



KZBV Kampagne

**Kampagnenfolder
im Heft**

**Ärztetag
in Bremen**

**Börsengang
à la Google**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wer den kleinen Finger reicht, läuft Gefahr, ganz über den Tisch gezogen zu werden. Diese Alltagsweisheit – von Neunmalklugen meist zitiert, wenn man bereits „übers Ohr gehauen“ wurde – dürfte bei Erfolg der „Bürgerversicherung“ wohl den einen oder anderen Zitatengeber finden. Punkten die rot-grünen GKV-Reformierer in dieser Frage, wird es wieder einmal darum gehen, den Griff des Staates in die Tasche der Bürger anschließend als Sparbeitrag schönzureden. So werden wir alle reicher – an Erfahrung.

Weit sinnvoller ist indes die Aufklärung vor dem Fall: Schon jetzt, wo Praxisgebühr, höhere Selbstbehalte, die Abschöpfung der Rentenbeiträge und anderes mehr bereits im staatlichen Spartopf landen, dort fleißig gezählt und via Beitragssatzsenkung als finanzielles Zauberkunststück wundersamer Geldvermehrung verkündet werden, zerren die Gesundheitspolitiker weiter am Bürger und aus ihrer Sicht unbequemen Teilhabern unserer Gesellschaft.

Rot-Grün deckmantelt den noch tieferen Griff in die Portmonees als Solidarität. Wo dieses wie Kaugummi gezogene „Füreinander Eintreten“ letztlich kleben bleibt, weiß bis heute angesichts unterschiedlicher Denkmodelle noch keiner. Sicher ist, sparen werden wir alle nicht. Denn medizinischer Fortschritt und auch die immer wieder eingeforderten Konjunkturspritzen gibt es nicht zum Nulltarif.

Dennoch scheint das Gezerre schon wieder zu helfen: Die privaten Krankenversiche-



Foto: MEV/zm

■ *Sympathiewerbung für die Bürgerversicherung? Wer vorschnell die Hand reicht, läuft schnell Gefahr, über den Tisch gezogen zu werden.*

rungen haben, um das für sie Schlimmste – das Austrocknen der Privaten Krankenversicherung durch die „Bürgerversicherung“ – zu verhindern, in vorausilendem Gehorsam ein Kompromissmodell vorgeschlagen. Der PKV-Verband bietet die Öffnung der privaten Versicherungsgesellschaften für einen den freiwillig GKV-Versicherten zugänglichen Standardtarif, ohne Gesundheitsprüfung. Gegenforderung für dieses Zugeständnis ist die Lockerung der staatlichen Komprende: eine Art Bestandsgarantie für das Geschäft mit der Kranken-Vollversicherung.

Keine Chance, so die Reaktionen aus der Gesundheitspolitik: „Der Gesetzgeber ist nicht dazu da, für das Geschäft von Privatunternehmen zu sorgen und ihnen damit einen staatlich garantierten Naturschutzpark zu schaffen“, konterte beispielsweise CSU-Vize Horst Seehofer. Also kein Ausweg, vielmehr augenscheinlich einige Zentimeter mehr nach vorn über den Tisch.

Ehrlicher, weil tatsächlich von einem Höchstmaß an Transparenz gekennzeichnet, ist da schon das von der FDP auf ihrem Parteitag in Dresden vorgeschlagene Modell einer langfristigen Privatisierung der Krankenversicherung.

Dieser Weg suggeriert weder nicht einzuhaltende Sparideen, noch die seit Jahrzehnten vergeblich beschworene Gesundung des GKV-Prinzips. Aber er sichert mit der schlichten Pflicht zur Versicherung die Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Versorgung im Gesundheitswesen aufrecht zu erhalten und verbessert die Vorsorge gegen die Demografie-Falle.

Aber auch dieser Weg verlangt einen praktischen finanzpolitischen Übergang und die Absicherung sozialer Härten. Auf diese Berechnung sind wir Bürger gespannt.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

Fotos/Titelbild: KZBV

Ganz weit aufmachen:
www.prozahn.de/praxis

Uns geht's um die Substanz. Ihre Zahnärzte

Besser können Sie die
 Gesundheit Ihrer Zähne
 nicht einfädeln.

FLOSSCARD[®]
 Zahnseide für Patienten

Uns geht's um die Substanz. Ihre Zahnärzte



Bis zum nächsten Mal!

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Uns geht's um die Substanz. Ihre Zahnärzte www.prozahn.de

Zum Titel

Mit einer Fülle von Materialien unterstützt die KZBV-Kampagne auch in diesem Jahr Aufklärung und Beratung zu den Neuerungen des GMG in der Praxis. Die thematischen Schwerpunkte: Die elektronische Gesundheitskarte und die Einführung der befundorientierten Festzuschüsse. Ein Folder zur Kampagne liegt dieser zm-Ausgabe bei.

Seite 38



Foto: dpa

Ärzte in Bewegung – bei Lockerungsübungen auf dem Deutschen Ärztetag. Die Bremer Tagung zeigte die Konsequenzen der Gesundheitspolitik auf.

Seite 32



Foto: Kunkel

Welche Diagnose würden Sie stellen? Der aktuelle klinische Fall liefert die Lösung.

Seite 54



Neue Erkenntnisse zum Bluthochdruck.

Seite 60



Die größte Suchmaschine geht an die Börse und bleibt wie sie ist: anders als alle anderen.

Seite 90



Editorial	1	<i>Orthopädie: Homocystein-Serumspiegel zeigt Osteoporoserisiko an</i>	59
Leitartikel			
<i>ZA Dieter Krenkel, Vorstand für Presse und PR der KZBV, zur KZBV-Kampagne</i>	4	<i>Jahrestagung der Hochdruckliga: Neue Therapieempfehlungen</i>	60
Leserforum	6	<i>Oft verkannt: Gallensteine</i>	62
Nachrichten	8, 14	Tagungen	
Gastkommentar			
<i>Dr. Rudi Mews, Berlin, zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens</i>	12	<i>Europäisches IOFOS-Meeting: Forensik-Fortbildung in Norwegen</i>	63
Das aktuelle Thema			
<i>Fortbildung zur Dentalhygienikerin: Klarheit aus dem Ministerium</i>	20	<i>8. Dresdner Parodontologie-Tagung: Mikrochirurgie im Paro-Frühling</i>	64
Politik und Beruf			
<i>Reform: Die Kassen rechnen ab</i>	24	Fachforum	
<i>BVD-Fortbildungstage 2004: Zukunft voller Wachstum</i>	26	<i>Neues aus der Welt der „Kons“</i>	66
<i>ÖGD-Kongress in Marburg: Prävention stärken</i>	28	Rezensionen	70
Aus den Ländern			
<i>46. Fortbildungswoche Westerland: Zahnärzte brechen den Inselrekord</i>	30	Nebenwirkungsformular	72
Gesundheit und Soziales			
<i>107. Deutscher Ärztetag in Bremen: Gesundheit – hohes Gut, keine Ware</i>	32	Veranstaltungen	73
Titelstory			
<i>KZBV-Öffentlichkeitskampagne 2004: Aufklären statt verunsichern</i>	38	Praxismanagement	
Zahnmedizin			
<i>Kasuistik: Kronen-/Wurzelfraktur nach Endo</i>	42	<i>Änderungen im Steuerrecht: Ein Gut – ob beruflich oder privat</i>	82
<i>Stellungnahme DGI: Der richtige Zeitpunkt für Implantate</i>	50	EDV	
<i>Der aktuelle klinische Fall: Seltene Infektion der Kopf-Hals-Region</i>	54	<i>Statistik: Fit in EDV</i>	86
Medizin			
<i>Infektionskrankheiten: Parasiten in Sushi und Sashimi</i>	56	Finanzen	
Orthopädie: Homocystein-Serumspiegel zeigt Osteoporoserisiko an			
Prävention stärken			
46. Fortbildungswoche Westerland: Zahnärzte brechen den Inselrekord			
107. Deutscher Ärztetag in Bremen: Gesundheit – hohes Gut, keine Ware			
KZBV-Öffentlichkeitskampagne 2004: Aufklären statt verunsichern			
Kasuistik: Kronen-/Wurzelfraktur nach Endo			
Stellungnahme DGI: Der richtige Zeitpunkt für Implantate			
Der aktuelle klinische Fall: Seltene Infektion der Kopf-Hals-Region			
Infektionskrankheiten: Parasiten in Sushi und Sashimi			
Orthopädie: Homocystein-Serumspiegel zeigt Osteoporoserisiko an			
Jahrestagung der Hochdruckliga: Neue Therapieempfehlungen			
Oft verkannt: Gallensteine			
Europäisches IOFOS-Meeting: Forensik-Fortbildung in Norwegen			
8. Dresdner Parodontologie-Tagung: Mikrochirurgie im Paro-Frühling			
Neues aus der Welt der „Kons“			
Rezensionen			
Nebenwirkungsformular			
Veranstaltungen			
Praxismanagement			
Änderungen im Steuerrecht: Ein Gut – ob beruflich oder privat			
EDV			
Statistik: Fit in EDV			
Finanzen			
Die Suchmaschine geht an die Börse: Googlemania			
Prophylaxe			
Aktionen in Hessen, Berlin, Wuppertal			
Freizeit			
Sport für Zahnärzte und Ärzte			
Historisches			
Älteste Zahnbürste Europas: Vom Außenseiter zum Topmodell			
Impressum			
Letzte Nachrichten			
Zu guter Letzt			

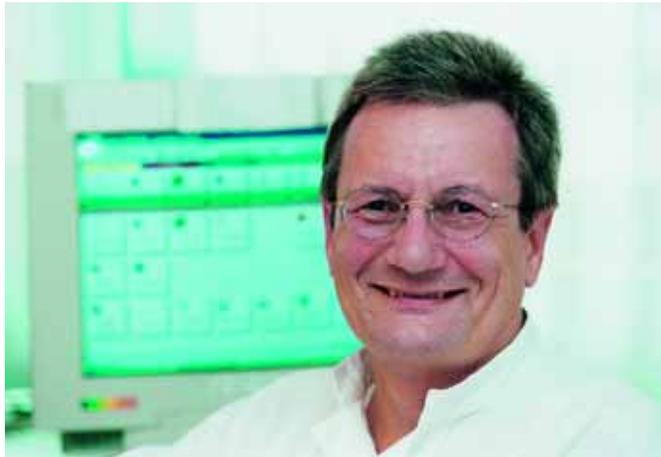


Foto: zmf-Archiv

Im Vorfeld überzeugen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

„Sambiki saru“ nennt sich das bekannte fernöstliche Motiv mit den drei Affen, die nichts sehen, sagen und hören wollen. Ein Verhalten, das mit Blick auf die Probleme im Gesundheitswesen Manchem als Lösung ebenso naheliegend wie einfach scheint. Aber denken Sie nicht weiter darüber nach: „Sambiki saru“ ist keine praktikable Lösung zur Abwehr des „Bösen“ – schon gar nicht für Deutschlands Zahnärzteschaft.

Unser Berufsstand hat zu Recht immer den umgekehrten Weg beschritten: Für uns ist es Pflicht, Augen und Ohren offen zu halten, die Dinge vorausschauend zu analysieren, Probleme zu benennen und für uns und unsere Patienten aktiv einzutreten – gerade in Zeiten des so folgenschweren GKV-Modernisierungsgesetzes.

Folgerichtig startet die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung jetzt in die zweite Runde einer Kampagne, die wie im Vorjahr gemeinsam mit KZVen und vor allem mit Hilfe Ihrer Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit gegenüber den Patienten Stellung bezieht, Probleme benennt, Bewusstsein schafft, aber auch Ängste nimmt und etwaige Verunsicherung beseitigt.

Zusammen mit einem redaktionellen Beirat der KZVen und der Agentur Ogilvy & Mather intensivieren wir für die zweite Jahreshälfte unsere Öffentlichkeitsarbeit mit einer breiten Palette von Maßnahmen – von An-

zeigen in Massenmedien bis zur Expomat-Wand für die Arbeit vor Ort. Für die Arbeit in Ihrer Praxis stellen wir Materialien zur Verfügung, die Aufmerksamkeit schaffen, neugierig machen, Ihre Patienten zum Gespräch mit dem Praxisteam ambitionieren. Ein Folder über Ziel und Inhalte der Kampagne liegt dieser zm-Ausgabe bei.

Die Gründe für diese Aktivitäten? Während in der Öffentlichkeit nach wie vor um Kassengebühr, Selbstbehalte, Beitragsatzreduzierung und GKV-Verschuldung lamentiert wird, deuten sich bereits weitere Änderungen an. Deren Auswirkungen treffen uns und unsere Patienten noch weit mehr als das bisher Erlebte: Vom Zeitpunkt ihrer Einführung im Januar 2006 noch weit entfernt, wirft die „Elektronische Gesundheitskarte“ bereits heute wenig rühmliche Schatten voraus. Die Karte erfordert ein neues System, dessen Entwicklung das Ministerium mit extremem Druck vorantreibt. Nutznießer werden vorrangig die gesetzlichen Krankenkassen sein. Für das notwendige Equipment zahlen sollen, so der bisherige Stand, wir Heilberufler. Außer Spesen nichts gewesen? Viel schlimmer: Sollten die Kassen sich durchsetzen, wird diese erneute

Datensammelei möglichem Missbrauch Tür und Tor öffnen. Davor müssen wir uns und unsere Patienten bewahren. Nichts mehr und nichts weniger will die Kampagne mit ihrer Aufklärung zum Thema Datenschutz erreichen.

Für unsere Zukunft noch viel bedeutender ist die zum Januar 2005 angesetzte Einführung der befundorientierten Festzuschüsse beim Zahnersatz. Wohlgermerkt: Das GMG ist – auch in diesem Bereich – alles andere als unser Gesetz. Trotzdem basiert gerade diese Neuerung auf Forderungen der Zahnärzteschaft. Selbst wenn nur auf einen Teilbereich unserer Forderungen begrenzt und durch die Regelung einer GKV/PKV-Zusatzversicherung gehörig verwässert, ist dieses Neuland für die Politik ein Experiment, an dem künftige Entscheidungen gemessen werden. Wir haben es in der Hand, diese Chance zu meistern, aber wir alle tragen auch mit die Verantwortung,

falls diese Neuerung scheitern sollte.

Die Kampagne leistet dazu fundierte Aufklärungsarbeit. Unsere Patienten müssen wir schon im Vorfeld von der Chance überzeugen, die für uns alle in dieser neuen Regelung liegt. Wir müssen beweisen, dass die hohe Vertrauensposition, die wir bei unseren Patienten genießen, gerechtfertigt ist. Dieses

Plus haben wir den Politikern voraus. Gestalten Sie mit uns gemeinsam diesen Weg in eine bessere Zukunft – für uns und unsere Patienten. Schließlich gibt es neben unserer fachlichen Arbeit sogar mehr als die auf dem Kampagnen-Poster angeführten 32 Gründe, die für uns sprechen.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen

Dieter Krenkel

Vorstand für Presse und Öffentlichkeitsarbeit der KZBV

Analogberechnung bei Kompositen

■ Zum Beitrag „Die Bewertung direkter Komposit-Restaurationen“ in zm 6/2004:

Auf Seite 42 des Artikels über analoge Berechnungen der Komposit-Restaurationen steht unter Abb. 6 a, auf der eine Wurzelfraktur des devitalen 16 eindeutig sichtbar ist, dass „bis vor kurzem ... hier eine Überkronung (gegebenenfalls mit Stiftverankerung) als nahezu einzige restaurative Therapieform angezeigt gewesen“ wäre.

Eigentlich ist es in Ordnung, dass die Fortbildung zum Zwang wird. Vielleicht treffe ich irgendwo den Herrn Prof. Dr. Dr. Staehle, um ihn fragen zu dürfen, ob dies ganz ernst gemeint wird.

Ich bin für Ratschläge, wie ich analog, oder wie auch immer, abrechnen darf, grenzenlos dankbar, aber solche Werke darf man meiner Meinung nach nicht einmal umsonst machen.

Dr. Paul Ressel
Uferstr. 132
35066 Frankenberg

Dazu die Autoren:

In dem Artikel „Die Bewertung direkter Komposit-Restaurationen“ wurden einige Abbildungen mit klinischen Fallbeispielen präsentiert. Im Gegensatz zu der Einschätzung von Herrn Dr. Ressel sind heute gerade beim Vorliegen von Situationen, wie sie in Abb. 6 dargestellt wurden, unter einer kritischen Nutzen-Risiko-Abwägung Reparaturversorgungen als ernsthafte Alternativen zu hoch invasiven Eingriffen zu betrachten. Nähere Erläuterungen zu dieser Thematik finden sich in dem Beitrag „Behand-

lungsoptionen bei einer Kronen-/Wurzelfraktur eines endodontisch behandelten Zahnes“, der in diesem zm-Heft (siehe Seite 42) abgedruckt ist.

Prof. Dr. D. Heidemann
Prof. Dr. E. Hellwig
Prof. Dr. R. Hickel
Prof. Dr. B. Klaiber
Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle



Bei der Praxisreife der Kompositrestaurationen bewegen sich die Autoren insbesondere im Adhäsivbereich auf einer sehr niedrigen Evidenzstufe. Insbesondere bei der Dentinadhäsion gibt es in der Literatur „unscharfe“ Begriffe, das heißt nicht reproduzierbare Zustände spielen eine große Bedeutung. Wann ist Dentin trocken (nie), feucht (was ist das) oder schon nass? Dies sind aber für den klinischen Erfolg ebenso wichtige aber unkontrollierbare Zustände wie die Beschaffenheit der Adhäsive abhängig von Lagerung, Temperatur und mehr ist. Was ist mit Entmischungsvorgängen oder der nicht nachprüfbarer Verdunstung der Lösungsmittel, wasserbasiert oder nicht? Die Haftwerte und Haftwertigkeit der Dentinadhäsive beziehen sich auf gesundes Dentin und sind In-vitro-Daten. Gesundes Dentin ist aber klinisch niemals darstellbar, da es kein sicheres Verfahren dazu gibt. Außerdem findet derzeit ein Paradigmenwechsel statt, da in der Kariologie lediglich das infizierte Dentin als entfernenswert betrachtet wird. Wie sieht es

dann mit der Dentin-Haftung aus, und wie wichtig ist diese überhaupt für den Erfolg einer Restauration – oder langfristig – eine Gefährdung des Behandlungserfolgs? Ist das Unbehagen über eine im Nanobereich auf Dauer angeblich stabile Barriere durch Dentinadhäsiv nicht doch gerechtfertigt? Des Weiteren ist durchaus strittig, ob Flow-Composites die ihnen nachgesagten Vorteile überhaupt besitzen. Die praktisch uneingeschränkte Indikation für den Seitenzahnbereich widerspricht zum Beispiel der Einschätzung im Editorial der Quintessence International



Fotos: Staehle

vom Januar 2004. Dort heißt es sinngemäß: „Werden die Erkenntnisse der Erfahrung auf dem Altar neuer Technologien geopfert, kann dies dem Patienten schaden. Ein auffallendes Beispiel (sic!) ist der Gebrauch neuer Füllungsmaterialien im Kaulast tragenden Molarenbereich. Beim Versuch, neue Techniken anzuwenden ohne dafür gute wissenschaftliche Erkenntnisse zu besitzen, wurden diese Materialien für okklusionstra-

gende Versorgungen verwendet. Viele dieser Materialien haben sich als dafür ungeeignet herausgestellt, wobei der Patient den Preis für die Innovation bezahlt.“

Trotz des geschichtlichen Abrisses haben die Autoren einen für die Wertigkeit von Evidenz wichtigen Faktor außer Acht lassen müssen, nämlich die Zeit. Die Anwendungs- und Erfahrungszyklen lassen sich nicht den Erfordernissen einer evidenzbasierten Zahnheilkunde unterwerfen, sondern werden vom Marketing der Industrie bestimmt. Daher gibt es in diesem Bereich fast nur „weiche“ Evidenz und die Karawane ist längst weitergezogen, bevor es zu einer Analyse der Misserfolge kommen kann.

Vieles von dem, was noch vor kurzer Zeit im Adhäsivbereich als gesichertes Erkenntnis verbreitet wurde, muss sich angesichts neuerer Erkenntnisse als experimentelles Vorgehen mit großem Misserfolgspotential erweisen, ohne dass die Sicherheit besteht, dass die jeweils neueste Generation einen wirklichen Fortschritt darstellt. Nur das Bessere ist der Feind des Guten, weshalb ich bei den Ausführungen der Hochschullehrer die kritische Distanz vermissen, der eine evidenzbasierte Zahnheilkunde schon aus Selbstachtung unbedingt bedarf. Keiner der Beteiligten, ob Industrie, Praktiker, Forschung oder Fachgesellschaften, erweist dem Berufsstand einen guten Dienst, wenn diese Distanz unter Abrechnungsgesichtspunkten aus dem Blickwinkel gerät.

Carlheinz Swaczyna
Am Marktplatz 21
47829 Krefeld

Dazu die Autoren:

Zahnärztliche Restaurationen unter Verwendung von Kompositen und Adhäsiven haben in den letzten Jahrzehnten eine wechselvolle Wegstrecke hinter sich gebracht, die nicht nur von Erfolgen, sondern auch von zahlreichen Misserfolgen gepflastert war. Auch die heute zur Verfügung stehenden Materialien dieser Art lassen zweifellos noch viele Wünsche offen. Bei der Erprobung neuer Indikationsgebiete werden auch in Zukunft Rückschläge kaum zu vermeiden sein und zu hoch gesteckte Erwartungen enttäuscht werden. Dies trifft bekanntlich für nahezu jede Neuerung auf dem Gebiet der Zahnmedizin und Medizin zu. Aufgrund einiger negativer Erfahrungen in der Vergangenheit ist es nachvollziehbar, dass der vermehrte Einsatz von Kompositen von etlichen zahnärztlichen Kollegen mit gewisser Skepsis betrachtet wird. Gleichwohl steht inzwischen eine sehr große Zahl experimenteller und klinischer Arbeiten unterschiedlicher Evidenz-Stufen zur Verfügung, die eine Anwendung von multifunktionalen Adhäsiven und Kompositen im Praxisalltag rechtfertigt. Dies sollte insbesondere im Hinblick auf das häufig günstige Nutzen-/Schaden-Verhältnis von Kompositrestaurationen im Vergleich zu hoch invasiven Therapiealternativen gesehen werden. Letztlich ist diese positive Entwicklung der Grund, weshalb diese Materialien weltweit in einem steigenden Ausmaß zum Einsatz kommen. Eine zahnärztlich-restaurative Versor-

gung ohne Komposite und Adhäsive ist heute im Grunde nicht mehr vorstellbar. In zahlreichen klinischen Situationen ist die Versorgung mit Kompositen sogar zum Mittel der ersten Wahl geworden. Vergleicht man den Kenntnis- und Entwicklungsstand von heute mit dem der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts, kann man von einer grundlegend neuen Bewertung sprechen.

Es ist also keineswegs so, dass hier ohne ausreichende wissenschaftliche Grundlage fragwürdige Innovationen zum Schaden des Patienten zum Einsatz kommen. Im Übrigen wird durch die überproportional steigende Zahl wissenschaftlicher Studien zu zahnfarbenen Restaurationsmaterialien und Adhäsiven (im Vergleich zu metallischen Werkstoffen) eine zunehmend zuverlässigere Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen von Kompositrestaurationen möglich. Dies betrifft auch Studien über die äußeren Rahmenbedingungen bei der Herstellung von Restaurationen und über die Langzeitprognose.

Industrie, Praktiker, Forscher, Fachgesellschaften und zahlreiche weitere Institutionen würden dem Berufsstand einen schlechten Dienst erweisen, wenn sie neue Entwicklungen zur schadensgerechten und Substanz schonenden Versorgung ignorierten und auf einer Dominanz hoch invasiver, Substanz opfernder Eingriffe beharrten.

*Prof. Dr. D. Heidemann
Prof. Dr. E. Hellwig
Prof. Dr. R. Hickel
Prof. Dr. B. Klaißer
Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle*

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

„Die größte Gefahr droht von der Politik“

Die Diskussion um eine zukunftsfähige Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems ist trotz der Einigung der großen Volksparteien im vorigen Jahr auf eine „Notlösung“ (Horst Seehofer, CSU) nie abgerissen. Zwei Schlagworte, „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“, stehen dabei einander plakativ gegenüber. Mehrere Modelle vermischen einzelne Elemente daraus, und kein Vorschlag bezieht schon glaubwürdig die Finanzierung mit ein. Sie ist das Hauptproblem. Die Übergangszeiten kosten Milliarden. Werden alle Bürger einbezogen, so müsste nicht zuletzt das gesamte Besoldungssystem der Beamten radikal verändert werden. Das ist nur in zwei bis drei Generationen zu bewältigen.

Eine Aussage des Bundeskanzlers kennzeichnet die verworrene Lage. Ihm sei das Solidarprinzip in der Krankenversicherung wichtig, ließ Gerhard Schröder verlautbaren. Auf Nachfrage fügte ein Regierungssprecher in der Bundespressekonferenz hinzu, der Kanzler habe zwar eine Meinung, sei aber nicht festgelegt. Wer immer will, mag das für eine Präzisierung halten. Ohne Zweifel eignet sich der Name „Bürgerversicherung“ für die Wahlkampf-Sozialsemantik besser als andere. Auch CSU-Chef Edmund Stoiber hat bis vor kurzem daran festgehalten, obwohl die Schwesterpartei CDU sich nach dem Vorschlag der Herzog-Kommission für die Kopfpauschale entschieden hat.

Auch in der SPD gibt es widerstreitende Meinungen. Wirtschaftsminister Wolfgang Clement hält die Bürgerversicherung für nicht ausreichend durchdacht. SPD-Chef Franz Müntefering setzt neuerdings andere Akzente. Er steht unter

dem Druck des linken Flügels seiner Partei und der Gewerkschaften, die sich von der Bürgerversicherung mehr Beitragsgerechtigkeit versprechen. Nicht nur alle Staatsbürger, sondern auch alle Einkünfte sollen in die Sozialversicherungspflicht einbezogen werden. Die private Krankenversicherung (PKV) fürchtet sowohl von den Schwarzen als auch von den Rot-Grünen den Tod auf Raten.

Müntefering kündigte – zusammen mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt – kurzfristig schon einen Gesetzentwurf bis zum nächsten Jahr an. Das war nur eine Eintagsfliege. Die Grünen, im Prinzip seit langem für die Bürgerversicherung, sehen realistisch mit Teilen der SPD zusammen, dass ein Gesetzentwurf der Regierungskoalition im Bundesrat mit seiner Unionsmehrheit nicht die geringste Chance hätte. Die Genossen wollen nun bis zum Herbst ein Eckpunktepapier vorlegen. Die bisher uneinige Union will, vorausgesetzt, sie gewinnt die Bundestagswahl 2006, ihre Vorstellungen so schnell wie möglich danach umsetzen. Im Laufe der Legislaturperiode bröckelt erfahrungsgemäß im Bundesrat der Rückhalt für die Regierung.



Foto: privat

Die Finanzierung der Krankenversicherung ist nicht zukunftsfähig. Ein neues System muss nicht nur die Demografiefestigkeit berücksichtigen, sondern auch die Bezahlbarkeit des medizinischen Fortschritts für alle mit einbeziehen. Keine Partei hat zurzeit eine politisch umsetzbare Antwort darauf.

Dr. Rudi Mews,
Parlamentskorrespondent
in Berlin



Foto: MEV/zm

Die größte Gefahr der Umsetzung drohe von der Politik, sagt Horst Seehofer und meint damit selbstkritisch die Abhängigkeit der Parteien von Lobbyisten und Pressure-Groups. Hat die Wissenschaft eine Antwort? Der Kronberger Kreis, ein wirtschaftsnahes Gremium angesehener Wirtschaftswissenschaftler und Juristen, schlägt vor, mit individuellen Gesundheitsprämien das System von den Arbeitskosten abzukoppeln und damit die zurzeit wie eine zusätzliche Lohnsteuer wirkenden GKV-Beiträge abzulösen. Eine Vorsorgekomponente soll die fehlende Kapitaldeckung der GKV auffangen. Die PKV hat auch bei den Kronbergern keine Überlebenschance.

Das Gesundheitswesen sei ein Wachstumsmarkt, sagen alle Modellbauer. Und alle wollen Wettbewerb, meist aber zu Gunsten der eigenen Klientel. Jedenfalls müsste jedes neue System nicht nur die Demografiefestigkeit, sondern auch die Finanzierung des medizinischen Fortschritts mit einbeziehen. Die Parteien geben darauf bisher keine schlüssige Antwort. Wissenschaftler, wie der Kölner Gesundheitsökonom Karl Lauterbach und der Darmstädter Finanzwissenschaftler Bert Rürup, beide Multiberater der Politik, machen sich den Sieg von Bürgerversicherung und Kopfprämie streitig. Rürup hat inzwischen Gehör bei der CSU gefunden. Aber rechnen soll er noch, sagt Stoiber. – Wer durchschlägt den gordischen Knoten? Kommt dazu womöglich ein ungewohnter Impuls von einem Bundespräsidenten Horst Köhler, der – noch gar nicht im Amt – schon den Umbau der Gesellschaft angemahnt hat?

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Kieferorthopäden Niedersachsen

Sicherstellung geht an Krankenkassen

Im Konflikt um die kieferorthopädische Versorgung in Niedersachsen hat Sozialministerin Ursula von der Leyen den Sicherstellungsauftrag für kieferorthopädische Leistungen in den Zulassungsgebieten Cuxhaven, Hildesheim und Hannover an die Krankenkassen übertragen. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) hatte erst aus der Presse vom Entzug des Sicherstellungsauftrages erfahren.

„Dieser Schritt hat uns völlig überrascht“, erklärte der KZV-Vorsitzende Dr. Karl Horst Schirbort. Er erinnerte daran, dass alle Kieferorthopäden, die bisher ihre

Zulassung zurückgegeben hatten, bereit seien, die laufenden Behandlungen zu den bisher mit den Kassen vereinbarten Konditionen fortzuführen und abzuschließen. Bei Kassen und Ministerium seien aber die Angebote aus „prinzipiellen Erwägungen“ in den Wind geschlagen worden. Der Vorstand der KZVN habe alles getan, was nötig und möglich sei, um die Versorgung sicherzustellen. Anders als die Ministerin könne die KZVN nicht erkennen, dass es sich bei der Rückgabe der Kassenzulassung durch die bisher knapp 60 Kieferorthopäden um einen kollektiven Verzicht gehandelt habe. pr/pm

Statistisches Bundesamt

Umsätze der Apotheken

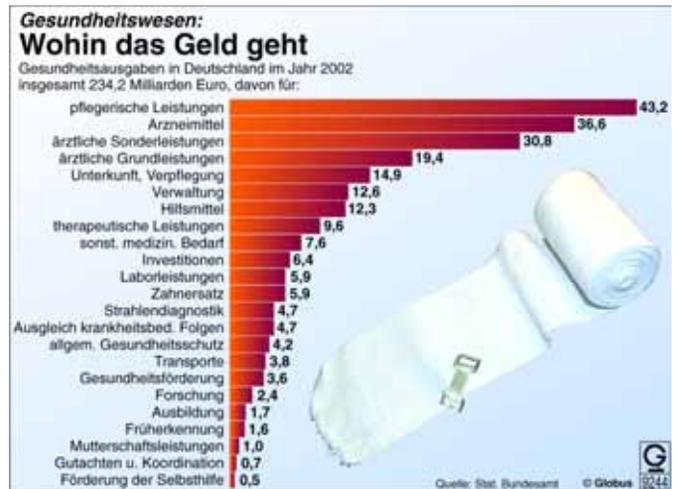
Die Umsätze der Apotheken in Deutschland sind erstmals seit 1997 gesunken. Im ersten Quartal nahmen die Apotheken im Vergleich zum Vorjahresquartal 6,3 Prozent weniger ein, teilte

das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mit, inflationsbereinigt gab es ein Umsatzminus von 5,9 Prozent.

Einen Umsatzrückgang in einem ersten Quartal gab es nach Angaben der Statistiker zuletzt 1997, als eine Gesundheitsreform die Ausgaben für Medikamente begrenzen sollte. Von 1995 bis 2003 stiegen die Pharma-Umsätze von Jahr zu Jahr. Sie machen mit rund 95 Prozent den Löwenanteil des Apothekengeschäfts aus. 2003 gab es in jeweiligen Preisen ein Plus von 2,8 Prozent (real plus 3,8 Prozent). pit/dpa



Foto: MEV



BdA zu den Folgen der Reform

Praxiskräfte nur noch Zuverdiener

Immer mehr Praxismitarbeiterinnen im ambulanten Gesundheitswesen arbeiten Teilzeit und sind aufgrund des niedrigen Gehalts kaum in der Lage, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Das ergab die vierte repräsentative Umfrage des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen e. V. (BdA) zur Beschäftigtenstruktur in deutschen Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen vom April 2004.

In den befragten 418 Praxen sind laut Studie 48 Prozent der Mitarbeiterinnen ganztags tätig – 1996 waren es noch etwa 58 Prozent. Die Zahl der Halbtagskräfte und geringfügig Beschäftigten stieg dagegen an.

Die Zunahme der Minijobs könne aber nicht als arbeitsmarktpolitischer Erfolg gewertet werden, so der BdA. Frauen würden mehr und mehr in eine Zuverdienerrolle abgedrängt, die weder eine eigenständige Lebensführung, noch eine eigenständige Altersvorsorge ermöglichen. ck/pm

Kommentar

Trübe Aussichten

Ohne seine Mitarbeiterinnen ist der beste Arzt verraten und verkauft. Die Schätze der Praxis kümmern sich um das Patientenwohl, sie sorgen dafür, dass „der Laden läuft.“ Fragt sich nur, wie lange noch. Zwar ist der Gesundheitsmarkt als „Wachstumsmarkt“ bekannt, doch fordert die Reform auch in punkto Arbeitsplatz ihren Tribut, besagt die neue BdA-Umfrage. Der finanzielle Engpass zwingt viele Ärzte zu Kürzungen, als Folge arbeiten die Mitarbeiterinnen vermehrt in Minijobs. Also müssen sie den Gürtel noch enger schnallen als bisher. Der Spaß an der Arbeit wird wohl schnell Existenzängsten Platz machen müssen.

Eins aber ist klar: Eine qualitativ hochwertige Zahnheilkunde braucht gut ausgebildete und motivierte Praxiskräfte. Unter den jetzigen Bedingungen wird diese Arbeit nicht mehr lange zu stemmen sein. Claudia Kluckhuhn

Aktion Rauchfrei rät zu Verzicht

363 Millionen Zigaretten täglich

Pro Tag gehen in Deutschland durchschnittlich 363 Millionen Zigaretten in Rauch auf. Das hat das Statistische Bundesamt auf Grundlage der Zahl der versteuerten Zigaretten im Kalenderjahr 2003 ermittelt. Daneben werden täglich noch neun Millionen Zigarren und Zigarillos, 51 Tonnen Feinschnitt und zwei Tonnen Pfeifentabak geraucht. Das Bundesgesundheitsministerium will nun verstärkt gegen das Rauchen vorgehen. Die Ak-

tion „Rauchfrei 2004“ sei eine Maßnahme, den Ausstieg insbesondere von Jugendlichen zu fördern, erklärte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk (SPD). Bei der Nichtraucherkampagne hätten dieses Jahr über 90 000 Raucher mitgemacht und im April und Mai auf das Rauchen verzichtet. Die Aktion stand unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). pit/pm/ots



Foto: ABDA

BZÄK

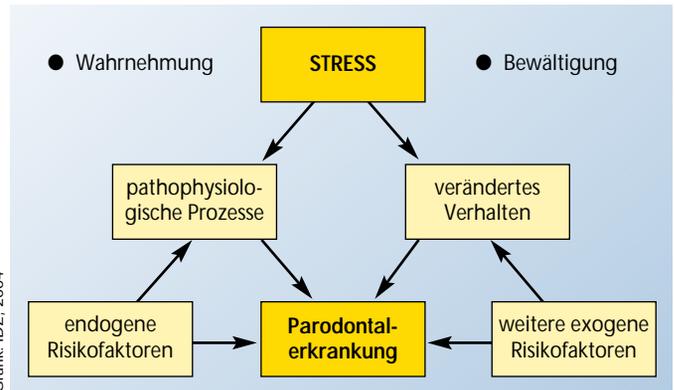
Weltnichtrauchertag

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) forderte anlässlich des Weltnichtrauchertages am 31. Mai 2004 alle Mitglieder der zahnärztlichen Teams auf, sich noch stärker an der Reduktion des Tabakgebrauchs und der Nikotinabhängigkeit der Bevölkerung zu beteiligen. Tabakkonsum sei häufig Ursache vermeidbarer Krankheiten und Todesfälle.

„Im Interesse einer ursachenorientierten Vermeidung oraler Erkrankungen ist es erforderlich, die Raucherentwöhnungsberatung sowie Informationen über

die Folgen des Tabakkonsums für die Mundgesundheit in die Routine der täglichen zahnärztlichen Praxis zu integrieren“, betont Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer.

Die BZÄK fordert alle Institutionen und Fortbildungsinstitute, die sich der Mundgesundheit widmen, auf, tabakassoziierte Themen in ihre Fortbildung aufzunehmen, und unterstützt alle Maßnahmen, die helfen, das Rauchen von vornherein vermeiden pit/BZÄK



Stress und Parodontitis

Neue IDZ-Information

Aktuelle Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Stress und Parodontitis zeigt eine neue Information des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) auf. Auch in der Zahnmedizin würden mittlerweile Fragestellungen der Stressmedizin an der Schnittstelle zwischen Verhalten und Befund eine Rolle spielen, erklärt das IDZ. Die parodontologische Forschung habe hier eine führende Rolle übernommen. Die IDZ-Information fasst den Stand der Erkenntnisse zur evidenzbasierten Gültigkeit der Stress-Parodontitis-Hypothese

zusammen. Sie identifiziert auf der Grundlage der Durchsicht der internationalen Forschungsliteratur die wichtigsten Desiderate, um auch die Anwendungsmöglichkeiten der Forschungsdaten für die Praxis nutzbar zu machen. pr/IDZ

■ **Exemplare der IDZ-Information Nr. 2/2004 „Stress und Parodontitis: Neue Erkenntnisse zu einer alten Vermutung“, von Renate Deinzer, Düsseldorf, können kostenlos angefordert werden beim IDZ, Universitätsstr. 73, 50931 Köln, Fax: 0221/404886, E-Mail: idz@kzbv.de. Der Text kann als pdf-Datei von der Internet-Homepage des IDZ unter <http://www.idz-koeln.de> heruntergeladen werden.**

Versichertenkarte

Missbrauch

Der Missbrauch von Krankenkassen-Chipkarten verursacht Schäden von ein bis zwei Milliarden Euro pro Jahr. Das geht aus einem Pilotprojekt der Berliner Betriebskrankenkasse Verkehrsbau Union (BKK VBU) hervor.

Wie das „Hamburger Abendblatt“ berichtete, sind im ersten Quartal 2004 bei den beteiligten 500 Vertragsärzten 138 Karten missbräuchlich verwendet worden. Hochgerechnet seien durch diese Zahlen die Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstmals bestätigt, hieß es. pit/dpa

BMGS

Weniger Krankmeldungen

Der Krankenstand ist in den ersten fünf Monaten dieses Jahres weiter gesunken. Das teilte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) mit.

Nach Angaben des BMGS lag der offizielle Krankenstand in diesem Jahr von Januar bis Mai bei 3,38 Prozent der Soll-Arbeitsstunden und damit um zehn Prozent unter dem Vorjahreswert. Im vergangenen Jahr hatte der Krankenstand mit durchschnittlich 3,61 Prozent das bisher niedrigste Niveau seit Einführung der Lohnfortzahlung im Jahr 1970 erreicht. pit/dpa

Kammerfortbildung Schleswig-Holstein: Wenn der hohe Norden ruft

Westerländer Kongress-Splitter

Kompositrestauration: Vorsicht bei Bruxisten

Wenn die Lachlinie bei einem Bruxisten durch einen Kompositaufbau korrigiert wurde, dann kann diese kleine Veränderung unter Umständen wie ein Trigger wirken. Daher sollte dem Patienten sofort eine flexible provisorische Schiene angepasst werden, die ab der ersten Nacht getragen werden muss.

„Die Zahnmedizin sollte sich fachlich und mental zurückbesinnen auf die reinen medizinischen Grundlagen.“

Prof. Dr. Georg Meyer,
Greifswald

Bleibt die Situation längere Zeit stabil, so kann eine feste Schiene zum nächtlichen Schutz angefertigt werden, das empfahl Dr. Wolfgang Boer, Euskirchen. sp

Diagnostische Provisorien für zu Hause

Fertigen Sie beim Wunsch nach Keramikveneers vorerst diagnostische Provisorien an. Dann kann der Patient zu Hause ganz in Ruhe vor dem Spiegel probieren, ob die spätere Zahnform, Farbe und mehr auch seinen ästhetischen Vorstellungen entsprechen. Er kann auch seine Familie dazu befragen, ob die neuen „Zähne“ zu seinem Äußeren passen. So provozieren Sie die Zufriedenheit des Patienten und vermeiden Beschwerden, riet Dr. Wolfgang Boer. sp

1 200 Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie ihr Personal waren aus allen Teilen Deutschlands und der Nachbarländer auf die Nordseeinsel gereist, um sich die steife Fortbildungsbrise der Schleswig-Holsteiner Zahnärztekammer voll ins Gesicht blasen zu lassen. Hier einige der fachlichen Highlights und Tipps fürs Umsetzen in den Praxisalltag.

Viele Parameter signalisieren das Alter der Zähne

Nicht nur eine herkömmliche Farbabnahme führt zu einem optimal ästhetischen Rekonstruktionsergebnis, sondern auch die genaue Beachtung der Parameter, die die Alterung eines Zahnes signalisieren, so Dr. W. Boer. Hier seien neben der Kontur auch die Seiten- und Zentral-Wülste, der Verlauf von

„Überprüfen Sie immer genau, was der Patient möchte, denn nicht Ihre ästhetische Empfindung führt zum Erfolg, sondern die des Patienten.“

Dr. Wolfgang Boer, Euskirchen

Längs- und Querrillen (Mikrostruktur), die Transparenz der Schneidekanten sowie farbliche Anomalien und die Beschaffenheit der Oberfläche zu beachten, so der Referent. sp

Kopfschmerzpatienten gehören auf den Zahnarztstuhl

Etwa 92 Prozent aller Kopfschmerzpatienten leiden an Spannungskopfschmerzen oder Migräne. In solchen Fällen sollte auch der Zahnarzt anamnestisch tätig werden, das empfahl Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald. Nicht selten kann durch eine genaue Funktionsanalyse die Ursache erkannt und durch einfache Bisslageveränderungen dem Patienten nachhaltig geholfen werden. sp

Indikationsstellung bei

Komposit-Materialien beachten

Wenn die genauen Indikationsangaben der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) beachtet werden, liegt man immer auf der sicheren Seite, so Priv. Doz. Dr. Roland Frankenberger, Er-

langen. Bei okklusionstragenden Seitenzahn-Restaurationen heißt das, dass kein Kontaktpunkt auf der Restauration liegen darf und möglichst alle Seiten der Kavität durch Schmelz begrenzt sind. sp

Randspaltverfärbungen

deuten Verlust der Füllung an

Wenn eine Kompositfüllung innerhalb von zwei bis drei Jahren Randverfärbungen aufweist, so handelt es sich hier mit Sicherheit um eine Sekundärkaries, die dann innerhalb von etwa fünf Jahren zum Verlust der Füllung führen wird, prognostizierte Prof. Dr. Georg Meyer.

