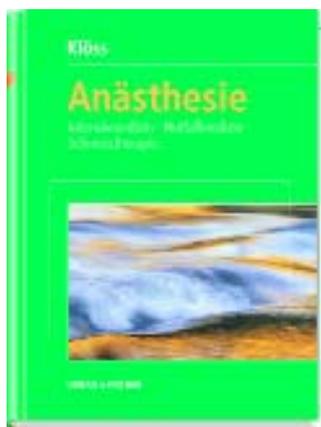
Dr. Lutz Laurisch

Die Praxis parodontaler Infektionskontrolle und Gewebemodulation
von Dr. Klaus-Dieter Hellwege,
140 Seiten, DIN A 4 Format,
13 Bildtafeln und 52 Abbildungen,
49,95 Euro, Eigenverlag,
Lauterecken

Anästhesie

Wer wissen will, wie spannend und abwechslungsreich der Alltag eines Anästhesisten sein kann, der erhält mit Hilfe dieses Buches einen umfassenden Überblick über alle anästhesiologischen Bereiche (OP, Intensivstation, Schmerzzambulanz und Notfallmedizin) und lernt die wichtigsten Behandlungsmethoden und Vorgehensweisen kennen. Damit richtet es sich primär an Studenten und Einsteiger in die Anästhesiologie, kann aber durchaus auch Kollegen aus anderen Fachgebieten empfohlen werden.

Im Anästhesieteil werden sowohl die Grundlagen, verschiedene Techniken und verwendete



Pharmaka, aber auch der anästhesiologische Alltag und die besonderen Herausforderungen dargestellt. Hier wird auch auf die Besonderheiten bei ambulanten Operationen eingegangen, ein Gebiet, das dem Zahnarzt sicherlich am vertrautesten ist. In den Kapiteln zur

Intensivmedizin geht es primär ebenfalls um die grundlegenden Prinzipien und Organisationsformen, bevor spezielle Krankheitsbilder und Probleme, wie Umgang mit Angehörigen sowie Sterben und Tod, thematisiert werden. Hinsichtlich Notfallmedizin und Notfallmanagement werden ganz klare und praktische Handlungskonzepte bezüglich Erstmaßnahmen, Patientenversorgung, Ausrüstung und Transport gegeben. Selbst konstruktive Hinweise für das notwendige Qualitätsmanagement fehlen nicht. In den Kapiteln zur Schmerztherapie wird neben den anatomischen und physiologischen Grundlagen auch ganz klar die Differenzierung zwischen Akutschmerztherapie

und das Vorgehen bei chronischen Schmerzen dargestellt.

Das Buch ist didaktisch gut aufgebaut, sehr praxisorientiert und mit mehr als 280 farbigen Zeichnungen und klinischen Bildern sehr instruktiv. Die Idee, 13 Patienten mit ihrer Krankengeschichte in den entsprechenden Kapiteln zu begleiten, bindet den Leser in besonderer Weise ein, da diese Fallbeispiele durch die Fotos im Einband nicht rein theoretisch und anonym bleiben.

PD Dr. Dr. M. Daubländer

Anästhesie – Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie

Herausgegeben von PD Dr. Thomas Klöss, Hamburg, Urban & Fischer Verlag, München 2004, 480 Seiten, 280 farbige Abbildungen, 39,95 Euro, ISBN 3-437-41980-3



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 63	Hypnose	DGZH	S. 69
	Freie Anbieter	S. 70	Implantologie	ZÄK Niedersachsen	S. 64
Ästhetik	KZV Freiburg	S. 64		ZBV Unterfranken	S. 65
	Freie Anbieter	S. 73		DGI/APW	S. 69
Akupunktur	KZV Freiburg	S. 64	Kieferorthopädie	Freie Anbieter	S. 70
	Freie Anbieter	S. 70		LZK Berlin/Brandenburg	S. 63
Chirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 63		ZÄK Nordrhein	S. 63
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64		ZÄK Niedersachsen	S. 64
	Freie Anbieter	S. 71		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64
Endodontie	ZÄK Niedersachsen	S. 64		Bayerische LZK	S. 65
Helferinnen-Fortb.	ZÄK Nordrhein	S. 63	Notfallbehandlung	Universität Graz	S. 68
	KZV Freiburg	S. 64		Universität Basel	S. 68
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64		APW	S. 69
	Bayerische LZK	S. 65		LZK Berlin/Brandenburg	S. 63
	ZÄK Hamburg	S. 66	Parodontologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64
	Freie Anbieter	S. 70		KZV Freiburg	S. 64
				APW	S. 69
				Freie Anbieter	S. 72
			Praxismanagement	Freie Anbieter	S. 71
			Prophylaxe	KZV Freiburg	S. 64
				Freie Anbieter	S. 70
			Prothetik	ZÄK Niedersachsen	S. 64
			Restaurative ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 63
			Röntgen	ZÄK Nordrhein	S. 63
				Bayerische LZK	S. 65

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 63**

Kongresse **Seite 66**

Universitäten **Seite 68**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 69**

Freie Anbieter **Seite 70**

Wollen Sie an einer Fortbildungsveranstaltung einer Kammer oder KZV teilnehmen? Den unten stehenden Coupon 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

PFAFF  BERLIN

Fortbildungsangebot des
Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Refresher-Kurs Funktionsanalyse und Funktionstherapie [10 Fp.]

Referent: Dr. Uwe Harth - Bad Salzuflen

Termin: 18. 06. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr und

19. 06. 2004, 09:00 – 19:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 335,00 EUR

Kurs-Nr.: 2325.0

Thema: Alles über vollkeramische Restaurationen im Power Pack/ Der State-of-the-art für die Praxis [11 Fp.]

Referent: Prof. Dr. Lothar Pröbster - Wiesbaden

Termin: 18. 06. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr und

19. 06. 2004, 09:00 – 17:30 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 475,00 EUR

Kurs-Nr.: 2366.0

Thema: Mykosen im zahnärztlichen Alltag [6 Fp.]

Referenten: Prof. Dr. Hans-Jürgen Tietz und Dr. Michael Hopp aus Berlin

Termin: 26. 06. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 255,00 EUR

Kurs-Nr.: 2410.0

Thema: Sedationsverfahren für zahnärztliche Chirurgie und Implantologie [7 Fp.]

Referenten: Dr. Frank Seidel und Dr. med. Daniel Panzer, Berlin

Termin: 26. 06. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 225,00 EUR

Kurs-Nr.: 2360.0

Thema: Vier-Hand-Technik - Arbeitssystematik bei der Patientenbehandlung

Praktischer Arbeitskurs für das zahnärztliche Team [7 Fp.]

Referenten: Dr. Richard Hilger - Kürten und Ruth Knülle - Düsseldorf

Termin: 26. 06. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: ZA 190,00 EUR;

ZAH/ZFA 115,00 EUR;

Team (1 ZA+ 2 ZAH/ZFA) 420,00 EUR

Kurs-Nr.: 2241.0

Thema: Lebensbedrohliche Zwischenfälle in der Zahnarztpraxis [7 Fp.]

Referenten: Dr. Michael Petschler und Dr. Natalie Boerger, Berlin

Termin: 28. 08. 2004, 09:00 – 16:30 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: ZA 180,00 EUR;

ZAH/ZFA 130,00 EUR; Team

(1 ZA+ 1 ZAH/ZFA) 280,00 EUR

Kurs-Nr.: 2364.0.0

Thema: Die Stimme als Erfolgsinstrument – Stimmung mit der Stimme machen [9 Fp.]

Referentin: Claudia-Maria Mokri - Berlin

Termin: 17. 09. 2004, 15:00 – 19:00 Uhr und

18. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 310,00 EUR

Kurs-Nr.: 2449.0

Thema: Applied Kinesiology (AK), Curriculum zur Grundausbildung; Orthomolekulare Medizin Strategie VAK6 [12 Fp.]

Referent: Dr. Jeff Farkas - München

Termin: 26. 11. 2004, 14:00 – 20:00 Uhr und

27. 11. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 320,00 EUR

Kurs-Nr.: 2466.0

Thema: Applied Kinesiology (AK), Curriculum zur Grundausbildung; Orthomolekulare Medizin Strategie VAK6 [12 Fp.]

Referent: Dr. Jeff Farkas - München

Termin: 26. 11. 2004, 14:00 – 20:00 Uhr und

27. 11. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 320,00 EUR

Kurs-Nr.: 2466.0

Thema: Applied Kinesiology (AK), Curriculum zur Grundausbildung; Orthomolekulare Medizin Strategie VAK6 [12 Fp.]

Referent: Dr. Jeff Farkas - München

Termin: 26. 11. 2004, 14:00 – 20:00 Uhr und

27. 11. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 320,00 EUR

Kurs-Nr.: 2466.0

Thema: Applied Kinesiology (AK), Curriculum zur Grundausbildung; Orthomolekulare Medizin Strategie VAK6 [12 Fp.]

Referent: Dr. Jeff Farkas - München

Termin: 26. 11. 2004, 14:00 – 20:00 Uhr und

27. 11. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Ort: Berlin

Gebühr: 320,00 EUR

Kurs-Nr.: 2466.0

Auskunft und Anmeldung: Philipp-Pfaff-Institut Berlin

Abmannshäuserstraße 4 – 6

14197 Berlin

Tel.: 030/4 14 72 50

Fax: 030/4 14 89 67

E-Mail: info@pfaff-berlin.de

ZÄK Nordrhein

KHV

Zahnärztliche Kurse
im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 04068 P(B) [13 Fp.]

Thema: Ästhetische, forensische Kieferorthopädie und Erwachsenenbehandlung

Referent: Prof. Dr. Dr. Robert Fuhrmann, Aachen

Termin: 21. 05. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr

22. 05. 2004, 09:00 – 16:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 420,00

Kurs-Nr.: 04099 P(B) [9 Fp.]

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

Referent: Dr. Michael Maak, Lembruch

Termin: 26. 05. 2004, 14:00 – 20:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 220,00

Kurs-Nr.: 04014 (B)

Thema: Einführung in das Internet – Intensivseminar mit praktischen Übungen

Referent: Wolfgang Burger, Dipl.-Ing.(BA), Korschenbroich

Heinz-Werner Ermisch, Nettetal

Termin: 26. 05. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 75,00

Kurs-Nr.: 04073 (B) [4 Fp.]

Thema: Manifestationen internistischer Erkrankungen in der Mundhöhle

Referent: Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg

Termin: 02. Juni 2004, 14:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 150,00

Kurs-Nr.: 04016 (B)

Thema: E-mail und Fax versenden mit Microsoft Outlook

Referent: Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg

Termin: 02. Juni 2004, 14:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 150,00

Kurs-Nr.: 04016 (B)

Thema: E-mail und Fax versenden mit Microsoft Outlook

Referent: Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg

Termin: 02. Juni 2004, 14:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 150,00

Kurs-Nr.: 04016 (B)

Thema: E-mail und Fax versenden mit Microsoft Outlook

Referent: Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg

Termin: 02. Juni 2004, 14:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 150,00

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 04305

Thema: Aufbisschienen, Schienen, Bissführungsplatten -- die kleinen Unterschiede in der Abrechnung -- der aktuelle Stand Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referent: Lothar Marquardt, ZA, Krefeld

Jörg Oltrogge, ZA, Velbert

Termin: 26. 05. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Kurs-Nr.: 04310

Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen -- der aktuelle Stand Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referent: Dr. Andreas Schumann, Essen

Termin: 02. Juni 2004, 14:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Kurs-Nr.: 04310

Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen -- der aktuelle Stand Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referent: Dr. Andreas Schumann, Essen

Termin: 02. Juni 2004, 14:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Kurs-Nr.: 04216

Thema: Assistenz in der zahnärztlichen Implantologie -- Abrechnung implantologischer Leistungen

Referent: Dr. med. habil. (Univ. Stettin) Dr. Georg Arentowicz, Köln

Termin: 19. 05. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 80,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04217

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RÖV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002

Referent: Prof. Dr. Dr. Peter Schulz, Köln; Gisela Elter, ZMF, Korschenbroich

Termin: 21. 05. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 220,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04217

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RÖV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002

Referent: Prof. Dr. Dr. Peter Schulz, Köln; Gisela Elter, ZMF, Korschenbroich

Termin: 21. 05. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 220,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04217

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RÖV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002

Referent: Prof. Dr. Dr. Peter Schulz, Köln; Gisela Elter, ZMF, Korschenbroich

Termin: 21. 05. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 220,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04217

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RÖV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002

Referent: Prof. Dr. Dr. Peter Schulz, Köln; Gisela Elter, ZMF, Korschenbroich

Termin: 21. 05. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 220,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04217

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RÖV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002

Referent: Prof. Dr. Dr. Peter Schulz, Köln; Gisela Elter, ZMF, Korschenbroich

Termin: 21. 05. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: EUR 220,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Rentenbesteuerung – der Fiskus mischt mit

Sigrid Olbertz

Mit der Besteuerung von Renten sollte man sich frühzeitig schon etwas genauer beschäftigen, hängt doch die finanzielle Sicherheit im Alter oder bei Berufsunfähigkeit davon ab. Aber keiner weiß so genau, wie die Besteuerung der Renten aktuell oder zukünftig aussehen wird. Dabei ist es ein Unterschied, ob ein Zahnarzt über monatlich 3 000 Euro frei verfügen kann, oder ob davon noch Steuern bezahlt werden müssen.

Die Steuerpflicht besteht ein Leben lang. Das betrifft auch das Rentenalter. Lediglich die Höhe der Steuerzahlung ist unterschiedlich und abhängig von Höhe und Art der Einkünfte. Also bekommen auch Rentner vom Finanzamt die bekannten Vordrucke für die Einkommenssteuererklärung zugeschickt.

Der Unterschied in der Einkommenssteuererklärung zwischen einem im Erwerbsleben stehenden Zahnarzt und einem Rentner besteht darin, dass nicht mehr die Anlage „Einkommen aus selbständiger Arbeit“ ausgefüllt werden muss, sondern die Anlage SO also „Sonstige Einkünfte“. Und für diese „Sonstigen Einkünfte“ bestehen sehr unterschiedliche Besteuerungsgrundlagen. Somit kann es ohne weiteres sein, dass eine Rente steuerfrei bezogen werden kann, während eine andere Rente voll versteuert werden muss. Kein Wunder, dass bei vielen Zahnärzten Unsicherheit besteht.

Steuerfrei bei Schadensersatz

Zunächst einmal eine grobe Orientierung: Rentenzahlungen, welche als Ausgleich für einen erlittenen Schaden gezahlt werden (Schadensersatzrenten), können steuerfrei vereinnahmt werden. Für Renten, die als Ersatz für ein Einkommen gewährt werden, müssen Steuern gezahlt werden. Natürlich ist dies eine Grobskizzen und Ausnahmen bestätigen bekanntlich die Regel. Da hier die steuerlichen Regelungen und Sonderregelungen nicht umfassend dargelegt werden können, ist gegebenenfalls eine

Wer sich auf seine Rentenbezüge freut, sollte rechtzeitig ein Finanzpolster einplanen: Ein Stück vom Kuchen will immer der Fiskus haben.

