

Mit dem Zahnmobil durch Berlin

Schlimmer als Zahnschmerz

LA-Dent 2004

Neue Konzepte
für das Team

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

es sind wohl nur noch die Momentaufnahmen, nicht mehr konsequent verfolgte – und damit auch nachvollziehbare – sozialpolitische Konzepte der Parteien, gegen die Deutschlands Bürger in ihrem wachsenden Polit-Frust aufbegehren. Die Bevölkerung wendet sich mehr und mehr ab von der Planlosigkeit der Parlamentarier, von spontanen Sprücheklopfen ebenso wie vom überdeutlichen Trend der Politik zum „Vonder-Hand-in-den-Mund-Leben“.

In der Politik liegen indes die Nerven blank. Fruchtlöse Diskussionen, zum Beispiel die um die „Mitnahmeeffekte“, mit denen die Bürger dem Sozialstaat maßgeblich schaden, enden – schneller als man darüber schreiben kann – im allgemeinen Lärm parteipolitischer „Prügeleien“. Cui bono?

Die Deutschen ohne Idee für einen Ausweg? Wohl nicht. Denn Schuld sind keineswegs immer die hinter den politischen Ergüssen steckenden Programme. Nur ist die Halbwertszeit der Denkmodelle bis zum parlamentarischen Zerfall inzwischen so extrem niedrig, dass das Interesse der Bevölkerung an Programmatischem weitestgehend erlahmt ist.

Die so anfallenden Lücken füllen Aufführungen von Politik als öffentlichem Spektakel, gestützt durch medial eingeforderte Kürze, drastische Simplifizierung politischer Anliegen, willkürlich interpretierbare populistische Parolen. Mangelnde Orientierung und immer mehr offene Fragen erzeugen nichts anderes als Missverstehen, Angst und Protest. Auch der neue Bundespräsident, der angesichts überall in der Republik augenfäl-



Foto: dpa

■ Wahlen als Absage an die großen Volksparteien? Mit Polit-Frust reagieren die Bürger auf die Orientierungslosigkeit ihrer Volksvertreter.

liger „Unterschiede in den Lebensverhältnissen“ mehr Blick für die Realität einfordert, pragmatische Ansätze wie den Abbau von Subventionen oder mehr persönlichen Einsatz jedes Einzelnen für wichtig hält, findet nur wenige nachdenkliche Zuhörer. Lieber droht das Volk der Demokratie mit Wahlboykott oder mit dem Wechsel zu radikalen Trittbrettfahrern.

Das Resultat ist chaotisch. Noch dazu ein Chaos, das letztlich keiner – weder Wähler noch das Gros der Gewählten – je wirklich gewollt hat.

Aber das ist nur ein Teil der Wirklichkeit. Der Alltag ist anders: Wer sich umschauf, sieht nach wie vor aufrechte Initiative zivilcouragierter Mitmenschen, Gruppen mit klaren Vorstellungen und fester Orientierung, die – abseits vom politischen Theater – das Leben am Laufen halten, die mit ihrer unbedingten Bereitschaft zum Handeln zu verhindern suchen, dass jenseits parlamentarischer Paralyse tatsächlich Menschen auf der Strecke bleiben.

In der Bundeshauptstadt, die sich nicht nur mit politischem, sondern tagtäglich auch ganz konkretem sozialen Elend konfrontiert sieht, nehmen verantwortungsbewusste Bürger lieber das Heft selbst in die Hand und leben Beispielhaftes.

Ist der zahnärztliche Berufstand dabei involviert, berichten die zm. Zum Beispiel über die zahnmedizinische Betreuung von Berliner Drogenabhängigen. Behandelt wird in einer mobilen Praxis. Die Arbeit des Teams

aus Zahnärztin, Sozialarbeitern und Praktikanten ist praktizierte Nächstenliebe für Hilfsbedürftige. Für Menschen, denen das Für und Wider von „Mitnahmeeffekten“ längst egal ist.

Diese Art von Beistand, bei der es letztlich um Menschenleben geht, braucht materielle und finanzielle Unterstützung. Und sie fordert Nachahmer in anderen Lebensbereichen, in anderen Städten, in anderem Umfeld. Gründe genug für eine Reportage als zm-Titelthema. Denn auch dieses Beispiel aus Berlin ist ein Beitrag von Ärzten und Zahnärzten für das Sozialwesen unserer Republik. Die dahinter liegende Botschaft: Handeln hilft. Und: Gute Vorsätze warten meist nicht auf Vater Staat.

Und wer noch liest und zuhört, weiß, dass auch der Bundespräsident genau das als Herausforderung sieht: „Jeder in Ost wie West muss wissen, dass er selber gefordert ist. Jeder einzelne Arbeitnehmer, jeder einzelne Unternehmer.“

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

zm

In diesem Heft

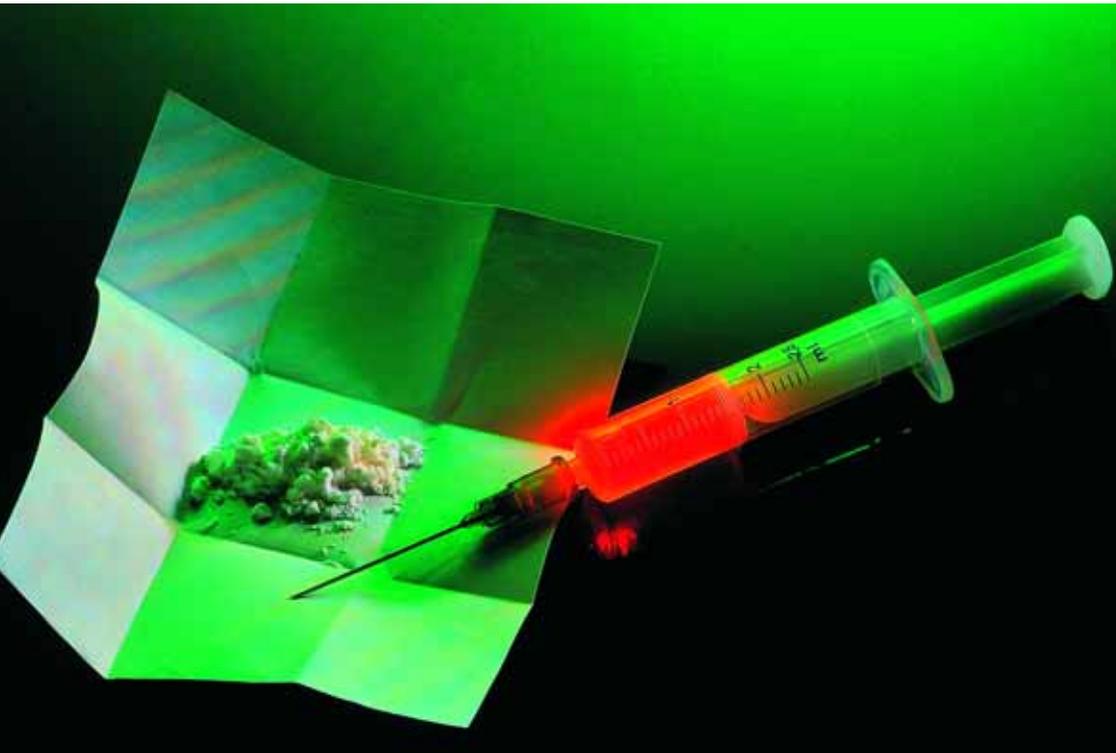
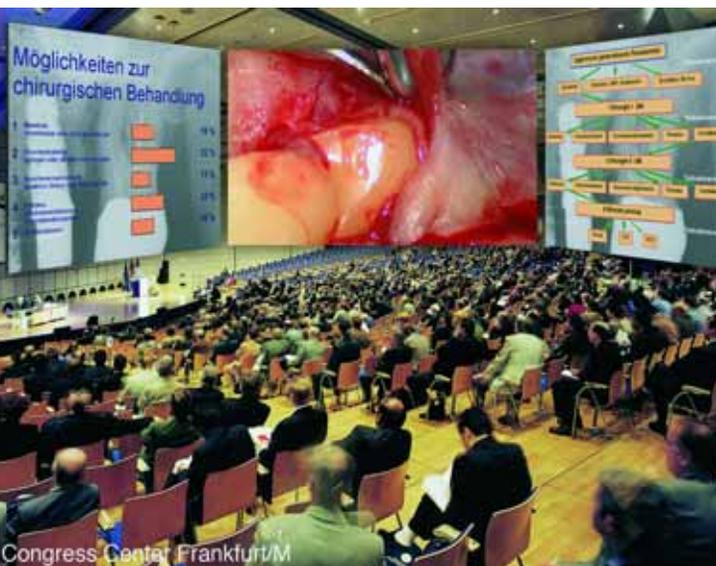


Foto: MEV/Titlefoto: goodshoot

Zum Titel

Wenn der Patient an der Nadel hängt, spielt die Mundgesundheit für ihn keine Rolle mehr. Für solche Fälle setzt sich eine Berliner Zahnärztin ein. Die zm waren live mit dabei.

Seite 30



Congress Dental Frankfurt/M

Fotos: zm/DAV

Fortbildung kann sehr spannend sein – der ZMK-Kongress im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages bietet eine neue Form des Dialogs.

Seite 18 und 78



Was halten Zahnärzte von den Dentalzeitschriften? Die Leseranalyse LA-DENT 2004 gibt Antwort.

Seite 16



Foto: bpk

Alternative Zahnmedizin im Nationalsozialismus: Ihre Verfechter distanzieren sich nie von dem Gedankengut, noch verbüßten sie eine Strafe. Im Gegenteil: Die meisten setzten ihre Karriere in der Bundesrepublik fort.

Seite 116



Foto: Hilgers

Identifizierungen – nicht unbedingt leicht gemacht. Ein fiktives Szenarium schult Zahnärzte für ihre Detektivarbeit.

Seite 40

Editorial	1	Fachforum	
Leitartikel		Neues aus der Welt der „Kons“	64
Dr. Dietmar Oesterreich, BZÄK-Vizepräsident, zum Umgang mit Risikogruppen	4	Rezensionen	68
Nachrichten	6, 12	Nebenwirkungsformulare	72, 102
Gastkommentar		Tagungen	
Walter Kannengießer, freier Journalist, zum Arzt-Patienten-Verhältnis	10	AG Dentale Technologie: Erschwerte wirtschaftliche Bedingungen	74
Das aktuelle Thema		Deutscher ZÄ-Tag: Anmeldekupon zum ZMK-Kongress	78
LA-DENT: Spitzenwerte für die zm	16	Veranstaltungen	80
Politik und Beruf		Akademisches	
Deutscher Zahnärztag: Fortbildung ist spannend	18	Umfrage zur Fortbildung: Zwang ist überflüssig	103
Forum Freiheit: Die Stunde des Mehrens	22	Praxismanagement	
PKV: Profit durch GKV-Sparkurs	24	Marketing: Das Team für neue Konzepte begeistern	104
Aus den Ländern		Finanzen	
Baden-Württemberg: DH-Jubiläum	26	Kredite und Zinsen: Umsteigen lohnt sich	106
Mecklenburg-Vorpommern: Zahnärztag	28	Prophylaxe	
Titelstory		Monat der Mundgesundheit: Neue Anreize zur IP	110
Berliner Hilfsprojekt: Wenn der Zahn an der Nadel hängt	30	Umfrage: Großes Vertrauen in den Zahnarzt	112
Zahnmedizin		Internationales	
Identifizierungen: Der Zahnarzt als Sherlock Holmes	40	EU und Solvit: Ein Netzwerk hilft weiter	114
DGZMK-Stellungnahme: Menschen mit Behinderungen	44	Historisches	
Kurioses: Zahnersatz auf Implantat	47	NS-Zeit Teil II: Alternative Zahnmedizin	116
Der aktuelle klinische Fall: Knochenzyste	48	Bekanntmachungen	
Bisphosphonate im Kieferbereich: Unerwünschte Wirkungen	50	Identifizierung	126
Medizin		Industrie und Handel	
Repetitorium: Chronische Atemwegserkrankungen	54	Neuheiten	128
Studie: Weißdorn für Herz-Fitness	58	Impressum	135
Essstörungen: Magersucht und Bulimie	60	Letzte Nachrichten	157
		Zu guter Letzt	160



Foto: Duventiaester/teamwork

Vorbildlich und mit Engagement

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

es ist immer wieder Berlin – die Stadt, die die Mehrheit der Bundesbürger 1991 zur neuen Hauptstadt gewählt haben und die auch seit dem 1.1.2000 die neue Heimat der Bundeszahnärztekammer darstellt. Aus dieser Metropole werden oftmals Berichte von Kolleginnen und Kollegen über die Grenzen der Stadt hinaus bekannt, die sich in außerordentlicher Weise für Patienten eingesetzt haben. Denken wir nur an die MUT-Praxis, eine Initiative, ursprünglich von einer Berliner Zahnärztin gegründet, die inzwischen mit der Unterstützung der Berliner Zahnärztekammer und vielen anderen Gemeinnützigen Organisationen und Verbänden eine stete Einrichtung darstellt, damit Obdachlose zahnärztlich versorgt werden (siehe auch zm 21/2001). Auch diesmal ist es eine Berliner Zahnärztin, die zusammen mit einer Drogenberatungsinitiative und finanziellen Mitteln aus diversen spendablen Taschensäckeln bekannt geworden ist. Die Kollegin Marina Bracht hat für ihren Einsatz zusammen mit ihrem

Team den Wrigley-Prophylaxepreis gewonnen, der anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung im Juni diesen Jahres in Wuppertal überreicht wurde. Der Erlös kommt wieder der Initiative zu Gute, die in diesem Heft vorgestellt wird.

Wie eine Umfrage bei allen Länderkammern ergeben hat, werden zwar Drogenabhängige in Zahnarztpraxen oder, sollten größere Eingriffe erforderlich sein, in den Kliniken behandelt. Aber all die Menschen, die auf Grund ihrer Sucht am Rande unserer Gesellschaft stehen, liebe Kolleginnen und Kollegen, kommen erst gar nicht mehr zu Ihnen auf Ihren Behandlungsstuhl. Hier ist es nötig, zumindest in den Brennpunkten unserer Republik, zu ihnen zu gehen und sie dort abzuholen, wo sie leben.

Unsere Berliner Kollegin hat es gewagt, sich zusammen mit Sozialarbeitern und einem kleinen sehr ideell eingestellten Team direkt dorthin zu begeben, wo diese Menschen sich treffen. Eine mutige Aktion für eine

junge Frau, deren Engagement Vorbild sein sollte für manch einen, der seine Praxis in einem ähnlichen Umfeld hat oder einfach nur etwas mehr „tun“ möchte. Sie können – wenn Sie in Ihren Alltag fest eingebunden sind – auch etwas tun, sei es finanziell zu unterstützen, oder mit der einen oder anderen Sachspende der Berliner Initiative unter die „Arme greifen“.

Auch zeigt die Arbeit des „Teams vom Kottbusser Tor“ einmal mehr, dass die Zahnheilkunde gar nicht von der Medizin zu trennen ist. Denn wenn ein derart kranker Mensch behandelt werden soll, zählt nicht nur die Kenntnis um seine Zahnsanierung. Vielmehr sind die medizinische und soziale Kompetenz hier mehr gefordert denn je.

Dies bedeutet für jeden von uns, sein medizinisches Wissen ständig über die Fortbildung zu aktualisieren und zu erweitern. Gleichzeitig ist aber auch der gesamte Berufsstand gefordert, auf Grund sozialmedizinischer Erkenntnisse die Herausforderungen anzunehmen, die sich im Umgang mit Hochrisikogruppen stellen. Wir müssen uns bewusst machen, dass spezielle Konzepte und Zugangswege notwendig sind, um hier gezielt Hilfe zu leisten. Dazu gehört auch der Abbau von Hemmschwellen sowie eine interdisziplinäre Kooperation.

Erforderlich ist ein Engagement nicht nur im Sinne unserer ethischen Verpflichtung. Wir müssen vielmehr nachhaltig unter Beweis stellen, dass sich die Zahnärzteschaft mitten in einer sich ständig wandelnde Gesellschaft platziert.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Dietmar Oesterreich

Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Der Patient und sein Arzt

Reformen sind unabweisbar geworden. Die Diskussionen darüber sollten sich aber nicht nur auf die Finanzen der Kassen und die problembeladenen Modelle der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie beziehen. So kommt ein Thema in der oft ideologisch geprägten Debatte zu kurz: das Verhältnis des Arztes zu seinen Patienten. Für den Erfolg der medizinischen Behandlung der Kranken ist es von großer Bedeutung. Wer die Verantwortung des Arztes für seine Patienten auf Versorgungszentren oder vergleichbare Institutionen oder auf die Kassen verlagert, trägt dazu bei, die ärztliche Betreuung unpersönlicher und damit für die Patienten auch belastender zu gestalten. Wer den Versicherten im Krankheitsfall daran hindert, den jeweils von ihm gewünschten, fachlich geeigneten und auch erreichbaren Arzt zu konsultieren, der schwächt das so wichtige Vertrauen des Patienten zu dem ihn jeweils behandelnden Arzt.

Man kann Reformen schön- oder schlechtreden: Tatsache ist, dass mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) der Trend verstärkt wird, die Entscheidungsfreiheit der Ärzte und die freie Arztwahl der Versicherten einzuschränken. Der „Altmeister“ der Gesundheitssystem-Forschung, Professor Dr. Fritz Beske, sieht sogar die Freiberuflichkeit der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen als beeinträchtigt an. Er sieht sie als unverzichtbar und auch wirtschaftlich der institutionalisierten Medizin als überlegen an.

Richtig ist, dass mit dem GMG mehr gesundheitliche Dienstleistungen in Institutionen zugelassen werden. So können Medizi-

nische Versorgungszentren gegründet werden, die mit Ärzten in abhängiger Stellung arbeiten. Auch diese Ärzte bleiben in jedem Einzelfall für ihr ärztliches Tun verantwortlich. Der angestellte Arzt ist kein schlechterer Arzt, doch er arbeitet oft im Schichtbetrieb, und er ist an die organisatorischen Anweisungen oder andere auch medizinisch relevante Vorgaben der Institution, für die er tätig ist, gebunden. Krankenhäuser werden für die ambulante Behandlung bei bestimmten Indikationen und für hoch spezialisierte Leistungen geöffnet. Das kann sinnvoll sein. Aber auch in diesen Fällen werden Mitarbeiter tätig, die den Status des Angestellten dem des Selbständigen vorziehen.

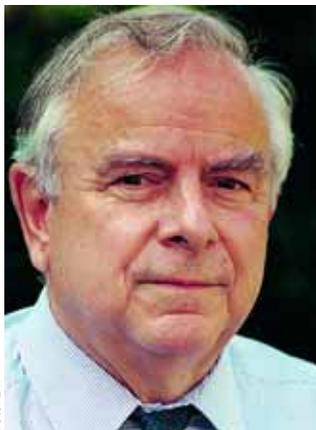


Foto: zsm

Die Politik will die Bindung des Patienten an den Arzt, der als Hausarzt definiert wird, verstärken. Zugleich wird die Institutionalisierung der Medizin forciert. Diese wird damit kaum wirtschaftlicher, aber unpersönlicher.

Walter Kannengießer
Sozialpolitik-Journalist

Mit den Disease-Management-Programmen der Kassen werden die beteiligten Ärzte und Versicherten an die Regeln dieser Systeme gebunden. Das bedeutet eine Einschränkung der ärztlichen Handlungsoptionen und der Wahlfreiheit der Patienten, auch wenn diesen der Beitritt (noch?) frei-

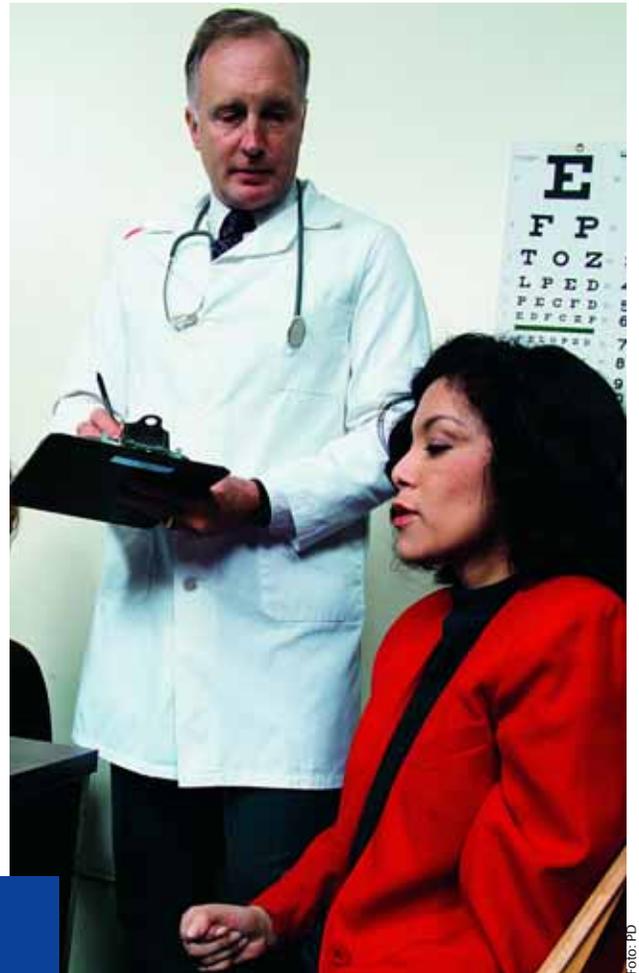


Foto: PD

gestellt wird. Mit diesen Programmen werden medizinische Standards vorgegeben. Diese können sich in Einzelfällen nachteilig für die Patienten auswirken, auch wenn damit Qualitätsanforderungen verbunden sind. In dieses Bild passt auch die Absicht der SPD, die fachärztliche Behandlung auf die Krankenhäuser zu konzentrieren, was die Patienten zum Aufsuchen dieser Institutionen zwingen würde. Das Netz der medizinischen Versorgung in den Regionen würde ausgedünnt.

Im Gesundheitswesen wird also die Zahl der abhängig Tätigen zunehmen und die Zahl der eigenverantwortlich und selbständig Tätigen tendenziell abnehmen. Das soll die Medizin effizienter machen. Alle Erfahrungen sprechen jedoch dagegen, dass Institutionen wirtschaftlicher arbeiten als selbständig tätige Ärzte, die sich im Leistungswettbewerb behaupten müssen und für die eine effiziente Organisation ihrer Praxen und die enge Zusammenarbeit mit Kollegen immer mehr zur Existenzfrage wird. Die Rahmenbedingungen sollten freilich so ausgestaltet sein, dass auch die Beitragszahler von solchen Effizienzgewinnen profitieren. ■

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

KZBV

Gesetzentwurf zum Zahnersatz zurückziehen

Dr. Jürgen Fedderwitz (Foto u.), Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), forderte die Bundesregierung auf, die geplante nochmalige Neuregelung des Zahnersatzes sofort zurückzuziehen.

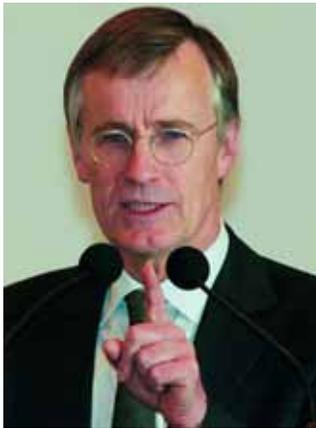


Foto: Lopata

„Die Versicherten sind ohnehin schon hochgradig verunsichert. Nichts wäre schädlicher, als sie jetzt noch einmal wochenlang im Unklaren zu lassen, wie ihr Zahnersatz im nächsten Jahr versichert wird“, warnte der KZBV-Vorsitzende. Ein langwieriges Gesetzesverfahren, das bis November im Vermittlungsausschuss liegen bleibe, sei das Letzte, „was wir jetzt gebrauchen können“. Fedderwitz: „Die SPD muss ihren Gesetzentwurf zurücknehmen, und es bleibt bei der Zahnersatzversicherung, die Ende 2003 vereinbart worden ist. Wer Gesetze schon novelliert, bevor sie überhaupt in Kraft getreten sind, der muss sich nicht wundern, dass er in der Bevölkerung jede Glaubwürdigkeit verliert. Was in den letzten Tagen und Wochen auf der politischen Bühne zum Thema Zahnersatz gegeben wurde, ist ein

Possenspiel“, kommentierte Fedderwitz die aktuelle politische Auseinandersetzung um die künftige Finanzierung des Zahnersatzes. Es sei kaum noch fassbar, wie durch mangelnde politische Standfestigkeit und Angst vor Wahlterminen einmal getroffene Entscheidungen mit einem Federstreich gekippt würden. An die CDU appellierte der KZBV-Chef, dem Gesetzentwurf der Regierung eine klare Absage zu erteilen: „Die CDU hat signalisiert, dass sie dem Neuregelungsvorschlag der Bundesregierung zum Zahnersatz nicht zustimmt. Sie sollte da noch viel deutlicher werden und der Gesundheitsministerin sagen: ‚Wir bleiben bei dem, was wir 2003 vereinbart haben. Ziehen Sie den Gesetzentwurf zurück.‘“

mn/KZBV

Gesundheitsreform/Zahnersatz

Union will sich Zeit lassen

Aus Ärger über die Haltung der Bundesregierung zur Gesundheitsreform will sich die Union mit ihrer Positionsbestimmung zum Zahnersatz nun Zeit lassen. Volker Kauder, parlamentarischer Geschäftsführer der Unionsfraktion, rechnet mit einer endgültigen Entscheidung erst nach einem Vermittlungsverfahren Ende Oktober. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) appellierte hingegen an die Union, bei einer „unbürokratischen und sozial gerechten“ Finanzierung des Zahnersatzes mitzuwirken. mn/dpa

Ulla Schmidt

Gegen unlautere Werbung für Süßes

Angesichts der steigenden Zahl übergewichtiger Kinder in Deutschland hat sich Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) gegen unlautere Werbung für Lebensmittel ausgesprochen. Es sei „absolut richtig“, dass Verbraucherministerin Renate Künast (Grüne) mit der Nahrungsmittelindustrie über Maßnahmen gegen diese Art der Werbung spreche, sagte Schmidt auf einer Veranstaltung der AOK in Berlin. „Zu verhindern, dass Eltern über Werbung eingeredet wird, bestimmte Süßigkeiten seien gesund, weil sie wertvolle Inhaltsstoffe enthielten, ist eine völlig richtige Sache.“ Künast hatte dem „Offenburger Tageblatt“ gesagt, die EU arbeite an einer Verordnung, die vorgeben werde, „was mit Blick auf die Gesundheit in der Wer-

bung behauptet werden darf und was nicht.“ Gesetzliche Regelungen gegen die Hersteller wie in Frankreich solle es in Deutschland jedoch nicht geben. Stattdessen setze die Bundesregierung auf eine freiwillige Initiative der Lebensmittelindustrie gegen ungesunde Ernährung, die bereits von einigen Unternehmen mitgetragen werde. ck/dpa



Foto: Wanders

Kommentar

Selber kümmern

Ulla Schmidt und Renate Künast haben Recht: Gegen unlautere Werbung für Süßigkeiten sollte man etwas unternehmen. Verbraucherschutz, Aufklärung und verlässliche Informationen tun Not, will man langfristig erreichen, dass sich die Leute bewusster ernähren und mehr auf ihre Gesundheit achten. Doch mit Regeln allein ist es nicht getan. Gesundheitsbewusstsein und Prävention sind Dinge, die zuallererst in den Köpfen beginnen müssen, um langfristig Wirkung zu zeigen. Dazu ist eine konzertierte aufklärende Aktion vieler Beteiligter notwendig, um das

präventive Bewusstsein in der Bevölkerung zu stärken. Das geht ganz klein los, angefangen vom Elternhaus über Kindergärten und Schulen, den präventionsorientierten Einsatz von Ärzten und Zahnärzten, dem Engagement der Krankenkassen, bis hin zum öffentlichen Gesundheitsdienst und natürlich zur großen Gesundheitspolitik. Doch eins bleibt: Die Eigenverantwortung des Einzelnen, sich um seine ganz persönliche Gesundheit selbst zu kümmern. Das kann kein Gesetz und keine Verordnung übernehmen.

Gabriele Prchala

Bundesrechnungshof

Krankenkassen auf dem Prüfstand

Der Bundesrechnungshof will gegen den Widerstand des Gesundheitsministeriums und der Krankenkassen erstmals das Finanzgebaren in der gesetzlichen Krankenversicherung durchleuchten. Schon für 2005 sei eine Prüfung geplant, „die weitgehend Orientierungscharakter“

habe, heißt es in einem Bericht des Rechnungshofes an den Haushaltsausschuss des Bundestages. Das Ministerium lehnt eine umfassende Kontrolle ab. Sprecher Klaus Vater sagte, das Prüfrecht des Rechnungshofes beschränke sich ausschließlich auf den Einsatz staatlicher Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung.



Foto: JF

Dies sei in diesem Jahr eine Milliarde Euro. Der Rechnungshof nannte eine nur beschränkte Kontrolle der Zuschüsse dagegen verfassungsrechtlich unzulässig. Krankenkassen sehen keinen Grund für zusätzliche Kontrollen durch die Bonner Rechnungsprüfer. Sie verweisen auf bereits bestehende Prüfbehörden. pr/dpa

Globudent-Skandal

Prozess hat begonnen

Im Prozess um einen der größten Betrugsfälle im deutschen Gesundheitswesen haben die drei ehemaligen Manager der Mülheimer Dentalfirma Globudent umfassende Geständnisse abgelegt. Die 29 bis 38 Jahre alten Männer räumten zum Auftakt den millionenschweren Betrug mit billigem Zahnersatz aus Fernost vollständig ein. Zudem kündigten sie an, den von der Staatsanwaltschaft mit 3,2 Millionen Euro bezifferten Schaden in den angeklagten 68 Fällen vollständig wieder gut zu machen. Die Angeklagten gaben zu, billigen Zahnersatz aus Hongkong zu überhöhten Preisen an deutsche Zahnärzte verkauft zu haben. Vom Gewinn gewährten sie den Zahnärzten Rückvergütungen in bar, die in

Einzelfällen insgesamt über 200 000 Euro betrogen. Das Geld hätte bei einem einwandfreien Vorgehen Patienten und Kassen zugestanden. Der Globudent-Skandal hat nach Einschätzung der AOK Niedersachsen erheblich dazu beigetragen, dass die Krankenkassen und Abrechnungsstellen der Ärzte eigene Ermittlungsgruppen einrichten mussten. Dies sei seit Anfang dieses Jahres gesetzlich festgeschrieben. Damit müssten die Kassen und Kassenzahnärztlichen beziehungsweise Kassenzahnärztlichen Vereinigungen selbst gezielt einem Betrugsverdacht nachgehen. Von den Dentallaboren wird inzwischen ein Nachweis über die Herkunft der gelieferten Zahnprothesen verlangt. pr/dpa

Anzeige 1/2 hoch

Versandhandel mit Arzneien**Franchise-System für Apotheken**

Anfang Oktober soll nach einem Bericht des Wirtschaftsmagazins „Euro“ in Deutschland das erste Franchise-System für Apotheken starten. Initiatorin der neuen Apotheken-Marke „AVIE“ sei die Apotheken-Kooperation Sympa-team in Beilstein, Heilbronn.



Nach Angaben von Geschäftsführer Joachim Birkle sollen in den kommenden drei Jahren 1 000 Apotheken für das Modell

gewonnen werden. Nach einer Erhebung des Magazins können Kunden beim Einkauf von Medikamenten in Internet-Apotheken bis zu 40 Prozent sparen. Seit Januar 2004 ist in Deutschland der Versandhandel mit Medikamenten erlaubt. Neue Konkurrenz drängt in den Markt der rund 21 300 deutschen Apotheken, darunter Handelskonzerne wie KarstadtQuelle. Gleichzeitig gewinnen Versandhändler laut „Euro“ immer mehr Einkaufsmacht. So habe die niederländische Internet-Apothekendeckung Doc Morris bereits rund 200 Arzneimittel-lieferverträge mit Krankenkassen vereinbart. ck/dpa

Neuregelungen zum Zahnersatz**Rentnern drohen Einbußen**

Den 19 Millionen Ruheständlern drohen nach Einbußen in diesem Jahr auch für 2005 Einschnitte. Die geplante Neuregelung zum Zahnersatz könnte zu einer Rentenkürzung zwischen 0,7 und 0,8 Prozent führen. Das ergibt sich aus einer Stellungnahme des Verbandes der Rentenversicherungsträger (VDR). Nach einem Vorschlag von Sozialministerin Ulla Schmidt (SPD) sollen Arbeitnehmer die Zahnersatzversicherung künftig ohne Arbeitgeberzuschuss allein zahlen. Die Regelung soll zum 1. Juli 2005 in Kraft treten. Kassensmitglieder werden dadurch mit einem Aufschlag von 0,45 Prozent ihres Bruttoeinkommens belastet. Damit würden die Renten 2005 im Westen real um 0,79 und im Osten um 0,68 Prozent sinken, so die „Süddeutsche Zeitung“. Ein Rentner mit



einer Rente von 1 000 Euro müsste im Westen auf knapp acht Euro verzichten, im Osten auf sieben Euro. Im Bundestag ist eine Expertenrunde zu Schmidts Gesetzentwurf geplant. Der VDR begrüßt die Anhörung: Einkommensabhängige Sätze seien besser als der vereinbarte Pauschalbetrag für den Zahnersatz. Bezahler niedriger Renten würden entlastet, der Verwaltungsaufwand sei geringer. ck/dpa

Hartmannbund-Stiftung**Spendenauf Ruf**

Die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, die sich um die Unterstützung von in Not geratenen Ärzten und ihren Angehörigen kümmert, bittet dringend um Hilfe. Aufgrund sinkender Zinssätze und rückläufiger Spendeneinnahmen sei die Stiftung gezwungen, ihr Programm drastisch einzuschränken, erklärt der Vorsitzende, Dr. Hans-Jürgen Thomas. Die Stiftung besteht seit fast 50 Jahren und unterstützt Kinder von Ärzten, Tier- und Zahnärzten, wenn sich deren Eltern in finanziellen Schwierigkeiten befinden. Sie leistet auch Hilfe bei



**ÄRZTE
HELFE
N
ÄRZTEN**

der Berufseingliederung oder hilft bei der Unterhaltszahlung, wenn politische oder andere Gründe vorliegen. pr/pm

■ **Spendenkonto:**
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Stuttgart,
Konto: 0001486942,
BLZ: 60090609, oder:
Postbank Stuttgart,
Konto: 41533701,
BLZ: 60010070, oder:
Sparkasse Bonn,
Konto: 24000705,
BLZ: 38050000.

■ **Weitere Informationen unter:**
www.aerzte-helfen-aerzten.de.

APO-Bank-Ergebnis**Mit erstem Halbjahr 2004 zufrieden**

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (APO-Bank), Düsseldorf, konnte in den ersten sechs Monaten 2004 ihr Ergebnis gegenüber 6/12 des Vorjahres weiter verbessern: Das Teilbetriebsergebnis vor Risikovorsorge stieg um 12,9 Prozent auf 115,1 Millionen Euro.

Der Zugang zahlreicher neuer Kunden setzte sich auch im ersten Halbjahr 2004 fort. Mit 6 500 Neukunden im Vergleich zum Jahresultimo 2003 erhöhte sich die Gesamtkundenzahl auf 269 600.

Die mit den neuen Kunden einhergehende kräftige Ausweitung des Kreditgeschäfts findet einen Niederschlag im Anstieg des Zinsüberschusses auf 221,4 (6/12 des Vorjahres: 199,7) Millionen Euro. Der Provisionsüberschuss, der sich im klassischen Wertpapiergeschäft deutlich verbesserte, stieg über alle Spar-

ten per Saldo auf 42,4 (40,1) Millionen Euro. Steigerungen allerdings auch auf der Kosten-seite: Der Verwaltungsaufwand erhöhte sich auf 267,8 (243,5) Millionen Euro, was vor allem auf eine Ausweitung der Sachkosten in Verbindung mit laufenden Projekten zurückzuführen sei. Der Jahresüberschuss nach Steuern wurde für das erste Halbjahr 2004 mit 47,4 (35,8) Millionen Euro ausgewiesen.

Die Bilanzsumme der größten genossenschaftlichen Primärbank expandierte um 9,2 Prozent auf 28 (25,6) Milliarden Euro. Das Interesse der Kunden am berufsspezifischen Finanzierungs-Know-how kam in den Forderungen an Kunden in Höhe von 17,9 (16,8) Milliarden Euro zum Ausdruck. Die Kundeneinlagen beliefen sich auf 18,9 (17,2) Milliarden Euro.

pr/pm

Zur Kariesprophylaxe

Neues Infoset

Eine neues Info-Set der Informationsstelle für Kariesprophylaxe steht zur Verfügung. Der „Elternbrief“ gibt Eltern Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Zahngesundheit.

Ebenso gibt es einen Abreißblock mit 50 Fluorid-Fahrplänen für die individuelle Fluoridzufuhr-Empfehlung. Zahnärzten und Prophylaxekräften steht das Material (15 Broschüren, ein Block) kostenlos zur Verfügung.

pr/pm



■ **Bestellung bei: Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau, Telefon: 06152/81466, Fax: 06152/81788, E-Mail: daz@kariesvorbeugung.de**

LAG Hessen

Neue CD-ROM

Eine Vielzahl ihrer Elterninformationen zur Zahngesundheit hat die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH) jetzt auf der neuen CD-ROM „Schriftliche Informationen für Eltern“ zusammengefasst. Diese Materialien, die bisher nur in Printform erhältlich waren, stehen nun interessierten Zahnärzten und Erzieherinnen zum schnellen Download auf der CD-ROM zur Verfügung.

Teil I der CD umfasst die „Materialien in der Muttersprache“ – Elternbriefe zum Thema „Gesunde Zähne“ in 13 Sprachen,

das Piktogramm „Fünf Sterne für gesunde Zähne“ (in 13 Sprachen), diverse illustrierte Handzettel, Malblätter, Bastelvorlagen und ein Fallblatt.

Teil II gibt die „Informationen rund um die Zahnpflege der Milchzähne“ wieder.

In Teil III werden die „Infoblätter für Eltern für das Schwarze Brett im Kindergarten“ aufgeführt.

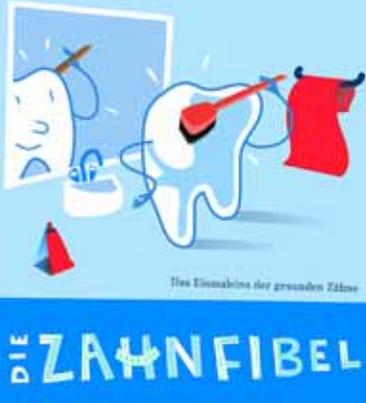
pr

■ **Die CD-ROM erhalten Leser gegen einen mit 1,44 Euro frankierten und adressierten DIN-A-5-Rückumschlag bei der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH), Rhonestr. 4, 60528 Frankfurt.**

Zahnfibel**Gesunde Zähne in aller Munde**

Mit diesem Motto der neuen Zahnfibel will die Arbeitsge-

meinschaft Zahngesundheit im Landkreis Esslingen (AZE), der das Gesundheitsamt Esslingen, die Gesetzlichen Krankenkassen sowie die Zahnärzteschaft des Landkreises Essen angehören, frühzeitig Prophylaxe betreiben. Die Zahnfibel richtet sich an werdende Eltern sowie Eltern mit kleinen Kindern. Das Ziel: Einfache Sachverhalte und Verhaltensweisen rund um die Zähne und ihre Gesunderhaltung sollen vermittelt werden. Diese Fibel wird allen Hebammen, Gynäkologen und Zahnärzten des Landkreises Esslingen zur Verfügung gestellt. sp/pm

Alkoholkonsum**Kinder reicher Eltern trinken mehr**

Kinder und Jugendliche aus wohlhabenden Familien greifen in Deutschland häufiger zum Alkohol als Kinder aus armen Verhältnissen. Für die WHO-Vergleichsstudie waren 5600 Jugendlichen im Alter von elf bis 16 Jahren befragt worden. Besonders deutlich sei die Tendenz bei Jungen, postulierte der Gesundheitswissenschaftler Wolfgang Settertobulte in Bielefeld. Wöchentlicher Alkoholkonsum

komme bei Jugendlichen aus gutem Haus etwa doppelt so häufig vor wie bei Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien. Alkohol ist eine Alltagsdroge der bürgerlichen Schichten wie der Wissenschaftler feststellte. Allein von den 15-Jährigen, die sich häufig in einer Discothek oder Gaststätte aufhalten, trinken 68 Prozent regelmäßig Alkohol. sp/AZ



Foto: APW

DGP-APW Parodontologie-Kurs**Erster Durchgang mit Erfolg beendet**

Für 15 Teilnehmer der Startgruppe des DGP-APW Curriculum „Parodontologie“ ist es vollbracht. Nach engagierter Arbeit in den zurückliegenden zehn Kursserien von Ende 2001 bis April 2004, dem Einreichen von drei dokumentierten Patientenfällen und deren kritischer Prüfung legten sie am 5. Juni 2004 mit großem Erfolg ihr Kurskolloquium ab.

„Es war eine überaus freudige Erfahrung festzustellen, mit welchem hohem Engagement und vorbildlicher Qualität die Präsentationen erfolgten, wie kritisch und konstruktiv die Diskussion in einer regelrechten Wettbewerbsatmosphäre geführt wurde“, so der Präsident der Deutschen Ge-

sellschaft für Parodontologie (DGP), Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden, bei der Übergabe der Zertifikate.

Die mit der nächsten Kursserie vorgesehene Straffung der Inhalte wird dann in nächster Zeit einen weiteren Meilenstein in den Bemühungen ständiger Aktualisierung und Kursoptimierung darstellen. Darüber hinaus erhalten auf Initiative der DGP interessierte Kursteilnehmer die Möglichkeit, interessante Fälle aus ihrer Dokumentation nach Abschluss des Kolloquiums als Poster anlässlich der DGP-Jahrestagungen zu präsentieren, von denen die drei besten einer Publikation zugeführt werden können. sp/Th.H.

Jugendliche**Tod durch Gasschnüffeln**

Kinder und Jugendliche unterschätzen die tödliche Gefahr des Gasschnüffeln. Aber schon wenige Atemzüge Gas können tödlich wirken, auch beim erstmaligen Schnüffeln. „Die jugendlichen Schnüffler suchen den Rausch und finden den Tod“, warnte kürzlich Gesundheitsstaatssekretärin Emilia Müller angesichts des aktuellen Todes eines 16-Jährigen aus Weiden/Oberpfalz.

Müller riet den Eltern, auf Anzeichen wie einen hohen Verbrauch von Feuerzeuggas, Spraydosen oder Campinggasflaschen zu achten, die offensichtlich nicht für den vorgesehenen Zweck eingesetzt werden.

Wie bei Drogenkonsum auch, können starke Veränderungen im Wesen, im Kontakt- und Freizeitverhalten auf Suchtgefährdungen hindeuten. sp/pm

Infektionsschutz**Zwei Handschuhe sind sicherer**

Einzigste Barriere zwischen Patienten und Händen der Chirurgen bleiben intakte Handschuhe, die allerdings nach den Ergebnissen einer Studie häufig perforiert werden: Im Mittel kommt es pro Tag zu einem unerkannten und damit potentiell infektiösen Blutkontakt, wie jetzt Professor Dr. Friedrich Hoffmann in seinem kürzlich erschienenen Buch schreibt. Optimalen Schutz vor einer solchen Ansteckung sieht der Autor in doppelten Handschuhen mit Indikatorsystem, um Läsionen der Handschuhmem-

bran sofort zu erkennen. Der Präventiv- und Arbeitsmediziner von der Universität Wuppertal hat zusammen mit seinem Institutskollegen Privatdozent Nenad Kralj sowie Professor Tino F. Schwarz von der Universität Würzburg das Buch „Technischer Infektionsschutz im Gesundheitsdienst“ (ecomede Verlag, ISBN 3-609-16243-0) herausgegeben. Hierin beschreiben die Autoren die Vorzüge unter anderem damit, dass das Blutkontakt-Risiko bereits bei zwei übereinander getragenen, gewöhnlichen Op-Handschuhen um den Faktor zehn sinkt.

Indikatorsysteme, bei denen der äußere Handschuh transparent und der hautnahe farblich ist, haben zudem den Vorteil, die Perforation durch einen Fleck deutlich sichtbar zu machen. So werden nahezu alle undichten Stellen des äußeren Handschuhs rasch erkannt, okkulte Perforationen sind fast ausgeschlossen. sp/pm



Foto: goodshoot

Ungesundes Essen, wenig Sport**Immer mehr Kids leiden an Diabetes**

Die Zahl der Diabetiker in Deutschland wird nach Schätzung des Deutschen Diabetikerbundes bis 2010 von derzeit acht Millionen auf rund zehn Millionen ansteigen.