„Starker Stress ist eine ebensolche Ursache für Attachmentverlust wie starkes Rauchen.“

Prof. Dr. Georg Meyer

Diese Prozesse verlaufen schmerzfrei, da sich das Gehirn auf diese chemischen Schmerzreize noch nicht eingestellt habe. Das sei der Grund dafür, dass diese Prozesse meistens mit einer Caries profunda enden, so der Referent. sp





zm-Info

Praxis-Tipps von der Insel

- Bei Frontrestaurationen mit Komposit sollten Sie immer die Schliffacetten überprüfen: Nach dem Trocknen erscheinen inaktive Facetten seidenmatt, aktive Facetten hochglänzend. Kompositaufbauten gehen beim aktiven Bruxismus schnell verloren! (W. Boer)
- Warten Sie nach dem internen Bleichen mit der definitiven Kompositfüllung etwa sechs Wochen, dann hat sich der Farbwert stabilisiert. (Th. Attin)
- Verwenden Sie ein schwarzes Farbkärtchen und halten es hinter den zu restaurierenden (Front-)zahn. Dann lässt sich die Transparenzzone exakt erkennen! (W. Boer)
- Bei Zähnen mit sehr glatter Oberfläche werden Kompositrestaurationen immer sichtbar bleiben. Überlegen Sie eine Alternative. (W. Boer)
- Verwenden Sie keine Silikonschlüssel, sondern wählen Sie den direkten Aufbau. Das spart viel Zeit und liefert dasselbe Ergebnis. (W. Boer)
- Komposit-Materialien nie pulpanah verwenden, das führt häufig zum Pulpatod! (G. Meyer)
- Vermeiden Sie direkten Hautkontakt beim Arbeiten mit Komposit-Materialien! Das gilt bei Gingiva und Lippe für den Patienten, bei den Händen für Personal und Behandler (Hohe Allergiegefahr!). (G. Meyer)
- Monomere des Bondings diffundieren innerhalb von drei Minuten durch das Gummi von Schutzhandschuhen und können die darunter liegende Haut sensibilisieren. Daher auch kein direkter Kontakt mit Handschuhen! (G. Meyer) sp

Dr. Weitkamp zu Freien Berufen

Kultur der Selbständigkeit

Die Freien Berufe repräsentieren in Europa eine spezielle Kultur der Selbständigkeit, erklärte der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, anlässlich des 26. ATB-Festes des Akademischen Turnbundes Ende Mai in Kiel. „Freie Berufe sind selbständige Transporteure von Grundwerten und Mediatoren zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft“, sagte er in seinem Festvortrag vor rund 1200 Gästen, in dem er die Perspektiven der Freien Berufe im Neuen Europa beleuchtete. Für Heilberufler brächten die europäischen Grundfreiheiten von Dienstleistung, Niederlassung und Wettbewerb Chancen und Herausforderungen. Auch die Kammern müssten ihre eigene Tätigkeit entsprechend ausrichten und Verbraucherschutz betreiben. Weitkamp wörtlich: „Sie müssen für ihre Mitglieder Dienstleistungsunternehmen sein mit einem Serviceangebot, das sich auf die Erhaltung fachlicher Unabhängigkeit und hoher Qualität der Berufsausübung konzentriert. Nur dann können Pflichtmitgliedschaft und einschränkende Regelungen für die Berufsausübung auf Dauer durch das verbraucherschützende Ziel gerechtfertigt werden.“ pr

Wünsche, Anregungen, Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen
Postfach 41 0169
50 861 Köln
Tel.: 0221-4001-252
Fax: 0221-4001-253
e-mail: zm@kzbv.de
ISDN: 0221-40 69 386

Gewinner der Aktion „Biss bald! Zähne mit Zukunft!“ stehen fest

Schnurlos glücklich



Fotos: Siemens/zm-Archiv



Die zm berichten (siehe zm 9, Seiten 18 und 20)

über die erfolgreiche Aufklärungsaktion „Biss bald! Zähne mit Zukunft!“ der Arbeitsgemeinschaft Keramik im ZDF letzten Herbst und baten um Rückmeldung der Leser über ihre Einschätzung der Kampagne. Unter den zahlreichen Einsendungen wurden – wie versprochen – drei Handys Siemens SL 55 verlost. Die drei Gewinner – Dr. Andrea Vath, Berlin, Dr. Jörg Schmidt, Bad Segeberg, und Dr. M. Michalowsky, Gera, – können jetzt mit modernster Technik schnurlos glücklich werden. pit

BZÄK -Patienteninformation empfiehlt

Zahnsteinentfernung ergänzen durch PZR

Die Professionelle Zahnreinigung (PZR) empfiehlt die Bundeszahnärztekammer Patienten als ideale Ergänzung zur Zahnsteinentfernung nach der BEMA-Position 107. Dies ist in einem Patientenmerkblatt nachzulesen, das die BZÄK gerade herausgegeben hat. Anlass ist die neue BEMA-Regelung, nach der die Zahnsteinentfernung für GKV-Patienten pro Jahr und Patient nur einmal abrechenbar ist. Um Patienten der GKV trotz der Vorgaben im Rahmen des Sachleistungssystems den Zugang zu einer modernen präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu ermöglichen, rät die BZÄK zur PZR als Ergänzung zu den Leistungen der GKV. BZÄK



Foto: Colgate

zm Leser service

Die Patienteninformation ist per Kupon auf den letzten Seiten abrufbar. Sie ist auch als Download erhältlich unter www.zm-online.de oder auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer unter <http://www.bzaek.de/service/oav10/grafik/szi02030646-1.pdf>

Dienstleistungsrichtlinie der EU

Unausgegoren

Der Entwurf einer Dienstleistungsrichtlinie der EU-Kommission ist unausgegoren. Dies ist die überwiegende Auffassung von über 130 Sachverständigen und Interessenvertretern aus der gesamten Europäischen Union, kommentiert der BFB-Hauptgeschäftsführer RA Arno Metzler die Anhörung im EU-Wirtschafts- und Sozialausschuss (WSA) zur Dienstleistungsrichtlinie. Bei der WSA-Anhörung forderten die Fachleute insbesondere, die vorgesehenen Kontrollmechanismen zu optimieren sowie bestehende Sozialstandards zu halten. Der Kommissions-Entwurf sieht bislang vor, Qualitätskontrollen von grenzüberschreitenden Dienstleistungen allein durch den Entsendestaat durchführen zu lassen. Dies würde beispielsweise ausländischen Architekten oder Ärzten ermöglichen, in Deutschland über Monate hinweg ohne Information der hiesigen Berufsaufsicht tätig zu werden. An deutsche Qualitäts- und Verbraucherschutzstandards wären diese Dienstleister faktisch nicht gebunden. Gestärkt werden soll nach Auffassung der Experten die eigenverantwortliche Qualitätskontrolle der Berufsgruppen, wie sie etwa in Deutschland von den jeweiligen Berufskammern wahrgenommen wird. Wie die Mehrzahl der in Brüssel angehörten Gruppen, spricht sich auch der BFB für ergänzende Zuständigkeiten der Empfängerstaaten und die Stärkung der Selbstverwaltungsstrukturen aus. Die europäischen Entscheidungsträger sind aufgefordert, das eindeutige Ergebnis der Anhörung zu berücksichtigen. pit/pm

Deutsches Krebsforschungszentrum

Rauchverhalten und Sozialdifferenz

Dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKZ) (<http://www.dkfz.de>) zufolge gibt es auch in Deutschland große soziale Unterschiede im Rauchverhalten und bei der tabakbedingten Sterblichkeit. Besonders Personen der unteren sozialen Schichten greifen eher zur Zigarette als jene höherer Einkommens- und Bildungsschichten. Offensichtlich entstehen diese Unterschiede aber schon früh, denn der Raucheranteil unter den 18- bis 19-Jährigen liegt bei den Hauptschülern um 25 Prozent höher als bei gleichaltrigen Gymnasiasten. Große Unterschiede sind auch beim Rauchverhalten zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erkennbar: Männer in einfachen manuellen Berufen und Frauen in einfachen Dienstleistungsberufen rauchen im Vergleich zu Personen anderer Berufsgruppen am häufigsten (bis zu 50 Prozent), dagegen rauchen nur etwa 15 Prozent der Gymnasial- und Hochschullehrer sowie Ärzte. Auch hinsichtlich des Einkommens gibt es deutliche Tendenzen: Während 43 Prozent aller Männer mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von unter 730 Euro pro Monat rauchen, sind dies nur 23 Prozent aller Männer in der höchsten Einkommensgruppe mit 3 350 Euro und mehr.

Durchschnittlich 5,5 Prozent des Einkommens werden in deutschen Privathaushalten für Tabakwaren ausgegeben. In einkommensschwachen Gruppen und vor allem bei Alleinerziehenden kann dieser Ausgabenanteil bis zu 20 Prozent betragen. Das DKZ fordert die Politiker auf, die Tabakkontrollmaßnahmen stär-

ker als bisher gezielt auf Personengruppen mit niedrigem Einkommen und geringerer Bildung auszurichten. Eine zehnpromtente Steuererhöhung bewirkt einen Rückgang des Konsumverhaltens bei Personen mit Niedrigeinkommen um bis zu 13 Prozent im Vergleich zu vier Prozent bei der Gesamtbevölkerung, berich-

Zeckenimpfung

Alles ohne Praxisgebühr

Die von Zecken übertragene sogenannte Frühsommer-Meningoenzephalitis FSME kommt in Deutschland offenbar immer häufiger vor: Allein im letzten Jahr erkrankten 277 Menschen an dieser gefährlichen Form der Hirnhautentzündung, 15 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Während die meisten Erwachsenen die Impfungen ihrer Kinder sorgfältig überwachen, vernachlässigen sie den eigenen Impfschutz,



Foto: Baxter Deutschland

Behandlung von Suchtkranken

Neues Zentrum wird gebaut

Ein neues Zentrum zur Behandlung von Suchtkranken soll in Weinsberg (Kreis Heilbronn) entstehen. Die geplanten 30 Plätze seien vor allem für mehrfach Abhängige bestimmt, teilte das Stuttgarter Sozialministerium mit. „Bei chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken steht die Absicherung elementarer Lebensbereiche im Vordergrund“, sagte Staatssekretärin Johanna Lichy (CDU) anlässlich des Spa-

tet das DKZ. Darüber hinaus sollten sich auch Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung und Kommunikationsstrategien in Massenmedien stärker als bisher an sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten wenden. Weitere Informationen auf <http://www.tabakkontrolle.de>. sp/dkz

Erstickungsgefahr

Cave asiatische Gelee-Bonbons

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) warnt vor dem Verzehr von bestimmten Gelee-Süßwaren, die in Minibechern zum Verkauf angeboten werden.



Foto: news.bbc.co.uk

Die so genannten „jelly minicups“ sind härter als normale Gummibärchen und enthalten Verdickungs- und Geliermittel aus Algen oder Gummiarten. Die Bonbons werden in Asien produziert und die Deutschland in speziellen Geschäften für asiatische Lebensmittel angeboten. Seit Anfang Mai 2004 sind diese Produkte in Deutschland verboten, da beim Verzehr Erstickungsgefahr bestehen kann. Die Drops können aufgrund ihrer besonderen Beschaffenheit in den Rachenraum rutschen und im Hals stecken bleiben. Wegen einer vergleichbaren Gefahrenlage wurden im April 2002 bereits der Zusatzstoff E 425 (Konjak) für diese Lebensmittel verboten. Lebensmittelhersteller haben daraufhin Produkte mit anderen Zusatzstoffen auf den Markt gebracht, bei denen ähnliche Gesundheitsgefahren bestehen. Auf Grundlage einer Entscheidung der EU-Kommission dürfen nun die Produkte, die einen oder mehrere der Zusatzstoffe E 400 bis E 407 und E 407a, E 410, E 412 bis E 415, E 417 und E 418 enthalten, nicht mehr nach Deutschland eingeführt und in Vekehrt gebracht werden. sp/pm

Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin (DH)

Klarheit aus dem Ministerium

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk, sorgte kürzlich für Klarheit in Sachen DH: Danach ist es nicht notwendig, am bewährten Modell der Aufstiegsfortbildung für fortgebildete Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) irgend etwas zu ändern.



Eine berufsrechtliche Regelung für die Ausbildung zur Dentalhygienikerin ist laut BMGS nicht notwendig.

Foto: Michels

Der Traum einiger Interessenvertreter, eine eigene berufsrechtliche Anerkennung für Dentalhygienikerinnen (DH) in Deutschland einzuführen, hat vor kurzem einen dicken Dämpfer erlitten. So stellte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Marion Caspers-Merk, Anfang April auf eine entsprechende FDP-Anfrage im Bundestag klar, dass eine bundesgesetzliche Einstufung der DH als Gesundheitsfachberuf nur in Frage käme, wenn es sich um einen „Heilberuf“ handele. In die überwiegende Länderzuständigkeit dürfe der Bund nur dann eingreifen, wenn dies erforderlich sei. Diese Erforderlichkeit sei jedoch nach hierzu vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Kriterien im Sinne des Grundgesetzes (Artikel 72 Abs. 2 GG) nicht zu erkennen. Mit anderen Worten: Eine berufsrechtliche Regelung im Bereich der Dentalhygienikerin ist nicht notwendig.

Dazu erklärte BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp: „Die Bundeszahnärztekammer ist mehr denn je davon überzeugt, dass die stufenweise Aufstiegsfortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte in Deutsch-

land die einzige qualitätsgesicherte Möglichkeit für den beruflichen Aufstieg darstellt. Den Praxisinhabern bietet sie die hervorragende Gelegenheit, das zahnärztliche Team durch hochqualifizierte Mitarbeiterinnen aus den eigenen Reihen zu erweitern.“

Mit falschen Federn geschmückt

Abgesehen von diesem Nackenschlag bekamen die hochfliegenden Pläne der Interessenvertreter zur beruflichen Abkoppelung der DH einen weiteren Dämpfer zu spüren: Die angebliche Unterstützung für den Abnabelungskurs des Deutschen Dentalhygienikerinnen-Verbandes (DDHV) durch FDI und WHO entpuppte sich als glatte Falschmeldung. Gegenüber der BZÄK teilte der Executive Director des FDI, Dr. Johann T. Barnard, in einem Schreiben vom 13. April mit, „dass die FDI keine offizielle Unterstützung des Gesuches des DDHV gegeben hat“. Auch in einem Schreiben an die DDHV-Vorsitzende Beate Gatermann (E-mail vom 25. 5. 2004) stellte Barnard

noch einmal klar: „Wenn Ihr Verband publiziert, dass er von der FDI unterstützt würde, so sehe ich das als eine krasse Fehlinformation an, denn ich habe mich im Namen der FDI niemals zu dieser Angelegenheit geäußert.“ Auch der Weltgesundheitsorganisation WHO ist die DDHV-Erklärung nach Auskunft von Dr. Paul Petersen vom Oral Health Programm nie vorgelegt worden. Der DDHV hat sich also mit offensichtlich falschen Federn geschmückt.

Eines der zentralen Argumente des DDHV für eine staatliche Anerkennung und eigene Ausbildung im Bereich der DH ist der angeblich steigende Fachkräftebedarf im Bereich Prophylaxeassistenz, der mit den herkömmlichen Mitteln nicht zu befriedigen sei. Auch dies ist eine Behauptung, die durch eine aktuelle Erhebung der BZÄK unter fortgebildeten Prophylaxekräften in Deutschland ad absurdum geführt werden kann: Danach haben seit Beginn der regionalen Fortbildungsmöglichkeiten der Kammern für Zahnärzthelferinnen / Zahnmedizinische Fachangestellte bundesweit insgesamt über 57 000 Teilnehmerinnen erfolgreich die Aufstiegsfortbildungen zur fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten, zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin (ZMP), zur Zahnmedizinischen Fachassistentin (ZMF) beziehungsweise zur Dentalhygienikerin (DH) absolviert (siehe Kasten). Das sind Zahlen, die für sich sprechen. Derzeit formiert sich in München eine Dentalhygienikerinnen-Schule nach Schweizer Vorbild. Ab 13. September 2004 startet an der Europäischen Dental Akademie München (eudenta) die Schweizer Dentalhygiene Akademie (SDA) mit der dreijährigen Ausbildung zur Dentalhygienikerin. Die SDA hat den Lehrauftrag von der Stiftung Dentalhygieneschule Bern. Rund 16 Studentinnen sollen hier ausgebildet werden und anschließend das Schweizer Zertifikat erwerben.

Von der deutschen Zahnärzteschaft wird dieses Projekt äußerst kritisch gesehen. Die Bundeszahnärztekammer hat vor allem berufspolitische und fachlich-wissenschaftliche Bedenken. Sie unterstreicht, dass durch diese Ausbildung fachfremde Menschen von innerhalb nur drei Jahren am Patienten

Kommentar

Bedarfsorientiert und praxisnah

Die in Deutschland erfolgreiche und stufenweise Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin bedarf aus wissenschaftlicher Sicht keiner Änderung des bisherigen Ansatzes.

Das zeigt sich auch im epidemiologischen Vergleich zur Mundgesundheit in anderen Ländern. So sind zum Beispiel in der



Foto: PHH

Schweiz, die in Sachen DH immer als Vorbild angeführt wird, die Mundgesundheitsergebnisse nicht besser als bei uns. Hinzu kommt, dass in der Schweiz – anders als bei der Vielfalt der zahnmedizinischen Assistenzberufe bei uns – keine vergleichbare Kraft im Helferinnenbereich existiert, wenn es um bedarfsorientierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis geht.

Die DH-Aufstiegsfortbildung in Deutschland zeichnet sich durch Flexibilität, Bedarfsorientierung sowie Praxis- und Marktnähe aus. Sie bietet damit alle Ansatzpunkte für eine rasche, stetige und zukunftsfähige Weiterentwicklung.

Einheitliche Prüfungsordnungen und curriculare Inhalte gewährleisten ein einheitliches Fortbildungsniveau in Deutschland. Die Fortbildung der zahnmedizinischen Assistenzberufe muss auch zukünftig durch den zahnärztlichen Berufsstand geregelt bleiben.

*Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der
Bundeszahnärztekammer*

behandeln dürfen, ohne zuvor als Helferin oder Prophylaxeassistentin ihre Erfahrungen gemacht zu haben. Kritisch wird auch gesehen, dass durch die Münchener Schule das bewährte System der Kameraufstiegsfortbildung torpediert wird. Durch die Musterfortbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer, die 1999 auf der BZÄK-Bundesversammlung einstimmig von allen Länderkammern angenommen wurde, ist eine einheitliche Regelung für ganz Deutschland gewährleistet.

Heftige Kritik kommt auch aus Baden-Württemberg. Dr. Klaus-Peter Rieger, Referent für zahnmedizinische Mitarbeiterinnen der Landes Zahnärztekammer, betonte vor kurzem in einem Interview des Zahnärzteblatts Baden-Württemberg (ZBW,6/2004), dass man in Deutschland keine DH nach Schweizer Vorbild brauche. „Man hat sich nach Diskussionen auf den verschiedensten Ebenen dazu entschieden, die Deutsche

Dentalhygienikerin nach dem Berufsbildungsgesetz als qualitativ hochwertig ausgebildete Spezialistin zu definieren, die als Basis die Aufstiegsfortbildung zur zahnmedizinischen Fachassistentin hat. Wir glauben daran, dass nur der, der von der Basis kommt, der in seiner Ausbildung und in seinen verschiedenen Stufen der Aufstiegsfortbildung mehr als 3000 Stunden am Patienten verbracht hat – von den theoretischen Stunden will ich hier gar nicht sprechen – der alle Facetten des zahnmedizinischen Assistenzberufes von der Pike auf gelernt hat, wirklich kompetent ist.“

Neben der baden-württembergischen DH-Fortbildung gibt es DH-Fortbildungen im Kammerbereich Westfalen-Lippe und für die Kammern Hamburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein im Norddeutschen Fortbildungsinstitut Hamburg. pr/BZÄK

(Landes-)zahnärztekammern mit Aufstiegsfortbildungen

Landeszahnärztekammern	ZMP	ZMF	ZMV	DH
Baden-Württemberg	x*	x	x	x
Bayern		x	x	
Berlin	x		x	
Brandenburg	x		x	
Bremen	x**	Hamburg		Hamburg
Hamburg		x	x	x
Hessen		x	x	
Mecklenburg-Vorp.	x	Hamburg	x	Hamburg
Niedersachsen		x		
Nordrhein	x	x	x	
Westfalen-Lippe	x		x	x
Rheinland-Pfalz	x	x	x	
Saarland				
Sachsen***	x	x	x	
Sachsen-Anhalt	x		x	
Schleswig-Holstein		Hamburg	x	Hamburg
Thüringen		x	x	

Quelle: BZÄK

ZMP = Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin
ZMF = Zahnmedizinische Fachassistentin
ZMV = Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin
DH = Dental Hygienikerin

* In Baden-Württemberg gibt es eine Prophylaxehelferin, die fast flächendeckend in den Praxen im ganzen Land im Einsatz ist, die Fortbildung mit 100 Unterrichtsstunden weicht von der ZMP-Musterfortbildungsordnung ab.

** In Bremen gibt es einen Baustein zur „Weitergebildeten Helferin für Prophylaxe“ (160 Unterrichtsstunden)

*** Kieferorthopädische Prophylaxeassistentin

Reform: Krankenversicherungen rechnen ab

Kassensturz

Hoch und heilig hatte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) versprochen: Bis zum Jahresende fallen die GKV-Beiträge auf 13,6 Prozent. Mittlerweile sind fünf Monate vergangen. Schlager oder Schlappe – was hat die Reform bislang gebracht? Die Kassen ziehen Bilanz.

„Das Sparpaket wirkt!“ Unisono bestätigen Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Barmer Ersatzkasse, Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) und Kaufmännische Krankenkasse (KKH) die Worte der Ministerin.

Die Zahlen sprechen auf den ersten Blick dafür: Die Kassen hätten im ersten Quartal 950 Millionen Euro plus gemacht, gab das Bundesgesundheitsministerium bekannt.

Barmer-Vorstand Dr. Eckardt Fiedler erwartet für das Gesamtjahr einen Überschuss von 360 Millionen Euro, allein im ersten Quartal beliefe sich das Mehrgeschäft auf 160 Millionen. Ohne die Reform wäre die Kasse mit 500 Millionen Euro ins Minus gerutscht. Seit Januar, so Fiedler, seien die Einnahmen um 2,1 Prozent gestiegen, die Ausgaben für Arzneien, Krankengeld und Fahrtkosten zugleich um 0,8 Prozent rückläufig. Die AOK weist gar einen Quartalsgewinn von 370 Millionen aus.

„Die Gesundheitsreform hat eine spürbare Entlastung gebracht“, bescheinigt DAK-Chef Hansjoachim Fruschki. In den ersten drei Monaten habe die DAK ein Plus von 133 Millionen erwirtschaftet. Der KKH-Vorsitzende Ingo Kailuweit beziffert die Mehreinnahmen seiner Kasse für den Zeitraum auf immerhin 23,4 Millionen Euro.

Zum Jahreswechsel hatten DAK und KKH ihren Beitrag um 0,5 beziehungsweise 0,4 Prozentpunkte gekürzt, die Barmer zog zum 1. April mit 0,2 Punkten nach. Nichtsdestotrotz hinken die Großkassen Barmer und DAK mit 14,7 Prozent dem durchschnittlichen Kassensatz um 0,5 Punkte hinterher, mit 14,4 Prozent ist auch die KKH noch abgeschlagen.



Erstmals ein Plus seit zehn Jahren: Schwarze Zahlen schreibt die GKV aber noch lange nicht.

Die Kassenmanager sind dennoch guter Dinge: Die Reform schaffe weitere finanzielle Spielräume, zum Jahresende sollen die Beiträge deshalb erneut gesenkt werden.

Hopp oder top

Aber sieht die Kassenlage wirklich so rosig aus? Eine Focus-Umfrage kommt zu anderen Ergebnissen: Von 176 befragten Krankenkassen hält nur eine einzige die versprochenen Einsparungen für machbar. Die meisten Kassenchefs (57 Prozent) schätzen hingegen, dass sie die Kosten nur um ein Viertel dessen senken können. Die Vertreter der Krankenkassen warnen bereits davor,

die Quartalszahlen auf das ganze Jahr hochzurechnen: Die Daten gelten als korrekturbedürftig, darüber hinaus seien die finanziellen Aussichten unabsehbar. 950 Millionen Euro Überschuss – die Zahl mag beeindrucken: Schwarze Zahlen schreibt die GKV aber noch lange nicht. Von den rund 280 Kassen stecken mehr als 100 in existenziellen finanziellen Schwierigkeiten.

Niedrigere Beiträge ja – doch nicht um jeden Preis, meldete sich unlängst das Bundesversicherungsamt (BVA) zu Wort. Die Behörde untersagte der Gmünder Ersatzkasse (GEK) in letzter Minute, ihre Beiträge von 13,9 auf 13,5 Prozent zu senken. Das Veto erfolgte nicht ohne Grund: Das Amt hat Zweifel an der Finanzlage der Kasse. „Unsere Zahlen sind seriös“, entgegnete GEK-Boss Dieter Hebel, räumte aber ein, dass seine Kasse für das laufende Geschäft Überbrückungskredite benötige und die Rücklagen aufgebraucht seien. Während der Gmünder Haushaltsplan einen Überschuss von 100 Millionen Euro auswies, kamen die Prüfer umgekehrt auf einen Verlust von 97 Millionen Euro.

Leben auf Pump

Die GEK ist kein Einzelfall: Um die magischen Beitragszahlen zu erreichen, nahmen viele Versicherungen gigantische Kredite auf. Insgesamt

stehen die Kassen mit über zehn Milliarden Euro in der Kreide – mehr als ein Fünftel davon entfällt auf die Betriebskrankenkassen (BKKn). „Die Schulden bei zahlreichen gesetzlichen Krankenversicherern sind zum Teil deutlich höher als prognostiziert“, sagte BVA-Mitarbeiter Andreas Pfohl der Welt am Sonntag (WamS). Es sei nicht auszuschließen, „dass das BVA im Einzelfall nicht nur Beitragssenkungen ablehnt, sondern auch eine Beitragserhöhung durchsetzt.“

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) prüfe überdies, ob die Banken überhaupt die erforderlichen Rückstellungen gebildet haben – sind doch die Kredite an die Kassen mangels beliehbarer

Foto: CC

Gegenstände durchweg nicht mit Grundpfandrechten abgesichert.

Schuld am Kostenkoller ist paradoxerweise die Reform selbst. Diese Meinung vertreten zumindest zahlreiche Experten. Praxisgebühr und Zuzahlungen – ursprünglich eingeführt, um die Geldschatullen wieder aufzufüllen – entpuppten sich zunehmend als Eigentor. Weil Patienten etliche Leistungen nun aus eigener Tasche zahlen müssen, erreichten sie die gesetzliche Belastungsgrenze umso schneller (zwei Prozent des Bruttojahreseinkommens, bei Chronikern ein Prozent) und würden von weiteren Zuzahlungen befreit.

„Wir kommen kaum noch mit dem Versand der Anträge auf Zuzahlungsbefreiung nach“, bekräftigt die AOK-Württemberg im Focus die Vermutungen. „Es steht zu befürchten, dass im Laufe des Jahres mehr Versicherte von allen Zuzahlungen befreit sind als im vergangenen Jahr“, prophezeit

Im Schnitt 23 Euro mehr

GKV-Versicherte haben im ersten Quartal der Reform im Schnitt 23 Euro mehr ausgegeben als vor einem Jahr, schreibt die „Bild“-Zeitung unter Berufung auf den Verband der Angestelltenkrankenkassen. Praxisgebühr, Zuzahlungen bei Arzneien und Klinikaufenthalten sowie Änderungen bei rezeptfreien Arzneimitteln seien für die Mehrbelastungen verantwortlich. Ulla Schmidt dementierte: Die Zahlen seien nichts als „Nonsens“.

Erika Tilker von der BKK Dematic. Man habe die Ministerin gewarnt, die eingangs schärferen Kriterien aufzuweichen – „leider vergeblich“.

Hilfe im Don Quichote-Kampf gegen hohe Sätze erhielt Ulla Schmidt jüngst vom Landessozialgericht in Darmstadt. Die Richter stoppten den gemeinsamen Unterstüt-

zungsfonds der BKKn. Vor allem die starken BKKn sollten ihre finanziell angeknacksten Konkurrenten, wie die letztlich pleite gegangene BKK Heilberufe, unter die Arme greifen.

Doch ist der Fonds auch vom Tisch – die steigenden Einzahlungen in den Risikostrukturausgleich (RSA) bleiben bestehen. Jene belasten besonders die „Billigkassen“, die BKKn. Die einstigen Hechte im Karpfenteich konnten mit Dumping-Beiträgen viele Versicherte ködern. Doch die Kampfpreise erwiesen sich als Bumerang: Über den RSA mussten gerade sie das Gros ihrer Einnahmen wieder an andere Kassen abgeben.

Jenseits von Patzern und Strukturproblemen macht aber vor allem eins den Kassen zu schaffen: die flauere Konjunktur. Sie drücke die Beitragseinnahmen, so BVA-Präsident Rainer Daubenbüchel. Schwacher Trost: „Den Krankenkassen ergeht es nicht anders als dem Bundesfinanzminister.“ ck

BVD-Fortbildungstage 2004

Zukunft voller Wachstum

Zu den diesjährigen Fortbildungstagen des Bundesverbandes Dentalhandel (BVD) begrüßte Bernd Neubauer, zum zweiten Mal als Präsident des Verbandes bestätigt, am 17. und 18. Mai rund 200 Teilnehmer in Nürnberg. Klaus Kurze, bis zum Vorjahr aktiv im BVD-Vorstand, moderierte routiniert ein buntes Programm, das von der Situation des inländischen Marktes den Bogen bis zur Europapolitik spannte.

Zur Eröffnung der Tagung wies BVD-Präsident Bernd Neubauer auf die Perspektiven des Dentalmarktes vor den aktuellen innerdeutschen und innereuropäischen Entwicklungen hin. Interessiert an den Standpunkten der Zahnärzteschaft zeigte sich der BVD auch in diesem Jahr.

Spannend und wechselvoll

„Diese Zeit ist spannend und voller Wechsel“, umriss ZA Dieter Krenkel, Vorstandsmitglied der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), die aktuelle Situation seiner Kollegen für die Fachhändler: 2004 müssten die Zahnärzte viele, auch innerpolitische Fragen angehen, die das Modernisierungsgesetz aufgeworfen habe. Dieses werde jedoch seine volle Wirkung erst mit der Ausgliederung des Zahnersatzes im kommenden Jahr entfalten. „Wenn die Abkehr vom paritätischen System der Finanzierung hin zum privaten stattfindet und sich ökonomische Auswirkungen bei Lohnnebenkosten – Stichwort Beitragssätze – zeigen, wird es wichtig sein, Verluste für unsere Patienten zu vermeiden“, machte Krenkel das Anliegen der KZBV deutlich, „auch 2005 faire Konditionen“ zu bieten.

„Es gibt etwas anderes neben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“, betonte Dr. Karl-Heinz Sundmacher, Vize-Bundsvorsitzender des Freien Verbandes (FVDZ) und Vorsitzender der Initiative ProDente. Aus Sicht von ProDente sei es begrüßenswert, dass das Gesundheitsmodernisierungsgesetz einen ersten Schritt unternehme, um Zahnbehandlung auszugliedern. Und es sei wichtig „Elemente, die nicht in der GKV sind, der Bevölkerung nahezubringen.“ Die Zukunft der zahnärztlichen Prothetik beschrieb Professor Dr. Tho-

mas Kerschbaum, Zentrum für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde in Köln, in rosigen Farben, weil die Nachfrage – trotz aller Fortschritte in der Prävention – parallel zum Anteil älterer Menschen wachse. Von einer steigenden Nachfrage seitens der Patienten ging auch der Vorstandsvorsitzende des Verbandes der deutschen Dentalindustrie (VDDI) Dr. Martin Rickert aus. Er unterstrich Zukunftssicherheit und Wachstum dieses „attraktiven Marktes!“. Aktives Mitwirken sei nötig, um bei der Politik schlimme Fehler zu verhindern und positive Ansätze zu verstär-



Foto: MEV

Wachstum trotz neuer Rahmenbedingungen lautete das Resümee der BVD-Tagung für die Branche.

ken. Lutz Wolf, Präsident des Verbandes der Deutschen Zahntechniker Innungen (VDZI) und Vize im BVD, wünschte dagegen deutlich mehr Leistungen im GKV-Bereich. Die Europäische Union (EU) braucht nach Ansicht von Frank Brüggeman, Präsident der Association of Dental Dealers in Europe (ADDE), eine europäische Preisliste.

Prof. Dr. Rüdiger Pohl, Institut für Wirtschaftsforschung Halle, schilderte aus volkswirtschaftlicher Sicht die „EU-Erweiterung – und ihre Folgen“, um dem verbreiteten Irrtum zu begegnen, aller Wohlstand Westeuropas flösse bald gen Osten ab. Seit zehn Jahren erlebe er vor Ort den stark subventionierten Aufbau Ost, doch wenn „dieser Transfer von Geldern Erfolg zeigen würde,

wäre Mecklenburg-Vorpommern doch ein blühendes Wirtschaftsgebiet!“. Analog zur Realität in den neuen Bundesländern schätzte er die Entwicklung der neuen EU-Länder ein. Er wies auf einen weiteren Aspekt hin: Gemäß seiner Analyse hat die EU sich schon vor vier Jahren zwar vorgenommen, das Bruttoinlandsprodukt in den strukturschwachen Ländern Portugal und Griechenland an den Durchschnitt anzugleichen, dieses aber nicht annähernd erreicht!

Umdenken tut Not

Wieviel weniger werde das Vorhaben, so Pohl, jetzt mit zehn weiteren strukturschwachen Ländern möglich sein, die abgesehen von zurzeit noch (!) niedrigen Lohngefügen und hoher Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer überwiegend nachteilige Standortfaktoren böten: Infrastruktur, Verkehrsanbindung, Verwaltung, Produktionssicherheit, die – als nicht objektiv messbar geltende – Korruption. Als Parameter „gefühlte Korruption“, die von Managern ausländischer Unternehmen in den neuen Beitrittsländern angegeben wurde, gewann dieser Standortfaktor an Prägnanz.

Mit der Devise „Anders als alle anderen“ skizzierte Prof. Dr. Arnold Weissman, Lehrstuhl der Fachhochschule Regensburg für Unternehmensführung, seine Ansicht, dass heute gerade der Ausbruch aus der Branchen-Gewohnheit zu Erfolg über dem Durchschnittswert führen kann. Er empfiehlt „Benchbreaking statt Benchmarking – Gewinner brechen die Regeln ihres Marktes“, wie es zum Beispiel Google, Primus unter den Suchmaschinen im Internet, als Außen-seiter erfolgreich zelebriert. Beim Ausscheiden aus dem gängigen Kurs müsse allerdings die Qualität im Boot bleiben, ergänzte Andreas Bornhäußer, Referent zu „Präsentainment – Die hohe Kunst der persönlichen Wirkung“. Eindrucksvoll sein Exkurs darüber, dass die Erfolgsaussichten einer Information stark von der Art der Darreichung abhängen; wer etwas vermitteln wolle, müsse seine Botschaft, auch keymotion genannt, präzise kennen und „Art gerecht“ verpacken. Sein Fazit: Eine gute Präsentation erleichtert den Weg zum Erfolg. pit

Öffentlicher Gesundheitsdienst – wissenschaftlicher Kongress in Marburg

Prävention stärken

Mehr Prävention in Deutschland forderte der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) anlässlich seines wissenschaftlichen Kongresses Anfang Mai in Marburg. Rund 500 Ärzte und Zahnärzte aus den Gesundheitsämtern aller Bundesländer kamen zu der Fortbildungsveranstaltung, um sich fachlich über die letzten Neuerungen zu informieren und eine politische Standortbestimmung vorzunehmen.

Zwei Themen brannten den Vertretern des öffentlichen Gesundheitsdienstes besonders unter den Nägeln: Prävention und Katastrophenschutz.

Durch gezielte Prävention seien viele Krankheiten zu vermeiden, erklärte der Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Dr. Klaus Walter. Der ÖGD verstehe sich dabei als Koordinator und Organisator. Schätzungen über künftige Einsparungen durch Prävention gingen in die

gut vorbereitet und für alle Eventualitäten gerüstet, erklärte Walter.

Ganz konkret ist der öffentliche Gesundheitsdienst von haushalterischen Streichungen bedroht und muss unter erschwerten Rahmenbedingungen (Personalknappheit, leere Kassen der Kommunen) arbeiten. Deswegen richtet man sich im ÖGD darauf ein, sich gezielt in politische Gespräche einzubringen, um auf die vorhandenen Ressourcen und Erfolge, aber auch auf die Konsequenzen der Streichungen hinzuweisen.

Ohne eine personell ausreichende Ausstattung könne der ÖGD nicht erfolgreich sein – das bescheinigte den Tagungsteilnehmern der Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, Ministerialdirektor Prof. Dr. Stefan Winter. Beim geplanten Präventionsgesetz seien die Gesundheitsämter unverzichtbare Partner bei der Umsetzung, niemand außer ihnen wisse so gut Bescheid über die Bedarfe vor Ort. Wichtig sei die Vernetzung von Strukturen und die Kooperation aller Akteure, die am Gesundheitswesen beteiligt sind.

Kritisch mit dem Präventionsgesetz ins Gebet ging hingegen die hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger. Es sei noch nicht klar, wie das Gesetz auf örtlicher Ebene umzusetzen sei, sagte sie. Fraglich sei auch, ob die Mittel tatsächlich dort ankämen, wo sie vor Ort gebraucht würden.

Dr. Andreas Crusius, Vizepräsident der Bundesärztekammer, hob unter anderem die gute Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit ÖGD und Krankenkassen hervor und nannte als Beispiele Aktivitäten im Bereich Darmkrebs, Magenkrebs oder Depressionen. Er plädierte dafür, im Bereich Impfungen die Aktivitäten zu verstärken.

Lob für die Zahnärzte

Viel Lob gab es auf dem Kongress für die Zahnärzte. Der Bereich Zahnmedizin wurde von verschiedenen Seiten als beispielhaft herausgestellt. Dank gezielter Präventionsprogramme und Vernetzungsstrukturen hatte sich die Zahngesundheit in Deutschland in den letzten zehn Jahren erheblich



Foto: Herzog

Millionenhöhe. Um mittelfristig Geld in der Krankenversorgung sparen zu können, forderte der Verband aber kurzfristig die Bereitstellung von Mitteln für Präventionsprogramme. Der ÖGD erhoffe sich neue Impulse durch das in Vorbereitung befindliche Präventionsgesetz.

In jüngster Zeit sei durch Ereignisse, wie den 11. September, den Ausbruch von SARS, die Bedrohung durch Milzbrand oder Pocken, der Katastrophenschutz in den Fokus der Arbeit der Gesundheitsämter gerückt. Man sei

Ob bei Gruppenprophylaxe oder SARS – der öffentliche Gesundheitsdienst kommt in vielen Bereichen zum Einsatz.



Foto: dpa



BZÖG hat neuen Vorstand

Die Delegiertenversammlung des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat am Rande der Marburger Tagung einen neuen Vorstand gewählt. Neuer 1. Vorsitzender ist Dr. Michael Schäfer, Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf, 2. Vorsitzende Dr. Claudia Sauerland, Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz, Kreis Unna, und Geschäftsführerin Dr. Cornelia Wempe, Gesundheitsamt Hamburg Eimsbüttel. Neue Beisitzerin und gleichzeitig Redakteurin der Zeitschrift „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ wurde Dr. Grit Hantzsche, Gesundheitsamt Pirna. In seinem Amt bestätigt wurde der Schatzmeister, Bernd Schröder, Gesundheitsamt Duisburg-Rheinhausen, und als wissenschaftlicher Referent wurde Dr. Uwe Niekusch, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, benannt.

Die bisherigen Vorstandsmitglieder Dr. Klaus-Günther Dürr, Dr. Gudrun Rojas und Dr. Christoph Hollinger standen als Kandidaten nicht mehr zur Verfügung. pr/pm

Das Foto zeigt (v.l.n.r.): Dr. Grit Hantzsche, Dr. Uwe Niekusch, Dr. Cornelia Wempe, Dr. Michael Schäfer, Dr. Claudia Sauerland und Bernd Schröder.

verbessern können. Dr. Klaus-Günter Dürr, 1. Vorsitzender des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG), hob die Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege hervor. Die auf kommunaler Ebene organisierten Programme erreichten die Kinder gut. Der mit der aufsuchenden Gruppenprophylaxe begangene Weg zur Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen müsse konsequent weiter verfolgt werden.

Dr. Michael Frank, Präsident der Landes-zahnärztekammer Hessen, dankte seitens der Zahnärzteschaft dem öffentlichen Gesundheitsdienst für sein Engagement um Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko. Gerade die Betreuung von Risikogruppen liege der Zahnärzteschaft und auch der Bundes-zahnärztekammer sehr am Herzen. Dies habe sich eindrucksvoll am Beispiel des kürzlich veranstalteten Symposiums zur Behin-

derntenbehandlung gezeigt. Bei der Betreuung von Kariesrisikogruppen habe sich die Verzahnung zwischen Individual- und Gruppenprophylaxe als erfolgreich bewährt. Als konstruktiv hob Frank auch die Kontakte zwischen dem BZÖG und der verfassten Zahnärzteschaft hervor und bot an, hier gemeinsam den eingeschlagenen Weg weiter zu entwickeln.

Beim zahnärztlichen Programm stand vor allem ein Fachvortrag von Prof. Dr. Willi-Eckhardt Wetzels, Universität Gießen, im Vordergrund. Er referierte über frühe Milchzahnkaries im Konfliktfeld der altersentsprechend unzureichenden Kooperation der Kleinkinder. Sein Appell an die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes: „Helfen Sie den Kollegen in den Praxen, damit Missverständnisse bei der Behandlung dieser besonders schwierigen Altersgruppe verschwinden.“ pr

46 Fortbildungswoche Westerland

Zahnärzte brechen den Inselrekord

Ganz im Sinne der Schönheit stand die diesjährige Fortbildungstagung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein in Westerland. So waren fast ausschließlich Themen rund um die Ästhetik interdisziplinär aus allen Fachbereichen der Zahnheilkunde Gegenstand der nun schon seit 46 Jahren auf dem nördlichsten Eiland Schleswig-Holsteins durchgeführten Marathon-Fortbildungs-Veranstaltung.

Über 1200 fortbildungsbegeisterte Zahnärztinnen und Zahnärzte inklusive 250 Mitarbeiterinnen waren eigens hierzu über den Hindenburgdamm gereist, um von früh bis spät in Seminaren und Fortbildungsbeiträgen all das zu lernen, was die Patienten derzeit auf ihrer Wunschliste haben. So wurden

Elmex-Suppe und den Streptococcus-Mutans Salat vom Abend des Kollegentreffs, der als Kontakthof ehemaliger Consemester, Referenten und Zuhörer diente, folgenlos für Magen und Kopf überstanden hatte, schnürte am nächsten Morgen noch vor sieben Uhr seine Laufschuhe, um sich für die

lung“ zur Fachfortbildung all die Themen vor einem großen Plenum diskutiert, die aktuell für den Berufsstand anstehen. So hatte Dr. Peter Kriett, Vorstandsvorsitzender der KZV-SH, in diesem Jahr die Deutsche Krankenversicherung in den Ring gebeten.

