



Wege in die Altersgesellschaft

**Festzuschüsse
nachgefragt**



**Endo-Wissen
im Online-Test**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Debatte um die Überalterung unserer Gesellschaft zeugt manches Mal von schlechter Erziehung, oft von unglaublicher Kurzsichtigkeit. Da machen die 30-Jährigen den 80-Jährigen das Anrecht auf künstliche Hüftgelenke und Zahnprothesen streitig. Begründet wird so etwas mit Problemen auf Basis demographischer Prognosen, die weit in das noch taufrische 21. Jahrhundert reichen. Vorausgesetzt wird dabei immer die Fortschreibung der derzeitigen Sozialsysteme.

Aber diese ganz besondere Form der Menschenverachtung, anderen medizinische Möglichkeiten mit Hinweis auf ihr Alter zu versagen, wird erst richtig pikant, wenn man dabei den langen Zeithorizont betrachtet: Die heute so hartherzigen 30-Jährigen sind die 80-Jährigen des Jahres 2050. Die Stürmer und Dränger reden letztlich über ihre eigene medizinische Versorgung im Alter. Absurd!



Foto: Dove/UNILEVER

■ Irene Sinclair ist mit 95 Jahren das wohl derzeit älteste Kosmetik-Model der Welt. Würdevolles Altern kann schön sein, schön empfunden werden – und damit auch schön machen. Der erste Schritt zu einem Wertewandel in einer überalternden Gesellschaft?

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

Wer sich das bewusst macht, der wird schnell anders über die Alten von morgen, bei entsprechend abstrahierendem Denkvermögen letztlich auch über die Alten von heute denken. Und er wird sich andere, humane Wege suchen, um das Problem der Überalterung unserer Gesellschaft in den Griff zu bekommen.

Sicher ist, dass die Rezepturen der heutigen Sozialsysteme für diese Zukunft nicht gebaut sind. Und es bedarf mutiger, aber menschlicher Entscheidungen, die Gesellschaft so umzustrukturieren, dass alle miteinander auskommen.

Denn darauf werden wir immer mehr angewiesen sein.



Foto: DG/Titelfoto: CC

Zum Titel

Bewusstseinswandel auf dem Weg in die überalternde Gesellschaft? Wer weiß, dass die Jungen von heute die Alten von Morgen sind, dem fällt das Hand-in-Hand-Leben zwischen Jung und Alt trotz der umstehenden Problem leichter.

Seite 36



Foto: Ingram/zm

Fragen zu Festzuschüssen gab – und gibt – es viele. Die KZBV beantwortete hunderte. Eine erste Auswahl bieten die zm in diesem Heft, damit diese wichtigen Infos zügig in die Praxen fließen.

Seite 22



Fotos: Krasstl

Endodontie: Zwei umfangreiche Praxisfälle bieten die Möglichkeit, mit endodontischem Wissen Fortbildungspunkte zu sammeln.

Seite 42



Foto: HDZ

Die Hilfe für die Flutopfer in Südasien rollt an – eine erste Bilanz des Hilfswerks Deutscher Zahnärzte.

Seite 12



Foto: CC

Immobilienfonds werden oft wärmstens empfohlen. Gut können sie nur sein, wenn die Statik stimmt.

Seite 108



Editorial	1	Medizin	
Leserforum	4	<i>Repetitorium: Flöhe und andere Quälgeister</i>	68
Leitartikel		<i>Radiologie: Mammazentrum München</i>	72
<i>Interview mit dem neu gewählten KZBV-Vorsitzenden Dr. Jürgen Fedderwitz</i>	6	<i>Immunologie: Statintherapie</i>	74
Nachrichten	8, 14	<i>Ophthalmologie: Makuladegeneration</i>	75
Gastkommentar		Tagungen	
<i>Rudi Mews, Parlamentskorrespondent Berlin, über Inflation und GMG</i>	10	<i>Dentsply-Symposium: Die Spritze ist out</i>	76
Aktuelles Thema		<i>Homburger Symposium: Versorgung der Einzelzahnücke</i>	78
<i>Flutkatastrophe: Langfristige Hilfe ist angelaufen</i>	12	Ankündigung Deutscher Zahnärztetag	80
Politik und Beruf		Veranstaltungen	82
<i>Festzuschüsse: Telefonaktion im Bundesgesundheitsministerium</i>	20	Akademisches	
<i>Festzuschüsse: Start der Informationsreihe</i>	22	<i>Implantologie: Neuer Master of Science</i>	100
<i>Festzuschüsse: Antworten auf aktuelle Fragen</i>	24	Praxismanagement	
<i>Parteientreffen: Schielen auf die Wahl</i>	34	<i>Laborgemeinschaft: Steuerliche Aspekte</i>	102
Titelstory		Finanzen	
<i>Altersgesellschaft: Vom Wert der Methusalems</i>	36	<i>Immobilien-Fonds: Die Transparenz wird größer</i>	108
Zahnmedizin		<i>Bankgeheimnis: Orwell lässt grüßen</i>	112
Interaktive Fortbildung Endodontie		Recht	
<i>Endodontie in Deutschland: Status Quo und Perspektiven</i>	42	<i>Urteile</i>	114
<i>Fallbericht: Komplexe Wurzelkanalbehandlung</i>	46	Internationales	
<i>Fallbericht: Versorgung einer Oberkieferfront</i>	52	<i>FDI: Einladung nach Montréal</i>	116
<i>Der aktuelle klinische Fall: Pindborg-Tumor im Oberkiefer</i>	62	Persönliches	118
<i>Alten- und Behindertenbehandlung: Neue Projekte in Bayern und Wesel</i>	64	Neuheiten	120
		Impressum	128
		Nebenwirkungsformular	130
		Letzte Nachrichten	157
		Zu guter Letzt	160

Enteignet

■ Zum Editorial in zm 22/2004:

In dem Land, aus dem ich vor 24 Jahren nach Deutschland geflüchtet bin, habe ich mich über Wurzelkanalinstrumente fortgebildet, die mir der Krankenhausdirektor des sozialistisch real existierenden Krankenhauses nicht besorgen konnte (Westware), ich wurde aber trotzdem geprüft, attestiert und bekam eine Gehaltserhöhung. Nicht absurd genug? Erlebt am 19.11. in Marburg: Bei einer mit drei Punkten „dotierten“ Fortbildung verschwinden geschätzt fünf Teilnahmebescheinigungen pro Person in der Tasche. Dämmert es? Im SGB V auf der Seite 57, § 95d Abs. 1 steht beim Arzt in der Definition der Pflicht (!) zur Fortbildung das entscheidende „Vertrags-“!!!: „Erbringt ein Vertragsarzt ... nicht ... , ist die KV verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit ... zu kürzen...“ Die Vertragszahnärztliche Tätigkeit ist im BEMA präzise definiert. Also ist die Sache ganz einfach: Die Punkte aus den Veranstaltungen, die ausschließlich GOZ-Themen behandeln, nicht annehmen, weil sie ja nicht der Bestandteil der vertragsärztlichen Fortbildung sind, und abwarten, ob der Gesetzgeber (wer ist es in diesem Falle ad Persona, frage ich mich?) uns ausreichend genug punktbringende Fortbildungen in Kondensierung des Amalgams, Verlauf der gegossenen Klammern und mehr anbietet. Auf der Seite 57 des SGB wird der künftige Sozialismus exakt beschrieben: Hier wird enteignet! Hier wird versucht, uns gleich zu machen, um uns nachher besser manipulieren zu können! Hier wird das natürliche Bestreben ei-

nes freien Individuums, mehr wissen zu wollen, um besser zu sein, annulliert, weil zur Pflicht gemacht! Wir haben keine Pflicht, uns weiter fortzubilden, wir WOLLEN es, weil nur der nach der zahnärztlichen Kunst versorgte und zufriedene Patient zählt und nichts anderes, keine 125 Punkte!!!

Dr. Paul Ressler
Uferstr. 13
35066 Frankenberg

Kein Lichtblick

■ Zum Leserbrief von Dr. Guido Elsässer in zm 24/2004 und zum Beitrag „Möglichkeiten zahnmedizinischer Prophylaxe“ in zm 20/2004:

In der Europäischen Kommission wird seit 2002 die von Ihnen zielierte Verordnungsvorlage für den Zusatz von Vitaminen und Mineralstoffen zu Lebensmitteln beraten. Sie sieht unter anderem vor, die Direktanreicherung von Lebensmitteln und Mineralstoffen mit Fluorid und Jodat/Jodid zuzulassen. Diese Verordnung ist für uns kein Lichtblick, sondern ein Damoklesschwert, weil sie die Existenz der in Deutschland jahrelange erfolgreich betriebenen Salzfluoridierung in Frage stellt. Die Regelung würde durch die drastisch zunehmende Zahl der



Fluoridquellen erstens zu einer unkalkulierbaren Fluoridaufnahme führen und zweitens eine Limitierung der zulässigen Konzentration auf einen Wert erfordern, der vermutlich etwa um den Faktor zehn unterhalb der derzeit im Speisesalz eingesetzten Konzentration von 250 ppm Fluorid liegen würde. Daher haben wir dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft die dringende Bitte vorgetragen, im Rahmen der EU-Verordnung den Zusatz von Fluorid und Jodat/Jodid auf das Speisesalz zu beschränken. Dort hat man unsere Einschätzung geteilt und eine entsprechende Stellungnahme bei der EU angekündigt.

Allerdings scheint der europäische Wind in die entgegengesetzte Richtung zu wehen. Da es die Salzfluoridierung in der EU nur in Deutschland und Frankreich (dort aber stark abnehmend) gibt, ist von anderen Mitgliedsstaaten keine Unterstützung der deutschen Position zu erwarten. Schon gibt es erste Hinweise darauf, dass die Direktanreicherung in der geplanten Form wohl kommen wird. Eine nationale Sonderregelung wird es nicht geben, da das Ziel der EU-Verordnung ja in einer Homogenisierung nationalen Rechts auf EU-Ebene besteht. Die Situation ist ernst und wir müssen tatsächlich befürchten, dass eine jahrelange Erfolgsstory in der deutschen Kariesprophylaxe schon bald ein abruptes Ende nimmt.

PD Dr. Stefan Zimmer
Heinrich-Heine-Universität
Westdeutsche Kieferklinik
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

Typisch deutsch

■ Zum Beitrag „The Swan: Kritik am Beauty-Wahnsinn“ in zm 24/2004:

Sicherlich ist die Kombination aus narzistisch-affektierten „Kollegen“, schlicht gestrickten „Patienten“ und einem lächerlichen Rahmen kein Highlight der Fernsehunterhaltung. Die Sendung ist kommerziell orientiert und offensichtlich gibt es eine nennenswerte Anzahl Individuen, die sie sehen möchte.



Man muss aber deshalb nicht gleich den Untergang des Abendlandes beschwören und – typisch deutsch – nach einem Verbot rufen, sind doch gerade die Protagonisten der „Koalition gegen den Schönheitswahn“, wie Kardinal Lehmann oder die Sonderpädagogin, Ex-KBW-Kandidatin und Ex-Gesundheitsministerin in spe U. Schmidt, sicher nicht die erste Adresse in Sachen Ästhetik und medizinischer Kompetenz.

Diejenigen, die die zunehmende Verblödung unserer Gesellschaft beklagen, tröstet vielleicht ein Zitat von Albert Einstein: „Zwei Dinge sind unendlich: Das Weltall und die Dummheit der Menschen. Wobei ich mir beim All nicht 100-prozentig sicher bin.“

Wolfgang Wüst
Offenbacher Landstraße 299
60599 Frankfurt

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

Gespräch mit dem neuen KZBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Fedderwitz

„Wir passen in kein Zwangskorsett“

Am 21. Januar 2005 wählte die Vertreterversammlung der KZBV ihren neuen Vorstand. Die zm sprachen mit dem ersten hauptamtlichen Vorsitzenden der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, über Selbstverständnis, Aufgaben und künftige Projekte der vertragszahnärztlichen Vertretung.

zm: Herr Dr. Fedderwitz, wir gratulieren dem neuen Vorstand und dem ersten hauptamtlichen KZBV-Vorstandsvorsitzenden zum Wahlerfolg. Wird mit der KZBV neuen Zuschnitts jetzt alles anders?

Fedderwitz: Nein. Der Gesetzgeber hat mit dem GMG Rahmenbedingungen geschaffen, die sich eigentlich alle von uns so nicht gewünscht haben. Die jetzt frisch verfasste Vertragszahnärzteschaft passt nach wie vor nicht in ein wie auch immer vorstellbares staatliches Zwangskorsett. Die Konditionen für das hauptamtliche Parlament wurden dem Staat in hartem Ringen abgetrotzt. Die Zahnärzte haben demokratisch gewählt und wir haben einen klaren Auftrag zur Interessenvertretung für die deutschen Vertragszahnärzte. Und berufspolitische Profis waren die meisten der jetzt gewählten Delegierten – da muss sich Vater Staat nichts vormachen – auch vorher schon. Wir wissen, was zu tun ist und für wen wir unsere Aufgaben erfüllen.

zm: Der Weg der körperschaftlich organisierten Vertragszahnärzteschaft in die Hauptamtlichkeit war ja kein leichter. Mancher Freiberufler bezweifelt, ob eine GMG-korporierte Staatskörperschaft noch die Interessen des freien Berufes wahrnehmen kann. Ist die Zeit der großen ideellen Einheit der freiberuflichen Zahnärzteschaft passee?

Fedderwitz: Das glaube ich nicht. Klar, die Politik wollte die Entmachtung. Aber wir werden – da bin ich sicher – unsere Chancen nutzen; so haben wir das bei der BEMA-Umrelationierung und jetzt beim Festzuschussystem gegen ja auch offenkundige Widerstände erreicht.

Fakt ist, dass das ehemalige Drei-Säulen-Modell momentan nicht mehr funktioniert. Und das macht mir mehr Sorge. Auch wenn zweifellos der Freie Verband nicht mehr die dominante standespolitische Rolle spielt, so be-



Der neue KZBV-Vorstand: Vorsitzender Dr. Fedderwitz (m.) und seine Stellvertreter Dr. Eßer und Dr. Buchholz (l. u. r.)

dauere ich die derzeitige Entwicklung des Verbandes. Bei der IGZ und den anderen standespolitischen Gruppierungen sitzen ja auch kluge Köpfe. Wichtig ist, dass auch zukünftig eine abgestimmte politische Positionierung und Zusammenarbeit zwischen den Körperschaften, der Bundeszahnärztekammer und den Verbänden zustande kommt. Anders ist diese ideelle Einheit, die ja gerade angesichts der nächsten Gesundheitsreform und der Durchsetzung unserer Ziele zwingend notwendig ist, nicht erreichbar.

zm: Vor der neuen Vertretung der Vertragszahnärzteschaft liegt eine sechsjährige Legislaturperiode. Eine lange Zeit, in der sich Vieles neu bilden kann. Entsprechend kritisch werden die KZVen beäugt. Den Vertragsärzten wurde bereits vorgehalten, dass die künftig zum Teil nicht mehr öffentlichen „Parlamentssitzungen“ der KBV nicht gerade demokratischen Gepflogenheiten entsprechen. Ist das neue System der Professionalisierung ein Abschied von der Basis?

Fedderwitz: Im Gegenteil. Die VV ist das demokratisch legitimierte Gremium der Basis. Und die KZBV war noch nie die kleine Kopie der KBV. Wer zuhört, weiß, dass die Ärzteschaft die VVen künftig nicht mehr als selten tagendes Gremium, sondern als Mitarbeiter

und Kontrollorgan des hauptamtlichen Vorstandes öfter als bisher einberufen wird.

Wie auch immer die Zahnärzte das künftige Procedere für ihre Vertretung beschließen werden, die VV ist künftig nicht mehr das nur zweimal jährlich tagende Parlament, das Grundsatzbeschlüsse fasst, sondern sie ist Souverän zahnärztlicher Basisdemokratie. So

ein Gremium muss arbeitsfähig sein. Das ist – da es wohl auch künftig die ordentlichen öffentlichen VVen geben wird – nicht weniger, sondern mehr Demokratie und Basiseinfluss als in den KZVen alten Zuschnitts. Da wollen wir die satzungsrechtlichen Möglichkeiten offensiv ausreizen.

zm: Die großen Meilensteine vertragszahnärztlicher Verhandlungen hat ja noch der alte Vorstand bestritten. Kommen jetzt die Jahre stiller Verwaltung? Oder stehen bereits absehbar weitere Großprojekte ins Haus?

Fedderwitz: Vertragszahnärztliche Interessenvertretung war, ist und wird auch auf Bundesebene immer ein Kontinuum bleiben. Wer glaubt, mit den erfolgreich betriebenen Abschlüssen von Bema und Festzuschüssen sei jetzt eine Phase verwaltungstechnischen Winterschlafes gekommen, täuscht sich in der Sache genau so wie in den jetzt gewählten Personen.

Gerade im Moment ist die KZBV bis über beide Ohren eingedeckt mit der Umsetzung der befundorientierten Festzuschüsse. Das Projekt ist eines der wichtigsten der letzten Jahre. Es ist Initialzündung für neue Wege in der Vertragsgestaltung. Manche Kassen warten nur darauf, dieses von ihnen ungeliebte System durch Anprangern von Fehlverhalten in den Praxen wieder vom Tisch zu fegen, auch wenn die Politik das Geschehen mit wohlwollender Skepsis begleitet.

Von der vernünftigen Umsetzung des neuen Verfahrens hängt vieles ab. Es ist Türöffner für mehr Freiheiten in anderen Bereichen der zahnärztlichen Tätigkeit. Deshalb gilt es, das jetzt eroberte Terrain abzusichern, und dann die nächsten Schritte zu tun, zum Beispiel durch Ausdehnung des Festzuschussystems auf die Parodontologie.

zm: Herr Dr. Fedderwitz, wir danken für das Gespräch. ■

Auf Kante genäht

Die Verbraucherpreise sind im vorigen Jahr stärker angewachsen als in den Jahren zuvor. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind dafür die gestiegenen Mineralölpreise, die Erhöhungen der Tabaksteuer sowie die gestiegenen Gesundheitskosten verantwortlich. Daraus die Schlagzeile abzuleiten, die Gesundheitsreform „treibe“ die Inflation, ist übertrieben. Nachdenklich aber macht, dass eine Reform, deren erklärtes Ziel es war und ist, Kosten einzusparen, dergestalt zur Teuerung beiträgt. Überdies befinden sich dabei die Gesundheitskosten offensichtlich in schlechter Gesellschaft. Denn weder die übergebührliche Beanspruchung fossiler Energien ist mit besonders positiven Imagewerten ausgestattet noch der exzessive Tabakkonsum. Dessen verschärfte Besteuerung sollte überdies die Gesundheitskosten ebenfalls entlasten. Diese aber finden sich nun an seiner Seite als Kostentreiber wieder.

Inflation heißt wörtlich Aufblähung. In ihrer Extremform überschwemmt sie die Volkswirtschaft mit Zahlungsmitteln. Davon konnte im Jahr eins des GMG jedoch nicht die Rede sein. Die Verbraucherpreise zogen 2004 um 1,6 Prozent an. Das entspricht dem Normalbild von Inflation, das die Geschichte der Volkswirtschaft tradiert. Es besagt, dass Geld per se einem immanenten Wertverfall unterliegt, seitdem es bekannt ist. Also vermutlich seit dem siebten Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung. Die historische Reminiszenz ist freilich wenig tröstlich für gesetzlich versicherte Patienten, die im vorigen Jahr runde 2,2 Milliarden Mark Zuzahlungen allein für Arzneimittel geleistet haben. Hinzu kam die Praxisgebühr.

Die Statistiker stellen bei pharmazeutischen Erzeugnissen und Gesundheitsdienstleistungen eine Teuerung von 19,2 Prozent, bei Tabak um zehn von 100 und bei Kraftstoff Mehrausgaben um 5,6 Prozent fest. Im

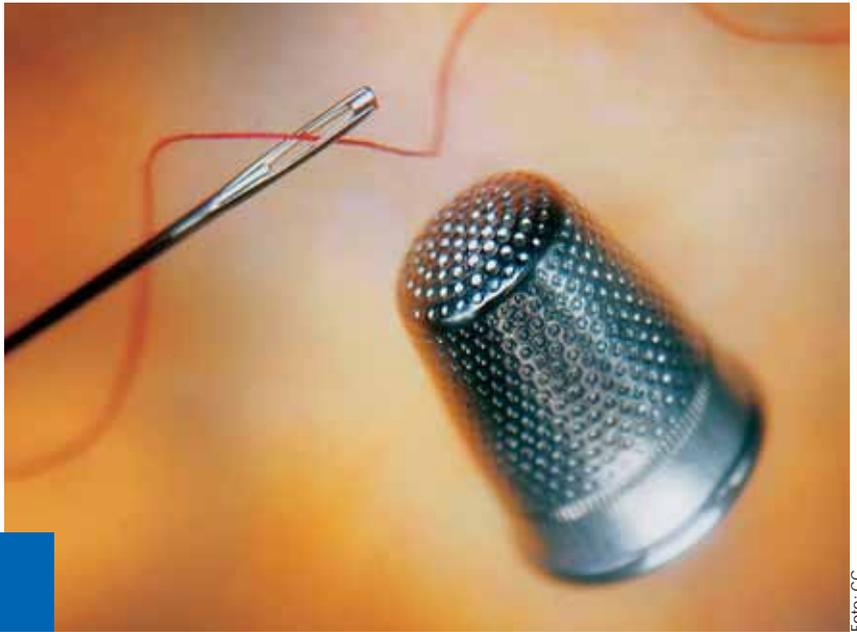


Foto: CC

Grunde gemahnt diese Reihenfolge an die tatsächliche Wertigkeit der Dinge. Nicht wenige ziehen vielleicht lieber am Glimmstängel oder treten auf das Gaspedal statt – eher ungern – Geld für ihre Gesundheit locker zu machen. Ein Blick über die Grenzen ist dabei nicht völlig abwegig. In den USA beteiligen sich viele Rentner mit einem Drittel ihres Einkommens an ihrer Gesundheit. Dem soll für Deutschland nicht das Wort geredet werden. Es ist nur eine Erinnerung daran, dass im Spektrum der gesellschaftspolitischen Denkmöglichkeiten Kostenbewusstsein nicht zu den Schadstoffen gerechnet werden muss.



Foto: privat

Das Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG) hat 2004 seinen Teil zur Inflation beigetragen. Die statistischen Zahlen darüber sind jedoch für sich allein nicht aussagekräftig genug, um dem Gesundheitswesen als solchem Vorwürfe zu machen. Zu fragen ist vielmehr nach dessen Wert für den Einzelnen wie für die gesamte Gesellschaft.

Dr. Rudi Mews
Parlamentskorrespondent
in Berlin

Hier zu Lande konnten die Krankenkassen durch die private Beteiligung der Versicherten an den Kosten sparen. Die Kassen haben dennoch nicht im erhofften Ausmaß ihre Beiträge gesenkt. Das wäre die Kompensation für manche persönliche Inflation im Portemonnaie des einzelnen Versicherten gewesen. Der darf sich dabei zu Recht fragen, ob mit dem Schwund seines Geldes un-

ter der Hand nicht eine viel schleichendere Inflation einhergeht. Nämlich der Verfall politischer Versprechungen, die sich an das GMG geknüpft hatten. Die Krankenkassen können ihre Beiträge nicht gemäß Tages-Opportunität senken, nicht zuletzt, weil sie auf einmal mehr Schulden zu tilgen haben als vorher eingeräumt. Die Politik hat zuvor schon beim Schuldenmachen weggeschaut, wenn nur ihr Fetisch Lohnnebenkosten beachtet wurde, und hat die Krankenkassen zusätzlich zu Gunsten anderer Sozialversicherungsträger belastet (Verschiebebahnhöfe).

So viel Reform war im ersten Jahr des GMG weder strukturell, weder im effizienteren Wettbewerb, noch bei der Kostenentwicklung bemerkenswert, dass sie an eine große Glocke gehängt werden müsste. Angebracht bleibt hingegen das Misstrauen gegenüber politischen Versprechungen. Die gegenwärtige Anschauung der Sozialversicherung lehrt, dass sie durchgängig auf Kante genäht ist, dass beispielsweise die Pflegeversicherung demnächst eine ungefüllte Weste hat, dass der

Rentenversicherung mehrfach fast die Naht geplatzt ist. In diesem Jahr, das noch ganz jung ist, sollen angeblich die Nettoeinkommen wieder wachsen. Das wäre für alle am Gesundheitswesen Beteiligten wünschenswert. Einkommensvorhersagen können aber erfahrungsgemäß einem ähnlich immanenten Wertverfall unterliegen wie das Geld selber.

HDZ-Spendenaktion zur Flutkatastrophe

Die langfristige Hilfe ist angelaufen

Zahlreiche Hilfswerke aus aller Welt machen sich auf den Weg, um die Menschen in Südasien nach der Flutkatastrophe mit dem Nötigsten zu versorgen. Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) unterstützt durch seine Spendenaktion die Opfer über die Salesianer Don Boscos, die vor allem in Südindien und Sri Lanka Hilfe leisten. Hier der aktuelle Sachstandsbericht des HDZ-Vorsitzen- den Dr. Klaus Winter.

Sofortmaßnahmen können nur ein erster Schritt sein. Was zählt, ist der langfristige Wiederaufbau – zum Beispiel von Häusern, sanitären Einrichtungen und Schulen. Ebenso wichtig ist die psychologische und seelsorgerische Betreuung der Menschen in den Katastrophengebieten. Denn die Betroffenen haben oft Schreckliches durchgemacht. Viele Kinder mussten etwa mit anse-



Die Salesianer Don Boscos kennen die Verhältnisse vor Ort und leisten Soforthilfe – sei es beim Räumen und Suchen nach Toten und Verletzten oder bei der Speisung von Menschen, die ihre Häuser verloren haben.

hen, wie ihre Eltern bei den Überschwemmungen umkamen. Sie alle brauchen eine Perspektive für das Leben nach der Flut.

Die Salesianer Don Boscos kennen die Menschen und lokalen Strukturen in den Katastrophengebieten besonders gut, denn sie sind seit Jahrzehnten in Südostasien aktiv. Sie unterhalten 72 Einrichtungen in Gebieten Indiens und Sri Lankas, die von der Flutkatastrophe betroffen sind. Neben Soforthilfe für die Opfer kümmern sie sich um den Wiederaufbau von Häusern, Schulen, Pfarreien und die Ausbildung lokaler Führungspersönlichkeiten, die diese Aufbauarbeiten in den zerstörten Dörfern koordinieren und kontrollieren. Denn nur so kann man dafür sorgen, dass Spenden sinnvoll und zweckgerichtet eingesetzt werden. Welche

Hilfsprojekte sich wo befinden, was die Salesianer tun – hier eine Übersicht.

Indien

In der Stadt Madras (Chennai) an der Küste Südost-Indiens unterhalten die Salesianer 14 Häuser, darunter Straßenkinderzentren, Schulen, Pfarreien und Programme für Leprakranke. Für die Opfer der Flutkatastrophe leisten sie derzeit unmittelbare Nothilfe, versorgen die Menschen mit Lebensmitteln, Unterkünften und Medikamenten. In Madras haben die Fluten insbesondere die Existenzgrundlage der Fischer zerstört. Daher kümmern sich die Salesianer um die Reparatur der Netze und Boote. So fanden zum Beispiel 100 Familien Unterkunft in



einer Sekundarschule mit Waisenhaus, 500 Menschen übernachten im Augenblick in den Häusern der Pfarrei Pavunjur im District Kancheepuram. Der Leiter des Don-Bosco-Straßenkinderprojektes „Anbu Illam“ ist derzeit unterwegs, um die Hilfsaktionen zu betreuen und zu koordinieren. Besonders wichtig ist der Aufbau eines Registrierungssystems. Dort können sich Kinder melden,

zm-Info

Spendenaktion von BZÄK und HDZ

Die Bundeszahnärztekammer hat sich mit einem Appell an alle Zahnärzte gewendet, das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) mit Spenden zu unterstützen. Das Hilfswerk hatte als Soforthilfe direkt nach Eintreten der Flutkatastrophe 100 000 Euro für die Opfer zur Verfügung gestellt und die Spendenaktion initiiert. Aufgrund der Aktion sind bisher bereits rund 90 000 Euro zusammengekommen (Stand: 17. Januar 2005). Der Spendenaufruf des HDZ ist auch auf folgenden Internet-Seiten abrufbar: www.hilfswerk-z.de, www.tagesschau.de, www.3sat.de, www.dzi.de.

Im Jahr 2004 hat das Hilfswerk Projekte weltweit mit einer Summe von insgesamt 1,16 Millionen Euro finanziert. pr

■ **Spendenkonto zur Fluthilfe:**
Hilfswerk deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete, Stichwort „Flutkatastrophe“, Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hannover, Konto: 000 4444 000, BLZ: 250 906 08
Spendenbescheinigungen werden bei vollständiger Angabe der Adresse ab 100 Euro automatisch erteilt.



Fotos: HDZ

Halbwaisen und Waisen benötigen besondere Aufmerksamkeit.

die ihre Eltern verloren haben sowie Eltern, die nach ihren Kindern suchen. Weiterhin kümmern sich die Priester um die psychologische Betreuung von Waisen und Überlebenden.

Geplant ist die Rückführung von 5 000 Kindern in die Schulen, insbesondere die Sicherung einer kontinuierlichen Schulbildung für Waisen und Halbwaisen. Die Salesianer gehen derzeit in die Schulen, zählen die Kinder und kümmern sich darum, dass bei aller Konzentration auf den Wiederaufbau die Schulbildung nicht vernachlässigt wird. Geplant ist zudem Hilfe beim Wiederaufbau von Häusern und die Zusammenarbeit mit

lokalen Führungspersonlichkeiten und Jugendleitern zum Aufbau eines sozialen Netzwerks.

Im südlichen Tamil Nadu betreuen die Salesianer außerdem 3 500 Menschen, die durch die Fluten obdachlos wurden und ihre Angehörigen verloren haben. Dabei handelt es sich zum Beispiel um die Unterbringung und Verpflegung von 500 Dorfbewohnern am Polytechnischen College in Kuthenkuzhy. In einem zweiten Schritt ist auch hier der Wiederaufbau von Häusern geplant. Außerdem soll auch ein Adoptions-Programm für verwaiste Kinder aufgebaut werden, damit die Kleinen so schnell wie möglich neue Eltern finden.

Sri Lanka

In Negombo, einer Hafenstadt mit sechs Millionen Einwohnern (inklusive Umland) an der Südwestküste Sri Lankas haben die Salesianer für 350 Familien Unterkunft und Verpflegung organisiert. Darüber hinaus wurde damit begonnen, 350 000 Ziegel für den Bau neuer Häuser herzustellen. In dem Dorf Elpithia südlich von Negombo werden weitere 300 Familien betreut und medizinisch versorgt. Außerdem bereiten die Salesianer die Aufnahme von 300 bis 400 Waisenkindern vor, die ihre Eltern durch die Flut verloren haben. Sie errichten zum Beispiel neue Unterkünfte und bauen Waisenhäuser. Diese Kinder leben derzeit auf der Straße und sind Dieben und Kidnappern schutzlos ausgeliefert. Sie sollen nicht nur ein neues Zuhause, sondern später auch eine Schulbildung oder berufliche Grundausbildung erhalten. In Negombo leben viele Menschen vom Fischfang – aber jetzt haben die Flutwellen ihre Boote und Netze zerstört. Geplant ist der Bau von 350 neuen Häusern sowie der Wiederaufbau von sanitären Anlagen und der Wasserversorgung. Außerdem wollen die Salesianer mindestens 500 neue Boote und Netze kaufen, damit die Fischer sich wieder selbst versorgen können.

*Dr. Klaus Winter
Vorsitzender des Hilfswerks Deutscher
Zahnärzte
Am Paradies 87
37431 Bad Lauterberg*

zm-Info

FDI engagiert sich

Auch der Weltzahnärzterverband FDI engagiert sich für die



Tsunami-Opfer. Beim langfristigen Wiederaufbau seien auch Zahnärzte gefragt und FDI-Experten involviert, heißt es in einer Pressemeldung des Verbandes. Über den „World Dental Development Fund“ ist ein weltweites Spendenkonto eingerichtet. Mehr dazu unter www.fdi-worlddental.org, Stichwort „Press, Late Releases“.

pr

Vertreterversammlung der KZBV wählt hauptamtlichen Vorstand

Dr. Jürgen Fedderwitz neuer Zahnärztechef

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Vertretung der rund 55 000 Vertragszahnärzte in Deutschland, hat einen neuen Vorstand. Mit großer,

vergangenen Jahr hat Fedderwitz auch den Vorsitz des Stiftungsrates des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen inne.



Foto: Lopata

überzeugender Mehrheit wählte die Vertreterversammlung am 21. Januar in Berlin den Zahnarzt Dr. Jürgen Fedderwitz (54) (Foto: m.) zum neuen Vorstandsvorsitzenden für die nächsten sechs Jahre. Als Stellvertreter wurden die Zahnärzte Dr. Wolfgang Eßer (r.) aus Mönchengladbach und Dr. Günther Buchholz (l.) aus Münster gewählt.

Der neue dreiköpfige Vorstand wird seine Funktion hauptamtlich ausüben. Bisher waren Vorstandsmitglieder der KZBV ehrenamtlich tätig. Die Gesundheitsreform hat aber alle kasenzahnärztlichen Vereinigungen verpflichtet, ab 2005 einen hauptamtlichen Vorstand zu installieren.

Fedderwitz erhielt 55 von 59 Delegiertenstimmen. Der Wiesbadener Zahnarzt gehört bereits seit 1994 dem Vorstand der KZBV an und war seit 2003 amtierender Vorsitzender. Von 1992 bis 2004 stand er an der Spitze der KZV Hessen. Seit dem

Dr. Günther Buchholz (52) ist seit 1998 Mitglied des Vorstandes der KZBV, von 1993 bis 2003 hat er darüber hinaus eine Vorstandsfunktion in der KZV Westfalen-Lippe bekleidet.

Dr. Wolfgang Eßer (50) ist bereits seit 2002 Mitglied des Vorstandes der KZBV und war bis 2004 auch stellvertretender Vorsitzender der KZV Nordrhein.

KZBV

Arzneimittelmarkt

Herstellerumsätze rückläufig

Der Umsatz mit Arzneimitteln zu Herstellerabgabepreisen auf dem Apothekenmarkt ist im vergangenen Jahr um 0,8 Prozent auf knapp 20,5 Milliarden Euro zurückgegangen, die Menge ist um 8,8 Prozent rückläufig. Das teilt das Marktforschungsunternehmen NDC Health mit, das die Zahlen auf der Basis der Großhandelseinkäufe der Apotheken und der an sie direkt vom Herstel-

Lauterbach zur Reform

Kassen sparen 9,5 Milliarden Euro

Als Folge der Gesundheitsreform haben die Krankenkassen 2004 insgesamt rund 9,5 Milliarden Euro eingespart. Das berichtet das Magazin „Focus“ unter Berufung auf Angaben von Regierungsberater Karl Lauterbach. Demnach gaben die Versicherungen 2,5 Milliarden Euro weniger für Arzneimittel aus, weitere drei Milliarden Euro sparten sie durch die Zuzahlungen der Versicherten zu medizinischen Leistungen und die Praxisgebühr. Die Einrechnung der Be-

triebsrenten zum Krankenkassenbeitrag brachte zwei Milliarden Euro zusätzlich.

Leistungskürzungen, wie die seit Anfang vergangenen Jahres gestrichene Zuzahlung zu Brillen, erzielten eine halbe Milliarde. 1,5 Milliarden Euro ergaben sogenannte Struktureffekte, das heißt, gehen die Patienten seltener zum Arzt, bekommen sie auch weniger medizinische Hilfsmittel, Massagen oder Krankengymnastik verschrieben.

ck/dpa

zm-Kommentar

Schlechte PR

Wow: Insgesamt 9,5 Milliarden Euro hat die GKV gespart, meldet Regierungsberater Karl Lauterbach. Hut ab!

Wer weiterliest, stellt allerdings fest: Etwas ist faul im GKV-Staat Deutschland. Gespart hat nicht die GKV – gespart hat der Patient. Für die GKV. Er musste für Pillen, Brillen und Massagen tiefer in die Tasche greifen,

nicht die Kassen. Natürlich ist es ein Schritt in die richtige Richtung, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken. Dass die Regierung aber versucht, die Anstrengungen den gebeutelten Patienten als eigenen Erfolg zu verkaufen, ist blanker Hohn. Oder einfach schlechte PR.

Claudia Kluckhuhn

Hatte der Dezember 2003 für apothekenpflichtige Medikamente noch ein Umsatzplus von über 15 Prozent im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresmonat ausgewiesen, so lag der Umsatz mit diesen Arzneimitteln im vergangenen Dezember 2004 um 20 Prozent unter denen des Dezember 2003. Dies würde bedeuten, dass die Entlastung im Januar 2005 deutlich niedriger ausfallen könnte als dies im Januar 2004 zu beobachten gewesen war. pr/ÄZ

Praxisgebühr**80 Verfahren gegen Preller**

Gegen Krankenversicherte, die ihre Praxisgebühr trotz mehrerer Mahnungen nicht gezahlt haben, laufen bislang 80 Gerichtsverfahren. Weitere würden jetzt folgen, sagte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, der Zeitung „Die Welt“.

Köhler beklagte, die gerichtlichen Mahnverfahren seien für die Kassenärztlichen Vereinigungen mit enorm hohen Kosten

verbunden, die von den Krankenkassen nicht bezahlt würden. Verzichtete man jedoch darauf, sei ein Anstieg der Quote der Nichtzahler zu befürchten. Sie lag im ersten Jahr nach Einführung der Praxisgebühr bei nur rund 0,1 Prozent.

KBV-Sprecher Roland Stahl warnte in der „Bild“-Zeitung, Zahlungsverweigerern drohten am Ende „Kosten von mehreren 100 Euro“. ck/dpa



Foto: goodshoot/zm (M)

Praxisgebühr 2004**Gut 1,1 Milliarden Euro bezahlt**

Im ersten Jahr nach Einführung der Gesundheitsreform haben gesetzlich krankenversicherte Patienten insgesamt rund 1,1 Milliarden Euro Praxisgebühr bezahlt. Das berichtet die „Bild“-Zeitung.

Die Zahl ergibt sich aus ersten Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Die Kassenärzte gehen dem Bericht zufolge davon aus, dass die Patientenzahlen im Jahr 2004 auf Grund der Einführung der Praxisgebühr im Jahresvergleich leicht gesunken sind. Derzeit werde seitens der Ärzteschaft geprüft, in welchem Umfang soziale Randgruppen auf Arztbesuche verzichtet haben. ck/dpa

Freier Verband**Reform der Verwaltung**

Der Bundesvorstand des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) und der Verbandsdirektor Manfred Gilles sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die Leitung der Bundesgeschäftsstelle bis auf weiteres vom Bundesvorsitzenden Dr. Wilfried Beckmann wahrgenommen wird.

Der Bundesvorstand strebt eine Organisationsreform der Verbandsverwaltung an, die der Aufgabe des Verbandes als umfassende freiberufliche zahnärztliche Interessenvertretung entspricht. Über die weitere Einbindung von Manfred Gilles wird in den nächsten Wochen eine Einigung erzielt. zm/pm

Neujahrsempfang beim Bundespräsidenten

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp zu Gast



Foto: Lingen

Zu seinem ersten Neujahrsempfang, der diesmal im Schloss Charlottenburg Berlin stattfand, begrüßten Bundespräsident Horst Köhler und seine Frau Eva Luise unter den Gästen auch den Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weit-

kamp und nahmen sich Zeit für ein Gespräch.

Anlässlich des Empfangs werden jedes Jahr traditionell ehrenamtlich engagierte Bürger des Landes und die Spitzen der Gesellschaft geladen. BZÄK

Patientenbeauftragte resümiert

Anfragenflut an Kühn-Mengel

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, hat seit ihrem Amtsantritt vor einem Jahr eine Flut von Anfragen zu bewältigen gehabt. Seither habe sie 11 000 Briefe, 10 000 E-Mails und ein Mehrfaches an telefonischen Anfragen mit Unterstützung ihrer

sechs Mitarbeiter beantwortet, berichtet die Zeitung „Die Welt“.

Die Praxisgebühr sei inzwischen kein Thema mehr, sagte Kühn-Mengel dem Blatt. Das Amt war im Zuge der Gesundheitsreform geschaffen worden. ck/dpa

Elektronische Gesundheitskarte

Keine bundesweite Versorgung 2006

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte soll 2006 zunächst mit der Abgabe an rund 100 000 Versicherte beginnen. Es werde im nächsten Jahr „noch keine flächendeckende Versorgung“ mit der Gesundheitskarte geben, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) bei der Gründung der Telematik-Betriebsgesellschaft „gematik“ in Berlin. Vielmehr würden zunächst einzelne im Jahr 2005 startende Testregionen miteinander verknüpft. Die Ministerin wies jedoch Einwände gegen eine Verzögerung des Zeitplans zurück. Die Vorstandschefin des Verbands der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), Doris Pfeiffer, ergänzte, dass die Vertragspartner Kosten von 1,4 Milliarden Euro erwarten. Man gehe davon aus, dass die Kosten innerhalb weniger Jahre durch den Nutzen kompensiert werden. Die gematik soll die Einführung und Weiterentwicklung der elektronischen Karte betreuen. Sie wird je zur Hälfte von den Krankenkassen und den Leistungserbringern getragen. Sitz der Gesellschaft ist Berlin. ck/facharzt.de

GKV-Modelle setzen falsch an

Ausgaben- statt Einnahmennot

Mit Blick auf die künftige Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems sprach sich das Berliner Institut für Wirtschaft und Soziales (Wiso) gegen die bisher diskutierten Modelle einer Gesundheitsprämie und einer Bürgerversicherung aus.

Das Problem steigender Beitragssätze sei mit beiden Modellen nicht zu lösen. Auch die Annahme, es bestehe ein direkter Zusammenhang zwischen Gesundheitskosten und Beschäftigungsentwicklung, sei fragwürdig.