In zunehmendem Maße seien auch Kinder betroffen. Ihr Anteil habe sich binnen zehn Jahren auf 25 000 Erkrankte verdoppelt. Schlechte Ernährung und zu wenig Bewegung bereits im Kindesalter seien maßgeblich für den Vormarsch der Volkskrankheit verantwortlich. Reihenuntersuchungen bei übergewich-

tigen Kindern und Erwachsenen könnten zu einer früheren Erkennung von Diabetes beitragen und Folgekrankheiten vermeiden, betonte der Diabetikerbund. Bislang werde Diabetes bei Erwachsenen im Schnitt fünf Jahre zu spät festgestellt, oftmals erst beim Auftreten von Folgekomplikationen. Obwohl in Behandlung befindliche Diabetespatienten nur fünf Prozent der Bevölkerung ausmachten, verursachten sie rund zehn Prozent aller Ausgaben des Gesundheitssystems. ck/pm

Leseranalyse Dentalfachzeitschriften 2004

Wieder Spitzenwerte für die zm

Deutschlands Zahnärzte ziehen ihre beruflichen Informationen in erster Linie aus Fachzeitschriften (69 Prozent). Ihre Praxis-EDV nutzen sie vor allem für die KZV-Abrechnung (88,9) und die Patientenverwaltung (85,6). Und nahezu alle (98,5 Prozent) kennen – so die Ergebnisse der aktuellen Leseranalyse zahnmedizinischer Fachmedien – die „zm“. Vier von fünf Zahnärzten lesen die Zahnärztlichen Mitteilungen aufmerksam, neun von zehn würden sie – müssten sie darauf verzichten – „vermissen“. Ein ausdrücklicher Dank an unsere Leser für diese positive Bewertung.

Die vierte Leseranalyse Dentalfachzeitschriften der Arbeitsgruppe LA-MED hat erneut die gute Position der Zahnärztlichen Mitteilungen in der Branche bestätigt. Befragt wurde von Mai bis Juni 2004 ein repräsentativer Querschnitt von insgesamt 511 Zahnärzten.

Das Ergebnis: Von den diesmal untersuchten 29 überregionalen Fachtiteln – die Untersuchung erfragte übrigens auch die Lesereinschätzungen zu 14 regionalen Fachblättern – schnitten die 14-tägig in einer geprüften Auflage von 67 804 Exemplaren erscheinenden zm in den meisten Kategorien am besten ab.

Jede Seite im Blick

So hatten 72,4 Prozent (Durchschnitt aller überregionalen Blätter: 23,6) aller befragten Zahnärzte die aktuelle Ausgabe vor der Befragung gelesen. Bemerkenswert ist, dass dieser so genannte „Leser-pro-Ausgabe“-Wert in den neuen Bundesländern mit 77,8 Prozent deutlich höher ausfiel als im den alten mit einem Wert von 70,7 Prozent.

Deutlich höher, nämlich bei 79,1 (Durchschnitt: 25,3) Prozent, lag der Anteil der Zahnärzte, die die zm generell – auf längeren Zeitraum und mehrere Ausgaben betrachtet – lesen.

Interessant für die künftige Themen-Disposition der Redaktion ist vor allem, warum immerhin 76 Prozent aller Leser zumindest die Hälfte, 54 Prozent drei Viertel und immerhin 28 Prozent der Leser jede Seite der zm aufschlagen: Die zahnärztliche Leserschaft sieht – im Vergleich zu anderen überregionalen Fachzeitschriften – folgende Themen-



Fotos: DAV/zm

Nicht nur die repräsentative Bewertung der Dental-Fachzeitschriften aus Sicht der Zahnärzte, auch Informationen und Einstellungen aus der Praxis bietet die Leseranalyse LA-DENT.

bereiche von den zm als „am besten gelöst“ an:

- Berufs- und Standespolitik: 67 Prozent
- Fortbildung: 54 Prozent
- Gesundheitspolitik: 53 Prozent

In diesen drei zentralen Elementen der redaktionellen Arbeit nehmen die zm nach Einschätzung der Befragten im konkurrierenden Umfeld absolut die ersten Plätze im Ranking ein, gefolgt von immerhin weit überdurchschnittlichen Bewertungen für die Bereiche Wissenschaft (40 Prozent), Produktinformation (30), Abrechnung (29), Veranstaltungshinweise (28) und Kongressberichte (27 Prozent).

Mehr „Paro“ und „Endo“

Aber wovon wollen die Leser mehr? Befragt nach gewünschten Zusatzinformationen stellen die LA-DENT-Ergebnisse vor allem Schwerpunktthemen zu den Bereichen Parodontologie (44,3 Prozent der Befragten) und Endodontie (35,9 Prozent) in den Vordergrund. Danach rangiert zusätzlicher Informationsbedarf zum Thema Implantologie (28,9), Kieferchirurgie (21,4) und Kieferorthopädie mit 9,9 Prozent der Nennungen. Eine klare Herausforderung an die Themenplaner aller Fachzeitschriften.

Welche Informationsquellen nutzen Deutschlands Zahnärzte? Nach Fachzeitschriften (69 Prozent) und Fachbüchern (60) ist der Fachaustausch mit Kollegen wichtig (51), gefolgt von Fachtagungen (44), Nachschlagewerken (37) und Kongressen (35).

Und das Internet? Es rangiert in der Informationsbeschaffung bei Zahnärzten mit einem Anteil von 20 Prozent der Nennungen lediglich auf Rang neun, gleichauf mit der Information aus Broschüren.

EDV: Frauen an der Spitze

Dennoch nutzen laut LA-DENT nur noch 3,8 Prozent der Befragten keine Praxis-EDV. Den ersten Rang unter den EDV-Anwendern besetzen mit 97,4 Prozent allerdings die Zahnärztinnen, die männlichen Berufskollegen antworteten laut

Umfrage zu 94,8 Prozent mit einem „Ja“ zur EDV.

Und wozu der EDV-Einsatz in der Praxis? Nach KZV-Abrechnung (88,9) und Patientenverwaltung (85,6) nennen die Befragten die Privatliquidation (73,9), Patienteninformation (43), Materialwirtschaft (33,5), Datenbankrecherchen (31,2), die Übertragung von Labordaten (26,8), den Themenbereich Schulung/Fortbildung (17,9) und den Austausch mit Kollegen mit 16,5 Prozent der Nennungen. mn

ZMK-Kongress im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages 2004 in Frankfurt/Main

Fortbildung kann so spannend sein

Alexander Ammann, Gerd Basting, Rainer Mengel

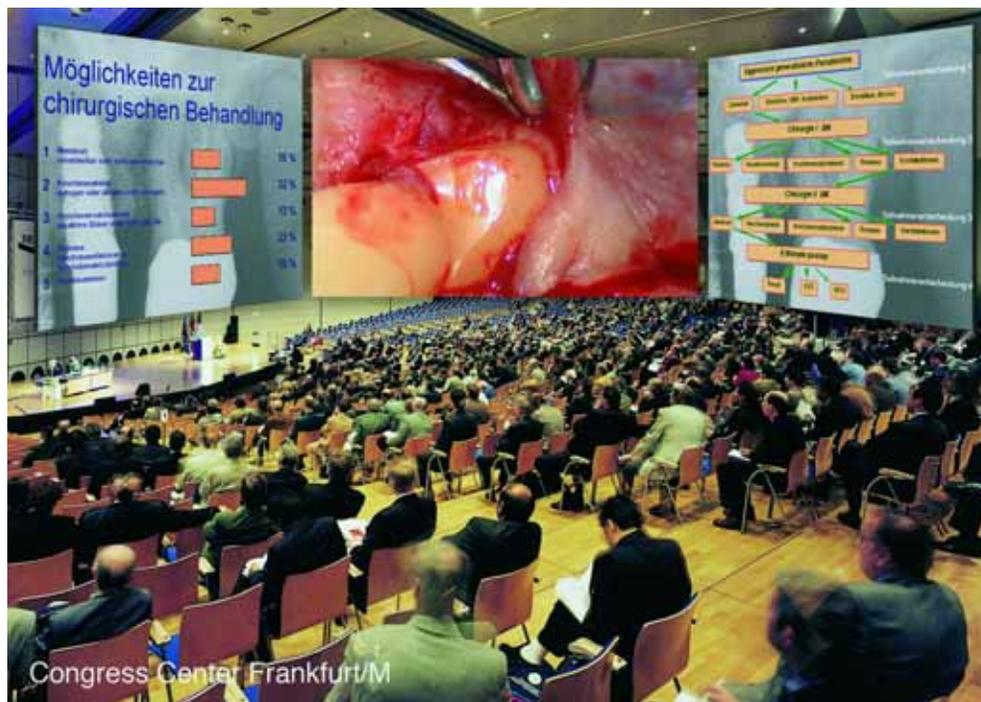
Der wissenschaftliche Kongress für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK-Kongress) vom 12.-13. November 2004 im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages setzt neue Maßstäbe im Bereich Programmgestaltung, Innovation und Dramaturgie und stellt die Referenten vor neue Herausforderungen, um den Kongressteilnehmern die Wissenswelt der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde instruktiv, praxisnah und zugleich in einer neuen Form des Dialogs zu präsentieren.



Wer kennt nicht noch die Zeiten der Overhead-Folien und der Blaudias? Um die Attraktivität der Vorträge zu erhöhen, kamen dann die Meister der Vortragstechnik mit Doppelprojektion und Dreifachprojektion mit sehr aufwändig und kreativ gestalteten Dias. Heute gehört es fast schon zum Standard, dass die PowerPoint-Präsentation als MultiMedia-Vortrag mit integrierten Videoclips zum Einsatz kommt.

Die Didaktik zur Vortragstechnik wurde immer weiter optimiert, doch der Kongressteilnehmer blieb dabei meist in der Konsumentenrolle. Er wurde wenig in den Dialog zu Themen und Fragen aus der Praxis, die ihn bewegten, mit einbezogen. Bei den Diskussionsrunden nach den Vorträgen konnten aus Zeitgründen nur wenige zu Wort kommen.

Mit dem ZMK-Kongress soll ein neues Kapitel der Kongressdramaturgie geschrieben werden. Der Teilnehmer steht von der Pla-



Fotomontage zur Darstellung des dramaturgischen Aufbaus:

Linke Leinwand: Die Teilnehmer entscheiden über den Behandlungsablauf des vorgestellten Falls (hier nur als Beispiel zur Funktion).

Mittlere Leinwand: OP-Zuspielung im HDTV-Format (High Definition TV) als Grundlage zu den Entscheidungsmöglichkeiten mit vorheriger Fallbeschreibung.

Rechte Leinwand: Simultane Darstellung des Entscheidungsverlaufs zur OP mit vier Entscheidungsebenen zu 19 Alternativen.

zm-Info

Deutscher Zahnärztetag 2004

In zm 14/2004 Seiten 30 bis 31 erfolgte mit der öffentlichen Einladung der Bundeszahnärztekammer der erste Teil der Ankündigung des Deutschen Zahnärztetages 2004. Der zweite Teil in zm 17/2004, Seiten 24 bis 26, konzentrierte sich auf die Inhalte des wissenschaftlichen Programms des ZMK-Kongresses.

In diesem dritten Teil wird das interaktive Verfahren mittels des „Electronic Voting Systems“ mobiTED vorgestellt.

nung, über die inhaltlichen Schwerpunkte des Vortrages des Referenten bis hin zur Diskussion im Mittelpunkt. Die OP-Demonstration erfolgt ebenfalls in einem neuen Format der Präsentation.

Prof. Dr. Michael Noack als wissenschaftlicher Leiter und Dr. Michael Frank als Tagungspräsident des wissenschaftlichen Kongresses gingen in zm 17/2004 auf den Themenschwerpunkt des ZMK-Kongresses ein. Hier sollen nun kurz die Innovationen skiz-

ziert werden, die bei diesem ZMK-Kongress für den Teilnehmer zum Einsatz kommen.

Vor dem wissenschaftlichen Kongress – „virtuell geplant“ heißt:

■ Unter www.dtz.de kann der Teilnehmer aktiv auf die Schwerpunkte der Vorträge Einfluss nehmen.

■ Zu jedem der Kongressthemen haben die Referenten praxisrelevante Fragen vorbereitet.

■ Der Teilnehmer klickt die Fragen an, die für ihn von Interesse sind und im Vortrag behandelt werden sollen.

■ Der Referent und der Teilnehmer können ab Oktober zu jedem Thema die Ergebnisse mit ihren Gewichtungen der einzelnen Fragen unter www.dtz.de abrufen.

Während des wissenschaftlichen Kongresses – „aktiv mitgestalten“ heißt:

■ Zu Beginn des ZMK-Kongresses erhält jeder Teilnehmer ein „Electronic Voting System“. Dieses System ist zugleich Empfangs- und Sendegerät (Größe entspricht einem Mobiltelefon).

■ Während des Vortrages stellt der Referent ergänzende Fragen zu Meinungen und Erfahrungen im Bereich Diagnostik, Therapie, Materialien oder Praxismanagement.

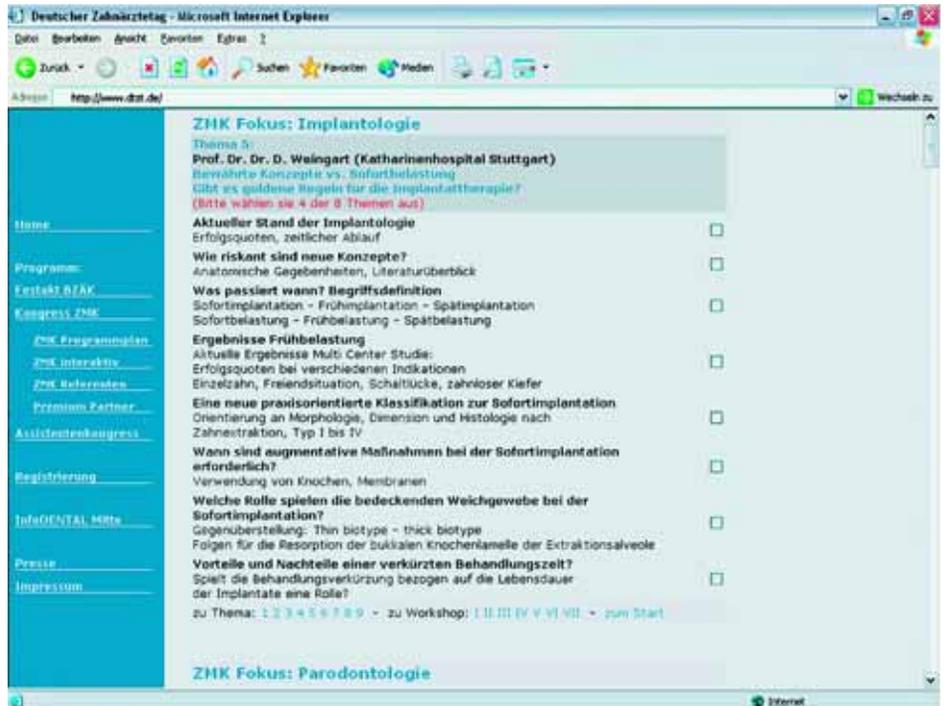
■ Just-in-time wird auf einer weiteren Leinwand die Auswertung der Antworten präsentiert.

■ Alle Antworten bleiben anonym, sie werden lediglich differenziert, zum Beispiel nach Klinik und Praxis.

Ein Highlight – OP interaktiv Weltpremiere im HDTV-Format

Dieser Programmpunkt am Samstag, den 13. November 2004, zeichnet sich durch zwei Merkmale aus:

■ Die aufgezeichnete OP inklusive der ersten Post-OP-Ergebnisse wird in mehrere Entscheidungsebenen unterteilt. Dabei wird



ZMK-Kongress interaktiv unter www.dtz.de: Beispiel zum Thema 5, Vortrag von Prof. Dr. Dr. D. Weingart mit den Fragen zur Gewichtung implantologischer Themen: „Bewährte Konzepte vs. Sofortbelastung“.

ein komplexer Fall vorgestellt, der ein sehr breites Spektrum von Therapiemaßnahmen beinhaltet. Alle Entscheidungsphasen, von der Diagnostik über die Indikation bis zur Therapie und zum Recall, werden vorgestellt. Wie Sie als Zahnarzt entscheiden würden, wird wieder über das Electronic Voting System abgestimmt. Der Referent (Behandler) hat sich entweder der Mehrheit in der Entscheidung angeschlossen oder er wird seine abweichende Entscheidung dann gegenüber den Teilnehmern verteidigen und plausibel erklären. Alle Entscheidungsphasen mit den Ergebnissen können live verfolgt werden.

■ Die OP selbst wird im HDTV-Format (High Definition TV) präsentiert. Dieser neue digitale TV-Standard, der in den nächsten Jahren weltweit eingeführt wird, zeichnet sich durch ein Breitwandformat mit superscharfen Konturen, satten Farben, enormer Tiefenschärfe und kristallklarem Dolby-Digital-Ton aus. Für die OP-Aufzeichnung im HDTV-Format

werden spezielle Kameras und Objektive eingesetzt. Der größte Vorteil von HDTV ist jedoch die enorm hohe Auflösung, die gerade bei klinischen Bildern besonders deutlich zum Ausdruck kommt. Mit den ersten Aufzeichnungen für diesen ZMK-Kongress wurde bereits Anfang des Jahres an der Universitätsklinik in Marburg, Abteilung Parodontologie, gestartet. Der ZMK-Kongress im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages verspricht für die Teilnehmer und die Referenten, aber auch für den dramaturgischen Ablauf, der mit der Weltpremiere HDTV seinen Abschluss findet, ein Highlight der besonderen Art zu werden.

Fortbildung kann so spannend sein, wenn Wissenschaft, Klinik und Praxis den Dialog einmal anders erleben. Seien Sie dabei, wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Dipl.-Wirtsch.-Ing. Alexander Ammann
(Quintessenz Verlag)
Dr. Gerd Basting (Quintessenz TV)
PD Dr. Rainer Mengel (Universität Marburg)

Korrespondenzadresse:
Quintessenz-Verlags-GmbH
Ilfenpfad 2-4, 12107 Berlin

■ **Anmeldung zum ZMK-Kongress siehe Seite 78 und 79**



MobiTed für das Electronic Voting im Handy-Format, das jeder Kongressteilnehmer erhält

Forum Freiheit des Freien Verbandes

Die Stunde des Mehrens

Wie lassen sich Solidarität, Subsidiarität und Selbstverantwortung wieder in die Balance bringen? Antworten auf diese Frage wurden beim Forum Freiheit des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) am 8. September in Berlin diskutiert.

Die Neukonzeption einer sozialen Gerechtigkeit stand im Mittelpunkt der Diskussionen beim Forum Freiheit, das der FVDZ gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer (ASU), des Unternehmerinstituts der ASU und des Liberalen Instituts der Friedrich-Naumann-Stiftung veranstaltete.

Für ein Ende des Teilens und für die Stunde des Mehrens setzte sich Thomas Selter, Vorsitzender der ASU-Kommission „Eigentum verpflichtet“ ein. Die Kommission ist der Frage nachgegangen, warum das einst reiche Deutschland wirtschaftlich immer schwächer wird – und gibt die Antwort: Die im Wohlfahrtsstaat Deutschland heute dominierende Ethik des Teilens, des Gleichmachens und des Umverteilens werde missverstanden als soziale Gerechtigkeit, die den Grundstein für den Abstieg gelegt habe. Eine Ethik des Mehrens bringe hingegen Wohlstand, Wachstum und Arbeitsplätze. Selter

machte an sieben Thesen fest, dass politische Zwangsteilung die Anspruchsmoralität fördere, eine Ethik des Mehrens hingegen Unabhängigkeit und Freiheit bringe. Aus christlicher Sicht beleuchtete das Thema Dr. Elmar Nass vom Lehrstuhl für Sozialpolitik und Sozialökonomik der Universität Bochum. Sein Fazit: „Eigentum ist der Menschenwürde verpflichtet, die Gerechtigkeit als Freiheitsraum definiert. Eine Ethik des Mehrens in Verbindung mit einer Ethik sozialer Solidarität und kultureller Identität bringt menschenwürdige Liberalität als Gestaltungskriterium des Sozialstaates ins Gespräch und schafft zudem auch die Voraus-

setzung für eine effiziente internationale Arbeitsteilung.“

Subsidiär

„Wir kommen mit der Diskussion um Gerechtigkeit und Effizienz im Gesundheitswesen keinen Millimeter weiter, wenn wir nicht ganz grundsätzlich klären, welches Gesellschaftsbild wir anstreben“, machte der FVDZ-Vorsitzende Dr. Wilfried Beckmann deutlich. Diese Wertvorstellungen müssten die



Mehren statt teilen: Dr. Wilfried Beckmann (o.), Thomas Selter (m.), Dr. Elmar Nass (u.) und Podiumsgäste beim Forum Freiheit

Basis für die Systementscheidung im Gesundheitswesen bilden. Beckmann skizzierte zwei Modelle: Das kollektivistische, welches durch Steuerfinanzierung und zentrale Verwaltung gekennzeichnet sei, und das Subsidiaritäts-Modell. Hier gelte der Grundsatz, dass das, was der einzelne aus eigener Initiative leiste, ihm nicht entzogen und der Gesellschaft zugewiesen werden könne. Beckmann brach dies auf die Zahnheilkunde herunter: „Eine präventionsorientierte Zahnmedizin, die die lebenslange orale Gesundheit unserer Patienten zum Ziel hat,

lässt sich nur in einem Subsidiaritäts-Modell realisieren“.

Die von vielen Seiten heraufbeschworenen ungezügelteren amerikanischen Verhältnisse, vor denen Deutschland bewahrt werden müsse, hätten im Kern mit den tatsächlich existierenden sozialen Problemen in den USA nichts zu tun, befand Olaf Gersemann, US-Korrespondent der Wirtschaftswoche. Die Behauptung, Deutschland schaffe mehr Gerechtigkeit oder soziale Sicherheit, halte einer Überprüfung nicht stand. Gersemann belegte anhand von Zahlen, dass in den USA im Gegensatz zu Deutschland die geleistete Arbeitszeit höher sei, eine konstantere Beschäftigungsquote herrsche sowie eine geringe Wahrscheinlichkeit zur Langzeitarbeitslosigkeit eintreffe.

Prof. Dr. Gerd Habermann, Direktor des ASU-Unternehmerinstituts, setzte sich mit der Problematik rund um einen effizienten Schutz für die sozial Schwachen ein. Das Stichwort heiße: Subjekt- statt Objektförderung. Wirklich Schwache müssten effizient geschützt werden. Wo Selbsthilfe allein nicht ausreichte, müssten erst Familie und Gemeinschaft, dann der Staat eingreifen. Ansonsten müsse das Prinzip

der Reprivatisierung der sozialen Vorsorge greifen, als Kern einer künftigen Sozialreform. „Ist es nicht eine Lächerlichkeit, dass unser Hohes Haus seine Zeit damit verschwendet, über mögliche Finanzierungstechniken des Zahnersatzes zu streiten? Ich denke, wenn es so weit gekommen ist,

und wenn die von der Sozialversicherung mitherbeigeführte demographische Katastrophe das Umlageverfahren in den Orkus treibt, ist die Zeit für eine Wende da.“

Abschließend wurden die Thesen der Referenten in einem Podiumsgespräch unter Beteiligung zweier Repräsentanten des Bundestages, Marie-Luise Dött (CDU, Finanzausschuss) und Karl-Josef Laumann (CDU, Ausschuss Wirtschaft und Arbeit), vertieft. pr



Fotos: FVDZ

PKV-Rechenschaftsbericht 2003

Branche profitiert vom Sparkurs in der GKV

Der Verband der privaten Krankenversicherer (PKV) hat seine Zahlen für das Jahr 2003 vorgelegt. Vor dem Hintergrund der Diskussionen um eine Reform des Gesundheitswesens und der anstehenden GOZ-Novellierung ist das Geschäftsergebnis für Zahnärzte besonders relevant.



Immer mehr Patienten schließen private Zusatzversicherungen für Zahnbehandlungen und Zahnersatz ab.

Foto: CompuDent

Insgesamt 8,1 Millionen Personen waren Ende 2003 hier zu Lande privat vollversichert. Die Zahl der Neuversicherten stieg damit auf 186 800 Personen. Sie fiel mit 2,4 Prozent deutlich geringer aus als im Jahr zuvor. Knapp 11 000 Mitglieder nutzten davon den Sozialtarif der PKV, den so genannten Standardtarif.

Weg versperrt

Die Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze Anfang 2003 versperrte allerdings 45 000 bis 50 000 gesetzlich Versicherten den Wechsel in die PKV. Aus Sicht des Vorsitzenden Reinhold Schulte und des Direktors Volker Leienbach eine klare Folge der Gesundheitspolitik der Bundesregierung: „Durch die Fortführung der höheren Grenze ist dies kein einmaliger Verlust, sondern die PKV verliert auf Dauer einen Teil ihrer potenziellen Kundschaft.“ Positiv für die PKV wirkten sich dagegen laut Schulte und

Leienbach die Debatten um die Gesundheitsreform aus: Infolge der anstehenden Leistungskürzungen in der Gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) traten mehr freiwillig Versicherte als erwartet zu den Privaten über. Der Reformstreit bescherte der

zm-Info

Zahnbehandlung: PKV-Kosten nur minimal gestiegen

Mitte August hatte der PKV-Verband der Bundeszahnärztekammer aus seiner Sicht die Reformperspektiven im Gesundheitswesen dargestellt und in dem Zusammenhang Forderungen an eine GOZ-Novelle formuliert. Ausgangspunkt war die Meinung, dass die Leistungsausgaben im zahnärztlichen Bereich von 1991 bis 2001 in der PKV um 48,7 Prozent angewachsen seien, während in der GKV nur eine Steigerung von 22,1 Prozent zu verzeichnen sei. Die Rechenschaftsberichte der PKV widerlegen diese Behauptung jedoch selbst (siehe Tabelle): Danach sind Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz wieder unterdurchschnittlich an der Ausgabensteigerung beteiligt. Noch im Jahr 1999 gingen die Ausgaben für Zahnbehandlungen und Zahnersatz sogar um 0,7 Prozent zurück. Seit dem Jahr 2000 sind Zahnbehandlungen und Zahnersatz an dem Ausgabenzuwachs beteiligt, und zwar mit einer Vermehrung von 1,5 Prozent im Jahr 2000, von fünf Prozent im Jahr 2001 und von 2,6 Prozent im Jahr 2002. ■



Die Ausgaben der PKV für Zahnbehandlung und Zahnersatz von 1995 bis 2000 (Zahlen: PKV).

Arztkosten ambulant	+ 2,2 Prozent
Zahnbehandlung und -ersatz	+ 0,9 Prozent
davon	
Zahnbehandlung	- 2,2 Prozent
Zahnersatz	+ 2,9 Prozent
Kieferorthopädie	+ 4,5 Prozent
Krankenhäuser	- 1,7 Prozent
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 3,6 Prozent
Wahlleistung Unterbringung	- 25,5 Prozent
Wahlleistung Arzt	- 1,5 Prozent
Arzneien und Verbandmittel	+ 5,8 Prozent
Heil- und Hilfsmittel	+ 4,2 Prozent
davon	
Heilmittel	+ 3,2 Prozent
Hilfsmittel	+ 5,3 Prozent
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegeld insgesamt	+ 1,3 Prozent

Die ausgezahlten Versicherungsleistungen der PKV für das Jahr 2003 im Einzelnen (Quelle: PKV).

PKV ebenfalls ein Plus bei den Zusatzversicherungen: Die Zahl der gesetzlich Versicherten mit mindestens einer Zusatzpolice stieg von 7,7 auf 7,9 Millionen. Viele Kunden haben aber inzwischen mehrere Versicherungen abgeschlossen, um die Lücken in der GKV abzudecken. Besonders groß war die Nachfrage bei den ambulanten Zusatzversicherungen: Hier konnten die Privatversicherer 5,1 Millionen Neukunden – 300 000 mehr als 2002 – begrüßen.

Zusatzgeschäft boomt

Während im Jahr 2000 noch 4,4 Millionen extra Policen verkauft wurden, konnte man Ende 2003 bereits 14,7 Millionen Versicherungsverträge zählen. Die Zahl der GKV-Versicherten, die eine Zusatzversicherung mit Einschluss von Zahnleistungen abschlossen, ist gleichfalls stark angestiegen. Was die Finanzen angeht, ist die PKV mit dem Geschäftsjahr 2003 zufrieden: Im vergangenen Jahr sei der niedrigste Ausgaben-/Erstattungsanstieg der letzten 15 Jahre zu verzeichnen.

Die 49 Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes verbuchten im vergangenen Jahr 24,7 Milliarden Euro an Beitragseinnahmen. Das entspricht einer Steigerung von 7,2 Prozent. Während das Plus in der Kran-

kenversicherung um 8,4 Prozent auf 22,9 Milliarden Euro anwuchs, fielen die Einnahmen in der Pflegeversicherung infolge von Beitragssenkungen um 6,8 Prozent auf 1,9 Milliarden Euro. Bereits in den Jahren 1999 und 2000 stiegen die Beitragseinnahmen jeweils um 4,3 Prozent, im Jahr 2001 um 5,6 und im Jahr 2002 nochmals um 6,8 Prozent. Der weitere deutliche Anstieg der Prämieinnahmen beruht im Wesentlichen auf der gestiegenen Zahl an Neukunden und Beitragsanpassungen.

Für Versicherungsleistungen bezahlten die PKV-Unternehmen insgesamt über 15,3 Milliarden Euro, etwa 600 Millionen Euro mehr als 2002. Das entspricht einem Anstieg von 4,1 Prozent. Bestandsbereinigt, also ohne den Effekt der höheren Versicherungszahl zu berücksichtigen, kletterten die Ausgaben für Krankheitskosten mit 1,3 Prozent eher moderat. Überproportional stiegen dagegen die Ausgaben für Arzneien und Verbandsmittel (5,8 Prozent) sowie für Heil- und Hilfsmittel (4,2 Prozent).

Rund 800 Millionen Euro gab die Branche für die Verwaltung aus, 2002 belief sich diese Summe noch auf 760 Millionen Euro. Das macht eine Steigerung von 5 Prozent.

ck

Zehn Jahre DH in Baden-Württemberg

Jubiläum für ein Erfolgsmodell

Die Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin (DH), die die Landes-zahnärztekammer Baden-Württemberg 1994 als bundesweit erste Länderkammer am Zahnmedizinischen Fortbildungszentrum (ZFZ) Stuttgart initiiert hat, ist ein Erfolgsmodell – und in diesem Sommer zehn Jahre alt geworden. Gefeiert wurde mit einem Festakt in der Ludwigsburger Musikhalle.

Die DH „Made in BW“ brauche den Vergleich mit den einstigen Vorbildern in der Schweiz und den USA auf keinen Fall zu scheuen, erklärte der Leiter des ZFZ, Prof. Dr. Johannes Einwag. Im Gegenteil, es sei ein modernes Berufsbild etabliert worden, das formal, strukturell und auch inhaltlich eine echte Innovation auf dem Bildungssektor darstelle.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die DH in Deutschland wurden mit dem Inkraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Januar 1993 und der gleichzeitigen Änderung des Zahnheilkundegesetzes geschaffen. Bisher sind allein am ZFZ Stuttgart 153 Dentalhygienikerinnen qualifiziert worden. Von Anfang an tatkräftig unterstützt habe auch das baden-württembergische Sozialministerium die Etablierung des Berufsbildes, erklärte Einwag, eine Aussage, die vom Vertreter des Sozialministeriums, Dr. Kohler, nachdrücklich bestätigt wurde. Man habe die richtige Entscheidung getroffen, denn die unter Aufsicht des Zahnarztes in Eigenverantwortung arbeitende Dentalhygienikerin, die vorwiegend in den Bereichen Prävention und Parodontologie tätig ist, stehe im Einklang mit den Zielsetzungen der Gesundheitspolitik im Rahmen des § 21 SGB V sowie des künftigen Präventionsgesetzes. Insofern werde der Stellenwert der Dentalhygienikerin auch in der Zukunft zunehmen. Dies konnte der Präsident der Landes-zahnärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Udo Lenke, nur bestätigen; er sieht die DH als entscheidende Mitarbeiterin an der Seite des Zahnarztes in der parodontalen und präventiven Therapie, die insbesondere im Rahmen des Recalls den Langzeiterfolg der

Behandlung sicherstellt. Das Wagnis, das man 1994 mit dem ersten Ausbildungsgang zur DH eingegangen sei, habe sich daher mehr als bewährt.

Nasenlänge voraus

Dr. Dr. Henning Borchers, Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen und Vordirektor der Bundeszahnärztekammer für das Praxispersonal, überbrachte die Jubiläumsgrüße des BZÄK-Präsidenten Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. Er erinnerte daran, dass die Bundeszahnärztekammer 1998 Musterfortbildungsordnungen für die

Fortbildungszentrum Stuttgart schon unmittelbar nach Inkraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1993 die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen genutzt und mit der Fortbildung zur DH begonnen. Ihnen folgten weitere Pilotprojekte in Münster und Hamburg, die im Jahre 2003 in die Verabschiedung einer Musterberufsordnung für die DH der BZÄK einmündeten.“ Borchers wies darauf hin, dass es sich bei der DH um eine Aufstiegsfortbildung handle und dass eine eigenständige Berufsausbildung an Universitäten oder Fachhochschulen sozial- und gesundheitspolitisch nicht zu vertreten sei.

Mit drei Begriffen umschrieb die ebenfalls am ZFZ ausgebildete Dentalhygienikerin Sylvia Fresmann, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Dentalhygienikerinnen (DGDH), das Erfolgsrezept der modularen Aufstiegsfortbildung: Qualität, Professiona-

lität und Flexibilität. Mit diesen Prädikaten ausgestattet sollte die in Deutschland ausgebildete DH auch in der erweiterten EU ohne Probleme bestehen können.

Der Referent für die zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen der LZK BW, Dr. Klaus P. Rieger wies auf die zunehmende

Professionalisierung des Praxispersonals hin. Die Grundsatzentscheidung in Baden-Württemberg sei Auslöser dafür gewesen, dass es „in den Praxen Deutschlands auf einmal Mitarbeiterinnen gab, die nicht nur den Absauger halten, Gips anrühren, Amalgam mischen oder putzen konnten, sondern kompetente Mitarbeiterinnen mit einem Spezialwissen, die qualifiziert eingesetzt werden konnten“.

Den Bogen über zehn Jahre Ausbildung und Lehrtätigkeit am ZFZ Stuttgart spannten zum Abschluss in einem sehr persönlichen Rückblick Angelika Kohler-Schatz und Miriam Grav, jeweils Absolventinnen und Jahrgangsbeste der DH-Kurse 1994 und 2004.

pr/LZK BW



Prof. Dr. Johannes Einwag (o.) und Dr. Dr. Henning Borchers (u.) beim Festakt in Ludwigsburg



13. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Medizinischer denken und handeln

Der Zahnarztbesuch ist nicht nur Reparaturtermin, sondern wichtige Untersuchung zur Vermeidung lebensbedrohender Erkrankungen. Dieser Appell von Mecklenburg-Vorpommerns Zahnärztekammerpräsident und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich auf dem 13. Zahnärztetag in Warnemünde (3. bis 5. September) galt nicht nur den Patienten. Auch Zahnärzte müssten lernen, medizinischer zu denken und zu handeln. Vorrangiges Thema des Zahnärztes war ergo das medizinische Wissen der Zahnärzte.

„Unser Fach wird in der diagnostischen Bedeutung unterschätzt. Es birgt zahlreiche Potentiale für Prävention und rechtzeitige Therapie von Herz- und Kreislauferkrankungen, chronischen Stoffwechselstörungen wie Diabetes oder von Tumoren“, erklärte Oesterreich auf der Pressekonferenz zur diesjährigen Veranstaltung. Auf der Tagung betonte der Präsident, dass „die medizinische und zahnmedizinische Bedeutung für Befunderhebung und Diagnostik deutlich steigt“, die Zahnmedizin aber „oftmals sehr stark durch die gesundheitsökonomische Brille betrachtet wird“. Erfreulich sei hingegen, dass die unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Reiner Biffar (Greifswald) erstellte,

Greifswald), Präventions- und Therapiestrategien bei Allergien (Prof. Fuchs, Göttingen) wie auch Manifestationen rheumatischer Erkrankungen im Kiefer-Gesichtsbereich (Prof. Reich, Bonn).

Sie leisteten auf dem 13. Zahnärztetag im hochsommerlich geprägten Umfeld ihren Beitrag zur ertragreichen Arbeit: Prof. Grabowski (o.r.), Dr. Oesterreich, ZA Wagner und Dr. Kopp (u.v.l.n.r.).



Festzuschüsse unberührt

Den standespolitischen Abend prägte das aktuelle Rückzugsmanöver des Gesetzgebers bei der Ausgrenzung des Zahnersatzes: Gemeinsam standen Dr. Oesterreich, der KZV-Vorsitzende Dr. Wilfried Kopp sowie KZBV-Vorstandsmitglied ZA Ralf Wagner Rede und Antwort zur neuen Gesetzesvorlage sowie zu den davon wohl unberührt gebliebenen Festzuschüssen. Oesterreich betonte, dass die Festzuschuss-Thematik keine

Ausgliederung der Zahnheilkunde aus der GKV sei, vielmehr eine evolutionäre Weiterentwicklung mit zahlreichen Vorteilen.

Der KZV-Vorsitzende Kopp betonte, dass die Umsetzung des Festzuschussystems aufkommensneutral vollzogen wurde, lobte gleichzeitig diese „nach oben offene“ Lösung und deren Vorteile für den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt. Ralf Wagner, auf Bundesebene an den Verhandlungen im Bundesausschuss beteiligt, forderte ausdrücklich den Abschluss notwendiger Übergangsregelungen zur neuen Systematik. Hier hätten sich die Krankenkassen bis zum Veranstaltungstermin einer Lösung verweigert. mn



Fotos: Curth

weit in den medizinischen Bereich zielende Fortbildung mit etwa 750 Teilnehmern so enormen Zuspruch fand. Auch die Vorsitzende der Wissenschaftlichen Gesellschaft für ZMK des Landes, Prof. Rosemarie Grabowski, betonte, dass es im Vorfeld keine Kontroverse über die Aufnahme der Thematik gegeben habe. Prof. Biffar bemängelte in seiner Einführung das „manchmal sehr oberflächliche Wissen, oftmals auch den Verlust des Kontaktes zur Allgemeinmedizin“ von Zahnärzten. Das Tagungsprogramm bot die entsprechende Anknüpfung mit Vorträgen zu verhaltensbedingten Risiken in der Therapie durch Tabak und Alkohol (Prof. Kocher,

Eine Rückbesinnung auf die „Medizin als Basis unseres Berufsstandes“ forderte Prof. Meyer (Greifswald) in seinem Vortrag über „Wechselwirkungen der Kaufunktion mit allgemeinen Körperfunktionen“. Anhand konkreter Beispiele wie Tinnitus oder Kopfschmerzen argumentierte Meyer für die Notwendigkeit medizinisch interdisziplinären Denkens in der Zahnmedizin. Den aktuellen Blick auf die Erkenntnislage bakterieller und viraler Erkrankungen bot Prof. Gürtler (Greifswald), auf die (Rezidiv-) Prophylaxe von Endokarditiden bei zahnärztlichen Erkrankungen (Prof. Reichert, Mainz), auf

Wenn der Zahn an der Nadel hängt

Susanne Priehn-Küpper

„An jedem Zahn hängt ein Mensch.“ Dieses Bild, das jeder Zahnarzt kennt, symbolisiert fachbezogen das hypokratische Gebot der Achtung vor dem Patienten. Und was ist, wenn der „an der Nadel hängt“? Ein Berliner Hilfsprojekt betreut mit einer mobilen Behandlungseinheit Drogenabhängige. Eine zm-Reportage aus dem Brennpunkt:

Die dicken Busse quälen sich aus dem engen Hof. Ein PKW hat wieder die Ausfahrt zur Straße verstellt. Also steigt Petra Kolb, die Sozialarbeiterin von Fixpunkt in Berlin-Kreuzberg, aus und winkt das große Wohnmobil, in dem Sozialarbeiter arbeiten und Spritzen getauscht werden, entgegen der Einbahnstraße. Die Anwohner kennen das schon.

An die Kette gelegt

Wir fahren mit unserem „Zahn“-mobil hinterher. Stoßstange an Stoßstange. Die Zahnärztin Marina Bracht kutschert den schweren Mercedesbus. Ich zeige meine ehrliche Anerkennung. Nach etwa fünfzehn Minuten Fahrt durch enge Gassen und Straßen sind wir da. Das Kottbusser Tor

Wenn Zahnärzte Außergewöhnliches tun, wie in afrikanische Emirate zu reisen und dort Waisenkinder und Eingeborene zu behandeln, ist das immer eine exotische Angelegenheit und findet viele „Kollegenohren“. Dass aber auch deutsche Kollegen hier zu Lande eine ganz besondere Art der Zahnbehandlung betreiben, liegt als Information nicht unbedingt auf der Straße. Auf der Straße jedoch behandelt die Berliner Zahnärztin Marina Bracht, wenn sie mit ihrem Zahnmobil und ihrem „Fixpunkt-Team“ zum Kottbusser Tor in Berlin fährt und sich dort – nicht nur zahnmedizinisch – um die Menschen kümmert, deren Leben durch die Suche nach dem nächsten Schuss bestimmt wird.

wimmelt vor Menschen. Die Stadt hat einen speziellen Standort für diese in Berlin einmalige Aktion freigegeben. Die Generatoren werden aufgebaut ... und ... angekettet, denn der Vorgänger dieses Gerätes hatte bereits „Beine bekommen“.

Die Generatoren liefern Strom für die Untersuchungs Lampen sowie den Laptop, mit dessen Hilfe gleich vor Ort die Statistik erstellt und die Abrechnung vorbereitet wird. Und sie liefern den Strom für die mobile Einheit, wenn sie denn da ist. Heute ist sie zur Reparatur, denn es handelt sich um ein Auslaufmodell.

Eine letzte Zigarette

Auf der kleinen Plattform vor der „Dönerbude“ und dem Tabakladen tummeln sich etwa 35 Menschen und ebenso viele Hunde. Jeder trägt als Erkennungszeichen eine halbleere Bierflasche in der Hand. Ich packe meine Kamera aus ... und erhalte den ersten Ruffel. Man mag nicht fotografiert werden, denn das Leid, das sich hier häuft, ist nicht für alle gemacht, so erklären es mir die Sozialarbeiter. Marina Bracht rüstet ihre Kiste mit Zahnprophylaxe- Utensilien. Colgate hat erst kürzlich mehrere Pakete geschickt.

Noch sind die „Klienten“, hier spricht man nicht von Patienten, verhalten. Sie warten in großem Abstand, sitzen auf der Treppe, trinken Bier, machen ihre Späßchen, oder dösen auch nur so vor sich hin. Abhängig von Alkohol- und Heroinpegel.

Petra und Marcel, beide als Sozialarbeiter, Sanitäter und Streetworker seit zwei Jahren



Brennpunkt Kottbusser Tor: Hier werden Drogenabhängige vor Ort zahnmedizinisch und medizinisch versorgt.

bei Fixpunkt e.V. Mobilix beschäftigt und ansässig in Kreuzberg, gehen auf sie zu, setzen sich neben sie, drehen mit den Menschen, denen ihr Leben mehr als aussichtslos erscheint, eine Zigarette, reden oder hören auch einfach nur zu.

Spritzentausch statt Hepatitis

Ein Mann, altersmäßig nicht einzuschätzen, löst sich aus dem Pulk und kommt auf den ersten Buss zu. Dort sitzt Ingo, Zivildienstleistender bei Fixpunkt, hinter dem geöffneten Fenster, neben sich die Spritzen-Klappe. Der Mann greift in seinen schmutzigen Jutebeutel, öffnet mit der linken Hand die Klappe am Bus und lässt ein Paket hineinfallen. Beide unterhalten sich. Ingo schaut in seine Unterlagen, füllt eine Liste aus, notiert den Namen. Und reicht ein frisches Bündel Kanülen und Spritzen sowie Einmaltücher zum Desinfizieren heraus. Alles verschwindet blitzschnell im Jutebeutel.

Magenschmerzen, Krätze, Abszesse und Co.

So langsam kommt die Menge in Bewegung. Bevor die Klienten zum Zahnarztbus kommen, gehen sie zum Gesundheitsbus. Heute ist ein Sanitäter an Bord. Marcel Brand, Krankenpfleger mit OP-Erfahrung, sitzt in einem alten umgebauten Kranken-



Foto: MEV

transporter mit einer Untersuchungs- liege, einem Medikamentenschrank und einigen wichtigen Untersuchungsutensilien zum Prüfen von Ohren, Nasen, Mund und mehr. Das kleine OP-Besteck und die Medikamente sind streng unter Verschluss.

„Maloxaan® bitte“, erfragt ein Klient. Magenbeschwerden hat fast jeder hier, der seit Jahren Alkohol trinkt und das in Mengen. Dieser macht eigentlich kalorienmäßig gerechnet feste Nahrung überflüssig. Daher sind diese Menschen auch alle dünn, der Stoff gibt ihnen den Rest. Je nach Schweregrad der Abhängigkeit wird gedrückt, geschluckt oder inhaliert Oft alles zusammen, was der Markt gerade zu bieten hat, „Hauptsache Stoff“.

Martin, 46, und seit Jahren Rentner, weil sein Rücken die jahrzehntelange Arbeit auf dem Bau nicht mehr aushielt, erzählt, dass er sich nur einmal im Monat, nämlich am Ersten, wenn das Geld fürs Leben kommt, etwas Gutes gönnt. Dann drückt er, und es dauert drei bis vier Tage bis der Körper wieder clean ist. Er erklärt mir, dass er genau

weiß, wie er die Dialyse anregt, so dass sein Hausarzt nichts davon mitbekommt.