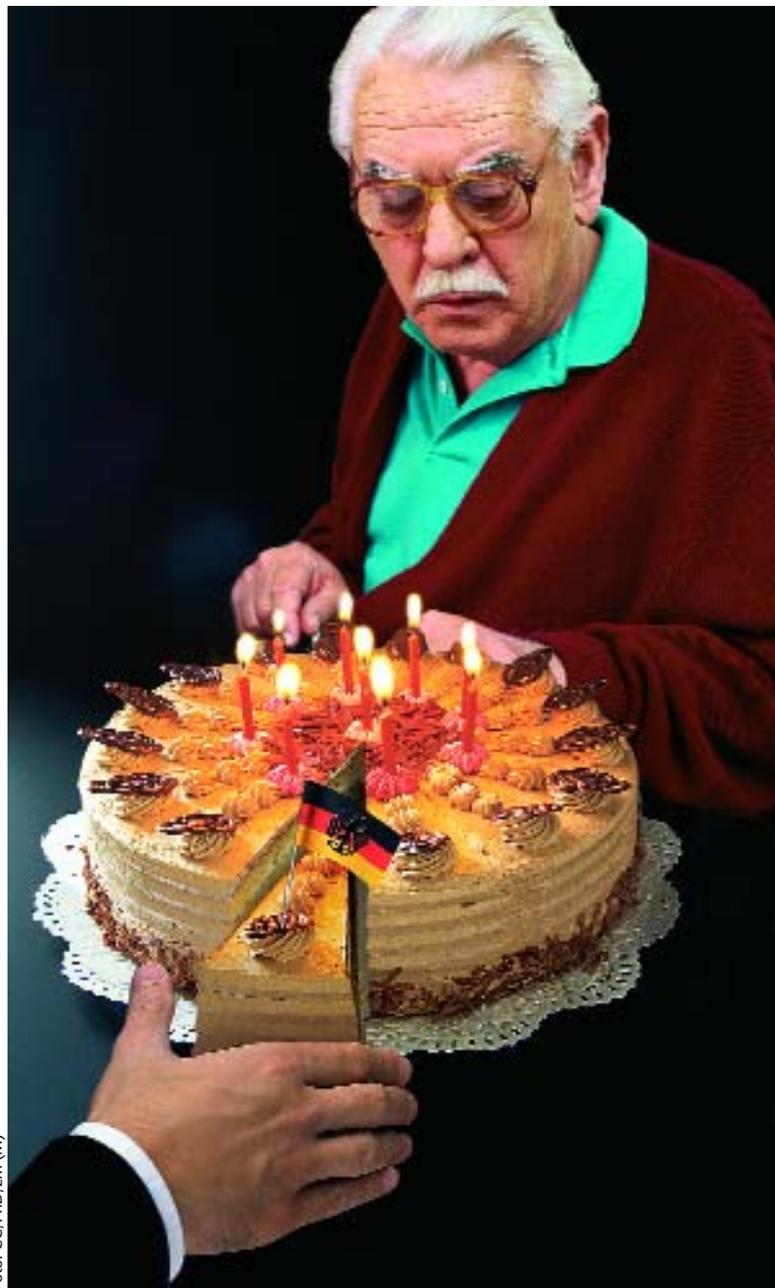


Foto: CC/PhD/zm (M)

Rücksprache mit einem Steuerberater unerlässlich.

Verständlich ist nun auch, dass Schadensersatzrenten, die zum Ausgleich eines entstandenen Gesundheitsschadens gezahlt werden, oder Schmerzensgeldrenten nicht besteuert werden. Das Finanzamt geht sogar so weit, dass es sagt, dass diese Renten

gar keine Einkünfte im Sinne des Steuergesetzes sind.

Beispiel: Erleidet ein Zahnarzt einen Unfall und bekommt von der Versicherung des Unfallverursachers eine Rente wegen dauernder Schmerzen oder dauernder körperlicher Schäden, braucht er diese Zahlungen nicht zu versteuern.

Auch in vollem Umfang steuerfrei sind Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung, zum Beispiel der Berufsgenossenschaft. Hierbei handelt es sich um Renten, welche gewährt werden, wenn ein Zahnarzt im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit einen Unfall erleidet oder wegen einer anerkannten Berufskrankheit seinen Beruf nicht mehr ausüben kann.

Der Rest wird versteuert

Alle sonstigen Rentenzahlungen müssen versteuert werden. Diese Besteuerung beruht darauf, dass das Finanzamt die Rentenzahlung in zwei Teile aufschlüsselt. Der erste Teil ist die Rückzahlung des von dem Rentenempfänger eingezahlten Kapitals. Dieser Teil muss nicht versteuert werden. Der zweite Teil ist die Verzinsung dieses eingezahlten Kapitals. Ebenso wie die Zinsen, die ein Zahnarzt auf sein angelegtes Kapital erhält, unterliegt dieser Zinsanteil der Besteuerung.

Der Zinsanteil, den das Gesetz „Ertragsanteil“ nennt, ist also einkommensteuerpflichtig. Dabei macht der Gesetzgeber Vorgaben über die Höhe dieses steuerpflichtigen Ertragsanteils durch Steuertabellen. Diese Vorgaben sind entweder:

- das Lebensalter des Rentenberechtigten zu Beginn des Rentenbezugs (gilt zum Beispiel für Altersrenten), oder

- die voraussichtliche Laufzeit des Rentenbezugs (gilt zum Beispiel für Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten).

Drei allgemeingültige Aussagen lassen sich bezüglich dieser Steuertabellen ebenfalls machen:

Je älter der Rentenberechtigte bei Beginn der Rentenzahlung, oder je kürzer die Laufzeit des Rentenbezugs, umso geringer ist der zu versteuernde Ertragsanteil.

Der ermittelte Ertragswert wird zu Beginn der Rentenzahlung festgelegt und bleibt während der gesamten Zeit der Rentenzahlung unverändert. Dies gilt jedoch nur für den Steuerpflichtigen. Beschließt hingegen der Gesetzgeber eine Änderung der Steuer-

tabellen, ändert sich auch der steuerpflichtige Anteil der Renten. In der Vergangenheit kam es bereits mehrmals zu einer deutlichen Anhebung des Ertragsanteils und somit zu einer höheren Besteuerung der Renten.

Der Gesetzgeber geht grundsätzlich von einem Bezug der Altersrente ab 65 Jahren aus. Davon abweichende Regelungen müssen dem Finanzamt mitgeteilt werden.

Rentenarten für den Zahnarzt

Nun zu den detaillierteren Darlegungen der Rentenarten, die einen Zahnarzt betreffen könnten:

■ Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrenten:

Auch Berufsunfähigkeitsrenten müssen versteuert werden. Dies sollte ein Zahnarzt bei der Höhe seiner finanziellen Absicherung berücksichtigen. Betroffen sind dabei alle Berufsunfähigkeitsrenten, gleichgültig ob sie von den berufsständischen Versorgungswerken oder von privaten Versicherungen gezahlt werden. Steuerlich handelt es sich hierbei um „abgekürzte Leibrenten“. Diese abgekürzten Leibrenten werden bereits vor Erreichen der Altersgrenze gezahlt und nur für eine gewisse Zeit gewährt. Der steuerlich relevante Ertragsanteil für diese Renten richtet sich grundsätzlich nach der Laufzeit der Rente.

Aber wie definiert der Fiskus die Laufzeit – also Beginn und Ende – einer abgekürzten Leibrente?

Entscheidend für die Laufzeit und damit die Höhe des Ertragsanteils, ist nicht der Beginn der Rentenzahlung, sondern deren versicherungsrechtlicher Beginn. Beispiel: Ein Zahnarzt stellt im April 2004 bei seiner privaten Versicherungsgesellschaft einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente. Die Versicherungsgesellschaft wird zunächst eine Prüfung des Antrages einleiten und üblicherweise ärztliche Gutachten anfordern. Dies beansprucht entsprechende Zeit und der Zahnarzt erhält schließlich im Januar 2005 seine Rente. Der steuerliche Beginn der Rentenzahlung ist der April 2004. Die-

ser Zeitpunkt ist entscheidend für die Höhe des Ertragsanteils.

Für die Höhe des Ertragsanteils ist es wichtig, auch das Ende der Rentenzahlung dem Fiskus gegenüber genau zu bestimmen.

Bei einer privaten Berufsunfähigkeitsrente erlischt die Zahlung zu dem Zeitpunkt, der vertraglich festgelegt ist. Die Berufsunfähigkeitsrente, welche ein Versorgungswerk zahlt, erlischt zu dem Zeitpunkt, an dem die Zahlung der Altersrente anfängt.

Doch Vorsicht! Dem Finanzamt muss das Ende der Rentenzahlung angegeben werden, wenn das Ende vor dem 65. Lebensjahr liegt. Erfolgt diese Angabe nicht, geht das Finanzamt grundsätzlich von einer Laufzeit der Berufsunfähigkeitsrente bis zum 65. Lebensjahr aus. Die Folge ist, dass das Finanzamt eine längere Bezugszeit der Rente zugrunde legt, sich damit der zugrunde gelegte Ertragswert erhöht und der Zahnarzt zu viel Steuern bezahlt.

Der Zahnarzt muss nachweisen

Hiervon sind alle Zahnärzte betroffen, deren Berufsunfähigkeitsrente nicht bis zum 65. Lebensjahr gezahlt wird. Sei es, weil das Versorgungswerk die Altersrente schon ab dem 62. Lebensjahr bezahlt oder der Vertrag über die private Berufsunfähigkeitsrente nur bis zum 60. Lebensjahr läuft. In solchen Fällen muss der Zahnarzt zwingend die gekürzte Laufzeit gegenüber dem Fiskus nachweisen. Dabei gibt sich das Finanzamt mit einer Kopie des Versicherungsvertrages oder der Satzung des Versorgungswerkes zufrieden.

Der laut Steuertabelle zugrunde gelegte Ertragswert wird zu Beginn der Rentenzahlung bestimmt und bleibt über die gesamte Laufzeit gleich. Je kürzer die Laufzeit der Rentenzahlung ist, umso geringer ist der Ertragswert. Die steuerliche Handhabung soll anhand von einem Beispiel verdeutlicht werden.

Ein Zahnarzt erhält vom Versorgungswerk Berufsunfähigkeitsrente. Er wird mit 42 Jahren Rentner und erhält 2 000 Euro monatlich. Die Satzung seines Versorgungswerkes bestimmt, dass er mit 62 Jahren seine Al-

tersrente bezieht. Die Laufzeit der Berufsunfähigkeitsrente beträgt also 20 Jahre. Laut Steuertabelle beträgt der Ertragsanteil 35 Prozent über die gesamte Laufzeit der Rentenzahlung. Die Berechnung der Rente nach Steuern ist folgendermaßen durchzuführen:

Von den 2 000 Euro werden 35 Prozent der Einkommensteuer unterworfen. Der Zahnarzt muss somit 700 Euro mit seinem persönlichen Steuersatz versteuern. Angenommen, dieser wäre 40 Prozent, sind also 280 Euro Steuern zu zahlen. Der Zahnarzt kann demnach über eine Rente nach Steuern von 1 720 Euro verfügen.

des Versicherungsnehmers bis zu einem laut Vertrag oder Satzung vorgegebenen Alter der Waisen.

■ Alters- und Witwenrenten

Steuerlich betrachtet, handelt es sich bei den Alters- und Witwenrenten um „Leibrenten“. Auch diese sind in Höhe des Ertragswertes zu versteuern und auch hier macht der Gesetzgeber Vorgaben in Form einer Steuertabelle. Diese ist jedoch nicht von der Laufzeit der Rentenzahlung abhängig, sondern von dem Alter des Rentenempfängers. Je jünger der Rentenempfänger, umso höher ist der Ertragswert. Auch



Kappungen bei den Rentenbezügen: Viele Rentner wollten sich das nicht gefallen lassen und gingen vor kurzem gegen den Staat auf die Barrikaden.

Hat der Zahnarzt hingegen dem Finanzamt nicht mitgeteilt, dass das Versorgungswerk schon mit 62 Jahren eine Altersrente zahlt, geht das Finanzamt von einer Laufzeit der Berufsunfähigkeitsrente bis zum 65. Lebensjahr aus. Es legt somit bei der Berechnung des Steuersatzes eine Laufzeit von 23 Jahren zugrunde. Dann würde sich der Ertragswert laut Steuertabelle von 35 auf 39 Prozent erhöhen und das 20 Jahre lang.

■ Waisenrenten

Die dargelegten steuerlichen Handhabungen bei der Berufsunfähigkeitsrente treffen auch auf die Waisenrenten zu. Auch diese werden zeitlich begrenzt gewährt, vom Tod

hier muss ein Zahnarzt bei seiner finanziellen Kalkulation berücksichtigen, dass der Ertragswert bei Beginn der Rentenzahlung festgelegt wird und über die gesamte Laufzeit gleich bleibt.

Die meisten Versorgungswerke gewähren eine Altersrente ab dem vollendeten 65. Lebensjahr. Üblicherweise wird den Mitgliedern eines Versorgungswerkes ein Optionsrecht auf Vorverlegung des Rentenbezugsalters von bis zu fünf Jahren eingeräumt. Natürlich geht diese Vorverlegung mit einem Abschlag auf die Rentenbezüge einher. Aber nicht nur eine Kürzung der Rentenbezüge muss finanziell einkalkuliert werden, sondern auch eine höhere Ver-

steuerung dieser gekürzten Bezüge. Beträgt der Ertragswert einer Rente bei Beginn der Rente mit dem 65. Lebensjahr 27 Prozent, steigt dieser bei einem Rentenbeginn ab dem 60. Lebensjahr auf 32 Prozent an.

Bei der wirtschaftlichen Gesamtbetrachtung einer Vorverlegung der Altersrentenzahlung sollte nicht nur der steuerliche Aspekt berücksichtigt werden. Denn der Zahnarzt, der eine Altersrente – auch eine vorverlegte Altersrente – bezieht, kann weitere Einkünfte aus seiner zahnärztlichen Tätigkeit erzielen.

Einige Versorgungswerke ermöglichen ihren Mitgliedern die Auszahlung der Altersrente als teilweise oder komplette Kapitalabfindung. Zu beachten ist, dass auch hier das Finanzamt wieder zwischen dem eingezahlten Betrag und den Zinserträgen unterscheidet. Demzufolge braucht eine Abfindung, welche ausschließlich den Kapitalanteil auszahlt, nicht versteuert werden. Werden jedoch mit der Abfindung auch Zinsen ausgezahlt, so sind diese mit ihrem Ertragswert zu versteuern.

■ Private Rentenversicherung

Als zusätzliche Absicherung im Alter schließen viele Zahnärzte eine private Rentenversicherung ab. Die Besteuerung der Rentenzahlung aus der privaten Rentenversicherung ist jedoch nicht einheitlich, sondern abhängig von der Vertragsgestaltung. Sieht der Vertrag eine Rentenzahlung nur Zeitlebens des Versicherungsnehmers vor, kommen die gleichen Besteuerungsregeln wie für Altersrenten zum Tragen. Ist vertraglich geregelt, dass nach Ableben des Rentenempfängers eine zeitlich begrenzte Witwenrente gezahlt wird, erfolgt für die Rentenzahlung an den Versicherungsnehmer die Besteuerung wie bei den Altersrenten und für die Witwenrente die Besteuerung wie für die Berufsunfähigkeitsrenten. Ermöglicht die Rentenversicherung ein Kapitalwahlrecht, werden also die gesamten Ansprüche auf einmal ausgezahlt, ist diese Abfindung steuerfrei, wenn zwischen Vertragsabschluss und Auszahlung zwölf Jahre gelegen haben.

