



**weiß, weißer,
am ...**

**Einigung über
ZE-Festzuschüsse**

**Blockade gegen
KZBV-Satzung**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Julia Roberts hat sie, Jonny Depp auch. Lebten Marlene Dietrich und Heinz Rühmann in heutigen Zeiten, wären auch sie sichere Kandidaten: Gebleichte Zähne – was Idole vormachen, wird schnell allgemeine Schönheitsmaxime.

Weißer Zähne, inzwischen fast ausnahmslos Teil eines jeden Schauspielergesichts, sind „voll“ angesagt. Was in den USA vor einigen Jahren noch als Luxus der Schönen und Reichen galt, schwappt inzwischen als Modetrend in großen Wellen über Deutschland.

Mode drängt zu Extremen. Stellte sich vor wenigen Jahren die Frage nach besonders heller Zahnfarbe eher typbezogen, galt sie – vorrangig bei Älteren – oft als Fehleinschätzung aufgrund nachlassender Farbwahrnehmung, so hat sich heute der Geschmack der Menschen geändert. Mutter Natur musste zurücktreten, es wird kräftigst nachgeholfen. Leuchtend helles Weiß ist in. Bei jungen Leuten sowieso, zunehmend aber auch in älteren Etagen. Künstliches Weiß ist ein wichtiger Maßstab für sympathisches Äußeres, nolens volens verpflichtendes Adjektiv für Anerkennung und Erfolg. Wer will, wer kann, wer darf da noch hinten anstehen.

Für Zahnärzte sind die Verfahren nichts Außergewöhnliches. Sicher, die Methoden wurden im Laufe der Jahrzehnte verfeinert, aber wirklich neu sind sie nicht. Neu ist wohl eher, dass sich findige Unternehmer dieses Trends annehmen und in eigens ge-



Foto: Hipp

■ *Schön bleibt schön, ob gebleicht oder nicht gebleicht.*

schaffenen Studios – meist für finanziell potente, ausgesuchte Klientel – in netter Atmosphäre bei Sekt (oder Selters) der Natur nachhelfen.

Neu ist, dass inzwischen Versanddienste, Drogerien, Apotheken und Co. die mehr oder minder wirksamen Mittelchen augenfällig in ihren Verkaufsräumen anbieten wie Kosmetik. Neu ist auch, dass sich mancher Otto Normalverbraucher inzwischen selbst zumutet, die Auswahl aus dem Regal der viel versprechenden Weißmacher zu treffen.

Unabhängig von etwaigen Risiken und Nebenwirkungen – diese sollte wohl jeder mit dem Zahnarzt, weniger mit dem Apotheker, lieber nicht mit dem Kosmetik-Verkäufer absprechen – ist selbst das Ergebnis längst nicht immer wie erwartet. Wirkungslosigkeit ist da meist noch das geringere Übel. Böser ist da schon die Überraschung, dass Zahnersatz sich beim Bleichen anders verhält als lebende Zähne.

Ergo: Fachgerechtes Bleaching ist keine Alltags-Kosmetik, sondern gehört – mindestens als professionelle Beratung – wohl eher in den Bereich der ästhetischen Zahnheilkunde. Aufklärung kann hier vor Schaden – nicht nur ästhetischem, auch gesundheitlichem – bewahren. Das ist Teil vertrauensvollen Zusammenwirkens von Zahnarzt und Patienten und gehört in die Praxis. Was zu beweisen wäre.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelfoto: Peter Schatz, Fotos: Schütz Dental/Glaxo Smith Kline

Zum Titel

Weiß, weißer, am weißesten ... so sollen sie sein, die Zähne. Die Welle aus Amerika ist in nahezu alle deutschen Praxen und / oder Badezimmer geschwappt und wird hier grundlegend unter die Lupe genommen.

Seite 32



Auf der außerordentlichen Vertreterversammlung der KZVBV in Neuss wurde heiß diskutiert. Bleibt die Frage: Chance vertan oder politisches Zeichen gesetzt?

Seite 26



Fotos: Lopata

KZBV-Presskonferenz in Berlin: Mit den Festzuschüssen ist der Patient der Gewinner.

Seite 18



Foto: PD

Die EU-Zinsregelung bringt die Vertraulichkeit der Steueroasen Europas ins Wanken.

Seite 80



Foto: Leithäuser

Hätten Sie erkannt, dass dies ein Herpes Zoster ist?

Seite 52

Editorial 1

Leitartikel

Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender der KZBV, zur vertanen Chance der Vertreterversammlung in Neuss **4**

Nachrichten 6, 12

Gastkommentar

Der Berliner Fachjournalist Hartwig Broll resümiert über Können und Wollen der Krankenkassen – Beispiel Einzug der Beiträge **8**

Das aktuelle Thema

Patientenrechte: Die letzte Verfügung **10**

Politik und Beruf

Festzuschüsse: Der Patient als Gewinner **18**

Mundgesundheits: Mit lokalen Schritten zu globalen Zielen **22**

KZBV: Außerordentliche Vertreterversammlung **26**

Ankündigung: Zahnärztetag **30**

Titelstory

Bleaching: Blondierte Zähne **32**

Zahnmedizin

Biofilm: Neues zur Kariesprophylaxe **40**

DGZMK: Lückenhalter nach Milchzahnverlust **44**

Arzneimittelkommission: Freie Rezeptur kein Ersatz **48**

Der aktuelle klinische Fall: Amelanotisches Melanom **50**

Medizin

Herpes Zoster: Infektionen am Kopf und im Mund **52**

Tagungen

Funktionsdiagnostik- und Therapie: Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft **56**

Symposium: Vollkeramik **58**

Montreux: Ästhetik für Zähne **60**

Veranstaltungen 61

Praxismanagement

Corporate Identity: Stringenz und Harmonie **74**

Recht

Urteile: Kosten für Patienten **76**

Finanzen

Alterseinkünftegesetz: Lebensversicherungen haben Zeit **78**

Zinssteuer: Das Ende der Oasen naht **80**

Prophylaxe

Norddeutsches Fortbildungsinstitut: Flüge geworden **84**

Persönliches 86

Industrie und Handel

Neuheiten **88**

Bekanntmachungen

Identifizierung **94**

Verlust von Kammerausweisen **94**

Impressum 96

Letzte Nachrichten 117

Zu guter Letzt 120





An die Wand gefahren

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

für manchen ist es ein Blick zurück im Zorn: Die KZBV-Vertreterversammlung in Neuss war für den Großteil der Delegierten eine verpasste Chance, für wenige ein „außer Spesen nichts gewesen“. Wer die außerordentliche VV am 19. Juni miterlebt hat, dem stellen sich andere Fragen als die von Kosten versus Nutzen. Der KZBV-Vorstand ist mit seinen – von der Mehrheit der Delegierten übrigens klar befürworteten – Anträgen für die künftige Satzungs- und Wahlordnung an der erforderlichen Zweidrittelmehrheit gescheitert. Zwar fehlten nur zwei Stimmen. Aber das ist formelle Demokratie – und die erfordert unsere parlamentarische Toleranz. Trotzdem: Das „cui bono“ künftiger GMG-KZVen in niedersächsisch-bayerischer Art schwarz-weiß malend mit schlichter Verweigerungshaltung zu beantworten, war nicht nur simpel, sondern schädlich. Die mit Sperr-Minorität gegen eine Zweidrittelmehrheit ausgestaffierten Hardliner der FVDZ-Fraktion haben in Neuss die Möglichkeit ignoriert, die künftigen Spielregeln der KZBV soweit wie möglich im Sinne der niedergelassenen Zahnärzte zu beeinflussen.

Eigentlich waren die Delegierten angetreten, Selbstverwaltung so zu praktizieren, wie wir sie alle als Auftrag erfahren haben: Von Zahnärzten für Zahnärzte, dem Ziel verpflichtet, das Feld nicht leichtfertig dem Gesetz-Gegner zu überlassen. In Neuss sollte das vom Gesetzgeber geforderte Mindestmaß zur Vorbereitung der – von uns allen so nicht gewünschten – künftig hauptamtlich strukturierten KZBV verabschiedet werden. Vorstand und Satzungsausschuss hatten

nach ausführlicher Abwägung und Absprache mit der Vorsitzendenrunde der KZVen die notwendigen Änderungen in Anträgen verarbeitet und der Vertreterversammlung zur Entscheidung präsentiert. Ein Sachverhalt, den viele auf Länderebene bereits hinter sich haben, darunter auch die KZV Niedersachsens. Deren Vertreter – und die der KZV Bayerns – waren es im Wesentlichen, die die von der Mehrheit gewollte Satzungsänderung boykottiert haben.

Die Vorsitzenden der 20 übrigen KZVen haben in einer Resolution diese Handlungsweise missbilligt und bedauert, dass der vorgelegte Satzungsentwurf durchfiel. Eine Woche vor Neuss waren alle zusammengekommen, um über die Problematik zu diskutieren. Nur die Vertreter Bayerns und Niedersachsens fehlten. Ein Schelm, der Böses dabei denkt. Aber zu einem späteren Aha-Erlebnis reichte es. Und das wäre noch größer gewesen, wenn sie auch auf der VV in Neuss gefehlt hätten.

Sicher ist es für uns Standespolitiker notwendig, angesichts der von uns allen obstruierten Angriffe auf die zahnärztliche Selbstverwaltung konsequent und für die Kollegenschaft vorbildlich zu handeln. Aber welcher Weg da der richtige ist, darüber scheiden sich die Geister. Einzelne Delegierte hatten sich – und das ist anerkennenswert – vorab entschieden und waren für die Beschlussfassung zur Vorbereitung der GMG-geprägten KZBV gar nicht angetreten. Wer allerdings in Neuss erschien, der wusste eindeutig, was ihn erwartete. Und die Mehrheit wollte eine deutliche Entscheidungsgrundlage. Dort mit dem Wissen um die Sperrminorität zu erscheinen, um denje-

nigen, die weitermachen wollen, die Zukunft durch Hinterlassen verbrannter Erde zu erschweren, hat nichts mit Freiheit, wohl aber vieles mit Revanchismus zu tun.

Gerade die Niedersachsen müssen sich fragen lassen, wer, beziehungsweise was sie (an-)geleitet hat, die „Satzungskarre“ an die Wand zu fahren. Auf Bundesebene provozieren sie die Aufsichtsordnung, in Hannover kommen sie ihr zuvor, indem sie freiwillig unter Protestgeheule eine Satzung mit notwendiger Mehrheit durchbringen. In Hannover erklären sie – alles gestandene Freiverbändler –, demonstrativ in die dortige Vertreterversammlung einziehen zu wollen, in Neuss mutieren sie zu politischen Autisten. Das verstehe, wer will.

Und auch die Bayern verstehen sich sicher selbst am besten. Daheim zerstritten und zersplittert, zeigten sie in Neuss stramme Einigkeit. Daheim im Zwiespalt zwischen erneutem Staatskommissar und begriffener Eigenverantwortung, setzten sie in Neuss leichtfertig eine Stimmgewichtung aufs Spiel, die ihre zahlenmäßige Größe berücksichtigte. Wenn die politische Kraftmeierei zum Hakeln in die Finger rutscht, bleibt anderes halt auf der Strecke. Auch hier gilt: Das verstehe, wer will.

Seien wir doch ehrlich. Selbst wenn man der Überzeugung ist, dass die künftigen KZVen keine Zukunft haben, so gilt doch: Kapitäne springen nicht zuerst in die wenigen Rettungsboote, sie verlassen gefälligst als letzte das Schiff. Mangels realistischer Alternativen für die Vielzahl der Kollegen scheint es fast naiv, auf hoher See zum Sprung ins kalte Wasser aufzufordern. Und schon gar nicht kann es angehen, nach vollmundig erklärten Ausstiegsaufforderungen das Schiff selbst zu versenken, damit einem die Nachkommen dann bestätigen, dass man im Recht war.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz

Amtierender Vorsitzender der KZBV

Foto: CC



Schreckensszenario

Ab dem 1. Januar 2005 müssen die Arbeitnehmer den Zahnersatz allein versichern. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll es sich um einen monatlich zu entrichtenden festen Eurobetrag handeln, mit dem das bislang in der GKV übliche Leistungsniveau abgesichert werden soll. Mittlerweile droht diesem Reformteil Gefahr. Denn es sind eben nicht nur Arbeitnehmer, die den Sonderbeitrag zu entrichten haben, sondern auch Arbeitslose und Rentner. Während der Einzug des Beitrags bei Arbeitnehmern durch die Arbeitgeber vorgenommen werden soll, ist eine entsprechende Regelung für diese beiden Gruppen, also der Einzug durch die Bundesagentur für Arbeit oder die Rentenversicherungsträger, im Gesetz nicht vorgesehen. Dies fordern mittlerweile aber die Kassen, die sich nach wie vor außerstande sehen, einen Einzugs des Sonderbeitrags selbst zu organisieren.

Deutlich wurde dies etwa auf einer Presseveranstaltung des AOK-Bundesverbandes Ende Juni, auf der dessen Vorstandsvorsitzender Hans Jürgen Ahrens die Tücken des Sonderbeitrags thematisierte. Der unbefangene Beobachter reibt sich da doch etwas verwundert die Augen. Vom Payer zum Player, war dies nicht einmal – und ist es nicht eigentlich immer noch – der Anspruch der Kassen? Einzelverträge mit kleinen und kleinsten Leistungser-

bringergruppen, die Abschaffung der Kollektivverträge, Disease und Case Management, all dies wollen die Kassen leisten, sämtliche dazu erforderlichen Daten erhalten – und dann sind sie nicht in der Lage, einen monatlich fälligen, GKV-weit einheitlichen Beitrag einzuziehen? Vor dem Hintergrund der hochgesteckten Ansprüche der Kassen bei der Neuorganisation der Versorgung erstaunt denn doch die Larmoyanz, mit der Ahrens die Probleme eines Einzugs schilderte. Man könne doch nicht hinter jedem einzelnen Arbeitslosen oder Rentner herlaufen, der Sonderbeitrag werde

Sonderbeitrags auf den 1. Juli zu verschieben, um die „technischen Fragen“ vorher zu klären. Als eine Art Gegenfinanzierung schlug er vor, den für den 1. Januar 2006 vorgesehenen Sonderbeitrag zur Versicherung des Krankengeldes um ein halbes Jahr vorzuziehen – also ebenfalls auf den 1. Juli nächsten Jahres. Eine solche Lösung lasse sich aber nur durch die Kompromisspartner gemeinsam realisieren.

Und damit wäre man beim springenden Punkt in dieser Auseinandersetzung. Es handelt sich nämlich keineswegs um eine „technische Frage“ oder einen „handwerklichen Fehler“, sondern in der Tat um ein Politikum. Denn der Gesetzgeber hat Arbeitslose und Rentner durchaus nicht „vergessen“, wie dies aus Kassenkreisen behauptet wird. Immerhin sollte es in diesem Leistungsbe- reich zu einem „fairen Wettbewerb“ zwischen PKV und GKV kommen. Und selbstverständlich muss die PKV die Kosten des Beitragseinzugs wie eventuelle Beitragsausfälle in ihre Prämie einkalkulieren – und dies nicht allein für Arbeitslose und Rentner, sondern für alle Arbeitnehmer. Vor diesem Hintergrund von „fairem Wettbewerb“ zu sprechen, ist ohnehin schon gewagt.

Kaum vorstellbar ist auch, dass die Union einer Zusammenlegung beider Sonderbeiträge zustimmen könnte. Die Belastungen der Reform trägt sie zwar unverdrossen mit, kann sich aber dennoch darauf verlassen, dass der Wähler im Zweifel diejenigen abstrafte, die auch nominell die Regierungsverantwortung tragen.



Foto: zm-Archiv

Der von den Versicherten ab Januar 2005 allein zu tragende Sonderbeitrag zur Versicherung des Zahnersatzes macht den Kassen erhebliche Probleme – vor allem dessen Einzug bei Arbeitslosen und Rentnern.

*Hartwig Broll
Gesundheitspolitischer
Fachjournalist in Berlin*

durch die anfallenden Verwaltungskosten zu erheblichen Teilen aufgefressen, ganze Einnahmenbereiche könnten wegbrechen, weil sie sich als uneintreibbar erwiesen. Man müsse gar – *horribile dictu* - Einzelkonten für diese Versichertengruppen einführen.

Um derartige Schreckensszenarien zu vermeiden, schlug der Bundestagsabgeordnete Fritz Schösser vor, die Einführung des

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Patienten-Erklärung

Respekt vor dem Willen zum letzten Schritt

Patienten-Erklärungen gegen eine künstliche Lebensverlängerung sollen rechtlich größeres Gewicht bekommen. Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) kündigte jetzt einen entsprechenden Gesetzentwurf an. Kritiker monieren, ihr Vorhaben gehe zu weit.

Ein Mann, 72 Jahre alt, liegt im Koma. Sein Sohn wird als Betreuer bestellt. Er kann nicht durchsetzen, dass die künstliche Ernährung des Vaters gemäß dessen Verfügung beendet wird. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes muss ein Vormundschaftsgericht selbst dann eingeschaltet werden, wenn eine Patientenverfügung vorliegt.

September letzten Jahres setzte deshalb die Bundesjustizministerin Brigitte Zypries eine Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ ein, die Änderungen im Betreuungsrecht vorschlagen sollte. Vorrangige Aufgabe für die Mediziner, Juristen, Sozialverbände und Kirchenvertreter war, zu klären, welche Kriterien für eine Patientenverfügung gelten müssen. Jetzt stellte die Arbeitsgruppe unter Leitung des ehemaligen Bundesrichters Klaus Kutzer ihre Vorschläge im Juni vor, Zypries kündigte eine „zügige“ Umsetzung an.

Der neue Gesetzentwurf soll den Wert von Patientenverfügungen erhöhen und Ärzten, Patienten und deren Angehörigen mehr Rechtssicherheit geben, so die Justizministerin. Danach soll künftig auch ein „Vorsorgebevollmächtigter“ den Willen eines todkranken Patienten durchsetzen, der zu einem eigenen Entschluss nicht mehr fähig ist. Das Gesetz soll nach dem Willen der Bundesregierung bis 2006 in Kraft treten. Die Ministerin forderte die Bürger auf, sich stärker über ihre Einstellungen zur Lebensverlängerung – etwa mit künstlicher Ernährung – bei schwersten Erkrankungen Gedanken zu machen und Verfügungen zu hinterlegen.

Mit der Arbeitsgruppe hatte Zypries auf das erwähnte Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom März 2003 reagiert. Darin hatte der BGH zwar ebenfalls die

Bedeutung von Patientenverfügungen betont, gleichzeitig aber auch entschieden, dass bei einem Dissens zwischen Ärzten und den Betreuern eines im Wachkoma liegenden Patienten das Vormundschaftsgericht angerufen werden muss. Dies habe dann zu entscheiden, ob im Sinne des Patientenwohls die künstliche Ernährung eingestellt werden kann oder nicht.



Foto: PhotoDisc

Ein solches Gericht soll nach den Worten von Zypries dann nicht mehr eingeschaltet werden müssen, wenn in einer Patientenverfügung ein so genannter Vorsorgebevollmächtigter eingesetzt wird. Er soll auf Grundlage des Inhalts der Verfügung den Willen des Patienten dann auch durchsetzen können. Zudem soll die Patientenverfügung künftig in jeder Lage der Erkrankung zu beachten sein – und nicht nur wie bisher bei einem bereits feststehenden tödlichen Verlauf.

Zypries hat bereits auf ihrer Internet-Seite „<http://www.bmj.bund.de>“ Textbausteine als Formulierungshilfen für Patientenverfügungen veröffentlicht, rät aber dringend, sich vor deren Abfassung beraten zu lassen. Aktive Sterbehilfe – also das gezielte Verabreichen von tödlichen Mitteln durch Ärzte

auch auf Wunsch von Patienten – lehnt die Bundesregierung laut Zypries ab, doch genau dieses stellen die Kritiker der Vorschläge in Frage, zum Beispiel bei der Patientenvereinigung Deutsche Hospizstiftung und bei dem Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Evangelische und katholische Kirche betonten, Kranke dürften „in keinerlei Hinsicht unter Druck gesetzt werden“.

Auch der Bioethik-Enquete-Kommission gehen die Vorschläge zu weit. Der stellvertretende Vorsitzende der Ethik-Kommission des Bundestags, Hubert Hüppe (CDU), sah laut dpa „außerordentlich gefährliche Tendenzen“ in Richtung der Aufweichung des Lebensschutzes. Die Kommission wurde im Februar dieses Jahres gegründet, als eben die Forderung nach einer Erweiterung der Sterbehilfe laut wurde. Entsprechend tragen nicht alle Enquete-Mitglieder die Entscheidung der Kommission mit, bemängeln diese gar als Rückschritt in Sachen Patientenautonomie. Der FDP-Obmann in der Kommission, Michael Kauch, wendete sich enttäuscht über deren Beschlüsse an die Öffentlichkeit, die „Mehrheit der Enquete-Kommission will Patienten möglichen Zwangsbehandlungen ausliefern!“ Kauch weiter: „Die Enquete-Kommission ist angetreten, bessere Rahmenbedingungen für Patientenverfügungen zu schaffen. Das Gegenteil ist für den Zwischenbericht zu erwarten, der nun am 30. August verabschiedet werden soll. Abgesehen von Fällen, in denen der Tod trotz Behandlung absehbar ist, bedeuten die abgestimmten Eckpunkte für den Zwischenbericht, dass lebensverlängernde Maßnahmen auch gegen den in Patientenverfügungen geäußerten Willen des Patienten aufrecht erhalten werden sollen.“ Die Mehrheit der Enquete-Kommission habe, so Kauch, empfohlen, die Reichweite von Patientenverfügungen für einen zum Tode führenden Behandlungsabbruch gesetzlich auf Situationen zu beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und der Tod in absehbarer Zeit eintritt. Für andere Krankheitsphasen seien Maßnahmen mit großer Eingriffstiefe und großen Belastungen ausnahmslos abgelehnt worden. pit/dpa

KZBV zum Hausarztmodell

Alle Zahnärzte sind Hauszahnärzte

„Die Praxisgebühr beim Zahnarzt macht keinen Sinn. Das haben wir immer betont“, erklärte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz zur aktuellen Diskussion um das Hausarztmodell. „Denn jeder Zahnarzt ist für seinen Patienten der Hauszahnarzt. Das Hauszahnarztmodell muss also gar nicht erst eingeführt werden – es besteht bereits seit Jahrzehnten.“ Die Praxisgebühr sei als Instrument der Krankenkassen gegen das Doktor-Hopping eingeführt worden.

Fedderwitz weiter: „Die Gebühr muss, obwohl es dieses Doktor-Hopping bei uns niemals gegeben hat, auch beim Zahnarzt entrichtet werden. Wenn die Praxisgebühr nun zu Gunsten des Hausarztmodells von den Krankenkassen rückgängig gemacht wird, so muss sie in der Konsequenz zuallererst beim Zahnarzt entfallen!“

Mehrere Untersuchungen in den vergangenen Jahren haben die hohe Zahnarztentreue und geringe Wechselbereitschaft der Patienten belegt. Zwei Studien des Instituts für Demoskopie Allensbach von 1995 und 2002 zeigten: 87 Prozent der Bevölkerung gehen laut Umfrageergebnissen immer zum selben Zahnarzt.

„Kostentreibende Doppeluntersuchungen fallen mit Blick auf diese Zahlen jedenfalls für den zahnärztlichen Bereich nicht an“, konstatierte Fedderwitz. Der KZBV-Vorsitzende betonte außerdem: „Die

niedrigsten Kosten im System verursacht der Patient, der regelmäßig, möglichst zweimal im Jahr, zur Kontrolle in die Zahnarztpraxis kommt und so seine Zähne in Ordnung halten will. Wenn dann eine Behandlung notwendig ist, fällt die Praxisgebühr an. Das ist kontraproduktiv und läuft dem Präventionsgedanken zuwider.“

Auch die Funktion, Patienten zu anderen Fachärzten zu überweisen, so der KZBV-Vorsitzende, komme den Zahnärzten so gut wie nie zu. KZBV

SPD und Grüne einigen sich

Höherer Pflegesatz für Kinderlose

SPD und Grüne haben sich auf einen erhöhten Beitragssatz zur Pflegeversicherung für Kinderlose verständigt. Wie die stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD, Gudrun Schaich-Walch, der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ sagte, sollen

Anonyme Pflege

Die Pflegeversicherung sollte längst aus den Kinderschuhen heraus sein, aber viel Selbstständiger als ein Säugling ist sie nicht: Eine Milliarde Euro Defizite kündigen sich an bis Jahresende. Sie braucht mehr und mehr Zuwendungen, wie auch immer und von wem auch immer, das lässt sich recht anonym gestalten. Hauptsache Staatssache. Bei der Kindererziehung setzt sich dieser Trend ja auch analog durch: Wo einst eine stattliche Familie half, greift jetzt der Staat statt Familie durch.

Dabei könnte die Pflegeversicherung hier und heute wenigstens in einer Hinsicht nützliches Vorbild sein: Zeigen, dass

die pauschale „Ent“-pflichtung derer, die für den jeweils zu Betreuenden verantwortlich sind, zu steigenden Ansprüchen und schlechteren Leistungen führt – und damit zu schlechteren Lebensbedingungen, verbunden mit höheren Belastungen.

Beiträge für Kinderlose heute werden Schwierigkeiten jedenfalls nur temporär überbrücken, für die Zukunft aber neue Begehrlichkeiten an die anonyme Versichertengemeinschaft schon vorprogrammierten. Wie wär's mit einer Besinnung auf die Eigenverantwortung und einem Finanzgerüst mit Handlungsspielraum?

Marion Pitzen

Zahnersatz

Schröder steht zu Kompromiss

Die Einführung der Pflicht-Zusatzversicherung für Zahnersatz im kommenden Jahr bleibt ein heißes Eisen. Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) sicherte zu, die Neuregelung im Zweifel auch gegen Änderungswünsche aus der eigenen Partei zu verteidigen. Er habe aber nichts dagegen, gemeinsam mit der Union Details zu verändern, „um Bürokratie zu vermeiden“.

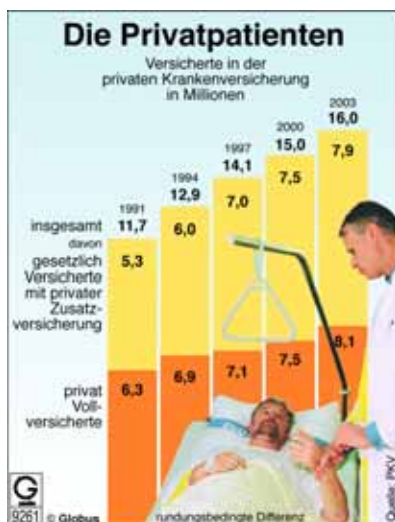
Bei den von Schröder angesprochenen möglichen Detailänderungen geht es unter anderem um den schwierigen Beitragseinzug von Rentnern und Arbeitslosen. Gelingen das nicht, müsse die Bundesregierung aber zum Gesundheitskonsens aus dem Vorjahr stehen, sagte Schröder dem Magazin „Der Spiegel“.

alle Kinderlosen von Januar 2005 an einen zusätzlichen Beitrag von 0,25 Prozentpunkten zur Pflegeversicherung zahlen.

Bei einem Einkommen an der Bemessungsgrenze von 3487,50 Euro steige die Belastung des Arbeitnehmers um 8,72 Euro auf

38,36 Euro, berichtet die Zeitung. Die auf 800 Millionen Euro geschätzten Mehreinnahmen sollen zur Deckung des wachsenden Defizits der Pflegeversicherung verwandt werden.

Nach Informationen der Zeitung fällt das Defizit der Pflegeversicherung 2004 erheblich höher aus als erwartet. Statt der von der Bundesregierung bisher angenommenen rund 750 Millionen Euro erwarteten die Pflegekassen ein Minus von knapp einer Milliarde Euro. ck/dpa



Ungleichheit und Armut

Die Schere spreizt sich

Durch die Reformen der rot-grünen Bundesregierung werden Ungleichheit und Armut in Deutschland ab 2005 zunehmen. Das berichtet der Berliner „Tagesspiegel“.

Die neuen Gesetze der Agenda 2010 würden den Trend hin zu wachsenden Einkommensunterschieden festigen, sagten Wirtschaftsexperten der Zeitung. „Die Ungleichheit wird zunehmen – aber dazu gibt es keine Alternative“, erklärte der Freiburger Ökonom Bernd Raffelhüschen. Hartz IV und die Besteuerung der Renten würden vor allem die Alten und die Geringqualifizierten treffen, so Raffel-

hüschen. „In den letzten 30 Jahren konnte es sich Deutschland leisten, Arme durch Privilegien abzusichern. Diesen Verteilungsspielraum haben wir nicht mehr“, sagte er.

Neue Beschäftigung als Folge der Reform ist dagegen nach Ansicht von Experten nicht zu erwarten. Im kommenden Jahr werde es im Schnitt „gut 100 000 Arbeitslose mehr geben“, sagte der Vizechef des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Ulrich Walwei, dem Tagesspiegel. Auch der Ökonom Bert Rürup bezeichnete Hartz IV als „zweifelloso relativ harten Einschnitt“. Er warnte aber davor, Gerechtigkeit immer an einer Verringerung von Einkommensungleichheit zu messen. Allerdings zweifelt er daran, dass Hartz IV in den neuen Bundesländern mehr Arbeit bringen wird. „Dort gibt es einfach keine Stellen“, sagte Rürup. pit/ots



Foto: CC

Deutsches Grünes Kreuz e.V.

Neue Sektion Zahngesundheit

Auf der 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) am 11. Juni in Wuppertal hat das Deutsche Grüne Kreuz e.V. (DGK) die Sektion Zahngesundheit gegründet. Ziel ist es, die eigenverantwortliche Oralprophylaxe zu fördern und das aktuelle Wissen zur Zahn- und Mundgesundheit zu bündeln. Kooperationspartner ist die Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

Mitglieder des Beirates Zahngesundheit sind Prof. Dr. Thomas Attin, Uni Göttingen, Prof. Dr. Joachim Klimek, Uni Gießen,

Prof. Dr. Norbert Krämer, Uni Erlangen, Dr. Lutz Laurisch, Prophylaxepaxis Korschenbroich, und BZÄK-Vize Dr. Dietmar Oesterreich.

Die DGK ist ein gemeinnütziger Verein zur Förderung der gesundheitlichen Vorsorge in Deutschland und umfasst derzeit 20 Sektionen von Allergien bis Zahngesundheit. Ihr Anliegen besteht darin, die Bevölkerung zu motivieren, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und Präventionsangebote zu nutzen.

ck/pm

Neuer Bundespräsident**Empfang im Paul-Löbe-Haus**

Anlässlich des Wechsels in sein neues Amt lud Bundespräsident Prof. Dr. Horst Köhler zu einem offiziellen Empfang am 1. Juli ins Paul-Löbe-Haus Berlin. Unter den Ehrengästen aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft war

auch der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Foto: I.) geladen. Weitkamp gratulierte im Namen der deutschen Zahnärzteschaft: „Sie setzen darauf, die Kraft der Freiheit zu stärken und mit Entschlossenheit und Stetigkeit Reformen anzugehen. Diesem Weg folgen wir gern.“ BZÄK



Fotos: bpd/Lopata

Regierung gegen Abschaffung**Kammern sind notwendig**

Die Bundesregierung hat nicht vor, die Pflichtmitgliedschaften bei den Kammern der Heilberufe, der Industrie- und Handelskammern und der Handwerkskammern abzuschaffen. Das geht aus einer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Unionsfraktion hervor (BT-Drs.: 15/3265). Dort heißt es, dass „die Notwendigkeit und Effizienz der

Kammern der Freien Berufe grundsätzlich unbestritten“ seien. Allerdings sollten die Kammern „ihre Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit erhöhen“. Eine Initiative einer Gruppe von SPD-Abgeordneten um den Hamburger Parlamentarier Johannes Kahrs ist damit vorerst gescheitert. ck/pm

Ost-Erweiterung**Ansturm bleibt aus**

Ostdeutsche Kassenpatienten interessieren sich nach der Erweiterung der Europäischen Union (EU) nur vereinzelt für medizinische Leistungen in Osteuropa. Das teilte die Barmer Ersatzkasse (BEK) jetzt mit. Laut BEK gehen in den sächsischen Geschäftsstellen im Schnitt lediglich 110 Anfragen pro Woche ein. In Thüringen seien es 40 und in Sachsen-Anhalt etwa 30. Mehr als zwei Drittel der Anfragen betrafen Kuren. Der vermutete große Ansturm auf medizinische Leistungen in Polen oder Tschechien sei jedoch ausgeblieben.

„Stationäre Kuren im Ausland werden wohl die Ausnahme bleiben und nur dann in Frage kommen, wenn dort deutlich bessere Behandlungserfolge als in Deutschland zu erreichen sind“, sagte der Barmer-Landesgeschäftsführer von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, Paul-Friedrich Loose.

Für die Erstattung der Kosten ambulanter Kuren müsse es vor dem Antritt eine ärztliche Verschreibung und eine Genehmigung der Kasse geben, sagte Loose.

Die Fertigung von Zahnersatz in den östlichen Nachbarstaaten spielt nach seinen Worten bislang kaum eine Rolle. pit/dpa

Chronikerprogramme**Positive Zwischenbilanz**

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat für die neu eingeführten Chronikerprogramme eine positive Zwischenbilanz gezogen. Chronisch Kranke erhielten die bestmögliche medizinische Versorgung und das Gesundheitswesen werde finanziell entlastet, sagte die Ministerin in Berlin.

Bei den Disease-Management-Programmen (DMP) werden die Patienten nach bestimmten vorgegebenen Leitlinien behandelt und zu regelmäßigen Kontrolluntersuchungen verpflichtet. Krankenkassen, die ihren Versicherten solche Programme anbieten, erhalten dafür im Finanzausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Bonus. Der Vorstandsvorsitzende der Barmer Ersatzkasse, Eckart Fiedler, sagte, die Behandlungsprogramme seien „ein entscheidender Beitrag zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in

der Versorgung chronisch Kranker“. Rund 1500 Programme seien bereits beim Bundesversicherungsamt akkreditiert, fast eine halbe Million Patienten seien schon eingeschrieben.



Foto: Umi Heidelberg

Der Zweite Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Leonhard R. Hansen, hob hervor, dass es sich bei DMP um ein „lernendes System“ handle. Der Umfang der Dokumentation für die Mediziner sei nach heftiger Kritik inzwischen deutlich reduziert worden. Auch Schmidt betonte, von der Vereinfachung, die vom 1. Juli an gilt, „werden alle Akteure profitieren“. pit/dpa

Deutscher Sportbund & BGMS

Sport tut gut

Unter dem Motto „Sport tut Deutschland gut“ wirbt der Deutsche Sportbund für Sport und Gesundheit. Unterstützt



Foto: MEV

wird die Kampagne vom Bundesgesundheitsministerium (BGMS). „Wer regelmäßig Sport treibt, lebt gesünder. Der tut sich etwas Gutes. Zudem hat eine Gesellschaft mit vielen Millionen sportlich Aktiven ein insgesamt preiswerteres Gesundheitssystem als eine bewegungslose Gesellschaft“, betont Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD).

Spitzenleistungen, wie bei der Fußball-Europameisterschaft und bei Olympia, könnten dazu animieren, die eigenen Sportschuhe hervorzuholen. 27 Millionen Menschen seien bereits Mitglied in einem der über 87 000 Turn- und Sportvereine. ck/pm

Elektronische Gesundheitskarte

Frist wird eingehalten

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Privaten Krankenversicherungen (PKV) haben auf Druck der Bundesregierung mit den Vorbereitungsarbeiten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte begonnen. In einer gemeinsamen Presseerklärung der Selbstverwaltungen von Ärzte- und Zahnärzteschaft, der gesetzlichen und privaten Kassen hieß es, die notwendigen finanziellen Mittel seien bereitgestellt. Das gemeinsame Gremium wurde durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) verpflichtet, bis zum 1. 10. 2004 die notwendigen Strukturen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, des elektronischen Rezeptes und der elektronischen Patientenakte zu schaffen. Diese Frist werde eingehalten, teilte das Gremium mit. ck/pm

BDI zu Prämienmodell

Abkoppeln

Industriepräsident Michael Rogowski hat sich gegen die von SPD und Grünen geplante Bürgerversicherung und für das Gesundheitsprämienmodell der CDU ausgesprochen. Mit den rot-grünen Vorstellungen einer „Einheitsbürgerversicherung“ gelinge es nicht, die gesetzliche Krankenversicherung vom Lohn abzukoppeln.

Mit dem CDU-Prämienmodell könne er sich „dagegen anfreunden“, sagte Rogowski in Berlin bei einer vom Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) veranstalteten Strategie-debatte zur Gesundheits- und Forschungspolitik in Deutschland. Der soziale Ausgleich in der Krankenversicherung müsse über das Steuersystem erfolgen.

pit/dpa

Hauptstadt-Standort Berlin**DGZMK und BZÄK unter einem Dach**

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat nun auch einen Standort in der Hauptstadt der Bundesrepublik. Am 2. Juli eröffnete sie ihr neues Hauptstadtbüro in der Berliner Chausseestraße 13 (Tel.: 030-26105623, Fax: -26105624) im Hause der Bundeszahnärztekammer mit einer Pressekonferenz, zu der auch die Vorsitzenden und Präsidenten aller assoziierten wissenschaftlichen Gesellschaften sowie Arbeitsgemein-

schaften der DGZMK geladen waren. Der wissenschaftliche Dachverband, der inzwischen über 13000 Mitglieder zählt, setzt damit ein Zeichen, denn, so ihr Präsident Prof. Dr. Heiner Weber (Foto links) bei der feierlichen Eröffnung in den Räumen der BZÄK „...wir stürzen uns damit aus dem etwas ruhigeren Rheinland (Hauptsitz der DGZMK, wo die Basisarbeit geleistet wird, ist Düsseldorf), ins politische Getümmel.“ Weber weiter: „Wir wollen mit der Politik gemeinsam unsere Forderungen diskutieren, und das geht hier vor Ort einfacher, als vom Rhein aus. Fachliche Qualität kann nur dann geleistet werden, wenn die Rahmenbedingungen dazu stimmen, und die gilt es in unsere Richtung zu lenken!“ Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der BZÄK, begrüßt die Entscheidung der wissenschaftlichen Dachorganisation aufs Äußerste, denn, so der Präsident, „...gehören doch standespolitische und fachliche Kompetenz eng zusammen“, (Foto rechts). Weiterhin ist die Homepage der DGZMK (<http://www.dgzmk.de>) Informationsgeber über Tagungen, Fortbildung, Stellungnahmen und vieles mehr. sp



Foto: Lopata

schaften der DGZMK geladen waren. Der wissenschaftliche Dachverband, der inzwischen über 13000 Mitglieder zählt, setzt damit ein Zeichen, denn, so ihr Präsident Prof. Dr. Heiner Weber (Foto links) bei der feierlichen Eröffnung in den Räumen der BZÄK „...wir stürzen uns damit aus dem etwas ruhigeren Rheinland (Hauptsitz der DGZMK, wo die Basisarbeit geleistet wird, ist Düsseldorf), ins politische Getümmel.“ Weber weiter: „Wir wollen mit der Politik gemeinsam unsere Forderungen diskutieren, und das geht hier vor Ort einfacher, als vom Rhein aus. Fachliche Qualität kann nur dann geleistet werden, wenn die Rahmenbedingungen

Hygiene**Krawattenverbot für Ärzte**

Krawatten sind Keimschleudern, fanden New Yorker Klinikhygieniker bei der Untersuchung der Krawatten von 42 Klinikärzten, so wie es im New Scientist zu lesen ist. Auf der Hälfte der Binder fanden sich pathogene Keime, wie Staphylokokken, Klebsiellen und Pseudomonas. Zwar spielen Krawatten als Krankheitsüberträger im Vergleich zu ungenügend gewaschenen Händen eher eine untergeordnete Rolle, dennoch sollten Ärzte beim Umgang mit ihren Patienten keinen Schlips tragen, empfehlen die Experten. thy

Gesichtsschmerzen**Orofaziales Syndrom multimodal angehen**

Orofaziale Schmerzen stehen im Zusammenhang mit verschiedenen anatomischen und physiologischen Elementen ... mit der Okklusion der Zähne, mit Kiefergelenken, Kaumuskelatur und Halswirbelsäule. Die Versorgung der Patienten muss daher interdisziplinär und multimodal erfolgen, wie die Praxis Depesche schreibt. Häufige Ursache orofazialer Schmerzsyndrome sind Störungen im kranio-mandibulären System, etwa Dysgnathien. Die Zähne dienen der Feineinstellung der Wirbelsäule, erläuterte W. Bartel, Halberstadt, denn der Patient hält sein Kopf immer so, wie seine Zähne zu einander passen. Statische und dynamische Okklusion der Zähne beeinflussen über die neuromuskulär-arthrogene Verkettung im orofazialen Komplex die Kopf- und Kiefergelenke; Unstimmigkeiten führen dort zu funktionellen Störungen an Gelenk und Muskulatur und verursachen Schmerzen im Nervenverbreitungsgebiet. Atypischer Gesichtsschmerz, Schluckbeschwerden, Burning-mouth-Syndrom, Ohrenscherzen und Hörstörungen, Augenschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel und Verspannungen der Hals- und Nackenmuskulatur können auf diese Störungen zurückzuführen sein. Zudem hat die Okklusion eine sekundäre Fernwirkung auf die gesamte Wirbelsäule. Therapeutisch kommen manualtherapeutische Deblockierung unter anderem der Kopf- und Halsgelenke, Elektrotherapie, Akkupunktur oder auch gnathologische Maßnahmen (zum Beispiel Aufbiss-Schienen) in Betracht.



Foto: EyeWire

Unterstützend sollte eine medikamentöse Schmerztherapie eingesetzt werden. Bei akuten Nozizeptorschmerzen ist das NSAR Dexketoprofen-Trometamol sein Mittel der Wahl, so Bartel. Es verfügt über eine starke antiphlogistisch-analgetische Wirkung und wird aufgrund seiner hohen Wasserlöslichkeit nach oraler Gabe rasch resorbiert. Die Wirkung setzt daher schnell ein und die lokale Magenverträglichkeit ist gut. sp/pd

Begleitstudium für Ärzte in spe**Anthroposophische Medizin in Witten**

Die Universität Witten/Herdecke hat als erste Hochschule in Deutschland ein Begleitstudium „Anthroposophische Medizin“ für angehende Ärzte eingerichtet. Damit können Studenten die erforderlichen theoretischen Kenntnisse erwerben, die für die Anerkennung als „anthroposophischer Arzt“ erforderlich sind. „Das Begleitstudium ist integriert in das normale naturwissenschaftliche Studium“, so Dr. Christian Scheffer, Dozent für anthroposophische Medizin. „Wir wollen die Schulmedizin um seelisch-geistige Aspekte erweitern.“ Nach Abschluss des Begleitstudiums erhalten die Studenten ein Zertifikat. Für die Anerkennung als anthroposophischer Arzt müssen sie zusätzlich ein zweijähriges Praktikum ableisten. ck/ÄZ

Latex-Fruit-Syndrom**Urtikaria durch Kreuzreaktion**

Mehr als die Hälfte der Patienten mit Latex-Allergie sind auch gegen bestimmte Früchte (Mango, Papaya und mehr) sensibilisiert. Hauptsächlich sind Chitinasen der Klasse I an diesen Kreuzreaktionen beteiligt, die überlicherweise akute Symptome auslösen. Dass sie auch für eine chronische Urtikaria verantwortlich sein können, zeigen zwei Fälle aus Italien. Ein 18-jähriger Friseur reagierte mit Hautjucken auf das Tragen von Latex-Handschuhen, eine 38-jährige Kosmetikerin mit Atemnot und lokalem Erythem. Beide klagten über eine chronische Urtikaria, die nicht Latex-in-

duziert war (da beide Latex-Kontakt sorgfältig vermieden) und die trotz der Gabe von zehn Milligramm Cetirizin täglich auftrat.