Martin lebt von 350 Euro Rente plus 55 Euro Wohngeld. Die zehn Euro Arztbeitrag sind ihm zuviel, daher kommt er hierher und lässt sich regelmäßig in den Mund schauen. Denn das Einzige, was er als Zuschuss vom Amt sonst noch bekommt, ist die Gebühr für die GEZ (Gebühreneinzugszentrale). Kein Kleidergeld, kein Weihnachtsgeld..... aber hat Martin ein eigenes Dach über dem Kopf, wer weiß, wie lange der Vermieter die billige Miete und ihn noch toleriert.

Mit 'nem Sofa unterm' Hochbahngleis

Anders ergeht es Ingo. Ingo lebt vom Alkohol und seit fünfzehn Jahren unter der Hochbahn am Kottbusser Tor. Er nennt ein altes Sofa sein Eigen und ist stolz darauf, dass er schon mehrmals im Fernsehen war. Denn er ist

„kälteresistent“, wie er meint. Er bekommt von uns einen heißen Kaffee und lässt sich vom Krankenpfleger eine wunde Stelle auf der Kopfhaut behandeln.

Marina Bracht kennt Ingo schon lange. Er ist der Einzige hier, der nicht spritzt. Sie schenkt ihm eine Zigarette und motiviert ihn, doch mal den Mund untersuchen zu lassen. Wann er das letzte Mal beim Zahnarzt war?

„Nie!“ Ingo lacht und zeigt seine fehlende Front im Oberkiefer. Er macht es sich auf der Untersuchungs- liege (es gibt keinen richtigen Zahnarztstuhl) bequem. Die Zahnärztin entfernt Konkremente und Beläge. Ingos Restgebiss scheint relativ unauffällig. Eine Zahnbürste will er nicht ... Hat nie eine gehabt.

Anders der junge Mann mit den gerade verheilten Spritzenabszessen auf dem linken Handrücken. Er fragt nach einer Zwischenraumzahn- bürste und nach einer Kinderzahn- bürste für seinen Sohn.

„Ihre große Hoffnung ist ein Sponsor, möglichst ein Labor, das ab und an eine 28er spendiert.“

An der Tauschklappe werden alte gegen neue Spritzen getauscht. So werden Infektionen wie HIV und HBV verhindert.



Klappe auf, Klappe zu

Am Tauschwagen ist inzwischen Hochbetrieb. Außen am Wagen ist eine Klappe angebracht, in die die Abhängigen ihre gebrauchten Kanülen entsorgen. Ihre Gabe landet direkt im Sondermüllcontainer. Sie erhalten eins zu eins sauberes steriles Material. Bis zu 30 Stück werden pro Klient abgegeben. So ist gewährleistet, dass zumindest die Gefahr der Übertragung von Hepatitis und AIDS gebannt beziehungsweise reduziert wird.

Extraktionen im Bus

Zahnärztliche Behandlungen beschränken sich auf Extraktionen. Parodontalabszesse werden gespalten, desinfiziert, versorgt.

„Zahnärztliche Behandlungen beschränken sich auf Extraktionen. Parodontalabszesse werden gespalten, desinfiziert, versorgt. Füllungen, wenn nötig, werden mit Amalgam durchgeführt, in der Front mit Komposit. Prothetische Arbeiten kennt man hier nicht, ... „denn wer soll sie finanzieren?““

Füllungen, wenn nötig, werden mit Amalgam durchgeführt, in der Front mit Komposit. Prothetische Arbeiten kennt man hier nicht, ... „denn wer soll sie finanzieren?“, fragt die Berliner Zahnärztin. Ihre große Hoffnung ist ein Sponsor, möglichst ein Labor, das ab und an eine 28er spendiert. Denn, so die engagierte Zahnmedizinerin gegenüber den zm, die orale Rehabilitation erleichtert manchem Drogenabhängigen, sollte er erfolgreich durch den Entzug kommen, den Rückweg in ein normales Leben

und mit viel Glück sogar in einen Job und damit in die Unabhängigkeit von staatlicher Finanzierung.

Sachspenden erforderlich

Sachspenden wie Winkelstücke, Watterollen, Absaugspritzen, spezielle Extraktionszangen und vieles mehr erreichen zwar die Boppstraße 7 – hier ist der Fixpunkt e.V. Mobilix in einer Fünzimmer-Wohnung zuhause – aber immer noch spärlich. Vieles tut Not, irgendwann ist auch eine feste Praxis geplant, aber „noch ist mehr auf der Straße zu tun“, so die Zahnärztin zuversichtlich. Sie ist Human- und Zahnmedizinerin, und die vielen Jahre in einer Berliner Kieferchirurgischen Praxis sind ihr heute von großem Nutzen. Aber auch die Medizin hat sie nicht verlernt.



Der Andrang ist groß. Schon lange vor den bekannten „Arztsprechstunden“ warten die Abhängigen am Treffpunkt.

Schweigen ist erstes Gebot

Ein recht passabel aussehender und ordentlich gekleideter Abhängiger macht mit Petra, der Sozialarbeiterin, Gabi, der Praktikantin aus Leipzig, und dem zahnärztlichen Personal seine Witze. Plötzlich wird er still „kann ich mit dir alleine Reden?“ Er blickt Marina Bracht an. „Natürlich, komm.“ Sie steigt mit ihm in den Mercedes, der ehemals für den Hermesversand unterwegs war. Die Zahnärztin schließt die Tür hinter beiden. Mehr als eine halbe Stunde vergeht, behandelt wird nicht. Was der Mann wirklich auf dem Herzen hat, schluckt die ärztliche Schweigepflicht.



Das Team v.l.n.r.: Dr. Marina Bracht, Monika Steingroß, Praktikantin Gabi und Marcel, Sozialarbeiter.

Sie wird in das Gesundheitsmobil gerufen. Der Sanitäter braucht ihre Hilfe. Selbstsicher spaltet sie dort mit seiner Unterstützung den Analabszess eines Klienten. Dieser verlässt noch etwas wackelig die Wohnmobil-Klinik. Frisches Verbandsmaterial hat man ihm mitgegeben.

„Auch stellen sich immer mal wieder Klienten mit starker Hypoglykämie vor. Sie dürfen erst nach der nächsten „Stulle“, die das Personal aus der Tasche zaubert, behandelt werden, wenn auch der Blutzuckerspiegel die Hungerattacke überstanden hat.“

Bis zu zehn zahnärztliche Behandlungen sind an der Tagesordnung, abgesehen von vielen zahlreichen Tipps und Handreichungen, wie die Abgabe von Bürsten und Pasten oder gar Zahnseide, wie sie ein Abhängiger forderte. Er sieht so aus, als wäre er noch nicht lange „im Team“, denn die Anderen, die schon länger drücken, erinnern sich nur bei sehr starken Zahnschmerzen daran, dass es eine Zahnbürste oder gar andere Pflegeprodukte gibt.

Initiative Fixpunkt und Zehlendorfer Hausfrauen

Das Alter dieses Klientels hier im „Kotti“ liegt zwischen 16 und 60. Jeder Einzelne hat seine Geschichte, und die ist sicherlich nicht lustig. Hauptsponsoren der Einrichtung sind

zm-Info

Das wird dringend benötigt

Hand- und Winkelstücke mit außengeführtem Spray
Turbine
Zylinderampullenspritzen
Röntgenfilmhalter
Schutzschild / Röntgenschürze
Tischdunkelkammer
Ultraschall-Reinigungsgerät,
Folienschweißgerät und
alle Verbrauchsmaterialien für operative Eingriffe (Watterollen, Desinfektionslösung, Papierlätzchen, Papierhandtücher, Waschlösung, Spaydesinfektionslösung, Spiegel, Sonden (Karies und PAR), Nahtmaterial, Nadelset, Medikamente und mehr)

Geldspenden sind zu richten an:
Kto Nr. 3126102
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 100205 00
(Spendenbescheinigung ist möglich)

das Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e.V. und dessen Vorsitzender Dr. Christian Bolstorff, der mehr als aktiv ist. Mit seiner Unterstützung wurde nicht nur das „Zahn“-mobil ans Rollen gebracht, sondern auch die Zehlendorfer Hausfrauen aufgetan. Das ist eine

Gruppe von Damen, die ehrenamtlich Haushaltsauflösungen durchführen und die noch brauchbaren Gegenstände auf einem Trödelmarkt, dem Rumpelbazar in Zehlendorf, zweimal die Woche „versilbern“. Auch ein Banker-Ehepaar, das verständlicherweise anonym bleiben möchte, ist mit größeren Summen jedes Jahr dabei. Sie spenden Ihre Tantiemen aus der Aufsichtsratsausschüttung in fünfstelliger Höhe. Da die Stadt Berlin bekanntlicherweise als Geldgeber ausfällt, sind die Gelder rar.

Marina Bracht wird für zwei bis drei Stunden zweimal die Woche bezahlt. Wieviel sie tatsächlich hier arbeitet, das wagt sie gar nicht zu sagen. Ein Antrag zur Einrichtung einer festen Stelle bei einer Stiftung ist gestellt, ansonsten sorgen „Zivis“ und Praktikanten für Unterstützung der Kreuzberger Sozialeinrichtung, die noch einen weiteren Standpunkt am Bahnhof Zoo hat. Eine

„Diese Patientengruppe muss mit einem Lokalanästhetikum mit erhöhtem Vasokonstringens behandelt werden.“

Dependance in Moabit ist in Planung. Dort wechselt sich die Berliner Zahnärztin immer mit dem „Druckmobil“ ab. Dieses gibt den Abhängigen die Möglichkeit, zumindest unter hygienischen Verhältnissen ihren Suchthunger zu stillen.

Die Methadonsubstitution zeigt sich bei vielen Drogenabhängigen auch hier in Berlin mehr als erfolgreich. Verhindert die Maßnahme doch die Beschaffungskriminalität sowie die Prostitution beider Geschlechter. Die Abhängigen werden so arbeitsfähig und können, bevor sie die Abhängigkeit therapieren lassen, ihr soziales Umfeld „in Ordnung“ bringen.



Der Generator ist angekettet. Sein Vorgänger hatte schon „Beine bekommen“.

Ohrenschmerzen – auch hierfür ist die Zahnärztin ansprechbar, denn sie hat auch Medizin studiert.



Fotos: sp

Medizinische Zwischenfälle gibt es bei diesen Maßnahmen wenig. Im Druckmobil hat man Naloxon (Narcanti®) als Antidot für die Überdosierung griffbereit, ebenso den Ambubeutel und das Handy für den Notruf. Auch stellen sich immer mal wieder Klienten mit starker Hypoglykämie vor. Sie dürfen erst nach der nächsten „Stulle“, die das Personal aus der Tasche zaubert, behandelt werden, wenn der Blutzuckerspiegel die Hungerattacke überstanden hat.

Mitarbeit ist gefragt

Viele der „Ex-Junkies“ werden bei Fixpunkt mit eingespannt. Sie teilen Formulare aus, nehmen Kontakte zu Abhängigen auf, vermitteln, verteilen warmes Essen und frische Kleidung. Heute startet eine Umfrage bezüglich der Hepatitisinfektionen. Einige hier vom „Kotti“ teilen die Fragebögen aus und helfen beim Ausfüllen der Zettel. Alle haben besten Kontakt zu ihren „Exkumpels“ und können oft mehr erreichen, als mancher Sozialarbeiter, wenn sie denn stabil sind.

(Zahn-)ärztin, Lebenshilfe, Therapeutin und mehr

Probleme bei der zahnärztlichen Behandlung hat die Berlinerin nicht, lässt sie sich doch viel Zeit und spricht den Klienten, die noch zögerlich sind, ob sie den Mund aufmachen sollen, liebevoll zu. Oder gibt ihm noch eine Zigarette, damit er sich so richtig auftanken kann. Die Frage nach der Schädlichkeit des Tabakkonsums braucht man sich unter diesen Bedingungen nicht mehr zu stellen. Die 52-jährige Zahnarzhelferin

Monika Steingroß unterstützt sie dabei und zeigt dem Einen oder Anderen, wie er nach der Zahnbehandlung dann sein Gebiss pflegen muss. Vor Extraktionen spritzt die Zahnmedizinerin Ultrakainforte. Mit zwei bis drei Millilitern kommt sie meistens aus. Manchmal braucht sie sogar fünf Milliliter. Interaktionen mit diversen Suchtmitteln, wie sie bei

zm-Info

Wrigley-Prophylaxe-Preis

Die Organisation Fixpunkt e.V. Mobilix erhielt anlässlich der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) in Wuppertal den Wrigley-Prophylaxe-Preis. Der Preis von 2000 Euro wird für den Ausbau der Prophylaxe im Rahmen des Zahnprojekts zur Betreuung Opiatabhängiger in Berliner Brennpunkten verwendet. sp

den Abhängigen auf dem Speisezettel stehen, sind in ihrer Tätigkeit bisher nicht aufgetreten. Aber seit einigen Tagen ist in Berlin mit Strichnin verseuchter Stoff im Handel, so lauten die Informationen der lokalen Polizeibehörde. „Das kann uns Probleme machen!“, so die Zahnärztin. Ingo ist fertig. Er krabbelt behäbig aus dem „Zahn“-mobil. Er verspricht, dass er wiederkommt, wohnt er doch gleich um die Ecke und freut sich schon immer darauf, „seinen Besuch“ zweimal die Woche hier zu treffen.

Situation bundesweit

Wie eine Umfrage der zm bei allen 17 Länderzahnärztekammern ergab, ist die Initiative von Fixpunkt e.V. einzigartig in der Bundesrepublik. Auch, wenn zum Beispiel in den neuen Bundesländern das Thema Drogen nur auf den Alkohol beschränkt war, sind so genannte „Brennpunkte“, wie sie aus den westlichen Großstädten bekannt sind, nicht vorhanden. Aber auch in den Ländern, in denen Jung und Alt in Fixerstuben, U-Bahnhöfen oder anderen „Sammelpunkten“ anzutreffen sind (Frankfurt, Hamburg, Köln und mehr), gibt es keine Einrichtung, die speziell für die zahnärztlichen Belange dieser Menschen verantwortlich zeichnet. Während hingegen Einrichtungen und diverse Projekte zur reinen medizinischen Betreuung Drogenabhängiger in etlichen deutschen Städten etabliert sind, kommt die Mundgesundheit doch zu kurz. Zwar haben die Gesund-



Ingo lässt sich nach langem Zögern und einer gemeinsam gerauchten Zigarette auf die Behandlungs- liege „bugsieren“. Seine Restzähne sind infektionsfrei.

zm-Info

Mehr über den Fixpunkt

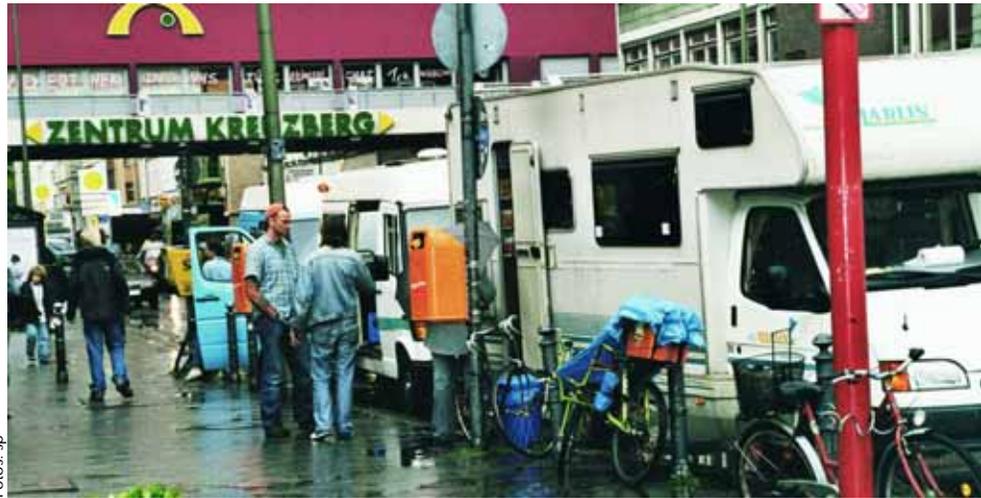
Der gemeinnützige Fixpunkt e. V. wurde im März 1989 gegründet und hat zirka 25 Mitglieder. Fixpunkt e. V. ist Mitgliedsorganisation beim Paritätischen Wohlfahrtsverband (dpw), dem Landesverband der Berliner Aids-Selbsthilfe (LaBAS e. V.), akzept e. V. und der Deutschen Aids-Hilfe (DAH) und ist Gesellschafter der StadtRand GbR/GmbH.

Vereinsziel ist die Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Lage von DrogengebraucherInnen, vorrangig derer mit HIV, Aids und Hepatitis.

Sie können die Vereinsarbeit durch ehrenamtliche Mitarbeit in den Projekten oder Spenden unterstützen.



heitsämter hier und da ein Auge drauf, aber längst nicht in der Form wie Marina Bracht es hat. Einige Zahnkliniken oder auch niedergelassene Zahnärzte wurden uns genannt, die sich darauf spezialisiert haben, Drogenabhängige, die zum Beispiel während des Entzugs oder im Anschluss an diese Maßnahme zahnmedizinische Probleme haben, zu behandeln. Dann geht es aber immer darum, die entsprechende Anästhesie, abhängig von dem verabreichten Suchtmittel, zu wählen und diese Patienten besonders medizinisch zu betreuen, falls mit Nebenwirkungen beziehungsweise Interaktionen zu rechnen ist. Denn, so geht es aus einem Beitrag hervor (erschienen in den zm 14/ 42 1994, in toto über den Leserservice erhältlich), ist Kokain selbst ein Lokalanästhetikum, das die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Dopamin verhindert.



Fotos: sp

Die drei „Gesundheitswagen“ am Treffpunkt in Berlin

Hieraus resultieren erhöhte systemische Katecholaminspiegel. Dieses muss bei der Dosierung des Vasokonstriktors im Rahmen der zahnärztlichen Lokalanästhesie berücksichtigt werden. Es ist daher zu empfehlen, Lösungen mit reduziertem Adrenalinzusatz zu verwenden. Übrigens: Crack ist ein modifiziertes und extrem wirksames Kokain. Ebenso spielt in all diesen Fällen die HIV-

„ Diese Ergebnisse zeigen, dass die Berliner Initiative nicht nur gute Arbeit leistet, sondern diese Arbeit auch vorbildhaft für andere Großstädte und Brennpunkte dieser Art sein sollte.

und Hepatitisprophylaxe eine besondere Rolle. Das sollte für Behandler als auch für das Personal in jeder deutschen Praxis von alltäglicher Wichtigkeit sein.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Berliner Initiative nicht nur gute Arbeit leistet, sondern diese Arbeit auch vorbildhaft für andere Großstädte und Brennpunkte dieser Art sein sollte.

Denn, wer hat nicht schon mal am Kölner Heumarkt, in Hamburg im Gleisdreieck Damtorbahnhof oder im Frankfurter Grüngürtel am Fuße der Wolkenkratzer der internationalen Finanzwelt Menschen gesehen, die dort die Gemeinsamkeit ihrer Suchterkrankung suchen und dem Ausstieg aus dem normalen Leben unweigerlich verfallen sind?

Dieses ist eine Gruppe von Patienten, die dringend zahnärztlicher Versorgung bedarf. Die Zahnärzteschaft tut gut daran, hier Zugangswege auszubauen und ihre Verantwortung für diese Patientengruppe wahrzunehmen. ■



Auch sie leben hier, heiß geliebt von ihren drogenabhängigen Besitzern und gefüttert vom Dönerverkäufer, der alltäglich die Knochenreste seiner Fleischlieferung unter der Hundemeute aufteilt.

Muss das Herrchen zum Entzug, dann springt „Idefix e. V.“ ein, ein weiteres Projekt von Fixpunkt e. V. in der Skarlitzer Straße nahe des Kottbusser Tors, und kümmert sich um die Hunde dieser Klienten. Hier schaut auch ein Tierarzt immer mal vorbei und untersucht das eine oder andere Tier. So erging es auch Herta LSD, ein vierbeiniges Kerlchen mit Hals-tuch, das mit seinem Besitzer seit Jahren hier die Nachmittage verbringt und ihn beim Spritzen-tausch und Drogendeal anhänglich bewacht.



zm Leserservice

Den Beitrag aus zm 1994: Markus Lipp: Heroinabhängigkeit und Lokalanästhesie können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Eine wichtige aber ungewöhnliche Tätigkeit des Zahnarztes

Der Zahnarzt als Sherlock Holmes

Kerstin Kladny

Große Katastrophen gehen immer mit vielen Toten einher, die anschließend identifiziert werden müssen. Sei es Ramstein, Bopal, Enschede oder New York am 11. September 2001: Nur ein Zahn kann ausreichen, um einem Toten seinen Namen zurückzugeben. Wie Zahnärzte für diese akribische Puzzlearbeit vorbereitet werden, zeigt folgender Beitrag sehr anschaulich.

Ein ohrenbetäubender Knall – eine enorme Druckwelle erschüttert die Umgebung – in der Tiefgarage eines Hochhauses in Washington gab es eine Explosion durch eine defekte Gasleitung. 25 Personen werden vermisst. Man befürchtet, dass die meisten durch die Explosion ums Leben gekommen sind, womöglich bis zur Unkenntlichkeit entsetzt.

Praktisch zur gleichen Zeit ist ein Symposium von zivilen und militärischen Zahnärz-

ten und Rechtsmedizinern aus der ganzen Welt in vollem Gange – der Tagungsort befindet sich fiktiv in unmittelbarer Nähe des Unfallortes. Die Regierung bittet die Mediziner um Amtshilfe, um die Toten so schnell wie möglich zu identifizieren.

Dieses Szenario spielten wir vor Pressevertretern in München durch. „Es ist grausam, aber leider durchaus realistisch“, so Oberstarzt Dr. Klaus-Peter Benedix, Begutachter der Zahnarzt der Bundeswehr und stellvertretender Abteilungsleiter im Sanitätsamt der Bundeswehr in München. Er erkannte vor sechs Jahren die Wichtigkeit und Notwendigkeit für die Bundeswehr, sich mit der Thematik der „Forensischen Zahnmedizin“ intensiv auseinanderzusetzen. Bei Flugzeugabstürzen, schweren Verkehrsunfällen, militärischen Unfällen, Terroranschlägen, aber auch bei der Aushebung von Massengräbern in den Auslandseinsätzen ist das Fachwissen von Experten gefragt, um die Toten eindeutig zu identifizieren. Anlass genug für Dr. Benedix, im Juli 1999 mit einer ersten Informationsveranstaltung den Stein der „Zahnärztlichen Identifizierung“ innerhalb der Bundeswehr ins Rollen zu bringen.

Inzwischen gab es schon fünf Symposien zu diesem Thema und in der ersten Augustwoche 2004 den zweiten Workshop. Vier Rechtsmediziner aus der Schweiz, vier Bundeskriminal-



Foto: Pissarek

Zivil-militärische Zusammenarbeit

beamte (BKA) der Identifizierungskommission und 45 Bundeswehrzahnärzte aus der ganzen Republik reisten nach München an die Sanitätsakademie der Bundeswehr, um den in Deutschland einmaligen Workshop zu besuchen. Den weitesten Weg hatte der Durchführende des Workshops, Colonel Curtis Dailey – einer von zwei amerikanischen Sanitätsoffizieren, die zertifiziert sind, diesen Kurs überhaupt durchführen zu dürfen – er kam aus Georgia, USA, wo er stellvertretender Direktor der Tingay Zahnklinik, Fort Gordon, ist. Im Gepäck hatte er auch die so genannten Aservate – original menschliche Kieferteile und die zugehörigen zahnmedizinischen Behandlungsunterlagen aus einem amerikanischen Archiv. Das Üben an original menschlichen Präparaten macht diesen Kurs so einmalig in Deutschland. „In ganz Europa gibt es dies nur noch ein weiteres Mal in Skandinavien“, so Oberstarzt Dr. Benedix.

Trauriges Puzzlespiel im Hörsaal als Übungsaufgabe

Ein Hörsaal in der Sanitätsakademie wurde für den zweiten Workshop zum Schauplatz der „Zahnärztlichen Identifizierung“ der verbliebenen sterblichen Überreste der im Szenario „Gasexplosion in Washington“ ver-



Foto: Hilgers

Akribische Kleinarbeit

unglückten Personen. Neun Gruppen zu je sechs Kursteilnehmern arbeiteten akribisch an den nummerierten Gebisstücken und den zugehörigen zahnärztlichen Unterlagen: Ante-mortem-Befunde wurden mit postmortalen Befunden verglichen, Röntgenbilder ausgewertet, zahnärztliche Behandlungsunterlagen studiert, Informationen ausgetauscht und abgeglichen – „Detektivarbeit von Weißkitteln“. Aber eines war anders: Weiße Kittel trugen die Kursteilnehmer in diesem Fall nicht, denn die anatomischen Präparate sind hygienisch einwandfrei.

Das emsige Treiben der Zahnärzte und Rechtsmediziner wurde jedoch den ganzen Tag über immer wieder unterbrochen. Colonel Dailey machte es seinen „Schülern“ nicht einfach und hat „Fußbägel“ in das Szenario eingebaut: „Ein Bodyguard und ein Fahrer werden zusätzlich vermisst“, bisher standen sie nicht auf der Vermisstenliste und zahnärztliche Behandlungsunterlagen liegen bis jetzt auch noch nicht vor. Dafür kann ein Vermisster von der Liste gestrichen werden – er war nicht wie vermutet in der Tiefgarage, sondern er befand sich bereits auf einer Geschäftsreise.

Lageänderungen schaffen Realitätsnähe

Dafür können zwei Kiefer nicht den vorliegenden zahnärztlichen Unterlagen zugeordnet werden. Rechtzeitig fällt den Kursteilnehmern jedoch ein, dass sich Monteure zur Reparatur der Gasleitung in der Tiefgarage aufgehalten haben sollen. Auf Nachfrage beim Leiter erhalten die Kursteilnehmer die entsprechenden zahnärztlich notwendigen Unterlagen. Curtis Dailey schafft mit diesen Einlagen bestmögliche reale Übungsbedingungen. Wobei die psychologische Belastung eines realen Unfalls bei einem derartigen Workshop nicht einmal annähernd geübt werden kann. Das bestätigt auch Dr. Sven Benthaus, Zahnarzt mit eigener Praxis in Oberhausen und externes Mitglied der BKA-Identifizierungskommission. Er war mit dem



FOTOS: Pissarek

Röntgenaufnahmen ante mortem und post mortem

BKA im Einsatz beim Zugunglück von Eschede, bei dem Flugzeugabsturz in Überlingen am Bodensee und er war im Kosovo bei der Identifizierung von Toten aus Massengräbern: „Diese Eindrücke trägt man lange Zeit mit sich herum.“

Alle Vermissten erfolgreich identifiziert

Am späten Nachmittag trugen die neun Gruppen ihre Ergebnisse vor. Tatsächlich haben sie alle das Ziel erreicht: Alle vermissten Personen wurden richtig identifiziert. Nicht ohne Stolz auf seine Lehrgangsteilnehmer sagte Dr. Benedix: „Es ist von un-



Kleinste Details können für die Identifizierung wichtig sein.

schätzbarem Wert, nach so einem Unglück den Toten ihren Namen wiederzugeben! Daher bin ich froh, dass auch der zweite Lehrgang dieser Art mit so großem Erfolg absolviert wurde.“ Den Wert der richtigen Identifizierung unterstrich Colonel Dailey mit seinen Erfahrungen nach den Anschlag auf das World Trade Center in New York: „Das Schlimmste ist eine falsche Zuordnung. Gelingt den Ärzten eine einwandfreie Identifikation, geben sie nicht nur den Behörden, sondern auch den Angehörigen Gewissheit und damit die Möglichkeit einer Beerdigung.“

DNA-Analyse ist teuer und zeitraubend

Im Zeitalter von Hightech und schier unbegrenzten Labormöglichkeiten mag man sich fragen, warum man im 21. Jahrhundert bei der Identifizierung nicht auf die modernen Möglichkeiten der DNA-Analyse zugreift. „Die DNA-Analyse dauert wesentlich länger, als die zahnärztliche Identifizierung“, so Oberstarzt Dr. Benedix. „Um nur ein Beispiel zu nennen, beim Zugunglück in Eschede waren bereits 80 Prozent der unbekanntenen Toten zahnärztlich identifiziert, bis die ersten Ergebnisse der eingeleiteten DNA-Analysen verfügbar waren“, bekräftigt der Experte.

Die Erfolgsquote bei der zahnärztlichen Identifizierung liegt bei bis zu 95 Prozent, ein Ergebnis, das sich sehen lassen kann und für die Kursteilnehmer die enorme Wichtigkeit einer ausführlichen und genauen zahnärztlichen Befunderhebung, Dokumentation und Archivierung deutlich macht.

Dr. Kerstin Kladny
Oberfeldarzt
Presse- und Informationszentrum des Sanitätsdienstes der Bundeswehr
Sanitätsamt der Bundeswehr
Dachauerstraße 128
80637 München

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Grundsätze bei der zahnärztlichen Behandlung von Personen mit Behinderungen

1. Definition und Problemstellung

Grundlegend lässt sich Behinderung folgendermaßen definieren: „Als behindert gelten Personen, welche infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder die Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden“ [Bleidick, 1977]. Darüber hinaus lässt sich jede Art von Behinderung beziehungsweise Kombination verschiedener Behinderungen medizinisch sowohl mit Hilfe des International Code of Diagnoses (ICD) als auch der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) beschreiben [WHO, 2001]. In Deutschland erfolgt die formale Anerkennung einer Behinderung durch Amtsärzte. Aus den offiziellen Meldungen geht hervor, dass in Deutschland am 31.12.2001 1,67 Millionen Personen lebten, denen eine 100-prozentige angeborene oder erworbene Behinderung amtlich bescheinigt wurde [Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland, 2003]. Die Zahl der Personen mit einer amtlich anerkannten angeborenen Behinderung (Grad der Behinderung 50 bis 100 Prozent) betrug an diesem Stichtag 312 410.

Wissenschaftliche Untersuchungen und klinische Erfahrungen zeigen, dass der orale Gesundheitszustand bei vielen Personen mit Behinderungen deutlich schlechter ist als in der Allgemeinbevölkerung [Einwag et al., 1989; Pieper, 1990; Schulte et al., 1992; Griess et al., 1996; Nunn, 2000]. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass das Vorliegen jeder Art von Behinderung automatisch zu einer Benachteiligung für die Mund- und Zahngesundheit der betroffenen Personen führt [Cichon und Grimm, 1999]. Dies trifft nur dann zu, wenn mit den angeborenen oder erworbenen Behinderungen eine oder mehrere der nachfolgend

aufgeführten Begleiterscheinungen verbunden ist beziehungsweise sind:

1. Beeinträchtigte Mund- und Kaufunktion (wie bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Anodontie, ausgeprägter Hypodontie oder neurologischen Störungen);
2. Störungen der Immunlage im Bereich des Parodontiums (wie Morbus Down);



Foto: zm/s.pk

Der behinderte Patient, Ralf S., mit perfekter Mundhygiene und regelmäßigem Recall in der Gemeinschaftspraxis Cichon/Crawford in Borken.

3. Reduzierte oder fehlende Fähigkeit, selbst eine ausreichende Mundhygiene durchzuführen (zum Beispiel wegen motorischer Störungen, psychischer Störungen, mentaler Retardierung, Demenz, Lähmungen, Auslösung spastischer Anfälle durch Berührung einer hypersensiblen Mundschleimhaut, fehlender oder unphysiologisch gebildeter oberer Extremitäten);

4. Fehlende oder unzureichende Fähigkeit, selbst Besuche bei einem Zahnarzt zu veranlassen, um regelmäßige Kontrollen und bei Bedarf eine frühzeitige Therapie durchführen zu lassen beziehungsweise um präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen (wie bei psychischen Störungen, mentaler Retardierung, Demenz);

5. Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit,

ausreichend bei der zahnärztlichen Untersuchung und/oder der zahnärztlichen Therapie kooperieren zu können.

Der deutsche Gesetzgeber betont, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Personen mit Behinderungen insbesondere die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe umfasst; auch wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass hierbei „die Anleitung, eigene Hei-

lungskräfte zu entwickeln“ eingeschlossen ist [Sozialgesetzbuch IX 2001].

Aus diesen Aspekten ergibt sich, dass zahnärztlicherseits vielfältige Maßnahmen sowohl zur Prävention, Früherkennung und Frühtherapie von Gebiss-Schäden als auch zur Rehabilitation stark geschädigter Gebisse bei Personen mit zahnmedizinisch relevanten Behinderungen vorgenommen werden müssen.

2. Anamneseerhebung

Vor der zahnmedizinischen Befunderhebung und Therapieplanung muss bei Personen mit Behinderungen eine umfassende Anamnese erhoben werden, da bei dieser Patientengruppe häufig eine Polymorbidität vorliegt. Die Anamnese muss die in den

nachfolgend aufgeführten Fragen angesprochenen sozialen, medizinischen und zahnmedizinischen Aspekte einschließen.

1. Wie sind die Lebensumstände des Patienten mit einer Behinderung, das heißt, lebt er selbständig oder benötigt er hierzu Unterstützung; lebt der Patient zu Hause oder in einer Institution; besucht der Patient eine Schule oder arbeitet er in einer beschützenden Werkstatt? Wie sieht der Tagesplan des Patienten aus und welche therapeutischen Maßnahmen beinhaltet dieser?

2. Entscheidet der Patient für sich selbst oder wurde ein offizieller Betreuer bestellt?



3. Liegen neben der primären Behinderung weitere Erkrankungen vor und welche medizinischen Befunde wurden bisher erhoben?

4. Inwieweit sind bei einer Person mit Behinderungen die geistig-seelisch-körperlichen Voraussetzungen vorhanden, um geeignete Maßnahmen zur Erhaltung der Gebissfunktionen (wie ausgewogene Ernährung, Mundhygiene, Fluoridierung, Aufsuchen eines Zahnarztes) selbst durchführen zu können?

5. In welchem Ausmaß sind gegebenenfalls betreuende Personen (wie Familienangehörige oder Mitarbeiter von beruflichen, medizinischen, pädagogischen oder sozialen Einrichtungen) fähig beziehungsweise in die Lage versetzbar, Defizite von Personen mit Behinderungen bei den Maßnahmen zur Erhaltung der Gebissfunktionen zu kompensieren?

6. In welchem Ausmaß ist eine Person mit Behinderungen in der Lage, bei der Erhebung der zahnärztlichen Befunde sowie bei

der gegebenenfalls erforderlichen zahnärztlichen Therapie zu kooperieren?

7. Welcher Art und wie erfolgreich war die gegebenenfalls bisher erfolgte zahnmedizinische Therapie?

3. Befunderhebung und Diagnosestellung

Bei der zahnärztlichen Befunderhebung von Patienten mit Behinderungen und stark eingeschränkter Kooperationsfähigkeit muss berücksichtigt werden, dass diese manchmal erst nach einer systematischen, vertrauensbildenden Adaptationsphase vollständig durchgeführt werden kann. Scheitert diese, ist die genaue intraorale Befunderhebung bei diesen Patienten zusammen mit der zahnärztlichen Therapie nur in Allgemeinanästhesie möglich.

Die Informationen, die mit Hilfe der unter den Punkten 2.1 bis 2.6 aufgeführten Fragen und durch die Befunderhebung gewonnen wurden, müssen vor der zahnärztlichen Diagnosestellung und Therapieentscheidung dazu verwendet werden, eine diesbezügliche Risikoeinschätzung vorzunehmen.

4. Behandlungsgrundsätze

Für die zahnmedizinische Betreuung sowie die zahnärztliche Behandlung von Personen mit Behinderungen gelten folgende Behandlungsgrundsätze, deren Umsetzung vor allem in Abhängigkeit vom Ausmaß der Kooperationsfähigkeit einen erhöhten personellen, zeitlichen und apparativen Aufwand erfordern kann, zum Beispiel bei entsprechender Indikation und nach sorgfältiger Risikoabwägung durch die Behandlung in Allgemeinanästhesie.

1. Wegen der in der Regel komplexen medizinischen Befunde erfordert die zahnmedizinische Betreuung von Personen mit Behinderungen in überdurchschnittlichem Maße eine intradisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen zahnmedizinischen Fachgruppen und eine interdisziplinäre Kooperation der verschiedenen ärztlichen Disziplinen und der nichtärztlichen Berufsgruppen.

2. Im Grundsatz darf sich das Ergebnis der zahnmedizinischen Versorgung von Patienten mit Behinderungen nicht von dem eines Patienten ohne Behinderungen unterscheiden. Dies gilt sowohl für restaurative, endodontische, parodontologische, prothetische, kieferorthopädische als auch für zahnärztlich-chirurgische und kieferchirurgische Maßnahmen. Hierfür kann es erforderlich sein, bei Personen mit Behinderungen Abweichungen von der bei Personen ohne Behinderungen üblicherweise durchgeführten Therapie vorzunehmen. Derartige Abweichungen bedürfen einer Begründung.

3. Zur Unterstützung der sozialen Integration von Patienten mit Behinderungen sollte die Indikationsstellung für zahnärztliche Therapien und deren Durchführung auch bei dieser Bevölkerungsgruppe nicht nur funktionelle, sondern auch ästhetische Gesichtspunkte einbeziehen.

5. Nachsorge

Zur Aufrechterhaltung der therapeutischen Erfolge und der langfristigen Erhaltung der Gebissfunktionen ist es unverzichtbar, gerade bei Personen mit Behinderungen in risikoadäquaten Zeitabständen eine zahnärztliche Nachsorge in Verbindung mit zahnmedizinisch-präventiven Maßnahmen durchzuführen. Darüber hinaus bedürfen Personen mit Behinderungen zum langfristigen Erhalt der Gebissfunktionen vielfach einer regelmäßigen fachkundigen Unterstützung und Hilfestellung durch die Angehörigen und/oder die betreuenden Mitarbeiter aus beruflichen, medizinischen, pädagogischen und sozialen Einrichtungen. Hierfür müssen letztere die Gelegenheit erhalten, fachkundig geschult beziehungsweise weitergebildet zu werden.

*Prof. Dr. Andreas Schulte, Heidelberg,
Prof. Dr. Peter Cichon, Witten,
Prof. Dr. Ulrike Ehmer, Münster,
Dr. Ariane Hohoff, Münster,
Prof. Dr. Dr. Egbert Machtens, Bochum,
PD Dr. Petra Scheutzel, Münster*

Kurioses

Zahnersatz auf autologem Implantat

An dieser Stelle können wir wieder über eine äußerst ungewöhnliche Lösung berichten, einen Zahnersatz zu fixieren.



Als Zahnarzt Jörg-Thomas Baumgarten, Gleichen-Diemarden, eine Patientin aufforderte, den Zahnersatz einmal herauszunehmen, damit er den Restzahnbestand begutachten könne, griff sie zur Tat. Und beförderte nicht nur die Ersatz-, sondern auch gleich die Haltezähne mit aus dem Mund. Denn – ZA Baumgarten traute seinen Augen nicht – die vier Unterkiefer(ersatz)zähne waren jeweils mit den ehemaligen 3ern in den Kiefer gesteckt. Dieser autologe implantatgetragene Zahnersatz saß fest und entzündungsfrei in einer im Laufe der Jahre ziemlich stark keratisierten Alveole.

Das Staunen des Zahnarztes schreckte die Patientin aber nicht: Sie wollte ihren Zahnersatz behalten. Zum Reinigen putzte sie die alten Zahnwurzeln fleißig, die Alveolen waren entzündungsfrei.... was sprach noch dagegen???

Diese Kuriosität wurde eingereicht von
ZA Jörg-Thomas Baumgarten
Westerbergstraße 8
37130 Gleichen-Diemarden

Diese Kuriosität wurde eingereicht von
ZA Jörg-Thomas Baumgarten
Westerbergstraße 8
37130 Gleichen-Diemarden



Berichten auch Sie über außergewöhnliche Fälle in Ihrer Praxis.
Wenn Sie Fragen haben, einfach anrufen unter 0221-4001 259

Seltene Differentialdiagnose einer Osteolyse im Bereich des Unterkiefers

Einfache Knochenzyste im Bereich des Unterkiefers

Torsten E. Reichert, Martin Kunkel



Abbildung 1: Der Ausschnitt des Orthopantomogramms zeigt eine im caudalen Anteil scharf begrenzte Osteolyse im Bereich des rechten Kieferwinkels distal und apikal des Zahnes 47. Der Kanal des N. alveolaris inferior verläuft ohne Abweichung durch den zystischen Befund.

Fotos: Reichert

Kasuistik

Ein 19-jähriger Junge wurde uns zur Abklärung einer unklaren Osteolyse im Bereich des linken Kieferwinkels überwiesen. Auf dem Orthopantomogramm ist die annähernd ovale und insbesondere im basalen Anteil scharf begrenzte Osteolyse apikal und distal des Zahnes 47 erkennbar (Abb. 1). Sie reicht bis zur Unterkieferbasis und auffällig ist, dass der Kanal des Nervus alveolaris inferior ohne Verdrängungszeichen durch den Befund verläuft. Die Osteolyse wurde ein halbes Jahr vorher zufällig bei Beschwerden im Bereich des Weisheitszahnes der Gegenseite entdeckt. Auch damals zeigte sich

annähernd die gleiche Ausdehnung, wobei die Osteolyse hier bis in die apikale Region des später entfernten Zahnes 48 reichte (Abb. 2). Acht Jahre zuvor gab es auf dem damals durchgeführten Röntgenbild noch keinen Hinweis auf einen pathologischen Befund in der rechten Kieferwinkelregion (Abb. 3). Der Patient hatte zu keinem Zeitpunkt Beschwerden im Bereich des rechten Kieferwinkels oder Störungen des durch den Prozess ziehenden N. alveolaris inferior. Die enorale Inspektion und Palpation waren ebenfalls unauffällig und der Zahn 47 war vital. Bei der alio loco durchgeführten Entfernung des Zahnes 48 zeigten sich keine pathologischen Befunde in region 48.



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

Zur Abklärung der Osteotomie wurde die Außenfläche des Unterkiefers über eine marginale Schnittführung dargestellt und ein Knochendeckel entnommen. Darunter befand sich eine leere Knochenhöhle. Die Höhle wurde vorsichtig ausgetastet und kurettiert. Der Knochendeckel, der die äußere Begrenzung des knöchernen Hohlraums bildete, wurde zur histologischen Untersuchung eingeschickt. Im histologischen Bild zeigte sich, dass der Hohlraum von einer dünnen Bindegewebsschicht ohne Epithel ausgekleidet war (Abb. 4). Dieser Befund entspricht einer so genannten einfachen Knochenzyste oder Knochenkavität.

Diskussion

Die einfache Knochenzyste ist eine seltene, meist solitär vorkommende Pseudozyste des Knochens, die typischerweise im jugendlichen Alter vorkommt [Reichert und Philipsen, 2004; Kaugars und Cale, 1987; Hansen et al., 1974]. Sie ähnelt den solitären Knochenzysten an den proximalen Metaphysen der langen Röhrenknochen bei Kindern und Jugendlichen [Neukam und Becker, 2000; Reichert und Philipsen,



Abbildung 2: Auch ein halbes Jahr vorher war die Osteolyse im OPG vorhanden und reicht bis in die apikale Region des kürzlich entfernten Weisheitszahnes 48.



Abbildung 3: Acht Jahre zuvor war während der Wechselgebissphase des Patienten keine Osteolyse in der Kieferwinkelregion zu erkennen.

Fazit für die Praxis

- Die einfache Knochenzyste (-kavität) ist meist symptomlos und am häufigsten im Unterkiefer lokalisiert.
- Eine chirurgische Exploration und histologische Diagnostik sollte erfolgen, um andere pathologische Veränderungen auszuschließen.
- Die traumatische Genese der einfachen Knochenzyste ist nicht bewiesen.

Abbildung 4: Im histologischen Bild zeigt die knöcherne Begrenzung der Knochenzyste lediglich eine dünne Schicht von Bindegewebe ohne Nachweis von Epithel. Färbung: HE, Orig. Vergrößerung 200x.

2004]. Im Kieferbereich ist die Läsion in den weitaus meisten Fällen im Unterkiefer lokalisiert [Reichart und Philipsen, 2004]. Da die Zyste, wie auch im vorliegenden Fall meist symptomlos ist, handelt es sich oft um einen radiologischen Zufallsbefund. Nur sehr selten führt die einfache Knochenzyste zu Schmerzen oder zur Auftreibung der Knochenstrukturen [Neville et al., 2002]. Im Röntgenbild erkennt man in der Regel eine scharf begrenzte Osteolysezone, in die die Zahnwurzeln hineinragen können [Saito et al., 1992; Ehrenfeld und Prein, 2002]. Typisch ist, dass die beteiligten Zähne vital bleiben, und sowohl die benachbarten Zähne als auch der N. alveolaris inferior nicht verdrängt werden. Alle genannten Kriterien waren auch bei dem hier vorgestellten Patienten vorhanden.

Typisch für die einfache Knochenzyste ist, dass sich bei Exploration lediglich ein Hohlraum zeigt, der vollkommen leer ist oder mit wenig seröser Flüssigkeit oder Blut gefüllt sein kann [Reichart und Philipsen, 2004; Neville et al., 2002]. Histologisch findet sich kein Epithel, was die Läsion als Pseudozyste charakterisiert. Aus diesem Grund wurde auch der Begriff „Einfache Knochenkavitat“ statt „Einfache Knochenzyste“ vorgeschlagen [Reichart und Philipsen, 2004]. Die Pathogenese der einfachen Knochenzyste ist immer noch unklar. Favorisiert wurde lange Zeit die Theorie der unvollständigen knöchernen Heilung nach traumatisch bedingter intramedullärer Blutung [Neville et al., 2002; Shear, 1992; Feinberg et al., 1984]. Diese Erklärung hatte auch zu dem früher bekannten Namen der „Traumatischen Knochenzyste“

geführt. Letztlich gibt es keine eindeutigen Beweise für diese Theorie.