Das eigentliche Problem ist laut Wiso, dass die von der Union favorisierte Gesundheitsprämie und die von Rot-Grün diskutierte Bürgerversicherung von einer Erosion der Einnahmen ausgehen und damit „am falschen Ende ansetzen.“ Die Beiträge seien im Wesentlichen durch die Ausgaben in die Höhe getrieben worden. „Die Gesetzliche Krankenversicherung hat ein Ausgabenproblem, kein Einnahmenproblem.“ Der unangenehme Weg der Kostendämpfung müsse daher konsequent weiter beschränkt werden. ck/dpa

Präventionsgesetz

Vorläufig auf Eis

Regierungsinterne Kritik hat das Gesundheitsministerium zur Überarbeitung des Präventionsgesetzes gezwungen. Die Entscheidung über den Gesetzesentwurf hat das Bundeskabinett am 12. Januar vertagt. Laut Informationen der FAZ soll nun auch –

nach dem Willen des Wirtschaftsministeriums – die Arbeitslosenversicherung einen Beitrag von 20 Millionen Euro zur Finanzierung der Gesetzaufgaben besteuern. Dies werde derzeit als Grund genannt, dass der Gesetzesentwurf in Teilen abgeändert

werden müsse und frühestens am 26. Januar im Kabinett behandelt werden könne. pr/ÄZ/FAZ



Foto: CC

Toothfriendly International

Neue Stiftung gegründet



Foto: Toothfriendly International

Toothfriendly International, Basel, die internationale Dachorganisation der Aktion Zahnfreundlich und globaler Lizenzgeber der Marke „Zahnmannchen mit Schirm“, hat eine neue gemeinnützige „Stiftung Zahnfreundlich“ gegründet. Ziel ist es, Mundgesundheits-Programme in Regionen durchzuführen, in de-



nen Karies bei Kindern noch weit verbreitet ist. Ein erstes Programm, das besonders Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreichen soll, ist bereits in der Türkei angelaufen. Finanziell wird die neue Stiftung im Wesentlichen von den Herstellern zahnefreundlicher Zuckeraustauschstoffe getragen. pr/pm

Personal Computer

30 Jahre alt

Der Personal Computer (PC) ist 30 Jahre alt geworden. Im Januar 1975 stellte die Zeitschrift Popular Electronics den Altair 8800 vor, berichtet laut heiseonline das weltgrößte Computermuseum, das Heinz Nixdorf MuseumsForum in Paderborn. Der Hinterhofhändler Ed Roberts aus dem US-Staat New Mexico hatte den Altair 8800 für Tüftler und Bastler konstruiert und als Bausatz für 397 US-Dollar angeboten. Der Kasten ohne Bildschirm, Tastatur und Festspeicher hat mit heutigen PCs wenig Ähnlichkeit, begei-



Foto: digibarn.com

sterte aber Elektronikfans. Mit Hilfe von Kippschaltern und Leuchtdioden ließen sich einfache Programme schreiben. Der Mitgründer des Software-Riesen Microsoft, Bill Gates, schrieb seine ersten Programme auf dem Altair. Obwohl sich schnell eine Fanszene um den Altair bildete, fand in der breiteren Öffentlichkeit erst der Apple II von 1978 größere Beachtung. Den Durchbruch brachte der erste PC von IBM im Jahr 1981. pit/pm

Steuern sparen bei Zahnbehandlung

Außergewöhnliche Belastung

Neues Jahr, neue Regeln. An einer allerdings wird dieses Mal nicht gerüttelt, die „außergewöhnlichen Belastungen“ bei der Lohn- und Einkommensteuer bleiben wie sie waren. In die Liste dieser Aufwendungen, die sich steuermindernd auswirken können, gehört auf jeden Fall der Eigenanteil bei der Zahnbehandlung. Je nach Höhe des Einkommens, Familienstand und Zahl der Kinder könnte laut § 33 des Einkommensteuergesetzes eine Steuerminderung möglich werden. Dazu hat jetzt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ein kostenfreies Informations-

blatt mit dem Titel „Zahnbehandlung und Steuern“ herausgegeben. Es liegt in Zahnarztpraxen aus.

„Wir empfehlen“, so Kammervorstandsmitglied Dr. Kai Voss, „unseren Patienten, sich beim Steuerberater, einem Lohnsteuerhilfeverein oder dem Finanzamt beraten zu lassen.“

Auf ihrer Homepage bietet die Zahnärztekammer jedem die Möglichkeit, die persönliche Grenze des jährlichen steuerlichen Grenzbetrags ermitteln zu lassen unter <http://www.zaeksh.de/Patientenservice/Patientenhotline/steuern.htm>. pit/pm

Mallorca

Thermalquellen entdeckt

Spanische Geologen haben auf der Ferieninsel Mallorca Thermalquellen entdeckt. Bei Probebohrungen in großer Tiefe seien nahe Lluçmajor, Lloret und Costitx Wasserreservoirs mit Temperaturen bis 52 Grad gefunden worden, berichtete die Lokalpresse. „Die Quellen sind reich an Salzen und Eisen, die Qualität ist fantastisch“, sagte die Geologin Rosa María Mateos. Für Mallorca eröffne die Entdeckung neue Möglichkeiten im Bereich des Gesundheits- und „Wellness“-Tourismus, hieß es weiter. pr/dpa

Hartz-IV-Härtefälle

GKV-Zuschuss

Die Bundesregierung hat Abhilfe für Härtefälle bei der Arbeitsmarktreform Hartz IV geschaffen, bei denen der Krankenversicherungsschutz gefährdet ist, berichtet der Informationsdienst facharzt.de. Danach erhalten Betroffene, die kein Arbeitslosengeld II erhalten und nicht über ein Familienmitglied kranken- und pflegeversichert sind, im Bedarfsfall einen Zuschuss von maximal 140 Euro. Das teilte das Wirtschaftsministerium mit. Unklar ist noch, wie viele solcher Fälle es gibt. Betroffen seien vor allem Menschen in eheähnlichen Gemeinschaften.

Die Regelung gilt auch für erwerbsunfähige Sozialgeldempfänger, die nicht etwa als Kind oder Ehepartner von der Familienversicherung eines Arbeitslosengeldbeziehers erfasst werden. pr



Foto: MEV

Arbeitssuche**Bewerbung mit der Gießkanne**

19 Prozent der Stellensuchenden in Deutschland bewerben sich auf fast

jede Posi-

t i o n ,

selbst

w e n n

sie die

gefor-

derten

Qualifi-

kationen

nicht bie-

ten können.

Mehr

als zwei Drittel

(69 Prozent)

schicken eine Bewerbung ab, wenn sie die gestellten Anforderungen nur teilweise erfüllen.

Fast drei Viertel (74 Prozent) der Bewerber nennen zwar die Quelle, aber zu 88 Prozent sehen sie „großzügig“ über die Wünsche des potentiellen Arbeitgebers hinweg. Nur zwölf Prozent halten sich bei ihren Bewerbungen strikt an die Vorgaben der Stellenausschreibung. 14 Prozent nehmen gezielt mit dem Unternehmen telefonischen Kontakt auf, ehe sie Bewerbungsunterlagen versenden. Die Gründe für die „Bewerbungen mit der Gießkanne“: 87 Prozent der Arbeitnehmer sehen keine Verbesserungen ihrer Situation am Arbeitsmarkt. Lediglich zehn Prozent glauben, erste Anzeichen eines Aufwärtstrends zu spüren.

Diese Zahlen hat eine Umfrage der Online-Stellenbörse stellenanzeigen.de unter 3 000 Bewerbern ergeben.

pit/ots

Alcopop-Brausepulver**Hochprozentiges aus dem Internet**

Aktuell gibt das Hessische Verbraucherschutzministerium eine Warnung heraus: Über das Internet ist ein Brausepulver zu bestellen, das in Wasser aufgelöst, den leckersten, süßen Alcopop ergibt, aber hochprozentig und damit extrem gesundheitsgefährdend ist. In Lösung gegangen, hat das Pulver einen Alkoholgehalt zwischen 3,2 und 3,5 Volumen Prozent. Wird das Pul-

ver pur verzehrt,

was bei Jugend-

lichen durchaus

Anreiz bietet,

liegt der Alkohol-

gehalt bei 4,8 Volu-

men Prozent. Das ist das Ergebnis einer Untersuchung des Hessischen Ministeriums. Das Pulver – eine Mischung aus Zucker, Maltodextrin, Dextrose, Säuerungsmitteln und Alkohol – wird im Internet unter dem Namen „Subyou“ angeboten – in Kartons mit je 15 Tüten in unterschiedlichen Geschmacksrichtungen zu 29,85 Euro plus 3,80 Euro Versand. Da sie in Pulverform vertrieben werden, fallen die Getränke nicht unter die Sondersteuer, die im August 2004 auf alkoholhaltige Mixgetränke eingeführt worden ist. Das Verbraucherschutzministerium setzt auf Prävention und auf die Aufklärung von Eltern. Per Internetbestellung könne jedes Kind die Brausen bestellen. Zwar werde bei der Bestellung nach dem Alter gefragt, doch das angegebene Geburtsdatum werde nicht überprüft. sp/ÄZ



Foto: Ingram

Parodontitis**Herpesviren können Ursache sein**

Taiwanische Wissenschaftler konnten nachweisen, dass eine Beziehung besteht zwischen der Infektion mit dem Herpes-Simplex-Virus und dem Schweregrad parodontaler Läsionen. Möglicherweise spielen Koinfektionen

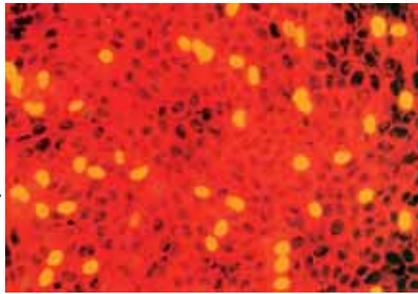


Foto: mfl.uni-j.si

mit mehreren Subspezies der Herpesviren-Familie eine Rolle, wie jetzt aus einer Veröffentlichung des Journal of Periodontologie (2004; 75: 1479-1485) hervorgeht. Häufig können in betroffenen Parodontien Herpesviren, wie Herpes-Simplex-Virus (HSV), humanes Zytomegalievirus (HCMV) oder Epstein-Barr-Virus (EBV), nachgewiesen werden. In der klinischen Studie an 20 Patienten mit insgesamt 120 betroffenen Parodontien ohne vorhergehende Behandlung wurde ein Parodontalstatus erstellt, der Gingiva- und Plaqueindex, Sondierungstiefe und Attachmentlevel umfasste. Aus subgingivalen Plaqueproben wurde mithilfe der PCR-Technik die Virus-DNA isoliert und HSV, HCMV und EBV nachgewiesen. Die statistische Auswertung erfolgte mittels Pearsons-Test. Bei 51,7 Prozent der Versuchspersonen konnte HCMV nachgewiesen werden, gefolgt von HSV (30,8 Prozent) und EBV (4,2 Prozent). HSV und HCMV traten häufiger bei Personen mit geringem Plaqueindex auf. Die Prävalenz von HSV hingegen war deutlich

erhöht bei Personen mit erhöhtem Gingivaindex, Sondierungsbiluten und Attachmentverlust. Die Koinfektion mit zwei beliebigen Herpesviren korrelierte stark mit hohen Sondierungstiefen und Attachmentverlust. Aus diesen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass die Infektionswahrscheinlichkeit von HSV mit dem Schweregrad der parodontalen Schädigung zunimmt und Koinfektionen mit Herpesviren eine Rolle

in der Pathogenese der Parodontitis spielen könnten, so das Resümee der Autoren. sp/vfz

Jeder Vierte stirbt an Krebs**Ärzte erwarten mehr Krebstote**

In Deutschland wird die Zahl der Krebstoten nach Expertenmeinung in den kommenden Jahren deutlich zunehmen. „Krebs wird immer häufiger, da die Menschen immer älter werden“, sagte die Präsidentin der Deutschen Krebshilfe, Dagmar Schipanski, in Jena. Derzeit sterbe jeder Zweite an einer Herz-Kreislauf-Krankheit und jeder Vierte an Krebs. Trotz Tabaksteuererhöhung geht die Bundesregierung nach Auffassung der Krebshilfe mit Rauchern zu sanft um. „Unser Ziel ist es, dass in der Bevölkerung überhaupt nicht mehr zur Zigarette gegriffen wird“, betonte sie anlässlich des umstrittenen öffentlichen Rauchverbotes in Italien. Laut Krebshilfe sterben in Deutschland jährlich rund 140 000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums.

ck/dpa

Paracelsus-Kliniken helfen Flutopfern**Kostenloser Kuraufenthalt**

Den direkt nach der Flutkatastrophe betroffenen Menschen hilft die Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH in Kooperation mit dem Nürnberger Unternehmen Dorfner Menü jetzt unmittelbar. Die Kliniken stellen im Monat Februar insgesamt 50 kostenlose Aufenthalte mit psychologischer Betreuung in ihren drei Häusern zur Verfügung. Damit soll den betroffenen Menschen – Angehörigen, die Freunde oder Verwandte verloren haben, sowie denjenigen, die sich nach der eigenen Rettung oder als Helfer vor Ort mit Hunderten von Schwerverletzten und Toten konfrontiert sa-

hen – bei der Bewältigung der psychischen Folgen des erlebten Traumas geholfen werden. Die drei Rehabilitationskliniken sind besonders auf psychosoziale Rehabilitation spezialisiert. Sie haben eine zentrale Rufnummer eingerichtet, unter der sich sowohl Betroffene wie zurückgekehrte Helfer selbst direkt an die Paracelsus-Kliniken wenden können. An diese Rufnummer können sich aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wenden, die unmittelbar von der Flutkatastrophe betroffene Personen oder Helfer betreuen. Die Rufnummer lautet:

0171-277 45 66 sp/pm

Blutstillung**Durch Ingwer verhindert**

Auch Mittel wie Ingwer können zu schweren Wechselwirkungen mit oralen Antikoagulanzen führen.

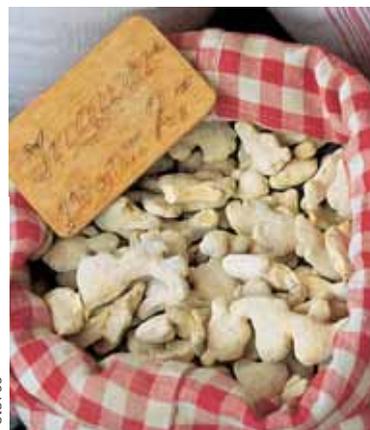


Foto: cc

Eine 76-jährige Frau wurde wegen Mitralsuffizienz, Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz bereits längere Zeit mit Phenprocoumon behandelt. Die INR lag stets im therapeutischen Bereich. Die Patientin wurde mit starkem Nasenbluten stationär

aufgenommen. Die INR lag über zehn. Auch die PTT war mit 84,4 Sekunden verlängert. Das Antikoagulans wurde sofort abgesetzt; die Patientin erhielt Vitamin K zunächst i.v., später oral. Die Gerinnungsparameter normalisierten sich, und die Antikoagulation konnte wieder aufgenommen werden. Bei einer genauen Anamnese stellte sich heraus, dass die Patientin seit einigen Wochen regelmäßig Ingwer in Form von getrockneten Stücken und Tee zu sich genommen

hatte. – Der Mechanismus der Wechselwirkung ist nicht geklärt. Möglicherweise beeinflusst Ingwer die Aktivität der Cyclooxygenase. Auch eine Veränderung des Cumarin-Metabolismus wird diskutiert, wie die Kardio-Depesche schreibt. sp/pm

Studie warnt vor Strahlung

Kein eigenes Handy für die Kids

Eltern sollten den Wunsch ihrer Kinder nach einem eigenen Handy eher ablehnen, um deren Gesundheit nicht zu gefährden. Das raten britische Experten, die im Auftrag der Regierung einen Bericht über die möglichen Gesundheitsgefahren mobiler Telefone erstellt haben („British Medical Journal“ 330, 2005, 109).

Der Report des National Radiological Protection Board hält zwar fest, dass eindeutige Beweise für Schädigungen durch die Handy-Strahlung nicht erbracht werden konnten – die Indizien wiesen jedoch darauf hin, dass eine längere Strahlenexposition durch



Foto: MEV

Handys die Hirnfunktionen beeinträchtigt, die Wahrscheinlichkeit, Krebs zu entwickeln, erhöht und die DNA schädigt. So lange man diese möglichen Gefahren nicht wissenschaftlich widerlegt habe, sei eine Warnung an die Eltern gerechtfertigt. ck/ÄZ

Verbraucherzentrale fordert

Kids nicht mit XXL-Menüs mästen

Die Hamburger Verbraucherzentrale hat das Angebot von XXL-Portionen in Kinos und Fast Food-Lokalen für Kinder und Jugendliche kritisiert. Die jungen Kunden würden mit 1,5-Liter Softdrinks oder Riesen-Portionen Popcorn regelrecht gemästet, sagte Silke Schwartau von der Verbraucherzentrale. „Je größer die Menge, desto billiger die Kalorien – ein besonderer Anreiz für Jugendliche bei den ohnehin sehr hohen Preisen.“ Schwartau kritisierte auch die Werbung für XXL-Angebote. So enthalte das Angebotsmenü einer Burger-Kette 1700 Kalorien pro Portion, 80 Prozent

des Tagesbedarfs eines zehn bis 13 Jahre alten Kindes. „Die Verbraucherzentrale appelliert dringend an die Hersteller, XXL-Portionen vom Markt zu nehmen“, sagte Schwartau. Portionsgrößen und Gewichtszunahme stünden in engem Zusammenhang. Kritisch beurteilten die Verbraucherschützer auch das Angebot von Großpackungen bei Süßigkeiten in Supermärkten und Videotheken. ck/dpa

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

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

Telefonaktion zum Thema Festzuschüsse

Heiße Drähte

Was ändert sich mit den befundorientierten Festzuschüssen beim Zahnersatz? Das wollten viele Patienten wissen und riefen am 11.1. anlässlich der Telefonaktion „Neuerungen beim Zahnersatz“ im Bundesgesundheitsministerium (BMGS) an. Neben Fachleuten von Barmer, BKK und AOK stand dort auch der amtierende KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz Rede und Antwort.

„Sie fragen – Experten antworten!“ Das ließen sich die Versicherten nicht zwei Mal sagen: Die Apparate für die Telefonaktion zum Thema Festzuschüsse von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) standen nicht still, rund 880 Anrufe wurden vom 11. bis zum 13.1. gezählt, 3979 Wähler versuchten insgesamt, beim BMGS durchzukommen.

Apparate standen nicht still

Eingeladen, mit ihr gemeinsam die Fragen zu beantworten, hatte die Ministerin KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz, Barmer-Vorstand Dr. Eckart Fiedler, den Vorsitzenden der AOK Berlin Rolf D. Müller und BKK-Chef Wolfgang Schmeinck. Einen Nachmittag lang gaben sie den Anrufern Auskunft. Unter den Nägeln brannte den Patienten ganz besonders, ob sie ihren Zahnarzt weiterhin frei wählen können, ob sie sich beim Zahnersatz zusätzlich privat versichern

müssen und wie hoch der Zuschuss der Krankenkasse künftig ausfällt. Aber die Experten beantworteten auch Grundsätzliches, etwa, was man unter befundorientierten Festzuschüssen und Regelversorgung überhaupt versteht.



Foto: Ingram

Kassen und Zahnärzte betonten beide, dass das Leistungsniveau konsequent auf dem bisherigen zahnmedizinischen Versorgungsstandard gehalten werde. Mehr noch: Die neue Neuregelung biete den Versicherten deutlich mehr Optionen und damit mehr Chancen.

Ein Stück weit Gerechtigkeit

„Das ist auch ein Stück weit Gerechtigkeit“, stellte Ulla Schmidt fest. „Früher bekam derjenige, der sich einen aufwändigeren Zahnersatz leisten konnte, mit seinen 50 Prozent der Kosten einen höheren Anteil – heute bekommt jeder Versicherte die gleiche Leistung.“ Fedderwitz bekräftigte: „Festzuschüsse sind für den Patienten transparenter und sie sind gerechter als das bisherige prozentuale



Foto: BMGS

Die Ministerin hing „an der Strippe“.

Zuschuss-System.“ Mit dem neuen Modell erhalte der Patient seinen Festzuschuss zudem auch für Therapien, die die Versicherung bislang nicht übernommen hat, wie etwa für Implantate. Damit habe er größere Wahlmöglichkeiten als bisher. Dass sich für den Patienten in der Praxis nahezu nichts ändere, unterstrich Barmerchef Fiedler: „Der Zahnersatz ist nach wie vor eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, für die Versicherten bleibt fast alles beim Alten.“ Fiedler rät den Patienten, sich beraten zu lassen und den Heil- und Kostenplan abzuwarten, bevor sie sich für eine Therapie entscheiden. Geringverdiener blieben auch im neuen System von Zuzahlungen befreit, wenn sie sich für die Regelversorgung entscheiden, versicherte BKK-Vorstand Schmeinck. Vertraute Instrumente wie das Bonusheft bleiben weiterhin erhalten, ergänzte Fedderwitz: Wer regelmäßig beim Zahnarzt war, erhalte einen höheren Festzuschuss.

Mehr Transparenz, Qualität und Wahlfreiheit

Fedderwitz: „Wir möchten daher erreichen, dass das neue Festzuschuss-System gut und erfolgreich umgesetzt und von unseren Patienten wie von der Zahnärzteschaft gleichermaßen akzeptiert wird.“ ck



Foto: BMGS

KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz konnte den Anrufern auch in kniffligen Fällen helfen.

Informationsreihe zum Thema „Festzuschüsse“

Immer dem Befund nach

Die neuen Festzuschüsse sind gerechter. Da sind sich Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Spitzenverbände der Krankenkassen und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt einig. In der Praxis bereiten sie – das ist naturgemäß so bei neuen Regelungen – erst einmal Arbeit. Weil sich jeder, Zahnarzt wie Mitarbeiterinnen, an die neue Herangehensweise gewöhnen muss. Gewusst wie, geht's leichter.



Liegt der Befund vor, lässt sich absehen, ob die Krankenkasse einen Festzuschuss bezahlt.

Foto: Corbis

Ob ein Patient einen Zuschuss von seiner Krankenkasse erhält, hängt künftig allein von dem jeweiligen Befund ab. Bisher errechnete sich je nach der gewählten Therapieform, ob und in welcher Höhe die Kasse anteilig Kosten übernahm.

Neu, anders, gerechter

Der künftige Festzuschuss deckt 50 Prozent der Durchschnittskosten für die Regelversorgung ab. Jetzt heißt die einfache Formel: „Für einen bestimmten Befund gibt es immer denselben Festbetrag als Zuschuss“, so die KZBV. Damit rückt die genaue Definition der vorgefundenen Befunde ins Rampenlicht.

Wann liegt bei dem Patienten ein Restzahnbestand vor? Wie definiert sich die Freundsituation genau? Diese beiden Fragen sind

nur zwei von vielen, die niedergelassene Zahnärzte beschäftigen und beschäftigen werden. Wann werden Teleskopkronen bezuschusst? Wie sieht's aus bei Reparaturen? Und wie liest sich der neue Heil- und Kostenplan, den übrigens jeder Zahnarzt bei seiner zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung erhält?

Nicht von ungefähr zogen sich die Verhandlungen in die Länge, um die Sach-

verhalte zu klären, war viel Sachverstand von allen Beteiligten gefordert, verlangte der Gesetzgeber die peinliche Einhaltung aller Vorschriften. Nachdem die Zusatzversicherungen für den Bereich Zahnmedizin im Herbst mal eben so annulliert wurden, ließ die KZBV ihre Mühlen nur umso heißer laufen, um alle Stolpersteine auf der politischen Laufstrecke zu beseitigen.

Schwere Kost für leichtes Arbeiten

Das Vertragswissen der KZVen haben die Niedergelassenen in den letzten Wochen, ja Monaten, angezapft. Nach der Lektüre des Kompendiums „Schwere Kost für leichteres Arbeiten. Hinweise und Berechnungsbeispiele zur Einführung von Festzuschüssen für Zahnersatz ab 2005“ folgten sie der Aufforderung darin, Fragen gleich an die KZBV zu faxen. Die Juristen halfen ad hoc, bei Grundsatzfragen ebenso wie bei kniffligen Einzelfällen.

Bei Software-Systemen hat sich entsprechend der politischen Vorgaben der Zugang verändert, der die Berechnung der Zuschüsse ermöglicht – jetzt geht es eben immer dem Befund nach. Auch das bedeutet für die niedergelassenen Zahnärzte eine zusätzliche Umstellung. Umso wichtiger, schnell auf dem neuesten Stand zu sein.

Wissen für alle

Wenn den Einzelnen der Schuh drückt, müssen andere in der gleichen Situation ja nicht zwingend so lange damit herumgehen, bis sie Schwielen spüren. Das können sie sich sparen – vorausgesetzt, der Informationsfluss läuft. Mit diesem Heft starten die zsm deshalb die Informationsreihe um die „Festzuschüsse“.

Die erste Auswahl – auf den Folgeseiten in diesem Heft – bezieht sich auf die Freundsituation, den Restzahnbestand und die Teleskopversorgung sowie auf feststehenden Zahnersatz. Auch zu Reparaturen und unter dem Stichwort „Allgemeines“ gibt es Wissenswertes zu lesen. Weitere Beiträge folgen, die Vertragsabteilung der KZBV arbeitet weiter auf Hochtouren. pit



Antworten auf aktuelle Fragen

Festzuschüsse

Greifen Festzuschüsse bei Restzahnbestand? Gelten Freundbrücken als Regelleistung? Wie werden Teleskopbrücken veranschlagt? Fragen über Fragen tauchen auf. Hunderte hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) in den letzten Wochen beantwortet. Die meistgestellten Fragen veröffentlichen die zm mit Antworten im Originalwortlaut als kleine Hilfestellung für die Praxis.



Wer zu den Festzuschüssen Fragen hat, bekommt Antworten von der KZBV.

Foto: Ingram

Um den herausnehmbaren Zahnersatz (ZE) drehen sich grundsätzliche sowie spezielle Fragen im ersten Abschnitt. Brücken, Kronen und Implantate bei festsitzendem ZE bilden den zweiten Hauptteil gefolgt von Reparaturen und allgemeinen Themen.

Freiendsituation



Sind Freundbrücken Regelleistung?

KZBV Nein. Freundbrücken sind keine Regelleistung. Freundbrücken bei Freiendsituationen unterfallen ausnahmslos der Befundklasse 3; Freundbrücken innerhalb einer geschlossenen Zahnreihe können je nach Befund der Befundklasse 2 zugeordnet werden. Die Art der Versorgung – gleich- oder andersartig – ist im Einzelfall zu beurteilen.



Was ist mit Freundbrücken? Immer noch nur zum Ersatz eines mesial fehlenden Prämolaren?

KZBV Zum 01.01.2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch die ZE-Richtlinien dem neuen Festzuschusssystem rund um die Regelversorgung angepasst und in diesem Punkt geändert. Der neue Richtlinien text steht auf unserer Homepage unter <http://www.kzbv.de> zum Download bereit; wir weisen jedoch darauf hin, dass die Richtlinien noch unter dem Vorbehalt einer möglichen Beanstandung durch das BMGS stehen. Unabhängig von der Frage, welcher Festzuschuss im Einzelfall anzusetzen ist, muss – nach wie vor – alles was eingegliedert wird fachlich vertretbar sein.



Freiendbrücke abgenommen, 1 weiterer Zahn mit Krone versorgt und verbunden mit Freiendbrücke (91 – Krone + 95 a Brücke wiedereinsetzen ist keine Regelversorgung) = andersartiger ZE nach GOZ = Nrn. 500 bis 503 + 511 + ggf. 232.

KZBV Erweiterungen konventionellen Zahnersatzes unterfallen der Befundklasse 6. Möglich ist die Kombination mit den Festzuschüssen nach den Nrn. 1.1 und 6.8 sowie ggfs. mit Nr. 6.9 (Regelversorgung).

Restzahnbestand



Kann bei einem Restzahnbestand im OK (Zähne 14, 13, 23) 3 x der Festzuschuss 3.2 abgerechnet werden?

KZBV Nein. Bei einem Restzahnbestand – wie hier geschildert – von bis zu 3 Zähnen ist die Befundklasse 4 und nicht die Befundklasse 3 einschlägig. Im Übrigen kann der Festzuschuss (FZ) nach 3.2 je Kiefer maximal 2x angesetzt werden, da er je Eckzahn gewährt wird.



Befundklasse 4 (Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen ...)

Wenn Versorgung nicht durch Deckprothese, sondern durch Modellgussprothesenbasis, abgestützt an den teleskopierten Restzähnen, z. B. bei Restzahnbestand 33, 43:

Werden folgende FZ ausgelöst?:

2 x FZ 3.2 für 2 Teleskopkronen

2 x FZ 4.7 für 2 Teleskopkronen im Verblendbereich

1 x FZ 4.5 für die Metallbasis, da Modellguss, parodontal abgestützt

1 x FZ 4.6 für die Lückenversorgung

KZBV Nein. Bei einem Restzahnbestand von bis zu 3 Zähnen ist vielmehr stets die Befundklasse 4 einschlägig. In diesem Fall wären folgende Festzuschüsse anzusetzen: 1 x 4.3, 2 x 4.6, 2 x 4.7. Wird bei einem solchen Befund tatsächlich eine abgestützte

Modellgussprothese mit Teleskopprothesen eingegliedert, handelt es sich um eine gleichartige Versorgung, da in diesem Fall kein Wechsel der Versorgungsform stattfindet. Sowohl bei der Regelversorgung als auch bei der tatsächlich geplanten Versorgung handelt es sich um Kombinationszahnersatz.

**Restzahnbestand im Unterkiefer: 42, 41, 31, 32, 33; die Zähne weisen keine Retentionsform auf, geplant ist die teleskopierende Versorgung aller Zähne: Regelversorgung:
Zahn 33 Teleskopkrone: FZ 3.2
Zahn 42 Verblendete Krone:
FZ 1.1 und 1.3
für Lückenversorgung Modellguss:
FZ 3.1**

KZBV Die angegebene Regelversorgung trifft hier nicht zu; es sind vielmehr folgende Festzuschüsse anzusetzen: 3 x 1.1; 3 x 1.3 und 1 x 3.1. Es handelt sich um eine andersartige Versorgung. Zur Fixierung des Modellguss-Gerüsts würden allenfalls die Zähne 33, 41, 42 herangezogen, die zur Retentionsgewinnung überkront werden müssten. Die Zähne 31 und 32 werden dazu nicht benötigt.

? Wenn die Zähne 32, 31, 41 als Befund „ww“ oder „pw“ aufweisen, kann dann als FZ 1.1 und 1.3 angesetzt werden?

KZBV Wenn die Zähne – wie eingangs geschildert – keine Retentionsform aufweisen, ist der Befund „ww“ für den Festzuschuss 1.1 nicht erforderlich.

Teleskop & Co.

? Gilt eine Teleskoparbeit als Regelversorgung oder als andersartiger Zahnersatz? Und wie wird dann abgerechnet?

KZBV Ab 01.01.2005 erfolgt eine befundbezogene Bezuschussung! In den Be-

fundsituationen 3.2 und 4.6 stellt die Versorgung mit Teleskopkronen die Regelversorgung dar; die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage des Bema. Darüber hinaus kann es sich im Einzelfall um gleich- oder andersartigen Zahnersatz handeln, der nach Maßgabe der GOZ in Rechnung zu stellen ist.

Wie ist es bei einer Kombiarbeit OK oder Geschiebe?

KZBV In den Befundsituationen Nr. 3.2 a) bis c) stellt die Versorgung der Eckzähne mit Teleskopen die Regelversorgung dar. Die Abrechnung eines Geschiebes und der geschiebetragenden Kronen einer Geschiebeprothese erfolgt nach Maßgabe der GOZ. Handelt es sich im Einzelfall um eine gleichartige Versorgung, sind alle anderen Bestandteile der Versorgung nach Bema abzurechnen; handelt es sich hingegen um eine andersartige Versorgung, bildet die GOZ für sämtliche Bestandteile der Versorgung die Abrechnungsgrundlage.

Bekommt der Patient den Festzuschuss für die Modellgussprothese und der Rest wird privat berechnet?

KZBV Nein. Der Patient erhält den Festzuschuss für einen bestimmten Befund. Die Abrechnung erfolgt – je nach Art der tatsächlichen Versorgung – auf der Grundlage des Bema oder nach Maßgabe der GOZ.

? Befund: OK Restbezahnung 13 und 23

Plan: OK-Cover-Denture mit Teleskopen an den Zähnen 13 und 23 Welche zahnärztlichen Leistungen sind in der Regelversorgung ab Januar 2005?

KZBV Hinsichtlich der Regelversorgung verweisen wir auf die Ausführungen zu den Befunden 4.2, 4.6 und 4.7 im FZ-Kompendium (Schwere Kost für leichtes Arbeiten), das Ihnen von der zuständigen KZV zur Verfügung gestellt wurde.



Würden die Teleskope auf 32 und 31 außervertraglich über die GOZ abgerechnet?

KZBV Die genannte Versorgung wird als andersartiger Zahnersatz über die GOZ abgerechnet. Die Frage der Außervertraglichkeit stellt sich ebenso wie die Mehrkostenregelung im neuen System nicht mehr.



Sind Teleskopkronen nur noch auf den Eckzähnen von den Festzuschüssen betroffen?

KZBV Ja, im Falle eines Restzahnbestandes von mehr als 3 Zähnen. Insofern wurden die ZE-Richtlinien den Festzuschuss-Richtlinien bezüglich der Regelversorgung angepasst. Bei einem Restzahnbestand von bis zu 3 Zähnen gehören im Falle des entsprechenden Erfordernisses (siehe Befund Nr. 4.6) bis zu drei Teleskopkronen zur Regelversorgung, deren Topographie in diesen Fällen irrelevant ist.

Bei einem Restzahnbestand von 3 Zähnen: Können 3 Teleskopkronen beantragt werden? Auch nur auf Eckzähnen – und wo die dritte?

KZBV Ja, in diesem Fall zählen im Falle der Versorgung mit einer schleimhautgetragenen Prothese bis zu 3 Teleskopkronen zur Regelversorgung. Der Restzahnbestand ist topographisch unerheblich.



Herstellung eines Interimszahnersatzes als Modellguss, es bleiben z. B. im UK 33 und 43. Hat der Patient Anspruch auf den FZ für einfache Kunststoffprothese? Regelversorgung: FZ 5.3 Abrechnung des Modellgusses als andersartiger Zahnersatz? Abrechnung nicht über KZV, sondern Direktabrechnung?

KZBV Die Regelversorgung wurde richtig dargestellt, der von Ihnen angesetzte Festzuschuss ist zutreffend. Der Modellguss

ist jedoch nicht als anders-, sondern als gleichartiger Zahnersatz abzurechnen, da sich der Charakter der Versorgung „herausnehmbare Versorgung“ in diesem Fall nicht ändert. Die Abrechnung hat mithin über die KZV zu erfolgen.

Müssen GOZ und BEB angesetzt werden oder kann BEMA und BEL privat abgerechnet werden?

KZBV Bei einer gleichartigen Versorgung bilden die GOZ und „Nicht-BEL“ die Abrechnungsgrundlage für die über die Regelversorgung hinaus gehenden Mehrleistungen.

? Der Patient ist zurzeit mit einer insuffizienten Brücke von Zahn 17 – 27 mit zwei Brückengliedern (22, 26) versorgt. Die Brücke ist erneuerungsbedürftig. Der Patient möchte aber bei der Neuversorgung keine festsitzende Brücke haben, sondern eine „Teleskopbrücke“. Ist diese Teleskopbrücke ein gleichartiger oder ein andersartiger Zahnersatz im Gegensatz zu einer festsitzenden Brücke?

KZBV Nach Befundlage ist 2 x der Festzuschuss 2.1 anzusetzen und je „ww“-Zahn der Festzuschuss 1.1. Da die geplante Versorgung ein herausnehmbarer Zahnersatz ist, ist diese andersartig.

? Wenn Teleskopkronen an 47 und 37 beantragt werden, jedoch kein Restgebiss im Sinne des Befundes nach 4.1 und 4.3 vorliegt, bekommt Patient Zuschuss wenigstens für 2 x Vollgusskronen?

KZBV Wenn die Zähne 47 und 37 „ww“ sind oder im Sinne der Zahnersatz-Richtlinien eine Überkronungsbedürftigkeit wegen Abstützung und Retention eines Zahnersatzes besteht, ist ein Festzuschuss nach Nr. 1.1 der Festzuschuss-Richtlinien ansetzbar, soweit kein Befund nach 4.3 vorliegt.

Muss 47 und 37 nach GOZ 504 2x und 508 2x und 227 2x berechnet werden oder kann für 47 und 37 die 19a (Provisorium) über Kasse beantragt werden?

KZBV Wenn die Regelversorgung einen Kombinationszahnersatz vorsieht und nicht alle tatsächlich überkronten Zähne „ww“ sind, handelt es sich um eine andersartige Versorgung, die insgesamt nach Maßgabe der GOZ mit dem Patienten abzurechnen ist.

Ist es überhaupt möglich, BEMA und GOZ zu kombinieren oder muss entweder alles nach GOZ oder alles nach BEMA beantragt werden?

KZBV Ja, die Kombination ist in Fällen der gleichartigen Versorgung und in sog. Mischfällen (Regel-/gleich- und andersartige Versorgung) vorgesehen. Bei der Abrechnung werden die tatsächlich entstandenen Kosten nach Bema, GOZ, BEL und BEB bzw. „Nicht-BEL“ addiert.

? Bei Modellguss mit Restgebiss 3 Zähne Teleskopkronen bekommt Patient für MG Festzuschuss 4.5? Oder ist alles in 4.1 bzw. 4.3 und 4.6 enthalten, egal ob mit oder ohne MG?

KZBV Ein Festzuschuss nach Nr. 4.5 der Festzuschuss-Richtlinien ist nur ansetzbar, wenn die Voraussetzungen von Nr. 30 der Zahnersatz-Richtlinien in der ab 01.01.2005 geltenden Fassung erfüllt sind.

Regelleistung oder ganz nach GOZ?

KZBV Es handelt sich vorliegend nicht um eine Regelversorgung – da bei der angrenzenden Lücke maximal 1 Zahn fehlen darf (2.5!) –, sondern um eine andersartige Versorgung, die insgesamt nach Maßgabe der GOZ abzurechnen ist. Ansetzbar ist ein Festzuschuss nach 3.1, ggf. – bei Überkronungsbedürftigkeit – zusätzliche Festzuschüsse nach der Befundklasse 1.

Wenn Regelleistung, Zuschuss: 1 x 2.2, 1 x 2.5 und 5 x 2.7?

KZBV Hierbei handelt es sich um eine Regelversorgung, die Festzuschüsse wurden richtig angesetzt!

Festsitzender Zahnersatz

? Ist eine Inlay-Brücke eine andersartige oder eine gleichartige Versorgung?

KZBV Es handelt sich um eine gleichartige Versorgung.

? Befundklasse 2 Regelversorgung: Festsitzender Zahnersatz

Wird bei Therapieausführung mit Modellgussprothese die Versorgung andersartiger Zahnersatz?

KZBV Das ist zutreffend.

? Was ist wenn der Patient bereits mit einer Brücke versorgt ist und zwei weitere Brücken hinzukommen mit jeweils zwei fehlenden Zähnen?

KZBV Bei der Feststellung der Befunde wird Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt, soweit der vorhandene noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (Abschnitt A Nr. 1 Abs. 2 der Festzuschuss-Richtlinien). Mithin ist in dieser Situation 2 x der Festzuschuss Nr. 2.2 ansetzbar, wenn die vorhandene Brücke funktionsfähig ist bzw. gemacht werden kann.

? Was ist die Regelversorgung: neue Brücke mit Festzuschuss 2.1 oder neue 20 – Einzelkrone + 95 a – Brücke wiedereinsetzen mit Festzuschuss 1.1 ff + 6.8?

KZBV Letzteres. Festzuschüsse nach Nrn. 1.1 und 6.8 anzusetzen, ist die sachgerechte Lösung.



Sind bei einem Patienten, der im OK eine ältere Totalprothese hat und nun eine Brückenversorgung im UK benötigt, Festzuschüsse nach 2.1 bis 2.4 oder 3.1 möglich oder bekommt der Patient keinerlei Festzuschuss?

KZBV Der Patient erhält für den Befund im UK in jedem Fall einen Festzuschuss. Ob dies ein Zuschuss nach der Befundklasse 2 oder 3 sein wird, hängt vom Umfang und der Lokalisation der Lückensituation ab. Bei bis zu 4 fehlenden Zähnen im Frontzahngebiet oder einer Lücke mit 1 fehlenden Zahn je Seitenzahngebiet des UK, sind Festzuschüsse der Befundklasse 2 ansetzbar und festsitzender Zahnersatz die Regelversorgung; anderenfalls kommt ein Festzuschuss nach 3.1 in Betracht mit der Modellgussprothese als Regelversorgung (Abschnitt A Nr. 3 Absatz 2 der Festzuschuss-Richtlinien).

Reparaturen



Reparatur einer Teleskopprothese mit Modellbasis

Teleskop ist von Metallbasis abgebrochen. Ich fixiere das Teleskop mit Kunststoff im Mund des Patienten mit der Prothese und es wird ein Abdruck darüber mit Alginate genommen. Welcher Festzuschussbefund kommen zum tragen? (6.3 und 6.2)

KZBV In diesem Fall kommt der Festzuschuss-Befund Nr. 6.3 zum Tragen.



Erneuerung der Primärteleskopkrone – Welcher Befund?

KZBV Die Erneuerungsbedürftigkeit einer Primärteleskopkrone an sich löst keinen Festzuschuss aus. Liegt jedoch der Befund „ww“ vor, ist der Festzuschuss 1.1 ggf. in Verbindung mit 1.3 ansetzbar.

Erneuerung bzw. Wiederbefestigen v. Sekundärteleskopen z. B. Zähne 14, 25?

KZBV Nach Auffassung der KZBV löst das Wiederbefestigen von Sekundärteleskopen den Festzuschuss nach Nr. 6.3 aus. Die Erneuerung des Sekundärteleskops löst den Festzuschuss Nr. 6.10 nur dort aus, wo Teleskopkronen richtlinienkonform (Festzuschuss-Richtlinien) planbar sind, d.h. auf den Eckzähnen im OK/UK – 13, 23, 33, 43 – oder bei einem Befund für eine Cover-Denture-Prothese.



Geschiebe, Steg u. a. aktivieren = GOZ Nr. 509 = andersartiger Zahnersatz

Regelversorgung = 100 a Klammern richten, Festzuschuss 6.1?

KZBV Geschiebe, Steg u.a. aktivieren löst keinen eigenen Festzuschuss aus, da keine GKV-Leistung. Ein Festzuschuss nach Nr. 6.1 kann lediglich bei komplizierten Halte- und Stützvorrichtungen in Ansatz gebracht werden.

Neues Geschiebe, Riegel u. a. = GOZ-Nr. 508 = andersartiger Zahnersatz
Regelversorgung = 98 h neue gegossene Klammer, Festzuschuss 6.5?

KZBV Es ist wie folgt zu unterscheiden:
Bei Erneuerung eines gegossenen Halteelements: Festzuschuss Nr. 6.3;
Bei Erweiterung eines gegossenen Halteelements: Festzuschuss Nr. 6.5.

Der Patient verliert seinen Anspruch auf die Grundversorgung.

KZBV Die Festzuschüsse Nrn. 6.1 bis 6.5 stehen im Wiederherstellungsfall zur Verfügung, jedoch kann die (alleinige) Erneuerung, z.B. einer Geschiebe-Patrize, keinen Festzuschuss-Befund auslösen. Reparaturen an einem Geschiebe lösen keinen Festzuschuss aus, da es sich um keine GKV-Leistung handelt. Wurde statt des Geschiebes die vorherige Prothese um ein gegossenes Halteelement erweitert, löst dies den Festzuschuss 6.5 aus. D. h. in diesem konkreten Fall fällt auch der Festzuschuss 6.5 an.

Allgemeines



Wer trägt die Kosten für Verbrauchsmaterial bei Zahnersatz?