Da die Urtikaria nicht auf Latex zurückzuführen war, wies man die Patienten an, bestimmte Obstsorten zu meiden, die mit Latex kreuzreagieren könnten. Am Ende dieser Diätphase waren beide symptomfrei und brauchten keine Antihistaminika mehr. Als sie wieder aßen wie vorher, kehrten die Symptome zurück und bestätigten den Zusammenhang zwischen der Urtikaria und den kreuzreagierenden Früchten. Also sollte man bei chronischer Urtikaria eine Auslassdiät durchführen, bei Latex-Allergikern vor allem auf kreuzreagierendes Obst achten. sp/pd

Allergien**Küssen kann die Ursache sein**

In einer schwedischen Studie wurden 1 139 Personen mit vermuteter Nahrungsmittel-Hypersensibilität nach allergischen Reaktionen bei engem Kontakt mit Menschen befragt, die das nicht tolerierte Lebensmittel gegessen hatten. Bei zwölf Prozent der Befragten waren nach einem Kuss allergische Symptome aufgetreten, wenn der Geküsste kurz zuvor entsprechende Speisen zu sich genommen hatte. Allergische Reaktionen wurden auch berichtet, wenn in der Nähe nicht tolerierte Lebensmittel zubereitet oder gegessen wurden. Mehr als die Hälfte der Befragten



Foto: CC

finden es schwierig, geeignete Lebensmittel für den täglichen Speiseplan zu finden. Angst vor schweren allergischen Reaktionen beim Verzehr entsprechender Lebensmittel hatten 44 Prozent der Teilnehmer, wie die Praxis Depesche schreibt. sp/pd

Fußballsyndrom**HWS-Degeneration durch Kopfbälle**

Die Kraft eines Fußballes, die beim Köpfen auf den Kopf eines Spielers einwirkt, wird größtenteils von der HWS aufgefangen. In der Türkei wurden die Folgen bei 15 aktiven und 15 ehemaligen Amateurfußballern quantifi-

ziert. Biomechanische Messungen zeigten, dass bei Fußballern im Vergleich zu altersgleichen Nichtkickern das Extensionsmoment höher, die HWS aber deutlich weniger flexibel ist. Röntgen und NMR ergaben besonders bei älteren Fußballern häufiger degenerative Veränderungen, wie geschädigte Zervikalbandscheiben und gestauchtes Rückenmark. Der sagittale Durchmesser des Spinalkanals zwischen C2 und C6 war bei Ehemaligen deutlich geringer als bei Aktiven und Kontrollen. Das heißt, dass wiederholte Mikro- und Makrotraumen der HWS durch häufiges Köpfen bei Fußballspielern zu vorzeitiger HWS-Degeneration führen. Eine Stärkung der Halsmuskulatur sollte beim Training berücksichtigt werden. sp/p



Foto: EyeWire

Kontaktallergien**Analekzem durch Feuchties**

Gerade auf vorgeschädigter Haut machen sich die Nachteile von feuchtem Toilettenpapier besonders bemerkbar: Sie sind in der Regel mit Duftstoffen und anderen potenziellen Allergenen, wie Bioziden, versehen, die aufgrund der gestörten Barrierefunktion die Epidermis leicht durchdringen und zu einer Typ-IV-Sensibilisierung führen können. Ein Fall aus Graz wurde jetzt in *Hautarzt* 54 (2003) 970 - 973 vorgestellt.

Ein 63-jähriger Mann klagte über nässende Effloreszenzen und Bläschen an der linken Handfläche; die eingehende Untersuchung deckte sie auch perianal und in der Rima ani auf. Der Patient wurde eine Woche lang sta-

tionär antibiotisch und mit topischen Steroiden behandelt. Das Ekzem heilte vollständig ab. Der Epikutantest zeigte eine positive Reaktion auf Methylidibromoglutaronitril/Phenylloxyethanol und Jodopropinylbutylcarbammat. Die Anamnese ergab, dass der Patient seit einer Hemikolektomie (sie war wegen Dickdarmadenom durchgeführt worden) regelmäßig feuchtes Toilettenpapier verwendet hatte. Sämtliche von ihm benutzten Produkte enthielten die Biozide, auf die er positiv reagierte. Man riet ihm, nur Wasser und trockenes, ungefärbtes Toilettenpapier zu verwenden und alle Externa vor Gebrauch in der Ellenbeuge testen zu lassen. sp/pt

Heilkräfte nicht belegt**Noni-Saft ist ohne Wirkung**

Die angeblichen Heilkräfte des „Noni-Saftes“ sind wissenschaftlich nicht belegt. Darauf hat Emilia Müller, Staatssekretärin des bayerischen Verbraucherschutzministeriums, hingewiesen.

„Noni-Saft ist ein Fruchtsaft wie jeder andere. Er hat nach derzeitigem Wissensstand keine besonderen gesundheitsfördernden Wirkungen“, betonte Müller. „Das sollten die Verbraucher wissen, bevor sie viel Geld für den Saft hinlegen.“

Schon 2002 habe der Wissenschaftliche Lebensmittelausschuss der EU festgestellt, so Müller, „dass für Noni-Saft keine

Erkenntnisse hinsichtlich eines besonderen gesundheitsfördernden Effektes vorliegen.“

Der Saft der in Polynesien beheimateten Indischen Maulbeere wird zurzeit unter dem Namen „Noni-Saft“ im Internet verkauft. Teilweise würden dafür Preise bis zu 65 Euro pro 0,75 Liter gezahlt. ck/pm



Foto: nomiland.com

Cave**Hautveränderungen durch Psychopharmaka**

Psychotrope Medikamente verursachen gelegentlich Nebenwirkungen an der Haut – daher sollten sowohl Hautärzte als auch Psychiater mit den häufigsten Hauterscheinungen unter einer Therapie mit Psychopharmaka vertraut sein.

Ungefähr zwei bis fünf Prozent aller Patienten, die psychotrope Präparate einnehmen, entwickeln medikamentenassoziierte Hautveränderungen. Diese Hauterscheinungen sind somit die häufigsten allergischen Reaktionen auf die Psychopharmaka. Vor allem Carbamazepin führt in zehn bis elf Prozent der Fälle überproportional häufig zu Hautirritationen. Meistens handelt es sich um Exantheme, Urtikaria und Angioödem. Die Hautveränderungen sind nicht dosisabhängig und erscheinen sofort nach Reexposition wieder. Kreuzreaktio-

nen sind ebenfalls möglich, wie das *Eur Acad Dermatol Venereol* 17 (2003) 383-393 berichtet. In seltenen Fällen kommt es zu lebensgefährlichen Hauterkrankungen, zum Beispiel Erythema multiforme, Stevens-Johnson-Syndrom und toxischer epidermaler Nekrolyse. Vor allem Patienten, die Carbamazepin, Phenobarbital und Valproinsäure einnehmen, sind besonders gefährdet. Ein sofortiges Absetzen der Medikation und die stationäre Überwachung und Behandlung sind beim Auftreten dieser Hauterkrankungen erforderlich. Da auch die weniger gefährlichen medikamentenassoziierten Hauterkrankungen häufig zur Non-Compliance der Patienten führen, ist ein frühzeitiges Erkennen der Zusammenhänge und möglichst ein Wechsel des psychotropen Präparates erforderlich. sp/pt

Zahnersatz: Festzuschüsse ab 2005

Der Patient als Gewinner

Als „wichtige und gute Weichenstellung für die Zukunft“ wertet der amtierende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, die ab kommendem Jahr geltende Zahnersatz-Regelversorgung für GKV-Patienten. Zahnärzte und Krankenkassen hatten sich im Gemeinsamen Bundesausschuss am 23. Juni in Köln auf Befunde, für die ab Januar 2005 Festzuschüsse gewährt werden (§ 55 SGB V), sowie auf die zugeordneten prothetischen Regelversorgungen (§ 56 Abs. 2 SGB V) geeinigt. Damit ist, so der KZBV-Chef am 24. Juni vor Pressevertretern in Berlin, „die Ziellinie der zahnärztlichen Selbstverwaltung bei den Verhandlungen erreicht“.

„Der Patient hat gewonnen“, erklärte Fedderwitz im überfüllten Saal des Hauses der Bundespressekonferenz: „Entgegen allen Unkenrufen der Krankenkassen werden gesetzlich Krankenversicherte auch im nächsten Jahr mit ihrer prothetischen Versorgung nicht schlechter gestellt sein als bisher, in vielen Fällen sogar besser.“

In weit über 90 Prozent der Fälle werde sich für die finanzielle Belastung der Patienten gegenüber heute nichts ändern. Die Einschränkung: Mehr bezahlt werden müsse künftig für „Luxus“. „Auch wenn die Krankenkassen versucht haben, den Bereich der Regelleistung deutlich in diese Richtung auszudehnen, ist das nicht Aufgabe der GKV“, betonte der KZBV-Vorsitzende. Pflicht sei vielmehr gewesen, angesichts der bestehenden Finanzbelastung den GKV-Anspruch „auf die Versorgungswirklichkeit zurückzuschrauben“.

Die Kassen wollten ausscheren

Absolute „Deadline“ beim im Bundesausschuss ausgehandelten Zahnersatz sei der Zuschuss für eine Brücke bis zu vier fehlenden Zähnen. Was darüber hinaus geht, fällt in der Regelversorgung künftig als herausnehmbare Prothese an. „Dieser Opulenz-Antrag der Kassen wurde im Bundesausschuss abgelehnt“, berichtete Fedderwitz. Für die Patienten sei das kein Nachteil. Die Frequenz dieser Fälle liege bei weniger als einem Prozent des Zahnersatzes. Und der Zu-

schuss der GKV für bis zu vier fehlende Zähne mache künftig sogar mehr aus als noch zurzeit. Verhindert habe die KZBV auch weitere überzogene Forderungen der Kassen, beispielsweise die angedachte Einbeziehung des Einzelzahnimplantats oder der Unterkieferstegversorgung. „Insgesamt ist das Versorgungsniveau nicht verändert worden, auch die Zuschussituation ist nahezu gleich geblieben“, bestätigte auch der

Das immense Interesse der Medien an den Verhandlungsergebnissen des Vorabends – in Köln hatte man sich bis auf „wenige noch abzustimmende Details“ auf acht Kernbereiche mit insgesamt 43 Festzuschüssen geeinigt – war auch Folge von öffentlichen Provokationen der Krankenkassen: „Bis zu 1,1 Milliarden Euro mehr“ müssten die Patienten künftig zahlen, so die Warnungen von Kassenseite vor einer „zu erwartenden Abzockerei“ der Patienten durch die Zahnärzte. Diese Summe, behaupteten die Kassenstrategen, würden Deutschlands Zahnärzte künftig durch in den Verhandlungen gezielt betriebenes Ausgrenzen von Leistungspositionen aus der Regelversorgung privatwirtschaftlich zuverdienen.

„Absurd“, so Fedderwitz dazu kurz und knapp. Bisher liege das gesamte Honorar der Zahnärzte für den Bereich Zahnersatz in dieser Höhe. Die verbleibenden zwei Drittel des GKV-Budgets für ZE in Höhe von insgesamt 3,3 Milliarden Euro entfielen auf Materialkosten. Rechnerisch wäre somit laut



Fotos: Lopata

Präsentierten die Ergebnisse des Bundesausschusses in Sachen ZE-Festzuschüsse (v.l.n.r.): Dr. Wolfgang Eßer, Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Günther E. Buchholz, Dr. Reiner Kern (Moderation).

an der Verhandlungsführung aktiv beteiligte KZBV-Vorstand Dr. Wolfgang Eßer. Änderungen hätten sich nur in einem Bereich unter fünf Prozent der Fälle ergeben. Betroffen sei in erster Linie der „Komfort- oder Wellnessbereich“. Bei den so genannten Einfachlösungen stehe sich der Patient – bezogen auf den zu zahlenden Eigenanteil – künftig sogar besser als bisher, erläuterte Vorstandsmitglied Eßer den Medienvertretern die Ergebnisse an Einzelbeispielen.

Krankenkassen eine Verdopplung der bisherigen Honorare zu erwarten. „Eine ebenso unwahrscheinliche wie unseriöse Panikmache“, so die KZBV zur Propaganda der Verhandlungsgegner. Zur Erinnerung: Die Kassen hatten auch im Zuge der Festzuschuss-Einführung 1997/98 unter dem damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer durch Unterstellungen gegen die Zahnärzteschaft die Politik zum Rückzug getrieben. Entsprechend wurden die Behauptungen über eine

künftig mögliche Ausweitung der zahnärztlichen Honorare seitens der KZBV mit Nachdruck zurückgewiesen: Solche Mutmaßungen zum Zahnersatz seien, so KZBV-Vorstandsmitglied Eßer, mit Blick auf die Budgetierung im System ohnehin unreal. „Alle Leistungen, die über das Budget hinaus gehen, werden nicht vergütet.“ Hier leisteten die Zahnärzte ohnehin jedes Jahr Arbeit im Wert von etlichen Millionen Euro „für Lau“.

„Das Gesetz gibt den Auftrag, in den Festzuschüssen die zahnmedizinische Versorgungswirklichkeit von Heute abzubilden. Diesem Auftrag haben sich alle Beteiligten im Bundesausschuss in großer Verantwortung gestellt. Nun versuchen die Kassen hier offenbar auszuscheren und machen dafür auch noch die Zahnärzteschaft verantwortlich“, ärgerte sich auch der KZBV-Vorsitzende Fedderwitz. Wer vor diesem Hintergrund den Eindruck erwecken wolle, die neue Regelung sei für die Zahnärzte „eine Lizenz zum Gelddrucken“, der zeige allenfalls, dass ihm die neue gesetzliche Regelung aus anderen Gründen „ein Dorn im Auge“ sei.

Druck aus dem Ministerium

Schützenhilfe kam in diesem Fall einmal aus dem Bundesgesundheitsministerium: „Die Versorgung mit Zahnersatz bleibt für die Versicherten in der Regel auf dem heutigen Versorgungsniveau. Die Versicherten können jedoch mit Festzuschüssen besser kalkulieren, und sie müssen nicht mehr befürchten, dass sie die Kassenleistung verlieren“, hieß es in einer prompten Reaktion von BMGS-Sprecher Klaus Vater zur in der Bild-Zeitung berichteten Kassen-Unterstellung. In der Tat will das Ministerium augenscheinlich mit allen Mitteln vorsorgen, dass die von linken SPD-Kreisen und Krankenkassen stark opponierte Festzuschuss-Regelung nicht in ähnliche Fahrwasser gerät wie die Anfang des Jahres angegriffene Zehn Euro-Kassengebühr.

Letztlich hatte in den Bundesausschuss-Verhandlungen im Kölner Zahnärztheaus dann

doch die Vernunft obsiegt: „Auch die sozial Schwachen werden nicht, wie es die Krankenkassen angestrebt hatten, im Regen stehen gelassen“, so Fedderwitz zum Versuch der GKV-Seite, in der Frage der Versorgung von Härtefällen anfallende Zuzahlungen nicht zu übernehmen. In diesem Fall wurde nach „gehörigem Druck des Ministeriums auf die Kassen“ erreicht, dass die Regelleistung beim Zahnersatz zuzahlungsfrei bleibt. „Wenn beim Härtefall die Kosten den doppelten Festzuschuss übersteigen“, so auch der an der Verhandlungsführung intensiv beteiligte KZBV-Vorstand Dr. Günther E.



Regier Austausch mit Medienvertretern schafft – trotz ernster Materie – auch Raum für vergnügliche Momente: Dr. Eßer, Dr. Fedderwitz und Dr. Buchholz (v.l.n.r.) in Reaktion auf einen journalistischen Zwischenruf.

Buchholz, „werden die Krankenkassen die Restbeträge mit übernehmen“. Damit wurde erreicht, dass die Kosten für Härtefälle im vollen Umfang übernommen werden.

Mercedes bestellen, aber nur Golf bezahlen

Letztlich sei die von GKV-Seite geschürte Angst alles andere als begründet, versicherte der KZBV-Vorsitzende Fedderwitz gegenüber den Journalisten. Das Gegenteil sei richtig: „Die Festzuschüsse, die im kommenden Jahr beim Zahnersatz eingeführt werden, sichern dem Patienten erhebliche Vorteile.“ Er habe künftig größere Wahlfreiheit und „könne am medizinischen Fortschritt direkt teilhaben“. Ein herausragendes Beispiel sei die Implantatversorgung, für die der GKV-Patient bisher keinen Zuschuss erhielt. Beendet sei künftig auch die im Rahmen prozentualer Zuschüsse herrschende soziale Ungerechtigkeit, dass ein höherer Eigenanteil für eine „opulenter“ Versorgung auch

einen höheren Kassenanteil garantiere. Die neue, klarere Struktur sei zudem auch vorteilhafter für die Kassen: Sie schaffe mehr Transparenz, ermögliche somit auch eine bessere Planung.

Und der weitere Weg? Mit der Einigung vom 23. Juni seien, so Vorstandsmitglied Buchholz, „alle Befunde verabschiedet“. In Laufe zweier weiterer Sitzungen werde es darum gehen, in Details redaktionelle Anpassungen vorzunehmen, um „Missverständnisse in der Auslegung zu vermeiden“.

Bis zum 30. September hat der Bundesausschuss nunmehr die Aufgabe, die finanzielle

Struktur der Festzuschüsse zu klären. Auf dieser Basis wird dann auch eine exakte Einschätzung der Kosten für die künftig erforderliche Zusatzversicherung möglich. Die zahnärztlichen Verhandlungsteilnehmer zeigten sich zuversichtlich, dass die für die GKV-Versicherung anzusetzenden Kosten im Rahmen bleiben: „Auch wenn der Monatsbeitrag noch nicht fest steht, wird er sich wohl deutlich unter zehn Euro bewegen“, prognostizierte KZBV-Chef Fedderwitz.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte die Beteiligten im Vorfeld aufgefordert, für „eine sechs vor dem Komma“ zu sorgen. Der Versuch der Kassen, während der Verhandlungen „den Mercedes zu bestellen, aber nur den Golf bezahlen zu wollen“, habe laut Fedderwitz allerdings zu einer anderen Situation geführt. Die KZBV hält angesichts der bisherigen Ergebnisse einen Monatsbeitrag um die acht Euro für möglich.

Ausdrücklich rieten die KZBV-Vorstände den Versicherten davon ab, schon jetzt eine Entscheidung für einen speziellen Versicherungsanbieter zu treffen. Fedderwitz: „Da wird von Seiten der Versicherer momentan mit der Unsicherheit der Menschen gespielt. Das ist unseriös. Erst im Herbst dieses Jahres werden alle Voraussetzungen für die Zahnersatzversicherung geklärt sein. Erst dann sollte der Versicherte auch prüfen und entscheiden.“

mn

BZÄK verabschiedet neue Mundgesundheitsziele

Global denken, lokal handeln

Einstimmig verabschiedete die Bundeszahnärztekammer auf ihrer diesjährigen Klausurtagung (11. und 12. Juni in Bremen, siehe Bericht in zm 13/2004) eine aktualisierte Fassung der nationalen Mundgesundheitsziele. Das vom BZÄK-Ausschuss Präventive Zahnheilkunde vorbereitete Papier – das letzte stammte aus dem Jahre 1996 – folgt den 2003 von der FDI ausgesprochenen Empfehlungen, „lokal relevante Zielsetzungen“ festzulegen, die bis zum Jahr 2020 erreicht werden sollen. Die Mundgesundheitsziele, die die zm zusammen mit den ihnen zu Grunde liegenden FDI-Empfehlungen nachfolgend im Wortlaut dokumentieren, bieten eine lohnende Grundlage für die gesundheitspolitische Positionierung der deutschen Zahnärzteschaft.



Fotos: JFI/PhotoDisc

Nicht alle Empfehlungen haben für alle Länder Gültigkeit – was im „großen Ganzen“ zutrifft, kann vor Ort ganz anders aussehen.

1981 erstellten der Weltzahnärzteverband FDI und die World Health Organization WHO gemeinsam die ersten globalen Mundgesundheitsziele für das Jahr 2000. Die Ziele erwiesen sich als große Hilfe: Eine Überprüfung ergab, dass sie in vielen Ländern erreicht und sogar übertroffen wurden. Für einen erheblichen Teil der Weltbevölkerung blieben sie jedoch ein Wunschtraum.

Eine internationale Arbeitsgruppe aus Vertretern der FDI, WHO und der International Association of Dental Research (IADR) hat Ziele für das neue Jahrtausend bis zum Jahr 2020 entwickelt („Global Goals for Oral Health“).

Diese unterscheiden sich erheblich von denen aus dem Jahr 1981:

Erstens sind sie allgemeiner formuliert. Ihr Zweck besteht darin, die regionale, nationale und lokale Mundgesundheitspolitik leichter definieren zu können, um dann de-

tailliertere und lokal relevante Ziele festzulegen. Was den Umfang der vorliegenden Aufgaben betrifft, sind die früheren Ziele im Detail ähnlich.

Zweitens werden keine quantitativen Zielsetzungen vorgegeben, da diese je nach lo-

kalen Gegebenheiten – darunter fallen lokale Prioritäten, die geeignete Informationsbasis, sowie Verbreitung und Schweregrad der Krankheiten – festgelegt werden müssen.

Dieses Papier mit Vorschlägen für neue globale Mundgesundheitsziele, detaillierteren und komplexeren Zielsetzungen und Aufgaben soll ein Rahmen sein für die Gesundheitspolitik auf verschiedenen Ebenen – regional, national und lokal – keine Vorschrift. Wenn sie auf globaler Ebene allgemein verbreitet werden, erhofft man sich, dass lokale Aktivitäten im Sinne des UN-Entwicklungsprogramms mobilisiert werden. In diesem Programm heißt es: „Global denken, lokal handeln“.

Ein wichtiges Ergebnis der geführten Diskussion ist, dass nicht alle Empfehlungen gleichermaßen für alle Bevölkerungen und Länder gelten. Die Akteure können den Zielen und Zielsetzungen auf regionaler und sogar globaler Ebene zustimmen und zugleich die Aufgaben je nach den lokalen Gegebenheiten variieren und aufeinander abstimmen.

Mit anderen Worten: Die besten Mundgesundheitsziele auf nationaler und lokaler Ebene sind solche, die die Bevölkerung möglichst schnell und nah an die globalen Ziele heranbringen, indem sie lokal relevante Zielsetzungen definieren. ■

Mundgesundheitsziele (Auswahl)

Alter	Unsere Ziele 2000	Ist-Zustand 1997/2000	WHO Ziele 2010 ⁽¹⁾	Unsere Ziele 2020
6 Jahre (Milchzähne)	60 % kariesfreie Gebisse	33 % – 60 % kariesfreie Gebisse	90 % kariesfreie Gebisse	80 % kariesfreie Gebisse
12 Jahre	2,0 DMFT	1,2 DMFT	1,0 DMFT	< 1,0 DMFT
65-74 Jahre	weniger als 20 % vollständig zahnlos	24,8 % vollständig zahnlos	weniger als 5 % vollständig zahnlos	weniger als 15 % vollständig zahnlos

(1) Global für länderübergreifende Regionen (hier: EURO-Region) definierte Zielsetzungen der WHO/FDI, die durch die „Global Goals for Oral Health“ der FDI/WHO/IADR im Jahre 2003 ersetzt wurden (angenommen von der FDI-Generalversammlung: 18. September 2003, Sidney)

Quelle: BZÄK

Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020

Einleitung

In Deutschland hat die Erarbeitung von Gesundheitszielen in den letzten Jahren eine starke Beachtung erfahren. Erfolgreich etabliert hat sich in Ergänzung zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik zum Beispiel das GVG-Projekt gesundheitsziele.de (Anmerkung der Redaktion: Gemeinsames Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) zur Evidenzbasierung von Gesundheitszielen).

Die Bundeszahnärztekammer sieht in der Weiterentwicklung ihrer 1996 formulierten Zielsetzungen zur Mundgesundheit eine lohnende Möglichkeit der gesundheitspolitischen Positionierung:

■ Mundgesundheitsziele können als Argumentationsbasis in der versorgungspolitischen Diskussion zur Umsetzung bestimmter politischer Rahmenseetzungen einen wichtigen Beitrag leisten. Sie bieten damit eine Plattform für den Berufsstand, um perspektivisch sowohl an der Verbesserung der Mundgesundheit als auch an der politischen Mitgestaltung des Gesundheitssystems aktiv teilzunehmen und entsprechende Rahmenbedingungen einzufordern.

■ Mundgesundheitsziele definieren Aufgaben für die Zahnärzteschaft und bieten die Möglichkeit der Evaluation und Bewertung der zahnärztlichen Tätigkeit sowie der gesundheits- und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen.

■ Mundgesundheitsziele verfolgen präventive Aspekte, und schließlich geben internationale Entwicklungen eindeutig die gesundheitspolitische Richtung der Formulierung von (Mund-) Gesundheitszielen vor.

■ Eine erfolgreiche Umsetzung der Zielsetzungen im Bereich Mundgesundheit erfordert die Bereitstellung gesundheitsökonomischer Ressourcen, also die Gewährung einer angemessenen Vergütung der zahnärztlichen präventiven Maßnahmen inner- und außerhalb der GKV.

So sind die von der WHO / FDI in den 80er Jahren ausgegebenen Ziele zur Verbesserung der Mundgesundheit bis zum Jahr 2000 bekannt. Diese global für länderübergreifende Regionen definierten Zielsetzungen, die als mundgesundheitliche Indikatoren überwiegend zahnbezogene Aspekte quantitativ berücksichtigen, müssen jedoch durch konkrete regionale



Teilziele und um weitere, auch versorgungspolitische, Zielparameter ergänzt werden, um eine adäquate gesundheitspolitische Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung der Zielvorgaben auf Landesebene zu gewährleisten.

Um diesen Herausforderungen Rechnung zu tragen, finden in diesem Papier in Anlehnung an die Inhalte der „Global Goals for Oral Health“ (FDI 2003) bei den aktualisierten Zielsetzungen die regionalen Besonderheiten sowie landes- und systemspezifische Schwerpunkte zur Definition von konkreten Mundgesundheitszielen und Aufgaben für Deutschland Berücksichtigung.

Sowohl Prävalenzen von Erkrankungen des Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereiches als auch Versorgungsgrad und Behandlungsbedarfe in verschiedenen Altersklassen und sozialen Schichten stellen die Grundlage für die Formulierung der aktuellen Mundgesundheitsziele und Aufgaben dar. Die zahnbezogene Fokussierung auf die Definition von Mundgesundheitszielen erfährt dabei eine deutliche Erweiterung um sowohl krankheitsbezogene als auch gesundheitsförderliche und präventive Zielbereiche, im Sinne der Einheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Das bedeutet, auch die Therapie ist präventionsorientiert ausgerichtet, denn sie beseitigt vorliegende Erkrankungsursachen und minimiert beziehungsweise schließt das Risiko für eine Wiedererkrankung aus.

Die präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde reicht also weit über die Förderung reiner primärpräventiver Leistungen einer Karies- oder Parodontitisprophylaxe hinaus. Im Vordergrund steht die lebensbegleitende Prävention in allen Bereichen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dieser Präventionsansatz hat zum Ziel, langfristig den Umfang restaurativer Maßnahmen vor allem im jüngeren und mittleren Lebensalter zu reduzieren und die Lebensqualität durch Erhalt einer oralen Gesundheit in ihrer Wechselwirkung zum Gesamtorganismus positiv zu beeinflussen. Dieses Ziel kann nur dann verwirklicht werden, wenn es gelingt, die Patienten von der Notwendigkeit ihrer Mit-

verantwortung als Co-Produzenten ihrer Gesundheit zu überzeugen und eine kontinuierliche Mitarbeit bei der Erhaltung der Mundgesundheit sicherzustellen.

Mundgesundheit ist von der Allgemeingesundheit nicht zu trennen und Gesundheitszielsetzungen sind immer an die Spezifika des Gesundheitssystems gebunden. Durch die gemeinsame wissenschaftliche und standespolitische Erarbeitung der Mundgesundheitsziele sind in einem breiten Konsensprozess die Voraussetzungen für eine weitere Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland geschaffen worden, allerdings unter der Annahme, dass sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Präventionspolitik verbessern.

Ob und wie die evaluierbar formulierten Mundgesundheitsziele und -teilziele erreicht werden können, hängt vom Engagement und der Bereitschaft aller Akteure und Institutionen des Gesundheitssystems, sich bei der Realisierung entsprechender Maßnahmen einzubringen sowie entscheidend von der Umsetzung der gesundheitspolitischen Forderungen der Zahnärzteschaft ab. Hierbei steht ein angemessener Ressourceneinsatz finanzieller, organisatorischer und personeller Art ganz im Vordergrund, um die präventiven Outcomes zu verbessern.

Ziele, Zielsetzungen und Zielvorgaben

Ziele

1. Förderung der Mundgesundheit und Reduzierung der Auswirkungen von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen auf die Allgemeingesundheit und die psychosoziale Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen.

2. Reduzierung der Auswirkungen von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen auf die Allgemeingesundheit sowohl auf Individual- als auch auf Bevölkerungsebene durch Früherkennung, Prävention und effiziente Behandlung oraler Erkrankungen.

Zielsetzungen

1. Reduzierung der durch Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bedingten Mortalitäts- und Morbiditätsrate und dadurch Steigerung der Lebensqualität;

2. Unterstützung von notwendigen Strukturen und Programmen für die Mundgesundheitsversorgung, die anhand systematischer Überprüfung der bestmöglichen Praxiserkenntnisse erarbeitet wurden (das heißt evidenzbasiert);
3. Unterstützung akzeptabler und kosteneffizienter (Mund-)Gesundheitskonzepte zur Prävention und zur Kontrolle von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie zur Verbesserung der Allgemeingesundheit unter Berücksichtigung allgemeiner Risikofaktoren. Entwicklung von Mundgesundheitsprogrammen zur Verbesserung der Mundgesundheit bei sozialen und medizinischen Risikogruppen;
4. Integration der Mundgesundheitsförderung und -versorgung in andere, die Gesundheit beeinflussende, Bereiche;
5. Unterstützung von Systemen und Maßnahmen zur prozess- und ergebnisorientierten Evaluation der Mundgesundheit;
6. Förderung der sozialen und berufsethischen Verantwortung des zahnärztlichen Berufsstandes.

Zielvorgaben

Bis zum Jahre 2020 soll Folgendes erreicht sein:

1. Zahnhartsubstanzdefekte

■ Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den Sechsjährigen Kindern soll mindestens 80 Prozent betragen.

Baseline (DAJ 2001): Anteil naturgesunder Gebisse bei Sechs- bis Siebenjährigen im Jahr 2000: 33,3 bis 60,2 Prozent

■ Reduzierung des DMFT-Index bei den Zwölfjährigen auf einen Wert von unter 1.

Halbierung des Anteils der Zwölfjährigen mit hohem Kariesbefall (DMFT-Index > 2, Bezugs-wert 1997).

Baseline (DAJ 2001, IDZ 1999): Mittlerer DMFT-Wert bei Zwölfjährigen im Jahr 2000: 1,21

Anteil der Zwölfjährigen mit einem hohen Kariesbefall (DMFT-Index > 2) im Jahr 1997: 29,6 Prozent

■ Reduzierung des mittleren M-T Wertes in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen auf 3.

Baseline (IDZ 1999): Mittlerer M-T Wert bei 35- bis 44-Jährigen im Jahr 1997: 3,9

2. Parodontopathien

■ Reduzierung der Prävalenz schwerer parodontaler Erkrankungen, unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Rauchen, schlechte Mundhygiene, Stress und systemische Erkrankungen auf zehn Prozent in der Altersgruppe

der 35- bis 44-Jährigen beziehungsweise auf 20 Prozent in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen.

Baseline (IDZ 1999): Schwere parodontale Erkrankungen (CPI = 4) bei 35- bis 44-Jährigen im Jahr 1997: 14,1 Prozent

Schwere parodontale Erkrankungen (CPI = 4) bei 65- bis 74-Jährigen im Jahr 1997: 24,4 Prozent

3. Zahnverlust / Zahnlosigkeit

■ Reduzierung der Häufigkeit der vollständigen Zahnlosigkeit in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen auf unter 15 Prozent.

Baseline (IDZ 1999): Prävalenz der vollständigen Zahnlosigkeit bei 65- bis 74-Jährigen im Jahr 1997: 24,8 Prozent

4. Mundschleimhautveränderungen

■ Die Erkennung und frühzeitige, gezielte Diagnostik von Mundschleimhautveränderungen, insbesondere von Präkanzerosen und Prothesenstomatitis, sollen verbessert werden.

Baseline (IDZ 1999): Prävalenzrate von Mundschleimhautveränderungen (Präkanzerosen, Prothesenstomatitis) bei 65- bis 74-Jährigen im Jahr 1997: 1,8 Prozent Präkanzerosen und 18,3 Prozent Prothesenstomatitis

■ Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakgebrauchs sowie des chronischen Alkoholabusus in der Bevölkerung im Interesse einer ursachenorientierten Vermeidung oraler und systemischer Erkrankungen sind durch Zahnärzte zu unterstützen.

Die Informationen über die Folgen des Tabakkonsums (auch in Verbindung mit chronischem Alkoholmissbrauch) für die Mundgesundheit sowie eine Anti-Raucherberatung sollen in die Routine der täglichen zahnärztlichen Praxis integriert werden.

Baseline (StaBu 2001): Raucheranteil an der Bevölkerung in der Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen im Jahr 1999: 37 Prozent

Raucheranteil an der Bevölkerung in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen im Jahr 1999: 28,9 Prozent

5. Krianiomandibuläre Dysfunktion (CMD)

■ Schnellere und bessere Früherkennung sowie rechtzeitige adäquate Beratung und Therapie der CMD-Patienten mit dem Leitsymptom Schmerz in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen.

Baseline (IDZ 1999): Anteil des Symptoms Schmerz in Zusammenhang mit CMD in der

Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen im Jahr 1997: 4,6 Prozent

6. Ernährung

■ Verstärkte Ernährungsberatung durch den Zahnarzt zur deutlichen Reduzierung des (versteckten) Zuckerverzehrs bei Säuglingen und Kindern und somit Verringerung der Prävalenz früh auftretender Karies sowie späterer erosiver Zahnhartsubstanzdefekte in verstärkter interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Pädiatern, Gynäkologen und Hebammen (Schwangerenberatung).

Baseline (Wetzel 2002): Prävalenzrate des Nursing-Bottle-Syndroms bei Ein- bis Sechsjährigen im Jahr 2001: fünf bis zehn Prozent

7. Kollektivprophylaktische Maßnahmen

■ Erhöhung der Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz als eine semikollektive kariesprophylaktische Maßnahme, die breitenwirksam soziale und medizinische Risikogruppen erreicht, auf 70 Prozent.

Es sollte immer nur eine Form von systemischer Fluoridsupplementierung erfolgen (Fluoridanamnese).

Baseline (Informationsstelle für Kariesprophylaxe 2002): Marktanteil fluoridierten Speisesalzes, das als Jodsatz mit Fluorid im Handel erhältlich ist, am gesamten Speisesalzabsatz im Jahre 2001: 50,7 Prozent

■ Erhöhung des gruppenprophylaktischen Betreuungsgrades für Kinder und Jugendliche zwischen dem dritten und 16. Lebensjahr auf 80 Prozent.

Baseline (DAJ 2002): Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad Kindergarten im Berichtsjahr 2000/2001: 62,3 Prozent

Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad Grundschule im Berichtsjahr 2000/2001: 67,3 Prozent

Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad fünfte und sechste Klasse im Berichtsjahr 2000/2001: 21,8 Prozent

Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad Sonderschulen im Berichtsjahr 2000/2001: 43,2 Prozent

8. Gesundheitserziehung und -aufklärung

■ Die deutsche Zahnärzteschaft unterstützt in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine kontinuierliche Mundgesundheitsaufklärung der Bevölkerung, für eine umfassende Verbesserung der Mundgesundheit.

BZÄK

Außerordentliche Vertreterversammlung der KZBV in Neuss

Keine Zweidrittelmehrheit für neue Satzung

Das Vorhaben des KZBV-Vorstandes, auf der außerordentlichen Vertreterversammlung (VV) am 19. Juni in Neuss Satzungsänderungen für eine nach GMG ab 2005 modifizierte KZBV zu verabschieden und so einer Ersatzvornahme durch die Aufsichtsbehörde vorzubeugen, ist gescheitert. Vorrangig Delegierte der bayerischen und niedersächsischen Landes-KZVen und Mitglieder des FVDZ-Bundesvorstandes opponierten gegen die Anträge des Vorstandes, um, so Antragsgegner und KZV-Vorsitzender Niedersachsens Dr. Karl-Horst Schirbort, „ein politisches Zeichen zu setzen“. Das Ergebnis: Bei nur zwei fehlenden Stimmen für die erforderliche Zweidrittelmehrheit wurde die geplante Einflussnahme auf Satzung und Wahlordnung der künftigen KZBV abgeblockt, das Feld somit dem Bundesgesundheitsministerium überlassen.



Politisches Zerrspiel via Sperrminorität: Keine Zweidrittelmehrheit fanden die Anträge des Vorstandes zur Satzungsänderung und Wahlordnung in der KZBV-VV in Neuss.

„Der politische Wille des Satzungsgebers sollte Vorrang vor dem der Aufsichtsbehörde haben.“ Dieser Satz aus dem Eröffnungsstatement des Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Dr. Gunther Lichtblau, erhielt im Verlauf der außerordentlichen VV eine eigenwillige Note. Denn eigentlich war der Versuch des ehemaligen KZBV-Vorsitzenden Dr. Schirbort, durch einen Gegenantrag die Vorschläge des Vorstandes für eine Satzungsänderung und neue Wahlordnung der VV zu verhindern, vom Plenum abgewiesen worden. Der KZV-Vorsitzende Niedersachsens – „Ich bin der einzige, der



Forderte Realismus und Verantwortlichkeit der Delegierten für Deutschlands Kassenzahnärzte: KZBV-Vorsitzender Dr. Fedderwitz

übrig geblieben ist, der nicht mehr Vorsitzender sein will“ – forderte, dass „die Abstimmung über die neue Satzung der KZBV von der neu gewählten/bestimmten Vertreterversammlung vorzunehmen“ sei, weil „die derzeitige Vertreterversammlung unter völlig anderen – selbstverwaltenden – Bedingungen gewählt“ wurde und „nicht Entscheidungen für hauptamtliche Strukturen treffen kann“. Diese Einstellung wurde von der VV nicht geteilt, der Antrag mit 68 Nein-Stimmen bei 50 Ja-Stimmen (plus eine ungültige Stimme) abgelehnt.

Auch der FVDZ-Bundesvorsitzenden Dr. Wilfried Beckmann apellierte an die VV, die Satzung nicht zu verabschieden, um sich „nicht zum Handlanger des Gesetzes zu machen“. Aber sein Vorstoß, eine Abstimmung über die Anträge des Vorstandes durch Übergang zur Tagesordnung auszubremsen, verlief mit 71 Nein- und 48 Ja-Stimmen ebenfalls im Sande. Wortbeiträge aus anderen KZVen – im Wesentlichen außer denen Bayerns und Niedersachsens – spiegeln die in diesen Abstimmungen ablesbare Einstellung, durch Verabschiedung der Satzungsänderungen und einer Wahlordnung die durch das GMG ohnehin geschrumpften Einflussmöglichkeiten zu nutzen, wider.

Die Pflicht, an Bord zu bleiben

Dieses Ziel wurde nicht erreicht. Denn trotz der einfachen Mehrheit reichte es nicht für die bei Satzungsänderungen vorgesehenen zwei Drittel der Delegiertenstimmen. Der KZBV-Vorstand, der seine Anträge in drei nach Themenbereichen geschnürten Paketen – „Anpassung der Satzung an die Neufassung des SGB V durch das GMG“, „Neufassung der Bestimmungen ... zur Zusammensetzung der VV“ und „Einführung eines gewichteten Stimmrechtes für die Vertreter in der KZBV-VV“ – zur Abstimmung einbrachte, scheiterte bei den ersten zwei Themenblöcken mit jeweils zwei fehlenden



Fotos: Lopata

Forđerte die VV dazu auf, politische Zeichen gegen das GMG zu setzen: Dr. Karl-Horst Schirbort, KZV-Vorsitzender Niedersachsens

Fedderwitz mahnte die Delegierten, ihre berufspolitische Verantwortung wahrzunehmen: „Solange die Standespolitik nicht erfolgreich vermitteln kann, warum man in die Boote muss, solange hat sie auch die Pflicht, mit an Bord zu bleiben.“ Zu den kommenden Problemfeldern der Gesundheitspolitik im zahnärztlichen Bereich – darunter GOZ, ZE-Festzuschüsse – werde man sich, so Fedderwitz, „realistisch positionieren müssen“. Fedderwitz forderte angesichts der neu formulierten GMG-Regulativen die Delegierten auf, mit ihrem Beschluss dazu beizutragen, dass die Gremien der

geartete Interessenvertretung zu nehmen“. Der Vorsitzende warnte davor, künftige Entscheidungen „willfährigen, das bisherige System vor sich hertragenden Romantikern“ zu überlassen. In Zukunft gehe es darum, „die gesteigerten Kompetenzen einer VV auszufüllen und einen hauptamtlichen Vorstand angemessen zu kontrollieren“. Voraussetzung dafür sei die Selbstverpflichtung, „aktiv an einer Satzung und an einer Wahlordnung mitzuarbeiten“.

Kein Kotau vor dem GMG

In den meisten Länder-KZVen – auch in der opponierenden KZV Niedersachsens – wurden die erforderlichen Satzungsänderungen und Wahlordnungen bereits verabschiedet. Also lautete der Appell des KZBV-Vorsitzenden: „So wie in den KZVen augenscheinlich niemand ein Interesse daran hatte, sich eine Satzung von der zuständigen Aufsichtsbehörde aufdrücken zu lassen, so gilt das auch für die Bundesebene.“

Entsprechend wurde der Satzungsausschuss der KZBV um Mithilfe bei der Erarbeitung der Anträge des Vorstandes zur Änderung der Satzung und der Wahlordnungen gebeten. Der in den Anträgen des Vorstandes eingebrachte, unter Vorsitz des Satzungsausschussvorsitzenden Dr. Winfried Klaas erarbeitete Entwurf ermögliche, so Fedderwitz, „eine umfassende Kontrolle eines hauptamtlichen Vorstandes“ und eine, wenn auch „in die Korsettstangen des GMG“ gezwängte, „immer noch selbstbewusste Mitgestaltung“. Letztlich liege es „in erster Linie an einer VV, wie intensiv sie



Taktisches Abstimmungsverfahren verhinderte mangels zwei Stimmen die Verabschiedung von Satzungsänderung und Wahlordnung: Die erforderliche Zweidrittelmehrheit für die Anträge des Vorstandes wurde knapp verfehlt – und das, obwohl die Mehrheit hinter den Vorschlägen des Vorstandes stand.

Stimmen am Sperr-Drittel der Antragsgegner und verzichtete angesichts dieser Entwicklung auf den Wahlgang für den dritten Themenbereich.