Da die einfache Knochenzyste nur sehr selten im fortgeschrittenen Alter entdeckt wird, nimmt man an, dass sie eine große Selbstheilungstendenz besitzt [Reichart und Philipsen, 2004]. Trotzdem sollte nach Entdeckung einer vergleichbaren Osteolyse schon zum Ausschluss eines anderen, eventuell malignen, pathologischen Prozesses eine chirurgische Exploration erfolgen. Zur Gewinnung des auskleidenden Gewebes für die histologische Untersuchung wird empfohlen, den Hohlraum vorsichtig zu kurettieren [Neville et al., 2002]. Damit wird gleichzeitig auch eine Einblutung in die Kavität provoziert. Bei größeren Kavitäten werden auch die stabilisierende Eigenblutfullung oder eine Spongiosaplastik diskutiert [Reichart und Philipsen, 2004]. Obwohl auch über das Auftreten von Rezidiven berichtet wurde, kommt es in den meisten Fällen zur knöchernen Ausheilung der Knochenkavitat [Neville et al., 2002].

(Die Röntgenbilder wurden freundlicherweise von Dr. L. König aus Pfungstadt zur Verfügung gestellt).

Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg

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.

Ungewöhnliches im Praxisalltag

Mögliche unerwünschte Wirkungen von Bisphosphonaten im Kieferbereich

Sebastian Hoefert, Harald Eufinger

Bisphosphonate sind aufgrund der nachgewiesenen Effektivität bei Plasmozytom, tumorbedingter Hypercalcämie und bei Knochenmetastasen aus den heutigen Therapieschemata nicht mehr wegzudenken und haben ihren festen Platz in der Osteoporosetherapie. Die Ärzteschaft weist im Deutschen Ärzteblatt vom 02. August 2004 und die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker in der Deutschen Apotheker Zeitung vom 12. August 2004, ganz aktuell auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Anwendung von Bisphosphonaten und therapieresistenten Nekrosen im Bereich der Kieferknochen hin. Aus diesem aktuellen Anlass erscheint der folgende Beitrag.

Bisphosphonate finden seit Jahren Anwendung in der Medizin und sind Analoga des physiologischen Pyrophosphates, bei dem der zentral gebundene Sauerstoff (P-O-P-Struktur) durch Kohlenstoff (P-C-P-Struktur) ersetzt wird. Die verschiedenen Präparate unterscheiden sich durch die Liganden am Kohlenstoffatom, von denen eine Seitenkette an die Mineralsubstanz des Knochens bindet und die andere die biologische Aktivität, Kinetik und Toxikologie bestimmt. Bisphosphonate finden verbreitet Einsatz in der Therapie von malignen Erkrankungen, wie dem Plasmozytom, den Knochenmetastasen, der tumorassoziierten Hypercalcämie, dem Morbus Paget und der Osteoporose, ferner auch bei Osteogenesis imperfecta und transitorischer Osteoporose. Die Anwendung unterscheidet sich in der Verabreichungsform, dem Präparat und dessen Wirkpotenz (Tab. 1). Hochpotente Bisphosphonate werden in der Regel intravenös gegeben. Gemeinsames Merkmal aller Therapieschemata ist häufig eine Langzeitanwendung über Jahre [Bartl u. Bartl, 2004, Berenson, 2002].

Bisphosphonate werden auf der Oberfläche des Knochens angereichert und hemmen die Funktion der Osteoklasten und somit den Knochenabbau. Bei Tumormetastasen sollen hierdurch das Wachstum gebremst und die Knochenschmerzen gemindert werden. Bei der Osteoporose führt dies zu einer positiven Knochenbilanz, indem der spon-

giöse und der kompakte Knochen gleichermaßen an Dichte zunehmen [Bartl u. Bartl, 2004]. Als unerwünschte Wirkungen sind gastrointestinale Beschwerden, Akute-Phase-Reaktionen, Hautallergien, Augenentzündungen, Hypokalzämien, Hypomagnesiämien und Nierenfunktionsstörungen bekannt und beschrieben [Bartl u. Bartl, 2004; Berenson, 2002].

Offizielle Stellen, wie die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im Deutschen Ärzteblatt vom 2. August 2004 und die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker in der Deutschen Apotheker Zei-

tung vom 12. August 2004, weisen ganz aktuell auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Anwendung von Bisphosphonaten und therapieresistenten Nekrosen im Bereich der Kieferknochen hin. Anlass waren aktuelle Publikationen im englischen Sprachraum aus den Jahren 2003 und 2004, die einen möglichen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Bisphosphonaten und Nekrosen des Kiefers aufzeigten.

In unserer ambulanten Behandlung befinden sich zurzeit drei Patienten, die möglicherweise von dieser unerwünschten Wirkung betroffen sind. Dieses nehmen wir zum Anlass, diese Kasuistiken zu beschreiben, um damit auf den Gesamtkomplex dieser neuen Entität im ZMK-Bereich einzugehen.

Fall 1: Eine 65-jährige Patientin, die wegen Osteoporose seit zwei Jahren 70 Milligramm Alendronat einmal pro Woche oral verabreicht bekommt, befindet sich mit ei-



Abb. 1: Darstellung des seit vier Monaten unverändertem Lokalbefund im anterioren Unterkiefer links bei einer 65-jährigen Patientin (Fall 1), die seit zwei Jahren Alendronat oral einnahm



Abb. 2: OPG-Ausschnitt zu Abb. 1 vier Monate nach Dekortikation

ner Wundheilungsstörung mit palpatorisch freiliegendem Knochen Regio 43 und einem Schleimhautdefekt in der Ausdehnung 0,8 x 0,2 Zentimeter (Abb. 1) in unserer ambulanten Behandlung. Sie war zuvor im Oktober 2003 zur ausschließlich extraoralen Eröffnung eines ätiologisch unklaren Kinnabszesses stationär in Behandlung. Im weiteren Verlauf kam es im April 2004 nach Wurzelrestentfernung 43 anderenorts zu einer lokalen Osteomyelitis. Eine Dekortikation Regio 43-33 erfolgte daraufhin im Mai 2004. Klinisch zeigte die vestibuläre Kortikalis keine Blutungszeichen, eine putride Sekretion konnte gesehen werden. Die pathohistologische Aufarbeitung ergab die Diagnose einer granulierenden und fibrosierenden Osteomyelitis. Seitdem stellt sich der Lokalbefund konstant und gegenüber lokalen therapeutischen Maßnahmen therapieresistent dar (Abb. 2). Die Patientin ist zurzeit beschwerdefrei in Beobachtung.

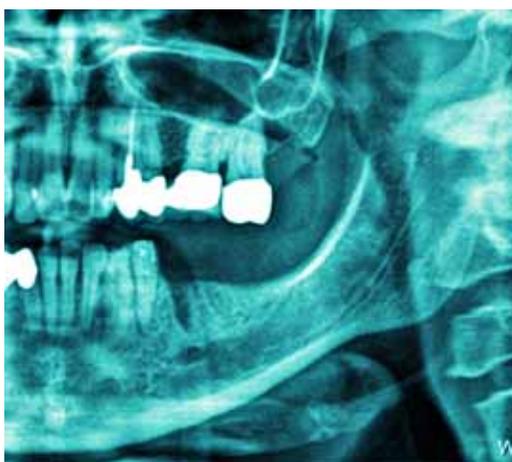


Abb. 3: OPG-Ausschnitt einer 55-jährigen Patientin (Fall 2) unter Pamidronattherapie nach Extraktion 35 vor 8 Monaten, chirurgischer Revision Regio 35 vor 6 Monaten und Trepanation des Zahnes 34 wegen Beschwerdepersistenz

Fall 2: Eine 55-jährige Patientin mit einem Plasmozytom (IgA Kappa Stadium I nach Salmon und Durie; Erstdiagnose 1997) zeigt eine Wundheilungsstörung Regio 35 seit acht Monaten. Neben viermaliger Chemotherapie in den Jahren 1997-1999 und einer Interferon-Therapie 1998 bekam die Patientin seit Januar 2000 Pamidronat intravenös über einen Port intermittierend verabreicht. Im Januar 2004 war der Zahn 35 wegen Beschwerden entfernt worden und im weiteren Verlauf eine Osteotomie Regio 35 wegen Wundheilungsstörung im März erfolgt. Im April erfolgte eine Reosteotomie, bei der pathohistologisch Zystengewebe nachgewiesen werden konnte. Kurzfristig entwickelte sich danach erneut eine Wundheilungsstörung. Der Zahn 34 war zwischenzeitlich wegen Beschwerden in diesem Bereich trepaniert worden (Abb. 3). Die Patientin wurde wegen der therapieresistenten Wundheilungsstörung in unserer Klinik vorgestellt. Intraoral zeigt sich eine kleine, 0,5 x 0,2 Zentimeter große Dehiszenz auf dem palpierbaren Alveolarknochen. Der Zahn 34 wurde temporär mit einer Ca(OH₂)-Einlage versorgt, der weitere Verlauf zunächst abgewartet.

Fall 3: Ein 65-jähriger Patient mit einem Plasmozytom (IgA-Kappa Stadium IIIA nach Salmon und Durie; Erstdiagnose 2001) wies eine zuvor spontan aufgetretene Schleimhautläsion Regio 47 lingual bei Erstvorstellung im Juli 2004 auf. Der Patient erhielt seit dem Jahr 2001 Chemotherapien mit Melphalan, Prednison, Ifosfamid, Epirubicin und Etoposid, zum Teil im Rahmen klinischer Studien. Clodronat wurde dem Patienten von Januar 2001 bis Mai 2002 oral sowie Pamidronat 90 mg seit Juni 2002 in vierwöchigem Abstand intravenös verabreicht. Intraoral zeigt sich der in einer Ausdehnung von 0,3 x 0,4 Zentimeter freiliegende Knochen gegenüber Lokaltheraeutika und systemischen Antibiotikagaben therapieresistent (Abb. 4). Die Vitalitätsprobe des Zahnes 47 war positiv. Im Verlauf von sechs Wochen kam

es zu einer Hypästhesie der rechten Unterlippe (Vincent-Symptom). Der Patient muss sich aktuell einer weiteren Chemotherapie unterziehen.

Diskussion

Die P-C-P-Bindung der Bisphosphonate ist resistent gegenüber einer enzymatischen Hydrolyse. Die Bisphosphonate werden unverändert vom Körper aufgenommen, abgelagert oder wieder ausgeschieden. Im Gegensatz zur Halbwertszeit im Blut beträgt diese im Skelett viele Jahre. Diese lange Präsenz im Knochen erklärt die lang dauernde Wirkung dieser Medikamentengruppe [Bartl u. Bartl, 2004]. Bisphosphonate hemmen die Reifung, die Aktivierung und die Aktivität von Osteoklasten und fördern deren

von Osteoblasten und damit zur Knochenerneuerung und -reparatur benötigt werden [Berenson, 2002; Marx, 2003; Ruggiero et al., 2004]. So wird über eine verminderte IL-6-Produktion auch die Hemmung des Metastasenwachstums im Knochen diskutiert [Marx, 2003]. In Versuchen mit Endothelzellen wurde eine verstärkte Apoptose und verminderte Kapillarbildung nachgewiesen [Ruggiero et al., 2004]. Auch wurden bei den Bisphosphonaten der ersten Generation (Etidronat) bei sehr hohen Dosierungen über einen längeren Zeitraum Mineralisationsstörungen beobachtet. Auch im heutigen therapeutischen Bereich der Bisphosphonate konnten nicht mineralisierte Knochenanteile (osteomalazische Anteile) beobachtet werden [Bartl und Bartl, 2004].

Eingriff in der Vorgeschichte. Bei der Mehrzahl der Patienten wurden die nekrotischen Anteile operativ entfernt [Ruggiero et al., 2004]

Marx berichtete 2003 über 36 Fälle von Patienten mit schmerzhaften freiliegenden Knochenanteilen im Kiefer, die Pamidronat oder Zoledronat erhalten hatten. Die Hälfte der Patienten hatten ein Plasmozytom, 17 eine tumorbedingte Hypercalcämie und ein Patient eine Osteoporose. In 80,5 Prozent war der Unterkiefer, in 14 Prozent der Oberkiefer und in 5,5 Prozent beide Kiefer betroffen. In 77,7 Prozent der Fälle war eine Zahnextraktion die Ursache, bei den restlichen Patienten lag ein Spontanprozess vor [Marx, 2003].

Schwartz publizierte 2004 weitere 15 Fälle von therapieresistenten Nekrosen des Kiefers [Schwartz, 2004]. Migliorati berichtete über fünf Patienten mit einer intraoralen Knochennekrose bei Pamidronat- oder Zoledronattherapie in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr. Bei drei Patienten war der Unterkiefer spontan betroffen, bei zweien war eine Zahnextraktion zuvor erfolgt [Migliorati, 2003].

In einer Vielzahl der Literaturfälle lag eine Kombinationstherapie mit weiteren zytotoxischen Medikamenten im Rahmen einer Chemotherapie oder eine Cortisontherapie vor. Nur in wenigen Fällen erfolgte eine singuläre Medikation mit Bisphosphonaten, wie bei unserer Patientin „Fall 1“. Es ist denkbar, dass neben den möglichen Wirkungen der Bisphosphonate eine Verstärkung der Nekrosewirkung durch die Chemotherapeutika erfolgen kann [Ruggiero et al., 2004]. So wurde prinzipiell ein um den Faktor 4 erhöhtes Nekroserisiko bei Malignompatienten bei der Auswertung von 5,5 Millionen Patienten beobachtet [Tarassof et al., 2003].

Große Unsicherheit findet sich bei den therapeutischen Empfehlungen. Marx empfahl, keine großflächigen Wunddebridements, Dekortikationen oder Zahnentfernungen durchzuführen, da diese nur zu größeren Defektarealen führen [Marx, 2003]. Ruggiero konnte beobachten, dass Wunddebridements des Knochens oftmals nicht den gewünschten Erfolg brachten und intraope-



Abb. 4: Darstellung von lingual 47 spontan freiliegendem Knochen bei einem 65-jährigen Patienten (Fall 3) mit Plasmozytom und langjähriger Clodronat- und Pamidronatmedikation

Apoptose. Diese Wirkung wird auf einer molekularen, enzymatischen (Mevalonsäure-Stoffwechselweg) und einer extrazellulären (Metallomatrixproteasen, Rezeptorinteraktionen) Ebene diskutiert [Berenson, 2002; Marx, 2003; Ruggiero et al., 2004]. Osteozyten sollen aufgrund ihrer Lage im Knochen Mikrofrakturen der Knochenmatrix aufspüren und einen Reparationsreiz aussenden [Plotkin et al. 1999]. Fehlen die Reparationsreize oder können diese nicht durch Osteoklasten umgesetzt werden, soll es zu einer Summation von Mikrofrakturen kommen können. Ferner werden durch den fehlenden Abbau von geschädigtem Knochen keine Wachstumsfaktoren (BMP, ILG1, ILG2, TNF-Alpha, CRP, MCGF, Elastase, IL-6) freigesetzt, die zur Aktivierung und Reifung

Ruggiero et al. beobachteten in einem Zeitraum von 2001 bis 2003 63 Patienten mit der Diagnose einer therapieresistenten Osteomyelitis des Kiefers bei chronischer Bisphosphonateinnahme. 56 Patienten bekamen Bisphosphonate intravenös über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr, sieben Patienten bekamen das Medikament oral verabreicht. Klinisch fanden sich nicht heilende Extraktionsalveolen oder freiliegende Kieferknochenanteile, die eine ausgeprägte Therapieresistenz gegenüber lokalem Wunddebridement oder einer Antibiotikatherapie aufwiesen. Bei 38 Prozent der Patienten war der Oberkiefer, bei 63 Prozent der Unterkiefer und bei 23 Prozent alle vier Quadranten betroffen. Nur 14 Prozent der Patienten hatten keinen dentoalveolären

Präparat	Relative Wirkpotenz	Verabreichungsform	Indikationen
Etidronat (Diphos®, DidroneI®)	1	per os	Morbus Paget, Osteoporose, Knochenmetastasen, (Plasmozytom)
Clodronat (Ostac®, Bonefos®)	10	per os, intravenös	tumorbedingte Hypercalcämie, Knochenmetastasen, Plasmozytom, (Osteoporose)
Tiludronat (Skelid®)	10	per os	Morbus Paget
Pamidronat (Pamidronat®, Aredia®)	100	intravenös	tumorbedingte Hypercalcämie, Knochenmetastasen, Plasmozytom
Alendronat (Fosamax®)	1000	per os, intravenös	Morbus Paget, Osteoporose, tumorbedingte Hypercalcämie, (Plasmozytom)
Risedronat (Actonel®)	5000	per os	Osteoporose, Morbus Paget
Ibandronat (Bondronat®)	10.000	per os, intravenös	Knochenmetastasen, tumorbedingte Hypercalcämie, (Osteoporose, Plasmozytom)
Zoledronat (Zometa®)	20.000- 100.000	intravenös	Knochenmetastasen, tumorbedingte Hypercalcämie, Plasmozytom, (Osteoporose)

Tab. 1: Klinisch eingesetzte Bisphosphonate und deren relative Wirkpotenz, Verabreichungsform und Indikationen (Indikationen in Klammern sind bisher noch in den klinischen Testphasen)

rativ die Unterscheidung zu dem gesunden Knochen aufgrund einer häufig fehlenden Knochenblutung schwierig war [Ruggiero et al., 2004]. Dies deckt sich auch mit unseren Beobachtungen. Marx und Migliorati empfahlen eine moderate lokale Therapie mit Spülungen, desinfizierenden Detergenzien und kurzfristigen Kontrollintervallen [Marx, 2003; Migliorati, 2003]. Ferner empfahl Marx eine Intervall- oder Langzeitantibiotikagabe. Andere Autoren [Migliorati, 2003] konnten jedoch in einer solchen Maßnahme keinen Nutzen sehen.

Bisphosphonate sind aufgrund der nachgewiesenen Effektivität bei Plasmozytom, tumorbedingter Hypercalcämie und bei Knochenmetastasen aus den heutigen Therapieschemata nicht mehr wegzudenken und haben ihren festen Platz in der Osteoporosetherapie [Bartl u. Bartl, 2004; Berenson, 2002]. Daher sollte prinzipiell die Überlegung erfolgen, ob bei der Anwendung von

Bisphosphonaten eine prätherapeutische intraorale Befunderhebung analog der etablierten Fokussanierung vor einer geplanten Strahlentherapie und engmaschige Kontrollen, auch auf lange Sicht, fest angesetzt werden sollten. Inwieweit es sich bei unseren und durch die anderen Autoren beschriebenen Patienten um eine unerwünschte Wirkung der Bisphosphonate handelt, obliegt sicherlich noch weiterer Klärung, ebenso wie auch der Auswertung der Berichtsbögen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Sebastian Hoefert
Prof. Dr. Dr. Harald Eufinger
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
– Plastische Operationen –
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Ruhr-Universität Bochum
Dorstener Str. 151
45657 Recklinghausen

Repetitorium

COPD – Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen

Christine Vetter

Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen – also im Wesentlichen die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem – nehmen an Häufigkeit in der Bevölkerung seit Jahren zu. Es handelt sich um ernste Erkrankungen, deren Prognose in aller Regel noch unterschätzt wird. Bereits heute aber ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung die vierthäufigste Todesursache in den Industrienationen. Experten schätzen, dass sie bald sogar schon jeden dritten Todesfall verursachen wird.

COPD – diese Abkürzung steht für „Chronic Obstructive Pulmonary Disease“, die chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen. Mit diesem Begriff wird ein Krankheitsbild bezeichnet, bei dem es mit langsam progredientem Verlauf zu einer nicht reversiblen Obstruktion der Atemwege kommt. Grundlage der Veränderungen ist eine chronisch-obstruktive Bronchitis und/oder ein Lungenemphysem.

Dass die COPD als Erkrankung noch unterschätzt wird, zeigt sich auch daran, dass über dieses Krankheitsbild, das rund zehn Prozent der Erwachsenen in Deutschland aufweisen, in der Öffentlichkeit weit weniger berichtet wird als beispielsweise über das Asthma bronchiale, an dem jedoch hier zu Lande „nur“ sechs Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden. Dabei hat die COPD infolge ihres hohen Morbiditäts- und auch Mortalitätsrisikos nicht nur erhebliche Konsequenzen für die Betroffenen, sondern auch eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung: Sie ist für Arbeitsunfähigkeiten und Frühberentungen in erheblichem Ausmaß verantwortlich.

Frühd Diagnose wird oft verpasst

Da sich die Beschwerden bei der COPD langsam schleichend entwickeln und meist über längere Zeit bagatellisiert werden, ist eine Frühd Diagnose der Erkrankung schwie-

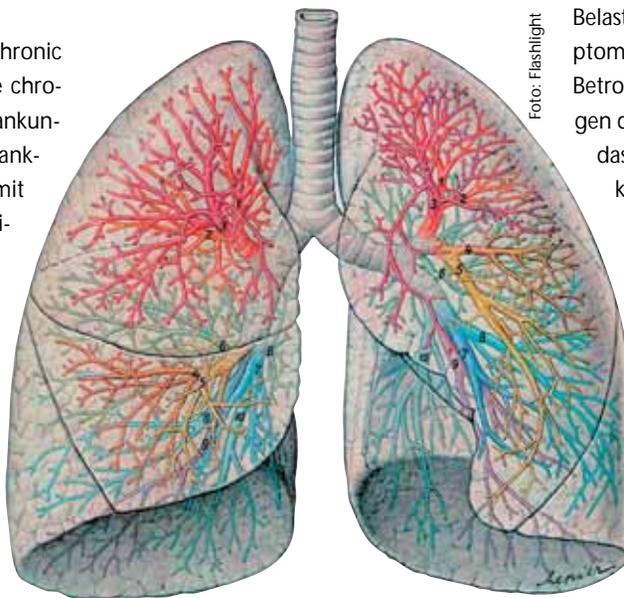


Foto: Flashlight

Wenn die Lunge keine Luft mehr bekommt ...

rig. Leitsymptom der COPD ist ein chronischer Husten, der vor allem morgens auftritt und bei dem der Hustenreiz keine erkennbare Ursache hat. Es liegt ihm vor allem keine Infektion zugrunde. Neben dem Husten kommt es zu Auswurf (Spuma). Dieser ist normalerweise weißlich, verfärbt sich aber nach gelb-grün, wenn eine akute

„Leitsymptom der COPD ist ein chronischer Husten, der vor allem morgens auftritt und bei dem der Hustenreiz keine erkennbare Ursache hat. Es liegt ihm vor allem keine Infektion zugrunde. Neben dem Husten kommt es zu Auswurf (Spuma).“

Medizinisches Wissen ist für jeden Zahnarzt wichtig. Da sich in allen medizinischen Fachbereichen ständig sehr viel tut, wollen wir Sie mit dieser Serie auf den neuesten Stand bringen. Das zm-Repetitorium Medizin erscheint in der zm-Ausgabe zum Ersten eines Monats.

Atemwegsinfektion hinzukommt. Beide Beschwerden, Husten wie auch Auswurf, werden jedoch von den meisten Patienten und vor allem von Rauchern lange Zeit nicht als krankhaft realisiert.

Auch eine sich langsam entwickelnde Atemnot, die sich zunächst nur unter körperlicher Belastung bemerkbar macht, wird als Symptom der COPD zumeist lange negiert. Die Betroffenen versuchen, sich die Veränderungen durch andere Begründungen, wie etwa

das Älter werden oder Übergewicht zu erklären, passen sich in ihren Aktivitäten an und reduzieren körperliche Belastungen. Das erklärt, warum die COPD sehr oft erst diagnostiziert wird, wenn tatsächlich bereits ausgeprägte und irreversible Störungen der Lungenfunktion aufgetreten sind.

Charakteristisch für ein fortgeschrittenes Krankheitsbild ist darüber hinaus ein zunehmendes Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit und eine damit ein-

hergehende Minderung der Lebensqualität. Basis der Erkrankung ist eine chronische Belüftungsstörung der Lungen infolge einer Erhöhung des endobronchialen Strömungswiderstandes. Der erhöhte Strömungswiderstand kann durch Schwellungen der Bronchialschleimhaut bedingt sein, durch eine entzündlich veränderte Mukosa, eine mukoziliäre Insuffizienz und durch Kontraktionen der Bronchialmuskulatur oder sogar einen Bronchiolenkollaps.

Chronische und chronisch-obstruktive Bronchitis

Die chronisch-obstruktive Bronchitis entsteht auf dem Boden der einfachen chronischen Bronchitis, einem Krankheitsbild, das durch eine chronische Entzündung der

Bronchien gekennzeichnet ist. Sie wird in erster Linie durch Nikotinabusus verursacht. Weitere Krankheitsfaktoren können Gifte in der Atemluft sein, Stäube oder Dämpfe, beispielsweise bei entsprechender Belastung am Arbeitsplatz.

Eine chronische Bronchitis liegt dabei nach Definition der Weltgesundheitsorganisation vor, wenn ein chronischer Husten mit und ohne Auswurf an den meisten Tagen des Jahres und mindestens je drei Monate lang in zwei aufeinander folgenden Jahren besteht.

Im Gegensatz zur chronisch-obstruktiven Bronchitis, bei der die chronische Obstruk-



Foto: Ingram

Rauchen – der größte Risikofaktor

tion hinzu kommt, ist die chronische Bronchitis heilbar. Voraussetzung ist, dass die Noxen – in erster Linie das Rauchen – nicht länger einwirken und die Atemwege sich regenerieren können.

Das Lungenemphysem

Das Lungenemphysem entsteht ebenfalls auf dem Boden einer chronischen Erkrankung des Bronchialsystems mit fassbarer und irreversibler Bronchialobstruktion. Im

„**Charakteristisch für ein fortgeschrittenes Krankheitsbild ist darüber hinaus ein zunehmendes Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit und eine damit einhergehende Mindering der Lebensqualität.**“

Verlauf der Erkrankung kommt es zu einer Überblähung der Lunge und damit zu einer nachhaltigen Störung des Gasaustauschs.

Es entwickelt sich eine dauernde Schädigung der Lungenstrukturen mit Zerstörung der terminalen Bronchiolen. Dadurch bedingt kommt es auch zu einer chronischen Schwächung des Herzens, das durch den erhöhten Blutdruck in den Lungengefäßen überlastet wird. Es entsteht ein so genanntes Cor pulmonale.

Risikofaktor Rauchen – Hauptursache der COPD

Das Rauchen ist in unseren Breitengraden die Hauptursache der COPD. Es kommt durch die Inhalation des Zigarettenrauchs zunächst zur Ausbildung einer chronischen Bronchitis, die jedoch ausheilen kann, sobald das Rauchen gestoppt wird. Geschieht dies nicht, so kann sie zur chronisch-obstruktiven Krankheitsform mit irreversiblen Lungenschädigungen fortschreiten, wobei die Gefahr hierfür direkt mit der Zahl der gerauchten Zigaretten korreliert. Wie eng die Assoziation zwischen Rauchen und chronischer Bronchitis ist, zeigen folgende Zahlen: So sind rund 90 Prozent aller Bronchitiker Raucher oder haben zumindest lange Zeit geraucht. Umgekehrt leidet rund jeder zweite Raucher mit nur 40 Jahren an einer chronischen Bronchitis.

Warum nicht alle Raucher auf Dauer zu chronischen Bronchitikern werden, ist bislang unbekannt. Es müssen offenbar weitere Faktoren, wie eine genetische Prädisposition hinzukommen, damit sich das Vollbild der COPD entwickelt.

Diagnostik der COPD

Liegt der Verdacht auf eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung vor, so ist eine fachärztliche Abklärung notwendig. Neben der Anamnese und speziell der Frage nach dem Rauchen steht die körperliche Untersuchung, mit Abhören und Abklopfen der Lunge an und als Kernstück der Diagnostik die Lungenfunktionsprüfung.

Bei der Spirometrie wird dabei das forcierte expiratorische Volumen in der ersten Sekunde (FEV1) bestimmt sowie die Vitalkapazität (VK), zwei Parameter, die oft eine Differenzierung zwischen einfacher chronischer Bronchitis und der chronisch-obstruktiven Form erlauben. Denn, während im ersten Fall meist keine wesentlichen Veränderungen zu registrieren sind, zeigen die Befunde bei der Obstruktion deutliche Einschränkungen. Der FEV1 und die Vitalkapazität erlauben außerdem die Einordnung der COPD entsprechend ihrem Schweregrad.

In Zweifelsfällen kann auch eine erweiterte Diagnostik notwendig werden, beispielsweise eine Allergiediagnostik, wenn ein allergisches Asthma als Ursache der Beschwerden abzuklären ist, oder eine Röntgenuntersuchung zum Ausschluss eines Tumors.

Behandlung der COPD

Eine Heilung der COPD ist bislang nicht möglich. Durch die Behandlung kann folglich nur versucht werden, die Beschwerden der Patienten zu lindern, die Lungenfunktion zu erhalten oder möglichst wieder zu bessern, Komplikationen vorzubeugen und die Sterblichkeit zu senken.

Die Therapie umfasst deshalb die Behandlung der akuten Symptomatik, sowie präventive Maßnahmen.

Medikamentöse Therapie

Behandelt wird entsprechend der Leitlinien der Atemwegsliga bei der COPD grundsätzlich mit Bronchodilatoren zur Verbesserung der Dyspnoe. Die Wirkstoffe werden in der Regel inhalativ verabreicht, und es werden kurz- und/oder langwirksame Beta-2-Sympathomimetika sowie Anticholinergika und auch Theophyllin eingesetzt.

Sehr häufig – speziell bei fortgeschrittener Erkrankung – wird außerdem, wegen deren entzündungshemmender Wirkung, mit inhalativen Kortikoiden behandelt sowie mit schleimlösenden Wirkstoffen. Bei Bedarf werden Hustenstiller eingesetzt. Durch die medikamentöse Behandlung werden in

„Eine chronische Bronchitis liegt dabei nach Definition der Weltgesundheitsorganisation vor, wenn ein chronischer Husten mit und ohne Auswurf an den meisten Tagen des Jahres und mindestens je drei Monate lang in zwei aufeinander folgenden Jahren besteht.“



Foto: ABDA

Wenn der Husten lange andauert, ist der Facharzt aufzusuchen.

erster Linie Symptome wie die Atemnot und der Husten gebessert, was die Lebensqualität der Patienten nachhaltig steigert. Die Bronchodilatoren wie auch die inhalativen Kortikoide nehmen aber keinen Einfluss auf die Prognose. Bislang ist nicht gesichert, ob sie tatsächlich die hohe Sterblichkeit senken.

Behandlung akuter Exazerbationen

Ein zentrales Problem bei der COPD sind neben dem langsam progredienten Verlauf akute Verschlechterungen des Krankheitsbildes, die so genannten akuten Exazerbationen (AECB, akute Exazerbation der chronischen Bronchitis).

Akute Exazerbationen können sehr schnell auftreten. Ihre Symptomatik entspricht in etwa derjenigen eines akuten Asthmaanfalls. Grundlage der AECB ist zumeist ein

„Die wohl wichtigste Maßnahme bei Vorliegen einer manifesten, obstruktiven Atemwegserkrankung ist die sofortige und konsequente Nikotinkarenz.“

Atemwegsinfekt, verursacht durch Viren und/oder Bakterien. Solche Infektionen nehmen bei der COPD einen ungleich schwereren Verlauf als bei lungengesunden Menschen. So sind die AECB durch eine deutliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens gekennzeichnet, eventuell verbunden mit Fieber und einem grün-gelben Auswurf.

Die Infektionen können bei COPD-Patienten rasch einen dramatischen Verlauf nehmen. Sie erfordern eine konsequente antibiotische Behandlung, machen die Überwachung (gegebenenfalls auch intensivmedizinisch) in der Klinik erforderlich und führen ohne rechtzeitige adäquate Behandlung unter Umständen zu einem lebensbedrohlichen Zustand des Patienten.

Tritt eine akute Exazerbation auf, so muss deshalb unverzüglich ein potentes Antibiotikum eingenommen werden. Das Antibiotikum muss dabei so gewählt werden, dass es die in Frage kommenden Keime der AECB möglichst sicher und zuverlässig umfasst. Es ist mit bakteriellen Resistenzen zu rechnen, daher ist ein Erregernachweis mit entsprechender Resistenzprüfung erforderlich.

Anzustreben ist bei dieser Medikation eine möglichst rasche klinische Wirksamkeit bei zugleich nachhaltiger Wirkung. So gibt es in klinischen Studien für einzelne Antibiotika durchaus Hinweise darauf, dass sie bei raschem klinischem Erfolg langfristig auch die Rate akuter Exazerbationen senken, respektive die Zeit bis zum Auftreten einer erneuten akuten Exazerbation verlängern.

Neben der antibiotischen Behandlung ist bei einer AECB in aller Regel die allgemeinmedikamentöse Behandlung mit Bronchodilatoren und inhalativen Kortikoiden zu intensivieren.

Physiotherapie und Sauerstoff-Langzeittherapie

Unterstützt wird die medikamentöse, anti-obstruktive Behandlung durch eine Physiotherapie. Die Patienten erlernen dabei auch Maßnahmen wie die Lippenbremse zur Erleichterung der Atemarbeit. Sie werden ge-



Foto: EyeWire

Sauerstoff ist das Mittel der Wahl, um überleben zu können.

schult, wie durch atmungserleichternde Körperstellungen die Dyspnoe gelindert werden kann. Durch gezielte physiotherapeutische Maßnahmen kann das Sekret in den Atemwegen zum Abhusten gelockert werden.

Im fortgeschrittenen Stadium ist bei chronischer Hypoxämie zusätzlich eine Sauerstoff-Langzeittherapie indiziert. Die Patienten werden dabei über eine Nasensonde für mindestens 16 Stunden täglich mit Sauerstoff versorgt, um den akuten Sauerstoffmangel im Blut zu verbessern.

Präventive Maßnahmen

Die wohl wichtigste Maßnahme bei Vorliegen einer manifesten, obstruktiven Atemwegserkrankung ist die sofortige und konsequente Nikotinkarenz. Da das Rauchen als Hauptursache der Erkrankung gilt, ist eine Raucherentwöhnung unerlässlich, wenn der weitere Verlauf günstig beeinflusst werden soll.

Unabhängig vom Rauchverzicht muss versucht werden, akute Exazerbationen zu ver-

hindern, da diese die Patienten extrem gefährden können. Bei allen COPD-Patienten ist deshalb eine vorsorgliche Influenza-Impfung (ein Mal pro Jahr), wie auch eine Pneumokokken-Impfung (alle drei Jahre) unerlässlich.

Reha-Maßnahmen

Mit zum Behandlungskonzept der COPD gehören neben der medikamentösen Langzeittherapie und den präventiven Bemühungen auch rehabilitative Maßnahmen. Diese umfassen die Patientenschulung, die physikalische Behandlung und ebenso ein körperliches Training, das selbstverständlich dem Schweregrad der Erkrankung angepasst sein muss. Das körperliche Training ist sehr bedeutsam, da COPD-Patienten infolge der Dyspnoe bei Belastung dazu neigen, sich körperlich zu schonen. Da-

mit aber wird ein Teufelskreis eingeleitet, denn die Schonung schwächt die Muskulatur und damit die körperliche Leistungsfähigkeit, bis sich schließlich das Leben des Patienten fast nur noch zwischen Bett und Fernsehsessel abspielt. Dem soll aktiv entgegengewirkt werden und es gibt über die Reha-Maßnahmen hinaus die Möglichkeit, im Rahmen von Lungensportgruppen das regelmäßige, körperliche Training beizubehalten.

Generell kann die Rehabilitation dazu beitragen, die somatischen wie auch psychischen Beeinträchtigungen der COPD zu reduzieren, akute Exazerbationen und Krankenhausaufenthalte abzuwenden, die Lebensqualität der Patienten zu steigern und die bestmögliche Leistungsfähigkeit wieder herzustellen. Diese Behandlungschancen aber werden nach Ansicht führender Experten bislang bei der COPD noch eindeutig zu wenig genutzt. ■

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

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Mehr Leistungskraft durch Pflanzenextrakt

Weißdorn für Herz-Fitness

Christine Vetter

Mit einem Extrakt aus Weißdorn (*Crataegus*) lässt sich bei Menschen mit Herzschwäche die Leistungskraft des Herzens stärken. Doch auch Herzgesunde profitieren von dem Phytopharmakon: Eine Studie bei Senioren weist auf eine bessere körperliche Leistungsfähigkeit und mehr Vitalität bei Einnahme des *Crataegus*-Extraktes hin.

Weißdorn-Extrakt hat sich als Therapeutikum bei der milden Herzinsuffizienz bewährt. Es bessert den Studien zufolge die körperlichen Symptome und sorgt für mehr Schlagkraft des Herzens. Eine Metaanalyse von vier kontrollierten Studien belegt zum Beispiel, dass der *Crataegus*-Extrakt langfristig eingenommen, die maximale Leistungsfähigkeit statistisch signifikant steigert und die körperliche Belastbarkeit erhöht.

Das gilt nach Professor Dr. Manfred Schubert-Zsilavecz aus Frankfurt aber nicht pauschal. Die therapeutischen Effekte wurden lediglich für einen Weißdorn-Spezialextrakt belegt und können keinesfalls auf beliebige Präparate, wie sie inzwischen auch im Supermarkt erhältlich sind, übertragen werden. Dokumentiert sind die heilsamen Wirkungen jedoch für einen standardisierten wässrig-alkoholischen Trockenextrakt aus Weißdorn, der aus „Blättern mit Blüten“ hergestellt wird und nur in der Apotheke erhältlich ist.

Der Extrakt muss außerdem auf die Hauptinhaltsstoffe, also auf oligomere Procyanide (OCP) standardisiert sein, wie der Pharmazeut bei einem Pressegespräch in Köln darlegte. Neben der Standardisierung auf die wirksamkeitsbestimmenden Inhaltsstoffe ist nach seinen Worten auch die ausreichende Dosierung wichtig. „Für Weißdorn-Extrakt ist sowohl pharmakologisch wie auch am Menschen eine eindeutige Dosis-Wirkungsbeziehung nachgewiesen, wobei die Regeldosis nicht unter 900 Milligramm täglich liegen sollte“, erläuterte Schubert-Zsilavecz.

Bei Anwendung des Extraktes sind komplexe Effekte zu erwarten. Es kommt nach Professor Dr. Christian J. F. Holubarsch, Bad Krozingen, zu einer Steigerung der Pump-

kraft des Herzens, zu einer Erweiterung der Blutgefäße (Vasodilatation) sowie zu antioxidativen und antiarrhythmischen Wirkungen.

Mehr Leistungskraft auch bei Herzbewussten

In ausreichender Dosierung eingenommen wirkt der Extrakt aber nicht nur bei Herzpatienten leistungssteigernd, sondern auch bei gesunden Probanden und hier speziell bei Senioren. Das belegt eine erste Studie bei 27 „sportiven Senioren“ im mittleren Al-

ter von 64 Jahre. Sie nahmen acht Wochen lang einen standardisierten *Crataegus*-Extrakt ein und anschließend wurde die körperliche Leistungsfähigkeit durch Untersuchungen auf dem Fahrradergometer überprüft. Parallel dazu erfolgte neben der allgemeinen körperlichen Untersuchung eine Lungenfunktionsprüfung und es wurde per Fragebogen das persönliche Wohlbefinden und die Lebensqualität abgefragt. In beiden Gruppen – den 19 Probanden unter *Crataegus* und den acht unbehandelten

Kontrollen – wurde eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit gesehen, was nach Professor Dr. Klaus-Michael Braumann aus Hamburg auf Trainingseffekte zurückzuführen sein dürfte. Nur in der *Crataegus*-Gruppe nahm nach seinen Worten die Sauerstoffaufnahmekapazität als Maß der körperlichen Fitness zu. Außerdem sank nur in dieser Gruppe tendenziell der Körperfettanteil wie auch ein erhöhter systolischer Blutdruck. 40 Prozent der Probanden, die den Weißdorn-Extrakt eingenommen hatten, erklärten zudem, sich „leistungsstärker, körperlich fitter und allgemein vitaler zu fühlen“.

Bei den komplexen Wirkungen des Weißdorn-Extraktes auf das Herz steht nach Professor Holubarsch zu erwarten, dass durch den *Crataegus*-Extrakt bei langfristiger Einnahme auch eine verbesserte Prognose resultiert. Ob diese Theorie stimmt, wird aktuell in der SPICE-Studie (Survival and Prognosis Investigation of *Crataegus*-Extract WS 1442) überprüft. In der Studie sollen knapp 3 000 Patienten mit milder Herzinsuffizienz



Weißdorn, die Wunderdroge fürs Herz vom Waldesrand

ter von 64 Jahre. Sie nahmen acht Wochen lang einen standardisierten *Crataegus*-Extrakt ein und anschließend wurde die körperliche Leistungsfähigkeit durch Untersuchungen auf dem Fahrradergometer überprüft. Parallel dazu erfolgte neben der allgemeinen körperlichen Untersuchung eine Lungenfunktionsprüfung und es wurde per Fragebogen das persönliche Wohlbefinden und die Lebensqualität abgefragt.

In beiden Gruppen – den 19 Probanden unter *Crataegus* und den acht unbehandelten

zwei Jahre lang mit dem Phytopharmakon in einer Dosierung von 900 mg/die behandelt werden. Anschließend wird überprüft, ob durch die Therapie das Auftreten eines plötzlichen Herztodes sowie weiterer Herzkreislaufkomplikationen minimiert werden kann. Mit dem Studienergebnis wird Ende 2005 gerechnet.

Christine Vetter
Merkenicher Straße 224
50735 Köln

Magersucht und Bulimie: Rebellion gegen einen fremden Körper

Wenn Fasten und Essen zum Lebensinhalt werden

Markus Backmund

Meist geschieht es in der Pubertät, dass Körper und Psyche einfach keinen Weg zueinander finden. Ein übersteigertes Schönheitsideal lässt jedes Gramm auf der Waage zur Katastrophe werden. Der Verzicht auf Elementares schafft ein Gefühl der Macht. Andere versuchen ihre innere Leere durch Fressanfälle auszufüllen. Essstörungen nehmen seit Jahren zu, und die Patienten werden immer jünger – doch keiner spricht darüber. Ein aufmerksamer Hausarzt oder auch der Zahnarzt können die dramatische Entwicklung frühzeitig erkennen und eine umfassende Behandlung einleiten.

Eine Essstörung besteht dann, wenn die Nahrung einen ihr unangemessenen Stellenwert im Leben eines Menschen einnimmt. Betroffen sind meist die Jüngeren. Im Alter von 14 bis 30 Jahren wird die Lebenszeitprävalenz von Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa in Deutschland mit drei Prozent beschrieben [43]. Seltener treten diese Essstörungen nach dem 40. Lebensjahr auf [7]. Zunehmend werden allerdings Erstmanifestationen auch bei Kindern im Alter von sieben Jahren beschrieben [9]. Mädchen und Frauen sind zehnmals häufiger betroffen als Jungen. Dabei scheint die Prävalenz in den Industrienationen in den letzten Jahrzehnten zuzunehmen, während in Ländern der dritten Welt Magersucht und Bulimie praktisch nicht bekannt sind – abgesehen von den jeweils wohlhabenden Kreisen.

Die Mortalität beträgt über fünf Prozent [13, 25, 38]. Pro Jahr wurde eine Mortalitätsrate von 0,56 Prozent berechnet, die das zwölfwache der Quote der Allgemeinbevölkerung beträgt. Die Hälfte der Patienten mit Essstörungen werden vollständig gesund, bei 30 Prozent ist es möglich, die Symptomatik zu verbessern [29, 36].

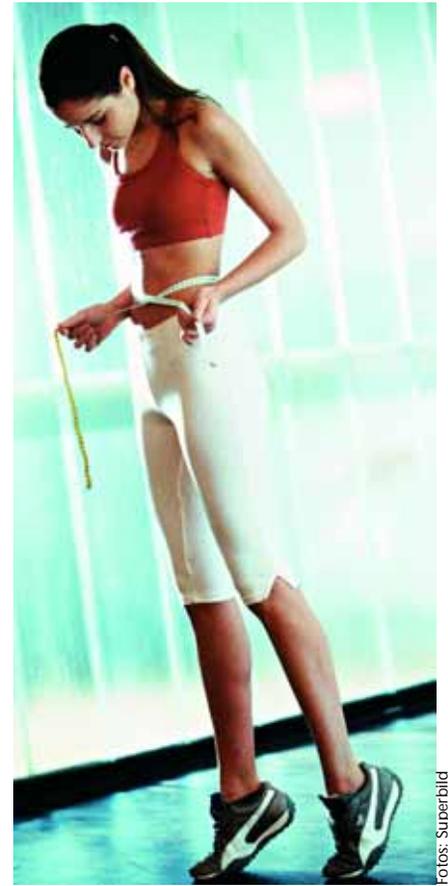
Die Ätiologie ist nach derzeitigem Wissensstand multifaktoriell. So werden psychische Faktoren, genetische, neurochemische und soziokulturelle Einflüsse angenommen. Frühkindliche Störungen in der Entwicklung, ungünstige spätere soziale und familiäre Situation, spezifische Probleme der Adoleszenz oder Verlust- sowie Trennungs-

ereignisse werden in unterschiedlicher Gewichtung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheitssymptomatik verantwortlich gemacht [17].