KZBV Wie den Festzuschuss-Richtlinien zu entnehmen ist, ist das abrechnungsfähige (Verbrauchs-) Material in die Berechnung der Festzuschüsse eingeflossen. Der Patient erhält eine Gesamtrechnung über das zahnärztliche Honorar und die tatsächlichen Material- und Laborkosten.



Wenn sich der Patient für einen andersartigen Zahnersatz entscheidet, sind die Mehrkosten dann im Faktor begrenzt?

KZBV Nein. Nach Auffassung der KZBV ist die Faktorbegrenzung entfallen.



24 c und 95 d muss auch Patient tragen oder bei Härtefällen nicht?

KZBV Leistungen nach Bema Nr. 24c und 95d lösen keinen gesonderten Festzuschuss aus. Härtefälle, die sich für die Regelversorgung entschieden haben, haben gegen ihre Krankenkasse einen weiteren Anspruch auf Übernahme der tatsächlichen Kosten, wenn und soweit diese den doppelten Festzuschuss übersteigen. Der tatsächliche Rechnungsbetrag ist in diesen Fällen über die KZV abzurechnen.



Werden die Begleitleistungen wie z. B. die Injektionen, das Entfernen der alten Kronen usw. über die Versichertenkarte abgerechnet?

KZBV Begleitleistungen werden wie bisher über die Krankenversichertenkarte abgerechnet. Die betrifft aber nur Anästhesien, Röntgenaufnahmen, parodontologische und konservierende Leistungen, die



				TV					TV		TV								
E	E	E	KM	E	TV	E	TV	KM	E	KM	E	E	E	E	E	E	E	E	E
x	f	e	kw	x	w	x	w	w	x	w	kx	f	x	f	x	f	x	f	x
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				
f													k	f					
f		e	k	e	k		k	k						k	f	f			
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				
f		f	x	x	w	x	x	x	x	w				f	f	f			
		E	E	E	TV	E	E	E	E	TV				E	E	E			

KZBV Es handelt sich um eine Versorgung nach 3.1 mit 1.1 und 1.3. Die Versorgung mit Teleskopen macht aus dem herausnehmbaren Zahnersatz einen kombinierten Zahnersatz, der dann grundsätzlich andersartig ist. Da die Zähne aber alle überkronungsbedürftig sind, kommt die Sonderregelung im BMVZ-Entwurf zum tragen, wonach die Versorgung gleichartig ist.

f						k	k	k	k	k	k								f
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				
f	e	e	e	e	k						k	e	tk	e					f



Der Patient möchte neue UK MG-Prothese mit Teleskop wieder auf Zahn 35! (Abrechnung 2005) Gleichartiger Zahnersatz oder andersartiger Zahnersatz?

KZBV Es handelt sich vorliegend um eine andersartige Versorgung. Für die Zähne 35, 33 und 43 sind ggfs. folgende Festzuschüsse ansetzbar: 3 x 1.1, 2 x 1.3 und 1 x 3.1. (Gleichartig, wenn alle Ankerzähne „ww“)

E	E	E	E	E	E							E	E	E	E	E			
f	x	f	b	k	k	w	w	k	k	b	f	f	kx	x	f				
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				
f	f	x	f	w	w						f	w	w	f	f				
E	E	E	E	TV	TV						E	U	U	E	E				
												TV	TV						



Welche Befunde muss ich hier ab 2005 anwenden?

KZBV In dem von Ihnen geschilderten Fall sind folgende Festzuschüsse anzusetzen:
OK: 1 x 3.1;
UK: 1 x 3.1, 4 x 1.1 und 2 x 1.3.

bei der Regelversorgung des jeweiligen Befundes anfallen würden. Diese sind auch dann als vertragszahnärztliche Leistungen über die KVK abzurechnen, wenn der Versicherte eine gleich- oder andersartige Versorgung gewählt hat (Abschnitt A Nr. 9 der Festzuschuss-Richtlinien des G-BA).

? Werden die 8-er als fehlende Zähne für zahnbegrenzte Lücken mitgezählt?

KZBV Das ist zutreffend. Jedoch ist die Indikation für die Einbeziehung eines Weisheitszahnes als Brückenanker bei den Befunden Nrn. 2.1 bis 2.3 besonders kritisch zu bewerten (vgl. Protokollnotiz zur Befundklasse 2 der Festzuschuss-Richtlinien).

? Zur neuen Bonusregelung: Erhält ein Patient, der in den letzten 10 Jahren regelmäßig nur 1 x im Jahr zur zahnärztlichen Untersuchung war, weiterhin den Bonus?

KZBV Ja. Die Bonusregelung setzt sich auch im neuen Festzuschusssystem fort (vgl. § 55 Abs. 1 SGB V); die Bonushefte behalten ihre Funktion und Gültigkeit, sie werden lediglich redaktionell überarbeitet.

? Bei OK 14er mit Metallbasis auf Wunsch des Patienten Auf HKP beantragen = GOZ 522 und 98 b
GOZ 521 geht ja nicht, da nur für Teilersatz.

KZBV Genau. Es handelt sich hierbei um eine gleichartige Versorgung.

? Darf man bei einer gleichartigen Zahnersatz-Versorgung und bei dem andersartigen Zahnersatz den HKP berechnen 002 bzw. 003?

KZBV Nein. Dies hat der Gesetzgeber in § 87 Abs. 1a Satz 2 SGB V eindeutig geregelt.

? Wir möchten bei einer Patientin 34 ein Implantat setzen. Bekommt sie trotzdem den Festzuschuss für die Regelversorgung (Brücke)?

KZBV Ja. Die Festzuschüsse ab 01. 01. 2005 werden befundbezogen gewährt

? Können Sie mir bitte mitteilen, nach welcher Regelversorgung der Festzuschuss bei folgendem Befund berechnet wird?

f				f		f	f		f		f				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
f	f	f	f	f						w					f

KZBV Regelversorgung ist die Modellgussprothese; im vorliegenden Fall sind folgende Festzuschüsse ansetzbar:
OK: Festzuschuss Nr. 3.1
UK: Festzuschüsse Nrn. 3.1 sowie 1.1 und 1.3 bei Überkronung von 33.

f	f	f	k	b	k	k	k	k	k	k	b	k	f	f	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	k	b	k							k	k	k	f	f	f

? Geplante Therapie: Extraktion 22 und 21, Entfernung der Brücken 15 – 11 und 21 – 26, Neuversorgung mit feststehendem Zahnersatz. Welche Festzuschüsse stehen dem Patienten zu?

KZBV Dem Patienten stehen folgende Festzuschüsse zu: 1 x 3.1, 7 x 1.1 (Zähne 15, 13, 12, 22, 23, 24 26) und 6 x 1.3 ; Regelversorgung ist die klammerngestützte Modellgussprothese.

?

e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e
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
	e	e	w	e	w	e	e	e	e	e	w	e	e	e	
	E	E	T	E	TV	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	

KZBV Es handelt sich um einen Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen. Es fallen die Festzuschüsse 4.1, 4.6 und 4.7 an.

Die Fragen und Antworten in diesem Heft sind eine erste Auswahl aus den mehreren Hundert, die die KZBV erhalten und beantwortet hat. Viele weitere Aspekte wurden hinterfragt und ausgeleuchtet. Die zm hält Sie weiterhin auf dem Laufenden.

Haben Sie weitere Fragen zu den Festzuschüssen? Wenden Sie sich bitte an Ihre KZV und lesen Sie die weiteren Beiträge in den zm. ■

Parteienspitzen treffen sich im Neuen Jahr

Schielen auf die Wahl

In den ersten Wochen von 2005 gingen die Spitzen der Parteien wie jedes Jahr in Klausur, um ihre künftigen Marschrichtungen festzulegen, Strategien zu erarbeiten und an neuen Konzepten zu feilen. Gesundheits- und Sozialfragen brannten allen unter den Nägeln. Eines wurde deutlich: Man schielt schon kräftig auf die Bundestagswahl 2006.

Den Auftakt bildete wie jedes Jahr die Klausurtagung der CSU am 5. Januar in Wildbad Kreuth. Unmittelbar davor war der Streit um den gesundheitspolitischen Kurs der Union wieder neu entbrannt. Der stellvertretende CSU-Chef Horst Seehofer, der im November im Streit um den Unionskurs als stellvertretender Fraktionsvorsitzender im Bundestag zurückgetreten war, übte erneut Kritik an der Politik von CDU-Parteichefin Angela Merkel. Er brachte sie mit dem Absinken der Union in Meinungsumfragen in Verbindung.

Zwar riefen CDU wie CSU beidseitig zu Geschlossenheit auf, um die Chancen der Union bei den anstehenden Landtagswahlen in Schleswig-Holstein (20. Februar) und Nordrhein-Westfalen (22. Mai) zu verbessern. Dennoch brachen Diskussionen um den internen Führungsanspruch immer wieder durch. Zu den langwierigen Auseinandersetzungen in 2004 betonte der CSU-Vorsitzende Edmund Stoiber, es habe zwar Höhen und Tiefen gegeben, doch habe die Union in der Steuer- und in der Gesundheitspolitik wichtige Entscheidungen getroffen.

Auf der Klausurtagung der CDU in Kiel am 7. Januar mahnte Angela nachdrücklich zu Geschlossenheit: „Die Menschen interessiert nur, was wir ihnen als Alternative auf den Weg geben können. Alles andere interessiert nicht“, erklärte sie. Der designierte CDU-Generalsekretär Volker Kauder subsu-

mierte nach den beiden Tagungen der Schwesterparteien: „Die Bürger erwarten von CDU und CSU weder Personaldebatten noch Diskussionen über internen ‘Führungsanspruch’, sondern Lösungen für die dringenden Probleme dieses Landes.“



Bei dem Spitzentreffen der Parteien zum Jahresbeginn wurde deutlich: Man schielt mit den Konzepten schon kräftig auf die nächste Bundestagswahl.



ist das Jahr des Beginns des Machtwechsels“, verkündete er in Stuttgart. Die FDP legte ein Zehnpunkte-Programm vor, mit dem sie den Machtwechsel im Bund auf den Weg bringen will. Darin werden Wege zur Konsolidierung der Staatsfinanzen, zur Reform des Gesundheitswesens, des Bil-

FDP-Chef Guido Westerwelle gab sich auf dem Dreikönigstreffen seiner Partei am 6. Januar kämpferisch: „2005

dungswesens, zur Forschungsförderung sowie zum Abbau der Bürokratie vorgestellt. Die Liberalen wollen bei einer Regierungsbeteiligung Steuersenkungen und Steuervereinfachungen durchsetzen. Die Lohnnebenkosten müssten auf unter 40 Prozent fallen. Westerwelle will das Gesundheitssystem so verändern, dass es dem demographischen Wandel und dem Arbeitsmarkt gerecht wird.

Heftig kritisierte Westerwelle die Union, die seines Erachtens nach mit ihrem bürokratischen Gesundheitskompromiss von der Linie der steuerpolitischen Vernunft abgegangen sei. Die Pflegeversicherung müsse

nach und nach in ein Kapitaldeckungsverfahren überführt werden.

Auf ihrer Klausurtagung in Weimar am 10. Januar beriet die SPD-Spitze über die politischen Schwerpunkte des Jahres 2005. Vor allem war man darum bemüht, den Auseinandersetzungen in der Union ein Bild der Geschlossenheit entgegenzusetzen.

Parteichef Franz Müntefering erklärte das Jahr 2005 für die SPD zu einem „Jahr der Entschlossenheit.“ Im Mittelpunkt stand die Umsetzung der in 2004 beschlossenen



Reformgesetze für den Arbeitsmarkt und das Gesundheitswesen. Bildung gelte, so Müntefering, als das „Thema Nummer eins“. Auch das Konzept der Bürgerversicherung wird weiter präzisiert.

Demographischer Wandel

Inhaltlich ging es in Weimar vor allem um Fragen der Demographie unter dem Thema „Chancen einer älter werdenden Gesellschaft“. Dazu soll eine Kommission unter der Leitung von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in diesem Jahr ein Gesamtkonzept zu den Herausforderungen des demographischen Wandels erarbeiten. Im September sollen die Ergebnisse im Rahmen eines Generationenkongresses vorgelegt werden. Bis zum nächsten Bundespar-



teitag im November in Karlsruhe will sich die SPD außerdem zügig ein neues Grundsatzprogramm geben.

Auf ihrer Vorstandsklausur am 10. Januar in Berlin legten die

Grünen zentrale Projekte für das Jahr 2005 fest, darunter eine gerechte Gestaltung des Sozialstaates. Im Vorfeld der Tagung hatten sich verschiedene Parteimitglieder für eine schnelle gesetzliche Neuregelung der Pflegeversicherung noch vor dem Herbst 2006 stark gemacht. Grünen-Vorsitzender Reinhard Bütikofer sagte: „Wir hätten am liebsten Nägel mit Köpfen“. Bei Beratungen der Fraktionspitzen von SPD und Grünen im Wörlitz am 16. Ja-



nuar wurden dazu weitere Schritte beraten. So wollen beide Parteien bis zum Herbst, also nach der Sommerpause und damit nach den Landtagswahlen, Vorschläge zur Reform

der Pflegeversicherung vorlegen, möglicherweise gibt es noch vor der Bundestagswahl ein Gesetz. Die Vorschläge sollen in das Gesamtkonzept zu den Problemen der alternden Gesellschaft eingebettet werden. Dabei solle es nicht nur um die Pflege allein gehen, betonten Franz Müntefering und die Grünen-Fraktionschefin Krista Sager gemeinsam. Es müsse ein umfassendes Konzept geben, das Strukturreform, Finanzen und Verbesserungen für Demenzkranke enthalten, sagte Sager. Die Umsetzung könne in Teilschritten erfolgen. pr

Vom Wert der Methusalems

Egbert Maibach-Nagel

Angst vor dem Alter ist so alt wie die Menschheit. Doch mit der Überalterung der Gesellschaft entsteht eine neue Art von Angst: die vor einer Übermacht der Alten. Was kommt als Nächstes? Die Angst der Alten vor dem Zorn der überforderten Jungen? Oder kommt der Wertewandel vom ewigen Jugendkult zum „Old is beautiful“? Die Diskussionen sind heftig, kreisen vorrangig um Befindlichkeiten. Aber Lösungen des Problems gibt es bisher keine.

Frank Schirmmacher ist „Journalist des Jahres 2004“. Vom Fachblatt „Medium-Magazin“ gekürt wurde der zurzeit in der Öffentlichkeit viel herumgereichte FAZ-Mitherausgeber wegen seines Bestsellers „Das Methusalem-Komplott“ (Karl Blessing Verlag, München 2004, ISBN 3-89667-225-8). In Sachen Zeitgeist hat der FAZ-Chef mit diesem Buch eine glatte Punktlandung hingelegt. Und zwar über einen Sachverhalt, der nicht einmal neu ist: „Am Horizont der Zukunft baut sich eine der erbittertsten Streitmächte gegen die Alten auf, die es je gegeben hat. Sie marschiert auf uns zu, die wir heute 20, 30 oder 60 Jahre sind, denn wenn der Krieg beginnt, werden wir die Älteren sein.“

Klar, Generationen streiten sich. Aber von „Krieg“ war bisher nicht die Rede. Sozial- und Volkswirtschaftswissenschaftler waren seit Jahren vor den Problemen, die die „Vergreisung“ unserer Republik bringen wird: Die Zahl der Deutschen soll – ohne Einrechnung etwaiger Zuwanderer – von heute knapp 82 Millionen bis zum Jahr 2050 auf voraussichtlich unter 60 Millionen Bürger schrumpfen. Die Folge: Ein jenseits der Ballungsräume hochgradig entvölkertes Deutschland, in dem immer weniger Leute das Geld verdienen, von dem alle leben müssen.

Bleibt es bei den derzeitigen Konditionen, wird um die Mitte dieses Jahrhunderts ein Beschäftigter für zwei Rentner aufkommen müssen (bei einem angesetzten Rentenalter über 60 Jahren). Ein Verhältnis, das die Anfang des 20. Jahrhunderts noch intakte, heute immerhin noch erkennbare Pyramidalstruktur der Altersverteilung (viele Junge sorgen für wenige Alte) bis 2050 zu einem „plumpen Ball“ verkommen lässt. Sind derzeit noch etwa 23 Prozent der Deutschen 60 Jahre oder älter, werden es im Jahr 2050 bereits über 40 Prozent sein.

Auch durch Zuwanderung aus dem Ausland können diese Strukturen nicht mehr großartig gesunden. Bei zurzeit rund 1,4 Geburten pro Frau ist der inzwischen weit fortgeschrittene Schrumpfungsprozess unserer Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten nicht mehr umkehrbar. Das gilt für Deutschland und in der Tendenz auch für die anderen Staaten Westeuropas.

Keine biblischen Zustände

Die Überalterung ist aber kein rein europäisches Problem, sondern – mit mehr oder weniger starken Ausschlägen – eins fast aller derzeitigen und auch kommenden Industriestaaten. Während sich in Deutschland die Zahl der über 65-Jährigen von 1990 bis 2050 fast verdoppelt, wird sie sich laut Angaben der Vereinten Nationen in China in gleicher Zeit vervierfachen. Heute ist jeder zehnte Chinese über 60, 2030 wird es jeder vierte, 2050 jeder dritte sein. „In Bildern ge-

sprochen heißt das“, so warnt Journalist Schirmmacher, dass „die Erde wie ein riesiges Altersheim durchs Weltall kreisen“ wird. Medizinischer Fortschritt hat inzwischen auch in anderen Teilen der Welt den Weg zu ganz anderen Lebensalterszahlen geebnet. Trotzdem trifft das Dilemma in erster Linie die wirtschaftlich seit Jahrzehnten starken und künftig die frisch erstarkenden Länder. Vor allem die in Europa und Nordamerika aufgewachsene Generation der „Baby-Boomer“ der 50er und 60er Jahre des letzten Jahrhunderts legt ihr ganzes Streben auf immer mehr Fitness und Gesundheit. Ihr erklärtes Ziel ist es, bei guter Gesundheit das Leben möglichst lange auskosten zu können.

Die Statistik gibt Anlass für berechtigte Hoffnung: Frauen haben beispielsweise in den letzten 160 Jahren rechnerisch jedes Jahr drei Monate an Lebenszeit gewonnen. In Deutschland hat, so macht es der Wissenschaftsjournalist Manfred Reitz in seinem Buch „Prinzip Uhr-Gen“ (S. Hirzel Verlag, Stuttgart/Leipzig, 2004, ISBN 3-7776-1302-9) deutlich, eine heute 60-Jährige statistisch noch 23,5, ein Mann gleichen Alters noch 19,25 Jahre zu leben.

In dieser Disziplin sind die Deutschen aber keineswegs die Spitzenreiter: Im ostasiatischen Inselreich Japan lag die statistische Lebenserwartung im Jahr 2002 um rund drei Jahre über der von Leuten aus deutschen Landen. Aber es

geht auch noch mehr: Der bisher älteste Mensch, die Französin Jeanne Calment, wurde 122 Jahre, fünf Monate und neun Tage alt.

Kommen also biblische Zustände? Werden die Baby-Boomer von gestern die Methusalems von morgen?

Letztlich sind die Chancen auf so ein Maximum trotz aller medizinischer Fortschritte nach wie vor Fiktion. „Ein Leben bis an die biologische Altersgrenze“, so wähnt Buchautor Reitz, „bleibt vermutlich für den einzelnen Menschen auch in Zukunft so selten wie ein Hauptgewinn im Lotto“. Und: „Es wird geschätzt, dass zum Erreichen eines Lebensalters von 100 Jahren und mehr zu etwa 70 Prozent die genetische Ausstattung verantwortlich ist, und nur zu etwa 30 Pro-

zent die Lebensumstände.“ Also kein Thema für die meisten, wie Jeanne Calment noch im Alter von 100 Jahren mit dem Fahrrad durch die Straßen zu radeln.

Dennoch: Die Zahl derjenigen, die das dreistellige Alter erreichen, steigt beständig: Lebten 1960 in Westdeutschland noch 119 über 100-Jährige, waren es 1990 bereits 2528. Und längst nicht alle Altersforscher sind, was das maximal erreichbare Lebensalter betrifft, so zurückhaltend wie der Biologe und Fachjournalist Reitz. Angespornt durch erfolgreiche Versuche mit genetisch

In Würde altern: Das ist für die Jungen von heute die große Herausforderung. Keine leichte Aufgabe, wenn die Hochrechnungen aussagen, dass Mitte des Jahrhunderts ein Beschäftigter für zwei Rentner aufkommen muss.

„umprogrammierten“ Fruchtfliegen und Spulwürmern reichen die Spekulationen inzwischen schon auf Lebensspannen von mehreren Jahrhunderten. Der Traum – oder, wie manche Zeitgenossen auch meinen, Alptraum – vom ewigen Leben geht also weiter.

Junge und alte Alte

Aber zurück auf den Teppich der Wahrscheinlichkeiten: Für die Menschheit geht es nach wie vor eher um kleinere Schritte. Die medizinische Beseitigung der großen Volkskrankheiten Krebs, Diabetes, Herzkrankheiten und Schlaganfälle würde statistisch betrachtet der durchschnittlichen Lebensspanne „nur“ zusätzliche eineinhalb





Foto: CC

Bei guter Gesundheit das Leben möglichst lange auskosten können: Die Hoffnung der Alten von morgen ist die Aufgabe künftiger Gesundheitssysteme.

Jahrzehnte einbringen. Jahrhunderte bleiben bisher Wunschdenken einiger Gerontologen.

Aber selbst wenn jahrhundertelange ewige Jugend bisher nicht auf dem Plan steht, ist es, so Schirmmacher, eindeutig die Mission der Menschen von heute, merklich älter zu werden als ihre Vorfahren.

Die bisherigen Erfolge, das Altern der Menschen zu verzögern, sind deutlich messbar: „Menschen, die heute in den hoch entwickelten Nationen 70 Jahre alt geworden sind, können körperlich und geistig als so fit gelten wie die 65-jährigen vor 30 Jahren“, weiß Buchautor Reitz. Und die Wissenschaft hat sich bereits darauf eingestellt. Sie unterscheidet heute zwischen „jungen“ (drittes Alter von 60 bis 80) und „alten Alten“ (viertes Alter ab 80 Jahre). Im „Dritten Alter“, so Reitz, zeigt sich der Fortschritt unserer Zeit: „Die gute Lebensqualität beim Altern konnte in den letzten 30 Jahren um etwa fünf Jahre verlängert werden.“

Was die Alten allerdings möglichst nicht wollen, ist alt auszusehen: 26 Prozent der Deutschen wollen, so hält es die Meinungsforschung fest, mit 60 Jahren noch so aussehen wie mit 20.

Und darauf setzt die Anti-Aging Industrie. Hinter den Werbeversprechen altersverzö-

gernd wirkender Vitamin- oder Hormoncocktails steckt eine Strategie für Milliardenmärkte. Aber auch die Apotheken bieten mit: Die von den Pharmazeuten mit ins Sortiment genommenen „Geriatika“ sind Mittel, die, so betont Reitz, „zwar durchaus das Wohlbefinden des Einzelnen fördern, das Altern aber nicht verzögern“.

Eine auf anderem Selbstverständnis beruhende Aufgabe hat hingegen die Geriatrische Medizin. Ihr Bestreben ist vorrangig die Behandlung von Krankheiten im Alter, nicht die Verzögerung oder Ausbremsung von Altersmechanismen. Gerade angesichts der alternden Gesellschaft wird es ein immer wichtigeres Anliegen der Medizin sein, den Weg ins hohe Alter möglichst frei von körperlichen Beschwerden und Krankheiten zu halten. Prävention wird angesichts wachsenden Lebensalters zur Pflicht.

Fünf Jahre gewonnen

„Die Art und Weise, wie Menschen im Lebenslauf gelebt haben, entscheidet mit über ihre physische und psychische Gesundheit sowie über den Grad ihrer Selbstständigkeit im Alter“, ist Prof. Andreas Kruse, Direktor des Institutes für Gerontologie der Universität Heidelberg, überzeugt.

Genau diesem Aufgabengebiet hat sich auch die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in den letzten Jahren vermehrt gewidmet. Auf der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer im November 2002 in Hamburg plädierte Gerontologe Kruse dafür, „die Zahn-, Mund- und Kieferdiagnostik viel intensiver als bisher in die Diagnostik des gesundheitlichen und funktionellen Status einzubeziehen“ – eine Forderung, die nicht nur das Selbstverständnis der Zahnärzte als „ZahnMediziner“, sondern auch die vielfachen Aktivitäten der Kammern in Sachen lebenslanger Prävention und wachsender Bedeutung der Alterszahnheilkunde stützt.

Die Einschätzung dieses mehr und mehr wachsenden Schwerpunktes ist realistisch: „Bei einem möglichen Altenquotienten von eins zu zwei wird jeder dritte Patient in der Zahnarztpraxis der Gruppe Senioren angehören“, rechnete Prof. Reiner Biffar von der Ernst-Moritz-Arnt-Universität Greifswald in einer gemeinsam mit Dr. Torsten Mundt und Dr. Florian Mack in „Quintessenz“ veröffentlichten Arbeit zum „Demographischen Wandel und seinen Auswirkungen auf den Zahnbestand in der Bevölkerung“ (Quintessenz 12/2004).

Geht es um den Zahnstatus, so werden die Alten von Morgen weitere Erfolge für sich verbuchen können: Im Jahr 2020, so stellten die Greifswalder Wissenschaftler auf Basis von Zahlen der DMS-Studien des Instituts der Deutschen Zahnärzte heraus, werde unter optimistischen Bedingungen der Zahnbestand eines 65-Jährigen im Jahr 2020 dem des heute 60-Jährigen entsprechen.

Die Bundeszahnärztekammer hatte erst Mitte vergangenen Jahres die Mundgesundheitsziele erneut modifiziert und entsprechend hoch gesteckt (siehe zum 14/2004): Danach soll bis zum Jahr 2020 bei den 65- bis 74-Jährigen die Prävalenz schwerer parodontaler Erkrankungen von 24,4 (1997) auf 20 Prozent, die Häufigkeit vollständiger Zahnlosigkeit von 24,8 auf unter 15 Prozent reduziert werden.

Diese positive Erwartungshaltung in der Zahnmedizin hält der Heidelberger Gerontologe Kruse für übertragbar auch auf an-

dere Disziplinen der Medizin: „Es wird erwartet, dass sich die Gesundheit älterer Menschen in den künftigen Kohorten weiter verbessern wird.“ Dass zunehmendes Alter und die damit wachsende Zahl älterer Menschen sich in gleichem Maße auf die Zahl der Pflegebedürftigen auswirkt, wird bisher hingegen nicht erwartet. Die vielfach artikulierten Annahme, dass Deutschland wegen der demographischen Entwicklung in einen Pflegenotstand gerate, sei „kritisch zu bewerten“, meint Altersmediziner Kruse.

Kosten kontra Ethik

Für das Miteinander in der künftigen Altersgesellschaft aber ganz wesentlich – und in der berufspolitischen Argumentation der deutschen Zahnärzteschaft seit Jahren fester Bestandteil – ist die Bedeutung der Eigenverantwortung des Einzelnen. „Angesichts der gestiegenen durchschnittlichen Lebenserwartung, des demographischen Wandels sowie der begrenzten Ressourcen des sozialen Sicherungssystems gewinnt die erhöhte sozial gerechte Selbstverantwortung des Menschen für sein Alter zunehmend an Bedeutung“, weiß Andreas Kruse: „Das hohe Gut der sozialen Sicherung wird nur dann erhalten werden können, wenn die Selbstverantwortung des Menschen für sein Alter gestärkt wird.“

Und an dieser Thematik entzündet sich immer wieder einer der härtesten Streitpunkte der Republik. Gewaltig missverstanden wurde beispielsweise 1998 der damalige Präsident der Bundesärztekammer Karsten Vilmar. Sein Versuch, mit der provokant-ironisierenden Wortprägung des „sozialverträglichen Frühablebens“ Problembewusstsein zu erzeugen, schlug fehl. Vilmar zog sich den Zorn der Gesellschaft zu. Der Versuch des damaligen BÄK-Präsidenten, den Deutschen endlich die Augen für die unweigerlich auf uns zukommenden Probleme der Überalterung zu öffnen, machte ihn letztlich nur zum Schöpfer des „Unwortes des Jahres 1998“. Weit radikaler agierte im Sommer 2003 der Vorsitzende



„ Die Art und Weise, wie Menschen im Lebenslauf gelebt haben, entscheidet mit über ihre physische und psychische Gesundheit sowie über den Grad ihrer Selbstständigkeit im Alter.“

Prof. Andreas Kruse,
Gerontologe an der
Universität Heidelberg

Foto: PD

der Jungen Union, Philipp Mißfelder. Seine Forderung, dass 80-Jährige künstliche Hüften oder Zahnprothesen nur noch mit entsprechender Selbstbeteiligung erhalten sollten, kratzte an einer ganz anderen Stelle gesellschaftlich-ethischen Selbstverständnisses. Mißfelders Brachialversuch, durch provokante Äußerungen die Problematik der so genannten „Generationengerechtigkeit“ zu thematisieren, sondierte erneut die Grabentiefe zwischen jung und alt und endete mit der Entschuldigung des Fehlschlags. Auch der im gleichen Sommer mit seiner Forderung, medizinische Leistungen für Ältere zu begrenzen, massiv angeeckte Bochumer Theologieprofessor und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Sozialethiker Joachim Wiemeyer hat nicht zu einer sachbezogenen Diskussion um die Bewältigung des ökonomischen Drucks beitragen können.

Letztlich sind es dann doch wieder die Mediziner, die fehlerhaften Denkansätzen dieser Art eine klare Antwort erteilen: „Die

Forderung, älteren Menschen aus Kostengründen keine teuren medizinischen Leistungen zu gewähren, ist an Menschenverachtung kaum zu überbieten“, sprach im Sommer 2003 der Vorsitzende des Marburger Bundes, Frank Ulrich Montgomery, wohl allen Heilberuflern aus der Seele.

Nachteilig für eine sachgerechte Befassung ist aber auch, dass die Debatte immer vom ökonomischen, nicht vom ethisch-solidarischen Ansatz aus geführt wird. Erschwerend kommt hinzu, dass die Diskussion immer wieder mit anderen ebenfalls emotionsbelasteten Themen wie Euthanasie, Stammzellenforschung und anderen medizinisch-ethisch zu erörternden Fragen unserer heutigen Gesellschaft vermischt wird. Ausschlaggebend ist nach wie vor die sozialetische Argumentation. Dennoch sind damit die volkswirtschaftlichen Folgen des Demographie-Desasters nicht gelöst. Weitgehender Konsens ist, dass der „Wert der Methusalems“ nicht an ökonomischen Motiven gemessen werden darf. In Frage

gestellt wird inzwischen immerhin – und das nicht nur in der Zahnmedizin –, ob das wachsende Lebensalter kongruent wachsende Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung der Menschen stellen wird.

Die Defizite in der Finanzierung der Krankenversicherungen, so hat es jüngst das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherungen (WIP) vorgerechnet, sind nicht in erster Linie das Ergebnis sinkender Einnahmen und höherer Kosten aufgrund des medizinischen Fortschritts. Auch in diesem Bereich kommt der Überalterung eine größere Rolle zu als den anderen Faktoren: In den kommenden Jahren wird mehr und mehr die stetig wachsende Zahl der Rentner in Deutschland eine Rolle bei den steigenden GKV-Beiträgen spielen. Derzeit sind es in Deutschland jährlich 36 Milliarden Euro. Diese Entwicklung erfordert, so das WIP, einen immer größeren Transfer von der jeweils jungen Generation an die Älteren.

Das PKV-Institut empfiehlt Abfederung: „Kapitaldeckung oder kapitalbildende Elemente werden in der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sein, um eine Antwort auf die demographische Herausforderung im Allgemeinen und auf die strukturellen Kosten- und Ausgabenprobleme im Speziellen zu finden.“

Eine Antwort, die die rot-grüne Bundesregierung in der Rentenproblematik durch vermehrte eigene Vorsorge bereits gegangen ist. In der gesetzlichen Krankenversicherung neigt man aber bisher eher dazu, die Lösung der Probleme durch Einführung einer Bürgerversicherung aufzuschieben. Ein falscher Weg, meint das WIP, denn Nachhaltigkeit, so zeigt die Analyse, bringt letztlich die Annahme von mehr Eigenverantwortlichkeit.

In Würde altern

Dass diese Ansätze ausreichen, um das Alterungsproblem wirklich in den Griff zu kriegen, bleibt unwahrscheinlich. FAZ-Mitherausgeber Frank Schirrmacher



Ein Weg ins hohe Alter, möglichst frei von Beschwerden und Krankheiten: Die große Herausforderung geriatrischer Mediziner.



„Die Forderung, älteren Menschen aus Kostengründen keine teuren medizinischen Leistungen zu gewähren, ist an Menschenverachtung kaum zu überbieten.“

*Dr. Frank Ulrich Montgomery,
Vorsitzender des Marburger Bundes*

cher geht in seiner Analyse tiefer. Die Mission, alt zu werden, erfordert von den künftigen Methusalern ein ganz anderes Selbstverständnis. Das bisherige Prinzip der – seit Jahrhunderten auch von den Alten akzeptierten – Entmündigung der Menschen über 60 müsse einer neuen Selbstdefinition Platz machen.

Und hier liegt Schirrmachers eigentliche Erkenntnis: Ansätze zur Lösung des Demographieproblems erfordern eine „grundstürzende und grundlegende Revolution des Bildes, das wir uns von unserem Leben und unserem Alter machen“. Die von den künftigen Alten zu bewältigende Aufgabe ist keine geringe. „Die Frage ist, wie wir den Steinzeitmenschen in uns an eine fast verfünffachte Lebenserwartung gewöhnen können.“

Wenn die Deutschen diese Aufgabe ernst nehmen, können sie „das Blatt zum Guten

wenden“, so könnte man das Fazit des Buches auf einen kurzen Nenner bringen. „Wir müssen verlernen, was unsere Kultur und unsere Biologie uns über das Alter eingaben. Sie haben, um es trivial auszudrücken, nicht mehr Recht. Es ist vorbei mit der unbestrittenen Herrschaft der Jugend über das Alter.“

Erste Anzeichen, dass die Menschheit inzwischen fähig ist, die Sehnsucht nach ewiger Jugend zwischenzeitlich zu vergessen, kommen interessanterweise aus der Werbung. Unilever hat im Rahmen der Vermarktung von Kosmetika eine Kampagne gestartet, die nicht mehr auf die Nullachtfünfzehn-Regeln herkömmlicher Schönheit setzt. Eines ihrer Models ist die 95-jährige Britin Irene. Sie hat ein ganz eigenes Selbstverständnis von Schönheit: „Ich habe viele Freunde im Alter von über 90, und ich glaube, dass ich besser aussehe als sie. In meinem Leben war ich nie schön, aber heute fühle ich mich schön. Es hat etwas mit würdevollem Altern zu tun.“

Nur ein Beispiel für eine Grundhaltung, die das neue Selbstverständnis der Jungen von heute, die die Alten von Morgen und Übermorgen sein werden, prägen kann. ■

Endodontologie in Deutschland – Status quo und Perspektiven

Claus Löst

Die Endodontologie, traditionell ein Grundpfeiler der Zahnerhaltung, hat bei uns in den vergangenen Jahren einen beachtlichen Imagewandel erfahren.



Vom oftmals – insbesondere aufgrund der angeblichen oder erfahrenen Komplikationsträchtigkeit – unbeliebten Anhängsel der Kariologie zu einer selbstständigen Disziplin mit dem Nimbus eines Aufsteigers.

Jedenfalls kann man so unter Anderem die zunehmende Zahl von Fortbildungs- beziehungsweise Weiterbildungsangeboten, nie gekannte Teilnehmerzahlen an endodontischen Symposia/Kongressen, gute Geschäftszahlen von Herstellern und Vertreibern endodontischer Produkte sowie die weiter steigende Anzahl abgerechneter endodontischer Leistungen interpretieren. Ein Strohfeder oder eine längst überfällige „Wertberichtigung“?

Definitionen

Endodontologie ist die Wissenschaft, die sich mit Gestalt, Funktion, Gesundheit, Verletzungen und Erkrankungen der Pulpa und der periradikulären Strukturen sowie mit der Ätiologie und Diagnose des Zahnschmerzes und dentaler Erkrankungen beschäftigt [Europäische Gesellschaft für Endodontologie (ESE), 2004]. Endodontie wäre dann – in Analogie zum amerikanischen „Endodontics“ – der Sammelbegriff für praktische Ableitungen aus der Endodontologie (siehe Kasten).

Endodontologie und Zahnerhaltung

Traditionell wird die Endodontologie neben Kariologie, Parodontologie und Kinder- und Jugendzahnheilkunde der Fächergruppe Zahnerhaltung zugerechnet. Ihre Eigenständigkeit (und Gleichrangigkeit) wurde und wird in Deutschland, wie zum Beispiel jüngste Diskussionen über die Ausgestaltung der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte belegen, teilweise in Frage gestellt. Dies mag zum einen daher rühren, dass der Begriff Endodontie oftmals mit

Wurzelkanalbehandlung gleichgesetzt und damit auf eine einzige Therapieform mit der Konsequenz reduziert wird, dass die Endodontie häufig als technikorienteerte und -dominierte Disziplin und eben nicht als biologisch-medizinische Fachrichtung mit breit gefächertem Maßnahmenspektrum (siehe Kasten) betrachtet wird.

Im Gegensatz zu anderen Ländern, insbesondere den skandinavischen, welche die Entwicklung der modernen Zahnheilkunde maßgeblich beeinflusst haben, wurde bei uns lange das wissenschaftliche Potenzial der Endodontologie unterschätzt, mit dem Ergebnis, dass viele, darunter auch namhafte Fachvertreter, die Endodontologie eher als Anhängsel der Kariologie denn als eigenständige wissenschaftliche Disziplin sehen.

Forschung

Orientiert man sich beispielsweise an der Zahl deutscher Beiträge für das International Endodontic Journal, der endodontologischen Zeitschrift mit dem mittlerweile höchsten „Impact Factor“, so hat bei uns international kompetitive Forschung in nennenswertem Umfang erst in diesem Jahrtausend eingesetzt. War in den 90er Jahren eine einzige Publikation aus Deutschland pro Jahr in etwa die Regel, so liegt in den vergangenen vier Jahren der Durchschnitt bei 14 [Dummer 2004]. Fasst man die vergangenen sechs Jahre zusammen, so liegt Deutschland in punkto Publikationen im International Endodontic Journal gleichauf mit Italien, Japan und Skandinavien, während Großbritannien, Türkei und USA etwa doppelt so viele Beiträge aufweisen.

Spektrum der Endodontie

- Endodontische Diagnostik/Schmerzbehandlung
- Prävention von Pulpaerkrankungen
- Therapie der vitalen Pulpa
- Wurzelkanalbehandlung
- Revisionen
- Endodontische Chirurgie
- Bleichung wurzelkanalbehandelter Zähne
- Verankerung koronaler Restaurationen im Endodont
- Endodontische Maßnahmen bei Extrusionen
- Therapie traumatisierter Zähne

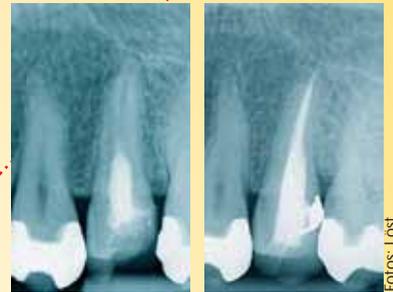
Diagnostik/konservative Therapie

Schmerzdiagnostik/-behandlung



Partielle Pulpotomie

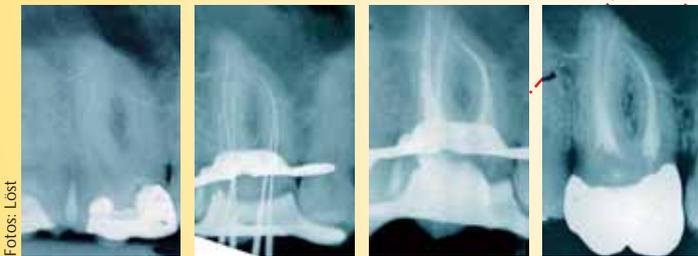
Revision



Endodontisches Spektrum

Wurzelkanalbehandlung

Bleichung



Wurzelstiftverankerung

Endochirurgie



Dentales Trauma



Deutsche endodontologische Forschung auf internationalem Niveau lässt sich nur steigern (oder zumindest das aktuelle Niveau kontinuierlich sichern), wenn sich mehr universitäre Einrichtungen als bisher daran beteiligen, vielleicht auch Forschungsverbünde geschlossen werden. Das Forschungspotential der Endodontologie ist vielfältig und interessant: Konventionelle Fragestellungen rund um die Wurzelkanalbehandlung werden mit immer ausgefeilteren Techniken untersucht, endodontologische Problemkreise mit modernen Entwicklungen in Mikrobiologie und Immunologie angegangen. Sinnvolle Beschäftigung mit dentaler Traumatologie muss fächerübergreifend sein, Molekularbiologie und regenerative Medizin haben bereits Eingang in die endodontologische Forschung gefunden.

Weiterhin förderlich könnte die Gründung endodontologischer Sektionen sein (bisher nur in Gießen und Tübingen realisiert) und/oder die Etablierung von Weiterbildungsprogrammen [Löst 1999]. Es ist kein Geheimnis, dass ausländische Institutionen mit einer gewissen Kontinuität in endodontologischer Forschung auch solche sind, denen eine Postgraduiertenausbildung angegliedert ist.

In der Fachöffentlichkeit wahrgenommene Aktivitäten deutscher Hochschulen in endodontologischer Forschung und deren Präsentation auf nationalen und internationalen Kongressen dürfen als ein Garant dafür gesehen werden, dass das aktuell in der Kollegenschaft zunehmende Interesse an Endodontologie nicht erlahmt.

Lehre

Wie und in welchem Umfang Endodontologie an unseren Hochschulen gelehrt werden sollte, wurde erst kürzlich dargelegt [European Society of Endodontology 2001]. Die Umsetzung dieses Lehrkatalogs stößt in praxi vornehmlich auf zwei Limitierungen: Im (noch) fünfsemestrigen klinischen Studium konkurriert die Endodontologie mit den anderen zahnmedizinischen und medizinischen Fächern um Zeitkontingente. Auch kann nicht jede Ausbildungs-

stätte ausreichend erfahrenes Lehrpersonal aufbieten. Die Einbindung weiter qualifizierter Praktiker in die Lehre sowie der Aufbau eines Netzes postgradualer, möglichst ESE-zertifizierter Programme könnten die klinische Lehrsituation verbessern.

Patientenversorgung

Was die Wurzelkanalbehandlung anbetrifft, so geht man bei „vitalen“ Fällen von einer Erfolgsquote von über 90 Prozent, bei Zähnen mit apikaler Parodontitis von zirka 80 Prozent aus [Friedman 2002]. Die in praxi erzielten Ergebnisse divergieren davon jedoch erheblich [Weiger et al. 1997].

Die Qualität endodontischer Behandlungen zu steigern hieße,

- die Ausbildung so weit wie möglich den ESE-Anforderungen (siehe oben) annähern,
- die strukturierte und zertifizierte Fortbildung fördern und
- eine Spezialisierung im Sinne einer Weiterbildung etablieren.