Zuvor hatte der amtierende KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz in einer ausführlichen Rede vor den Delegierten die Motive des Vorstandes, Sachlage und mögliche Konsequenzen eines Scheiterns der Beschlussfassung dargestellt: „Natürlich ist und bleibt der Ausstieg aus der GKV das Ziel einer zukunftsorientierten Berufspolitik, denn natürlich bietet die GKV in ihrer jetzigen Struktur keine beruflichen Perspektiven.“

Aber selbst „wenn es besser ist, außerhalb des starren GKV-Systems Gestaltungsverantwortung im Wettbewerb zu übernehmen, als innerhalb für die Hilflosigkeit der Politik Prügel zu beziehen“, könne man die Kollegenschaft „nicht seelenruhig, aber verständnislos dem maroden Seelenverkäufer überlassen“.

künftigen Vertreterversammlungen und der hauptamtlichen Vorstände in den KZVen und in der KZBV von der freiberuflichen Zahnärzteschaft besetzt werden könnten. Man müsse sich wehren gegen die „unverfroren markierte Zielrichtung von Politik, Ministerialen und Kassenfunktionären, uns Ärzten und Zahnärzten eine wie auch immer



Diskussion über das weitere Vorgehen: KZBV-Vorstandsvorsitzender Fedderwitz im Gespräch mit dem VV-Vorsitzenden Dr. Gunther Lichtblau

Vorsitzender des Satzungsausschusses verlässt FVDZ

Der Vorsitzende des KZBV-Satzungsausschusses Dr. Winfried Klaas (Foto) hat nach der VV in Neuss seinen Austritt aus dem FVDZ erklärt. Wie er in seinem Schreiben an den FVDZ-Bundesvorstand erklärte, habe der Verlauf der Vertreterversammlung gezeigt, dass der Freie Verband zwar behaupte, die Kollegen könnten „frei entscheiden“, ob sie „im System bleiben wollen“. Er verweigere dann aber „durch seine Sperrminorität in der VV, die er in Zukunft nicht mehr beschicken wird, diesem Teil der deutschen Zahnärzteschaft, sich eine neue Satzung zu schaffen – gegen den deutlichen Mehrheitswillen und bei nur zwei fehlenden Stimmen“. Klaas: „Dies ist in höchstem Maße unehrlich und hat mit der immer wieder beschworenen ‚Freiheit‘ nichts mehr zu tun.“ Ehrlicher, so der Ausschussvorsitzende in seinem Austrittsschreiben, „wäre gewesen, wenn diese Minderheit sich der Stimme enthalten hätte, weil diese Satzung sie nicht mehr betreffen wird.“ ■



Foto: Schmidt

einem Vorstand auf den Füßen steht, und wie kompetent sie Inhalte einer zukünftigen vertragszahnärztlichen Politik vorzugeben oder gar vorzuleben in der Lage ist“. Ziel der vom Vorstand eingebrachten Anträge war es, neben den vom Gesetzgeber vorgegebenen 34 „geborenen“ Vertretern – den hauptamtlichen Vorsitzenden und je-

der Startpunkt einer Wallfahrt zu Ulla Schmidt.“

Die Forderungen des Vorsitzenden scheiterten, so die KZBV, „im Wesentlichen an den Gegenstimmen der KZVen Bayern und Niedersachsen“. Die in der Aussprache von vielen Delegierten geforderte realistische Differenzierung zwischen den keineswegs

zur Debatte stehenden Zielsetzungen der Zahnärzteschaft und der Verantwortung, für die Kollegen weitestgehenden Einfluss auszuüben, stand konträr zum Ansinnen der Antragsgegner, gegenüber dem Gesetzgeber ein eindeutiges politisches Zeichen zu setzen. Fedderwitz: „Durch die Blockade der Anträge wurde die Chance verspielt, als ernst genommene, eigenverantwortlich und verantwortungsvoll handelnde Körperschaft wahrgenommen zu werden. Aller Voraussicht nach wird nun die Aufsichtsbehörde, das BMGS, der KZBV vorschreiben, welche Satzung ab 2005 gilt. Damit hat sich die Zahnärzteschaft freiwillig unter die Kuratel des BMGS gestellt.“ mn



Foto: Lopata

Warnte die VV davor, sich „zum Handlanger des Gesetzes zu machen“: FVDZ-Bundesvorsitzender Dr. Wilfried Beckmann

weils einem Stellvertreter aus den Länder-KZVen – die verbleibenden 26 Vertreterplätze so zuzuordnen, dass eine Gewichtung nach den Größen der KZVen möglich wird. Fedderwitz zu den Anträgen des Vorstandes: „Das Satzungsmodell ist kein Kotau vor dem GMG – ganz im Gegenteil! Folglich ist diese Vertreterversammlung auch nicht

Öffentliche Einladung der Bundeszahnärztekammer

Deutscher Zahnärzterttag 2004 in Frankfurt

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

„Freiheit kann man mir zwar lassen aber nicht geben“. Diese Worte Friedrich Schillers geraten – auf schmalen Grat zwischen schwindendem Wohlstand und künftig zu erwartendem Mangel – in unserer Gesellschaft zunehmend in Vergessenheit.

Der nächste Deutsche Zahnärzterttag findet in Frankfurt und dort mit seiner zentralen Veranstaltung in der Paulskirche statt, einem symbolträchtigen Ort für Freiheit und Verantwortung in diesem Lande. Wir haben allen Grund, die Öffentlichkeit in unsere Überlegungen zur Fortentwicklung eines Heilberufes und in unsere Sicht einer langfristig sinnvollen Gesundheitspolitik einzubeziehen. Das gelingt uns am ehesten, wenn wir uns nicht nur deutlich artikulieren, sondern dies auch in einer eindrucksvollen Gemeinschaft tun.

In der Zeit vom 10. bis 13. November dieses Jahres werden Bundeszahnärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in Frankfurt am Main – mit der Landes Zahnärztekammer Hessen als diesjährigem Gastgeber – gemeinsam aufzeigen, dass Zahnmedizinische Versorgung, zahnärztliche Ethik und gesellschaftliches Verantwortungsbewusstsein deutlich mehr erfordern als nur passives Umsetzen immer wieder neuer Gesetze und Verordnungen. Deutschlands Zahnärzteschaft hat in den zurückliegenden Jahren wiederholt bewiesen, dass sie aktiv und kontinuierlich an der Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens mitwirkt. Hier liegt unsere gemeinsame ständige Herausforderung, der wir gerecht werden können. Und wir sind hier – trotz schwerer Zeiten – durchaus erfolgreich. Ob freiwillige Fortbildung, offensive Qualitätsförderung, Verbesserung der Mundgesundheit in der Bevölkerung, ob Neubeschreibung der präventi-

„**Eigenverantwortung und berufliche Freiheit sind Motor für den Erfolg unseres Handelns, für die Qualität unserer Arbeit, für den Fortschritt in der Zahn-Medizin und für das Wohl unserer Patienten.**“



Veranstaltungsort des ZMK-Kongresses ist das Congress Center in Frankfurt am Main.



Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer

onorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder diagnoseorientiertes Festzuschusskonzept in Verbindung mit Kostenerstattung: Es sind in erster Linie Initiativen der Zahnärzteschaft, der Mut zum Durchdenken und Konzeptionieren neuer Wege, die im politischen Entwicklungsprozess von Ablehnung über kontrovers geführte De-

batten bis zur Akzeptanz letztendlich zur Bewegung in der Gesundheitspolitik geführt haben. Diese Bewegung gilt es durch neue, der aktuellen Entwicklung anzupassende Maßgaben, aber auch durch konstruktive und kontinuierliche Beharrlichkeit voranzutreiben.

Was für unsere Patienten selbstverständlich ist – das Vertrauen in die intakte Beziehung zu ihrem Zahnarzt –, muss im gesellschaftspolitischen Entwicklungsprozess ständig wieder neu erarbeitet werden. Wer sich Freiheiten erhalten will, braucht das Vertrauen der Gesellschaft, in der er sich bewegt. Es sind unser Auftreten, unsere Seriosität, unser Beitrag für die Gesellschaft, die uns die gewünschten Freiräume ermöglichen, die unsere Freiheit als Freiberufler verteidigen.

Ganz bewusst findet der zentrale Festakt des diesjährigen Zahnärztertages in der Frankfurter Paulskirche statt. Der Ort, an dem 1848 die erste Deutsche Nationalver-

zm-Info

Ein ausführliches Programm zum Deutschen Zahnärzterttag liegt dieser Ausgabe bei.

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG

Zentraler Festakt des Deutschen Zahnärztetages

12. November 2004 in der Paulskirche Frankfurt am Main

9:00 bis 11:00 Uhr:

Musikalische Einleitung
 Begrüßung: Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer
 Grußworte: Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung (angefragt)
 Prof. Dr. Heiner Weber, Präsident der DGZMK
 Dr. Jürgen Fedderwitz, Amt. Vorsitzender der KZBV

Totengedenken
 Ehrungen
 Musikalisches Zwischenspiel

Festvortrag: Roland Koch,
 Ministerpräsident Land Hessen

Schlusswort: Präsident

11:00 bis 13:00 Uhr: Empfang

Das wissenschaftliche Programm zum ZMK-Kongress beginnt ab 13:00 Uhr im Congress Center.



Foto: P. Hollerbach

Die Paulskirche in Frankfurt, „Wiege“ der deutschen Demokratie, ist Veranstaltungsort des Festaktes zum diesjährigen Deutschen Zahnärztetag.

sammlung durchgeführt wurde, die Kirche, in der die erste frei gewählte Volksvertretung zusammenfand, gilt heute als

„Wiege“ unserer Demokratie. Der damalige Sitz der oft als „Professoren-Parlament“ bezeichneten ersten demokratischen Ver-

sammlung vor über 150 Jahren bietet Zusammenkünften freiheitlich und demokratisch motivierter Menschen eine passende Tradition.

Deutschlands Zahnärzteschaft wird in diesem Jahr in der Frankfurter Paulskirche inmitten der gesundheitspolitisch bewegten Zeiten Zeichen zu setzen versuchen. Deutschlands Zahnärzteschaft sieht sich mit allen Aktivitäten dieses deutschen Zahnärztetages in der Tradition demokratisch freiheitlichen Denkens.

„ Wer sich Freiheiten erhalten will, braucht das Vertrauen der Gesellschaft, in der er sich bewegt.

Ob Bundesversammlung, Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, oder das Angebot von Fortbildungsaktivitäten – der Zahnärztetag zeigt auf, dass sich Zahnärzte verantwortlich fühlen, nicht nur für ihre Patienten, nicht nur für den eigenen Berufsstand, sondern in Anlehnung an Friedrich Schillers Worte auch für die Freiheit des Einzelnen in unserer Gesellschaft.

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, ich lade Sie alle zum diesjährigen Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt am Main herzlich ein.

Ich hoffe, dass – neben den von Ihnen gewählten Delegierten und offiziellen Vertretern zahnärztlicher Organisationen – möglichst viele von Ihnen den Weg nach Frankfurt finden. Nicht nur um sich fortzubilden, nicht nur um zu debattieren, sondern auch, um nach außen zu zeigen, welchen Wert wir auf diese Freiheit legen und was wir dafür zu tun bereit sind.

Mit freundlichem Gruß

Ihr

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
 Präsident der Bundeszahnärztekammer

Blondierte Zähne

Mario Lips

Ein Trend aus den USA überrollt seit einiger Zeit auch die deutsche Kosmetikbranche: Das Bleichen der Zähne ist bei vielen Verbrauchern so selbstverständlich geworden wie der Besuch einer Sonnenbank oder eines Nagelstudios. Um dem neuen Schönheitsideal zu entsprechen, versorgen sich viele Modebewusste in Drogerien mit Bleaching-Produkten oder konfrontieren ihren Zahnarzt mit dem Wunsch nach helleren Zähnen. Mittlerweile existieren zahlreiche Studien zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Aufheller. Fazit: Wer ein zufrieden stellendes Ergebnis will, hat viele Möglichkeiten, sich zu versorgen. Doch um Risiken zu minimieren, ist der vorherige Besuch einer Zahnarztpraxis sehr zu empfehlen.



Foto: Neanderthal Museum

Möglicherweise ist unsere Liebe zu weißen Zähnen evolutionär bedingt: Sie signalisieren Gesundheit, Jugend und Fruchtbarkeit. (Den Zahn 11 hat der zm-Graphiker „gebleacht“)

Ob im Berufs- oder Privatleben

Wer schön ist, ist bei so manchem Vorhaben mit gewaltigen Vorschusslorbeeren ausgestattet. Kein Wunder also, dass trotz Wirtschaftsflaute die Kosmetikbranche weiterhin beachtliche Umsätze macht. Laut einer Emnid-Umfrage von 2003 zeigen über 30 Prozent der Deutschen sogar eine hohe Bereitschaft, mehr Geld in das gute Aussehen ihrer Zähne zu investieren. Und gutes Aussehen heißt heutzutage auch, ein sympathisches Lächeln mit strahlend weißen Zähnen zu betonen.

Hollywoodgrößen wie Julia Roberts und Tom Cruise haben es vorgemacht, haben Maßstäbe gesetzt, welche Zahnfarben ein Star trägt. Sie tragen mit dazu bei, dass ein weißes Gebiss mit Erfolg, Sympathie und Kompetenz assoziiert wird. Entsprechend groß wird der Wunsch beim Otto-Normalverbraucher, es seinen Vorbildern gleich zu tun: 41 Prozent aller Befragten hätten selbst gerne weißere Zähne. Ein riesiger Markt konnte also auch hier zu Lande in kürzester Zeit entstehen, kaum ein Unternehmen in der Dentalbranche ist nicht nachgezogen und vertreibt nun ein eigenes Bleaching-



Foto: Michael Sherman

Nicht in allen Kulturen gilt weiß als der letzte Schick: Rund um den Globus gibt es Völker, die rot-, violett- oder schwarzgefärbte Zähne bevorzugen.

Produkt. Die Werbeindustrie wird nicht müde, dem sorglosen Konsumenten neben leuchtend weißer Wäsche, strahlenden Sanitäreinrichtungen und glänzendem Geschirr auch ultraweiße Zähne anzupreisen. Doch erhält der Kunde nach der Bleaching-Prozedur auch das, was er sich erhofft hat: eine höhere Attraktivität?

Attraktivität weißer Zähne

Eine kaum beachtete psychologische Studie von Prof. Alexis Grososky aus Wisconsin lieferte ernüchternde Resultate: Anhand von echten und manipulierten Gesichtsaufnahmen bewerteten die Betrachter Attraktivität und Alter der abgebildeten Person trotz

unterschiedlicher Zahnfarben gleich. Dr. Ronald Henss, Psychologe der Universität des Saarlandes, betreibt seit vielen Jahren Attraktivitätsforschung und bezweifelt ebenfalls eine nennenswerte Attraktivitätssteigerung durch Bleaching. Allerdings weist er auf methodische Schwächen bei den Experimenten seiner amerikanischen Kollegen hin: „Sicher mag das Ergebnis für eine Veränderung von weiß zu superweiß gelten, doch sollte schon intuitiv klar sein, dass normalweiße Zähne schöner sind als die vergilbten Zähne eines starken Rauchers. In diesen Extremfällen könnte das Bleichen hilfreich sein.“

Unser ästhetisches Empfinden ist sicher maßgeblich von zwei Faktoren beeinflusst:

Zum einen beurteilen wir Menschen als schön, weil sie im biologischen Sinn als idealer Sexualpartner bewertet werden können, zum anderen unterliegen wir aber auch vielen soziokulturellen Einflüssen, bei denen Mode, Kulturkreis und Traditionen ganz andere Kriterien berücksichtigen. Unsere ältesten Vorfahren werden sich wahrscheinlich primär an Merkmalen orientiert haben, die einen bestmöglichen Partner zur Fortpflanzung versprochen. Und das ist natürlich ein gesunder Artgenosse, erkennbar an vollem Haar, glatter reiner Haut und hellen Zähnen. Der texanische Evolutionspsychologe Prof. David M. Buss glaubt sogar, dass sich unsere Vorliebe für weiße Zähne evolutionär entwickelt hat: „Die Wahl eines Partners mit weißen Zähnen bedeutet im Wesentlichen, sich für einen jungen und gesunden Partner zu entscheiden. Somit sind helle Zähne auch ein Signal für Fruchtbarkeit.“

Zähne (ent-)färben – ein alter Hut

Doch schon der Blick zu einigen Naturvölkern belegt, dass weiße Zähne nicht notwendigerweise dem Schönheitsideal entsprechen müssen: In Südamerika, Malaysia und der Südsee existierten Völker, die auf unterschiedliche Weise mit Kräutern und Tinkturen ihre Zähne schwarz färbten. Zum Teil waren dies Reife- und Hochzeitsbräuche oder einfach ein Mittel, um dem anderen Geschlecht zu gefallen. Selbst die Azteken verschönerten ihre Zähne mit Farbe, allerdings bevorzugten sie dunkelviolet und rot, das sie aus Cochenille-Läusen gewannen.

Auf dem europäischen Kontinent jedoch sind seit dem Mittelalter Rezepturen bekannt, die dem Bleichen der Zähne dienen. Nach der Zahnextraktion war das Bleichen die häufigste zahnmedizinische Behandlung. Allerdings wurde hierzu vielfach Salpetersäure verwendet und somit nicht nur der Schmelz zerstört. Ende des 19. Jahrhunderts arbeiteten die Zahnärzte mit Oxalsäure, wenig später auch mit Wasserstoffsuperoxid. Bereits 1918 wurde Letzteres in den USA in Kombination mit einer starken

Im Mittelalter zogen Barbieri nicht nur Zähne: Sie polierten, feilten und ätzten auch für ein strahlendes Lächeln.



Foto: zm

Ob weißere Zähne die Chancen beim anderen Geschlecht erhöhen, ist nach wie vor umstritten.



Foto: Schutz-Dental

Lichtquelle zur schnellen Aufhellung eingesetzt. Seit den 30er Jahren ist das Bleichen vitaler Zähne mit H_2O_2 ein anerkanntes Verfahren in den meisten Zahnkliniken. Häufig wurden konzentrierte Lösungen (30 bis 35 Prozent) verwendet und der Vorgang durch Hitze beschleunigt.

Ein neuer Markt

Ende der 60er Jahre entdeckte ein Kieferorthopäde die zahnbleichende Wirkung eines entzündungshemmenden Medikaments, Gly-Oxide, das gegen Gingivitis verordnet wurde. Die Salbe enthielt zehn Prozent Carbamidperoxid, eine Substanz, die ähnliche chemische Reaktionen auslöst wie H_2O_2 . In den folgenden Jahren arbeiteten



Foto: © plan_b media AG

Nadja Abd El Farag hat viel für ihr Aussehen getan. Nicht zuletzt ihre superweißen Zähne machen ihr Konterfei zu einem beliebten Motiv in Illustrierten.

amerikanische Zahnärzte in kleinem Maßstab mit weiteren antiseptischen carbamidperoxidhaltigen Salben zur Behandlung verfärbter Zähne, bis gut 20 Jahre später, 1989, das erste kommerzielle Bleaching-Produkt auf den Markt gebracht wurde. Seither entdecken immer mehr Verbraucher ihr Bedürfnis nach einem Hollywood-Strahlen und versuchen sich auf der Vita-Skala Richtung B1 zu bewegen. Jeder Anbieter preist sein System als den Königsweg und wer nicht tagelang recherchiert, erhält kaum einen Überblick über die Vielzahl von Methoden und Produkten. Der einfachste Weg – und wohl auch der mit niedrigster Effizienz – ist das Zähneputzen mit stark abrasiven Zahnpasten. Er eignet sich nur, um sehr oberflächliche Ablagerungen und Verunreinigungen zu entfernen. Da Zahnverfärbungen aber wesentlich tiefer liegen, bleibt ein befriedigender Erfolg meistens aus und nicht selten Schmelzerosionen zurück. Solche Verfärbungen können nur durch echte Bleichmittel, also starke Oxidationsmittel, beseitigt werden.

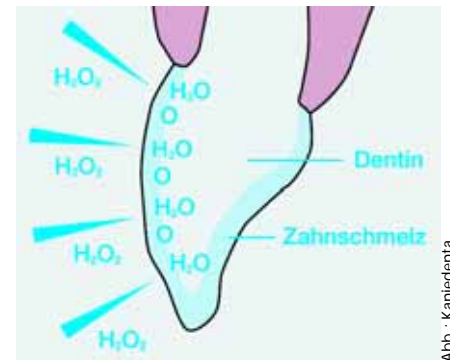


Abb.: Kaniedenta

Wasserstoffsperoxid durchdringt den Zahnschmelz ohne ihn zu zerstören. Dabei verändert es chemisch die Struktur von Farbstoffen, die so zur Farblosigkeit verblassen.

Entfärbung durch Peroxide

Wie bereits erwähnt, ist die wirkungsvollste Substanz das seit langem benutzte **Wasserstoffsperoxid (H_2O_2)**. Das Molekül ist so klein, dass es leicht in tiefere Schichten des Zahnes vordringen kann und unter Bildung von freien Sauerstoffradikalen dort vorhandene Farbstoffe oxidiert. Farbstoffe, auch Chromophore genannt, haben durch eine Vielzahl von Doppelbindungen die Eigen-



Fotos: Lips

Vorsicht bei Kronen, Füllungen oder anderen nicht biologischen Materialien: Bleaching-Produkte verändern nur den Farbton der natürlichen Zahnschmelze.



Die natürlichen Feinde eines blendend weißen Gebisses: Tabak, Kaffee, Tee, Arzneimittel (wie das Antibiotikum Tetracyclin), Rotwein und dunkle Früchte.

schaft, Licht zu absorbieren und erzielen so eine farbgebende Wirkung. Durch die Anlagerung von Sauerstoff brechen diese Doppelbindungen auf, zum Teil spaltet sich sogar der Farbstoff in kleinere lösliche Moleküle. Das Licht kann daraufhin wieder ungehindert die Zahnschmelze passieren beziehungsweise reflektiert werden – der Eindruck blendend weißer Zähne ist wieder hergestellt. Das ebenso verbreitete Zahnbleichmittel Carbamidperoxid wirkt chemisch gesehen absolut identisch, denn es ist lediglich eine Vorstufe des H_2O_2 . Es zerfällt erst nach einiger Zeit in Harnstoff und den Wirkstoff und reagiert somit weniger aggressiv und ist über einen längeren Anwendungszeitraum verfügbar. Für den Einsatz von Carbamidperoxid gilt die Faustregel, dass das entstehende H_2O_2 nur ein Drittel der Ausgangskonzentration erreicht. Von geringerer Bedeutung auf dem Markt ist das Bleichmittel **Natriumchlorit ($NaClO_2$)**, das in Anwesenheit von Säuren geringe Mengen des starken Oxidationsmittels **Chlordioxid (ClO_2)** freisetzt. Sämtliche anderen Inhaltsstoffe in Bleaching-Produkten haben allenfalls kosmetische Effekte und bewirken keine direkte Entfärbung. Titanoxid soll zum Beispiel kurzfristig eingelagert werden und erzielt so eine Aufhellung, an der der Verbraucher nur wenige Tage Freude hat. Andere Zusatzstoffe wie Fluoride oder Kaliumnitrat wirken desensibilisierend und verhindern die bei hohen Peroxidkonzentrationen auftretenden Überempfindlichkeiten.



Fotos: Karniedenta

Der Vorher-Nachher Effekt in der Werbung verspricht sichtbare Verbesserungen: Doch nicht bei allen Verbrauchern erzielen die Produkte zufriedenstellende Ergebnisse.



Foto: zm-Archiv

Die ältere Vita D Farbskala ist weiterhin ein beliebter Maßstab, um Erfolge bei der Zahnaufhellung zu messen. Einige Anbieter berichten von Veränderungen um bis zu zehn Farbstufen, in der Regel sind es maximal zwei bis vier Stufen.

Homebleaching: preiswert und zeitaufwändig

Auf welchem Weg der Trendbewusste seine Zähne erlebigen lassen wird, hängt sicher mit Mundpropaganda, Werbeaktionen und Medienberichten zusammen. Abhängig von Geldbeutel, Zeitaufwand und Intensität der Veränderung bedient der Markt mittlerweile alle erdenklichen Kundenwünsche. Grob unterteilt die Fachwelt das Angebot zwar noch in In-Office und Homebleaching, de facto gibt es aber bei beiden Methoden recht unterschiedliche Möglichkeiten zu helleren Zähnen zu kommen. Frei verkäufliche Homebleaching-Produkte, wie das von Colgate vertriebene „Simply White“, werden vom Verbraucher einfach mit einem Pinsel auf die geputzten Zähne aufgetragen. Odol bietet seinen Kunden mit Peroxid-Gel beschichtete Plastikfolien an, unter anderem aber auch Zahnschienen zum Selbermachen und das Bleichmittel Natriumchlorit. Alle Drogerie-Produkte enthalten nur geringe Konzentrationen an Wirkstoff. Dies



Fotos: Colgate/Odol/Kaniedenta

Jedes größere Unternehmen der Dentalbranche offeriert heute auch mindestens ein Bleaching-Produkt, wie etwa Colgate, Simply White, Kaniedenta, White Emotion und Odol, Odol-med3 Zahnweiß-Gel

minimiert das Risiko, bei unsachgemäßer Anwendung die Gingiva zu schädigen, bedeutet aber auch, dass sich die Bleichprozedur über mehrere Tage hinzieht und der Aufhellungserfolg nur wenige Farbstufen erreicht. Mit unter 20 Euro hat der Verbraucher hier zwar kostengünstige Optionen, ist aber häufig vom Resultat enttäuscht. Einige

Homebleaching-Produkte (Blend-a-med Whitestrips professional, SDI Poladay, Kaniedenta White Emotion, und mehr) sind nur über den Zahnarzt zu beziehen: Somit ist sichergestellt, dass der Patient frei von Kariesdefekten und Läsionen ist und die zahnmedizinischen Voraussetzungen für ein komplikationsfreies Bleichen gegeben sind.

Andererseits erschließt sich dem Zahnmediziner hier auch eine neue Einnahmequelle: Die fachliche Begleitung des zu Hause Bleichens umfasst meist auch eine professionelle Zahnreinigung und das Anfertigen einer individuellen Zahnschiene.

Bleichen der Luxusklasse

Noch lukrativer wird das Geschäft mit weißen Zähnen, wenn der Patient sich entschließt die gesamte Bleichbehandlung in der Praxis machen zu lassen. Im süddeutschen Raum verlangen einige Zahnärzte weit über 1000 Euro für die Beauty-Kur, dafür garantieren sie dem Patienten in kürzester Zeit ein zufrieden stellendes Ergebnis. Das Geheimnis der Schnellbleicher sind hohe H_2O_2 -Konzentrationen und oft auch der Einsatz von Photokatalyse. Mit Speziallaser-, Halogen- oder Plasmalampenlicht beschleunigen sie die chemischen Reaktionen im Zahn und eliminieren tiefsitzende Verfärbungen. Mit dem entsprechenden zahnmedizinischen Know-how ist Bleaching kaum aufwändiger als das routinierte Haare färben beim Frisör. Da es sich hierbei eher um eine kosmetische als um eine „heilende“ Maßnahme handelt, kamen geschäftstüchtige Unternehmer bereits auf die Idee, das Bleichen nicht länger in sterilen Praxen anzubieten. In angenehmer Atmosphäre soll der Kunde das Ambiente eines Schönheitssalons genießen und sich wohl fühlen. Während in Bayern das Unternehmen Smilecare noch unter zahnärztlicher Aufsicht betrieben wird, arbeiten in Hamburg schon spezialisierte „Dental Hygienists“ in Eigenregie an den verfärbten Gebissen der Modebewussten. Eine klare Preispolitik senkt die Hemm-



Fotos: Blend-a-med/Odol

Kinderleichtes Homebleaching von Odol und Blend-a-med (links). Mit Peroxidgel beschichtete Kunststoffstreifen werden für eine bestimmte Zeit auf die Zähne gelegt (rechts).



(Vertriebs-)Firma	Produktname	
American Dental Supplies (von Ultradent)	RembrandtXtra ComfortKit – Take Home	15 %
	– Chairside Kit	35 %
	Opalescence – PF	10 %
	– Xtraboost	38 %
American Dental Systems (von Discus Dental)	RembrandtXtra ComfortKit – Take Home	16 %
	– Chairside Kit	35 %
	nite white	10/16/22 %
	day white	7,5 %
(von Den Mat)	Lightening Plus	35 %
blend-a-med	White strips Night effects	6,5 %
Bluemix	Bluemix	10 %
Breiter-Gruppe	Zahn-Weiss-Pulver	
BriteSmile		15 %
Colgate	Simply White	5,9 %
	Platinum Daytime	10 %
DeltaMed	Easywhite 10	10 %
	Easywhite 30	30 %
	Easywhite Office	35 %
Dentares (von Discus Dental)	Day White – Excel 3	7,5 %
	Nite White – Excel 3	16 %
Dentsply DeTrey	illuminé	10/15 %
		35 %
Dreve Dentamid	BioSmile	10/18 %
		35 %
Ivoclar Vivadent	VivaStyle	10/16 %
	VivaStyle Paint On	30 % 6 %
Kaniedenta	White Emotion	10/16 %
Kettenbach	Visalys 7,5 Patient Kit	7,5 %
	Visalys 13,5 Professional	■ + ■ = 13,5 %
LuckyTec GmbH (von Discus Dental)	Day White – Excel 3	7,5 %
	Night White – Excel 3	16 %
	Whitespeed	28,5 % + 15 % = 35 %
Lumalite inc.	Quick White	Kaltlicht + 35 %
Natural White	Rapid White	■
Odol	Odol-med3-Zahnweiss-System	■
	Zahnweiss-Streifen/Zahnweiss-Gel	10 %
Schütz Dental Group	Bleach'n Smile	10/18 %
		35 %
SDI	Poladay	3/7,5/9,5 %
	Polanight	10/16/22 %
	Polaoffice	35 %
Shofu	HiLite	35 %
Smilecare		10 %
		35 %
smileStudio	smileKit	10/15/20 %
US-Dental (von Ultradent Products Inc., USA)	RembrandtXtra Comfort – Take Home	16 %
	– Chairside	35 %
	Opalescence – PF	10/15/20 %
	– Endo	35 %
	– Xtraboost	38 %
Voco	Perfect Bleach	10/17 %
White Room		27 %
White Smile		10/16/22 %
		35 %

Marktübersicht von Bleaching-Produkten für den Heim- und Praxisgebrauch (erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit), erstellt unter Zuhilfenahme des Dental Vademekums (DDV 8).

Anwendung: ■ = Home, ■ = In-Office; **Wirkstoffe:** ■ = Carbamidperoxid, ■ = H₂O₂, ■ = Na₂CO₃-Peroxid, ■ = Mangrovenblüte, Reiskornschale, ■ = Natrium-Chlorit

schwelle potenzieller Kunden, sich ein Hollywood-Lächeln zu erkaufen. Geschäftsführerin Martina di Lorenzen ist mit ihren Umsatzzahlen mehr als zufrieden und hat bereits Expansionspläne. Während ein durchschnittlicher Zahnarzt im trendigen Hamburg rund zehn Bleaching-Behandlungen im Monat durchführt, hat Martina di Lorenzen immerhin drei bis vier Kunden täglich. Für 500 Euro erhält der Kunde hier neben der zweistündigen Behandlung auch noch einen Begrüßungschampagner – ein Service, der den Unterschied zum Zahnarztbesuch deutlich macht.

Unbegründete Vorbehalte

Noch greifen Martina di Lorenzens Argumente, dass Zahnmediziner und „Dental hygienists“ an einem Strang ziehen und jede Propaganda für das Bleaching beiden Seiten zu Gute kommt. Denn vielfach haben selbst Zahnärzte größte Vorbehalte gegen die Verschönerungsmaßnahme und raten ihren Patienten eher ab. Zahlreiche Studien haben die Nebeneffekte des Bleichens ausgiebig untersucht. Zum Teil beunruhigende Ergebnisse sorgten für Verunsicherung bei den Zahnärzten und beeinflussten das Image des Bleichens: Amalgam würde aufgelöst, der Schmelz angegriffen und die Mikrohärtigkeit verändert. Zu alledem sei H₂O₂ auch noch Krebs erregend. Professor Thomas Attin von der Universität Göttingen beschäftigt sich seit langem mit Bleachingmethoden und relativiert solche Ergebnisse. Die gemessenen Effekte seien minimal und träten auch bei anderen Einwirkungen auf. H₂O₂ ist eine natürliche Substanz, die auch bei normalen Stoffwechselfvorgängen entsteht und in der verabreichten Form keine gesundheitsgefährdenden Konzentrationen erreicht. Das Bleichen mit Peroxiden ist daher bei allen marktüblichen Produkten sicherlich unbedenklich. Anders sieht er die Verwendung von Mitteln auf Natriumchlorit-Basis. Um das gewünschte Ergebnis zu erzielen, arbeiten manche Bleichsysteme, wie Rapid White, mit sehr niedrigen pH-Werten. Dabei verursacht die Säure eine massive Abnahme der Frakturstabilität und vielfach höhere



Abbildungen a bis e: In-Office-Bleaching ist aufwändig, aber schnell und effizient.

a) Um den Erfolg zu messen, werden vor und nach der Behandlung die Zahnfarben bestimmt.
b) Der Gingivaschutz wird aufgetragen.
c) hochprozentiges H_2O_2 -Gel bleicht die Zähne in kürzester Zeit und kann (d, e) mit Plasma- oder Laserlicht noch intensiviert werden.



Fotos: Schutz-Dental

Abrasionswerte. Die Werbeformel „Peroxidfrei!“ steht also nicht zwangsläufig für die schonendere Bleichmethode.

Eine Frage der Mode

Abgesehen von kurzzeitigen Gingivareizungen und vorübergehenden Sensibilitätsstörungen kann also jeder gefahrlos gelbe gegen weiße Zähne tauschen und selbst



Diese Patientin weißt ihre schwarz-kariösen Frontzähne mit weißem Nagellack (Attin).



Fotos: Attin

Typische Tetracyclin-Verfärbung der Zähne

entscheiden, ob er diesem Modetrend folgen möchte oder nicht. Doch jede Mode hat nur eine befristete Lebensdauer.

Prof. Andrej M. Kielbassa, Leiter der Poliklinik für Zahnerhaltung an der Charité, testet in klinischen Studien die Wirksamkeit von Zahnaufhellern. Zahlreiche Auslandsaufenthalte haben ihm gezeigt, dass das ästhetische Empfinden von Land zu Land sehr unterschiedlich sein kann. Er will daher nicht ausschließen, dass sich auch unsere Vorstellungen von Attraktivität ändern könnten. In den meisten ärmeren Regionen, wie Afrika oder Russland, in denen Menschen mit offen zur Schau getragenen Wertgegenständen imponieren wollen, gelten Goldzähne im Frontzahnbereich als äußerst schick. Wo sich bei uns die Dame von Welt mit MCM und Hermes-Accessoires schmückt, trägt sie dort ihren Reichtum mittels des goldenen Einsers zur Schau. Sollten sich unsere wirtschaftlichen Verhältnisse weiterhin dramatisch verschlechtern, könnten bald vielleicht schneeweiße Zähne der Schnee von gestern sein.

Dr. rer.nat. Mario B. Lips
Schulstraße 3
12247 Berlin-Steglitz



Fotos: Blend-a-med

Auch Eisprinzessin Kati Witt wirbt für schneeweiße Zähne durch Peroxidbehandlung.

zm Leser service

Eine ausführliche Produktliste mit Wirk- und Zusatzstoffen, Anwendungsform und Preisen können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Aus dem Forschungslabor

Neue Aspekte in der Kariesprophylaxe

Matthias Hannig

Effiziente Mundhygiene, zahngesunde Ernährung und regelmäßige Fluoridierungsmaßnahmen sind die Eckpfeiler der bewährten traditionellen Kariesprophylaxe. Neben diesen bewährten Strategien werden seit vielen Jahren auch neue Konzepte in der Kariesprävention verfolgt, die darauf abzielen, die Kolonisation der Zahnoberfläche mit den Karies verursachenden Mutans-Streptokokken (*S. mutans*) selektiv zu verhindern.

Hierzu zählen die passive Immunisierung durch lokale intraorale Applikation von Antikörpern gegen *S. mutans*, die mukosale Immunisierung gegen *S. mutans* sowie die „replacement therapy“, das heißt die Substitution von *S. mutans* durch einen gentechnisch veränderten, nicht pathogenen Bakterienstamm.

Passive Immunisierung gegen *S. mutans*

Die Fähigkeit von *S. mutans*-Streptokokken, an der Schmelzoberfläche zu adhären und so das Biotop Zahn zu kolonisieren, stellt die entscheidende Voraussetzung für die Etablierung eines pathogenen Biofilms auf der Zahnoberfläche und die anschließende Entstehung der kariösen Läsion dar. *S. mutans*-Bakterienzellen sind von einem Besatz aus Fimbrien überzogen, an denen sich spezifische Oberflächenproteine, die so genannten Adhäsine befinden.

Mit diesen Adhäsinen können sie an Rezeptoren, die entweder in der Pellikelschicht auf der Zahnoberfläche oder an der Oberfläche anderer, bereits adhärenter Mikroorganismen lokalisiert sind, irreversibel anhaften.

Das Verfahren der lokalen passiven Immunisierung basiert auf der Überlegung, dass Antikörper, die mit den molekularen Mechanismen der Adhärenz von *S. mutans* interferieren, nach der Applikation auf den gereinigten Zahnschmelz in der Pellikelschicht angereichert werden und dadurch

der bakteriellen Anhaftung und Kolonisation direkt entgegenwirken können [Ma et al. 1998, Ma 1999]. Um das Verfahren der lokalen passiven Immunisierung in der menschlichen Mundhöhle zu realisieren,

bedarf es jedoch vergleichsweise großer Mengen von Antikörpern, die spezifisch gegen die Oberflächenadhäsine von *S. mutans* gerichtet sein müssen. Erst durch die Nutzung moderner biotechnologischer Methoden ist es in den letzten Jahren gelungen, die benötigten Antikörper in hinreichend großer Menge herzustellen. Dazu wurden Tabakpflanzen gentechnisch derart transformiert, dass sie sekretorische IgA- und G-Antikörper produzieren, die gegen die Oberflächenadhäsine der Bakterien ge-

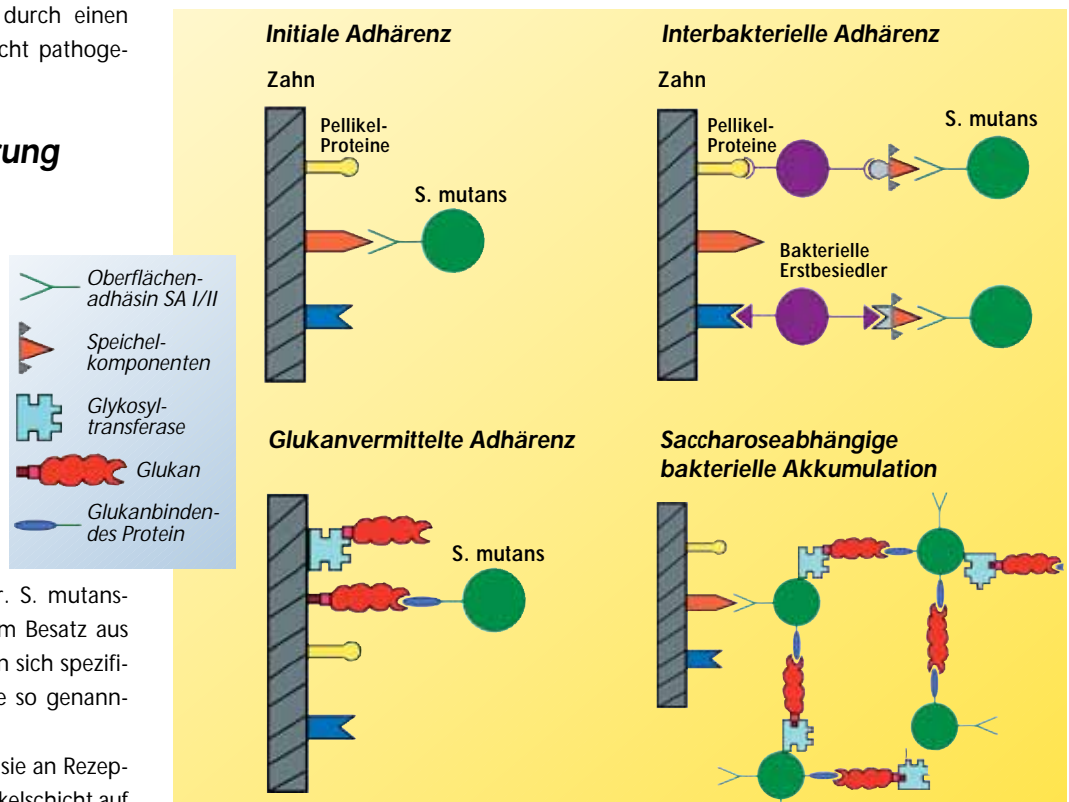


Abb. 1: Kolonisation der Zahnoberfläche durch *Streptococcus mutans* (*S. mutans*). *S. mutans* Bakterien können über Oberflächenproteine (Adhäsine) an spezifischen Komponenten (Rezeptoren) der Pellikelschicht adhären. Ein charakteristisches Adhäsine von *S. mutans* ist das oberflächenantigen SA I/II. Die Adhärenz von *S. mutans* an der Zahnoberfläche ist auch über glukanvermittelte Adhärenz denkbar. Ebenso besteht die Möglichkeit der interbakteriellen Anhaftung an bereits adhärenter Bakterien („Erstbesiedler“ der Zahnoberfläche: *Streptococcus mitis*, *Streptococcus sanguis*). Die Akkumulation von *S. mutans* an der Zahnoberfläche als Voraussetzung für die Entstehung eines pathogenen Biofilms erfordert die Zufuhr des Substrates Saccharose, um über bakterielle Glykosyltransferasen extrazelluläre Glukanpolymere zu bilden. Diese Glukanpolymere dienen zum einen als Energiedepot und regulieren zum anderen die Permeabilität des Biofilms. Alle dargestellten Möglichkeiten und Phasen der Besiedelung der Zahnoberfläche durch *S. mutans* können durch spezifische Antikörper inhibiert werden, die gegen Glykosyltransferasen oder bakterielle Oberflächenproteine gerichtet sind.



Abb. 2: Intraoral gebildeter Biofilm im transmissionselektronenmikroskopischen Bild bei 10 000facher Vergrößerung. Verschiedene, kokkenförmige Bakterienspezies haften über Fimbrien an der pellikelbedeckten Zahnschmelzoberfläche. (Der Zahnschmelz wurde im Rahmen der Probenpräparation für die transmissionselektronenmikroskopischen Analysen entkalkt und ist daher an der Unterseite des Biofilms nicht mehr existent.)

richtet sind [Ma et al. 1998]. Die Eignung dieser slgA/G-Antikörper zur passiven topischen Immunisierung gegen die Bakterien wurde bereits an menschlichen Probanden nachgewiesen [Ma et al. 1998]. Die Lokalapplikation der Antikörper auf die Zahnoberfläche bewirkte einen viermonatigen Schutz der menschlichen Mundhöhle vor der Rekolonisation mit *S. mutans*, während in der Placebo-Gruppe innerhalb des viermonatigen Nachuntersuchungszeitraumes eine intraorale Wiederbesiedelung mit *S. mutans*-Bakterien nachgewiesen werden konnte [Ma et al. 1998]. Unerwünschte systemische Nebenwirkungen ließen sich nicht feststellen. Diese Ergebnisse zeigen, dass durch die topische Applikation von Antikörpern eine effektive passive Immunisierung gegen *S. mutans* erzielt werden kann. Derzeit wird nach Möglichkeiten gesucht, die Zulassung für dieses Verfahren der Kariesimmunisierung zu erlangen, so dass möglicherweise bereits in einigen Jahren eine entsprechende Karies-Vakzine für die Lokalapplikation in der Mundhöhle zur Verfügung stehen könnte.

Mukosale Immunisierung gegen *S. mutans*

Eine aktive Immunisierung gegen Karies, zum Beispiel durch intramuskuläre Injektion von Bakterienzellen, ist beim Menschen nicht möglich, da hierbei nicht nur Antikörper gegen den Keim, sondern auch Serumantikörper gegen menschliches Herzmuskelgewebe gebildet werden. Die daraus re-

sultierenden Kreuzreaktionen stellen nach wie vor ein gravierendes und ungelöstes Problem der aktiven Kariesimmunisierung dar.