■ Praxisveräußerung auf Rentenbasis

Mancher Zahnarzt erwägt, seine Praxis auf Rentenbasis zu veräußern. Hier hat sich so viel Neues getan, dass diese Problematik in einer eigenen Darstellung zu einem späteren Zeitpunkt erläutert wird.

■ Werbungskosten

Das Finanzamt berücksichtigt für jeden Rentenempfänger eine Werbungskostenpauschale von 102 Euro. Es können aber auch die tatsächlich entstandenen Werbungskosten geltend gemacht werden, zum Beispiel: Rechtsberatungskosten zur Rente, Fahrtkosten zur Rentenberatung, Prozesskosten bei Streitigkeiten über die Rente, Schuldzinsen, die für ein Darlehen zur Nachversicherung gezahlt wurden, Fachliteratur, Honorare an Versicherungsberater und Ähnliches.

Fazit: Ob ein Zahnarzt nun im Endeffekt für seine Rente Steuern zahlen muss, hängt davon ab, ob er mit der Gesamtzahl aller Einkünfte (bei Renten wird wohlgerneht nur der Ertragswert zugrunde gelegt) über dem Grundfreibetrag und den übrigen Freibeträgen (etwa aus Kapital- oder Immobilienvermögen) liegt. Nur dann, wenn er den aktuellen Grundfreibetrag von 7 664 Euro für einzeln veranlagte oder 15 329 Euro für zusammen veranlagte Ehepaare überschreitet, wird Einkommensteuer fällig.

Und was ist zukünftig geplant?

Die nachgelagerte Besteuerung von Renten soll ab dem Jahr 2005 beginnen. Dann wird der steuerfreie Anteil der Renten schrittweise heruntergefahren, bis die Renten voll steuerpflichtig sind. Im Gegenzug werden die Versorgungsaufwendungen der Beitragszahler steuerfrei gestellt. Die Umstellung der Rentenbesteuerung soll im Jahr 2040 abgeschlossen sein.

Allgemeine Regelung

1. Beitragsfreistellung für Vorsorgeaufwendungen

Beiträge zu Leibrentenversicherungen, bei denen die erworbenen Anwartschaften nicht beleihbar, nicht vererblich, nicht ver-

äußerlich, nicht übertragbar und nicht kapitalisierbar sind, sind als Sonderausgaben beschränkt abziehbar. Hierzu gehören die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, zur berufsständischen Versorgung und zur neu zu entwickelnden privaten kapitalgedeckten Leibrentenversicherung.

Als Sonderausgaben wird in der Endstufe, im Jahr 2025, ein Höchstbetrag von 20 000 Euro berücksichtigt. Ab dem Jahr 2005 beginnend, werden die Altersvorsorgebeiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) mit 60 Prozent und bis 2025 auf 100 Prozent steigend abziehbar sein, was einer jährlichen Steigerung von zwei Prozent entspricht. Damit für einen Steuerpflichtigen keine Schlechterstellung durch die neue Regelung erfolgt, kann der Abzug der Altersvorsorgebeiträge noch bis zum Jahr 2014 nach altem Recht erfolgen, sofern dieses sich für den Steuerpflichtigen als günstiger erweist.

Erstes Beispiel:

Angestellter Zahnarzt (Assistent)

Ein Assistent zahlt im Jahr 2005 insgesamt 6 000 Euro in das Altersversorgungswerk der Zahnärzte. Der Arbeitgeberanteil beläuft sich dementsprechend ebenfalls auf 6 000 Euro. Die Berechnung sieht für das Jahr 2005 folgendermaßen aus:

Höchstbetrag:	20 000 €
Davon 60 %:	12 000 €
Abzüglich Arbeitgeberanteil:	6 000 €
Verbleibender Betrag:	6 000 €

Folglich könnte der angestellte Zahnarzt im Jahr 2005 einen Höchstbetrag von 6 000 Euro als Sonderausgaben geltend machen.

Tatsächlich stellt sich die Berechnung für den angestellten Zahnarzt im Jahr 2005 folgendermaßen dar:

Tatsächlicher Arbeitnehmerbeitrag:	6 000 €
Tatsächlicher Arbeitgeberbeitrag:	6 000 €
Insgesamt:	12 000 €
Davon 60 %:	7 200 €
Abzüglich Arbeitgeberanteil:	6 000 €
Altersvorsorgeaufwendungen:	1 200 €



Foto: MEV

Wohlverdienter Ruhestand: Mit rechtzeitigen Maßnahmen sollte man dafür Sorge tragen, dass man ihn auch genießen kann.

Da der angestellte Zahnarzt seinen möglichen Höchstbetrag nicht überschreitet, kann er die Altersvorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben ansetzen.

Zweites Beispiel:

Selbständiger Zahnarzt

Der selbständige Zahnarzt zahlt im Jahr 2005 insgesamt 13 000 Euro in das Altersversorgungswerk der Zahnärzte. Die Berechnung sieht für das Jahr 2005 folgendermaßen aus:

Höchstbetrag:	20 000 €
Davon 60 %:	12 000 €

Folglich könnte der selbständige Zahnarzt im Jahr 2005 einen Höchstbetrag von 12 000 Euro als Sonderausgaben geltend machen.

Tatsächlich stellt sich die Berechnung für den selbständigen Zahnarzt im Jahr 2005 folgendermaßen dar:

Tatsächlicher Arbeitnehmerbeitrag:	0 €
Tatsächlicher Arbeitgeberbeitrag:	0 €
Berufsständisches Versorgungswerk:	13 000 €
Insgesamt:	13 000 €
Davon 60 %:	7 800 €
Abzüglich Arbeitgeberanteil:	0 €
Altersvorsorgeaufwendungen:	7 800 €

Da der selbständige Zahnarzt seinen möglichen Höchstbetrag nicht überschreitet, kann er die Altersvorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben ansetzen.

Sonstige Vorsorgeaufwendungen,

die nicht zu den Altersvorsorgeaufwendungen gehören, können bis zu einem Höchstbetrag von 1 500 Euro steuerlich berücksichtigt werden. Muss der Steuerpflichtige die Aufwendungen zu einer Krankenversicherung in vollem Umfang alleine tragen, kann er Beiträge bis zu einem Höchstbetrag von 2 500 Euro geltend machen. Zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen zählen insbesondere Beiträge zur Kranken-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung, Unfall- und Haftpflichtversicherungen, aber auch Risikoversicherungen, welche nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen. Begünstigt sind auch eigenständige Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen. Bei ergänzenden Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen, das heißt, Versicherungen, die in Zusammenhang mit einer Leibrentenversicherung abgeschlossen wurden, sind die Beiträge insgesamt als Altersvorsorgeaufwendungen zu berücksichtigen.

2. Steuerliche Behandlung von Renten

Leibrenten, die auf Altersvorsorgebeiträgen beruhen, werden ab dem Jahr 2005 einheitlich, also auch bei Selbständigen und deren Altersrenten aus berufsständischen Versorgungswerken, zu 50 Prozent der Besteuerung unterliegen. Der steuerbare Anteil der Rente wird für jeden hinzukommenden Rentnerjahrgang angehoben, bis er im Jahr 2040 zu 100 Prozent versteuert wird. Die



Foto: CC

Das nötige Kleingeld: Wer nicht vorsorgt, dem fehlen schnell mal ein paar Groschen

Anhebung erfolgt dabei in zwei Schritten: Bis zum Jahr 2020 erfolgt eine jährliche Steigerung um zwei Prozent, und anschließend beträgt die jährliche Steigerung ein Prozent. Der sich nach Maßgabe dieser Prozentsätze ergebende steuerfrei bleibende Teil der Jahresbruttorente wird für jeden Rentnerjahrgang auf Dauer betragsmäßig, also in Euro, festgeschrieben.

Für das Jahr 2005 ergibt sich somit folgende Regelung: Für alle Bestandsrenten, das heißt für Renten, die bereits vor 2005 bezogen wurden, ebenso für im Jahr 2005 neu hinzukommende Renten, gilt auf Dauer die Regelung, dass sie zu 50 Prozent der Besteuerung unterliegen.

Jedoch gilt für Bestandsrenten und Neufälle, dass sie im Jahr 2005 bis zu einer Höhe von 18 900 / 37 800 Euro (Ledige / Verheiratete) steuerfrei bleiben.

3. Rentenbezugsmitteilungen

Künftig wird die Besteuerung der Leibrenten durch Rentenbezugsmitteilungen der Rentenversicherungsträger und der Lebensversicherungsunternehmen sichergestellt. Die Meldung erfolgt an eine zentrale Stelle der Finanzverwaltung.

4. Ertragsanteilsbesteuerung

Es gibt auch im Jahr 2005 die Ertragsanteilsbesteuerung. Sie findet in den Fällen Anwendung, in denen ein (Spar-)Kapital, das vollständig aus versteuertem Einkommen gebildet wurde, verrentet wird. Hierzu zählen insbesondere Veräußerungsleibrenten und Leibrenten gegen Einmalbetrag. Das Gesetz sieht vor, die Ertragsanteile im Vergleich zum bisherigen Recht abzusenken. Grund für die Absenkung ist, dass die Ertragsanteile in der Vergangenheit mehrfach angehoben wurden, um eine Anpassung an die Sozialversicherungsrenten zu erreichen. Nach neuem Recht kann nun wieder ein zutreffend niedrigerer Ertragsanteil unterstellt werden. Dabei wird ein Kapitalertrag von drei Prozent jährlich zugrunde gelegt.

5. Kapitallebensversicherungen

Das Steuerprivileg für Kapitallebensversicherungen wird für Verträge abgeschafft, die ab dem In-Kraft-Treten der Neuregelung abgeschlossen werden. Der Sonderausgabenabzug für die Versicherungsbeiträge in der Ansparphase und die Steuerfreiheit der Erträge zum Zeitpunkt der Kapitalauszahlung der Kapitallebensversicherung werden beseitigt.

Steuerpflichtig ist dann der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung im Erlebensfalle beziehungsweise bei Rückkauf des Vertrages und der Summe der Beiträge bei Lebensversicherungen mit Kapitalwahlrecht, wenn nicht die Rentenzahlung gewählt wurde. Bei Rentenzahlung wird diese Rente aus einer Lebensversicherung, wie wir sie jetzt kennen, mit einem Ertragsanteil steuerpflichtig.

Die Neuregelung gilt nicht für bis zum Jahre 2004 abgeschlossene Versicherungspolice, hier besteht Vertrauensschutz, das heißt Sonderausgabenabzug und Steuer-

freiheit bleiben, wenn die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind, weiterhin – auch über 2004 hinaus – erhalten.

Jedoch gibt es auch für nach dem 01.01.2005 abgeschlossene Kapitallebensversicherungen unter bestimmten Voraussetzungen eine Steuervergünstigung.

Erträge, die der Steuerpflichtige nach Vollendung des 60. Lebensjahres und aus Verträgen mit einer Mindestlaufzeit von zwölf Jahren realisiert, brauchen nur nach der Fünftelungs-Regelung versteuert werden.

6. Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten:

Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten bleiben „abgekürzte“ Leibrenten. Jedoch wird die Verordnung des § 55 Abs. 2 EStDV neu gefasst. Die dortigen Ertragsanteile werden neu geregelt. Bislang liegt hier aber noch kein Entwurf vor.

7. Witwen- und Waisenrenten:

Wenn die Witwen- oder Waisenrente selbst von Beginn an eine „Leibrente“ neuen Rechts ist, also der Versicherte stirbt und die Witwe direkt eine Leibrente bekommt, so wird diese genauso ermittelt (festgeschriebener steuerfreier Teil), wie die Alters(leib)rente.

Wenn die Witwen- oder Waisenrente einer bereits laufenden Alters(leib)rente folgt, also der Versicherte bereits Altersrente nach neuem Recht bekommen hat und danach erst stirbt, so wird der steuerfreie Prozentsatz dieser „folgenden“ Witwen- oder Waisenrente nach dem Beginnjahr der damaligen Altersrente bestimmt.

8. Und wie geht es weiter?

Am 29.04.04 hat der Bundestag dem Gesetzentwurf zugestimmt. Nun muss das Gesetz noch den Bundesrat passieren. Es darf damit gerechnet werden, dass noch vor der Sommerpause das Gesetzgebungsverfahren abgeschlossen werden kann.

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

Geldanlage: Die Lebensversicherung wird fällig

Im Geldregen

Marlene Endruweit

154 Millionen Euro zahlen die Lebensversicherer Tag für Tag an ihre Kunden aus. Dabei können es je nach Vertrag mal 20 000 Euro aber auch mal eine Million sein, über die der Empfänger auf einmal verfügt. Viele fragen sich erst dann: wohin mit dem Geld? Möglichkeiten, das Ersparte zu nutzen oder weiter für sich arbeiten zu lassen, gibt es viele. Sogar sehr viele. Da ist es hilfreich, die Wichtigsten zu kennen, um die richtige Entscheidung treffen zu können.

Ganz unverhofft kommt der neue Reichtum ja selten, wenn eine Lebensversicherung ausgezahlt wird. Die Versicherungsgesellschaft kündigt die Überweisung meist ein paar Monate vorher an.

Lockvögel

Und zusammen mit der frohen Botschaft schickt sie auch gleich die entsprechenden Angebote, wie der Kunde sein Erspartes weiterhin – mehr oder weniger lukrativ – bei dieser Gesellschaft anlegen kann. Sie bieten Verträge für eine Rentenversicherung, Sparpläne für Investmentfonds oder Tagesgeld.

Auch die Hausbank des Kunden, die jahrelang die regelmäßigen Überweisungen an die Versicherung ausgeführt hat, bekommt mit, wann ein Vertrag fällig ist. Deshalb flattern entsprechend auch die Angebote der Bank ins Haus. Da gibt es Inhaberschuldverschreibungen und Aktiendepots; oder die hauseigene Vermögensverwaltung wird angesprochen. Im Grunde wollen die Banken genau das Gleiche wie die Kollegen von der Konkurrenz, den Versicherungen: Sie wollen an ihrem Kunden möglichst viel Geld verdienen.

Kühler Kopf tut not

Da heißt es für den viel Umworbenen zunächst, einen kühlen Kopf zu bewahren.

Auf keinen Fall darf man jetzt dem Drängen der Versicherungen und Banken nachgeben und auf eines oder mehrere Angebote sofort eingehen. Am sichersten ist es, das Geld erst einmal günstig zu parken und dann weiterzuschauen. Als Parkplatz eignen sich gut verzinsten Tagesgeldkonten, wie die der Internet-Banken DiBa und comdirect oder der Autobanken BMW, VW oder Daimler Chrysler. Dort kassiert der Kunde Zinsen fürs Geld, kann jederzeit sein Geld ohne Zinsverlust wieder abheben und bis dahin seine Anlagestrategie planen. Um die zu finden, ist es hilfreich, vorab die persönliche Situation zu überdenken. Deshalb ist eine Bestandsaufnahme fällig, bei der man sich die folgenden Fragen ehrlich beantworten sollte:

■ Steht Geld genug auf dem Sparbuch für unvorhergesehene Ausgaben zur Verfügung? Vier bis fünf Monatseinkommen sollten es schon sein.

■ Müssen noch ein oder mehrere Kredite zurückgezahlt werden? Diese Anlage lohnt sich am



Foto: Mauritius

Wer eine Lebensversicherung angespart hat, muss nicht erst sein letztes Hemd weggeben, um wie Sterntaler im Märchen im Geldregen zu stehen. Damit die Taler nach der Auszahlung ihren Wert behalten, bedarfs der passenden Anlagestrategie.

meisten. Die Sollzinsen liegen deutlich über den Habenzinsen!