KZV-SH pflegt Streitkultur

Vor dem Hintergrund des aktuellen GMGs und der durch den Gesetzgeber damit geöffneten Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen trat Dr. Jürgen Weber an, um anstehende Fragen zu klären und sich an-



„Die Fachfortbildung ist immer noch ein Meilenstein im strategischen Praxisablauf“, so Dr. Tycho Jürgensen bei der Westerlander Fortbildungswoche (links). Rechts: Dr. Peter Kriett, KZV-SH Vorsitzender (li.), Dr. Dagmar Thürkow, Fortbildungsreferentin KZV-SH und Dr. Jürgen Weber, DKV, Köln.

eine Reihe Themen abgehandelt, die rund um die Ästhetik einen großen Bogen spannten, und aus den Bereichen Zahnersatz, Bleaching, Füllungstherapie, golden oder

„**Ständige Fortbildung und internes Qualitätsmanagement müssen zu einem gemeinsamen Mehrwert zusammengefügt werden und sind der entscheidende Faktor für den Erfolg in der Praxis.**

Dr. Tycho Jürgensen, Präsident der ZÄK-SH

weiß, rote und weiße Ästhetik und vieles mehr berichteten. Mehrstündige Seminare platzten teilnehmermäßig „aus den Nähten“ und mussten in der Mittagspause zusätzlich ein zweites Mal angeboten werden, um alle wissensdurstigen Zahnärzte zu befriedigen. Aber auch der interkollegiale Austausch kam im Programm von Fortbildungsreferent Michael Brandt nicht zu kurz. Wer das retrograde Frikassee, die

nächste Stunde Fitness erhaschend gegen den eisigen und starken Wind zu behaupten. Anschließend wurde dann wieder im Seminar geübt, Tipps ausgetauscht und den Referenten bei praktischen Übungen über die Schultern geschaut. Ganz neu in diesem Jahr, der Dental Gold Cup, bei dem, unterstützt von mehreren Dentalfirmen, 40 Teilnehmer an den Start gingen. Mehr dazu in einer der kommenden zm-Ausgaben. Schon als feste Einrichtung gilt die Veranstaltung der KZV, die als so genannte „Abwechs-

schließend an seinen Vortrag gleich die „Prügel“ dafür einzuholen. Der Referent erläuterte aktuelle Produktinnovationen der Privata-

„**...die Pläne zur Totalerfassung in der GKV.bedeuten praktisch noch mehr Gestaltungsmacht der gesetzlichen Krankenkassen und damit das Ende der privaten Vollversicherung**

Dr. Peter Kriett, Vorstandsvorsitzender der KZV-SH

ten Krankenversicherer, die ergänzend zur Gesetzlichen Krankenversicherung gedacht sind. Wie sich aber zeigte, feiert dieses Gedankenmodell noch kein Richtfest, sondern liegt wegen statischer Mängel in der Revisionsabteilung des Bauamtes. Denn, das wurde im Vortrag und der anschließenden angeregten Diskussion klar: Die DKV ist noch nicht auf dem Weg zum „gesunden“ Unternehmen Gesundheit! sp

Pünktlich um 7:00 Uhr bei Regen und Windstärke sieben: Das Team „Fit für die Fortbildung“ läuft sich warm.



Fotos: zm

107. Deutscher Ärztetag in Bremen

Gesundheit – hohes Gut und keine Ware

Bundespräsident Johannes Rau würdigte den Arztberuf, Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt verteilte Lob und Tadel an die Ärzte und Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe warnte vor dem Weg in die Gesundheitswirtschaft: Der Deutsche Ärztetag in Bremen zeigte die Konsequenzen aus der Gesundheitsreform ehrlich auf.

Der scheidende Bundespräsident Johannes Rau würdigte in seiner Eröffnungsansprache zum 107. Deutschen Ärztetag in Bremen die besondere Rolle des Arztberufes. „Medizin ist nicht nur eine Wissenschaft. Sie ist auch eine Kunst: die Heil-Kunst. Und nur, wenn es gelingt, beide zusammenzuführen, dann gewinnen die Patienten, aber nicht nur sie. Auch Ärztinnen und Ärzte können dann noch erfolgreicher arbeiten und noch zufriedener mit ihrer Arbeit sein.“ Ganz bewusst äußerte sich Rau nicht zu einzelnen Themen oder zu bestimmten Instrumenten der Gesundheitspolitik. Er riet in der Gesundheitspolitik zu einer Sprache, die die Menschen verstehen könnten, ohne Ärzte oder diplomierte Gesundheitswissenschaftler zu sein. Vor allem wehrte sich der Bundespräsident dagegen, betriebswirtschaftliche Denkrichtungen im Gesundheitswesen die Überhand gewinnen zu las-

sen. Die medizinische Versorgung dürfe nicht auf eine Dienstleistung reduziert werden. „Gesundheit ist ein hohes Gut, keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter, und Patienten sind keine Kunden.“ Rau setzte sich für den Erhalt des solidarischen Gesund-

heitswesens ein. Solidarität bedeute aber auch, mit den vorhandenen Mitteln sorgfältig und verantwortungsbewusst umzugehen.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt betonte in Bremen, dass Gesundheitspolitik



Fotos: Eifrig



Der Deutsche Ärztetag in Bremen zeigte die Konsequenzen aus der Gesundheitsreform ehrlich auf.

derzeit unter schwierigen Rahmenbedingungen stattfindet. Die Auseinandersetzung um den effizienten Einsatz und die angemessene Verteilung der knappen Mittel sei schärfer geworden. Sie verteidigte die Strukturveränderungen, die das GKV-Modernisierungsgesetz ermögliche. Endlich komme Bewegung in die erstarrten Formen der sektoral abgeschnittenen Gesundheitsversorgung. Dennoch übte sie Kritik an den Ärzten. „Wer fordert, dass sich die Einnahmensituation in der GKV verbessert, der muss auch bereit sein, den neuen Weg mitzugehen und zu den moderaten Zuzahlungen und Gebühren stehen.“ Schmidt warf den Ärzten vor: „Dass allerdings zur Bewah-

rung von Besitzständen die 'ethische Keule' geschwungen wird, um vor der drohenden Kommerzialisierung des Gesundheitswesens zu warnen, finde ich gelinde gesagt merkwürdig." Ferner unterstellte sie den Ärzten eine Blockadehaltung: „Ein Zurück gibt es nicht. Nach vorne können wir gemeinsam gehen.“

Doch es gab auch Lob von der Ministerin: „Ich bin zutiefst überzeugt, dass niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser immer mehr die Chance erkannt haben, die das GMG bietet, und neue Aufgaben offensiv angehen. Beispielhaft hierfür sind der Abschluss von Integrationsverträgen oder die Neugründung von medizinischen Versorgungszentren.“ Zustimmung gab es auch für die Programmgestaltung des Ärztetages, bei dem die Reaktionen auf die aktuelle



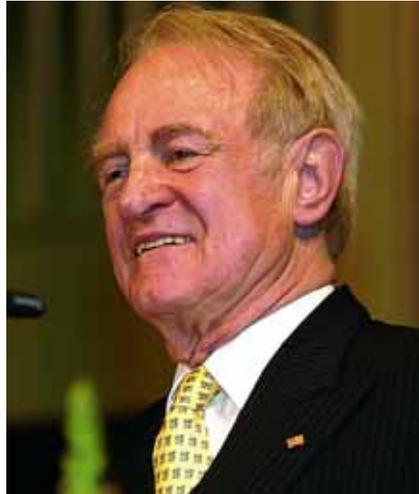
Verteilte Lob und Tadel an die Ärzte:
Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

Gesundheitsreform auf der Agenda standen. Indem sich die Ärzte mit der Neuordnung der Versorgung, der Berufsordnung und der Fortbildung beschäftigten, würden sie unterstreichen, dass sie sich am Puls der Zeit befänden.

Der Weg in die Gesundheitswirtschaft

Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe warnte in seiner Eröffnungsansprache vor Profitdenken im Gesundheitswesen

und vor dem Weg in die Gesundheitswirtschaft und ging damit in eine kritische Haltung gegenüber der rot-grünen Gesundheitspolitik. Die Arbeit am Patienten sei mehr als eine Dienstleistung, betonte er. Es sei deshalb wenig motivierend, gerade den Ärzten zu sagen, das Gesundheitswesen sei



Würdigte den Arztberuf: Der scheidende Bundespräsident Johannes Rau

geprägt durch Überversorgung und Fehlleistungen und es gäbe noch Rationalisierungsreserven in Milliardenhöhe. „Ich habe große Bedenken, dass wir auf dem Weg sind in die völlige Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und die Merkantilisierung des Arztberufes. Aber weder sind Ärztinnen und Ärzte Kaufleute, noch sind Patienten Kunden. Es gibt auch keine Nachfrage für Krankheiten, noch wird die Notwendigkeit einer Behandlung angeboten.“

Das GKV-Modernisierungsgesetz fördere nicht den Wettbewerb um Qualität, sondern den Wettbewerb um Profit, kritisierte Hoppe. Es modernisiere auch nicht wirklich das Gesundheitswesen: „Ich glaube, es privatisiert viel mehr. Bewährtes geht verloren, aber wer es wagt zu kritisieren, dem wird engstirniges Funktionärsdenken vorgeworfen. Wir Ärzte sagen unsere Meinung trotzdem, denn wir sind in solchen Fragen nichts anderem verpflichtet als dem ärztlichen Ethos.“

Viele Fachärzte in Einzelpraxen könnten auf Dauer kaum noch konkurrenzfähig gegen die neuen medizinischen Versorgungszentren

sein, erklärte der Ärztepräsident. Mit der neuen Klinik-Finanzierung über Fallpauschalen würden auch viele kleine Krankenhäuser schließen müssen. Gerade in strukturschwachen Gebieten würden Menschen dann nicht mehr so behandelt werden können, wie das bisher der Fall sei.

Wer das Gesundheitswesen als Kostenfaktor betrachte, habe die Bedeutung des Sozialstaates nicht verstanden, sagte Hoppe. „Der Sozialstaat ist eben keine Belastung unserer Gesellschaft, er ist vielmehr Grundlage einer humanen und prosperierenden Gesellschaft.“

Die kritischen und nachdenklichen Worte Hoppes gegenüber der Gesundheitspolitik von Rot-Grün gingen in die folgenden Beratungen der Ärztedelegierten ein. Der Ärzte-



Sieht die qualitativ hochwertige Patientenversorgung in Gefahr: Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

tag stimmte schließlich einem Antrag zu, der unüberbrückbare Differenzen zwischen Politik und Ärzten dokumentierte.

Wettbewerb mit Versorgungszentren

Viele weitere Themen standen in Bremen auf dem Programm. Die Delegierten äußerten beispielsweise ihren Unmut über die Flut bürokratischer Anforderungen, die das neue Gesetz ihnen infolge von Praxisgebühren oder Disease-Management-Programmen auferlegte. Ein ganz zentrales

Thema war der Umgang mit medizinischen Versorgungszentren. Der Ärztetag beschloss eine Änderung der Musterberufsordnung. Haus- und Fachärzte werden in Zukunft deutlich mehr Möglichkeiten haben, miteinander zu kooperieren. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, dass alle Ärzte in direkten Wettbewerb mit medizinischen Versorgungszentren treten können.

Vor allem junge Ärzte sollen die Chance bekommen, auch als angestellte Ärzte bei Kollegen in der Praxis tätig werden zu dürfen. Bereits niedergelassenen Ärzten eröffnet die Lockerung der Berufsordnung die Kooperation auch mit Kollegen anderer Fachrichtungen. Dem Arzt soll es gestattet sein, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig sein zu dürfen. Auch sind erweiterte Kooperationsformen

mit anderen Leistungserbringern (andere akademische Heilberufe im Gesundheitswesen) möglich.

Fortbildungssatzung geändert

Der Ärztetag verabschiedete eine neue Muster-Satzungsregelung „Fortbildung und Fortbildungszertifikat“, die ein bundeseinheitliches Vorgehen bei der Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen sicherstellen soll. Sie gilt für Ärzte und Fortbildungsveranstalter. Außerdem regelt die Satzung das Verfahren der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen und die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern. Die Ärzteschaft reagiert damit auf die gesetzlichen Vorgaben zur Fortbildungsnachweispflicht. Danach bestimmt die



Wertete das GMG als Angriff auf die Freiberuflichkeit: KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer verbindlich den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Als Nachweis gilt das ortbildungszertifikat der Ärztekammern. Laut der in Bremen beschlossenen Änderung bei der Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen ist die maximale Punktzahl bestimmter Kategorien angehoben worden. Außerdem planen die Ärztekammern die Einrichtung von Fortbildungspunktekonto für Ärzte (mehr dazu unter <http://www.baek.de>).

Eklat bei der KBV

Im Vorfeld des Deutschen Ärztetages kam die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu einer ihrer letzten Sitzungen in alter Struktur zusammen. KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm wertete das GMG als Angriff auf die Freiberuflichkeit. Mit Bürokratiewahn und einer von Zentralismus geprägten politischen Ideologie bringe die Regierung ihr tiefes Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft zum Ausdruck. Die Veranstaltung begann gleich zu Anfang mit einem Eklat und nahm den politischen Diskussionen den Wind aus den Segeln: Wegen der monatelangen Querelen um den EBM legten die Vorsitzenden der KV Bayern, Dr. Axel Munte, und der KV Nord-Württemberg, Dr. Werner Baumgärtner, ihre Ämter im KBV-Vorstand nieder. pr

zm-Info

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp zum Ärztetag

Einer der geladenen Ehrengäste auf dem Deutschen Ärztetag war der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Foto). „Der Ärztetag hat das Gebot der Stunde, selbst zu handeln, bevor andere dies tun, erkannt“, kommentierte er. „Was man nicht selbst in die Hand nimmt, übernehmen andere.“ Die Heilberufler dürften der Politik keinen Platz lassen, regulierend einzugreifen. Nach diesem Motto handelten auch die Zahnärzte.

Weitkamp begrüßte in Teilen die Beschlüsse der Ärzte zur neuen Berufsordnung. Es sei sinnvoll, unter anderem Kooperationsformen auch überörtlich zuzulassen, denn den niedergelassenen Kollegen müssten gegenüber den neuen Medizinischen Versorgungszentren gleiche Chancen eingeräumt werden. Auch die Bundeszahnärztekammer habe im vergangenen Jahr in ihrem Ausschuss Berufsbild des Zahnarztes ähnliche Entwicklungen angeschoben. Derzeit arbeite eine Arbeitsgruppe an der Novellierung der zahnärztlichen Berufsordnung. Im Juni werde der BZÄK-Vorstand in seiner Klausurtagung beraten, voraussichtlich ab Spätsommer werde eine neue Musterberufsordnung für Zahnärzte vorliegen.

Mehr Öffnung und Liberalisierung sei das Gebot der Stunde, erklärte Weitkamp. Eigeninitiativen von Kollegen sollten nicht durch Vorgaben der Kammern eingeschränkt, sondern im Gegenteil gefördert werden. pr

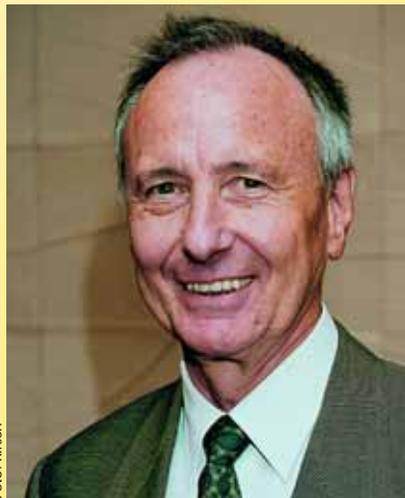


Foto: Kirsch

Aufklären statt verunsichern

Egbert Maibach-Nagel

Noch sind die ersten Neuerungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) nicht verkräftet, schon steht Weiteres ins Haus. Darunter ausnehmend Riskantes wie die zu Januar 2006 geplante Einführung der für den Datenschutz bedenklichen elektronischen Gesundheitskarte, aber auch eine bedeutende Chance für Zahnärzte und Patienten: Zum 1. Januar 2005 wird der Zahnersatz aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert, gleichzeitig erstmals das von der Zahnärzteschaft seit Jahren geforderte Festzuschuss-Modell eingeführt. Beide Neuerungen mit ihren ganz unterschiedlichen Auswirkungen für Zahnärzte und Patienten sind Schwerpunktthemen der diesjährigen Öffentlichkeitskampagne der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Sie wird in der zweiten Jahreshälfte aufklären, warnen und für die notwendige Transparenz zur Einschätzung der bevorstehenden Änderungen sorgen.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat's nicht leicht: Das unter ihrer Verantwortung verabschiedete GMG ist auch im zweiten Halbjahr nach In-Kraft-Treten unverändert im Fokus öffentlicher Kritik. Ihr selbst hat das Gesetz in der breiten Öffentlichkeit einen immensen Image-Verlust eingebracht. Kein Wunder: Deutschlands Bürger sind verärgert, massiv verunsichert und bescheren der Ministern deshalb in allen Umfragen miserable Werte.

Deutschlands Zahnärzte kennen Image-Probleme dieser Art in ihrem Wirkungskreis nicht: Das dem Arzt oder Zahnarzt vom Patienten entgegengebrachte Vertrauen ist – trotz immer wieder geführter heftiger Angriffe gegen den Berufsstand – nach wie vor extrem hoch, deutlich besser als das Ansehen anderer Berufsgruppen oder gar der Politik.

Für das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) ist dieser exzellente Vertrauensstatus in Deutschlands Praxen augenscheinlich problematisch. Denn Ulla Schmidt geht Kritik seitens der Ärzte- und Zahnärzteschaft meist mit harten Bandagen an: Durch heftige Angriffe und spektakuläre Drohungen versucht das Gesundheitsministerium immer wieder, einen Keil zwischen die bekanntermaßen intakte Beziehung von

Zahnärzten und ihren Patienten zu treiben. Die Schuldzuweisung für das Chaos der Krankenkassengebühr an die ärztliche und zahnärztliche Standespolitik, die Diskriminierung des im GMG halbherzig implementierten Instrumentes Kostenerstattung, aber auch die Drohung mit der Abschaffung der Selbstverwaltung und zuletzt das „Schwarzbuch“ gegen die Heilberufe sprechen für sich.

Argumente gegen Datensammelwut

Diese für die zahnärztliche Berufspolitik bittere Strategie der Ministerin droht im Zuge der nächsten Stufen des GMG weiteres Futter zu erhalten. Die elektronische Gesundheitskarte, beschlossen und über § 291 a SGB V verfügt, soll ab Januar 2006 für

80 Millionen Patienten, zirka 270 000 Ärzte, 77 000 Zahnärzte, 2 000 Krankenhäuser, 22 000 Apotheken und über 300 Krankenkassen neue Zeiten einläuten. Streit ist programmiert, schwelt schon jetzt in der viel zu knapp gesetzten Vorbereitungsphase: „In diesem Projekt konterkariert der vorrangig für die gesetzlichen Krankenkassen zu erwartende Nutzen – der zahnmedizinische Bereich hat außer Kosten ohnehin so gut wie nichts davon – das Recht der Bürger auf Schutz ihrer Daten“, warnt der amtierende KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz.

Die Datensammelwut, die Rot-Grün mit rigoros knapper Zeitschiene durchsetzen will, reicht vom GKV-Mitgliedsnachweis für andere EU-Länder bis zur kompletten Patientenakte (siehe auch Titelgeschichte zm 4/2004). Abgesehen von der zu erwartenden Kostenbelastung für Staat und Bürger – die Amortisationszeit des Milliardenprojektes beträgt laut Worst-Case-Szenarien mehrere Jahrzehnte –, birgt das neue Karten-System die Gefahr von Sicherheitslücken und öffnet etwaigem Datenmissbrauch nach Ansicht der Zahnärzteschaft Tür und Tor.

Grund genug für die KZBV, vor den möglichen Konsequenzen dieses Vorhabens aktiv zu warnen: „Unsere Befürchtung, dass mit der elektronischen Gesundheitskarte das altbekannte Bestreben der Krankenkassen, die Anonymisierung der Versichertendaten aufzuweichen, seiner Umsetzung deutlich



*Sehen das verantwortungsvolle Verhalten gegenüber den Patienten und sachliche Aufklärung als eine Chance, das befundorientierte Festzuschussystem und die Ausgliederung des Zahnersatzes aus der GKV als nachahmenswertes Beispiel zu etablieren:
ZA Dieter Krenkel (l.) und Dr. Jürgen Fedderwitz (r.).*



Fotos: Archiv/Lopata

Es gibt Dinge, die erzählt man nicht mal seiner Frau.

Die Gesundheitsministerin hat ein Auge auf Sie geworfen. Ab 2006 soll Ihre persönliche Krankenakte mit Hilfe einer neuen Gesundheitskarte gespeichert werden. Dabei sollen Sie mit gutem Recht selbst entscheiden, welche Daten Sie speichern lassen und welche nicht. Weil die Aufzeichnung Ihrer Krankengeschichte dadurch lückenhaft wird, ist der medizinische Nutzen der kostspieligen Aktion eher gering. Die Gefahr des Datenmissbrauchs dagegen ist hoch. Wir erzählen Ihnen keine Märchen: www.prozahn.de/datenschutz

Uns geht's um die Substanz. Ihre Zahnärzte



Ein Mund, der Skepsis ausdrückt (s. auch zm-Titel): Ein Motiv aus einer Reihe von Anzeigen im Rahmen der diesjährigen KZBV-Kampagne.

Runde einer differenzierteren Zweiteilung der inhaltlichen Schwerpunkte. Mit der Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem GKV-Leistungskatalog ab 2005 hat das von der deutschen Zahnärzteschaft seit Jahren geforderte Konzept befundorientierter Festzuschüsse ein für die künftige Entwicklung der zahnärztlichen Versorgung wichtigen Piloten erhalten. „Wir müssen unseren Patienten verdeutlichen, dass gerade die Einführung der befundorientierten Festzuschüsse kein Grund zur Beunruhigung, sondern ein Vorteil, eine Chance für alle Beteiligten ist“, betont Dieter Krenkel.

Angesichts der durch Krankenkassengebühr, Selbstbehalte und mangelhafte Umsetzung des GMG in den ersten Monaten des Jahres bewirkten Versicherung der Bevölkerung ist das kein leichtes Unterfangen. Erschwerend kommt hinzu, dass auch die dem zahnärztlichen Konzept zustimmenden Politiker das bisher nur auf den Zahnersatz bezogene „Experiment“ mit Argus-Augen verfolgen werden: „Vielen stecken die Probleme und öffentlichen Auseinandersetzungen, die es bei der Umsetzung der Festzuschüsse 1998 im Vorfeld der damaligen Bundestagswahl gab, noch in den Knochen“, weiß KZBV-Chef Jürgen Fedderwitz: „Und die Komplexität der Festzuschuss-Neuregelung ist weit größer als die der im Frühjahr so stark angefeindeten Praxisgebühr.“

Die zu berücksichtigenden Fakten: Die Umstellung von prozentualen Zuschüssen auf Festzuschüsse ist mit einem gesonderten Beitrag für Zahnersatz, der allein von den

zm-Info

Auch die diesjährige KZBV-Öffentlichkeitskampagne – mit den Schwerpunktthemen „befundorientierte Festzuschüsse“ und „elektronische Gesundheitskarte“ – wird im zweiten Halbjahr Akzente für die öffentliche Diskussion zur Gesundheitspolitik setzen.

Dieser zm-Ausgabe liegt ein Kampagnenfolder bei, der die geplanten Maßnahmen ausführlich darstellt. mn

näher rückt, ist ein wichtiger Ansatz für die zweite Runde unserer Kampagne“, so Dieter Krenkel, KZBV-Vorstand für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: „Wir werden die Risiken der elektronischen Gesundheitskarte öffentlich thematisieren.“

Festzuschüsse als Chance

Dennoch: Das pauschale „Nein“, das in der Kampagne 2003 die Haltung zur Reform bestimmte, weicht in der diesjährigen zweiten

Arbeitnehmern zu tragen ist, verbunden. Die Höhe des Beitrages wird erstmals zum Oktober 2004 festgelegt, gefolgt von einer Rechtsverordnung des BMGS zum Finanzausgleich in der GKV. Die Vorarbeiten, vorerst geprägt durch die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und KZBV im gemeinsamen Bundesausschuss, aber auch die Einführungsphasen fallen – das kommt erschwerend hinzu – in eine durch mehrere Wahlen geprägte Zeit. Jürgen Fedderwitz: „Diese Ausgangslage gibt genügend Anlass zu der Vermutung, dass das 'Experiment'



Zahnersatz genauestens beobachtet wird. Letztlich wird das verantwortungsvolle Verhalten von uns Zahnärzten gegenüber unseren Patienten darüber entscheiden, ob das von uns begrüßte Pilotprojekt zum Türöffner für weitere Ausgliederungen aus dem Leistungskatalog der GKV werden kann. Hier geht es um die Zukunft unserer Praxen.“

Patienten vor suboptimaler Versicherung bewahren

Damit sind die Ziele klar gesetzt: „Wir müssen den durch die bisherige Problemlage des GMG verunsicherten Patienten mit Hilfe sachlicher Information und fachlichem Rat etwaige Ängste bereits im Vorfeld nehmen“, betont Dieter Krenkel. Es gehe vor allem auch darum, eventuelle Budgetverwerfungen, die aufgrund psychologischer Vorzie-



heffekte vor allem im Bereich Zahnersatzversorgung auftreten könnten, weitestgehend zu vermeiden. Wichtig sei aber auch die Betreuung der Patienten bei Fragen zur Wahl der obligatorischen Zahnersatzversicherung: „Man muss die Patienten so umfassend informieren, dass sie sich nicht durch allzu frühzeitigen Abschluss von Zusatzversicherungen für die zahnmedizinische beziehungsweise prothetische Versorgung vorschnell auf eine suboptimale Versicherungsleistung festlegen“, so der KZBV-Vorstand für Presse und Öffentlichkeitsarbeit. Für Deutschlands Zahnärzteschaft sei es von immenser Bedeutung, das neue Zuschussmodell so zu vermitteln, dass es als gutes Modell erkannt wird, reibungslos eingeführt werden kann und sich vor allem auch längerfristig als lebensfähig erweist. Krenkel: „Wir werden klarstellen, dass dieses System gut funktionieren wird und für den Patienten Sicherheit, Klarheit und die Teilnahme am medizinischen Fortschritt bedeutet. Wir werden zeigen, dass es auch mit der neuen Zahnersatz-Versicherung weiterhin eine vernünftige Versorgung geben wird.“

Ein zentrales Instrument: das Gespräch in der Praxis

Eine Herausforderung, die gezielte Aufklärung und Transparenz, strukturierte und verständliche Information, aber vor allem auch das persönliche Gespräch zwischen Zahnarztteam und Patienten erfordert. Und

eine Aufgabe, die sich für eine in gemeinsamer Aktion zu bewältigende Kampagne geradezu anbietet.

Von Vorteil ist, dass dieses Feld kein Neuland ist: Schon im vergangenen Jahr hatte die KZBV im Schulterchluss mit den KZVen der Länder und einer Vielzahl von deutschen Zahnarztpraxen eine Kampagne gefahren, damals als Aufklärungsaktion über die Haltung der Zahnärzte zum Vorhaben der Bundesregierung. Die gemeinsam mit der Agentur Ogilvy & Mather durchgeführte Maßnahme hatte nicht nur im Anzeigen-Barometer des Spiegel den Spitzen-

platz erzielen können. Sie ambitionierte auch jede zehnte Zahnarztpraxis Deutschlands zur aktiven Mitarbeit gegen die gesetzgeberische Fehlentwicklung. Dieter Krenkel: „Noch nie haben so viele Kolleginnen und Kollegen Aktionsmittel für ihre Praxis bestellt.“

Also ein begründeter Anlass zur Hoffnung auf weitere Erfolge. Denn auch die zweite Runde der im Redaktionsbeirat aus Länder-KZVen diskutierten, in der Entwicklung kontinuierlich begleiteten und in ihren Maßnahmen abgestimmten Kampagne 2004 baut auf dieses erwiesene solide Fundament. Neben den zwecks öffentlicher Sensibilisierung und Schaffung von öffentlichem Meinungsdruck erscheinenden Anzeigen in populären Massenmedien, wie Bild am Sonntag, Focus, Spiegel, Stern, TV-Movie und TV-Spielfilm, aber auch in Tageszeitungen, wie der FAZ oder der Süd-

„Teaser“ und „Eye Catcher“ als Animation für das Gespräch zwischen Patient und Praxisteam: Die Kampagne wartet mit einer Vielzahl von Materialien auf, darunter auch diese Expomat-Wand für Präsentationen vor Ort.



deutschen Zeitung, sowie in Beiheften und Titelaufklebern in Lesezirkeln ist mehr als im Vorjahr die Zahnarztpraxis Dreh- und Angelpunkt der Aktionen: Das direkte Gespräch und die sachliche Aufklärung der Patienten ist ein zentrales Instrument der Kampagne 2004.

Das Rüstzeug für eine fundierte Überzeugungsarbeit liefern die Initiatoren mit: Der Kampagnenguide liegt dieser zm-Ausgabe bei. Werbemittel, die gezielt auf die bundesweite Aktion hinweisen und so verstärkt auf die Themen aufmerksam machen, können ab sofort in der KZBV-Abteilung für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit abgerufen werden. Die zm werden fortlaufend über



und ihrer Mitarbeiter deutlich ausbauen und die Vorjahreswerte der Beteiligung toppen“, so Dieter Krenkel: „Diese Kampagne lebt von der Umsetzung in den Praxen vor Ort.“

Den passenden Rahmen für diese Aufgabe schaffen knapp 230 Millionen Kontakte innerhalb der avisierten Zielgruppe, die durch die unterschiedlichen Instrumentarien der Kampagne erreicht werden. „Wir fahren diese bundesweite Aktion nach einem exakt ausgeklügelten Timing. Das bis in die Feinheiten abgestimmte System ist Ergebnis monatelanger Koordinationsarbeit und aufwändiger Logistik“, erläutert KZBV-Pressestellenleiter Dr. Reiner Kern den Aufbau der Kampagne.

Das Ziel ist ambitioniert, das zu Grunde liegende Motiv aber mehr als berechtigt: „Im Zuge der in der Bevölkerung bereits bestehenden Verunsicherung über das neue Gesetz brauchen wir gerade beim Meilenstein der befundorientierten Festzuschüsse das Vertrauen unserer Patienten“, weiß Dieter Krenkel: „Erreichen werden wir dieses Ziel nicht mit knochentrockenen Botschaften, sondern dort, wo es passt, gerade auch mit Humor. Die Kampagne ist – nicht zuletzt – auch Sympathie-Bildung für unseren Berufsstand.“

zm-Info

Ab Januar 2005:

Die neuen Festzuschüsse

Am 1. Januar 2005 tritt bei Zahnersatz das befundorientierte Festzuschusssystem in Verbindung mit einer obligatorischen Zusatzversicherung in Kraft. Bis dahin bleibt noch einiges zu tun. Die vom Gesetzgeber vorgegebenen Termine:

30.06.2004: Festlegung der Befunde, der Regelversorgungen und der hierfür erforderlichen zahnärztlichen und zahn-technischen Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien – Beanstandungsfrist: ein Monat.

Vereinbarung der Punktwerte für 2004 von den Partnern der Gesamtverträge – bei Nichteinhaltung der Frist: Fortschreibung der Punktwerte des Jahres 2003.

30.09.2004: Vereinbarung der bundeseinheitlichen Vergütung für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen.

1.10.2004: Festlegung der Beitragshöhe.

30.11.2004: Bekanntmachung der Befunde, der zugeordneten Regelversorgung, der hierfür erforderlichen zahnärztlichen und zahn-technischen Leistungen, der Höhe der auf diese entfallenden Vergütungen und der Festzuschüsse im Bundesanzeiger.

die Einzelheiten informieren. Weitere Datenblätter mit Informationen zu den Kernthemen, eine Arbeitshilfe für das Praxispersonal, Patientenbroschüren und ein nach Abschluss der Verhandlungen zu den Festzuschüssen erscheinendes Handbuch ergänzen die Materialien für die Praxis. Wie in der ersten Runde der Kampagne werden auch in den kommenden Monaten die Internet-Seiten von www.pro-zahn.de für die Kampagne eingesetzt. Gesondert ausgewiesen informieren dort zwei Homepages – für den Patienten und für das Praxisteam – ausführlich zur Kampagne und über die Themenschwerpunkte „Festzuschüsse“ und „Datenschutz“.

Münder werben für Sympathie

Einig war man sich im redaktionellen Beirat auch, dass die im Vorjahr eingebrachte Motivik der Kampagne beibehalten werden sollte. Die hohe Wiedererkennbarkeit wird als wichtige Voraussetzung für die Wirksamkeit der diesjährigen Aktionen genutzt. Das Motto „Uns geht's um die Substanz. Ihre Zahnärzte“ bleibt Wahlspruch der Kampagne. Selbstredend, dass die Bildwahl entsprechend wieder fokussierte Münder sind.

Und wieder ist für die Initiatoren der Kampagne eine gehörige Portion Ehrgeiz mit im Spiel: „Wir wollen in diesem Jahr die Möglichkeiten für die Mitarbeit der Zahnärzte

Auf Wiedersehen,
und passen Sie gut
auf sie auf.

Uns geht's um die Substanz. Ihre Zahnärzte



Fotos: KZBV

Kasuistik

Behandlungsoptionen bei einer Kronen-/Wurzelfraktur nach Endo

Hans Jörg Staehle

Anhand einer Kasuistik werden verschiedene Behandlungsalternativen beim Vorliegen einer Kronen-/Wurzelfraktur eines endodontisch behandelten Oberkiefermolaren unter Einbeziehung einer Nutzen-Risiko-Abwägung aufgezeigt. In der beschriebenen Situation wurde einer Reparaturrestauration mittels direkt eingebrachtem Komposit die Priorität gegenüber deutlich aufwändigeren, indirekten Behandlungsmitteln gegeben.

Anamnese und Ärztliches Gespräch

Ein 54-jähriger Patient stellte sich in der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg wegen einer akut aufgetretenen Fraktur des palatinalen Höckers eines endodontisch behandelten Oberkiefer-Molaren vor.

Soziale Anamnese

Der Patient befindet sich im Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit oft auf längeren Auslandsreisen.

Familienanamnese

Es fanden sich keine Hinweise auf Familienkrankheiten mit relevantem Bezug zu Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Allgemeine Anamnese

Die Befragung ergab keine Anhaltspunkte für das Vorliegen von Allgemeinerkrankungen.

Spezielle zahnärztliche Anamnese/ Vorgeschichte

Bei der bisherigen zahnärztlichen Versorgung des Patienten (vorwiegend mittels direkter Kompositrestaurationen und Keramik-Inlays) traten keine Komplikationen auf. Der Patient erhielt in den USA vor etwa zehn Jahren an Zahn 17 eine Wurzelkanalfüllung. Die Kavität dieses Zahnes wurde mit einem Keramik-Inlay verschlossen.

Spezielle Schmerzanamnese

Es bestehen keine akuten Schmerzen.

Präventionsanamnese

Der Patient reinigt seine Zähne mindestens einmal täglich mit Handzahnbürste, fluoridhaltiger Zahnpasta, Zahnseide und individuell ausgesuchten Interdentalraumbürsten. In seinem Haushalt werden die Speisen mit fluoridhaltigem Jodsalz zubereitet. In der Gemeinschaftsverpflegung (Kantine) des Universitätsklinikums Heidelberg, an dem der Patient tätig ist, wird ebenfalls fluoridiertes Speisesalz verwendet. Es finden sich keine Hinweise auf hochfrequente Zwischenmahlzeiten mit kariesförderndem Charakter. Der Patient hat seit mehreren Jahren keine Karies neu entwickelt.

Ergebnisse des Ärztlichen Gesprächs/ besondere Erwartungen

Der Patient wünscht aufgrund einer sehr starken beruflichen Inanspruchnahme mit terminlichen Engpässen zunächst eine Akutversorgung in einer Sitzung. Ihn stören vor allem der durch die Höckerabplatzung entstandene Substanzverlust an Zahn 17 sowie die damit einhergehenden scharfen Kanten, die seine Zungenbewegungen irritieren.

Ausgangsbefunde:

Allgemeinmedizinische Befunde

Es ergaben sich aus zahnmedizinischer Sicht keine Gründe, allgemeinmedizinische Befunde zu erheben oder deren Erhebung zu veranlassen.



Fotos: Staehle

Abb. 1: Höckerfraktur an dem mit einem Keramikinlay versorgten, endodontisch behandelten Zahn 17 (steht an Stelle von Zahn 16) (Spiegelbild). Die Frakturlinie zeigt palatinal schollenartig abgesplittertes Dentin. Kein Anhalt auf vertikale Wurzelfraktur. Die Befestigungsfuge zwischen Keramikinlay und Zahnhartsubstanz erscheint disto-bukkal rillenförmig ausgewaschen.

Extraorale Befunde

Die extraorale Situation stellte sich unauffällig dar, insbesondere fanden sich keine Hinweise auf Hautveränderungen, Asymmetrien oder Paresen.

Intraorale Befunde

■ Allgemeine intraorale Befunde

Die gut befeuchteten Schleimhäute der Mundhöhle einschließlich des Zungen- und Rachenraums zeigten keine pathologischen Veränderungen. Quantität und Qualität des Speichels erschienen ohne Besonderheiten.

■ Zahnstatus

Es fehlten die Zähne 16 (Lücke durch Aufwanderung von 17 und 18 geschlossen), 11 und 38. Ansonsten war das Gebiss vollständig.

■ Situation der Zahnhartsubstanzen (kariesbedingte und nicht kariesbedingte Veränderungen)

Es ergaben sich keine Hinweise auf Karies. Einzelne Zähne zeigten Schliff-Flächen und keilförmige Zahnhalsdefekte. Das Gebiss wies generalisiert Strukturanomalien unbekannter Genese auf. Dabei standen zirkumskripte Opazitäten unterschiedlicher Ausprägung, teilweise mit Hinweisen auf post-eruptiv entstandenen Substanzverlust, im

Vordergrund. Insgesamt waren jedoch keine Attritionen, Abrasionen und/oder Erosionen von behandlungsbedürftigem Ausmaß zu verzeichnen. Am Zahn 17 war der palatinale Höcker knapp unterhalb des Gingivaniveaus frakturiert (Kronen-/Wurzelfraktur, siehe Abb. 1). An der Frakturfläche war das Dentin schollenartig abgesplittert. Es fanden sich keine Anhaltspunkte für einen vertikalen Frakturverlauf.

■ Befunde zur konservierend-restaurativen und prothetisch-restaurativen Situation

Die Lücke regio 11 war prothetisch versorgt. Alle Molaren wiesen direkte Kompositrestaurationen oder Keramik-Inlays auf, an den Prämolaren fanden sich keine zahnärztlichen Restaurationen. Mit Ausnahme des Zahnes 17 bestand kein restaurativer Behandlungsbedarf. Das nach der Höckerfrak-

tur verbliebene Keramik-Inlay an Zahn 17 erschien randständig und fest verankert. Lediglich im disto-bukkalen Bereich erschien die Randfuge zwischen Keramik und Zahnhartsubstanz rillenförmig ausgewaschen.

■ Befunde zur endodontischen Situation

Es bestanden keine Hinweise auf endodontische Erkrankungen. Mit Ausnahme der endodontisch behandelten Zähne 17, 37 und 47 reagierten sämtliche Zähne im Kältetest regelrecht sensibel.

■ Befunde zur parodontalen Situation

Die parodontale Situation stellte sich weitgehend unauffällig dar. Die Sondiertiefen lagen generalisiert bei zwei bis drei Millimetern (mit Ausnahme des Zahnes 48, dort distal vier Millimeter). Es trat kein Bluten nach Sondieren auf.

■ Befunde zur Funktion des kranio-mandibulären Systems

Es fanden sich keine Hinweise auf funktionelle Störungen oder Einschränkungen im kranio-mandibulären System, die weiterführende Untersuchungen nahegelegt hätten. Im Bereich der Kaumuskulatur und der Kiefergelenke war der Patient vollkommen beschwerdefrei.

■ KFO-Befunde

Die kieferorthopädische Situation ergab keine behandlungsbedürftigen Abweichungen.

■ Befunde zum Aussehen („ästhetische“ Situation)

Das Aussehen des Gebisses erschien objektiv akzeptabel. Der Patient war auch subjektiv mit dem Aussehen und der Stellung der Zähne zufrieden.

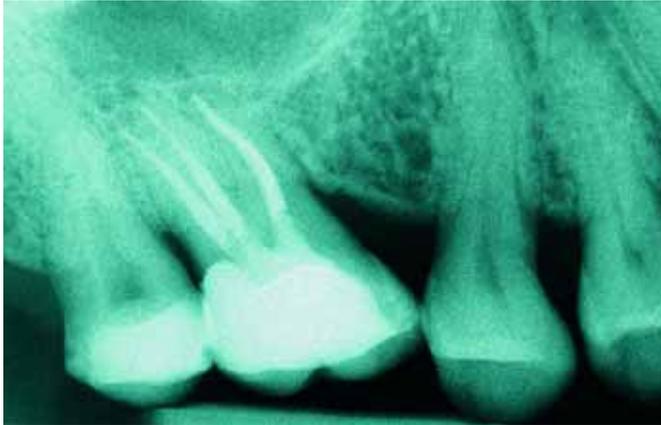


Abb. 2:
Röntgenzahnfilm
des in die Lücke
regio 16 gekippten,
endodontisch behan-
delten Zahns 17

■ Röntgenbefunde

Alle endodontisch behandelten Zähne stellten sich röntgenographisch unauffällig dar. Ein Röntgen-Zahnfilm mit dem Zahn 17 findet sich in Abb. 2. Die Wurzelkanalfüllung des Zahnes 17 erscheint dort korrekt platziert ohne Hinweise auf pathologische periradikuläre Veränderungen.

■ Sonstige Befunde

Die Untersuchung führte zu keinen sonstigen Befunden, die für die Differentialdiagnostik und -therapie von Bedeutung hätten sein können.

■ Verhaltensbefunde/Einschätzung der Kooperation/Compliance

Abgesehen von Engpässen bei der Termingestaltung ergaben sich keine Hinweise auf eine verminderte Compliance. Auch zeigte die Untersuchung keine Anhaltspunkte für erschwerte Mundöffnung, Würgereiz oder sonstige Einschränkungen der Behandelbarkeit.

Vorherrschende Diagnosen

- Kronen-/Wurzelfraktur an dem endodontisch erfolgreich behandelten und mit einem Keramik-Inlay versorgten Zahn 17 mit Abplatzung des palatinalen Höckers.
- Generalisierte Struktur anomalies unbekannter Genese

Risikoabschätzungen/vorläufige prognostische Beurteilungen

Es bestand kein erhöhtes Risiko für Karies oder parodontale Erkrankungen. Aufgrund von Struktur anomalies ungeklärter Genese

war ein erhöhtes Frakturrisiko der Zahnhartsubstanzen nicht auszuschließen. Eine sichere Aussage zur Prognose für den Erhalt des Zahnes 17 erschien zum Zeitpunkt der Erstvorstellung nicht möglich.

Therapieplan

Behandlungsziel: Erhalt des Zahnes 17.

Behandlungsmittel

Aufbau des palatinalen Höckers von Zahn 17 mittels direkt eingebrachtem, adhäsiv verankertem Komposit (Reparatur-Restaurations).

Behandlungsalternativen

- Abrunden der scharfen Kanten. Ansonsten Belassen und Beobachten der Situation.
 - Neuanfertigung der restaurativen Versorgung mittels indirekt gefertigtem, metallischem oder zahnfarbenem Werkstück im Sinne einer Teil- oder Vollüberkronung. Je nach verbliebener Zahnhartsubstanz eventuell zusätzliche Wurzelstiftverankerung.
 - Extraktion; nachfolgend Belassen der entstandenen Lücke oder Lückenschluss unter Einbeziehung implantologischer, prothetischer und/oder kieferorthopädischer Behandlungsmittel.
- Zur Nutzen-/Risiko-Abwägung der gewählten Behandlungsmittel und -alternativen siehe Epikrise.

Aufklärung, Beratung, weiterführendes Ärztliches Gespräch

Der Patient wurde über die Ergebnisse der Untersuchung aufgeklärt. Es wurden ihm

die verschiedenen Behandlungsoptionen unter Benennung der Nutzen-Risiko-Abwägungen (siehe unten) erläutert. Er wurde darauf aufmerksam gemacht, dass bei dem empfohlenen Behandlungsmittel (Aufbau mittels direkt eingebrachtem Komposit im Sinne einer Reparatur-Restaurations) keine Langzeiterfahrungen vorliegen. Der Patient stimmte dem Behandlungsvorschlag zu.