Letztere muss vom Anforderungsprofil mit Spezialisierungen in anderen (zahn-) medizinischen Bereichen vergleichbar und sollte (zumindest europaweit) standardisiert sein.

Wirtschaftliche Überlegungen

In endodontische Expertise zu investieren erscheint auch wirtschaftlich sinnvoll. Weit mehr als zehn Millionen Wurzelkanalaufbereitungen, um nur eine endodontische Abrechnungsposition herauszustellen, werden pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland mit Primär- und Ersatzkassen abgerechnet [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2004]. Eigenen, auf Hochrechnung von Weiger et al. 1997 basierenden Schätzun-

gen zu Folge, liegt der aktuelle endodontische Behandlungsbedarf um Faktor zehn höher, wobei die Zähne unberücksichtigt bleiben, die extrahiert werden, aber grundsätzlich über endodontische Behandlungsmaßnahmen zu erhalten wären [Löst 2004].

Schlussbemerkung

Der geschätzte Bedarf an Wurzelkanalbehandlungen einerseits und maschinell einsetzbare NiTi-Instrumente andererseits, welche die Wurzelkanalaufbereitung erleichtern und einem ehemals „mühseligen Handwerk“ den Anstrich von Leichtigkeit und Eleganz geben, dürften das Interesse an Endodontie weiter steigen lassen. Zusätzlich eingesetzte Vergrößerungshilfen, miniaturisiertes Instrumentarium und verbesserte Materialien können zur Ergebnisoptimierung beitragen und vermitteln den Eindruck hoher Professionalität. So kann man die aktuelle endodontologische Aufbruchstimmung als eine (Wieder-)Besinnung auf ein zahnmedizinisches Kernfach unter günstigeren Bedingungen interpretieren. Aber flächendeckende, bessere Behandlungsergebnisse lassen sich mit diesen Errungenschaften neuerer Zeit nur in Kombination mit richtlinienkonformen Vorgehensweisen [ESE 2004], ausreichender Diagnostik und Dokumentation sowie mit einer möglichst evidenzbasierten Entscheidungsfindung im individuellen Fall erzielen.

In den nachfolgenden zwei Falldarstellungen werden zahlreiche der oben erwähnten Aspekte angesprochen.

*Prof. Dr. Claus Löst
Poliklinik für Zahnerhaltung
am Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde des Universitätsklinikums
Tübingen
Osianderstr. 2-8
72076 Tübingen*

**Verantwortlich für die
Interaktive Fortbildung:**

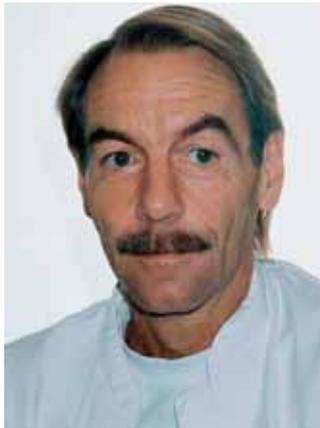
**Prof. Dr. Elmar Hellwig
Prof. Dr. Detlef Heidemann
Susanne Priehn-Küpper**

zm Leser
service

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

Aspekte der Planung und Durchführung einer komplexen Wurzelkanalbehandlung

Michael Hülsmann



Prof. Dr. Michael Hülsmann

1974 bis 1980 Studium der Zahnheilkunde in Göttingen
 seit 1980 Assistent und Oberarzt der Abteilung Zahnerhaltung,
 Univ. Göttingen, 1998 Habilitation,
 2003 Ernennung zum apl. Prof.
 Redakteur der Zeitschrift Endodontie
 Wissenschaftlicher Beirat der Zeitschriften International Endodontic
 Journal und Oralprophylaxe
 Sprecher des Beirats Endodontologie der DGZ
 Vorsitzender der AG Endodontologie und Traumatologie (AGET)
 in der DGZ
 Mitglied der European Society of Endodontology (ESE) und der
 American Association of Endodontists (AAE)



Neben gründlicher Diagnostik sind eine kritische Fallauswahl, die unter anderem die verbleibende Zahnhartsubstanz und damit die spätere Restaurierbarkeit des Zahnes berücksichtigt, sowie eine prognostische Abschätzung der zu erwartenden Komplikationen und Probleme wichtige Bestandteile der präoperativen Planung endodontischer Behandlungen. Von der Trepanation über die Präparation und Desinfektion bis zur Ob-



Abb. 1: Die diagnostische Ausgangsaufnahme zeigt einen Dens invaginatus Typ II mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum und einer ausgedehnten Parodontitis apicalis an Zahn 33.

turetion des Wurzelkanalsystems muss für jeden Therapieschritt abgewogen werden, ob er den spezifischen Bedingungen des jeweiligen Behandlungsfalles angemessen ist. Dies soll anhand des folgenden Fallbeispiels demonstriert werden.

Falldarstellung

Ein zum damaligen Zeitpunkt 24-jähriger Patient wird von der Abteilung Kieferorthopädie, wo er sich zur Beratung vorgestellt hatte, aufgrund des Röntgenbefundes zur endodontischen Behandlung des Zahnes 33 an die Abteilung Zahnerhaltung überwiesen. Allgemeine und spezielle Anamnese sind unauffällig.

Befunde fokussiert auf Zahn 33

Zahn 33 weist klinisch eine füllungsfreie Krone auf, die deutlich voluminöser erscheint als die vergleichbare Krone des Zahnes 43. Distal ist eine bis in das Dentin reichende aktive Karies erkennbar. Der Perkussionstest ergibt ebenso wenig pathologische Resultate wie die Palpation der Umschlagfalte und der übrigen Stützgewebe. Der Sensibilitätstest mit Kälte ergibt keinerlei Hinweise auf Pulpasensibilität.

Parodontalstatus: Zahn 33 ist nicht gelockert (Grad 0), die Taschentiefen betragen zirkulär durchgängig drei bis vier Millimeter, es zeigt sich keine Blutung auf Sondierung.

Röntgenbefund: Der Röntgenbefund zeigt eine auf die Zahnkrone und das koronale Wurzel Drittel begrenzte Invagination von Schmelz und Dentin in das Pulpakavum (Abb. 1). Der Hauptanteil der Invagination



Abb. 2: Röntgenmessaufnahme: Die Hartsubstanz einstülpung ist noch nicht ausreichend entfernt, um eine vollständige Reinigung und Desinfektion des Wurzelkanalsystems zu erlauben.

scheint bukkal und mesial lokalisiert zu sein, während sich im distalen Kronenteil ein reguläres Pulpahorn physiologisch weit bis in die Krone erstreckt. Die Invagination weist röntgenologisch einen Hohlraum auf, der als eigenständiges endodontisches System interpretiert werden kann. Das Wurzelwachstum des Zahnes erscheint nicht abgeschlossen, es zeigt sich ein weit offener Apex. Periradikulär ist eine ausgedehnte, unscharf begrenzte Transluzenz zu erkennen.

Diagnose: Dens invaginatus in Zahn 33 mit Pulpanekrose und asymptomatischer Parodontitis apicalis.

Therapieplanung: Orthograde Wurzelkanalbehandlung und Apexifikation

Differenzialtherapie: Außer einer orthograden Wurzelkanalbehandlung sind theoretisch eine Wurzelspitzenresektion mit retrogradem Verschluss des offenen Apex sowie eine Extraktion mit anschließender Implantatversorgung zu diskutieren. Vor einem apikalchirurgischen Eingriff wäre jedoch ebenfalls eine Desinfektion, Präparation und Obturation des Wurzelkanalsystems indiziert, so dass dieses Vorgehen keine echte Alternative zum zunächst rein orthograden Vorgehen darstellt. Gleiches gilt für eine Extraktion mit anschließender Implantat- oder Brückenversorgung, die beide vom Patienten abgelehnt werden.

Präoperative Planung

Bewertung der Restaurierbarkeit:

Die Präparation einer adäquaten Zugangskavität kann im vorliegenden Fall unter Umständen einen nicht unbeträchtlichen Zahnhartsubstanzabtrag im koronalen Zahnanteil notwendig machen. Die Wurzelkanalwände erscheinen röntgenologisch ausreichend stabil. Menge und Zustand der Zahnhartsubstanz sowie der parodontale Befund sprechen nicht gegen den Versuch einer orthograden Wurzelkanalbehandlung.

Zu erwartende Probleme

und Komplikationen:

Aufgrund der komplexen anatomischen Verhältnisse und des Ausmaßes und der Art der pathologischen Veränderungen sind sowohl eher technische Probleme während



Abb. 3: Eine Röntgenkontrolle drei Monate nach Behandlungsbeginn zeigt eine teilweise Resorption des offenbar nicht vollständig wandständig eingebrachten $\text{Ca}(\text{OH})_2$. Es sind noch keine eindeutigen Veränderungen in Größe und Röntgenkontrast der periradikulären Läsion zu erkennen.

der Wurzelkanalbehandlung als auch biologische Probleme in die Überlegungen mit einzubeziehen.

Zugangskavität: Um das Wurzelkanalsystem darzustellen und einen adäquaten Zugang bis in die Apikalregion zu erreichen, wird es notwendig sein, zumindest einen Großteil der Invagination mit rotierenden Instrumenten zu entfernen. Die irreguläre Kronenform des Zahnes kann die Orientierung bei der Präparation der Zugangskavität erschweren und erhöht das Risiko einer iatrogenen Perforation. Unter Umständen kann es notwendig werden, die Präparation des Zugangs ohne Kofferdamisolierung weiterzuführen und zu beenden. Durch Abtasten und Sondieren der Wurzelaußenkonturen sowie die Orientierung an den Nachbarzähnen kann hierbei das Risiko einer Perforation und des unnötigen Substanzverlustes minimiert werden.

Wurzelkanalpräparation: Die unregelmäßige Form des Wurzelkanalsystems kann einen gleichmäßigen zirkumferenten Substanzabtrag während der Präparation unter Umständen nicht zulassen. Zwar ist einerseits anzustreben, das zirkumferente infizierte Kanalwanddentin soweit abzutragen, dass ein Großteil der Mikroorganismen entfernt werden kann, andererseits muss berücksichtigt werden, dass übermäßiger

Substanzabtrag zu einer nicht akzeptablen Schwächung der Wurzelsubstanz führen kann.

Nicht abgeschlossenes Wurzelwachstum:

Das weit offene Foramen apicale bringt Risiken in Bezug auf die Wurzelkanalspülung und die definitive und temporäre Füllung mit sich, da unter diesen Verhältnissen ein Überpressen nicht auszuschließen ist. Unter diesen Umständen ist der Spülung mit einer niedrig konzentrierten NaOCl-Lösung (0,5- bis einprozentig) der Vorzug zu geben, da bei immer noch guter antimikrobieller Wirkung die Gewebefreundlichkeit deutlich günstiger ausfällt als bei höher konzentrierten Lösungen (drei bis fünf Prozent). Während einer Apexifikation ist das Risiko einer Wurzelquerfraktur im Zahnalsbereich erhöht.

Wurzelkanalfüllung: Aufgrund der komplexen Anatomie des Wurzelkanalsystems wird die Anwendung einer thermoplastischen Fülltechnik notwendig sein.

Patientenaufklärung: Nach gründlicher Aufklärung des Patienten über das geplante Vorgehen, Behandlungsalternativen, Konsequenzen einer Nichtbehandlung, sowie die möglichen Probleme und Erfolgsaussichten stimmt dieser dem Versuch einer orthograden endodontischen Behandlung einschließlich einer Apexifikation zu.

Therapie

1. Behandlungstermin (17.7.1990): Unter Kofferdamisolierung wird mit der Präparation der Zugangskavität begonnen. Aufgrund der ungewöhnlichen Kronenform des Zahnes 33 wird die Kofferdamklammer auf Zahn 34 platziert. Im distalen Bereich der Krone wird bereits nach kurzer Sitzung das Pulpahorn eröffnet. Im Bereich der Eröffnung findet sich nekrotisches Gewebe. Ein Aufbereitungsinstrument kann ohne Widerstand 25 Millimeter eingeführt werden. Auch im mesial-bukkalen Bereich der Kavität findet sich eine sondierbare Öffnung, die das etwa fünf Millimeter tiefe Eindringen eines feinen Instrumentes erlaubt. Die elektrische Längenbestimmung ergibt weder distal noch zentral ein konstantes Messergebnis. Zur Orientierung und um

Überinstrumentation zu vermeiden wird eine Röntgenaufnahme angefertigt (Abb. 2). Die Aufnahme bestätigt, dass die Invagination im distalen Bereich der Krone umgangen werden kann. Das zweite Instrument scheint bukkal-zentral über eine kurze Distanz an der Invagination vorbei eingebracht zu sein. Es wird deutlich, dass die Invagination noch deutlich reduziert werden muss, um eine ausreichende instrumentelle und chemische Bearbeitung des Endodonts zu gewährleisten.

Die Invagination wird unter Sichtkontrolle mit Diamantschleifern entfernt, so dass ein Instrument der ISO-Größe 25 geradlinig auf die berechnete Arbeitslänge in den Wurzelkanal eingebracht werden kann. Die Inspektion des endodontischen Hohlraumsystems erfolgt mit einer Lupenbrille mit fünffacher Vergrößerung unter gleichzeitiger Anwendung einer Kaltlichtsonde, die sowohl von koronal in die Kavität dirigiert als auch unterhalb des Kofferdams auf den bukkalen Alveolarknochen gehalten wird. Es sind keine Anzeichen für Überhänge der Invagination zu erkennen, was durch vorsichtiges Sondieren mit einem feinen, nur an der Spitze umgebogenen Instrument bestätigt wird. Die Arbeitslänge wird auf 25 Millimeter festge-



Abb. 4: Die erneute Messaufnahme zeigt einen geradlinigen, ungehinderten Zugang des Instrumentes zur Apikalregion des Wurzelkanalsystems. Der periradikuläre Raum stellt sich sechs Monate nach Behandlungsbeginn bereits teilweise knöchern reorganisiert dar.

legt. Das Wurzelkanalsystem wird mit ultraschallgestützter (Piezon Master 400, EMS; München) Spülung mit einprozentiger NaOCl-Lösung gereinigt und die Dentinwände mit Hedstroemfeilen bis zur Größe 80 zirkumferent bearbeitet. Der Wurzelkanal wird abschließend erneut mit einprozentiger NaOCl-Lösung ultraschallgestützt gespült und eine Einlage aus Ca(OH)_2 appliziert. Hierfür wird ein Fertigpräparat verwendet, das mit einem Spritzensystem in den Wurzelkanal eingebracht und mit umgekehrt verwendeten Papierspitzen vorsichtig nach apikal kondensiert wird. Der koronale temporäre Verschluss erfolgt mit einem sorgsam eingebrachten Wattlepellet in Höhe des Wurzelkanaleingangs, einer etwa fünf Millimeter dicken Schicht Cavit (Espe, Seefeld) und einer okklusalen Kompositfüllung.

2. Behandlungstermin etwa drei Monate später (9.10.90):

Die durchgeführte Röntgenkontrolle zeigt eine teilweise Resorption des offenbar nicht vollständig wandständig eingebrachten Ca(OH)_2 sowie noch keine signifikanten Veränderungen in Größe und Röntgenkontrast der periradikulären Läsion (Abb. 3). Der Zahn ist jedoch weiterhin vollständig symptomfrei. Nach intensiver NaOCl-Spülung erfolgt eine Erneuerung der Ca(OH)_2 -Einlage. Der Wurzelkanal kann zwar auf der definierten Arbeitslänge vollständig getrocknet werden, mit einem Reamer ISO 10 ist apikal aber noch keine Hartsubstanzbarriere tastbar.

3. Behandlungstermin wiederum drei Monate später:

Diesmal ergibt der Tastbefund mit einem Reamer ISO 15 bei einer Eindringtiefe des Instruments von 25 Millimeter eine scheinbar durchgehende apikale Hartsubstanzbarriere. Die Sondierung der Apikalregion provoziert bei dem Patienten keine Beschwerden oder gar Schmerzen, nach der anschließenden Trocknung mit Papierspitzen weisen diese keine Hinweise auf Blutungen auf. Um nochmals die ausreichende Größe des Zugangs und die vollständige Entfernung der Invagination zu kontrollieren und die Arbeitslänge abzusichern, wird eine weitere Längenmessaufnahme angefertigt (Abb. 4). Die Aufnahme zeigt einen geradlinigen, un-

gehinderten Zugang des Instrumentes zur Apikalregion des Wurzelkanalsystems. Der periradikuläre Raum stellt sich bereits teilweise knöchern reorganisiert dar. Der Wurzelkanal wird mit AH 26 (DeTrey/Dentsply, Konstanz) als Sealer und vertikal kondensierter Guttapercha gefüllt. Die Röntgenkontrolle zeigt eine röntgenologisch homogene, blasenfreie Wurzelkanalfüllung ohne periapikale Sealerextrusion (Abb. 5). Apikal der Wurzelkanalfüllmaterials ist eine Hartsubstanzbarriere mit dentinähnlicher Röntgenopazität zu erkennen. Im Vergleich zur präoperativen Röntgenaufnahme ist die fortschreitende Verkleinerung der periradikulären Läsion gut zu erkennen.

Recall: Aufgrund eines Umzugs des Patienten kommen in den folgenden Jahren keine regulären Recalltermine zustande. Eine Röntgenkontrolle elf Jahre nach der Behandlung zeigt periapikal einen gleichmäßig breiten, durchgehenden Parodontalspalt und keine Hinweise auf pathologische Veränderungen (Abb. 6). Der Zahn ist seit Behandlungsabschluss klinisch vollständig symptomfrei und normal belastbar. Taschentiefen, Lockerungsgrad und Perkussionstest sind unauffällig, die Umschlagfalte



Abb. 5: Die Röntgenkontrolle nach definitiver Füllung des Kanalsystems mit erhitzter Guttapercha zeigt eine zufriedensstellende Homogenität der Füllung. Apikal der Wurzelkanalfüllung ist eine stabile und durchgehende Hartsubstanzbarriere zu erkennen, die ein Überpressen des Füllmaterials verhinderte.

ist reizlos. Der Zahn ist mit einer intakten Kompositfüllung versorgt. Die am mesialen Rand der Zugangskavität erkennbare röntgenopake Struktur in der Kontrollaufnahme, vermutlich ein Rest des temporären Verschlussmaterials, ist bei der klinischen Inspektion nicht zu erkennen, so dass es keinen Grund für eine Erneuerung der Restauration gibt.

Diskussion

Ein Dens invaginatus gehört zu den selten auftretenden strukturellen Fehlbildungen der Zähne. Neuere Theorien gehen davon aus, dass durch eine Verdrehung des Schmelzorgans während der Zahnbildung und Defekte im inneren Schmelzepithel ein schmelzbegrenzter Kanal entsteht, der bis tief in den Zahn hineinreichen kann. Auf Grund der Art der Fehlbildung kommt es häufig zu pathologischen Veränderungen des Endodonts und der periradikulären Strukturen. Die endodontische Behandlung selbst weist häufig einige Probleme auf [Hülsmann, 2004].

Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine Invagination des Typs II, das heißt die Invagination reicht apikalwärts über die Schmelz-Zement-Grenze hinaus und endet als blinder Sack innerhalb der Wurzel. Typ I-Invaginationen erstrecken sich nur bis zur Schmelz-Zement-Grenze, bei Typ III liegt apikal oder lateral eine direkte Verbindung der Invagination zum Parodont, aber keine direkte Verbindung zur Pulpa vor.

Die Tiefe der Invagination stellt eine Plaque-retentionsnische dar, die Mundhygienemaßnahmen nicht oder nur unzureichend zugänglich ist. Die Verbindung zwischen Invagination und Mundhöhle und die Ausdehnung der Invagination bis nahe an die Pulpa sind prädisponierend für eine Pulpanekrose bereits kurze Zeit nach dem Zahndurchbruch. Die vielfältigen morphologischen Variationen des Dens invaginatus machen eine rein orthograde endodontische Behandlung zum Problem. Sowohl die vollständige Reinigung des komplexen Wurzelkanalsystems als auch die definitive Wurzelkanalfüllung können durch die Form, Größe und Lage der Invagination behindert wer-

den, so dass ein zusätzlicher chirurgischer Eingriff nicht zu vermeiden ist. Entscheidend für die einzuschlagende Therapie ist zunächst, ob es möglich ist, neben der Invagination oder durch die Invagination hindurch einen Zugang zum Apex zu erreichen. Gelingt dies, wird das Wurzelkanalsystem aufbereitet und gereinigt. Mit Hilfe eines – seinerzeit noch nicht zugänglichen – Operationsmikroskops lässt sich die komplexe interne Anatomie solcher Zähne leichter erschließen und die Entfernung des nekrotischen Gewebes besser kontrollieren [Velvart, 1997]. Da die Wurzel nicht über eine ausgebildete physiologische Konstriktion verfügt, ist bei der elektrischen Kanallängenbestimmung, seinerzeit noch mit älteren Geräten mit nicht zufrieden stellender Messgenauigkeit, nicht mit korrekten Messergebnissen zu rechnen [DeCleen, 1994; Hör & Attin, 2001]. Der Einsatz eines endodontischen Ultraschallsystems kann die Reinigung des komplexen Kanalsystems, das Handinstrumenten oft nicht vollständig zugänglich ist, optimieren [Stock, 1992; Tulus & Schulz-Bongert, 2004]. Als Spülflüssigkeit wird Natriumhypochlorit in unterschiedlichen Konzentrationen empfohlen [Dammaschke, 1999; Hülsmann, 1997; Ørstavik, 2003]. Um bei dem weit offenen



Abb. 6: Kontrollaufnahme elf Jahre postoperativ: reizlose periapikale Strukturen mit durchgehendem, gleichmäßig breitem Desmodontalspalt

Apex eine schädliche Wirkung auf das periradikuläre Gewebe zu vermeiden, wurde einer niedrig konzentrierten Lösung der Vorzug gegeben, deren gewebeauflösende Wirkung ebenso niedriger ist wie ihre Zytotoxizität. Auch Chlorhexidinlösungen (zwei-prozentig) werden zur Desinfektion vorgeschlagen, sie verfügen aber über keine gewebeauflösende Wirkung [Barthel, 2001]. In Fällen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum kann der Versuch einer Apexifikationstherapie mit Kalziumhydroxideinlagen unternommen werden [DeCleen, 1994]. In jüngster Zeit wird vereinzelt vorgeschlagen, Mineral-Trioxid-Aggregat (MTA; ProRoot, DeTrey/Dentsply, Konstanz) zur orthograden Versorgung von Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum oder weitem apikalem Foramen zu verwenden. MTA ist ein modifizierter Portlandzement, der sich nachgewiesenermaßen sehr gut zum Perforationsverschluss und als retrogrades Füllmaterial eignet [Schwarze, 2004; Bargholz, 2004; Mente, 2004]. Zur Anwendung an Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum liegen bislang jedoch noch keine validen Daten vor [Ebeleseder, 2004].

Zur abschließenden Füllung des endodontischen Systems ist in Wurzelkanälen mit komplexen anatomischen Verhältnissen wie im vorliegenden Fall thermoplastischen Füllverfahren der Vorzug gegenüber der lateralen Kondensation zu geben [Barthel et al., 2004].

Die vollständige klinische und radiologische Symptomfreiheit des Zahnes kann als ein Beleg dafür gewertet werden, dass bei sorgfältigem, auf den Einzelfall individuell abgestimmtem Vorgehen auch in scheinbar extrem problematischen Fällen gute Erfolge mit rein orthograden endodontischen Maßnahmen erzielt werden können.

Prof. Dr. Michael Hülsmann
Abt. Zahnerhaltung,
Präventive Zahnheilkunde und Parodontologie
Robert-Koch-Str. 40, 37099 Göttingen

zm Leser service

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

Konservativ- und chirurgisch-endodontische Versorgung einer Oberkieferfront

Claus Löst



Professor Dr. Claus Löst

1986 Habil. an der Universität Mainz, seit 1989 Ärztl. Direktor der Abteilung Zahnerhaltung in Tübingen. Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ und Zusatzqualifikation „Endodontologie“ der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, Spezialist der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie. Mitbegründer und seit 1992 verantwortlicher Redakteur der „Endodontie“. Von 1999 bis 2001 Präsident der Europäischen Gesellschaft für Endodontologie (ESE) und seit 2002 Generalsekretär der ESE.



Ein Fallbericht betreffend Entscheidungsfindung, Durchführung und (Langzeit-) Ergebnissen

Die Oberkieferfrontzähne einer jungen Patientin hatten – sehr wahrscheinlich infolge einer traumatischen Schädigung – eine Pulpanekrose erfahren. Der Fall ist unter anderem deshalb bemerkenswert, weil die zwei tätig gewordenen Behandler für identische Ausgangsbefunde unterschiedliche Therapieansätze wählten und der Beobachtungszeitraum 15 Jahre umfasst. Im Vordergrund der Betrachtung stehen neben den technischen Aspekten die mit den Befunden assoziierten Entscheidungsfindungen.



Abb. 1: Im Jahre 1989 alio loco gefertigte diagnostische Röntgenaufnahme von der Oberkieferfront der damals 27-jährigen Patientin

Die vom Autor selbst durchgeführten, hier vorgestellten und diskutierten Behandlungsmaßnahmen fanden in den Jahren 1994 und 2003 statt.

Falldarstellung

Ende Mai 1994 stellt sich die damals 32-jährige Patientin (selbständige Unternehmerin) mit der Bitte um Wurzelkanalbehandlung bei Zahn 22 vor. Sie führt vier Röntgenzahnfilme mit sich, die ein Mund-



Abb. 2: Kontrollaufnahme des Chirurgen unmittelbar nach Wurzelspitzenresektion bei den Zähnen 12 bis 21 (1989)



Abb. 3: Alio loco im Jahre 1994 gefertigte Röntgenaufnahme: Beim mittlerweile trepanierten Zahn 22 deutet sich eine laterale Parodontitis an.



Abb. 4: Die vom selben Vorbehandler am gleichen Tag gefertigte zweite Röntgenaufnahme lässt die laterale Parodontitis bei Zahn 22 deutlicher hervortreten.

Kiefer-Gesichtschirurg 1989 (Abb. 1 und 2) und im April 1994 (Abb. 3 und 4) von ihrer Oberkieferfront gefertigt hatte.

Medizinische Anamnese 1994

Es ergeben sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen von Allgemeinerkrankungen.

Spezielle zahnmedizinische Anamnese 1994

Die Patientin gibt an, dass in ihrer Oberkieferfront etwa fünf Jahre zuvor eine „Zysten-

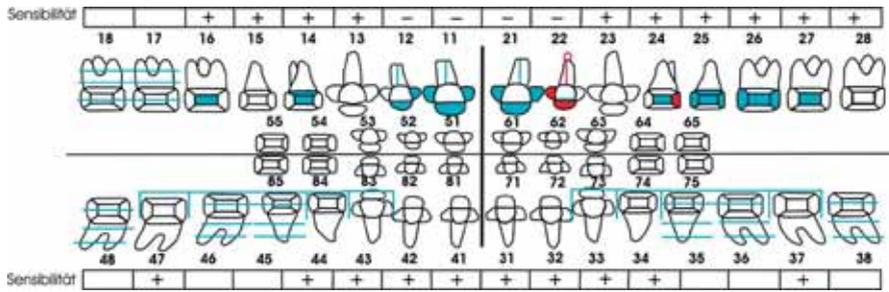


Abb. 5: Im Mai 1994 von der damals 32-jährigen Patientin erhobener Zahnstatus.

operation“ in Intubationsnarkose durchgeführt worden wäre. Die Zyste beziehungsweise das „Absterben“ der Oberkieferfrontzähne habe der damalige Behandler mit einem Frontzahntrauma in Verbindung gebracht, das ihr aber selbst nicht einnehmlich ist. Vor jetzt einem Jahr seien Schmerzen am linken oberen seitlichen Schneidezahn aufgetreten, den man daraufhin trepaniert habe. Sie habe im zurückliegenden Halbjahr immer wieder leichte Beschwerden an Zahn 22 verspürt, sei aber zurzeit schmerzfrei.

Intraoraler Befund 1994

Die Gingiva ist nahezu entzündungsfrei. Es ergeben sich keine pathologischen parodontalen Sondiertiefen und nur wenige Blutungspunkte nach dem Sondieren. In der Oberkieferfront imponieren Narbenzüge. Insbesondere Zahn 11 weist zahlreiche horizontale Schmelzrisse auf, die mit einem zurückliegenden traumatischen Ereignis durchaus kompatibel sind. Beide Unterkieferseitenzahnbereiche sind mit weitspannigen Brücken (technisch ausreichend) versorgt, im Oberkieferseitenzahnbereich finden sich Restaurationen aus Komposit beziehungsweise Amalgam (Abb. 5). Die Mundhygiene erscheint adäquat. Alle Zähne bis auf die Oberkieferfront reagieren auf den Kältetest. Perkussionstest und apikale Palpation verlaufen unauffällig, eine erhöhte Zahnmobilität ist nicht auszumachen.

Anliegen der Patientin 1994

Die (eigentlich zahnbewusste) Patientin möchte in erster Linie Zahn 22 versorgt wissen. Seine Weiterbehandlung war einerseits durch Erkrankung des Hauszahnarztes, andererseits durch ihre starke berufliche Inanspruchnahme hinausgezögert worden. Sie zeigt sich zudem interessiert an Untersuchungen und Behandlungen, die der Erhaltung ihrer Restdentition dienen könnten,

darüber hinaus an einer Bleichung der verfärbten Zähne 12 bis 21, dagegen nicht an einer Korrektur des durch Zahnfehlstellungen beeinträchtigten Erscheinungsbildes der Oberkieferfront.

Vorherrschende Diagnosen

Jahr 1994

- Derzeit symptomlose, (endodontisch bedingte) laterale Parodontitis bei trepaniertem Zahn 22 (Abb. 4; endodontaler Befund siehe Tabelle).
- Wurzelspitzenresezierte Zähne 12 bis 21 mit inhomogener Wurzelkanalfüllung bei Zahn 21 (Abb. 3, 4).
- Kranial des Neoapex von Zahn 11 defekt- und/oder operationsbedingte unvollständige Knochenheilung
- Karies distal von Zahn 24.

Die nachfolgende Falldarstellung konzentriert sich auf den jeweils vorgefundenen endodontal-parodontalen Befund in der Oberkieferfront und die daraus abgeleitete Therapie.

Therapieziele/Entscheidungsfindung

Jahr 1994

Der (vor einem Jahr) trepanierte, bei der klinischen Untersuchung (Tabelle) asensible Zahn 22 soll wurzelkanalbehandelt und restauriert werden. Die Heilungschancen einer apikalen Parodontitis nach (erstmaliger) endodontischer Therapie werden mit etwa 80 Prozent beziffert [4, 12, 16, 22]. Inwieweit die laterale Lokalisation der Parodontitis im vorliegenden Fall und/oder das „Offenlassen“ des Zahnes über ein Jahr die Prognose beeinflussen, lässt sich aus der Literatur nicht ableiten. Weitere Möglichkeiten zur Eliminierung der entzündlichen Läsion, nämlich die Extraktion und die Wurzelspitzenresektion werden als in diesem Fall nicht reale Behandlungsalternativen eingestuft:

Erstere konterkarierte das Zahnbewusstsein der Patientin, die zweite ist als primäre Maßnahme kontraindiziert.

Die in Anbetracht der nicht mehr randdichten Kompositrestauration eventuell einem Leakage ausgesetzte, inhomogene Wurzelkanalfüllung bei Zahn 21 soll bis zum koronalen Ende des das apikale Drittel des Wurzelkanals ausfüllenden, konfektionierten Wurzelstiftes revidiert werden. In Abhängigkeit vom vorgefundenen Wurzelkanalfüllmaterial beziehungsweise dessen Verarbeitung sollen gegebenenfalls auch die Wurzelkanalfüllungen bei den Zähnen 12 und 11 ausgetauscht werden. Diese Revisionen wären einmal als Maßnahmen zur Prävention einer apikalen Parodontitis bei den wurzelspitzenresezierten Zähnen aufzufassen. Zum anderen setzt das beabsichtigte interne Bleichen der Zähne 12 bis 21 eine adäquate Wurzelkanalfüllung sowie eine gegenüber Natriumperborat resistente koronale Abdeckung der Wurzelkanalfüllung voraus [1].

Therapie und Kontrollen betreffend Zahn 22

Nach Isolierung von Zahn 22 mittels Kofferdam wird der Wurzelkanaleingangsbereich mit Gates-Bohrern erweitert und anschließend, wie auch die Zugangskavität, mit Natriumhypochlorit (einprozentig) gespült. Bei erster vorsichtiger Sondierung des Endodonts mit einem dünnen Instrument tritt etwa in der Mitte der Wurzel eine Sensibilität auf, die eine nachträgliche Lokalanästhesie erfordert. Im Anschluss an die Röntgenmessaufnahme (Abb. 6) wird der Wurzelkanal chemomechanisch in Standardtechnik mit Handinstrumenten aufbereitet, der Wurzelkanal mit Kalziumhydroxid gefüllt und die Zugangskavität bakteriendicht verschlossen. Die technischen Daten dieser Wurzelkanalbehandlung sind in der Tabelle zusammengefasst. Vier Wochen später (Juni 1994) erfolgte die Wurzelkanalfüllung und die definitive restaurative Versorgung des koronalen Defekts. Das Kontrollbild nach Wurzelkanalfüllung (Abb. 7) ergibt eine durchgehend randständige und homogene Wurzelkanalfüllung. Auf Höhe des Übergangs zwischen mittlerem und

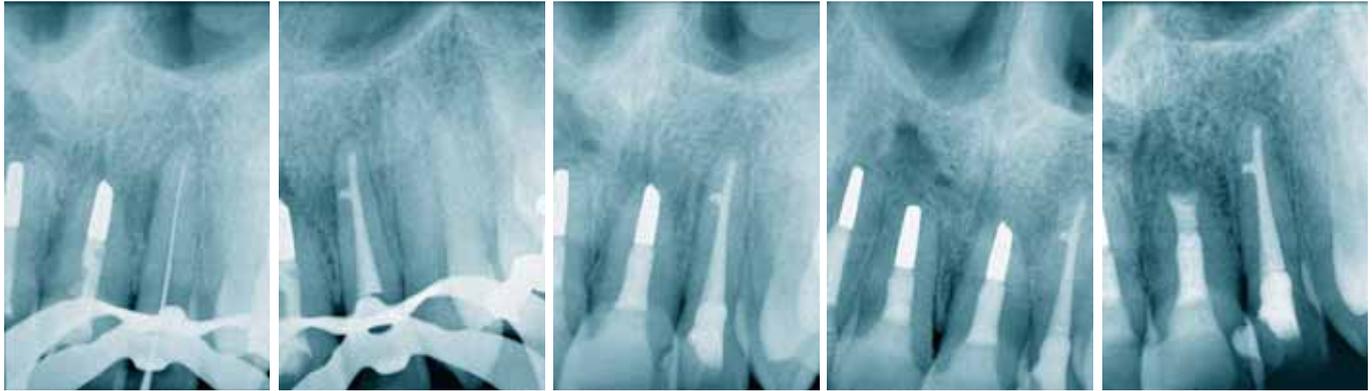


Abb. 6: Röntgenmessaufnahme bei Zahn 22 (Mai 1994)

Abb. 7: Röntgenkontrolle nach Wurzelkanalfüllung bei Zahn 22 (Juni 1994)

Abb. 8: Halbjahreskontrolle betreffend Zahn 22: Die laterale Parodontitis hat sich weitestgehend zurückgebildet.

Abb. 9: Vollständige knöcherne Ausheilung der lateralen Parodontitis bei Zahn 22 anderthalb Jahre nach Wurzelkanalbehandlung

Abb. 10: Unauffälliger Röntgenbefund bei Zahn 22 zehneinhalb Jahre nach Wurzelkanalbehandlung

apikalem Wurzel Drittel wird ein Seitenkanal – durch hineinkondensierten Sealer – erkennbar, der offenkundig mit der lateralen Parodontitis kommuniziert (Abb. 7). Die knöcherne Läsion erscheint im Vergleich mit Abbildung 6 bereits verkleinert.

Die Halbjahreskontrolle (Abb. 8) lässt eine Reduktion der lateralen Parodontitis auf einen erweiterten Parodontalspalt erkennen, ein weiteres Jahr später, also anderthalb Jahre nach Wurzelkanalbehandlung, erscheinen die periradikulären Verhältnisse bei Zahn 22 röntgenologisch unauffällig (Abb. 9). Auch nach etwas mehr als zehn Jahren ist Zahn 22 klinisch und röntgenologisch unauffällig (Abb. 10; Tabelle).

Therapie und Kontrollen betreffend Zähne 12 bis 21 – Jahre 1994/1995

Ein Vierteljahr nach Abschluss der Wurzelkanalbehandlung bei Zahn 22 (also im Herbst 1994) werden die Kompositfüllungen bei den Zähnen 12 bis 21, bis auf die Anteile, die den direkten Zugang zum Wurzelkanaleingang nicht behindern und keine Randimperfectionen aufweisen (Gefahr des Austritts von Bleichmittel), unter Kofferdam entfernt, nachdem bei Zahn 21 nur poröser Phosphatzement im Wurzelkanal angetroffen wurde. In den beiden anderen Wurzelkanälen befinden sich mit Phosphatzement eingebrachte Guttaperchastifte. Nach Entfernung des alten Wurzelkanalfüllmaterials

werden die Wurzelkanalwände mit Hedströmfeilen unter Spülung mit Natriumhypochlorit (einprozentig) bis zum Kontakt mit den konfektionierten Metallstiften bearbeitet. Es folgt eine modifizierte Röntgenmessaufnahme mit gekürzten, großvolumigen Guttaperchastiften (Abb. 11), die danach mit Sealer beschichtet und ergänzt um akzessorische Guttaperchastifte mittels lateraler Kondensation zur definitiven Wurzelkanalfüllung verwendet werden (Abb. 12). Letztere werden auf Zahnhalshöhe abgesetzt und mit einer dünnen Schicht Glasionomerzement abgedeckt. Nach zweimaliger Einlage eines Gemischs von Natriumperborat und dreiprozentigem H₂O₂ im Abstand von drei Tagen zeigt sich die Patientin mit dem Ergebnis der Bleichung zufrieden. Die Behandlung der Oberkieferfront wird mit mehrflächigen Restaurationen der Zähne 12 bis 21 (Säure-Ätz- und Mehrschichttechnik, Pertac®) zwei Wochen später unter Kofferdam abgeschlossen.

Bei einer klinischen und röntgenologischen Kontrolle 14 Monate nach Behandlungsabschluss ergibt sich als auffälliger Befund lediglich eine geringe Druckdolenz bei apikaler Palpation von Zahn 21. Der Röntgenbefund im Neoapexbereich von Zahn 21 bleibt schwierig interpretierbar, während sich bei den anderen Frontzähnen periapikal fast durchgängig ein Parodontalspalt normaler Breite darstellt (Abb. 13). Weitere Kontrollen werden vereinbart.

Intraoraler Befund – Jahr 2001

Die Patientin stellt sich erstmals wieder im Juli 2001 zu einer „Routine“-Kontrolle vor. Die lange Zahnarztabstinenz erklärt sie mit starker beruflicher und privater (Schwangerschaft) Inanspruchnahme. Die medizinische Anamnese ist gegenüber der sieben Jahre zuvor erhobenen unverändert. Vor etwa zwei Jahren sei eine Schwellung in der Oberkieferfront aufgetreten, die sich aber von selbst zurückgebildet habe.

Gegenüber dem 1994 erhobenen Befund (Abb. 5) sind nur folgende Veränderungen eingetreten:

- In der Oberkieferfront befinden sich die Ende 1994 eingebrachten Restaurationen.
- Etwa sechs Millimeter apikal des labialen Gingivarandes von Zahn 21 liegt eine klinisch kaum wahrnehmbare, etwas druckdolente Fistelmündung (Abb. 14, 15).
- Die parodontalen Verhältnisse sind nach wie vor stabil, lediglich vereinzelt findet sich approximal eine Gingivitis.

Röntgenbefund – Jahr 2001

Ein vor der Röntgenaufnahme in die Fistel vorgeschobener Guttaperchastift [24] endet mit seiner Spitze im Neoapexbereich von Zahn 21 (Abb. 16). Im Vergleich mit früheren Röntgenaufnahmen von der Oberkieferfront erscheint dieses Areal transluzenter, insbesondere distal des Neoapex. Die ebenfalls abgebildeten Zähne 12, 11 und 22 sowie ihre periradikulären Struktu-

Datum	06.05.1994	09.06.1994	12.12.1994	07.12.1995	25.07.2001	13.12.2004
Schwellung	-	-	-	-	-	-
Fistel	-	-	-	-	-	-
Ap. Palpation	-	-	-	-	-	-
Ax. Perkussion	-	-	-	-	-	-
Sulkussondierertiefen	max. 2 mm	max. 2 mm	max. 2 mm	max. 2 mm	max. 2 mm	max. 2 mm
Lockerungsgrad	0	0	0	0	0	0
Sensibilität (CO ₂)	-	/	/	/	/	/
Röntgenmessaufnahme: (06.05.94)	Wurzelkanalaufbereitung: (06.05.94)		Wurzelkanalfüllung: (09.06.94)			
Referenz: Schneidekante	Standardisierte Technik bis # 45		Ketac-Endo®			
Länge: 19,5 mm	NaOCl (1%)		Masterpoint #45			
Arbeitslänge: 19 mm	Ca(OH) ₂ , Cavit®		kalte lat. Kondensation			
			Unterfüllung, Pertac®			

Tabelle: Befunde und Daten zur Wurzelkanalbehandlung von Zahn 22

ren erscheinen im Vergleich mit Abbildung 9 unverändert.

**Diagnose und Differential-Diagnostik
Jahr 2001**

Aktuell liegt beim wurzelspitzenresezierten Zahn 21 eine symptomlose, apikal lokalisierte Parodontitis vor, die mit einer Fistel assoziiert ist. Die knapp sechs Jahre zuvor im Rahmen der letzten Kontrolle festgestellte geringe Druckdolenz bei apikaler Palpation von Zahn 21 zusammen mit dem nicht eindeutigen Röntgenbefund im Neopapexbereich (Abb. 13) lässt sich nun so interpretieren, dass im apikalen Drittel des

Wurzelkanals von 21 eine (Rest-)Infektion vorliegt, welche diese entzündliche Veränderung verursacht hat und unterhält [8]. Differentialdiagnostisch ist an eine (vom intrakanalären Befund unabhängige) extraradikuläre Infektion [11, 17] oder an eine Wurzellängsfraktur zu denken. Der Entzündungsprozess könnte auch durch Fremdmaterialien im Periapex verursacht sein [10]. Die entzündlichen Erscheinungen mit einer eventuellen Korrosion des normierten Metallstiftes in Verbindung zu bringen, erscheint dagegen abwegig, da bei den Zähnen 12 und 11 ähnliche Veränderungen ausgeblieben sind.