Auf der Suche nach möglichen Alternativen zur aktiven Immunisierung machte man die Entdeckung, dass sekretorische Antikörper (slgA) gegen *S. mutans*-Bakterien mit dem Speichel sezerniert werden, wenn eine entsprechende Stimulation des mukosalen Immunsystems in der

Mundhöhle erfolgt. Das mukosale Immunsystem, zu dem unter anderem der Waldeyersche Rachenring zählt, ist in der Lage, unabhängig von den im Blut zirkulierenden immunkompetenten Zellen Antikörper zu bilden. Die mit dem Speichel sezernierten slgA-Antikörper dienen zur spezifischen Immunabwehr von intraoralen Pathogenen. Zur Induktion der Antikörpersekretion über den Speichel wird das mukosale Immunsystem durch intranasale oder tonsilläre Applikation von Antigenen in Form eines Sprays angeregt.

Als Antigene zur mukosalen Immunisierung finden neben den bakteriellen Oberflächenadhäsinen auch Enzyme (Glukosyltransferasen) von *S. mutans* Verwendung. Glukosyltransferasen sind für die Produktion von extrazellulären Polysacchariden (Glukanpolymeren) verantwortlich und begünstigen dadurch die Etablierung des Erregers im Biofilm an der Zahnoberfläche. Durch die mukosale Immunisierung lässt sich im menschlichen Speichel eine sekretorische Immunantwort induzieren, die auf die Blockade der Virulenzfaktoren von *S. mutans* (Adhäsine und Glukosyltransferasen), ausgerichtet ist [Childers et al. 2002]. Die nasale oder tonsilläre Applikation von Antigenen bieten die Möglichkeit, die intraorale Kolonisation mit *S. mutans* auf immunologischem Weg zu verhindern, ohne Kreuzreaktionen mit dem menschlichen Herzmuskelgewebe hervorzurufen [Hajishengallis und Michalek, 1999]. Allerdings ist die bei der mukosalen Immunisierung erzielte Produktion sekretorischer Antikörper

sehr variabel und oftmals nur gering ausgeprägt. Weitere Studien sind daher noch erforderlich, um die für eine mukosale Immunisierung gegen *S. mutans* optimal geeignete Vakzine zu entwickeln und den resultierenden kariespräventiven Effekt bei menschlichen Probanden abzusichern.

Replacement therapy des Bakteriums

Die „replacement therapy“ beinhaltet die Substitution des natürlich vorkommenden Wildtyps von *S. mutans* gegen eine gen-

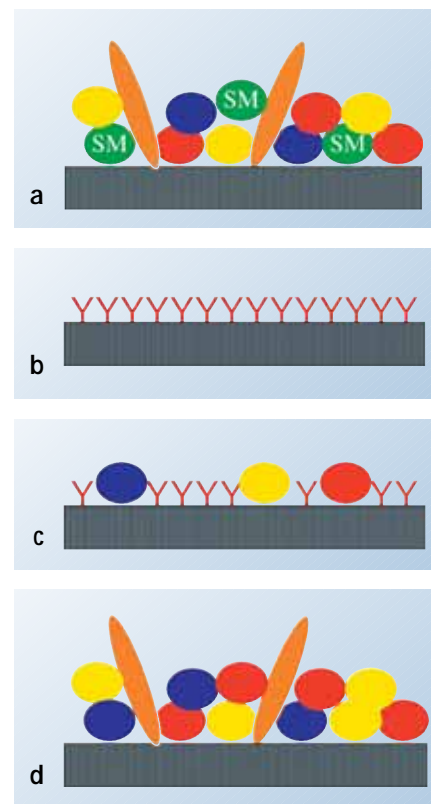


Abb. 3: Prinzip der topischen passiven Immunisierung gegen *S. mutans*. Im Bild a ist der Ausgangszustand schematisch dargestellt. Durch die Adhärenz verschiedener Bakterienspezies entsteht an der Zahnoberfläche ein mikrobieller Biofilm. Integraler Bestandteil dieses Biofilms sind *S. mutans* (SM) Bakterienzellen (a). Nach Entfernen des Biofilms durch professionelle Zahnreinigung werden sekretorische Antikörper (y), die gegen die Oberflächenadhäsine von *S. mutans* gerichtet sind, direkt auf die Schmelzoberfläche appliziert (b). Diese Antikörper verhindern die Adhärenz von *S. mutans* (c). Die neu formierte „mikrobielle Gemeinschaft“ befindet sich in einem ökologischen Gleichgewicht, für dessen Stabilität die Anwesenheit von Mutans-Streptokokken nicht mehr erforderlich ist (d).

technisch modifizierte, nicht pathogene Mutante [Hillman et al. 2000]. Der gentechnisch veränderte Austausch- oder Effektorbakterienstamm soll im bakteriellen Biofilm die ökologische Nische, die normalerweise von *S. mutans* besetzt wird, selektiv und dauerhaft kolonisieren. Als entscheidender Pathogenitätsfaktor dieses Bakteriums gelten seine azidogenen Eigenschaften, denn diese führen zur Ausbildung kariöser Läsionen im Zahnschmelz. Verantwortlich für die Bildung von Milchsäure im bakteriellen Stoffwechsel ist das Enzym Laktatdehydrogenase. Um das pathogene Potential des Keims zu reduzieren, wurde im bakteriellen Genom des für diese „Therapiemethode“ konzipierten Bakterienstammes das Gen, das die Bildung des Enzyms Laktatdehydrogenase kodiert, gentechnisch entfernt und durch ein neues Gen ersetzt, das die Bildung des Enzyms Alkoholdehydrogenase kodiert. Die derart modifizierte Variante von *S. mutans* ist aufgrund des Fehlens des Enzyms Laktatdehydrogenase nicht mehr in der Lage, Milchsäure zu produzieren. Aufgrund der erhöhten Alkoholdehydrogenase-Aktivität bildet dieser Bakterienstamm hingegen vielmehr als Stoffwechselendprodukt Äthanol, so dass die Gesamtmenge der sauren Stoffwechselmetaboliten reduziert ist. Um den natürlichen *S. mutans* Bakterienstamm aus dem Biofilm dauerhaft verdrängen zu können, wurde der zur Substitution konzipierte Effektorstamm außerdem mit der Fähigkeit ausgestattet, das antibakteriell wirksame Peptid Mutacin zu bilden. Mutacin bewirkt eine Inhibition des Wachstums aller anderen Mutans-Streptokokken und begünstigt dadurch die selektive Kolonisation der Zahnoberfläche mit dem Effektor-Stamm. In Tierexperimenten mit gnotobiotischen Ratten [Hillman et al. 2000] konnte gezeigt werden, dass dieser gentechnisch veränderte Effektor-Stamm tatsächlich in der Lage ist, *S. mutans* aus der mikrobiellen Plaque zu verdrängen, die Zahnoberfläche selektiv zu kolonisieren und das Auftreten von Karies signifikant zu reduzieren. Das reduzierte pathogene Potential dieses gentechnisch modifizierten Bakterienstammes, sein Potential die Zahnoberfläche zu kolonisieren und

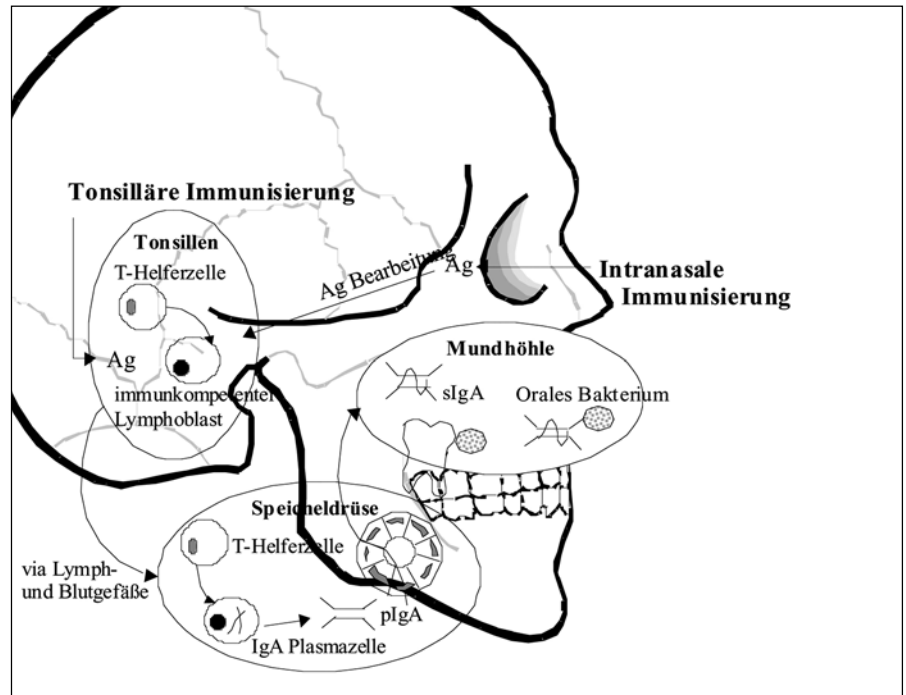


Abb. 4: Stimulation des mukosalen Immunsystems (Tonsillen) zwecks Induktion der Antikörpersekretion über den Speichel. Durch die intranasale oder tonsilläre Applikation von Antigenen (Ag) gegen *S. mutans* wird in den Tonsillen die Bildung und Ausschüttung von immunkompetenten Lymphoblasten angeregt. In den Speicheldrüsen differenzieren die Lymphoblasten zu Plasmazellen und bilden polymere IgA-Antikörper (pIgA), die als sekretorische IgA-Antikörper (sIgA) im Speichel sezerniert werden und spezifisch gegen *S. mutans* Bakterien gerichtet sind.

seine genetische Stabilität lassen ihn auch für die Anwendung am Menschen im Rahmen dieser „Ersatztherapie“ von *S. mutans* zur Kariesprophylaxe geeignet erscheinen. Klinische Studien, mit denen das Potential der „replacement therapy“ zur Kariesprophylaxe beim Menschen bewiesen werden soll, befinden sich momentan in der Vorbereitung. Erst wenn die Ergebnisse dieser Studie vorliegen, wird eine endgültige Bewertung dieses neuen Konzeptes zur Kariesprophylaxe beim Menschen möglich sein.

Schlussbetrachtung

Die mukosale Immunisierung und Sekretion von Antikörpern gegen *S. mutans* über den Speichel sowie der Austausch dieser Keime gegen eine weniger pathogene Mutante im Sinne dieser Methode bieten interessante Möglichkeiten, um in Zukunft die intraorale Etablierung von Mutans-Streptokokken im Biofilm bereits nach Durchbruch der Milchzähne zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Die Möglichkeit der passiven Immunisierung durch topische Applikation von Antikörpern gegen den Mutans-Erreger könnte zukünftig eine ergänzende Methode der Kariesprophylaxe bei Patienten

darstellen, die ein hohes Kariesrisiko aufweisen. Im Hinblick auf die Einschätzung des Stellenwertes der hier vorgestellten neuen Aspekte in der Kariesprophylaxe gilt es jedoch zu beachten, dass Karies durch eine heterogene Keimflora hervorgerufen wird. Diese wäre in vollem Umfang nur durch ein breites Spektrum von Antikörpern beziehungsweise gentechnisch veränderten Austauschbakterienstämmen unterschiedlicher Spezifität zu beeinflussen. Die daraus resultierenden Verschiebungen in der Zusammensetzung der intraoralen Mikroflora und möglichen Störungen des ökologischen Gleichgewichtes in der Mundhöhle sind aktuell nicht abschätzbar.

Univ.-Prof. Dr. M. Hannig
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und
Präventive Zahnheilkunde, Geb. 73
66421 Homburg
E-Mail: zmkmh@uniklinik-saarland.de

Nachdruck aus der Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ (2003; 33(3/03) 6-7) mit freundlicher Genehmigung der Redaktion

zm Leser service

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

Stellungnahme der DGZMK

Indikation und Gestaltung von Lückenhaltern nach vorzeitigem Milchzahnverlust

Winfried Harzer, Gisela Hetzer, Karin Huth

Detaillierte Kenntnisse zur Dentition, zum Kieferwachstum und zur Ätiologie von Gebissanomalien sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von kinderzahnärztlich tätigen Kollegen und Fachzahnärzten für Kieferorthopädie sind Voraussetzungen für eine optimale Therapie nach vorzeitigem Milchzahnverlust.



Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)



Abb. 1: Starke Lückeneinengung für 35 nach Verlust von 75 vor Durchbruch von 36 (Hetzer)

Foto: Hetzer

1. Begriffsbestimmung

Vorzeitiger Milchzahnverlust liegt vor, wenn ein Zahn der ersten Dentition mehr als ein Jahr vor Durchbruch seines Nachfolgers verloren geht und wenn die Stärke des Alveolarknochens über dem durchbrechenden Zahnkeim noch mehr als ein Millimeter beträgt oder die Wurzellänge des permanenten Zahnes zu weniger als 75 Prozent ausgebildet ist [3, 15].

Lückenerhalt und Zahnersatz nach vorzeitigem Zahnverlust

Während im Seitenzahnbereich die Erhaltung der Distanz zwischen seitlichem Schneidezahn und erstem Molaren das therapeutische Vorgehen bestimmt, sind es im Schneidezahngebiet ästhetische und funktionelle Gründe, welche einen temporären Zahnersatz indizieren [1, 5, 7, 11]. Letzterer ist, da sehr häufig mit multiplem Zahnverlust im gesamten Milchgebiss verbunden, eher als prothetische Versorgung im Milch- und Wechselgebiss zu charakterisieren. Terminologisch ist deshalb unter festsitzen-

dem oder abnehmbarem Lückenhalter fast ausnahmslos nur der im Bereich von Eckzahn und Prämolaren zu verstehen.

2. Physiologie von Dentition und Kieferwachstum

Das Wachstum des knöchernen Alveolarfortsatzes und die Dentitionsvorgänge sind auf das engste miteinander verbunden. Während der Funktionsperiode des kompletten Milchgebisses laufen keine wesentlichen Wachstumsvorgänge ab. Im Frontzahnggebiet bleiben die transversalen und

sagittalen Alveolarbogendimensionen stabil, und auch die hintere Zahnbogenbreite vergrößert sich nur unwesentlich. Erst kurz vor und während des Durchbruchs der bleibenden Schneidezähne nimmt die Zahnbogenbreite zu [10, 14].

3. Ätiologie und Pathogenese der Stützzoneeinengung unter besonderer Berücksichtigung des vorzeitigen Milchzahnverlustes

Aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie differieren Angaben zu Richtung und Ausmaß der Lückeneinengung nach vorzeitigem Milchzahnverlust sehr stark. Angaben zum Ausmaß einer Lückeneinengung schwanken zwischen 0,3 Millimetern und totalem Lückenschluss, wobei im Unterkiefer eine größere Lückeneinengung als im Oberkie-



Abb. 2: Festsitzender Lückenhalter 16 bis 54 bei einem achtjährigen Jungen nach vorzeitigem Verlust von 55, vor Eingliederung (a), nach Zementierung auf 54 (b) (Hetzer)

Fotos: Hetzer



Abb. 3: Vorzeitiger Verlust der Schneidezähne 54, 53, 52, 51, 61, 62 und 64, Kinderprothese mit zwei Halteelementen (a), Prothese in situ (b) (Hetzer)

fer beobachtet wurde [3, 4, 8, 10]. Unabhängig davon besteht immer ein erblicher Einfluss auf die Einengungstendenz, dessen Ausmaß jedoch nicht abschätzbar ist [13].

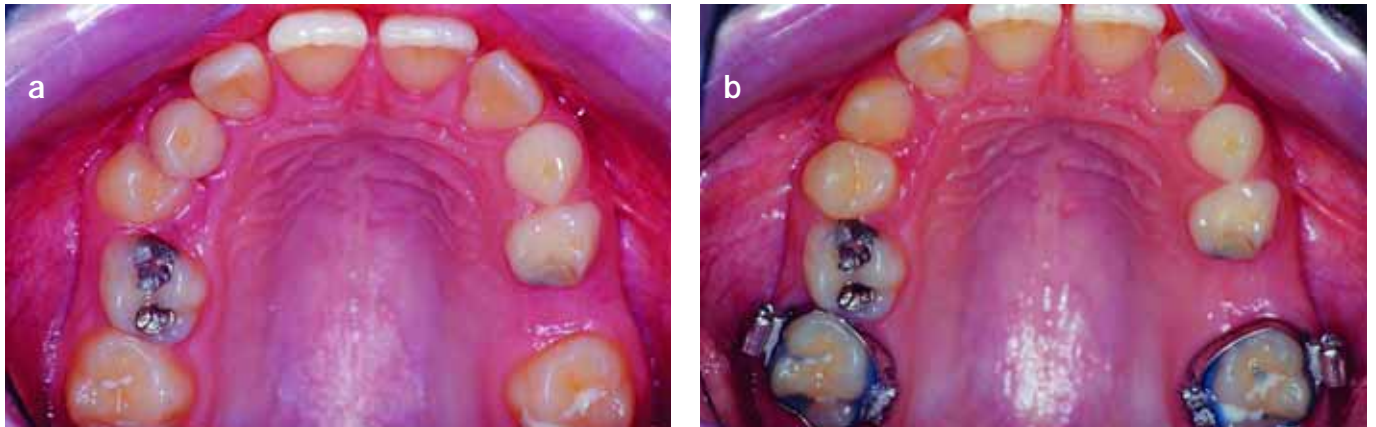
Für die Indikationsstellung eines Lückenhalters sind als Faktoren mit einem erhöhten Risiko für eine rasche und ausgeprägte Lückeneinengung zu berücksichtigen:

- Milchzahnverlust vor Durchbruch des ersten Molaren und der Schneidezähne (Abb.1),
- Vorzeitiger Verlust des zweiten Milchmolaren,
- Ausstoßung des Milcheckzahnes mit Durchbruch des lateralen Schneidezahnes,
- Verlust von zwei oder drei

Milchzähnen in einem Quadranten, besonders im Oberkiefer.

Als Faktoren, die eine geringere Lückeneinengung mit zeitlicher Verzögerung erwarten lassen, sind zu werten:

- Stabile Neutralverzahnung der ersten Molaren,
- Verlust des ersten Milchmolaren nach Okklusionseinstellung der ersten Molaren. Während nach vorzeitigem Verlust von Milcheckzahn und erstem Milchmolaren die Lückeneinengung mehr von den Schneidezähnen her erfolgt und von einer Mittellinienverschiebung begleitet wird, ist der Verlust des zweiten Milchmolaren von einer Anteriorneigung (Oberkiefer) oder körperlichen Anteriorbewegung (Oberkiefer) des ersten Molaren begleitet. Bei multiplem Milchzahnverlust erfolgt die Einengung aus beiden Richtungen [2]. Die genetischen Einflüsse auf die Lückenein-



Fotos: Harzer

Abb. 4: Zunehmende Lückeneinengung für 25 nach vorzeitigem Verlust von 65 bei einem neunjährigen Jungen (a), aktive Lückenöffnung durch Aufrichtung und Distalisierung von 16 und 26 mittels Headgear (b) (Harzer)

gung rechtfertigen vor Eingliederung eines Lückenhaltes eine zunächst abwartende Haltung und die Erhebung einer Platzbilanz hinsichtlich eines Engstandes auf Grund eines Missverhältnisses zwischen Zahn- und Kiefergröße.

Wenn die Lückeneinengung sechs Monate nach vorzeitigem Milchzahnverlust einen Millimeter beträgt und keine kieferorthopädische Frühbehandlung angezeigt ist, sollten Maßnahmen zur Stabilisierung der Stützzone ergriffen werden [9, 12].

4. Gestaltung von Lückenhaltern in spezifischen Situationen

Allgemeine Anforderungen: Bei Kindern mit vorzeitigem Milchzahnverlust ist von hoher Kariesaktivität auszugehen. Lückenhalter sollten deshalb so wenig wie möglich zur Plaqueakkumulation beitragen. Die Dentition und das Wachstum des Alveolarfortsatzes dürfen nicht behindert werden. Dies bedeutet, dass abnehmbare Lückenhalter nur wenige Halteelemente besitzen sollten. Bei festsitzenden Lückenhaltern sind zementierte Bänder beziehungsweise Kronen und möglichst keine, mittels Säure-Ätz-Technik befestigten Klebebrackets oder Teilbögen anzuwenden, da bei deren Lösen die Gefahr des Verschluckens oder der Aspiration besteht. Der festsitzende Lückenhalter, der in der Regel aus einer Band- beziehungsweise Stahlkronen-Drahtschlaufen-Kombination besteht, muss im anterioren Teil vor vertikalem Abgleiten geschützt werden (Abb. 2). Vor Eingliederung eines Lücken-

halters sollte röntgenologisch der Wurzelbefund der Ankerzähne (Resorption, Ankylose) sowie der Durchbruchstand der Nachfolger ermittelt werden [6]. Bei Durchbruch eines bleibenden Zahnes, antagonistisch zur Lücke eines Milchzahnes, muss eine Elongation über das Okklusionsniveau hinaus verhindert werden. Ferner ist darauf zu achten, dass ein Lückenhalter nicht mit künftigen kieferorthopädischen Maßnahmen kollidiert, so dass eine Kombination mit Dehnschrauben zu erwägen ist.

Vorzeitiger Verlust von Milchschneidezähnen

■ Eine Platzsicherung ist in der Regel nicht erforderlich. Aus ästhetischen und gegebenenfalls aus sprachfunktionellen Gründen kann jedoch eine Lückenversorgung angezeigt sein (Abb. 3).

Vorzeitiger Verlust des Milcheckzahnes

■ Bei einseitigem Zahnverlust, ist die Extraktion des Milcheckzahnes der Gegenseite zur Mittellinieneinstellung angezeigt.

■ Die Aufrichtung retrudierter Schneidezähne zur Öffnung der Eckzahnücke kann mithilfe eines Lingualbogens, der an Molarenbändern befestigt ist, erreicht werden. Damit werden gleichzeitig die Molaren am Ort gehalten.

■ Das Halten einer Eckzahnücke ist nicht sinnvoll, da für den breiteren Eckzahn nach einer Lückeneinengung aktiv mit einer Dehnapparat oder Extraktion Platz zum Durchbruch geschaffen werden muss.

Vorzeitiger Verlust des ersten Milchmolaren

■ Wenn die Lückeneinengung nach Abwarten über sechs Monate einen Millimeter beträgt, sollte ein abnehmbarer oder festsitzender Lückenhalter eingegliedert werden. Ein abnehmbarer Lückenhalter ist vor allem bei Milchzahnverlust in beiden Quadranten eines Kiefers indiziert.

Vorzeitiger Verlust des zweiten Milchmolaren

■ Bei Verlust vor Durchbruch des ersten bleibenden Molaren muss zunächst dessen Durchbruch abgewartet werden. Danach ist eine isolierte Aufrichtung und Distalisierung mit dem Headgear oder Lipbumper nach Bebanderung möglich (Abb. 4). Die Retention kann mit einer Nance-Apparatur erfolgen.

■ Bei Verlust nach dem Durchbruch des ersten Molaren sollte bei labiler Höckerzu-Höcker-Verzahnung ein festsitzender Lückenhalter, der sich am ersten Milchmolaren abstützt, eingegliedert werden. Bei stabiler Neutralverzahnung der ersten Molaren kann abgewartet werden.

Prof. Dr. Winfried Harzer,
Prof. Dr. Gisela Hetzer
Fletscherstraße 74, 01307 Dresden

Dr. Karin Huth
Goethestr. 70, 80336 München

zm Leser service

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

Die Arzneimittelkommission Zahnärzte informiert

Freie Rezepturen – kein Ersatz für nicht mehr zugelassene Fertigarzneimittel

Achtung: Bei der Verordnung der Fertigarzneimittel hat sich seit Anfang des Jahres etwas geändert. Weil immer noch Zahnärzte auf ihre alten Verordnungsgewohnheiten zurückgreifen, hier erneut eine wichtige Information zum Verordnen von Fertigarzneimitteln.

Am 31.12.2003 ist die fiktive Zulassung einer großen Zahl älterer Fertigarzneimittel erloschen, weil die Hersteller die für die reguläre Zulassung erforderlichen Nachweise der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Präparate nicht erbringen konnten oder wollten, so dass die betroffenen Arzneimittel vom Markt genommen werden mussten. Offenbar ist manchen Ärzten und auch Zahnärzten der Verzicht auf altvertraute Medikamente nicht leicht gefallen, denn es fällt auf, dass häufiger versucht wird, die nicht mehr verfügbaren Fertigarzneimittel durch ähnlich zusammengesetzte freie Rezepturen zu ersetzen. Da jedoch freie Rezepturen außer in der Dermatologie nur noch einen verschwindend kleinen Anteil unter den ärztlichen Verordnungen ausmachen, werden die Regeln des freien Rezeptierens heute im Pharmakologieunterricht meist nur noch cursorisch behandelt, und auch in den meisten Lehrbüchern finden sich hierzu keine detaillierten Angaben, so dass sich auf den Rezepten leicht Fehler einschleichen, die dem Apotheker die Ausfertigung des Rezeptes erschweren oder unmöglich machen. Deshalb seien einige nachstehend genannte Punkte zur Beachtung empfohlen:

1. Da manche Hersteller aus rein wirtschaftlichen Gründen auf den für die Zulassung geforderten Nachweis der Wirksamkeit ihres Produktes verzichtet haben, gibt es unter Umständen ein analog zusammengesetztes, für die betreffende Indikation zugelassenes Fertigarzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff von einem anderen Hersteller, so dass man auf dieses ausweichen kann und sich eine freie Rezeptur erübrigt.
2. Gibt es ein solches Analogpräparat nicht, das heißt, gibt es kein Fertigarzneimittel mit dem gewünschten Wirkstoff, für das die

Wirksamkeit für die jeweilige Indikation belegt ist, so ist die freie Rezeptur des Wirkstoffs zwar im Prinzip im Sinne einer „Off-Label“-Verordnung möglich, doch ist besondere Sorgfalt geboten. So wäre zum Beispiel zu fragen, ob es therapeutisch sinnvoll und gerechtfertigt ist, dem Patienten ein Medikament mit fragwürdiger Wirksamkeit zu

mensetzung der gewählten galenischen Hilfsstoffe, das sind Vehikel (Lösungsmittel, Salbengrundlagen oder Ähnliches), die pharmazeutische Qualität der Arznei abhängig ist, und dass es wenig wahrscheinlich ist, dass es dem auf dem Gebiet der Galenik unerfahrenen Arzt beziehungsweise Zahnarzt gelingt, ein dem ursprünglichen Medikament bioäquivalentes Produkt zu erzielen.

3. Besondere Regelungen gelten, wenn ein Arzneimittel wegen eines nicht vertretbaren Risikos als bedenklich eingestuft und ihm deshalb die Zulassung versagt worden ist.



Foto: PhotoDisc

Wenn Arzneimittel nicht mehr zugelassen sind, ...

verschreiben oder ob es nicht besser ist, auf ein Fertigpräparat mit einem ähnlichen, für die betreffende Indikation zugelassenen Wirkstoff auszuweichen. Letzteres hätte überdies den Vorteil, dass für die medizinische und pharmazeutische Qualität der Arznei nicht der Arzt beziehungsweise Zahnarzt und der Apotheker, sondern der pharmazeutische Unternehmer verantwortlich wäre. In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, dass von der Art und der Zusam-

Da es nach § 5 (1) Arzneimittelgesetz verboten ist, bedenkliche Arzneimittel in den Verkehr zu bringen, darf der Apotheker ein Rezept mit einem bedenklichen Wirkstoff nicht beliefern, wenn er sich nicht strafbar machen will. Eine Ausnahme wäre nur möglich, wenn sich der verordnende Arzt oder Zahnarzt ausdrücklich auf seine Therapiefreiheit und so genannte „Compassionate Use“ (Anwendung aus Mitgefühl) beruft und dem Apotheker eine plausible Begründung in

schriftlicher Form liefert, dass der Einsatz dieser Arznei medizinisch geboten sei, das heißt, dass der Patient nach einer individuellen Nutzen/Risiko-Abschätzung gerade dieses Arzneimittel benötige und risikoärmere Alternativen nicht vertretbar seien. Der verordnende Arzt/Zahnarzt hat dann das Haftungsrisiko zu tragen (siehe hierzu auch die Stellungnahme der Arzneimittelkommission in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ Nr. 13/2002, Seite 50) und die entsprechende Aufklärung des Patienten zu dokumentieren.

4. Die Formalien einer Verschreibung von Arzneien sind durch eine Rechtsverordnung (Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel) geregelt. Da die freie Rezeptur eine Anweisung an den Apotheker darstellt, eine bestimmte Arznei herzustellen, müssen – sofern nicht Fertigarzneimittel oder arzneibuchgemäße Standardrezepturen verordnet werden – die vom Apotheker zu verwendenden Bestandteile (Wirkstoffe und Hilfsstoffe)



Foto: ABDA

...darf man sie dem Apotheker nicht in Auftrag geben.

nach Art und Menge auf dem Rezept angegeben werden. Ausnahmen hierzu sind unter Umständen bei Suppositorien und Salben möglich, wo die Auswahl der benötigten Grundmasse dem Apotheker überlassen werden kann. Der Verordnende hat aber dann nicht die Möglichkeit, die speziellen, unter Umständen für die Wirksamkeit wesentlichen Eigenschaften seiner Arznei selbst zu bestimmen: zum Beispiel hängen bei Salben die Resorbierbarkeit und Bioverfügbar-

keit des Wirkstoffs stark von der Art der verwendeten Grundlage ab. Zwingend vorgeschrieben ist bei freien Rezepturen weiterhin eine Signatur (S), das heißt eine Anweisung an den Patienten, wie er die Arznei anzuwenden hat, denn anders als beim Fertigarzneimittel kann er sich hierüber nicht aus dem Beipackzettel informieren. Es sollte aus verschiedenen Gründen geprüft werden, ob wirklich die Verschreibung zu Fertigarzneimitteln möglich ist. AKZ

Varianten von Hauttumoren

Amelanotisches Melanom des Gesichtes

Torsten E. Reichert, Martin Kunkel



Abbildung 1: Klinischer Aspekt der knötchenförmigen Hautveränderung mit rötlichem Randsaum im Bereich der linken Wange

Kasuistik

Eine 55-jährige Patientin berichtete über eine umschriebene „Verhärtung“ der Haut im Bereich der linken Wange. Hinzu kam ein Juckreiz in der betroffenen Region. Klinisch zeigte sich eine knötchenförmige Hautveränderung mit rötlichem Randsaum im Bereich der Wange (Abb. 1). Die Detailaufnahme zeigt, dass es sich um eine sieben mal sechs Millimeter große, deutlich erhabene, nicht pigmentierte, knötchenförmige Läsion mit oberflächlicher Gefäßzeichnung handelt (Abb. 2).

Drei Wochen wurde diese Läsion mit verschiedenen Salben therapiert. Da keine Befundbesserung eintrat, erfolgte die Entnahme einer Gewebeprobe. Diese zeigte Anteile eines spindelzelligen, amelanotischen Melanoms.

Zur weiteren Therapie wurde die Patientin in unsere Klinik überwiesen. Dort erfolgte die Resektion des Melanoms mit Sicherheitsabstand (Abb. 3 und 4). Die histologische



Abbildung 2: Detailaufnahme der Läsion. Erkennbar ist eine deutlich erhabene, nicht pigmentierte, knötchenförmige Hautläsion mit oberflächlicher Gefäßzeichnung.

Untersuchung des Resektates ergab ein elf Millimeter dickes, malignes Melanom mit amelanotischem, knotigem, spindelzelligem Anteil und beginnender lymphogener loco regionärer Metastasierung. Das entsprechende histologische Bild zeigt dicht gepackte Spindelzellformationen mit ausgeprägten Zell- und Kernatypien sowie zahlreichen Mitosefiguren (Abb. 5a und b). Nur sehr spärlich finden sich Melaninpigmente. (Die histologischen Präparate wurden freundlicherweise von Dr. med. Wolfgang Breuninger, Hautklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, zur Verfügung gestellt). Da der Tumor weit im Gesunden entfernt wurde, konnte der Wangendefekt zeitnah mit einem Wangenrotationslappen gedeckt werden (Abb. 6).

Diskussion

Das maligne Melanom ist ein bösartiger Tumor der pigmentbildenden Zellen und gehört zu den Tumoren mit der höchsten Zuwachsrate der Inzidenz [Riede et al., 2001; Becker und Wahrendorf, 2000]. In erster Linie werden Patienten im höheren Altersbereich (> 50 Jahre) betroffen [Becker und Wahrendorf, 2000]. Das maligne Mela-

Der aktuelle klinische Fall

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



Abbildung 3: Anzeichnung der Schnittführung mit Markierungsfäden

nom entsteht meist in der äußeren Haut; es können aber auch die Schleimhautregionen, die Uvea und Iris und die Meningen betroffen sein [Riede et al., 2001]. 25 Prozent aller Melanome entstehen in der Kopf-Hals-Region [Neville et al., 2002]. Nach Lokalisation und Wachstumsart werden im Hautbereich die vier Typen superfiziell spreitendes Melanom, Lentigo-maligna-Melanom, noduläres Melanom und akral-lentiginöses Melanom unterschieden [Riede et al., 2001; Neville et al., 2002]. Die Tumorzellen können sich sowohl horizontal als auch vertikal ausbreiten und führen dann zu den

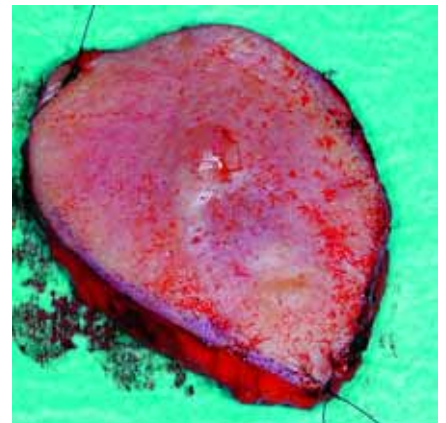


Abbildung 4: Entnommenes Tumorresektat mit großem Sicherheitsabstand

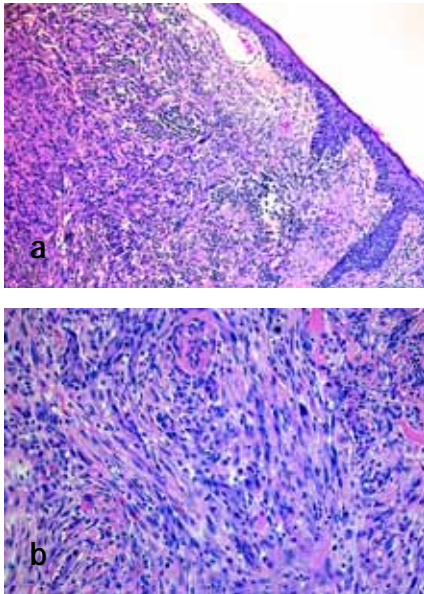


Abbildung 5:
 a: Im histologischen Bild sind unter der abgeflachten Epidermis die ektatischen Gefäßanschnitte und die Tumorzellen erkennbar. Melaninpigmente sind praktisch nicht nachweisbar. Färbung: HE, Orig. Vergrößerung 100x.
 b: In der höheren Vergrößerung zeigen sich dicht gepackte Spindelzellformationen mit ausgeprägten Zell- und Kernatypien. Färbung: HE, Orig. Vergrößerung: 200x.

typischen Erscheinungsbildern der vier genannten Typen. Gemeinsames Merkmal aller Typen ist aber in der Regel die deutliche Pigmentierung der Läsion, die von braun bis tief schwarz reichen kann [Neville et al., 2002; Riede et al., 2001]. Im Gegensatz dazu ist die bei der hier vorgestellten Patientin vorliegende nicht pigmentierte, so genannte amelanotische Form viel seltener.

Histologisch finden sich hier keine oder nur spärlich nachweisbare Melaninpigmente. In diesen Fällen kann sowohl klinisch als auch histologisch die Diagnostik schwierig sein. Auch bei dem hier vorgestellten Fall wurde primär nicht an ein Melanom gedacht und die Hautläsion mehrere Wochen mit Salben therapiert. Vom äußeren Aspekt hätte die Läsion auch einem nodulären Basaliom zugeordnet werden können [Riede et al., 2001]. Auch das Basaliom kann ein knötchenförmiges Erscheinungsbild mit Gefäßzeichnungen aufweisen [Neville et al., 2002].

Der hier vorgestellte Fall soll die Vielgestaltigkeit der bösartigen Hauttumoren demonstrieren. Wie bei allen malignen Tumoren ist

Fazit für die Praxis

- Neben der Mundhöhle sollte auch der Haut des Gesichtes Beachtung geschenkt und auffällige Läsionen einer fachärztlichen Beurteilung zugeführt werden.
- Die amelanotische Variante eines malignen Melanoms kann diagnostische Schwierigkeiten bereiten.
- Gefäßzeichnungen auf knötchenförmigen Hautläsionen sind ein Hinweis auf einen nicht harmlosen Hauttumor.



Abbildung 6: Detailaufnahme der linken Wange acht Wochen nach Defektdeckung mit einem Wangenrotationslappen. Erkennbar ist noch das deutliche Ödem im Bereich der Oberkante und Spitze des Lappens.

die Überlebenschance für den Patienten umso größer, je früher die richtige Diagnose gestellt und die adäquate Therapie eingeleitet wird. Insbesondere dem Zahnarzt kommt aufgrund seiner regelmäßigen und vergleichsweise häufigen Patientenkontakte eine entscheidende Rolle in der Früherkennung von Tumoren, nicht nur in der in der Mundhöhle, sondern auch im Bereich des Gesichtes zu.

Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
 PD Dr. Dr. Martin Kunkel
 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.

Differentialdiagnostisch immer auf dem Laufenden

Zosterinfektionen im Kopf- und Mundhöhlenbereich

Dieter Leithäuser

Zosterinfektionen sind im Kopf-Halsbereich nicht unbedingt ungewöhnlich. Im Oralraum jedoch stellen sie für den Zahnarzt eine große diagnostische Herausforderung dar. Dieses gilt besonders für die Zuordnung der Nervensegmente, die durch eine Reaktivierung der Viren betroffen sind. Der Beitrag stellt verschiedene Fallbeispiele vor.



Abb. 1: Strenger Halbseitenbefall bei Zoster im Kinnbereich

Die Zosterinfektion ist eine Viruserkrankung, die mit Schmerzen, Empfindungsstörungen und Hautveränderungen im Versorgungsgebiet eines bestimmten Nerven

einhergeht. Auslösende Ursache der Infektion ist eine Reaktivierung im Körper vorhandener Varicella-Zoster-Viren.

Die „Gürtelrose“ tritt daher auch nur bei Menschen auf, die in ihrer Kindheit an Windpocken erkrankt waren. Das sichere Erkennen der Erkrankung ergibt sich in erster Linie aus den typischen Symptomen: kleinen Bläschen auf geröteter Haut, die halbseitig begrenzt auftreten und von Schmerzen und Empfindungsstörungen begleitet werden. Der landläufige Begriff Gürtelrose ist von der Anordnung der Hautveränderungen sowie der Ausstrahlung der Schmerzen abgeleitet, die im Allge-

meinen gürtelförmig im Bereich von Brustkorb oder Bauchraum auftreten. Die Gürtelrose ist die Folge einer Reaktivierung im Körper verbliebener Viren nach einer Windpockenerkrankung und tritt fast ausschließlich im Erwachsenenalter auf. Patienten mit einer Abwehrschwäche können auch mehrfach an einer Gürtelrose erkranken. Personen, die nicht an Windpocken erkrankt waren, können sich mit dem Virus infizieren und dann an Windpocken, aber nicht an Zoster erkranken.



Abb. 3: Zoster oticus



Abb. 4: Zoster ophtalmicus – N. infraorbitalis

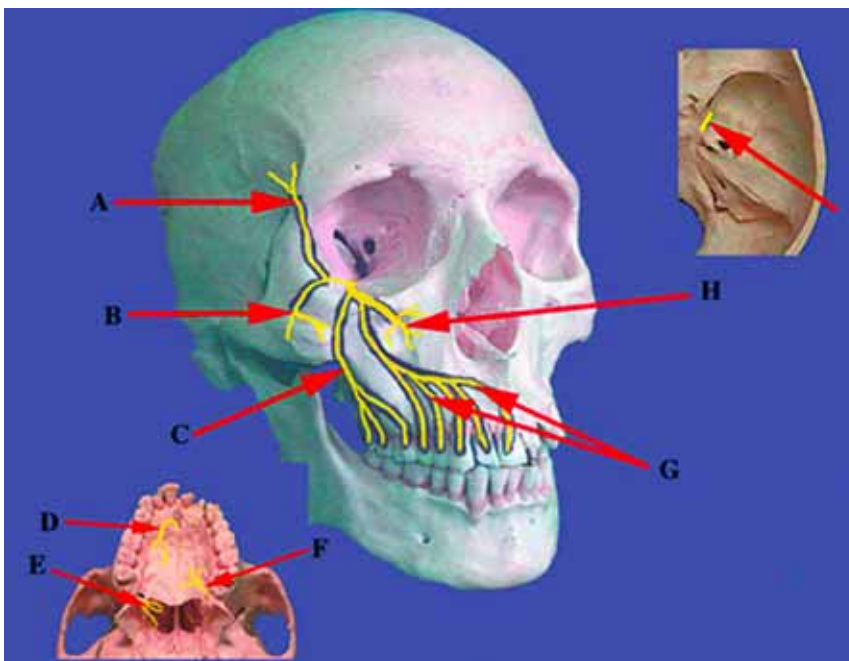


Abb. 2: Segmentale Zuordnung der Nervensegmente



Abb. 5: N. zygomatico-temporalis und N. infraorbitalis



Abb. 6: Detail



Abb. 7: N. palatinus minor

Allgemeine Symptome

Die Erkrankung beginnt mit einem allgemeinen Krankheitsgefühl. Die Patienten fühlen sich müde und abgeschlagen und haben leichtes Fieber. Nach zwei bis drei Tagen treten heftige Schmerzen sowie Empfindungsstörungen im Verlauf des betroffenen Nervs auf. Bald darauf bilden sich in diesem Gebiet auf der Haut gruppenförmig angeordnete Knötchen, die sich in stecknadelkopf- bis erbsengroße Bläschen umwandeln (Abb.1). Diese Bläschen können eine wässrige oder blutige Flüssigkeit enthalten und zerfallen rasch. Gelegentlich können diese Hautveränderungen auch fehlen, man spricht dann vom **Zoster sine herpete**.

Zoster im Kopfbereich

Der Zoster kann auch im Kopfbereich auftreten, wenn die Varicella-Viren in Hirnnerven überdauert haben. Bei dem besonders häufigen Befall des Nervus trigeminus sind Auge, Nase, Stirn und die behaarte Kopfhaut einer Gesichtshälfte betroffen. Durch eine mögliche Ulcusbildung an der Hornhaut oder Regenbogenhaut des Auges kann es zu bleibenden Schäden, bis hin zur Erblindung, kommen. Bei einem **Zoster oticus** kann der N. facialis bei bis zu 60 Prozent der Patienten miterkranken. Es resultiert meist eine vollständige und in Hinblick auf eine Remission prognostisch ungünstige periphere Gesichtslähmung. Eine partielle Lähmung der Gesichtsmuskulatur kann auch bei einem segmentalen Zosterbefall im Kopf-Halsbereich auftreten. Noch gravierender sind beim Zoster oticus die Folgen einer Entzündung der Ganglienzellen des VII. und VIII. Hirnnerven mit Vestibularis-ausfall und retrocochleärem Hörverlust. Nach Abheilung der Hauterscheinun-



Abb. 8: Segmentaler Befall im Gaumenbereich



Abb. 9: Ulcusbildung



Abb. 10: Remission nach vier Wochen

gen bleiben häufig hyper- oder depigmentierte Areale zurück, das heißt, die Haut ist entweder stärker gebräunt oder verliert ihre Tönung.