■ Wie setzt sich das Vermögen zusammen? Gibt es vielleicht zwar eine Immobilie aber keine Anlagen in Wertpapieren oder umgekehrt?

■ Wieviele Jahre sind es noch bis zur Pension? Soll mit dem Geld das monatliche Alterseinkommen aufgebessert werden? Oder braucht der angehende Pensionär noch eine sichere Rücklage für alle Fälle? Je nach Anlagedauer eignen sich verschiedene Anlageformen.

■ Soll ein Teil des Geldes oder vielleicht sogar alles schon steuerünstig an die Kinder vererbt

beziehungsweise geschenkt werden?

■ Vielleicht steht ja jetzt die längst erträumte Weltreise an oder ein anderer bislang zu teurer Wunsch kurz vor der Erfüllung? Dann bleibt eventuell nur ein kleiner Rest der Summe als Anlagepotential übrig.

Wichtig ist jetzt: in Ruhe überlegen, dann entscheiden! Wer noch in den Vierzigern ist und eine größere Summe ausbezahlt bekommt, kann sich eher an risikoreichere Anlagen herantrauen als jemand, der kurz vor der Pensionierung steht und mit dem Geld sein Monatseinkommen als Pensionär aufbessern will.

Die Rente, ganz privat

Monatliche Bezüge ermöglicht zum Beispiel die private Rente. Das Angebot der auszahlenden Versicherung lautet sicherlich auf den Abschluss einer Rentenversicherung. Dabei zahlt der Kunde einmalig einen hohen Betrag ein und erhält monatlich eine private Rente ausgezahlt.

So gibt es beispielsweise für die einmalige Zahlung von 50 000 Euro monatlich knapp 300 Euro. Die Höhe errechnet sich aus der Höhe der eingezahlten Summe, der garantierten Mindestverzinsung und einer möglichen Überschussbeteiligung.

Auch wer nicht sofort in Pension gehen will, kann in eine private Rentenversicherung einzahlen und einen späteren Termin für den Beginn der Auszahlung festlegen.

Der Vorteil einer privaten Rentenversicherung liegt auf der Hand: die lebenslange Zahlung ist garantiert. Bei einer dynamischen Rente steigen die Zahlungen gemäß der Inflationsrate. Auch steuerlich ist die private Rente nicht uninteressant. Von den Zahlungen muss ab dem 65. Lebensjahr nur der so genannte Ertragsanteil versteuert werden

und der liegt mit 65 Jahren bei 27 Prozent.

Der große Nachteil: Die Hinterbliebenen sehen von dem nicht ausgezahlten Rest normalerweise keinen Cent. Absichern lassen sich die Angehörigen aber über die Vereinbarung einer Garantiezeit. Dann bekommen sie nach dem Tod des Versicherten wenigstens eine Zeit lang – meist fünf Jahre – die Monatsrenten weiter ausgezahlt – allerdings mit Abschlag.

Die Rendite einer privaten Rentenversicherung ist nicht besonders attraktiv. Sie lohnt sich nur dann, wenn das Pensionärseinkommen regelmäßig aufgebessert werden muss.

Ausgezahlt – nach Plan!

Eine Alternative zur Privaten Rente ist der Auszahlplan: Mehr Rendite als die private Rentenversicherung versprechen Auszahlungspläne der Banken und Fondsgesellschaften. Dabei kann der Kunde wählen, in welche Anlage sein Geld fließen soll. Um eine sichere monatliche Zahlung planen zu können, sollte man darauf achten, dass die Anlage keinen allzu großen Schwankungen unterliegt.

Geeignet sind daher vor allem konservative offene Immobilienfonds. Sie legen das Vermögen zum Beispiel in Bürohäusern oder Einkaufszentren an. Sie beteiligen sich an Grundstücksgesellschaften und dürfen einen Teil in festverzinsliche Wertpapiere investieren. Die Fondsrichtlinien schreiben eine breite Risikostreuung vor: So muss das Fondsvermögen mindestens zehn verschiedene Immobilien aufweisen, meist sind es sogar 50 bis 100.

Der Auszahlplan funktioniert nun so: Der Anleger investiert eine bestimmte Summe in einen Fonds, zum Beispiel 200 000 Euro. Rentiert der Fonds mit sechs Prozent, so könnte sich der Anleger jährlich 12 000 Euro, also 1 000 Euro im Monat auszahlen lassen, ohne dass sein eingezahltes Kapital angegriffen wird. Voraussetzung bleibt natürlich, dass die Wertentwicklung konstant bleibt.

Allerdings sind auch bei Immobilienfonds Verluste nicht ausgeschlossen. Diese Rechnung geht nur dann auf, wenn der Anleger den teuren Ausgabeaufschlag von fünf Prozent – in diesem Fall 10 000 Euro – extra berappt. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, mindestens fünf Jahre lang an

dieser Investition festzuhalten, da dieser Aufschlag sonst kaum ausgeglichen werden kann.

Im Vergleich zur privaten Rentenversicherung bleibt der Anleger flexibel und kann jederzeit über das Geld verfügen. Er muss sich nicht vertraglich auf Jahre festlegen. Der Vertrag kann jederzeit aufgelöst werden und vor allem: den Erben bleibt das Geld erhalten!

Wenig ergiebig allerdings sind die Auszahlpläne der Banken. Es gibt sie in zwei Varianten: Ohne Kapitalverzehr zahlt die Bank monatlich einen Betrag entsprechend der Zinsen, die sie gutschreibt. Diese dürften zurzeit eher mager ausfallen. Ein Beispiel: 200 000 Euro auf 15 Jahre festgelegt bringen bei einer jährlichen Verzinsung von 2,50 Prozent eine Monatsrente von nur 417 Euro. Wer das Kapital mit aufbraucht bekommt über 15 Jahre monatlich 1 331 Euro.

Angelegt – aber sicher!

Auch wer sich nicht unbedingt zu den Sicherheitsfanatikern zählt, tut gut daran, einen Teil der ausgezahlten Summe in risikoarmen Zinspapieren anzulegen. Denn schließlich hat man

nicht Jahr für Jahr gespart, um alles auf einen Schlag aufs Spiel zu setzen.

Am sichersten sind die hauseigenen Produkte der Genossenschaftsbanken und Sparkassen.

Der Grund: Sie können nicht Pleite gehen. Bei Privatbanken sieht das anders aus. Die eigenen Anleihen sind so gut wie die Bank. Es gibt kein gesondertes Sicherungssystem, das im Pleitefall einspringt und die Kundenverluste ausgleicht. Bei den großen Instituten, wie der Deutschen Bank, rechnet auch niemand mit einer Insolvenz. Bei kleineren Häusern kommt das gelegentlich vor.

Als sicher gelten auch die Anleihen führender Industriestaaten. Dazu gehören selbstverständlich die Zinspapiere des Bundes. Da sie in Euro ausgestellt sind, gibt es kein Währungsrisiko. Und sogar die Kaufgebühren sind niedriger als bei ausländischen Werten.

Allerdings sind die Zeiten für Anleihen derzeit eher schlecht. Die Zinsen sind extrem niedrig und die Papiere daher wenig attraktiv. Vor allem sollte man auf keinen Fall alles Geld in eine Anleihe stecken. Besser ist es, verschiedene Papiere mit unterschiedlichen Laufzeiten auszuwählen. Das ist besonders ratsam, wenn man nicht weiß, ob die Zinsen in absehbarer Zeit steigen oder fallen. So empfehlen die Experten von der Zeitschrift „Finanztest“ zum Beispiel eine Summe von 50 000 Euro auf zehn verschiedenen Anleihen mit unterschiedlichen Laufzeiten zu verteilen. Der Vorteil für den Anleger: Er profitiert, egal wie die Zinsen sich entwickeln. Denn jedes Jahr wird ein Papier fällig und das Geld kann

entsprechend der aktuellen Zins-situation neu angelegt werden. Außerdem lassen sich die Anleihen jederzeit wieder verkaufen und das Geld in andere Anlageformen verlagern. Das empfiehlt sich, wenn zum Beispiel die Zinsen steigen und deshalb die Kurse der niedrig verzinsten Papiere fallen. Allerdings verursacht ein so flexibel gehaltenes Depot auch Kosten. Wer sich nicht ständig selbst um die Anlagen kümmern will, investiert besser stattdessen in verschiedene gut gemanagte Euro-Rentenfonds.

Adrenalin gefällig?

Wer bereits über beruhigende Rücklagen verfügt, müsste eigentlich einen Teil der ausgezahlten Versicherungssumme in Aktien anlegen. Denn bei keiner anderen Anlageform sind die Renditechancen so hoch wie hier. Das zeigt auch die Statistik.



Foto: CC

So legten während der letzten 20 Jahre die Aktienmärkte in Europa jährlich um durchschnittlich 10,5 Prozent zu. Und das trotz der großen Krisen und Baissen. Diese Zahl zeigt aber auch, dass man als Aktionär viel Zeit und Geduld – mindestens zehn Jahre – und genügend Spielgeld mit-

bringen muss. Ein Depot sollte aus etwa fünf bis sieben Einzelwerten bestehen. Die Mindestsumme für die erste Investition beträgt 2 500 Euro, mehr ist besser. Doch vor dem Kauf heißt es, genügend Informationen über die interessanten Werte einzuholen. Dabei darf man sich auf keinen Fall auf so genannte Geheimtipps von Freunden und auch nicht von Bankberatern verlassen. Informationen über die Firmen gibt es im Internet und in den Wirtschaftsblättern „Handelsblatt“ und „Financial Times Deutschland“ sowie in seriösen Magazinen, wie „Börse online“, „Capital“, „Wirtschaftswoche“ oder „Focus Money“. Am Ende gibt die eigene Meinung über einen Börsenwert den Ausschlag.

Wie hoch der Anteil der Aktien im Depot sein sollte, hängt ganz von der Mentalität des Anlegers ab. Kaum jemand wird sein ganzes Geld in Anteilsscheine stecken. Wer mehr Mut zum Risiko mitbringt und genügend Geld übrig hat, hält ein größeres Aktienportefeuille als jemand, der gern auf Nummer sicher geht. Diejenigen, die ihr Augenmerk auf andere Dinge als auf ihre Anlagen richten wollen, haben die Möglichkeit in Aktienfonds zu investieren. Wer sich dabei auf die gut gemanagten Fonds, die in Europa oder international anlegen, konzentriert, macht nichts falsch. Anders als bei einzelnen Aktien sind die Fonds breit gestreut, so dass die Kursrisiken minimiert werden. Die Renditechancen sind meist entsprechend niedriger.

Auf Immobilien bauen

Der Wunsch nach den eigenen vier Wänden hat selten mit finanziellem Kalkül zu tun. Vielmehr sorgt die Tatsache, in Haus oder Wohnung schalten und walten zu können wie man will, für ein starkes Wohlfühlgefühl. Zudem gilt der Immobilienbesitz immer noch als lukrative Altersvorsorge. Als Pensionär mietfrei und bequem zu wohnen, trägt im Alter erheblich zur Zufriedenheit bei und das Konto wird geschont. Ein paar Voraussetzungen sollten beim Kauf der Immobilie jedoch erfüllt sein. Muss zum Beispiel ein Teil des Kaufpreises finanziert werden, sollte der Kredit bis zum Pensionsalter zurückgezahlt sein. Zudem braucht man auch später genügend Rücklagen für eventuelle Reparaturen. Last but not least ist eine Wertsteigerung des Objekts nur garantiert, wenn die Bausubstanz in Ordnung und die Lage gut oder gar erstklassig ist. Das gilt auch für Immobilien, die zum Vermieten gekauft werden. Wer schon ein Eigenheim hat und Steuern sparen will, für den eignet sich ein Mietobjekt. Im Gegensatz zum Eigenheim bringt eine möglichst hohe Kreditfinanzierung den optimalen Steuerspareffekt, vor allem wenn der Hausbesitzer über ein hohes Einkommen verfügt. Vermieter dürfen ihre Finanzierungskosten von der Steuer absetzen. Trotz allem kann auch eine vermietete Immobilie Verluste bringen, wenn zum Beispiel die Miete die Kredit- und Bewirtschaftungskosten nicht deckt. Und Mieterhöhungen lassen sich am leichtesten bei einem gepflegten Haus in sehr guter Lage durchsetzen.

Marlene Endruweit

Klauseln im Praxiskaufvertrag

Konkurrenzschutz – ein Muss nach Maß

Jost Peter Nüßlein

Kauft ein Zahnarzt seinem Vorgänger die Praxis ab, will er diesen in der Regel nicht alsbald als Konkurrenten in der Nachbarschaft wissen. Aus diesem Grund sind so genannte Konkurrenzschutzklauseln in einem Praxisübernahmevertrag üblich – und ratsam! Automatisch auf der sicheren Seite ist der Käufer mit einer solchen Regelung jedoch keineswegs! Nur wer aufpasst, kann sein Ziel erreichen, ohne zu stolpern.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in der Vergangenheit zu weit gehende Konkurrenzschutzklauseln in Praxiskaufverträgen immer wieder für sittenwidrig und damit für unwirksam erklärt. Das Gericht begründet seine Entscheidung damit, dass auch ein nur vorübergehendes Behandlungsverbot für einen Mediziner eine Einschränkung seiner durch Artikel 12 des Grundgesetzes geschützten Freiheit der Berufsausübung darstellt. Eine solche Regelung ist daher nur in eingeschränktem Maße zulässig.

Stimmige Eckpunkte setzen für ...

Auch die Rechtsprechung sieht allerdings die Notwendigkeit einer Konkurrenzschutzklausel zwischen dem Veräußerer und dem Erwerber einer Praxis ein und hält diese dem Grunde nach auch für zulässig. Schließlich kann niemand den Patientenstamm seiner Praxis gegen Entgelt veräußern, um diesen dann in nächster Nähe weiter zu behandeln, so dass der vom Gesetz für die Einschränkung der Berufsfreiheit geforderte sachliche Rechtfertigungsgrund vorhanden ist. Die Einschränkung darf aber nicht weiter gehen als un-

bedingt notwendig ist, um die berechtigten Interessen des Erwerbers zu schützen. Und genau hier liegt das Problem.

Geht die Einschränkung zu weit, ist die Regelung unwirksam und der Erwerber kann eine erneute Niederlassung des Praxisveräußerers nicht verhindern. Um wirksam zu sein, muss sich die Konkurrenzschutzklausel näm-

lich auf das zeitlich, örtlich und gegenständlich notwendige Maß beschränken.

... den Zeitrahmen

Das dem Veräußerer auferlegte eingeschränkte Tätigkeitsverbot muss sich auf einen zeitlich festgelegten Rahmen beziehen.