Behandlungsmaßnahmen

Der Aufbau des palatinalen Höckers von Zahn 17 mittels direkt eingebrachtem, adhäsiv verankertem Komposit (siehe Abb. 3) erfolgte an dem Tag, an dem sich der Patient wegen der Fraktur vorstellte.



Abb. 3: Zustand nach Höckeraufbau und Reparatur-Restaurations mittels direkt eingebrachtem Komposit

Nachsorge/Recall

Zusammenfassende Nachsorgeanamnese

Die letzte Kontrolle erfolgte 18 Monate nach Durchführung der Reparaturrestaurations bei Zahn 17. Der Patient ist beschwerdefrei. Es bestehen keine funktionellen Einschränkungen. Er ist mit der Reparatur-Restaurations vollkommen zufrieden.

Nachsorgebefunde

Bei der zahnärztlichen Untersuchung stellt sich die Gebiss-Situation 18 Monate nach der Versorgung unauffällig und stabil dar. Die Reparatur-Restaurations ist klinisch intakt (siehe Abb. 4). Die parodontale Untersuchung ergab keine erhöhten Sondertiefen oder Blutungen nach Sondieren, die



Abb. 4: Kontrolle nach 18 Monaten. Unauffällige Situation. Keine funktionelle, parodontale oder sonstige Irritation. Die Rillenbildung am disto-bukkalen Inlayrand ist unverändert.



Abb. 5: Kontrolle nach 18 Monaten. Im gingivalen Übergangsbereich Reparaturkomposit-Dentin/Wurzelzement liegen die Sondertiefen bei 2 mm. Kein Bluten nach Sondieren.

Hygienefähigkeit erscheint gewährleistet (siehe Abb. 5). Im Röntgenbild ergeben sich ebenfalls keine Hinweise auf pathologische Reaktionen (Abb. 6).

Epikrise und Prognose

An endodontisch versorgten Zähnen kann es aufgrund des Zahnhartsubstanzverlustes, der im Rahmen von Wurzelkanalbehandlungen häufig gegeben ist, zu Kronen- oder Kronen-/Wurzelfrakturen kommen. Bei Molaren tritt oftmals lediglich eine lokalisierte Höckerabsprengung auf. Dies kann auch bei wurzelkanalgefüllten Zähnen, die mit adhäsiv eingegliederten Inlays restauriert wurden, beobachtet werden, wie die vorliegende Kasuistik zeigt. In solchen Fällen stehen verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung:

Belassen und Beobachten der Situation

Falls die Fraktur nicht zu einem Freiliegen der Wurzelkanalfüllung führt und Funktion, Kau- und Hygienefähigkeit nicht einge-

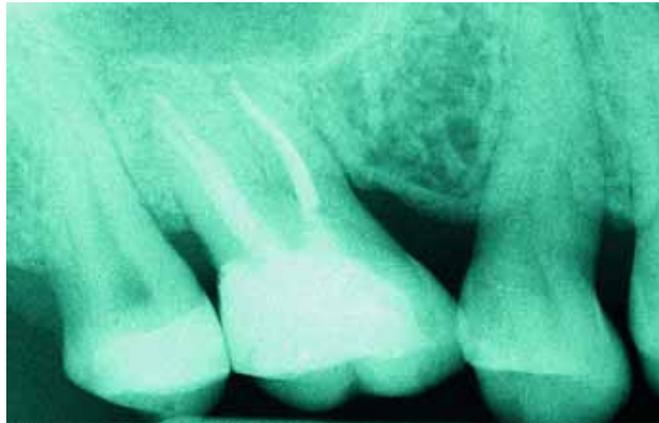


Abb. 6: Röntgenzahnfilm 18 Monate nach Reparatur-Restauration am Zahn 17. Keine wesentlichen Veränderungen im Vergleich zu der in Abb. 2 gezeigten Situation.

schränkt sind, kann – abgesehen von einer Glättung von Kanten – die Situation zuweilen belassen und beobachtet werden.

In diesem Fall war dies allerdings nicht angezeigt, da den Patienten der eingetretene Substanzverlust massiv störte und die Hygiene der Frakturflächen erschwert erschien. Außerdem war nicht ganz klar, ob die Wurzelkanalfüllung zuverlässig abgeschirmt war. Ein Belassen der Situation hätte möglicherweise eine Infektion des Wurzelkanalsystems von koronal begünstigt.

Neuanfertigung der restaurativen Versorgung

Je nach verbliebener Zahnhartsubstanz bietet sich eine Neuversorgung mittels indirekt gefertigtem, metallischem oder zahnfarbenem Werkstück im Sinne einer Teil- oder Vollüberkronung an. Falls die vorhandene Zahnkrone keine Retentionsmöglichkeit mehr bietet, stehen heute verschiedene Stiftverankerungen (auch adhäsiver Art) zur Verfügung. Die zahlreichen Optionen wurden im Jahr 2002 in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) beschrieben [1].

In diesem Fall war bei einer Entfernung des vorhandenen Inlays mit einem weiterem Zahnhartsubstanzverlust zu rechnen, möglicherweise wäre nur noch eine dünne Lamelle der bukkalen Höckeranteile verblieben. Dies hätte unter Umständen eine Stiftverankerung mit all ihren Risiken (Provokation einer vertikalen Wurzelfraktur) notwendig gemacht. Aus diesem Grund wurde die

Neuversorgung mit einem indirekt gefertigten Werkstück nicht als Mittel der ersten Wahl eingestuft.

Extraktion

Bei sehr tief verlaufenden Kronen-/Wurzelfrakturen ist manchmal eine Wurzelamputation oder gar eine Extraktion des betroffenen Zahnes unumgänglich. In einem solchen Fall kann die entstandene Lücke bei gesicherter Verzahnung belassen und beobachtet werden. Alternativ besteht die Möglichkeit des Lückenschlusses unter Einbeziehung implantologischer, prothetischer und/oder kieferorthopädischer Behandlungsmittel in ihren vielfältigen Variationen. In diesem Fall erschien eine Extraktion nicht angebracht.

Reparatur-Restauration

Der Höckeraufbau mittels direkt eingebrachtem, adhäsiv verankertem Komposit im Sinne einer Reparatur-Restauration ist eine vergleichsweise neue Behandlungsoption. Langzeitergebnisse stehen nicht zur Verfügung. Die Vorteile liegen unter anderem in der Zahnhartsubstanzschonung und der Möglichkeit der Versorgung in einer Sitzung. Die Darstellung des Arbeitsfeldes, die Konditionierung der Oberflächen, die Insertion des Kompositmaterials und schließlich die Formgebung und Politur erweisen sich allerdings oftmals als technisch äußerst anspruchsvoll. Sie stellen sehr hohe Anforderungen an den behandelnden Zahnarzt. Im vorliegenden Fall erschien eine Reparatur-Restauration vertretbar. Der Grund liegt nicht nur darin, dass der Patient die Versor-

gung in einer Sitzung wünschte. Vielmehr erlaubte das Vorgehen eine sofortige zuverlässige Abdichtung der vorhandenen Wurzelkanalfüllung, was im Hinblick auf eine Vermeidung einer Infektion des Kanalsystems von koronal angemessen erschien. Außerdem konnten ohne zusätzlichen Substanzverlust die ursprüngliche Form, Funktion und Hygienefähigkeit wieder hergestellt werden. Im Vergleich zu anderen Behandlungsoptionen erschien der Nutzen (sofortige Abdichtung des Wurzelkanalsystems, geringe Invasivität, Wiederherstellung von Funktion und Form in einer Sitzung, vergleichsweise geringe Kostenbelastung) die Risiken (fehlende Langzeiterfahrung) zu überwiegen.

Kritik an der Reparatur-Restauration

Reparatur-Restaurationen wurden früher eher im Bereich der Notfallversorgung, der Kompromissbehandlung oder gar des „Pfuschs“ angesiedelt. Durch neue Entwicklungen ist hier jedoch ein grundlegendes Umdenken erkennbar. Es ist heute nämlich möglich, nicht nur an Schmelz und Dentin, sondern darüber hinaus an verschiedenen, selektiv konditionierten Restaurationsoberflächen aus Amalgamen, Gussmetallen, Keramiken und Kompositen einen stabilen adhäsiven Verbund zu erzielen (siehe Tabelle). Dies eröffnet neue Möglichkeiten, defekte Restaurationen, aber auch frakturierte Facetten oder Höckerabplatzungen intraoral anzugehen. Die DGZMK hat im Jahr 2003 die Bedeutung der Reparaturrestaurationen ausdrücklich gewürdigt [2].

Jeder restaurativ tätige Zahnarzt sollte sich ernsthaft mit den neuen Optionen der intraoralen Reparatur auseinandersetzen. Man sollte bereits im Beratungsgespräch den Patienten darüber aufklären, dass Keramikrestaurationen aufgrund ihrer Sprödigkeit gelegentlich frakturieren, wobei auch Höckerabplatzungen auftreten können. Die Patienten sollten vor der Versorgung darauf aufmerksam gemacht werden, dass in solchen Fällen nicht immer ein vollständiger Austausch mit zusätzlichem Verlust von gesunder Zahnhartsubstanz notwendig, sondern auch eine zuverlässige Reparatur möglich ist. Dies gilt auch für nahezu alle

In der Regel durchzuführende Maßnahme	Fakultativ durchzuführende Maßnahme
Präparation und Aufräumen zur Retentionserzeugung der Frakturflächen mit grobkörnigen Schleifinstrumenten (z. B. Diamant-Instrumente, grüne SiC-Steinchen)	
	<i>Bei Keramik, Gussmetall und/oder Komposit:</i> Abstrahlen mit Sandpulver; Cave: ■ Hautschutz (Patient: wenn möglich Kofferdam; Behandler: Handschuhe) ■ Atemschutz (Patient: wenn möglich Kofferdam, gute Absaugung; Behandler: Mund-Nasen-Maske, gute Absaugung) ■ Augenschutz (Schutzbrille für Patient und Behandler)
	<i>Bei Keramik:</i> Gepufferte Fluss-Säure (z. B. Porcelain Etch/Ultradent) Cave: Nicht alle HF-Präparate sind für die Anwendung in der Mundhöhle vorgesehen; Strenge Schutzmaßnahmen: siehe oben
<i>Bei einzubeziehenden Schmelz- und/oder Dentinoberflächen:</i> Phosphorsäure	
<i>Bei Keramik und/oder Gussmetall:</i> Silan	<i>Bei Komposit:</i> Silan
<i>Bei alleinigen Keramik-/Metalloberflächen:</i> Bond-Material <i>Bei multiplen Oberflächen einschl. Dentin:</i> Multifunktionale-Adhäsive	
	<i>Bei einzubeziehenden Metalloberflächen oder bei Verfärbungen:</i> Opaker
Komposit (alle gängigen Hybrid-Komposite bzw. deren Weiterentwicklungen)	

Tabelle: Arbeitsabläufe bei Reparatur-Restaurationen mit Kompositmaterialien. Mögliche Adhärenzen: Zahnhartsubstanzen (Schmelz, Dentin), metallische Restaurationen (Amalgam, Gussmetall), zahnfarbene Restaurationen (Keramik, Komposit)

Restaurationen, deren Überlebensrate durch Reparaturen gesteigert werden kann. Eine sorgfältig durchgeführte intraorale Reparatur ist eine hochwertige zahnärztliche Versorgung, die auch von Kollegen, die sich vorwiegend mit laborgefertigten Restaurationen beschäftigen, erlernt werden kann. In der präventiven Zahnheilkunde wird zunehmend das Erkrankungsrisiko berücksichtigt, um im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes eine bedarfsgerechte Betreuung zu gewährleisten. Auch in der restaurativen Zahnheilkunde muss sich vermehrt eine Schaden-Nutzen-Abwägung durchsetzen. Dabei wird auch die Reparatur-Restauration im Behandlungsspektrum des Zahnarztes den ihr gebührenden

Platz finden. Wenn es möglich ist, die Überlebenszeit vorhandener Restaurationen Substanz schonend und vergleichsweise kostengünstig zu erhöhen, dann sollten solche Optionen auch genutzt werden.

Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle,
 Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg,
 Im Neuenheimer Feld 400
 69120 Heidelberg



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

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI)

Der richtige Zeitpunkt für Implantate

Ernst-Jürgen Richter

Heutzutage stellen Implantate ein anerkanntes und für zahlreiche Patienten ein höchst effektives Therapeutikum dar. Die rasante Entwicklung in der Implantologie hat in den letzten Jahren zu verschiedenen Methoden und unterschiedlichen Behandlungsweisen geführt, die ein individuelles Vorgehen gestatten, entsprechend den Bedürfnissen der Patienten.

Die Frage nach dem „richtigen Zeitpunkt“ für die Insertion von Implantaten wurde bisher ganz überwiegend einseitig aus der Sicht der knöchernen Verhältnisse am beabsichtigten Implantationsort gestellt. Dabei wurde kaum berücksichtigt, dass ein Patient durch das leichtfertige Entfernen nicht erhaltungsfähiger Zähne eventuell erhebliche Beeinträchtigungen akzeptieren muss. Dies geschieht auch heute noch häufig, wenn keine Rettungsmöglichkeit für einen geschädigten Zahn mehr besteht. Durch rechtzeitiges Implantieren können derartige Beeinträchtigungen jedoch vermieden werden.

Aufklärung des Patienten

Die Aufklärung über die Behandlung mit zahnärztlichen Implantaten umfasst insbesondere die Risiken, den Behandlungsablauf und eine Anweisung über das postoperative Verhalten. Des Weiteren sind auch immer alternative Behandlungsmöglichkeiten mit dem Patienten zu besprechen, wobei für Senioren häufig eventuelle Schwierigkeiten mit konventionellem, herausnehmbarem Zahnersatz eine große Bedeutung haben. Entscheidet sich der Patient grundsätzlich für Implantate, ist unter anderem noch zu klären, wann die Implantate chirurgisch verankert werden, und wie die prothetische Zwischenlösung aussieht.

Prinzipiell unterscheidet man in der Implantologie die Sofort-, die verspätete Sofort- und die Spätimplantation. Typisch ist, dass jedes Verfahren in der Regel mit einer bestimmten Knochenmorphologie am Implantationsort verbunden ist, auf die an die-



Fotos: Richter

Abb. 1: Bei diesem Patienten mit reduziertem Restgebiss hatte sich die Eckzahnkrone gelockert, die zur Verankerung der Teilprothese diente (Abb. 2). Da der Zahn wurzelkanalbehandelt war, bemerkte der Patient dies nicht sofort. Die restliche Zahnschubstanz war zwischenzeitlich durch Karies so stark aufgeweicht, dass die Wurzel des Zahnes nicht erhalten werden konnte.



Abb. 2: Die Stiftkrone steckte in der herausnehmbaren Teilprothese. Eine derartige Krone lässt sich bei Vorliegen der geschilderten Verhältnisse nicht erneut dauerhaft in der Zahnwurzel verankern.

ser Stelle jedoch nicht näher eingegangen werden soll.

Tendenziell zeichnet sich derzeit ab, dass die Sofort- beziehungsweise die verspätete Sofortimplantation wegen des Strukturverlustes von Knochen und Weichgewebe – eventuell in Verbindung mit der Sofortversorgung – an Bedeutung erheblich gewinnen werden, ohne dass das Risiko einer höheren Implantatverlustrate im Vergleich

zur Spätimplantation deutlich ins Gewicht fällt [1,2,3].

Davon profitieren natürlich die Therapie der Einzelzahnlücke beziehungsweise die Behandlung zahnbegrenzter Lücken mit mehreren Implantaten. Vielfach, insbesondere in der Oberkieferfront, ist auch eine Sofortversorgung möglich [4,5]. In jedem Fall lässt sich wegen der restlichen Zähne eine provisorische, für den Patienten akzeptable Zahnersatzversorgung während der Einheilzeit der Implantate relativ leicht realisieren.

Ähnlich sind die Verhältnisse bei der verkürzten Zahnreihe, insbesondere bei der einseitigen Freiendsituation. Auf provisorischen Zahnersatz, der – außer bei Einsatz von Interimplantaten – herausnehmbar ist, kann oder sollte wegen mangelnder Funktionalität und wegen der fehlenden Notwendigkeit aus ästhetischen Belangen besser verzichtet werden. Allerdings wird sich in naher Zukunft auf Grund der neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen womöglich zeigen, dass in diesen Fällen – eventuell unter bestimmten Voraussetzungen – ebenfalls Sofortversorgungen möglich sein werden. Damit stellen weder der Implantationszeitpunkt noch die prothetische Versorgung während der Osseointegration des/der Implantate(s) in diesen Fällen ein Problem dar.

Problemfall Restgebiss

Anders stellen sich die Verhältnisse im Restgebiss dar, das schon mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt ist, sowie im (extrem) reduzierten Restgebiss, wenn der Verlust eines strategischen Pfeilerzahnes oder der restlichen Zähne droht (Abb. 1).

Wenn in einem mit einer Teilprothese versorgten Gebiss ein wichtiger Pfeilerzahn – zumeist ein Ankerzahn für den Zahnersatz – nicht mehr zu halten ist, ist dafür häufig dessen Lockerung, eine Fraktur



Abb. 3: Anstelle der Eckzahnwurzel wurde in deren Knochenfach nach der Zahnentfernung sofort ein Implantat auf einfache Art und Weise verankert.

der Krone oder der Wurzel (insbesondere bei asensiblen Zähnen) oder die Lockerung eines Stiftaufbaus mit massiver Sekundärkariesentstehung die Ursache (Abb. 2). Das hat nach herkömmlichen prothetischen Behandlungsprinzipien zumindest die Erweiterung der bestehenden Prothese beziehungsweise sogar eine Neuplanung und -anfertigung von Zahnersatz zur Folge.

Dabei wirkt sich das Fehlen des strategisch wichtigen Pfeilers meist schon kurz- bis mittelfristig zumindest auf die kaufunktionelle Stabilität des Zahnersatzes erheblich aus: Um Einsenkungen der Sättel und damit ungleichmäßige Okklusalverhältnisse zu vermeiden, sind regelmäßig Anpassungsmaßnahmen an der Prothese notwendig, weil andernfalls der Restzahnbestand durch Überlastungen gefährdet sein kann.

Dies lässt sich vermeiden. Mit dem rechtzeitigen Implantieren eines künstlichen Pfeilers anstelle des nicht erhaltungswürdigen Ankerzahnes im Sinne der Sofort- beziehungsweise der verspäteten Sofortimplantation sind die folgenden Vorteile verbunden:

- zumeist einfache Implantation (Abb. 3 und 4),
- Erhalt der bestehenden Prothese ist möglich,
- der Zahnersatz muss nur geringfügig geändert werden (Abb. 5 und 6).



Abb. 4: Das Implantat wurde mit einem Kugelkopf-Verankerungselement für die herausnehmbare Teilprothese versehen.

Damit stellt dieses Vorgehen insbesondere für Senioren, die sich an „ihren“ Zahnersatz gewöhnt haben, ein ideales Behandlungsverfahren dar, wobei die bestehende Prothese nach der Implantation und geringer Umgestaltung auch als adäquates Provisorium ohne weiteres akzeptiert wird. Bei den „rechtzeitig“ durch Implantate zu ersetzen den Zähnen handelt es sich in Fällen eines



Abb. 5: In der ehemaligen Außenkrone der Prothese ließ sich die Matrize für den Druckknopf auf einfache Weise verankern. Der Zahnersatz musste nur minimal geändert werden und sitzt wieder wie vorher (Abb. 6).



Abb. 6

mit einer Teilprothese versorgten Restgebisses zumeist um Eckzähne oder erste Prämolaren [7,8.]

Reduziertes Restgebiss

Auch bei den Verhältnissen des reduzierten Restgebisses kann „rechtzeitiges“ Implantieren günstig sein. Droht durch den Verlust der restlichen Zähne Zahnlosigkeit, ist womöglich ein ausreichender Prothesenhalt nicht mehr gegeben.

Daher sollte ein Zahnarzt vor dem Entfernen der Restzähne insbesondere das Knochenlager für die Totale unter dem Aspekt des Prothesenhaltes kritisch beurteilen. Dabei spielt auch die Gesamtsituation, zum Beispiel Zustand der Gegenbezahnung, Verzahnungsverhältnisse, skelettale Besonderheiten, Kieferrelation und mehr, eine Rolle. Auch wenn wegen der ungünstigen Verhältnisse Implantate geplant sind, sollte man nach Möglichkeit zunächst noch zwei Zähne belassen, um daran eine Übergangsprothese so gut es geht zu stabilisieren (Abb. 7 und 8). Das gestattet es dem Patienten, während der Einheilphase der Implantate besser mit dem Zahnersatz zu rechtzukommen als ohne diese Zähne.

Wenn dann der neue Zahnersatz eingegliedert werden soll, werden diese Restzähne zeitgleich entfernt, so dass der Patient quasi niemals zahnlos war.

In diesem Zusammenhang noch ein Hinweis: Wo Zähne durch Implantate ersetzt werden sollen, empfiehlt es sich, diese beziehungsweise die Zahnwurzeln dieser Zähne wegen des Vermeidens der Atrophie des restlichen Alveolarfortsatzes und möglicher augmentativer Maßnahmen erst dann zu entfernen, wenn die Implantate chirurgisch verankert werden [8]. Das Dekapitieren und eventuelle temporäre Aufbereiten des Wurzelkanales kann nötig sein, wenn zum Zeitpunkt der Implantation Interimsprothesen vorliegen sollen.

Die Quintessenz:

■ Nicht achtlos (die letzten) nicht erhaltungsfähigen Zähne ziehen – vor allem nicht im Restgebiss –, sonst kann das Verankern von Implantaten erheblich erschwert werden.



Abb. 7: Ausgangssituation: Die restlichen Zähne sind nicht dauerhaft zu erhalten.



Abb. 8: Sowohl im Oberkiefer als auch im Unterkiefer wurden Implantate zur Sicherung des Haltes von Totalprothesen verankert. Die Prämolaren dienen bis zur Eingliederung des neuen Zahnersatzes als Anker für eine Interimsprothese.

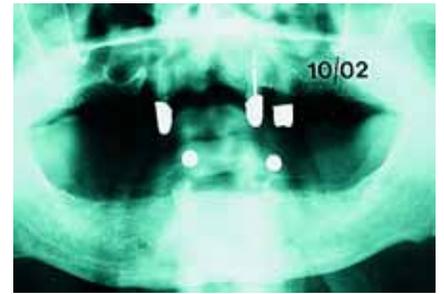


Abb. 9: Die Stegkonstruktion auf den Eckzahnwurzeln hatte sich wiederholt gelöst. Die Zahnwurzeln sind daher wertlos.

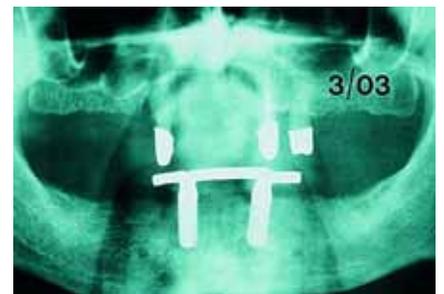


Abb. 10: In die Zahnfächer wurden sofort nach Extradktion der Zahnwurzeln Implantate verankert und zirka drei Monate später mit der ursprünglichen Stegkonstruktion unter Beibehaltung des Unterkiefer-Zahnersatzes versorgt.



Abb. 11: Aus Komfortgründen wurde der Implantatsteg mit Extensionen versehen, wodurch die Rotationstendenz der Prothese wirksam vermieden wird.

■ Das Motto lautet: Wenn Zähne nicht zu halten sind, möglichst sofort oder zeitnah nach der Zahnextraktion implantieren, um das Zahnfach als Implantatlager nutzen zu können und um Knochenresorptionen weitgehend zu vermeiden (Abb. 9-11).

Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Klinik für ZMK
Pleicherwall 2
97070 Würzburg

Seltene Infektionserkrankungen der Kopf-Hals-Region

Koinzidenz von Perikoronitis und submandibulärer Lymphknoten-Tuberkulose

Martin Kunkel, Torsten E. Reichert



Fotos: Kunkel

Abbildung 1: Äußerer Aspekt der schmerzlosen submandibulären Schwellung. Nach einer langen subklinischen Phase war der Befund in den vergangenen Tagen massiv progredient.

Kasuistik

Bei einer 89-jährigen multimorbiden Patientin hatte sich im Laufe mehrerer Monate eine schmerzlose submandibuläre Schwellung auf der linken Seite entwickelt. Zuletzt war innerhalb weniger Tage eine massive Progredienz dieser Schwellung eingetreten (Abb. 1), so dass die Patientin über ihren Zahnarzt und einen hinzugezogenen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung zugewiesen wurde. Enoral war es unter fortschreitender Alveolarfortsatzatrophie zu einer sekundären Exposition des retinierten 38 (Abb. 2) gekommen, so dass als wahrscheinliche Ursache der akuten Schwellung eine dentogene Logeninfektion und als mögliche Differentialdiagnose eine Sialadenitis angenommen worden waren.

Erste Zweifel an dieser Diagnose ergaben sich durch eine gewisse Verschieblichkeit der Infiltrationszone gegenüber dem Unterkiefer und der klinisch insgesamt nur mäßig entzündlich veränderten Durchbruchsstelle des Weisheitszahnes. Sonographisch (Abb. 3 a+b) stellten sich zwei große Lymphknoten in der dorsalen



Abbildung 2: Ausschnitt aus dem Orthopantomogramm der 89-jährigen Patientin. Es zeigt sich ein kariös zerstörter retinierter Weisheitszahn, der in der Folge einer fortgeschrittenen Alveolarkammatrophy Kontakt zum Mundmilieu erlangt hat. Das OPG der Patientin wurde durch die Gemeinschaftspraxis Dr. C. Ripper/ Dr. D. Ripper/ Dr. D. Schneider, Darmstädter Straße 20, Rheinheim zur Verfügung gestellt.

Submandibularloge dar. Hinweise auf ein eingeschmolzenes Infiltrat im Sinne eines dentogenen Logenabszess oder eine Sialadenitis der Glandula submandibularis ergaben sich sonographisch nicht.

Unter der Diagnose einer reaktiven Lymphadenitis erfolgte nun zunächst eine intravenöse antibiotische Therapie mit Augmentan, die allerdings nicht zur Rückbildung der Symptomatik führte. Es wurde daher die Indikation zur Lymphknoten-Exstirpation (Abb. 4) gestellt. In der präoperativen Röntgenaufnahme des Thorax ergaben sich Hinweise auf ein spezifisches Infiltrat im

rechten Oberlappen, so dass gleichzeitig zu der Lymphknotenentnahme mit einer Serie von Sputumuntersuchungen begonnen wurde. Tatsächlich bestätigte die Sputumdiagnostik eine offene Tuberkulose. Auch die zervikal entnommenen Lymphknoten zeigten das typische Erscheinungsbild einer granulomatösen Entzündung mit mehrkernigen Riesenzellen. Es handelte sich daher abschließend um eine zervikale Lymphknotentuberkulose auf der Basis eines aktivierten pulmonalen Krankheitsherdes (Abb. 5).

Diskussion

Die Koinzidenz verschiedener Krankheitsbilder und die daraus resultierenden Überschneidungen von Symptomkonstellationen machen die differentialdiagnostische Einordnung von Befunden besonders schwierig. Mitunter erweisen sich selbst nach statistischer Häufigkeit und erwartbarem lokalem Zusammenhang äußerst wahrscheinliche Diagnosen als unbedeutende Nebenbefunde ohne relevanten Zusammenhang zum Krankheitsgeschehen.

Im vorliegenden Fall war die klinische Verdachtsdiagnose einer dentogenen Logeninfektion im Zusammenhang mit einer Dentio diffizilis des sekundär exponierten Weisheitszahnes 38 sehr nahe liegend. Auch die differentialdiagnostische Erwägung einer Sialadenitis bei einer hoch betagten Patientin in deutlich reduziertem Allgemeinzustand bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus war gut nachvollziehbar. Ausschlaggebend für die endgültige Diagnosefindung mittels Biopsie war aber neben der sonographischen Abgrenzung der Lymphknotenbeteiligung erneut und vor allem der klinisch ungewöhnliche Verlauf, das heißt das fehlende Anspre-

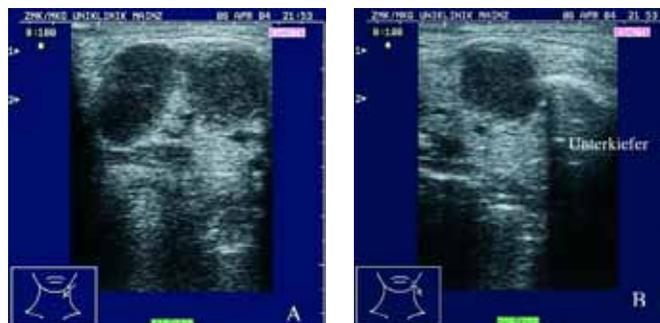


Abbildung 3: Sonographische Darstellung der submandibulären Lymphknoten im Korpusbasis-Parallelschnitt (A) und in hierzu senkrechter Schnittführung (B). Es zeigen sich zwei gut abgegrenzte, überwiegend homogene Lymphknoten. Die ebenfalls dargestellten Drüsenanteile weisen eine normale Echogenität auf.



Abbildung 4: Der Anschnitt des exstirpierten Lymphknotens zeigt einen soliden Anteil, der den größten Teil der Querschnittsfläche des Lymphknotens einnimmt. Dieses Bild ließ zunächst einmal auch an eine Metastase denken. Histologisch ergab sich eine spezifische granulomatöse Entzündung.

chen auf eine grundsätzlich adäquate Therapie.

Für die zahnärztliche Praxis soll dieser Fall noch einmal auf die große Bedeutung der Tuberkulose als Infektionserkrankung gerade im weit fortgeschrittenen Lebensalter hinweisen. Neben dem ganz überwiegenden Befall der Lunge [Geldmacher et al. 2002] sind es vor allem die Lymphknotenmanifestationen der Kopf-Hals-Region, die differentialdiagnostisch schwer gegenüber chronischen, unspezifischen Lymphadeniti-



Abbildung 5: In der CT-Untersuchung stellt sich die ausgeprägte Infiltration im Bereich der rechten Lungenspitze dar. Die Herde drainiert in die gut erkennbaren Bronchialverzweigungen, so dass hier die morphologische Grundlage einer „offenen“ Tuberkulose erkennbar wird.

den, gegenüber malignen Lymphomen oder auch gegenüber Metastasen solider Tumoren abzugrenzen sind. Der Fall weist aber auch auf die schwierige Situation hin, die entstehen kann, wenn ein retinierter Weisheitszahn unter Alveolarkammatrophie im hohen Lebensalter zur Mundhöhle hin exponiert wird. Ein Aspekt, der in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion [Strietzel und Reichart 2001; SIGN 1999] um die prophylaktische Weisheitszahnentfernung Berücksichtigung finden sollte.

■ Die Tuberkulose ist, gerade in der älteren Bevölkerung, eine nach wie vor klinisch relevante Erkrankung, die vor allem als Lymphknotentuberkulose im Kiefer-Gesichtsbe-
reich differentialdiagnostische Probleme bereiten kann.

■ Bei ungewöhnlichen Krankheitsverläufen sollte auch die Koinkidenz unabhängiger Krankheitsentitäten mit überlappenden Symptomen bedacht werden.

■ Auch eine grundsätzlich adäquate Ursache ist nicht immer richtungsweisend für die endgültige Diagnose.

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

zm Leser
service

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

Infektionskrankheiten

Parasiten in Sushi und Sashimi – Viren gegen multiresistente Bakterien

Till Uwe Keil

Prof. Yukifumi Nawa von Japans Nationalem Forschungsinstitut für Parasitosen in Miyazaki beendete seinen Vortrag über Parasiten in Speisen aus rohem Fisch mit dem ironischen Wunsch: „Guten Appetit!“. Der kann einem Liebhaber von Sushi und Sashimi in der Tat vergehen, betrachtet man die exotischen Fischmahlzeiten mit dem nüchternen Blick des Parasitologen. – Diese und andere News vom 14. Europäischen Kongress für Klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (ECCMID) Anfang Mai in Prag werden hier kurz zusammengefasst.

Dass man – besonders bei Fernreisen in exotische Länder – seine Lebensmittel „kochen, schälen oder lassen“ sollte, hat sich inzwischen herumgesprochen. Aber inzwischen werden Essensbräuche aus fernen Ländern auch nach Deutschland importiert, so genannte Ökotouristen suchen bei einsamen Bergvölkern Innerasiens bewusst die Tuchfühlung mit den Einheimischen (auch in deren Lebensgewohnheiten) und nicht einmal ein idyllischer Badensee hier zu Lande ist frei von Gefahren durch Parasiten.

Einige Informationen und deren praktische Konsequenzen seien hier zusammengetragen:

■ **Gerichte mit rohem Fisch:** Die Gefahren lauern nicht so sehr im „verdorbenen“ Fisch. Ob ein Fisch „frisch“ ist, schmeckt man besonders bei rohem Fischfleisch sofort. Nicht erkennen kann man die mikroskopische Mitgift in vielen Fischen, die etwa für Sushi, Sashimi oder auch – in Madrid ein Nationalgericht – Gerichte aus eingelegten rohen Anchovis verwendet werden. Prof. Nawa berichtet, dass praktisch alle in Sushi verwendeten japanischen Süßwasserfische mit Wurmlarven infiziert sind. Das hat Folgen: Japaner sind gewohnt, dass sie häufig und transient gastrointestinale Beschwerden haben. Nirgendwo sonst in der Welt werden so viele Mittel gegen Magen- oder Darmleiden eingenommen. Aber, in einer wachsenden Zahl von Fällen verlaufen diese Infektionen schwer. 1994 kamen 50 Verdachtsfälle in Nawas Institut, im Jahre 2000



Foto: MEV

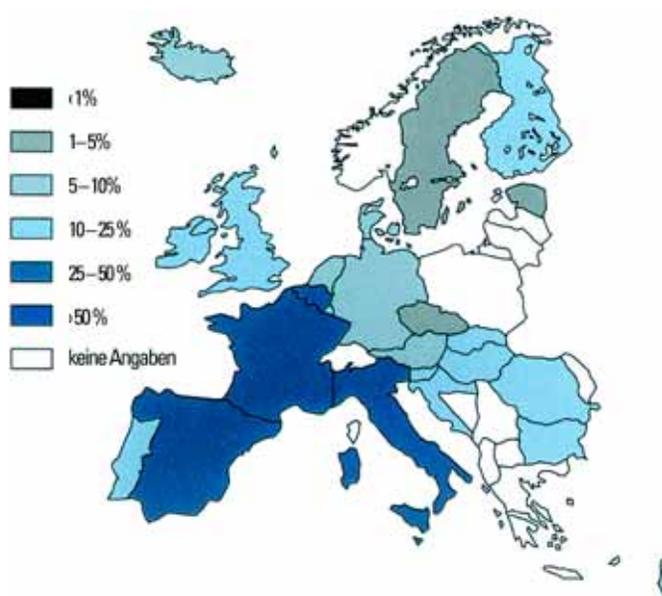
Begehrt – allein schon wegen der Schonung des Hüftspecks – aber Vorsicht, in allen vier Ecken können Parasiten drinstecken.

waren es bereits mehr als 400. In etwa der Hälfte der Fälle gingen die schweren gastrointestinalen, kardiovaskulären oder neurologischen Symptome der Patienten auf Parasiten zurück. Prof. Ignacio Moneo von der Universität Madrid berichtet Ähnliches von eingelegten Anchovis. Der Verzehr des dort geläufigen Fisches exponiert die Konsumenten dem Fischwurm Anisakis. Seine Aufnahme mit der Nahrung führt in der Regel zu einige Wochen anhaltenden allergischen Symptomen, kann aber auch Schockzustände oder schwere gastrointestinale Symptome auslösen. Allein in Madrid sind nach neueren Erhebungen etwa 400 000 Personen gegen Anisakis sensibilisiert. – Ein Ratschlag der Experten: Gehen Sie möglichst noch vor Ort zum Arzt, wenn nach Fischmahlzeiten etwas nicht

stimmt. Er kennt wahrscheinlich die Symptomatik und eine wirksame Therapie. Und: Rechnen Sie auch mit Spätsymptomen. Schließlich gehen offenbar viele „Nahrungsmittelallergien“ nicht auf die verteilte „Chemie“, sondern auf natürliche Antigene von Parasiten zurück. – Nichts zu hören war in Prag über deutsche Gerichte mit rohem Fisch, wie Rollmops oder Bismarckhering.

■ **Wassergemüse:** Die Schweizer Parasitologin Dr. Sophie Odermatt-Biays, Vientiane, Laos, ging neben all' den Zoonosen aus dem Umgang mit Schweinen, Hunden oder Hühnern beziehungsweise dem Verzehr von rohen Schnecken und Fischen noch auf eine unerwartete Variante von nahrungsbedingten Parasitosen ein: In Laos werden Wasserpflanzen kultiviert, die dann als Salat

Abbildung 1:
Prozentuale Verteilung der Resistenz von Erregern der Spezies *Streptococcus pneumoniae* aus Patienten mit außerhalb des Krankenhauses erworbener Pneumonie in den Ländern der EU 2002
(Quelle: Verändert nach Amerikanische Thoraxgesellschaft, 2003)



gegessen werden. Die verschmutzten Gewässer enthalten viele Leberegel, deren Larven mit dem Salat in den Verdauungstrakt des Menschen gelangen. Vor allem Kinder erkranken daran recht schwer. Diagnostisch ist eine Eosinophilie im Blutbild pathognomisch, das Wurmmittel Paraziquantel, das hier zu Lande nicht erhältlich ist, wirkt zuverlässig – man braucht vor Ort nur einen kundigen Arzt. Grundsätzlich gilt: Auch bei viel gesuchter Naturnähe in alternativen Reiseplänen sollte die Hygiene (siehe oben) nicht vernachlässigt werden.

■ **Badedermatitis:** Die Professorin Libuse Kolarova von der Universität Prag führte die Zuhörer schließlich wieder in heimische Gefilde. Hier lauern die Larven des Pärchenegels, Zerkarien also, die besonders dort reichlich im Wasser zu finden sind, wo Was-



Quelle: Nach Biomedis, Penetration 2004

Die Parasiten verteilen sich bis in die letzten Lungenäste.

servögel brüten oder überwintern und auch Wasserschnecken als Zwischenwirt zur Verfügung stehen. In der Regel bleiben die Zerkarien in der Haut und führen dort – bei

guter Abwehrlage des Betroffenen – zu allergischen oder später auch zu pustulösen entzündlichen Reaktionen, die von sich aus wieder abklingen. Verdacht auf eine solche Badedermatitis besteht immer dann, wenn alle dem Wasser ausgesetzten Hautpartien betroffen sind. Bei anfälligen Personen gelangen die Zerkarien aber durch die Haut und über die Blutbahn in Leber, Lunge oder ZNS und richten dort – obwohl nur einige Wochen zugegen – erheblichen Schaden an. Diese Patienten zeigen übrigens in der Regel keine Hautreaktionen (!). Abwehrschwache sollten also aus Vorsichtsgründen ein Bad im Freien meiden.

Multiresistente Erreger

Seit Jahren beobachten Fachleute weltweit mit großer Sorge, dass immer mehr Erreger verbreiteter Infektionserkrankungen, wie der Lungenentzündung oder der Tuberkulose, gegen gängige Antibiotika resistent werden. Beispielsweise ist *Streptococcus pneumoniae* in weiten Teilen Zentral- und Westeuropas in etwa der Hälfte der untersuchten Proben gegen das gängige Antibiotikum Erythromycin resistent (Abbildung 1). Der Bedarf nach neuen Antibiotika, aber auch nach völlig neuen Behandlungsansätzen, ist so groß, dass Firmen wie Bayer – einstmals Pioniere auf diesem Gebiet – wieder in die Antibiotikaentwicklung einsteigen. So wurde auf dem Prager Kongress mit BAY 73-7388 der erste Vertreter einer neuen Antibiotikaklasse (Aminomethylzykline = AMCs) vorgestellt. Das mit Paratek zusam-

Modetrend: kalorienarm und gesund, der Fischsteller im Japanrestaurant. Hoffentlich bleibt er ohne Folgen.



Foto: 2incv.ne

men weiterentwickelte Antibiotikum ist nach i.v.-Gabe auch bei multiresistenten Keimen wirksam, gleichgültig ob es sich um gram-positive, gram-negative, atypische oder anaerobe Bakterien handelt.

Schwieriger ist die Situation bei der Tuberkulose (Tb). Hier sind vier Antibiotika im Einsatz, eine Resistenz gegen bis zu drei von ihnen wird vor allem aus der Russischen Föderation, Usbekistan, Kasachstan und den baltischen Republiken gemeldet. Dagegen haben Zentral- und Westeuropa sowie Afrika (noch) kaum Resistenzen zu vermelden. Doch die Öffnung der Grenzen macht eine Vorbereitung auf Multiresistenzen bei der Tb erforderlich – mangels neuer Antibiotika wird man hier vor allem auf die Hygiene und gute Abwehrkräfte setzen müssen.

Es sei denn, ein lange Zeit spekulativer Ansatz in der antibakteriellen Schlacht wird spruchreif: Der Einsatz von speziellen Viren, die Feinde der besonders gefährlichen Bakterien sind, also von Bakteriophagen. Diese Viren lassen sich relativ leicht gerade aus den besonders gefährlichen Subspezies der geläufigen Erreger isolieren, kultivieren und dann oral, intravenös oder topisch auf der Haut beziehungsweise über Aerosole applizieren. Sie haben den Vorteil, dass sie hoch spezifisch nur den eigenen Wirt befallen, also nur ihr Zielbakterium, nicht aber zum Beispiel eukaryontische Säugetierzellen. Auf der ECCMID wurden solche Bakteriophagen diskutiert, die gegen Staphylococcus aureus oder Verotoxin-1-haltige Escherichia coli gerichtet sind. Ersterer ist auch bei schweren Atemwegsinfektionen virulent, letztere verursachen weltweit die gefürchtete hämolytische Kolitis und das hämorrhagische Fieber.

– Eine praktische Anwendung von Bakteriophagen am Patienten wird allerdings wohl noch einige Jahre auf sich warten lassen.

Tödlicher Sprung über Speziesgrenzen

Erwähnt werden soll noch der wegweisende Plenarvortrag von Prof. Albert Osterhaus, Universität Rotterdam. Seine „Hot topic lecture“ hatte den Titel „Catastrophes after crossing species barrier: lessons from SARS, influenza ...“. Nach seinen Ausführungen gehen viele der durch Viren bedingten großen Seuchenzüge von Erregern aus, die aus anderen Lebewesen (Spezies) auf den Menschen übergegangen sind. Hierbei werden bekannte, humanpathogene Viren durch ihre vom fremden Wirt entlehnte Hülle zunächst für das Immunsystem des Menschen weitgehend „unsichtbar“. Bis das menschliche Abwehrsystem diesen fatalen Fehler erkennt, hat sich der Erreger oft schon unerreichbar eingenistet. Osterhaus erinnerte an die Influenza-Pandemie vor knapp 90 Jahren, an der mehr als 20 Millionen Menschen starben. Ziemlich sicher wurden die Viren über Hühner, die speziell in Fernost sehr eng mit dem Menschen leben, „geschärft“. Ähnliche Verhältnisse haben wir bei Aids, beim Dengue-Fieber, BSE, SARS, der Hühnergrippe oder dem West-Nil-Virus. Bisweilen sind die tierischen Reservoir unklar, wie etwa bei SARS, wo Wildtiere und ausnahmsweise nicht die Hühner der Ursprung sein sollen. Was können wir tun – außer einen sorgsam weltweiten Beobachtung der Seuchenzüge mit dem Versuch, rechtzeitig

Vakzine zu produzieren? Sicherlich ist immer auch Hygiene angesagt, bei Reisen in Länder mit geringerem Standard auch eine gute Distanz zu Tieren. Für den Hausgebrauch hier zu Lande: Osterhaus neigt dazu, Eiern von frei laufenden Hennen zu misstrauen, da diese Tiere sehr viel mehr Möglichkeiten haben, sich durch Erreger aus anderen Spezies zu infizieren. Doch, mit dieser Meinung dürfte er in Kreisen, die für eine artgerechte Tierhaltung plädieren, auf wenig Gegenliebe stoßen. ■

Psychiatrie

Suizid nach Kindstod

Der Tod eines Kindes verkürzt das Leben der Eltern, insbesondere der Mütter signifikant. Die Wahrscheinlichkeit eines Suizids sowie das Risiko eines schweren Unfalls vervierfachte sich in den Jahren nach einem solchen Schicksalsschlag besonders bei der verwaisten Mutter. Ähnlich verhielt es sich bei Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die verwaisten Väter sind ebenfalls gefährdet, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß wie ihre Frauen. Bei ihnen steigt das Risiko eines Suizides oder Unfalls um das Doppelte. Dies ist das Ergebnis einer Studie an 21 000 Eltern, deren Kinder zwischen 1980 und 1996 gestorben waren im Vergleich zu einer sonst vergleichbaren Gruppe von Eltern ohne dieses Schicksal.