Frühe Zeichen einer Essstörung

Die Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen, die schwere bis lebensgefährliche Folgen haben können (Tabelle 1). Die meisten Symptome resultieren aus der mangelnden Nahrungszufuhr und/oder dem häufig herbeigeführten Erbrechen und/oder dem Missbrauch von Laxantien und Diuretika. Ausgeprägtes Untergewicht mit einem Bodymass-Index unter 17,5, Kachexie und Amenorrhö können als Leitsymptome einer Anorexia nervosa gewertet werden. Die pubertäre Entwicklung verzögert sich, wenn die Erkrankung vor oder während der Pubertät beginnt. Bereits das massive Untergewicht lässt schnell an die Diagnose Anorexia nervosa denken. Zur Abgrenzung müssen die Differenzialdiagnosen eines Gewichtsverlustes berücksichtigt werden (Tabelle 2).

Eine Patientin mit Bulimie kann hingegen nicht beim ersten Augenschein erkannt werden. Auffälligstes Symptom bei der Bulimie ist häufig der schlechte Zahnstatus. Die Kenntnis der in Tabelle 1 aufgeführten Symptome und Laborwerte können für den Hausarzt hilfreich sein, um den Verdacht einer Essstörung bei einer Patientin, die wegen diffuser Beschwerden gekommen ist, anzusprechen. Dies kann für die Patientin



Fotos: Superbild

Der tägliche Kampf um Zentimeter und Kilogramm: immer noch viel zu dick?

erleichternd wirken [17]. Denn bevor die Diagnose gestellt und akzeptiert worden ist, sprechen die Patientinnen die Essstörung entweder aus Scham (meist Patientinnen mit Bulimie) nicht an oder sie leugnen die Probleme aus mangelnder Krankheitseinsicht (meist Patientinnen mit Anorexia nervosa).

Anorexie/Bulimiepatienten sind unauffällig

Vor der Erkrankung werden die Patientinnen als in der Familie problemlos funktionierend, überangepasst, gehorsam und hilfsbereit erlebt. Bruch beschrieb das Wesen der psychischen Struktur anorektischer

Symptome und Komplikationen bei Essstörungen

■ Zahnschäden	■ Petechien	■ Neutropenie
■ Karies	■ Trockene Haut	■ Thrombozytopenie
■ Speicheldrüsen- schwellung	■ Lanugobehaarung	■ Hypokaliämie
■ Cheilosis	■ Haarausfall	■ Hyponatriämie
■ Hypotension	■ Periphere Neuropathie	■ Hypomagnesiämie
■ Bradykardie	■ CT-Veränderungen (Pseudoatrophia cerebri)	■ Hypophosphatämie
■ Arrhythmie	■ Anämie	■ Hypoglykämie
■ QT-Zeit-Verlängerung	■ Leukopenie	■ Hypothermie
■ Akrozyanose		■ Hyperkortisolismus
■ Ödeme		■ Amenorrhö
		■ Osteoporose
		■ Ösophagitis
		■ Erhöhte Leberwerte (GOT, GPT)

Mod. nach Becker et al.; Herzog et al.

Tabelle 1

Patientinnen mit dem Vorliegen einer Körperschemastörung, Störungen der Wahrnehmung von Hunger und anderen Gefühlszuständen und Hilflosigkeitsgefühlen [10].

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation werden für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa klare klinisch-diagnostische Leitlinien angegeben [14].

In neueren Studien werden entsprechend des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (deutsche Übersetzung: Saß et al. 1998 [35]) zwei Subtypen der Anorexia nervosa unterschieden: Anorexia nervosa vom restriktiven Typ und Anorexia nervosa vom binge-eating/purging Typ. Patientinnen mit Anorexia nervosa vom restriktiven Typ reduzieren ihr Gewicht allein durch strenge Diät und körperliche Bewegung, anorektische Patientinnen vom binge-eating/purging Typ regulieren ihr Gewicht auch durch Ess-/Brechanfälle, Diuretika-, Laxantieneinnahme und Klistieranwendung [5].

Mithilfe verschiedener diagnostischer Tests (ANIS, EDES, EAT, EDI) kann die Essstörung entsprechend ihrer Symptomatik in die verschiedenen Subtypen eingeordnet werden. Eine psychiatrische Diagnostik ist zusätzlich aufgrund der hohen Prävalenz einer Komorbidität notwendig. Angststörungen [12, 22, 23, 37], anankastische Persönlichkeit oder Zwangssymptomatik [11, 19, 40] und depressive Symptome [3, 24] wurden beschrieben.

Die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist mit einer ungünstigen Prognose behaftet [30]; sie kommt häufiger bei an Bulimie Erkrankten vor [27, 42]. Dagegen können sich bei Patientinnen mit Anorexia nervosa Magersucht und Heroinabhängigkeit abwechseln.

Schritt 2: Machen Sie den Ernst der Lage klar

Es konnte gezeigt werden, dass 60 bis 80 Prozent der Patientinnen mit Essstörungen von einer Psychotherapie profitieren. Verhaltenstherapeutische Verfahren, Famili-

Differenzialdiagnosen bei Anorexie und Bulimie

1. Internistische

- Diabetes mellitus
- Morbus Crohn
- Hyperthyreose
- Karzinome
- Tuberkulose
- AIDS
- Hypothalamische Erkrankungen
- Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens
- Addison'sche Krankheit

2. Psychiatrische

- Depressionen
- Schizophrenien
- Konversionsneurosen

Nach Garfinkel et al.

Tabelle 2

entherapie und Psychoanalyse sind effektiv [1, 16, 26, 34, 39]. Um eine Chronifizierung verhindern zu können und einen ungünstigen Verlauf zu vermeiden ist ein früher Beginn einer Psychotherapie wichtig. Allerdings wollen die Patientinnen die Schwere der Erkrankung vor allem anfangs oft nicht wahrhaben und sind daher häufig nur



Verknäueln oder zuschlagen und hinterher wieder „entsorgen“?

schwer von der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Therapie zu überzeugen [31, 33].

Die Therapie sollte eine Aufklärung über die möglichen gesundheitsschädigenden Folgen der Essstörung beinhalten. Mögliche Gefahren müssen frühzeitig erkannt werden. Ambulante, tagesklinische und stationäre Therapiesettings werden angeboten. Gemeinsam mit der Patientin sollten das am besten geeignete Setting und die Therapieart geplant werden.

Ein stationäres Setting sollte immer dann gewählt werden, wenn eine somatische Gesundheitsgefährdung vorliegt. Dies ist beispielsweise der Fall bei Arrhythmien, Symptomen wie Brustschmerz oder Schwindel, einem Gewichtsverlust von mehr als 40 Prozent insgesamt oder mehr als 30 Prozent in den letzten drei Monaten sowie dem gleichzeitigen Vorhandensein weiterer Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Asthma und mehr.

Interdisziplinäre Therapie so früh wie möglich

Eine interdisziplinäre Kooperation sollte es ermöglichen, dass mit Beginn der Psychotherapie auch die Folgen der Essstörungen behandelt werden. Dem Hausarzt kommt hinsichtlich der Diagnosestellung, der Motivierung zur Therapie, der Therapieeinleitung und der Therapiekoordination eine sehr wichtige Rolle zu.

Eine frühe Diagnosestellung kann Folgeschäden lindern oder gar verhindern und ist insgesamt mit einer günstigeren Prognose assoziiert. Bei sehr schweren Verläufen und bereits weit fortgeschrittener Erkrankung mit extremem Untergewicht kann die somatische Behandlung anfangs im Vordergrund stehen. Eventuell kann sogar eine intensivmedizinische Behandlung akut notwendig sein. Dabei muss beachtet werden, dass eine zu rasche parenterale Ernährung ein akutes Phosphatmangelsyndrom mit neurologischen Komplikationen auslösen kann [6].

Primäres Ziel bei einer Patientin mit Anorexia nervosa ist die Gewichtszunahme. Damit normalisiert sich auch der Zyklusverlauf. Die durch Östrogen-, Vitamin-D- und Kalziummangel bedingte Osteoporose kann zu multiplen Frakturen führen [41]. Allerdings führt eine Östrogen substitution zu keiner besseren Knochendichte. Entscheidend ist die Gewichtszunahme unter Multivitamin- (Vitamin D 400 IE/Tag) und Kalziumzufuhr von 1000 bis 1500 mg/ Tag [8]. Die Anorexia nervosa lässt sich psychopharmakologisch nicht effektiv behandeln. Auch bei der Bulimia nervosa ist die Psychotherapie der Psychopharmakologie überlegen [32]. Allerdings scheinen Serotoninwiederaufnahmehemmer, wie Fluoxetin, in Kombination mit einer Psychotherapie bei Patientinnen mit Bulimie hilfreich zu sein [2, 28]. Eine zusätzliche depressive Erkrankung sollte unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, insbesondere bei Hypokaliämie und QT-Zeitverlängerung, mit Antidepressiva behandelt werden.

Fazit

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sind häufige Erkrankungen heranwachsender Frauen mit einer hohen Mortalität. Bei der frühen Diagnosestellung spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle. Eine Kooperation zwischen Internisten, Psychosomatikern und Psychiatern ist sinnvoll. Psychotherapeutische Verfahren, wie Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Familientherapie ambulant, teilstationär oder stationär, sind effektiv, wobei gleichzeitig die somatischen Folgen der Essstörungen behandelt werden sollten.

Zusammenfassung

Essstörungen sind unter weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen weit verbreitet und können zu ernsthaften gesundheitlichen Komplikationen führen. Anorexia nervosa vom restriktiven Typ, Anorexia nervosa vom binge-eating/purging Typ und Bulimia nervosa zeichnen sich durch verschiedene Verhaltensmuster aus. Die Nahrungsaufnahme wird stark eingeschränkt, Fressanfälle mit anschließendem Erbrechen, dem Einsatz von Abführmitteln oder extremem körperlichen Training und eine übertriebene Kontrolle von Figur und Körpergewicht bestimmen den Tag. Die Mortalitätsrate liegt allein für Anorexia nervosa bei 0,56 Prozent im Jahr und ist damit zwölfmal so hoch wie die junger Frauen der Allgemeinbevölkerung. Essstörungen sollten frühzeitig erkannt und behandelt werden, um eventuelle Folgeerkrankungen zu vermeiden. Dabei sollten eine Psychotherapie sowie eine Ernährungsberatung die Behandlung durch den Hausarzt ergänzen.

*Dr. med. Markus Backmund
Krankenhaus München Schwabing
Klinik 3 – Bereich Suchtmedizin
Kölner Platz 1, 80804 München
E-Mail: Markus.Backmund@kms.mhn.de*

Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Verlags aus 298/31 MMW-Fortschr. Med. Nr. 17 / 2004 (146. Jg.)



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

Für Sie gelesen

Neues aus der Welt der „Kons“

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

Chlorhexidin (CHX) in der Endodontie

Verbleibende Bakterien sind die häufigste Ursache für endodontische Misserfolge. In der vorliegenden Studie sollte geklärt werden, ob CHX als zusätzlich Spüllösung in vivo zu einer höheren Erfolgsrate von Wurzelkanalbehandlungen führt.

Eine mechanische Aufbereitung in Kombination mit Spüllösungen vermag zwar die Anzahl der Bakterien zu reduzieren, kann sie jedoch nicht vollständig eliminieren. Bei Verwendung von Natriumhypochlorit waren in anderen Untersuchungen nach Aufbereitung in nur einer Sitzung zwischen 50 und 75 Prozent der aufbereiteten Kanalanteile keimfrei. Chlorhexidin (CHX) umfasst als zusätzliche Spüllösung ein weiteres Keimspektrum, das vor allem *Enterococcus faecalis* einschließt, und kann auf Grund seiner Affinität zu Dentin eine länger anhaltende antiseptische Wirkung im Wurzelkanalbereich entfalten. Dafür wurden 24 endodontisch zu behandelnde Zähne ausgewählt, die noch nicht anbehan-

delt waren. Zudem durften die Patienten bis zu zwei Wochen vor der Behandlung keinerlei antibiotische Medikation erhalten haben. Nach Isolation unter Kofferdam wurden die Zähne



Foto: zm

zunächst desinfiziert und mit einem sterilen Diamanten trepaniert. Nach elektrischer und radiographischer Längenbestimmung wurde Kochsalzlösung in den Kanal eingebracht und die Kanalwände wurden mit einem Kerr-Reamer bearbeitet, um infiziertes Kanalwanddentin zu gewinnen. Mit einer sterilen Papierspitze wurde eine Probe (C1) entnommen und sofort in eine Nährlösung eingebracht. Im Folgenden wurden die Kanäle maschinell mit ProFile GT der Konizität 0.04 auf drei Größen über

der initialen apikalen Feile aufbereitet. Die Kanäle wurden während und nach Abschluss der Aufbereitung mit einprozentiger Natriumhypochloritlösung gespült. Anschließend wurden sie getrocknet und die Reste des Natriumhypochlorits mit Natriumthiosulfat abgepuffert. Nach erneuter Trocknung der Kanäle wurde analog zur ersten Probe eine weitere entnommen (C2), die ebenfalls inkubiert wurde. Die Zähne wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt und

terien. Nach Aufbereitung und Spülung mit Natriumhypochlorit wurde in allen Kanälen eine ähnliche Häufigkeit und Größe des Bakterienwachstums beobachtet. Nach Spülung mit CHX konnten nur in einem Fall Bakterien nachgewiesen werden; in der Kontrollgruppe waren es dagegen sieben positive Proben. Der Unterschied war signifikant ($p < 0.05$).

Nach Ansicht der Autoren kann eine zusätzliche Spülung mit CHX entscheidend dazu beitragen, eine Keimfreiheit bei der Aufbereitung von Wurzelkanälen zu erzielen und sollte daher in Kombination mit Natriumhypochlorit angewandt werden.

Quelle:
Zamany, A., Safavi, K., Spangberg, L. S. W.: *The effect of chlorhexidine as an endodontic disinfectant. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 96, 578-581 (2003).

Enterococcus faecalis

An der Entstehung periapikaler Läsionen sind vor allem anaerobe Bakterien beteiligt. Ziel der vorliegenden In-vitro-Studie war, die Wirkung von CHX als temporäre Einlage in unterschiedlicher Konzentration und in Kombination mit Kalziumhydroxid zu testen.

Gelegentlich dominieren therapieresistente Mikroorganismen, wie *Enterococcus faecalis*, die Mikroflora im Wurzelkanalsystem. Diese können mit einer

mechanischen Wurzelkanal-aufbereitung und anschließender Einlage aus Calciumhydroxid nicht eliminiert werden. CHX vermag ein weiteres Keimspektrum als Kalziumhydroxid zu erreichen und darüber hinaus eine länger anhaltende Depotwirkung zu entfalten.

Zunächst wurden angezüchtete Kolonien von *Enterococcus faecalis* und *Streptococcus mutans* auf Agar-Platten aufgebracht und eine Mulde

Wenn das Bakterium Enterococcus faecalis an der falschen Stelle anzutreffen ist, leidet auch das Zahnfleisch.

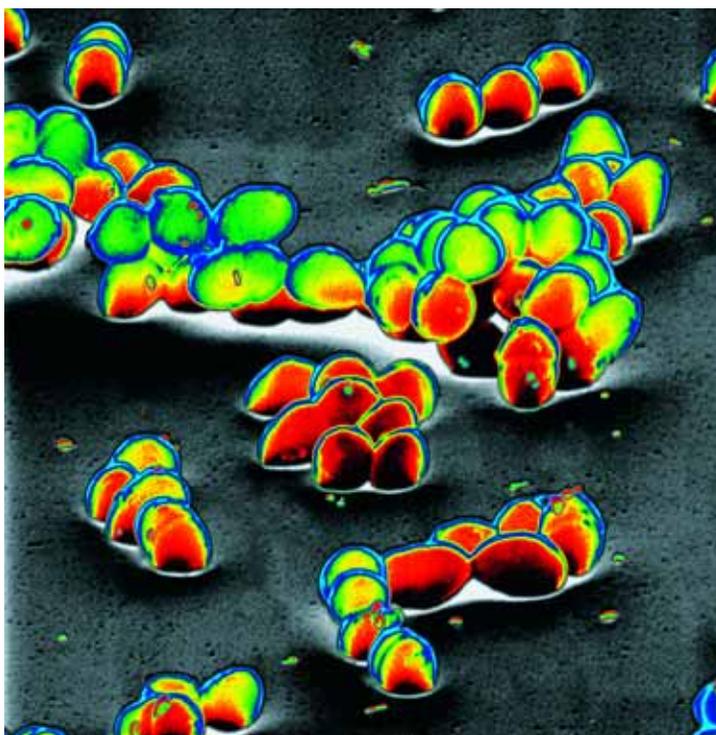


Foto: Focus

mit CHX (0,2 Prozent beziehungsweise zwei Prozent Gel; zweiprozentige Lösung) Kalziumhydroxid, Kalziumhydroxid kombiniert mit 0,2-prozentigem CHX-Gel und Kochsalzlösung (Kontrolle) gefüllt. Die Proben wurden für 48 Stunden bei 37 °C inkubiert und die zirkuläre bakterienfreie Zone gemessen. Für den zweiten Teil der Versuche wurden aus den Wurzeln von 100 frisch extrahierten menschlichen einwurzeligen Zähnen sechs Millimeter lange Wurzelabschnitte gewonnen. Die Kanäle wurden mit einem Gates-Bohrer der Größe drei aufbereitet, von Zement befreit, sterilisiert und anschließend für 15 Mi-

nuten in ein Ultraschallbad mit Nährlösung gebracht, um eine Penetration der Nährlösung in die Dentinkanäle zu gewährleisten. Anschließend wurden die Probekörper auf Petrischalen befestigt und die Kanäle mit einer Lösung gefüllt, die *Enterococcus faecalis* enthielt. Nach Inkubation für 21 Tage bei 37 °C wurden die Proben randomisiert in sechs experimentelle Gruppen und zwei Kontrollgruppen eingeteilt. Sie wurden mit Kochsalzlösung gespült, getrocknet und die Kanäle mit einem der oben genannten Präparate aufgefüllt. Die Kanäle wurden koronal verschlossen und für weitere sieben Tage inkubiert. Zur Gewinnung von Dentinproben wurden Gates-Bohrer der Größe vier (innere Probe) und der Größe fünf (äußere Probe) nacheinander in den Kanal eingebracht. Die dabei gewonnen Dentinspäne wurden für 24 Stunden inokuliert. Die Trübheit der Proben wurde registriert und die Lichtdurchlässigkeit bei einem Spektrum von 600 Nanometern gemessen.

Im ersten Teil der Untersuchung konnte beobachtet werden, dass *Streptococcus mutans* durch alle Präparate und *Enterococcus faecalis* nur durch die CHX-Präparate inhibiert wurde.

Im Wurzelkanal gab es sowohl bei den inneren als auch bei den äußeren Proben keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Lichtdurchlässigkeit zwischen den verschiedenen CHX-Einlagen. Diese unterschieden sich jedoch signifikant von den Kontrollgruppen und der Einlage aus Kalziumhydroxid. Die kombinierte Einlage aus CHX und Kalziumhydroxid verhielt sich ähnlich wie die reinen CHX-Einlagen. Die inneren und äußere

ren Proben wiesen, miteinander verglichen, bei keinem der Präparate signifikante Unterschiede auf.

Es konnte nachgewiesen werden, dass CHX in den eingesetzten Galeniken und den genannten Konzentrationen eine hohe Effektivität gegen *Enterococcus faecalis* in Wurzelkanälen besitzt. Da CHX erwiesenermaßen eine Depotwirkung im Dentin entfaltet, empfehlen die Autoren, unmittelbar vor dem Abfüllen von Wurzelkanälen eine Spülung mit CHX vorzunehmen.

Quelle:
Basrani, B., Tjäderhane, L., Santos, J. M., Pascon, E., Grad, H., Lawrence, H. P., Friedmann, S.: *Efficacy of chlorhexidine- and calcium hydroxide-containing medicaments against Enterococcus faecalis in vitro. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 96, 618-624 (2003).

Retrograde Wurzelfüllungen

Füllungsmaterialien für einen retrograden Verschluss sollten eine hohe Dichtigkeit aufweisen, um den Durchtritt von verbliebenen Bakterien und deren Endotoxinen zu verhindern. In der vorliegenden Untersuchung versuchten die Autoren zu klären, welchen Einfluss die Schichtdicke eines retrograden Verschlusses aus MTA auf die Dichtigkeit hat.

Mineraltrioxid-Aggregat (MTA) ist ein Material, das hinsichtlich seiner Dichtigkeit in jüngster Zeit sehr häufig untersucht wurde und sich einigen anderen Füllmaterialien gegenüber als überlegen erwies. Dazu wurden



64 einwurzelige menschliche obere Zähne mit geraden Kanälen ausgewählt, von denen 62 trepaniert und bis zum Foramen apikale auf ISO-Größe 30 mit anschließender Step-Back-Präparation aufbereitet wurden. Unter Wasserkühlung wurden die apikalen drei Millimeter der Wurzelspitze entfernt und die Zahnoberfläche mit einem Lack abgedichtet. Die Zähne wurden randomisiert in vier Gruppen zu je 15 Zähnen eingeteilt und mit einem Hartmetallbohrer eins, zwei, drei beziehungsweise vier Millimeter tiefe Kavitäten (Gruppen eins bis vier) von retrograd präpariert. Nach Trockenlegung wurden alle Kavitäten mit MTA verschlossen und Röntgenkontrollaufnahmen angefertigt. Die beiden verbliebenen aufbereiteten Zähne wurden nicht gefüllt und dienten ebenso wie zwei weitere Zähne mit intakter Krone als Kontrollgruppe. Im Folgenden wurden Penetrationstests mit Proteinen vorgenommen. Dazu wurden die Zähne so platziert, dass die Zahnkrone in ein Gefäß mit einer proteinhaltigen Lösung mit festgelegter Konzentration ragte. Die Zahnwurzel befand sich in einem Gefäß, das mit destilliertem Wasser gefüllt war. Aus dieser Lösung wurde täglich ein Milliliter entnommen; eine Testflüssigkeit wurde hinzugefügt, die das hindurchdiffundierende

Protein durch Verfärbung sichtbar machte. Die Lösung wurde so über einen Zeitraum von maximal 60 Tagen beziehungsweise so lange getestet, bis sich eine Verfärbung zeigte.

Nach 60 Tagen konnte an 100 Prozent der einen Millimeter tiefen Füllungen eine Penetration beobachtet werden, bei zwei Millimetern Kavitätentiefe waren es 47 Prozent, bei drei Millimetern 40 Prozent und bei vier Millimetern lediglich ein Prüfkörper (sieben Prozent). Die Gruppe mit den einen Millimeter tiefen Füllungen war demnach statistisch signifikant weniger dicht als die restlichen Gruppen. Ebenso wies die Gruppe vier eine statistisch höhere Dichtigkeit auf als die anderen Gruppen. Der Unterschied zwischen Gruppe zwei und drei war nicht signifikant.

Nach Ansicht der Autoren können die Ergebnisse zwar aufgrund der vielfältigen Kanal Anatomie nicht direkt auf die klinische Situation übertragen werden, sie empfehlen bei Verwendung von MTA jedoch dennoch eine Präparationstiefe von vier Millimetern.

Quelle:
Valois, C. R. A., Costa jr., E. D.: *Influence of the thickness of mineral trioxide aggregate on sealing ability of root-end fillings in vitro. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod*, 97, 108-111 (2004).

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

Einführung in die zahnärztliche Chirurgie

Unter dem Motto: „Fit für den ersten Schnitt“ soll dieses Einführungslehrbuch, das von den Kollegen der Freiburger Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Abstimmung mit Studenten der Fachschaft Freiburg entstanden ist, angehenden Zahnmedizinern allgemeine Grundlagen des chirurgischen Arbeitens und das Vorgehen bei den einzelnen Eingriffen vermitteln.

Bereits das farbig ansprechende und übersichtliche Layout sowie die didaktisch gute Darstellung und Gestaltung wecken beim Durchblättern Interesse, sich eingehender mit dem Buch und der zahnärztlichen Chirurgie zu beschäftigen.

Die gut strukturierte Gliederung beginnt bei den essentiellen Grundlagen Anatomie, Schmerzausschaltung, Wundheilung, Hygiene, Forensik und Diagnostik, bevor die Erkrankungen und deren Therapie dargestellt werden. In den entsprechenden Kapiteln bearbeiten die zahlreichen Autoren

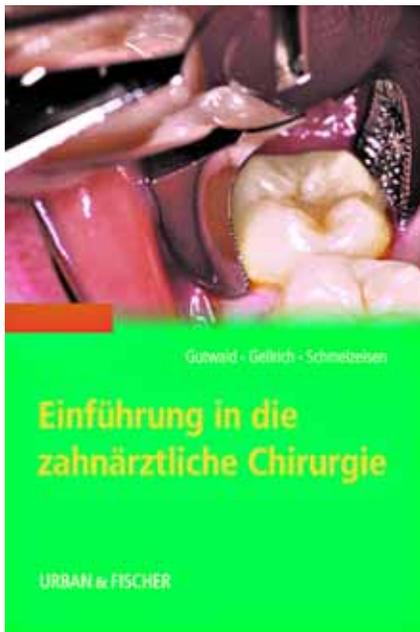
Traumatologie und Entzündungen, Mundschleimhautveränderungen, Zysten- und Pseudozysten, Speicheldrüsen- und Kieferhöhlenerkrankungen, Extraktion und Osteotomie, Wurzelspitzenresektion, Zahnfreilegung und -transplantation, Implantologie, intraorale plastische Maßnahmen und Laseranwendungen

sowie Risiko- und Notfallbehandlung.

Selbst wenn teilweise Freiburger Spezifika dargestellt werden, so hat dieses Lehrbuch sicherlich eine weite Verbreitung an den deutschsprachigen zahnmedizinischen Hochschulen verdient. Auch kann mancher Kollege, der sich in der zahnärztlich-chirurgischen Ausbildung befindet, von den Inhalten profitieren.

Bedauerlich ist nur die Tatsache, dass Hinweise auf die zu Grunde liegende und weiterführende Literatur fehlen.

PD Dr. Dr. M. Daubländer



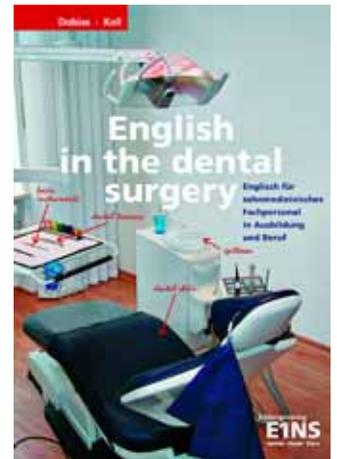
Einführung in die zahnärztliche Chirurgie

R. Gutwald, N.-C. Gellrich, R. Schmelzeisen, Urban & Fischer Verlag, 2002, 350 Seiten, 250 Abbildungen, 29,95 Euro, ISBN 3-437-05010-9

Englisch für Fachpersonal

In nahezu allen Bundesländern ist Englisch mittlerweile Pflichtfach in der Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten. Das Buch „English in the dental surgery“ liefert fundiertes Wissen für den sicheren Umgang mit englischsprachigen Patienten. Basierend auf Grundkenntnissen der englischen Sprache werden Formulierungen für den professionellen und freundlichen Umgang mit Patienten geübt, Fachvokabular für mögliche Zahnkrankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten erläutert sowie Begrifflichkeiten eingeführt, die bei der täglichen Arbeit in einer Zahnarztpraxis anfallen:

- Terminvereinbarung
 - Behandlungsplanung und Ablauf
 - kassenrechtliche Verfahrensweisen
 - Rechnungsstellung
- Das Konzept der Situationsbeschreibung, ausführlichen Fach-



informationen und anschließendem Übungsteil wird durch ein umfangreiches Gesamtverzeichnis (Deutsch/Englisch – Englisch/Deutsch) ergänzt.

Lösungsvorschläge stehen im Internet als Download zur Verfügung. Eine Hilfe, die in keiner Praxis fehlen sollte. sp

English in the dental surgery

Dobias, Koll, Bildungsverlag Eins GmbH, 1. Auflage, 104 Seiten, 16,50 Euro, ISBN 3-427-60016-5.

Das Buch zur schnellen Gewichtszunahme

Viele Untergewichtige können das ewige Gejammer der mehr oder weniger Dicken nicht mehr hören und fühlen sich bezüglich ihres Problems benachteiligt, denn zu dünn zu sein, ist im Schlaraffenland Deutschland für die meisten entweder kaum vorstellbar oder „in“ und erstrebenswert. Der Ratgeber „Gesund zunehmen!“ bietet Dünnen dagegen eine seriöse Hilfestellung, erklärte Sven-David Müller, Sprecher der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik in Bad Aachen. Etwa 2,4 Prozent der Bevölkerung in Deutschland

(also etwa 1,9 Millionen Menschen) sind nach Angaben des Deutschen Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden untergewichtig oder stehen an der Grenze zur Mangelernährung. Die Ursachen für das Untergewicht sind vielfältig: Beispielsweise können chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und andere schwere Erkrankungen, wie Krebs oder HIV, den Körper auszehren, andererseits ist das Untergewicht wie bei der Mager sucht oft selbst gewählt und mühsam erhungert, so Müller.

Häufig betroffen sind viele Senioren, die durch den Verlust des Hunger- und Durstgefühls und des Geschmackssinnes ihren Energie- und Nährstoffbedarf oftmals nicht annähernd decken. In allen Fällen ist schnelle Hilfe oberstes Gebot, denn viele Betroffene sind gefährdet, Mangelerscheinungen mit teilweise schweren Folgen auszubilden, unterstreicht Müller.

Der 128-seitige, reich bebilderte Ratgeber „Gesund zunehmen!“ befasst sich ausschließlich mit den Ursachen, den Folgen und Auswegen aus der Problematik Untergewicht. Den Hauptursachen ist jeweils ein eigenes Kapitel gewidmet, denn so unterschiedlich diese Ursachen sind,



so verschieden sind auch die Auswege aus dem Teufelskreis Untergewicht. Der 23-seitige Teil zur nachhaltigen Gewichtszunahme erklärt einfach sowie leicht verständlich die Funktionen und Notwendigkeit der verschiedenen Nährstoffe sowie der Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente, denn Menschen, die sich häufig mit ihrem Körpergewicht ausein-

andersetzen (müssen), entwickeln über das Verständnis ein positives Körpergefühl, das sich förderlich auf die Gewichtszunahme auswirkt, erklärt Müller. Weiterhin enthält dieser Teil genaue Informationen zu Zusatz- oder Astronautenkost, die die tägliche Kalorienbilanz der Betroffenen auf einfache, praktische und schnelle Art und Weise erhöhen – ein Effekt, der



Fotos: MEV

durch normale Lebensmittel nicht so einfach zu erreichen ist. Der reich bebilderte, 42-seitige Rezeptteil zeigt eine „Diät für Dünne“. Unkompliziertheit, Vielfältigkeit und Schmackhaftigkeit war bei der Auswahl der Rezepte die Devise: Hier läuft auch den widerwilligsten Patienten das Wasser im Munde zusammen! Ein großer Service-Teil mit verschiedenen Anlaufstellen und wichtigen Adressen rundet den Ratgeber ab und macht ihn zum unverzichtbaren Begleiter aller Dünnen auf dem Weg zu einem gesunden Körpergewicht und -gefühl. sp/pte

„Gesund zunehmen!“

Sven-David Müller, Klaudia Pütz.
Knauer Verlag, 128 Seiten, 12,90 Euro, ISBN 3-426-66814-9

Medizinisches Wörterbuch im Kitteltaschenformat

Das neue Fachwörterbuch Kompakt Medizin Englisch erscheint erstmals in Zusammenarbeit mit dem Langenscheidt Verlag. Die zweite, erweiterte Auflage bündelt mit rund 32000 Fachbegriffen und 48000 Übersetzungen je Sprachrichtung kompaktes Wissen für die medizinische Alltagspraxis, für Experten aus angrenzenden Fachgebieten und für Studenten.

Die zweite Auflage des Fachwörterbuches Kompakt Medizin Englisch, herausgegeben von Fritz-Jürgen Nöhring, bietet in Komprimierter Form eine weitreichende medizinische Terminologie. Das Wörterbuch ist um jeweils 2000 neue und aktuelle Stichwörter in jeder der beiden Sprachrichtungen erweitert. Großer Wert ist auf die Berücksichtigung von idiomatischen Redewendungen der medizinischen Alltagssprache gelegt. Zudem ergänzen zahlreiche Kurzdefinitionen und ein tabellarischer Anhang das Buch. Das Kitteltaschenformat (10,5 x 15,1 Zentimeter) macht das Fachwörterbuch zum verlässlichen Begleiter bei medizinischen Behandlungen auf Reisen und für den Arzt oder Studenten in der Praxis sowie im Krankenhaus.

**Fachwörterbuch
Kompakt Medizin –
Englisch-Deutsch –
Deutsch-Englisch**

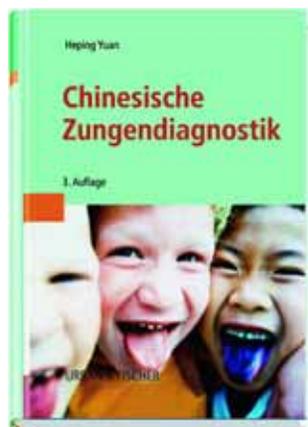
Fritz-Jürgen Nöhring, 2. Auflage 2004, Urban & Fischer / Langenscheidt Verlag, 1 312 Seiten, 34,90 Euro, ISBN 3-437-15120-7.



Über die Zunge zur Diagnose

Jede Zahnärztliche Untersuchung eröffnet den Blick auf die Zunge. An ihr kann viel „abgelesen werden“, denn die Zungendiagnostik ist eine wichtige Säule in der chinesischen Medizin. Sie gibt Auskunft über den energetischen Zustand eines Patienten. Veränderungen wie Fülle- oder Leere-Zustände von Organen oder Krankheitsverläufe sind direkt an der Zunge ablesbar.

Die dritte Auflage des Buches Chinesische Zungendiagnostik ist um 14 neue Zungenbilder er-



weitert. Insgesamt 100 Abbildungen und das neu eingefügte Kapitel „Verbindung von Zungen- und Pulsdiagnostik“ erleichtern den Zugang zur richtigen Diagnosestellung.

Das Buch ist klar strukturiert und übersichtlich aufgebaut und zeigt anhand der zahlreichen Abbildungen und präzisen Erläuterungen alle wichtigen Zungenbefunde. Steckbriefartig sind zu jedem Befund Charakteristika wie Zungenbelag und Feuchtigkeit, Farbe und Form des Zun-

genkörpers sowie die TCM-Diagnose und weitere TCM-Erläuterungen angegeben.

Mit dem Buch kann auch der Zahnarzt seinen Blick für das Wesentliche in der Zungendiagnostik schulen und die Zungendiagnostik bei regelmäßiger Wiederholung schnell und sicher erlernen. zm

Chinesische Zungendiagnostik
Heping Yuan, 3. Auflage 2003, 160 Seiten, 100 farbige Abbildungen, gebunden, 39,95 Euro, ISBN 3-437-56061-3.

Die Gesundheitsfalle

Die Medizin wird immer besser, die Menschen deshalb aber nicht gesünder. Immer häufiger wird Gesundes in Krankes und damit in Behandlungsbedürftiges verwandelt. Weil die Medizin zur Dienstleistung verkommen ist, unterliegt sie Marktmechanismen und erzeugt künstliche Bedürfnisse. Dies wiederum produziert mehr Kranke, die Geld kosten. Mit diesem Denkansatz analysiert der Sozialpsychiater und Historiker Klaus Dörner, Autor zahlreicher Bücher zur Geschichte der Psychiatrie und zur Medizinethik, in seinem Buch „Die Gesundheitsfalle“ den Zustand des Gesundheitssystems, das nach seiner Ansicht längst zur „Gesundheitsvernichtungsmaschine“ geworden ist.

Erst wenn wir uns wieder um uns selbst sorgen und um die Menschen in der Familie und in der Nachbarschaft, seien wir in der Lage, uns aus der Gesundheitsfalle zu befreien, postuliert Dörner, der von 1980 bis 1996 Leiter der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Gütersloh war und an der Universität Witten-Herdecke lehrte. Nach seiner Ansicht müs-

sen wir bereit sein, Gesundheit nicht mehr als einzigen Lebenszweck zu begreifen.

Den Anstoß zu dem Buch gab eine gemeinsame Tagung der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Bundesverbandes der Deutschen Industrie im Juni 2002 in Berlin über neue Forschungsschwerpunkte in der Medizin und deren wirtschaftliche Bedeutung, bei der Dörner einen Vortrag zu halten hatten. Nachdem seine kontroverse Rede seinerzeit auf breite Resonanz in der Öffentlichkeit gestoßen war, entschloss er sich, ein kleines Buch zu schreiben, in dem er seine zwölf Thesen für die „Heilung der kranken Medizin“ nun etwas ausführlicher darlegt. Mit eingeflossen sind auch Gedanken aus seiner Berufserfahrung als Arzt.

Jürgen Stoschek

**Die Gesundheitsfalle.
Woran unsere Medizin krankt.
Zwölf Thesen zu ihrer Heilung.**

Klaus Dörner, Econ-Verlag 2003, 201 Seiten, gebunden, 18,00 Euro, ISBN 3-430-12241-4

Differentialdiagnose internistischer Erkrankungen

Die Diagnosefindung bei internistischen Erkrankungen erfordert zusätzlich zum medizinischen Know-how durchaus auch kriminalistischen Spürsinn – aus einer Fülle von Leit- und Nebensymptomen ergeben sich Verdachtsdiagnosen, die letztlich zur korrekten Diagnose führen. Mit der zweiten Auflage von Differentialdiagnose internistischer Erkrankungen ist im Urban & Fischer Verlag ein Nachschlagewerk erschienen, das Schritt für Schritt dazu anleitet, die korrekte Diagnose herauszuarbeiten.



Die Gliederung des Werkes folgt durchgehend dem gleichen Schema: Ausgehend von Anam-

nese, Untersuchungs- und Laborbefund wird bei etwa 80 Hauptsymptomen und -befunden unter Einbeziehung von Nebensymptomen das Leitsymptom differentialdiagnostisch aufgearbeitet. Die tabellarische Zusammenfassung von Leitsymptom, Nebensymptomen, der sich daraus ergebenden Verdachtsdiagnose und des diagnostischen Weges zur Sicherung der Verdachtsdiagnose verstärkt die Übersichtlichkeit und ermöglicht eine rasche Orientierung innerhalb der einzelnen Kapitel.

Das praxisnahe Nachschlagewerk bietet allen internistischen Ärzten in Weiterbildung und

Fachärzten der Inneren Medizin sowie Allgemeinmedizinern wertvolle Hilfe bei der Suche nach der richtigen Diagnose. Es eignet sich ebenso für Medizinstudenten und internistisch interessierte Ärzte anderer Fachgebiete. Der Zahnarzt sollte dieses Werk unbedingt greifbar haben, um bei Verdachtsdiagnosen sicherer in der schnellen und richtigen Überweisung zum Spezialisten zu sein. sp

Differentialdiagnose internistischer Erkrankungen

Peter Jipp, Wolfram G. Zoller,
Urban & Fischer Verlag, 2. Auflage
2003, 1 154 Seiten, 144 Abbil-
dungen, 357 Tabellen, gebunden,
99,95 Euro, ISBN 3-437-22890-0.

Jahrestagung der AG Dentale Technologie

Kreativität unter erschwerten wirtschaftlichen Bedingungen

Detlef Axmann, Kristina Gehring et al.

„Einfache prothetische Lösungen und Qualität – kein Widerspruch!“, so lautete provozierend das Schwerpunktthema der diesjährigen Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie (ADT) Mitte Juni in Sindelfingen.

Prof. Dr. Heiner Weber, Erster Vorsitzender der ADT, betonte, verbunden mit einer Danksagung an die Sponsoren dieser Tagung, die ungeheure Kreativität, die Industrie und Berufsstände unter erheblich erschwerten wirtschaftlichen Bedingungen hervorbringen, um „die für unsere Patienten so wichtige, gleichbleibende oder angesichts von technologischen Weiterentwicklungen verbesserte Qualität in der zahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten“.

Und genau auf diese Kreativität zielte der Untertitel „Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit restaurativer Therapie“ des



**Arbeitsgemeinschaft
Dentale Technologie e.V.**

Schwerpunktthemas. Schon der erste Vortrag war inhaltlich ein Beispiel interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Zahntechnikermeister Frank Rübeling und Andreas Klar aus Bremerhaven und Berlin sowie Privatdozent Dr. German Gómez-Róman, Tübingen, trugen abwechselnd vor, wie sie „Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Chirurgie-Zahnmedizin-Zahntechnik für den implantatgetragenen Zahnersatz zur Vermeidung von Misserfolgen“ im Alltag erleben. In seinem Beitrag „Piezosurgery: Schockende Chirurgie für eine optimale Ästhetik“ betonte Dr. Mario Siervo, Mailand, Vorzüge der piezoelektrischen Chirurgie. So ermöglicht sie eine selektive Schnittführung. Hartgewebe wird bearbeitet, Weichgewebe bleibt geschont.

Von zwei wenig invasiven adhäsiv-prothetischen Therapieformen berichtete Prof.

Matthias Kern aus Kiel in seinem Beitrag „Einfügelige Adhäsivbrücken und -attachments. Einfach und gut“. Zwar seien diese Therapieformen längst etabliert, bislang allerdings wenig beachtet, gleichwohl wissenschaftliche Daten belegen, welche einfachen und guten Lösungen sie bieten.

Technische Innovationen

Wie – und das ist neu – verschraubbare Friktions- und Führungsstifte verarbeitet werden, demonstrierte Zahntechnikermeister Alfons Wengenmaier aus Marktober-

dorf. Detailliert erläuterte er Feinheiten, auch Besonderheiten des technischen Ablaufs, die diese verschraubbaren Funktionselemente bei ihrer Verarbeitung erfordern. PD Dr. Jens Fischer, Bern, berichtete über die Vorteile des Klebens, sowohl in der Zahntechnik, wo das thermische Fügen mittels Lötung und Schweißen umgangen werden kann, als auch in der Klinik, wo durch die Adhäsivtechnik in der Füllungstherapie oder bei Keramikversorgungen mittels Bonding am Dentin eine ausreichende Verbundfestigkeit erreicht wird. Allein schon eine rein mechanische Vorbehandlung von Metalloberflächen führt zu Verbundfestigkeitswerten, die denjenigen zum Dentin überlegen sind.

ZA Michael Rudolph aus Halle stellte die Passgenauigkeit und Festigkeit lasergesinteter Kronen vor. Er zeigte Ergebnisse einer



Fotos: Sindelfingen/DI

In-vitro-Studie über ein neues Verfahren, bei dem das Gerüst für eine Metallkeramikkrone oder -brücke durch einen CAD/CAM-Software-gesteuerten Laser schichtweise aus Metallpulver kompaktiert wird. Nach anschließendem Keramikaufbrennen wurden die auf diese Weise hergestellten Kronen auf Passgenauigkeit und Festigkeit mit konventionell hergestellten Kronen verglichen. Dabei konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Arbeitsunfähig durch allergene Materialien

Häufig führen allergische und irritative Hauterkrankungen durch Dentalprodukte bei Zahn Technikern zu Umschulungen. Dr. Dipl. Biol. Beate Grunenberg, Köln, begutachtete verschiedene Zahn Techniker in Hinblick auf die Untersuchung der Erkrankungsursachen beziehungsweise auf die Erarbeitung und Erprobung geeigneter Präventivmöglichkeiten. Allein durch Anwendung von Schutzmaßnahmen, wie dem Tragen von Handschuhen, erfolgt

schon ein gewisser Schutz vor Ausbildung von Allergien. Aber es wurde auch gezeigt, dass die Anwendung von Hautpflegeprodukten nach der Arbeit hinsichtlich irritativer Veränderungen der Haut sehr wirksam ist und damit zu einer deutlichen Reduktion der Häufigkeit von irritativen Kontaktekzemen führen kann.

Rund um die CAD/CAM-Technik

CAD/CAM-gefertigter Zahnersatz aus Zirkoniumdioxid war das Thema von Dr. Peter Schubinski. Er stellte allgemein gültige Präparationsregeln auf und reflektierte Vor- und Nachteile der verschiedenen Befestigungsmöglichkeiten der zahnmedizinischen Restaurationen. Ursprünglich für industrielle Anwendungen entwickelte Hochleistungskeramiken erobern dank der CAD/CAM-Technologie nun auch den Dentalbereich. Die innovative Entwicklung der dentalen CAD/CAM-Technologie während der letzten Jahre lieferte die erforderliche Präzision zur Fertigung dentalkeramischer Restaurationen mit akzeptablen Ergebnissen.