Therapieziele/Entscheidungsfindung

Jahr 2001

Da die vermutliche Infektion im apikalen Drittel des Wurzelkanals von Zahn 21 einen Spalt zwischen konfektioniertem Metallstift und Wurzelkanalwand voraussetzt, in dem Bakterien leben und sich vermehren können, könnte man davon ausgehen, dass eventuell ein von orthograd eingeführtes dünnes Kanalinstrument in diesen Spalt vorgeschoben werden kann. Eine Lockerung des leicht konischen Metallstiftes unter direkter Einsichtnahme über das Operationsmikroskop wäre somit eine Behandlungsoption. Die anschließende chemome-



Abb. 11: Modifizierte Röntgenmessaufnahme im Rahmen der orthograden Revision des nicht metallischen Anteils der 1989 im Rahmen einer Wurzelspitzenresektion eingebrachten Wurzelkanalfüllungen unter Kofferdam



Abb. 12: Röntgenologische Kontrolle der revidierten Wurzelkanalfüllungen bei den Zähnen 12 bis 21 vor Bleichung



Abb. 13: Röntgenkontrolle der Oberkieferfront 14 Monate nach Revision der Wurzelkanalfüllungen bei den Zähnen 12 bis 21: Der periapikale Befund bei Zahn 21 ist schwer einschätzbar (Aufnahme identisch mit Abb. 9).



Abb. 14: Klinische Situation zwölf Jahre nach Wurzelspitzenresektion und sieben Jahre nach Revision der Wurzelkanalfüllungen bei den Zähnen 12 bis 21: Narbenzüge kennzeichnen den Verlauf der ehemaligen Schnittführung.



Abb. 15: Ein Guttaperchastift wird vor der Röntgenkontrollaufnahme in die eher unscheinbare Fistelmündung eingeschoben.



Abb. 16: Die röntgenologische Darstellung des Fistelgangverlaufes deutet darauf hin, dass die entzündliche Ursache im Periapex von Zahn 21 lokalisiert ist.

chanische Aufbereitung des apikalen Wurzelkanaldrittels könnte gegebenenfalls die bakterielle Infektion eliminieren. Fallberichte über die erfolgreiche konservative Revision bereits wurzelspitzenresezierter

- Verglichen mit dem orthograden Revisionsversuch vermutlich geringerer Zeitaufwand.
- Eine mögliche Längsfraktur ließe sich durch klinische Inspektion ausschließen beziehungsweise verifizieren.



Abb. 17: Bei einer weiteren, zwei Jahre später vorgenommenen Untersuchung ist der Fisteleingang verklebt.



Abb. 18: Ohne größere Druckanwendung lässt sich ein Guttaperchastift 19 mm tief in die Fistel einführen.

Zähne liegen vor [23]. Das Procedere ist jedoch relativ schwierig und komplikationsträchtig: Spüllösungen können über den Apex hinaustreten, und zudem besteht die Gefahr einer Überpressung von Wurzelkanalfüllmaterial.

Eine Revision der Wurzelspitzenresektion mit dem Versuch, den konfektionierten Metallstift von retrograd zu entfernen und – nach retrograder Säuberung dieses Kanalabschnittes – durch eine retrograde Füllung zu ersetzen, wäre dagegen mit folgenden Vorteilen assoziiert:

- Keine weitere Schwächung der Wurzel durch eventuell notwendige Manipulationen an der Wurzelkanalwand im Zuge einer orthograden Revision.

- Eine eventuelle extraradikuläre Infektion beziehungsweise periapikal befindliche Fremdkörper würden im Rahmen der apikalen Kürettage quasi mittherapiert.

Die in diese Überlegungen mit einbezogene Patientin erklärt sich mit der von uns favorisierten, chirurgischen Revision einverstanden, will sich jedoch aus persönlichen Gründen, und weil keine Beschwerden vorliegen, nicht terminlich festlegen.

Jahr 2003

Die Wiedervorstellung der Patientin verzögerte sich gut zwei Jahre. Sie berichtet, dass sie bei Aufkommen eines Druckgefühls bei Zahn 21 Sekret aus der Fistel ausmassiert



Abb. 19: Im Vergleich mit der zwei Jahre zuvor gefertigten Abbildung 16 tritt die periapikale Osteolyse bei Zahn 21 deutlicher hervor.

habe, um dann für einige Zeit wieder beschwerdefrei zu sein.

Die Situation bei Zahn 21 stellt sich jetzt wie folgt dar (Abb. 17, 18): Die Fistelmündung ist nach wie vor sehr diskret, etwas verklebt, aber mit einem Guttaperchastift leicht penetrierbar. Zahn 21 ist perkussionsempfindlich, die Schleimhaut jedoch nicht druckdolent. Im Röntgenbild scheint sich der auf 19 Millimeter in den Fistelgang eingeführte Guttaperchastift um den Neoapex herumzuschlingen (Abb. 19).



Abb. 20: Das Abschieben des Mukoperiostlappens von der knöchernen Unterlage wird durch einen narbenförmigen Strang behindert, der sich von der Fistelöffnung in die vorgefundene, mit entzündlichem Weichgewebe ausgefüllte Knochenkavität erstreckt (Aufnahme über das OP-Mikroskop).

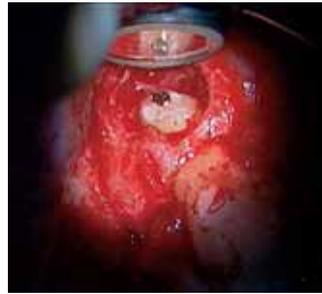


Abb. 21: Der Neopex von Zahn 21 ragt in die mit Küretten und Exkavator von Weichgewebe gesäuberte Knochenkavität. Wahrscheinlich resorptionsbedingt imponiert der konfektionierte Goldstift über dem Wurzelquerschnitt.



Abb. 22: Mit einem abgewinkelten, schallaktivierten und diamantierten Instrument wird unter Zuführung von steriler physiologischer Kochsalzlösung die Wurzelkanalwand bis zum Kontakt mit der orthograden Wurzelkanalfüllung bearbeitet.



Abb. 23: Die palatinale Wand der Knochenkavität ist mit sterilen Wattepellets austamponiert; die retrograde Kavität wird mit sterilen Papierspitzen getrocknet.

Therapie und Kontrollen betreffend Zahn 21 – Jahre 2003/2004

Nach Lokalanästhesie mit Ultracain forte® (1,7 ml) in regio 11 bis 22 wird ein Mukoperiostlappen unter Anwendung der „Papilla Preservation Technique“ [18] gebildet. Dabei muss der Fistelgang (Abb. 20) scharf durchtrennt werden. Über dem Neopex von Zahn 21 befindet sich eine Knochenhöhle, die mit derbem Weichgewebe ausgefüllt ist.

Mit einem scharfen Exkavator und Küretten wird letzteres exkochleiert, drei kleinere Gewebeprobeen können für die histopathologische Aufbereitung gewonnen werden. Der konfektionierte Wurzelstift aus einer Goldlegierung überragt (eventuell resorptionsbedingt) den Neopex (Abb. 21). Nicht direkt einsehbar, aber mit einer Häkchensonde sondierbar, ist ein Spalt zwischen Metallstift und Wurzelkanalwand, insbesondere palatinal und mesial. Auch bei starker Vergrößerung unter dem OP-Mikroskop lassen sich keine Risse oder gar eine Wurzelfraktur ausmachen. Ein kleiner diamantierter, kugelförmiger Schleifkörper, im roten Winkelstück betrieben, wird eingesetzt, um unter Zuführung von steriler physiologischer Kochsalzlösung den Metallstift zu zerstäuben, möglichst ohne die Wurzelkanalwand zu tangieren. In der Tiefe der retrograden Kavität wird der Goldstift mit diamantierten schallaktivierten Spitzen weiterbearbeitet. Während dieses Vorgangs wird die Kno-

chenkavität intermittierend mit steriler physiologischer Kochsalzlösung ausgespült, um ein Eindringen der feinen Goldpartikel in die Spongiosa zu verhindern. Nach vollständiger Entfernung des Goldstiftes aus dem Wurzelkanal werden dessen Wände nur leicht mit dem schallbetriebenen diamantierten Instrument im Sinne einer Wurzelkanalaufbereitung touchiert (Abb. 22), die retrograde Kavität mit physiologischer Kochsalzlösung scharf ausgespült. Zwei sterile Wattepellets werden palatinal von dem in die Knochenkavität etwas hineinragenden Neopex platziert, die retrograde Kavität mit Papierspitzen getrocknet (Abb. 23). Zu diesem Zeitpunkt herrscht eine gute Blutstillung. Die Kavität wird mit MTA® gefüllt, der Überschuss schließlich mittels Skalpell abgetragen (Abb. 24). Nach nochmaliger Säuberung der Knochenkavität erfolgt ein dichter Nahtverschluss mit 7-0-Nahtmaterial.



Abb. 24: Retrograde Auffüllung des Wurzelkanals von Zahn 21 mit MTA®

Die postoperative Röntgenkontrolle deutet auf eine homogene und randdichte retrograde Wurzelkanalfüllung hin, die zudem in direktem Kontakt mit der neun Jahre zuvor eingebrachten orthograden Wurzelkanalfüllung zu stehen scheint (Abb. 25). Die histopathologische Untersuchung ergibt „kollagenfaserhaltiges Bindegewebe mit wechselnd dicht gelagerten Fibroblasten“ und „herdförmig lymphoplasmazelluläre Infiltrate mit reichlich Plasmazellen“. Die klinische und röntgenologische Kontrolle ein Jahr nach chirurgischer Revision der 15 Jahre zuvor durchgeführten Wurzelspitzenresektion an Zahn 21 (und zehn Jahre nach Revision des plastisch eingebrachten Wurzelkanalfüllmaterials) führt zu folgenden Ergebnissen:

■ Intakte Alveolarmukosa im Bereich der früheren Fistelmündung (Abb. 26).

- Weder zusätzliche Narbenbildungen, noch Veränderungen der Gingivaverlaufsform oder Papillenschrumpfung
- Parodontale Sondertiefen im Normbereich, keine Empfindlichkeiten auf axiale Perkussion oder auf apikale Palpation, normale Zahnbeweglichkeit

■ Im Röntgenbild (Abb. 27) lässt sich gegenüber Abbildung 25 eine eindeutige Knochenverdichtung im Neopexbereich von Zahn 21 ausmachen. Ein durchgängig verfolgbarer Parodontalspalt zeichnet sich bei Zahn 21 bisher jedoch nur andeutungsweise ab.



Abb. 25: Röntgenkontrolle nach chirurgischer Revision der 14 Jahre zuvor durchgeführten Wurzelspitzenresektion bei Zahn 21: Das retrograd eingeführte MTA® scheint das apikale Drittel des Wurzelkanals dicht auszufüllen.



Abb. 26: Klinische Situation ein Jahr nach chirurgischer Revision der Wurzelspitzenresektion bei Zahn 21: Die Fistelöffnung ist verschlossen. Die gewählte Schnittführung hat sich weder nachteilig auf die Morphologie der Interdentalpapillen ausgewirkt, noch sind zusätzliche sichtbare Narben entstanden.



Abb. 27: Ein Jahr nach chirurgischer Revision bei Zahn 21 ist eine Knochenverdichtung im Bereich des Neoapex von Zahn 21 auszumachen, ein Parodontalspalt ist nur andeutungsweise erkennbar (Aufnahme identisch mit Abb. 10).

Diskussion

Die Endodontologie ist eine, legt man die enorm angestiegenen Forschungsaktivitäten und das erheblich gewachsene Interesse an entsprechender Fort- und Weiterbildung zugrunde, äußerst vitale zahnärztliche Disziplin. Innovative Instrumente und Materialien, Wissensgewinn, aber auch kontroverse wissenschaftliche Sichtweisen prägen das Bild. Im Folgenden sollen einige der im Rahmen dieser Fallschilderung angestellten Überlegungen zur Therapiewahl und die zum Teil 15 beziehungsweise zehn Jahre zurückliegenden Behandlungsmaßnahmen kritisch auf ihre damalige beziehungsweise aktuelle Gültigkeit überprüft werden.

„Zystenoperation“

Man kann kategorisch festhalten, dass die im Jahre 1989 alio loco getroffene Entscheidung zur Wurzelspitzenresektion von Zahn 11 nicht (mehr) haltbar ist. Neueren Erhebungen zufolge sind von den endodontisch bedingten Läsionen nur etwa 15 Prozent zystischer Natur, und selbst ein gewisser Prozentsatz der Zysten dürfte – von ihrer

Morphologie her – rein konservativ therapierbar sein [9]. Hinzu kommt, dass die Diagnose „Zyste“ niemals präoperativ, sondern immer nur histopathologisch gestellt werden kann. Die oben geäußerte Kritik lässt sich auf alle so genannten primären Indikationen zur Wurzelspitzenresektion übertragen. Sie bliebe im vorliegenden Fall auch dann gültig, wenn eine akute Exazerbation vorausgegangen wäre.

Wurzelspitzenresektion der Zähne 12 und 21

Eine Wurzelspitzenresektion, also ein operativer Eingriff, sollte nicht als Korrektiv unzureichend durchgeführter Wurzelkanalbehandlungen betrachtet oder eingesetzt werden. In der hier gegebenen speziellen Situation, unvollständig wurzelkanalgefüllter Zahn 21 (vermutlich mit intrakanalärer Restinfektion) assoziiert mit apikaler Parodontitis, ist der Versuch einer konservativen Revision der vorausgegangenen Wurzelkanalbehandlung die Therapie der Wahl [5]. Erst wenn die Ausheilung der apikalen Parodontitis ausbleibt, kann eine Wurzelspitzenresektion indiziert sein. Sollte bei Zahn 12 ebenfalls eine apikale Parodontitis vorgelegen haben, was aus Abbildung 1 nicht ableitbar ist, wären die gleichen, wie zuvor für Zahn 21 angestellten Überlegungen gültig.

Die (damals) für den apikalen Abschluss verwendeten Metallstifte behindern eine eventuell notwendige Revision, und die Präparation der entsprechenden „Kavität“ mit genormtem maschinell eingesetztem (starrem) Instrumentarium fordert unnötige Opfer an gesunder Zahnhartsubstanz, soll der niemals im Querschnitt kreisrunde Wurzelkanal apikal dicht ausgefüllt werden. Im vorliegenden Fall hat der Wurzelstift den Wurzelkanalquerschnitt vom Zahn 21 nicht vollständig ausgefüllt – es verblieben Hohlräume, die möglicherweise die Bakterien enthielten, die zur Persistenz oder dem Wiederauftreten der apikalen Parodontitis einige Jahre nach Wurzelspitzenresektion führten.

Offenlassen von Zahn 22

Heute ist allgemein anerkannt, dass nach endodontischer Schmerzbehandlung die Zugangskavität bakteriendicht zu verschließen ist, sieht man von der relativ seltenen Ausnahme fortgesetzter Suppuration/Blutung aus dem Wurzelkanal bei Behandlung einer symptomatischen apikalen Parodontitis ab [7].

Seitenkanal bei Zahn 22

Offenkundig wurde die laterale Parodontitis bei Zahn 22 durch bakterielle Stoffwechselprodukte oder Bakterien selbst initiiert und unterhalten, die über diesen Seitenkanal mit dem Parodont in Verbindung traten. Man kann nicht davon ausgehen, dass dieser Seitenkanal durch die chemomechanische Wurzelkanalaufbereitung vollständig desinfiziert wurde, noch davon, dass der (unbeabsichtigt) hineingepresste Sealer diesen Hohlraum komplett ausfüllt. Die Heilung der lateralen Parodontitis kann man jedoch so interpretieren, dass den nicht eliminierten Bakterien so ungünstige ökologische Rahmenbedingungen verblieben, dass sie zugrunde gingen oder aber inaktiv wurden.

Durchführung der Wurzelkanalbehandlung bei Zahn 22

Die Wurzelkanalaufbereitung mit rotierenden Nickeltitan-Instrumenten gelingt in der Regel schneller und leichter als die herkömmliche Handinstrumentierung und schafft, adäquate Anwendung vorausgesetzt, vergleichbar gute Präparationsergebnisse bei nur geringem Risiko einer Instrumentenfraktur [6, 21]. Die vor zehn Jahren mit konventionellen Edelmetallinstrumenten manuell vorgenommene Wurzelkanalaufbereitung bei Zahn 22 soll exemplarisch daran erinnern, dass auch mit konventionellen (richtlinienkonformen [3]) Behandlungsmethoden ausreichende Ergebnisse erzielt werden konnten. Die oben bereits zitierten Langzeitstudien nach Wurzelkanalbehandlung von Zähnen mit apikaler Parodontitis [4, 12, 16, 22] unterstreichen diese Feststellung, kamen in ihnen doch ausschließlich Handinstrumente aus Edelstahl zum Einsatz. Moderne rotierende Aufbereitungssysteme haben also gewisse Vorteile, sie implizieren aber keinesfalls eine Zwanghaftigkeit zur Aufgabe der manuellen Wurzelkanalaufbereitung.

Gegenüber dem in Tabelle 1 ausgewiesenen Vorgehen bei manueller Instrumentierung favorisiert der Autor mittlerweile eine modifizierte Balanced-Force Technik [14] nach maschineller Erweiterung des koronalen Wurzelkanaldrittels. Wiederholte elektroni-

sche Überprüfungen der Arbeitslänge auf der Basis einer in Rechtwinkeltechnik hergestellten diagnostischen Röntgenaufnahme und die so protrahierte Röntgenmessaufnahme gehören ebenfalls zur Routine.

Zur Behandlung des wurzelspitzenresezierten Zahns 21

Die 1994 vorgenommene erneute Aufbereitung des mit Phosphatzement (unzureichend) gefüllten Wurzelkanalanteils war zwar hinreichend begründet (siehe oben), konnte aber die scheinbar schon existente Infektion im apikalen Drittel des Wurzelkanals weder eliminieren noch entscheidend beeinflussen. Statt der damals praktizierten lateralen Kondensation von Guttapercha bieten sich heute thermoplastische Guttaperchatechniken (Übersicht bei [2]) zur Versiegelung des weit ausgeschachteten Wurzelkanals an.

Die vom Vorbehandler 1989 gewählte Schnittführung (wahrscheinlich „bogenförmiger Schnitt nach Partsch“) hatte die typischen, heute nicht mehr akzeptablen Narbenzüge zur Folge. Das aktuell empfohlene Weichgewebsmanagement im Rahmen von Wurzelspitzenresektionen [13, 18] erlaubt postoperative Verhältnisse, die nicht mehr erkennen lassen, dass ein operativer Eingriff stattgefunden hat.

Wenn auch der Einsatz des Operationsmikroskops in diesem Fall nicht unbedingt zwingend war, so verhalf er doch zu einer größeren Sicherheit beim Ausschluss einer Längsfraktur, bei der Beurteilung der retrograden Kavität und bei der abschließenden Kontrolle des Wundgebietes. Insbesondere bei der Beurteilung von Wurzelquerschnitten mit komplexen Kanalkonfigurationen und bei der Präparation sowie dem Füllen entsprechender retrograder Kavitäten ist das Operationsmikroskop nahezu unverzichtbar [19, 20].

Die im Neoapexbereich von Zahn 21 vorgefundene entzündliche Veränderung (mit Fistelgang) ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine intrakanaläre Infektion zurückzuführen [5], wenn grundsätzlich auch andere Entzündungsauslöser (siehe oben) in Frage kommen. Der operative Eingriff war dementsprechend darauf ausgerichtet,

durch Entfernung des apikalen Metallstiftes das infizierte Areal zugänglich zu machen und – so gut wie möglich – von retrograd zu desinfizieren. Die ausreichend tiefe retrograde Füllung dient dem Zweck, eine Kommunikation der eventuell vorhandenen Restinfektion im Wurzelkanal mit dem Periapex zu unterbinden. MTA® gilt gegenwärtig als Material der Wahl [15]. Der nicht mehr existente Fistelgang (Abb. 26) und die zunehmende knöcherne Konsolidierung im Neoapexbereich von Zahn 21 (Abb. 27) können als Hinweise darauf gesehen werden, dass dieses Ziel zumindest mittelfristig erreicht wurde.

Zusammenfassung

Dieser Fallbericht beschäftigt sich mit der endodontischen beziehungsweise endochirurgischen Versorgung der Oberkieferfrontzähne einer zu Behandlungsbeginn 32-jährigen Patientin. Der Beobachtungszeitraum umfasst 15 Jahre.

Die initial alio loco durchgeführten Wurzelspitzenresektionen an drei Zähnen (12 bis 21) werden im Hinblick auf die Indikationsstellung kritisch hinterfragt und die Entscheidungsfindung zur sowie die Durchführung einer chirurgischen Revision an einem dieser Zähne geschildert.

Diese Behandlung wird der konservativen Wurzelkanalbehandlung an Zahn 22 gegenübergestellt. Die bei dem trepanierten Zahn vorliegende laterale Parodontitis heilte komplikationslos aus. Bei der klinischen und röntgenologischen Zehn-Jahres-Kontrolle ergaben sich keine Auffälligkeiten.

*Professor Dr. Claus Löst
Poliklinik für Zahnerhaltung
Universitätsklinikum Tübingen
Osianderstraße 2-8
72076 Tübingen*



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

Seltene odontogene Tumoren

Pindborg Tumor (verkalkender epithelialer odontogener Tumor) im Oberkiefer

Martin Kunkel, Torsten Reichert



Abbildung 1: Klinischer Aspekt des Tumors im linken Oberkiefer. Es stellt sich eine deutliche Auftreibung des Alveolarfortsatzes ab der Region 26 nach distal dar. Die Schleimhaut erscheint im zentral ulzerierenden Anteil durchbrochen, weist aber in der Umgebung keine Verhornungsstörungen auf.

Ein 34-jähriger Patient stellte sich aufgrund einer seit mehreren Monaten progredienten, schmerzlosen, knochenharten Schwellung vestibulär im linken Oberkiefer vor. Klinisch lag ein knapp 2,5 Zentimeter durchmessender Tumor distal und vestibulär des Zahnes 26 vor. Der Tumor wies einen zentral inhomogenen, teilweise oberflächlich ulzerösen Anteil auf. Die umgebende Schleimhautoberfläche zeigte aber keine Verhornungsstörungen im Sinne von Vorläuferläsionen epithelialer Oberflächentumoren (Abb. 1). Die Tumorgrenzen waren weit nach cranial als Auftreibung des Alveolarkamms palpabel.

Nativradiologisch (Abb. 2) zeigte sich eine inhomogene, partiell von Verkalkungsstrukturen durchsetzte Raumforderung in unmittelbarem Kontakt zur Distalfläche des Zahnes 26. Die computertomographische Darstellung (Abb. 3 A,B) zeigt einen überwiegend scharf begrenzten Tumor, der den Alveolarkamm vollständig durchsetzt und sich nach vestibulär beziehungsweise zur Kieferhöhle hin deutlich über die Grenzen des Alveolarkamms ausdehnt. Eine periphere Kortikalislamelle wird eben erkenn-

bar. Auch in der CT-Darstellung wird die Inhomogenität des Tumors mit partiell mineralisierten Anteilen deutlich. Auffällig ist, dass die Kieferhöhlenschleimhaut in der unmittelbaren Tumorumgebung keinerlei Anzeichen einer Irritation aufweist. Nebenbefundlich zeigte sich auf der Gegenseite eine odontogene Sinusitis maxillaris ausgehend von einem tief zerstörten, apikal beherrschten Zahn 15. Histologisch hatte sich aus der Biopsie des zuweisenden Kollegen ein verkalkender epithelialer odontogener Tumor ergeben, so dass hier das seltene Bild eines so genannten Pindborg Tumors vorlag.



Abbildung 2: Im OPG des Patienten stellt sich eine Raumforderung im posterioren Alveolarfortsatz des linken Oberkiefers dar. Der Tumor erscheint inhomogen und wabenförmig durchsetzt von Mineralisationszonen.

Fotos: Kunkel



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

Der Tumor wurde mit einem geringen Sicherheitsabstand einschließlich des parodontal geschädigten Zahnes 26 entfernt. Im Anschnitt des Resektats (Abb. 4) wird noch einmal die deutliche Inhomogenität dieses Tumors deutlich. Die lokale plastische Deckung erfolgte zweischichtig unter Transposition des Bichat-Fettpropfes. Es wurde außerdem eine Sanierung der odontogenen Sinusitis maxillaris der Gegenseite im Sinne einer Ursachenbeseitigung und Revision der Kieferhöhle angeschlossen.

Diskussion

Der verkalkende epitheliale odontogene Tumor ist mit unter einem Prozent der odontogenen Neoplasien eine sehr seltene Entität, und es sind nur wenige 100 dieser Tumoren in die Literatur eingegangen. Rund zwei Drittel der Läsionen betreffen den Unterkiefer. Insgesamt ist der Alveolarfortsatz der Molarenregion der bevorzugte



Neu: Ab sofort können Sie auch für den „Aktuellen klinischen Fall“ Fortbildungspunkte sammeln. Mehr bei www.zm-online.de unter Fortbildung.

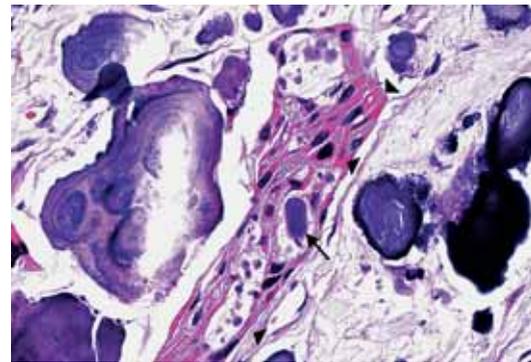


Abbildung 5: Histologischer Aspekt des Tumors (HE-Färbung: Originalvergrößerung 400x). Innerhalb einer bandförmigen Ansammlung eosinophiler, epithelialer Zellen (▶) finden sich extrazelluläre, mineralisierte Ablagerungen (→). Als typisches Merkmal findet sich ein ringförmiges Muster der Verkalkungsherde.

Das histologische Präparat wurde freundlicherweise von Dr. T. Hansen, Institut für Pathologie der Johannes Gutenberg-Universität (Direktor: Prof. Dr. Kirckpatrick), zur Verfügung gestellt.

Privatdozent Dr. Dr. Martin Kunkel
Poliklinik für Mund-, Kiefer und
Gesichtschirurgie der Universität Mainz
Augustusplatz 2
55131 Mainz

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

zm Leser service

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



Abbildung 3: Axiale (A) und coronare (B) CT-Bildgebung. Hier kommt die vollständige Durchsetzung des Alveolarkammes mit Ausdehnung nach vestibulär und zur Kieferhöhle zur Darstellung. Es zeigen sich unregelmäßige Verkalkungszonen. Ein sehr schmaler Saum der Außenkortikalis des Knochens ist erhalten.

Entstehungsort. Als Ursprungsgewebe wird das stratum intermedium des Schmelzorgans vermutet [Neville et al., 2002]. Extracossäre Manifestationen wurden als überaus seltene Variante beschrieben [Li et al., 2004], und auch maligne Verlaufsvarianten

Fazit für die Praxis

- Der Pindborg Tumor ist ein lokal invasiv wachsender, seltener odontogener Tumor mit einem charakteristischen Gewebebild (Verkalkungsherde innerhalb epithelialer Zellnester).
- Klinisch stellt sich der Tumor als schmerzlose Auftreibung des Alveolarkammes dar, wobei ein Durchbruch durch die Schleimhaut zu einem ulcerösen Erscheinungsbild führen kann.
- Radiologisch erscheint der Tumor zumeist als gut begrenzte Osteolyse, wobei sich häufig Verkalkungszonen als inhomogene Binnenstruktur darstellen.
- Therapeutisch ist eine schonende lokale Resektion knapp im Gesunden anzustreben.

zählen zu den extremen Raritäten [Veness et al., 2001]. Häufiger wird, wie auch bei zahlreichen anderen odontogenen Tumoren, ein topographischer Zusammenhang zu retinierten Zähnen gesehen. Im vorliegenden Fall war aber nicht mehr eruierbar, ob in der Region zuvor einmal ein retinierter Zahn entfernt worden war. Histologisch erscheint der Tumor sehr heterogen. Pathognomonisch sind innerhalb eines fibrösen Stromas eingebettete, band- oder nestförmige Epithelinseln, in denen amorphe, eosinophile, amyloidartige Ablagerungen erkennbar werden. Das charakteristische Gewebebild des Pindborg-Tumors zeigt ringförmige Verkalkungen dieser extrazellulären Ablagerungen in unterschiedlicher Dichte (Abb. 5).

Das klinische Verhalten des Pindborg-Tumors ähnelt grundsätzlich dem des Amelo-



Abbildung 4: Im Anschnitt des Resektates stellt sich ein sehr inhomogener Tumor dar. Wie bereits in der CT-Darstellung zu vermuten, ist die umgebende Knochenlamelle (→) erhalten.

blastoms, die lokale Invasionstendenz ist aber insgesamt weniger aggressiv. Eine Entfernung kann daher recht schonend mit einem geringen Sicherheitsabstand im gesunden Knochen erfolgen. Auch eine alleinige Kürettage ist möglich, führt aber dann zu einer etwas erhöhten Rezidivrate, die ansonsten um 15 Prozent liegt.

Für die zahnärztliche Praxis soll der vorliegende Fall an die variantenreiche Gruppe der odontogenen Tumoren erinnern, die differentialdiagnostisch gerade bei inhomogenen Osteolysen bedacht werden muss.

Alten- und Behindertenbehandlung

Wo ein Wille ist, sind viele Wege

Wird ein Mensch pflegebedürftig, ändert sich alles: Der Weg zum Zahnarzt ist aufwändig und teuer, die Praxis auf multimorbide Patienten nicht eingestellt. Behandelt wird oft nur in Notfällen und mit der Zange, die tägliche Zahnpflege entfällt meist ganz. Eigene Zähne verrotten, Schmerzen treten auf und die Lebensqualität geht verloren. Dass es ganz anders geht, beweisen zwei Projekte in Bayern und Wesel.



Spezielle Behandlungsmodelle garantieren, dass ältere Menschen weiterhin optimal zahnärztlich versorgt werden.

Foto: Zahnklinik München



Bayern

Lokale Initiativen zur Behandlung von alten und behinderten Patienten gibt es in Bayern schon lange. Die Stadt München, die Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) und der Zahnärztliche Bezirksverband (ZBV) haben sich jedoch vor gut anderthalb Jahren entschlossen, ein Gesamtkonzept zu entwickeln, um die ältere Bevölkerung flächendeckend zahnärztlich versorgen zu können.

„Früher waren Ältere meist zahnlos oder aber bereits seit Jahren an eine Prothese gewöhnt“, berichtet Prof. Christoph Benz von der Zahnklinik München. „Heute besitzen dagegen viele Senioren bis ins hohe Alter eigene Zähne. Problematisch wird es, wenn wir hilfsbedürftig werden – dann können wir unsere Zähne, Brücken und Implantate nicht mehr optimal selbst pflegen.“

Initiative gefragt

Die im Münchner Gesundheitsbeirat gegründete Arbeitsgruppe Zahngesundheit sieht deshalb vor, die wissenschaftliche Arbeit der Zahnklinik, geleitet von Benz und Dr. Cora Eleonore Streit, mit den Initiativen von BLZK und ZBV zu kombinieren. Ergebnis ist ein duales Modell der Prophylaxe im Heim, unterstützt von einer zahnärztlichen mobilen oder stationären Versorgung.

„Das Projekt fußt auf der Einzelinitiative einzelner Zahnärzte in ganz Bayern“, schildert der ZBV-Vorsitzende Dr. Heinz R. Nobis. „Sie garantieren als Patentzahnärzte die zahnmedizinische Versorgung in den Senioreneinrichtungen und unterrichten zugleich das Pflegepersonal. Koordiniert werden die Aktivitäten vom jeweiligen ZBV.“

Das Konzept basiert auf zwei Modulen:

■ das Modul „Prophylaxe“: Das geschulte Pflegepersonal hilft bei der täglichen Mundpflege, das mobile zahnmedizinische

Team übernimmt regelmäßig die professionelle Gebisspflege. Wichtig ist, schonend, zeitnah und sachgerecht zu behandeln. Doch wie versorge ich bettlägerige oder unbewegliche Patienten? „Auf Unwissen können die Zahnärzte nicht bauen – hier müssen Fortbildungen das notwendige Wissen vermitteln“, betont Dr. Christian Öttl, BLZK-Referent für Zahnärztliches Personal. „Auch das Pflegepersonal muss eine Unterweisung in die Zahn-, Gebiss- und Mundpflege seiner Patienten bekommen.“

■ das Modul „Versorgung“: Notwendige Behandlungen nimmt der Patenzahnarzt so weit wie möglich vor Ort vor. Für Notfälle und Therapien, die weit über das Praxisübliche hinausgehen, steht das neu geschaffene Kompetenzzentrum Harlaching zur Verfügung. „Hier kann der Niedergelassene seine eigenen Patienten unter Intensivbedingungen und im Beisein aller benötigten Fachärzte behandeln“, informiert Dr. Chris-

zm-Info

Im eigenen Heim gepflegt

Es gibt etwa 2,04 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland. Doch nur 604 000 befinden sich in Pflegeheimen, und nur 485 000 werden von Pflegediensten betreut. Damit bleiben ungefähr eine Million Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt werden. Untersuchungen ergaben, dass nur neun Prozent der Befragten sich optimal zahnmedizinisch betreut fühlen. Die häufigsten Beschwerden mit denen die Patienten zu kämpfen hatten, waren Herzinsuffizienz, Hypertonie und Demenz. Ein deutlicher Zusammenhang besteht nachweislich zwischen chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen und Parodontopathien. Durch gezielte Pflegeanweisungen und -unterstützung konnte die Gingivitis-morbidität von einem Drittel auf ein Neuntel gesenkt werden. Bei 76 Prozent wurde eine bessere Mundhygiene festgestellt. Es gab 79 Prozent weniger Extraktionen und 65 Prozent benötigten keine Notfallbehandlung mehr.

tian Eschrich, „wie auch auf die kompetente Hilfe eines MKG-Chirurgen zurückgreifen“.

Kollegen helfen gerne

Eschrich, in München Vorreiter in Sachen Seniorenbehandlung, hat die Erfahrung gemacht, dass Facharztkollegen gerne und jederzeit helfen. Er betreut seit elf Jahren Altenheimbewohner. Zuerst mobil, das heißt, er wurde für jeden Fall extra angerufen, und seit sechs Jahren in einem Behandlungszimmer im Heim, mit festen Sprechzeiten zwei Mal wöchentlich. Eschrich arbeitet mit einem mobilen Anästhesisten zusammen, der ihn unterstützt, wenn ein Patient dement oder besonders schwer krank ist. Ansonsten fragt er die Ärzte im Haus, die die Krankengeschichte der Bewohner kennen. Das Interesse der Bayerischen Zahnärzte ist riesig: Nahezu 70 Kollegen sind bereit, in den über 60 Pflegeeinrichtungen zu helfen. Dennoch konnten nicht alle Heime vermittelt werden. Wer Interesse hat, in München ein Heim mit zu versorgen, meldet sich bitte beim ZBV unter der Telefonnummer 089/72 48 03 04.

Prof. Benz hat für freiwillige Zahnärzte als Hilfsmittel eine CD zum Thema Gerostomatologie zusammengestellt. Außerdem veranstaltet die BLZK vom 22. bis 23. April den interdisziplinären Kongress „Zähne im Alter“. Mehr unter www.blzk.de.



Wesel

Bis 2002 wurden die angehenden Altenpfleger im Kreis Wesel rein theoretisch in Oralhygiene unterrichtet. Das Curriculum erarbeiteten die Seminardozenten aus entsprechenden Lehrbüchern für Pflegeberufe – allerdings wurden die Kapitel zur Oralhygiene nicht von zahnmedizinischen Fachleuten geschrieben.

Der Praxisbezug in den Fachseminaren fehlte daher ebenso wie die praktischen zahnmedizinisch-prophylaktischen Übungen in den Ausbildungsstationen im Heim und Krankenhaus. Ein Mangel mit fatalen Konsequenzen: Die Mundhygiene-Versorgung immobiler und pflegebedürftiger Patienten lag nahezu brach.

Praxis statt graue Theorie

Aus diesem Grund vereinbarte die Zahnärztekammer Nordrhein gemeinsam mit dem Fachseminar für Altenpflege des Kreises Wesel, den theoretischen Unterricht in Zahn- und Mundpflege auf eine wissen-



Mit dem mobilen Koffer kann der Zahnarzt kranke und alte Patienten auch zu Hause behandeln.

schaftliche und prophylaktisch orientierte Basis zu stellen. „Der Unterricht hatte keine Beziehung zum Pflegealltag – dadurch entstand ein Defizit im Altenpflegeberuf, gerade in Sachen Kompetenz“, berichtet Dr. Friedrich Cleve, Leiter der Initiative.

Das neue Konzept besteht aus zwei Kursen:

- Kurs 1 umfasst die „allgemeine Zahn- und Mundpflege“
- Kurs 2 enthält die „spezielle Zahn- und Mundpflege“

In beiden Kursen sind Theorie und praktische Übungen miteinander verwoben. Der Dozent unterrichtet die Theorie, eine fortgebildete Zahnmedizinische Fachassistentin (ZMF) oder Prophylaxeassistentin (PA) übernimmt den praktischen Teil.

2003 wurden die Azubis zum ersten Mal nach diesem Programm in geriatrischer

Pflegeintensive Versorgung

Nur 25 Prozent aller Senioren in Deutschland zwischen 64 und 74 sind zahnlos, 75 Prozent haben im Durchschnitt noch die Hälfte ihrer natürlichen Zähne. Zusätzlich gibt es immer mehr „feste“, dann aber auch pflegeintensive Versorgungen wie Brücken und Implantate.

ck

Zahn- und Mundpflege unterrichtet. Die Bilanz kann sich sehen lassen: Der neue Unterricht kommt bei Schülern und Lehrern sehr gut an. Damit das Angebot nicht auf eine Schule beschränkt bleibt, will das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium das

neue Ausbildungskonzept sogar bundesweit einsetzen.

Geplant ist, dass die ZMF und die PA zusätzlich zu ihrem jetzigen Ausbildungsstand eine zweiteilige pädagogisch-didaktische Unterweisung in der geriatrischen Zahn- und Mundpflege erhalten. Der erste Teil besteht aus einer Einweisung in die geriatrische Zahnpflege. Die Teilnehmer können hier ihr Fachwissen auffrischen und vertiefen. Der zweite Teil vermittelt die methodisch-didaktischen Techniken, und zwar anhand ihrer eigenen vorangegangenen Praxiseinwei-

sung. Gutes Unterrichten setzt eben auch voraus, dass die Mitarbeiterinnen ihre Fähigkeiten vor dem Auditorium testen und dadurch den gelernten Stoff überprüfen können.

„Wir können die älteren, zum Teil hilflosen Patienten nicht sich selbst überlassen“, unterstreicht Dr. Rüdiger Butz, Vizepräsident der Zahnärztekammer Nordrhein. „Dieses Projekt ist ein großer Schritt nach vorn, weil es die Pfleger in der Zahn- und Oralpflege schult und damit eine gute Betreuung der Senioren gewährleistet.“

ZMF und PA, die nach entsprechender Zusatzausbildung eine Lehrtätigkeit an Altenpflege-Berufsschulen übernehmen möchten, können sich telefonisch unter 0211/5260556 bei Frau Galle, Kammer Nordrhein melden.

ck

Repetitorium

Läuse und andere Quälgeister

Christine Vetter

Altbekannte, oft vergessen geglaubte Parasiten sind auch in unserer modernen Gesellschaft noch weit verbreitet. Lästig sind vor allem die kleinen Blutsauger, die den Menschen als Wirt benutzen, zum Beispiel die Kopf- und Filzläuse. Welche Schmarotzer zum Problem werden können und womit auch in der heutigen Zeit noch zu rechnen ist, darüber soll dieses Repetitorium informieren.



Foto: bgw

Kopfläuse sind heute in den besten Familien zu Hause.

Sie sind nur wenige Millimeter groß und machen sich in aller Regel durch Juckreiz bemerkbar, der sich bis ins Unerträgliche steigern kann. Nicht immer ist eine mangelnde Hygiene Schuld daran, wenn Läuse, Filzläuse und Co. sich auf Haar und Haut des Menschen niederlassen. Denn die meisten dieser Parasiten verbreiten sich bereits durch einfache Berührung oder auch über Kopfbedeckungen wie Mützen und Fahrradhelme.

Läuse – Parasiten des Menschen

Läuse sind flügellose Insekten, die zur Gruppe der Spinnentiere gehören. Bei den Menschenparasiten unterscheidet man Kopf-, Filz- und Kleiderläuse. Kopfläuse halten sich am liebsten im behaarten, gut

belüfteten Kopfbereich auf, Filzläuse dagegen vor allem in den übrigen behaarten Körperbereichen, wie in der Intimbehaarung, unter den Achseln oder auf der behaarten Männerbrust. Kleiderläuse siedeln auf dem Menschen wie auch in dessen Kleidung und sie legen – anders als ihre Artgenossen – ihre Eier stets in der Kleidung ab.

Übertragung

Läuse können weder fliegen noch springen und werden durch engen Kontakt von Mensch zu Mensch übertragen. Das passiert zum Beispiel, wenn Kinder beim Spielen die „Köpfe zusammenstecken“, wobei die Läuse von Kopf zu Kopf wandern können, oder durch das gemeinsame Benutzen von Haarkämmen oder Haarbürsten. Auch über Halstücher, Schals und Mützen im Garderobebereich, können Läuse von einem Menschen auf den anderen wandern. Selbst über gepolsterte Sitzlehnen in öffentlichen Verkehrsmitteln oder, wie erwähnt, über lose Haare, an denen frisch geschlüpfte Larven oder auch deren Nissen haften, auf einem nur nachlässig gereinigten Zahnarztstuhl können sich die Läuse weiter verbreiten.

Kopfläuse

Kopfläuse (*Pediculi humanus capitis*) sind etwa zwei bis dreieinhalb Millimeter große, abgeflachte, flügellose Insekten mit drei Paar sehr kräftigen mit hakenartigen Fortsätzen versehenen Beinen und einem Stechsaugrüssel. Es handelt sich um Blutsaugende Ektoparasiten, also um Lebewesen,

Medizinisches Wissen ist für jeden Zahnarzt wichtig. Da sich aber in allen medizinischen Fachbereichen ständig sehr viel tut, sollen mit dieser Serie unsere Leser auf den neuesten Stand gebracht werden. Das zm-Repetitorium Medizin erscheint in der zm-Ausgabe zum Ersten eines Monats.

die für ihr Fortbestehen auf einen Wirtsorganismus angewiesen sind, mit dessen Hilfe sie sich ernähren und weiter verbreiten. Kopfläuse sind dabei auf den Menschen spezialisiert. Sie sind mit bloßem Auge kaum erkennbar und halten sich, wie der Name bereits andeutet, am liebsten im behaarten Kopfbereich des Menschen auf. Dort fühlen sie sich besonders wohl bei dichtem, bevorzugt dunklem Haarbewuchs und dann speziell im hinteren Kopfbereich und hinter den Ohren. Sie können in gewissen Grenzen sogar die Farbe des Kopfhaares annehmen, was es besonders schwer macht, den Lausbefall zu erkennen (Mimikri).