Dieser bestimmt sich im Wesentlichen danach, wie lange der Erwerber aller Voraussicht nach

bestehenden Großstadtpraxis. Das Landgericht Trier hat beispielsweise bei einer Praxis, die vor dem Verkauf erst 15 Monate bestand, entschieden, dass ein Rückkehrverbot für den Veräußerer von mehr als zwei Jahren nicht zu rechtfertigen sei. Dies ist nachzulesen im Fachblatt Zeitschrift für Medizinrecht (MedR 1994, 367), wo das Urteil ohne Kommentar abgedruckt ist. Der von den Gerichten als maximal



Foto: MEV



Foto: Bilderberg

Konkurrenz belebt den Markt, aber zuviel kann tödlich sein. Deshalb macht eine Schutzklausel Sinn. Aber gültig muss sie sein!

benötigen wird, um den übernommenen Patientenstamm an sich zu binden. Das wird bei einer alteingesessenen Praxis in einer kleineren Stadt oder Gemeinde regelmäßig länger dauern, als bei einer erst seit kurzem

zulässig angesehene Zeitrahmen geht jedoch selten über drei Jahre hinaus, so dass sich eine wirksame Regelung je nach Lage und Situation der zu veräußernden Praxis in der zeitlichen Ausdehnung auf zwei bis drei Jahre

beschränken sollte. Wird eine längere Sperre vereinbart, führt dies nicht dazu, dass die Konkurrenzschutzklausel in Gänze nichtig wird: Die Gerichte können die zu weit gehende Tätigkeitsbeschränkung vielmehr auf einen angemessenen, gerechtfertigten Zeitraum reduzieren und danach entscheiden, ob eine Verletzung des Rückkehrverbotes vorliegt. Dies unterscheidet die zeitliche Beschränkung von den nachfolgenden.

... den Raum



Die räumliche Ausdehnung der Tätigkeitsbeschränkung des Veräußerers muss sich auf das tatsächliche Einzugsgebiet der Praxis beschränken. Hier sind daher Art und Standort der Praxis zu berücksichtigen.

Eine großstädtische Allgemeinpraxis bezieht ihren Patientensamm in der Regel aus der direkten Umgebung. Eine Beschränkung auf den Stadtteil, oder einen entsprechend großen Radius um die Praxis wird daher immer wirksam sein. Je nach Erreichbarkeit, kann auch ein größerer Umkreis als Schutzzone in Betracht kommen: Das LG Frankfurt sah in einer (nicht rechtskräftigen) Entscheidung vom 22. Januar 2004 einen Umkreis von zehn Kilometern in der Großstadt als noch wirksam an. Vollkommen anders stellt sich die Situation einer spezialisierten Praxis dar; hier kann man sich nur an der Dichte der Fachrichtung orientieren. Gibt

es beispielsweise in der gesamten Gemeinde nur drei vergleichbare Praxen, dann kann sich auch die Beschränkung auf mindestens ein Drittel der Gemeinde beziehen. Ähnliches gilt für den ländlichen Bereich. Dort legen die Patienten deutlich größere Entfernungen zurück. Entsprechend lässt sich der Regelungszweck dort nur durch die Festlegung eines größeren Gebietes erreichen.

Werden die vorgenannten Grundsätze von den Vertragsparteien missachtet und ein zu großes Gebiet für den Veräußerer gesperrt, ist die gesamte Regelung unheilbar sittenwidrig.

Die Möglichkeit einer Reduktion auf einen zulässigen kleineren

Bereich haben die Gerichte bislang verneint. Wer hier als Käufer zu weit geht, läuft daher Gefahr, überhaupt keinen Schutz zu erhalten und der Wieder-Niederlassung seines Kollegen machtlos zusehen zu müssen.

... die Sache



Das eingeschränkte Tätigkeitsverbot darf sich nur auf den fachlichen Bereich des Erwerbers beschränken, in welchem dieser geschützt werden soll. Die Einbeziehung der vertragsärztlichen, wie auch der privatärztlichen Tätigkeit wird hierbei meist sinnvoll sein. Ebenso die Ausdehnung sowohl auf den Betrieb ei-

ner eigenen Praxis, als auch auf die Tätigkeit als Angestellter. Das Verbot darf aber nicht jegliche berufliche Betätigung umfassen. Die Tätigkeit beispielsweise als Gutachter, im schulmedizinischen Dienst oder in Forschung und Lehre wird den Praxiserwerber nicht beeinträchtigen. Das Verbot jeglicher zahnärztlicher Betätigung überschreitet daher immer das zulässige Maß des sachlichen Geltungsbereiches (so auch BGH in „Neue juristische Wochenschrift“ (NJW 97, 3089; Oberlandesgericht Hamm in NJW-Rechtsprechungsreport 93, 1314). Ebenso muss dem Praxisabgeber gestattet werden, gelegentlich Freunde und Verwandte zu behandeln. Ebenso wie bei der örtlichen Einschränkung gilt hier: Das Gericht darf eine über den zulässigen Rahmen hinausgehende Vereinbarung nicht mehr auf ein zulässiges Maß reduzieren. Das umfassende Verbot einer ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit stellt nach Ansicht der Rechtsprechung eine einheitliche Regelung dar, die nur durch Recht gestaltende Änderungen und nicht durch einfache Reduktion mit der Rechtsordnung in Einklang gebracht werden kann. Eine solche Gestaltung wird den Gerichten jedoch vom Gesetz nicht erlaubt. Das heißt, die ganze Regelung kippt!

Schutz im Schadensfall

Bei einem Verstoß gegen eine wirksame Konkurrenzschutzklausel steht dem Praxiserwerber ein Anspruch auf Schadensersatz zu. Er wird jedoch regelmäßig ein erhebliches Problem haben, nachzuweisen, welche Patienten aus welchem Grund zu seinem

Kollegen abgewandert sind und welchen Gewinn er hierdurch einbüßen musste. Aus diesem Grund empfiehlt sich die Vereinbarung einer Vertragsstrafe, die sich in der Höhe am Goodwill der erworbenen Praxis orientieren sollte. Durch diese Vereinbarung wird der Praxisabgeber verpflichtet, dem Erwerber einen festgelegten Betrag zu zahlen, wenn er gegen das befristete Tätigkeitsverbot verstößt, ohne dass der die Höhe des Schadens nachweisen muss.

Nicht ohne

Um die Vereinbarung einer Konkurrenzschutzklausel kommt der Erwerber einer Praxis nicht umhin. Aber sie muss wirksam sein – und bleiben! Anderenfalls läuft er Gefahr, dass sich mindestens der auf den Goodwill der Praxis entrichtete Kaufpreis wirtschaftlich im Nichts auflöst, wenn sein Vorgänger sich entscheidet, entgegen seiner ursprünglich erklärten Absicht doch „im Nachbarhaus“ eine neue Praxis zu eröffnen. Überzieht der Käufer die Auflagen im Praxisübernahmevertrag, wird eventuell die ganze Klausel zum Konkurrenzschutz nichtig – was oftmals zu wenig beachtet wird.

Besser absichern kann sich der Käufer hier, indem er den Kaufvertrag durch einen von ihm selbst beauftragten auf Arzt- und Medizinrecht spezialisierten Anwalt prüfen lässt: Der haftet nämlich für eine fehlerhafte Beratung, so dass ein eventueller, – in der Regel ja erheblicher – Schaden gegebenenfalls aufgefangen werden kann.

Rechtsanwalt Jost Peter Nüßlein,
Petterweißstr. 44,
60385 Frankfurt am Main
Nuesslein@forum-med.de

Aktion für Kinder aus Tschernobyl

Katzenschnute lenkt vom Bohren ab

Etwa 35 radioaktiv geschädigte Kinder aus Tschernobyl fahren jedes Jahr nach Kassel, um dort aufzutanken. Neben Kuren und Therapien erhalten sie dort seit 2003 auch eine Rundumbehandlung für die Zähne: In der Außenstelle der Landes Zahnärztekammer Hessen kümmert sich Zahnärztin Hilda Nikbacht um die Mundgesundheit der kleinen Patienten.



Die Kleinen halten sich wacker – trotz Bohrer und Spritze.

Wenn Hilda Nikbacht ihre Katzenschnute aufsetzt, prusten die kleinen Patienten los: Dieser Mundschutz lässt Spritze, Bohrer & Co. fürs Erste vergessen.

Später kommen die Instrumente aber fast immer zum Einsatz: Nahezu alle Tschernobyl-Kinder leiden unter Karies. Für Nikbacht kommt die Diagnose nicht überraschend.

Ohne Zahnbürste auf Tour

Schließlich wissen die wenigsten Kinder, worauf es bei der Zahnpflege ankommt – kein Kind hatte eine Zahnbürste im Gepäck. Gleich zu Anfang steht die gebürtige Irane-

rin vor einem Problem: Einige der Acht- bis 14-Jährigen machen den Mund nicht auf. Denn die Angst sitzt bei vielen tief: Wenn sie in ihrer Heimat beim Zahnarzt nicht spüren, setzt es schon mal Schläge.

Doch die Zahnärztin mit der Vorliebe für zahnmedizinische Chirurgie hat ihre eigenen Methoden entwickelt: Sie versucht, die Kinder spielerisch auf die Zahnbehandlung vorzubereiten. Bunte Clownsschürzen, Zeichnungen, Stofftiere und ein großes Gebiss zum Anfassen geben der Praxis überdies einen positiven Touch.

Bei den Behandlungen steht Nikbacht eine Assistentin zur Seite, eine Dolmetscherin

zm-Info

Seit 2003 ist die zahnmedizinische Behandlung in das Hilfsprojekt „Tschernobylkinder“ integriert: Die Aktion finanziert sich ausschließlich über Spenden, Initiator ist Paul Radach.

2004 liegen die Behandlungstermine im Juni. Zahnärztin Hilda Nikbacht freut sich über jede Unterstützung von Kollegen, die Landes Zahnärztekammer Hessen stellt auch dieses Jahr wieder Räume und Mitarbeiter zur Verfügung.

Wer sich mit Sachspenden oder Ideen einbringen möchte, kann sich an Uwe Franke wenden,

Tel.: 04661-56 23

oder 0171-337 23 77,

E-Mail: u-d-franke@freenet.de.

Volksbank Hann. Münden,

BLZ: 260 624 33,

Konto: 231 9543

Stichwort: „Tschernobyl-Kinderhilfe“.



Fotos: Burgis Wehry

sorgt dafür, dass es mit der Verständigung klappt – sie übersetzt die Putzanweisungen ins Russische.

Ein anstrengender, turbulenter Tag, doch am Ende sind alle gut versorgt. Nikbacht ist zufrieden: „Es macht mir große Freude, gerade schwer kooperierende Kinder doch noch erfolgreich behandeln zu können.“ ck

Nur gesunde Zähne können auch gut lachen – die Kinder haben aufgemalt, was sie im Prophylaxeunterricht gelernt haben.

IADS-Studententagung in Ljubljana

15 Nationen treffen sich am Tor zum Osten

Studentischer Erfahrungsaustausch im Zeichen der EU-Osterweiterung: Die Mitglieder der International Association of Dental Students (IADS) zog es zu ihrem Frühjahrstreffen in die slowenische Hauptstadt Ljubljana.

Studentische Vertreter aus 15 verschiedenen Nationen kamen zum Frühjahrstreffen der International Association of Dental Students nach Slowenien. Vom 16. bis zum 19. März 2004 tagte man in der bis zum ersten Weltkrieg meist als Laibach bekannte Stadt. Die deutsche Delegation bestand aus vier jungen Zahnärzten, die schon seit langem im ZAD (Zahnmedizinischen Austauschdienst) beziehungsweise dessen internationaler Partnerorganisation IADS (International Association of Dental Students) tätig sind. Traditionsgemäß gab es für die etwa 35 Teilnehmer am ersten Abend die Gelegenheit, sich näher zu kommen und Erfahrungen seit dem letzten IADS-Kongress im Sommer des Vorjahres auszutauschen.

Ellenlange Tagesordnung

Professor Uros Skaleric, der stellvertretende Präsident der medizinischen Hochschule, begrüßte die Teilnehmer in Slowenien. Zunächst hatten die Ländervertreter die Möglichkeit, ihre Heimat zum Beispiel in einem Powerpoint-Vortrag vorzustellen. Im Anschluss musste die traditionell ellenlange Tagesordnung abgearbeitet werden, wobei der neue Newsletter, der an alle Universitätszahnkliniken der Mitglieds-Nationen verschickt wird, vorgestellt wurde. Ferner zeigte sich, dass es neue Sponsoren gibt, die die Arbeit des IADS unterstützen werden. Es sind weitere Nationen an einer Mitgliedschaft im IADS interessiert.

Die Tagungsräume lagen in der Universitätsklinik, die sich in einem guten Zustand befindet. Im Rahmen des Universitätsbesuches hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, einen Einblick in die Abteilungen zu bekommen, wo sie von verschiedenen Dozenten empfangen wurden. Die Studentenkursräume unterschieden sich nicht von hiesigen deut-

schen: Nicht zuletzt durch Behandlungsstühle „Made in Germany“ kamen Heimatgefühle auf. Einen markanten Unterschied gibt es jedoch in der Zahnmedizinusbildung von Slowenien und Deutschland: die

Die vier deutschen Delegierten von Ljubljana bilden gleichzeitig das Kongress-Komitee für den IADS-Kongress in Berlin: Katharina Zupke, Jörn Wittig, Taskin Tuna und Arne Wegner (v.l.n.r.)



Fotos: Tuna

Die Innenstadt von Ljubljana

slowenischen Kollegen müssen ein Jahr länger die Hörsaalbänke drücken.

Der Sinn der IADS Tagungen, welche in der Regel im kleinen Rahmen im Frühjahr und als Hauptkongress im August stattfinden, ist es mit Sicherheit, neben dem Pflegen und Knüpfen von internationalen Beziehungen und dem Abschluss von Austauschverträgen die Arbeit und Effektivität des IADS zu verbessern, so dass das internationale Studentenaustauschprogramm noch mehr an Fahrt gewinnt. Außerdem werden zukünftige Treffen geplant. So wird das nächste Mid-Year-Meeting 2005 in Ber-

gen/Norwegen stattfinden. Ein wichtiges Thema der Tagung in Ljubljana war auch die Zusammenarbeit mit dem Weltzahnärzteverband FDI. So sprach man sich dafür aus, die Hauptversammlung des IADS im Rahmen des FDI Kongresses in Montreal/Kanada durchzuführen. Dies verleihe den Tagungen einen noch grösseren Stellenwert sowie verdeutlicht die Nähe dieser beiden

international tätigen, zahnmedizinischen Vereinigungen.

Durch die Anwesenheit des Präsidenten der EDSA (European Dental Student Association), Kimon Divaris, wurden die Weichen für eine engere Zusammenarbeit von IADS und EDSA in der Zukunft gestellt.

Die Tagung in Slowenien war ein voller Erfolg. Die hervorragende organisa-

torische Leistung der slowenischen Gastgeber trug dazu bei, dass man sich richtig wohl fühlt im „Tor zum Osten“, unter welchen Namen Ljubljana in der Vergangenheit aufgrund seiner Lage bekannt war.

Kongress in Berlin

Beim kommenden IADS-Kongress, welcher vom 9. bis 15. August in Berlin stattfinden wird, liegt es nun am ZAD und seinen Freunden, den Gästen eine unvergessliche Veranstaltung zu bieten. Infos können unter der Kongresshomepage www.iads-congress.de eingesehen werden. Ferner sind alle Zahnärzte und Zahnmedizinstudenten zur Teilnahme am wissenschaftlichen Programm eingeladen, das unter der genannten Internet-Adresse abgerufen werden kann.

*ZA Arne Wegner, ZAD-Vorsitzender
Lägervägen 51; App 210
25456 Helsingborg, Schweden*

Heinz Nossek wurde 75

Am 25. März 2004 beging der Zahnarzt, Arzt, Hochschullehrer und Wissenschaftler Professor em. Dr. Heinz Nossek seinen 75. Geburtstag.