ZTM Ingo Scholten, Ratingen, sprach über Grenzen, Möglichkeiten und Tipps für die tägliche Praxis bei „Aluminiumoxid als Basis ästhetischer Restaurationen“. Aufgrund langjähriger klinischer Erfahrung und des großen Verarbeitungsgrads im Markt haben Aluminiumoxid-Gerüstwerkstoffe heute einen hohen Stellenwert, der von Anwendern und Patienten gleichermaßen geschätzt wird. Für die Anfertigung von ästhetisch hochwertigen Verblendungen auf diesen Gerüstwerkstoffen ist es empfehlenswert, bestimmte Parameter einzuhalten, die in physikalischer und ästhetischer Hinsicht optimal auf diese Gerüstwerkstoffe abgestimmt sind. Dafür müssen wichtige Parameter erfüllt sein. Am Beispiel des VINTAGE AL Verblendkeramiksystems hat der Referent dann die wichtigsten Einzelschritte für die Anfertigung einer ästhetischen Restauration präsentiert, aus der sich feststellen lässt, dass die Kombination von Al_2O_3 Gerüstwerkstoffen mit modernen Verblendsystemen aus ästhetischer, funktioneller und wohl auch aus klinischer Hinsicht eine

perfekte Symbiose darstellt, die allen Anforderungen langfristig gerecht wird.

„Präzision und Einstückguss – ein Widerspruch“ damit fesselten ZTM Helmut Lassing und Andreas Gneist, Weißkirchen, die Zuhörer zum Thema Einstückguss-Restaurationen aus NEM. Neben der Kostenreduzierung sei damit auch eine Versorgung parodontal geschädigter Lückengebisse durch Einstückguss-Restaurationen möglich. Trotz Pfeilverlust könnte die Funktion des Zahnersatzes ohne wesentliche Ein-

Bestpreis



Foto: zm-Archiv

Die Mitgliederversammlung der ADT sowie der Vorstand sprachen dem Tübinger Privatdozent Dr. German Gómez-Róman die Auszeichnung „Bester Vortrag 2003“ für seinen letztjährigen Beitrag zu.

bußen erhalten bleiben. Ebenfalls sei der Verzicht eines großen „Verbinders“ neben den Geschmacksirritationen für den Patienten ein Vorteil. Dabei ging es besonders um Konuskronen. Es folgte ein kurzer Einblick in Fertigung (zwei Grad Fräsung wurden angewendet) und Herstellung sowie Ausarbeitung. Zusammenfassend wurden in den letzten drei Jahren 80 Prozent der Doppelkronen in Einstückgussrestaurationen aus NEM gefertigt, wobei die Herstellungskosten, die Biokompatibilität, der Tragekomfort und die einfache Handhabung des Systems nur positive Resonanzen bei Kunden, Patienten und Firmen zeigen.

Professor Dr. Dieter Welker, Jena, zeigte, dass sich die aktuellen Verblendkunststoffe (vornehmlich lichtpolymerisierbare Kom-

posite) gegenüber älteren Produkten hinsichtlich ihrer mechanischen Eigenschaften auch unter experimenteller Stressbelastung deutlich verbessert haben.

Weniger ist oft mehr

Laut Professor Dr. Heiner Weber, Tübingen, beginnt die Entscheidung für eine einfache prothetische Lösung bereits bei der Indikationsstellung, indem abgewogen werden muss, ob auch eine Therapia nulla möglich ist. Die nächste Überlegung sollte dann sein, ob bereits vorhandener Zahnersatz mit einfachen Maßnahmen wieder funktionsstüchtig gemacht beziehungsweise erhalten werden kann. Auch der Einsatz von Implantaten kann in bestimmten Fällen die einfachere Alternative zu konventionellen Zahnersatzversorgungen darstellen.

Eine Zahnbehandlung in Hypnose demonstrierte Dr. Albrecht Schmierer, Stuttgart, anhand eines komplexen Falles. Neben der Hypnose sei es wichtig, dem Patienten individuelle Eigenarten zu belassen, um einen angenehmen Zustand zu erzeugen. Ein positives „yes set“ sei nicht nur hinsichtlich des Praxis- und Technikteams, sondern auch hinsichtlich der zur Anwendung kommenden Materialien wichtig, weshalb er diese gelegentlich durch die Patientin auspendeln ließ.

Rehabilitationen

Privatdozentin Dr. Eva Engel, Tübingen, widmete sich der prothetischen Versorgung von Patienten mit Kiefer-Gesichts-Defekten. Mit dem oralen Handicap geht auch immer ein minderwertiges Körper- und Selbstwertgefühl einher, weshalb der prothetischen Rehabilitation ein besonderer Stellenwert zukommt. Den Patienten kann damit erheblich mehr Lebensqualität vermittelt werden.

Dr. rer. nat. Detlef Axmann
Dr. med. dent. Kristina Gehring
ZA Andreas Geist
ZÄ Mareike Link
Poliklinik für Zahnärztliche
Prothetik mit Propädeutik
Osianderstr. 2-8
72076 Tübingen



Congress Center Frankfurt am Main



DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG



klinisch • wissenschaftlich • psychologisch • wirtschaftlich

Kongress für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
12. - 13. November 2004 • Congress Center Messe-Frankfurt am Main

Die Wissenswelt der ZMK in ihrer Faszination neu erleben!

ANMELDUNG

per **FAX: 069/427 27 51 94** oder **www.dtzt.de**

zum **Deutschen Zahnärztetag • Kongress für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde am 12.-13. November
2004 in Frankfurt am Main:**

Kongressgebühren: € 260,- (inkl. MwSt.) für Zahnärzte
 € 330,- (inkl. MwSt.) für Zahnärzte
(Kombi-Ticket Workshop + Kongress)

Workshopgebühren: € 160,- (inkl. MwSt.) nur für
Zahnärzte/Assistenten

- Workshop I Workshop II Workshop III Workshop IV
- Workshop V Workshop VI Workshop VII Workshop VIII

(Achtung! Limitierte Teilnehmerzahl, bitte rechtzeitig anmelden)

Teilnehmer/Teilnehmerin

1) Name, Vorname _____

2) Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax/E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

1. ZMK-KONGRESS DES DEUTSCHEN ZAHNÄRZTETAGES

IM CONGRESS CENTER MESSE-FRANKFURT

www.dtzt.de

1. ZMK-KONGRESSTAG

Freitag, 12. November 2004

Moderation: Prof. Dr. M. Noack

- 13:00-13:20 Begrüßung Präsident LZKH
Dr. M. Frank
Begrüßung
Prof. Dr. M. Noack
Instruktion mobITED zur interaktiven
Kongress-Nutzung
Dr. M. Beyer

ZMK Fokus: Zahnerhaltung

- 13:20-13:50 **Thema 1:** Konventionelle vs. minimal-invasive Therapie
Kariestherapie mit oder ohne Bohrer?
Prof. Dr. M. Noack

- 13:50-14:20 **Thema 2:** Symptom- vs. Kausaltherapie-Restaurative
Therapie ohne funktionelle Nebenwirkungen!
Prof. Dr. G. Meyer

- 14:20-14:50 Moderierte Diskussion zu **T1** und **T2**
Prof. Dr. M. Noack, Prof. Dr. D. Heidemann

- 14:50-15:50 Pause

ZMK Fokus: Prothetik

- 15:50-16:20 **Thema 3:** Festsitzender vs. herausnehmbarer Zahnersatz
Medizinische, wirtschaftliche und emotionale
Entscheidungskriterien!
Prof. Dr. H. Weber

- 16:20-16:50 **Thema 4:** Metallkeramik vs. Vollkeramik
Die Qual der Wahl - Aufwand und Nutzen!
Prof. Dr. M. Kern

ZMK Fokus: Implantologie

- 16:50-17:20 **Thema 5:** Bewährte Konzepte vs. Sofortbelastung
Gibt es goldene Regeln für die Implantattherapie?
Prof. Dr. Dr. D. Weingart

- 17:20-18:00 Moderierte Diskussion zu **T3**, **T4** und **T5**
Dr. Dr. Dr. Ch. Foitzik, Dr. P. Weigl

ZMK-Workshops

Freitag, 12. November 2004

- 09:00-12:00 **Workshop I • Endodontologie**
Weiterversorgung endodontisch behand. Zähne
Prof. Dr. D. Heidemann, Dr. P. Weigl
Workshop II • Prothetik
Bewertung des Erfolgs
neuer zahnärztlicher Werkstoffe
Prof. Dr. J. Geis-Gerstorfer
Workshop III • Parodontologie
Regenerative Techniken
PD Dr. R. Mengel
Workshop IV
Notfallkurs für das Team
Dr. K. Rimbach und Team

2. ZMK-Kongresstag

Samstag, 13. November 2004

Moderation: Prof. Dr. M. Noack

- 09:00-09:15 Warm-up: "Die Voting-Show"
Prof. Dr. M. Noack, Dr. M. Beyer

ZMK Fokus: Parodontologie

- 09:15-09:45 **Thema 6:** Regenerative vs. konservative PAR-Therapie
Gibt es goldene Regeln der Parodontaltherapie?
Prof. Dr. A. Mombelli

- 09:45-10:15 **Thema 7:** Parodontaltherapie vs. Recall-System
Welche Therapie braucht wie viel Recall?
Prof. Dr. J. Meyle

- 10:15-10:45 Moderierte Diskussion zu **T6** und **T7**
Dr. J. Fedderwitz

- 10:45-11:45 Pause

ZMK Fokus: Orale Medizin

- 11:45-12:15 **Thema 8:** Häufige vs. seltene Mundschleimhauterkrankungen
Was behandle ich selbst, was muss ich überweisen?
Prof. Dr. Dr. T. Reichert

- 12:15-12:45 Moderierte Diskussion zu **T8**
Dr. W. Bengel

ZMK Fokus: Chirurgie

- 12:45-13:15 **Thema 9:** Generalist vs. Spezialist
Was braucht der Patient?
Prof. Dr. Dr. B. Hoffmeister

- 13:15-13:45 Moderierte Diskussion zu **T9**
Dr. G. Schulz-Freywald

- 13:45-15:00 Mittagspause

ZMK Fokus: OP interaktiv mit Weltpremiere in HDTV (High Definition TV = Kinoqualität)

- 15:00-16:15 **Thema 10:** Parodontologie/Implantologie
OA PD Dr. R. Mengel

mobITED-Auswertung

- 16:15-17:00 Präsentation der Ergebnisse und
Abschluss des Kongresses
Prof. Dr. M. Noack, Dr. M. Frank, Dr. M. Beyer
Ausgabe der mobITED-Ergebnisse

ZMK-Workshops

Samstag, 13. November 2004

- 09:00-12:00 **Workshop V • Implantologie**
Sofortbelastung
Prof. Dr. G.-H. Nentwig
Workshop VI • Parodontologie
Mikrobiologische
Diagnostik/Antibiotika-Therapie
Prof. Dr. P. Eickholz
Workshop VII • Chirurgie
Augmentation
Prof. Dr. Dr. J. Wiltfang
Workshop VIII
Notfallkurs für das Team
Dr. K. Rimbach und Team



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84	Kieferorthopädie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 86
	ZÄK Niedersachsen	S. 85		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 89
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 90		ZÄK Hamburg	S. 81
Ästhetik	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	ZÄK Nordrhein	S. 82	
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 90	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 84	
EDV	ZÄK Nordrhein	S. 82	ZÄK Niedersachsen	S. 85	
	LZK Hessen	S. 85	LZK Hessen	S. 86	
Endodontie	ZÄK Hamburg	S. 81	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 90	
	ZÄK Nordrhein	S. 82	Bayerische LZK	S. 90	
	LZK Hessen	S. 86	ZÄK Hamburg	S. 81	
Helferinnen-Fortb.	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	ZÄK Nordrhein	S. 82	
	KZV Freiburg	S. 90	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 89	ZÄK Niedersachsen	S. 85	
Implantologie	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 90	LZK Hessen	S. 86	
	Bayerische LZK	S. 90	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	
	ZÄK Hamburg	S. 81	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 89	
Kiefer-/Oralchirurgie	ZÄK Nordrhein	S. 82	ZÄK Hamburg	S. 81	
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 88	ZÄK Niedersachsen	S. 84	
Parodontologie	ZÄK Bremen	S. 91	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	
	ZÄK Hamburg	S. 81	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 90	
	ZÄK Nordrhein	S. 82	ZÄK Nordrhein	S. 82	
Praxismanagement	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 88	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 84	
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	KZV Freiburg	S. 90	
Prophylaxe	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 90	
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 90	ZBV Unterfranken	S. 90	
	ZÄK Nordrhein	S. 82	ZÄK Hamburg	S. 81	
Prothetik	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	ZÄK Nordrhein	S. 82	
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 90	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84	
	ZÄK Nordrhein	S. 82	ZÄK Niedersachsen	S. 84	
Restaurative ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 88	
	ZÄK Mecklenburg-Vorp.	S. 84			
	KZV Freiburg	S. 90			

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 81

Kongresse Seite 91

Universitäten Seite 95

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 96

Freie Anbieter Seite 96

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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende
Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

.....

Thema:

.....

Datum:

.....

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Kurs-Nr.: 10159 kfo

Thema: Wissenschaftlicher Abend – Wechselbeziehungen Kieferorthopädie und Parodontologie – Neue Aspekte
Referent: Prof. Dr. Dr. Peter Diedrich, Aachen
Termin: 01. 11. 2004
Gebühr: keine

Kurs-Nr.: 40497 inter

Thema: Notfälle in der zahnärztlichen Praxis - Lebensrettende Sofortmaßnahmen Kurs II
Referenten: Dr. Heinz Berkel / Alfred Schmücker, Hamburg
Termin: 03. 11. 2004
Gebühr: 75,- EUR

Kurs-Nr.: 50352 impl

Thema: Implantationskurs für Fortgeschrittene
Referent: Dr. Dr. Werner Stermann, Hamburg
Termin: 03. 11. 2004
Gebühr: 110,- EUR

Kurs-Nr.: 50353 kons

Thema: Let's Talk About Endo! – Ein mikroendodontisches Konzept
Referent: ZA Thomas Clauder, Hamburg
Termin: 03. 11. 2004, 10. 11. 2004
Gebühr: 290,- EUR

Kurs-Nr.: 40495 fu

Thema: Aufbisschiene und dann? Behandlungskonzept zur Stabilisierung einer therapeutischen Okklusionsposition – Kurs 3
Referent: Dr. Uwe Harth, Bad Salzflun
Termin: 05./06. 11. 2004,
Gebühr: 360,-EUR

Kurs-Nr.: 40501 impl

Thema: Wie kommt der Knochen zum Implantat? Wie bleibt der Knochen am Implantat? Knochenmanagement in der chirurgischen und prothetischen Phase
Referent: Prof. Dr. Georg-H. Nentwig, Frankfurt a. M.
Termin: 05./06. 11. 2004
Gebühr: 420,- EUR

Kurs-Nr.: 40498 inter

Thema: Notfälle in der zahnärztlichen Praxis – Lebensrettende Sofortmaßnahmen Kurs III
Referenten: Dr. Heinz Berkel / Alfred Schmücker, Hamburg
Termin: 10. 11. 2004
Gebühr: 75,- EUR für Zahnärzte / 35,-EUR für Mitarbeiter

Kurs-Nr.: 50350 proth

Thema: Probleme bei der Erstellung totaler Prothesen in der täglichen Praxis
Referenten: Dr. Wolfgang Schildt / ZA Thomas Springer, Hamburg
Termin: 10. u. 24. 11. 2004
Gebühr: 150,- EUR

Kurs-Nr.: 31184 chir

Thema: Operationskurs Sinus Lift
Referent: Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch und Mitarbeiter, Hamburg
Termin: 10. 11. 2004
Gebühr: 150,- EUR - ausgebucht

Kurs-Nr.: 20389 rö

Thema: Digitale Volumentherapie und ihre Anwendungsmöglichkeit in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. Hermann Staus, Darmstadt
Termin: 13. 11. 2004
Gebühr: 70,- EUR

Kurs-Nr.: 40508 praxisf

Thema: Führungstraining – Der Zahnarzt als Praxis- und Personalmanager
Referentin: Dr. Dipl.-Psych. Susanne Wilcken, Rosengarten
Termin: 12./13. 11.2004
Gebühr: 280,- EUR

Kurs-Nr.: 40517 fu

Thema: Der Weg zur relaxierten Kieferrelationsbestimmung („Bissnahme“) über die diagnostische Befundaufnahme des Patienten (einschließlich der Muskelbefunde) und therapeutische Möglichkeiten der Muskelrelaxation
Referent: Dr. Winfried Wojak, Detmold
Termin: 13. 11. 2004
Gebühr: 200,- EUR

Kurs-Nr.: 31180 chir

Thema: Oralchirurgie
Referent: Dr. Herbert Loosen, Hamburg
Termin: 17. 11. 2004
Gebühr: 110,- EUR

Kurs-Nr.: 40504 inter

Thema: Arbeitssystematik bei der Patientenbehandlung – Vier-Hand-Technik – Praktischer Arbeitskurs für das zahnärztliche Team
Referenten: Dr. Richard Hilger, Kürten / Ruth Knülle, Düsseldorf
Termin: 20. 11. 2004
Gebühr: 250,- EUR für ZÄ, 185,- EUR für Mitarbeiter

Kurs-Nr.: 31182 chir

Thema: Operationskurs Zahnärztliche Chirurgie
Referent: Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch und Mitarbeiter, Hamburg
Termin: 24. 11. 2004
Gebühr: 150,- EUR (ausgebucht)

Kurs-Nr.: 1121 kons

Thema: Sonderfortbildung Indikationsgerechte Anwendung aktueller Restaurationsmaterialien und -techniken
Referenten: Prof. Dr. Heinrich Kappert, Freiburg / OA Dr. Burkard Hugo, Würzburg / Prof. Dr. Lothar Pröbster, Wiesbaden / Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald
Termin: 27. 11. 2004
Gebühr: 110,- EUR für ZÄ 55,-EUR für Assistenten, 25,-EUR für Studenten

Anmeldung bitte schriftlich bei der Zahnärztekammer Hamburg – Fortbildung, Postfach 74 09 25, 22099 Hamburg
 Telefon: 040/ 73 34 05 – 38 (Frau Greve)
 040/ 73 34 05 – 37 (Frau Knüppel)
 Fax: 040/ 73 34 05 – 76

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13, 10115 Berlin

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

Pat. Init.		Geburtsdatum		Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Schwangerschaftsmonat:	
------------	--	--------------	--	---	--	------------------------	--

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):

lebensbedrohlich: ja nein

aufgetreten am: _____ Dauer: _____

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.
1.				
2.				
3.				
4.				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④ dieses früher gegeben ja nein vertragen ja nein ggf. Reexposition neg. pos.

Allgemeinerkrankung:

behandelt mit:

Anamnestische Besonderheiten: Nikotin Alkohol Schwangerschaft Kontrazeptiva Arzneim. Abusus

Sonstiges:

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen:

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:
wiederhergestellt wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt unbekannt Exitus
(ggf. Befund beifügen) Todesursache:

Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM , Hersteller , Arzneim.-Komm. Ärzte sonstige Beratungsbrief erbeten

Name des Zahnarztes (evtl. Stempel) Klinisch tätig? ja nein Datum: _____

Unterschrift

**Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen
durch Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen
nach § 3 Abs. 2-4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung**

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

Die Meldung wird von der Arzneimittelkommission unverzüglich weitergeleitet an:
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Abteilung Medizinprodukte,
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn, Telefax: 0228/207-5300

Meldung erstattet von (Zahnklinik, Praxis, Anwender etc.)	
Straße	
PLZ	Ort
Bundesland	
Kontaktperson	
Tel.	
Fax	
Datum der Meldung	Unterschrift

Hersteller (Adresse)																																	
Handelsname des Medizinproduktes	Art des Produktes (z. B. Prothesenbasismaterial, Füllungsmaterial, Legierung):																																
Modell-, Katalog- oder Artikelnummer	Serien-/Chargennummer(n)																																
Datum des Vorkommnisses	Ort des Vorkommnisses																																
Patienteninitialen	Geburtsjahr																																
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																																	
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten (bitte ggf. Ergänzungsblatt benutzen)																																	
Zahnbefund:	<table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		
Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:																																	
Art des Vorkommnisses (lokal/systemisch, z.B. Rötung, Ulceration, Geschmacksirritation, Ganzkörperbeschwerden)																																	
Lokalisation des Vorkommnisses																																	
Beschreibung des Verlaufes																																	
Behandlungsmaßnahmen																																	
Ergebnis	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>																																

Umfrage zum Fortbildungsverhalten in Mecklenburg-Vorpommern

Zwang ist „völlig überflüssig“

Die gesetzliche Pflichtfortbildung für Zahnärzte hält Mecklenburg-Vorpommerns Zahnärztekammerpräsident und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich für „völlig überflüssig“. Der Präsident stützt seine Einschätzung auf die Ergebnisse einer jetzt veröffentlichten Repräsentativ-Umfrage seiner Kammer. Deren zentrales Ergebnis: Mit dem Besuch von durchschnittlich 6,9 Fortbildungsveranstaltungen im Jahr liegen die Zahnärzte aus dem Bundesland an der Ostsee weit über international üblichem Standard.

Die im Jahr 2003 – noch vor In-Kraft-Treten der gesetzlichen Zwangslage – erhobenen Daten der aktuellen Umfrage liegen noch um 23 Prozent höher als die der ersten Erhebung aus dem Jahr 2000. Ein damals erhobener Durchschnitt von 5,6 Veranstaltungen/Fachtagungen pro Jahr konnte 2003 also noch deutlich getoppt werden. BZÄK-Vize Oesterreich: „Das ist eine im internationalen Vergleich hervorragende Position.“

Insgesamt, das dokumentieren die jüngsten Umfrageergebnisse, nahmen 98 Prozent aller Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2003 an mindestens einer Fortbildungsveranstaltung teil.

Mecklenburg-Vorpommerns Zahnärzteschaft – sie nimmt auch am Modellprojekt der Bundeszahnärztekammer für den freiwilligen Fortbildungsnachweis teil – habe somit bewiesen, „dass sie ihre Verantwortung für die Selbstverwaltung sehr ernst nimmt“, betont der Kammerpräsident.

Qualität hoch im Kurs

Wie hoch im Kurs Qualität bei den Mecklenburg-Vorpommernischen Zahnärzten steht, das bestätigt auch die Teilnahme an zusätzlichen qualitätsbezogenen Maßnahmen: 22,9 Prozent der rückantwortenden Zahnärzte gaben an, einem Qualitätszirkel anzugehören. Regelmäßiger interkollegialer Gedanken- und Wissensaustausch gehört also für fast jeden vierten Zahnarzt des Landes fest zum beruflichen Selbstverständnis.

Angesichts dieses positiven Fortbildungsverhaltens kritisiert Mecklenburg-Vorpommerns Kammerpräsident vehement, „dass

mit den überflüssigen gesetzlichen Festlegungen in der Öffentlichkeit ein Bild gezeichnet wird, welches nicht mit den Realitäten übereinstimmt“. Oesterreich: „Die zahnärztliche Fortbildung wird überwiegend aus eigenen Mitteln finanziert und nicht durch beispielsweise die Pharmaindustrie gefördert. Hier wird Selbstverwaltung als Errungenschaft der Demokratie und des Sozialstaates unnötigerweise Bürokratie und Dirigismus unterworfen.“



Foto: Duwentäster

Sieht keinen Beleg für eine positive Wirkung von Zwangsf Fortbildung auf die Versorgungsqualität:
BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich.

Kein Wunder, dass die befragten Zahnärzte die Einführung der Zwangsf Fortbildung durch die Gesundheitspolitik einhellig ablehnen. BZÄK-Vize Oesterreich: „Für eine positive Wirkung auf die Versorgungsqualität durch Zwangsf Fortbildung gibt es auch in der internationalen Literatur nicht den geringsten Beleg.“ pm/mn

Das Team für neue Konzepte begeistern

Neue Spielzeit, neues Stück

Matthias Krack, Francesco Tafuro

Mit modernen Marketingkonzepten planen viele Zahnärzte, der Konkurrenz zu trotzen. Legt der Praxischef seiner Mannschaft das neue Drehbuch vor, ist Teamwork gefragt. Denn nur wenn das Ensemble sich mit den Zielen identifiziert und die Veränderungen mitträgt, hat das neue Stück intern wie bei den Patienten Erfolg.

Veränderungen lassen sich nur gemeinsam bewältigen. Allein steht der Zahnarzt auf verlorenem Posten. Daher sollte er seine Truppe frühzeitig mit auf die Bühne holen. Nicht nur, um das Team von Anfang an mit den notwendigen Infos zu versorgen – eine solche Vorbereitung hat auch eine psychologische Dimension.

Es kommt darauf an, die Mitarbeiter mit dem Veränderungsprozess vertraut zu machen, Ängste und Widerstände abzubauen. Nur so wird es dem Zahnarzt als Regisseur gelingen, das Ensemble emotional von den Zielen zu überzeugen und in die Abläufe einzubinden. Jede Mitarbeiterin hat, wie der Behandler auch, in Bezug auf ihren Arbeitsplatz eigene Anliegen und berufliche Pläne. Diese reichen von angemessenen Arbeitsbedingungen bis hin zum Wunsch nach Anerkennung und Selbstverwirklichung.

Unruhe am Set

Dieser Status quo kann aber ins Wanken geraten, sobald Neues ansteht. Die Darsteller befürchten vielleicht, dass eine Umstrukturierung ihre Situation am Set verschlechtert. Veränderungen bedeuten eventuell mehr Arbeit, höhere Anforderungen, größere Erwartungen. Mangelnde Information und fehlende Kommunikation verstärken die Kontra-Haltung, Unklarheit verursacht Unsicherheit. Deshalb ist es wichtig, die Mitarbeiter in regelmäßigen Meetings über alles, was sie wissen müssen, ausführlich zu informieren.

Der Zahnarzt stimmt seine Helferinnen am besten auf den Wandel ein, indem er sie von den Vorteilen überzeugt und den Nutzen für alle Beteiligten herausstellt. In der

Regel kann der Praxischef die beruflichen Wünsche der Angestellten gut mit der Weiterentwicklung der Praxis in Einklang bringen, zum Beispiel, indem er ihnen anspruchsvollere Aufgaben überträgt.



Foto: Corbis

Wenn das Team die neue Choreografie mitträgt, hat das Konzept das Zeug zum Hit.

Das Team kann sich freilich nur dann mit den Praxiszielen identifizieren, wenn es überhaupt weiß, worum es inhaltlich geht. Deshalb verharrt der Behandler bei den Proben nicht im Off. Er souffliert den Akteuren den neuen Text, das heißt, er zeigt ihnen, auf welchem Weg sie diese Ziele erreichen. Um das Team mit dem neuen Drehbuch vertraut zu machen, bietet sich ein Workshop an. Hier können die Mitarbeiter lernen, sich anhand einer konkreten Aufgabe in die Rolle des Zahnarztes und die der Patienten zu versetzen. Zunächst geht es darum, grundsätzliche „Wohlfühlkriterien“ für einen Dienstleister zu erarbeiten, beispielsweise für ein Restaurant. Im nächsten

Schritt versuchen die Mitarbeiter die Parallele zur Zahnarztpraxis herzustellen. Zum Abschluss überlegen sie, welchen Beitrag das Team leisten kann, um diese Wohlfühlkriterien in seiner Praxis zu garantieren. Auf diese Fragen sollte danach jede Mitarbeiterin eine Antwort wissen:

- Was bedeuten gesundheitspolitische Umstrukturierungen für unsere Praxis?
- Nach welchen Kriterien wählen Patienten „ihre“ Zahnarztpraxis aus?
- Welchen Beitrag leiste ich durch meine Arbeit, damit der Patient sich wohl fühlt?
- Was tun wir in unserer Praxis, um Patienten zu gewinnen und langfristig zu binden?
- Wo liegen meine Aufgaben in der „neuen“ Praxis?

Vom Statist zum Star

Um die Umgestaltung erfolgreich zu meistern, ist lösungsorientiertes Denken im Team gefragt. Bloße Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit reicht allein nicht aus. Viele Mitarbeiter, die mit ihrem Job „zufrieden“ sind, neigen zum Dienst nach Vorschrift: Sie ziehen sich auf eine Rolle als Statist zurück, sind ohne Eigeninitiative und bei Problemen passiv. Gerade hier kann der Chef ansetzen. Es kommt darauf an, dass das Team lernt, Probleme zu erkennen und zu lösen. Dazu ist es notwendig, dass sich die Mitarbeiter erneut mit der Praxis auseinandersetzen:

- Wo liegen die Stärken unserer Praxis?
- Was zeichnet unsere Praxis aus? Patientensicht besonders aus?
- Welche Bereiche in der Praxis sind derzeit verbesserungsfähig? Was können wir konkret tun, um die Situation zu verbessern?
- In welchen Bereichen gibt es Patientenwünsche, die unsere Praxis bisher noch nicht erfüllen kann?
- Wie stellen wir diese Schwächen ab?
- Wie können wir die Praxis für unsere Patienten noch attraktiver machen und die Service-Orientierung noch weiter erhöhen?
- Was kann das Team tun, um der Praxis zu einem markanten Profil zu verhelfen, das sie von anderen, vergleichbaren Praxen unterscheidet?
- Was sind dabei die Aufgaben der einzelnen Helferinnen?

zm-Info

Proben für den Auftritt

Die Identifikation der Mitarbeiter mit den Praxiszielen ist die wesentliche Voraussetzung dafür, dass das Team die angestrebte Veränderung der Praxis mitträgt und sich aktiv in den Veränderungsprozess einbringt. Dies erfordert von jeder Mitarbeiterin die Bereitschaft zu lösungsorientiertem Denken und Handeln. Um das Team und die einzelnen Mitarbeiterinnen zu unterstützen, bietet sich das Coaching an. Es fordert und fördert jedes Teammitglied und mobilisiert Ressourcen, die in die Weiterentwicklung der Praxis einfließen können. Ein auf diese Weise geführtes Team ist die Voraussetzung für das Gelingen und langfristig gesehen eine der tragenden Säulen des Praxiserfolgs.



Foto: dpa

*Neue Wege gehen?
Der Regisseur weist dem Ensemble die Richtung.*

- Welche Unstimmigkeiten im Team stören die reibungslose Zusammenarbeit?
 - Welche Vorteile ergeben sich durch das gemeinsame Arbeiten an zukünftigen Zielen für jede einzelne Mitarbeiterin?
- Mit diesem Vorgehen fördert der Zahnarzt das Selbstbewusstsein seiner Truppe und die Identifikation mit der Praxis. Darüber hinaus befassen sich die Mitarbeiter aktiv mit Problemfeldern und erarbeiten Lösungsstrategien. Langfristiges Ziel ist es, dass die Mitarbeiterinnen eine Denke entwickeln, die zu Lösungen führt.

Zweiter Akt

Die Vorbereitung des Teams ist jedoch nur ein erster Schritt. Damit das Ensemble nachhaltig an den Praxiszielen festhält, ist ein kontinuierliches Coaching die Voraussetzung. Im Coaching erhalten Mitarbeiter das Maß an Verantwortung, das sie bewältigen können, und werden ihren individuellen Stärken entsprechend eingesetzt. Der Zahnarzt fördert und fordert seine Mitarbeiter zugleich, stellt sie vor zu bewältigende Herausforderungen und unterstützt das eigenverantwortliche Handeln.

Wichtige Elemente beim Coaching in der Zahnarztpraxis sind:

- Stellenbeschreibungen formulieren und Zielvereinbarungen treffen

- regelmäßig Einzelgespräche führen (ungefähr alle acht bis zwölf Wochen)
 - alle zwei Wochen Meetings beziehungsweise Praxisbesprechungen oder Workshops halten
 - gemeinsame Aktivitäten unternehmen, um die Motivation zu fördern
 - Lob- und Kritikgespräche in einer lösungsorientierten Form führen
 - regelmäßig an Weiterbildungen, Schulungen und Seminaren teilnehmen.
- Richtig angewandt, leistet das Coaching einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung jeder Mitarbeiterin, des Praxisteams und damit auch der Zahnarztpraxis.

*Francesco Tafuro
Dipl.-Betriebswirt
Hartsprung 15
22529 Hamburg*

*Matthias Krack
Dipl.-Psychologe
Frankenhöhe 18
55288 Spiesheim*



Eine Checkliste zum Thema „Mitarbeitermotivation“ gibt es als Download bei www.zm-online.de oder über den Bestellkupon auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Für Kredite jetzt noch günstige Zinsen sichern

Umsteigen lohnt sich

Marlene Endruweit

In den USA steigen die Zinsen. Dann werden bald auch die deutschen Kreditgeber mehr Geld von ihren Kunden verlangen. Deshalb ist es jetzt Zeit, sich möglichst günstige Konditionen zu sichern. Auch für bereits bestehende Kredite gibt es Möglichkeiten aus- oder umzusteigen.

Mit traurigen Augen betrachtet so mancher Häuslebauer die Kontoauszüge, auf denen seine Bank ihm regelmäßig den Stand seiner Hypothek mitteilt. Allein das viele Geld, das nicht in die Tilgung, sondern nur in die Taschen der Bank fließt – die Zinsen –, stellt ein Vermögen dar. So mancher Zahnarzt, der vor ein paar Jahren einen Kredit aufgenommen hat, zahlt auch jetzt, zu Zeiten der absoluten Niedrigzinsen, seine sieben Prozent. Dabei könnte er momentan je nach Bank für weniger als fünf Prozent Geld leihen, jedenfalls solange der Zinssatz noch niedrig ist.

Signal zur Zinswende

Denn über kurz oder lang werden die Zinsen steigen. Das Signal für die Zinswende gab Ende Juni der amerikanische Notenbankchef Alan Greenspan. Er setzte zum ersten Mal nach vier Jahren den Leit-zins für die USA um 0,25 Prozentpunkte hoch. Bis Ende des Jahres soll er auf etwa zwei Prozent steigen. Mit einem Zinsanstieg in Deutschland rechnen Experten für das nächste Frühjahr. Also bleibt noch ein wenig Zeit, um alle Möglichkei-

ten zu überprüfen, mit denen man doch noch in den Genuss niedrigerer Zinsen gelangen kann.

Stammkunde bleiben oder ...

Optimal sind die Voraussetzungen, wenn die Laufzeit für einen Kredit jetzt zu Ende geht und der Kunde für die Restsumme einen neuen Vertrag abschließen muss. Ist bis jetzt alles glatt gelaufen, kann er sich als „guter“ Kunde das günstigste Angebot herauspicken. Er muss nicht unbedingt bei seiner Hausbank neu abschließen. Meistens lohnt sich ein Blick ins Internet. Dort bieten viele Institute Hypotheken zu besonders günstigen Konditionen an. Und wer nur einen Restbetrag leihen will, braucht keine Beratung und die Bank verlangt keine Auskünfte mehr – also für alle Beteiligten ein einfaches Geschäft. Da ist schon das eine oder andere Zehntelprozent Abzug vom üblichen Zinssatz möglich, das weiß auch die Hausbank. So sum-



Fotos: MEV

Die junge Familie muss das Haus noch abzahlen? Da zählt beim Zins jedes Prozent, sonst bleibt der Filius später auf einem satten Rest sitzen.

miert sich schon ein halbes Prozent Zinsdifferenz über die Laufzeit hinweg zu einer ordentlichen Ersparnis. Bei einem Darlehen über 100 000 Euro macht das innerhalb von zehn Jahren satte 6 000 Euro aus. Wer also bei seiner Hausbank bleiben will, sollte sie mit einem solchen Angebot konfrontieren. Sie gibt bestimmt nach.

... ein Schnippchen schlagen

Wer lieber die Bank wechseln will, auf den können unter Umständen zusätzliche Kosten zukommen. So kann das Institut auf Kosten des Kunden den Wert der Immobilie neu ermitteln und die Gebühr für die Übertragung der Grundsuld wird fällig. Kein Problem ist die Kündigung einer Hypothek, die mit variablen Zinsen abgeschlossen wurde. In vielen Fällen spüren die Kreditnehmer die flexible

Zinsanpassung nur bei steigender Tendenz; sinken hingegen die Kosten für die Hypothek, lassen sich die Institute gerne viel Zeit, ehe sie ebenfalls senken. So verlangen viele Banken und Sparkassen auch jetzt noch immer bis zu mehr als sechs Prozent Zinsen. Das ist mehr als lang laufende Darlehen kosten. Wer jetzt seiner Bank ein Schnippchen schlagen und seine variable Hypothek umschulden will, kann sie mit einer maximal dreimonatigen Frist kündigen.

Der Zeitpunkt, sich für ein lang laufendes Darlehen von mindestens zehn Jahren zu entscheiden, ist jetzt genau richtig. Schuldner, die sich dennoch nicht von den variablen Zinsen trennen können, sollten auf jeden Fall bei ihrer Bank mit Nachdruck eine Anpassung der Zinsen nach unten verlangen. Dafür gibt es derzeit Angebote von weniger als vier Prozent (Stand: August).

Günstige Gelegenheit

Problemlos umschulden lassen sich auch Kredite, die nicht durch eine Grundschuld gesichert sind. Für sie gelten die gesetzlichen Kündigungsregeln wie für normale Ratenkredite, auch wenn das Geld für die Teilfinanzierung einer Immobilie genutzt wurde. Sie können nach einer Laufzeit von sechs Monaten mit einer Dreimonatsfrist gekündigt werden. Die Bank darf keine Kosten berechnen.

Grund zur Freude haben alle, die sich beim Vertragsabschluss für eine Zinsbindung von mehr als zehn Jahren entschieden haben.

Höhe von 124 439 Euro ab. Zahlt er weiter die alte Rate, bleiben ihm nach fünf Jahren 22 000 Euro weniger Schulden als mit dem alten Kredit.

Wer das Nachsehen hat

Leider müssen die meisten Hypothekenbesitzer auf solche Schnäppchen verzichten. Denn ohne Kündigungsrecht oder bei Vertragsabschluss getroffenen Sondervereinbarungen können Banken und Sparkassen verlangen, dass der Kunde bis zum Ablauf der Zinsbindung zu den vereinbarten Konditionen zahlt. Die einzige Chance, dennoch



Umschulden, ehe der Zug abgefahren ist. Für Kredite ohne Grundschuld-sicherung gilt die gesetzliche Frist.

Sind die zehn Jahre vergangen, kann der Kredit mit einer Frist von sechs Monaten gekündigt werden. Damals lagen die Zinsen für Baudarlehen wesentlich höher als heute. Die Zeitschrift „Finanztest“ hat ein Beispiel durchgerechnet: Ein Bauherr hat vor zehn Jahren einen Kredit über 150 000 Euro zu acht Prozent Zinsen und einem Prozent Tilgung für 15 Jahre fest aufgenommen. Jetzt kündigt er dieses Darlehen und schließt einen neuen Kredit mit fünf Jahren Zinsbindung zu 4,25 Prozent ab. Damit löst er am Ende der Kündigungsfrist die Restschuld in

aus einem bestehenden Vertrag auszusteigen, lassen sich die Institute teuer mit einer Vorfälligkeitsentschädigung bezahlen. Hierin sind die Deutschen innerhalb der Europäischen Union absolute Spitzenreiter. Das ergab eine Studie des Instituts für Finanzdienstleistungen (IFF) in München. So müssen deutsche Kunden für ein 100 000-Euro-Darlehen mit sechs Prozent Verzinsung und einer Festschreibung auf zehn Jahre rund 10 000 Euro zahlen, wenn sie bereits nach fünf Jahren aus dem Vertrag aussteigen wollen. Das ist mehr als doppelt so viel wie im



Wie so oft: Wer gute Infos hat, kann sich das passende Angebot für sein Ziel aussuchen.

zweitteuersten Land Österreich: Die Nachbarn berappen mit 5 000 Euro nur die Hälfte. Am günstigsten können die Portugiesen für 1 400 Euro umsteigen. Die Entschädigung ist eigentlich dafür gedacht, den Banken einen Ausgleich für Zinsschwankungen zu gewähren. Deshalb fällt die Ausgleichszahlung umso höher aus, je tiefer die Zinsen seit Vertragsabschluss gesunken sind. Die Aussichten auf eine Ersparnis bei einer Umschuldung sinken so gegen Null.

Der seltene Ausweg

Sinn macht eine Umschuldung aber dann, wenn der alte Kredit nur noch zwei oder drei Jahre läuft und der Schuldner gegen eine Entschädigung einen langfristigen Vertrag über zehn oder sogar 15 Jahre zu besonders günstigen Konditionen abschließen kann. Löhnen kann sich ein solcher Wechsel schon, falls die Zinsen innerhalb der nächsten zwei Jahre um einen halben Pro-

zentpunkt steigen werden und die Bank die Höhe der Vorfälligkeitsentschädigung fair berechnet.

Für den Laien ist es sehr schwierig, diese Rechnung nachzuvollziehen, immer wieder kommt es zu heftigen Streitigkeiten zwischen Bank und Kunden. Das belegen die insgesamt 81 Urteile des Bundesgerichtshofs und der Oberlandesgerichte zu dieser Streitfrage innerhalb der letzten zehn Jahre. Die Urteile bestätigen in den meisten Fällen die Rechenmethoden der Banken. Das IFF bietet Hilfe an unter <http://www.iff-hamburg.de>, ebenso die Verbraucherzentralen in den großen Städten.

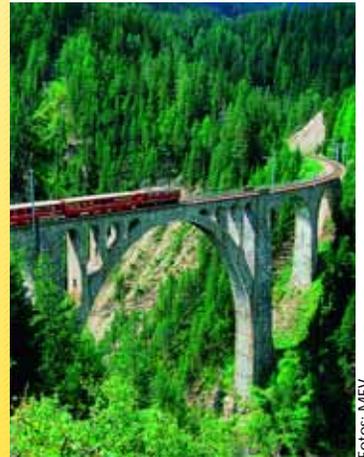
Ein bisschen Vabanque

Preiswerter, aber nicht ganz ohne Risiko, funktioniert der Umstieg auf einen günstigeren Kredit mit einem Forwarddarlehen. Damit kann man sich schon jetzt die derzeit günstigen Zinsen für die Zukunft sichern. In der Praxis funktioniert das so: Der Kunde hat eine Hypothek, die noch maximal vier Jahre

Überbrückung

Beträgt die Restlaufzeit des alten Darlehens nur noch ein Jahr, kann man schon jetzt einen neuen normalen Kredit aufnehmen. Dann fallen zwar für die Wartezeit Bereitstellungs-zinsen an. Doch die können – abhängig vom Goodwill der Bank – geringer ausfallen als die Aufschläge bei einem Forwarddarlehen.

Marlene Endruweit



Fotos: MEV

läuft. Diese zahlt er mitsamt ihren hohen Zinsen weiter bis zum Ende ab. Zusätzlich schließt er ein Forwarddarlehen zu den jetzt geltenden günstigen Konditionen ab. Dieses funktioniert dann einfach als Anschlussfinanzierung an den alten Kredit. Nur sind die Konditionen lange im voraus festgelegt. Diese Möglichkeit lassen sich die Kreditinstitute natürlich auch mit einem Aufschlag bezahlen. Pro Monat bis zur Abnahme des Darlehens beträgt er zwischen 0,02 bis 0,09 Prozent auf die heutigen Konditionen je nach Höhe des Darlehens. Im günstigsten Fall verteuert sich der Kredit um 0,24

Prozent pro Jahr. Bei vier Jahren macht das 0,96 Prozent Aufschlag.

Eine gute Übersicht über die Konditionen bietet die Internet-Adresse <http://www.biallo.de>. Darüber hinaus findet man dort auch aktuelle Zinsvergleiche für sämtliche Kreditarten und Anlagemöglichkeiten.

Wegen des Aufgelds ist diese Darlehensform mit Vorsicht zu genießen. Sie lohnt sich nur, wenn die Zinsen während der Restlaufzeit des Altkredits wie erwartet hoch steigen. Sonst hat der Kunde das Nachsehen und zahlt auch in der Zukunft zu hohe Zinsen. Ihm bleibt dann nur das Gefühl, mal wieder in der falschen Schlange gestanden zu haben.

Dennoch bietet das Forwarddarlehen im Vergleich zur Vorfälligkeitsentschädigung entscheidende Vorteile. Der Kunde braucht keinen Bückling vor dem Abteilungsleiter der Bank zu machen, sondern kann unabhängig selbst entscheiden. Er kann sich die günstigsten Konditionen aus vielen Angeboten herausuchen. Und er kann selbst vergleichen. Denn Banken und Sparkassen müssen die Aufschläge mit in den Effektivzins einrechnen. ■



Vorwärts! Mit einem Forwarddarlehen für die Zukunft kann ein Schuldner preiswert – aber mit Risiko – umsteigen.

Pressegespräch zum Monat der Mundgesundheit im September

Neue Anreize zur Individualprophylaxe

Anlässlich des vierten Monats der Mundgesundheit luden die Bundeszahnärztekammer und Colgate zu einem Pressegespräch am 31. August in Berlin ein. Rund 30 Journalisten informierten sich zum Schwerpunktthema „Individuell vorbeugen zu Hause und beim Zahnarzt“.

Anlässlich der Aufklärungskampagne zum vierten Monat der Mundgesundheit gaben die Bundeszahnärztekammer und Colgate eine neue Patientenbroschüre mit dem Titel „Mundgesundheit ist Lebensqualität“ heraus. Sie lag am September in vielen Zahnarztpraxen aus. Eine eigene Website



Gaben neue Anreize zur IP: Hans Brouwer, Dr. Dieter Oesterreich, Michael Warnecke und Prof. Dr. Elmar Hellwig (v.l.n.r.)



Fotos: Lopata

(www.monat-der-mundgesundheit.de), ein bundesweites Gewinnspiel, bei dem 1000 professionelle Zahnreinigungen zu gewinnen waren, sowie weitere Aktionen rundten den Monat der Mundgesundheit ab.