Foto: MEV

Wenn Eltern ihre Kinder durch Tod verlieren, sind sie besonders Suizidgefährdet.

Jörn Olsen und seine Mitarbeiter stellen im Lancet (<http://www.thelancet.com>) ihre Ergebnisse vor und vermuten als Pathomechanismus, dass Trauer und Stress der Eltern nach dem Tod eines Kindes gleichermaßen depressiv stimmen und die Achtsamkeit auf Unfall- und Krankheitsrisiken vermindern.

T. U. Keil

Orthopädie

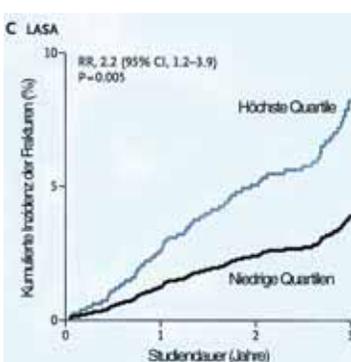
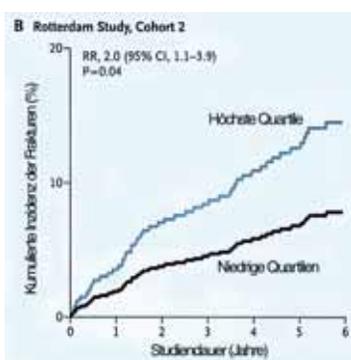
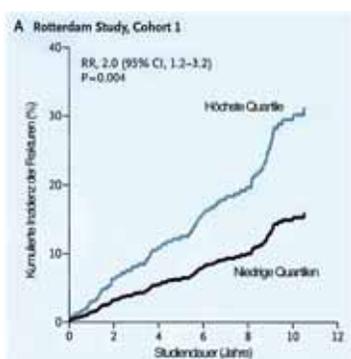
Homocystein-Serumspiegel zeigen Osteoporoserisiko an

Menschen, deren Homocystein-Serumspiegel im oberen Bereich normaler Werte liegen, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, an Osteoporose zu erkranken. Ihr Frakturrisiko ist fast doppelt so hoch, wie bei Menschen mit geringeren Serumspiegeln.

In der Ausgabe des New England Journal of Medicine vom 13. Mai diesen Jahres sind gleich zwei Originalarbeiten abgedruckt, die diesen Hinweis geben. Besonders aussagekräftig ist die Studie, die von Joyce B. J. van Meurs sowie Mitarbeitern von der Medizinischen Fakultät der Universität zu Rotterdam präsentiert wurde. In insgesamt drei prospektiven Populationen wurden Homocystein-Spiegel routinemäßig mitverfolgt. Vergleicht man das Frakturrisiko der Personen mit den höchsten Werten (höchste Quartile) mit dem der übrigen Personen, die den 75-prozentigen Rest der Population darstellen, ergibt sich aus den erfassten 11 253 Personen-Jahren das in den nebenstehenden Abbildungen dargestellte Bild.

Die Autoren haben errechnet, dass das Frakturrisiko in der oberen Gruppe 1,9fach höher liegt als bei den übrigen

Personen. Diese Einschätzung gilt auch, wenn die Zahlen gegen die Knochendichte und andere bekannte Risikofaktoren für osteoporotische Frakturen abgeglichen wird. Die Studie von Robert R. McLean von



Auswirkung erhöhter Homocystein-Spiegel auf die Zahl der erlittenen Frakturen

Quelle: Joyce B. J. van Meurs u. Mitarb., 2004

der US-amerikanischen Harvard-Universität bestätigt die vorige Studie, allerdings nutzt sie retrospektiv das aus der Framingham-Studie verfügbare Material.

Der Frage, ob nun Homocystein ein eigener Risikofaktor sei oder nur ein Hinweis auf das Risiko, bearbeitet im Editorial der selben Ausgabe Lawrence G. Raisz von der Universität des Staates Connecticut (USA). Er betont, dass es eine Reihe von Indizien gäbe, Homocystein doch mehr als Risikoindikator zu betrachten – allerdings, ohne die Beobachtungen der beiden Studien auf die leichte Schulter nehmen zu können:

1. Homocystein lässt sich leicht in Großlabors messen und bei Patienten, deren erhöhtes Risiko vermutet wird, als Bestätigung nutzen.
2. Homocystein, das auch die kardiovaskulären Risiken hochtreibt, ist sehr leicht durch Supplementierung mit Folsäure und

den Vitaminen B6 und B12 zu senken. Diese Vorsichtsmaßnahme sollte man auf jeden Fall ergreifen, wenn familiär oder durch Lebensumstände die Gefahr einer Osteoporose erhöht ist.

T. U. Keil

Jahrestagung der Hochdruckliga

Neue Therapieempfehlungen beim Bluthochdruck

Christine Vetter

Die Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks hat sich bei ihrer Jahrestagung in Bonn von ihrem langjährigen Behandlungsschema verabschiedet und neue Empfehlungen zur Definition und zur Therapie des Bluthochdrucks formuliert.



Foto: EyeWire

Regelmäßiges Messen des Blutdrucks lässt plötzliche Veränderungen erkennen.

Neuerungen gibt es derzeit bei der Diagnose wie auch der Therapie des Bluthochdrucks und sogar bei dessen Definition. Die Hypertonie ist ein Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall, dessen gesundheitsgefährdende Bedeutung wohl bislang noch nicht richtig eingeordnet wird. Nicht erst ab einem Wert von 140/90 mmHg steigt die Gefahr für Herz und Gehirn. Auch Werte unterhalb dieser Marke sind durchaus mit einem erhöhten Risiko behaftet. Dem tra-

gen die Hochdruckexperten nunmehr Rechnung und lehnen sich bei der Definition wie auch bei den Therapie-Leitlinien an die internationalen Empfehlungen an, wie bei der Jahrestagung der Liga in Bonn deutlich wurde.

Ein optimaler Blutdruck liegt entsprechend der neuen Klassifikation bei Werten unter 120/80 mmHg vor. Als normal werden Werte unter 130/85 mmHg klassifiziert. Als „noch-normal“ wird ein Blutdruck zwischen 130 und 139 mmHg systolisch und 85 bis 89 mmHg diastolisch eingeordnet. Eine klare Hypertonie liegt somit ab 147/90 mmHg vor, mit einer Einteilung in drei Schweregrade, und zwar je nach Blutdruckhöhe in eine milde, moderate (über 160/100 mmHg) oder schwere Hypertonie.

Maßnahmen

Welche therapeutischen Maßnahmen im Einzelfall bei einem erhöhten Blutdruck zu ergreifen sind, richtet sich nach Angaben der Liga nach dem kardiovaskulären Gesamtrisiko, welches durch begleitende Risikofaktoren und Begleiterkrankungen bestimmt wird. Liegt eine klare Hypertonie mit Werten von mehr als 140/90 mmHg vor, so ist neben allgemeinen Maßnahmen auch eine medikamentöse Therapie zu erwägen. Sicher indiziert ist diese ab dem Schweregrad II, also ab Blutdruckwerten von 160/100 mmHg.

Bei normalem und „noch-normalem“ Blutdruck raten die Hypertonologen ebenfalls zu Antihypertensiva, wenn gleichzeitig weitere Risikofaktoren vorliegen.

Generelles Ziel sollte stets die Blutdrucknormalisierung sein, um so Komplikationen abzuwenden und Organschäden durch die hohen Druckwerte vorzubeugen. Unter Ruhebedingungen sollte der Blutdruck nach den neuen Empfehlungen deshalb zuverlässig unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg liegen. Bei Diabetikern sollte er wegen des allgemein höheren Herz-Kreislauftrisikos konsequent unter 130/80 mmHg gesenkt werden, ebenso bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und erhöhter Proteinausscheidung.

Kombinationstherapie

Von den Zielwerten abgesehen hat die Hochdruckliga auch ihre allgemeinen therapeutischen Leitlinien neu formuliert. Danach gibt es nunmehr in der Praxis drei unterschiedliche Strategien der Hochdruckbehandlung. So kann zum einen wie bisher eine Stufentherapie erfolgen, bei der mit einem Antihypertensivum begonnen wird. Wenn dieses alleine nicht ausreicht, zusätzlich ein zweiter Wirkstoff verordnet wird.

zm-Info

Neue Klassifikation

Ein optimaler Blutdruck liegt entsprechend der neuen Klassifikation vor bei Werten unter 120/80 mmHg. Als normal werden Werte unter 130/85 mmHg klassifiziert. Als „noch-normal“ wird ein Blutdruck zwischen 130 und 139 mmHg systolisch und 85 bis 89 mmHg diastolisch eingeordnet. Eine klare Hypertonie liegt somit ab 147/90 mmHg vor, mit einer Einteilung in drei Schweregrade, und zwar je nach Blutdruckhöhe in eine milde, moderate (über 160/100 mmHg) oder schwere Hypertonie.

Bei Patienten, bei denen zu erwarten ist, dass sich mit einem Antihypertensivum allein der Zielwert nicht erreichen lässt, kann jetzt aber auch initial schon eine Kombinationstherapie eingeleitet werden. „Denn mehr als 60 Prozent der Hypertoniker brauchen per se eine Kombinationstherapie“, erklärte dazu Professor Dr. Rainer Düsing, Bonn, als Präsident der Jahrestagung. Begonnen wird in aller Regel mit einer Kombination aus einem Diuretikum und einem ACE-Hemmer oder auch aus einem Diuretikum mit einem Betablocker. Die freie Kombination erlaubt dabei eine individuelle Dosisanpassung der beiden Komponenten. Allerdings hat, so heißt es in den neuen Empfehlungen, die fixe Wirkstoffkombination den Vorteil einer höheren Patientencompliance und meist auch geringerer Kosten.

Als dritte mögliche Strategie nennt die Hochdruckliga die sequenzielle Monothera-

pie, bei der ein Antihypertensivum so lange gegen andere Substanzen der Monotherapie ausgetauscht wird, bis eine effektive Blutdrucksenkung zustande kommt oder doch auf eine Kombination übergegangen werden muss.

Welcher der drei Wege gewählt wird, hängt nach Düsing von der individuellen Situation des Hypertonikers ab, und zwar konkret von der Blutdruckhöhe, von Begleiterkrankungen, potenziellen Nebenwirkungen und auch von der zu erwartenden Compliance. So wird man primär eine Kombinationstherapie immer dann wählen, wenn der Patient sich mit einem hohen Ausgangsblutdruck vorstellt, so dass nach menschlichem Ermessen durch eine Monotherapie Normwerte gar nicht zu erzielen sind. Auch können Begleiterkrankungen, wie eine Herzinsuffizienz oder eine Nephropathie, ihrerseits eine Kombinationstherapie als wünschenswert erscheinen lassen.

Fünf gleichwertige Antihypertensiva-Gruppen

Bei den Antihypertensiva stehen nach Professor Dr. Walter Zidek aus Herne, dem derzeitigen Vorsitzenden der Deutschen Hochdruckliga, fünf verschiedene Antihypertensiva-Gruppen zur Verfügung. Es handelt sich um die Diuretika, die Betablocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer und die Angiotensin II-Antagonisten, die gleichberechtigt nebeneinander stehen, zumal für jede Gruppe eine Senkung der Morbidität und Mortalität dokumentiert wurde. „Die Behandlung kann mit jeder dieser Gruppen begonnen werden“, erklärte der Mediziner in Bonn.

*Christine Vetter
Merkenicher Straße 224
50735 Köln*

Oft verkannt

Die Gallensteine

Christine Vetter

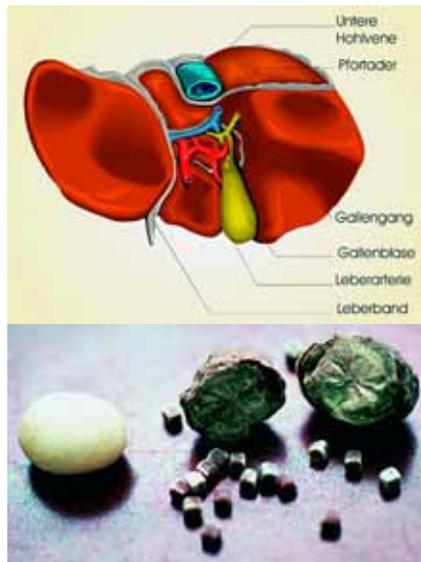
Die weitaus meisten Gallensteine gelten als klinisch stumm, also als asymptomatisch. Das aber ist oft ein Trugschluss. Auch wenn es nicht bis zur Kolik kommt, machen doch viele Gallensteine ihren „Trägern“ erhebliche Probleme. Denn, wenn die Kolik einmal da ist, muss häufig die Gallenblase entfernt werden.

Vermehrte Blähungen, Sodbrennen, Schmerzen und Druckgefühle im Oberbauch, Appetitlosigkeit und Unverträglichkeiten bei Nahrungsmitteln, insbesondere gegenüber fetten Speisen: Solche Beschwerden können unter anderem auf Gallensteine hindeuten.

„Stumme“ Beschwerden

Obwohl Literaturberichten zufolge etwa 60 bis 80 Prozent der Gallensteine klinisch stumm sein sollen, gilt das offenbar streng genommen nur für die Gallenkolik. Denn die beschriebenen dyspeptischen Beschwerden plagen die Mehrzahl der Gallensteinträger, wie eine Pilotstudie an der Universitätsklinik München jetzt ergeben hat. Dort befragte eine Arbeitsgruppe um Professor Dr. Dieter Jüngst 35 Patienten, bei denen asymptomatische Gallensteine diagnostiziert worden waren, mittels eines standardisierten Fragebogens gezielt nach Beschwerden im Bereich des Gastrointestinaltraktes und nach einer entsprechenden Beeinträchtigung der Lebensqualität. Das Ergebnis war für die Mediziner selbst überraschend: „Nur rund ein Sechstel der Menschen mit vermeintlich stummen Gallensteinen hatten tatsächlich keine Beschwerden“, berichtete Jüngst beim 139. Falk Symposium in Freiburg. Mehr als die Hälfte der Patienten aber gaben leichte bis mäßige gastrointestinale Beschwerden an und gut ein Viertel hatte sogar schwere Symptome mit ausgeprägten Einbußen bei der Lebensqualität.

Das Studienergebnis macht nach Jüngst deutlich, dass bei Menschen mit dyspeptischen Beschwerden stets Gallensteine als Ursache ausgeschlossen werden müssen.



Gigantisch, was in so eine Gallenblase alles hinein passt – bis die Beschwerden zu schweren Komplikationen führen.

Außerdem muss bei Patienten, bei denen zum Beispiel im Rahmen einer Routineuntersuchung Gallensteine festgestellt werden, immer genau hinterfragt werden, ob nicht doch durch die Steine Beschwerden verursacht werden.

Vorsicht bei Dyspepsien

Diese können gut durch die Gabe von Ursodeoxycholsäure behandelt werden, wie Jüngst betonte. Hierbei handelt es sich um eine körpereigene Gallensäure, die unter anderem dafür sorgt, dass Cholesterin in der Gallenflüssigkeit gelöst bleibt. Ist das Verhältnis von Cholesterin und Gallensäure

**„Asymptomatische“
Gallensteine sind längst nicht
immer asymptomatisch.**

ungünstig, so ist die Gallenflüssigkeit an Cholesterin übersättigt, was die Bildung von Gallensteinen unterstützt.

Ursodeoxycholsäure hat einen weiteren günstigen Effekt: So weiß man aus der Behandlung symptomatischer wie asymptomatischer Patienten, dass bei entsprechend frühzeitiger Therapie nicht nur die Beschwerden gebessert werden, sondern dass es weniger zu Komplikationen kommt und seltener eine Operation notwendig wird.

Die OP zur Prophylaxe

Werden die Gallensteine im Rahmen einer Gallenkolik diagnostiziert, so ist das nach Professor Dr. Ulrich Beuers aus München eine Indikation für die operative Entfernung der Gallenblase. Die Berechtigung hierfür liegt in der erhöhten Komplikationsrate, wenn erst einmal eine Gallenkolik aufgetreten ist. In deren Folge kommt es nicht selten zu Entzündungen im Bereich der Gallenwege, der Gallenblase und auch der Bauchspeicheldrüse, wie der Mediziner darlegte. Jeder zweite Patient entwickelt außerdem innerhalb nur eines Jahres eine zweite Gallenkolik mit entsprechend erhöhtem Komplikationsrisiko.

Doch auch nach dem operativen Eingriff sind viele Patienten nicht beschwerdefrei. „Rund 35 Prozent von ihnen entwickeln ein Postcholecystektomie-Syndrom“, sagte Jüngst in Freiburg. Die Betroffenen leiden weiter unter wiederkehrenden kolikartigen Schmerzen oder unter zum Teil starken dyspeptischen Beschwerden.

Die Ursache hierfür kann ein vermehrter gastroösophagealer Reflux sein. Aber auch Behinderungen beim Abfluss der Gallenflüssigkeit, die nicht mehr in der Gallenblase gespeichert werden kann, vermögen diese Beschwerden zu verursachen. Als Therapie bietet sich dann ebenfalls Ursodeoxycholsäure an, die den Gallenfluss erleichtert. Steht ein ständiger Reflux im Vordergrund der Symptomatik, so ist ein Protonenpumpenhemmer indiziert und bei kolikartigen Schmerzen eher ein Spasmolytikum.

Christine Vetter
Merkenicher Straße 224
50735 Köln

Europäisches IOFOS-Meeting

Forensik-Fortbildung in Lillehammer/Norwegen

Im März diesen Jahres trafen sich 26 Zahnärztinnen und Zahnärzte aus elf Nationen und drei Kontinenten (Europa, Asien und Afrika) in Lillehammer/Norwegen, wo das 3. Europäische Meeting der Internationalen Gesellschaft für forensische Odonto-Stomatologie (IOFOS) stattfand, unter der Leitung ihres Präsidenten Prof. Dr. Tore Solheim, Oslo, zur Fortbildung „ohne Grenzen“.



Foto: jednet.nl

Diese Sprungschanze hat den Tagungsort Lillehammer weltberühmt gemacht.

Die Teilnehmer beschäftigten sich vier Tage lang schwerpunktmäßig mit der Qualitätssicherung in der forensischen Zahnheilkunde.

Dr. med. Dr. med. dent. Claus Grundmann, Duisburg, vertrat den Arbeitskreis Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Als weiterer Teilnehmer aus der Bundesrepublik Deutschland reiste Dr. med. dent. Hans-Peter Kirsch von Saarbrücken nach Norwegen. Neben der auch für die forensische Zahnheilkunde bedeutenden Qualitätssicherung wurden zusätzlich internationale Richtlinien zu den Schwerpunkten „Identifikation von Einzelpersonen“, „Identifikationen bei Massenkatastrophen“, „Bissspuren“ sowie „forensische Altersbestimmungen“ erarbeitet. Sämtliche Sachverständigengutachten sollen zukünftig nach einheitlichen

Richtlinien und Normen durchgeführt werden (im Internet unter: <http://www.iofos.org>).

Im Wissenschaftlichen Programm wurden neue Studien aus Belgien zur Altersbestimmung mit Hilfe der Weisheitszähne sowie die Identifizierung der Opfer des Flugzeugunglücks am Bodensee im Juli 2002 vorgestellt.

Aus Island wurde ein ungewöhnlicher und mysteriöser Fall der Kriminalgeschichte vorgestellt: Nach dem Verschlucken von 57 mit Amphetamin gefüllten Kapseln, die post-mortale in Magen und Darm nachweisbar waren, verstarb eine

Frau an einem Ileus und wurde daraufhin ins Meer geworfen. Mit Hilfe von Fingerabdrücken, die beim Deutschen Bundeskriminalamt in Wiesbaden vorlagen, konnte die Verstorbene letztendlich identifiziert und der Tatvorgang rekonstruiert werden.

Die nächste Tagung der Internationalen Gesellschaft für forensische Odonto-Stomatologie (IOFOS) findet vom 21.08. bis 26.08.2005 in Hongkong in Verbindung mit dem 17. Meeting der IAFS (International Association of Forensic Sciences) statt.

*Dr. med. Dr. med. dent. Claus Grundmann
Viktoriastraße 8
47166 Duisburg*

8. Dresdner Parodontologie-Tagung

Mikrochirurgie im Paro-Frühling

Steffen Richter

Auch in diesem Jahr lud Prof. Dr. Thomas Hoffmann alle parodontologisch interessierten Kollegen zum nun schon 8. Dresdner Parodontologie-Frühling ein und 420 Teilnehmer reisten quer durch die Republik nach Dresden, um den „Paro-Frühling“ zu genießen.



Foto: Christof Münch

Dresden im Frühling ist nicht nur wegen der Parodontologie eine Reise wert.

Die traditionelle Veranstaltung, die am 24.04.04 im Theater „Wechselbad“ stattfand, wurde diesmal von Prof. Dr. Hannes Wachtel, Privatinstitut für Parodontologie & Implantologie IPI GmbH München, gestaltet. Unter dem Thema „Mikrochirurgische Therapiekonzepte“ stellte der Referent Möglichkeiten des Gewebemanagements unter den Prämissen maximaler Weichgewebeerhalt, Regeneration parodontaler Strukturen, Knochenaugmentation und Optimierung der Ästhetik vor.

Einleitend verdeutlichte Prof. Wachtel anhand einer kurzen Falldarstellung zunächst die Komplexität oraler Rehabilitationen, die alle Aspekte der modernen Zahnheilkunde beansprucht, letztendlich aber immer auf einem festen Fundament – der Parodontologie – aufbaut. Standard ist heute der mikrochirurgische access flap, der geringe Schrumpfung mit primärem interproximalem Wundverschluss verbindet. Nichterhaltungsfähige Zähne werden so schonungsvoll wie möglich entfernt, die Alveolen mit Knochenersatzmaterial gestützt, parodontale Defekte

mit autologem Knochen, eventuell mit Knochenersatzmaterial gemischt, aufgefüllt und mit resorbierbaren Kollagenmembranen abgedeckt. Gezielte Be- und Entlastung der Weichgewebe durch eiförmig gestaltete Provisorien ermöglichen das Modellieren von Papillen. Nicht zu erhaltene Parodontien werden durch Implantate mit inzwischen vorhersehbarem Erfolg ersetzt.

Unabdingbare Voraussetzung für den Therapieerfolg sind nach Untersuchungen des

Referenten Nichtrauchen, optimale Mundhygiene mit einem Plaqueindex kleiner gleich zehn Prozent (!) und die operativen Möglichkeiten des PA-Chirurgen. Gerade den Einfluss der Qualität des Operierens am Zahnhalteapparat konnte der Referent eindrucksvoll am „Center-Effekt“ klinisch kontrollierter randomisierter Multicenter-Studien zeigen. So betrug die Differenz an klinischem Attachmentgewinn bei Lappenoperationen im Vergleich zu Lappenoperationen und Emdogain zwischen dem besten und dem schlechtesten Center 2,6 Millimeter bei einem durchschnittlichen Attachmentgewinn aller Center von 0,7 Millimetern. Anders ausgedrückt war der zu erzielende „Emdogaineffekt“ beim besten Center etwa viermal größer!

Umdenken Richtung Mikrochirurgie

Dieses Ergebnis erfordert ein Umdenken hinsichtlich des operativen Vorgehens in Richtung einer sehr schonenden mikrochirurgischen Operationstechnik. Folgerichtig ist aus heutiger Sicht zu prüfen, inwieweit der modifizierte Widman Lappen (MWF) als Standard verlassen und durch den mikrochirurgischen Zugangslappen, der ausführlich sowohl in Animation als auch klinisch step by step vorgestellt wurde, ersetzt werden sollte.

Sulkuläre Schnitfführung mit einem beidseitig schneidenden mikrochirurgischen Skalpell und Präparation der Papillen mit einem Papillenelevator ermöglichen nach Reposition des Lappens und Nahtfixation mit



Foto: Hoffmann

Der bis auf den letzten Platz gefüllte Saal zeigte das Interesse der Kollegen.

7.0 und 8.0 Nähten eine dichte Lappenadaptation und damit eine primäre Wundheilung – Voraussetzung auch für jegliche regenerative Therapie. Jeder parodontologisch tätige Kollege sollte nach Aussage des Referenten diese Technik beherrschen.

Kollagenmembranen im kritischen Visier

Anschließend ging der Referent auf Probleme der parodontalen Regeneration ein. Als Hauptursache für Misserfolge diskutierte er die postoperative Membranfreilegung. Kollagenmembranen saugen sich regelrecht mit Mikroorganismen voll, die dann wegen der fehlenden Epithelbarriere sehr schnell ins Bindegewebe invadieren und purulente Infektionen mit massivem Gewebeverlust provozieren können. Problematisch sind auch die zu kurze Barrierefunktion der Kollagenmembranen und ihre geringen

raumerhaltenden Eigenschaften. Letztere können durch Defektauffüllung mit autologem Knochen wirksam verbessert werden. Knochen wird sehr elegant aus dem unmittelbaren Operationsgebiet mit piezoelektrischer Knochenchirurgie gewonnen. Als Standard der regenerativen Therapie sieht der Referent den Einsatz von Emdogain, dessen biologische Wirksamkeit zweifelsfrei in einer Metanalyse nachgewiesen wurde. Zur intraoperativen Wurzeloberflächenbearbeitung favorisiert Wachtel den Airscaler mit diamantierten keulenförmigen Arbeitsenden und einer 47 Mikrometer Belegung.

Doppelter Spaltlappen fördert die Ästhetik

Für besonders ästhetisch anspruchsvolle Operationen entwickelte das Team den doppelten Spaltlappen. Dabei werden ein innerer und ein äußerer Lappen präpariert,

die dann auch getrennt voneinander – also schichtweise – vernäht werden. Vorteil ist die sichere primäre Wundheilung unter Erhaltung der Papillen auch bei sehr engen Interdentalräumen wie bei Zahnengstand. Im letzten Teil seiner Ausführungen ging Prof. Wachtel auf die Möglichkeiten der Rezessionsdeckung sowie auf ästhetische Aspekte der plastischen Parodontalchirurgie und Implantationen ein. Der 9. Dresdner Parodontologie-Frühling wird am 30. April 2005 an gleicher Stelle stattfinden.

*Dr. Steffen Richter
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der
Technischen Universität Dresden,
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde Bereich Parodontologie
Fetscherstraße 74
01307 Dresden*

Für Sie gelesen

Neues aus der Welt der „Kons“

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



Foto: zm

Füllungsmaterialien und ihre diversen organischen Eluate

Zahlreiche Monomere, Co-Monomere, Initiatoren, Stabilisatoren, Spaltprodukte und Verunreinigungen fanden sich in den Lösungen.

In den vergangenen Jahren konnte ein deutlicher Rückgang bezüglich der Verwendung von Amalgam als zahnärztliches Füllmaterial beobachtet werden. Anstelle dessen dominieren heutzutage Kunststoffe, insbesondere Composite, die Kariestherapie. Die damit verbundenen Vorteile, beispielsweise minimalinvasives Kavitätendesign oder Ästhetik, sind hinlänglich bekannt. Jedoch existieren

mittlerweile auch Belege dafür, dass einige Inhaltsstoffe solcher Füllmaterialien ein allergenes Potenzial besitzen sowie zytotoxisch und genotoxisch wirken. Hingegen ist nach wie vor wenig über die Aufnahme solcher Substanzen in den Körper, deren Verbreitung, Metabolisierung sowie letztlich deren Verbleib bekannt.

Das Ziel dieser Studie war, sowohl hydrophile als auch lipophile Substanzen aus Füllmaterialien auf Polymerbasis zu identifizieren. Hierzu wurden Probestkörper von zwei Kompositen (3M Filtek Z250 und Tetric Ceram), einem Kompomer (Dy-

ract AP) sowie einem kunststoffverstärkten Gasionomerezement (GC Fuji II LC) angefertigt. Von jedem Testmaterial wurden sieben Proben in Ringerlösung (hydrophil) und sieben weitere in Ethanol (lipophil) gelagert, um anschließend die in Lösung gegangenen Substanzen mittels Gaschromatographie in Kombination mit einem Massenspektrometer zu analysieren.

Insgesamt konnten 32 verschiedene Stoffe identifiziert werden. Bei allen Proben wurden das Monomer HEMA (Hydroxyethylmethacrylat), der Fotoinitiator Kampferchinon und eines seiner Reaktionsprodukte gefunden. In Ringerlösung wurden 13 Eluate von Tetric Ceram, zehn von Z250, 21 von Dyract AP und

sechs von Fuji II LC identifiziert; in der Ethanollösung konnten zwölf Substanzen von Tetric Ceram, 18 von Z250, 19 von Dyract AP sowie zehn von Fuji II LC ermittelt werden. Einige Substanzen waren in beiden Lösungen zu ermitteln.

Damit wurde die unterschiedliche Anzahl an Eluaten der vier Testmaterialien in vitro demonstriert. Um jedoch detaillierte Aussagen zur Allergenität, Zytotoxizität und Mutagenität des jeweiligen zahnärztlichen Füllmaterials treffen zu können, sind vor allem quantitative Messungen der analysierten Eluate sowie Biokompatibilitätsprüfungen erforderlich.

Quelle:

Michelsen, VB; Lygre, H; Skålevik, R; Tveit, AB; Solheim, E: Identification of organic eluates from four polymer-based dental filling materials. Eur J Oral Sci, 2003; 111: 263-271

Produkt und Zahnarzt steuern Adhäsivverbund

Einflaschensysteme sind weniger behandler sensitiv als Mehrflaschensysteme.

Prinzipiell herrscht heute Konsens darüber, dass der Verbund zwischen Dentin und Komposit in erster Linie von der Diffusion des Adhäsivs in das freigelegte Kollagengeflecht und in die Dentintubuli mit deren Verzweigungen abhängig ist.

Die Beeinflussung dieses Vorgangs durch verschiedene Behandler und Adhäsivsysteme zu untersuchen, war das Ziel dieser Studie. Dazu wurden an 210 extrahierten, humanen Prämolaren und Molaren standardisierte, zylindrische Kavitäten im Dentin präpariert. Sieben Zahnärzte mit

einer Berufserfahrung zwischen drei und 22 Jahren waren am praktischen Teil dieser Untersuchung beteiligt. Jeder von ihnen behandelte jeweils zehn Zähne mit einem Primer auf Aceton- (Gruppe A) oder auf Wasserbasis (Gruppe B). Bei beiden Gruppen kam anschließend Scotchbond Multi-Purpose als Bonding zur Anwendung. In Gruppe C (wiederum zehn Zähne pro Zahnarzt) wurde das selbstkonditionierende Einflaschensystem Adper Prompt L-Pop aufgetragen. Alle Kavitäten wurden daraufhin von einem Zahnarzt mit Komposit (Z100) gefüllt. Nach einwöchiger Lagerung in Wasser erfolgte die Messung des größten, aufgetretenen Randspalts mit

Hilfe eines konfokalen Laser-Scanning-Mikroskops, angegeben als Prozentwert im Verhältnis zum Kavitätendurchmesser.

Die Breite der bei den drei Adhäsivsystemen beobachteten Randspalten unterschied sich zwischen den Gruppen statistisch nicht signifikant voneinander (Gruppe A: $0,18 \pm 0,06$ Prozent; Gruppe B: $0,19 \pm 0,08$ Prozent; Gruppe C: $0,20 \pm 0,06$ Prozent).

Jedoch kam es innerhalb eines Adhäsivsystems beziehungsweise einer Gruppe zu signifikanten Unterschieden. Vor allem die Mehrflaschensysteme der Gruppen A und B zeigten sich sehr behandler sensitiv, während in der Gruppe C die geringsten Variabilitäten auftraten. Das bedeutet einerseits, dass bei

sorgfältiger Beachtung der Benutzerrichtlinien mit Mehrflaschensystemen ein hohes oder gar höheres Maß an adhäsivem Verbund zum Dentin erreicht werden kann (was auch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen) und zeigt zum anderen die geringere Anfälligkeit von Einflaschensystemen gegenüber behandler spezifischen Einflüssen. Somit könnten letztere Produkte vor allem für „Adhäsivneulinge“ die Materialien der Wahl darstellen.

Quelle:
Jacobsen, T; Söderholm, K-JM; Yang, M; Watson, TF: *Effect of composition and complexity of dentin-bonding agents on operator variability – analysis of gap formation using confocal microscopy. Eur J Oral Sci, 2003; 111: 523-528*

Cerec-Teilkronen – Nachuntersuchung der Randspalten

Mit dem Cerec 2-System sind gegenüber dem Cerec 1-System geringere Randspalten bei der Anfertigung von Teilkronen erzielbar.

Das Cerec-CAD/CAM-System (Siemens/Sirona Dental Systems) wurde im Jahre 1988 in der restaurativen Zahnmedizin eingeführt, um Inlays, Teilkronen und Veneers aus industriell gesinterten Keramikblöcken direkt am Behandlungsstuhl (chair-side) anfertigen zu können. Sowohl Soft- als auch Hardware wurden in der Folgezeit permanent weiter entwickelt, sodass mittlerweile das so genannte Cerec 3-System erhältlich ist.

Das Ziel dieser Untersuchung war, den Einfluss verschiedener Cerec-Systeme auf die Randqua-

lität von Teilkronen (Restaurationen mit Ersatz von mindestens einem Höcker) zu untersuchen. Insgesamt wurden zwischen 1993 und 1997 von 20 Behandlern der Züricher Universitätszahnklinik 818 Teilkronen (Vita Mark II-Keramik) bei 496 Patienten angefertigt und adhäsiv (Syntac classic/Tetric) eingegliedert. Dafür kamen entweder das Cerec 1-System (Gruppe 1), das Cerec 2-System (Gruppe 2) oder das Cerec 2-System mit erweiterter Software („Wallspacing“-Modus, Gruppe 3) zur Anwendung. Dieser Modus ermöglicht eine standardisierte, konkave Kauflächengestaltung. Für die klinische Nachuntersuchung (Sonde, Spiegel, Röntgenbild) wurden aus jeder Gruppe 25, für die rasterelektronenmikroskopische Evaluation mittels Replika-

technik zwölf Patienten/Teilkronen randomisiert. Waren mehrere Teilkronen bei einem Patienten eingegliedert worden, fiel die Wahl auf die älteste Restauration.

Im Rahmen der klinischen Untersuchungen konnten keine nennenswerten Unterschiede zwischen allen drei Gruppen festgestellt werden. Beurteilt wurden in Anlehnung an die USPHS-Kriterien (United-States-Public-Health-Services-Kriterien) die Restaurationsränder, die Oberflächenform und -güte der Keramikrestauration, die Farbstabilität, die Farbdifferenz zum Zahn, die okklusalen und approximalen Kontaktpunkte sowie die Anwesenheit von Sekundärkaries.

Anhand der angefertigten Replika wurde zum einen die Breite der Kompositfuge gemessen, die Rückschlüsse auf die Präzision des Herstellungsprozesses seitens des Cerec-Systems zulässt, und zum anderen die Kontinuität der Randadaptation untersucht (angegeben als prozentuales Verhältnis von „perfektem“ Rand zur Gesamtlänge

des Kavitätenrands). Die Kompositfuge war in Gruppe 1 ($308 \pm 63 \mu\text{m}$) signifikant breiter als in den Gruppen 2 ($243 \pm 48 \mu\text{m}$) und 3 ($207 \pm 63 \mu\text{m}$). Bei den Randadaptationen konnten weder in der Kategorie Zahn-Komposit noch in der Kategorie Komposit-Keramik signifikante Unterschiede ermittelt werden (Gruppe 1: $94,5 \pm$ acht Prozent und $95,5 \pm$ zwei Prozent; Gruppe 2: $98, \text{ein} \pm \text{ein}$ Prozent und $97,5 \pm 1,4$ Prozent; Gruppe 3: $96,8 \pm$ drei Prozent und $96,8 \pm$ zwei Prozent).

Die Hypothese der Autoren, dass sich Verbesserungen bei der Hard- und Software positiv auf die klinischen Ergebnisse von Cerec-Restaurationen auswirken müssten, konnte in dieser Studie somit nur eingeschränkt bestätigt werden. Insgesamt wird mit dieser Untersuchung der überragende Vorteil der Adhäsivtechnik erneut aufgezeigt.

Quelle:
Bindl, A; Mörmann, WH: *Clinical and SEM evaluation of all-ceramic chair-side CAD/CAM-generated partial crowns.* Eur J Oral Sci, 2003; 111: 163-169

Schmelzhaftung selbstkonditionierender Adhäsive

Selbstkonditionierende Adhäsivsysteme dringen in deutlich geringerem Maße in den Zahnschmelz ein.

Selbstkonditionierende Haftvermittler vereinfachen und verkürzen den Arbeitsschritt der adhäsiven Verankerung von Füllungsmaterialien an den Zahnhartsubstanzen und minimieren zudem die Fehlerquellen seitens des Behandlers. Jedoch ist der Haftmechanismus solcher Sys-

teme am Zahnschmelz noch immer nicht vollständig geklärt.

In dieser Studie sollte die Verbundzone zweier selbstkonditionierender Adhäsive (Clearfil Liner Bond 2V und Clearfil SE Bond) zum Schmelz untersucht werden. Als Kontrolle wurde das Einfaschensystem One-Step mit vorherigem, separatem Ätzvorgang (32-prozentige Phosphorsäure für 15 Sekunden) verwendet. Für den ersten Teil dieser Studie wurden die Bukkal- und



Lingualflächen von extrahierten, kariesfreien, humanen Prämolaren plan geschliffen und poliert und jeweils mit einem der drei verschiedenen Adhäsivsysteme nach Herstellerangaben behandelt. Daraufhin wurden auf alle gebondeten Schmelzflächen Kompositsschichten (Clearfil AP-X) von einem Millimeter Stärke aufgebracht und gehärtet. Es folgten Zugkraftmessungen und Begutachtungen der Frakturflächen mittels eines Rasterelektronenmikroskops. Die ermittelten Kräfte im Falle von One-Step ($46,2 \pm 12,7$ MPa) waren am größten. Eine statistische Signifikanz ergab sich jedoch nur im Vergleich zu Clearfil Liner Bond 2V ($30,4 \pm 6,2$ MPa), nicht gegenüber Clearfil SE Bond ($39,8 \pm 11,9$ MPa). Anhand der Rasterelektronenmikroskopie konnte beobachtet werden, dass sich bei den beiden selbstkonditionierenden Systemen der größte Teil der Frakturflächen innerhalb des Adhäsivs und des Komposits befand, während bei One-Step hauptsächlich Frakturen im Schmelz aufgetreten waren. Im zweiten Teil der Studie wurden wiederum an extrahierten, humanen Prämolaren plane

Flächen im Schmelz präpariert und in gleicher Weise konditioniert. Anschließend erfolgte die Anfertigung von nicht-dekalzifizierten und dekalzifizierten (Epoxidharzeinbettung) Schliﬀpräparaten, um mittels Transmissionsmikroskopie die Verbundzone zwischen Adhäsiv und Schmelz beurteilen zu können. Die Dicke der mit Adhäsiv durchtränkten Schmelzschicht betrug bei One-Step durchschnittlich zehn Mikrometer (μm), bei Clearfil Liner Bond 2V rund ein μm und im Falle des Clearfil SE Bond weniger als $0,3 \mu\text{m}$. Auch die morphologischen Strukturen unterschieden sich deutlich zwischen den selbstkonditionierenden Adhäsiven und dem herkömmlichen Einfaschensystem. Offensichtlich korreliert die Eindringtiefe der Adhäsive nicht oder nur zum Teil mit der Haftung der Komposite am Schmelz. Somit müssen auch andere Gründe für die Intensität des Haftverbunds in Frage kommen. Weitere Untersuchungen sind hierzu erforderlich. Unabhängig davon liegen allerdings die gemessenen Zugkräfte bei allen drei Adhäsivsystemen bereits im Bereich der kohäsiven Kräfte innerhalb des Schmelzes.

Quelle:
Hashimoto, M; Ohno, H; Yoshida, E; Hori, M; Sano, H; Kaga, M; Oguchi H: *Resin-enamel bonds made with self-etching primers on ground enamel.* Eur J Oral Sci, 2003; 111: 447-453

ZA Jörn Noetzel
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Campus Benjamin Franklin
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Abmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin

Mundgesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung

Mit der Veröffentlichung des Handbuchs „Zahngesundheits-erziehung an Schulen für Geistigbehinderte – Bedeutung und Möglichkeiten“ von Christina Voß ist es der Herausgeberin DAI (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.) gelungen, die publizistische Lücke zwischen der zahnmedizinischen und der pädagogischen Sicht auf Menschen mit geistiger Behinderung und deren Zahngesundheit zu schließen und damit zu einer möglichst Gewinn bringenden, gemeinsamen Arbeit an der Mundgesundheit dieser Menschen beizutragen. Die angebotenen Informationen, Anregungen und Handlungsanweisungen werden den Dialog zwischen den zahnmedizinischen und den pädagogischen Fachleuten vertiefen und bereichern.

Der Autorin ist es gelungen, dem Leser die Entwicklungsfähigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung näher zu bringen sowie auch Zahnpflege und Mundgesundheit als Teil der Lebenspraktischen Erziehung in einen allgemein gesundheitsfördernden Kontext zu stellen. Der Praxisteil beschreibt die Durchführung einer Unterrichtsreihe aus zehn Modulen, die sich für eine Projektwoche in der Schule eignet. Jeder Baustein berücksichtigt die zielorientierten Handlungsschritte, einen methodisch-didaktischen Kommentar, Differenzierungsmaßnahmen und eine detaillierte Verlaufsplanung mit Nennung der Materialien. Die Verfasserin ergänzt ihre Unterrichtsreihe mit einer Vielzahl eingesetzter Ar-

beits- und Anschauungsmaterialien in einem Anhang.

Das vorliegende Buch ist geeignet, Pädagogen an Schulen für (Geistig)Behinderte zu ermutigen, das Thema Mundgesundheit/ Zahnpflege in ihr Unterrichtsgeschehen einzubauen: Die Beschreibung gibt deutliche Anhaltspunkte, dass Menschen mit Behinderung – je nach dem Grad ihrer Einschränkung – Interesse an der Beschäftigung mit den eigenen Zähnen und deren Gesunderhaltung entwickeln und einen Zuwachs an Handlungskompetenz erfahren können. Eine Handlungskompetenz, die letztendlich auch die notwendige regelmäßige zahnärztliche Betreuung stark erleichtern kann. Als weitere Zielgruppen dieses Buches sieht die DAI alle landesweit und regional tätigen (Landes-)Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege, zu deren Aufgaben gemäß § 21 SGB V Gruppenprophylaxe auch die Betreuung der Schulen für Geistigbehinderte zählt – dort wirken Zahnärzte, Prophylaxefachkräfte, gesetzliche Krankenkassen und Kommunen zusammen – sowie die niedergelassenen Zahnärzte. „Jeder zehnte deutsche Zahnarzt beschäftigt sich intensiv mit der Behandlung von behinderten Patienten“, so Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, anlässlich eines internationalen Symposiums zur zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Behinderungen am 23./24. April in Berlin. Die Verbesserung der zahnmedizinischen Prävention und Betreuung der Menschen mit geistiger



Behinderung ist von großer Wichtigkeit, da diese Menschen deutlich erhöhte Risiken für ihren Mundgesundheitszustand aufweisen. Sie betreiben häufig aufgrund ihrer Einschränkungen eine ungenügende Mundhygiene, so dass nicht nur die Karieshäufigkeit, sondern auch die Zahl der Zahnfleischerkrankungen stark erhöht ist.