Geboren in Tetschen, führte ihn nach Abschluss der Schulzeit sein weiterer Weg zum Studium der Zahnmedizin nach Greifswald. 1952 nahm Heinz Nossek eine Assistenzzahnarztstelle in Pirna an. Jedoch ziemlich bald wechselte er in die Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Medizinischen Akademie nach Dresden und promovierte dort 1955 zum Dr. med. dent. In den folgenden Jahren absolvierte er eine Ausbildung in der Kinderzahnheilkunde und zusätzlich ein Medizinstudium.



Foto: privat

1966 erfolgte die Habilitation und im darauf folgenden Jahr die Berufung zum Hochschuldozenten.

Professor Nossek hat sich große Verdienste um die Zahnheilkunde in Dresden und darüber hinaus erworben. So war er maßgeblich an der Etablierung der „Konservierende Zahnheilkunde“ an der Medizinischen Akademie beteiligt.

Vor allem jedoch geht die Entwicklung der Parodontologie in Lehre, Forschung, Patientenbetreuung und Fortbildung der Kollegen auf seine Initiativen zurück. Seit 1972 widmete er

sich als Abteilungsleiter, Klinikdirektor, ab 1978 als Ordinarius und ab 1983 als Direktor der Poliklinik für Konservierende Stomatologie mit großem Engagement dem Auf- und Ausbau des Fachgebietes Parodontologie. In den Jahren 1975 bis 1983 war der Jubilar Vorsitzender der Gesellschaft für Periodontologie der DDR und hat sich wesentliche Verdienste um die Weiterentwicklung des Fachgebietes erworben. Professor Nossek hielt 332 Fachvorträge im In- und Ausland, erstellte 93 Publikationen und drei Buchbeiträge. Unter seiner Führung entstanden 68 Diplomarbeiten, 41 Promotionen und eine Habilitation.

Im Laufe seines beruflichen Werdeganges hat der Jubilar in verschiedenen akademischen Gremien und wissenschaftlichen Gesellschaften agiert und es wurden ihm zahlreiche Ehrungen zuteil.

Darüber hinaus setzte sich Professor Nossek auch sehr erfolgreich für eine anspruchsvolle Ausbildung der Zahnärztlichen Helferinnen ein. In den Jahren 1985 bis 1990 war er Chefredakteur des Informationsblattes der Zahnärztlichen Schwestern. Hohes Ansehen hat er sich auch als Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses für Prophylaxehelferinnen und ZMF erworben.

Professor Nossek hatte für seine Schüler und Mitarbeiter als geschätzter Ratgeber stets ein offenes Ohr. Wir wünschen dem Jubilar für die kommenden Jahre Gesundheit und Wohlergehen im Kreise seiner Familie.

*Dr. Gerlinde Bruhn
Prof. Thomas Hoffmann
Poliklinik für Zahnerhaltung des
ZZMK Dresden*

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 100

Dentsply DeTrey

Selbststärzendes Adhäsiv bewährt sich



Das selbststärkende Adhäsiv Xeno III von Dentsply DeTrey wurde von dem unabhängigen amerikanischen Testmagazin „The Dental Advisor“ mit fünf Pluspunkten ausgezeichnet, der Höchstnote für Produktqualität. Mit 31 MPa erreichte Xeno III unter allen berücksichtigten Produkten die höchste Haftfestigkeit am Schmelz. Der Wert für die Dentinhaftung ist mit 29

MPa ebenfalls sehr hoch und reiht sich damit in die Dreierspitzenzone der getesteten Materialien ein. Auch Feldtests in Zahnarztpraxen bestätigen, dass die Anwendung einfach, praxisgerecht und sicher ist. Derzeit liegen Daten von 215 Füllungen vor, bei denen Xeno III als Adhäsiv Verwendung fand. Bei der letzten Nachuntersuchung der Restaurationen, die nun bis zu 442 Tage alt sind, war das Vorkommen post-operativer Sensitivität mit 0,5 Prozent außergewöhnlich niedrig.

Dentsply DeTrey GmbH
DeTrey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 0 80 00 / 73 50 00 (Gratis)

Hager Dental

50-jähriges Jubiläum



Am 1. April 2004 feierte Alfons Esken, Geschäftsführer von Hager Dental, sein 50-jähriges Arbeits- und Betriebsjubiläum. 1965 übernahm er die 1925 in Dresden gegründete Firma und ging 1973 eine Verbindung mit Hager Dental ein. 25-jähriges Firmenjubiläum feierten ebenfalls am 1. April der Techniker Carl Palsherm und Udo Gries.

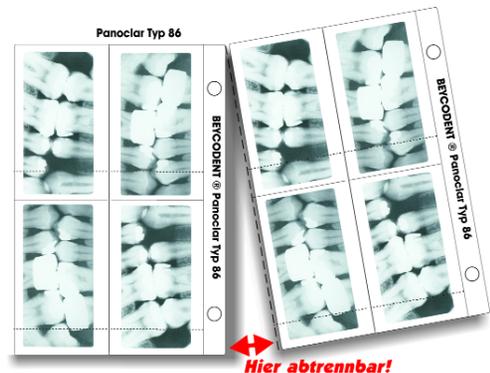
■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Gries und seine Tochter Sandra Esken-Menz (Foto) sind schon seit langer Zeit in der Geschäftsführung tätig. Für einen reibungslosen Übergang in naher Zukunft ist somit gesorgt.

Hager Dental GmbH & Co.
Avenwedderstraße 210
33335 Gütersloh
Tel.: 0 52 41 / 97 00 - 0
Fax: 0 52 41 / 97 00 - 17

BEYCODENT-VERLAG

Spezialhüllen für Aufbiss-Röntgenaufnahmen



Der Beycodent-Verlag hat eine neue Spezialhülle vom Typ 86 für insgesamt acht Aufbiss-Röntgenaufnahmen entwickelt. Besonders praktisch ist die Möglichkeit, die Archiv-Karte zu halbieren, so dass man zwei Hüllen für jeweils vier Aufbiss-Aufnahmen hat. Die einzelnen Karten sind bereits gelocht, damit man sie schnell abheften kann. Das ist besonders sparsam im täglichen Gebrauch. Beycodent verwendet für die Herstellung des Zahnfilmarchivs nur die Original Panoclar-Folie. Sie ist nur 0,12

Millimeter dünn, glasklar, frei von Weichmachern und zäh elastisch. Diese besonderen Materialeigenschaften ermöglichen die optimale Archivierung der Zahnfilme, ohne dass die Taschen im Lauf der Jahre brechen oder wegplatzen. Auf Anforderung stellt Beycodent Muster zur Verfügung.

BEYCODENT-VERLAG
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Info-Tel.: 0 27 44 / 92 00 22
Fax: 0 27 44 / 93 11 23
<http://www.beycodent.de>
E-Mail: infoservice@beycodent.de

Coltène/Whaledent

Stumpfaufbau mit System

ParaCore heißt das neue dualhärtende Stumpfaufbaumaterial auf Compositebasis von Coltène/Whaledent. Es rundet das ParaPost Wurzelstiftsystem mit Stiften und Zement ab. ParaCore haftet gut am Dentin und trägt damit zur Stabilisierung des Wurzelstumpfaufbau-Systems bei. Erhältlich ist es in den beiden Farben Dentin und Weiß. Das Wurzelstumpfmateriale wird in der Spritze angeboten, aus der es sich einfach dosieren und mischen lässt. Zusätzlich gibt es praktische Stumpfformer, so genannte Para



Coreformer, die aufwändiges Ausarbeiten erleichtern. So kann auf einfache Weise ein stabiler Stumpfaufbau modelliert werden, der die Basis für langlebige Restaurationen darstellt.

Coltène/Whaledent
GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau
Tel.: 0 73 45 / 805 0
Fax: 0 73 45 / 805 - 201

Pluradent

Gründung der Pluradent Austria GmbH

Seit Januar 2004 hat Pluradent sowohl die Mehrheit an der Dental Erich Nagele Ges.m.b.H. als auch am operativen Geschäft der Karl Schaffer Zahnwaren-Großhandlung KG übernommen. Aus diesen Aktivitäten entstand die Pluradent Austria GmbH. Damit hat das Offenbacher Unternehmen den ersten Schritt in Richtung Internationa-

lisierung getan. Die Kunden der übernommenen Firmen profitieren von der größeren Produktpalette, einem erweiterten Service-Angebot und zentraler Logistik.

Pluradent AG & Co. KG
Kaiserleistraße 3
63067 Offenbach
Tel.: 07 21 / 86 05 - 0
Fax: 07 21 / 86 05 - 271
<http://www.pluradent.de>
E-Mail: offenbach@pluradent.de

GABA

Schutz- und Putzsystem gegen hypersensible Zähne



bilität. Zu diesem Ergebnis kommt eine 21-tägige Anwendungsbeobachtung, an der 149 Zahnärzte und 734 Patienten mit frei liegenden Zahnhälsen und sensiblen Zähnen teilgenommen haben. Aus Sicht der Patienten wurde besonders die schnelle Wirksamkeit der Produkte nach nur wenigen Tagen als vorteilhaft bewertet. 91 Prozent der Betroffenen waren mit der Zahnpasta,

Die dreiwöchige Anwendung von elmex Sensitive Zahnpasta, Zahnpülung und weicher interX Zahnbürste reduziert hypersensible Zähne um 39 Prozent. Bei 24 Prozent der betroffenen Patienten bewirkt die Zahnpflege mit diesem Schutz- und Putzsystem einen vollständigen Rückgang der Hypersensi-

86 Prozent mit der Zahnpülung und 80 Prozent mit der Zahnbürste zufrieden.

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21 / 907 - 0
Fax: 0 76 21 / 907 - 499
<http://www.gaba-dent.de>
E-Mail: info@gaba-dent.de

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

Heraeus Kulzer

HeraCash erhöht Liquidität im Dentallabor

Mit dem neuen Finanzservice HeraCash bietet Heraeus Kulzer – in Kooperation mit der ZAG Plus medicalFinance und der LVG Labor-Verrechnungs-Gesellschaft – Labor-Kunden die Möglichkeit, ihre Liquidität zu erhöhen. Rechnungen werden von einem der beiden Finanzpartner anteilig sofort ausbezahlt. Der Zahnarzt begleicht den Betrag erst später beim Finanzpartner. Der Service hilft Dentallabors, Außenstände zu reduzieren und den Zwischenfinanzierungsbedarf zu verrin-

gern. Die erhöhte Liquidität verbessert zudem den Bonitätsindex im Basel II Rating. Im Bedarfsfall sind so zum Beispiel Kredite zu günstigeren Bedingungen möglich. Die Gebühren für diesen Service liegen umgerechnet unter den drei Prozent Skonto, die bei Sofortzahlungen abgezogen werden. Je nach Jahresumsatz sinken die HeraCash Gebühren noch weiter.

*Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Grüner Weg 11
63450 Hanau
<http://www.heraeus-kulzer.de>*

maxdent

Ultraschall in der Schmerzbehandlung



Ein neuer Therapieansatz bei Bruxismus und Kiefergelenkschmerzen ist die dentoson-Therapie, eine Kombination aus Ultraschall und elektromagnetischem Feld. Diese beiden Wirkmechanismen beeinflussen das Schmerzgeschehen gezielt, bewirken eine Entspannung der Kiefermuskulatur und eine dauerhafte Heilung. Die Erfolge sind verblüffend: Patienten berichten in

über 90 Prozent der Fälle von einer deutlichen Schmerzlinderung. Die Therapie erfolgt in kurzen Intervallen über mehrere Sitzungen, je nach Schwere des Falles. Meist reichen sechs bis acht Behandlungen für eine dauerhafte Beschwerdefreiheit.

Die beiden Schallköpfe werden lediglich mit einer Art Kopfhörer am Kiefergelenk fixiert. Dank dieser einfachen Handhabung ist die Therapie auch außerhalb eines Behandlungszimmers möglich und stört den Praxisablauf nicht.

*maxdent Vertrieb Deutschland
Keltenring 17
82041 Oberhaching
Tel.: 0 89 / 63 86 69 - 0
Fax: 0 89 / 63 86 69 - 79
<http://www.maxdent.de>
E-Mail: info@maxdent.de*

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

Girrbach Dental

Kursbuch mit 176 Fortbildungspunkten



Auf 60 Seiten präsentiert Girrbach Dental das aktuelle Fortbildungsprogramm 2004 für Zahnärzte und Zahnassistenten. Schwerpunkte sind Funktion/Registrierung/Artikulation, Digident CAD/CAM-Technologie,

Modell-/Titanuss und Laser-Fügen, Totalprothetik, Implantologie und das gesamte Spektrum der Keramik- und Kunststoffverblendung auf allen Metallen (EM-CoCr-Titan) sowie Keramiken (Glas, Aluminiumoxid und Zirkoniumdioxid). Namhafte zahnärztliche Referenten werden themenabhängig von erfahrenen Zahntechnikern assistiert. Das Kursprogramm findet man im Internet unter www.girrbach.de. Es kann kostenlos angefordert werden bei:

*Girrbach Dental GmbH
Dürrenweg 40
75177 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 957 - 221
Fax: 0 72 31 / 957 - 249
<http://www.girrbach.de>
E-Mail: kurse@girrbach.de*

Ivoclar Vivadent

Ausgiebig getestetes Direktcomposite



Zahnärzte sind mit dem Universalcomposite Tetric Ceram von Ivoclar Vivadent gut beraten, wenn Langzeiterprobung und Ergebnissicherheit wichtige Entscheidungskriterien bei der Materialwahl für zahnfarbene Füllungen sind. Seit acht Jahren auf dem Markt, ist Tetric Ceram von Universitäten ausgiebig getestet und immer wieder für gut befunden worden. Sein Eigen-

schaftsprofil wurde deshalb zum Maßstab für andere erhoben. Anwender in Praxis und Klinik sind so zufrieden mit dem Material, dass es bei direkten Restaurationen führend und in Deutschland seit Jahren Marktführer ist.

*Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen, Jagst
Tel.: 0 79 61 / 889-0
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de*

*Instrumentarium Dental***Neues Markenzeichen: GE Healthcare**

Seit kurzem gehört der Orthopantomograph zu dem globalen Unternehmen GE Healthcare (General Electric), und das gesamte Programm wird nun unter dem Markenzeichen GE Healthcare vertrieben. „Dem hohen Anspruch der Zahnärzte an die Praxisausstattung kommt unser Programm mit Panorama-, Fern- und intraoralem Röntgen sowie Tomographie entgegen“, so Geschäftsführer Philippe Geiselhard. Schon bisher stellte der Orthopantomograph OP100 seine Führerschaft im Film oder digitalen Panorama/Ferrnröntgen un-

ter Beweis, zum Beispiel mit der Ein-Knopf-Belichtungsautomatik oder der horizontalen Scantechnik. Für die deutschen Zahnärzte oder den Dentalhandel bringt der neue Markenname keine Änderungen. Vertriebszentrale, Service- und Schulungszentrum bleiben in Kehl.

*Instrumentarium Dental GmbH
Siemensstraße 12
77694 Kehl
Tel.: 0 78 51 / 93 29 - 0
Fax: 0 78 51 / 93 29 - 30
http://
www.InstrumentariumImaging.com
E-Mail:
kontakt@Instrumentarium.de*

*Roche Consumer Health***Dexpanthenol bei Berufsdermatosen**

Eine aktuelle Studie zeigt, dass Dexpanthenol die Haut effektiv vor Irritationen schützt. In einem intraindividuellen Vergleich zwischen einer fünf Prozent dexpanthenolhaltigen Öl-in-Wasser-Emulsion (Bepanthol Handbalsam) und Placebo war die wirkstoffhaltige Emulsion nach Waschung mit einem hydrophilen Reizstoff in der Hornschicht-

befeuchtung statistisch signifikant überlegen. Die Studie von Biro, K. et al. (2003) kann bei Roche Consumer Health angefordert werden.