Fallbeispiele im Gesichtsbeich

Patientenfall: Eine 67-jährige Patientin mit reduziertem Allgemeinzustand und Krankheitszeichen klagt nach einem Prodromalstadium von zwei Tagen mit Krankheitsgefühl und Fieber über heftige neuralgiforme Schmerzen am Gehörgangseingang und in der Tiefe des Ohres. Weitere Symptome waren eine rasch zunehmende Innenohrschwerhörigkeit, Schwindel sowie eine Geschmacksstörung. Wenige Tage später entwickelt sich eine Fazialisparese. Als zusätzliche Symptome von Seiten der Nn. glossopharyngeus und vagus traten eine Schluckstörung, Schmerzen und Dysphonie auf (Abb.3).

Patientenfall 2:

Erkrankt ist hier segmental die Unterlidregion (Abb.4). Hier muss wegen der Gefahr der Hornhautmitbeteiligung eine fast tägliche Inspektion der vorderen Augenabschnitte mit der Spaltlampe erfolgen.

Patientenfall 3:

Bei dieser Patientin sind gleich zwei Segmente des zweiten Trigeminasastes erkrankt (Abb. 5 und 6):

N. zygomaticotemporalis und der N. infraorbitalis.

Die anatomische Beziehung der Nervensegmente ist in Abbildung 2 deutlich erkennbar (A+H). Auch die segmentale Beteiligung der Nasenspitze ist typisch.

Zoster in der Mundhöhle

Patientenfall 4:

Ein 42-jähriger Patient stellte sich in unserer Praxis mit starken Schmerzen unterhalb des linken Ohres unter dem Verdacht einer Gehörgangsentzündung vor. Der Schmerz hatte schneidenden, bohrenden Charakter und wurde im Bereich der Mastoidspitze lokalisiert. Gleichzeitig klagte der Patient über ein leichtes Brennen im Bereich des harten Gaumens. Gehörgang und Trommelfell waren entzündungsfrei. Im hinteren und mitt-



Abb. 11: *N. nasopalatinus*



Abb. 12: Gaumenkarzinom

leren Bereich des harten Gaumens war streng bis zur Mittellinie reichend ein Zostersegment mit typischen Effloreszenzen erkennbar (Abb. 7).

Eine Suche im Internet war erfolgreich und ließ eine genaue Bestimmung der betroffenen Nervenregion zu.

Aus dem Foramen palatinum minor zieht durch das „kleine Gaumenloch“ der N. palatinus minor. Das Innervations-Schema zeigt unter F den Verlauf dieses Nerven. Der Patient wurde über den langen Krankheitsverlauf der Erkrankung informiert, es wurde eine Therapie mit Zovirax fünf mal 800 mg/die peroral für sechs Tage eingeleitet. Lokale Spülungen mit Herviros-Lösung. Ein langwieriger Verlauf wurde vermutet, der

tatsächliche Verlauf war ungewöhnlich. Obwohl der segmentale Nervenschmerz sofort nach der Zoviraxmedikation deutlich rückläufig war, bildete sich nach einer Woche ein tiefes bis zum Gaumenperiostr reichendes Ulcus (Abb. 9). Die Ulcusränder waren nur wenig druckempfindlich. Eine stärkere Schmerzhaftigkeit, wie erwartet, trat nicht auf. Zur spontanen Abheilung kam es erst vier Wochen nach Krankheitsbeginn (Abb. 10).

Patientenfall 6:

Bei dieser 52-jährigen Patientin zeigen sich typische Zoster-Effloreszenzen fast in der gleichen Gaumenregion (Abb. 11). Erst die genaue Analyse zeigt ein anderes Nervensegment. Hier ist der N. nasopalatinus befallen.

Patientenfall 7:

Bei allen Zosterformen mit späteren Ulcerierungen muss differentialdiagnostisch immer ein infiltrierend wachsendes Malignom ausgeschlossen werden. Bei einer genauen Betrachtung von Abbildung 12 ist ein Überschreiten der Mittellinie durch den Tumor deutlich zu erkennen.

Zusammenfassung

Zosterinfektionen sind im Kopfbereich nicht ungewöhnlich. Sie treten in wenigen Fällen auch im Mund auf und sind diagnostisch schwer fassbar. Erst die Kenntnis über die Möglichkeit der Virusinfektion eines Nervenastes im oralen Bereich lässt differentialdiagnostische die Vermutung zu, dass es sich um eine Zostererkrankung handelt.

In derart unklaren Fällen bringt die Befragung nach einer überstandenen Windpockenerkrankung weiteren Aufschluss. Eine Überweisung zum Facharzt sollte überdacht werden.

Dr. med. Dieter Leithäuser
HNO-Arzt
Burggraben 47
34414 Warburg/ Westfalen

36. Jtg der AG für Funktionsdiagnostik und Therapie (AFDT) in der DGZMK

Funktionsdiagnostik und -therapie interdisziplinär

Markus Oliver Ahlers

Zum ersten Mal nach ihrer zeitgemäßen Umbenennung in die „Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie“ veranstaltete die ehemalige „AGF“ ihre Jahrestagung in Bad Homburg.



Foto: Clauß/Ahlers

Abbildung 1:
Palpationsbefund des
Musculus masseter
pars superficialis

Die Hauptvorträge steckten zum Generalthema Interdisziplinäre Funktionsdiagnostik den Rahmen von der zahnärztlichen und von der ärztlichen Seite ab.

Prof. Dr. Siegfried Kulmer, Innsbruck, berichtete über den Langzeiterfolg in der restaurativen Zahnmedizin durch interdisziplinäre Zusammenarbeit. Besonders beeindruckend waren die gezeigten Techniken zur Gestaltung differenzierter okklusaler Rehabilitationen und deren Lehre in der zahnmedizinischen Ausbildung an der Universität Innsbruck.

Im zweiten Hauptvortrag beschrieb Prof. Dr. Arne Ernst von der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Unfallklinik, Berlin-Marzahn, die Problematik funktionsgestörter Patienten aus Sicht des manualmedizinisch fortgebildeten Hals-Nasen-Ohrenarztes. Nachdem bereits in den vergangenen Jahren verschiedene orthopädische Beiträge die Problematik des Zusammenhanges zwischen Blockaden im Bereich der Halswirbelsäule und deren Auswirkungen auf die Funktionen des cranio-

mandibulären Systems beschrieben, erläuterte er diese Zusammenhänge ausführlich und bezog dabei durchaus die Alltagssituation der Patienten in seine Betrachtung ein. Im Hinblick auf die verschiedenen Arbeitstechniken, die im Zusammenhang mit der Diagnostik und Therapie derartiger Patienten erforderlich sind, gaben verschiedene Kurzvorträge Einblicke in den aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie.

In diesem Zusammenhang berichteten Susanne Heine und Prof. Dr. Holger A. Jakstat, Leipzig, über die Genauigkeit, mit der die Mundöffnungsbewegungen im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse beurteilbar sind. Die Autoren konnten im Rahmen ihrer experimentellen klinischen Studie auf hoher Evidenzstufe zeigen, dass die Mundöffnungsbewegung mit dem herkömmlichen an die Schneidekante eines Kiefers gehaltenen Lineal weniger genau messbar ist. Im Vergleich dazu ist die Reproduzierbarkeit und Validität der Messung mittels eines neuen Messinstrumentes, dem „CMDme-



ter“ (<http://www.dentaConcept.de>), signifikant besser.

Ein weiterer Beitrag aus der Leipziger Arbeitsgruppe informierte über die Reproduktionsgenauigkeit der Montage in den Artikulator mithilfe eines arbiträren Gesichtsbogens im Vergleich zur Montage nach Mittelwerten. Die Autoren untersuchten mit Unterstützung der Studenten aus dem vorklinischen Studienabschnitt, inwieweit die Verwendung eines arbiträren Gesichtsbogens die Genauigkeit der Übertragung des Oberkiefermodells verbessert. Sie konnten dabei mittels eines evidenzstarken Untersuchungsaufbaus nachweisen, dass die Genauigkeit bei der Übertragung unter Zuhilfenahme des arbiträren Gesichtsbogens signifikant steigt.

Einfluss der Kopfposition

Dres. Sibylle und Alfons Hugger, Münster und Düsseldorf, prüften die Auswirkungen der Kopfposition auf zahngeführte und stützstiftgeführte Unterkieferbewegungen. Der Hintergrund hierfür ist die bereits von Prof. Ernst bestätigte Tatsache, dass der Funktionszustand der Halswirbelsäule – und damit auch deren Position – in die Unterkieferposition einfließt. Das Ziel der vorgestellten Pilotstudie war es nun, das Ausmaß möglicher Veränderungen kondylärer Positionen und Bewegungen bei der Ausführung zahngeführter sowie stützstiftgeführter Bewegungen zu erfassen. Nach erster Auswertung der in ihrer Gesamtheit noch nicht abgeschlossenen Studie deutet sich an, dass unter veränderter Kopfstellung zahngeführte Bewegungen im Vergleich zu stützstiftgeführten Bewegungen konstantere Eigenschaften aufweisen.

Dessen ungeachtet kam eine zentrale Stützstiftvorrichtung in einer anderen experi-

mentellen Studie zur Anwendung. Die Autoren Dr. Hans J. Schindler, Karlsruhe, sowie PD Dr. Jens C. Türp, Basel, berichteten über ihre Ergebnisse zur heterogenen Aktivierbarkeit des Musculus masseter. Mittels fünf intramuskulärer Elektroden in unterschiedlich tiefen Muskelregionen zeichneten sie die Aktivität des rechten Musculus masseter auf und registrierten zugleich die intraorale Kraftübertragung mittels einer mit Dehnungsmessstreifen bestückten zentralen Stützstiftvorrichtung. Dabei konnten sie zudem zeigen, dass ihre Ergebnisse auf eine multiple funktionelle Partitionierung des Musculus masseter hinweisen. Für diese Untersuchung erhielten die Autoren den Preis für den besten wissenschaftlichen Vortrag aus einer Zahnarztpraxis. Als unmittelbare Konsequenz für die zahnärztliche Praxis per se ergibt sich hieraus die Bestätigung, dass es sinnvoll ist, die verschiedenen morphologisch abgegrenzten Bereiche des Musculus masseter im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse getrennt zu untersuchen und zu befunden (Abb.1).

und dermatologischen Fragestellungen stellte die Arbeitsgruppe aus Hamburg vor. Die Zahnärztin Susanne Effenberger untersuchte dort gemeinsam mit Prof. Dr. Peter von den Driesch, Stuttgart, Patienten mit Lichen ruber planus der Mundschleimhaut sowie eine Kontrollgruppe auf das Vorliegen von cranio-manibulären Dysfunktionen. Es zeigte sich, dass Patienten mit histologisch gesichertem Lichen ruber planus signifikant häufiger an Funktionsstörungen

Becken-Hüftregion. Die Autoren der Studie, PD Dr. med. Matthias Fink und Mitarbeiter/innen aus Hannover konnten zeigen, dass es von Bedeutung ist, bei CMD-Patienten die Zervikal- und Sakroiliakalregion in die klinische Untersuchung und gegebenenfalls die Behandlung einzuschließen. „Der“ Streitpunkt der jüngeren Vergangenheit betraf die Frage, inwieweit okklusale Faktoren an der Entstehung von cranio-mandibulären Dysfunktionen beteiligt sind.



Foto: Claußen/Sander

Abbildung 2:
Physiotherapeutische
Mitbehandlung bei
CMD/Arthropathie
mit Kondylus- und
Diskusverlagerung zur
Distraction des Kon-
dylus-Diskus-Komplexes

Stress und Dysfunktionen

Die Studie der Berliner Arbeitsgruppe um PD Dr. Ingrid Peroz prüfte, inwieweit individuelle Stressbewältigungsstrategien als psychosomatische Risikofaktoren für die Entstehung cranio-mandibulärer Dysfunktionen wirken können. Mittels verschiedener psychosomatischer Untersuchungsinstrumente, darunter unter anderem die „Beschwerdeliste“ und der „Life-Event-Score“ nach Holmes und Rahe, wurde die Korrelation psychosomatischer Einflüsse auf das Entstehen von CMD untersucht. Dabei stellte sich insgesamt heraus, dass unter anderem kritische Lebensereignisse sowie der Dysfunktionsindex nach Helkimo hoch signifikant mit CMD korrelierten. Für die Praxis bestätigt dieses die Notwendigkeit, schon im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse nach Indikatoren für das Vorliegen psychosomatischer Co-Faktoren zu suchen und diese in die Therapie einzubeziehen. Einen bislang unberücksichtigten interdisziplinären Zusammenhang zwischen der Entstehung cranio-manibulärer Dysfunktionen

des Kauorgans leiden, als die Lichen-freie Kontrollgruppe. Das ist wichtig für den Praktiker.

Ein weiterer interdisziplinärer Aspekt war der Tinnitus. Im Rahmen einer Pilotstudie aus Bonn konnten Dr. Sabine Linsen et al. 20 hals-, nasen-, ohrenärztlich erfolglos konservativ behandelte Patienten auf das Vorliegen von Funktionsstörungen des Kauorgans untersuchen und nicht invasiv funktionstherapeutisch behandeln. Es zeigte sich, dass nur bei den Patienten mit Diagnose CMD eine Okklusionsschienentherapie eine Veränderung bezüglich der Intensität und Frequenz des Tinnitus erbrachte. Trotz der geringen Fallzahl leiteten die Autoren daraus ab, dass die Behandlung von Tinnitus in Kombination mit einem CMD-erfahrenen Zahnarzt erfolgen sollte.

Mittlerweile etabliert ist das interdisziplinäre Zusammenwirken mit Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Grundlage ist nun ein einheitliches Diagnoseschema (Abb.2). Eine orthopädisch-zahnärztliche Studie untersuchte den Einfluss von Okklusionsstörungen auf die Zervikal- und Lenden-

In jüngster Zeit wurde durch verschiedene Autoren unter dem Eindruck neuer Erkenntnisse zu den psychosomatischen Einflüssen auf das dysfunktionelle Geschehen die Bedeutung okklusaler Faktoren in Frage gestellt. OA Dr. Olaf Bernhardt und Co-Autoren, Greifswald, konnten nun bei über 2 500 bezahlten Probanden einen signifikanten Zusammenhang hochgradiger okklusaler Zahnhartsubstanzverluste mit den Parametern Kopfbiss im Front- und/oder Seitenzahnbereich, Stützonenverlust im Molarenbereich und Bruxismus nachweisen.

Der bisherige Vorstand der AFDT wurde in seinem Amt bestätigt. Erster Vorsitzender der AFDT bleibt Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeier, Charité Berlin, zweiter Vorsitzender bleibt Dr. Wolf-Dieter Seeher.

Weitere Personalien und Infos unter: <http://www.AFDT.de>.

Dr. Markus Oliver Ahlers
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und
Präventive Zahnheilkunde, Zentrum für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20251 Hamburg
E-Mail: Ahlers@uke.uni-hamburg.de

4. Keramik-Symposium in Kiel

Alle Segel für die Vollkeramik gesetzt

Manfred Kern

Das Keramik-Symposium, das in diesem Jahr als Auftaktveranstaltung zur Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde (DGZPW) in Kiel stattfand, bewährte sich erneut als Forum zum Erfahrungsaustausch zwischen Klinikern, Werkstoffspezialisten, niedergelassenen Zahnärzten und Dentallaborleitern.

Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel, zeigte die klinischen Möglichkeiten von vollkeramischen Restaurationen. Inlays, Onlays, Teilkronen und Veneers aus Silikatkeramik weisen bei adhäsiver Befestigung und ausreichendem Schmelzangebot inzwischen sehr gute klinische Erfolgsraten von über 90 Prozent nach zehn Jahren auf und sind damit für die Praxis zu empfehlen.

Auch für Vollkeramikronen liegen ausreichend klinische Belege zur Langzeitbewahrung vor. Insgesamt gesehen haben sich adhäsiv-befestigte Keramikronen im Frontzahnbereich gut bewährt. Leuzitverstärkte Silikatkeramik (Empress 1) und Lanthan-infiltriertes Aluminiumoxid (InCeram) verweisen auf klinische Erfahrungen über sechs Jahre; die Überlebensraten inklusive Verblendfrakturen liegen bei 85 bis 92 Prozent. Jüngere Restaurationen, ausgeführt mit modernen Oxidkeramiken (InCeram Zirconia, Zirkonoxidkeramik) mit konventioneller oder adhäsiver Befestigung, haben sich in allen Kieferbereichen gut bewährt und zeigen Potenzial für weit höhere Überlebensraten.

MegaPascal (Empress 2) und infiltriertes Aluminiumoxid mit 490 MPa (InCeram) bei einer Tragezeit von fünf Jahren qualifiziert haben, scheint sich Zirkonoxid mit etwa 1000 MPa für den posterioren Bereich zu eignen.

Strenge Indikation für Keramikbrücken

Bei vollkeramischen Brücken müssen noch strenge Indikationsregeln angelegt werden, denn nicht jeder Patient ist dafür geeignet. Der notwendige Platzbedarf für Präparation und Mindestwandstärken muss gegeben sein, wobei heute in angezeigten Fällen nicht unbedingt mehr Substanz reduziert

werden muss als für eine klassische, metallgestützte Krone. Zusätzlich zu den oben erwähnten Faktoren hängt die Belastungsfähigkeit vollkeramischer Brücken von ihrer Spannweite ab. Bisher liegen in erster Linie klinische Daten für die Bewährung dreigliedriger Vollkeramik-Brücken vor. Während sich in anterioren Kieferbereichen Lithiumdisilikatkeramik mit Biegefestigkeit von 220



Die Inlaybrücke mit dem Zirkonoxidgerüst ist noch in der Experimentierphase.

MegaPascal (Empress 2) und infiltriertes Aluminiumoxid mit 490 MPa (InCeram) bei einer Tragezeit von fünf Jahren qualifiziert haben, scheint sich Zirkonoxid mit etwa 1000 MPa für den posterioren Bereich zu eignen.

Metallkeramik ist Goldstandard

Maßstab für die Vollkeramik ist, dass metallkeramische Versorgungen einen Qualitätsstandard erreicht haben, der nur schwer zu übertreffen ist. Vollkeramische Brücken müssen sich stets an VMK-Daten messen lassen. Der „goldene Standard“ der Überlebensrate



Foto: classic-charter

Kieler Woche vor Schilksee – mitten im Manöver ...

von metallkeramischen Brücken liegt nach fünf, zehn und 15 Jahren bei 96, 87 und 85 Prozent; das heißt die Verlustrate liegt bei etwa einem Prozent jährlich. Daten zur längerfristigen klinischen Bewahrung vollkeramischer Brücken im Seitenzahnbereich stehen heute noch aus.

Experiment Inlaybrücke

Die minimal-invasive Versorgung mit der vollkeramischen Inlaybrücke ist noch im Experimentierstadium. Diese Substanz schonende Indikation bietet sich an, wenn die Pfeilerzähne schon Füllungen tragen und somit als Auflieger für die Lücken schließende Konstruktion genutzt werden können. Inlaybrücken mit Gerüsten aus Zirkonoxid, verblendet mit Aufbrenn-Glaskeramik zur Erfüllung hoher ästhetischer Ansprüche, sind seit einigen Monaten eingegliedert und stehen im Fokus klinischer Beobachtungen mit guten Prognosen.

Front-Lücken kleben

Für den Lückenschluss im Frontzahnbereich bei kariesfreien Pfeilerzähnen sind bisher mit einflügeligen Adhäsiv-Brücken laut Prof. Kern überzeugende klinische Resultate erzielt worden. So kann der Substanzabtrag

für die Adhäsivbrücke deutlich geringer erfolgen als für eine wahlweise angezeigte Krone. Die klinische Erfolgsrate mit einflügeligen Adhäsivbrücken aus der glasinfiltrierten Aluminiumoxidkeramik liegt nach fünfjähriger Tragedauer bei über 90 Prozent und kann damit als überzeugend eingestuft werden.

Molarenbrücken aus Zirkonoxid im Test

Mit dem Thema „Professioneller Umgang mit Vollkeramik für optimale Ergebnisse“ eröffnete Privatdozent Dr. Joachim Tinschert vom Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Gewinner des „Forschungspreises Vollkeramik 2003“, die Diskussion um die die Eignung von Hochleistungskeramiken für Brücken im Seitenzahnggebiet. Brücken aus Zirkonoxidkeramik (ZrO) stehen seit vier Jahren unter klinischer Beobachtung und zeigen günstige Prognosen für den Molareneinsatz. Die Belastbarkeit der Brücke wird jedoch auch durch die Ausdehnung der Brückenspanne beeinflusst. Bei verblendeten dreigliedrigen Brücken sind höhere Belastbarkeitswerte erzielbar (2200 Newton) als bei fünfgliedrigen Spannen (1300 N). Diese Belastungsgrenzen sind in der Regel weit entfernt von den natürlichen Kaudruckbelastungen im Seitenzahnbereich, die bei etwa 800 bis 900 N liegen.

Im klinischen Alltag zeigen Brücken aus Zirkonoxid gute Ergebnisse. Beobachtet wurden 15 Frontzahn- und 50 Seitenzahnbrücken über drei Jahre (DCS). 44 Brücken waren dreigliedrig, 21 waren mehrgliedrig. Frakturen traten keine auf, lediglich 4,6 Prozent der Verblendungen zeigten Abplatzungen. Eine andere Studie prüfte 50 Seitenzahnbrücken nach durchschnittlich 26 Monaten (längste Verweildauer bis 55 Monate). Bei drei Brücken gab es Abplatzungen der Verblendung, zwei zeigten Friktionsverlust und in drei Fällen war Vitalitätsverlust eingetreten. Gerüstfrakturen gab es keine. Eine Studie aus Zürich untersuchte Zirkonoxidbrücken, gefertigt aus teilgesinterten Grünlingen mit anschließender Schrumpfsinterung (DCM). Nach drei Jahren zeigten

die 58 Seitenzahnbrücken keine Fraktur; bei 6,3 Prozent waren Verblendungs-Abplatzungen festzustellen (Zembic, 2003). Die Abplatzungen bei den Keramikverblendungen, die im Übrigen generell auf dem Defekt-Niveau von VMK-Verblendungen liegen, werden Ziel weiterer Untersuchungen sein. Es gibt Hinweise, dass anatomisch reduzierte Kronenkappen, die eine dünnere, gleichmäßige Verblendkeramikschiicht zum Ziel haben, das Risiko von Abplatzungen mindern. Für die Befestigungstechnik gibt es heute erprobte Methoden. Grundsätzlich können Oxidkeramiken (InCeram, Zirkonoxid) konventionell mit Glasionomermertement oder Zinkoxid-Phosphatzement befestigt werden, weil der Werkstoff über eine ausreichende Eigenfestigkeit verfügt. Zusätzlich klinische Haltbarkeit lässt sich durch eine adhäsive Verbindung mit dem Restzahn erzielen. Mit dem kraftschlüssigen Klebever-



Fertige prothetische Versorgung per Inlaybrücke

bund bietet die Restaurationsinnenseite keine mechanische Grenzfläche mehr, an der Riss auslösende Zugspannungen wirksam werden können.

Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser

Dr. Bernd Reiss, Vorsitzender der AG Keramik, referierte über die seit 17 Jahren von ihm selbstgefertigten vollkeramischen Restaurationen. Seine Nachuntersuchungen führten zu einer größeren Vorhersehbarkeit der klinischen Ergebnisse; ferner wurde durch die Identifizierung von Risikogruppen und die Ermittlung günstiger Materialkom-

binationen der Therapieerfolg gesteigert. Das Co-Referat zu den „Neuen Wegen in der Qualitätsanalyse“ hielt Dr. Alexander Stiefenhofer, Zahnarzt in der Abteilung F&E von Ivoclar-Vivadent, der die Prüfmethode für Keramikwerkstoffe vorstellte. Bevor präfabrizierte Keramikblanks zum klinischen Einsatz gelangen, durchlaufen sie eine Reihe von DIN-Testungen, wie Biegefestigkeit, chemische Löslichkeit und radiologisches Verhalten, um Kenndaten zu gewinnen und die gewünschten Eigenschaften sicherzustellen. Mechanische und zerstörende Prüfungen zeigen Werte zum Belastungsverhalten in kritischen Situationen. Werkstoffliche Testate mit superlativen Leistungsdaten können aber nur ein Informationsangebot sein. Mit der Auswahl des geeigneten Keramikwerkstoffs für seine Behandlung trifft der Zahnarzt eine wichtige Entscheidung, die über die klinische Performance der Restauration in den nächsten zehn bis 20 Jahren entscheidet.

Streitpunkt Farbe

Un erfreulich für Zahnarzt und Zahntechniker ist, wenn sich nach dem aufbrennkeramischen Verblenden einer Krone oder Brücke herausstellt, dass die zuvor bestimmte Zahnfarbe nicht mit den Nachbar-

zähnen übereinstimmt. Digitale Farbbestimmungssysteme versprechen Abhilfe und können das Farbempfinden objektivieren. Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität München, hat entsprechende Geräte untersucht und bezog mit dem Thema „Aktueller Stand der Farbbestimmungssysteme“ Stellung.

Angeboten werden Spektralphotometer und Colorimeter. Spektrophotometer messen im Wellenlängenbereich von 400 bis 700 Nanometern und rechnen die Daten in numerische Werte um. Das Licht wird in seine spektralen Komponenten zerlegt und analysiert. Das System arbeitet unabhängig von der Lichtquelle. Das Colorimeter ist ein Dreibereichs-Farbmessgerät und arbeitet mit Farbfiltern. Die Art der Lichtquelle

nimmt Einfluss auf die Messdaten. Nach dem Messprinzip des Spektralphotometers arbeiten EasyShade von Vita Zahnfabrik, SpectroShade und Pikio von MHT. Colorimetrisch arbeiten ShadeEye-EX von Shofu, ShadeScan von Cynovad, ShadeVision von X-Rite. Praktikabler für die Praxis scheinen die Spektralphotometer zu sein, weil sie unabhängig von der Lichtquelle detaillierte Farbinformationen zur Verfügung stellen.



Foto: Segelgruppe-Kiel

Der Referent konzentrierte sich auf das ShadeVision, das mit einem stationären Computer arbeitet – und auf das EasyShade, ein transportables „hand held“-Gerät mit sehr kompakten Abmessungen. ShadeVision liefert Videobilder vom ganzen Zahn und kann Farbkarten im VITA-Standard oder anderen Farbsystemen von der gesamten Zahnfläche erstellen und unterscheidet farbliche Arealunterschiede als Anleitung zur Keramikschichtung. Mit EasyShade werden 26 Standardfarben definiert; durch Interpolation können bis zu 52 Zwischenfarben aus dem hinterlegten 3D-Master bestimmt werden.

Forschungspreis geht nach Zürich

Mit der Überzeugung, dass Forschung, Klinik und Praxis eng aufeinander angewiesen sind, tritt die AG Keramik alljährlich mit der Ausschreibung des „Forschungspreises Vollkeramik“ an die Fachwelt heran.

Der Preisträger des diesjährigen Forschungspreises ist Dr. Andreas Bindl, Zürich. Eine Anerkennung der Jury erhielt PD Dr. Daniel Edelhoff, Aachen. Eine weitere Anerkennung sprach die Jury aus für die Arbeit von Dr. Stefan Ries, Würzburg.

Manfred Kern,
Arbeitsgemeinschaft für Keramik
in der Zahnheilkunde e.V.
info@ag-keramik.de

Zweites Swiss Symposium on Esthetic Dentistry 2004

Ästhetik am Genfer See

Anfang Mai trafen sich über 720 Zahnärzte und Zahntechniker aus mehreren europäischen Ländern sowie aus Amerika und Afrika in Montreux, Schweiz. Das wissenschaftliche Programm mit namhaften internationalen Referenten bot an beiden Tagen anspruchsvollste Vorträge mit hohem Praxisbezug.

Mit dem Vortrag „Ästhetische Alternativen für den Frontzahnbereich“ führte Dr. David Garber, Atlanta, USA, in den Bereich des „Total Smile Design“ ein. Dabei verdeutlichte er, welche signifikante Rolle ästhetische und wohl proportionierte Zähne in der heutigen Zeit spielen. Verbunden damit ist nicht mehr ausschließlich eine intakte Gesundheit, sondern vielmehr ein Lebensgefühl und Lebensqualität. Sind doch Zähne auf der Liste der dominanten Merkmale im Gesicht ganz oben anzusiedeln und steuern den ersten Eindruck beim Anblick eines fremden Menschen. Um der Forderung des Patienten nach optimaler Farbe, Form und

erläuterte mit einer Video-Präsentation die Vorgehensweise der direkten und semi-direkten Seitenzahnrestauration mittels Komposit. Ein besonderes Augenmerk legte er auf die optimale Gestaltung der funktionellen und ästhetischen Okklusionsflächen. Dr. Mauro Fradeani aus Mailand vertiefte zum einen das Thema der unsichtbaren, keramischen Restauration im Frontzahnbereich, in dem er detailreich die Wahl der richtigen Keramiken und Anwendungstechniken erklärte. Im zweiten Teil seiner Ausführungen präsentierte er klinische Fallbeispiele, die die entscheidenden Faktoren für eine reproduzierbare Ästhetik sowie die



Proportion gerecht zu werden, sorgten viele praktische Tipps und umfangreiche Fallbeispiele für einen hohen Praxisbezug. Dr. Garber vertiefte in einem weiteren Referat „Ästhetische Implantologie“ den ästhetischen Schwerpunkt.

Zahntechniker muss den Patienten genau kennen

Der zweite Tag begann mit dem Vortrag von Zahntechnikermeister Michel Magne, Montreux, Schweiz, zum Thema „Key Steps und Kommunikationstools für optimale Ästhetik mit keramischen Restaurationen“. Michel Magne verdeutlichte die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Zahntechniker und Patient. Erst ein Patientenfoto und der persönliche Kontakt ermöglichen eine gezielte und persönlichkeitsgetreue Erstellung der notwendigen Restaurationen, um ein „individual Oral Design“ anfertigen zu können. Dr. Roberto Spreafico, Mailand, Italien,

biologische Integration veranschaulichten. Mit dem Duo Dr. Didier Dietschi und Prof. Ivo Krejci der Universität Genf, Schweiz, wurden den Teilnehmern die kosmetischen und funktionellen Möglichkeiten mit Komposit vorgestellt. So zeigte Dietschi das Kompositssystem Miris®, mit dem ohne großen Aufwand ein ästhetisch akzeptables Ergebnis erzielbar ist. Der Farbschlüssel besteht aus besonderen Dentinkernen und Schmelzschalen, die den Zahnarzt auf einfachste Weise bei der Farbwahl unterstützen. Klinische Fallbeispiele, zum Beispiel direkte Veneers, Eckenaufbauten oder das Schließen eines Diastemas, dokumentierten die professionelle Arbeitsweise, die zur Erlangung der richtigen Form- und Farbgestaltung notwendig ist. sp

Fotos: Montreux.de

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 63	Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 63
	ZÄK Niedersachsen	S. 64	Praxismanagement	ZÄK Nordrhein	S. 63
	Bayerische LZK	S. 64		LZK Berlin/Brandenburg	S. 63
	Freie Anbieter	S. 72		Freie Anbieter	S. 73
Akupunktur	Freie Anbieter	S. 73	Prophylaxe	ZÄK Nordrhein	S. 62
Ästhetik	ZÄK Nordrhein	S. 62		LZK Berlin/Brandenburg	S. 63
Chirurgie	Freie Anbieter	S. 70		DAJ	S. 70
EDV	ZÄK Nordrhein	S. 62		Freie Anbieter	S. 70
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 64	Prothetik	ZÄK Nordrhein	S. 62
	Freie Anbieter	S. 73		Freie Anbieter	S. 73
Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Nordrhein	S. 63	Restaurative ZHK	ZÄK Nordrhein	S. 62
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64		Universität Zürich	S. 68
	Bayerische LZK	S. 64	Röntgen	ZÄK Nordrhein	S. 63
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 65			
Hypnose	DGZH	S. 70			
Implantologie	Universität Basel	S. 68			
	DGI/APW	S. 70	Fortbildung der Zahnärztekammern		Seite 62
	Freie Anbieter	S. 73	Kongresse		Seite 65
Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 63	Universitäten		Seite 68
	Bayerische LZK	S. 64	Wissenschaftliche Gesellschaften		Seite 68
	Freie Anbieter	S. 72	Freie Anbieter		Seite 70
Kinderzahnheilkunde	ZÄK Nordrhein	S. 62			
	ZÄK Niedersachsen	S. 64			



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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 04129 (B) 5 Fp.
Thema: Vermeidung berufsbedingter Haltungsschäden mittels Alexander-Technik
Referent: Eva-Maria Spieler, Köln
 Monika Bourne, Bonn
Termin: 17. 07. 2004,
 09:00 – 13:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Kurs-Nr.: 04171 P(B) 6 Fp.
Thema: Ästhetische Zahnerhaltung – Bleichtechnik und Keramikveneers
Referent: Prof. of Restorative Dentistry Werner Geurtsen, Seattle, WA, 98195-7456 / USA
 Dr. Thomas Harms, Schwarmstedt
Termin: 08. 09. 2004,
 14:00 – 19:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200,00 EUR

Kurs-Nr.: 04190 T(B) 9 Fp.
Thema: Mehr Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen
Referent: Dr. Steffen Tschackert, Frankfurt;
 Kelly Kasten, Bad Soden
Termin: 15. 09. 2004,
 14:00 – 20:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200,00 EUR und 100,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04113 (B) 3 Fp.
Thema: Prothetikfalle Kiefergelenk Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Manual/Physiotherapeut
Referent: Dr.med.dent. Ulf Gärtner, Köln
 Werner Röhrig, Köln
Termin: 15. 09. 2004,
 14:00 – 19:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200,00 EUR

Kurs-Nr.: 04183 (B) 15 Fp.
Thema: Die präventiv orientierte Praxis – Das Konzept
Referent: Dr.med.dent. Lutz Laurisch, Korschenbroich
Termin: 17. 09. 2004,
 14:00 – 18:00 Uhr
 18. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 450,00 EUR

Kurs-Nr.: 04184 T(B) 13 Fp.
Thema: Prävention – Die Prophylaxe helferin im Mittelpunkt des Konzeptes
Referent: Dr.med.dent. Elfi Laurisch, Korschenbroich
Termin: 17. 09. 2004,
 14:00 – 18:00 Uhr
 18. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 400,00 EUR und 200,00 EUR für die Praxismitarbeiterin

Kurs-Nr.: 04186 T(B) 13 Fp.
Thema: Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe
Referent: ZMF Andrea Busch, Köln-Weidenpesch
Termin: 17. 09. 2004,
 14:00 – 18:00 Uhr
 18. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 300,00 EUR und 150,00 EUR für die Praxismitarbeiterin

Kurs-Nr.: 04192 (B) 9 Fp.
Thema: Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe
Referent: Prof. Dr. Johannes Einwag, Stuttgart
Termin: 17. 09. 2004,
 14:00 – 19:00 Uhr
 18. 09. 2004, 09:00 – 16:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 250,00 EUR

Kurs-Nr.: 04105 P(B) 5 Fp.
Thema: Moderne Präparations-techniken
Referent: Dr.med.dent. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf
Termin: 22. 09. 2004,
 14:00 – 19:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 220,00 EUR

Kurs-Nr.: 04103 P(B) 17 Fp.
Thema: Direkte Kompositrestaurationen im Frontzahnbereich
Referent: Dr. Lorenzo Vanini, San Fedele Intelvi (Como)
Termin: 24. 09. 2004,
 09:00 – 17:00 Uhr
 25. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 600,00 EUR

Kurs-Nr.: 04115 P(B) 9 Fp.
Thema: Keramik-Veneers - Aufbaukurs: Funktion und Ästhetik systematisch optimieren
Referent: Dr. M. Oliver Ahlers, Hamburg
Termin: 25. 09. 2004,
 09:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 450,00 EUR

Kurs-Nr.: 04101 T(B) 9 Fp.
Thema: Ein revolutionärer neuer Ansatz beim subgingivalen Scaling und der Wurzelglättung
Referent: Dr. Michael Maak, Lembruch
Termin: 29. 09. 2004,
 14:00 – 20:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 220,00 EUR und 160,00 EUR für die Praxismitarbeiterin

EDV-Kurse

Kurs-Nr.: 04021 (B)
Thema: Hardware – Crashkurs Konfiguration, Soforthilfe und Aufrüstung
Referent: Wolfgang Burger, Korschenbroich
 Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 08. 09. 2004,
 14:00 – 21:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Kurs-Nr.: 04022 (B)
Thema: Software – Crashkurs Konfiguration, Betriebssysteme und Netzwerke
Referent: Wolfgang Burger, Korschenbroich
 Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 10. 09. 2004,
 14:00 – 21:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Kurs-Nr.: 04023 (B)
Thema: Word-Schulung -- A -- Einsteigerseminar mit praktischen Übungen
Referent: Wolfgang Burger, Korschenbroich
 Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 15. 09. 2004,
 14:00 – 21:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Kurs-Nr.: 04024 (B)
Thema: Word-Schulung -- B -- Aufbau-seminar zur Textverarbeitung
Referent: Wolfgang Burger, Korschenbroich
 Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 17. 09. 2004,
 14:00 – 21:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Kurs-Nr.: 04025 (B)
Thema: Excel-Schulung -- A -- Einsteigerseminar mit praktischen Übungen
Referent: Wolfgang Burger, Korschenbroich
 Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 22. 09. 2004,
 14:00 – 21:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Kurs-Nr.: 04026 (B)
Thema: Excel-Schulung -- B -- Aufbau-seminar
Referent: Wolfgang Burger, Korschenbroich
 Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 24. 09. 2004,
 14:00 – 21:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Vertragswesen im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 04315 (B) 3 Fp.
Thema: Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit besonderer Berücksichtigung der ab 01. 01. 1989 geltenden neuen Bestimmungen des SGBV in der durch die aktuelle Gesetzeslage angepassten Fassung
 Seminar für Zahnärzte
Referent: Dr.med.dent. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
 Ralf Wagner, Langerwehe
Termin: 22. 09. 2004,
 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Kurs-Nr.: 04323 (B) 3 Fp.
Thema: Zahnersatz beim Kassenspatienten -- Teil 1 -- Die aktuelle Gesetzeslage ist Grundlage des Kurses
 Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Lothar Marquardt, Krefeld; Dr.med.dent. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 29. 09. 2004,
 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Fortbildung Universitäten

Kurs-Nr.: 04353 (B) 3 Fp.
Thema: Prothetischer Arbeitskreis 3. Quartal 2004
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf
Termin: 14. 07. 2004,
 15:00 – 18:00 Uhr
 11. 08. 2004, 15:00 – 18:00 Uhr
 08. 09. 2004, 15:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 55,00 EUR

Kurs-Nr.: 04357 T(B) 5 Fp.
Thema: Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztl. Personal
Referent: Dr.med. Dr.med.dent. Ulrich Stroink, Düsseldorf
 Prof. Dr.med. Dr.med.dent. Claus Udo Fritze, Düsseldorf
Termin: 15. 09. 2004, 15:00 – 19:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 160,00 EUR und 25,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)
 Dr.med.habil. (Univ.Stettin)
 Dr.med.dent. Georg Arentowicz

Köln

Kurs-Nr.: 04363 3 Fp.
Thema: Prothetischer Arbeitskreis - 3. Quartal 2004
Referent: Prof. Dr.med.dent. Wilhelm Niedermeier, Frechen
Veranstaltungsort: Kleiner Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln Kerpener Str. 32, 50931 Köln (Lindenthal)
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR für ein Seminar und 55,00 EUR für jede Visitation
 Die Termine für Seminare und Visitationen werden Interessierten unter der Telefonnummer 0221/4 78 63 37 mitgeteilt.