Alle Verantwortlichen – Eltern, Betreuer, Lehrer, Zahnärzte und Prophylaxefachkräfte – sind daher aufgefordert, ihr Wissen und ihre praktischen Fähigkeiten um

die richtige Zahnpflege, eine gesunde Ernährung, die optimale Fluoridzufuhr zur Erhöhung der Widerstandskraft der Zähne und die Bedeutung regelmäßiger Zahnarztbesuche in den Dienst der Menschen mit geistiger Behinderung zu stellen.

Das Werk der Autorin wurde soeben mit dem Wrigley Prophylaxe Preis 2004 ausgezeichnet!

DAI

Zahngesundheits-erziehung an Schulen für Geistigbehinderte

Christina Voß, das Handbuch (287 Seiten) ist zum Preis von 12 Euro (zzgl. Porto und Verpackung) bei der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege zu beziehen.

Kontakt: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAI), Dr. Christiane Goepel, Von-Sandt-Str. 9, 53225 Bonn, Tel.: 0228/69 46 77, Fax: 0228/ 69 46 79, E-Mail: info@daj.de, www.daj.de

Umsetzungshilfe zum SGB V

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), welches am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, bringt für das Gesundheitswesen tiefgreifende strukturelle Veränderungen, die in die Praxis umgesetzt werden müssen. Dabei sind alle Akteure des Gesundheitswesens gefordert, sich die ab 1. Januar 2004 geltenden Rechtsänderungen, die zum Teil außerordentlich komplexe Regelungsgefüge enthalten, zu erschließen.

Die Umsetzungshilfe zum SGB V nach dem GMG leistet hierbei wertvolle Unterstützung. Die

Darstellung enthält einen Vergleich der neuen Rechtsvorschriften mit den bisherigen Regelungen im SGB V sowie jeweils die Gesetzesbegründung, der die Intention des Gesetzgebers entnommen werden kann.

Das bis zum 31. Dezember 2003 geltende Recht des SGB V sowie die ab 1. Januar 2004 geltenden Rechtsänderungen und Begründungen sind dabei in synoptischer Form gegenübergestellt.

KZBV

Umsetzungshilfe zum SGB V nach dem GMG

Norbert Fischer, Asgard-Verlag, Sankt Augustin, 2004, 272 Seiten, Broschüre DIN A 4, 29 Euro, ISBN 3-537-72555-8





Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 75	Praxismanagement	LZK Sachsen	S. 74
	Freie Anbieter	S. 81		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 75
Akupunktur	LZK Berlin-Brandenburg	S. 74	Prophylaxe	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 75
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74		Freie Anbieter	S. 80
Endodontie	LZK Berlin-Brandenburg	S. 74	Prothetik	Freie Anbieter	S. 81
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 76			
	Freie Anbieter	S. 80		Restaurative ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe
Helferinnen-Fortbildung	LZK Sachsen	S. 74	Röntgen	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 75
Implantologie	Freie Anbieter	S. 80			
Kieferorthopädie	LZK Berlin-Brandenburg	S. 74			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74			
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 75			
Notfallbehandlung	LZK Berlin-Brandenburg	S. 74			
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 76			
Parodontologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74			

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 74

Kongresse Seite 76

Universitäten Seite 79

Freie Anbieter Seite 79

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

Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:



Fortbildung der Zahnärztekammern

LZK Sachsen



für Zahnärzte:

Thema: Zweitagekurs Applied Kinesiology für Zahnärzte - Dental 1 (D1) (Voraussetzung: AK E)
Referent: Dr. R. Meierhöfer, Roth
Termin: 02. 07. 2004, 9:00 – 18:00 Uhr und 03. 07. 2004, 9:00 – 18:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Gebühr: 350,- EUR
Kurs-Nr.: D 56/04

für das Praxisteam:

Thema: Arbeitssystematik bei der Patientenbehandlung (Vier-Hand-Technik)
Referenten: Dr. med. dent. Richard Hilger, Düsseldorf
 Ruth Knülle, Düsseldorf
Termin: 03. 07. 2004, 9:00 – 18:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Gebühr: 265,- EUR
Kurs-Nr.: D 57/04

für Praxismitarbeiterinnen:

Thema: Gesucht: PRAXISMANAGERIN mit Stil und Klasse (Aufbaukurs)
Referentin: Brigitte Kühn, Seeshaupt
Termin: 26. 06. 2004, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus, Dresden
Gebühr: 135,- EUR
Kurs-Nr.: D 133/04

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

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Das ABC der Schienentherapie [6 Fp.]
Referent: Prof. Dr. Georg Meyer aus Greifswald
Termin: 14. 08. 2004, 11:00 – 19:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 305,00 EUR
Kurs-Nr.: 2464.0

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

Thema: Lingualtechnik [6 Fp.]
Referent: PD Dr. Paul-Georg Jost-Brinkmann aus Berlin
Termin: 04. 09. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 300,00 EUR
Kurs-Nr.: 2335.0

Thema: Risiken und Komplikationen bei der KFO-Behandlung mit Multibandapparaturen [10 Fp.]
Referent: Prof. Dr. Ralf Radlanski aus Berlin
Termin: 10. 09. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr
 11. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 315,00 EUR
Kurs-Nr.: 2379.0

Thema: Endodontie kompakt [11 Fp.]
Referent: PD Dr. Rudolf Beer aus Essen
Termin: 10. 09. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr
 11. 09. 2004, 09:00 – 16:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 365,00 EUR
Kurs-Nr.: 2462.0

Thema: Der chronische Kiefer-Gesichts-Schmerz und seine Therapie [6 Fp.]
Referent: PD Dr. Ulrich Tiber Egle aus Mainz
Termin: 11. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 275,00 EUR
Kurs-Nr.: 2308.0

Thema: Erster Klasse beim Zahnarzt – Kompetenz in Beratung und Betreuung [6 Fp.]
Referent: Dr. Michael Cramer aus Overath
Termin: 18. 09. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 220,00 EUR
Kurs-Nr.: 2306.0

Thema: Mundakupunktur [10 Fp.]
Referenten: Dr. Jochen Gleditsch aus Baierbrunn und Dr. Hans-Ulrich Markert aus Berlin
Termin: 24. 09. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr
 25. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 310,00 EUR
Kurs-Nr.: 2315.0

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zahnärztliche Fortbildung

Kurs-Nr.: FBZ 047 243
Thema: Moderne Konzepte der Parodontalbehandlung – Reparatur und Regeneration – Kurs 3 – Theorie und Praxis
Referent: Prof. Dr. Heinz H. Renggli, Niymegen
Termin: 07. 07. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr
Gebühr: 220 EUR

Kurs-Nr.: FBZ 047 253
Thema: Vollkeramische Restauration auf Basis von CAD/CAM-Systemen
Referent: Dr. Tobias Terpelle, Münster
Termin: 07. 07. 2004, 15:00 – 18:00 Uhr
Gebühr: 65 EUR

Kurs-Nr.: FBZ 047 252
Thema: Evidence-based Medicine (EbM) in der zahnärztlichen Praxis
Referent: PD Dr. Petra Scheutzel, Münster
Termin: 07. 07. 2004, 14:00 – 19:00 Uhr
Gebühr: 250 EUR

Kurs-Nr.: FBZ 047 233
Thema: Der Stellenwert von Aufbissen im kieferorthopädischen Therapiekomplex
Referent: Prof. Dr. Ingrid Rudzki-Janson, München; ZTM Udo Wolfstädter, München
Termin: 09. 07. 2004, 15:00 – 18:00 Uhr;
 10. 07. 2004, 9:00 – 15:00 Uhr
Gebühr: 410 EUR

Kurs-Nr.: FBZ 047 229
Thema: Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte – Kurs 2
Referent: Dr. Winfried Wojak, Horn Bad Meinberg
Termin: 09. 07. 2004, 15:00 – 18:00 Uhr;
 10. 07. 2004, 9:00 – 16:00 Uhr
Gebühr: 286 EUR

Kurs-Nr.: FBZ 047 244
Thema: Aktuelle Konzepte der Parodontitisstherapie – resektiv, regenerativ, konservativ
Referent: Dr. Jochen Tunkel, Brilon
Termin: 14. 07. 2004, 15:00 – 19:00 Uhr
Gebühr: 150 EUR

Kurs-Nr.: FBZ 047 200 – Team
Thema: Selbstzahlerleistungen – wie sage ich es meinen Patienten?
Referent: Dipl.-oec. Hans Dieter Klein, Stuttgart
Termin: 14. 07. 2004, 15:00 – 20:00 Uhr
Gebühr: ZA 218 EUR, ZH 109 EUR

Fortbildung für zahnmedizinische Assistenzberufe**Kurs-Nr.:** Zi 043 213**Thema:** Röntgen- und Strahlenschutzkurs gemäß § 18 a Abs. 3 RoV**Referent:** Prof. Dr. Hermann Meiners**Termin:** 02. 07. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr;

03. 07. 2004, 9.00 – 15.00 Uhr

Gebühr: 220 EUR**Kurs-Nr.:** Zi 043 032**Thema:** Prothetische Assistenz**Referent:** Dr. Gisbert Thor,

Dr. Jochen Terwelp

Termin: 23./24. 07. 2004,

jeweils 9.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: 250 EUR**Auskunft und Anmeldung:**

Akademie für Fortbildung der
ZÄK Westfalen-Lippe
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Inge Rinker, Tel.: 0251/507-604
Christel Frank: 0251/507-601
www.zahnaerzte-wl.de/index-akademie.html

Schriftliche Anmeldung:

Fax: 0251/507-609

e-mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.dee-mail: Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de**ZÄK Sachsen-Anhalt****Fortbildungsinstitut
„Erwin Reichenbach“****Thema:** Krieg und Frieden – Umgang mit Versicherungen und Beihilfestellen**Referent:** Dr. M. Cramer, Overath**Termin:** 02. 07. 2004, 13.00 – 18.00 Uhr**Ort:** Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162**Gebühr:** ZA 120 EUR**Kurs-Nr.:** Z/2004-063**Thema:** Therapie mit Aufbissbehelfen**Referent:** Dr. St. Kopp, Jena**Termin:** 30. 07. 2004,

9.00 – 19.00 Uhr;

31. 07. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162**Gebühr:** ZA 400 EUR**Kurs-Nr.:** Z/2004-064**Thema:** Craniomandibuläre Dysfunktion – Workshop (Kurs I)**Referent:** Dr. St. Kopp, Jena**Termin:** 06./07. 08. 2004,

jeweils 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162**Gebühr:** 400 EUR**Kurs-Nr.:** Z/2004-065**Thema:** Craniomandibuläre Dysfunktion – Workshop (Kurs II)**Referent:** Dr. St. Kopp, Jena**Termin:** 13./14. 08. 2004,

jeweils 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162**Gebühr:** 400 EUR**Kurs-Nr.:** Z/2004-066**Thema:** Professionelle Zahnreinigung – Arbeitskurs**Referent:** Genoveva Schmid, Berlin**Termin:** 20. 08. 2004,

15.00 – 19.00 Uhr;

21. 08. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Halle/S., MLU Halle-Wittenberg, Harz 42-44**Gebühr:** 240 EUR**Kurs-Nr.:** H-20-2004**Thema:** GOZ-Training – Basiskurs**Referent:** Gudrun Sieg-Küster, Wülfrath**Termin:** 21. 08. 2004,

9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162**Gebühr:** 120 EUR**Kurs-Nr.:** H-21-2004**Thema:** Erfolg kennt kein Budget**Referent:** Dr. W. Stoltenberg, Bochum**Termin:** 21. 08. 2004,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162**Gebühr:** 180 EUR**Kurs-Nr.:** Z/2004-067

Thema: Endodontie, 3-teilige Kursreihe
Referent: Univ.-Prof. Dr. K. Merte, Leipzig
Termin: 27. 08. 2004, 15.00 – 20.00 Uhr;
 28. 08. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 700 EUR (nur im Paket 1 bis 3 zu buchen)
Kurs-Nr.: Z/2004-072

Thema: Notfallseminar für das Praxisteam
Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. J. Schubert, Prof. Dr. D. Schneider, Dr. J. Lindner, alle Halle/S.
Termin: 28. 08. 2004, 9.00 – 14.30 Uhr
Ort: Büro- und Tagungcenter Magdeburg, Rogätzer Str. 8
Gebühr: ZA 85 EUR, ZH 65 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2004-069

Thema: Erfolgreiche Gesprächsführung mit NLP
Referent: Uta Malitz, Hannover
Termin: 28. 08. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: Z/2004-071

Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt, Postfach 3951, 19014 Magdeburg, Frau Einecke
 Tel.: 0391/739 39 14 oder Frau Busch
 Tel.: 0391/739 39 15
 Fax: 0391/739 39 20
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder busch@zahnaerztekammer-sah.de

Kongresse

■ Juni

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training
Termin: 18. – 20. 06. 2004
Ort: Blankenburg / Harz
Thema: Der ältere Mensch – Autogenes Training, Hypnose, Psychotherapie (Vorträge und Kurse speziell für Zahnärzte; Dr. A. Schmierer, Dr. T. Fabian)
Auskunft: Chefarzt und W.-R. Krause, Harz-Klinikum, Thiestr. 7-10, 38889 Blankenburg
 Tel.: 03944/962 186
 Fax: 03944/962 350
 e-mail: psychiatrie@harz-klinikum.de

CARS 2004 – Computer Assisted Radiology and Surgery – 18th Int. Congress and Exhibition
Termin: 23. – 26. 06. 2004
Ort: Hilton & Towers Hotel, Chicago, IL, USA
Auskunft: Prof. Heinz U. Lemke, c/o Technical Universität Berlin Computer Graphics and Computer Assisted Med., Secr. FR 3-3, Franklinstr. 28-29, 10587 Berlin
 Tel.: 07742/922 434
 Fax: 07742/922 438
 e-mail: fschweikert@cars-int.de
 www.cars-int.de

9. Greifswalder Fachsymposium der Mecklenburg-Vorpommerschen Ges. für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald u. Rostock e.V.
Thema: Diagnostik und Therapie von Kiefergelenkerkrankungen – eine Herausforderung für alle Fachgebiete
Termin: 26. 06. 2004
Ort: Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, M.-Luther-Str. 14, 17487 Greifswald
Auskunft: Prof. Dr. W. Sümnick, Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie, Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald
 Tel.: 03834/86 71 80
 Fax: 03834/86 71 31

■ Juli

31. MEDcongress
Termin: 04. – 10. 07. 2004
Ort: Baden-Baden Kongresshaus
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postf. 70 01 49, 70571 Stuttgart
 Tel.: 0711/72 07 12-0
 Fax: 0711/72 07 12-29
 e-mail: gw@medicacongress.de
 www.medicacongress.de

■ August

51st IADS Annual World Congress Int. Association of Dental Students Veranstalter: Zahnmedizinischer Austauschdienst e.V. (ZAD)
Termin: 09. – 15. 08. 2004
Ort: Berlin
Auskunft: Zahnmedizinischer Austauschdienst e.V. (ZAD), Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn
 e-mail: congress@iads-congress.de
 www.iads-congress.de
 www.iads-web.org

■ September

11. Sommersymposium der Mitteldeutschen Vereinigung für Zahnärztliche Implantologie
Termin: 03./04. 09. 2004
Ort: Eisenach (Thüringen)
Thema: „Implantate sind die besseren Zähne ...“
Auskunft: Mitteldeutsche Vereinigung für Zahnärztliche Implantologie e.V., Nürnberger Straße 57, 04103 Leipzig,
 Tel.: 0341/97 21 105
 Fax: 0341/97 21 119

13. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern und 55. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Univ. Greifswald und Rostock e.V.
Thema: Ist unser allgemeines medizinisches Wissen als Zahnärzte noch aktuell? – Aus der Praxis für die Praxis – Standespolitik
Termin: 03. – 05. 09. 2004
Ort: Rostock-Warnemünde, Hotel Neptun
Auskunft: Angelika Radloff, Referat Fortbildung ZÄK M-V
 e-mail: a.radloff@t-online.de

Gemeinschaftstagung der Gesellschaft für ZMK Dresden e.V. mit der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie
Thema: Konsens-Dissens
Termin: 09. – 11. 09. 2004
Ort: Maritim Congress Centrum Dresden
Auskunft: Frau Hofmann
 Tel.: 0351/45 82 712

FDI World Dental Congress
Termin: 10. – 13. 09. 2004
Ort: New Delhi, Indien
Auskunft: FDI Congress Dep.
 Tel.: +33 450 40 50 50
 Fax: +33 450 40 55 55
 www.fdiworldental.org

NordDental
Termin: 11. 09. 2004
Ort: Hamburg Messe, Hallen 4 und 5
Auskunft: www.norddental.de

39. Bodenseetagung und 33. Helferinnentagung
Veranstalter: BZK Tübingen
Termin: 17./18. 09. 2004
Ort: Lindau
Auskunft: BZK Tübingen Bismarckstr. 96
 72072 Tübingen
 Tel.: 07071/911-0
 Fax: 07071/911-209

14. Jahrestagung des Arbeitskreises für Gerostomatologie e.V. (AKG)
Termin: 17./18. 09. 2004
Ort: Jena (Thüringen)
Thema: Zahnärztliche Betreuungskonzepte für Heimbewohner von Praktikern für Praktiker
Auskunft: AK für Gerostomatologie e.V., Nürnberger Straße 57, 04103 Leipzig
 Tel.: 0341/97 21 310
 Fax: 0341/97 21 309
 e-mail: info@akgerostomatologie.de

12. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Termin: 17. – 19. 09. 2004
(mit Programm für Zahnarztthel-
ferinnen und Dental-Schau)
Ort: Wernigerode, Ramada Treff
Hotel

Generalthema: Moderne Endo-
dontie. Zwei Schulen – eine Mei-
nung

Wissenschaftl. Leitung: Prof. Dr.
Claus Löst, Tübingen, und Prof.
Dr. Roland Weiger, Basel

Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt,
Tel.: 0391/739 39 14
Fax: 0391/739 39 20

77. Wissenschaftliche Jahresta- gung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie

Termin: 22. – 26. 09. 2004
Ort: Freiburg i.Br., Konzerthaus
Thema: Qualitätsmanagement in
der Kieferorthopädie, Zahn-
durchbruchsstörung und -verla-
gerung

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. I.
Jonas, Freiburg i. Br.,
Tel.: 0761/270-49 44
Internet: www.dgkfo.de

25. Österreichischer Zahnärzte- Kongress international

Termin: 23. – 25. 09. 2004
Ort: Seehotel Rust, Burgenland
Veranstalter: Österreichische Ge-
sellschaft für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Thema: Vom Zahnarzt zur Oral-
medizin – wir gehen neue Wege
Auskunft: Medizinische Ausstel-
lungs- und Werbegesellschaft,
Freyung 6/3, A-1010 Wien
Tel.: (+43/1) 536 63-32
Fax: (+43/1) 535 60-16

9th Annual Meeting of the EADPH

Veranstalter: The European Den-
tal Association (EADPH) and the
Portuguese Dental Association
(Ordem dos Médicos Dentistas)
Termin: 24./25. 09. 2004
Ort: Porto, Portugal
Auskunft: e-mail:
info@eadph2004.org
internet: www.eadph2004.org

3. Int. Orthodontisches Sympo- sium – Orthodontics 2004

Termin: 30. 09. – 02. 10. 2004
Ort: Prag
Thema: Overjet and overbite
Auskunft: Sekretariat Dr. Jan V.
Raiman, Kirchröder Str. 77,
30625 Hannover
Tel.: 0511/55 44 77
e-mail: info@raimann.de
www.orthodontics2004.com

■ Oktober

3. Interdisziplinäres Symposium für Zahnärzte, Kieferorthopäden, Kieferchirurgen

Termin: 01./02. 10. 2004
Ort: Toskanasaal der Residenz in
Würzburg
Auskunft: Praxis Dres. Richter,
Tel.: 0931/500 95
Fax: 09337/99 68 72
e-mail: fa.trunk@t-online.de

Infodental

Termin: 02. 10. 2004,
9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Düsseldorf Messe,
Hallen 1 und 2
Auskunft: www.infodental-dues-
seldorf.de

Sächsischer Fortbildungstag für Zahnärzte und das Praxisteam

Thema: Praxiskonzepte
Termin: 02. 10. 2004,
Beginn: 9:00 Uhr
Ort: Stadthalle Chemnitz
Auskunft: Fortbildungsakademie
der LZKS, Schützenhöhe 11
01099 Dresden
Tel.: 0351/8066102
Fax: 0351/8066106
E-Mail: fortbildung@lzk-sach-
sen.de

5. Jahresfortbildung des ZAB

Termin: 16. 10. 2004
Ort: Schloss Büdingen
Auskunft: Dr. Gerhard Polzar,
Vogelsbergstr. 1+3,
63654 Büdingen
Tel.: 06042/22 21
Fax: 06042/22 21

Fachdental

Termin: 16. 10. 2004,
9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Neue Messe München,
Halle B6
Auskunft: www.fachdental-bay-
ern.de

AKFOS Jahrestagung 2004

Termin: 16. 10. 2004
Ort: Mainz, Großer Hörsaal der Frauenklinik
Auskunft: Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Röttscher, Wimpfelingstraße 7, 67346 Speyer
 Tel 06232/9 20 85,
 Fax 06232/65 18 69
 e-mail: roetzsch.klaus.dr@t-online.de

11th Salzburg Weekend Seminar

Termin: 16./17. 10. 2004
Ort: Salzburg
Hauptthema: Syndromes of the Head and Neck
Auskunft: Univ. Doz. Dr. Johann Beck-Mannagetta, Clinic of Oral & Maxillofacial Surgery/LKS, Muellner Hauptstr. 48, A-5020 Salzburg / Austria
 Tel.: +43-662-4482-36 01
 Fax: +43-662-4482-884
 e-mail: j.beck-mannagetta@lks.at

32. Expodental

Termin: 20. – 23. 10 2004
Ort: Messegelände Mailand
Auskunft: Balland Gesellschaft für Messe-Vertrieb mbH, Karin Orth, Postfach 46 01 42, 50840 Köln
 Fax: 0221/94 86 459
 e-mail: k.orth@balland-messe.de

45. Bayerischer Zahnärztetag

3. Jahrestagung der DGEndo
Termin: 21. – 23. 10. 2004
Ort: München, ArabellaSheraton Hotels
Thema: Endodontie – Bewährtes und Innovatives
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-309
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: dg-endo2004@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

3rd Beijing International Congress of Dental Implants

Veranstalter: International Quintessence Publishing Group (QPG), Chinese Stomatological Association Implantology Society (CSA), School of Stomatology, Beijing Medical University
Termin: 22./23. 10. 2004
Ort: Friendship Hotel, Beijing

Auskunft: International Quintessence Publishing Group, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/76 180-628
 Fax: 030/76 180-693
 www.quintessenz.de

12. Jahrestagung Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.

Termin: 23. 10. 2004
Ort: Universitätsklinikum Mainz, Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Auskunft: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V., Kolpingstr. 3, 63150 Heusenstamm
 www.nagp.de

9. Berliner Prophylaxetag

Veranstalter: Philipp-Pfaff-Institut Berlin
Termin: 29./30. 10. 2004
Ort: „Swissôtel“ Berlin am Kurfürstendamm
Auskunft: Philipp-Pfaff-Institut Aßmannshäuser Str. 4-6 14197 Berlin
 030/4 14 72 50
 030/4 14 89 67
 www.pfaff-berlin.de

Berlindentale

Termin: 30. 10. 2004, 9.30 – 17.00 Uhr
Ort: Messe Berlin, Hallen 21-23
Auskunft: www.berlindentale.de

Herbsttagung der Gesellschaft f. ZMK-Heilkunde an der Universität Leipzig e.V.

Thema: Und die Angst bohrt mit ... Stressoren und Risiken für das zahnärztliche Team
Termin: 06. 11. 2004
Wissenschaftl. Leiter: Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Dr. Torsten W. Remmerbach
Ort: Hörsaal Neubau Augenklinik/MKG, Liebigstraße 14 a, 04103 Leipzig
Auskunft: Frau Tröger
 Tel.: 0341/972 11 12,
 Frau Wittig
 Tel.: 0341/972 11 05
 Fax: 0341/972 11 19
 e-mail: gzmk@medizin.uni-leipzig.de
 www.gzmk-leipzig.de

14. Harzer Fortbildungsseminar

Thema: Kieferorthopädie – Quo Vadis
Veranstalter: Gesellschaft für Kieferorthopädie. Zahntechnik e.V.
Termin: 12. – 14. 11. 2004
Ort: Treff Hansa Hotel Halle/Peißen
Auskunft: Sekretariat der GK, Frau Heike Pietack
 Fax.: 0335/400 36 58
 www.gk-online.org

InfoDental Mitte

Termin: 13. 11. 2004, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Messe Frankfurt, Halle 5.0
Auskunft: www.infodental-mitte.de

November**13. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde**

Thema: Mundgesundheit und Allgemeinerkrankungen – Den ganzen Menschen sehen
Termin: 05. – 06. 11. 2004
Ort: Düsseldorf, Congress Centrum
Veranstalter: blend-a-med Forschung
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Johannes Einwag, Zahnmedizinisches Fortbildungszentrum Stuttgart
Auskunft: project*plan gmbh, PF 12 37, 97802 Lohr am Main, Tel./Fax: 0800/100 67 31 (gebührenfrei)

14. Expertensymposium aus Universität und Praxis „Implantologie“ in Verbindung mit dem 14. Int. Interdisziplinären Symposium „Schmerz und Bewegung“

Termin: 28. 10. – 04. 11. 2004
Ort: Kongresszentrum des Robinson-Clubs Esquinzo-Playa im Süden von Fuerteventura
Auskunft: Heike Garthe, Holiday Land Reisebüro, Garthe & Pflug GmbH, Triftstr. 20, 60528 Frankfurt
 Tel.: 069/677 36 70
 Fax: 069/677 36 727
 e-mail: info@reisebuero-gup.de
 www.schmerztherapie.de

Jahrestagung „Neue Gruppe“ 2004

Termin: 18. – 20. 11. 2004
Ort: Hamburg, Curiohaus
Hauptthema: Update 2004 – Ursachen von Misserfolgen – Konsequenzen für die Therapie
Auskunft: Sekretariat Dr. Jürgen E. Koob, Präsident der „Neue Gruppe“, Sierichstr. 60, 22301 Hamburg
 Fax: 040/27 95 227
 e-mail: Dres.Koob.Andersson@t-online.de

MEDICA**36. Weltforum der Medizin****Termin:** 24. – 27. 11. 2004**Ort:** Düsseldorf Messe – CCD**Auskunft:** MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 70 01 49,

70571 Stuttgart

Tel.: 0711/72 07 12-0

Fax: 0711/72 07 12-29

e-mail: gw@medicacongress.de

www.medicacongress.de

7. Thüringer Zahnärztetag**7. Thüringer Helferinnentag****6. Thüringer Zahntechnikertag****Termin:** 26./27. 11. 2004**Ort:** Messe Erfurt**Hauptthema:** ZahnMedizin zwischen Composite und Keramik**Wiss. Leitung:** Prof. Dr. Bernd

Klaiber, Würzburg

Auskunft: LZK Thüringen,

Barbarossahof 16, 99092 Erfurt

Tel.: 0361/74 32 136

e-mail: ptz@lzkth.de

■ Januar 2005**Jahrestagung der Schweiz.****Gesellschaft für Endodontie****Thema:** Entscheidungsfindung in der Endodontie**Termin:** 21./22. 01. 2005**Ort:** Auditorium Ettore Rossi,

Inselspital (Kinderklinik),

Freiburgstraße 15, 3010 Bern

Auskunft: Sekretariat SSE,

Postfach 8225, 3001 Bern

Tel.: +41 79 734 87 25

Fax: +41 31 901 20 20

e-mail: sekretariat@endodontology.ch

Universitäten**Universität Greifswald****Masterstudiengang in Berlin****Thema:** Der Master in der Zahnmedizin – eine Herausforderung für die Hochschulen, eine Chance für AssistentInnen und niedergelassene Kolleginnen und Kollegen

Veranstaltung anlässlich der Eröffnung für den neuen Weiterbildenden und berufsbegleitenden Masterstudiengang (MSc.) „Zahnärztliche Funktionsanalyse“ und „Therapie mit Compu-

terunterstützung“ an der Universität Greifswald.

Termin: 18./19. 06. 2004**Ort:** Landesvertretung des Landes Mecklenburg-Vorpommern beim Bund in Berlin,

In den Ministergärten 3,

10117 Berlin (Nähe Potsdamer

Platz)

Auskunft: Prof. Dr. B. Kordaß,

Rotgerberstr. 8,

17487 Greifswald

Tel.: 03834/86 71 62

Fax: 03834/86 71 48

e-mail: kordass@uni-

greifswald.de

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

Erfolgs Programm, Dipl. Psych.

Dörte Scheffer

Termin: 23. 06. 2004,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Oldenburg**Sonstiges:** Ref.: Dipl. Psych. Dörte

Scheffer; Fordern Sie unser aktuelles

Fortbildungsprogramm

2004 an!

Kursgebühr: 280 EUR + MwSt.**Auskunft:** Deep® Dentales

Erfolgs Programm, Dipl. Psych.

Dörte Scheffer,

Steinkauzweg 30 b,

26135 Oldenburg

Tel.: 0441/209 72 72

Fax: 0441/209 72 73

www.deep-zahnarzt.de

Thema: Grunddiagnostik – Mit System zum Erfolg!
Veranstalter: Dental Network Consulting
Termin: 26. 06. 2004, 10.00 – 14.00 Uhr
Ort: Oldenburg
Sonstiges: Behandlungsplanung ist Umsatzplanung; Behandlungskonzept und mehr; Ref.: Dr. Reinhard Sattler; Fordern Sie unser Programm an!
Kursgebühr: 180 EUR + MwSt.
Auskunft: Dental Network Consulting, Dipl. Psych. Dörte Scheffer, Steinkauzweg 30 b, 26135 Oldenburg
 Tel.: 0441/209 72 72
 Fax: 0441/209 72 73
 e-mail: scheffer@dentnetcon.de

Thema: Kinderprophylaxe IP 1 – IP 4
Veranstalter: Deep® Dentales Erfolgs Programm, Dipl. Psych. Dörte Scheffer
Termin: 30. 06. u. 02. 07. 2004, jeweils 10.00 – 16.00 Uhr
Ort: Oldenburg
Sonstiges: Ref.: ZMF Heike Bleck; Fordern Sie unser aktuelles Fortbildungsprogramm 2004 an!
Kursgebühr: 390 EUR + MwSt.
Auskunft: Deep® Dentales Erfolgs Programm, Dipl. Psych. Dörte Scheffer, Steinkauzweg 30 b, 26135 Oldenburg
 Tel.: 0441/209 72 72
 Fax: 0441/209 72 73
 www.deep-zahnarzt.de

Thema: Private Endo bei GKV-Versicherten – Gewusst wie!
Veranstalter: VDW GmbH
Termin/Ort: 02. 07., München; 07. 07., Köln; 09. 07., Frankfurt; 14. 07., Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Priv.-Doz. Dr. Claudia Barthel; Dr. Christoph Zirkel; Michaela Arends; 3 Fortbildungspunkte BZÄK/DGZMK
Kursgebühr: 75 EUR inkl. MwSt.; Gebühr enthält 5 Satz C-Pilot Feilen ISO 006-015 (je 1 Satz) im Gesamtwert von 42 EUR
Auskunft: VDW GmbH, Bayerwaldstr. 15, 81737 München
 Tel.: 089/62 734-150 oder 089/62 734-152
 Fax: 089/62 734-195

Thema: Das klinische Laser-Trainingsseminar
Veranstalter: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH
Termin: 03. 07. und 25. 09. 04
Ort: Praxis Dr. Martin Bertram, Körnerstr. 42, 76135 Karlsruhe
Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Martin Bertram, Laser-Anwendung und Kavitätenpräparation in der Praxis mit Live-Behandlungen, Ganztagsseminar, 8 Punkte
Kursgebühr: 255 EUR + MwSt.
Auskunft: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH, Christiane Wolfram, Jahnstraße 18, 55270 Zornheim
 Tel.: 06131/955 44-0
 Fax: 06131/955 50-33
 www.dental-laser-vertrieb.de

Thema: Implantatprothetischer Planungskurs mit Lösung eigener Fälle
Veranstalter: CDE – Center of Dental Education
Termin: 10. 07. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Gauting bei München
Sonstiges: Theorie und Praxis: Planung vorbereiteter Fälle anhand von fertigen Unterlagen; Extra: Besprechung eigener, verschiedener Patientenfälle
Kursgebühr: 520 EUR inkl. MwSt. und Mittagessen
Auskunft: Frau Neumann, Fussbergstr. 1, 82131 Gauting
 Tel.: 089/80 06 54 60
 Fax: 089/80 06 54 69
 e-mail: mail@cde-info.de

Thema: Das klinische Laser-Trainingsseminar
Veranstalter: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH
Termin: 10. 07., 14. 08. und 18. 09. 2004
Ort: Praxis Pierre Winkelmann, Manetstraße 85, 13053 Berlin
Sonstiges: Seminarleiter ZA Pierre Winkelmann, Laser-Anwendung und Kavitätenpräparation in der Praxis mit Live-Behandlungen, Ganztagsseminar
Kursgebühr: 255 EUR
Auskunft: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH, Christiane Wolfram, Jahnstraße 18, 55270 Zornheim
 Tel.: 06131/955 44-0
 Fax: 06131/955 50-33
 www.dental-laser-vertrieb.de

Thema: Behandlung der Angle Klasse II mit dem Herbstscharnier
Veranstalter: Dres. Uta und Franz Richter
Termin: 16./17. 07. 2004
Ort: Würzburg
Sonstiges: theoretischer und praktischer Teil; 19 Punkte
Auskunft: Praxis Dres. Richter, Tel.: 0931/500 95
 Fax: 09337/99 68 72
 e-mail: fa.trunk@t-online.de

Thema: Belleglass HP Meisterkurs – Belleglas HP-Teleskoptechnik
Veranstalter: Girrbaach Dental GmbH
Termin: 16./17. 07. 2004
Ort: Pforzheim
Sonstiges: Ästhetik in der Teleskoptechnik mit belle glas HP; Ref.: ZTM Udo Plaster
Kursgebühr: pro Person 600 Euro
Auskunft: Martina Weber, Postfach 91 01 15, 75091 Pforzheim, Tel.: 07231/957-221
 Fax: 07231/957-249

Thema: Update der Adhäsivtechnologie
Veranstalter: CDE – Center of Dental Education
Termin: 17. 07. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Gauting bei München
Sonstiges: Ref.: Dr. Hönig, Dr. Blunck
Kursgebühr: 377 EUR inkl. MwSt. und Mittagessen
Auskunft: Frau Neumann, Fussbergstr. 1, 82131 Gauting
 Tel.: 089/80 06 54 60
 Fax: 089/80 06 54 69
 e-mail: mail@cde-info.de

Thema: Abrechnung kompakt – Beispiele, Hilfen und Tipps zur korrekten Honorarabrechnung
Veranstalter: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co. KG
Termin: 21. 07. 2004, 13.30 – 20.00 Uhr
Ort: 70178 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Jeannette Angermann-Daske, ZMV
Kursgebühr: 159 EUR/Person; 119 EUR für Wagner Star Classic Kunden u. Vorb.-Ass., jeweils + MwSt.
Auskunft: Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co. KG, Herrn Sartor, Rotebühlstr. 87, Postfach 10 52 54, 70045 Stuttgart, Tel.: 0711/61 55 37 430 Fax: 0711/61 55 37 429 E-Mail: H.J.Sartor@wagner-dental.de www.wagner-dental.de

Thema: Prophylaxe-Center = Profit-Center?! – Die 5 Säulen erfolgreicher Prophylaxe
Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH
Termin: 22. 07. 2004, 18.00 – 21.00 Uhr
Sonstiges: Der Workshop richtet sich an alle Prophylaxe-Interessierten (Zahnärzte und Zahnmedizinische Fachangestellte), die bereits über Prophylaxe-Erfahrung verfügen
Kursgebühr: Zahnärzte/Zahnärztinnen: 125 EUR; Praxismitarbeiterinnen: 95 EUR + MwSt.
Auskunft: pdv, Frau Schönfelder, Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg Tel.: 06221/64 99 71-12 Fax: 06221/64 99 71 20

Thema: Kronen und Brücken edelmetallfrei (Triline pro System)
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 22./23. 07. 2004
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Francois Hartmann
Kursgebühr: 400 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803 409 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de Internet: www.dentaurum.com

Thema: Licora – Vollkeramik I Creation AV Licora
Veranstalter: GIRRBAch Dental GmbH
Termin: 23. 07. 2004
Ort: Pforzheim
Sonstiges: Einführung in die Schichttechnik einer vollkeramischen Krone auf einem gefrästen Keramik-Gerüst; Ref.: ZTM Peter Biekert
Kursgebühr: pro Person 450 Euro
Auskunft: Martina Weber, Postfach 91 01 15, 75091 Pforzheim, Tel.: 07231/957-221 Fax: 07231/957-249

Thema: Keramik I Metallkeramik
Veranstalter: GIRRBAch Dental GmbH
Termin: 24. 07. 2004
Ort: Pforzheim
Sonstiges: Einführungskurs in die Schichttechnik mit Creation/Surprise; Ref.: ZTM Peter Biekert
Kursgebühr: pro Person 400 Euro
Auskunft: Martina Weber, Postfach 91 01 15, 75091 Pforzheim, Tel.: 07231/957-221 Fax: 07231/957-249

Thema: Das klinische Laser-Trainingsseminar
Veranstalter: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH
Termin: 24. 07. und 25. 09. 04
Ort: Praxis Dr. Ingo Rölller, Werderstr. 3, 44143 Dortmund
Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Ingo Rölller, Laser-Anwendung und Kavitätenpräparation in der Praxis mit Live-Behandlungen, Ganztagsseminar, 8 Punkte
Kursgebühr: 255 EUR + MwSt.
Auskunft: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH, Christiane Wolfram, Jahnstraße 18, 55270 Zronheim Tel.: 06131/955 44-0 Fax: 06131/955 50-33 www.dental-laser-vertrieb.de

Steuerrecht: Änderungen erlauben „gewillkürtes Betriebsvermögen“

Ein Gut – ob beruflich oder privat

Sigrid Olbertz

Ob ein Wirtschaftsgut, das wie etwa das Auto sowohl beruflich als auch privat genutzt wird, zum Betriebsvermögen oder Privatgut zählt – das dürfen Freiberufler jetzt frei entscheiden. Dank dieser Entscheidung des Bundesfinanzhofs ergeben sich für Zahnärzte neue, vorteilhafte steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten.



Foto: BMW

Entscheidungsfreiheit spricht der Bundesfinanzhof Zahnärzten zum Beispiel beim Auto zu.

Im Oktober 2003 hat der Bundesfinanzhof – das höchste deutsche Steuergericht – mit einer steuerlichen Benachteiligung von Freiberuflern, die ihren Gewinn per Einnahme-Überschuss-Rechnung ermitteln, Schluss gemacht. Entgegen jahrzehntelanger Verwaltungsmeinung dürfen demnach Ärzte, Zahnärzte und andere Freiberufler doch so genanntes „gewillkürtes Betriebsvermögen“ bilden.

Freiwillige Zuordnung

Damit kann ein Zahnarzt Wirtschaftsgüter, welche er sowohl privat als auch beruflich nutzt, freiwillig („gewillkürt“) dem Betriebsvermögen zuordnen. Hieraus ergeben sich neue Gestaltungsmöglichkeiten, die zu

einer deutlichen Steuerersparnis führen können, besonders bei der Einnahmeüberschussrechnung.

Bislang galt ein Wirtschaftsgut automatisch als Betriebsvermögen, wenn es zu mehr als 50 Prozent betrieblich genutzt wurde. Nur für diesen Fall konnten die gesamten Aufwendungen für dieses Wirtschaftsgut als Betriebsausgaben geltend gemacht werden, der Anteil der Privatnutzung war selbstverständlich abzuziehen. Wurde hingegen ein Wirtschaftsgut nicht „überwiegend“ – also zu mehr als 50 Prozent für die Praxis genutzt, so wurde es definitiv dem Privatvermögen zugeordnet, der Zahnarzt musste den auf die berufliche Nutzung entfallenden Anteil durch Aufzeichnungen nachweisen. Damit konnte er nur die auf

diesen Nutzungsanteil – von im Einzelfall vielleicht 20 oder 30 Prozent – entfallenden Kosten als Betriebsausgaben steuermindernd geltend machen.

Diese Regelung benachteiligte bislang alle Zahnärzte, die ihren Gewinn per Einnahmeüberschussrechnung ermittelten. Doch mit dieser Benachteiligung ist nun Schluss, beschloss der Bundesfinanzhof: Nach seinem Urteil werden Zahnärzte, die ihren Gewinn per Einnahmeüberschussrechnung ermitteln, jenen gleichgestellt, die bilanzieren.

Ab sofort können alle Zahnärzte ein gemischt genutztes Wirtschaftsgut dem steuerlichen Praxisvermögen zuordnen. Damit können im Einzelfall erheblich höhere Betriebsausgaben steuerlich geltend gemacht werden, als bisher. Vorausgesetzt, dieses Wirtschaftsgut wird zu mindestens zehn und höchstens 50 Prozent für die zahnärztliche Tätigkeit verwendet und „unmissverständlich“ dem steuerlichen Unternehmensvermögen zugeordnet. Zum Beispiel, indem der Zahnarzt es in das betriebliche Bestandsverzeichnis aufnimmt.

„Unmissverständlich“ kann ein Zahnarzt gegenüber dem Fiskus den Nachweis erbringen, dass das Wirtschaftsgut der Praxis zuzuordnen ist, falls er es vom Praxiskonto bezahlt und auch die laufenden Kosten über das Praxiskonto abwickelt.

Doch Vorsicht, die Sache hat auch einen Nachteil: Zwar können für ein Wirtschaftsgut im Praxisvermögen im Regelfall höhere Betriebsausgaben geltend gemacht werden. Aber bei einem späteren Verkauf oder einer Entnahme des Wirtschaftsgutes muss der entstehende echte oder fiktive Gewinn versteuert werden. Genaues Rechnen ist also dringend erforderlich!

Obwohl die neue Regelung für alle Wirtschaftsgüter gilt, ist gerade für einen Zahnarzt die steuerliche Handhabung des PKW von Interesse: Befindet dieser sich im Betriebsvermögen, können sämtliche Kosten als Betriebsausgaben geltend gemacht wer-

zm-Info

Die neue Regelung im Überblick

Bis zehn Prozent beruflich: zwingende private Zuordnung des Wirtschaftsgutes; Nutzung für die Praxis wird steuermindernd erfasst;

zehn bis 50 Prozent beruflich: Wahlmöglichkeit zwischen beruflicher oder betrieblicher Zuordnung; Vergleichsrechnung notwendig;

mehr als 50 Prozent beruflich: zwingende betriebliche Zuordnung des Wirtschaftsgutes; Privatnutzung wird steuererhöhend erfasst.

den, abzüglich des Privatanteils. Der wird entweder pauschal nach der „Ein-Prozent-Regelung“ oder – bei Vorlage eines Fahrtenbuches – mit dem tatsächlichen privaten Nutzungsanteil nachgewiesen. Die Ein-Pro-

zent-Regelung berücksichtigt den Privatanteil an den Kfz-Kosten immer mit monatlich einem Prozent des Listenpreises, unabhängig vom Umfang der tatsächlichen privaten Nutzung.