Juckreiz als Leitsymptom

Juckreiz ist das wichtigste Symptom des Läusebefalls. Die Kopfläuse ernähren sich, indem sie mehrmals täglich, etwa alle drei Stunden, mit ihrem Saugrüssel in die Kopfhaut stechen und Blut als Nahrung aufnehmen. Sie geben dabei Speichel ab, der zur Histaminausschüttung beim Wirt führt. Die Haut reagiert darauf oft mit der Bildung kleiner Papeln, die infolge des Juckreizes

zm-Info

„Lausige“ Kopfstützen

Auch die Kopfstütze am Zahnarztstuhl, wenn auf diesem zuvor ein Patient mit Läusen gelegen hat, kann, sowie sie nicht peinlich gereinigt wird, zur Verbreitung beitragen. Übrigens: Kopfstützen im Flugzeug, Auto oder Zug sind ebenso betroffen! Welcher Zahnarzt denkt bei jedem Kind, das zur Kontrolle in die Praxis kommt, daran, dass in dessen Schule oder Kindergarten möglicherweise gerade „Läusealarm“ herrscht? ■

häufig aufgekratzt werden. Ekzemartige Hauterscheinungen, die sich durch weiteres Kratzen noch verstärken, und gegebenenfalls sogar eine bakterielle Superinfektion der Papeln durch das Kratzen, sind die möglichen Folgen. Eine Übertragung von Krankheiten durch die Läuse ist dagegen in unseren Breitengraden nicht zu befürchten.



Foto: Gesundheitsamt Garmisch-Partenkirchen

Der Menschenfloh, labt sich am Blut seines Wirts.

Nissen heften sich an den Haaransatz

Vermehrung: Die normale Lebensspanne der Laus vom Ei über die Larve beziehungsweise Nymphe bis zum geschlechtsreifen Tier liegt bei etwa 30 Tagen, variiert aber je nach Temperatur und Luftfeuchtigkeit. Nach der Befruchtung durch das Männchen legen die weiblichen Tiere rund 50 bis 150 weiße bis durchsichtige, nur 0,8 Millimeter große Eier, die so genannten Nissen, ab. Sie werden mit einer von den Läusen am Hinterleib gebildeten, festen, kittartigen Substanz in kleinen Kapseln in Kopfhautnähe haltbar an die Haare angeklebt.

Suchen macht fündig

Diagnose: Festzustellen ist der Läusebefall durch eine genaue Inspektion der Kopfhaut – gegebenenfalls mit einer Lupe – und der Haare. Dabei muss das Haar gescheitelt und sorgfältig Strähne für Strähne abgesucht werden. Besonders gut zu suchen ist an den

bevorzugten Stellen der Läuse, also hinter den Ohren sowie in der Schläfen- und Nackenregion. Ein in der Apotheke erhältlicher spezieller Läusekamm leistet hervorragende Hilfestellung bei der Suche.

Da oft nur wenige Läuse auf dem Kopf zu finden und diese schwer zu entdecken sind, wird die Diagnose „Läusebefall“ meist über den Nissenbefall gestellt. Denn die weißlichen Nissen sind einfacher festzustellen. Sie sind von Kopfschuppen gut zu unterscheiden, da sie fest am Haar haften und nicht abzustreifen sind.

Läusebefall ist meldepflichtig

Der Befall mit Läusen gehört zu den meldepflichtigen Erkrankungen. Nach dem Infektionsschutzgesetz dürfen Personen, die an den genannten Krankheiten leiden, oder bei denen dieser Verdacht besteht, keine Tätigkeiten in Gemeinschaftseinrichtungen mit Kontakt zu den dort Betreuten ausüben und ebenso wenig die Räume von Gemeinschaftseinrichtungen betreten, solche Einrichtungen nutzen oder dort an Veranstaltungen teilnehmen.

Haarwäsche mit Schuss

Behandlung: Wird ein Läusebefall festgestellt, so ist eine umfassende Behandlung notwendig, damit die Parasiten nicht weiter verbreitet werden. Es gibt inzwischen verschiedene Wirkstoffe zur Abtötung der Läuse, zum Beispiel Allethrin, Lindan, Permethrin oder Pyrethrum. Die Wirkstoffe sind zumeist als Shampoos erhältlich, was die Anwendung auf dem behaarten Kopf erleichtert. In der Schwangerschaft und Stillzeit dürfen einige Präparate nicht eingesetzt werden (siehe Beipackzettel der einzelnen Präparate). Generell sollte die Behandlung bei Säuglingen und Kleinkindern ärztlich überwacht werden.

Da meist mit einer Wäsche nicht alle Läuse und Nissen abgetötet werden, muss die Anwendung mehrmals wiederholt werden. Die Hüllen der Nissen bleiben zudem leer auf dem Kopf erhalten und können anschließend mit Essigwasser aufgelöst

werden. Sie lassen sich dann mit einem Läuse- oder Nissenkamm (siehe oben), also einem Kamm mit sehr engen Zinken, mechanisch entfernen.

Wichtig ist, dass die Kopfwäschen mit dem Läusemittel nicht nur bei der von den Läusen befallenen Person – meist einem Kind im Kindergarten- oder Schulalter – durchgeführt werden, sondern bei allen Familienmitgliedern, die mit dem Betroffenen in engem Kontakt leben und auf die die Läuse übergegangen sein könnten. Außerdem müssen alle möglicherweise befallenen Kleidungsstücke von den Parasiten befreit werden, um eine erneute Übertragung zu unterbinden. Das kann durch heißes Waschen (über 50 Grad, Hitzesterilisation) geschehen oder durch eine Kühlagerung für mindestens 14 Tage. Selbstverständlich müssen neben der Kleidung auch Kämmе, Haarbürsten und Haarschmuck gereinigt, es müssen das Bettzeug, Handtücher sowie Mützen und Schals und auch die bei den Kindern beliebten Kuschtiere bei mindestens 60 Grad gewaschen oder für zwei Wochen in einem verschlossenen Plastiksack aufbewahrt werden.

Vorbeugend sollte man zudem weder Kamm und Haarbürste noch Kleidungsstücke, und das betrifft insbesondere Schal und Mütze, mit anderen Personen tauschen – eine Verhaltensregel, die unbedingt auch Kindern beizubringen ist.

Filzläuse

Filzläuse sind deutlich kleiner als Kopfläuse. Sie werden nur rund eineinhalb bis zwei Millimeter groß und haben eine flache rundliche Form. Sie halten sich bevorzugt in behaarten Körperregionen mit vielen Schweißdrüsen auf, also im Achsel- und im Schambereich und in der Brustbehaarung. Bei Kindern, bei denen in diesen Regionen die Behaarung noch nicht ausgeprägt ist, finden sich Filzläuse gelegentlich in den Wimpern und den Augenbrauen. So wie die Kopfläuse, so saugen auch Filzläuse Blut, wobei sie gelegentlich sogar kleine Hämatome verursachen. Auch beim Filzlausbefall ist das Leitsymptom der starke, meist „süßliche“ Juckreiz.

Ebenso wie Kopfläuse, werden auch Filzläuse durch einen engen Körperkontakt übertragen. Da sie bevorzugt den Schambereich besiedeln, ist meist der Sexualverkehr die Ursache, wenn man „sich ansteckt“. Aber auch über Kleidung und Bettwäsche können die Parasiten von Wirt zu Wirt übergehen. Sie überleben in der Bettwäsche ohne Wirt bis zu vier Tagen. Auch Toilettenbrillen sind eine Gefahrenquelle.

Kleiderläuse

Kleiderläuse sind die größten Vertreter der Läuse beim Menschen. Sie werden drei bis sogar viereinhalb Millimeter groß und halten sich normalerweise nicht auf dem Menschen selbst, sondern in dessen Kleidung auf, wobei sie körperwarmer Regionen bevorzugen. Von der Kleidung ausgehend begeben sich die Kleiderläuse lediglich zur „Mahlzeit“ auf ihren Wirt, saugen dort Blut und wechseln wieder über in ihr Versteck, die Kleidung. Dort werden auch die Eier abgelegt, bevorzugt in Kleidersäume oder -falten. Aus den Eiern schlüpfen nach sieben bis neun Tagen die adulten Läuse aus.

Auch Kleiderläuse machen sich vor allem durch Juckreiz bemerkbar, wobei der Juckreiz bei diesen Blutsaugern besonders stark ist. Es kommt deshalb infolge des unausweichlichen Kratzens häufig zu bakteriellen Infektionen an der Einstichstelle. Kleiderläuse können in seltenen Fällen außerdem Infektionskrankheiten wie die Rickettsiose oder das Fleckfieber übertragen.

Flöhe

Kaum mehr Bedeutung haben in unseren Breitengraden Menschenflöhe (*Pulex irritans*). Es handelt sich ebenfalls um blut-saugende Parasiten, die sich allerdings völlig anders als Läuse verbreiten. Denn die nur zwei bis drei Millimeter großen Flöhe können durch Springen große Distanzen überbrücken. Sie vermögen über etwa 60 Zentimeter hoch zu springen. Welch enorme Leistung das ist, zeigt sich bei einer Übertra-

gung der Verhältnisse auf den Menschen. Immerhin müssten wir, um die gleiche Leistung zu erbringen, aus dem Stand rund 500 Meter in die Höhe hüpfen, so zumindest lautet die Meldung des Pressedienstes „medizininfo“!

Flöhe haben es durch ihre Sprungkraft somit weit einfacher als Läuse, sich neue Wirte zu „erschließen“. Sie saugen dann ebenfalls Blut, wobei sie bei einer „Mahlzeit“ meist mehrmals zubeißen. An der Bissstelle entsteht ein kleiner rötlicher Fleck, und wie bei den Läusen kommt es zu einem erheblichen Juckreiz. Flohstiche findet man bevorzugt im Bereich der Extremitäten, am Hals, im Gesicht sowie an den Hüften und den Schultern, seltener aber in Hautfalten sowie am Bauch und im Rückenbereich.



Die Milbe, *Sarcoptes scabiei*, gräbt sich zur Eiablage unter die Haut.

Neben den Menschenflöhen können sich durchaus auch Hunde- oder Katzenflöhe verirren und den Menschen befallen. Die Tierflöhe richten – mit Ausnahme der Rattenflöhe, die die Pest übertragen können – meist keine großen Schäden an, verursachen aber ebenfalls erheblichen Juckreiz. Besonders häufig sind verständlicherweise Tierhalter betroffen. Haben die Tiere Flöhe, so muss wie bei den Läusen eine entsprechende Behandlung erfolgen, bei der die Lager der Tiere sowie Decken, Polstermöbel und gegebenenfalls auch die Kleidung flohfrei gemacht werden. Bei starkem Befall muss unter Umständen Hilfe über einen professionellen Kammerjäger angefordert werden.

Krätze/Skabies

Auch bei der Krätze (Skabies) handelt es sich um eine parasitäre Erkrankung, die durch engen Körperkontakt übertragen wird. Krankheitsauslöser sind die Milben *Sarcoptes scabiei*. Sie dringen in die Hornhaut ein und legen dort ihre Eier in einem kleinen Milbengang ab. Diesen vergrößern sie täglich um einen halben bis einen Millimeter und legen weitere drei bis vier Eier ab. Nach drei bis vier Tagen entwickeln sich die Larven und verlassen auf der Suche nach Nahrung, in erster Linie Lymph- und Hautzellen, ihren Milbengang. Nach mehreren Häutungen entwickeln sie sich innerhalb einiger Tage zum geschlechtsreifen Tier.

Die Milben halten sich bevorzugt im Bereich der Finger und Handflächen, der Brustwarzen, der Genitalregion und der Achselhöhlen auf. Sie verursachen einen erheblichen, vor allem nächtlichen Juckreiz, wobei die Kratzwunden sehr leicht bakteriell infiziert werden können. Es entstehen dadurch eitrig ausschlägige und ekzematöse aussehende Hautveränderungen. Außerdem können sich braunrote Hautknötchen, die charakteristischen Skabiesgranulome bilden, die auf eine immunologische Reaktion auf tote Milben zurückgeführt werden und auch nach erfolgreicher Behandlung fortbestehen können. Hieran können auch leicht befallene Patienten erkannt werden. Behandelt wird die Krätze durch heiße Vollbäder und durch die Behandlung mit Lotionen mit einem milbenabtötenden Wirkstoff, etwa einprozentigem Lindan. Die Medikamente müssen aber nach einem vorgegebenen Schema zuverlässig aufgetragen werden, um den Lebenszyklus der Parasiten zu unterbrechen. Außerdem ist eine sorgfältige Reinigung der Bett- und Leibwäsche unerlässlich (kochen!). ■

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

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Radiologie

Mammazentrum München erschließt modernste Diagnostik

Till Uwe Keil

In „Private-Public-Partnership“ gründete sich Ende 2004 das Mammazentrum München, das eine verbesserte und gleichzeitig auch kostengünstigere Variante der Brustkrebsdiagnostik verspricht, als sie durch herkömmliche Strukturen möglich scheint.



Patientin bei der Vorsorge-mammographie

Fotos: Mammazentrum München

Eingebunden sind zwei große radiologische Praxen und das universitäre Zentrum für bildgebende und interventionelle Brustdiagnostik am Münchner Klinikum rechts der Isar. Die Praxen bringen zum Zeitpunkt der Gründung ihre 16 000 Mammographien jährlich mit ein, die Universität das hier für Europa erstmals etablierte neue Verfahren der Vakuumbiopsie.

„Natürlich kennen wir die Diskussion um den Sinn und die Notwendigkeit der Brustkrebsfrüherkennung und speziell der Vorsorgemammographie. Wir sehen uns aber nicht als Mammographiezentrum. Es ist seit langem bekannt, dass der sinnvolle Einsatz zusätzlicher Methoden wie Ultraschall die Schwächen der Mammographie etwa bei Frauen mit dichtem Drüsengewebe ausgleichen kann. Hierdurch kann man eine Sensitivität bei der Entdeckung von Brustkrebs von über 90 Prozent erreichen. In diesem Sinne kombinieren wir alle Methoden, um für unsere Patientinnen die höchst mögliche

Sicherheit zu erreichen“, so Prof. Sylvia Heywang-Köbrunner, die Leiterin der Abteilung für bildgebende und interventionelle Brustdiagnostik des Klinikums rechts der Isar der TU München.

Sie nennt als weitere Voraussetzung für den Erfolg eines solchen Zentrums: Eine Reihe erfahrener Experten aus verschiedenen relevanten Gebieten, wie Bildgebung oder Gynäkologie, arbeiten unter einem Dach zusammen. Schon vor dem Zusammenschluss im Mammazentrum hat die Gruppe mehr als 20 000 Frauen untersucht und dabei mehr als 500 Karzinome entdeckt, davon überproportional viele in statu nascenti. Diese Erfolge führten dazu, dass das Mammazentrum zum Referenzzentrum für Mammographie aufstieg – als eines von vier deutschen Zentren und einziges in Süddeutschland.

Oftmals war es lediglich die konsequente Verfolgung von Zweifelsfällen, die zur eindeutigen Diagnose führte, wie der nieder-

gelassene Radiologe Dr. Thomas Hilbertz an einer Patientin erläuterte, bei der ein diskreter Mikrokalk-Herd in der digitalen Mammographie den entscheidenden Hinweis gab, der dann im folgenden Ultraschall zur Aufdeckung eines acht Millimeter messenden, invasiven, duktales Mammakarzinoms führte. Mikrokalk ist jedoch nur in der Mammographie sichtbar, so dass Ultraschall allein kaum zu guten Ergebnissen geführt hätte. Hier war die Kombination der Verfahren, wie sie das Zentrum bietet, der entscheidende Schritt zur erfolgreichen Diagnostik.

Schonung der Patientinnen und des Budgets

Wie Professor Heywang-Köbrunner betont, konnte im eigenen Patientengut durch gezielten Einsatz der eingeführten diagnostischen Methoden bei 90 Prozent der untersuchten Frauen schlussendlich ein gutartiger Befund gesichert und eine Operation – meist mit Narkose – vermieden werden. Damit blieb in den meisten Fällen den Frauen auch jegliche bleibende Narbe am Untersuchungsort erspart.

Diese Erfahrung ist inzwischen auch durch umfangreiche Studien gesichert. So ließ sich zeigen, dass die Treffsicherheit der Biopsie unter Kontrolle durch Bildgebung bei guter Qualitätssicherung mindestens so gut ist wie die Sicherheit einer Gewebeentnahme bei offener Operation. Davon profitieren natürlich die Frauen mit negativem Befund. Aber auch Patientinnen, bei denen sich eine bösartige Neubildung feststellen lässt, haben Vorteile: „Inzwischen ist belegt, dass auch bei Bösartigkeit eines Befundes weniger Operationsschritte für die komplette Tumorentfernung nötig sind und vor allem eine wesentlich bessere Planung für Brust erhaltende Operationen möglich wird, wenn die Diagnose vor dem Eingriff feststeht“, so die Professorin.

Die durch diese Vorteile entstehende Kosteneinsparung ist beträchtlich, wie Heywang-Köbrunner anmerkt. Die Qualitätssicherung im Münchner Zentrum wird auch durch konsequente Interdisziplinarität erreicht. So arbeiten die Gynäkologen der

gegenüber angesiedelten Universitätsklinik regelmäßig im Zentrum mit. Jeder Befund wird gemeinsam mit dem Pathologen durchdiskutiert. Und das Zentrum ist derzeit noch offen für weitere Kooperationspartner – jedenfalls so lange der Platz reicht und die Spezialisierung der neuen Partner zum Team passt.

Zur Verbesserung der Kommunikation im Zentrum und mit anderen Einrichtungen hat München ein digitales Bildarchivierungs- und Kommunikations-System entwickelt.

Vorteilhafte Vakuumbiopsie

Trotz ihres etwas abschreckenden Namens ist die Vakuumbiopsie im Vergleich zur bisher als Standard geltenden Stanzbiopsie ein wahrer Segen für die Mammadiagnostik. Bei dieser Technik wird eine Hohlnadel, mit der unter Vakuum Gewebeteile entnommen werden können, unter digitaler Bildgebung direkt in das zu untersuchende Gewebe geführt. Der Entnahmeprozess ist wesentlich präziser, weil unter Vakuum das Gewebe nicht ausweichen kann, was im Stanzprozess nicht selten geschieht.

Die Methode ist inzwischen Standard in den USA, in Deutschland zieren sich jedoch die gesetzlichen Kassen teilweise, die



Die drei Gründer des Mammazentrums: Prof. Sylvia Heywang-Köbrunner, Dr. Thomas Hilbertz und Christian Kutschker (von links)

Kosten zu tragen. Eine positive Ausnahme machen derzeit die AOK Bayern und die LKK. Einzelne BKKen und Ersatzkassen behandeln die Kostenübernahme im Rahmen des Brustkrebscreenings. Privatkassen tragen die Kosten bei entsprechendem Antrag. Einen Durchbruch dieser Methode in Deutschland erwarten die Münchner Gynäkologen durch die von ihnen initiierte Multizenterstudie, die soeben international hochrangig publiziert wurde. Allein an der TU München wurden mit der Vakuumbiopsie mittlerweile mehr als 3000 Frauen untersucht.

Bei den entdeckten Tumoren befanden sich mehr als zwei Drittel noch im Stadium des Carcinoma in situ, das besonders gut auf therapeutische Interventionen anspricht.

Fazit

Das Münchner Mammazentrum könnte bundesweit Modellcharakter haben, es wird aber erst dann ein wirklicher Erfolg sein, wenn es von den betreffenden Frauen gut angenommen wird. Daher wird die individuelle Patientenbetreuung groß geschrieben, wie Dr. Christian Kutschker, der zweite Radiologe unter den Gründern, erläutert. So kann jede Frau, die das Zentrum aufsucht, sicher sein, dass sie den behandelnden Arzt ihrer Wahl vorfindet – gleichzeitig jedoch alle Expertise des Zentrums verfügbar hat.

Davon sollten sowohl Frauen, die zur Routine-Mammographie kommen, wie auch Patientinnen, die einen unklaren Befund mitbringen, gleichermaßen profitieren. ■

Immunologie

Erfolge der Statintherapie korrespondieren mit der Entzündungshemmung

Patienten mit akuten Koronarerkrankungen erhalten als Lipidsenker vorrangig Statine, um weiteren kardiovaskulären Ereignissen vorzubeugen. Wie jetzt die Reanalyse einer großen Interventionsstudie ergab, hängt der Erfolg der Statintherapie nicht nur vom Ausmaß der Lipidregulation, sondern auch vom Ausmaß der Entzündungshemmung während der Therapie ab. Dieses Ergebnis verweist auf die Eigenschaft der Statine als Immunregulatoren, die man sich inzwischen auch bei nicht-kardiovaskulären Erkrankungen zunutze macht.

Bei den eingeschlossenen 4 162 Patienten, die wegen eines akuten Koronarsyndroms, wie Herzinfarkt oder instabile Angina pectoris, hospitalisiert werden mussten, und die spätestens zehn Tage nach Symptombeginn auf ein Statin eingestellt wurden, hing der präventive Erfolg während der zweieinhalb Jahre dauernden Studie fast im gleichen Maße von der effektiven Senkung des atherogenen LDL-Cholesterins wie auch von der Senkung des Entzündungsmarkers C-reaktives Protein (CRP) ab.

Im Einzelnen führte die Absenkung des LDL-Wertes unter 70 mg/dl zu einer Verminderung der Komplikationsrate von vier Ereignissen pro 100 Personenjahren unter den höheren Werten auf 2,7 Ereignisse pro

100 Personenjahre oder um 32 Prozent unter den niedrigen LDL-Werten.

Für das CRP gilt folgende Relation: Sinkt der Wert unter die Schwelle von zwei mg/l, so mindert sich die Eventrate von 3,9 Ereignissen pro 100 Personenjahre unter dem höheren Wert auf 2,8 Ereignisse pro 100 Patientenjahre bei Patienten, die Werte unter der Schwelle von zwei mg/l erreichen. Diese Risikoabsenkung beträgt 28 Prozent. Patienten, die CRP-Werte von weniger als einem mg/l und LDL-Werte unter 70 mg/dl erreichten, hatten die geringste Eventrate (1,9 pro 100 Patientenjahre). Diese Relationen sind in der Abbildung grafisch dargestellt.

Paul M. Ridker und Kollegen vom Center for Cardiovascular Disease Prevention an der Harvard Medical School in Boston, USA, interpretieren diesen Befund als Hinweis auf Entzündungsprozesse als Auslöser von kardiovaskulären Erkrankungen (New England Journal of Medicine, Band 352, Seiten 20 bis 28).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie, die von Steven E. Nissen und Kollegen von der Cleveland Clinic Foundation in Cleveland, USA, vorgestellt wurde. In dieser Studie, die an 502 Koronarpatienten über eine Spanne von 18 Monaten

durchgeführt wurde, korrelierte die Veränderung der Koronarsklerose während der Dauer der Studie sowohl mit den unter der Statintherapie erreichten LDL- wie auch mit den CRP-Werten.

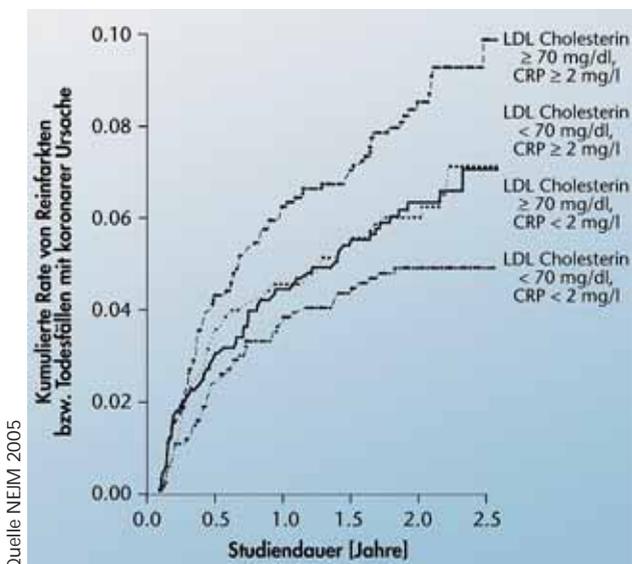
Einfluss auf die Lymphozytenfunktion

Wie Michael R. Ehrenstein und Kollegen vom Center for Rheumatology der Medizinischen Fakultät der Universität London, UK, in der selben Ausgabe des New England Journal of Medicine (Seiten 73 bis 75) erklären, hängt die Wirkung einer Lipidregulation über die Hemmung der Cholesterinsynthese in der Leber auf das Immunsystem und damit auf entzündliche Prozesse primär von der Stabilisierung von Lymphozytenmembranen durch Cholesterin ab. Antigen-präsentierende Lymphozyten, die sowohl entzündliche Reaktionen wie auch Autoimmunprozesse beeinflussen, sind von einer rigiden Zellmembran abhängig. Mit diesem Parameter, der von einem gewissen Cholesterinspiegel abhängt, steht und fällt die Funktion der Lymphozyten.

So verwundert es nach Ehrenstein nicht, dass Behandlungserfolge unter Statinen von Patienten mit so unterschiedlichen Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Rheumatoide Arthritis (Polyarthritits) oder Systemischer Lupus erythematosus gemeldet werden. Allen diesen oft nur sehr schwer medikamentös behandelbaren Krankheitsbildern ist zu Eigen, dass sie durch aktivierte Lymphozyten angestoßen und unterhalten werden.

Insofern kann die Frage, die über Ehrensteins Ausführungen steht: „Statins for Atherosclerosis – As Good as It Gets?“ mit einem klaren „nein“ beantwortet werden. Statine scheinen erst am Anfang ihrer pharmakologischen Karriere zu stehen. Fraglos nicht nur zum Segen für ihre Hersteller.

T.U.Keil



Kumulative Rate von Reinfarkten beziehungsweise Todesfällen mit koronarer Ursache je nach der Entwicklung von Blutfetten oder Entzündungsmarkern unter Therapie mit Statinen

Ophthalmologie

Makuladegeneration medikamentös angehen

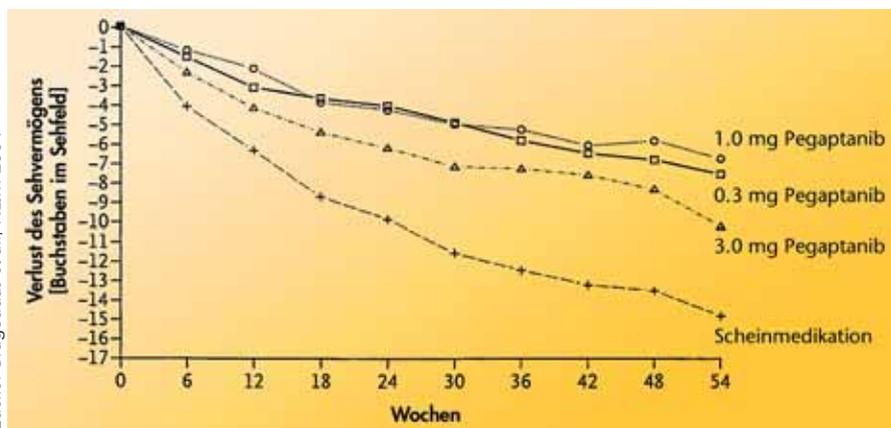
Injektionen des Hemmstoffes Pegaptanip in den Glaskörper von Patienten, deren Augen durch eine altersbedingte Makuladegeneration geschädigt sind, verbesserten signifikant das Sehvermögen der Patienten im Vergleich zu solchen, die nur Scheininjektionen erhalten hatten.

Diese Ergebnisse, die erstmals eine medikamentöse Option bei der Makuladegeneration eröffnen, wurden von Evangelos S. Gragoudas und Kollegen aus dem Massachusetts Eye and Ear Infirmary in Boston und der Firma Eyetech in New York im New England Journal of Medicine vom 30. Dezember des vergangenen Jahres publiziert.

oder aber eine Scheininjektion in den Glaskörper.

Der Behandlungserfolg wurde mit dem Einfluss des Verums auf den fortschreitenden Sehfeldverlust (gemessen an der Anzahl der erkennbaren Buchstaben eines Textes in einem Standard-Sehfeld) gemessen. Bereits in der Gruppe mit der geringsten Dosis von 0,3 Milligramm Pegaptanip büßten 70 Pro-

Quelle: Gragoudas et al., NEJM 2004



Verschlechterung des Sehvermögens (Zahl der „verlorenen Buchstaben“ aus dem Standard-Sehfeld) unter Pegaptanip oder Scheininjektion

Diese Ergebnisse lassen aufhorchen. Zwar ist rein theoretisch nur jeder zehnte Patient mit Makuladegeneration durch einen Hemmstoff des Gefäßwachstums (VEGF) erreichbar. Diese Form der Makuladegeneration macht jedoch 90 Prozent der irreversiblen Sehverluste bei Patienten über 55 Jahren in Industrieländern aus. Man rechnet allein in den USA in den nächsten fünf Jahren mit mehr als einer Million neuer Krankheitsfälle.

Die Autoren berichten über zwei Studien, die insgesamt 1186 Patienten erfassten. Über 48 Wochen erhielten die Patienten alle sechs Wochen eine Injektion mit Verum

zent der Patienten weniger als 15 Buchstaben während der Studiendauer ein, verglichen mit nur 55 Prozent der Patienten unter Scheinmedikation. Die Gefahr einer schweren Einbuße des Sehvermögens (Verlust von mehr als 30 Buchstaben aus dem Sehfeld) verringerte sich von 22 Prozent in der Gruppe mit Scheinmedikation auf zehn Prozent in der Verumgruppe.

Die Verträglichkeit des Studienpräparates ist akut vergleichbar mit anderen in den Glaskörper injizierten Medikamenten. Eine Einschätzung der Langzeitverträglichkeit wird erst nach längeren Beobachtungszeiten möglich sein. TUK

Dentsply-Symposium

Die Spritze ist out und andere Neuigkeiten vom Bodensee

Christian W. Ehrensberger

Wie Vorjahr hat Dentsply DeTrey auch 2004 ein Symposium zu aktuellen Entwicklungen in der restaurativen Zahnheilkunde am Hauptsitz Konstanz veranstaltet. Hier trafen sich Anfang September 86 Experten aus 20 Ländern, um sich wissenschaftlich über direkte ästhetische Füllungen auszutauschen.



Hafenausfahrt am Bodensee: das Tor zur Alpenwelt und Sinnbild für die Konstanzer

Zwischen messtechnisch-physikalischen Grundlagen, Studien zur Adhäsivtechnik, nanokeramischen Werkstoffen und praxisgerechten Farbsystemen fand sich die interessanteste Neuigkeit ein wenig abseits des Schwerpunktthemas im Vortrag der Belgierin Dr. Nele van Assche: Anästhesie ohne Spritze für die professionelle Zahnreinigung und Wurzelglättung.

Schmerzfrei kürettieren

Kürettage und Wurzelglättung sind schmerzhaft – in 70 Prozent der Fälle sogar trotz Anästhesie. Hinzu kommt ein weiteres Problem: „Die lokale Betäubung soll den Patienten eigentlich vor Schmerzen bewahren, macht vielen aber gleichzeitig Angst“, erläuterte Dr. Nele van Assche, Universität Löwen, Belgien. „Sie fürchten sich vor der Spritze und dem Einstich.“ Mit einem neuen Gel mit den Inhaltsstoffen Lidocain und Procain, das nicht injiziert, sondern aus einem stumpfen Applikator in die Zahn-

fleischtaschen eingebracht wird, haben die Patienten keinen Grund zur Angst, wie die Referentin aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse postulierte. An der Studie nahmen 170 Angstpatienten, verteilt auf acht Zentren, teil. 70 Prozent von ihnen bevorzugten schließlich das Gel (Oraqix), 22 Prozent die Spritze, und nur acht Prozent gaben keine Präferenz an. Damit dürfte die neue Methode für viele Patienten eine attraktive Behandlungsoption darstellen und die Akzeptanz einer professionellen Prophylaxe verbessern.

Trends in der direkten Füllungstechnik

Der größte Teil des Symposiums war dem Thema Füllungstherapie gewidmet. Dabei spannten die beiden Referenten Prof. David C. Watts, Universität Manchester, Großbritannien, und Prof. N. Dorin Ruse, Kanada, einen großen Bogen von der modernen Werkstoffkunde zur Praxis. Denn nach

dem aktuellen Stand der Wissenschaft lassen sich Eigenschaften von Dentalmaterialien, wie Fließfähigkeit oder Bruchzähigkeit, letztlich auf die physikalischen Grundgesetze der Massen- und Impulserhaltung zurückführen beziehungsweise aus diesen herleiten. Prof. Watts hat auf der Basis solcher Überlegungen eine neue In-vitro-Messmethode zur Ermittlung der Klebrigkeit von Dentalmaterialien entwickelt. Dabei wird nicht gehärtetes Komposit mit einem Stopf-Instrument bearbeitet, zu einer Art Hügel geformt und dann durch Lichtpolymerisation fixiert. Höhe und Fläche sind ein Maß für die Klebrigkeit des Werkstoffs. Zu einem ausgesprochen praxisrelevanten Ergebnis kam Prof. Ruse bei seinen Forschungen zu fließfähigen Kompositen: Sie könnten mit ihren rundlichen Nano- und Mikroblassen den Vortrieb eines Risses begrenzen.

Innovationen ganz vorne

Wo die physikalischen Grundregeln dem Praktiker Grenzen zu setzen scheinen, ist innovative Technik gefragt. Normalerweise wird der Polymerisationsschrumpf eines Komposits durch Reduzieren des Anteils der organischen Matrix gegenüber den Füllpartikeln vermindert, gleichzeitig aber auch das Handling erschwert. Die Lösung von Dr. Christoph Weber, Direktor Forschung und Entwicklung der Konstanzer Firma: eine neue Füller-Technologie, bei der eine Korngrößenverteilung mit zwei bevorzugten Partikelgrößen für eine dichte Packung sorgt. Verwirklicht ist dieses bimodale Werkstoffkonzept zum Beispiel im Seitenzahnkomposit QuiXfil. In-vitro-Penetrations-Versuche von PD Dr. Claus-Peter Ernst, Mainz, und eine klinische Studie, deren Ergebnisse Dr. Jürgen Manhart, München, präsentierte, bescheinigten dem wirtschaftlichen Füllungsmaterial eine hohe Praxis-tauglichkeit.



Vorher und nachher ...



... ästhetischer „Lückenschluss“ mit modernem Komposit

Fotos: Kläiber

Direkt und problemlos

Eine weitere Innovation aus jüngerer Zeit betrifft die Überwindung des technischen Widerspruchs zwischen einfacher Verarbeitung und gehobener Ästhetik bei direkten Füllungen. Um dieses Problem zu lösen, hat Dentsply DeTrey ein neues Füllungsmaterial (Ceram-X) entwickelt. Prof. Elmar Hellwig, Freiburg, unterzog diese Neuentwicklung einschlägigen klinischen Studien. Die Ergebnisse bestätigten in den bisherigen Untersuchungen die Erwartungen, und es deutet sich an, dass damit die üblichen Problemfelder aus dem Wege geräumt werden konnten. Aufgrund der guten Verarbeitbarkeit wird das neue Füllungsmaterial in Freiburg inzwischen auch in der Studentenausbildung eingesetzt. Weitere Untersuchungen von PD Dr. Petra Hahn, ebenfalls Freiburg, mit Erfolgsraten nach zehn Monaten von über 96 Prozent bestätigten diese Resultate ebenso wie eine zum Vergleich vorgestellte Feldstudie mit 23 niedergelassenen Zahnärzten.

Oft auch eine Alternative zur Keramik

Die Indikationen des nanokeramischen Füllungsmaterials reichen heute bis in bisherige Domänen der indirekten Keramik-Restauration: Komposit-Inlays oder Schließung von Diastemata sind mit Ceram-X ohne Weiteres möglich. Dies führten Dr. Markus Kopp, Konstanz, Dr. Angelo Putig-

nano, Italien, und Dr. Pascal Zyman, Frankreich, an konkreten Fallbeispielen vor. Die Grenzen liegen dort, wo ein dichter Randschluss und die Darstellung des gewünschten Emergenzprofils als schwierig erscheinen. Als einen weiteren großen Vorzug nanokeramischer Füllungsmaterialien hob Prof. Werner Geurtsen, Washington, die besondere Bioverträglichkeit hervor.

Battle of the Bonds

Die Dentaladhäsive hat der Franzose Prof. Michael Degrange zu seinem bevorzugten Forschungsgebiet erkoren – und dafür eine rekordverdächtige Datenbasis geschaffen: Über 7 000 standardisierte Füllungen an extrahierten menschlichen Zähnen hat er von mehr als 800 Zahnärzten legen lassen. Diese Füllungen wurden dann mit einer Art langsamen Guillotine bis zum Bruch belastet. Ein interessantes Ergebnis: Junge Zahnärzte bonden im Test besser als ältere. Ein zweites wichtiges Resultat: Für nur drei Adhäsive wurde ein Sensitivitätskoeffizient von weniger als 30 Prozent als Maß für die Robustheit in der Anwendung errechnet. Darunter befand sich ein neues Produkt, das zurzeit erprobt wird. Das Konzept dieses neuen Adhäsivs erläuterte Dr. Frank Pfefferkorn, Konstanz: Dieses Adhäsiv enthält neben tert-Butanol [chemische Formel: $(\text{CH}_3)_3\text{CHOH}$] als Lösungsmittel ein Netzmittel, das gemäß den Ausführungen von Dr. Marco Ferrari, Italien, nach dem Ätzen das Collagengeflecht der Zahnschubstanz be-

sonders effektiv wieder aufrichtet, wodurch sich somit die Verbindung besonders fest gestalten lässt.

Neben den Mehr-Schritt-Adhäsiven werden die selbststärkenden Produkte immer beliebter. Nicht selten zeigen die Studienergebnisse mit diesen Substanzen unbefriedigende Ergebnisse. Auch fehlten oft klinische Resultate. Zwischenergebnisse einer inzwischen langfristig angelegten klinischen Studie nach ADA-Richtlinien konnte Prof. van Dijken für Xeno III präsentieren. Die ersten Studienergebnisse zeigten keine postoperativen Sensibilitäten. Neben den Werkstoffen spielt für jede Füllung der Aushärtungsprozess stets eine wichtige Rolle. Darauf wiesen Prof. Frederick Rueggeberg, Medical College of Georgia, Augusta, und Dr. Andreas Grütner, Konstanz, hin. Das Fazit für den Praktiker: nicht voreilig investieren, doch bei besonnenem Abwägen haben sich einige moderne LED-Lampen als durchaus praxistauglich erweisen.

*Dr. Christian W. Ehrensberger
Zum Gipelhof 8
60549 Frankfurt am Main*

2. Homburger Symposium

Moderne Konzepte zur Versorgung der Einzelzahnlücke

Thomas Kindermann

Nach positiver Resonanz und erfolgreich verlaufenem 1. Symposium „Aktuelle Zahnheilkunde“ im Vorjahr hatte die Landeszahnärztekammer des Saarlandes in Kooperation mit der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Homburg Ende September zum 2. Homburger Symposium geladen.

Das Thema „Moderne Konzepte zur Versorgung der Einzelzahnlücke“ lockte über 300 Zahnärzte aus dem Saarland und den angrenzenden Bundesländern in den Hörsaal der Anatomie und bestätigte damit das Engagement zur freiwilligen Fortbildung am Standort der Universitätsklinik in Homburg.

Dem Tagungspräsidenten und Fortbildungsreferenten der Landeszahnärztekammer Prof. Dr. Matthias Hannig, Homburg, war es abermals gelungen, zu diesem innerhalb der Zahnärzteschaft aktuell kontrovers

diskutiertem Thema acht namhafte Referenten aus dem Inland und deutschsprachigen Ausland zu gewinnen. Die systematische Gliederung der Einzelvorträge ließ am Ende der Tagung die Teilnehmer wichtige und fundierte Informationen mit nach Hause nehmen.

In seiner Begrüßungsrede blickte Prof. Hannig auf die vergangenen 20 Jahre in der Zahnheilkunde zurück und verwies dabei auf den innovativen Fortschritt bei der Versorgung des Lückengebisses. Lücke heißt heutzutage schon lange nicht mehr automatisch Brücke, wie die ausgewählten Fachvorträge belegen konnten. Der Vorsitzende der Landeszahnärztekammer des Saarlandes, Sanitätsrat Dr. Wolfgang Weis, Saarbrücken, dankte in seiner Begrüßungsrede den zahlreich erschienenen Kollegen und erwähnte die Bedeutung der zahnärztlichen Fortbildung für den Berufsstand der Zahnärzte. Trotz der widrigen Umstände in der Gesundheitspolitik, in der verabschiedete Gesetze nicht einmal das Datum des



Für den Lückenschluss hält die moderne Zahnheilkunde mehr als eine Möglichkeit bereit. Hier: die Präparationsform für eine adhäsive vollkeramische Klebebrücke.

Foto: Pospiech

geplanten In-Kraft-Tretens erleben (zum Beispiel Zahnersatzregelung), sei der Fortbildungswille der Zahnärzteschaft ungebrochen, das zeige der Teilnehmerrekord dieser Veranstaltung.

Zahnärzte erreichen Umfragen zufolge eine Zufriedenheitsquote von bis zu 80 Prozent bei ihren Patienten und lassen damit im entgegengebrachten Vertrauen andere Berufsgruppen weit hinter sich. Die Universitätszahnklinik Homburg/Saar spielt in der Frage der Fortbildung eine große Rolle und bietet den saarländischen Zahnärzten ständig innovative Themen und eine enge Zusammenarbeit an.

Lückenmanagement

Die Einleitung in das wissenschaftliche Programm begann mit der Fragestellung „Für jede Lücke eine Brücke?“ Hierzu referierte Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Gernet, München, und stellte die Indikationen zum Lückenschluss heraus. Die moderne Zahn-

heilkunde hält hierfür weitaus mehr Möglichkeiten bereit, so dass der Lückenschluss nicht primär durch eine Brückenversorgung erfolgen muss. Der konventionellen Brücke stehen mittlerweile alternative Verfahren wie die dentale Implantologie oder Kompositrestaurationen gegenüber. Trotz des restaurativen Gedankens bei diesen Verfahren sollte dabei nicht der prophylaktische Charakter einer Brückenversorgung zur Vermeidung von Folgeerkrankungen nach Zahnverlust übersehen werden. Die

kieferorthopädischen Möglichkeiten und Grenzen des „Lückenmanagements“ erläuterte Prof. Dr. Jörg Lison, Homburg, in seinem Vortrag. Mit seinen präzisen Vorgaben und Lösungsvorschlägen gab er dem Zuhörer wichtige Informationen für den Praxisalltag mit auf den Weg. Insbesondere machte er darauf aufmerksam, dass ein Kieferorthopäde entgegen der geläufigen Meinung nicht jede Lücke schließen kann. Prof. Dr. Peter Rammelsberg, Heidelberg, verwies in seinem Vortrag „Brückenversorgung – konventionell“ auf die über 100 Jahre zurück-

gehende fundierte Datenlage für die Brückenversorgung. Die Studienlage bescheinigt der konventionellen Brücke eine gesicherte und zuverlässige Versorgungsvariante mit großer Erfolgswahrscheinlichkeit bezüglich ihrer Lebensdauer. Mit einem Überblick über den Einsatz der innovativen Werkstoffe Titan und Vollkeramik und den damit erreichbaren ästhetischen Möglichkeiten erläuterte er dem Zuhörer den State of the Art prothetischer Zahnheilkunde. Lückenlos an dieses Thema schloss sich der Vortrag „Brückenversorgung – adhäsiv“ von Prof. Dr. Peter Pospiech, Homburg, an. Mit seinen Untersuchungen zum adhäsiven Verbund von Klebebrücken kommt er dem Anspruch moderner Zahnheilkunde im Sinne von Substanzschonung, mikroinvasiver Behandlung und Biokompatibilität nach. Wie Langzeitergebnisse belegen, kann durch optimierte Präparationsformen und Verbundsysteme das Indikationsspektrum erweitert und ein praktikabler Einsatz in der Praxis erreicht werden.