Anpassungsfortbildung für die Mitarbeiterin

Kurs-Nr.: 04226
Thema: Mit Köpfchen durch die Ausbildung – Anregungen für eine erfolgreiche Ausbildung Seminar für Auszubildende im 1. bis 3. Ausbildungsjahr
Referent: Katja Knieriem-Lotze, Hann. Münden
 Susanne Rettberg, Göttingen
Termin: 03. 07. 2004, 9:00 – 16:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 75,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04225
Thema: Work-live Balance oder Konflikt- und Stressmanagement – Personal Power II (Beachten Sie bitte auch das Seminar 04207)
Referent: Dr.med.dent. Gabriele Brieden, Hilden
 Matthias Orschel-Brieden, Hilden
Termin: 09. 07. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
 10. 07. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 175,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04264
Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002
Referent: Prof. Dr.med.dent. Jürgen Becker, Düsseldorf
Termin: 03. 09. 2004, 08:30 – 17:30 Uhr
 04. 09. 2004, 08:30 – 17:30 Uhr
Teilnehmergebühr: 220,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04270
Thema: Umgang mit ängstlichen Patienten – Seminar nur für ZMP's und ZMF's
Referent: Dr.med.dent. Rolf Pannewig, Hamminkeln
Termin: 07. 09. 2004, 18:45 – 22:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 60,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04258
Thema: Gestaltung patientenorientierter Praxisbroschüren mit Microsoft Word Seminar f. ZMV's
Referent: Wolfgang Burger, Korschenbroich
Termin: 09. 09. 2004, 18:45 – 22:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 75,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04267
Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002
Referent: Univ.-Prof. Dr. Eberhard Sonnabend, Gauting
 Gisela Elter, Verden
 Heidrun Harbrich, Taufkirchen
Termin: 10. 09. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
 11. 09. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 220,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04244
Thema: Abrechnungs-Workshop für ZMV's
Referent: Dr.med.dent. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 14. 09. 2004, 18:30 – 21:45 Uhr
Teilnehmergebühr: 60,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04261
Thema: Der Klassiker: Professionelle Praxisorganisation und -verwaltung
Referent: Angelika Doppel, Herne
Termin: 22. 09. 2004, 15:00 – 19:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 55,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04237
Thema: Prophylaxe beim Kassenspatienten nach IP1 bis IP4
Referent: Ralf Wagner, Langerwehe
 Daniela Zerlik, Würselen
Termin: 25. 09. 2004, 09:00 – 17:00 Uhr
 26. 09. 2004, 09:00 – 13:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 180,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04259
Thema: Softwareunterstützte Praxisbuchführung für ZMV's Spezialfortbildung für ZMV's
Referent: StD Günter-Wilhelm Carduck, Stolberg
Termin: 28. 09. 2004, 18:30 – 21:45 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Kurs-Nr.: 04245
Thema: Abrechnung und Kontrolle von Laborleistungen – die Übereinstimmung mit der Zahnarztabrechnung – Seminar für ZMV's
Referent: Lothar Marquardt, Krefeld
Termin: 29. 09. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 60,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 04269
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis unter geänderten gesetzlichen Bestimmungen
Referent: Dr.med.dent. Johannes Szafraniak, Viersen
Termin: 29. 09. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 55,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Präventives Praxismanagement – Der Kurs für die/den ZÄ/ZA
Referent: Dr. Lutz Laurisch - Korschenbroich
Termin: 27. 08. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
 28. 08. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 375,00 EUR / bei Buchung 2364.0 (ZA) und 2347.0 (ZAH): Paketpreis 580,00 EUR
Kurs-Nr.: 2346.0

Thema: Prophylaxe, die Helferin im Mittelpunkt
Referent: Dr. Elfi Laurisch - Korschenbroich
Termin: 27. 08. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
 28. 08. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 235,00 EUR / bei Buchung 2364.0 (ZA) und 2347.0 (ZAH): Paketpreis 580,00 EUR
Kurs-Nr.: 2347.0

Thema: Lingualtechnik [6 Fp.]
Referent: PD Dr. Paul-Georg Jost-Brinkmann - Berlin
Termin: 04. 09. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 300,00* EUR (*Rabatt für KFO BB Mitgl.)
Kurs-Nr.: 2335.0

Thema: Risiken und Komplikationen bei der KFO-Behandlung mit Multibandapparaturen [10 Fp.]
Referent: Prof. Dr. Ralf Radlanski - 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 - 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: Die neue Biognate Orthese mit Padovan Übungen bei cranio-mandibulären Dysfunktionen und Schmerzen [10 Fp.]
Referent: Dr. Hubertus von Treuenfels - Eutin
Termin: 10. 09. 2004, 14:00 – 18:00 Uhr
 11. 09. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 285,00 EUR
Kurs-Nr.: 2442.0

Thema: Der chronische Kiefer-Gesichts-Schmerz und seine Therapie [6 Fp.]
Referent: PD Dr. Ulrich Tiber Egle - 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 - Overath
Termin: 18. 09. 2004, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 220,00 EUR
Kurs-Nr.: 2306.0

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 Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: GOZ-Rechnung bitte!
Ort: Zahnärztl Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Henning Otte
Termin: 20. 08. 2004, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 70,- EUR
Kurs-Nr.: H 0439

Thema: FU + IP + Zst: Alles verbraucht...
Ort: Zahnärztl Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Henning Otte
Termin: 21. 08. 2004, 9.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: 70,- EUR
Kurs-Nr.: H 0440

Thema: Das Kind als Patient: Psychologisch-pädagogische Patientenführung in der Kinderzahnheilkunde
Ort: Zahnärztl Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Sabine Bertzbach, DRS. Johanna Maria Kant
Termin: 25. 08. 2004, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 250,- EUR
Kurs-Nr.: Z / H 0439

Thema: Quadrantensanierung mit vorbereitender Funktionsanalyse
Ort: Zahnärztl Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Ernst O. Mahnke
Termin: 27. 08. 2004, 9.00 – 18.00 Uhr
 28. 08. 2004, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 540,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0440

Thema: Homöopathie für Zahnärzte – Teil II
Ort: Zahnärztl Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Heinz-Werner Feldhaus
Termin: 27. 08. 2004, 14.00 – 18.00 Uhr
 28. 08. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 195,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0441

Auskunft und Anmeldung:
 ZÄK Niedersachsen
 Zahnärztliches Fortbildungszentrum, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-311 oder 313
 Fax: 0511/83391-306

ZÄK Westfalen-Lippe



Fortbildung für zahnmedizinische Assistenzberufe

Kurs Nr.: Zi 055 001
Thema: Aufstiegsfortbildung zur Assistentin für zahnärztliches Praxismanagement
Verantwortliche Leitung:
 Dr. Bernhard Reilmann
 Referent des Vorstandes für die Helferinnen- Aus- und Fortbildung
Aufnahmeprüfung: Oktober 04
Kursbeginn: Januar 2005, samstags 09.00-17.15 h
Kursdauer: ca. 10 – 12 Monate (600 Stunden)
Gebühr: 2.975,00 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.de
 e-mail: Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de

Bayerische LZK



Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Bayern

Thema: OP-Workshop für die ZFA – learning by doing
Referent: Marina Nörr-Müller, München
Termin: 21. 07. 2004
Ort: München

Thema: Arbeitshaltung – Patientenlagerung Abhalte- und Absaugtechnik
Referent: Manuela Capellaro, Waltenhofen
Termin: 24. 07. 2004
Ort: München

Thema: Up to Date – neuer Bema und Richtlinien 2004
Referent: Kerstin Salhoff, Nürnberg
Termin: 28. 07. 2004
Ort: München

Thema: Eignungstest für die Aufstiegsfortbildung zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin ZMV-Kompaktkurs, Januar bis April 2005
Termin: 08./11. 09. 2004
Ort: München

Thema: Kieferorthopädische Assistenz – Basiskurs
Referent: Dr. Arved Heß, Coburg; Dr. Jean Oliver; Westphal, Bayreuth
Termin: 13. – 15. 09. 2004
Ort: Nürnberg

Auskunft und Anmeldung:
 Akademie für Zahnärztl. Fortbildung Bayern, Fallstraße 34, 81369 München
 Tel.: 089/72 480-190/192
 Fax: 089/72 480-188
 e-mail: akademien@blzk.de
 Internet: www.blzk.de

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Fortbildungslehrgang zur ZMP
Termin: September bis November 2004 / ganztägig / 400 Std.
Ort: Univ.-Zahnklinik Mainz
Gebühr: 1 950 EUR

Thema: Fortbildungslehrgang zur ZMV
Termin: Oktober 2004 bis Februar 2005 / ganztägig / 400 Std.
Ort: LZK Mainz
Gebühr: 1 950 EUR

Thema: Fortbildungslehrgang zur ZMF
Termin: September 2004 bis März 2005
Ort: Univ.-Zahnklinik Mainz / LZK Mainz
Gebühr: 4 850 EUR

Auskunft und Anmeldung:
 LZK Rheinland-Pfalz,
 Frauenlobplatz 2, 55118 Mainz,
 Frau Wepprich-Lohse,
 Tel.: 06131/961 36 62
 Fax: 06131/961 36 89
 e-mail: wepprich-lohse@lzk.de

Kongresse

■ 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 f. Zahnärztliche Implantologie e.V., Nürnberger Str. 57, 04103 Leipzig,
 Tel.: 0341/97 21 105
 Fax: 0341/97 21 119

Anzeige

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

12. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Termin: 17. – 19. 09. 2004
 (mit Programm für Zahnärztinnen und Dental-Schau)
Ort: Wernigerode, Ramada Treff Hotel
Generalthema: Moderne Endodontie. Zwei Schulen – eine Meinung
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

25. Österreichischer Zahnärztekongress International
Termin: 21. – 25. 09. 2004
Ort: Seehotel Rust
Thema: „Wir gehen neue Wege“ Vom Zahnarzt zur Oralmedizin
Auskunft: Ärztezentrale Med.Info Helderstorferstraße 4, A-1014 Wien
 Tel.: +43/1 531 16-33
 Fax: +43/1 531 16-61
 e-mail: azmedinfo@media.co.at

77. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie
Termin: 22. – 26. 09. 2004
Ort: Freiburg i.Br., Konzerthaus
Thema: Qualitätsmanagement in der Kieferorthopädie, Zahndurchbruchsstörung und -verlagerung
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. I. Jonas, Freiburg i. Br.,
 Tel.: 0761/270-49 44
 Internet: www.dgkfo.de

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

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: Immobiler Patient – Mobile ZahnMedizin
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

9th Annual Meeting of the EADPH

Veranstalter: The European Dental 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 Symposium – Orthodontics 2004

Termin: 30. 09. – 02. 10. 2004
Ort: Prag
Thema: Overjet and overbite
Auskunft: Sekretariat Dr. Jan V. Raiman, Kirchroder 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-sachsen.de

International Laser Conference Abu Dhabi

Termin: 07./08. 10. 2004
Ort: Abu Dhabi, Hotel Intercontinental
Veranstalter: ESOLA – European Society for Oral Laser Applications
Auskunft: Wieder Medizinische Akademie, Frau Hedwig Schulz
 Tel.: +43/1 405 13 83 DW 10
 Fax: +43/1 405 13 83 DW 23
 e-mail: h.schulz@medacad.org

34. Int. Jahreskongress der DGZI European Meeting of ICOI

Veranstalter: DGZI Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. und ICOI International Congress of Oral Implantologists
Termin: 07. – 09. 10. 2004
Ort: Mannheim
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-390
 e-mail: j.martin@oemus-media.de
 www.oemus.com

2. Tagung der AG für Endodontie der ÖGZMK

Termin: 08./09. 10. 2004
Ort: Salzburg-Hotel Castellani
Thema: „Erfolgreiche Praxiskonzepte“ Theorie und Praxis
Auskunft: Ärztezentrale Med.Info Helferstorferstraße 4, A-1014 Wien
 Tel.: +43/1 531 16-48
 Fax: +43/1 531 16-61
 e-mail: azmedinfo@media.co.at

11. Jahrestagung der DGK und Aktion zahnfreundl. e.V.

Termin: 08./09. 10. 2004
Ort: Mainz
Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer, Heinrich-Heine-Universität, Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde, Moorenstraße 5, 40255 Düsseldorf
 Tel.: 0211/811 98 80
 Fax: 0211/811 92 44
 e-mail: zimmer@med.uni.duesseldorf.de
 www.kinderzahnheilkunde-online.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-bayern.de

AKFOS Jahrestagung 2004

Veranstalter: Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatologie
Termin: 16. 10. 2004
Ort: Mainz, Großer Hörsaal der Frauenklinik
Auskunft: Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Rötzscher, Wimphelingstraße 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

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

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

■ 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 For-
 schung
Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Dr. Johannes Einwag,
 Zahnmedizinisches Fortbil-
 dungszentrum Stuttgart
Auskunft: project+plan gmbh,
 PF 12 37, 97802 Lohr am Main,
 Tel./Fax: 0800/100 67 31
 (gebührenfrei)

**Herbsttagung der Gesellschaft f.
 ZMK-Heilkunde an der Univer-
 sität 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 Augenkli-
 nik/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-leip-
 zig.de
 www.gzmk-leipzig.de

14. Harzer Fortbildungsseminar
Thema: Kieferorthopädie –
 Quo Vadis
Veranstalter: Gesellschaft für Kie-
 ferorthopäd. 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

**Jahrestagung „Neue Gruppe“
 2004**
Termin: 18. – 20. 11. 2004
Ort: Hamburg, Curiohaus
Hauptthema: Update 2004 – Ur-
 sachen von Misserfolgen – Kon-
 sequenzen 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

21. Jahrestagung BDO
Thema: Esthetic Oral Surgery
Veranstalter: BDO Berufsverband
 Deutscher Oralchirurgen
Termin: 19./20. 11. 2004
Ort: Düsseldorf
Auskunft: Oemus Media AG,
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-390
 e-mail: j.martin@oemus.com
 www.oemus.com

MEDICA
36. Weltforum der Medizin
Termin: 24. – 27. 11. 2004
Ort: Düsseldorf Messe – CCD
Auskunft: MEDICA Deutsche Ge-
 sellschaft zur Förderung der Me-
 dizinischen 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 Basel

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Implantologie: Sinus Lift
Referent: Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht; Dr. Dr. Chr. Ten Bruggenkate; Dr. Dr. D. Hässler
 Termin: 16. 09. 2004

Thema: Veränderungen der Mundschleimhaut und Mundgeruch: Tägliche Herausforderung für ZahnärztInnen und DentalhygienikerInnen
Referent: Priv.-Doz. Dr. A. Filippi, Heidi Villiger, Dentalhygienikerin
 Termin: 23. 09. 2004

Auskunft: Frau B. Olufsen und Frau G. Oertlin
 Zentrum für Zahnmedizin, Klinik f. zahnärztl. Chirurgie, -Radiologie, Mund- und Kieferheilk. Hebelstrasse 3, CH-4056 Basel
 Tel.: 0041/ 61/ 267 26 06
 Fax: 0041/ 61/ 267 26 07
 J-Thomas.Lambrecht@unibas.ch

Universität Zürich

CEREC-Kurse in Zürich

Thema: Cerec 3: Keramikrestaurationen per Computer mit 3D Software (Prakt. Intensivkurs)
Referent: Prof. Dr. W. Mörmann und Mitarbeiter, Zürich
 Termin: 25. 09. 2004
 Ort: Zürich

Auskunft: Frau R. Hanselmann, Zentrum ZZMK, Plattenstr. 11, CH 8028 Zürich
 Tel.: 0041/1/634 32 72
 Fax: 0041/1/634 43 07

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGZMK



128. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde e.V. (DGZMK)

50 Jahre Vereinigung für Wissenschaftliche Zahnheilk. Stuttgart

30 Jahre Akademie Praxis und Wissenschaft (APW)

Termin: 30. 09. – 02. 10. 2004
 Ort: Liederhalle Stuttgart

Kongresseröffnung
 Donnerstag, 30. 09. 2004

17.30 – 18.30 Uhr
 Beginn der Führungen in der Staatsgalerie Stuttgart

19.00 – 23.00 Uhr
 Eröffnungsveranstaltung
 Staatsgalerie Stuttgart, Vortragssaal und Foyer

Grußworte
 Prof. Dr. H. Weber, DGZMK-Präsident
 Dr. W. Schuster, Oberbürgermeister der Stadt Stuttgart

Festvortrag
 Prof. Dr. h.c. L. Späth, Vorsitzender des Aufsichtsrats, jenoptik AG

Preisverleihungen

Wissenschaftliches Programm

Freitag, 1. Oktober 2004
Hauptvorträge:
 9.00 – 12.30 Uhr

Moderne Konzepte der präventiven Zahnmedizin
 J. Einweg, Stuttgart

Kinderzahnheilkunde – state of the art
 N. Krämer, Erlangen

Ökonomie und Gesundheitspolitik
 E. Wille, Mannheim

Ökonomie-Qualitätssicherung und Qualifikation
 W. Wagner, Mainz

Ökonomie-Standespolitik und Praxisbedingungen
 J. Weitkamp, Präsident der BZÄK

Podiums- und Auditoriumsdiskussion
 H. Weber, Tübingen,
 G. Meyer, Greifswald

Hauptvorträge:
 14.00 – 17.00 Uhr

Kieferorthopädie: Planung und Behandlung dentofazialer Fehlstellungen mit und ohne Operation
 R. Schwestka-Polly, Hannover

Zahnerhaltung: Direkte Versorgung: Der Weg von der Kunststofffüllung zur hochwertigen Composite Restauration
 H. J. Staehle, Heidelberg

Innovative Materialien und Techniken in der Endodontologie
 M. Hülsmann, Göttingen

Parodontologie: Aktuelle Aspekte der Diagnostik und Therapie
 M. S. Jepsen, Bonn

Kurzvorträge

Posterpräsentation

17.00 – 19.00 Uhr
 DGZMK Jahreshauptversammlung

Hauptversammlung der DGZMK

Die Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde findet am Freitag, den 01. Oktober 2004, ca. 17.00 – 19.00 Uhr im Kongresszentrum Liederhalle, Stuttgart statt. Hierzu laden wir alle Mitglieder herzlich ein und bitten um zahlreiches Erscheinen.

Anträge an die Hauptversammlung sind bis zum 08. August per Einschreibebrief an die Geschäftsstelle der DGZMK, Liesegangstraße 17a, 40211 Düsseldorf zu richten.

Düsseldorf, den 10. Mai 2004
 Prof. Dr. Weber
 Präsident der DGZMK

APW-Workshops

Freitag, 01. 10. 2004

9.00 – 12.00 Uhr
Workshop 1 VWZS Notfallmedizin in der Praxis – Praktische Übungen für Zahnärzte und ihr Team
 R. Bublitz, R. Georgi, Stuttgart

10.30 – 12.30 Uhr
Workshop 2 Aktuelle Methoden der Präparation, Desinfektion und Füllung von Wurzelkanalsystemen
 Hülsmann, M., Göttingen

10.30 – 13.30 Uhr
Workshop 3 Zahnverletzungen im Kindes- und Jugendalter
 G. Hetzer, Dresden

12.30 – 15.00 Uhr
Workshop 4 VWZS Hygiene und steriles Arbeiten bei operativen Eingriffen in der Praxis – Demonstrationen für das zahnärztliche Team in Operationstrakt und Sterilisations-Abteilung des Katharinenhospitals
 R. Bublitz, M. Strautmann, Stuttgart

13.30 – 15.30 Uhr

Workshop 5

Funktionsdiagnostik – praktische Umsetzung

H. Jakstat, Leipzig

Workshop 6

Behandlungsstrategien für die ästhetische Zahnmedizin

H. Dietrich, Winnenden

13.30 – 16.30 Uhr

Workshop 7

Therapiekonzepte in der Kinderzahnheilkunde – von der Diagnose bis zur Füllung

K. H. Kunzelmann, München;

N. Krämer, Erlangen

14.50 – 16.50 Uhr

Workshop 8

Augmentation und Implantation – Step by Step – Tipps und Tricks für schwierige Fälle

G. Petrin, D. Weingart, Stuttgart

15.30 – 17.00 Uhr

Workshop 9

Ästhetische Optimierung durch direkte Restaurationsverfahren

H. J. Staehle, Heidelberg

Samstag, 02. 10. 2004

8.30 – 10.30 Uhr

Workshop 10 VWZS

Von der Schneidkante zur panfazialen Fraktur: Traumatologie von A bis Z – Prakt. Workshop und Falldemonstrationen

M. Roser, G. Petrin; Stuttgart

Workshop 11

Planung, Chirurgische Korrektur und ästhetische Ergebnisse von schweren Bissanomalien

K. Wangerin, W. Kretschmar,

J. Fassnacht, Stuttgart

Workshop 12 VWZS

Digitale Volumetomographie – Intensivkurs für Zahnärzte – Workshop in der Röntgenabteilung des Katharinenhospitals

J. Düker, Freiburg

C. Kaefer, Stuttgart

8.40 – 10. 10

Workshop 13

Präventionskonzepte für Kinder und Jugendliche

E. Laurisch, Korschenbroich

10.40 – 12.40 Uhr

Workshop 14

Harmlose Schleimhautveränderung oder Tumor? Die wichtige Rolle des Zahnarztes

– Falldemonstrationen –

M. Roser, G. Daake, Stuttgart

Workshop 15

Parodontologie: Einführung in die minimal Invasive Therapie – Mikrochirurgische Nahttechniken

J. Meyle, Glessen

14.00 – 15.30 Uhr

Workshop 16

Parodontologie: Mikrobielle Diagnostik und antibiotische Therapie

J. Meyle, Glessen

14.00 – 16.00 Uhr

Workshop 17

Präventives Praxismanagement

L. Laurisch, Korschenbroich

14.00 – 16.00 Uhr

Workshop 18

Ästhetische Verbesserungen mit direkten Restaurationsverfahren

H. Staehle, Heidelberg

Wissenschaftliches Programm

Samstag, 02. 10. 2004

Hauptvorträge:

9.00 – 12.30 Uhr

Psychologie/Psychosomatik: Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie: Diagnostik und Therapie

H.-P. Jöhren, Bochum

Aktueller Stand in der Funktionsdiagnostik und -therapie

H. Jakstat, Leipzig

Prothetik – state of the art

R. Kerschbaum, Köln

Standard der augmentativen Techniken in der Implantologie

D. Weingart, Stuttgart

Zahnmedizin – status quo – Evolution, Vision 2010

H. Weber, Tübingen

Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde

Samstag, 02. 10. 2004

10.40 – 13.00 Uhr

Workshop

Die Zahnheilkunde in der Karikatur
W. Busch, Biedenkopf

Die erste Zahnung im Wandel medizinischer Erkenntnisse
V. Bienengräber, Rostock

Zahnbürsten – eine zeitgenössische Dokumentation
K. Simon, München

Auskunft und Anmeldung:
Bitte benutzen Sie für die Anmeldung nur unser Anmeldeformular. Kurz- und Postervorträge werden nur als Powerpoint-Präsentationen akzeptiert!
Anmeldeschluss: 13. 09. 2004

ABC Congress Service
Schauerstr. 5, 80638 München
Tel.: 089/23 11 50 15
Fax: 089/28 67 46 49

DGI / APW

DGI-APW Continuum Implantologie – Die Weiter-Qualifikation 2004

Thema: Gutachterseminar für die implantologische Praxis
Termin: 28. 08. 2004
Ort: Köln-Wahn
Referent: Dr. H. J. Nicking
Kursgebühr: 330 EUR + MwSt. für DGI-APW-Mitglieder; 380 EUR + MwSt. für Nicht-Mitglieder
Kurs-Nr.: 17/04
Fortbildungspunkte: 10

Thema: Diagnostik für fortgeschrittene Implantologen
Termin: 11. 09. 2004
Ort: Limburg
Referent: Dr. Dr. Roland Streckbein
Kursgebühr: 330 EUR + MwSt. für DGI-APW-Mitglieder; 380 EUR + MwSt. für Nicht-Mitglieder
Kurs-Nr.: 18/04
Fortbildungspunkte: 10

Thema: Einbeziehung der Implantologie in die Praxis
Termin: 18. 09. 2004
Ort: Tutzing
Referent: Dr. H.-J. Hartmann
Kursgebühr: 330 EUR + MwSt. für DGI-APW-Mitglieder; 380 EUR + MwSt. für Nicht-Mitglieder
Kurs-Nr.: 19/04

Fortbildungspunkte: 10

Auskunft: Akademie Praxis und Wissenschaft,
Liesegangstr. 17a,
40211 Düsseldorf,
Tel.: 0211/66 96 73-30
Fax: 0211/66 96 73-31
e-mail: apw.barten@dgzmk.de
http://www.dgzmk.de

DAJ

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Zielgruppenspezifische Gruppenprophylaxe unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen
Veranstalter: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege e.V. (DAJ)
Zielgruppe: In der Gruppenprophylaxe tätigen Zahnärzte und Prophylaxefachkräfte sowie Interessierte
Termin/Ort: 14. 09. 2004, 13.00 – 18.00 Uhr und 15. 09. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr in Münster; 29.09. 2004, 13.00 – 18.00 Uhr und 30. 09. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr in Berlin

Auskunft: DAJ,
Von-Sandt-Straße 9,
53225 Bonn,
Tel.: 0228/69 46 77
Fax: 0228/69 46 79
e-mail: info@daj.de
www.daj.de

DGZH

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Grundlagen der zahnärztlichen Hypnose Z2
Veranstalter: Regionalstelle Niedersachsen der DGZH
Termin: 27./28. 08. 2004
Ort: Hotel „Landhaus Seela“, Messeweg 41,
38104 Braunschweig
Kursgebühr: 430 EUR, DGZH-Mitglieder 400 EUR

Auskunft: Dr. Jürgen Staats,
Tel.: 0531/68 10 32
Fax: 0531/68 10 31

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: Die Mund-Kiefer- u. Gesichtschirurgie im interdisziplinären Zusammenhang
Veranstalter: Praxisklinik für MKG-Chirurgie Dr. Andreas Meiß im Rahmen des Arbeitskreises interdisziplinäre Ganzheitsmedizin
Termin: 21. 07. 2004, 19.00 – 23.30 Uhr
Ort: Ravensburg
Sonstiges: Nach Richtlinien der BZÄK/DGZMK zur Punktwertung für das Fortbildungssiegel mit 5 Fortbildungspunkten bewertet; Teilnahme nur nach vorheriger Anmeldung möglich
Kursgebühr: keine
Auskunft: Praxisklinik Dr. Andreas Meiß, Frau Hund, KKH St. Elisabeth, Elisabethenstraße 17, 88212 Ravensburg
Tel.: 0751/87 23 23
Fax: 0751/87 23 24

Thema: Kommunikationsseminar: Prophylaxe – Patienten begeistern und überzeugen
Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin: 25. 08. 2004, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hamburg
Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining Mühlholz 6, 88260 Argenbühl
Tel.: 07566/94 13 44
Fax: 07566/94 13 45

Thema: Das klinische Laser-Trainingsseminar
Veranstalter: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH
Termin: 25. 08. u. 24. 09. 2004
Ort: Dr. Mehmke & Dr. Weise, Praxis für Laserzahnheilkunde und Implantologie, Annaberger Str. 109, 09120 Chemnitz
Sonstiges: Seminarleiter Dr. Wolf-Ulrich Mehmke, 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, Jahnstr. 18, 55270 Zornheim
Tel.: 06136/955 44-0
Fax: 06136/955 50-33
www.dental-laser-vertrieb.de

Thema: Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker
Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 28. 08. 2004, 11.00 – 18.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: 18-monatige Kursreihe (6 Einzelblöcke zu je 3 Monaten) Rotationsverfahren. Einstieg jederzeit möglich. Gasthörer-schaft nach Anmeldung möglich
Kursgebühr: auf Anfrage
Auskunft: Frau Gardemin Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Informationsveranstaltung zur Kursreihe „Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker“
Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 29. 08. 2004, 11.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Kursinhalte und -aufbau werden vorgestellt. Gasthörer-schaft beim anschließenden Übungskurs möglich; Anmeldung unbedingt erforderlich
Kursgebühr: kostenfrei
Auskunft: Frau Gardemin Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Kurs auf QM – Ihre Strategie zum Praxiserfolg
Veranstalter: dental-qm
Termin/Ort: 01. 09. 2004, Erfurt; 15. 09. 2004, Stuttgart; 17. 09. 2004, Saarbrücken; 24. 09. 2004, Frankfurt
Sonstiges: Es gibt viele Arten eine Zahnarztpraxis zu führen, doch welcher Weg ist wirklich nachhaltig erfolgreich? Ref.: Eva-Maria Wollmarker, Stephanie Schuchert
Kursgebühr: 65 EUR + MwSt.
Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn, Jungfernstieg 21, 24103 Kiel, Tel.: 0431/97 10-308 Fax: 0431/97 10-309 E-Mail: schwinn@dental-qm.de Internet: www.dental-qm.de

Thema: Lasertechnik
Veranstalter: BEGO Training Center
Termin/Ort: 01. 09., Bremen; 18. 09., Berlin; 05. 11., München 10. 11., Bremen
Sonstiges: Praxisorientiertes Seminar (1 Tag) – Der Weg zur sicheren Schweißnaht – LaserStar LYNX
Kursgebühr: 220 EUR
Auskunft: BEGO Training Center, Ursula Just, BEGO Bremer Goldschlägerei GmbH & Co. KG, Wilhelm-Herbst-Str. 1, 28359 Bremen Tel.: 0421/20 28 371 Fax: 0421/20 28 395

Thema: Modellgusstechnik
Veranstalter: BEGO Training Center
Termin: 01. 09. 2004
Ort: BEGO Training Center Bremen
Sonstiges: Planung und funktionelles Design (1 Tag)
Kursgebühr: 150 EUR + MwSt.
Auskunft: BEGO Training Center, Ursula Just, BEGO Bremer Goldschlägerei GmbH & Co. KG, Wilhelm-Herbst-Str. 1, 28359 Bremen Tel.: 0421/20 28 371 Fax: 0421/20 28 395

Thema: Metallkeramik
Veranstalter: BEGO Training Center
Termin: 01. – 03. 09. 2004
Ort: BEGO Training Center Bremen
Sonstiges: Rationelle Schichttechnik mit optimaler Gerüstvorbereitung (3 Tage)
Kursgebühr: 240 EUR + MwSt.
Auskunft: BEGO Training Center, Ursula Just, BEGO Bremer Goldschlägerei GmbH & Co. KG, Wilhelm-Herbst-Str. 1, 28359 Bremen Tel.: 0421/20 28 371 Fax: 0421/20 28 395

Thema: Modellgusstechnik
Veranstalter: BEGO Training Center
Termin/Ort: 02. /03. 09., Bremen; 13./14. 09., Berlin; 18./19. 11., Bremen
Sonstiges: Systemmodellguss – von Beginn an perfekt! (2 Tage) Praktische Einführung für Anfänger: Modellieren, Gusstechnik uvm.
Kursgebühr: 180 EUR + MwSt.
Auskunft: BEGO Training Center, Ursula Just, BEGO Bremer Goldschlägerei GmbH & Co. KG, Wilhelm-Herbst-Str. 1, 28359 Bremen Tel.: 0421/20 28 371 Fax: 0421/20 28 395

Thema: Kieferorthopädisches Grundwissen für die KFO-Helferin – delegierbare Arbeiten
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 03./04. 09. 2004, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Radlanski, Berlin
Kursgebühr: 410 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: Das klinische Laser-Trainingsseminar
Veranstalter: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH
Termin: 03./04. 09., 15. 09., 09. 10. und 13. 10. 2004
Ort: Akademie für innovative Zahnheilkunde, Antoniterstr. 60, 55232 Alzey

Sonstiges: Seminarleiter Dr. Friedhelm Bürger, 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, Jahnstr. 18, 55270 Zornheim Tel.: 06136/955 44-0 Fax: 06136/955 50-33 www.dental-laser-vertrieb.de

Thema: Alexandertechnik Ergonomie für Zahnärzte zur Vermeidung von Rückenproblemen
Veranstalter: Fortbildung-in-Köln
Termin: 04. 09. 2004
Ort: Zahnklinik Universität zu Köln
Sonstiges: Prävention von berufsbedingten Haltungsschäden mit praktischer Anwendung am Zahnarztstuhl
Kursgebühr: 230 EUR
Auskunft: Fortbildung-in-Köln, Hildegardisstr. 1, 50735 Köln, z.Hd. Frau C. Müller Tel.: 0221/47 47 521 Fax: 0221/98 08 617

Thema: Das klinische Laser-Trainingsseminar
Veranstalter: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH
Termin: 04. 09. 2004
Ort: Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Czerny und Dietzel, Altenbaunaer Straße 119, 34132 Kassel-Oberzwehren
Sonstiges: Seminarleiter Carsten Czerny, 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, Jahnstr. 18, 55270 Zornheim Tel.: 06136/955 44-0 Fax: 06136/955 50-33 www.dental-laser-vertrieb.de

Thema: Metallkeramik
Veranstalter: BEGO Training Center
Termin: 07. – 10. 09. 2004
Ort: BEGO Training Center Bremen
Sonstiges: Intensivkurs (4 Tage) – Für erfahrene Keramiker! Die anspruchsvolle Restauration: Form – Funktion – Farbe
Kursgebühr: 360 EUR + MwSt.
Auskunft: BEGO Training Center, Ursula Just, BEGO Bremer Goldschlägerei GmbH & Co. KG, Wilhelm-Herbst-Str. 1, 28359 Bremen Tel.: 0421/20 28 371 Fax: 0421/20 28 395

Thema: KFO-Abrechnungskurs KFO-Komfortpaket – der Verkauf von außervertraglichen KFO-Leistungen (auch für kleine Geldbörsen)
Veranstalter: Büker Kieferorthopädie
Termin: 08. 09. 2004, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: 10219 Dresden, Treff Hotel, Wilhelm-Franke-Str. 90
Sonstiges: Ref.: Heike Herrmann
Kursgebühr: 130 Euro
Auskunft: S. Instinsky, Büker Kieferorthopädie, Goldstr. 20, 49074 Osnabrück, Tel.: 0541/33 81 199 Fax: 0541/33 81 155 E-Mail: infobueker@kfo.de www.bueker-kfo.de

Thema: Prophylaxe-Betreuung bei Implantat-Patienten
Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH
Termin/Ort: 08. 09., Hannover; 15. 09., Düsseldorf, jeweils 14.00 – 19.00 Uhr
Sonstiges: Der Workshop richtet sich an alle Prophylaxe-Interessierten (Zahnärzte und Zahnmedizinische Fachangestellte), die bereits über Prophylaxe-Erfahrung verfügen.
Kursgebühr: Zahnärzte/Zahnärztinnen 238 EUR; Praxismitarbeiterinnen 190 EUR jeweils + MwSt.
Auskunft: Stefanie Schönfelder, Brückenstraße 45, 69120 Heidelberg Tel.: 06221/64 99 71 - 12 Fax: 06221/64 99 71 - 20 www.praxisdienste.de

Thema: Erweiterte kieferorthopädische Diagnostik mit dem MRT
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 10. 09. 2004, 13.00 – 18.30 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt
Sonstiges: Ref.: Dr. G. Plzar, Büdingen
Kursgebühr: 230 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: Funktion A-Kurs, Statik-Dynamik
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 10. 09. 2004
Ort: Pforzheim
Sonstiges: Der gemeinsame Nenner für Zahnarzt und Techniker in der Artikulation; Ref.: ZT Hans-Jürgen Gebert, Dr. Rolf D. Hönes
Kursgebühr: pro Person 440 Euro
Auskunft: Martina Weber, Postfach 91 01 15, 75091 Pforzheim, Tel.: 07231/957-221 Fax: 07231/957-249

Thema: Bema 2004 – oder darf's ein bisschen mehr sein? Mehrkostenabrechnung und Andingungen für GKV-Patienten – Welche Möglichkeiten haben Sie?
Veranstalter: AL Dente, Marion Borchers – GOZ Abrechnung mit Biss
Termin: 10. 09. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Oldenburg (in Oldenbg.)
Sonstiges: Individuelle praxisinterne Schulungen, gerne auf Anfrage. Erstellung von Abrechnungsanalysen, Verschenken Sie kein Honorar! Ref.: Marion Borchers, Fachreferentin für zahnärztliche Abrechnung
Kursgebühr: 240 Euro
Auskunft: AL Dente, Marion Borchers, Kamphof 10, 26180 Rastede, Tel.: 04402/97 29 77 Fax: 04402/97 29 78 E-Mail: aldente@nwn.de www.aldente-borchers.de

Thema: Abrechnung von KFO-Leistungen nach Bema 2004 und GOÄ/GOZ (Grundlagenkurs)
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 10. 09. 2004, 13.00 – 18.30 Uhr

Ort: 14469 Potsdam, Potsdamer Str. 176
Sonstiges: Ref.: Dipl.-Med.-Päd. B. Rumpf, Frankfurt
Kursgebühr: 130 EUR
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: Die Kompositfüllung von A – Z
Veranstalter: ICDE, Ivoclar Vivadent AG, Schaan
Termin: 10. 09. 2004, 13.30 – 20.00 Uhr
Ort: Schaan, Liechtenstein
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Lenhard, Schweiz
Kursgebühr: 490 CHF
Auskunft: Manuela Beck, ICDE Schaan, Tel.: +423/235 32 55 Fax: +423/235 32 55 e-mail: manuela.beck@ivoclarvivadent.com

Thema: Bema 2004 – oder darf's ein bisschen mehr sein? Mehrkostenabrechnung und Andingungen für GKV Patienten – Welche Möglichkeiten haben Sie?
Veranstalter: AL Dente, Marion Borchers – GOZ Abrechnung mit Biss
Termin: 10. 09. 2004, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Oldenburg (in Oldenburg)
Sonstiges: Individuelle praxisinterne Schulungen, gerne auf Anfrage. Erstellung von Abrechnungsanalysen, Verschenken Sie kein Honorar! Ref.: Marion Borchers, Fachreferentin für zahnärztliche Abrechnung
Kursgebühr: 240 Euro
Auskunft: AL Dente, Marion Borchers, Kamphof 10, 26180 Rastede, Tel.: 04402/97 29 77 Fax: 04402/97 29 78 E-Mail: aldente@nwn.de www.aldente-borchers.de

Thema: Tipps und Tricks in der Implantatprothetik für Zahnärzte und Zahntechniker mit Live-Demonstration
Veranstalter: Privatzahnklinik Schloß Schellenstein GmbH
Termin: 10. 09. 2004
Ort: 59939 Olsberg
Sonstiges: Ref.: OA Dr. F.-W. Pape, ZTM O. Baulmann

Auskunft: Zahnklinik Schloss Schellenstein, Seminarorganisation, Frau Heckmann, Tel.: 02962/97 190 Fax: 02962/97 19 22

Thema: Totalprothetik – Ein erfolgreiches Praxiskonzept (nach Prof. Dr. A. Gutowski)
Veranstalter: Dr. med. dent. Roger Bühler, Ztm Karlheinz Müller
Termin: 10./11. 09. 2004
Ort: 75223 Niefern-Öschelbronn
Sonstiges: Live-Demokurs am Patienten, aller Arbeitsschritte an von der Erstabformung bis zur Eingliederung
Kursgebühr: 650 EUR
Auskunft: KM Dentaltechnik, Beim Postweg 35, 75446 Wiernsheim Tel.: 07041/86 07 54 Fax: 07041/86 07 55

Thema: Craniomandibuläre Dysfunktion 2A – Basiskurs, instrumentelle Funktionsanalyse
Veranstalter: Girrbach Dental GmbH
Termin: 10./11. 09. 2004
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: OA Dr. M. Oliver Ahlers, Zahnärztlicher Intensiv-Grundkurs zur Befunderhebung, mit instrumentellem Einsatz von Gesichtsbogen und Artex-Artikulatoren
Kursgebühr: pro Person 650 Euro
Auskunft: Martina Weber, Postfach 91 01 15, 75091 Pforzheim, Tel.: 07231/957-221 Fax: 07231/957-249

Thema: Endodontie
Veranstalter: ZÄT-Info, Informations- u. Fortbildungszentrum für Zahnheilkunde
Termin: 10./11. 09. 2004
Ort: 48346 Ostbevern, Erbdrostenstraße 6
Sonstiges: Ref.: Dr. Peter Velvart, Zürich; 22 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 1 250 Euro + MwSt.
Auskunft: ZÄT-Info, Frau Knorr, Erbdrostenstr. 6, 48346 Ostbevern, Tel.: 02532/73 30 Fax: 02532/77 93 E-Mail: zaetinfo@aol.com www.zaet-info.de

Thema: Akupunktur in der zahnärztlichen Praxis, Teil 2
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 10. 09. 2004, 10.00 – 19.00 Uhr; 11. 09. 2004, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Seidel
Kursgebühr: 570 EUR inkl. MwSt. 460 EUR inkl. MwSt., für Assistenten mit KZV-Nachweis
Auskunft: Haranni Akademie, Frau Renate Dömpke Tel.: 02323/946 83 00 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Prophylaxe aktuell für ProphylaxeProfis – Das ProphylaxeBasis Seminar (Neu) – ProphylaxeGespräche
Veranstalter: DentFit.de
Termin: Herbst 2004 bitte anfragen
Kursgebühr: 190 EUR + MwSt.
Auskunft: DentFit.de, G. Schmid, Knobelsdorffstr. 4, 14059 Berlin Tel.: 030/32 60 95 90 Fax: 030/32 60 95 92 www.dentfit.de

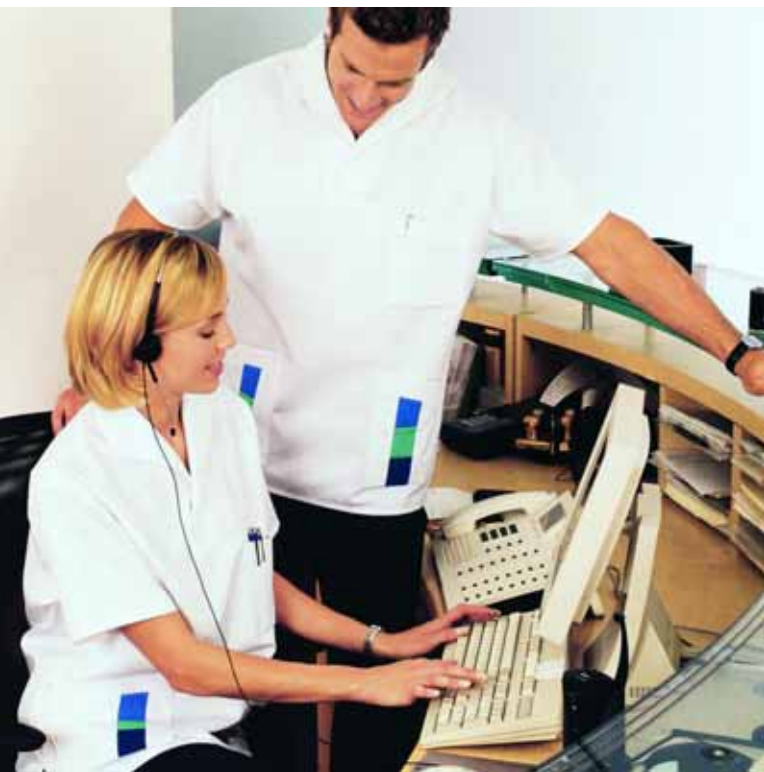
Thema: Erfolgreich Führen in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: Dipl. Psych. Peter Giesers; Dipl. Psych. Christoph Tangen-Petraitis
Termin: 01. – 03. 10. 2004
Ort: Hotel Clostermanns Hof, Niederkassel
Sonstiges: Das Seminar erarbeitet mit Theorieinput, Kollegialem Coaching und Selbsterfahrungselementen die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Mitarbeiterführung
Kursgebühr: 500 EUR inkl. zwei Abendessen
Auskunft: Dipl. Psych. Christoph Tangen-Petraitis, Schubertstraße 46, 51375 Leverkusen Tel.: 0214/855 45 15 Fax: 0214/855 45 30 e-mail: Tangen-Petraitis@t-online.de

Corporate Identity in der Zahnarztpraxis

Alles aus einem Guss

Jochen Kriens, Uwe Zoske

Patienten gewinnen und langfristig binden – auf diesen Säulen steht die erfolgreiche Praxis. Ohne Vertrauen läuft allerdings gar nichts: Der Patient erwartet, dass Zahnarzt und Team seine Wünsche ernst nehmen, er will sich in der Praxis wohl fühlen. Um diese Ansprüche zu erfüllen, ist nicht nur eine erstklassige fachliche und soziale Kompetenz des Behandlers, sondern auch ein stimmiges Praxiskonzept erforderlich. Die Corporate Identity (CI) nimmt dabei einen extra Stellenwert ein: Sie bildet das Gerüst für das Selbstverständnis, das Auftreten und die Kommunikation der Praxis.



Von A wie Patienten-Aufnahme bis Z wie Einrichtung der Zahnarztpraxis gilt gleichermaßen: Ein stimmiger Auftritt steht für Kompetenz.

Foto: Bierbaum-Proenen

Wirtschaftsunternehmen setzen sie seit Jahrzehnten erfolgreich ein. Doch auch für Zahnarztpraxen wird die CI immer interessanter: Kann sie – konsequent eingesetzt – dem Zahnarzt doch helfen, ein patientenorientiertes Praxiskonzept zu realisieren und ein positives Bild der Praxis in der Öffentlichkeit zu schaffen.

Die CI wird häufig mit Merkmalen, wie typischen Unternehmensfarben, einem einprägsamen Logo oder speziellen Image gleichgesetzt. Tatsächlich geht die CI weit über diese Faktoren hinaus – sie besteht aus

vier Größen, die in einer ständigen Wechselwirkung zueinander stehen:

- Unternehmensphilosophie
- Design
- Kommunikation
- Mitarbeiterverhalten

Diese Faktoren haben in der Zahnarztpraxis eine ebenso große Bedeutung wie in anderen Wirtschaftsunternehmen auch: Wichtig ist, daraus ein übergeordnetes, einheitliches Praxiskonzept zu entwickeln. Widersprüche und Brüche wirken sich negativ aus. Stattdessen sollten Unternehmensphi-

losophie, Design, Kommunikation und Mitarbeiterverhalten sich ergänzen und gegenseitig stützen.

Basis der CI ist die Corporate Culture (CC). Sie umfasst die über der Praxis stehende Philosophie und ihre Leitsätze. Sie beschreibt sozusagen die Werte, die in der Praxis groß geschrieben werden. Etwa die Qualität der zahnärztlichen Leistung oder die Patienten- und Service-Orientierung. Mit Leben erfüllt wird die Corporate Culture durch drei praktische Gestaltungselemente:

- Corporate Design (CD): äußere Gestaltung von Praxisräumen, Briefpapier, Terminblöcken und anderen Kommunikationsmedien
- Corporate Communications: Praxiskommunikation
- Corporate Behaviour: Umgang mit dem Patienten, Verhalten der Praxismitarbeiter untereinander

Je besser es gelingt, die in der Corporate Culture verankerten Werte über die drei Teilbereiche authentisch zu vermitteln, desto erfolgreicher kann der Zahnarzt Patienten gewinnen und binden.

Bauchladen unerwünscht

Mehr und mehr agiert der Behandler als Praxischef, der selbstverständlich auch die betriebswirtschaftlichen Belange seines Unternehmens im Auge haben muss. Die Vielfalt zahnmedizinischer Behandlungstherapien erfordert aber eine Eingrenzung, ebenso die Konzentration auf eine sich daraus definierende Zielgruppe.

Ein Zahnarzt kann heute nicht mehr alles bieten und jeden zufrieden stellen. Hinzu kommen die breit gefächerten Wünsche der Patienten, die zum Teil bei gleichem Befund zwischen unterschiedlichen Behandlungen und damit unterschiedlichem Preis, Qualität und Aussehen wählen können. Diese Möglichkeiten schaffen neue Handlungsspielräume für den Zahnarzt. Mithilfe der Corporate Culture kann sich jede Praxis so positionieren, dass die Praxisphilosophie dem Patienten ganz deutlich kommuniziert, was ihn in der Praxis erwartet.



Mit einem Sammelsurium an Leistungen kann der Zahnarzt heute nicht mehr punkten. Besser: sich auf eine Zielgruppe und deren Wünsche konzentrieren.