Dabei führt die pauschale Schätzungsmethode, die – wie der Name sagt – ein Prozent veranschlagt, gerade bei geringer beruflicher Nutzung zu einer erheblichen Steuerersparnis: monatlich wird ein Prozent des inländischen Bruttolistenpreises des PKW zum Zeitpunkt seiner Erstzulassung dem Zahnarzt als privater Nutzungsanteil zugerechnet. Auch bei dem Kauf eines Gebrauchtwagens wird der Listenpreis des Wagens zum Zeitpunkt der Erstzulassung zugrunde gelegt. Kosten für eine Sonderausstattung – wie Aufwendungen für Diebstahlsicherung, Klimaanlage, Navigationsgerät und Standheizung – werden dem Listenpreis hinzugerechnet. Erfolgt der Einbau einer solchen Ausstattung erst nach

dem Kauf, beginnt die Hinzurechnung selbstverständlich erst ab diesem Anschaffungszeitpunkt. Sonderausstattungen wie Autoradio, Autotelefon und Freisprecheinrichtung bleiben hingegen unberücksichtigt.

Zusätzlich zur Ein-Prozent-Regelung werden für die Fahrten von der Wohnung in die Praxis ein zusätzlicher Privatanteil von monatlich 0,03 Prozent des Listenpreises je Entfernungskilometer erfasst. Als Betriebsausgabe kann jedoch nur die Entfernungspauschale angesetzt werden, die seit dem 1. Januar 2004 auf 30 Cent je Entfernungskilometer gekürzt worden ist.

So rechnet sich's

Zahnarzt Dr. Z nutzt zum Beispiel ganzjährig einen Neuwagen mit Bruttolistenpreis 40 000 Euro, 30 000 gefahrene Gesamtkilometern, davon 3 300 Kilometer

beruflich, bei einer Entfernung von der Wohnung zur Praxis von zehn Kilometern an 200 Praxistagen im Jahr. Die tatsächlichen Kosten (AfA, Inspektionen, Steuern, Versicherung, Treibstoff, und mehr) betragen 18 000 Euro. Der PKW wird zu elf Prozent betrieblich genutzt, daher hat Dr. Z das Recht zu wählen, ob er ihn als Privatvermögen oder als „gewillkürtes“ Betriebsvermögen behandelt.

wie 1 440 Euro (zwölf Monate à 0,03 Prozent à zehn Kilometer) als Betriebseinnahmen berücksichtigen. Die Fahrten Wohnung-Praxis werden wieder mit 600 Euro als Betriebsausgabe anerkannt. Insgesamt werden saldiert 12 360 Euro steuermindernd anerkannt. Die Einkommensteuerminderung einschließlich Solidaritätszuschlag beträgt bei einem Steuersatz von 45 Prozent etwa 5 870 Euro.

ten Nachteile könnten eventuell dennoch überwiegen.

Ein Beispiel macht's deutlich: Zahnarzt Dr. A nutzt ganzjährig einen älteren PKW, damaliger Bruttolistenpreis 100 000 Euro, gefahrene Gesamtkilometer 30 000, davon 3 300 Kilometer für die Praxis, Entfernung Wohnung-Praxis 50 Kilometer, 200 Praxistage im Jahr. Die tatsächlichen Kosten (AfA, Inspektionen, Steuern, Versicherung, Treibstoff, und mehr) betragen 30 000 Euro. Der PKW wird zu elf Prozent betrieblich genutzt, daher hat Dr. W ein Wahlrecht, den PKW als Privatvermögen oder als „gewillkürtes“ Betriebsvermögen zu behandeln.

Möglichkeit A:

Behandlung als Privatvermögen

Elf Prozent der 30 000 Euro, also 3 300 Euro sind als Betriebsausgabe anzuerkennen. Daneben werden noch die Fahrten Wohnung-Praxis mit 200 Tagen à 50 Kilometer zu 30 Cent, also 3 000 Euro als Betriebsausgaben anerkannt. Insgesamt werden 6 300 Euro steuermindernd berücksichtigt. Die Einkommensteuerminderung einschließlich Solidaritätszuschlag beträgt bei einem Steuersatz von 45 Prozent etwa 2 990 Euro.

Möglichkeit B: Behandlung als „gewillkürtes“ Betriebsvermögen

Die gesamten tatsächlichen Kosten von 30 000 Euro werden als Betriebsausgaben anerkannt. Für die Privatnutzung muss Dr. W pauschal 12 000 Euro (zwölf Monate à ein Prozent) sowie 18 000 Euro (zwölf Monate à 0,03 Prozent à 50 Kilometer) als Betriebseinnahmen berücksichtigen. Die Fahrten Wohnung-Praxis werden wieder mit 3 000 Euro als Betriebsausgabe anerkannt. Insgesamt werden saldiert 3 000 Euro steuermindernd berücksichtigt. Die Einkommensteuerminderung einschließlich Solidaritätszuschlag beträgt bei einem Steuersatz von 45 Prozent etwa 1 420 Euro.

*Dr. Sigrid Olbertz
Im Hesterkamp 12a
45768 Marl*



Foto: MEV

Zahnärzte dürfen jetzt festlegen, ob dieses als Betriebsvermögen oder privates Gut gilt und entsprechend steuerlich berücksichtigt wird – mit allem drum und dran.

Möglichkeit A:

Behandlung als Privatvermögen

Elf Prozent der 18 000 Euro, also 1 980 Euro sind als Betriebsausgabe anzuerkennen. Daneben werden noch die Fahrten Wohnung-Praxis mit 200 Tagen à zehn Kilometer zu 30 Cent, also 600 Euro als Betriebsausgaben anerkannt. Insgesamt werden 2 580 Euro steuermindernd berücksichtigt. Die Einkommensteuerminderung einschließlich Solidaritätszuschlag beträgt bei einem Steuersatz von 45 Prozent etwa 1 220 Euro.

Möglichkeit B: Behandlung als „gewillkürtes“ Betriebsvermögen

Die gesamten tatsächlichen Kosten von 18 000 Euro werden als Betriebsausgaben anerkannt. Für die Privatnutzung muss Dr. Z pauschal 4 800 Euro (zwölf Monate à ein Prozent) so-

Allerdings ist es nicht immer von Vorteil, den PKW im Betriebsvermögen zu halten; folgende Aspekte sprechen eher dagegen:

- Der PKW hat einen extrem hohen Listenpreis
- Die laufenden Kosten sind sehr niedrig
- Die Entfernung Wohnung-Praxis ist sehr groß
- Erwerb eines gebrauchten PKW, da auch hier der Bruttolistenpreis für ein Neufahrzeug angesetzt wird. Die goldene Ausnahme von der Regel bilden die Oldtimer.
- Geringe Nutzung des PKW über viele Jahre
- Bei Verkauf oder Entnahme muss der Veräußerungs- oder Entnahmegewinn versteuert werden
- Die betriebliche Nutzung beträgt mehr als zirka 40 Prozent. In diesem Fall ist zwar der Vorteil der Ein-Prozent-Regelung zugegeben sehr gering, aber die zuvor genann-

Abrechnung in Zahnarztpraxen per Datenträger

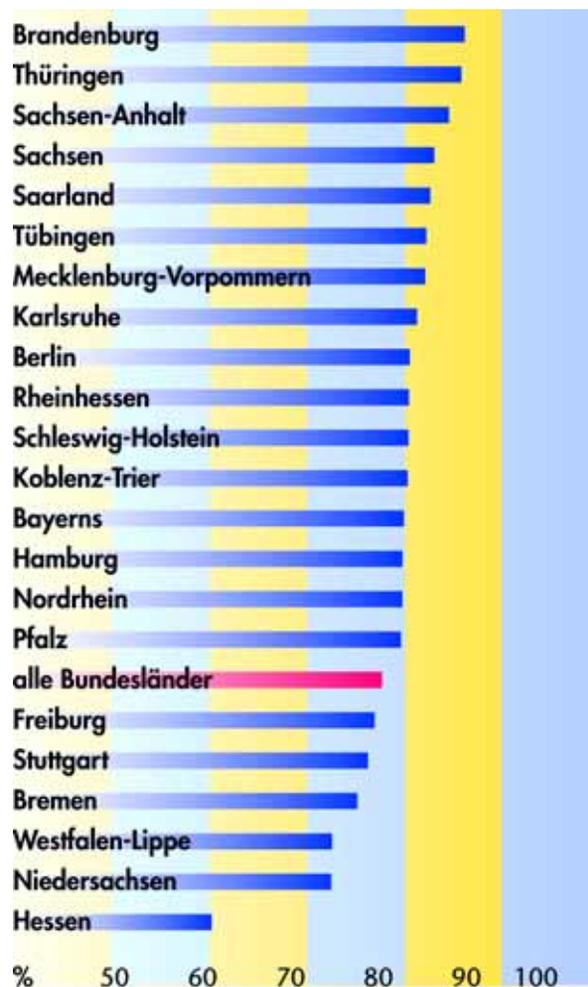
Fit in EDV

Susanne Bonin

Rund acht von zehn Zahnärzten geben ihre Abrechnung als Datei an ihre KZV ab. Die Spitzenreiter hierbei sind die neuen Bundesländer, allen voran die KZV-Brandenburg. Zurzeit fragen Zahnärzte vermehrt nach Software, weil sie ihre EDV umstellen möchten – hier eine Übersicht über die gängigen Abrechnungsprogramme.

Die Verfahrensweise zur Datenerhebung der EDV-Statistik wurde grundlegend überarbeitet. Nach Vorstellung und Beschluss in der Arbeitsgruppe „Datenträgeraustausch“ wurde die Statistikerhebung in die Empfangsmodule der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingebunden. Auf diese Weise gelangen nur noch die Systeme in die statistische Auswertung, die am Datenträgeraustausch per Diskettenabrechnung (hierunter sind auch die per elektronischer Post eingereichten Abrechnungen zusammengefasst) teilnehmen. Die EDV-Systeme, die zwar zur Abrechnung eingesetzt werden, aber deren Abrechnung per Papier erfolgt, wurden hier nicht berücksichtigt.

Für die Abrechnungen des 4. Quartals 2003 (Stichtag 31. Dezember 2003) wurde dieser Automatismus erstmals in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingesetzt. So wurden alle zur Abrechnung eingesetzten Systeme automatisch beim Einlesen der Abrechnungsdateien vom Empfangsmodul erfasst. Grundlage für die Statistik ist also einzig und allein die bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingereichte Anzahl an Abrechnungsdateien je Programm. Bei der Betrachtung der grafischen Darstellungen der Statistik ist zu beachten, dass die Anzahl der kieferorthopädischen Abrechnungen des KZV-Bereichs Hessen leider nicht berücksichtigt werden konnten, da diese Daten nicht zur Verfügung standen.



Grafik 1: Prozent-Anteil der per Datenträgeraustausch abrechnenden Zahnärzte

Die Grafik 1 zeigt den prozentualen Anteil der am Datenträgeraustausch teilnehmenden Zahnärzte, für die konservierend/chirurgische und für die kieferorthopädische Abrechnung. In zwölf KZV-Bereichen liegt der Prozentsatz über 80 Prozent. Auffallend ist, dass die KZV-Bereiche aus den neuen Bundesländern hier an der Spitze liegen, allen voran die KZV Brandenburg mit 86,1

Prozent. Alle KZV-Bereiche liegen mit ihrem Anteil an Diskettenabrechnungen über der 70 Prozent-Marke, ausgenommen die KZV Hessen; deren scheinbarer Einbruch liegt wohl auch daran, dass für den KZV-Bereich Hessen nur die Daten der konservierend/chirurgischen Abrechnung per Datenträgeraustausch zur Verfügung standen.

Software für KCH ...

Der Anteil der EDV-Systeme für die konservierend/chirurgische Abrechnung per Datenträgeraustausch wird in Grafik 2 gezeigt. Diese Darstellung ist nach Softwareprogrammen aufgeschlüsselt, nicht nach Herstellern.

Führend auf diesem Sektor ist nach wie vor das Programm Zahnarzt-Rechner der Firma ZVG Zahnarzt-Rechner mit einem Anteil von 15,3 Prozent, ganz dicht gefolgt von dem Abrechnungssystem DS-WIN-Plus der Firma Dampsoft mit 15,2 Prozent. Das Programm Z1 der Firma CompuDENT Z1 hat sich weit nach vorne geschoben und liegt bei 12,5 Prozent aller eingereichten Datenträgeraustausch-Abrechnungen. Das vierte System im Bunde der über der Zehn-Prozent-Marke liegenden Abrechnungssysteme ist das Programm WinDent der Firma ChreMaSoft (11,9 Prozent).

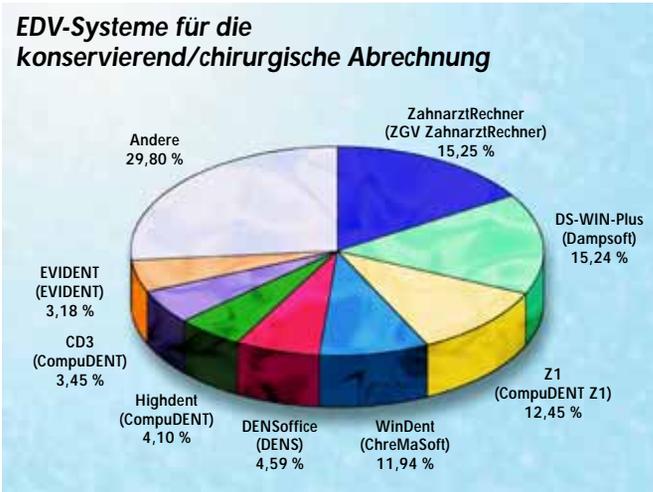
Somit werden über 50 Prozent der Abrechnungen konservierend/chirurgischer Leistungen von vier Abrechnungssystemen erstellt, wovon wiederum 39,6 Prozent zur CompuDENT-Gruppe gehören.

... und KfO

Im Bereich der Abrechnung per Datenträgeraustausch für die Abrechnungsart Kieferorthopädie sieht das Bild ein wenig anders aus. Hier wurden 16,1 Prozent aller Abrechnungen, die per Datenträgeraustausch in die KZV gelangen, mit dem Programm Z1 der Firma CompuDENT Z1 erstellt. Gefolgt von der Firma Computer konkret mit

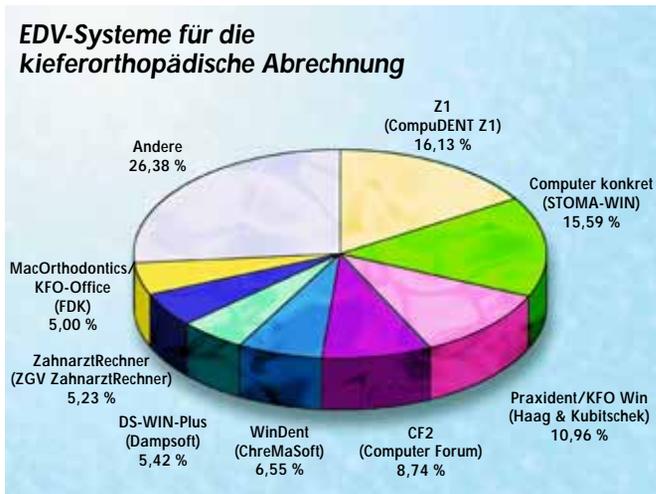
EDV-Systeme für die konservierend/chirurgische Abrechnung

Grafik 2: Anteil der EDV-Systeme an der Abrechnung per Datenträger austausch (KCH)



EDV-Systeme für die kieferorthopädische Abrechnung

Grafik 3: Anteil der EDV-Systeme an der Abrechnung per Datenträger austausch (KFO)



ihrem Programm STOMA-WIN und einem Anteil von 15,6 Prozent, gefolgt von dem Programm Praxident / KFO Win der Firma Haag & Kubitschek mit elf Prozent. Das Programm CF2 der Firma Computer Forum ist mit 8,7 Prozent Anteil an der bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingereichten Abrechnungen per Datenträgeraustausch beteiligt.

39 Programme mit einem Gesamtanteil von 26,4 Prozent sind unter „Andere“ zusammengefasst, wovon auf 19 Abrechnungsprogramme weniger als zehn Diskettenabrechnungen entfallen.

Für diese Darstellung wurden alle in der KZV eingereichten kieferorthopädischen Abrechnungsdateien zugrunde gelegt, nicht nur die der ausschließlich Kieferorthopädie abrechnenden Zahnärzte.

Gesamtübersicht

Bei der Anzahl der Abrechnungen für die Abrechnungsarten konservierend/chirurgisch und Kieferorthopädie per Datenträger

gestaustausch wurden neben den ausschließlich konservierend/ chirurgisch beziehungsweise kieferorthopädisch abrechnenden Zahnärzten auch diejenigen berücksichtigt, die beide Abrechnungsarten bei ihrer KZV einreichen. Grafik 4 zeigt dementsprechend die Gesamtanzahl aller

bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingereichten Datenträgeraustausch-Abrechnungen, aufgesplittet nach Abrechnungsarten.

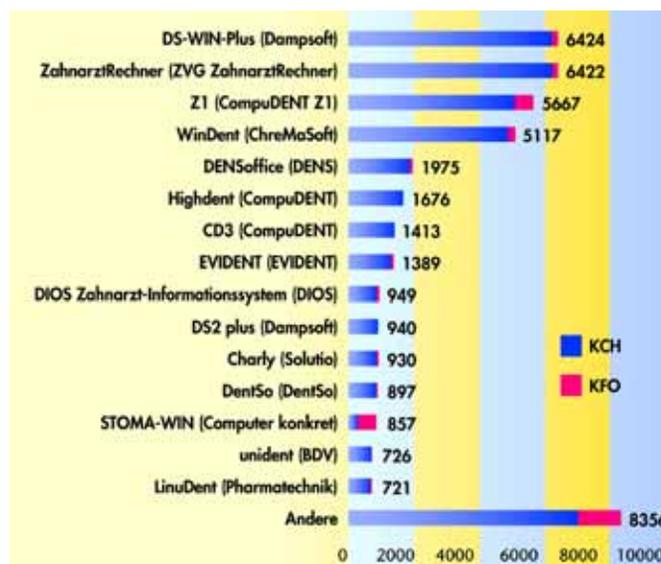
Die Firma Dampsoft mit ihrem Programm DS-WIN-Plus und insgesamt 6 424 Abrechnungen liegt ganz knapp vor dem Programm ZahnarztRechner der Firma ZVG ZahnarztRechner mit gerade mal zwei Abrechnungen weniger. Darauf folgt CompuDENT Z1 mit dem Programm Z1 und 5 667 eingereichten Abrechnungsdateien. Mit dem Programm WinDent der Firma ChreMaSoft wurden 5 117 Datenträgeraustausch-Abrechnungen erstellt.

Daraus ergibt sich, dass mit diesen vier zahnärztlichen Abrechnungsprogrammen mehr als die Hälfte der zur Abrechnung eingereichten 44 459 Datenträger erstellt wurden.

Die unter der Rubrik „Andere“ dargestellten Systeme verteilen sich auf 59 Abrechnungssysteme, wovon mit neun Programmen jeweils nur eine Diskettenabrechnung erstellt wurde.

Zur Abrechnung des 4. Quartals 2003 wurden für den konservierend/chirurgischen Fachbereich 40 900 Datenträger bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingereicht und für die Abrechnungsart Kieferorthopädie 3 559 Datenträger.

Susanne Bonin
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Universitätsstraße 73, 50931 Köln



Anzahl DTA-Abrechnungen für die Bereiche konservierend/chirurgisch und Kieferorthopädie bezogen auf die einzelnen Programme

Neuemission: Die berühmteste Suchmaschine der Welt geht an die Börse

Googlemania

Marlene Endruweit

Fast jeder, der ins Netz geht, tut es: googeln Tag für Tag! User nutzen die beliebteste Suchmaschine der Welt für Recherchen so wie andere das Auto für die Fortbewegung. Deshalb können die Anleger unter den Googlern den Börsengang ihres Lieblings kaum erwarten. Doch Vorsicht ist geboten! Euphorie ist bei Gelddingen ein schlechter Ratgeber. Klüger ist es, sich in Geduld zu üben und erst einmal zu abzuwarten, was passiert.

Seit im April bekannt wurde, dass die meist genutzte Suchmaschine im Internet an die Börse geht, überschlugen sich die Wirtschaftsblätter mit immer neuen sensationellen Unternehmensdaten aus dem Mountain

Reich und Arm, Schwarz und Weiß. Im Schnitt 2 300 mal pro Sekunde durchsuchen 10 000 Computer das Google-Verzeichnis, 4,3 Milliarden Webseiten stark. Gegoogelt wird in 97 Sprachen.



Fotos: MEV/zm



„Anders als alle anderen“ – die Firmenphilosophie kennzeichnet die Entwicklung von Google, den Börsengang inklusive.

View, der kalifornischen Heimat von Google. Die Zeichen für ein solches Wagnis stehen gut: Die Weltwirtschaft erlebt einen neuen Aufschwung und die Wunden des Börsencrashes im Jahr 2000 haben sich weitgehend geschlossen. Die Finanzwelt kann den größten und ungewöhnlichsten Börsengang (in der Fachwelt nennt man eine Neuemission IPO) kaum erwarten. Denn gelingt der Coup, bedeutet es für die Börse weltweit ein Startsignal für bessere Zeiten.

Kaum ein Unternehmen ist so bekannt wie der Internet-Dienstleister. Rund um den Globus ist er ein Begriff bei Alt und Jung,

Aufgeweckte Weltveränderer

Die Nutzer schätzen den eher spartanisch gehaltenen Auftritt: Unter dem bunten Logo ein simples Kästchen für die Eingabe des Suchbegriffs. „Man muss sich nicht noch mit unzähligen Werbebannern herumschlagen und es wird auch nicht versucht, einem eine kostenlose Mailadresse anzudrehen“, lobt Jens Ohlig, Sprecher des Chaos Computer Clubs, die ungewöhnliche Gestaltung.

Die Idee dazu hatten 1998 die beiden Informatik-Doktoranden Sergey Brin und Larry Page, geboren 1973 und 1972. In aller

Bescheidenheit bekennen sie: „Wir wollen die Welt verändern!“ Das ist ihnen im Internet, scheint's, auch gelungen.

Doch mit harten Fakten belegten sie und Vorstandschef Eric Schmidt die Erfolgsstory nur sehr zögerlich. Erst Ende April erfuhr die Öffentlichkeit wie gut das Unternehmen dasteht. „Google macht Gewinn in ungeahnter Höhe“, titelte die „Financial Times Deutschland“. So schoss der Umsatz von 0,22 Millionen Dollar 1999 auf 961,9 Millionen Ende 2003. Den Nettogewinn geben sie mit 105,1 Millionen Dollar an, erwirtschaftet von 1 907 Mitarbeitern. Die äußerst effiziente Suche im Internet bie-

tet die Plattform für das eigentliche lukrative Geschäft, die Werbung, mit über 75 Prozent der größte Umsatzträger.

Die Kreativität haben sie sich erhalten, das haben die beiden Tüftler mit dem Anzeigen-Suchsystem AdSense bewiesen. Das System sucht unter den Mengen von Google-Textanzeigen immer genau die heraus, die inhaltlich auf ganz normale Websites, zum Beispiel die des „Stern“, passen. Diesen Service bietet Google exklusiv.

Dass sie diese Kreativität in klingende Münze umsetzen können, verdanken sie dem Dritten im Bunde, dem Vorstandsvorsitzenden Eric Schmidt. Der 48-



jährige Manager versteht es, die Eigenwilligkeit der beiden für das Unternehmen zu nutzen.

Die Konkurrenz ist wieder wach

Dabei stehen die Jungunternehmer natürlich unter scharfer Beobachtung durch die Konkurrenz. So will Microsoft eine eigene Suchmaschine in den Online-Dienst MSN und in das Betriebssystem Windows einbauen. Angeblich haben die Querdenker aus Mountain View zuvor ein Kaufangebot abgelehnt. Auch Yahoo möchte sich unabhängiger von Google machen. Bislang nutzen die Kalifornier dessen Know-how für ihren

Suchservice. Den wollen sie nun mit eigenen Technologien verbessern. Das weltweit größte Internet-Portal habe mit dem Ausbau seines Suchgeschäfts gerade erst angefangen, droht Yahoo-Chef Terry Semel.

Fernab von der Quartalsdenke

Doch von alledem wollen sich die Youngsters aus dem Silicon-Valley nicht einschüchtern lassen. Sie halten an ihrer Devise „Tu nichts Böses“ fest. Sie gedenken, das Unternehmen weiterhin wie „eine Informatikfakultät an der Universität“ zu führen. In einem Brief zum Börsenprospekt schreibt Page an die

zukünftigen Aktionäre: „Seien Sie nicht überrascht, wenn wir kleinere Summen auf Dinge setzen, die sehr spekulativ oder sogar seltsam anmuten.“ Sie wollen sich fern halten von der so genannten Quartalsdenke der bösennotierten Gesellschaften, um stattdessen längerfristige Strategien zu verfolgen und die eigenen Produkte zu verbessern und nicht mit kurzfristigen Deals im nächsten Quartal glänzen. Dazu gehört zum Beispiel auch, dass den Mitarbeitern weiterhin eine Gratiskantine sowie ein Fitnessraum mit Sauna zum Regenerieren zur Verfügung stehen. Schließlich sollen sie mit ganzer Kraft dem Unternehmen dienen. Für die Googler kein Pro-

blem, halten sie doch rund zehn Prozent der Firmenaktien.

Geht das Unternehmen an die Börse, dürften die Papiere einen Wert von rund drei Milliarden Dollar haben. Der Börsenwert von Google beläuft sich auf rund 30 Milliarden Dollar. Auf dem Sparkonto liegen schon jetzt eine halbe Milliarde Dol-



Foto: MEV

Die holländischen Tulpenversteigerungen stehen Pate beim Aktienverkauf der weltgrößten Suchmaschine.

lar. Um für den Angriff der Konkurrenz gerüstet zu sein, sollen jetzt noch einmal genau 2,718281828 Milliarden dazu kommen. Auch diese Zahl steht im Börsenprospekt. Darüber wundern sich nur mathematische Laien. Denn dieser Wert entspricht der mathematischen Konstante „e“, der Eulerschen Zahl und Basis des natürlichen Logarithmus. Ein Zahlenspiel, das auch verdeutlichen soll, dass man nicht willens ist, die den Investmentbankern so fremde Denkweise aufzugeben.

Stimmgewaltiges Trio mit Vision

Damit sie ihre Visionen verwirklichen können, haben sie bei der Planung des IPO vorgesorgt. Um weiterhin alle wichtigen Entscheidungen intern treffen zu können ohne Planungen offen legen zu müssen, wird es zwei

Arten von Aktien geben: Für Sergey Brin, Larry Page und Eric Schmidt Stammaktien mit je zehn Stimmen, um sich so die Mehrheit zu sichern. Die restlichen Aktien werden nur mit einer Stimme ausgestattet sein. Genau überlegt hat sich das Trio auch den Zeitpunkt des IPO. Denn das Unternehmen steht zurzeit bestens da. Doch die Konkurrenz holt auf. Das beobachtet auch Markus Straub, Sprecher der Schutzgemeinschaft der Kapitalanleger: „Das wird kein Schnäppchen. Das Unternehmen hat jetzt seinen vorläufigen Höhepunkt

erreicht. Von nun an wird es schwieriger werden. Der Gewinn wird langsamer steigen. Dabei erinnert er sich an den Börsengang von Ebay. „Da kam der IPO vor dem Höhenflug. Die Aktionäre konnten die Gewinnsteigerung voll mitnehmen. Bei Google wird das wahrscheinlich anders sein.“

Anders als alle anderen

Passend zur Unternehmensphilosophie anders sein zu wollen

zm-Info

Börsenneulinge in Deutschland

Derweil die Finanzwelt und die Internetfreaks auf die Wall Street starren, trauen sich auch in Deutschland wieder Unternehmen an die Öffentlichkeit. So starteten der mitteldeutsche Fahrradhersteller Mifa und der Geldautomatenhersteller Wincor Nixdorf im Mai an der Frankfurter Börse, mit verhaltenem Erfolg. Sie konnten noch kein wirkliches Signal für einen neuen Aufbruch der deutschen Börse setzen. Erst der Erfolg – oder Misserfolg – der Neuemission Postbank entscheidet darüber, ob die Börse bereit ist für weitere Emissionen. Stimmt der Kurs, werden noch viele Unternehmen den Schritt in die Öffentlichkeit wagen.

Dabei können auch private Anleger sich während der sogenannten Zeichnungsfrist Aktien zu einem Preis innerhalb einer vorgegebenen Spannbreite reservieren lassen. Doch sollte man sein Geld niemals ausgeben, ohne sich die nötigen Informationen verschafft zu haben.

Auch hier haben diejenigen die besten Chancen, die gewünschte Anzahl der Aktien zu ergattern, die Kunde bei einer der Konsortialbanken sind. Der Emissionspreis, den man letztendlich für die Aktie zahlt, orientiert sich an der Nachfrage. Sind alle Aktien platziert, kann es losgehen. Am ersten Handelstag wird der erste Börsenkurs festgelegt. Von da an bestimmen Angebot und Nachfrage den Kurs. Manchmal helfen die

Verantwortlichen in den ersten Tagen oder Wochen der Kursgestaltung nach. Das nennt man Marktpflege. Sinkt der Börsenkurs nach der Emission unter den Ausgabekurs, stützen die Konsortialbanken den Kurs, indem sie Aktien aufkaufen.

Doch so spannend die Teilnahme an einem Börsengang auch sein mag, Verbraucherschützer Markus Straub und Jürgen Kurz von der Schutzvereinigung für Wertpapierbesitz (DSW) warnen vor zu viel Euphorie. So Straub: „Die meisten Privatanleger sollten sich von Börsengängen fernhalten. Das ist nur etwas für sehr erfahrene Anleger.“ Man muss schon sehr gut informiert sein, und nach Straubs Meinung taugen die veröffentlichten Informationen nicht so viel, weil sie in der Regel von den jeweiligen Konsortialbanken stammen. Und die wollen eben nur eines: verkaufen.

Die Statistik spricht Bände: In den vergangenen sieben Jahren haben nur 37 von 439 Börsenneulingen ihren Kurs verbessern können, jeder vierte Börsengang brachte den Anlegern einen Totalverlust.

Straubs Tipp: Es ist besser, wie die guten Fondsmanager zu handeln. Danach muss ein Unternehmen erst einmal fünf Jahre an der Börse notieren und das Management sein Können beweisen. Erst dann kann man es richtig bewerten und vielleicht auch die Aktie kaufen. ■

als die anderen, dürfen die Anleger die neuen Aktien nicht zeichnen, sondern müssen sie im Internet ersteigern. So sollen auch Kleinanleger eine Chance bekommen, ein paar der begehrten Papiere zu ergattern. Das System funktioniert so: Der Auktionator gibt eine verbindliche Preisspanne pro Aktie vor. Die Interessenten bieten für eine gewünschte Anzahl von Aktien einen bestimmten Preis. Dann werden die Gebote von oben nach unten (descending) zusammgezählt bis die Summe der Aktien, die verkauft werden soll, erreicht ist. Alle die bis zu dieser unteren Grenze geboten haben, bekommen die gewünschte Anzahl von Aktien



zum günstigsten Preis, der noch akzeptiert wird. Wer weniger geboten hat, geht leer aus. Doch birgt die Dutch Auction – konstruiert nach dem Vorbild der holländischen Tulpen-Versteigerungen – gerade für Privatanleger große Gefahren. Denn eingedenk der Googlemanie der Privatanleger wollen viele von

ihnen ein Stück der Suchmaschine ihr eigen nennen. Allzu leicht lassen sie sich dann zu vor-eiligen Höchstgeboten verleiten, in der Hoffnung, ganz sicher ein paar Aktien zu ersteigern. Und so treiben sie den Preis für die Aktie in die Höhe. Das Ende vom Lied: Die Aktie startet mit einem utopischen Kurs, um dann umso

schneller abzuschmieren. Die Kleinanleger zahlen drauf. Hinzu kommt noch, dass es für die Abwicklung der Auktion erforderlich ist, ein Konto bei einer der beiden Konsortialbanken Credit Suisse First Boston oder Morgan Stanley zu eröffnen. Das dürfte nicht nur kompliziert, sondern auch teuer sein. Dieses Geschäft eignet sich nicht für den normalen Anleger. Der wartet besser ab, was passiert, googelt fröhlich weiter und kauft sich die Anteile an seiner Lieblingssuchmaschine, wenn sich die Lage beruhigt und der Kurs ein realistisches Niveau erreicht hat.

Marlene Endruweit

Größte Zahnputzaktion der Welt

Hessen putzte – und schlug alle Rekorde



Foto: ZÄK Hessen

Erfolg auf ganzer Linie – Dr. Michael Frank, Chef der LZÄK Hessen, im Interview.

Die Veranstaltung „Hessen putzt um 10“ ist jetzt als größte Zahnputzaktion der Welt ins Guinness Buch der Rekorde 2005 eingetragen worden. Rund 32 000 Grundschüler

Prophylaxe-Projekt in Wuppertal

Zum Abschluss eine Putzorgie

Die beiden Wuppertaler Zahnärzte Dr. Andreas Struve und Dr. Rolf Schönemann haben ein eigenes Prophylaxeprogramm entwickelt: Die Geschichte „Der kleine Nerv“ soll speziell Kindergarten- und Grundschulkindern das Problem Karies nahe bringen. Das Projekt wurde nun zum wiederholten Mal erfolgreich in der zweiten



Foto: Struve/Schönemann

Plaque macht die Zähne rot!

waren am 21. Mai 2003 dem Aufruf der hessischen Zahnärzte gefolgt und hatten um zehn Uhr in ganz Hessen gleichzeitig ihre Zähne geputzt (siehe zm 12/2003, Seite 84). Angeleitet wurden sie von über 500

Zahnärzten. „Den hessischen Zahnärztinnen und Zahnärzten ging es bei dieser Aktion darum, den Prophylaxegedanken spielerisch rüberzubringen, ohne erhobenen Zeigefinger“, berichtete der Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen, Dr. Michael Frank. Initiiert wurde die Aktion von der Landes Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGH) und den Arbeitskreisen für Jugendzahnpflege (AKJ). ck/pm

Die Prophylaxe startet durch: In Hessen holten 32 000 Grundschüler Zahnbürste & Pasta aus dem Ranzen und schrubbten sich ins Guinnessbuch, in Wuppertal hörten die Kids die Geschichte vom Kleinen Nerv, und in Berlin lösten Maskottchen Kroko und die Berliner Polizei den Fall um einen entflohenen Zahn.

Klasse der Wuppertaler Grundschule Yorckstraße durchgeführt. Zu Anfang erklärten die Zahnärzte, wie die Zähne aufgebaut sind, dann erfuhren die Kids, wie Karies das Gebiss angreift. Am Ende stand eine Putzorgie, bei der die vorher eingefärbten Zähne den Plaquebestand sichtbar machten. Ernährungstagebücher und Speicheltest begleiteten das Programm. Auf dem abschließenden Elternabend wurden die Ergebnisse ausgewertet und Therapievorschlüsse formuliert. Struve und Schönemann hoffen, dass sie die Aktion auch im kommenden Jahr anbieten können, denn durch die Aufklärung „war eine gute Motivation der Eltern möglich.“ ck/pm

Internationales Kinderfest Nisan

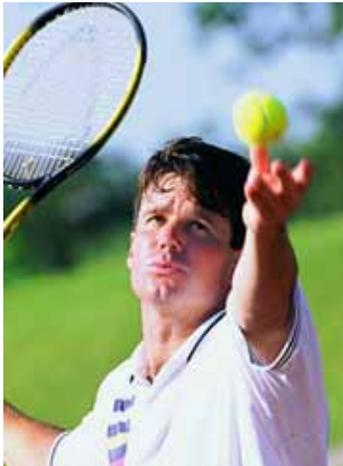
Ein Fall für Kroko & den Kommissar



Foto: LAG Berlin

Der Fall ist abgeschlossen: Kroko und die Berliner Polizei haben Zahn und Dieb erwischt.

Beim Kinderfest „23 Nisan“ am 25. April in Berlin erschien die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG) mit einem neuen Aktionspartner: der Berliner Polizei. Sie hatte einen ganz besonderen Fall zu lösen: Ein Zahn war aus Angst vor dem Zahnarzt geflohen, zugleich entkam ein Dieb mit Süßigkeiten. Hinter einem Busch vernaschten sie die süße Beute. Rund 350 000 kleine und große Zuschauer verfolgten am Brandenburger Tor, wie das Kroko und der Kommissar auf Spurensuche gingen. Am Ende wird der Zahn gereinigt und der Dieb vor der schiefen Bahn bewahrt – alles mit tüchtiger Hilfe der Gäste. Die Idee für eine Zusammenarbeit ist von LAG-Geschäftsführer Rainer Grahn: „Sowohl die Polizei als auch die LAG betreiben Präventionsarbeit. Beide sind wir in den gleichen besonders schwierigen Kiezen mit intensiven Maßnahmen vertreten.“ Nisan – in der Türkei ein offizieller Feiertag – ist den Kindern gewidmet und findet traditionell an einem Wochenende um den 23. April statt. Ausrichter in Berlin ist die Europäische Vereinigung türkischer Akademiker. ck/pm



Fotos: EyeWire



Trotz Schnee und Nebel landeten die Zahnärzte bei der Ärzte-Ski-WM wieder auf den ersten Plätzen. Die Gemeinde Garmisch-Partenkirchen will dagegen in Sachen Standort punkten und plant ein Kompetenzzentrum für Sport, Gesundheit und Technologie. Meister der Fechtkunst haben noch Schonzeit: Das große Fechtturnier für Mediziner startet erst im Herbst.

31. Ärzte-Ski-WM in St. Anton

Sieg auf Brettern

Schneetreiben und dichter Nebel konnte sie nicht stoppen: Bei der 31. Ärzte- und Pharmazeuten-Ski-WM in St. Anton lagen die Zahnärzte auch dieses Mal wieder vorn.

Dr. Olaf Riedel wurde im Slalom, Riesenslalom und Super-Riesenslalom jeweils drittschnellster aller Teilnehmer. In der AK 3 bestach Andreas Golec durch drei Klassensiege, in der AK 5 holten

Marian Svorc drei Mal Silber und Dr. Eberhard Guthell Bronze im Super-Riesenslalom. Gold im Slalom und Bronze im Riesenslalom erreichte Dr. Alexander Brune in der AK 1, Silber im Super-G fuhr Dr. Peter Schmid.

Ärzte-Weltmeister wurden der Arzt Dr. Christian Köhler, bei den Damen siegte die Pharmazeutin Steffi Joschek. ck/pm



Foto: Guthell

Legten rasante Zeiten hin: der Österreicher Dr. Josef Schneider (M.) und Zahnarzt Dr. Olaf Riedel (r.).

8. Medizin-Fechtmeisterschaften

En Garde

Geschwungen werden Degen, Säbel oder Florett: In Dillingen an der Saar finden am 25. September die 8. Offenen Europäischen Fechtmeisterschaften der Medizin-Berufe statt. Ausgetragen wird der Kampf mit Spitze und Klinge in der Sporthalle West, teilnehmen können Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und alle Angehörigen der Medizinberufe sowie die Studierenden dieser Fächer. Anmeldungen nimmt Dr. Hans-Wilhelm Deutscher bis zum 21. 9. entgegen, Tel.: 06881-7026, Fax: 06881-897399, E-Mail: Dr.Deutscher@t-online.de.



Foto: Craft

ck/pm

Sport, Gesundheit, Technologie

Kongress in den Alpen

Garmisch-Partenkirchen will ein neues Kompetenzzentrum „Sport, Gesundheit und Technologie“ errichten. Dazu veranstaltet die Gemeinde am 17. und 18. Juli, im Anschluss an die „Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit“, einen internationalen, fachübergreifenden Kongress.

Mit dem Kompetenzzentrum soll die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen Medizin, Sportwissenschaft, Materialwissenschaft und Psychologie und den jeweils beteiligten Unternehmen verbessert werden. Gleichzeitig will die Region grenzüberschreitend bis nach Tirol attraktive Standortbedingungen für Wissenschaft, Wirtschaft und Sport schaffen.

Infos und Anmeldung im Netz unter www.sport-gesundheit-technologie.de. ck/pm

Die Erfindung der Zahnbürste

Vom Außenseiter zum Topmodell

Dr. Manfred Vasold

Der Siegeszug der Zahnbürste schritt Ende des 19. Jahrhunderts rasant voran. Doch bereits 150 Jahre früher haben sich Menschen die Zähne geputzt. Das beweist ein Fund in Quedlinburg, Sachsen-Anhalt: Bei Grabungen fanden Archäologen im Mai 2003 die älteste Zahnbürste Europas.

Neben kiloweise Austernschalen, Scherben etlicher Wein- und Portweinflaschen sowie Bruchstücken zeittypischer Tonpfeifen gruben die Forscher im Innenhof des Quedlinburger Barockpalais Salfeldt auch eine neun Zentimeter lange Zahnbürste aus. Sie besteht aus Schweineknöchel, der Kopf ist im Vergleich zur Gesamtgröße ungewöhnlich lang. Insgesamt ähnelt die Bürste den Modellen von heute, ist aber kürzer. Vor allem fehlt das Wichtigste: die Borsten. Sie sind im Laufe der Zeit verweset.

Pulver statt Pasta

Untersuchungen ergaben, dass diese Bürste in der Mitte des 18. Jahrhunderts Verwendung fand: Eigentümer des seltenen Objekts war der reiche Quedlinburger Ratsherr und Kämmerer Röttger Salfeldt. Er benutzte vor rund 250 Jahren allerdings noch keine Zahncreme. Stattdessen wurde ein Pulver auf die Bürste gestrichen, das nach Spezialrezept gefertigt wurde.

Im 18. Jahrhundert, dem Zeitalter der Aufklärung, erwachte ein neues Gesundheitsbewusstsein. Das erstreckte sich auch auf die Pflege der Zähne. Im Jahr 1737 veröffentlichte der Franzose Bruzen de la Martinière, dessen Vater als Zahnarzt den französischen Hochadel behandelte, ein Buch mit dem Titel „L'art de conserver les dents“ – Die Kunst, seine Zähne zu erhalten.

Damals schienen selbst manche zahnheilkundigen Ärzte die tägliche Reinigung für übertrieben bis gefährlich gehalten zu haben. Philipp Pfaff, Arzt am preußischen Hof zur Zeit König Friedrichs II. (reg. 1740-1786), schrieb Mitte des

18. Jahrhunderts: „Durch das übertriebene fleißige bürsten wird das Zahnfleisch gereizt und locker gemacht. Mit der Zeit wird der Zahn vom Zahnfleisch entblößt.“

Teilweise hatte er sogar recht, denn so lange die Borsten auf trockenem Pulver über Zähne und Zahnfleisch rieben, stellten sich leicht Entzündungen des Zahnfleisches ein. Zahnpflege und Mundhygiene waren in der



Der einstige Ratsherr Röttger Salfeldt liebte das süße Leben: Bei Ausgrabungen entdeckten Archäologen neben einer Zahnbürste allerlei Weinflaschen, Austernschalen und Tonpfeifen.

Vergangenheit ein höchst intimes Thema, daher erstaunt es nicht, dass darüber so wenig bekannt geworden ist.

Tatsächlich weiß man aber schon seit längerer Zeit, dass sich zumindest Angehörige der „besseren Häuser“ im 18. Jahrhundert die Zähne putzten. Das schien mehr als notwendig – gerade die Zähne des Adels waren besonders gefährdet: Während das einfache Volk sich mit Schwarzbrot, Kartoffeln und Äpfeln begnügen musste, schwelgten die Reichen in ausgesuchten Süßspeisen. Berühmt geworden ist der Ausspruch der französischen Königin Marie-Antoinette (1755-1793), die auch in Hungerzeiten schlemmte: „Wenn das Volk kein Brot hat, soll es doch Kuchen essen“. Dafür musste sie in den Wirren der Französischen Revolution büßen: Die Jakobiner ließen sie per Guillotine köpfen.