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, unterstrich die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Colgate und der Bundeszahnärztekammer. Es sei das gemeinsame Ziel, den Patienten in den Zahnarztpraxen aktuelle und wissenschaftlich abgesicherte Informationen zum Erhalt der Mundgesundheit an die Hand zu geben. Im Mittelpunkt dieses Kommunikationsprozesses stehe die zahnmedizinische Prävention. Oesterreich fügte hinzu, dass sich die Bundeszahnärztekammer auch für die Zusammenarbeit mit ande-

ren Firmen offen zeige, sofern es sich nicht um eine direkte Produktwerbung handele und die Prämissen der BZÄK zur Kooperation mit der Industrie erfüllt seien.

„Zur erfolgreichen Umsetzung einer breit angelegten Öffentlichkeitskampagne sind Partner notwendig. Partner, die in ihren grundlegenden Bemühungen mit den präventionspolitischen und fachlichen Grundlagen der BZÄK über-

einstimmen“, erklärte Oesterreich. Die Initiative von BZÄK und Colgate sei in der Kollegenschaft gut angenommen worden, berichtete er. Von der Broschüre zur Profes-

sionellen Zahnreinigung (PZR) seien bisher rund zwei Millionen abgefordert worden, von den weiteren bisher erschienenen Broschüren rund 300000. Der in diesem Jahr herausgegebene neue Ratgeber zur Individualprophylaxe reihe sich nahtlos in die bereits editierten Publikationen ein und verstehe sich als logische Konsequenz aus den vorliegenden Mundgesundheitsdaten. Gerade bei der Zielgruppe der Erwachsenen und Senioren liege ein hoher Informationsbedarf. „Individualprophylaxe ist ein Baustein in einem umfangreichen lebensbegleitenden präventiven Gesamtkonzept, das klinisch-medizinische Erfordernisse mit den Herausforderungen zur Patientenführung und Verhaltensänderung kombiniert.“

Viele Aktivitäten

Hans Brouwer, Vice-President und General Manager von Colgate-Palmolive Deutschland, betonte, dass man durch die Kooperation mit der BZÄK Anreize schaffen wolle, das Bewusstsein der Bevölkerung für die Prävention zu stärken. Er berichtete über die Aktivitäten zum Monat der Mundgesundheit, dazu gehöre neben der neuen Broschüre die PZR-Verlosung und ein ganz neuer Fernsehspot, der auf große Resonanz gestoßen sei.

Anschließend stellte Michael Warnecke, Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung von Colgate Palmolive, die Ergebnisse einer neuen repräsentativen Emnid-Umfrage „Wie Deutschland vorbeugt“ vor (siehe nachfolgenden Bericht).

Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der zahnmedizinischen Forschung zur Individualprophylaxe trug Prof. Dr. Elmar Hellwig, Universität Freiburg, der Presse vor. Er erläuterte die Grundlagen der Entstehung von Karies und Parodontalerkrankungen und ging auf risikoorientierte Kariesprävention und die Wirkung von Fluoriden ein. Anschließend skizzierte er Prophylaxe-Strategien und erklärte die zahnschädigen Folgen erosiver Lebensmittel. pr/BZÄK

zm-Info

Broschüre

„Mundgesundheit ist Lebensqualität“

Die Broschüre können Zahnärzte beim Dentalhandel unter der Nummer 00306 bestellen. Als Download ist sie verfügbar unter <http://www.bzaek.de> oder (mit weiteren Infos über Prophylaxe und PZR) unter <http://www.monat-der-mundgesundheit.de>

Repräsentative Emnid-Umfrage zum Prophylaxeverhalten der Deutschen

Großes Vertrauen in den Zahnarzt

Colgate und die Bundeszahnärztekammer haben anlässlich des Monats der Mundgesundheit eine repräsentative Emnid-Umfrage zum Prophylaxeverhalten der Deutschen durchführen lassen. Ergebnis: Das Vertrauen der Deutschen in „ihren“ Zahnarzt ist trotz zunehmender Probleme im Gesundheitswesen hoch.

Die Umfrage mit dem Titel „Wie Deutschland vorbeugt“ wurde anlässlich des gemeinsamen Pressegesprächs von Bundeszahnärztekammer und Colgate vorgestellt (siehe voranstehenden Bericht). Untersuchungsgegenstand war das Vorbeuge- und Mundpflegeverhalten der Deutschen, ihr Verhältnis zum Zahnarzt und ihre persönliche Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung. Außerdem von Interesse war es, das Stimmungsbild nach Einführung der Gesundheitsreform einzufangen. Hierzu hatte das Emnid-Institut im Juli 2004 insgesamt 1.065 Personen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren im Rahmen einer telefonischen Repräsentativbefragung interviewt.

Die Zahnärzte schneiden hier besonders gut ab. Bei allen Fragen rund um die richtigen und notwendigen Behandlungen sind Zahnärzte die glaubwürdigste Informationsquelle (90 Prozent). Erst mit deutlichem Abstand folgen an zweiter und dritter Stelle mit 30 beziehungsweise 29 Prozent Verbraucherschutzorganisationen und die Krankenkassen. „Das Ergebnis ist Ansporn und Verpflichtung zugleich. Diese Vertrauensbasis gilt es zu nutzen. Die Zahnärzte sollten ihrer Verantwortung gerecht werden und ein noch stärkeres Engagement in der Umsetzung der Prävention zeigen. Dazu gehören zum Beispiel individuelle Aufklärung und die Durchführung der PZR im Rahmen eines prophylaxeorientierten Praxiskonzepts“, so Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der



Bundeszahnärztekammer. Auf die Frage, was die Bundesbürger allgemein von der Zahnärzteschaft halten, haben die Ostdeutschen mit 78 Prozent eine noch höhere Mei-

nung als die Westdeutschen (58 Prozent). Besonders in unsicheren Zeiten – Stichwort Gesundheitsreform – scheinen die Zahnärzte damit Garanten für Orientierung und Verlässlichkeit zu sein. Das zeigt sich auch daran, dass zwei von drei Deutschen die Arbeit der Zahnärzte insgesamt positiv bewerten. Besonders auffällig: Gerade ältere Patienten im Alter zwischen 60 bis 65 Jahren haben eine hohe Meinung (73 Prozent) von der Zahnärzteschaft.

Frauen sind gesundheitsbewusster

Gefragt wurde auch, wie die Deutschen es mit den Kontrolluntersuchungen halten. Immerhin 60 Prozent der Befragten nehmen die praxisgebührenfreien Kontrolluntersuchungen zweimal im Jahr wahr. Doch große Unterschiede gibt es dabei zwischen Ost und West sowie zwischen Männern und Frauen: Während 70 Prozent der Ostdeutschen zweimal im Jahr die Kontrollbesuche in Anspruch nehmen, sind es bei den Westdeutschen nur 57 Prozent. Mit einem Anteil von 69 Prozent erweisen sich zudem die Frauen als wesentlich gesundheitsbewusster als die Männer (51 Prozent).

Deutliche Auswirkungen auf die Zahnarztbesuche hat die Einführung der Praxisgebühr: 24 Prozent wollen ihre Besuche beim Zahnarzt deswegen künftig einschränken. Und elf Prozent geben an, dass sie nur noch dann gehen wollen, wenn sie Schmerzen haben. Doch gerade die Praxisgebühr und immer höhere Eigenkostenanteile führen dazu, dass die Vorsorge hoch im Kurs steht. Denn die Patienten wollen kostspielige Behandlungen vermeiden. So nehmen beispielsweise immer mehr Menschen private Vorsorgemaßnahmen wie die professionelle Zahnreinigung (PZR) in Anspruch. 61 Prozent aller Befragten gaben an, dass schon einmal eine PZR durchgeführt wurde.

EU-Binnenmarkt

Solvit – ein Netzwerk hilft grenzenloser Freiheit auf die Sprünge

Petra Spielberg

Ein deutscher Zahnarzt, der seinen beruflichen Horizont in einem anderen Land der Europäischen Union (EU) erweitern will und dabei auf ungeahnte Hindernisse stößt, sollte nicht gleich die Flinte ins Korn werfen oder umgehend vor Gericht ziehen. Für solche Fälle hat die EU-Kommission nämlich eigens Solvit eingerichtet, ein Netzwerk, das sich kostenfrei und unbürokratisch darum bemüht, die Binnenmarktregeln im Interesse der Bürger der EU umzusetzen – und das offensichtlich mit großem Erfolg.

Eine Niederlassung als Kieferorthopäde in Deutschland war eigentlich nicht unbedingt das gewesen, was Martin Nissen (Name von der Redaktion geändert) nach Beendigung seiner Weiterbildung so vorschwebte. Ihn zog es vielmehr ins Ausland. Großbritannien

Anstellung als Kieferorthopäde im Rahmen des National Health Service (NHS) bemühte. Sein potenzieller Arbeitgeber verlangte nämlich einen er-

Denn der Nachweis der sprachlichen Fähigkeiten durch den zusätzlichen Sprachtest stellt eine unverhältnismäßige Einschränkung der Freizügigkeit innerhalb des europäischen Binnenmarktes dar.

Zentrale Datenbank

Diese Auffassung jedenfalls vertritt Solvit, eine Anlaufstelle, die sich darum bemüht, Fälle wie den von Nissen, bei denen es mit der Anwendung der Binnenmarktrechte innerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) hakt, schnell und unbürokratisch zu lösen. Rund

400 solcher Beispiele haben seit Gründung des Netzwerks vor etwas mehr als zwei Jahren Eingang in die Datenbank von Solvit gefunden. Ungefähr 25 kommen jeden Monat neu hinzu.

Geboren wurde die Idee zur Einrichtung der Stelle in der Generaldirektion Binnenmarkt (GDB) bei der EU-Kommission in Brüssel. Da die Beamten der GDB immer wieder mal Kenntnis davon bekamen, dass es in den Mitgliedsländern der EU vor allem Probleme bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen, bei der Marktzulassung von Produkten, bei der Einkommensbesteuerung oder bei der Anwendung der Sozialrechte gab, regten sie an, eine Art Schiedsgericht zu gründen, um in solchen Fällen zügig Abhilfe zu schaffen.

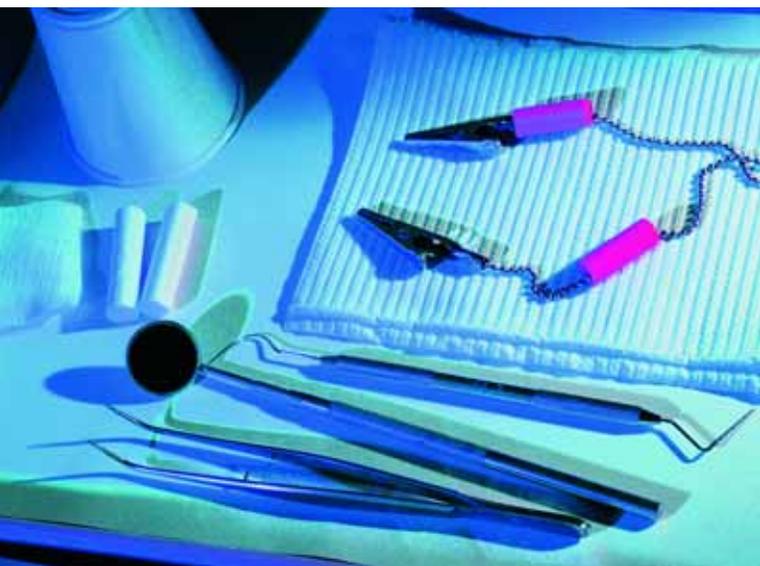
Die Idee stieß bei den EU-Staaten sowie in Norwegen, Island und Liechtenstein auf offene Ohren. „Wir wollen den Bürgern der EU beweisen, dass das freie und gleiche Europa auch tatsächlich existiert und ihnen dabei auf informellem Wege helfen, behördliche Hürden zu nehmen“, erklärt Sebastian Bohr



Solvit – ein Netzwerk, das sich unbürokratisch dafür einsetzt, die Binnenmarktregeln im Interesse der Bürger umzusetzen.

war das Ziel seiner Träume. Und so beantragte der junge Zahnarzt eine Anerkennung seiner Berufsqualifikation im Vereinigten Königreich. Da seine Aus- und Weiterbildung zum Kieferorthopäden den Vorschriften der zuständigen britischen Behörde, dem Department of Health (DOH), entsprachen, war die Zulassung als Zahnarzt in GB zunächst eine Routinesache. Die Probleme begannen erst, als Nissen sich um eine

neuten Sprachtest, dessen erfolgreiches Bestehen die Voraussetzung dafür sein sollte, dass Nissen Leistungen gegenüber dem NHS abrechnen darf. Der junge Zahnarzt verfehlte die erforderliche Punktzahl nur knapp. Und obwohl er denselben Test nur wenige Monate zuvor erfolgreich bestanden hatte, bekam er keine Anstellung. War das das Aus vom Traum von einer beruflichen Karriere in Großbritannien? Nein!



Auch für die Belange von Zahnärzten macht sich Solvit stark.

Foto: Corbis

von der GDB die Philosophie von Solvit. Außerdem sollte das Prinzip der Subsidiarität gewahrt werden und die Verantwortung für die Problemlösungen bei den einzelnen Ländern verbleiben. In allen EU-Ländern – einschließlich der zehn neuen Mitglieder – sowie den drei EFTA-Staaten wurden daher nationale Solvit-Stellen eingerichtet, an die sich betroffene Bürger, Organisationen, Institutionen, Körperschaften oder Kammern wenden können. Die Mitarbeiter sind zumeist Angestellte eines Ministeriums, wie im Fall Deutschlands des Ministeriums für Wirtschaft und Arbeit in Berlin.

Mit Rat und Tat

Beamte der GDB in Brüssel wiederum verwalten die zentrale Datenbank, in der alle Fälle fortlaufend dokumentiert werden und über die die einzelnen Solvit-Stellen miteinander kommunizieren. Darüber hinaus steht die EU-Kommission den nationalen Zentren mit Rat und Tat zur Seite und prüft zum Beispiel auch, ob eine vorgeschlagene Problemlösung EU-rechtskonform ist.

„Da die Zentren versuchen, auf informellem Wege zu helfen, macht es allerdings wenig Sinn, sich an Solvit zu wenden, wenn bereits ein Rechtsverfahren läuft“, gibt Bohr zu bedenken. Auch sei zu berücksichtigen, dass vom Netzwerk behandelte Beschwerden keine Auswirkung auf Fristen bei nationalen Behörden haben.

Für die Betroffenen ist der Service grundsätzlich kostenfrei. Zu den Spielregeln des Netzwerks gehört es zudem, möglichst innerhalb einer vorgegebenen Frist von zehn Wochen eine Lösung des Problems herbeizuführen. „In der Mehrzahl der Fälle gelingt uns dies auch“, berichtet Bohr. Mit Stolz erfüllt ihn zudem, dass die Erfolgsquote von Solvit bei 75 Prozent liegt.

Auch im Fall Nissen bestehen gute Aussichten, dass er doch noch eine Anstellung in Großbritannien bekommt. Die Solvit-Mitarbeiter aus Großbritannien haben nach Rücksprache mit dem DOH zur Lösung seines Problems vorgeschlagen, eine erneute Zulassung für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu beantragen.

Sollte Nissen mit der vorgeschlagenen Lösung nicht einverstanden sein, steht es ihm jedoch grundsätzlich frei, noch ein nationales Gericht anzurufen oder Beschwerde bei der EU-Kommission einzureichen.

*Petra Spielberg
98, rue Colonel Van Gele
B-1040 Brüssel*

■ *Weitere Informationen im Internet unter:
<http://www.europa.eu.int/solvit> oder bei der nationalen Solvit-Stelle im Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit in Berlin,
Scharnhorststraße 34-37, 10115 Berlin,
Tel: 1888 615 64 44, Fax: 1888 615 53 79,
E-Mail: solvit@bmwa.bund.de*

„Neue deutsche Zahnheilkunde“ – Teil 2

Alternative Zahnmedizin im Nationalsozialismus

Hans Jörg Staehle, Bettina Wünderich, Wolfgang U. Eckart

In diesem Teil werden die Institutionen und Repräsentanten der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“, einem Zusammenschluss von NS-Ideologie und alternativmedizinisch-ganzheitlichen Vorstellungen, vorgestellt. Ihre Wortführer distanzieren sich nie von ihren während der NS-Diktatur verbreiteten Positionen. Einer medizinhistorischen Aufarbeitung wurde bislang mit dem Argument begegnet, dies könne als Verunglimpfung des heute in der Bevölkerung wieder vermehrt Beachtung findenden alternativmedizinischen Gedankenguts interpretiert werden.

Ein Artikel in zwei Teilen, Teil 1 erschien in Heft 18.

Institutionen der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“

Die in Teil 1 aufgeführten Vorstellungen wurden erstmals im Jahr 1936 unter dem Begriff der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ durch Rudolf Schöbel subsumiert [125]. Später wurde diese Bezeichnung regelmäßig von den damaligen Wortführern einer alternativ-ganzheitlichen Zahnheilkunde verwendet. Es ist naheliegend, anzunehmen, dass sie in Anlehnung an die Reichsarbeitsgemeinschaft für eine „Neue deutsche Heilkunde“ erfolgte, die 1935 gegründet worden war.

Über die erste Reichstagung der Arbeitsgemeinschaft für eine „Neue deutsche Heilkunde“, bei der auch Erich Heinrich mit einem Vortrag über „Aufgaben und Ziele einer biologischen Zahnheilkunde“ zu Wort gekommen war, war in der Zahnärztlichen Rundschau ausführlich berichtet worden [113]. Institutionell wurde die „Neue deutsche Zahnheilkunde“ zunächst in der „Zahnärztlichen Arbeitsgemeinschaft des Reichsverbandes der Naturärzte“ verankert. Ab 1938 wurde sie durch Gründung der „zahnärztlichen Arbeitsgemeinschaft für medizinisch-biologische Heilweisen“ in die DGZMK unter der Präsidentschaft von Hermann Euler integriert. Die Aufgaben wurden in ihrer Geschäftsordnung dabei wie folgt definiert: „Die Arbeitsgemeinschaft setzt sich das Ziel, die neue deutsche Heil-

kunde dem Zahnarzt für seinen Wirkungskreis näherzubringen“ [114, 115, 116]. Durch die Aufnahme als gleichberechtigte deutsche wissenschaftliche Fachgesellschaft erhielten die Vertreter der alternativ-ganzheitlichen Zahnheilkunde eine ungewöhnlich starke Aufwertung. Dies ist auch an der Mitgliederzahl abzulesen. Während die Zahnärztliche Arbeitsgemeinschaft des Reichsverbandes der Naturärzte im Jahr 1936 lediglich etwa 100 Mitglieder hatte [156], konnte die zahnärztliche Arbeitsgemeinschaft für medizinisch-biologische



Foto: Bildarchiv Preussischer Kulturbesitz (bpbk)

Reichsparteitag „Großdeutschland“ in Nürnberg 1938. Die SS vor der Ehrentribüne.

Heilweisen im Jahr 1940 bereits etwa 400 bis 500 Mitglieder vorweisen [38]. Obwohl die Geschäftsordnung der Zahnärztlichen Arbeitsgemeinschaft die wissenschaftliche Erschließung von Naturheilmethoden, Homöopathie und Biochemie, Konstitutionstherapie und Kräutertherapie forderte [114], wurde die Zeit offenbar nicht genutzt, entsprechende Projekte zu realisieren. Vielmehr sahen ihre Repräsentanten ihre Aufgabe darin, die engen Verflechtungen zwischen der nationalsozialistischen Ideologie und der alternativen Zahnheilkunde zu thematisieren.



Foto: zm-Archiv

1934 in Berlin: Am Rednerpult „Reichszahnärztführer“ Dr. Ernst Stuck.

Repräsentanten der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“

Die bekanntesten Repräsentanten der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ waren die Nationalsozialisten Erich Heinrich, Walther Klußmann, Paul Neuhäuser und Otto Steiner.



Dr. Erich Heinrich

Foto: zm-Archiv

Erich Heinrich

Zu den wichtigsten Arbeiten Heinrichs (NSDAP-Mitgliedsnummer: 1963981) [61] zählen unter anderem der 1933 erschienene Artikel „Die Erziehung des Zahnarztes zum Nationalsozialismus“ [44] und das 1935 verfasste Buch „Biologische Therapie in der Zahnheilkunde“ mit dem Untertitel: Konstitutionstherapie, Homöopathie, Biochemie, Anthroposophische Medizin, Naturheilkunde und Psychotherapie (1937 in zweiter Auflage erschienen) [45, 52].

Heinrich war von 1933 bis 1945 Hauptschriftleiter der Zahnärztlichen Rundschau und wurde 1937 zum Ehrenmitglied der DGZMK ernannt. Von 1936 bis 1938 war er Vorsitzender der Zahnärztlichen Arbeitsgemeinschaft im Reichsverband der Naturärzte Deutschlands. Er war einer der aktivsten Wortführer einer „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ während der Zeit der nationalsozialistischen Diktatur. Sein Hauptanliegen war die Verbindung von alternativ-ganzheitlichen Vorstellungen mit der Ideologie des Nationalsozialismus. Nach 1945 wurde er wieder Chefredakteur der Zahnärztlichen Rundschau und publizierte zahlreiche Artikel und Bücher [54-60]. 1971 erhielt er die Hermann-Euler-Medaille [119]. Er wurde als großes Vorbild und ei-

ner der „verdienstvollsten“ Vorkämpfer für alternative Heilweisen in der Zahnmedizin bezeichnet [38, 68, 118, 120, 121].

Walther Klußmann

Die wichtigsten Arbeiten von Klußmann (NSDAP-Mitgliedsnummer: 3188996) [83] waren unter anderem das 1939 verfasste Buch „Der Gebißverfall als Ausdruck einer unorganischen Lebensordnung“ [81] und der 1943 erschienene Beitrag „Der Gebißverfall im Lichte der Biologie“ [82]. Klußmann zählte zu den radikalsten Verfechtern der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“. Seine Vorschläge zur Verbesserung der Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung reichten von der völligen Ausmerzungen jüdischen Einflusses bis hin zum Krieg. Kriege waren nach seiner Einschätzung als zur Ordnung der Natur gehörende natürliche Lebenserscheinungen anzusehen. Der



Dr. Walther Klußmann

Foto: zm-Archiv

Krieg war Klußmann zufolge allein schon deshalb notwendig, um dem Gebissverfall des deutschen Volkes entgegenzuwirken. Klußmann verlor im zweiten Weltkrieg zwei Söhne. Nach 1945 publizierte er noch zahlreiche Artikel und Bücher. Er wurde 1963 mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ausgezeichnet. Bis heute zählt er zu den wichtigsten Wegbereitern der alternativ-ganzheitlichen Zahnheilkunde [9, 38, 68].

Paul Neuhäuser

Die wichtigsten Arbeiten Neuhäusers (NSDAP-Mitgliedsnummer: 71057) [112] waren unter anderem der 1936 publizierte Aufsatz „Jungzahnarzt und Praxis, Psychologie und Biologie als Bestandteil der Zahn-



Dr. Paul Neuhäuser

Foto: zm-Archiv

heilkunde“ [88], der 1937 verfasste Artikel „Der Zahnarzt, sein ärztliches Denken und Wirken“ [90] und die 1939 erschienene Arbeit „Die Ganzheitsbetrachtung in der Karies- und Parodontoseprophylaxe“ [94]. Neuhäuser tat sich unter anderem dadurch hervor, dass er die Nürnberger Gesetze, das Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses, aber auch die Siedlungspolitik des nationalsozialistischen Staates als essentielle Grundlagen für das Denken und Wirken deutscher Zahnärzte bezeichnete. Seine Aufgaben lagen – vermutlich aufgrund seines jugendlichen Alters – unter anderem in der Rekrutierung von zahnärztlichem Nachwuchs im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie. 1937 wurde er Gauvertrauensmann von Bayern. Von 1938 bis 1945 war er Leiter der Zahnärztlichen Arbeitsgemeinschaft für medizinisch-biologische Heilweisen in der DGZMK. Schon bald nach 1945 sammelte er die ehemaligen nationalsozialistischen Mitstreiter für eine alternativ-ganzheitliche Zahnheilkunde um sich. Er war lange Jahre erster Vorsitzender der von ihm in der Nachkriegszeit neu gegründeten Medizinisch-Biologischen Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft Deutscher Zahnärzte. In dieser Funktion publizierte er zahlreiche Artikel und Aufrufe [96-111]. Gleichzeitig organisierte er nach dem Vorbild der nationalsozialistischen Ärztführerschule in Alt-Rhese zahlreiche Zahnärztetreffen. Es handelte sich bei dieser Führerschule um eine Kadenschmiede, die nationalsozialistische Gesundheitsfunktionäre und vor allem Jungärzte zu fanatischen Nationalsozialisten im Sinne einer nationalsozialistischen Ärzteeite erziehen sollte [42]. Er erhielt in den 70er Jahren viele Ehrungen, unter anderem die Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft. Seine Aktivitäten

gelten bis heute als Vorbild für die Durchsetzung alternativ-ganzheitlicher Vorstellungen in der Zahnmedizin [8, 37, 38, 39, 40, 68, 150, 155].



Dr. Otto Steiner

Foto: zm-Archiv

Otto Steiner

Die wichtigsten Arbeiten Steiners (NSDAP-Mitgliedsnummer: 2877114) [151] waren unter anderem der 1933 erschienene Artikel „Gesundheitsstatistik, Sozial-Hygiene, Konstitutionslehre, Erbbiologie, Rassenforschung und die deutsche Zahnärzteschaft“ [129], die 1937 publizierte Arbeit „Grenzen der exakt-wissenschaftlichen Medizin und der biologischen Medizin“ [136] sowie sein 1938 publiziertes und mit dem Adolph-Witzel-Preis ausgezeichnetes Buch „Wegweiser für eine neue Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Ganzheitsbehandlung“ [140]. Steiner war ein glühender Verfechter der nationalsozialistischen Weltanschauung und bemühte sich vor allem, metaphysische Elemente der Alternativmedizin mit der Blut- und Boden-Mythologie des Nationalsozialismus zu verbinden. 1941 wurde Steiner zum Gausachbearbeiter für eine Vollkornbrotaktion bestellt. Zur Durchsetzung einer alternativ-ganzheitlichen Zahnheilkunde forderte er unter anderem die gleichzeitige Unterwerfung von Arzt und Patient unter die nationalsozialistische Weltanschauung. Steiner verlor im zweiten Weltkrieg einen Sohn. Nach 1945 wurde er zweiter Vorsitzender, später Ehrenvorsitzender der Medizinisch-Biologischen Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft deutscher Zahnärzte. Er verfasste zahlreiche Artikel und war auf den zusammen mit Neuhäuser organisierten Treffen, die im Stile der nationalsozialisti-

schen Ärzteführerschule in Alt-Rhese gestaltet wurden, ein viel beachteter Redner [145-150]. In den 60er Jahren wurde er unter anderem mit dem Hufeland-Preis und mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ausgezeichnet. Seine Arbeiten werden heute als grundlegend für die alternativ-ganzheitliche Zahnheilkunde betrachtet [38, 68, 102, 106, 112].

Die Rolle Hermann Eulers, DGZMK-Präsident

Hermann Euler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), bekannte sich frühzeitig zum Nationalsozialismus.

Bereits im Juni 1933 schloss er sich zusammen mit anderen zahnmedizinischen Hochschullehrern in einer Art Ergebenheitsklärung den Gleichschaltungsbestrebungen der neuen politischen Machthaber an [36]. Im Oktober 1933 trat Euler dem Nationalsozialistischen Lehrerbund (NSLB) bei. Es folgten Mitgliedschaften in zahlreichen weiteren nationalsozialistischen Organisationen einschließlich des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB) und schließlich im Jahr 1937 in der NSDAP (Mitglieds-Nr. 4660341) [17].

In einem 1933 erschienenen wissenschaftlichen Fachartikel (Über den Einfluß der Ernährung auf Kiefer und Zähne) unterstützte Euler zum einen die Vorstellungen von Vertretern der „biologischen Zahnheilkunde“, zum anderen sprach er die Erwartung aus, dass im nationalsozialistischen „neuen Deutschland“ die Forderung nach einer auf das Volk zugeschnittenen Ernährung ihre Erfüllung finden werde [10]. In eine ähnliche Richtung zielte ein 1934 von ihm publizierter Artikel, in dem er die besonderen Verdienste Klußmanns für die „biologische“ Denkweise würdigte. Die politische Förderung dieser Richtung durch den Staat unterstrich er unter Zitierung Ernst Lehmanns – einem radikalen Verfechter einer nationalsozialistisch orientierten „Deutschen Biologie“ – dadurch, dass Biologie ohnehin „ein Kernstück der nationalsozialistischen Weltanschauung darstelle“ [11].

Die nationalsozialistisch geprägte „Neue deutsche Zahnheilkunde“ erhielt von Euler

eine große Förderung. Wenn er auch nie direkt nationalsozialistisches Vokabular (wie etwa „Entartung“, „Untermenschen“, „Verjudung“), wie es Vertreter der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ regelmäßig gebrauchten, publizierte, so ließ er seine Sympathie mit dem nationalsozialistischen System doch auf indirekte Weise in der zahnärztlichen Öffentlichkeit durchblicken.

So hob er zum Beispiel in seinen Publikationen Veröffentlichungen mit radikalen nationalsozialistischen Positionen (zum Beispiel von Steiner, Klußmann, Neuhäuser und Heinrich) als besonders wertvoll für die Zahnheilkunde hervor, ohne sich allerdings konkret zu einzelnen Aussagen zu äußern [11, 15]. In Eulers Präsidentschaft fällt auch die 1938 vollzogene Aufnahme der „zahnärztlichen Arbeitsgemeinschaft für medizinisch-biologische Heilweisen“ in die DGZMK. Jene war als Nachfolgeorganisation der „Zahnärztlichen Arbeitsgemeinschaft im Reichsverband der Naturärzte“ gegründet worden. Erklärtes Ziel dieser Arbeitsgemeinschaft war es, die „Neue deutsche Heilkunde dem Zahnarzt für seinen Wirkungskreis näherzubringen“ [114]. Euler wurde sogar Mitglied dieser Organisation und wertete damit ihre Bedeutung sehr stark auf.

Es gibt keine Hinweise dafür, dass er diese Entwicklung aufgrund äußeren Drucks vollzog. Noch in seinen Lebenserinnerungen



Dr. Hermann Euler, ehemaliger DGZMK-Präsident

Foto: zm-Archiv

von 1949 betonte er, dass er in allen Fragen der wissenschaftlichen Fachgesellschaft freie Hand gehabt hätte und nie eine politische Einflußnahme betrieben worden sei [16].

Andererseits sah er sich zuweilen veranlasst, ihm nicht vermittelbar erscheinende alternativmedizinische Therapiemethoden oder die zum Rassenwahn gesteigerten Vorstellungen von Vertretern der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ zu relativieren. Ein Beispiel ist seine Buchbesprechung eines Werks von Heinrich, in der er Bedenken gegenüber den dort vorgetragenen Inhalten formulierte [12]. Auch seine relativierenden Äußerungen zu einzelnen Auslassungen Klußmanns und anderer Autoren zu Rassenhygiene und Entartung aus dem Jahr 1938 sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen [13].

Ob er wiederum 1941 bei dem Besuch der berüchtigten nationalsozialistischen Führerschule der deutschen Ärzteschaft in Alt-Rhese tatsächlich nur die Vermittlung der „Vollkornbrotfrage“ im Sinn hatte, wie er in seinen Lebenserinnerungen 1949 schrieb [16], muss deshalb kritisch hinterfragt werden, weil er noch 1944 auf die dort unter anderem abgehandelten Themen (zum

Beispiel „Weltanschauung und Vererbung“) selbst hingewiesen hatte [15].

Es ist nicht ganz klar, aus welchem Motiv heraus er in seinen Lebenserinnerungen von 1949 – also vier Jahre nach dem Ende der Hitler-Diktatur – ein Buch Klußmanns, das von radikalem Antisemitismus und Rassismus geprägt war [81], hervorhob, ohne sich von seinem Inhalt auch nur andeutungsweise zu distanzieren. Im Hinblick darauf, dass spätestens nach 1945 die massenhaften Vertreibungen und Ermordungen von Juden durch die nationalsozialistischen Machthaber der deutschen Bevölkerung bekannt waren, erscheint die Würdigung eines Buches, das die Ausmerzungen jüdischen Einflusses forderte – mit dem zynisch anmutenden Untertitel „eine ernste, dennoch optimistische Betrachtung über die Zivilisationskrankheiten in ihrem Zusammenhange“ – unbegreiflich.

Offenbar war aber gerade diese Kontinuität der Positionierung eine wichtige Grundlage für die Fortsetzung seiner Karriere. In einer Beschreibung der Geschichte der DGZMK wies Dominik Groß darauf hin, dass Euler 1949 wieder zum vorläufigen Präsidenten der DGZMK gewählt wurde. Seine Wiederwahl wurde damals wie folgt kommentiert: „Hauptsache und eine wahrhafte Genugtuung für seine zahlreichen, unentwegten Anhänger und aufrichtigen Freunde war, daß Prof. Euler wieder das Zepter führen wird...“ [27]. Groß vermerkte, dass Euler weder während noch nach der nationalsozialistischen Ära schwerwiegende Differenzen mit der nationalsozialistischen Führung erkennen ließ. Dies stehe auch im Einklang mit dem Umstand, dass er sich nach dem Zweiten Weltkrieg zu keinem Zeitpunkt von den Vorgängen im Hitler-Deutschland distanzierte [27].

Therapien der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“

Vertreter der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ erhoben in zahlreichen Fachartikeln allgemeine und konkrete Forderungen zur Vorbeugung und Behandlung von Erkrankungen auf praktisch dem gesamten Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

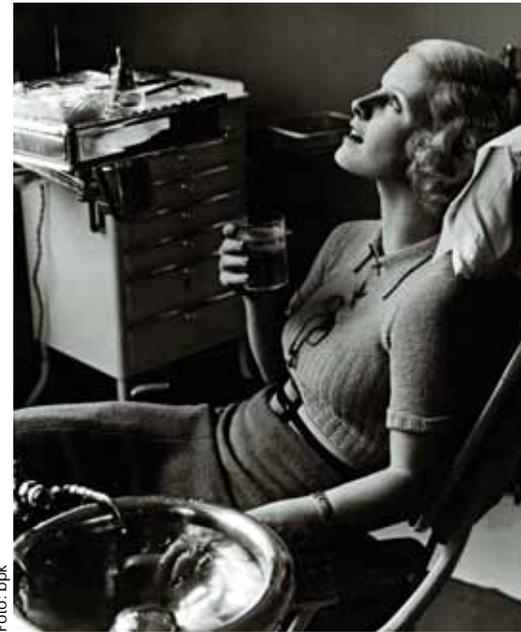


Foto: bpk

Beim Zahnarzt (um 1938)

(zum Beispiel Karies, parodontale und endodontische Erkrankungen, Neuralgien, traumatische und funktionelle Schäden). Besonderes Augenmerk richteten sie dabei auf parodontale Erkrankungen, die sie mit zahlreichen Entgiftungs- und Ausleitungsmaßnahmen unter Einbeziehung von Blasenpflastern, Brechmitteln, Dampfbädern, Darmausleitungen, Eigenblutbehandlungen, Fußbädern, homöopathischen Interventionen, speziellen Diäten und vielem mehr zu behandeln trachteten.

Sie führten aber keine wissenschaftlichen Studien über die Effekte der von ihnen favorisierten Maßnahmen durch. Der nahezu einzige Ansatz, die Wirkungen alternativmedizinischer Verfahren zu überprüfen, waren die Arbeiten von Frenzel und Hanneemann [18-25]. Sie wollten die Wirkung von „Aufartungsmitteln“, die sie in homöopathischen Dosen verabreichten, auf die Kariesprophylaxe an Heimkindern erproben. Das dafür untersuchte Zahnmaterial gewannen sie unter anderem durch das schmerzhaft Herausmeißeln von Höckern gesunder bleibender Zähne, wobei sie zwischen „normalen“ Kindern und „Elendskindern“ unterschieden. Dieses Vorgehen wurde allerdings von Rudolf Wohinz 1941 als wissenschaftlich „völlig wertlos“ kritisiert [161]. Die Autoren wiesen diese Kritik mit dem Hinweis zurück, dass Wohinz den tieferen Sinn ihres „biologischen Weges“ gar nicht verstanden habe [25]. Dass derartige Versuche auch unter ethischen Aspek-



Foto: Zm-Archiv

Hermann Euler 1938 vor deutschen Zahnärzten im Reichstagsitzungssaal in der Krolloper.

ten äußerst bedenklich waren, wurde zu keinem Zeitpunkt – weder vor noch nach 1945 – thematisiert.

Einflüsse der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“

Die Vorstellungen der Vertreter der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ waren von starken Widersprüchen geprägt:

- Zum einen wurde ein hoher Anspruch auf eine allumfassende, ganzheitliche Lehre (Totalität) erhoben, zum anderen offenbarten die Konzepte jedoch oftmals eine sehr einseitige und intolerante Sichtweise. Eine offene Diskussion wurde durch die Forderung nach Aufhebung der Meinungsfreiheit – auch im wissenschaftlichen Bereich – nachhaltig unterdrückt. Kritische Stimmen gegen alternativ-ganzheitliche Aktivitäten wurden als Abweichung von der Ideologie des Nationalsozialismus gebrandmarkt.

- Ziel der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ war einerseits die Durchdringung des deutschen Zahnarztes mit höchsten ethischen Werten. Andererseits ließen die Vorstellungen vom Selbstverschuldungsprinzip oraler Krankheiten und vor allem die rassistischen und antisemitischen Auswüchse, die unter anderem auf eine totale Ausmerzung des Judentums abzielten, die Haltung dieser Richtung als fragwürdig erscheinen.

- Während auf der einen Seite die moralisierende Wertung von Gesund- und Kranksein zu der Forderung nach höherer Eigenverantwortung des deutschen Volksgenossen bis hin zur Gesundheitspflicht führte, wurde auf der anderen Seite Krankheit als besonderer, von der Vorsehung aufgezeigter Weg zur Heilwerdung betrachtet.

- Gelegentlich war von einer Zusammenführung schulischer- und außerschulischer Methoden durch die „Neue deutsche Zahnheilkunde“ die Rede [41]. Dann wurde wiederum die Unvereinbarkeit von „allopathischer“ und „naturheilerischer“ Sichtweise hervorgehoben [48,50].

- Durch die offizielle Aufnahme der zahnärztlichen Arbeitsgemeinschaft für medizinisch-biologische Heilweisen in die DGZMK wurde eine wissenschaftliche



Foto: DHM

Rassenkundliches Instrument zur Vermessung des Schädelumfanges, gefunden in Dachau.

Überprüfung alternativ-ganzheitlicher Vorstellungen in Aussicht gestellt. Gleichzeitig wurde von den Vertretern der „Neuen Deutschen Zahnheilkunde“ die metaphysische Ausrichtung der Medizin favorisiert und eine „exakte“ Wissenschaft abgelehnt. Es gibt keine Hinweise dafür, dass die Vorstellungen der Vertreter der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ in nennenswertem Umfang auf wissenschaftliche Fragestellungen oder den Berufsalltag des Zahnarztes Einfluss nahmen. Unter massiver Propaganda mit regelmäßigen Artikeln und Aufrufen in der Standespresse hatte die zahnärztliche Arbeitsgemeinschaft für medizinisch-biologische Heilweisen in der DGZMK auf ihrem Höhepunkt im Jahr 1940 etwa 400 bis 500 Mitglieder [38]. Der harte Kern, der die Denkansätze nach außen trug, dürfte sich jedoch aus einer deutlich kleineren Gruppe zusammengesetzt haben. Damit ergeben sich Parallelen zur Entwicklung der „Neuen deutschen Heilkunde“, die ebenfalls – zumindest im späteren Verlauf der nationalsozialistischen Diktatur – kaum größeren Einfluss erlangte [7].

Auch nach 1945 war der Einfluss der Nachfolgeorganisationen auf die zahnmedizinische Berufsausübung trotz vielfältiger Aktivitäten und regelmäßiger Berichte in den Standesnachrichten nur gering.

Die Tatsache, dass die Wortführer der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ weiter Karriere machen konnten und zu geachteten Persönlichkeiten der jungen Bundesrepublik wurden, dürfte weniger in ihrer fach-

lichen Qualifikation als vielmehr in der stillschweigend zur Kenntnis genommenen Kontinuität ideologischer Überzeugungen zu suchen sein. Unterstützt wird diese Einschätzung dadurch, dass sie sich zu keinem Zeitpunkt von ihren zwischen 1933 und 1945 vorgetragenen medizinischen und politischen Vorstellungen distanzieren. Sie drückten auch niemals den Opfern der von ihnen unterstützten nationalsozialistischen Politik ihr Bedauern oder gar ihre Betroffenheit aus. Im Gegenteil: Sie beriefen sich nach Ende des Zweiten Weltkriegs mehrfach auf ihr in den 30er Jahren publiziertes Gedankengut, das sie freimütig als grundlegend und wegweisend für die Alternativmedizin bezeichneten [9, 68, 104, 110]. Etliche Vorstellungen der „Neuen deutschen Zahnheilkunde“ erfahren zurzeit sogar eine gewisse Renaissance, auch wenn sie sich in anderer Aufmachung präsentieren. Dies dürfte unter anderem auch damit zusammenhängen, dass bis heute nahezu keine Literatur über die Beziehungen der alternativen Zahnheilkunde zur nationalsozialistischen Ideologie bekannt geworden ist. Protagonisten der Alternativmedizin halten derartige Hinweise nicht für angebracht [28,62]. Versuchen einer medizinhistorischen Aufarbeitung wird dabei mit dem Argument begegnet, dies würde einer Denunziation alternativ-ganzheitlichen Gedankenguts, das zurzeit in der Bevölkerung eine wesentlich größere Beachtung als in den vergangenen Jahrzehnten findet, gleichkommen.

*Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der
Mund-, Zahn- und Kieferklinik des Univer-
sitätsklinikums Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg*

*Dr. Bettina Wüdrich
Heinbuckel 8, 69257 Wiesenbach*

*Prof. Dr. Wolfgang U. Eckart
Institut für Geschichte der Medizin der
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg*

zm Leser service

Die Literaturliste und die NS-Gesetze im Originalwortlaut können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Identifizierung

**Kreispolizeibehörde
Wesel**

**Wasserleiche bei
Rheinberg-Eversael**

Am 14. 8. 2004, 17.05 Uhr, wurde im Rhein bei Stromkilometer 802,4 (links), Ortslage: 47495 Rheinberg-Eversael, eine bisher nicht identifizierte unbe-

kleidete männliche Wasserleiche aus dem Rhein geborgen. Körpergröße: ca. 183 cm. Auf Grund der fortgeschrittenen Verwesung mit ausgeprägter Fettwachsbi-ldung wird von einer Wasserliegezeit von mehreren Monaten ausgegangen.

**Zahnmedizinische
Auffälligkeiten:**

Dringend konservierend und prothetisch behandlungsbedürf-

tiges Lückengebiss im Ober- und Unterkiefer. Kein Hinweis für herausnehmbaren Zahnersatz. Schliiffacetten an fast allen Zähnen. Keramikbrücke in der oberkieferfront (Zahn 12: fehlend; Zähne 11, 21 und 22 überkront). Retinierte und verlagerte Weisheitszähne mit abgeschlossenem Wurzelwachstum. Auf Grund der medizinischen und zahnmedizinischen Befunde wird am ehesten von einem Lebensalter von ca. 45 bis 55 Jah-

**Bekanntmachungen der
Berufsvertretungen**

ZÄK Westfalen-Lippe

Kammerversammlung

Die Sitzung der Kammer-versammlung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe findet am Freitag, dem 26. November 2004 um 14.00 Uhr c.t. in Dortmund, „Plenarsaal“ der Kas-senärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, statt.

Die Sitzung ist gem. § 6 (2) der Satzung für Kammerangehörige öffentlich.

Dr. Walter Dieckhoff, Präsident

**Verlust von
Kammerausweisen**

ZÄK Niedersachsen

Dr. Angela Husung, Allerstraße 8, 45136 Essen, geb. am 16. 9. 1974 in Essen, Ausweis-Nr. 4725, ausgestellt am 22. 05. 2003

Eva Bywalec-Dakowitz, Schützenstraße 31 b, 21244 Buchholz, geb. am 25. 12. 1962 in Grottkau/Polen, Ausweis-Nr. 2758, ausgestellt am 13. 02. 1992

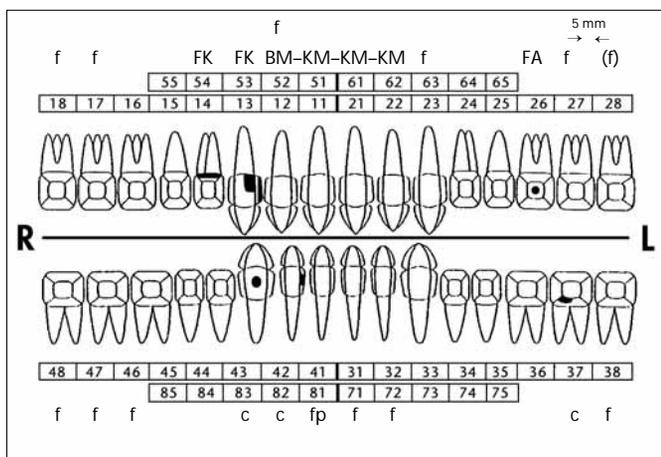
ren auszugehen sein. (Auf Grund des Zustandes der Leiche könnten jedoch unter Umständen auch Personen anderen Lebensalters in Frage kommen.)