Die Glaubwürdigkeit der Zahnarztpraxis hängt wesentlich von ihrem Corporate Design ab. Die größte Rolle spielt dabei die Gestaltung der Praxisräumlichkeiten. Die Wirkung einzelner Formen, Farben und Materialien entscheidet darüber, ob eine Praxis Vertrauen erzeugt oder abweisend wirkt, also inwieweit sich der Patient in der Praxis wohl fühlt oder nicht.

Das Corporate Design bestimmt im doppelten Sinne „das Bild“, das sich der Patient von der Praxis macht: Sie ist verantwortlich für den optischen Eindruck der Praxis. Darüber hinaus erkennt der Patient bereits hier, wie authentisch die Praxis ihre Philosophie durch ihr Erscheinungsbild zum Ausdruck bringt. Prinzipien wie etwa hochwertige Zahnmedizin und Serviceorientierung werden daher in erster Linie durch ein entsprechendes Praxisambiente dargestellt. Der Patient ist in der Regel nicht in der Lage, die fachliche Kompetenz des Behandlers einzuschätzen – er verlässt sich auf das äußere Bild der Praxis, um deren Leistung zu beurteilen.

Natürlich fühlen sich Kinder in einem anderen Praxisumfeld wohl als Senioren oder Manager. Idealerweise finden sich die Ak-

zente, die in der Praxisgestaltung gesetzt werden, in der Aufmachung von Logo, Briefpapier, Terminzettel und Praxiskleidung wieder. Dieser Wiedererkennungseffekt vermittelt Sicherheit, Kontinuität und schafft Vertrauen.

Ein Patient kann jedoch nur Vertrauen zu einer Zahnarztpraxis entwickeln, wenn er über ihr Angebot umfassend informiert ist. Das ist die Aufgabe der Corporate Communications, zu denen alle Kommunikationsmittel in mündlicher, schriftlicher oder digitaler Form gehören. Zentraler Bestandteil der Corporate Communications ist die Praxisbroschüre, die über das zahnmedizinische Angebot aufklärt und das Team vorstellt. Dies kann ergänzt werden um eine Praxiszeitung und einen Internetauftritt.

Eine eigene Homepage ist allerdings nur zu empfehlen, wenn die hohen Erwartungen, die ein anspruchsvoll gestalteter Auftritt weckt, auch tatsächlich der Realität entsprechen! Inhaltlich geht es darum, dem Patienten die besonderen Kompetenzen und Stärken der Praxis zu verdeutlichen. Aufmachung und Sprache des Kommunikationsmediums sollten stets der jeweiligen Zielgruppe entsprechen.

Infos in Häppchen serviert

Über die Corporate Communications baut der Patient am ehesten Vertrauen zur Praxis auf, wenn ihm die Informationen sachlich und verständlich mitgeteilt werden. In aller Regel gilt: Der Patient will nicht mit Informationen überflutet, sondern wohl dosiert versorgt werden.

Corporate Behaviour ist der Teil der Corporate Identity, der für den Patienten mit zwischenmenschlicher Erfahrung verbunden ist. Gerade sie ist ausschlaggebend dafür, ob der Patient Vertrauen zur Zahnarztpraxis und seinen Mitarbeiterinnen gewinnt. Daher sollte auch der persönliche Umgang des Zahnarztes und des gesamten Teams darauf ausgerichtet sein, dem Patienten zu signalisieren, dass er in der Praxis willkommen ist und dass man ihn ernst nimmt. Entscheidend ist...

■ ...den Patienten mit Namen zu begrüßen,

zm-Info

Corporate Identity

Die Corporate Identity (CI) ist durch ihre Vertrauen schaffende Dimension zentrales Element einer langfristigen Patientenbindung. Sie ist umso erfolgreicher, je gezielter die Praxis ihre Patientenklientel anspricht und je authentischer die Praxisführung ihre Philosophie in den einzelnen Teilbereichen der CI umsetzt. Voraussetzung für eine solche authentische Umsetzung ist ein langfristig ausgerichtetes Praxiskonzept. Die Existenz der Praxis, die Zufriedenheit des Patienten, die berufliche Erfüllung des Zahnarztes und der Mitarbeiterinnen können nur dann realisiert werden, wenn betriebswirtschaftlich gedacht und gehandelt wird und Zahlen und Zahnmedizin in Einklang gebracht werden.

- ...freundliches, verbindliches Auftreten des gesamten Praxispersonals,
- ...die Wartezeit vor der Behandlung im Sprechzimmer mit einem persönlichen Gespräch zu verkürzen,
- ...die Behandlungsschritte zu erklären und eventuell zu visualisieren,
- ...auf Beschwerden und Reklamationen prompt, verbindlich und lösungsorientiert einzugehen.

In der Corporate Behaviour spiegeln sich das Praxiskonzept und die gelebten Werte einer Zahnarztpraxis im Praxisalltag am unmittelbarsten wieder. Das Vertrauen des Patienten in die Praxis kann hier am nachhaltigsten gestärkt werden.

Jochen Kriens M. A.
Grabenstraße 24
65183 Wiesbaden

Dipl.-Betriebswirt Uwe Zoske
Bäderstraße 5
65321 Heidenrod-Kemel

www.new-image-dental.de



Eine Checkliste zum Thema „Corporate Identity in der Zahnarztpraxis“ gibt es als Download bei <http://www.zm-online.de> oder über den Bestellkupon auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Recht

Urteile für den Praxisalltag

Recht ist und bleibt für Laien schwer durchschaubar. Mit kleinen Beiträgen zu aktuellen Urteilen helfen die zm jedoch, dass sich das Dickicht der Vorschriften besser durchdringen lässt und dem Gesetz im Alltag entsprochen werden kann.



Foto: IS

Erstattung der Kosten

Zulassungspflicht bei Medikamenten

Ein Krankenkassenpatient hat keinen Anspruch auf die Erstattung eines Medikaments, das zwar in einem anderen EU-Land, aber nicht in Deutschland zugelassen ist.

Die Zulassung in einem EU-Land gilt nicht automatisch in allen anderen Mitgliedstaaten, entschied das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel. Der Vertrieb eines Medikaments und die Erstattung durch die gesetzliche Krankenkasse seien in Deutschland verboten, solange Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht in Deutschland oder EU-weit geprüft worden seien. Dies verstoße nicht gegen die europarechtliche Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit (AZ.: B 1 KR 21/02 R).

Im verhandelten Fall scheiterte ein Kläger, der die Erstattung

des bei Harnblasenkrebs eingesetzten Medikaments Immucothel durchsetzen wollte. Das Medikament ist in den Niederlanden und Österreich zugelassen. Der Antrag auf Zulassung in Deutschland wurde abgewiesen. Das Gericht wies darauf hin, dass der Einzelimport des Medikaments sehr wohl möglich und auch nicht strafbar sei.

Der Kläger kündigte nach dem Urteil an, sich das Medikament künftig in den Niederlanden verabreichen zu lassen. Nach der Regelung zur freien Arztwahl innerhalb der EU bei ambulanter Behandlung sei seine Krankenkasse dann zur Bezahlung des Medikaments verpflichtet.

Entscheidung des Bundessozialgerichts im Mai 2004

pit/dpa

Praxisgebühr

Zahlpflicht bei Sozialhilfe

Bislang konnten Sozialhilfeempfänger bei Eigenbeteiligungen auf Zuzahlungen hoffen. Nach aktuellem Gesetzesstand sieht das anders aus, meint das Verwaltungsgericht Berlin.

Sozialhilfeempfänger müssen Praxis- und Rezeptgebühren aus den ihnen gewährten Sozialhilfeleistungen bezahlen. Sie haben daneben keinen Anspruch auf Übernahme von Praxis- und Rezeptgebühren in Form einer zusätzlichen einmaligen Beihilfe. Das entschied das Verwaltungsgericht Berlin und bezog sich dabei auf zwei Entscheidungen vom April 2004.

Im Zuge der Gesundheitsreform habe der Gesetzgeber Eigenbeteiligungen als Zuzahlungen aus dem bei Krankheit bisher geltenden Katalog der besonderen Sozialhilfeleistungen herausgenommen. Mit dieser Begründung hatte das Gericht Eilanträge chronisch kranker Antragsteller zurückgewiesen. Nach Auffassung der Verwaltungsricht-

ter ist die mit der Neuregelung verbundene faktische Kürzung der Sozialhilfeleistungen auch unter verfassungsrechtlichen Aspekten nicht zu beanstanden. Insbesondere die Menschenwürde, siehe Artikel 1 Grundgesetz, sei nicht betroffen. Es sei nicht ersichtlich, dass die verfassungsrechtlich garantierten Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein auf Grund der Belastung mit den geringfügigen Zuzahlungsbeträgen nicht mehr erfüllt würden. Bei einem Regelsatz von 296 Euro im Monat für den Haushaltsvorstand ergebe sich eine maximale Belastung von 5,92 Euro monatlich. Dieser Betrag reduziere sich bei chronisch Kranken wie den Antragstellern auf 2,96 Euro im Monat. Dies stelle keine unzumutbare Belastung dar, so das Gericht.

8. Kammer Verwaltungsgericht Berlin, VG 8 A 111.04 vom 27. April 2004 und VG 8 A 69.04 vom 2. April 2004

pit/dpa



Foto: goodshoot/zm (M)

Mit dem Alterseinkünftegesetz fällt das Steuerprivileg der Lebensversicherung

Weile statt Eile angesagt

Das neue Gesetz zu den Alterseinkünften nimmt der Kapitallebensversicherung die Attraktivität als beliebteste Sparform: Nur noch bis Jahresende gibt es Verträge zu den alten steuergünstigen Konditionen. Zwar sollten Steuersparer jetzt die Weichen stellen, doch in Panik braucht niemand zu geraten.



Foto: PhotoDisc

Zeit ist Geld und bei beiden bringen gut überlegte Entscheidungen mehr Vorteile als übereilte.

Glaubt man der Assekuranz-Industrie, steht jeder, der nicht noch vor Jahresende schnell einen Vertrag über eine Kapitallebensversicherung abschließt, im Alter ohne Einkommen da. Tatsache ist: Verträge aus 2004 sind besser als aus 2005. Der Grund: Ab dem 1. Januar nächsten Jahres wirkt sich das neue Alterseinkünftegesetz auf die ab diesem Zeitpunkt abgeschlossenen Verträge aus. Es wurde geschaffen, damit Beiträge zur Altersvor-

sorge allmählich von der Steuer frei gestellt werden und im Gegenzug spätere Rentenauszahlungen besteuert werden können.

Unser Liebling wird kuptiert

Für die beliebteste Altersvorsorge der Deutschen bedeutet das: Das Steuerprivileg fällt weg für Lebensversicherungen mit Einmalzahlung. Am Ende der

Laufzeit werden von der Auszahlungssumme alle vom Kunden eingezahlten Beiträge abgezogen. Der Rest muss versteuert werden. Wie hoch – das hängt vom persönlichen, dann anfallenden Steuersatz des Empfängers ab. Günstiger fallen die Abzüge aus, wenn der Vertrag mindestens zwölf Jahre gelaufen und der Sparer mindestens 60 Jahre alt ist, er mindestens fünf Jahre lang Beiträge gezahlt hat und der Todesfallschutz mindestens 60 Prozent der Beitragssumme erreicht hat. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, verlangt der Fiskus nur von der Hälfte des Gewinnanteils Steuern. Ist hingegen auch nur eine Bedingung nicht gegeben, wird der gesamte Gewinn besteuert.

Bislang gelten die gleichen Regeln, nur das Mindestalter von 60 Jahren interessierte keinen. Der Gewinnanteil aber wird zu 100 Prozent steuerfrei ausgezahlt. Das bleibt auch so für alle Verträge, die vor Jahresende abgeschlossen werden.

Ebenso profitieren Selbstständige und Beamte bis dahin noch von dem Vorteil, dass sie die Beiträge als Sonderabgabenabzug beim Finanzamt geltend machen können. Doch damit ist es ab dem nächsten Jahr ebenfalls vorbei: Ab dann wird der anrechenbare Betrag bis 2019 schrittweise abgebaut.

Zwar sieht es einigermassen düster aus für die Lebensversicherung. Trotzdem sollte niemand in Hektik verfallen und noch schnell einen Vertrag abschließen, nur um sich die steuerlichen Vorteile zu sichern. Die Versicherungswirtschaft hat die neuen

Regeln akzeptiert, doch die freien Berater und die Makler haben durchaus noch Klärungsbedarf. Sie wissen noch nicht, welche Nach- und Vorteile die neue Gesetzeslage wirklich birgt: „Wir befinden uns in einer Orientierungsphase“, erklärt Andreas Büse-Hanning, Geschäftsführer von Aon Jauch&Hübener Privates Vorsorgemanagement in Hamburg im Finanzmagazin „Capital“. Die Kunden warten daher besser ab und überlegen, welche Alternativen es noch gibt. Gefördert werden jetzt Policen mit Rentenauszahlung. Der Sparer darf die Versicherung weder auszahlen lassen, noch vererben oder beleihen. Die Konsequenz wird sein, dass die Gesellschaften Verträge mit einer höheren Rentenzahlung anbieten werden, es aber eventuell keine Garantiezeiten für die Hinterbliebenen mehr geben wird.

Mehr Zahlungen

Noch ein weiterer Faktor, der den Gewinn bei Lebensversicherungen schmälern wird, dürfte bis zum Herbst in die neuen Angebote eingearbeitet sein: Die neue Sterbetafel. Danach werden Männer wahrscheinlich im Durchschnitt 86 Jahre und Frauen 89 Jahre alt werden. Die steigende Lebenserwartung wird die zu erwartenden Überschüsse reduzieren; Experten rechnen bei Rentenpolicen mit einer Prämienerrhöhung von zehn Prozent. Junge Leute, die noch eine lange Sparphase vor sich haben, können sich auf zwölf Prozent höhere Beiträge für Frauen und 20 Prozent



Foto: IS

Bei Verträgen ab 2005 weiß der Sparer, wo seine Euro bleiben.

höhere bei Männern einstellen. Das ist nicht unbedingt ein Nachteil: für mehr Beiträge wird es auch längere Rentenzahlungen geben. Problematisch wird es aber für bestehende Verträge. Die Gesellschaften müssen mit einer Deckungslücke rechnen. Für die längeren Auszahlungen ist in der Vergangenheit zu wenig eingezahlt worden. Für den Kunden bedeutet das: Um die Lücke zu schließen, muss die Überschussbeteiligung gesenkt werden – also der Teil des Gewinns, der den Versicherten über den Garantiezins hinaus gutgeschrieben wird. Auf jeden Fall müssen die Unternehmen ihre Prognosen sofort anpassen und ihre Kunden von sich aus auf die gesunkenen Werte hinweisen. Ein weiterer Grund, nicht unbedingt vor dem 31. Dezember 2004 noch schnell eine Lebensversicherung abzuschließen.

Die Gretchenfrage

Angesichts der unsicheren Lage muss sich jeder Sparer selbst die Frage stellen, ob er überhaupt eine Lebensversicherung ab-

schließen will. Passt sie in sein Konzept für die Altersvorsorge? Verzichtet er zu Gunsten einer bequemen Sparweise bei einer Rentenpolice auf eine höhere Rendite? Oder entscheidet er sich für einen Vertrag mit Einmalauszahlung und legt sich damit auf mindestens zwölf Jahre fest?

Was tun? Elke Weidenbach, Referentin für Versicherungen bei der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf, hält das Produkt Kapitallebensversicherung sowieso für „problematisch“.

Nicht allein die Besteuerung, „sondern das Produkt selber“, konstatiert die Expertin. Schon wenn jemand aus welchem Grund auch immer vorzeitig – also vor Vertragsende – an sein Geld will, zahlt er auf die relativ geringe Auszahlung auch noch Steuern. Außerdem hält sie Lebensversicherungen für intransparent: „Es gibt kein Gesetz, das den Versicherungen vorschreibt, den Kunden genau zu informieren, wofür er da eigentlich einzahlt. Wie viel für den Todesfallschutz, wie viel für Verwaltungskosten und wie hoch ist der Sparanteil: der Verbraucher sieht nur die Gesamtsumme.“

Sie empfiehlt deshalb, Sparen und Versichern zu trennen. Für das Todesfallrisiko und die Absicherung der Familie eignet sich eine Risikolebensversicherung. Für das Ansparen einer Altersvorsorge bieten sich Fondssparpläne an. Das Assekuranz-Gewerbe muss sich schon etwas Interessantes einfallen lassen, um auch clevere Sparer bei der Stange zu halten.

Marlene Endruweit

Die Zinssteuer für Europa

Das Ende der Oasen

Marlene Endruweit

Zwar besteht jetzt Einigkeit über die Abgabepflicht für deutsches Geld im Ausland, doch dürften die tatsächlichen Steuern niedriger ausfallen als befürchtet. Die Anleherstaaten haben sich auf die neue Situation eingestellt, die meisten Vorteile bleiben erhalten. Wem die neue Situation nicht geheuer und der reine Tisch lieber ist, dem bleibt die Amnestie.

Lang, lang ist's her, dass Jean-Claude Juncker in seiner damaligen Eigenschaft als luxemburgischer Wirtschaftsminister selbstbewusst konstatierte: „Wir sind zwar ein kleines Land, aber unser Bankgeheimnis lassen wir uns nicht nehmen“.

Im Zweifel für den Angeklagten

Schon vor rund 15 Jahren schielten die europäischen Finanzminister – allen voran Theo Waigel – auf die Milliarden Mark aus deutschen Landen, die unversteuert auf luxemburgischen, österreichischen und vor allem Schweizer Konten lagen.

Schon damals rechneten die meisten Experten mit der Einführung einer Zinssteuer oder gar Kontrollmitteilungen an den deutschen Fiskus. Doch Juncker, seit neun Jahren Ministerpräsident seines Landes, war sich schon damals sicher, dass „Luxemburg nur dann einer Regelung zustimmt, wenn auch die Schweizer mitziehen“. Und so geschieht es nun. Herausgekommen ist während der langen Verhandlungszeit eine Lösung, die vor allem die Interessen der Geldinstitute und ihrer Kunden in den betroffenen Ländern befriedigt. Als Verlierer steht mal wieder der

deutsche Finanzminister da. Gehofft hatte Hans Eichel auf Steuereinnahmen aus rund 300 Milliarden vornehmlich in der Schweiz angelegten Euro, so die Schätzung der Deutschen Steuergewerkschaft. Wahrscheinlich wird aber nur ein kleines Rinnsal von ein oder zwei Milliarden Euro in die leeren Kassen tröpfeln. Im Finanzministerium rechnet man damit, dass nur sehr ehrliche oder unwissende Steuerzahler ihre Abgaben leisten werden. Denn von den 25 Mitgliedstaaten haben sich nur 22 dazu bereit erklärt, Informationen über in heimischen Banken angelegtes Kapital aus dem Ausland auszutauschen. Luxemburg, Belgien und Österreich setzten eine Quellensteuer durch, die den Bestand des Bankgeheimnisses sichert. Die beschlossene Fassung der EU-Zinssteuer-Richtlinie lässt viele Möglichkeiten, Geld steuergünstig anzulegen, offen. Betroffen davon sind nur Privatpersonen. Wer schnell eine Stiftung gründet, gilt als juristische Person und ist so vor jedem Angriff geschützt.

Und das sieht die Richtlinie vor:

■ Grundsätzlich werden ab Juli nächsten Jahres innerhalb der EU Informationen über Zinserträge ausgetauscht.



Foto: CC

Die einst blühenden Steueroasen Europas versinken im Sand der EU-Zinssteuerpolitik.

■ Davon ausgeschlossen sind Belgien, Luxemburg und Österreich. Dort behalten die Banken eine Quellensteuer ein. Sie beginnt 2005 bei 15 Prozent und steigt dann 2008 auf 20 und 2011 auf 35 Prozent.

■ Auch die Schweiz – obwohl nicht EU-Mitglied – hat grundsätzlich der Quellensteuerlösung zugestimmt.

Man hofft, den von Januar auf Juli verschobenen Termin für die Einführung halten zu können. Der Grund für die Vertagung: Das Abkommen muss erst noch ratifiziert werden.

Bankgeheimnis bleibt bestehen

Mit anderen Worten: In der Schweiz, Luxemburg, Österreich und Belgien bleibt das Bankgeheimnis wie gehabt bestehen –

vorerst. Ausgerechnet in diesen Ländern dürften die meisten Euro auf geschützten Konten schlummern. Aber auch die kleinen Steuerparadiese Monaco, Andorra, San Marino und Liechtenstein wollen sich an der Quellensteuerlösung beteiligen.

Die Richtlinie wirkt sich nur auf Zinseinnahmen aus. Ausschließlich von diesen Kapitalerträgen muss die Quellensteuer abgeführt werden. 75 Prozent davon kassieren die Länder, aus den die jeweiligen Anleger stammen. Den Rest dürfen die Länder als Verwaltungsgebühr behalten. Betroffen von der Abgabepflicht sind also nur Staats- und Unternehmensanleihen, Schuldverschreibungen, Zerobonds und Rentenfonds. Verschont bleiben Kursgewinne aus Aktien, Lebensversicherungen, Zertifikaten und Optionen, aber auch Anleihen,

die vor dem 1. März 2001 aus- gegeben worden sind. Ebenso erfolgt in den Ländern, die sich dem Informationsaustausch anschließen, die Meldung an die Heimatfinanzämter nur über die Höhe der Zinserträge.

Eine Trutzburg

Steuerflüchtlinge dürfen also weiterhin ruhig schlafen. Die Geldinstitute in den jeweiligen Ländern werden sich schon die passenden Anlagestrategien für ihre Kunden ausgedacht haben. Vor allem die Bankiers auf der Zürcher Bahnhofstraße wissen, welches Renommee auf dem Spiel steht. Sie verwalten über 2000 Milliarden Euro von ausländischen Kunden. Bislang müssen diese keine Quellensteuer, sondern nur eine 35-prozentige Verrechnungssteuer auf Erträge aus schweizerischen Papieren zahlen. Erst ab dem nächsten Jahr wird die Quellensteuer für EU-Kunden fällig. Doch der genaue Zeitpunkt steht noch nicht fest, das Abkommen muss erst einmal vom Berner Parlament ratifiziert werden. Und das kann dauern: Weil sich die Schweizer auf das Quellensteuer-Modell festgelegt haben, bleibt das gesetzlich verankerte Bankgeheimnis unberührt! Um diese Burg zu stürmen, bedarf es schon eines internationalen Rechtshilfe-Ersuchens wegen Geldwäsche oder Abgabenbetrugs. Wer Steuern hinterzieht, kann bei den Eidgenossen weiterhin auf Verständnis hoffen. Bei den Verhandlungen über die Zinssteuer rang man der EU das Zugeständnis ab, auch in Zukunft zwischen Steuerhinterziehung und Steuerbetrug unterscheiden zu dürfen: Die Hinterziehung bleibt straffrei, Num-

mernkonten sind schon lange nicht mehr anonym. Jeder Kunde, der ein Konto eröffnet und/oder 25 000 Schweizer Franken und mehr überweist, muss seine Identität offenlegen. Bei Verdacht auf Geldwäsche, also auf Einkünfte aus illegalen Geschäften, erstattet die Bank Anzeige. Hierin bleibt man an der Bahnhofstraße streng; zu leidvoll sind die Erfahrungen in der Vergangenheit gewesen.

Wie immer passen sich auch jetzt die Liechtensteiner den Schweizern an. Sie sind und bleiben der Hort für die diskrete Anlage großer Vermögen. Steuerdelikte sind überhaupt nicht strafbar, so dass jede Rechtshilfe verweigert wird. Ausnahme: Kapitalerträge von US-Bürgern werden an den amerikanischen Fiskus gemeldet. Wie die Schweizer reagieren auch die Liechtensteiner empfindlich, wenn der Verdacht auf Geldwäsche besteht. Deshalb müssen Kunden bei Überweisungen ab 25 000 Schweizer Franken ihre Identität offenlegen. Das Bankgeheimnis ist gesetzlich verankert. Aufgehoben wird es nur dann, wenn aus dem Ausland ein Antrag auf Rechtshilfe wegen Geldwäsche oder einer schweren Straftat gestellt wird. Wie der größere Nachbar wollen auch die Liechtensteiner ab 2005 die Quellensteuer einbehalten. Einen Informationsaustausch wird es nicht geben.

Ähnlich strenge Sitten im Geldgeschäft herrschen im Herzogtum Luxemburg. Auch hier hüten Staat und Banken das gesetzlich verankerte Bankgeheimnis. Auskunft wird ebenfalls nur im Zuge internationaler Rechtshilfe bei Steuerstrafsachen und Verdacht auf Geldwäsche erteilt. Empfindlich reagieren die Lu-

xemburger wie die Schweizer Konkurrenten in Sachen Geldwäsche. Jeder, der 15 000 Euro und mehr überweist, muss seine Personalien angeben. Hier im Herzogtum, dem wichtigsten Standort für Investmentfonds in Europa, sind es ebenfalls die Deutschen, die von den dort angelegten 425 Milliarden Euro den größten Teil ins Land ge-

mationsaustausch anschließen. Das hat die Regierung in London auch für die Isle of Man und die Virgin Islands ausgehandelt. Bereits ab dem nächsten Jahr verschicken die Cayman Islands, Montserrat und Anguilla Kontrollmitteilungen. Doch schon jetzt gibt es keine gesetzliche Garantie für das Bankgeheimnis. Die Kundschaft verlässt sich auf

das Gewohnheitsrecht. Stellt aber der deutsche Fiskus eine Anfrage wegen eines Steuervergehens, gibt es keinen rechtlich verankerten Schutz, erst recht nicht bei Verdacht auf Geldwäsche. Ab 10 000 Pfund Überweisungsbeitrag und bei der Kontoeröffnung muss der Kunde seine Identität offen legen. Internationale Rechtshilfe wird bei allen Steuersachen gewährt.

Ebenfalls nicht am Meldesystem nehmen Belgien und Österreich sowie die kleinen Steueroasen Monaco, San Marino und Andorra teil. Sie alle werden ab dem nächsten Jahr für die EU die Quellensteuer einbehalten.

Überall in den betroffenen Ländern bastelt man schon jetzt an Finanzprodukten, die sowohl von der Quellensteuer als auch von der Meldepflicht verschont bleiben. Schon jetzt fallen Anleihen, die vor 2001 ausgegeben worden sind, bis 2009 nicht unter die Richtlinie. Ganz ausgenommen sind so genannte Innovationen. Denn in Brüssel hat man vergessen, den Begriff überhaupt zu definieren. So werden die Finanzjongleure in den Geldhäusern und bei den Fondsgesellschaften jetzt kreativ werden.

Infos zu Konten werden peu à peu zugänglich

bracht haben. Sie sind wie alle Ausländer zurzeit noch von der Steuer befreit. Das wird sich mit der Einführung der Quellensteuer am 1. Januar 2005 ändern.

Während die Anleger, die ihre Spargroschen in den genannten Ländern deponiert haben, sich beruhigt zurücklehnen können, sollten sich die Liebhaber der Kanalinseln in ein paar Jahren besser einen anderen Parkplatz für ihr Geld suchen. Bislang erheben die Banken auf Guernsey und Jersey keinerlei Steuern auf Kapitalerträge. Ab 2005 wird auch hier die Quellensteuer fällig, Meldungen an die Heimatländer der Kunden wird es vorerst nicht geben. Erst ab 2011 wird man sich dem automatischen Infor-

zm-Info

Die Steueramnestie nutzen

Das Angebot von Finanzminister Hans Eichel war gut gemeint – für die Steuersünder und für ihn. Steuerehrliche, die ihr im Ausland geparktes Geld wieder nach Hause holen, erwartet nur eine kleine Strafe. Bislang sind nur 120 Millionen Euro in die Kassen der Finanzämter geflossen. Doch für die zweite Jahreshälfte rechnet man mit steigenden Einnahmen. Der Grund für die zögernde Haltung der Heimkehrwilligen, das attraktive Angebot – Straffreiheit plus geringe Steuernachzahlung – anzunehmen, ist sicherlich der hohe Beratungsbedarf. Der Weg in die Steuerehrlichkeit muss erst einmal geebnet werden. Und das kostet Zeit. Allzu lange sollte man aber nicht mehr warten. Zwar läuft das Angebot noch bis Ende des Jahres, und es gibt noch einmal eine Verlängerung bis Ende März 2005, doch auch die Finanzbeamten verfallen nicht in Hektik. Zudem braucht man auch noch Unterlagen von der Bank.

Der häufigste Grund, weshalb sich Anleger für die Steuerehr-

lichkeit entschließen, ist die Angst vor einer Verurteilung. Es könnte ja sein, dass ein entlassener Angestellter oder die verlassene Ehefrau auf Rache sinnt und denunziert. Ein weiteres sehr wichtiges Argument ist sicherlich die Überlegung, was bei einer Übertragung des Vermögens geschieht. Das Verfahren – ausführlich beschrieben in den zm vom 1. März 2004 – ist eigentlich einfach: Das Formular gibt es im Internet unter <http://www.bundesfinanzministerium.de>.

Berechnen muss der Steuerschuldner den Betrag, den er zu zahlen hat, selbst. Doch bevor er die strafbefreiende Erklärung beim Finanzamt abgibt, empfiehlt sich ein eingehendes Gespräch mit dem Steuerberater. Denn unter Umständen ist eine Selbstanzeige günstiger. Die Nachzahlung der Steuerschuld muss dann innerhalb von zehn Tagen nach Abgabe der Erklärung beim Finanzamt eingehen. Eine Stundung oder Ratenzahlung gibt es nicht.

Marlene Endruweit

Fälle, Fahnder und Finanzen

Anleger, die sich weiter der Anonymität erfreuen und keine Quellensteuer zahlen wollen, werden wohl auch in Zukunft auf risikoreichere Papiere setzen und in der Schweiz oder Luxemburg bleiben.

Doch ganz so gemütlich wie bisher wird es dort nicht bleiben. Denn im Zuge der Terrorbekämpfung steht das Thema Geldwäsche ganz oben auf der Liste der Fahnder. Die Konten werden durchleuchtet und inzwischen darf von Schweizer

Nummernkonten nicht mehr anonym überwiesen werden. Auf jeden Fall werden auch zukünftige Finanzminister keine Ruhe geben, solange ihre Kassen nicht gefüllt werden. Das wissen auch die Schweizer, die inzwischen schon um ihr Heiligstes – das Bankgeheimnis – fürchten. Sie sehen sich einem zunehmenden Druck ausgesetzt, verursacht von der EU, der OECD und den USA, so fürchtet es jedenfalls Niklaus Baumann, Präsident der Vereinigung Schweizerischer Privatbankiers. ■

25 Jahre Norddeutsches Fortbildungsinstitut für Zahnarzthelferinnen Hamburg

Längst aus den Kinderschuhen

Das Norddeutsche Fortbildungsinstitut (NFI) feiert seinen 25. Geburtstag. Die Bilanz lässt die Gesichter strahlen: Über 1 500 Helferinnen bildeten sich weiter. 800 davon verließen das Haus als Zahnmedizinische Fachangestellte (ZMF), 600 als Zahnmedizinische Fachhelferin (ZFA). 100 qualifizierten sich zur Dentalhygienikerin (DH) und zur Zahnmedizinischen Verwaltungshelferin (ZMV). Keine Frage: Das NFI, Kind der Kammern Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, und Bremen, ist flügge geworden.

Wer genau nachrechnet, stellt natürlich fest: Die Geschichte des Instituts reicht weiter zurück, nämlich bis 1976: Während Muhammad Ali in Manila seinen Weltmeistertitel im Schwergewicht gegen Joe Frazier verteidigte, wurden die Zahnärzte in Bremen, Kiel und Hamburg befragt, ob sie Bedarf für die Beschäftigung einer Zahnmedizinischen Fachhelferin (ZMF) sähen. Immerhin 19 Prozent der Befragten antworteten mit „Ja“. Für die Kammern Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein die Aufforderung, aktiv zu werden und im Norden die Voraussetzungen für die Fortbildung zur ZMF zu schaffen.

Bereits einige Monate später trafen sich die drei Kammervorstände. Es wurde heiß diskutiert. Doch in einer Sache waren sich alle einig: Man wollte ein gemeinsames Fortbildungsinstitut gründen. Das „Norddeutsche Institut für Zahnmedizinische Fachhelferinnen“ (später „Norddeutsches Fortbildungsinstitut für Zahnarzthelferinnen“) war geboren. Im April 1977 unterzeichneten die Kammerpräsidenten den Gesellschaftervertrag, zwei Jahre später, also vor 25 Jahren, öffnete das Institut seine Pforten.



Unten: NFI-Leiter Dr. Dr. Hans-Ulrich Fischer schickte die Gäste per Foto-Show auf eine Reise in die Vergangenheit – und hatte die Lacher auf seiner Seite.
Oben: Das NFI-Team der ersten Stunde.

Seitdem ist das NFI auf Erfolgskurs: Der 33. ZMF-Lehrgang läuft, von 1992 an ist die Individualprophylaxe fester Bestandteil im Programm, seit 1995 bietet das Institut den Lehrgang zur Dentalhygienikerin (DH) an. „Ärmel hochkrepeln“ lautet auch das Motto für die Zukunft: Geplant ist ein modulares Angebot, berichtet Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern und amtierender NFI-Vorsitzender. Der ZMF-Block soll aufgeteilt werden, damit die Helferinnen auch einzelne Einheiten belegen können.

Warum das NFI-Team Räume in Billstedt bezog anstatt am noblen Jungfernstieg? Billstedt war damals stark unterversorgt – der Nachschub an Patienten für die Kurse schien gewährleistet. Last but not least: Dort fand sich ein geeignetes Objekt.

Bei der Bauabnahme äußerte die Berufsgenossenschaft allerdings Bedenken: „Von einem Geländer auf dem Vorbau vor den Fenstern wird abgeraten, da durch diese Maßnahme den Studierenden das Aussteigen aus den Fenstern nahe gelegt wird.“ Aber die Teilnehmerinnen dachten nicht daran zu flüchten – im Gegenteil.

Herzklopfen hatte das erste NFI-Team trotzdem. Vor dem ersten Kurs bereitete Institutsleiter Dr. Dr. Hans-Ulrich Fischer vor allem Eines Kopfzerbrechen: Werden genug Helferinnen kommen? Seine Sorge war unbegründet: Insgesamt 100 fortbildungswillige Teilnehmerinnen standen am Ende vor der Tür – gerechnet hatte man mit 24! Vor zehn Jahren stieg Mecklenburg-Vorpommern mit ins Boot – das erfolgreiche Quartett war komplett. Zwei Jubiläen auf einen Streich – Grund genug zu feiern! Die



Können sehr zufrieden sein: die vier NFI-Gesellschafter (v.l.n.r.): Dr. Wolfgang Sprekels (HH), Dr. Brita Petersen (HB), Dr. Dietmar Oesterreich (MP) und Dr. Tycho Jürgensen (SH)



Vor 25 Jahren: Dr. Horst Bremer (SH), Prof. E.-H. Pruin (HB) und Dr. Karl-Adolf Bublitz (HH) setzen ihre Unterschriften unter das Gründungsprotokoll.

Gäste erwartete ein buntes Programm: Prof. Dr. Georg Meyer, Uni Greifswald, referierte zur „medizinischen Verantwortung des Zahnarztes“, NFI-Leiter Fischer sorgte mit einem Foto-Rückblick für Unterhaltung. Was ist nun der Schlüssel zum Erfolg? Hamburgs Kammerchef Dr. Wolfgang Sprekels: „Wir haben 25 Jahre ohne Schienbeintreten, Wadenbeißen oder Beinchen stellen zusammen gearbeitet!“ Jetzt planen auch die Behörden eine länderübergreifende Kooperation. Sprekels: „Herzlich willkommen! Das praktizieren wir seit 25 Jahren!“ ck



Institutsleiter Fischer (r.) und DH Susanne Graack (l.) mit der „ersten Mannschaft“ im neu gestalteten Phantomraum. Nach 25 Jahren ist Renovieren angesagt: Der Eingang strahlt bereits in neuer Frische, die Unterrichtsräume sind mit neuem Equipment ausgestattet.

Dr. Wolfgang Sprekels feiert seinen 60sten

Am 17. Juli vollendet Dr. Wolfgang Sprekels, seit 17 Jahren Präsident der Zahnärztekammer Hamburg und seit 15 Jahren Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer sein 60. Lebensjahr. Nach dem Studium am Hamburger UKE und Staatsexamen 1970 ließ er sich 1972 und seit 1975 mit seiner Frau in einer Gemeinschaftspraxis in Hamburg nieder. Sein berufspolitischer Weg begann 1972 als Mitglied verschiedener Gremien der zahnärztlichen Selbstverwaltung in Kammer, KZV und später als Landesvorsitzender des Freien Verbandes. 1979 wurde er Obmann seiner Bezirksgruppe. 1987 wählte ihn die Kammerversammlung zum Präsidenten der Zahnärztekammer Hamburg. Damit ist er zugleich seit 17 Jahren Mitglied im Vorstand der Bundeszahnärztekammer. 1989 wurde er zum Vizepräsidenten der BZÄK und zum Vorsitzenden der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Hamburg e.V. (LAJH)



Foto: Lopata

gewählt. Alle Ämter hat er bis heute inne.

Als „Vize“ für den Haushalt zuständig

Als Vizepräsident betreut er in der BZÄK ein breites Aufgabenspektrum, das von A wie Approbationsordnung bis zu Z wie Zahnärztlicher Verbindungsausschuss reicht. Als „Finanzminister“ der BZÄK ist er für einen ausgeglichenen Haushalt verantwortlich. Ein nicht einfaches Geschäft mit zuweilen ganz besonderen zusätzlichen Herausforderungen. Dafür ein bestes Beispiel, neben schlechteren.

Im Jahre 2000 zog die BZÄK nach Berlin um. Es gelang ihm, diesen Umzug ohne Beitragserhöhung erfolgreich durchzuführen und die neue Bundeszahnärztekammer in der Berliner Chausseestraße zu etablieren.

Fachmann für Europafragen

Wolfgang Sprekels ist zugleich „Außenminister“ der BZÄK. Er erkannte früh, dass allein nationale Arbeit in einem wachsenden Europa mit jetzt 25 Mitgliedsstaaten zu kurz greift. Vorausschauend daher der Entschluss, bereits 1993 mit einem Büro der BZÄK, das zugleich Büro des europäischen Verbandes ist, nach Brüssel zu gehen. Über dieses Büro vertritt er die Interessen der deutschen Zahnärzte gegenüber den Brüsseler Institutionen. Zudem ist er seit vielen Jahren im Vorstand des Zahnärztlichen Verbindungsausschusses zur EU (ZÄV). Im Mai dieses Jahres wurde er zum Vizepräsidenten des ZÄV gewählt.

Der Jubilar ist auch noch Zahnarzt

Die bloße Aneinanderreihung von Ämtern und Aufgaben zeichnet zwar ein berufspolitisches Bild, sagt aber noch nichts über den Menschen. Ich habe Wolfgang Sprekels als eine Persönlichkeit kennen gelernt, die sich mit enormen Fleiß neben der eigenen Praxis seinen umfangreichen Ehrenämtern in Bund und Land widmet und sich dabei einen gewaltigen Fundus an Wissen und standespolitischer Erfahrung erar-

beitet hat. Seine Fähigkeit, sachlich fundiert zu überzeugen, geht mit einem schlagfertigen Humor einher. Fairness und Offenheit sind für den ehemaligen Squash Nationalspieler nicht nur Begriffe, er praktiziert sie im täglichen Umgang mit Ehrenamtsträgern, Kollegen und Mitarbeitern. Im Namen der zahnärztlichen Berufspolitik gratuliere ich dem Kollegen Dr. Wolfgang Sprekels zu seinem runden Geburtstag und wünsche ihm von Herzen alles Gute – ad multos annos.

Jürgen Weitkamp

■ Die gesamte Redaktion der Zahnärztlichen Mitteilungen schließt sich diesen Glückwünschen an. Happy Birthday Dr. Sprekels! Anm. der Redaktion.

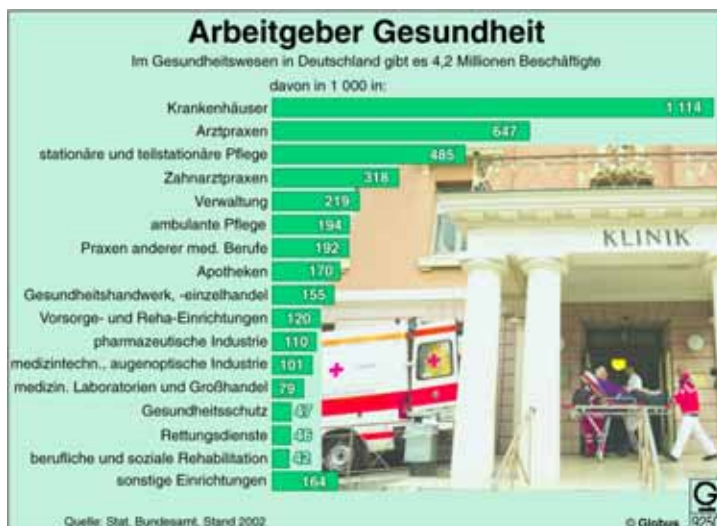
APO-Bank

Günter Preuß wird Vorstandssprecher



Foto: APO-Bank

Günter Preuß wird das Amt des Vorstandssprechers der APO-Bank übernehmen. Er löst damit Werner Wimmer ab, der nach der Vollendung des 65. Lebensjahres nach 40-jähriger Tätigkeit in den Ruhestand tritt. Günter Preuß gehört seit 1995 dem Vorstand an. Neben Vertriebsaufgaben war er von Anfang an für die bundesweite Betreuung der Landesorganisationen verantwortlich.



Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 93

BEYCODENT

Reines Orangenöl löst Schmutz



Das Orangenöl von Beycodent ist eine gebrauchsfertige Reinigungslösung ohne Farbstoffe, die sich zur Entfernung von Zement-, Alginat- und Haftlackresten eignet. Der Einsatz ist universell: Das Öl löst Verschmutzungen durch Blutreste auf Ins-

trumenten, Glas und Edelstahlflächen ebenso wie Fette und Verkrustungen. Das Orangenöl wird ausschließlich auf der Basis von Orangerterpenen hergestellt und enthält keine optisch ansprechenden Farbzusätze. Es ist empfehlenswert, den Einsatz auf Kunststoffoberflächen an verdeckter Stelle zu testen. Eventuell kann das Öl auch durch ein mit Wasser befeuchtetes Tuch angewandt werden, sodass Flächen aus Kunststoff nicht angegriffen werden.

*BEYCODENT-Hygiene-technik
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 0 27 44 / 92 00 - 20
Fax: 0 27 44 / 93 11 22
<http://www.beycodent.de>*

Coltène/Whaledent

Drucksensitives Artikulationspapier



Das Artikulationspapier der Marke Hanel von Coltène/Whaledent ermöglicht eine differenzierte Darstellung der Okklusion: Stramme Kontakte werden dunkler, schwache heller abgebildet. So erhält der Zahnarzt sofort eine klare Vorstellung der okklusalen Beziehungen und kann darauf abgestimmt eine Korrektur von Fehlkontakten vornehmen. Durch die differen-

zierte Darstellung des unterschiedlichen Kaudrucks ist die Einschleifkorrektur sehr vereinfacht. Nach der ersten groben Korrektur der Interferenzen sollte mit den dünneren Hanel-Folien nachgearbeitet werden. Das Artikulationspapier ist in rot und blau erhältlich. Es wird in einer Spenderbox geliefert, die 300 praxisingerechte Zuschnitte in drei Fächern enthält.