*Roche Consumer Health
Deutschland GmbH
Valterweg 24-25
65817 Eppstein-Bremthal
Fax: 0 61 98 / 30 09 35*

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

ULTRADENT**Jubiläumsangebote für Praxen**

2004 feiert Ultradent sein 80-jähriges Firmenjubiläum und startet aus diesem Anlass ein Rückkauf- beziehungsweise Bonus-Angebot für die Praxisgründung und Praxismodernisierung. Die Jubiläums-Angebote gelten bis zum 30. Juni 2004 und werden ausschließlich über den Dental-Fachhandel abgewickelt. Sie können für den Kauf der Premium-Arbeitsplätze U 5000 und U 1500 genutzt werden, und auch die Kompakt-Einheit U 1301 ist über diese Aktion erhältlich. Für KFO-Praxen

und Prophylaxe-Räume stehen die Arbeitsplätze U 732 KFO und U 1307 mit Sonderkonditionen zur Verfügung. Weitere Informationen sind beim Dental-Depot erhältlich. Eine Aktionsübersicht ist per Fax unter 089 / 420 992 50 anzufordern.

ULTRADENT
Dental-Medizinische Geräte
GmbH & Co. KG
Stahlgruberring 28
81829 München
Tel.: 0 89 / 42 09 92 - 70
Fax: 0 89 / 42 09 92 - 50
<http://www.ultradent.de>
E-Mail: info@ultradent.de

Sirona**Sirona übernimmt Nitram Dental**

Sirona hat den dänischen Hygienespezialisten Nitram Dental a/s, Aarhus, vollständig übernommen. Die beiden erfolgreichen Nitram-Produkte DAC 2000 und DAC Universal sind eine sinnvolle Ergänzung der Sirona Hygienekompetenz. Zugleich intensiviert Sirona mit diesem Schritt die Präsenz in den

skandinavischen Ländern. Beide Unternehmen versprechen sich zusätzliches, gemeinsames Wachstum.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51 / 16 29 01
Fax: 0 62 51 / 16 32 60
<http://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.

Dürr Dental**Siegerin der Aktion Top 2002**

Dental zu einem einwöchigen Wellnessurlaub in die sonnige Toskana. Gemeinsam mit einer Kollegin hatte sie sich an der Gewinnaktion des Dürr HygieneClubs beteiligt und Kartons voll gesammelter Schraubverschlüsse der 2,5-Liter-Hygiene Flaschen eingesandt. Außer der Toskana-Reise für zwei wurden auch Beauty-Wochenenden und ein exklusiver Kochkurs bei Fernsehkoch Sante de Santis verlost.

Dass sich gute Hygiene in der Praxis auszahlt, bekam Zahnarzt-helferin Saskia Stelzer auch weit weg von ihrer Erdinger Arbeitsstelle zu spüren: Sie flog als Siegerin des Dosierkappen-Sammelspiels „Top 2002“ von Dürr

Dürr Dental GmbH & Co. KG
Höpffigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 249
Fax: 0 71 42 / 705 - 288
E-Mail: presse@duerr.de

VITA**Kursprogramm 2004**

Das Vita Kursprogramm 2004 gibt auf rund 90 Seiten einen umfassenden Überblick über das aktuelle Angebot von Vita Leistungen. Neben den traditionellen Kursen für Keramik- und Kunststoffverblendmaterialien stehen die Aufstellkurse mit den Vita-Zähnen im Zentrum des Angebots, ebenso ergänzen die CAD/CAM Technologien die Kurse der vollkeramischen Gerüsttechnik. Die Kurse finden in den regionalen Vita Leistungszentren München

Schwaig, Frankfurt-Langen, Leipzig, Hamburg-Pinneberg und im Bildungszentrum der Handwerkskammer Dortmund statt. Die Broschüre Vita Leistungen und das Kursprogramm 2004 können bei Vita bestellt werden.

VITA Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 562 - 0
Fax: 0 77 61 / 562 - 299
<http://www.vita-zahnfabrik.com>
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com

PHARMATECHNIK

Komplett-Lösung für Kieferorthopäden

Das von Pharmatechnik entwickelte Verwaltungs- und Abrechnungsprogramm LinuDent-KFO dient Kieferorthopäden als multifunktionale Komplettlösung. Das Programm wird für Behandlungspläne, Abrechnungen und Statistiken eingesetzt und gibt Aufschluss über die Patientenstruktur einer Praxis. Zusätzlich können Auswertungs- und Spezialprogramme, wie beispielsweise „Digitales Röntgen“, angeschlossen werden. Das für Kieferorthopäden wichtige Planschreiben ist durch LinuDent-KFO extra ein-

fach und übersichtlich abgebildet. Das Programm zeigt dem Arzt sofort, in welchem Behandlungsstatus sich der jeweilige Patient befindet und stellt alle nötigen Informationen schnell und überschaubar auf dem Bildschirm dar. Alle Pläne und Abrechnungen werden automatisch im Druckarchiv gespeichert.

PHARMATECHNIK
GmbH und Co. KG
Münchener Straße 15
82319 Starnberg
Tel.: 0 81 51 / 44 42 - 200
Fax: 0 81 51 / 44 42 - 72 00
<http://www.linudent.de>
E-Mail: info@pharmatechnik.de

One Drop Only

Zahnseide für unterwegs

Auf den ersten Blick sieht der neue Pocket Flosser von One Drop Only wie ein Textmarker aus. Darin verbirgt sich jedoch fluoridierte Zahnseide für mehr als 250 Anwendungen. Der benutzte Teil wird mit einem kleinen, integrierten Messer abge-

schnitten. So kann man auch unterwegs direkt, diskret und hygienisch festsitzende Speisereste entfernen. Der Pocket Flosser ist so flach und leicht, dass er selbst in die kleinste Hand- oder Jackentasche passt. Der gewachsene Faden enthält Zahn härtendes Fluorid und hat einen angenehmen Minzgeschmack. Außerdem wurde die Zahnseide mit Xylit versehen.

One Drop Only GmbH
Stieffring 14
13627 Berlin
Tel.: 0 30 / 346 70 90 - 0
Fax: 0 30 / 346 70 90 - 40
<http://www.OneDropOnly.de>
E-Mail: info@OneDropOnly.de



Nr. 10/2004

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 26. 6. 2004 schicken oder faxen an:

zm

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

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- BEYCODENT-VERLAG** – Spezialhüllen für Aufbiss-Röntgenaufnahmen (S. 94)
- Coltène/Whaledent** – Stumpfaufbau mit System (S. 94)
- Dentsply DeTrey** – Selbststänzendes Adhäsiv bewährt sich (S. 94)
- Dürr Dental** – Siegerin der Aktion Top 2002 (S. 98)
- GABA** – Schutz- und Putzsystem gegen hypersensible Zähne (S. 95)
- Girrbach Dental** – Kursbuch mit 176 Fortbildungspunkten (S. 96)
- Hager Dental** – 50-jähriges Jubiläum (S. 94)
- Heraeus Kulzer** – HeraCash erhöht Liquidität (S. 96)
- Instrumentarium Dental** – Neues Markenzeichen: GE Healthcare (S. 97)
- Ivoclar Vivadent** – Ausgiebig getestetes Direktcomposite (S. 96)
- maxdent** – Ultraschall in der Schmerzbehandlung (S. 96)
- One Drop Only** – Zahnseide für unterwegs (S. 100)
- PHARMATECHNIK** – Komplett-Lösung für Kieferorthopäden (S. 100)
- Pluradent** – Gründung der Pluradent Austria GmbH (S. 95)
- Roche Consumer Health** – Dexpanthenol bei Berufsdermatosen (S. 97)
- Sirona** – Sirona übernimmt Nitram Dental (S. 98)
- ULTRADENT** – Jubiläumsangebote für Praxen (S. 98)
- VITA** – Kursprogramm 2004 (S. 98)

Inserenten dieser zm-Ausgabe

a-dec International
Seiten 24, 25

Astra Tech GmbH
4. Umschlagseite

BAI-Edelmetall AG
Seite 93

Beycodent Beyer + Co. GmbH
Seite 73

**bpi biologisch physikalische
implantate**
Seite 95

Brasseler GmbH & Co. KG
2. Umschlagseite

Colgate Palmolive GmbH
Seite 47

**Coltène/Whaledent GmbH +
Co. KG**
Seiten 5, 72

Dental Magazin
Seite 89

Deutsche Bank AG
Seite 81

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH -
Versandbuchhandlung**
Seiten 87, 99

DGI e.V.
Seite 31

DGP GmbH
Seite 57

DKV AG
Seite 67

DMG Hamburg
Seite 27

DOT GmbH
Seite 55

E. Hahnenkratt GmbH
Seite 75

**F 1-Dentalsysteme
Deutschland GmbH**
Seite 71

Gaba GmbH
Seiten 9, 45

GC Germany GmbH
Seite 85

Girrbach Dental GmbH
Seite 59

**GSK GlaxoSmithKline GmbH &
Co. KG**
Seite 53

Heckmann GmbH
Seite 13

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Seite 29

Ivoclar Vivadent GmbH
Seite 17

**Kettenbach Dental
GmbH & Co. KG**
Seite 15

Kreussler GmbH & Co.
Seite 11

mymed GmbH
Seite 97

**Nobel Biocare
Deutschland GmbH**
3. Umschlagseite

Petersen GmbH
Seite 83

Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Seite 49

Schütz Dental GmbH
Seite 61

SDI Limited
Seite 79

Semperdent Dentalhandel GmbH
Seite 77

Sirona GmbH & Co. KG
Seiten 41, 43

solutio GmbH
Seite 65

SS White Burs, Inc.
Seite 69

Tanaka Dental GmbH
Seite 93

UP Dental GmbH
Seite 33

**Vita Zahnfabrik H. Rauter
GmbH & Co. KG**
Seiten 20, 21

**W&H Deutschland
GmbH & Co. KG**
Seiten 11, 51

Wieland Dental + Technik
Seite 7

**Zapro Dentalhygiene-
artikel GmbH**
Seite 97

zm-Jahresband
Seite 91

**Beilagen:
Teilbeilage in Postleitzone 2:
DanFlex GmbH XO-Care**

**Vollbeilage:
Acteon Germany GmbH**

**Coltène/Whaledent GmbH +
Co. KG**

DGP GmbH

**Wrigley Oralhealthcare
Programs**

**7 Days Job Wear Marc Staper-
feld GmbH**

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.Ö.R.

Redaktion:
Egbert Maibach-Nagel,
Chefredakteur, mn;
Gabriele Prchala, M. A. (Politik,
Zahnärzte, Leserservice), Chefin
vom Dienst, pr;
Assessorin d. L. Susanne Priehn-
Küpper (Wissenschaft, Dental-
markt) sp;
Marion Pitzken, (Praxismanagement,
Finanzen, EDV) pit;
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 69, 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) 4069 386

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sondereile außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

**Verlag, Anzeigendisposition
und Vertrieb:** Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2,
50859 Köln; Postfach 40 02 54,
50832 Köln, Fernruf: (0 22 34)
70 11-0, Telefax: (0 22 34) 70 11-
255 od. -515.

Konten: Deutsche Apotheker- und
Ärztebank, Köln,
Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln
192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr.
46, gültig ab 1. 1. 2004.

Geschäftsführung
der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:
Hermann Dinse, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:
Norbert Froitzheim
Froitzheim@aerzteverlag.de
http://www.aerzteverlag.de

**Verantwortlich für den
Anzeigenteil:**
Marga Pinsdorf
Pinsdorf@aerzteverlag.de

Vertrieb:
Nicole Schiebahn
Schiebahn@aerzteverlag.de

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbetragsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 166,80 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 6,95 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Verlagsrepräsentanten:
Nord/Ost: Götz Kneiseler,
Umlandstr 161, 10719 Berlin,
Tel.: 0 30/88 68 28 73,
Fax: 0 30/88 68 28 74,
E-Mail: kneiseler@aol.com
Mitte/Südwest: Dieter Tenter,
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangen-
bad, Tel.: 0 61 29/14 14,
Fax: 0 61 29/17 75,
E-Mail: d.tenter@t-online.de
Süd: Ratko Gavran,
Rautaler Str. 45, 76437 Rastatt,
Tel.: 0 72 22/96 74 85,
Fax: 0 72 22/96 74 86,
E-Mail: Gavran@gavran.de

Herstellung: Deutscher
Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Diese Zeitschrift ist der
IVW-Informationsge-
meinschaft zur Fest-
stellung der Verbreitung
von Werbeträgern e.V.
angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsge-
meinschaft Leserana-
lyse medizinischer
Zeitschriften e.V.

LA-MED

Lt. IVW IV/1. Quartal 2004:
Druckauflage: 80 616 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 252 Ex.

Ausgabe A
Druckauflage: 72 250 Ex.
Verbreitete Auflage: 71 319 Ex.

94. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

Alterseinkünftegesetz

Kritik von BZÄK und ABV

Das vom Bundestag verabschiedete Alterseinkünftegesetz vermeidet die Gefahr der Zweifachbesteuerung bei Selbständigen als Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke nicht. Dies erklärten der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, und der RA Dr. Ulrich Kirchhoff, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV), nach einem Zusammentreffen, bei dem interessante Fragen erörtert wurden.



Foto: MEV

Bedauerlich sei insbesondere, so Weitkamp und Kirchhoff, dass die in das Gesetz aufgenommene Möglichkeit des Einzel-

nachweises bei über dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Rentenversicherung liegender Beitragszahlung, durch ihre Beschränkung auf Beiträge, die bis zum 31.12.2004 und dann auch nur für Fälle einer mindestens zehnjährigen höheren Beitragszahlung, viele Freiberufler, insbesondere diejenigen in den neuen Bundesländern, benachteilige. Weitkamp wies darauf hin, dass die Bundeszahnärztekammer die von der ABV (Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V.) im Gesetzgebungsverfahren vorgebrachten Positionen unterstütze. Kirchhoff erklärte, die ABV werde sich in dem immer wahrscheinlicher werdenden Vermittlungsverfahren darum bemühen, noch Verbesserungen des Gesetzes zu erreichen. Ausdrücklich schloss Kirchhoff Verfassungsbeschwerden negativ betroffener Freiberufler nicht aus. pr/BZÄK

Foto: Heneaus Kulzer

Zahmedizin und Zahntechnik

Online-Börse für Lehrstellen

Eine neue Stellenbörse für Ausbilder und angehende Lehrlinge ist jetzt ins Netz gegangen. Im Ausbildungsplatz-Portal unter www.jobdente.de können Interessierte nach Stellenangeboten oder Nachwuchskräften suchen und eigene Angebote – ob Leistungsprofil oder Stellenausschreibung – hineinstellen. Der Service der Initiative proDente richtete sich, so Geschäftsführer



Dirk Komorowski, als spezifisches Angebot an Schulabgänger, „die sich über Berufsbilder und -chancen im Dentalbereich informieren möchten“. pit/pm

Gesundheitskarte

Projekt zum Test vorgestellt

Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer (SPD) hat in Trier ein Projekt zum Test der von 2006 an bundesweit geplanten elektronischen Gesundheitskarte vorgestellt. Der Testlauf mit der Karte soll im Herbst in der Region Trier beginnen, sagte Dreyer. „Die elektronische Gesundheitskarte wird zu einer weiteren Vernetzung und einem verbesserten Informationsfluss im Gesundheitswesen beitragen.“ pr/dpa

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln



Für den schnellen Kontakt:
 Tel. 0221/40 01 252
 Fax 0221/40 01 253
 e-mail zm@kzbv.de
 ISDN 0221/4069386

zm **Leser service** **Nr. 10**
 2004

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

Stellungnahme DGZMK/DGZ zur Wurzelkanalbehandlung (S. 42) Literaturliste



M. Kunkel: Melanom (S. 46) Literaturliste



diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

KZBV zu Kieferorthopädie

Diskussion wieder sachlich führen

Angesichts der polemischen Berichterstattung um die zahnärztliche/kieferorthopädische Versorgung in Niedersachsen (zum Beispiel in „Frontal 21“) ruft die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) dazu auf, die Diskussion um die Rückgabe von Kassenzulassungen und die Kostenerstattung wieder auf eine sachliche Ebene zu bringen.