Sachdienliche Hinweise

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

BZK Stuttgart

Dr. Tina Meyer, Zahnärztin, Pestalozzistr. 16, 74076 Heilbronn, geb. am 10. 6. 1976, Ausweis ausgestellt am 14. 11. 2001



f = fehlender Zahn; FK = Kunststofffüllung; BM = Brückenglied mit Metallkeramikverblendung; KM = Krone mit Metallkeramikverblendung; c = Karies; fp = fehlender Zahn, postmortal

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 134

DMG

LuxaCore auch als Wurzelstiftzement

Was viele Zahnärzte schon wussten und praktizierten, ist jetzt wissenschaftlich bewiesen: LuxaCore, das Fünf-Sterne-Stumpfaufbaumaterial von DMG, kann auch für die Zementierung von Wurzelstiften eingesetzt werden. Dies belegt eine noch nicht veröffentlichte Studie der Universität Loma Linda (USA), bei der LuxaCore-Automix Dual mit verschiedenen Stiften und Adhäsiven getestet wurde. Die Ergebnisse können auch auf LuxaCore-Automix übertragen werden. Die Verwendung von nur einem Material sowohl für den apikalen als auch für den koronalen Bereich des Aufbaus hat den Vorteil, in



beiden Bereichen die gleichen Materialeigenschaften zu haben. Spannungsspitzen werden so vermieden.

DMG Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Tel.: 08 00 / 36 44 262
(kostenfrei)
<http://www.dmg-hamburg.de>
E-Mail: info@dmg-hamburg.de

Zimmer Dental

Neue Implantatlänge



Neu:
11,5 mm Tapered
Screw-Vent® Implantat!

Neben den Implantatlängen 8, 10, 13 und 16 Millimetern bietet Zimmer Dental das Tapered Screw Vent Implantatsystem nun auch in 11,5 Millimetern an. Damit erfüllt das Unternehmen den Wunsch vieler Anwender. Das vorhandene vertikale Knochenangebot ist nun noch besser nutzbar. Zimmer Dental ist Marktführer und Pio-

nier der internen Implantatverbindung mit der Friction-Fit Technologie – eine Neuerung, die eine Presspassung zwischen Implantat und Abutment herstellt. Dadurch entsteht ein bakteriendichter Verschluss. Interne Verbindungen anderer Hersteller weisen immer noch Mikrobewegungen und die damit verbundenen Komplikationen, wie Schraubenlockerungen, auf.

Zimmer Dental GmbH
Merzhauser Straße 112
79100 Freiburg
Tel.: 08 00 / 233 22 31
<http://www.zimmerdental.de>

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

Coltène/Whaledent

Starke Haftkraft: One Coat

One Coat Self Etching Bond von Coltène/Whaledent erfüllt höchste Ansprüche hinsichtlich Zuverlässigkeit und einfacher Handhabung. Die im Primer verwendete Acrylamidosulfonsäure erzeugt ein Retentionsmuster im Zahnschmelz und löst den Smearlayer auf dem Dentin auf. Gleichzeitig benetzen die im Primer enthaltenen Monomere die Zahnschmelz. Der Einsatz eines Ätzzgels ist nicht mehr notwendig. Der selbst ätzende Primer enthält Wasser und macht ihn deshalb unempfindlich gegenüber unterschiedlichen Feuchtigkeitsverhältnissen auf dem Zahn. Die Bondkomponente schließt die Tubuli und bildet die Grundlage für den



Verbund zum Komposit. Da das Bond frei von Lösungsmitteln ist, wird eine homogene, dichte Bondschicht erzeugt. Die Tubuli werden versiegelt und postoperative Sensibilitäten vermieden. One Coat Self Etching Bond ist sowohl in Flaschen als auch in Single Doses erhältlich.

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

ACTEON

20-jähriges Firmenjubiläum



Vor 20 Jahren wurde die Firmengruppe Satelec-Suprasson, die erst seit kurzem Acteon Germany heißt, in Düsseldorf gegründet. Zuständig für Nordeuropa, erwirtschafteten vier Mitarbeiter im ersten Betriebsjahr bereits einen Umsatz von mehr als 400 000 Euro. Ihr Flaggschiff war der damals ultramoderne P1 Suprasson, das weltweit erste piezoelektrische Gerät zur Zahnsteinentfernung. Seit ihrer Gründung hat sich die deutsche Niederlassung des in Frankreich 1946 gegründeten Mutterkon-

zerns Satelec-Pierre Rolland (jetzt: Acteon Group) stetig weiterentwickelt. Heute realisiert Acteon Germany einen Jahresumsatz von mehr als zehn

Millionen Euro – Tendenz steigend. Zudem bieten die 22 Mitarbeiter in der jetzigen Firmenzentrale in Mettmann einen optimalen Rundum-Service für ihre Kunden, zum Beispiel mit einer telefonischen Hotline (0800 / 728 35 32), persönlichem Kundendienst und einem eigenen Lager.

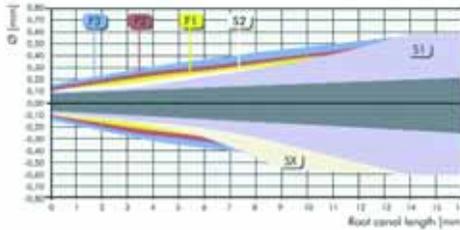
ACTEON Germany GmbH
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04 / 95 65 - 10
Fax: 0 21 04 / 95 65 - 11
<http://www.de.acteongroup.com>
E-Mail: info@de.acteongroup.com

DENTSPLY de Trey

ProTaper Handinstrumentarium

Die in der maschinellen Endodontie eingesetzten ProTaper Feilen von Dentsply Maillefer sind nun

auch als Handinstrumente verfügbar. Sie sind progressiv konisch geformt. Mit Konizitäten von zwei bis 19 Prozent in einer Feile schaffen bereits die ersten beiden Feilen des Systems, S1 und S2, auf der gesamten Arbeitslänge eine glatte konische Ausformung. Die Finishing-Files F1 bis F3 werden für eine sorgfältige Ausformung des apikalen Bereichs eingesetzt. Bei Bedarf dient die Zusatzfeile SX zur Entfernung von Dentinüberhängen im koronalen Bereich oder zur Schaffung einer größeren koronalen Konizität. Die sorgsame



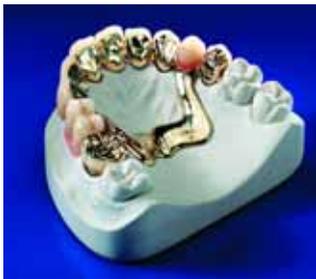
Abstimmung der Spiralwinkel führt zu einer hohen Schneidleistung und einem effektiven Abtransport der Dentinspäne aus dem Wurzelkanal. Außerdem bieten die ProTaper Handfeilen alle Vorteile von Nickel-Titan-Instrumenten gegenüber Stahlinstrumenten. Sie folgen flexibel jeder Kanalkrümmung, ohne vorgebogen zu sein, und nehmen immer wieder ihre ursprüngliche Ausgangsform ein.

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

Heimerle + Meule

Neue hochgoldhaltige Dentallegierung

Heimerle + Meule hat mit Platinor M 4 eine neue hochgoldhaltige Dentallegierung auf den Markt gebracht. Die Legierung ist kupferfrei, hoch korrosionsfest und zeichnet sich daher durch eine gute Körperverträglichkeit aus.



Platinor M 4 eignet sich für alle K- und B-Indikationen, besonders für technische Arbeiten bei Brücken mit großer Spannweite. Die hervorragenden mechanischen Eigenschaften gewährleisten eine hohe Gerüststabilität sowie gute Fräs- und Polierbarkeit.

Heimerle + Meule GmbH
Gold- und Silberscheideanstalt
Postfach 10 07 47
75107 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 940 - 169
Fax: 0 72 31 / 940 - 199
E-Mail: heribert.hillbrecht@heimerle-meule.com

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

Wieland

Gefühlvoll schichten



Als Ergänzung des Keramik-Sortiments bietet Wieland jetzt ein fünfteiliges Modellierpinsel-Set zu einem attraktiven Preis an. Die Pastenopaker-, Mal- und Modellierpinsel Größe sechs und acht sind mit dem feinen wie formstabilen Rotmarder-Haar in Kolinsky-Qualität bestückt. Dies garantiert kontrolliertes und ra-

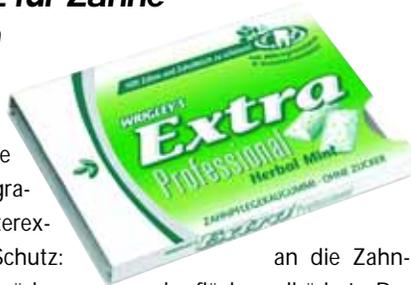
tionelles Positionieren der unterschiedlichen Keramikmassen auch in kleinsten Mengen. Komplettiert wird das in einem Lederetui gelieferte Creative Brush Set durch einen katzenzungenförmigen Pinsel mit Kunststoffborsten zum Zeit sparenden Auftragen größerer Keramikmengen.

*Wieland Dental + Technik GmbH & Co. KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 08 00 / 943 52 63 (Freecall)
Fax: 08 00 / 37 05 - 000 (Freefax)
<http://www.wieland-dental.de>
E-Mail: info@wieland-dental.de*

Wrigley

Doppelter Schutz für Zähne und Zahnfleisch

Seit September 2004 gibt es Wrigley's Extra Professional Herbal Mint. Die neue Formel mit Mikrogranulaten, Xylit und Kräuterextrakten bietet doppelten Schutz: Sie sorgt nicht nur für spürbar saubere Zähne, sondern trägt auch zur Gesunderhaltung des Zahnfleisches bei. Wie in einer klinischen Studie gezeigt wurde, nahm durch regelmäßiges Kaugummikauen die Blutungsneigung der Gingiva innerhalb von drei Wochen signifikant gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Kaugummikauen ab. Kamille, Salbei und Myrrhe werden traditionell als Heilkräuter verwendet; die Mikrogranulate bestehen aus Hexametaphosphat. Dieser Inhaltsstoff unterstützt den Reinigungseffekt, indem er



an die Zahnoberfläche adhärert. Dadurch erfolgt eine Inhibition von Plaque und verfärbenden Zahnbelägen. Mehr noch: Vorhandene Beläge werden reduziert und es kommt zur Prävention der Zahnsteinbildung. Das Bestellformular für Zahnpflegekaugummis sowie kostenlose Patienteninformationen sind bei Wrigley Oral Healthcare Programs erhältlich.

*Wrigley Oral Healthcare Programs
Biberger Straße 18
82008 Unterhaching
Fax: 0 89 / 665 10 - 457
(Bestellformular)
<http://www.wrigley-dental.de>*

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

VITA

Treffsicherheit statt Farbenlotterie



farbmetrische Aufbau erleichtert durch nur drei Schritte eine systematische Farbnahme am Patienten. Im ersten Schritt wird mit der oberen Reihe die Hellig-

Mit dem Vita System 3D-Master können rund 100 mit dem Auge noch wahrnehmbare Zahnfarben bestimmt und naturgetreu reproduziert werden. Die Anzahl der Fehlfarben liegt beim 3D-Master bei nahezu null Prozent. Damit gewährleistet das System eine hervorragende Treffsicherheit, eine eindeutige Farbkommunikation und exakte Reproduktion. Der Vita System 3D-Master erfasst alle natürlich vorkommenden Zahnfarben systematisch und integriert sie in eine praxistaugliche und leicht zu handhabende Farbskala. Der

keit bestimmt. Damit sind 60 Prozent der Farbe gefunden. Im zweiten Schritt wird die Farbin-tensität festgelegt. Jetzt sind bereits 90 Prozent der Farbe gefunden. Im dritten Schritt wird geprüft, ob der Farbton gelblicher oder rötlicher werden muss. Jetzt ist die Farbe zu 100 Prozent bestimmt.

*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*

Hager & Werken

Einfaches und effektives Ausbetten

Speedo-Ex ist ein pneumatischer Ausbettmeißel von Hager & Werken, der direkt an die Druck-

Zentimeter in der Länge ohne Aufsatz und wiegt etwa 250 Gramm. Wahlweise kann mit ei-



luftleitung angeschlossen wird. Er liegt gut in der Hand und ermöglicht ein sicheres Ausbetten. Durch den Betriebsschalter am Handstück ist er flexibel einsetzbar. Speedo-Ex ist geräuscharm, einfach zu bedienen und leicht zu reinigen. Der Meißel misst 15

nem Hohl- oder Ausbettmeißel gearbeitet werden.

*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*

Hu-Friedy

Großes Interesse an Prophylaxe

Als erfolgreich hat sich der „Praktische Arbeitskurs: Die perfekte Prophylaxe-Sitzung“ erwiesen. Er wird von praxisDienste.de, Heidelberg, in Kooperation mit Hu-Friedy, Leimen, und Kavo, Biberach, organisiert. Aufgrund der überraschend großen Nachfrage haben die Initiatoren etliche Zusatztermine angesetzt. Gerade für die Prophylaxe stellt Hu-Friedy ein großes Spektrum von Scalern und Küretten sowie Ultraschallinstrumente zur Verfügung. Die insgesamt 29 Veranstaltungen im Bundesgebiet werden von Prophylaxe-Profis geleitet. Neben theoretischen

Grundlagen erhalten die Teilnehmer praktische Anleitungen zu Behandlung und Patientengespräch, zum parodontalen



Screening nach BEMA und zum professionellen Umgang mit Instrumenten.

*Hu-Friedy
Rudolf-Diesel-Straße 8
69181 Leimen
Tel. 0 62 24 / 97 00-0
Fax 0 62 24 / 97 00-07
<http://www.hu-friedy.de>*

J.Morita

Hybrid Bond - Gewinn auf ganzer Linie



Mit dem neuen Hybrid Bond von Morita, einem lichterhärtenden, selbststützenden und selbstprimierenden Ein-Flaschen-Adhäsiv System, ist Ätzen, Primern und Bonden in nur einem Schritt möglich. In nur einem Schritt konnten auch Teilnehmer bei einer Verlosung von Morita gewinnen: Im Rahmen einer Mai-

ling-Aktion, in der über 20 000 Zahnärzte deutschlandweit mit einem dreidimensionalen Springwürfel über das Hybrid Bond informiert wurden, konnten 111 Radiowecker ebenfalls in Würfelform gewonnen werden. Wieland Jacobs, Geschäftsleiter der J. Morita Europe GmbH, ermittelte die Gewinner.

*J.Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Straße 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 / 83 60
Fax: 0 60 74 / 83 62 99
<http://www.JMoritaEurope.de>
E-Mail: info@JMoritaEurope.de*

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

KaVo**Lichtblick in der Implantologie**

Mit dem Intrasurg 300 plus, dem Handstück Intra Lux CL 10 und dem Winkelstück Intra Lux CL3-09 bringt KaVo Licht in die Chirurgie und Implantologie: 25 000 Lux stehen dem Anwender an der Instrumenten-



spitze zur Verfügung. Auf dem Display des einfach zu bedienenden Intrasurg 300 plus Chirurgiegerätes sind alle wich-

tigen Einstellungen, wie Unter-
setzung, Drehzahlbereich, maxi-
males Drehmoment, Pumpleis-
tung und Motordrehrichtung er-
kennbar. Über einen Memory-
Chip werden die maximalen
Drehmomente eines jeden Ar-
beitsschrittes gespeichert und
liefern wichtige Informationen
zur Beurteilung der Primärstabi-
lität der Implantate. Die Pro-
grammebene umfasst sechs
Schritte, deren Parameter sich
individuell einstellen lassen. Alle
Funktionen können auch per
Fußbedienung abgerufen wer-
den.

*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*

SS White Burs**Spezialisten für Hartmetallfinierer**

Hartmetallfinierer von SS White Burs erzeugen auf Komposit, Amalgam und anderen Materialien glatte und ästhetische Oberflächen. Durch das spezielle Schneidendesign haben die Instrumente ständigen Kontakt mit der Füllungsoberfläche. Die gute Unterstützung der Schneiden und der kleine Spanwinkel sorgen für hohe Festigkeit und eine lange Standzeit der Instrumente. Die Hartmetallfinierer erzeugen auf Kompositen deutlich glattere Oberflächen als Dia-



mantfinierer. Die 12-
schneidige Konfigura-
tion ist für die feine
Ausarbeitung von Fül-
lungen vorgesehen,
die 30-schneidige Aus-
führung bereitet die
Oberfläche für die
Hochglanzpolitur vor.

Die Hartmetallfinierer sind in zeh-
n verschiedenen Formen
erhältlich.

*SS White Burs, Inc.
Basler Straße 115
79115 Freiburg
Tel.: 08 00 / 779 44 83
Fax: 08 00 / 779 44 84
<http://www.sswwhiteburs.de>
E-Mail: info@sswhiteburs.de*

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

PHARMATECHNIK**Neue Leitung für Mainzer Team**

Mit Jürgen Becker übernimmt ein praxiserprobter Mann aus den eigenen Reihen die Leitung der Pharmatechnik-Geschäftsstelle für Hessen und Rheinland-Pfalz in Mainz. Der 44-Jährige ist Pharmatechnik-Anwender aus der Region bereits als Systemberater für den Bereich Apotheken bekannt. Becker ist gelernter Kommunikationselektroniker und Kaufmann und seit 1997 bei Pharmatechnik tätig. Mit seinem Team will Becker die Niederlassung in Mainz als Kompetenz- und Service-Zentrum für IT-Produkte, Computer-Programme und Beratungsangebote für das Gesundheitswesen im Rhein-Main-Gebiet weiter ausbauen:



„Eine spannende Aufgabe, auf die ich mich sehr freue“, so der neue Geschäftsstellenleiter.

*PHARMATECHNIK
Münchner Straße 15
82319 Starnberg
Tel.: 0 81 51 / 44 42 - 0
Fax: 0 81 51 / 44 42 - 70 00
E-Mail: info@pharmatechnik.de*

Schütz-Dental**Mikroimpulsschweißen mit dem Welder**

reich begrenzt, sodass Re-
paraturen auch in direkter
Nähe zu Kunststoff oder
Keramik ausgeführt wer-
den können. Die Schweiß-
ergebnisse sind überzeu-
gend: Stabiler und biege-
fester als jede gelötete Ver-

Der zur neuesten Generation in Sachen Mikroimpulsschweißen gehörende Welder der Schütz Dental Group ist konsequent auf die Anforderungen der Zahn-
technik ausgerichtet. Das Gerät hat ein Anwendungsspektrum wie ein Schweißblaser und arbeitet statt mit Laserlicht mit elektrischer Energie. Geschweißt werden können Ti/Ti, NEM/NEM, EM/EM sowie NEM/EM. Dabei bietet der Welder alle Vorteile des Schweißens gegenüber dem Löten: Die Schweißhitze ist punktgenau auf den Schweißbe-

bindung, sind die geschweißten Objekte durch die Verwendung werkstoffidentischer Schweißdrähte lotfrei und damit biokompatibel und korrosionsbeständig. Gegenüber einem Schweißblaser fallen für den Welder um etwa 70 Prozent geringere Investitionskosten an und das auch noch bei niedrigen Unterhaltskosten.

*Schütz-Dental GmbH
Dieselstraße 5-6
61191 Rosbach
Tel.: 0 60 03 / 814 - 570
Fax: 0 60 03 / 814 - 905
<http://www.schuetz-dental.de>*

Heraeus Kulzer**Erfolgreiches Burgenseminar**

Ein Heraeus Kulzer Symposium im Schloss Lichtenwalde in der Nähe von Chemnitz vermittelte Zahntechnikern und Zahnärzten

im Mai neue Impulse für den Laboralltag. Die in den Vorträgen behandelten Themen reichten von Entwicklungstrends und Qualitätsparametern bei Edelmetall-Dentallegierungen über natürlich funktionelle Prothetik bis hin zum Umgang mit Menschen. Das Rahmenprogramm wurde von Armin Klug vom magischen Zirkel Deutschland gestaltet. Bei einem mittelalterlichen Burgenschmaus klang die Veranstaltung aus.

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

GABA**Mundspüllösung gegen Gingivitis**

Wird die mechanische Plaqueentfernung durch meridol Zahnpasta und meridol Mundspül-Lösung mit Aminfluorid/Zinnfluorid von Gaba unterstützt, wird die Plaquebildung reduziert und dadurch, ungeachtet der individuellen Entzündungsneigung, die Wiederherstellung gesunder gingivaler Verhältnisse gefördert. Zu diesem Ergebnis kommt die Arbeitsgruppe um Leonardo Trombelli von der Universität Ferrara, Italien. Die Wissenschaftler verglichen in einer experimentellen Gingivitis-Studie

die Wirkung von Aminfluorid/Zinnfluorid bei Patienten mit hoher und niedriger Gingivitis-Prädisposition.



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



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 14. 11. 2004 schicken oder faxen an:

zm

Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Andrea Hoffmann
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen

zu folgenden Produkten:

- ACTEON - 20-jähriges Firmenjubiläum (S.128)
- Coltène/Whaledent - Starke Haftkraft: One Coat (S.128)
- DENTSPLY de Trey - ProTaper Handinstrumentarium (S.129)
- DMG - LuxaCore auch als Wurzelstiftzement (S.128)
- GABA - Mundspüllösung gegen Gingivitis (S.134)
- Hager & Werken - Einfaches und effektives Ausbetten (S.130)
- Heimerle + Meule - Neue hochgoldhaltige Dentallegierung (S.129)
- Heraeus Kulzer - Erfolgreiches Burgenseminar (S.134)
- Hu-Friedy - Großes Interesse an Prophylaxe (S.131)
- J.Morita - Hybrid Bond: Gewinn auf ganzer Linie (S.131)
- KaVo - Lichtblick in der Implantologie (S.132)
- PHARMATECHNIK - Neue Leitung für Mainzer Team (S.132)
- Schütz-Dental - Mikroimpulsschweißen mit dem Welder (S.132)
- SS White Burs - Spezialisten für Hartmetallfinierer (S.132)
- VITA - Treffer Sicherheit statt Farbenlotterie (S.130)
- Wieland - Gefühlvoll schichten (S.130)
- Wrigley - Doppelter Schutz für Zähne und Zahnfleisch (S.130)
- Zimmer Dental - Neue Implantatlänge (S.128)

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG
Seite 11

Astra Tech GmbH
Seite 69

BeycoDent - Beyer + Co. GmbH
Seite 103

BPI GmbH & Co. KG
Seite 129

Brasseler GmbH & Co. KG
Seite 5

Castellini Spa
Seite 123

Colgate-Palmolive GmbH
Seite 65

Coltene/Whaledent GmbH + Co. KG
Seite 8, 9, 33, 35 und 90

**CumDente Ges. für
Dentalprodukte mbH**
Seite 21

Detax GmbH & Co. KG
Seite 95

Deutsche Bank AG
Seite 109

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/
Versandbuchhandlung**
Seite 133 und 3. Umschlagseite

DGI e.V.
Seite 13

DGOI
Seite 131

DMG Hamburg
Seite 43

Dr. Liebe Nachf.
Seite 117

Dreve Dentamid GmbH
Seite 25

Dürr Dental
2. Umschlagseite

**EMS Electro Medical
Systems-Vertriebs GmbH**
Seite 77

**Freier Verband Deutscher
Zahnärzte e.V.**
Seite 97

Gaba GmbH
Seiten 37, 63 und 73

**Girardelli Dental-Medizinische
Produkte**
Seite 15

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Seite 17

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Seite 29

**Hu-Friedy Zweigniederlassung
Deutschland**
Seite 71

HypoVereinsbank AG
Seite 39

Imex Dental Lab. GmbH
Seite 85

InteraDent Zahntechnik AG
Seite 67

Intersanté GmbH
Seite 45

Ivoclar Vivadent GmbH
Seite 75

J. Morita Europe GmbH
Seiten 57, 127

KaVo Dental GmbH & Co. KG
Seite 41

Kers Neonlicht
Seite 100

Kettenbach GmbH & Co. KG
Seiten 27, 59

**Messe Stuttgart Fachdental
Südwest**
Seite 47

Neue Gruppe
Seite 101

One Drop Only GmbH
Seite 15

Permidental Zahnersatz
4. Umschlagseite

Petersen GmbH
Seite 81

Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Seite 87

Pluradent AG & Co. KG
Seite 125

Primus Beier & Co.
Seite 105

Schütz Dental Group
Seite 83

Semperdent Dentalhandel GmbH
Seite 55

Sirona Dental Systems GmbH
Seiten 49, 51 und 53

solutio GmbH
Seite 93

SS White Burs, Inc.
Seite 91

Straumann GmbH
Seite 19

Sunstar/John O. Butler GmbH
Seite 111

Tanaka Dental GmbH
Seite 107

Tokuyama Europe GmbH
Seite 61

Trophy Radiologie GmbH/Kodak
Seiten 119, 121

UP-Dental GmbH
Seite 23

Voco GmbH
Seite 113

White Smile
Seite 89

Wieland Dental + Technik
Seite 7

XO-Care A/S
Seite 115

zm-Jahresband
Seite 99

Beilagen

Vollbeilagen

Acteon Germany GmbH

Dental Union

Freier Verband Deutscher
Zahnärzte e.V.

Merz Dental GmbH

Rancka-Werbung GmbH & Co. KG

Roos Dental e.K.

Sirona Dental Systems GmbH

Teilbeilagen

BonaDent GmbH (PLZ 6 + 8)

Medentis Medical GmbH (PLZ 5)

Novy-Dental-Service (PLZ 8)

Rapp Informatik Systeme GmbH
(PLZ 6-9)

Technodent Klenk GmbH/XO-Care
(PLZ 7)

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

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel,
Chefredakteur, mn;
Gabriele Prchala, M. A. (Politik,
Zahnärzte, Leserservice), Chefin
vom Dienst, pr;
Assessorin d. L. Susanne Priehnküpper (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
ISDN: (0221) 4069 386

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

Verlag, Anzeigendisposition

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

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

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

Geschäftsführung

der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:
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 Zeitungsbezugsgeld 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-Informationsge-
meinschaft zur Fest-
stellung der Verbreitung
von Werbeträgern e.V.
angeschlossen.



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



Lt. IVW IV/2. Quartal 2004:

Druckauflage: 80 800 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 696 Ex.

Ausgabe A

Druckauflage: 72 783 Ex.
Verbreitete Auflage: 71 714 Ex.

94. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

Berliner Ärzteverband

Richter-Reichhelm tritt nicht mehr an

Bei den Vorstandswahlen des Berliner Ärzteparlaments am 20. Oktober wird Manfred Richter-Reichhelm nicht mehr für den Vorsitz kandidieren. Dies teilte ein Sprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin mit. Bei den gerade abgehaltenen Parlamentswahlen habe die Liste „Die Fachärzte, Qualifizierte Medizin in der Praxis“ 18 der 40 Sitze gewonnen und sei damit die stärkste Fraktion in der Ärztevertretung. Mit neun Sitzen stellt die Liste des Berufsverbandes der Allgemeinärzte in Berlin und Brandenburg die zweite Kraft. Rund 8 000 in Berlin niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten hatten das neue Ärzteparlament gewählt. Dem Parlament gehören nur noch 40 Mitglieder an, nachdem der Gesetzgeber eine Reduzierung der Zahl von vormals 83 Mitgliedern vorgeschrieben hatte. pr/dpa

CDU-Gesundheitsexperte

Storm lehnt CSU-Modell ab

Der CDU-Gesundheitsexperte Andreas Storm lehnt das von CSU-Politikern vorgeschlagene Stufenmodell mit nach Einkommen gestaffelten Tarifen bei der Krankenversicherung ab. Storm sagte der „Frankfurter Rundschau“, er kenne das in München diskutierte Zehn-Stufen-Modell bislang „nur aus der Zeitung“, allerdings erscheine es ihm als „nicht praxistauglich“. Der erklärte Anhänger der einkommensunabhängigen Kopfpauschale erinnerte daran, dass die beiden Unionsparteien miteinander verabredet hätten, ihre unterschiedlichen Positionen zur Gesundheitspolitik abzustimmen und sich bis Anfang November auf ein gemeinsames Modell zu verständigen. „Das, was jetzt in München vorgelegt worden ist, wird es nicht sein“, sagte Storm. pr/dpa

Jugendverbraucherschutztag

Gütesiegel unter der Lupe

Was bedeutet das Zahnmännchen mit Schirm auf einem Lutscher? Wofür steht das Biosiegel? Und was verbirgt sich hinter dem „Blauen Engel“? Antworten zum Thema Verbraucherschutz gibt die am 8. September in Berlin von Bundesministerin Renate Künast eröffnete Ausstellung „Guck mal, was du kaufst“. Ziel der als bundesweite Wanderausstellung konzipierten Informationsschau ist es, besonders junge Menschen über ihre Rechte und Handlungsmöglichkeiten als mündige Verbraucher spielerisch aufzuklären. Unter die Lupe genommen werden dabei auch Qualitätszeichen, wie das Signet der Aktion zahnfreundlich e.V. (Berlin), an dem Verbraucher zahnfreundliche

Süßigkeiten erkennen. Die Ausstellung ist für vier Monate im Kindermuseum des FEZ Wuhlheide (Kinder-, Jugend- und Familienzentrum) in Berlin zu erleben. Zwölf begehbare Erlebnisräume und ein echter kleiner „Kaisers for Kids“-Einkaufsmarkt laden



Foto: Peters

die Besucher ein. Im Ausstellungsraum „Blauer Engel“ soll der Label-Dschungel mit über 1 000 so genannten Gütesiegeln entwirrt werden. pr/pm

Absender (in Druckbuchstaben):



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

zm **Leser service** **Nr. 19**
2004

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

Kupon schicken oder faxen an:

ZM-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln

- Hilfsprojekt für Drogenabhängige (S. 30) zm-Beitrag von M. Lipp
-  T. Reichert: Knochenzyste (S. 48) Literaturliste
-  M. Backmund: Magersucht (S. 60) Literaturliste
- M. Krack: Mitarbeitermotivation (S. 104) Checkliste
-  H. Staehle: Alternative Zahnmedizin im Nationalsozialismus (S. 116) Literaturliste und NS-Gesetze

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

BZÄK kritisiert

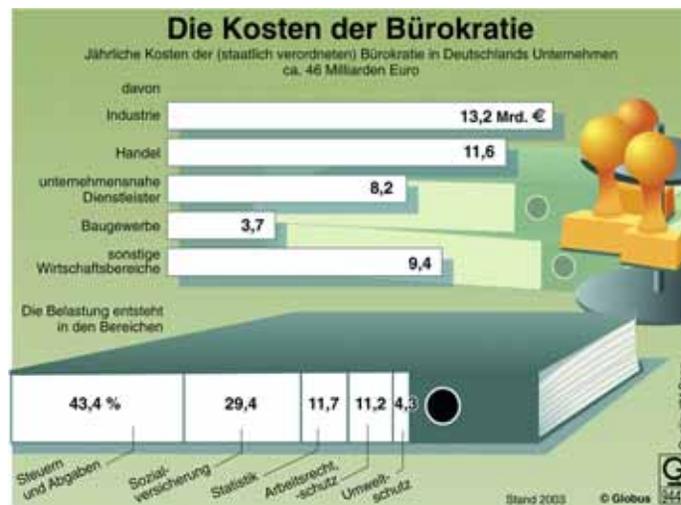
Zahnersatz-Konzept wird gekippt

Das bereits verabschiedete Konzept zum Zahnersatz werde gekippt, dennoch wäre diese Regelung nach Auffassung des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, ein wichtiger und richtiger Schritt in eine mehr wettbewerbsorientierte Gesundheitslandschaft gewesen. „Abgesehen von den Nachteilen für die Patienten ist damit auch der in Aussicht gestellte Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherern vorerst gestoppt“, erklärte Weitkamp anlässlich der Anhörung im Bundestag am 23. 9.. Dennoch beharre die Zahnärzteschaft auf ihrem Standpunkt, dass den Bürgern im Gesundheitssystem größere Freiheiten eingeräumt werden müssten. Das jetzige

Aufgeben der von über 90 Prozent der Abgeordneten vor einem Jahr beschlossenen neuen Versicherungsform für Zahnersatz bedeute jedoch nicht, dass diese nicht die sinnvollere Lösung gewesen sei. Die bürokrati-

schen Hemmnisse, die von der Bundesregierung als Hauptargument angeführt wurden, hätten sich gemeinsam mit der Opposition leicht ausräumen lassen, so Weitkamp. Die fälligen Beiträge von Rente oder Arbeitslosengeld direkt einzubehalten, hätte den Verwaltungsaufwand drastisch verringert.

BZÄK



Ehepartner/Grüne fordern

Nur noch bedingt mitversichern

Die Grünen wollen Ehepartner in der Krankenversicherung nur noch kostenlos mitversichern lassen, wenn sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen. Krankenkassenbeiträge sollen außer auf Kapitaleinkünfte auch auf

Einkünfte aus Mieten und Verpachtung erhoben werden. Dies geht aus dem Konzept für die Bürgerversicherung im Gesundheitswesen hervor, das der Grünen-Vorstand in Berlin beschloss. Der durchschnittliche

Krankenkassenbeitrag soll durch die Pläne von derzeit 14,1 auf 12,5 Prozent sinken. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze lässt das Konzept offen, plädiert aber für die Beibehaltung der paritätischen Finanzierung der Krankenkassenbei-

träge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wie bei den SPD-Plänen sollen Selbstständige und Beamte in die Bürgerversicherung einbezogen werden, möglicherweise aber nicht alle auf einen Schlag. Private Krankenversicherer sollen ebenfalls einen Bürgertarif mit einkommensbezogenen Beiträgen anbieten. Sie sollen in diesem Tarif Menschen aller Altersgruppen ohne Gesundheitsprüfung oder Risikozuschläge aufnehmen müssen. Übergangsregelungen für derzeit rund acht Millionen Privatversicherte sollen erst nach weiteren Gesprächen mit den privaten Krankenkassen formuliert werden. Über die Pläne soll der Bundesparteitag im Oktober in Kiel beraten. Der endgültige Beschluss soll erst im Herbst 2005 fallen.

Globudent-Prozess

KZBV begrüßt Urteile

Das Urteil im Globudent-Prozess hat der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Jürgen Fedderwitz, ausdrücklich begrüßt: „Die Rechtsprechung hat hier funktioniert. Dass in diesem Betrugsfall hart und unmissverständlich geurteilt wurde, ist richtig und war notwendig. Auch die Zahnärzte, die sich auf Kosten der Versichertenbeiträge bereichert haben, wurden und werden von der zuständigen Selbstverwaltung zur Verantwortung gezogen. Der Entzug der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist kein Tabu.“ Deutschlandweit sind etwa 400 Zahnärzte in den Betrugsfall Globudent verwickelt. „Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben in

den vergangenen Monaten kooperativ und intensiv mit den zuständigen Staatsanwaltschaften zusammengearbeitet“, so der KZBV-Vorsitzende.

Fedderwitz wies erneut auf die Lücken im System hin, die Betrugsfälle dieses Ausmaßes überhaupt möglich machen: „Die Zahnärzteschaft kritisiert seit Jahren die Unzulänglichkeiten dieses Systems und plädiert darum für die durchgängige Kostenerstattung. Solange wir am Sachleistungssystem festhalten, werden dem Missbrauch weiterhin Tür und Tor geöffnet sein.“

KZBV

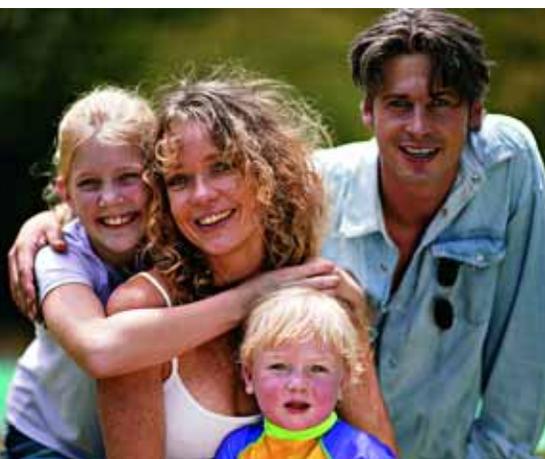


Foto: CC

Finanzreform der GKV**Arbeitgeber legen Konzept vor**

Die Arbeitgeber haben ein eigenes Modell für die Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgelegt. Dieter Hundt, Präsident der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände (BDA), plädierte in Berlin für eine Gesundheitsprämie, ähnlich den Plänen der CDU. Dadurch würden die Krankheitskosten von den Arbeitskosten entkoppelt, die Personalzusatzkosten könnten deutlich gesenkt werden.

Nach dem BDA-Konzept müssten alle Erwachsenen monatlich eine einheitliche Prämie von 163 Euro zahlen. Der bisherige Arbeit-

geberzuschuss zur GKV soll den Bruttolöhnen zugeschlagen werden. Die Arbeitgeber seien „verbindlich“ dazu bereit, so Hundt. Kinder blieben – anders als beim CDU-Plan – beitragsfrei mitversichert, Einkommensschwache erhielten einen Zuschuss. Die Umstellung der GKV-Finanzierung ersetze aber keine Strukturformen auf der Leistungsseite: Gesetzliche Hemmnisse im Wettbewerb von Leistungserbringern und Kassen müssten beseitigt werden. Zudem führe kein Weg daran vorbei, den Versicherten mehr Eigenbeteiligung abzuverlangen. ck/dpa

Gesundheitsberichterstattung**EU plant einheitliche Form**

Die EU will ein europaweit einheitliches System zur Gesundheitsberichterstattung einführen. Hierfür sollen in Kürze Arbeitsgruppen den Informations- und Wissensstand zu gesundheitsrelevanten Fragen erörtern.

tensweisen der EU-Bürger, über deren Erkrankungen und die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten will die Brüsseler Behörde ein einheitliches Berichterstattungssystem errichten, das für alle EU-Länder verbindlich ist

und dessen Ergebnisse bei den zukünftigen nationalen gesundheitspolitischen Strategien Berücksichtigung finden sollen.

In Kürze sollen daher auf europäischer Ebene mehrere Arbeitsgruppen entstehen, die den Daten-

Das geplante Informationssystem ist Teil des Aktionsprogramms der EU-Kommission im Bereich der Öffentlichen Gesundheit 2003 bis 2008. Auf Basis der gesammelten Daten zu gesundheitsrelevanten Verhal-

bedarf für Themen wie Morbidität und Mortalität, Unfälle und Verletzungen, Psychische Gesundheit, Lebensstil, Gesundheit und Umwelt ermitteln und daraus gemeinsame Indikatoren entwickeln. ck/ps

Elektronische Gesundheitskarte**KZBV lehnt Vorwürfe ab**

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung weist den Vorwurf, die Zahnärzteschaft trete in den Vorbereitungen zur Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte als Blockierer auf, entschieden zurück. Entgegen den Darstellungen in einzelnen Presseberichten habe die KZBV in sämtlichen Verhandlungen flexibel und kompromissbereit agiert. Auch bei den künftigen Verhandlungen seien die Zahnärzte weiterhin zur Kooperation bereit. Dasselbe erwarte die KZBV allerdings auch von den Krankenkassen. Schon in früheren Stellungnahmen habe die KZBV verdeutlicht, dass für die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte sowohl die Speicherung des E-Rezeptes auf der Karte als auch die servergestützte Lösung in Frage kommen müssten. Nach Ansicht der KZBV muss der Patient entscheiden

können, auf welchem Medium das E-Rezept gespeichert und transportiert werden solle. Dies stärke die Akzeptanz bei der Einführung der Gesundheitskarte in der Bevölkerung, die Patientensouveränität und die ordnungsgemäße Aushandigung von Me-



Foto: Gieseke & Devrient

dikamenten bei einem Systemausfall. Bei einer ausschließlichen Speicherung auf zentralen Servern sei dies nicht möglich. Die KZBV zweifelt nach wie vor daran, dass der ehrgeizige Zeitplan zur Einführung der Gesundheitskarte eingehalten werden könne – dies unter anderem deswegen, weil es sich, entgegen der Darstellung des BMGS, eben nicht um eine erprobte Technik handele. pr/ KZBV

KZV Bayerns**Weiter ohne Vorstand**

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) bleibt ohne gewählten Vorstand. Die Neuwahl war gescheitert, weil die Freiverbandsdelegierten, die die Mehrheit in der Vertreterversammlung (VV) stellen, sich geweigert hatten, einen neuen Vorstand zu wählen. Die Versammlung, die einer Verpflichtungsanordnung des bayerischen Sozialministeriums nicht gefolgt ist, wurde deshalb wegen Beschlussunfähigkeit abgebrochen. Nun müsse ein zweites Mal ein Staatskommissar vom Ministerium entsandt werden, um die Aufgaben des KZVB-Vorstandes zu über-

nehmen, heißt es in einer Presseerklärung des Freien Verbandes Bayern. Doch davor scheue das Ministerium vorerst zurück. Vordringliche Aufgabe sei es, mit den Krankenkassen in die Honorarverhandlungen für zahnärztliche Leistungen zu treten. Da das Budget für Zahnersatz so gut wie ausgeschöpft sei, stehe ins Haus, dass für das zweite Halbjahr 2004 keine Vergütung mehr zur Verfügung stehe. Es existiere kein gültiger Honorarverteilungsmaßstab mehr und es sei ungewiss, ob die erbrachten Leistungen überhaupt vergütet würden. pr/pm

Schwarzgeld

Thailändische Ärzte haben einem Fernsehbericht zufolge einem 37-Jährigen mehr als zwei Kilogramm Münzen aus dem Magen entfernt. Sanguan war wegen starker Bauchschmerzen in ein Krankenhaus in der Stadt Phayao, etwa 580 Kilometer nördlich der Hauptstadt Bangkok, gebracht worden. Dort hätten sich die Mediziner zu einer Notoperation entschieden, nachdem sie einen ungewöhnlichen Mageninhalt festgestellt hatten. Wie die Mutter des Patienten berichtete, sei ihr Sohn geistig verwirrt. „Immer, wenn ich ihm Geld gab, vor allem Münzen, ist er auf der Toilette verschwunden.“ Wohl aus Angst vor geldgierigen Mitmenschen hat er den Magen zum Sparstrumpf umfunktioniert. Ein lohnendes Zubrot für die Operateure? sp/dpa

Politikerohren

Immer öfter wird die Frage gestellt, ob Politiker eigentlich noch auf die Stimme des Volkes hören. Das Forum Besser Hören ging dieser Sache auf den Grund und prüfte das Hörvermögen von Abgeordneten und Kabinettsmitgliedern. „Schließlich ist ungemindertes Hören Grundvoraussetzung für den funktionierenden Austausch von Mensch zu Mensch“, begründete der geschäftsführende Vorstand der Vereinigung der Hörgeräteindustrie, Stefan Paurat, die Aktion. Bei der ersten Aktion im Dezember 2000 stellten die Hör-Profis immerhin bei fast jedem zweiten getesteten Abgeordneten (42 Prozent) leichte bis starke Hörschäden fest. (ddp)



Illu.: Wiedenroth

"Stluktulausgleich? Null Lisiko! Total siche!!"

Kassenfunktionäre im Visier

Eine China-Reise von Spitzenfunktionären der Sozialversicherungen ist ins Visier des Bundessozialministeriums geraten. „Wir haben bei den Spitzenverbänden einen Bericht angefordert“, sagte ein Ministeriumssprecher in Berlin. Er bestätigte damit einen Bericht der „Bild“-Zeitung. In einem Schreiben habe das Ministerium darauf hingewiesen, dass bei den Verwaltungsausgaben das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten sei. Dabei sei ein strenger Maßstab anzulegen.

Nach Informationen der „Hanoverschen Allgemeinen Zeitung“ nahmen rund 70 deutsche Funktionäre an der einwöchigen 28. Generalversammlung der Internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit (IVSS) in Peking teil. Die deutsche Delegation habe aus Vertretern der Spitzenorganisationen der Renten-, Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung be-

standen. Ein Teil der Funktionäre wäre bereits einige Tage vorher nach China privat und auf ei-

gene Kosten gereist, sagten Kassenvetreter beider Blätter.

pr/dpa

Reality bites TV

Jeder ist seines Glückes Schmied. Ein alter Spruch, gilt aber noch – so man nicht gerade mal Pech hat. Leider liegt besagtes Glück nicht mehr auf der Straße.

Ruhig bleiben, es ist nicht wirklich weg. Es ist nur – im Fernsehen: „Reality-TV“ herrscht tagtäglich via Kabel oder Schüssel. Da hämmern und biegen sich Otto und Liese Normalverbraucher vor laufender Kamera ihre Erfolge zurecht.

Da wird geliebt, gelobt, geheiratet. Da werden „Superstars“ geboren, Millionäre gemacht und Schwiegersöhne ausgesucht. Da wird gewettet, was das Zeug hält, die Wohnung von Designern umgemodelt. Da wird der Busen vom Chirurgen auf Wunschgröße gestopft und – überflüssigerweise – mancher „Star“ aus dem Dschungel gerettet.

Da löst der Bundeskanzler nachhaltig und dauerhaft alle Probleme des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens, da gibt es die konjunkturelle Wende, Vollbeschäftigung und Frieden auf Erden. Da stimmt doch was nicht mehr

Gibt es denn tatsächlich noch eine Realität jenseits des Fernsehens? Und wenn ja, woran liegt das wohl? Wer hat da gepfuscht? Und warum wird das vom Bundeskanzler nicht endlich verboten? ■