*Coltène/Whaledent
GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau
Tel.: 0 73 45 / 805 - 0
Fax: 0 73 45 / 805 - 201
E-Mail:
productinfo@coltenewhaledent.de*

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

BUSCH

Präparationssatz für Kronen und Brücken



Der Instrumentensatz 5420 von Busch wurde speziell für die Hohlkehlpräparation von Zähnen zur Versorgung mit Kronen und Brücken zusammengestellt. Er enthält Diamantschleifer in normaler und feiner Körnung, um ein rationelles Form- und

Feinschleifen zu ermöglichen. Je nach Platzbedarf und klinischen Verhältnissen stehen dem Zahnarzt torpedoförmige Diamantschleifer in verschiedenen Längen und Durchmessern zur Verfügung. Auch für die approximale Separation und das okklusale Einkürzen sind entsprechende Instrumente vorhanden.

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

DENTSPLY DeTrey

Optimierter Verarbeitungskomfort



Das selbstätzende Adhäsiv Xeno III von Dentsply DeTrey bekommt von wissenschaftlicher Seite weiter Bestätigung: Neue klinische Studien aus dem In- und Ausland belegen die gute Haftfestigkeit, und die Forscher beurteilen die meisten Füllungen mit der Note „alpha“, also „hervorragend“. Fast nur alpha-Benotungen erbrachte auch eine Feldstudie der Universität Freiburg, durchgeführt in 22 Zahnarztpraxen. Und auch die amerikanische Ratgeberzeitschrift „The Dental Advisor“ gab Xeno III für gute Produktqualität und leichte Handhabung mit fünf Pluspunkten die Bestnote.

Nun wurde der Verarbeitungskomfort optimiert: Die Flaschen lassen sich besonders leicht ausdrücken und wurden mit einem Auslauf- und Nachtropf-Schutz versehen. Damit die angemischte Xeno III-Flüssigkeit nicht auspolymerisiert, wenn sie für mehrere Restaurationen vorgesehen ist, wurde das Dappenglas als CliXdish konzipiert: Es schützt das Adhäsiv vor Lichteinwirkung und hält es somit noch eine Stunde nach dem Anmischen einsatzfähig.

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

*DentalSchool***Begeisterte Teilnehmer in Hamburg**

Sehen, hören, anwenden: Das Motto der DentalSummerSchool lockte vom 4.–6. Juni 2004 knapp 600 Kursteilnehmer nach Hamburg. Wer nach strukturierten Behandlungskonzepten auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Behandlung zerstörter Zähne, zur Verarbeitung moderner Komposits oder zur minimalinvasiven Parodontaltherapie suchte, war hier richtig. Keine langatmigen Vorträge, wenig Dias, dafür ein Arbeitsplatz zur Demonstration praxisbezogener Konzepte live per Video. Konzentriert folgten die Teilnehmer den Ausführungen des Referenten und wissenschaftlichen Leiters der DentalSchool, Privatdozent Dr. Rainer Hahn, und seines Co-Referenten,

Dr. Klaus Roth, Professor an der Hamburger Universitätsklinik mit freier Praxis.

Die DentalSchool versteht sich als kompetenter Ansprechpartner für den Zahnarzt, etwa wenn eine zweite Meinung gefragt ist, und bietet ein umfassendes Fortbildungsprogramm für Zahnärztinnen und Zahnärzte. Das nächste erreichbare Highlight der DentalSchool ist das 2. Tübinger Praxiskompodium am 19. und 20. November 2004 in Berlin.

DentalSchool
Konrad-Adenauer-Straße 9-11
72072 Tübingen
Tel.: 0 70 71 / 975 57 23
Fax: 0 70 71 / 975 57 20
<http://www.dentalschool.de>
E-Mail:
dstobrawa@dentalschool.de

*Dr. Wulf Wagener***Hygienischer Halter für Zahnbürsten**

Die Zahnbürstenhalterung brush-box von Dr. Wulf Wagener ist praktisch, ästhetisch und hygienisch: Sie hält Zahnbürsten freischwebend kopfunter über einer kleinen, leicht zu säubernden Schale. Erhältlich ist die brush-box in gebürstetem Edelstahl oder Chromstahl.

Dr. Wulf Wagener
Domhof 7c
49074 Osnabrück
Tel.: 05 41 / 243 33
Fax: 05 41 / 20 16 38
<http://www.brushbox.com>
E-Mail: drwulf@tiscali.de



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

Dürr Dental**Scharfe Bilder, praxisfreundliche Technik**

Mit dem Speicherfolien-Auslesegerät VistaScan von Dürr Dental wird eine gleichwertige Bildqualität wie bei konventionellen Röntgenaufnahmen erreicht. Dies ist das Ergebnis einer physikalischen Analyse, die die Universität Düsseldorf durchgeführt hat. Im Alltag der Zahnarztpraxis ist das digitale VistaScan-Verfahren der herkömmlichen Methode sogar überlegen, da es robuster und flexibler ist. Zudem ist es einfach in der Handhabung und wenig fehleranfällig. Denn als Speicherfoliensystem verfügt

es über einen sehr großen Belichtungsspielraum. Dies führt oft auch bei ungünstigen Einstellungen noch zu auswertbaren Bildern und kann so die zweite Röntgenaufnahme vermeiden. Die Studie sowie weiteres Informationsmaterial können kostenlos bei Dürr Dental angefordert werden.

*Dürr Dental GmbH & Co. KG
Bildgebende Systeme
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 7 05 - 1 11
Fax: 0 71 42 / 7 05 - 3 48
E-Mail: info@duerr.de*

KaVo**Danaher übernimmt KaVo**

Das amerikanische Unternehmen Danaher Corporation hat KaVo übernommen. Das schwäbische Unternehmen nimmt künftig innerhalb der Medizintechnik-Plattform von Danaher eine führende Rolle ein: KaVo bildet mit der Zentrale in Biberach gemeinsam mit Gendex, einem Anbieter von dentalen Röntengeräten, den Hauptpfeiler des neuen Geschäftsbereiches Dental. Die Marken KaVo und Gendex werden innerhalb des Geschäftsbereiches

Dental als eigenständige Marken bestehen bleiben. Infolgedessen führt KaVo auch die Markteinführung seines intraoralen Röntgensystems eXam durch. Das seit Jahren etablierte Röntgen-Programm von Gendex wird durch KaVo eXam damit ideal ergänzt.

*KaVo Dental GmbH & Co. KG
Bismarckring 39
88400 Biberach / Riß
Tel. 0 73 51 / 56 - 16 91
Fax 0 73 51 / 56 - 17 07
http://www.kavo.com
E-Mail: auracher@kavo.de*

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

DeguDent**Tagung der Technischen Berater**

Im April 2004 kamen die Technischen Berater, die Abteilung Marketing sowie das Forschungs- und Entwicklungsteam von DeguDent auf einer europaweiten Tagung im Hanner DentalCentrum zusammen. Von diesem Brückenschlag zwischen Praxis und Wissenschaft profitiert die Beratung eines jeden Labors. Dentallabors schätzen offenbar insbesondere das seit kurzem verfügbare Solaris Goldbad. Es kann außer für das Galvano-System Solaris von DeguDent auch für viele Geräte von anderen Herstellern verwen-

det werden. Ebenfalls beliebt ist Duceram Kiss, die erste Realisierung des Farb- und Schicht-Konzeptes „Keep it simple and safe“ bei einer hoch schmelzenden Verblendkeramik. Die Tagung findet traditionell zweimal pro Jahr statt und trägt dazu bei, dass die VertriebsCentren und europäischen Vertriebsgesellschaften stets auf dem neuesten Stand bleiben.

*DeguDent GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 59 - 56 39
Fax: 0 61 81 / 59 - 59 62
E-Mail: lothar.voelkl@degudent.de*

Girrbach Dental**Neu im Programm: Girobond CB**

Mit Girobond CB hat Girrbach Dental sein EMF-Legierungsprogramm um eine aufbrennfähige Nickel-Basislegierung erweitert. Nickel-Basislegierungen sind zu Unrecht in Verruf gekommen: Metallurgisch richtig dotiert und zahntechnisch korrekt verarbeitet ist diese Legierung ein gewerbeverträglicher, leicht zu verar-

beitender und preiswerter Werkstoff für Kronen- und kleine Brückenarbeiten. Nickel bleibt im Mundmilieu fest im Metallgitter gebunden und ist wie alle guten CoCrMo-Legierungen biokompatibel. Girobond CB kann herkömmlich mit Flamme, Widerstands- und Induktionsheizung vergossen werden. Auf Grund seiner geringeren Härte eignet es sich auch zur zerspannenden CAD/CAM-Bearbeitung.

*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*

GEBR. BRASSELER

In zwei Schritten zur perfekten Füllung



Ob Konturieren, Finieren oder das Entfernen von Pressfahnen: Das Komposit-Finierset 4389 von Komét / Gebr. Brasseler enthält alle Instrumente für eine rationelle Kompositbearbeitung. Das Set wurde in Zusammenarbeit mit Professor Radlanski von der Freien Universität Berlin entwickelt und sieht eine Kompositbearbeitung in zwei Schritten vor. Im ersten Schritt kommen die Hartmetall-Finierinstrumente mit einer speziellen Querriefenverzahnung zum Einsatz. Im zweiten Schritt werden die präparierten Füllungen mit AGK-

Instrumenten geglättet. Die ruhig laufenden Instrumente sind mit ihren gewundenen Schneiden ideal zum Finieren. Das Set eignet sich auch für die Entfernung von Pressfahnen bei der adhäsiven Befestigung von Keramik-Inlays mit Kunststoff, ohne das Inlay oder die natürliche Zahnschubstanz zu beschädigen.

*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*

Hager & Werken

Chirurgische Absaugkanüle



Eine chirurgische Absaugkanüle sollte bei Berührung mit aktivierten Elektroden ungefährlich sein – so wie die Steri-Suc von Hager & Werken. Sie passt ohne Adapter auf einen Speichelzieher von sechs Millimetern Durchmesser. Auf Anfrage sind auch Adapter

für Schläuche mit einem Durchmesser von elf und 16 Millimetern erhältlich. Steri-Suc ist aus hochwertigem Kunststoff gearbeitet, bis 134 Grad Celsius autoklavierbar, leicht zu reinigen, ergonomisch geformt und wiegt nur drei Gramm.

*Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54
47006 Duisburg
Tel.: 02 03 / 992 69 - 0
Fax: 02 03 / 29 92 83
<http://www.hagerwerken.de>
E-Mail: info@hagerwerken.de*

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

Mahr

Messen mit Lichtgeschwindigkeit



Mit der Entwicklung des MarForm OPX 50 zur optischen Ebenheitsmessung wird die zeitintensive Interferenzprüfung mit Planglas oder Tastschnittverfahren abgelöst. Damit leistet Mahr einen Beitrag zur Reduzierung der Fertigungsmesskosten ohne Qualitätseinbuße. Der fertigungsnahe Einsatz des Geräts macht es möglich, Mikrometer an Ort und Stelle zu messen:

Flächenhaft eine Million Messpunkte in vier Sekunden, objektiv absolute Einzelwerte und die Messgenauigkeit unter 0,1 Mikrometer sind nur einige Pluspunkte des MarForm OPX 50. Das Verfahren ist für die Beurteilung ebener, gerichtet reflektierender Prüflinge geeignet. Der Arbeitsbereich ist für Werkstückdurchmesser von zwei bis 150 Millimetern großzügig dimensioniert. Die speziell für das Gerät konzipierte Software kann einfach und schnell auf die Bedürfnisse des Anwenders abgestimmt werden.

Mahr GmbH
Braunweg 38
37073 Göttingen
Tel.: 05 51 / 70 73 - 0
Fax: 05 51 / 710 21
<http://www.mahr.de>
E-Mail: info@mahr.de

NOBEL BIOCARE

Gewinnerin Las Vegas 2005



Auf dem Deutschen Kongress von Nobel Biocare in München Ende Januar 2004 führte das Unternehmen eine Umfrage zur Veranstaltung durch, bei der eine Reise zur Nobel Biocare World Conference in Las Vegas im Juni 2005 gewonnen werden konnte. Als Gewinnerin wurde die Zahntechnikerin Gabriele Eichler aus der Gemein-

schaftspraxis Dres. Lehmann in Berlin ermittelt. Dr. Ralf Rauch, Leiter Marketing & Activities, und André Grohmann, Distriktleiter Berlin, überbrachten die frohe Botschaft persönlich. Der Umfrage zufolge waren über 90 Prozent der Teilnehmer mit den Referenten, Vorträgen und Workshops zufrieden und hielten das Thema „Ästhetik und Funktion für Ihre Patienten“ für aktuell.

NOBEL BIOCARE DEUTSCHLAND GmbH
Stolberger Straße 200
50933 Köln
Tel.: 02 21 / 500 85 - 0
Fax: 02 21 / 500 85 - 333
<http://www.nobelbiocare.com>
E-Mail: info@nobelbiocare.de

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

Ivoclar Vivadent

Neues Stumpfaufbau-Composite



MultiCore ist ein selbsthärtendes Stumpfaufbau-Composite mit optionaler Lichthärtung von Ivoclar Vivadent. Es macht die Composite-Technologie von Tetric Ceram auch für Stumpfaufbauten verfügbar. Zwei Konsistenzen und drei Farben machen das neue Composite besonders variabel. MultiCore Flow im Automix-System lässt sich schnell und zielgenau applizieren; es ist fließfähig und wird für die Matrixtechnik verwendet. MultiCore HB ist als stopfbare Vari-

ante klebfrei und daher gut modellierbar. Die Aushärtung kann bei beiden Varianten durch Lichtpolymerisation beschleunigt werden und ermöglicht die Anwendung in nur einer Materialschicht. Das hoch gefüllte, röntgenopake MultiCore sorgt für eine hohe mechanische Festigkeit der Aufbauten.

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

Wieland

Neue Speed-Einbettmasse



Mit der Speed-Einbettmasse Wilavest universal hat Wieland Dental + Technik seine Produktlinie erweitert. Durch die Möglichkeit des Schnellaufheiz-Verfahrens bringt sie eine Zeiterparnis von etwa zwei Stunden bis zum Guss. Der Einsatz ist universal: Mit nur einem Pulver und

einer Anmischflüssigkeit lässt sich das breite Spektrum aller Edelmetall- und Nichtedelmetall-Legierungen bei einer von 0,2 bis 3,3 Prozent steuerbaren Gesamtexpansion abdecken. Weitere Pluspunkte sind die hohe Zeichnungsgenauigkeit, die gute Fließfähigkeit und leichte Ausbettbarkeit.

Wieland Dental + Technik GmbH & Co. KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 08 00 / 943 52 63
Fax: 08 00 / 37 05 - 0 00
<http://www.wieland-dental.de>
E-Mail: info@wieland-dental.de

VITA

Infoveranstaltung für rheinische Zahnärzte

Fünf Labore des Arbeitskreises der Vita In-Ceram Professionals in Kerpen haben Anfang Juni zu einer Informationsveranstaltung für Zahnärzte nach Meerbusch-Büderich eingeladen. Das Thema hieß „Vollkeramik – Transparenz und Faszination“. Rund 100 interessierte Zahnärzte und die ausrichtenden Labore, die sich

besonders engagiert für die Verarbeitung von Vollkeramik bei Zahnrestorationen einsetzen, begrüßten mit Dr. Andreas Kurbad, Viersen, und Dr. Wolfgang Riedling, Mönchengladbach, zwei bekannte Referenten. Zur Sprache kamen klinische Aspekte vollkeramischer Restaurationen, Materialkunde und Besonderheiten in der Abrechnung.

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

Pfizer

Listerine Prophylaxe Summer School

Zahnarztpraxis-Personal kann sich auch in diesem Sommer mit der Listerine Prophylaxe Summer School von Pfizer Consumer Healthcare kostenlos fortbilden. Die dreiteilige Schulungsreihe liefert einen Querschnitt durch das Angebot prophylaktischer Maßnahmen und Beratungsdienstleistungen. Die Prophylaxe Summer School skizziert dabei typische Behandlungsfälle aus unterschiedlichen Altersgruppen, die durch Abrechnungsbeispiele ergänzt werden. Zu jedem Fortbildungsteil erhalten die Teilnehmerinnen einen Test, in dem wichtige Inhalte vertieft werden.

Die Fragebögen werden anschließend von Pfizer Consumer Healthcare ausgewertet, und am Ende gibt es ein Zertifikat für die erfolgte Teilnahme. Das Anmeldeformular zur Prophylaxe Summer School 2004 steht unter www.listerine.de im Bereich „medizinische Fachkreise“ zum Download bereit.

Pfizer Consumer Healthcare GmbH
Pfizerstraße 1
76139 Karlsruhe
Tel.: 07 21 / 61 01 - 90 86
<http://www.listerine.de>



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 27. 8. 2004 schicken oder faxen an:

zm

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

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen

zu folgenden Produkten:

- BEYCODENT – Reines Orangenöl löst Schmutz (S. 88)
- BUSCH – Präparationssatz für Kronen und Brücken (S. 88)
- Coltène/Whaledent – Drucksensitives Artikulationspapier (S. 88)
- DeguDent – Tagung der Technischen Berater (S. 90)
- DentalSchool – Begeisterte Teilnehmer in Hamburg (S. 89)
- DENTSPLY DeTrey – Optimierter Verarbeitungskomfort (S. 88)
- Dr. Wulf Wagener – Hygienischer Halter für Zahnbürsten (S. 89)
- Dürr Dental – Scharfe Bilder, praxisfreundliche Technik (S. 90)
- GEBR. BRASSELER – In zwei Schritten zur perfekten Füllung (S. 91)
- Girrbach Dental – Neu im Programm: Girobond CB (S. 90)
- Hager & Werken – Chirurgische Absaugkanüle (S. 91)
- Ivoclar Vivadent – Neues Stumpfaufbau-Composite (S. 92)
- KaVo – Danaher übernimmt KaVo (S. 90)
- Mahr – Messen mit Lichtgeschwindigkeit (S. 92)
- NOBEL BIOCARE – Gewinnerin Las Vegas 2005 (S. 92)
- Pfizer – Listerine Prophylaxe Summer School (S. 93)
- VITA – Infoveranstaltung für rheinische Zahnärzte (S. 93)
- Wieland – Neue Speed-Einbettmasse (S. 92)

Identifizierungen

Kreispolizeibehörde Wesel

Wasserleiche bei Wesel-Flüren (NRW)

Am 03. 06. 2004 wurde bei Stromkilometer 816 eine bäuchlings im Rhein schwimmende männliche Leiche gesichtet, welche in Wesel-Flüren (Nordrhein-Westfalen), Stromkilometer 820,7 km, geborgen wurde.

Personenbeschreibung:

– ca. 45-55 Jahre (evt. auch älter)

– 176 cm groß, normale Figur, dunkles Haar

– Tätowierung auf dem linken Unterarm: ein Buchstabe „M“

Bekleidung

– linker Schuh, schwarz, knöchelhoch, Größe 42, Marke: Country/Ralph Harrison, Schnürsenkel bestehen aus einem Gummizugband

– olivgrünes Oberhemd mit kurzen Ärmeln, Marke H&M L.O.G.G., Größe M
– dunkelblaue Hose mit beige Innentaschen, Marke DOCKERS KHAKIS, Größe 34/30

– ein schwarzer Socken mit beige Rautenmuster

– ein Slip, schwarz, Marke: Underware OVIESSE, Größe 7/54

Zahnärztlicher

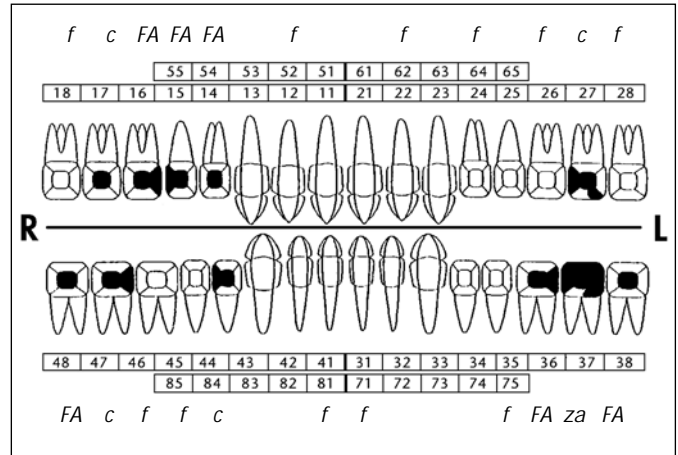
Befund:

– Ausgeprägte Parodontalerkrankungen mit horizontalem Knochenabbau und vertikalen Knochen-taschen.

– Auffällig ist das Fehlen u.a. der Zähne 12, 22, 31 und 41.

– Ante-mortale Verluste der Füllungen der Zähne 17, 27, 44 und 47.

– Vollständiger Lückenschluss in Region 035.



f = fehlender Zahn; c = Karies; FA = Amalgamfüllung; za = trepanierter und nicht verschlossener Zahn

– Elongation der antagonistischen Zähne 38 u. 48.

– Trepanation des Zahnes 37 wegen eines apikalen Entzündungsprozesses.

Bei der durchgeführten Obduktion der Leiche konnte eine gewaltsame Todesursache ausgeschlossen werden. Der Leichnam war fortgeschritten verwest. Die Liegezeit im Wasser wurde von den Obduzenten auf

mindestens eine Woche geschätzt. Es bestand der Zustand nach Operationen in beiden Leistenbereichen und nach Entfernung des Blinddarms.

Hinweise werden erbeten an: Kreispolizeibehörde Wesel, ZKB/KK 11, z. Hd. Herrn KHK Neumann, Herzogenring 36, 46483 Wesel, Tel.: 0281/107-47 41, Fax: 0281/107-47 60.

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen



Zahnarzt Christopher Gau, Siebeth-Attenu-Straße 12, 26427 Esens, geb. am 09. 05. 1974 in Berlin, Ausweis-Nr. 4249, ausgestellt am 20. 12. 2001

Wolfram Zenker, Marktstraße 46, 31249 Hohenhameln, geb. am 26. 05. 1948 in Bad Gandersheim, Ausweis-Nr. 3757, ausgestellt am 30. 05. 2000

Zahnärztin Dr. Tatjana Dreher, Voss-Straße 64, 31157 Sarstedt, geb. am 07. 08. 1969 in Bernkastel-Kues, Ausweis-Nr. 3325, ausgestellt am 02. 01. 1995

Dr. András Csögör,
Porschestraße 74,
38440 Wolfsburg,
geb. am 16. 03. 1967
in Neumarkt/Rumänien,
Ausweis ausgestellt am
11. 12. 1998

Zahnarzt Dr. Matthias Wittich,
Bremer Straße 10,
27299 Langwedel,
geb. am 11. 06. 1965
in Rotenburg/Fulda,
Ausweis ausgestellt am
17. 12. 1998

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

BZK Freiburg



Hedwig Zanger,
geb. am 06. 02. 1926
in Friesenheim,
Ausweis-Nr. 01587,
ausgestellt am 10. 08. 1966

Dr. Ulrich Fierz,
geb. am 19. 10. 1944
in Geesthacht,
Ausweis-Nr. 00311,
ausgestellt am 29. 01. 1979

Dr. Anita Früh,
geb. am 20. 01. 1952
in Zell/Bayern,
Ausweis-Nr. 73310,
ausgestellt am 20. 01. 1952

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

BZK Stuttgart

Dr./Med. Univ. Budapest
Chris Bohler, Zahnarzt,
König-Karl-Str. 37,
70372 Stuttgart,
geb. M 27. 01. 1965,
Ausweis ausgestellt am
11. 05. 1993

Dr. Horst Richter, Zahnarzt,
Hohewartstr. 105,
70469 Stuttgart,
geb. am 26. 02. 1928,
Ausweis ausgestellt am
20. 02. 1979

BZK Stuttgart,
Albstadtweg 9,
70567 Stuttgart,
Tel.: 0711/78 77-0,
Fax: 0711/78 77-238

Schmidt und Engelen-Kefer

GKV soll Sätze senken statt tilgen

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und die DGB-Vize Ursula Engelen-Kefer haben die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, ihre Mehreinnahmen zur Senkung der Beitragsätze zu nutzen. Nur zu einem Viertel sollten die Mehreinnahmen für die Schuldentilgung benutzt werden, sagte Schmidt bei einer Gesundheitstagung der Gewerkschaften in Berlin. Die Gesamtschulden der Kassen bezifferte Schmidt auf sechs Milliarden Euro. Darin enthalten seien 3,5 Milliarden Euro Defizit aus dem Jahr 2003. Mit der Gesundheitsreform war den Kassen aufgegeben worden, die Schulden in vier Jahren auszugleichen. Engelen-Kefer betonte, die Kassen hätten im ersten Quartal 2004 dank der Reform eine Milliarde Euro Überschuss erzielt. Dies zeige, dass Versicherte und

Patienten ihren Preis gezahlt hätten. „Jetzt ist es an der Zeit, die Mehreinnahmen zur Senkung der Beitragsätze zu nutzen und die Entlastung an die Versicherten weiter zu geben.“

ck/dpa

70 Millionen Euro Gewinn

APO-Bank stellt Bilanz 2003 vor

Die APO-Bank hat das Geschäftsjahr 2003 mit einem Betriebsergebnis von 145,4 Millionen Euro abgeschlossen. Das sind 37,4 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Die Zahlen gab Vorstandssprecher Werner Wimmer (Foto r.) auf der Vertreterversammlung am 18. Juni in Neuss bekannt.

Nach Abzug der Steuern verbleibt ein Bilanzgewinn von 71,3 Millionen Euro. Entsprechend den Beschlüssen der Vertreterversammlung soll diese Summe dazu verwendet werden, das Eigenkapital zu stärken und eine

Dividende von sechs Prozent auszuschütten. Die Bilanzsumme erhöhte sich um knapp zwölf Prozent auf 25,6 Milliarden Euro.

Wimmer bewertete die Bilanz als einen „mehr als zufrieden stellenden Jahresabschluss“ und betonte, diese Ergebnissteigerung sei nicht zu Lasten von Kunden oder Konditionen erfolgt, sondern auf Grund eines kräftigen Kundenzuwachses bei begrenzt steigenden Kosten möglich geworden.

ck/pm



Foto: Apobank

Festpreise

Regierung kommt Pharma entgegen

Die Bundesregierung will der Pharmaindustrie bei der geplanten Preisregulierung für patentgeschützte Arzneimittel entgegenkommen. Dennoch soll an dem zur Entlastung der Krankenkassen ins Auge gefassten Einsparziel von einer Milliarde Euro unverändert festgehalten werden.

Dies ist nach dpa-Informationen das Ergebnis eines Treffens von Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) mit den Vorstandschefs großer deutscher Pharmafirmen. Ausschlaggebend für das Entgegenkommen war dem Vernehmen nach der Wunsch auch der Bundesregierung, den Pharmastandort Deutschland zu stärken. Die Details des Kompromisses müssen noch festgelegt werden.

pr/dpa

Absender (in Druckbuchstaben):



zm Leserservice Nr. 14
2004

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln

- M. Lips: Bleaching (S. 32) Produkt-Tabelle
- M. Hannig: Kariesprophylaxe (S. 40) Literaturliste
- W. Harzer: DGZMK zu Lückenhaltern (S. 44) Literaturliste
- T. Reichert: Amelanotisches Melanom (S. 50) Literaturliste
- J. Kriens: Corporate Identity (S. 74) Checkliste

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

Heilmittel**Richtlinien treten ab Juli in Kraft**

Am 1. Juli ist die Neufassung der Heilmittel-Richtlinien in Kraft getreten. Damit wurde der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. März 2004 umgesetzt.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: „Mit den ab 1. Juli geltenden Heilmittel-Richtlinien gibt es klare Vorgaben für eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln.“ Der Begriff der längerfristigen Verordnung sei ausdrücklich in die Richtlinien aufgenommen worden. Wenn eine solche erforderlich ist, könne der Arzt die Verordnungsmenge pro

Rezept selbst bestimmen – er sei dabei aber an die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gebunden. Kinder mit schweren spastischen Lähmungen, Schlaganfall-Patienten und ähnliche Fälle erhielten somit die notwendige Behandlung ohne Unterbrechung und ohne weiteren bürokratischen Aufwand. Um sicherzustellen, dass durch das Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse keine Behandlungsunterbrechungen entstehen, sei die Krankenkasse „so lange zur Zahlung verpflichtet bis über die Kostenübernahme entschieden ist“. ck/ptm

Herz-Kreislauf-Erkrankungen**Kosten schlagen zu Buche**

Jeder sechste Euro im Gesundheitswesen wird für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgegeben. Wie aus der ersten Krankheitskosten-Er-

sichung auf das Jahr 2002, als 224 Milliarden Euro für Krankheit ausgegeben wurden. Herz-Kreislauf-Erkrankungen schlugen mit 35,4 Milliarden Euro oder rund

einem Sechstel aller Krankheitskosten zu Buche. Diese Erkrankungen stehen bei 65-Jährigen und Älteren an erster Stelle. Bei unter 15-Jährigen spielen dagegen Krankheiten des Atmungssystems sowie psychische und Verhaltensstörungen die größte Rolle. Auf Kinder und Jugendliche entfielen durchschnittlich 1 000 Euro. Bei den Hochbetagten ab 85 Jahren kletterte die durchschnittliche Aufwendung auf 12 430 Euro. pr/dpa



Foto: EyeWire

hebung des Statistischen Bundesamtes außerdem hervorhebt, liegen die Krankheitskosten von Frauen um 41 Prozent höher als die der Männer. Die von Amtspräsident Johann Hahlen vorgestellte Statistik stützt

Sparziel bereits im Mai erreicht**Deutsche nehmen weniger Arzneien**

Rund 1,4 Milliarden Euro hat die Gesetzliche Krankenversicherung in den ersten fünf Monaten dieses Jahres bei Arzneimitteln eingespart – soviel, wie von den Kassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das ganze Jahr geplant war.

Daran waren die Patienten mit Zuzahlungen von 385 Millionen Euro beteiligt. Die weitere Milliarde ergibt sich durch die Maßnahmen der Gesundheitsreform auf der Hersteller-, Großhandels- und Apothekenstufe, teilte die Bundesvereinigung Deutscher



Foto: IS

Apothekerverbände (ABDA) mit. Laut ABDA lagen die Ausgaben im Mai rund 16 Prozent unter den Ausgaben von Mai 2003.

„Wir bleiben bei unserer Prognose von Einsparungen in Höhe von etwa 15 Prozent für das Gesamtjahr 2004“, betonte Prof. Rainer Braun, Geschäftsführer der ABDA. ck/pte

BDI-Präsident**Lob für Förderung**

Lobende Worte fand der BDI-Chef Michael Rogowski zur Forschungsförderung der Bundesregierung. „Wir sind bei der Forschung ein Stück weiter gekommen.“

Dennoch müssten die Anstrengungen zur Erreichung der selbstgesteckten Ziele in etwa verdoppelt werden. Forschungsministerin Edelgard Bulmahn (SPD) kündigte an, sie wolle sich für eine Mittelaufstockung in den nächsten Jahren um jeweils drei Prozent einsetzen – nach plus 3,6 Prozent im Jahr 2005.

Nach Ansicht Rogowskis reicht Geld aber allein nicht aus, auch die politischen Rahmenbedingungen müssten stimmen, da sieht er gerade bei der Gentechnik ein Manko. Das deutsche Gentechnik-Gesetz sei eine „Fehlleistung“. pit/dpa

Fortbildung bei freien Anbietern**Punkteregelung genau beachten**

Um Missverständnisse bei dem Erwerb von Fortbildungspunkten zu vermeiden, erinnert die Bundeszahnärztekammer daran, dass Punkte nach BZÄK/DGZMK nur vergeben werden können, wenn der Veranstalter sowohl in der Ankündigung der Veranstaltung als auch in der Teilnahmebescheinigung darauf hinweist, dass die Leitsätze der BZÄK zur zahnärztlichen Fortbildung anerkannt werden und die Punktebewertung nach BZÄK/DGZMK erfolgt. Viele Veranstalter weisen derzeit Fortbildungspunkte aus ohne Hinweis darauf, worauf sie sich dabei beziehen. Die Leitsätze der BZÄK zur zahnärztlichen Fortbildung und die Punktebewertung nach BZÄK/DGZMK sind im Internet abrufbar unter http://www.bzaek.de/Zahnärzte/Beirat_Fortbildung. BZÄK

„Zugangssperre“ durch Reform

Hoppe warnt vor Profitdenken

Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, hat eindringlich davor gewarnt, das Gesundheitssystem vorrangig an kaufmännischen Kriterien auszurichten. Wenn nicht mehr der Patient, sondern der Profit im Vordergrund stehe, könne die Chancengleichheit beim Zugang zum Gesundheitswesen zerstört werden, sagte er der „Kölnischen/Bonner Rundschau“.

Bereits die aktuelle Gesundheitsreform habe dazu geführt, dass immer mehr wohnungslose So-

zialhilfeempfänger wegen der Belastung durch die Praxisgebühr und Zuzahlungen aus der medizinischen Versorgung fielen: „Die ärztlichen Projekte zur Versorgung Wohnungsloser melden einen Rückgang der Patientenzahlen um teilweise mehr als 60 Prozent.“ Praxisgebühr, Chronikerregelung und Zuzahlungen bei Arznei- und Hilfsmitteln kämen für die einkommensschwächsten Patientinnen und Patienten einer „Zugangssperre zum Gesundheitswesen“ gleich. ck/dpa

Ärztemangel

Marburger Bund startet Pilotprojekt

Der Krankenhausärzterverband Marburger Bund (MB) startet eine Initiative gegen den zunehmenden Ärztemangel in Sach-

gegen, dass dem ostdeutschen Gesundheitswesen die Ärzte ausgehen“, erklärte Andrea Huth, Geschäftsführerin des Marburger Bund Landesverbandes Sachsen-Anhalt, diese Aktion.

Nach Informationen des MB, der die Interessen der angestellten und beamteten Ärzte vertritt, können in Sachsen-Anhalt rund 350 Arztstellen nicht besetzt werden. Huth macht dafür die Arbeitsbedingungen mit überlangen Arbeitszeiten und schlechten Verdienstmöglichkeiten verantwortlich. Immer mehr Klinikärzte würden in den Westen der Republik oder gar ins Ausland auswandern. Klinikarbeitsgeber, die attraktive Arbeitsbedingungen vorhalten, sollen dem MB deshalb offene Stellen melden.

Die Stellenpool-Aktion des Marburger Bundes richtet sich an alle Mediziner im gesamten Bundesgebiet. pr/pm



Foto: JFI

sen-Anhalts Krankenhäusern. Ab sofort können Kliniken in einem Pilotprojekt offene Arztstellen dem Marburger Bund Sachsen-Anhalt melden, der diesen Stellenpool dann anfragenden Mediziner aus dem gesamten Bundesgebiet zur Verfügung stellt. „Der Marburger Bund tut etwas

Paritätischer Wohlfahrtsverband

Für Abschaffung der Pflegekasse

Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband hat sich für die Abschaffung der Pflegeversicherung ausgesprochen. Die Pflegekosten für sozial Schwache müsste die Gesamtheit der Steuerzahler übernehmen, sagte der Geschäftsführer des Verbandes, Werner Hesse, der „Sächsischen Zeitung“. „Auf diese Weise

wären alle Bürger an der Finanzierung beteiligt und nicht nur Arbeitnehmer und Arbeitgeber.“ Das Defizit der Pflegeversicherung liegt nach Angaben der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ bei knapp einer Milliarde Euro. Die Bundesregierung hatte das Minus auf rund 750 Millionen Euro beziffert. ck/dpa

Rotes Kreuz Kreisverband Borken

Hilfe für polnische Waisenkinder

Seit acht Jahren begleitet Zahnarzt Dr. Peter Reber aus Ahaus einen Rot-Kreuz-Konvoi aus dem DRK-Kreisverband Borken als Team-Zahnarzt und Helfer in die ehemalige Grafschaft Glaz, Polen. Dem Kinderheim Bardo räumen die DRK-Helfer einen besonderen Stellenwert ein. „Betreut von 15 Nonnen haben hier mehr als 100 Kinder von Klein bis Groß ein neues Zuhause gefunden. Die meisten sind Vollwaisen oder sind aufgrund zerrütteter Familien hier“, berichtet Reber. Das Kinderheim ist von privaten Spenden abhängig, die Armut ist sehr groß. Reber: „Die zur Verfügung gestellten Spenden werden von uns direkt an Schwester Dorota Frenenberg übergeben, so dass auch für die Spender gewährleistet wird, dass das Gependete tatsächlich ankommt.“ Reber bittet um Unterstützung für diese Aktion durch eine Geldspende. pr/pm

■ **Die Kontoverbindung lautet: Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Borken, Stichwort: Kinderheim Bardo, Sr. Dorot, Kontonummer: 37 38 001, BLZ: 428 613 87, Volksbank Borken**

Deutsche Krebshilfe fordert

Warnfotos auf Schachteln

Abschreckende Fotos auf Zigarettenschachteln sollten nach Meinung der Deutschen Krebshilfe die Warntexte vor Krebs ergänzen. Auf den Bildern könnten Raucherbeine oder die Gebisse von Rauchern zu sehen sein, sagte die Pressesprecherin der Krebshilfe, Eva Kalbheim, in Berlin. Die Fotos könnten die Hinweise wie „Rauchen kann tödlich sein“ untermauern. In Kanada etwa funktioniert diese Maßnahme zur Abschreckung sehr gut.

Außerdem fordert die Krebshilfe ein umfassendes Tabakwerbeverbot und die Abschaffung der Zigarettensautomaten. Jährlich sterben in Deutschland den Angaben zufolge 140 000 Menschen an den Folgen von Tabakkonsum. ck/dpa



Foto: PhotoDisc

Fliegenmaden in der Mundhöhle

Ein gelähmter und von seiner Familie vernachlässigter Mann in Taiwan hatte drei jeweils drei Zentimeter lange Maden im Mund. Ärzte entfernten nach taiwanesischen Medienberichten die Maden aus dem Mund des 73-Jährigen und rügten die Familie, weil sie dem seit Jahren bettlägerigen Mann offensichtlich nie die Zähne geputzt hatte. Familienmitglieder hatten den Gelähmten ins Krankenhaus gebracht, nachdem ihnen „weiße Würmer“ aufgefallen waren, die sich im Mund des Mannes schlängelten. Nach Aussage der Ärzte hatten offenbar Fliegen ihre Eier im stets geöffneten Mund des Mannes gelegt, aus denen sich dann die Larven entwickeln konnten. zm/pm

Ein Schlüpfert pro Woche

Nicht einmal zwei Drittel der Männer in Deutschland wechseln laut einer Studie täglich ihre Unterwäsche. Gerade 62 Prozent der Männer greifen jeden Morgen zur frischen Hose, das fand das Offenbacher Marplan-Institut in einer repräsentativen Umfrage heraus. Bei den Frauen sind es immerhin knapp 80 Prozent. Dabei nimmt das Hygienebewusstsein mit dem Alter ab: Bei den 14- bis 54-jährigen Männern holen etwa 67 Prozent täglich einen sauberen Schlüpfert aus dem Schrank, bei den Älteren nur



Fotos: Adidas/Archiv



© Götz Wiedenroth 2004 • www.wiedenroth-karikatur.de

Sommerpause

Elender Murks

Der Juni hat ein Ende. Endlich. Nicht nur, dass das die Temperaturen kaum höher lagen als auf der Zugspitze, nein, die letzten Wochen wären selbst mit Bikini-Wetter unerträglich gewesen. Das Grauen (und da sind wir Frauen uns ausnahmsweise einig) hatte genau zwei Buchstaben: E-M. Wie Ewiges Malheur, Einziges Massaker oder Elen-der Murks.

Kein Abend ohne Gerhard Delling und Günther Netzer. Nicht zu vergessen: Die Herren Hobbykicker, die sich mit meinem Gatten pünktlich um 20 Uhr 40 gepflegt auf unserer Couch herumlümmelten. Und sich inklusive Vor- und Nachberichterstattung, Spiel, Verlängerung, Elfmeterschießen etc. pp. in unserem Wohnzimmer quasi wie zu Hause fühlten.

Romantische Schmachtfetzen à la Rosamunde Pilcher? Keine Schnitte! Selbst ein zweiter Fernseher brachte nicht das gewünschte Ergebnis: Erstens saß man bei ARD wie ZDF in Sachen Fußball immer in der ersten Reihe, zweitens gab es genau deshalb eine „Parallelschaltung“ in unserem Schlafzimmer.

Zum Glück sind diese Zeiten nun vorbei. Heute ist bei uns Weiber-treff. Ich besorge gleich noch sämtliche Folgen von Sex and the City – dann ist der Abend perfekt.

Mein Mann will sich ins Schlafzimmer verziehen.

Es laufen bereits Wetten, wie lange er dort ausharrt. Denn eines hat der Gute bislang nicht gecheckt: Dort läuft als Alternativprogramm nämlich nicht der „EM-Rückblick 2004“, sondern – Rache ist süß – die erste Staffel von Ally Mc Beal.



noch jeder Zweite. 4,5 Prozent aller Männer und 2,1 Prozent der Frauen begnügen sich gar mit einem wöchentlichen Wechsel. Für die Untersuchung hat Marplan mehr als 2 500 Bundesbürger befragt. zm/dpa

Die Saugglocke macht's möglich

Ein Lippenstift, der die Lippen nicht nur optisch voller erscheinen lässt, ist der heiße Kosmetik-Tipp in den USA: „Lip Venom“ lässt die Lippen anschwellen. Es tut zwar ein bisschen weh, sieht aber aus, als hätte man sich Kollagen einspritzen lassen. Die Bestandteile sollen laut Herstellerfirma in Los Angeles harmlos sein, ihre Kombination bringt das Blut an die Oberfläche der Lippen und lässt sie leicht anschwellen. Der Lippenstift hat den Spitznamen „Saugglocke“ und kostet 15 Dollar (12,30 Euro). zm/dpa

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

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel, Chefredakteur, mn; Gabriele Prchala, M. A. (Politik, Zahnärzte, Leserservice), Chefin vom Dienst, pr; Assessorin d. L. Susanne Priehn-Küpper (Wissenschaft, Dentalmarkt) sp; 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 ISSN: (0221) 4069 386

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

Verlag, Anzeigendisposition

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

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

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

Geschäftsführung

der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:

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

Verantwortlich für den

Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf
Pinsdorf@aerzteverlag.de

Vertrieb:

Nicole Schiebahn
Schiebahn@aerzteverlag.de

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungszugeld ist damit abgegolten.

Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 166,80 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 6,95 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Verlagsrepräsentanten:

Nord/Ost: Götz Kneiseler, 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 Schlangenbad, Tel.: 0 61 29/14 14, Fax: 0 61 29/17 75, E-Mail: d.tenter@t-online.de
Süd: Ratko Gavran, Raentaler 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-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer 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

Inserenten dieser zm-Ausgabe

BAI Edelmetall GmbH
Seite 95

bpi biologisch physikalische Implantate
Seite 89

Brasseler GmbH & Co. KG
2. Umschlagseite

Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG
Seiten 5, 9, 55, 65

Datext GmbH
Seite 79

Dental Magazin
Seite 83

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Seiten 77, 87, 95

DGI Dt. Ges.f. Implant. im Zahn- Mund- und Kieferbereich e.V.
Seite 15

DGOI Dt. Ges. für orale Implantologie
S. 81

Gaba GmbH
Seiten 25, 27

GC Germany GmbH
Seite 47

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Seite 39

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Seite 17

Kettenbach GmbH & Co. KG
Seite 11

Kreussler GmbH & Co.
Seite 13

MEDI-O Betreibergesellschaft mbH
Seite 51

mymed GmbH
Seite 13

Nobel Biocare Deutschland GmbH
3. Umschlagseite

Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Seite 43

Schütz Dental Group
Seite 45

SDI Limited
Seite 71

Sirona GmbH & Co. KG
4. Umschlagseite

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

W&H Deutschland GmbH & Co. KG
Seiten 67, 69, 91

White Smile
Seite 49

Wieland Dental + Technik
Seite 7

Zapro Dentalhygieneartikel GmbH
Seite 91

zm-Jahresband
Seite 85

Bellagen

Vollbellage
Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG

demedis dental depot GmbH

KZBV Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Quintessenz Verlags GmbH

Teilbellage Postleitzone 7

XO - Care A/S