„Wenn Ulla Schmidt und Horst Seehofer den kieferorthopädischen Kollegen in einer solchen Sendung den Kollektivvorwurf machen, sich rechtswidrig zu verhalten und Kinder als Patienten für ihre beruflichen Interessen in Geiselnhaft zu nehmen, dann geht das entschieden zu

differenziert betrachtet werden. „Wir haben ein gewisses Verständnis für die Reaktion der niedersächsischen Kieferorthopäden. Sie haben in den letzten Jahren massive Strukturveränderungen hinnehmen müssen, so dass der Schritt zur Rückgabe der Kassenzulassung legitim ist. Diese Reaktion darf aber keine negativen Auswirkungen für die Patienten in laufenden Behandlungen haben. Und das muss sie auch nicht, weil auch jeder Kieferorthopäde ohne Kassenzulassung analog zum bisherigen Kassensatz abrechnen wird.“ Dadurch entstünden dem Patienten praktisch keine Mehrkosten. Die Kassen dürften per Gesetz

sich mehrfach kritisch zur Kostenerstattung geäußert haben, rief Fedderwitz zu einem fairen Umgang mit dem Thema auf: „Kostenerstattung ist ein verbrieftes Patientenrecht. Die Kassen soll-

KZBV

ten die Nutzung dieses Rechtes auf keinen Fall sabotieren.“ Eine regionale Unterversorgung mit Kieferorthopäden ist laut Fedderwitz schon aufgrund der geltenden Zulassungsverfahren und sozialrechtlichen Bestimmungen weder in Niedersachsen noch anderswo zu befürchten. Der

Vorschlag führender Sozialpolitiker, Kieferorthopäden aus den osteuropäischen EU-Staaten bei vermeintlichen Versorgungslücken einzusetzen, sei daher unsinnig. Vor allem aber sei er gesellschaftspolitisch sehr bedenklich: „Es kann nicht angehen, dass Regierungspolitiker einer Berufsgruppe, die ihre legitimen Interessen vertritt, einfach damit drohen, sie durch ausländische Arbeitskräfte zu ersetzen. Genauso gut könnte die Bundesregierung demnächst auch beispielsweise osteuropäische Stahlarbeiter einladen, wenn die IG Metall gegen Lohnkürzungen und Arbeitszeitverlängerungen protestiert.“ KZBV

Niedersachsen

Kassenzulassung zurückgegeben

In Niedersachsen haben Ende April über 40 der 265 Kieferorthopäden ihre Kassenzulassung zurückgegeben. Laut Kassenzahnärztlicher Vereinigung Niedersachsen (KZVN) führt die Absenkung der Honorare zu Einkommensverlusten von bis zu 40 Prozent. Die Kassen sehen wegen der bereits bestehenden Unterversorgung mit Kieferorthopäden die Rückgaben der Zulassung als ernstes Problem an. Auf der Suche nach Lösungen schlossen die Sozialministerin des Landes Ursula von der Leyen und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt offenbar nicht aus, die entstandenen Lücken im Bedarf mit Fachleuten aus den neuen Beitrittsländern zu stopfen.

Der Bundesvorsitzende des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden, Eugen Dawirs, betonte: „Die Kieferorthopäden behandeln auch ohne

Kassenzulassung ihre Patienten weiter zu Kassensätzen“. Er wies zugleich Vorwürfe von der aktuellen Bundesgesundheitsministerin Schmidt und ihrem Vorgänger Horst Seehofer zurück, die über „die Top-Verdienernummer Sozialneid“ schüren würden.

Zwar habe die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) den Sicherstellungsauftrag für die kieferorthopädische Versorgung, aber „ich kann auch keine Kieferorthopäden backen“, betonte deren Erster Vorsitzender Karl Horst Schirbort. Kassen und Politik hätten immer wieder dazu aufgefordert, die Zulassung zurückzugeben, wenn ein Zahnarzt „nicht bedingungslos bereit sei, die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen“. pit/dpa



Foto: zm

weit. Das ist eine unglaubliche Verunglimpfung“, erklärte der Vorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz. „Niemand kann gezwungen werden, im Sachleistungssystem zu arbeiten. Politiker und Kassen haben protestierenden Zahnärzten in der Vergangenheit wiederholt empfohlen, das System zu verlassen, wenn dessen Konditionen ihnen nicht passen.“ Jetzt, wo Einzelne der Empfehlung folgen würden, zeige sich die ganze Inkonsistenz der Argumentation. Die Situation, so Fedderwitz, müsse

ohnehin lediglich die Behandlungen und Kosten übernehmen, die ausreichend und zweckmäßig seien. Damit seien aber oft nicht die Wünsche der Patienten abzudecken. Diesen Patientenwünschen gerecht zu werden, also bessere Therapien bis hin zum Optimalen beziehungsweise Maximalen durchführen zu können, sei ohne Mehrkosten- beziehungsweise Kostenerstattungsregelungen nicht machbar. Dies habe der Gesetzgeber ausdrücklich so festgelegt. Krankenkassen, die

Ulla Schmidt

Arzneikosten im April gesunken

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Kassen sind im April im Vergleich zum Vorjahresmonat um 15,1 Prozent gesunken, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in einer Sendung des WDR. „Das bedeutet, dass die Kassen im April fast 300 Millionen Euro weniger für Rezepte bezahlen müssen. Knapp 1,2 Milliarden Euro weniger zwischen Januar und April“, sagte Schmidt. Ihr Sparziel könne so erreicht werden.

Im Januar waren die Arzneikosten nach Angaben des Apothekerverbandes ABDA um 34 Pro-



Foto: ABDA

zent und im Februar um 18 Prozent eingebrochen. Im März lag das Minus allerdings nur noch bei 1,6 Prozent. Grund des Rückgangs dürften die höheren Zuzahlungen für Patienten seit dem 1. Januar 2004 sein. Der Einbruch zu Jahresbeginn lag offensichtlich daran, dass sich viele Patienten im Dezember Medikamente auf Vorrat hatten verschreiben lassen. pit/dpa

FDP-Pläne

Basisversicherung

Die FDP will langfristig die gesetzliche Krankenversicherung abschaffen und durch ein privates System ersetzen. Ein entsprechendes Konzept stellten FDP-Fraktionschef Wolfgang Gerhardt und der gesundheitspolitische Sprecher Dieter Thomae in Berlin vor. Es sei der Einstieg in ein kapitalgedecktes System mit Kostenerstattung und Wahlfreiheit der Versicherten.

Danach soll eine Basisversicherung für jedermann Pflicht werden. Über Zusatzversicherungen solle jeder selbst entscheiden. Die Basisversicherung soll dem heute üblichen Versicherungsschutz ähnlich sein, allerdings ohne Krankengeld und bestimmte zahnmedizinische Leistungen. Der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung soll als Lohnbestandteil ausgezahlt werden. Voraussetzung für das Konzept sei eine deutliche Steuersen-

kung, damit die Menschen mehr privat vorsorgen könnten. Aus Sicht der FDP können weder die von Rot-Grün favorisierte Bürgerversicherung noch die von der CDU vorgeschlagene Kopfpauschale das Gesundheitswesen auf Dauer leistungsfähig erhalten. pit/dpa

Beitragssenkungen

Ministerium hat keine Zweifel

Das Bundesgesundheitsministerium geht weiterhin von einem spürbaren Rückgang der Krankenkassenbeiträge bis Jahresende aus. Ministeriumssprecher Klaus Vater wies Berichte zurück, 2004 sei nicht mehr mit einer nennenswerten Senkung zu rechnen. Als Folge der Gesundheitsreform ging seit Jahresbeginn die Zahl der Zahnarztbesuche zurück. „Wir kommen bis zum Jahres-

Kassen und Apotheken

Streit um Arzneiausgaben

Apotheken und gesetzliche Krankenkassen streiten um die Effekte der Gesundheitsreform auf die Arzneiausgaben. Während die Apotheken einen Rückgang der Kassenausgaben von 16,8 Prozent im ersten Vierteljahr 2004 nach In-Kraft-Treten der Reform

vermeldeten, sehen die Krankenkassen „einen rasanten Aufwärtstrend“ trotz der massiven Eingriffe. Für eine Entwarnung gebe es im Arzneimittel-Bereich keinen Anlass, erklärten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Berlin.

Die Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA) geht dagegen davon aus, dass die Arzneiausgaben der Kassen aufgrund der Reform im gesamten Jahr um 15 Prozent sinken werden. „In unserem Bereich greift die Reform und bringt die erhofften Einsparungen für die Krankenkassen bei ihren Arzneimittelausgaben“, sagte ABDA-Präsident Hans-Günter Friese. pr/dpa

Befreiung von der Zuzahlung

Kasse beklagt Verwaltungsaufwand

Die AOK-Sachsen-Anhalt moniert den hohen Verwaltungsaufwand, der ihr durch die Zuzahlungsregelung entstehe. Derzeit beantragen nach Angaben der Kasse wöchentlich bis zu 1 000 Versicherte eine Befreiung von der Zuzahlung, 2004 erteilte sie diese bislang rund

17 000 Versicherten. Für die AOK entstehe ein großer Verwaltungsaufwand, weil alle Belege geprüft und das zu viel gezahlte Geld zurücküberwiesen werden müsse, sagte Vorstandschef Kasten.

Die Ausgaben für Medikamente erreichten jetzt bei vielen Menschen die Grenze, bis zu der sie Zuzahlungen selbst leisten müssen. Das sind in der Regel zwei Prozent des Jahreseinkommens, bei chronisch Kranken ein Prozent. In den vergangenen Jahren waren rund 170 000 AOK-Versicherte von der Zuzahlung befreit.

Man verhandele deshalb mit dem Sozialministerium über eine vereinfachte Vorgehensweise, so Kasten. pit/dpa

Begraben: aber ökologisch bitte

Eine absolut ökologische Art der Beerdigung hat sich eine schwedische Firma ausgedacht.

Auch Öko-Freaks sollen keine Sorgen haben, dass sie nach ihrem Tod die Umwelt belasten würden. Leichen, deren sich Promessa Organic annimmt, werden zunächst gefriergetrocknet, berichtet BBC online. Der gefriergetrocknete Körper wird dann von Schallwellen zerbröselt, bis nur noch ein geruchloses Pulver übrig ist, das „in den ökologischen Kreislauf zurückgeführt“ werden kann. Dazu kommt das Pulver in einen Sarg aus Maismehl, und der wird in ein flaches Grab gelegt.

„Sarg und Inhalt werden in etwa sechs Wochen zu Kompost“, erklärt Susanne Wiigh-Maesak, Biologin und Direktorin der schwedischen Firma. Angehörige könnten dann einen Baum oder einen Strauch an die Stelle pflanzen. „Der Kompost wird von der Pflanze aufgenommen. Sie ist dann Symbol für die gestorbene Person, und wir verstehen, was aus dem Körper geworden ist.“

ÄZ-online 11. Februar 2004

Augenherz

Manche Menschen tragen ihr Herz auf der Zunge – und manche sogar im Auge! JewelEye heißt der neue Mode-Gag, den niederländische Augenärzte ent-



Foto: Hippocratech



Illu: Wiedenroth

Europa und seine Folterkammer

worfen haben. Und zwar implantieren sie kleine Platinherzen in die oberflächliche Bindehaut. Dabei sind der Form des Implantats keine Grenzen gesetzt, wie das Unternehmen Hippocratech, das den Augenschmuck herstellt, berichtet. Zudem sei die Verschönerung völlig ungefährlich, das Implantat könne außerdem jederzeit entfernt werden. Was Augenärzte in Deutschland von diesem Augenschmuck halten, lässt sich hingegen leicht erraten!

pr/ÄZ

Echte Freunde

Auch unter Eseln, Schafen und anderen Huftieren gibt es echte Freundschaften. Die Marburger Biologin Anja Wasilewski hat kumpelhafte Beziehungen zwischen nicht verwandten Mitgliedern einer Herde nachgewiesen. Freundschaften würden das Wohlbefinden und damit auch die Gesundheit der Tiere steigern, berichtet die Hamburger Wochenzeitung „Die Zeit“ mit Verweis auf die Doktorarbeit der Forscherin. Freundschaft definiert Wasilewski als freiwillige Beziehung, die nicht sexuell moti-

viert sei. Indikatoren einer tierischen Freundschaft seien räumliche Nähe, soziale Fellpflege, Körperkontakt und Futterteilen.

pr/ÄZ/dpa



Aldilidl

Abends, wenn Gäste kommen, ist es bei uns immer schon Usus gewesen, nur vom Feinsten aufzutischen. Wer was auf sich hält, präsentiert Markenfraß. Nur – mal ehrlich – wer kann sich das heute angesichts der immer mieser werdenden Lage gerade auch bei uns Zahnärzten überhaupt noch leisten? Pssst, nicht weitersagen, weil's doch sehr am Image kratzt, aber ich bin heimlicher Aldi-Fan: Ich kaufe Teures billig bei Aldi und Lidl. Wenn das unsere Bekannten wüssten, wäre ich bestimmt bald unten durch. Doch so loben alle meine Kochkunst und merken nichts.

Jetzt flattert uns die Tage ein Fax in die Praxis mit einem tollen Angebot: Eine Firma gibt eine Liste heraus unter dem Titel „Die Markenhersteller hinter Aldi- und Lidl-Produkten“. Hach, ganz unbürokratisch, per Faxabruf, nur 1,89 Euro pro Minute. Ich greife ohne zu zögern zu. Das Fax röhelt ewig und spuckt schließlich Papier aus. Zwölf Seiten. Wow super! Mehr als 200 No-Name-Produkte, hinter denen renommierte Marken stecken. Jetzt kommt's raus: Die Nüsse sind von Ültje, der Sekt ist von Deinhard, der Joghurt ist von Bauer ... und die Faxrechnung ist vom Abzocker.

Jetzt reicht's! Das können wir uns echt nicht mehr leisten. Schluss mit der Heimlichkeit. Von nun an drehe ich den Spieß um und werde offensiv zum Aldi-Fan. „Aldilidl ist Kult“, bringe ich allen bei, die es hören und nicht hören wollen. „Wer was auf sich hält, geht zu Aldi!“ Gestern fragte mich meine Freundin, was es nächsten Donnerstag bei Aldi im Angebot gibt ...