Implantologie versus herkömmlicher Zahnersatz

Die dentale Implantologie stellt eine etablierte, gesicherte Behandlungsalternative zu den beschriebenen Verfahren der Lückenversorgung dar. Die während einer Parodontitis entstandenen „Weich- und Hartgewebsdefekte“ am Zahnhalteapparat stehen einer gewöhnlichen Implantatinser-tion im Wege. Für diese „Problemfälle“ schilderte Dr. Dr. Thomas Binger, Homburg, Möglichkeiten zum „Hartgewebe-Management“ beim Einzelzahnimplantat. Verschiedene Techniken zur Gestaltung und Optimierung des knöchernen Implantatlagers mit und ohne Knochentransplantat erweitern heutzutage das implantologische Spektrum. Im gleichen Maße wie der Knochen für die Implantatstabilität unabdingbar ist, entscheidet das umgebende Weichgewebe über die Ästhetik einer Im-

plantatversorgung. Prof. Dr. Michael Augthun, Aachen, konnte anhand seiner präsentierten Patientenfälle das „Weichgewebe-Management am Einzelzahnimplantat“ dem interessierten Publikum näher bringen. Mittels Bindegewebsstransplantat und plastisch-ästhetischen Eingriffen sind zufrieden stellende Korrekturen der Gingiva nach Verlust von Weichgewebe möglich. Die „Versorgung der Einzelzahn-lücke durch Sofortimplantation“ wurde von PD Dr. Dr. Stefan Schultze-Mosgau, Erlangen, vorge-tragen.

Die Sofortimplantation hat nach Auswertung der Studienlage und eigener Untersuchungen von Schultze-Mosgau entscheidende Vorteile auf das Behandlungsergebnis und die Implantatstabilität. Zukünftig können die Techniken mittels Tissue-Engineering und dem Einsatz von Wachstumsfaktoren optimiert werden, wie die vorgestellten Untersuchungen zeigten.

Den Weg zur Versorgung einer Einzelzahn-lücke mit einem autologen Zahntransplantat stellte Prof. Dr. Dr. Robert Haas, Wien, vor. Das Zahntransplantat zur Versorgung der Einzelzahn-lücke stellt mit seiner über 80-prozentigen Erfolgswahrscheinlichkeit über zehn Jahre eine gute Lösung bei entsprechender Ausgangslage und Voraussetzungen dar; allerdings belegen Langzeitergebnisse auch gewisse Spätkomplikationen mit Transplantatverlusten.

Rundum, die Tagung war aufgrund der facettenreichen Darbietung der aktuellen Zahnheilkunde ein großer Erfolg und die teilnehmenden Zahnärzte konnten die neu gewonnenen Kenntnisse und Erfahrungen in ihren Praxisalltag integrieren.

*ZA Thomas Kindermann
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und präventive Zahnheilkunde, Gebäude 73
66421 Homburg/Saar*



M E D I *ZaWi* N

I N T E R D I S Z I P L I N Ä R
26.-30. Oktober 2005, ICC Berlin



Gemeinsame Tagung der Wissenschaftlichen
Gesellschaften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
während des Deutschen Zahnärztetages 2005

www.zmk2005.de



»Zahn-MEDIZIN Interdisziplinär«.

Zu diesem Thema wird vom 26. bis 30. Oktober die Gemeinsame Tagung der Wissenschaftlichen Gesellschaften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde während des Deutschen Zahnärztetages 2005 im ICC, Berlin veranstaltet.

- Erstmalig Zusammenführung der Einzeltagungen der Fachgesellschaften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zur Gemeinschaftstagung mit Deutschem Zahnärztetag
- Bedeutung der oralen Gesundheit für die Gesamtgesundheit und das Wohlbefinden des Menschen
- Einfluss von Allgemeinerkrankungen auf die orale Gesundheit
- Interdisziplinäre Konzepte der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Umfassendes wissenschaftliches Programm zu praxisrel. Themen
- Freie Vorträge verschiedener Disziplinen und Praktikerforen
- Mindestens 21 Fortbildungspunkte

Vielfältige Möglichkeiten der kollegialen Diskussion und attraktive Beiprogramme erwarten Sie:

Erste Gemeinsame Tagung aller Fachgesellschaften mit gemeinsamen Programm

Die gemeinsame Tagung ermöglicht sowohl eine fachspezifische als auch eine interdisziplinäre Problemdarstellung.

Wissenschaftliches Hauptprogramm der einzelnen Fachgesellschaften

Jede Fachgesellschaft bietet allen Teilnehmern ein interessantes, wissenschaftliches Programm zu aktuellen Themen des Fachgebiets.

Studententag

Ziel ist es, sowohl Probleme der Lehre in den einzelnen Fachgebieten zu diskutieren und studentische Erfahrungen auszutauschen als auch Einblicke in die Arbeit der einzelnen Fachgesellschaften zu ermöglichen.

Programm für Assistenzberufe

Ein reichhaltiges wissenschaftliches Programm mit Workshops bietet die Möglichkeit der fachübergreifenden Darstellung der Tätigkeitsprofile.

Galaabend

Freuen Sie sich an den Abenden auf ein Galaprogramm der Spitzenklasse, das Sie gemeinsam mit Freunden und Kollegen in Berlin erleben werden.

Assistentenabend

Die ideale Gelegenheit zum gegenseitigen Kennenlernen in fröhlicher und entspannter Atmosphäre.

Dentalausstellung

Unsere Industriepartner erwarten Sie mit einem reichhaltigen Ausstellungsangebot, das alle Bereiche der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde umfasst.

Auszug aus dem Programmangebot

Mittwochabend, 26.10.2005

»Eröffnung anschließend Get-together«

Donnerstag, 27.10.2005

»Management des Frontzahntraumas/-verlusts«
Therapieoptionen aus kinderzahnheilkundlicher, konservierender, kieferorthopädischer, chirurgischer und prothetischer Sicht

»Zahnmedizin von jung bis alt«

»Workshops/Industrieworkshops«

Freitag, 28.10.2005

»Implantate im parodontal erkrankten Gebiss«
Vier Referententeams stellen Therapiekonzepte und -optionen zu den Schwerpunktthemen vor:
• Ästhetik, Brücke vs. Implantat vs. Zahnerhalt • Zeitpunkt der Implantation

»Kieferorthopädisch-chirurgische Kombinationstherapie«
Interdisziplinäre Konzepte der Kieferorthopädie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie:
• Indikation – Planung – Langzeitergebnisse

»Versorgung mit Keramik«

»Prävention und Restauration«

»Frühdiagnostik und Frühtherapie in der Kinderzahnheilkunde«

Samstag, 29.10.2005

»Interdisziplinäre Therapiekonzepte«
Versorgung mit parodontologischen, kieferorthopädischen, chirurgischen, prothetischen und endodontischen Maßnahmen (Komplexfälle)
• Einzelzahnverlust jeweils mit Einzelfall • Verkürzte Zahnreihe
• Reduziertes/stark reduziertes Gebiss

»Interaktive Diskussion der Fallpräsentationen mit TED-Abfrage«

»Studententag mit Vorträgen und Workshops«

»Programm für Assistenzberufe mit Vorträgen und Workshops«

»Restauration und Funktion«

»Logopädische Aspekte in der Kinderzahnheilkunde«

Sonntag, 30.10.2005

»Parodontale/Orale Medizin«

»Präventionsorientierte Zahnheilkunde«
Wünschenswertes und Machbares

»Vorträge der DGKFO«

Während der gesamten Veranstaltung finden darüber hinaus Parallelveranstaltungen zu allen Themen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde statt:

z. B. Kurzvorträge, Spezialisten- und Praktikerforen, Posterpräsentationen, Diskussionsforen, u. v. m.

Kongressorganisation, Auskunft und Anmeldung: DGP-Service GmbH, Clermont-Ferrand-Allee 34, 93049 Regensburg, Tel: +49 (0)941-94 27 99-0
E-Mail: kontakt@zmk2005.de, Internet: www.zmk2005.de





Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 83	Kieferorthopädie	ZÄK Bremen	S. 88
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 85		ZBV Unterfranken	S. 88
	LZK Hessen	S. 86		LZK Rheinland-Pfalz	S. 90
	ZÄK Bremen	S. 87		ZÄK Hamburg	S. 90
Ästhetik	LZK Hessen	S. 86	Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 83
	ZÄK Bremen	S. 87		ZÄK Niedersachsen	S. 84
Akupunktur	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 85
	ZÄK Nordrhein	S. 83		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85
Endodontie	ZÄK Niedersachsen	S. 84	LZK Hessen	S. 86	
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 90	LZK Sachsen	S. 88	
	ZÄK Hamburg	S. 90	ZÄK Hamburg	S. 90	
	Univ. Witten-Herdecke	S. 94	LZK Berlin/Brandenburg	S. 83	
Helferinnen-Fortb.	ZÄK Nordrhein	S. 83	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 85	
	ZÄK Bremen	S. 87	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85	
Homöopathie	ZÄK Nordrhein	S. 83	ZÄK Bremen	S. 88	
	LZK Sachsen	S. 88	ZBV Unterfranken	S. 88	
Implantologie	ZÄK Niedersachsen	S. 84	Parodontologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84
	LZK Hessen	S. 86		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 85
Kiefer-/Oralchirurgie	ZÄK Nordrhein	S. 83	LZK Hessen	S. 86	
	ZÄK Niedersachsen	S. 84	LZK Sachsen	S. 88	
	LZK Hessen	S. 86	Univ. Witten-Herdecke	S. 94	
Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 84			Praxismanagement	LZK Berlin/Brandenburg	S. 83
Kongresse Seite 90			Prophylaxe	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 85
Universitäten Seite 94			Prothetik	ZÄK Bremen	S. 88
Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 95				ZÄK Niedersachsen	S. 84
Freie Anbieter Seite 95			ZÄK Westfalen-Lippe	S. 84	
			ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85	
			Recht	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85
			Restaurative ZHK	ZÄK Bremen	S. 88
			Röntgen	LZK Rheinland-Pfalz	S. 90
				ZÄK Nordrhein	S. 83

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 Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Zahnärztliche Kurse

Kurs-Nr.: 05012 P(B) 5 Fp.
Thema: Endodontie kompakt – Notfallendodontie, Trepanation und Aufbereitung mit NiTi
 1. Kurs einer 2-teiligen Kursreihe (Beachten Sie bitte auch unseren Kurs 05013)
Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Rudolf Beer, Essen
Termin: 02. 02. 2005, 14:00 – 19:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200,00 EUR

Kurs-Nr.: 05018 P(B) 13 Fp.
Thema: Praktisches Training in der Mikro-Parodontalchirurgie
Referent: Dr. Dr. H. Dieter Edinger, Hamburg
Termin: 11. 02. 2005, 14:00 – 18:00 Uhr
 12. 02. 2005, 09:00 – 16:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 440,00 EUR

Kurs-Nr.: 05019 B 12 Fp.
Thema: Professionell Beraten – erfolgreich Verkaufen
Referent: Bernd Sandock, Berlin
Termin: 11. 02. 2005, 14:00 – 18:00 Uhr
 12. 02. 2005, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 360,00 EUR

Kurs-Nr.: 05057 B 12 Fp.
Thema: Homöopathie in der Zahnheilkunde – A – (Beachten Sie bitte auch unseren Kurs 05058)
Referent: Dr. Heinz-Werner Feldhaus, Hörstel
Termin: 11. 02. 2005, 14:00 – 18:00 Uhr
 12. 02. 2005, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 300,00 EUR

Kurs-Nr.: 05020 P(B) 9 Fp.
Thema: Moderne Präparations-techniken
Referent: Dr. med. dent. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf
Termin: 16. 02. 2005, 14:00 – 20:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 240,00 EUR

Kurs-Nr.: 05023 P(B) 17 Fp.
Thema: CMD1 Klinische Funktionsanalyse – Einführung in das Hamburger Konzept der therapiespezifischen Diagnostik
Referent: Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers, Abteilung für Zahnerhaltungskunde, Hamburg
 Prof. Dr. Holger A. Jakstat, Zahnärztliche Propädeutik und Wekstoffkunde, Leipzig
Termin: 18. 02. 2005, 09:30 – 18:30 Uhr;
 19. 02. 2005, 09:00 – 16:30 Uhr
Teilnehmergebühr: 500,00 EUR

Kurs-Nr.: 05034 B 16 Fp.
Thema: Praktikable Diagnostik, Vorbehandlung und Rekonstruktion funktionsgestörter Patienten
 Vortrag und Live-Demo am Patienten
Referent: Dr. Diether Reusch, Westerbürg
Termin: 18. 02. 2005, 09:00 – 19:00 Uhr
 19. 02. 2005, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 800,00 EUR

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 05303 B 3 Fp.
Thema: Das System der befundorientierten Festzuschüsse beim Zahnersatz – Die aktuelle Gesetzeslage – Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. med. dent. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach
 Lothar Marquardt, Zahnarzt, Krefeld; Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 09. 02. 2005, 14:00 – 18:00 Uhr

Kurs-Nr.: 05304 B 3 Fp.
Thema: Abrechnung chirurgischer Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der GOÄ-Positionen – Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. med. dent. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
 Dr. med. dent. Wolfgang Schnickmann, Neunkirchen-Seelscheid
Termin: 16. 02. 2005, 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

EDV-Kurse

Kurs-Nr.: 05902 B 6 Fp.
Thema: Crashkurs Hardware Fehlerdiagnose und Soforthilfe in meiner Zahnarztpraxis
Referent: Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Termin: 18. 02. 2005, 14:00 – 21:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 180,00 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Bergisch Land

Kurs-Nr.: 05462 3 Fp.
Thema: psychosomatische und atypische Beschwerden im stomatognathen System: Ein Risiko auch unter ökonomischen Gesichtspunkten?
Referent: Privatdozent Dr. med. dent. Peter Jöhren, Bochum
Termin: 19. 02. 2005, 10:00 – 13:00 Uhr
Ort: Hörsaal der Justizvollzugschule NW, (Josef-Neuberger-Haus), Dietrich-Bonhoeffer-Weg 1, 42285 Wuppertal
Teilnehmergebühr: gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Kurs-Nr.: 05202
Thema: GOZ/GOÄ-Abrechnungsworkshop
Referent: Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 16. 02. 2005, 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 50,00 EUR

Kurs-Nr.: 05205
Thema: Privatleistungen beim Kassenpatienten – Bema/GOZ-Abrechnungsworkshop – Seminar nur für ZMF, ZMP und ZMV
Referent: Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen; Ralf Wagner, Zahnarzt, Langerwehe
Termin: 18. 02. 2005, 16:00 – 20:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 60,00 EUR

Kurs-Nr.: 05217
Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002
Referent: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Peter Schulz, Köln
Termin: 18. 02. 2005, 09:00 – 18:00 Uhr
 19. 02. 2005, 09:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 220,00 EUR

Kurs-Nr.: 05228
Thema: Mit Köpfchen durch die Ausbildung – Anregungen für eine erfolgreiche Ausbildung
 Seminar für Auszubildende im 1. bis 3. Ausbildungsjahr
Referent: Katja Knieriem-Lotze, ZMF, Hann. Münden; Susanne Rettberg, ZMV, Göttingen
Termin: 19. 02. 2005, 09:00 – 16:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 95,00 EUR

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaiff-Institutes Berlin

Thema: Zahnfarbene plastische Füllungsmaterialien und deren Adhäsivsysteme [8 Fp.]
Referent: Dr. Uwe Blunck - Berlin
Termin: 05. 03. 2005; 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Ludwig-Erhard-Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 195,00 EUR
Kurs-Nr.: 2506.0

Thema: Lebensbedrohliche Zwischenfälle in der Zahnarztpraxis [9 Fp.]
Referenten: Dr. M. Petschler, Dr. Natalie Boerger - beide Berlin
Termin: 05. 03. 2005; 09:00 – 16:30 Uhr
Ort: DIE oralchirurgische Praxis in Schöneberg, Feurigstr. 52, 10857 Berlin
Gebühr: 180,00 EUR ZA 130,00 EUR ZFA/ZA 280,00 EUR Praxisteam (1 ZA + 1 ZFA/ZA)
Kurs-Nr.: 2514.0

Thema: Erfolgreiche Praxisführung [8 Fp.]
Referent: Dr. Sigrid Olbertz - Essen
Termin: 05. 03. 2005; 09:00 – 16:00 Uhr
Ort: Ludwig-Erhard-Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 205,00 EUR
Kurs-Nr.: 2525.0

Thema: Parodontales Debridement – Mechanische antiinfektiöse Therapie in Theorie und Praxis [8 Fp.]

Referenten: Dr. Gregor Petersilka – Münster, Dr. Benjamin Ehmke – Münster

Termin: 11. 03. 2005;
14:00 – 19:00 Uhr
12. 03. 2005; 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser Strasse 4 – 6, 14197 Berlin
Gebühr: 550,00 EUR
Kurs-Nr.: 2713.0

Thema: Die optimale Selbstbehandlung mit JUST-FIVE [9 Fp.]

Referent: Manfred Just – Forchheim
Termin: 11. 03. 2005;
15:00 – 18:30 Uhr
12. 03. 2005; 09:00 – 13:00 Uhr
Ort: Ludwig-Erhard-Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 245,00 EUR
Kurs-Nr.: 2484.0

Thema: Invisalign [8 Fp.]

Alles was man wissen muss und noch ein bisschen mehr
Referent: Prof. Dr. Rainer Reginald Miethke - Berlin
Termin: 12. 03. 2005;
09:00 – 17:30 Uhr
Ort: Ludwig-Erhard-Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 295,00 EUR
Kurs-Nr.: 2494.0

Thema: Was der Kieferorthop. vom Kiefergelenk wissen sollte [8 Fp.]

Referent: Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer - Berlin
Termin: 12. 03. 2005;
09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Ludwig-Erhard-Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 230,00 EUR
Kurs-Nr.: 2707.0

Thema: Plastisch rekonstruktive Parodontologie – Erfolgreiche Parodontologie außerhalb der GKV-Zwänge [8 Fp.]

Referent: Dr. Wolfgang Westermann - Emsdetten
Termin: 12. 03. 2005;
09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Ludwig-Erhard-Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 320,00 EUR
Kurs-Nr.: 2717.0

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Endodontie kompakt – Teil 2. Antibakterielles Regime, Wurzelkanalfüllung und Postendodontische Versorgung
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: PD Dr. Rudolf Beer
Termin: 02. 03. 2005,
14.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 195,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0512

Thema: Alltägliche Probleme in der zahnärztlichen Prothetik

Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: OA Dr. Felix Blankenstein
Termin: 02. 03. 2005,
14.00 – 20.00 Uhr
Gebühr: 115,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0513

Thema: OP-Assistenz in der oralen Implantologie

Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Detlef Hildebrand, Dr. Michael Hohl
Termin: 04. 03. 2005,
14.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 185,- EUR
Kurs-Nr.: H 0505

Thema: Kieferorthopädische Vortragsreihe 2004/2005. Aktuelle Aspekte bei der kieferorthopädischen Behandlung erwachsener Patienten

Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Prof. Dr. H.-P. Bantleon
Termin: 04. 03. 2005,
19.30 – 22.00 Uhr
Gebühr: 40,- EUR
Kurs-Nr.: S 0503

Thema: Chirurgische Nahttechniken in der Zahnmedizin; Die Naht – ein Routinebegriff?! – oder ein Überweiskriterium?

Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Detlef Hildebrand, Dr. Michael Hohl
Termin: 05. 03. 2005,
9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 280,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0514

Thema: State of the Art – Zahnheilkunde als Kassenzahnarzt?

Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Bernhard Albers
Termin: 09. 03. 2005,
14.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 85,- EUR
Kurs-Nr.: Z / H 0515

Thema: Grundlagen der digitalen intraoralen Photographie

Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Clemens Bargholz
Termin: 09. 03. 2005,
14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 125,- EUR
Kurs-Nr.: Z / H 0516

Thema: Rückenschmerz ade – Ergonomie am Arbeitsplatz

Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Tarik Bekrater
Termin: 11. 03. 2005,
9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: Team: 275,- EUR
H: 100,- EUR
Kurs-Nr.: Z / H 0517

Thema: Fit für die Kinderbehandlung – Praxiserprobte Konzepte

Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Uta Salomon-Sieweke
Termin: 12. 03. 2005,
9.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 140,- EUR
Kurs-Nr.: H 0519

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zahnärztliche Fortbildung

Kurs-Nr.: FBZ 057 106 – Team
Thema: Betriebswirtschaftliches und steuerliches Know-how für das Praxisteam
Referent: Dr. Sigrid Olbertz, Marl
Termin: 16. 02. 2005,
15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 144 EUR, ZH 72 EUR
Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: FBZ 057 146 – Team
Thema: Kariesrisikotests
Referent: Jochen Lenz, Lasbek
Termin: 16. 02. 2005,
15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 166 EUR, ZH 83 EUR
Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: ARB 057 176
Thema: Arbeitskreis Alterszahn-Medizin
1. Treffen im 1. Halbjahr
Referent: Dr. Renate Mehring, Ahaus; Dr. Ekkard Mizgalski, Bochum
Termin: 16. 02. 2005,
15.30 – 17.30 Uhr
Gebühr: 40 EUR Halbjahresgeb.
Fortbildungspunkte: 3

Kurs-Nr.: FBZ 057 107 – Team
Thema: Bewertung prothetischer Leistungen
1. Termin im 1. Halbjahr
Referent: ZMV Christine Baumeister, Haltern
Termin: 18. 02. 2005,
9.00 – 16.30 Uhr
Gebühr: ZA 210 EUR,
ZH 105 EUR
Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: FBZ 057 109 – Team
Thema: Erfolgreiches Konfliktmanagement / Positive Streitkultur
Referent: BW Christina Gaedethamm, Hamburg
Termin: 19. 02. 2005,
9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZA 268 EUR,
ZH 134 EUR
Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: FBZ 057 139
Thema: Kieferorthopädische elektronische Falldokumentation
Referent: Dr. Karl-Ludwig Mischke, Andreas van Meegen, beide Münster
Termin: 19. 02. 2005, 9.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: 154 EUR
Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: FBZ 057 110 – Team
Thema: Abdingungen und freie Vertragsgestaltung
Referent: Dr. Christine Baumeister, Haltern
Termin: 23. 02. 2005, 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 106 EUR, ZH 53 EUR
Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: FBZ 057 154 – Team
Thema: Parodontales Debridement mit Schall- und Ultraschallscalern
Referent: PD Dr. Gregor Peter-silka, Münster
Termin: 23. 02. 2005, 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 178 EUR, ZH 89 EUR
Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: FBZ 057 144 – Team
Thema: Notfalltraining für zahnärztliche Praxen
Referent: Dr. Axel Munker und Team, Bochum
Termin: 26. 02. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZA 298 EUR, ZH 149 EUR
Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: FBZ 057 164
Thema: Funktionelle Risikobestimmungen mit Cognito
Referent: Dr. Willi Janzen, Vermold
Termin: 26. 02. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 270 EUR
Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: FBZ 057 111 – Team
Thema: GOZ – Arbeitskreis für systematische Abrechnung und professionelle Praxisführung
Referent: ZMV Christine Baumeister, Haltern
Termin: 02. 03. 2005, 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 56 EUR, ZH 28 EUR
Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: FBZ 057 140
Thema: Nichtanlagen, traumatischer Zahnverlust und Zahntextraktion – Kieferorthopädische Therapiekonzepte
Referent: Dr. Hildegard Wegener, Stadtlohn
Termin: 02. 03. 2005, 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 154 EUR
Fortbildungspunkte: 4

Dezentrale Zahnärztl. Fortbildung

Kurs-Nr.: DEZ 057 189
Thema: Zahnärztliche und zahnärztlich-chirurgische Therapie bei Patienten mit Radiatio im Kopf-Halsbereich
Referent: Dr. Dr. Birgit Kruse-Lösler, Münster
Termin: 23. 02. 2005
Ort: Gaststätte „Zu den Fischteichen“, Dubelohstr. 92, 33104 Paderborn

Kurs-Nr.: DEZ 057 185
Thema: Therapie der Periimplantitis
Referent: Dr. Martin Zilly, Münster
Termin: 02. 03. 2005
Ort: Kongresszentrum Westfalenhalle/Eingang Goldsaal, Rheinlanddamm 200, 44139 Dortmund

Fortbildung für ZahnMedizinische Assistenzberufe

Kurs-Nr.: Zi 053 310
Thema: Grundkurs Prophylaxe
Referent: Dr. Helga Senkel, ZMP Birgit Thiele-Scheipers
Termin: 02., 03., 10., 21. und 22. 03. 2005, jeweils 8.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 390 EUR

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

Schriftliche Anmeldung:
 Fax: 0251/507-609
 e-mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.de
 e-mail: Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Funktionslehre – 3-teilige Kursserie; Kurs 1 – Funktionsanalyse- und Therapie für die tägliche Praxis
Referent: Dr. Uwe Harth, Bad Salzuflen
Termin: 04. 03. 2005, 15.00 – 18.00 Uhr;
 05. 03. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 700 EUR
Kurs-Nr.: Z 2005-009

Thema: Vollkeramik von A-Z
Referent: Dr. Daniel Edelhoff
Termin: 05. 03. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Halle/S., Maritim Hotel, Riebeckplatz 4
Gebühr: 140 EUR
Kurs-Nr.: Z 2005-010

Thema: Praktische zahnärztliche Fotografie
Referent: Dr. Markus Kaup
Termin: 05. 03. 2005, 9.00 – 13.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 80 EUR
Kurs-Nr.: Z 2005-011

Thema: Totalprothesen – das Einfache, das schwer zu machen ist? 3-teilige Kursreihe
Referent: Univ.-Prof. Dr. Karl-Ernst Dette
Termin: 09., 16. und 23. 03. 2005, jeweils 17.30 – 20.30 Uhr
Ort: Halle/S., Poliklinik für zahnärztl. Prothetik, Harz 4 a
Gebühr: 300 EUR
Kurs-Nr.: Z 2005-012

Thema: Ohrakupunktur und Körperakupunktur zur Schmerztherapie und für weitere Indikationen in der Zahnarztpraxis – Stufe 1
Referent: Dr. med. Kai Bähne-mann
Termin: 11. 03. 2005, 14.00 – 19.00 Uhr;
 12. 03. 2005, 9.30 – 16.30 Uhr

Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 210 EUR
Kurs-Nr.: Z 2005-013

Thema: Notfallseminar für das Praxisteam
Referent: Dr. med. Jens Lindner, Prof. Dr. Detlef Schneider, Univ.-Prof. Dr. Dr. Johannes Schubert, Halle/S.
Termin: 12. 03. 2005, 9.00 – 14.30 Uhr
Ort: Halle/S., Universitätsklinik f. Mund-, Kiefer- u. Plastische Gesichtschir., Ernst-Grube-Str. 40,
Gebühr: ZA 85 EUR, ZH 65 EUR, Team 130 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2005-030

Thema: Die Modellgussprothese und ihre Alternativen
Referent: Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Köln
Termin: 12. 03. 2005, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 90 EUR
Kurs-Nr.: Z 2005-014

Thema: Arbeitsrecht in der zahnärztlichen Praxis
Referent: RA Peter Ihle
Termin: 18. 03. 2005, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: Z 2005-015

Thema: Ihre Persönlichkeit entscheidet: Was in Ihnen steckt, darf gezeigt werden
Referent: Petra Erdmann, München
Termin: 18. 03. 2005, 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Magdeburg, Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 100 EUR
Kurs-Nr.: H-08-2005

Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt, Postfach 3951, 39014 Magdeburg, Frau Einecke
 Tel.: 0391/739 39 14 oder Frau Schwebke
 Tel.: 0391/739 39 15
 Fax: 0391/739 39 20
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder schwebke@zahnaerztekammer-sah.de

LZK Hessen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Strategien für erfolgreiche direkte Füllungen im Front- und Seitenzahnbereich unter Einbeziehung innovativer Konzepte
Referent: PD Dr. J. Manhart, München
Termin: 05. 02. 2005
Ort: Ramada-Treff Hotel, Ostring 9, 65205 Wiesbaden-Nordenstedt
Fortbildungspunkte: 2

Kurs-Nr.: 10031-05001
Thema: Erfahrungen aus Misserfolgen in der Chirurgie
Referent: Prof. Dr. Dr. H.-P. Howaldt, Gießen
Termin: 11. 02. 2005, 14.00 – 17.00 Uhr;
 12. 02. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Kursgebühr: 490 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 25
Fortbildungspunkte: 10

Kurs-Nr.: 20021-05001
Thema: Praxisnahe Parodontalthherapie mit Operationsübungen am Schweinekiefer
Referent: Prof. Dr. P. Raetzke, Frankfurt/M.
Termin: 11. 02. 2005, 14.00 – 19.00 Uhr;
 12. 02. 2005, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: Kassel
Kursgebühr: 395 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 20
Fortbildungspunkte: 11

Thema: Vollkeramik – Zukunft in weiß
Referent: Prof. Dr. H.-Ch. Lauer, Frankfurt/M.
Termin: 12. 02. 2005, 9.30 Uhr s.t.
Ort: Seminarräume der FZZS GmbH, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt/M.
Fortbildungspunkte: 2

Kurs-Nr.: 12005-05001
Thema: Offene Kieferhöhle – was kann und was muss ich tun?
Referent: PD Dr. Dr. B. Al-Nawas, Mainz
Termin: 14. 02. 2005, 19.15 – 21.15 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Kursgebühr: 85 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: ca. 30
Fortbildungspunkte: 2

Kurs-Nr.: 20019-05001
Thema: Praxisnahe zahnärztliche Funktionsanalyse und Therapieprinzipien – Grundkurs
Referent: Prof. Dr. U. Lotzmann, Marburg
Termin: 18. 02. 2005, 14.00 – 18.00 Uhr;
 19. 02. 2005, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Medizinisches Zentrum für ZMK der Philipps-Universität Marburg, Georg-Voigt-Str. 3, 35039 Marburg
Kursgebühr: 365 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 20
Fortbildungspunkte: 11

Kurs-Nr.: Assistentenseminar Seminar I
Thema: Beratungssseminar
Termin: 18. 02. 2005, 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: KZVH – 5. OG Raum 501, Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt/M.
Kursgebühr: kostenfrei
Teilnehmerzahl: 40

Kurs-Nr.: 10019-05001
Thema: Totalprothetik – Kurs für Zahnärzte und Zahntechniker
Referent: Dr. J. Dapprich, Düsseldorf; ZTM E. Oidtmann, Meerbusch-Büderich
Termin: 19. 02. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Kursgebühr: 210 EUR inkl. 16 % MwSt. (1 ZA u. 1 ZT)
Teilnehmerzahl: 20 ZA u. 20 ZT
Fortbildungspunkte: 8

Thema: Abformung und Versorgung der Implantate Teil II
Referent: Prof. Dr. B. Wöstmann, Gießen
Termin: 23. 02. 2005, 15.00 Uhr s.t.
Ort: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Justus-Liebig-Universität, Schlangenzahl 14, 35392 Gießen
Fortbildungspunkte: 2

Kurs-Nr.: 14010-05001
Thema: Curriculum Praxisgründung – Teil 1 – Assistenten-Seminar
Referent: Dr. M. Frank, D. Kornatz, W. Effertz, RA Dr. T. Schlegel, Dr. M. Schulte, Dr. J. Karsten
Termin: 25. 02. 2005, 14.00 – 19.00 Uhr;
 26. 02. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Kursgebühr: 150 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 40
Fortbildungspunkte: 10

Kurs-Nr.: 10018-05001
Thema: Neues aus BEMA und GOZ 2005
Referent: S. Allroggen, Kassel
Termin: 25. 02. 2005, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Kursgebühr: 140 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 20
Fortbildungspunkte: 3

Kurs-Nr.: 10032-05001
Thema: Voll im Trend – Wissenswertes zum Thema Bleichen und warum professionell in der Zahnarztpraxis?
Referent: Dr. C. Anding, Würzburg
Termin: 26. 02. 2005, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Kursgebühr: 210 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 30
Fortbildungspunkte: 6

Kurs-Nr.: 22008-05001
Thema: Periimplantitis – was kann und was muss ich tun?
Referent: PD Dr. R. Mengel, Marburg
Termin: 01. 03. 2005, 19.15 – 21.15 Uhr
Ort: Kassel
Kursgebühr: 85 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: ca. 30
Fortbildungspunkte: 2

Thema: Zahnärztliche Lokalanästhetika – Behandlung von Risikopatienten – periooperative Maßnahmen und Prämedikation
Referent: Dr. Dr. Frank Halling, Fulda
Termin: 02. 03. 2005, 15.00 Uhr
Ort: Kolpinghaus/Stadthalle, Klingelstraße, 36088 Hünefeld
Fortbildungspunkte: 2

Thema: Mundgeruch – Halitosis: Professionelle Diagnostik und Behandlung von Mundgeruch als neues Angebot in der Zahnarztpraxis
Referent: PD Dr. Andreas Filippi, Basel
Termin: 04. 03. 2005, 19.30 Uhr
Ort: LZK Hessen, Außenstelle Kassel, Mauerstraße 13, 34117 Kassel
Fortbildungspunkte: 2

Kurs-Nr.: 20023-05002
Thema: Implantation und Risikomanagement: Richtige Patientenauswahl, klinische und radiologische Planung, Vorbereitung periimplantäre Therapie
Referent: PD Dr. A. Filippi, Basel
Termin: 05. 03. 2005, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Kassel
Kursgebühr: 265 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 20
Fortbildungspunkte: 6

Kurs-Nr.: 14011-05001
Thema: Curriculum Praxisgründung – Teil 2 – Assistenten-Seminar
Referent: M. Simon, Dr. U. Staile, Dr. A. Köster-Schmidt, Dr. E. Vietor, Dr. P. Zehner, Dr. W. Klenner
Termin: 11. 03. 2005, 14.00 – 18.30 Uhr;
 12. 03. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Kursgebühr: 150 EUR inkl. 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 40
Fortbildungspunkte: 10

Thema: „Da steckt ja noch ein Gummibärchen“ – Ratschläge für einen einfacheren Umgang mit Kindern in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. K. Sies, Darmstadt
Thema: Der richtige Zeitpunkt für die KFO-Therapie – Wann sollte der Zahnarzt eine kieferorthopädische Untersuchung einleiten?

Referent: Dr. A. Geis, Offenbach
Termin: 12. 03. 2005,
 9.30 Uhr c.t.
Ort: Justus-Liebig-Haus,
 Bühnensaal, Große Bachgasse 2,
 64283 Darmstadt
Fortbildungspunkte: 2

Kurs-Nr.: 10033-05001
Thema: Schnupperkurs
 – Zahnärztliche Hypnose –
Referent: Dr. S. Fiedler, Kriftel
Termin: 16. 03. 2005,
 15.00 – 21.00 Uhr
Ort: Dr. S. Fiedler,
 Frankfurter Str. 19, 65830 Kriftel
Kursgebühr: 195 EUR inkl.
 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: 25
Fortbildungspunkte: 6

Kurs-Nr.: 10010-05001
Thema: Implantatprothetik – ein
 Kompaktkurs für Zahnärzte und
 Zahntechniker
Referent: Prof. Dr. H.-Ch. Lauer,
 Dr. P. Weigl, ZTM R. Arnold,
 alle Frankfurt/M.
Termin: 18. 03. 2005,
 14.0 – 18.00 Uhr;
 19. 03. 2005, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zentrum der Zahn-, Mund-
 und Kieferheilkunde (Carolinum)
 der Johann Wolfgang Goethe-
 Universität, Theodor-Stern-Kai 7,
 60590 Frankfurt/M.
Kursgebühr: 310 EUR inkl.
 16 % MwSt. (1 ZA und 1 ZT)
Teilnehmerzahl: 15 ZÄ u. 15 ZT
Fortbildungspunkte: 11

Kurs-Nr.: 12006-05001
Thema: Was muss der Zahn-
 arzt/Oralchirurg über Schleim-
 hauterkrankungen der Mund-
 höhle wissen?
Referent: Prof. Dr. G.-H. Nentwig
Termin: 22. 03. 2005,
 19.15 – 21.15 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Kursgebühr: 85 EUR inkl
 16 % MwSt.
Teilnehmerzahl: ca. 30
Fortbildungspunkte: 2

Auskunft und Anmeldung:
 Forum Zahnmedizin,
 Zahnärzte-Service GmbH,
 Rhonestraße 4,
 60528 Frankfurt
 Tel.: 069/42 72 75-180
 Fax: 069/42 72 75-185

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: „Abrechnung ZE – Im-
 plantologie-GOZ/BEMA-Abdin-
 gung/Mehrkosten Aufbaukurs“
ZFA-Fortbildung
Referenten: Birgitt Dresing
Termin: 09. 02. 2005,
 18.00 – 20.00 Uhr
Ort: „Haus der Zahnärzte“,
 Universitätsallee 25,
 28359 Bremen
Gebühr: 40 EUR für die ZFA Bre-
 men; 50 EUR für die ZFA aus
 dem Umland – mit freundlicher
 Unterstützung der Bremer Lan-
 desbank
Kurs-Nr.: 5014

Thema: „Das ABC der Rezeption
 Was sage ich am Telefon?“
ZFA-Fortbildung
Referenten: Brigitte Kühn, ZMV
Termin: 16. 02. 2005,
 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: „Haus der Zahnärzte“,
 Universitätsallee 25,
 28359 Bremen
Gebühr: 150 EUR für die ZFA
 Bremen; 185 EUR für die ZFA aus
 dem Umland – mit freundlicher
 Unterstützung der Bremer Lan-
 desbank
Kurs-Nr.: 5002

Thema: Ästhetische Front- und
 Seitenzahnfüllungen Komposit-
 füllungen „State of the Art“
Referenten: Wolfgang Boer,
 Euskirchen
Termin: 18. 02. 2005,
 14.00 – 19.00 Uhr (Arbeitskurs)
 19. 02. 2005, 9.00 – 16.30 Uhr
 (Vortrag)
Ort: 18. 02.: Haus der Zahnärzte
 19. 02.: Labor der Firma Bego
Gebühr: Gebühr auf Anfrage
Kurs-Nr.: 5502

Thema: „Prophylaxe I“
ZFA Fortbildung
Referenten: Dr. Jan Reineke,
Sabine Mack, ZMF
Termin: 26. 02. 2005,
8.30 – 14.00 Uhr
Ort: Haus der Zahnärzte,
Universitätsallee 25,
28359 Bremen
Gebühr: 65 EUR für die ZFA Bre-
men; 80 EUR für die ZFA aus
dem Umland – mit freundlicher
Unterstützung der Bremer Lan-
desbank
Kurs-Nr.: 5006

Thema: „Prophylaxe II“
ZFA Fortbildung
Referenten: Sabine Mack, ZMF
Termin: 02., 09. 03. 2005,
jeweils 15.00 – 18.00 Uhr;
12. 03. 2005, 9.00 – 12.00 Uhr
Ort: Haus der Zahnärzte,
Universitätsallee 25,
28359 Bremen
Gebühr: 95 EUR für die ZFA Bre-
men; 120 EUR für die ZFA aus
dem Umland – mit freundlicher
Unterstützung der Bremer Lan-
desbank
Kurs-Nr.: 5007

Thema: „Alles über vollkerami-
sche Restaurationen im Power
Pack“ – Der State of the Art für
die Praxis
Referenten: Prof. Dr. Lothar
Pröbster
Termin: 05. 03. 2005,
9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Haus der Zahnärzte,
Universitätsallee 25,
28359 Bremen
Gebühr: 130 EUR für Mitglieder
der ZÄK Bremen; 160 EUR für
Zahnärzte aus dem Umland –
mit freundlicher Unterstützung
der Bremer Landesbank
Kurs-Nr.: 5503

Thema: „Notfallmaßnahmen in
der zahnärztlichen Praxis“
Teamkurs
Referenten: Dr. Dr. Lür Köper
Termin: 09. 04. 2005,
9.00 – 14.00 Uhr
Ort: Diakonissenanstalt, Praxis
Dr. Dr. Köper, Gröpelinger-Heer-
str. 406/408, 28239 Bremen
Gebühr: auf Anfrage
Kurs-Nr.: 5205

Thema: „Unser Markenzeichen –
Patientenbetreuung“
ZFA Fortbildung
Referenten: Brigitte Kühn, ZMV
Termin: 13. 04. 2005,
13.00 – 19.00 Uhr

Ort: Haus der Zahnärzte,
Universitätsallee 25,
28359 Bremen
Gebühr: 150 EUR für die ZFA
Bremen; 185 EUR für die ZFA aus
dem Umland – mit freundlicher
Unterstützung der Bremer Lan-
desbank
Kurs-Nr.: 5003

Thema: Chirurgische Endodontie
– ein modernes Konzept
Referenten: Dr. Andreas Schult
Termin: 16. 04. 2005,
9.00 – 13.00 Uhr
Ort: Haus der Zahnärzte,
Universitätsallee 25,
28359 Bremen
Gebühr: 75 EUR für Mitglieder
der ZÄK Bremen; 94 EUR für
Zahnärzte aus dem Umland –
mit freundlicher Unterstützung
der Bremer Landesbank
Kurs-Nr.: 5504

Auskunft u. schriftl. Anmeldung:
„Haus der Zahnärzte“
Universitätsallee 25,
28359 Bremen,
Rubina Khan
Tel.: 0421/333 03-77
Fax: 0421/333 03-23
e-mail: r.khan@zaek-hb.de

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Applied Kinesiology für
Zahnärzte (AK E) – Einführung
und praktische Anwendung
Referent: Dr. Rudolf Meierhöfer,
Roth
Termin: 18. 02. 2005,
14:00 – 19:00 Uhr
19. 02. 2005, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 355,- EUR
Kurs-Nr.: D 08/05

Thema: Die neue Biognathe Ort-
hese und Padovan-Übungen
bei cranio-mandibulären Dys-
funktionen und Schmerzen
Referent: Dr. Hubertus von
Treuenfels, Eutin

Termin: 23. 02. 2005,
14:30 – 18:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Kieferorth.
Gebühr: 120,- EUR
Kurs-Nr.: D 09/05

Thema: Homöopathie für
Zahnärzte (Kurs I)
Referent: Dr. H.-W. Feldhaus,
Hörstel
Termin: 25. 02. 2005,
9:00 – 17:00 Uhr
26. 02. 2005, 9:00 – 13:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 295,- EUR
Kurs-Nr.: D 12/05