Zahnpflege hatte in der Vergangenheit aus zwei Gründen nicht dieselbe hohe Bedeutung wie heute. Erstens aßen die Europäer im 18. und noch im 19. Jahrhundert im Durchschnitt sehr viel weniger Zucker als wir: Vor 200 Jahren verspeisten die Deutschen pro Kopf weniger als ein Kilogramm im Jahr – gegenwärtig sind es mehr als 30 Kilogramm.

Zweitens war die Lebenserwartung bis etwa 1880 nur ungefähr halb so hoch. Selbst wenn man die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit mitbedenkt, starb doch die große Mehrzahl zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. War das Gebiss vieler Menschen zum Zeitpunkt ihres Todes auch schadhafte: Die Zähne reichten für ihr deutlich kürzeres Leben in der Regel aus.

Erst im frühen 19. Jahrhundert gelangte man zu der Überzeugung, dass tägliches Zähneputzen wichtig sei: Der fürstliche Hofzahnarzt Carl Schmidt forderte die Eltern auf, bereits Kin-



*Eine der ältesten
Zahnbürsten Europas:
Die Borsten fehlen –
sie sind inzwischen
verwest.*

der zum täglichen Zähneputzen mit der Bürste anzuhalten. Ende des Jahrhunderts kam ein neues Mittel der Zahnpflege auf: die Zahnpasta. Gegen die Wirkung der sich zersetzenden Milchsäure gelang dem deutschen Zahnarzt Carl Erhardt 1874 mit Hunderten der Nachweis, dass Fluorid geeignet war, den Zahnschmelz zu stärken. Spätere Versuche mit Kindern, die Wasser mit höherem Fluoridgehalt tranken, bestätigten diese Annahme. Fluoridhaltige Zahnpasten fanden nun vermehrt Verwendung.

zm-Info

Noch ein Sensationsfund – das Mindener Kombimodell

Nur ein paar Monate später, im November 2003, entdeckten Archäologen im ostwestfälischen Minden ebenfalls eine mindestens 250 Jahre alte Zahnbürste – mit ihr reinigte der Benutzer nicht nur seine Zähne. Am Stielende befindet sich ein Ohrlöffelchen: Mit der einen Seite putzte man sich die Zähne, mit der anderen hielt man sich die Ohren sauber.

Abgesehen von dieser „Zusatzfunktion“ sind sich die Bürsten aus Quedlinburg und Minden aber so ähnlich, dass die Forscher sogar dieselbe Herstellerwerkstatt für möglich halten. „Dann würden sie entweder aus einer Großproduktion mit großem Absatzgebiet stammen oder von einem reisenden Bader“, so Dr. Alexandra Pesch, Westfälisches Museum Minden. Denkbar sei aber auch, dass die damaligen Modetrends für die Übereinstimmung verantwortlich sind. ck

Verkauf im großen Stil

Viele kleine Entwicklungen, vor allem in den USA, konnten die Zahnpflege gegen Ende des 19. Jahrhunderts verbessern. Die Verpackungsindustrie feierte große Erfolge: Anno 1879 entstand ein neuer Industriezweig, der Tuben herstellte. 1892 erfand ein Zahnarzt aus dem US-Bundesstaat Connecticut die Zahnpasta in der Tube, und wenig später stellte die US-Firma Colgate Zahnpasta im großen Stil her.

Mit der Erfindung des Nylons startete 1938 schließlich die Massenherstellung von Zahnbürsten. Davor wurden sie hauptsächlich aus Schweineborsten und Fuchshaar hergestellt.

Doch erwies sich die erste Nylon-Generation noch als so hart, dass sie das Zahnfleisch verletzte. Die Zahnärzte weigerten sich, die neue Bürste zu empfehlen. Erst 1950 war weiches Nylon verfügbar, das Zähne und Zahnfleisch sanft zu reinigen und pflegen vermochte. Heute werden allein in Deutschland rund 200 Millionen Stück pro Jahr in allen Farben und Formen verkauft. Dennoch verbraucht jeder Bundesbürger im Schnitt jährlich nur knapp zwei Zahnbürsten (1,86 Handzahnbürsten, 0,12 elektrische Zahnbürsten, GABA Forschungsbericht 2002).

*Dr. Manfred Vasold
Veilchenstr. 7
83101 Rohrdorf*

Dr. Manfred Vasold beschäftigt sich vor allem mit Medizingeschichte. Im September 2003 erschien sein Buch „Die Pest – Ende eines Mythos“.

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 106

Acteon

Acteon jetzt auch in Thailand



Die Acteon Group hat in Thailand eine Vertriebs- und Service-niederlassung eröffnet: Acteon (Thailand) Limited. Sie dient als Ausgangspunkt für die weitere Expansion in Richtung der schnell wachsenden Länder, wie Laos oder Vietnam. Bisher gibt es in Asien drei Niederlassungen

und zwar in Indien, den Philippinen und Korea mit insgesamt 84 Mitarbeitern.

Acteon Germany GmbH
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04 / 95 65 10
Fax: 0 21 04 / 95 65 11
<http://www.de.acteongroup.com>
E-Mail: info@de.acteongroup.com

GEBR. BRASSELER

Eine saubere Lösung für alle Instrumente



Mit dem Universalkonzentrat Komet DC1 von Brasseler steht ein kombiniertes Desinfektions- und Reinigungsmittel zur Verfügung. Es desinfiziert und reinigt rotierende Instrumente ebenso wie Handinstrumente, etwa Zangen, Sonden, Mundspiegel oder Küretten. Mit seiner zuverlässigen Desinfektionswirkung ist DC1 sehr materialverträglich

und greift die Instrumente auch dann nicht an, wenn die Einlegezeit überschritten wird. Zudem ist es biologisch abbaubar, verzichtet auf Phenol und Aldehyd und ist damit ökologisch empfehlenswert.

DC1 ist auch wirtschaftlich: Aus einem Liter DC1 entstehen 100 Liter der gebrauchsfertigen einprozentigen Lösung.

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

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

DeguDent

Edelmetall-Sammelaktion für kranke Kinder



Seit 1992 spenden Patienten ihre ausgedienten Edelmetall-Kronen und -Brücken bei rheinhessischen Zahnärzten dem Verein KIKAM e.V. (Interessengemeinschaft für Kinder der Intensivstation und Kinderkardiologie Mainz e.V.). Die Scheidung der gesammelten Stücke übernimmt DeguDent stets gebührenfrei. Mehr als 40 Zahnarztpraxen in Rheinhessen beteiligten sich in den beiden vergangenen Jahren an der Aktion. Dabei kamen stolze 100 644,82

Euro zusammen, die in Form eines symbolischen Schecks im März 2004 bei einer zahnärztlichen Fortbildungsveranstaltung an KIKAM übergeben wurden. Insgesamt wurden damit mehr als 370 000 Euro zu Gunsten der Kinderintensivmedizin in Mainz gesammelt. Die Edelmetallsammlung wird daher auch in Zukunft fortgesetzt werden. Wer sich daran beteiligen möchte, erhält telefonisch weitere Informationen direkt bei Dr. Gert Kohl unter 06131 / 613503 oder per E-Mail unter gert.kohl@t-online.de.

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

Dürr Dental

Flexible Gelenke für Saugschläuche



Mit den flexibel einstellbaren Saugschlauch-Gelenken von Dürr Dental lässt sich der große Saugschlauch besonders einfach handhaben: Durch Abwinkeln des Gelenkes reduziert sich der Zug des Saugschlauches am Handstück. Dies entlastet die Handgelenke der Zahnarzthelferin und erleichtert den Behandlungsablauf. Die neuen Gelenke

können auch an bereits vorhandene Dürr Saugschläuche montiert oder an Einheiten nachgerüstet werden. Wird der Schlauch nach der Behandlung zunächst nicht mehr gebraucht, kommt er auf die funktionale und elegant gestaltete Schlauchablage Comfort: Dabei lassen sich die Handstücke im Schlauchhalter nach vorne schwenken, sodass das Praxisteam deren Position ergonomisch optimieren kann.

Dürr Dental GmbH & Co. KG
Produktmanagement
Saugsysteme
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 231
Fax: 0 71 42 / 213 96
<http://www.duerr.de>
E-Mail: info@duerr.de

Wrigley Oral Healthcare Programs

Zahnpflege zum Lutschen



kaugummis von Wrigley's Extra zuckerfrei und enthalten Xylit. Wenn es nach einer Mahlzeit nicht möglich ist, die Zähne zu

putzen und kein Kaugummi zur Hand ist, sind die Zahnpflege-Drops eine gute Alternative zur Kariesvorsorge. Die neuen Zahnpflegebonbons gibt es in drei Geschmacksrichtungen. Für den Praxisbedarf sind sie in der wieder verschließbaren Handybox für unterwegs erhältlich. Das Bestellformular von Wrigley Oral Healthcare Programs ist unter der Faxnummer 089 / 66 51 04 57 oder unter www.wrigley-dental.de anzufordern.

Wrigley Oral Healthcare Programs hat mit Wrigley's Extra Drops spezielle Zahnpflegebonbons auf den Markt gebracht. Sie stimulieren den Speichelfluss, bewirken dadurch eine raschere Neutralisierung der Nahrungssäuren und ein Ansteigen des pH-Wertes an der Zahnoberfläche. Wie Prof. Dr. Colin Dawes von der Universität Winnipeg / Manitoba nachweisen konnte, steigern die zuckerfreien Drops in den ersten fünf Minuten den Speichelfluss um das vier- bis fünffache. Die neuen Drops sind wie die Zahnpflege-

*Wrigley Oral Healthcare Programs
Biberger Straße 18
82008 Unterhaching
Fax: 0 89 / 66 51 04 57
<http://www.wrigley-dental.de>*

Gillette

Empfehlungszettel von Braun Oral-B

Hat der Patient die Zahnarztpraxis erst verlassen, sind die Prophylaxe-Ratschläge des Praxisteams manchmal schnell vergessen. Braun Oral-B macht es jetzt beiden leichter – mit individuellen Empfehlungszetteln zum Mitnehmen. Mit einem Zahnschema sowie einer Liste der wichtigsten Mundhygieneprodukte versehen, lassen sich die Zettel einfach vom Zahnarzt oder seiner Assistenz ausfüllen und an den Patienten aushändigen. Für ihn werden dabei die besonders sorgfältig zu reinigen-

den Bereiche im Ober- und Unterkiefer markiert und die geeigneten Hilfsmittel zur häuslichen Prophylaxe auf der Rückseite angekreuzt. Die Empfehlungsböcke mit 50 Blatt sind ab sofort kostenlos per Fax unter 06171 / 586256 bei Braun Oral-B erhältlich.

*Gillette Gruppe Deutschland
GmbH & Co. oHG
Geschäftsbereich Braun Oral-B
Frankfurter Straße 145
61476 Kronberg im Taunus
Tel.: 0 61 73 / 30 - 50 00
Fax: 0 61 73 / 30 - 50 50*

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

Heraeus Kulzer

Betriebsjubiläum für Dr. Roland Richter



Dr. Roland Richter (Foto links), Geschäftsführer bei Heraeus Kulzer, feiert in diesem Jahr 25-jähriges Betriebsjubiläum. Christoph Obladen (Foto rechts), Leiter Personal und Recht, ehrte ihn für seine lange Betriebszugehörigkeit. Richter ist verantwortlich für die gesamte Produktion, Technik und Entwicklung der Heraeus

Kulzer GmbH & Co. KG. Der promovierte Chemiker übernahm 1995 bei Heraeus die Geschäftsführung der Dentist Division. Nach der Zusammenführung der selbständigen Bereiche „Labor und Zahnarzt“ im Jahr 1999 baute Richter die Gebiete Zahntechnik und Zahnarztprodukte weiter aus. Durch die erfolgreiche Integration der Konzerne Heraeus, Bayer Dental und Kulzer wurden die drei Technologiekompetenzen Edelmetalle, Polymere und Pharmazie unter dem Namen Heraeus Kulzer zu einer Marke gebündelt.

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

Kettenbach

60-jähriges Firmenjubiläum



Kettenbach, ein international führender Anbieter für Abformmaterialien im Dentalbereich, feierte im Mai 2004 sein 60-jähriges Bestehen. Die Unternehmensentwicklung kann sich sehen lassen: Während die Branche derzeit durchschnittlich um einen Prozentpunkt wächst, verzeichnet Kettenbach bereits mehrere Jahre nacheinander zweistellige Zuwachsraten. Geschäftsführer Professor Dr. Dieter Kuhn erklärt den Erfolg so: „Kontinuierliche Weiterentwicklung und die stete Aus-

richtung auf die Bedürfnisse unserer Kunden sind Kernstück unserer Unternehmensphilosophie.“ Aus diesem Grund wurde im Frühling 2004 mit dem professionellen Zahnaufhellungssystem Visalys Whitening eine neue Produktlinie im Bereich Zahnästhetik begründet.

*Kettenbach GmbH & Co. KG
Im Heerfeld 7
35713 Eschenburg
Tel.: 0 27 74 / 705 - 0
Fax: 0 27 74 / 705 - 44
<http://www.kettenbach.de>
E-Mail: info@kettenbach.de*

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

Girrbach Dental

Top: Haftverbund mit Initial Ti



Untersuchungen der Universitäts-Zahnklinik Tübingen haben interne Messungen von Girrbach Dental eindrucksvoll bestätigt: Im Vergleich zu konventionellen Titankeramiken erreicht Initial Ti-Bonder mit 60 MPa einen fast 100 Prozent höheren Haftverbund. Damit übertrifft er den Metallkeramik-Verbund um etwa 20 Prozent. Das gute Ergebnis setzt eine korrekte Anwendung voraus: Die hauchdünne, gleich-

mäßige Schicht (wash) zeigt sich nach dem Brand als dunkle, einheitliche, leicht glänzende Oberfläche. Einen zu dicken Auftrag, der die Verbundfestigkeit mindert, erkennt man an der hellgrauen Schattierung.

*Girrbach Dental GmbH
Dürrenweg 40
75177 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 957 - 100
Fax: 0 72 31 / 957 - 249
<http://www.girrbach.de>
E-Mail: info@girrbach.de*

Reckitt Benckiser

Starke Haftung für Gebissträger

Die neueste Entwicklung von Kukident ist die Haftcreme Kukident Ultra 3.



Durch ihr Drei-Phasen-System bietet sie eine starke, lang anhaltende Haftung: Drei Aktivstoffe entfalten zu unterschiedlichen Zeiten ihre maximale Wirkung und ihr Zusammenspiel ermöglicht den ganzen Tag eine stabile Haftung. Das Produkt gibt es in zwei Varianten: Kukident Dauer-Haftcreme Ultra 3 oder Kukident Ultra 3 + Kamille.



*Reckitt Benckiser Deutschland GmbH
Theodor-Heuss-Anlage 12
68165 Mannheim
Tel.: 06 21 / 32 46 - 0
Fax: 06 21 / 32 46 - 501
<http://www.reckittbenckiser.de>
E-Mail: info@reckittbenckiser.de*

Schön + Greiner

Zahnputzuhr erleichtert korrektes Putzen



Anzeige, wie lange die Zähne schon geputzt worden sind.

Alle 15 Sekunden leuchtet ein weiteres Licht auf und es ertönt ein Piepton. Nach Ablauf der Zeit spielt die Uhr eine Melodie. So entwickeln schon die Kleinsten ein Gefühl für die angemessene Putzdauer der Zähne.

Der DenTimer von Schön + Greiner ist eine Zahnputzuhr mit einer fest eingestellten Laufzeit von zwei Minuten. Per Tastendruck gestartet, zeigt die LED-

Schön + Greiner GbR
Am Sommerwald 132 a
66953 Pirmasens
Tel.: 0 63 31 / 660 33
Fax: 0 63 31 / 980 76
<http://www.dentimer.de>
E-Mail: info@dentimer.de

WIELAND

Leitsilberlack optimiert die Galvanotechnik

Mit einem aufeinander abgestimmten Produktset können die Anwender der Wieland AGC Galvanotechnik ihre Abscheidungen auf die Bedürfnisse ihrer Kunden einstellen. Kernstück ist der Leitsilberlack Switch.



wie Metall und Keramik gleichmäßig auftragen. Weitere Vorteile sind die schnellere Trockenzeit, gleichmäßigere Oberflächenbenetzung und Verbesserung des Galvanisierergebnisses. Abgerundet wird das Paket durch den AGC Glanzzusatz Multi sowie den AGC NEM

Aktivator. Beide Weiterentwicklungen des AGC Goldbades ermöglichen optimale Abscheideergebnisse. auf; somit ist die Trocknung des Lackes auch optisch eindeutig kontrollierbar. Da der Farbumschlag unterschiedlich in Abhängigkeit von der Dicke des Lackauftrages ausfällt, ist auch die Stärke des Lackauftrages einwandfrei bestimmbar. Er lässt sich insbesondere auf nicht saugfähigen Oberflächen

Aktivator. Beide Weiterentwicklungen des AGC Goldbades ermöglichen optimale Abscheideergebnisse.

WIELAND DENTAL & TECHNIK
GmbH & Co. KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 37 05 - 737
Fax: 0 72 31 / 37 05 - 125

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

VDW

Endo Linie deutlich verbessert



Mit CC+ hat VDW eine Instrumentenserie herausgebracht, die die bisherige CC Cord Linie ablöst. Röntgenopake Kalibrierringe erleichtern die Tiefenkontrolle, vereinfachen die präzise Positionierung im Kanal und bieten eine höhere Genauigkeit als Silikonstopper. Letztere sind zusätzlich am Instrumentenschaft montiert.

Die Ergonomie der Griffe wurde mit Längsstegen verbessert. Sie sind bei drehend/feilenden Bewegungen rutschfester und beim Arbeiten mit Latexhandschuhen von Vorteil. Die Instrumentenlänge ist seitlich aufgedruckt und erleichtert dem Praxisteam das Handling. Die CC+ Instrumente sind K-Bohrer, K-Feilen, FlexiCut Feilen, Hedstroem- und C-Feilen (jetzt C-Pilot Feilen).

VDW GmbH
Postfach 83 09 54
81 709 München
<http://www.vdw-dental.com>

WALA

Neue Zahncremes: zitronig und frisch



Mit WalaVita Citrisol und WalaVita Meliamint hat Wala zwei neue Zahncremes auf den Markt gebracht. Die Citrisol Zahn-

creme schmeckt salzig-zitronig und wirkt entzündungshemmend. Sie enthält natürliche Sole, Meersalz und Heilpflanzen wie Zaubernuss, Mastix und antimikrobiell wirkende ätherische Öle von Salbei, Thymian und Zitronen. Meliamint Zahncreme sorgt für frisch-minzigen Geschmack, kühlen Atem und kräftiges Zahnfleisch. Weißer Ton und mineralische Kieselerde bilden zusammen mit Mineralwasser die Grundlage der Zahncreme.

WALA Heilmittel GmbH
Bosslerweg 2
73087 Bad Boll / Eckwälden
Tel.: 0 71 64 / 930 - 0
Fax: 0 71 64 / 930 - 297
<http://www.walavita.de>
E-Mail: info@walavita.de

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

Sirona

Das M1-Konzept kehrt zurück



Sirona greift mit seiner neuesten Behandlungseinheit M1+ das Bedienkonzept der bekannten Sirona Behandlungseinheit M1 wieder auf. M1+ vereint komfortables Arbeiten mit einfacher, intuitiver Bedienung, Kompaktheit und robuster Konstruktion. So bleiben die gelernten Fußschalterfunktionen des M1 erhalten. Neu ist: Mit der Programmierung der Stuhlposition kann die dafür benötigte Position des Arztelementes mit abgespeichert werden. Es fährt dann immer wieder in diese ergonomisch ideale Position. Beim Bedienpaneel des Arztelementes

verzichteten die Entwickler auf eine Doppelbelegung der Tasten, was sicheres und Zeit sparendes Arbeiten unterstützt. Jede Taste hat eine eindeutige, leicht abrufbare Funktion. So wurde auch Multimedia leicht gemacht: Sirona bietet bei M1+ ein spezielles Bedienpaneel mit separatem Tastenfeld für die Steuerung von Kamera, Bildschirm und PC an.

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

Zimmer Dental

Centerpulse heißt jetzt Zimmer Dental

Durch den Zusammenschluss mit Centerpulse ist Zimmer, der nun größte Implantathersteller der Welt, für künftiges Wachstum im globalisierten Weltmarkt gerüstet. Das Unternehmen produziert und vertreibt Implantatsysteme für die Zahnmedizin und die Orthopädie. Unter dem neuen Firmennamen Zimmer werden Implantate in mehr als 80 Ländern der Welt vertrieben. Das Unternehmen zählt welt-

weit nahezu 7 000 Mitarbeiter. Zur Produktpalette gehören einphasige und zweiphasige Implantatsysteme, Biomaterialien für die GTR und GBR sowie chirurgische Instrumente und Chirurgie-Einheiten.

Zimmer Dental GmbH
Merzhauser Straße 112
79100 Freiburg
Tel.: 07 61 / 45 84 704
<http://www.zimmerdental.de>
E-Mail: susanne.kaufmann@zimmer.com

BUSCH**Spezialisten für feine Aufgaben**

Schlanke, lange Instrumentenhäse und kleinste Arbeitsteile sind die wesentlichen Merkmale der Diamant-Instrumente von Busch, die minimalinvasives Präparieren von Fissuren-, Zahnhals- und Approximalkaries ermöglichen. Die sechs graziösen Instrumentenformen in zwei Körnungen ermöglichen

während des Schleifens auch in der Tiefe eine optimale Sichtkontrolle, die Zuführung von ausreichend Kühlflüssigkeit und einen zügigen Spanabtransport. Die sechs anwendungsorientierten Formen der Instrumente in feiner und mittlerer Körnung sind auch als Micro Prep Set auf dem Steri Safe Bohrerständer erhältlich.

BUSCH & CO. KG
 Unterkaltenbach 17 – 27
 51766 Engelskirchen
 Tel.: 0 22 63 / 86 0
 Fax: 0 22 63 / 207 41

Go Dent**GoDent-System auch für Zahnärzte**

Mit einer neu ausgerichteten Vertriebsstruktur bedienen die Modell-Spezialisten von Go Dent in Zukunft den gesamten Dentalmarkt: Seit Mai 2004 ist das Go Dent-System auch für Zahnärzte erhältlich. Gleichzeitig entfällt die bisherige Erstabnahme von fünf Modell-Sätzen. Von der Amalgamfüllung bis zur hochwertigen Implantatarbeit,

von der unverblendeten Vollguss- bis zur individualisierten Vollkeramikkrone lässt sich an den sieben Go Dent-Modellen einzeln und kombiniert die gesamte Palette der modernen Zahntechnik demonstrieren. Insgesamt kann der Zahnarzt mehr als 100 funktionale und kosmetische Laborarbeiten realistisch und für den Patienten leicht verständlich demonstrieren.

Go Dent GmbH
 Hohe Straße 20
 74613 Öhringen
 Tel.: 0 79 41 / 95 86 68
 Fax: 0 79 41 / 95 86 69
<http://www.godent.de>
 E-Mail: go-dent@t-online.de

**Nr. 12/2004**

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 28. 7. 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:**

- Acteon** – Acteon jetzt auch in Thailand (S. 100)
- BUSCH** – Spezialisten für feine Aufgaben (S. 106)
- DeguDent** – Edelmetall-Sammelaktion für kranke Kinder (S. 100)
- Dürr Dental** – Flexible Gelenke für Saugschläuche (S. 100)
- GEBR. BRASSELER** – Eine saubere Lösung für alle Instrumente (S. 100)
- Gillette** – Empfehlungszettel von Braun Oral-B (S. 101)
- Girrbach Dental** – Top: Haftverbund mit Initial Ti (S. 102)
- Go Dent** – GoDent-System auch für Zahnärzte (S. 106)
- Heraeus Kulzer** – Betriebsjubiläum für Dr. Roland Richter (S. 102)
- Kettenbach** – 60-jähriges Firmenjubiläum (S. 102)
- Reckitt Benckiser** – Starke Haftung für Gebissträger (S. 102)
- Schön + Greiner** – Zahnputzühr für korrektes Putzen (S. 103)
- Sirona** – Das M1-Konzept kehrt zurück (S. 104)
- VDW** – Endo Linie deutlich verbessert (S. 104)
- WALA** – Neue Zahncremes: zitronig und frisch (S. 104)
- WIELAND** – Leitsilberlack optimiert die Galvanotechnik (S. 103)
- Wrigley Oral Healthcare Programs** – Zahnpflege zum Lutschen (S. 101)
- Zimmer Dental** – Centerpulse heißt jetzt Zimmer Dental (S. 104)

Inserenten dieser zm-Ausgabe

a-dec International
Seite 45

Astra Tech GmbH
Seite 55

BAI-Edelmetall AG
Seite 103

Beycodent-Verlag
Seite 99

**bpi biologisch physikalische im-
plantate**
Seite 101

Brasseler GmbH & Co. KG
2. Umschlagseite

Braun GmbH
Seiten 10, 11

Colgate-Palmolive GmbH
Seite 43

**Coltène/Whaledent GmbH +
Co. KG**
Seiten 5, 13 und 78

DCI-Dental Consulting GmbH
Seite 81

DeguDent
Seite 31

Dental Magazin
Seite 95

Dentsply DeTrey GmbH
4. Umschlagseite

Deutsche Telekom AG
Seiten 91, 93

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Seiten 81, 97, 105 und 107

DGI e.V.
Seite 25

DKL GmbH
Seite 53

Dr. Ihde Dental
Seite 63

Gaba GmbH
Seiten 19, 49

GC Germany GmbH
Seite 71

Girrbach Dental GmbH
Seite 67

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Seite 35

HypoVereinsbank AG
Seite 37

Ivoclar Vivadent GmbH
Seite 17

Kettenbach GmbH & Co. KG
Seiten 27, 47

Kreussler GmbH & Co.
Seite 15

mymed GmbH
Seite 79

**Nobel Biocare Deutschland
GmbH**
3. Umschlagseite

Petersen GmbH
Seite 80

Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Seite 85

Quintessenz Verlags GmbH
Seite 57

Schütz Dental Group
Seite 51

Semperdent Dentalhandel GmbH
Seite 59

Sirona GmbH & Co. KG
Seite 29

Tanaka Dental GmbH
Seite 103

UP Dental GmbH
Seite 33

US Dental GmbH
Seite 87

**Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH
& Co. KG**
Seiten 22, 23

VP-Bank
Seite 89

**W&H Deutschland GmbH &
Co. KG**
Seiten 15, 75 und 77

White Smile
Seite 65

Wieland Dental + Technik
Seite 7

**Wrigley Oral Healthcare
Programs**
Seite 61

Zapro Dentalhygieneartikel GmbH
Seite 79

zm-Jahresband
Seite 83

Beilagen

Teilbeilage in der Postleitzone 7

XO-CARE A/S

Vollbeilagen

Ivoclar Vivadent GmbH

**KZBV Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung**

**Rothacker Verlagsbuchhandlung
GmbH & Co. KG**

Herausgeber: Bundeszahnärzte-
kammer – Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e. V.
und Kassenzahnärztliche Bundes-
vereinigung K.d.O.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 ge-
zeichnete Beiträge geben die Auffas-
sung der Verfasser wieder, die der
Meinung der Redaktion nicht zu ent-
sprechen braucht. Gekennzeichnete
Sonderteile außerhalb der Verant-
wortung der Redaktion. Alle Rechte,
insbesondere der Vervielfältigung,
Mikrokopie und zur Einspeicherung
in elektronische Datenbanken, so-
wie das Recht der Übersetzung vor-
behalten. Nachdruck, auch aus-
zugsweise, nur mit Genehmigung
des Verlages. Bei Einsendungen
wird das Einverständnis zur vollen
oder auszugsweisen Veröffentlichung
vorausgesetzt, sofern nichts
anderes vermerkt ist. Für unver-
langt 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 Zeit-
schrift im Rahmen ihrer Mitglied-
schaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist
damit abgegolten.
Sonstige Bezieher entrichten einen
Bezugspreis von jährlich 166,80 €,
ermäßigter Preis für Studenten jähr-
lich 60,00 €. Einzelheft 6,95 €.
Bestellungen werden vom Verlag
entgegengenommen. Die Kündi-
gungsfrist für Abonnements
beträgt 6 Wochen zum Ende des
Kalenderjahres.

Verlagsrepräsentanten:
Nord/Ost: Götz Kneiseler,
Uhlandstr 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 Schlan-
genbad, Tel.: 0 61 29/14 14,
Fax: 0 61 29/17 75,
E-Mail: d.tenter@t-online.de
Süd: Ratko Gavran,
Rauentaler 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

IA-MED Zeitschriften e.V.

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

BZÄK zu EU-Behandlung

Homepage

Patienten, die sich im EU-Ausland zahnmedizinisch behandeln lassen möchten, sollten sich über die genauen Konditionen und Rahmenbedingungen vorab sorgfältig informieren, rät die Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Sie hat auf ihrer Internet-Homepage (<http://www.bzaek.de/patient-inneu.asp>) entsprechende Informationen und Ratsschläge zusammengestellt. Mit Verschiebung der EU-Grenzen Richtung Osten ist ein neuer Markt entstanden – auch im Gesundheitswesen. Ambulante zahnmedizinische/medizinische Behandlungen im EU-Ausland werden von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der in Deutschland gültigen Sätze über Kostenerstattung mitfinanziert. Die Kammer rät Patienten, sich vor dem Zahnarztbesuch im Ausland bei der eigenen Kran-

kenkasse kundig zu machen, welche Zuschüsse für die jeweilige Behandlung gezahlt werden. Auf ihrer Homepage informiert sie, welche Aspekte bei einer zahnmedizinischen Behandlung im Ausland besonders zu beachten sind, etwa beim Zahnersatz, nach dessen Eingliede-

Kieferorthopäden Niedersachsen

Gabriel: Entscheidung überfällig

Der Streit um die kieferorthopädische Versorgung in Niedersachsen könnte laut SPD-Fraktionschef Sigmar Gabriel bundesweite Konsequenzen haben. Die Entscheidung von Sozialministerin Ursula von der Leyen (CDU), der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVN) als erster Vereinigung in Deutschland den Auftrag für die Versorgung mehrerer Regionen zu entziehen, sei längst „überfällig“ gewesen, sagte Gabriel der dpa in Hannover.

rung nicht selten Nachbehandlungen nötig werden, auch über einen längeren Zeitraum. Darüber hinaus können Rat suchende Patienten sich auch an die Patientenberatungsstellen der Landes-Zahnärztekammern oder ihren Zahnarzt wenden. pit/BZÄK

„Wenn sich das durchsetzt, kann das insgesamt ein Modell für die Reform des Gesundheitswesens sein.“ Die niedersächsischen Krankenkassenverbände haben darüber beraten, wie künftig die kieferorthopädische Versorgung von Patienten sicher gestellt werden kann. Die Gespräche werden nach Angaben eines AOK-Sprechers fortgesetzt. Erste Ergebnisse waren zum Zeitpunkt des zm-Redaktionsschlusses noch nicht bekannt. pr/dpa

Trotz EU-Beitritt

Arznei-Einfuhr nur in Maßen erlaubt

Im privaten Reiseverkehr gelten auch nach dem EU-Beitritt von Tschechien und Polen Mengenbeschränkungen für die Einfuhr von Arzneimitteln aus diesen Ländern.



Foto: IS

Nach Deutschland dürften Privatpersonen diese nur in einer dem üblichen persönlichen Bedarf entsprechenden Menge einführen, teilte das Bundesgesundheitsministerium mit. Dieser umfasse in der Regel den Verbrauch für maximal drei Monate. Unterschiede würden jedoch beim Versenden von Arzneimitteln per Post gelten. ck/dpa

Absender (in Druckbuchstaben):



zm **Leser service** **Nr. 12**
2004

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

Kupon schicken oder faxen an:

**ZM-Redaktion
 Leserservice
 Postfach 41 01 69
 50861 Köln**

-  Zahnsteinentfernung und PZR (S. 16) Patienteninformation
-  H. Staehle: Kronen-/Wurzelfraktur nach Endo (S. 42) Literaturliste
-  M. Kunkel: Perikoronitis (S. 54) Literaturliste

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

Parteitag in Dresden**FDP will neues Gesundheitssystem**

Die FDP will das Gesundheitssystem radikal umbauen und die Krankenversicherung privatisieren. „Das Gesundheitssystem ist aus sich heraus nicht mehr reformierbar“, sagte der stellvertretende Parteivorsitzende Andreas Pinkwart beim FDP-Parteitag in Dresden. Mit einem Systemwechsel wollen die Liberalen weg von der gesetzlichen Pflichtversicherung hin zu einer „Pflicht zur Versicherung“. Nur durch eine Privatisierung der Krankenversicherungen kann

nach Auffassung der FDP das System zukunftsfest gemacht werden. Die bisherigen gesetzlichen Kassen sollen zu Privatversicherern werden. Nach diesem Modell soll jeder Versicherte seine im Wettbewerb stehende Versicherung frei wählen können. Das bisherige umlagefinanzierte System soll durch frei wählbare und kalkulierte Tarife abgelöst werden. Damit würden Gesundheitskosten und Lohnzusatzkosten entkoppelt. Die Versicherungen sollen verpflichtet

werden, eine Basisversorgung für eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall anzubieten. Der Arbeitgeberzuschuss

soll nach Vorstellung der FDP – wie schon bisher bei den Privatversicherten – mit dem Lohn ausbezahlt werden. pr/dpa



Foto: dpa

KZBV zum FDP-Konzept**Zukunftsweisend und mutig**

Als „zukunftsweisend und mutig“ bezeichnete der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, das Konzept zur Zukunft der Krankenversicherung, das der Bundesparteitag der FDP in Dresden verabschiedet hat.

„Das Konzept greift zentrale Forderungen der Zahnärzteschaft auf. Es favorisiert Kostenerstattung statt Sachleistung. Und es gliedert die zahnmedizinische Versorgung bei Erwachsenen weitgehend aus der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Wir plädieren seit Jahren für diesen Schritt. Er ist medizinisch sinnvoll, sozial vertretbar und zur Stabilisierung der Krankenkassen-Finzen einfach nötig“, erklärte Fedderwitz. Erforderlich sei aber, dass die (Mehr-)Kosten für die private Absicherung durch entsprechende Beitragsenkungen kompensiert werden, so Fedderwitz weiter. Dass die FDP längerfristig eine

vollständige Privatisierung der Krankenversicherung anstrebt, sieht der KZBV-Vorsitzende als große Chance: „In der Konsequenz bedeutet das mehr Selbstverantwortung und Gestaltungsspielraum für die Patienten, aber auch mehr Wettbewerb und eine demografiesichere Finanzierung für das System. Das ist der richtige Weg.“

pr/KZBV

Verfassungsrichterin**Renate Jaeger nach Straßburg**

Die Bundesverfassungsrichterin Renate Jaeger ist von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates zur Richterin am Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte gewählt worden. Jaeger war zuletzt an wichtigen Entscheidungen rund um das Recht der freien Berufe beteiligt, etwa bei der Öffnung des Werberechts. BZÄK

Schnittstelle Ambulanz und Selbsthilfe**Handbuch liegt vor**

Ein Handbuch für das Zusammenwirken von ambulant tätigen Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen liegt jetzt vor. Darauf macht die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung aufmerksam.

Die Erfahrungen aus der langjährigen Arbeit an der Schnittstelle zwischen ambulanten Bereich und Selbsthilfegruppen hat ein Arbeitskreis unter der Leitung des Zentralinstitutes (ZI) für die kassenärztliche Versorgung in Köln zusammengetragen.

Das Handbuch stellt das Spektrum erprobter Kooperationsformen anschaulich dar: Sie reichen von einem Gespräch einer Selbsthilfegruppe mit den Ärzten vor Ort über Beispiele zur Öffentlichkeitsarbeit bis hin zu gemeinsamen Fortbil-

dungen. Ein Kapitel schildert die Zusammenarbeit ärztlicher Qualitätszirkel und Selbsthilfegruppen. Zudem bieten konkrete Arbeitshilfen zur Kooperationsförderung zusätzliche Orientierung.

Das „Kooperationshandbuch – Ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe“ aus dem Buchhandel unter der ISBN-Nummer 3-7691-8058-5. pit/KBV



Foto: Uni Münster

Wechsel zur PKV / neues Konzept

Künftig ohne Gesundheitsprüfung

Die Gesundheitsprüfung vor Abschluss einer privaten Krankheitsvollversicherung soll fallen. Wer bisher schon privat versichert ist, soll bei Versicherungswechsel einen kleinen Teil seiner angesammelten Altersrückstellungen „mitnehmen“ können. Dies sind die Eckpunkte eines Konzepts, das der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Berlin vorlegte. Da es auch gesetzliche Änderungen erfordert, kann es frühestens 2006 umgesetzt werden. Der Zuwachs an PKV-Neumitgliedern schwächte sich 2003 deutlich ab.

Der Verband will mit dem Vorstoß der Debatte um Einführung der Bürgerversicherung – die die Privatassekuranz fürchtet – die

Spitze nehmen. Sowohl die von Rot-Grün geplante Bürgerversicherung als auch die von der CDU favorisierte Gesundheitsprämie seien „untauglich“, die Probleme einer immer älter werdenden Gesellschaft zu lösen, sagte PKV-Vorsitzender Reinhold Schulte. Sein Vorschlag zielt darauf, mehr Menschen ins Kapitaldeckungs-system einzu-beziehen.

Konkret soll jeder freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherte bis zum 55. Lebensjahr jederzeit ohne Risikoprüfung das Recht erhalten, in einen Basisschutz

der PKV zu wechseln. Der Basistarif deckt mindestens die Leistungen der gesetzlichen Kassen ab und enthält auch Altersrückstellungen. pr/dpa



Foto: PhotoDisc

PKV-Vorstoß

Reaktionen aus der Politik

SPD und Grüne wollen trotz der Reformvorschläge der privaten Krankenversicherer weiterhin an der Einführung einer Bürgerversicherung festhalten, erklärte SPD-Generalsekretär Klaus Uwe Benneter dem Tagespiegel.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat den Vorschlag der Privaten Krankenversicherer für einen Basistarif ohne Gesundheitsprüfung begrüßt. „Ich finde es gut, dass auch die privaten Krankenkassen sich bewegen. Man sieht, auch da wirkt die Gesundheitsreform“, sagte Schmidt in Berlin beim „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit“. Sie müsse zwar die Vorschläge noch prüfen, halte es aber für richtig, wenn auch die Privaten Krankenversicherer (PKV) „einen Weg eröffnen, dass ohne Gesundheitsprüfung Menschen dort versichert sein können“. Solche Überlegungen brauche man in der Debatte über die zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems.

Den von der PKV geforderten Verzicht der Politik auf die Bürgerversicherung als Junktim für Wechselmöglichkeiten lehnte auch die grüne Gesundheitspolitikerin Birgitt Bender ab.

Unionsfraktionsvize Horst Seehofer (CSU) mahnte weitere Reformschritte der PKV an. Der Vorschlag ändere nichts daran, dass älteren Menschen ein offener Zugang zur Privatversicherung verwehrt bleibe. pit/dpa

Emnid-Umfrage von Colgate

PZR: Unterschiede in Ost und West

Die Professionelle Zahnreinigung (PZR) hat sich in Deutschland als fester Bestandteil der Prophylaxe etabliert – Unterschiede gibt es in Ost und West. Dies ist das Ergebnis einer aktuellen Umfrage des Emnid-Instituts, die im Auftrag von Colgate durchgeführt wurde.

Rund die Hälfte der Deutschen (49 Prozent) nimmt die PZR regelmäßig in Anspruch. Während in Westdeutschland über die Hälfte der 1000 Befragten (53 Prozent) eine PZR in Anspruch nimmt, sind es in Ostdeutschland erst ein Drittel (36 Prozent). Als Hauptgrund hierfür geben 78 Prozent aller Nicht-Nutzer an, bereits zu Hause umfassend vorzubeugen.



Nachholbedarf besteht auch in der Gruppe der 14-bis 29-Jährigen: Lediglich 29 Prozent haben schon einmal eine PZR machen lassen.

„Prophylaxe zu Hause ist nur ein – wenn auch wichtiger – Baustein der Vorbeugung“, erklärt Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. „So gut die Mund-

pflge auch ist, nur durch eine PZR können alle Zahnbeläge gründlich entfernt werden.“

pr/pm

■ Die Umfrage bildet den Auftakt der von Colgate mit Unterstützung der Bundeszahnärztekammer durchgeführten Aufklärungskampagne „Monat der Mundgesundheit“, die im September zum vierten Mal stattfinden wird.

Meister

„Bremen ist Meister geworden. Ich weiß nicht, welchen Anteil der Mannschaftsarzt daran gehabt hat.“



„Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter. Und Patienten sind keine Kunden.“

Bundespräsident Johannes Rau bei der Eröffnung des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen.

Quelle: dpa

Hausfrauensport

Einkaufen und dabei abnehmen – was sich wie der Traum einer jeden Hausfrau anhört, ist in Großbritannien derzeit der letzte Schrei. Die Supermarktkette Tesco bietet jetzt Einkaufswagen an, die nicht nur Platz für viele Waren bieten, sondern gleichzeitig auch als Fitness-Geräte fungieren. Wie die Online-Agentur Ananova berichtet, lassen sich am Einkaufswagen die Widerstände regulieren, so dass man mehr oder weniger Kraft fürs Schieben aufwenden muss. Ein Bordcomputer, der auf den Handkontakt reagiert, zeigt an,

wie hoch die Herzfrequenz ist, wieviel Kalorien man verbrennt, wie lange und wie schnell man seinen Wagen durch die Regalreihen schiebt. Während eines 40-minütigen Aufenthaltes im Supermarkt könne man locker 160 Kalorien abbauen, heißt es. Stellt man den Regler auf die höchste Stufe, bringe man es sogar auf bis zu 280 Kalorien, was einer 20-minütigen Schwimmeinheit entspricht. ÄZ



Fotos: MEV



Tut uns Leid – Sie sind im Weg!

90-60-90

Ist es nicht wunderbar? Die Wissenschaft zerrt die wichtigen Wahrheiten und großen Geheimnisse des Lebens letztlich doch ans Licht. Ein Team der Uni Krakau hat jetzt das Geheimnis der berühmten „90-60-90“ gelöst. „90-60-90er“ Frauen sind fruchtbarer als andere, sie haben mehr 17-b-Ostradiol.

Wir Männer, jahrelang als hoffnungslos obsessiv verlacht, sind also keine Ansammlung triebhafter Trottel, weil wir ständig nach Frauen mit großem Busen, schmaler Taille und ausladenden Hüften ausschauen. Im Gegenteil: Es ist pure Logistik, Arterhaltung, qualifizierte Überlebenstechnik für die Spezies Mensch, die uns antreibt. Quod erat demonstrandum.

Danke, liebes Polen, für diese Erkenntnis. Einfach genial: Die Wissenschaft hat festgestellt ... und schon sind Barbie, Dolly Buster und Co. rehabilitiert. Böses Licht auf die Geschlechtsgenossinnen, die uns durch Push-ups, Korsetts, Silikon und andere Hilfsmittel über ihren 17-b-Östradiol-Gehalt täuschen wollen.

Beängstigendes kommt indes aus Pisa: Haben wir Männer unsere zwecks Arterhaltung gesuchte „90-60-90erin“ gefunden, sinkt unser Testosteron-Spiegel, und ihrer, so sie uns gegenliebt, steigt an: „Männer werden auf diese Weise Frauen ähnlicher und umgekehrt“, klärt uns die italienische Wissenschaftlerin Donatella Marazziti auf.

Was das wieder soll, und was das auf Dauer für die Idealmaße von Frauen, aber vor allem von uns Männern bedeutet, sind Fragen, die in Atem halten. Bitte klärt das, Ihr Wissenschaftler!