Thema: Die Feldenkrais-Methode
für das Praxisteam!
Referent: J. Kitzmann, Berlin
Termin: 26. 02. 2005,
9:00 – 15:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Praxis-
mitarbeiterinnen
Gebühr: 145,- EUR
Kurs-Nr.: D 106/05

Thema: Medikamente in der
Parodontologie
Referent: Prof. Dr. Holger
Jentsch, Leipzig
Termin: 02. 03. 2005,
15:00 – 19:00 Uhr
Ort: Hotel Mercure Chemnitz
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 100,- EUR
Kurs-Nr.: C 01/05

Thema: Praktische zahnärztliche
Fotografie
Referent: Dr. M. Kaup, Münster
Termin: 05. 03. 2005,
9:00 – 13:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 120,- EUR
Kurs-Nr.: D 17/05

Thema: Applied Kinesiology für
Zahnärzte – Manuelle Medizin 1
(M 1) - Aufbaukurs
Referent: Karl-Kienle, Schongau
Termin: 11./12. 03. 2005,
9:00 – 18:00 Uhr
13. 03. 2005, 9:00 – 13:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 480,- EUR
Kurs-Nr.: D 19/05

Anmeldung: bitte schriftlich an:
Fortbildungsakademie der LZK
Sachsen, Schützenhöhe 11
01099 Dresden
Fax: 0351 / 80 66 106 oder
E-Mail: fortbildung@lzk-sach-
sen.de

Auskunft: Unser komplettes Fort-
bildungsangebot finden Sie im
Internet unter [www.zahnaerzte-
in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-
in-sachsen.de).
Für Informationen steht Ihnen
das Fortbildungsteam der LZK
Sachsen Tel.: 0351 / 80 66 101
zur Verfügung

ZBV Unterfranken



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Wirtschaftliche Behand-
lung ist Chefsache
Referent: Dr. Martina Obermeyer
(in Zusammenarbeit mit der HVB
Würzburg)
Termin: 02. 03. 2005,
17.00 – ca. 20.00 Uhr
Ort: Saalbau Luisengarten,
Würzburg
Gebühr: 70 EUR

Thema: Die operative Entfernung
von Weisheitszähnen – Indikation
– Technik – Komplikationen
Referent: Dr. Sergej Klassen
Termin: 08. 03. 2005,
20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Großer Hörsaal, Zahnklinik
Gebühr: 30 EUR

Thema: Notfallmedizin für
Zahnärzte
Referent: Dr. Stephan Eulert,
Dr. Martin Kraus
Termin: 16. 03. 2005,
16.00 – 20.00 Uhr
Ort: Saalbau Luisengarten,
Würzburg
Gebühr: 90 EUR

Auskunft und Anmeldung:
Zahnärztlicher Bezirksverband
Unterfranken, Dita Herkert,
Dominikanerplatz 3d,
97070 Würzburg
Tel.: 0931/32 114-0
Fax: 0931/32 114-14
e-mail: herkert@zbv-uf-r.de
www.zbv-uf-r.de

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Kurs-Nr.: 058331
Thema: BuS-Intensivkurs Workshop Arbeitssicherheit
Referent: Dr. Sabine Christmann, Neustadt/W.; Archibald Salm, Mainz
Termin: 02. 03. 2005, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 150 EUR
Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 058141
Thema: Vollkeramische Restaurationen in der Prothetik inkl. Abrechnung
Referent: Dr. Helmut Dietrich, Mainz; Brigitte Conrad, Bingen
Termin: 04. 03. 2005, 14.00 – 19.00 Uhr; 05. 03. 2005, 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 320 EUR
Fortbildungspunkte: 12

Kurs-Nr.: 058122
Thema: Zahnärztliche Chirurgie und Zahnerhaltung „Notfall-Praxis“
Referent: PD Dr. Dr. Monika Daubländer, Mainz
Termin: 16. 03. 2005, 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 80 EUR
Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 058142
Thema: Stiftversorgung endodontisch behandelter Zähne
Referent: Prof. Dr. Detlef Heidemann, Frankfurt
Termin: 18. 03. 2005, 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 150 EUR
Fortbildungspunkte: 3

Auskunft und Anmeldung:
 LZK Rheinland-Pfalz,
 Frauenlobplatz 2,
 55118 Mainz,
 Frau Wepprich-Lohse
 Tel.: 06131/96 13 662
 Fax: 06131/96 13 689
 E-Mail: wepprich-lohse@lzk.de

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Erfolgreiche Gesprächsführung mit NLP
Referenten: Ute Malitz, Hannover
Termin: 05. 03. 2005
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: 40546 praxisf

Thema: Zahnärztlich-chirurgische Problemfälle (ausgebucht)
Referenten: Dr. Dr. Götz Ehmman, Hamburg
Termin: 09. 03. 2005
Gebühr: 110 EUR
Kurs-Nr.: 31188 chir

Thema: Das ABC der Schienentherapie (ausgebucht)
Referenten: Theresia Asselmeyer, M. S., Nörten-Hardenberg; Prof. Dr. Meyer, Greifswald
Termin: 11./12. 03. 2005
Gebühr: 390 EUR
Kurs-Nr.: 40535 fu

Thema: Endodontie heute – Theorie und Praxis moderner Endodontie
Referenten: Dr. Thomas Mayer, München
Termin: 12. 03. 2005
Gebühr: 390 EUR
Kurs-Nr.: 40520 kons

Thema: Aktualisierungskurs Fachkunde nach § 18 a RöV mit Erfolgskontrolle
Referenten: Prof. Dr. Uwe Rother, Hamburg
Termin: 16. 03. 2005
Gebühr: 50 EUR
Kurs-Nr.: 7007 rö

Auskunft: 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

Kongresse

■ Februar

9. Kongress der Österreichischen Ges. für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Generalthema: Rekonstruktive Chirurgie im Mund-, Kiefer- u. Gesichtsbereich – Innovationen – Qualität und Effizienz
Tagungspräsident: Prim. Univ. Doz. Dr. Ch. Krenkel, Salzburg
Termin: 01. – 05. 02. 2005
Ort: Neues Kongresshaus, Bad Hofgastein, Salzburg
Auskunft: Ärztezentrale Med.Info Helferstorferstraße 4, A-1014 Wien
 Tel.: (+43/1) 531 16-48 oder -38
 Fax: (+43/1) 531 16-61
 e-mail: azmedinfo@media.co.at

ICCMO-Wintertagung

Veranstalter: ICCMO-Deutschland
Termin: 04. – 06. 02. 2005
Ort: Würzburg, Hotel Maritim
Thema: Interdisziplinäres Management von craniomandibulären Dysfunktionen (CMD)
Auskunft: ICCMO Sekretariat, Dr. Hartwig Messinger, Sterkraderstr. 171, 46539 Dinslaken
 Fax: 02064/49 348

Februar-Kongress der Westfälischen Ges. f. ZMK-Heilkunde e.V.

Veranstalter: Westfälische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
Thema: Implantologie heute – chirurgisch-ästhetische, substanzhaltende und wirtschaftliche Aspekte
Termin: 05. 02. 2005, 9.30 – 13.00 Uhr
Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde, Ebene 05/Raum 300
Auskunft: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
 Tel.: 0251/83 47 084
 Fax: 0251/83 47 182

37. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos

Termin: 05. – 11. 02. 2005
Ort: Davos
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.,

Mallwitzstraße 16,
 53177 Bonn
 Tel.: 0228/855 70
 Fax: 0228/34 06 71
 e-mail: hol@fvdz.de

15. Berliner Zahntechnikertag

Thema: Funktionstherapiekonzepte
Veranstalter: Quintessenz Verlags-GmbH
Termin: 11./12. 02. 2005
Ort: Berlin
Auskunft: Frau Lehmkuhler, Iffepfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/761 80-624
 Fax: 030/761 80-693
 www.quintessenz.de/bzt

19. Berliner Zahnärztetag 34. Dt. Fortbildungskongress für die Zahnmed. Fachangestellte

Thema: Funktionsdiagnostik und -therapie (FDT)
Veranstalter: Quintessenz Verlags-GmbH
Termin: 11./12. 02. 2005
Ort: Berlin
Auskunft: Frau Lehmkuhler, Iffepfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/761 80-624
 Fax: 030/761 80-693

24. Int. Symposium für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Orale Chirurgien und Zahnärzte

Themen: Implantate bei speziellen Indikationen, Lasermedizin, Ästhetische Chirurgie, Traumatologie, freie Themen
Termin: 12. – 19. 02. 2005
Ort: St. Anton am Arlberg
Auskunft: Prof. Dr. Dr. Esser, Klinikum Osnabrück, Am Finkenbühl 1, 49076 Osnabrück
 Tel.: 0541/405-46 00
 Fax: 0541/405-46 99
 e-mail: mkg-chirurgie@klinikum-os.de

6. Int. KFO-Praxisforum 2005

Thema: Praktische Kieferorthopädie – Interdisziplinäre Erfahrungen aus Klinik und Praxis sowie Prophylaxekonzepte für Patient & Praxis-Team (48 Punkte)
Termin: 26. 02. – 05. 03. 2005
Ort: Zermatt/Schweiz
Auskunft: Dr. Anke Lentrodt, Eidelstedter Platz 1, 22523 Hamburg
 Tel.: 040/570 30 36
 Fax: 040/570 68 34
 e-mail: kfo-lentrodt@t-online.de
 www.dr-lentrodt.de

■ März

11. öffentliche anthroposophische Zahnärzte-Tagung

Thema: Zahnmedizin und Anthroposophie – Menschenkundliches, Werkstoffe, Medikamente u.a.

Veranstalter: Medizinische Sektion Goetheanum

Termin: 02. – 05. 03. 2005

Ort: CH-4143 Dornach, Basel/Schweiz, Goetheanum

Auskunft: Arbeitsgemeinschaft anthrop. Zahnärzte, Uli Logg, Schlechtbacherstr. 11, 74417 Gschwend
Tel.: 07972/62 77
Fax: 07972/62 06

Int. Symposium 10 Jahre Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung 6. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.

Thema: Was ist evidenzbasiert in der Zahnmedizin?

Termin: 03. – 05. 03. 2005

Ort: Berlin, Technische Universität, Ernst-Reuter-Platz

Auskunft: Tel.: 030/25 480 678
Fax: 030/25 480 669

e-mail:
registrierung@ebm2005.de
www.ebm2005.de

4. DGI-Jahrestagung

Termin: 04./05. 03. 2005

Ort: Osnabrück

Thema: Praxisnahe Konzepte und Perspektiven

Auskunft: Prof. Dr. E. Esser, Klinikum Osnabrück,

Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück

Tel.: 0541/405 46 00

Fax: 0541/405 46 99

10th South China Int. Dental Equipment & Technology Expo & Conference 2005 and 3rd China Int. Oral Health Care Products Expo & Conference 2005

Termin: 04. – 07. 03. 2005

Ort: Guangzhou Chinese Export Commodities Fair Hall,

Lihua Road, Guangzhou (Canton), P.R. China

Auskunft: MS. Maura Wu,

Ms. Cherry Wu,

Tel.: 0086-20-83 56 72 76

Fax: 0086-20-83 51 71 03

e-mail: maurawu@ste.com.cn

www.dentalsouthchina.com

9. BBI-Jahrestagung

Thema: Implantologie 2005: Was tun, wenn ...?

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Dr. V. Strunz

Termin: 05. 03. 2005

Ort: Potsdam, Kongresszentrum am Templiner See, Am Luftschiffhafen 1, 14471 Potsdam

Auskunft: Congress Partner

GmbH, Matthias Spacke,

Markgrafenstraße 56,

10117 Berlin

Tel.: 030/204 59-0

Fax: 030/204 59-50

E-Mail: Berlin@CPB.de

Frühjahrstagung der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dresden e.V.

Thema: Entscheidungsfindung in der Zahnheilkunde – Kieferchirurgie

Termin: 05. 03. 2005

Ort: Wechselbad, Maternistr. 17, 01067 Dresden

Wiss. Leiter: Prof. Dr. Dr. U. Eckelt

Auskunft: Frau Hofmann

Tel.: 0351/45 82 712

DDHV-Fortbildungstagung

Thema: News and Updates

Termin: 5. 3. 2005

Ort: Forum der Technik des Deutschen Museums

Referenten: Prof. U. P. Saxer (Endoskopie/PA), Christa Haubensack, Dipl. DH (Diamantierte Handinstrumente), ZA Olsson (Laser und Naturheilkunde), Dr. Fuhrmann (Röntgentipps) (Detailprogramm ab Dezember via www.ddhv.de)

Anmeldung: Geschäftsstelle

DDHV-Fortbildungsverein

Dänzergasse 8

93047 Regensburg

Tel.: 0941/56 38 11

Fax: 0941/56 38 61

E-Mail: apostroph@t-online.de

34. Internationale kieferorthopädische Fortbildungstagung der Österreichischen Gesellschaft für Kieferorthopädie

Termin: 7. – 12. 3. 2005

Ort: Wirtschaftskammer Tirol, Saal Tirol, Josef-Herold-Str. 12,

A-6370 Kitzbühel

Anmeldung: Tagungsbüro,

Webergasse 13,

A-6370 Kitzbühel,

Tel.: +43/5356-640 84

Fax: +43/5356-647 42

E-Mail: tagung-kitz@aon.at

51. Zahnärztetag der ZÄK Westfalen-Lippe

Thema: Alters- und risikoadaptierte individuelle Betreuung – Moderne Praxiskonzepte zur Prävention Diagnostik und Planung

Termin: 09. – 12. 03. 2005

Ort: Gütersloh

Auskunft: ZÄK Westfalen-Lippe

Auf der Horst 31, 48147 Münster

Inge Rinker, Tel.: 0251/507-604

Fax: 0251/507-61 9

Treffen 2005 des Arbeitskreises für Geschichte der Zahnheilkunde

Termin: 12./13. 03. 2005

Ort: Bremen, Firma Bego

Auskunft: e-mail:

wknoener@web.de

17. Symposium Praktische Kieferorthopädie

Termin: 19./20. 03. 2005

Ort: Schweizerhof Berlin,

Dorint Sofitel

Wissensch. Leitung: Prof. Dr. Rainer-R. Miethke, Berlin; Priv.-Doz.

Dr. P.-G. Jost-Brinkmann, Berlin

Auskunft: Quintessenz Verlags-

GmbH, Kongress-Service,

Ilfenpfad 2-4, 12107 Berlin

Tel.: 030/761 80 630

Fax: 030/761 80 693

E-mail: kongress@quintessenz.de

www.quintessenz.de/pko

■ April

Dentexpo 2005

Int. Dental Exhibition

Termin: 07. – 09. 04. 2005

Ort: Poland, Warsaw,

Palace of Culture and Science

Auskunft: Biuro Reklamy S. A.

Warsaw Exhibition Board,

Grazyna Pietrzyk,

12a Pulawska Str.,

02-566 Warszawa, Poland

Tel.: +4822 849 60 06 ext. 121

Fax: +4822 849 35 84

e-mail: grazynap@brsa.com.pl

16. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für Zahnmed. Fachangestellte in Schluchsee

Thema: Neue gewebeschonende

Techniken in der Zahnheilkunde

Termin: 08. 04. 2005

Ort: Schluchsee

Auskunft: Tel.: 0761/45 06-311

Fax: 0761/45 06-450

e-mail: dori.mueller@kzv-freiburg.de

30. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Minimalinvasive Therapie

Termin: 08./09. 04. 2005

Ort: Titisee

Auskunft: Tel.: 0761/45 06-311

Fax: 0761/45 06-450

e-mail: dori.mueller@kzv-freiburg.de

11th Int. Congress on Reconstructive Preprosthetic Surgery

Thema: Implant Treatment Strategies – Teamwork: the way to success

Termin: 21. – 23. 04. 2005

Ort: Noordwijk, Niederlande

Auskunft: Kongresssekretariat:

Frau J. J. Exalto,

Postfach 34,

NL-1633 ZG Avenhorn,

Tel.: +31(0)229/541 395

e-mail: jjexalto@xs4all.nl

www.icrps-2005.com

9. Dresdner Parodontologie-Frühling

Thema: Aktuelle parodontale

und periimplantäre Chirurgie

Termin: 30. 04. 2005

Referent: Dr. Dr. Erpenstein,

Dr. Borchard

Ort: Wechselbad, Maternistr. 17,

01067 Dresden

Auskunft: Prof. Dr. Th. Hoff-

mann, Universitätsklinik Dresden

Tel.: 0351/45 82 712

■ Mai

60. Weltkongress homöopathischer Ärzte

Termin: 04. – 07. 05. 2005

Ort: Berlin

Auskunft: Deutscher Zentralver-

ein homöopathischer Ärzte

Am Hofgarten 5, 53113 Bonn

Tel.: 0228/24 25 332

Fax: 0228/24 25 331

e-mail: presse@dzvhae.de

www.liga2005.de

54. Deutscher Ärztekongress Berlin

Termin: 09. – 11. 05. 2005

Ort: Berlin, bcc, Alexanderplatz

Auskunft: MedCongress GmbH,

Postf. 70 01 49, 70571 Stuttgart

Tel.: 0711/72 07 12-0

Fax: 0711/72 07 12-29

e-mail: info@deutscher-aerzte-

kongress.de

www.deutscher-aerztekon-

47. Westerländer Fortbildungstage
Veranstalter: ZÄK Schleswig-Holstein
Termin: 09. – 13. 05. 2005
Ort: Westerland/Sylt
Hauptthema: Minimalinvasive Zahnmedizin
Auskunft: ZÄK Schleswig-Holstein, Westring 498, 24106 Kiel
 Tel.: 0431/26 09 26-80
 Fax: 0431/26 09 26-15
 e-mail: hhi@zaek-sh.de

Frühjahrstagung der Hessischen Zahnärztekammer
Thema: Im Team zum Erfolg
Termin: 21. 05. 2005
Ort: Stadthalle Kassel
Leitung: Prof. Dr. Ulrich Lotzmann, Marburg
Schirmherrschaft: Horst Eckel, Fußballweltmeister Bern '54
Auskunft: Forum Zahnmedizin, Zahnärzte-Service GmbH, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt
 Tel.: 069/42 72 75-180
 Fax: 069/42 72 75-185

12. Europäisches Sommer-symposium in Heringsdorf auf Usedom
Termin: 23. – 28. 5. 2005
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V. Mallwitzstr. 16, 53177 Bonn
 Tel.: 0228/85570
 Fax: 0228/34 06 71
 E-Mail: hol@fvdz.de

34. Jahrestagung der AG Dentale Technologie e.V. (ADT)
Termin: 26. – 28. 05. 2005
Ort: Kultur- und Kongresszentrum (KKL) in Stuttgart
Auskunft: www.ag-dentale-technologie.de

■ Juni

World Conference in Las Vegas
Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH
Termin: 05. – 09. 06. 2005
Ort: Las Vegas
Auskunft: www.nobelbiocare.com/global/de/WorldConference/default.htm oder www.nobelbiocare.com

Jubiläumsveranstaltung: 20 Jahre ZÄT-Info
Thema: Update – der neueste Stand
Termin: 10. – 12. 06. 2005
Ort: Münster/Westfalen, Münsterlandhalle
Auskunft: ZÄT-Info, Frau Knorr, Erbdrostenstr. 6, 48346 Ostbevern
 Tel.: 02532/73 30
 Fax: 02532/77 93
 e-mail: zaetinfo@aol.com
 Internet: zaetinfo@aol.com

19. Bergischer Zahnärztetag 109 Jahre Berg. Zahnärzterverein
3. Jahrestagung der AG für Laserzahnheilkunde (AGLZ)
Sommertagung der Neuen AG Parodontologie (NAGP)
Thema: Neue Therapieverfahren in der Parodontologie und Implantologie
Termin: 17./18. 06. 2005
Ort: Historische Stadthalle Wuppertal
Auskunft: Kongress-Forum, Hohenstein 73, 42283 Wuppertal
 Tel.: 0202/25 45 988
 Fax: 0202/25 44 556

CARS 2005
Thema: Computer Assisted Radiology and Surgery – 19th Int. Congress and Exhibition
Termin: 22. – 25. 06. 2005
Ort: ICC Berlin
Organisation: Prof. Heinz U. Lemke, PhD, Technical University Berlin, Computer Graphics and Computer Assisted Medicine
Auskunft: CARS Convergence Office, Im Gut 15, 79790 Kuessaberg
 Tel.: 07742/922 434
 Fax: 07742/922 438
 e-mail: office@cars-int.org
 www.cars-int.org

12. International Dental Congress and Exodontqal 2005
Termin: 23. – 25. 06. 2005
Ort: Istanbul, Lütfi Kırdar Convention and Exhibition Centre
Auskunft: Istanbul Dishekimleri Odası;
 e-mail: ido@tnn.net

10. Greifswalder Fachsymposium 2. Jahrestagung des Landesverbandes M/V der Deutschen Ges. für Implantologie (DGI)
Veranstalter: Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V. und Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI)
Thema: Konsequenter Versuch der chirurgischen Zahnerhaltung oder gleich Implantat?
Termin: 25. 06. 2005
Ort: Tagungszentrum des Berufsbildungswerkes, Pappelallee 2, 17489 Greifswald
Auskunft: Prof. Dr. W. Sümnick, Poliklinik für MKG-Chirurgie, Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald
 Tel.: 03834/86 71 80
 Fax: 03834/86 71 31
 e-mail: suemnick@uni-greifswald.de

■ August

Fourth International Symposium on Sport Dentistry and Dental Trauma
Termin: 24. – 27. 08. 2005
Ort: Montreal, Canada
Auskunft: International Society for Dentistry, Sport and Trauma
 e-mail: ISDSMontreal2005@aol.com

Universitäten

Universität Witten-Herdecke

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Parodontologie III Minimal-invasive Parodontalchirurgie, Neue Verfahren zur regenerativen und plastischen-rekonstruktiven Parodontalchirurgie
Referent: Prof. Dr. W.-D. Grimm, Prof. Dr. P. Cichon, Dr. G. Gassmann, Dr. S. Klar, Dipl.-Med. Päd. S. Grimm
Termin: 04. 03. 2005, 14.00 – 18.00 Uhr; 05. 03. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Universität Witten/Herdecke
Kursgebühr: 650 EUR
Fortbildungspunkte: 15

Thema: Neues aus der Endodontie
Referent: PD Dr. R. Beer
Termin: 15. 03. 2005, 18.00 – 21.00 Uhr
Ort: Universität Witten/Herdecke
Kursgebühr: 75 EUR
Fortbildungspunkte: 3

Thema: Die modifizierte Fissurenversiegelung
Referent: Prof. Dr. P. Gängler und Dr. T. Lang
Termin: 18. 03. 2005, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Universität Witten/Herdecke
Kursgebühr: 350 EUR
Fortbildungspunkte: 5

Thema: Therapiemanagement der Klasse II/1 und II/2 beim erwachsenen Patienten
Referent: Prof. Dr. H. Landmesser, Dr. K. Staufer, Dr. D. Jung, Dr. L. Bonitz
Termin: 19. 03. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Universität Witten/Herdecke
Kursgebühr: 350 EUR
Fortbildungspunkte: 6

Thema: Gewinnoptimierung in der Zahnarztpraxis
Referent: Steuerberater W. Hartwig, Steuerberater C. Johannes
Termin: 26. 03. 2005, 10.00 – 14.00 Uhr
Ort: Universität Witten/Herdecke
Kursgebühr: 150 EUR
Fortbildungspunkte: 3

Auskunft: Universität Witten/Herdecke, Frau C. Arnold, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten,
 Tel.: 02302/926-676
 Fax: 02302/926-661
 e-mail: Fortbildung-zmk@uni-wh.de

Universität Zürich

CEREC-Kurse in Zürich

Thema: Cerec 3: Keramikrestaurationen per Computer mit 3D Software (Prakt. Intensivkurs)
Referent: Prof. Dr. W. Mörmann und Mitarbeiter, Zürich
Termin: 05. 03. 2005
Ort: Zürich

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

RWTH Aachen

CEREC 3D-Basisseminar

Thema: Basistraining, um mit CEREC in der täglichen Praxis einen erfolgreichen Anfang machen zu können, inkl. post-training support; Selbstverständlich für CEREC 2, CEREC 3, vor allem für CEREC 3D-Anwender
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curriculaentwicklung und -forschung (Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans)
Termin: 25./26. 02. 2005, Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr, Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR (Sirona-Gutscheine werden angenommen)
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

CEREC-Kronen-Aufbau, gleichzeitig CEREC 3D-Konversionsseminar

Thema: Traditionelles Jahresabschlussseminar mit Zusammenfassung der Trainingsinhalte aller Seminarformate, inkl. InLab-Verfahren; individuell auszurichtendes Advanced Training zur Anfertigung aller Einzelzahnrestaurationen – d.h. „schwierige“ Konstruktionen, Teilkronen, Front- und Seitenzahnkronen, Teleskopkronen, usw.
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curriculaentwicklung und -forschung (Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans)
Termin: 18./19. 03. 2005, Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr, Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR (Sirona-Gutscheine werden angenommen)
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

Auskunft/Anmeldung:

Tel.: 0241/80 88 733
 Fax: 0241/80 82 468
 Infoline: 0175/400 47 56
 E-Mail: jerome.rotgans@t-online.de
 www.ukaachen.de/zpp

Wissenschaftliche Gesellschaften

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Die Perfektionierung der Sinuslift-Operation
Termin: 04./05. 03. 2005
Referent: Watzek
Kurs-Nr.: IM 33

Thema: Zauberhafte Kinder ohne Zaubertricks
Termin: 05. 03. 2005
Referent: Kant
Kurs-Nr.: ZF 1282

Thema: Anatomie für Fortgeschrittene
Termin: 10. 03. 2005
Referent: Schmidinger
Kurs-Nr.: IM 35

Thema: Aufbisschiene – und was dann?
Termin: 10. – 12. 03. 2005
Referent: Seeher
Kurs-Nr.: ZF 1283

Thema: Praxisorganisation und Hospitation
Termin: 11./12. 03. 2005
Referent: Meißner
Kurs-Nr.: PP496

Thema: Plastische Parodontalchirurgie
Termin: 11./12. 03. 2005
Referent: Schlee
Kurs-Nr.: PP 497

Thema: Infektionskontrolle – Parodontologische Aspekte bei der Planung und Durchführung der Implantation
Termin: 19. 03. 2005
Referent: Beaumont
Kurs-Nr.: IM 36

Thema: Implantatprothetik – Bewährtes und Neues
Termin: 19. 03. 2005
Referent: Spiekermann
Kurs-Nr.: IM 37

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

Freie Anbieter

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

Thema: Grundlagenkurs Festsitzende Kieferorthopädie
Veranstalter: Akademisches Zentrum Zahnheilkunde
Termin: 10. – 12. 02. 2005
Ort: 66663 Merzig
Sonstiges: Diagnostik – Behandlungsplan – Bekleben – Bebändern; Ref.: Dr. F.-P. Schwindling; Typodontkurs für Einsteiger
Auskunft: AZZ Akademisches Zentrum Zahnheilkunde, Waldstraße 21, 66663 Merzig Tel.: 06861/773 77 Fax: 06861/773 78 www.azz.de

Thema: Sofort-Behandlungs-Symposium mit KOS-Implantaten
Veranstalter: Dr. Ihde Dental
Termin/Ort: 12. 02. 2005, 83301 Traunreut, Traunring 96; 05. 03. 2005, 46325 Borken, Butenwall 54 jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Sonstiges: Ref.: Dr. Werner Mander, Traunreut; Dr. Jan-Christoph Künstler, Borken; 8 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 340 EUR, inkl. MwSt.
Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH Erfurter Str. 19, 85386 Echingen/München, Tel.: 089/31 97 61-0 Fax: 089/31 97 61-33 e-mail: info@ihde.com www.ihde.com

DGZH

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Einführung in die Zahnärztliche Hypnose
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose
Termin: 25./26. 02. 2005
Ort: Hotel Herzogspark, Herzogenaurach
Sonstiges: Der Kurs wird von der DGZH als Z1-Kurs zur Erlangung des Zertifikats Zahnärztliche Hypnose DGZH anerkannt; Ref.: Dr. Christian Rauch
Kursgebühr: 450 EUR, DGZH-Mitglieder 400 EUR

Auskunft: Dr. Rauch, 59320 Ennigerloh, Eckestr. 18 Tel.: 02524/58 49 Fax: 02524/95 15 18

Thema: Invisalign Behandler Workshop
Veranstalter: Invisalign®
Termin/Ort: 12. 02., Berlin; 17. 06., Stuttgart
Auskunft: www.aligneu.de

Thema: SAM-Anwenderschulung
Veranstalter: SAM Präzisionstechnik GmbH
Termin: 16. 02. u. 09. 03. 2005, jeweils 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Gauting bei München
Sonstiges: Richtige Auswahl und Anwendung der SAM-Systemkomponenten: Artikulator, Transferbogen, Modellherstellung- u. Montage etc.
Kursgebühr: 45,- € inkl. MwSt.
Auskunft: SAM Präzisionstechnik, Fußbergstr. 1, 82131 Gauting
 Tel.: 089/800 654 53
 Fax: 089/800 654 32
 e-mail: info@sam-dental.de

Thema: Kinesiologie 1
Veranstalter: AUFWIND CONSULTING GmbH
Termin: 18./19. 02. 2005
Ort: Schlehdorf in Obb.
Referent: Dr. Martina Obermeyer; 18 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 600,- €
Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting, Kocheler Str. 1, 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/61 56 91
 Fax: 08851/61 56 90
 E-Mail: info@aufwind.org

Thema: Spurwechsel
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 19. 02. 2005, 9.10 – 17.40 Uhr
Ort: Haranni Akademie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Friedrich W. Schmidt
Kursgebühr: 360,- EUR
Auskunft: Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstr. 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/946 83 00
 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Fissurenversiegelung unter Anwendung von Kofferdam
Veranstalter: HiProDent
Termin: 19. 02. 2005
Ort: 88319 Aitrach
Sonstiges: Vormittags Theorie, Nachmittags Praxis
Kursgebühr: 125 EUR

Auskunft: HiProDent, Ulrike Wiedemann, Flößerstr. 4, 88319 Aitrach
 Tel.: 07565/94 31 59
 Fax: 07561/98 66 22
 e-mail: HiProDent@gmx.de

Thema: Phaseworkshop für Fortgeschrittene
Veranstalter: C. Hafner GmbH & Co.
Termin/Ort: 19. 02., Karlsruhe; 05. 03., Berlin
Kursgebühr: 265 EUR
Auskunft: C. Hafner, J. Lindhorst, Bleichstraße 13-17, 75179 Pforzheim
 Tel.: 07231/920 158
 Fax: 07231/920 159

Thema: Intensiv-OP-Kurs Basalosseointegration/Implantologie
Veranstalter: Dr. Ihde Dental
Termin: 21. – 25. 02. 2005 und 18. – 22. 04. 2005
Ort: Zahnärztliche Klinik, Dorfplatz 11, CH-8737 Gommiswald
Sonstiges: Ref.: Dr. Stefan Ihde, Gommiswald (Schweiz); 36 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 2 600 EUR, (MwSt. entfällt)
Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH Erfurter Str. 19, 85386 Echingen/München, Tel.: 089/31 97 61-0
 Fax: 089/31 97 61-33
 e-mail: info@ihde.com
 www.ihde.com

Thema: Chirurgische Parodontalbehandlung (Modul D)
Veranstalter: Kurssekretariat Parodontologie
Termin: 23. 02. 2005, 15.00 – 20.30 Uhr
Ort: Köln, Maritim Hotel
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Jörg W. Kleinfelder, Universität Nimwegen, Niederlande; Fortbildungspunkte: 10
Kursgebühr: 250 EUR
Auskunft: Frau Gremmer, Kurssekretariat Parodontologie, Friedrich-Springorum-Str. 27, 40237 Düsseldorf
 Tel.: 0211/966 16 77
 Fax: 0211/966 17 44

Thema: Titan-Gießtechnik – Praxis und Theorie
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 24. – 25. 02. 2005
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZT Bernd Niesler
Kursgebühr: 510 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803 409
 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de
 Internet: www.dentaurum.com

Thema: KFO Creativ – der etwas andere Kurs
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 25. 02. 2005
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Claudia Stöber
Kursgebühr: 202 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803 409
 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de
 Internet: www.dentaurum.com

Thema: Metallverbindungen in der KFO
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 25. 02. 2005
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Martin Hildmann
Kursgebühr: 195 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803 409
 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de
 Internet: www.dentaurum.com

Thema: Grundlagen der KFO-Abrechnung nach Bema und GOÄ/GOZ
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 25. 02. 2005, 13.00 – 18.30 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: Dipl.-Med.-Päd. FH B. Rumpf
Kursgebühr: 130 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau B. Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
 Tel.: 069/94 221-113
 Fax: 069/94 221-201

Thema: „Die Gesundheit von Behandler und Team“ Gut sehen – gut sitzen – effizient arbeiten
Veranstalter: XO Care Deutschland GmbH
Termin: 25. 02. 2005, 17.00 – 21.00 Uhr
Ort: Hannover
Sonstiges: Kurs für Zahnärzte und Helferinnen; Ref.: J.-C. Katzschner, Hamburg; 6 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: ZA: 160 EUR + MwSt. (Inkl. Lernprogramm auf CD) Helferin: 120 EUR + MwSt.
Auskunft: Andrea Katzschner, Hans-Böckler-Ring 33, 22851 Norderstedt
 Tel.: 040/94 36 65-32
 Fax: 040/94 36 65-43

Thema: Selbstligierende Brackets „Was ist bei der Behandlung mit Smart Clip anders?“
Veranstalter: 3M Unitek GmbH
Termin: 25. 02. 2005
Ort: Hotel Crowne Plaza, Heidelberg
Sonstiges: Ref.: Prof. D. Segner
 Kursgebühr: 320,- EUR; 272 EUR für Assistenten
Auskunft: Ute Wagemann, 3M Unitek GmbH, Espe Platz, 82229 Seefeld
 Tel.: 08152/397-5024
 Fax: 08152/397-5097
 E-Mail: uwagemann@mmm.com

Thema: Ästhetische, forensische KFO und günstige Behandlungsmaßnahmen
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 25./26. 02. 2005
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr. Robert Fuhrmann; 13 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 699 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803 409
 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de
 Internet: www.dentaurum.com

Thema: Invisalign Zertifizierungsseminar
Veranstalter: Invisalign®
Termin/Ort: 25. 02., Berlin; 11. 03., München; 16. 04., Köln; 13. 05., Zürich; 03. 06., Frankfurt; 24. 06., Wien
Auskunft: www.aligneu.de

Thema: Diodium-Laser Anwenderseminar mit Live-OPs
Veranstalter: Weil-Dental GmbH
Termin: 25. 02., 13. 05., 02. 09. und 04. 11. 2005, jeweils 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hauptstraße 8, 21266 Jesteburg
Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Tilli Hanßen
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt., (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat: 125 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Weil-Dental GmbH, Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach
 Tel.: 06003/814-220, 30 o. 40
 Fax: 06003/814-906

Thema: Zweiteiliges IST-Gerät nach Prof. Hinz
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 26. 02. 2005, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, 44623 Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Kathrin Paeske-Hinz, ZT Jens Höpner und Mitarbeiter
Kursgebühr: 350,- EUR
Auskunft: Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstr. 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/946 83 00
 Fax: 02323/946 83 33

Thema: KFO-Abrechnung Spezial
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 26. 02. 2005, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: Dipl.-Med.-Päd. FH B. Rumpf, Frankfurt
Kursgebühr: 130 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau B. Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
 Tel.: 069/94 221-113
 Fax: 069/94 221-201

Thema: Ein Weg durch die Landschaft der Funktion
Veranstalter: XO Care Deutschland GmbH
Termin: 26. 02. 2005, 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Sonstiges: Kurs für Zahnärzte; Ref.: J.-C. Katzschner, Hamburg; 9 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 240 EUR + MwSt.
Auskunft: Andrea Katzschner, Hans-Böckler-Ring 33, 22851 Norderstedt
 Tel.: 040/94 36 65-32
 Fax: 040/94 36 65-43

Thema: Informationsveranstaltung zur Kursreihe „Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte u. Apotheker
Veranstalter: PAN – Privatsakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 26. 02. 2005, 10.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg, Streithorstweg 3

Sonstiges: Kursinhalte u. -aufbau werden vorgestellt. Gasthörer-schaft beim anschließenden Übungskurs möglich. Anmeldung unbedingt erforderlich
Kursgebühr: kostenfrei
Auskunft: PAN, Frau Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
 Tel.: 05475/95 98 55
 Fax: 05475/52 57

Thema: Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte und Apotheker
Veranstalter: PAN – Privatsakademie für Naturheilkunde GmbH
Termin: 26. 02. 2005, 11.00 – 18.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg, Streithorstweg 3
Sonstiges: 18-monatige Kursreihe (6 Einzelblöcke zu je 3 Monaten) Potationsverfahren. Einstieg jederzeit möglich. Gasthörerschaft nach Anmeldung möglich.
Kursgebühr: auf Anfrage

Auskunft: PAN, Frau Gardemin,
Streithorstweg 3,
49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Leistungsabrechnung in
der Implantologie
Veranstalter: Dr. Ihde Dental
Termin: 26. 02. 2005,
9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Best Western Parkhotel
Westfalahalle im Flughafen
Dortmund

Sonstiges: Ref.: Dr. Friedhelm
Weber, Hamm; Dr. Hans-Joachim
Wütig, Dortmund; 8 Fortbil-
dungspunkte

Kursgebühr: 340 EUR, inkl.
MwSt.

Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH
Erfurter Str. 19,
85386 Echingen/München,
Tel.: 089/31 97 61-0
Fax: 089/31 97 61-33
e-mail: info@ihde.com
www.ihde.com

Thema: Modul 4: Interne und Ex-
terne Kommunikation (Lehrgang
QM-Praxismanagerin

Veranstalter: dental-qm
Termin: 26. 02. 2005,
9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Frankfurt

Sonstiges: Grundlagen der Kom-
munikation; Umgang mit Fehlern
= Chancenmanagement; Erstel-
lung und Einsatz des Patienten-
fragebogens; Ref.: Eva-Maria
Wollmarker; Stefanie Schuchert

Kursgebühr: 420 EUR + MwSt.
Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl.
Kirsten Schwinn, Jungfernstieg
21, 24103 Kiel,
Tel.: 0431/97 10-308
Fax: 0431/97 10-309
E-Mail: schwinn@dental-qm.de
Internet: www.dental-qm.de

Thema: GOZ- Abrechnung ohne
Honorarverlust, Teil II: Abrech-
nungsworkshop; Dieser Kurs
richtet sich an Teilnehmer mit
guten Vorkenntnissen
Veranstalter: AL Dente
– Marion Borchers –
GOZ-Abrechnung mit Biss
Termin: 26. 02. 2005,
9.00-17.00 Uhr
Ort: Oldenburg
Sonstiges: individuelle praxisin-
terne Schulungen, gerne auf An-
frage; Erstellung von Abrech-
nungsanalysen, Verschenken Sie
kein Honorar! Seminarübersicht
unter www.aldente-borchers.de

Referentin: Marion Borchers,
Fachreferentin für zahnärztliche
Abrechnung

Kursgebühr: 240,- €

Auskunft:
Al Dente – Marion Borchers
Kamphof 10, 26180 Rastede
Tel.: 04402/972 977
Fax: 04402/972 978
E-Mail: aldente@nwn.de
Internet: aldente-borchers.de

Thema: Interdisziplinäre Behand-
lung der craniomandibulären
Dysfunktion

Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilbe-
rufe, Herne

Termin: 26. 02. 2005,
8.30 – 19.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie,
44623 Herne

Kursgebühr: 240,- EUR
Auskunft: Haranni Akademie,
Schulstr. 30, 44623 Herne
Tel.: 02323/91 13 13
Fax: 02323/586 55
e-mail: gzm-medien@t-online.de

Thema: Selbstlegierende Brackets
„Was ist bei der Behandlung mit
Smart Clip anders?“

Veranstalter: 3M Unitek GmbH
Termin/Ort: 26. 02. 2005
Südwestpark-Hotel, Nürnberg;
27. 02., Arabella Sheraton Hotel,
München

Sonstiges: Ref.: Prof. D. Segner
Kursgebühr: 320 EUR;
272 EUR für Assistenten

Auskunft: Ute Wagemann,
3M Unitek GmbH, Espe Platz,
82229 Seefeld
Tel.: 08152/397-5024
Fax: 08152/397-5097
E-Mail: uwagemann@mmm.com

Thema: Strategische Praxisorga-
nisation und -planung
Veranstalter: IFG – Internationale
Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 26. 02. – 05. 03. 2005
Ort: Ischgl/Österreich
Sonstiges: Ref.: Hans-Uwe Köhler

Kursgebühr: 1 490 EUR inkl.
Tagungsverpflegung
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22,
23669 Timmendorfer Strand
Tel.: 04503/77 99 33
Fax: 04503/77 99 44
E-Mail: info@ifg-hl.de
Internet: www.ifg-hl.de

Thema: Kurs zum Erwerb von
Kenntnissen im Strahlenschutz
für Ärzte und Personen der tech-
nischen Mitwirkung in der Strah-
lentherapie (S040T)
Veranstalter: Forschungszen-
trum Karlsruhe in der Helmholtz-
Gemeinschaft
Termin: 28. 02. – 02. 03. 2005,
und 10. 10. – 12. 10. 2005
Ort: 76344 Eggenstein-
Leopoldshafen
Kursgebühr: 340 EUR

Thema: Diodium-Laser,
Anwenderseminar mit Live-OPs
Veranstalter: Weil-Dental GmbH
Termin: 26. 02., 30. 05., 09. 09.
und 26. 11. 2005,
jeweils 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Kipsdorfer Straße 111,
01277 Dresden
Sonstiges: Seminarleiter: Dres.
Purkert

Kursgebühr: 395 EUR + MwSt.,
(ohne Ausbildung zum Laser-
schutzbeauftragten) Sicherheits-
zertifikat: 125 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Weil-Dental GmbH,
Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach
Tel.: 06003/814-220, 30 o. 40
Fax: 06003/814-906

Thema: Konferenz: Intranet in
der internen Kommunikation
Veranstalter: Management
Circle AG

Termin: 28. 02. 2005,
Vorabseminar;
01./02. 03. 2005, Konferenz;
03. 03. 2005, Anhangseminar
Ort: Frankfurt/Main
Kursgebühr: 1 545 EUR
Auskunft: Management Circle AG
Service-Hotline:
06196/47 22 803
e-mail: info@management-
circle.de
www.managementcircle.de

Thema: Konferenz: Key Account
Management
Veranstalter: Management
Circle AG

Termin: 28. 02./01. 03. 2005
Ort: Wiesbaden
Kursgebühr: 1 595 EUR
Auskunft: Management Circle AG
Service-Hotline:
06196/47 22 803
e-mail: info@management-
circle.de
www.managementcircle.de

Thema: Konferenz: Key Account
Management
Veranstalter: Management
Circle AG
Termin: 28. 02./01. 03. 2005
Ort: Wiesbaden
Kursgebühr: 1 595 EUR
Auskunft: Management Circle AG
Service-Hotline:
06196/47 22 803
e-mail: info@management-
circle.de
www.managementcircle.de

Thema: Kurs zum Erwerb von
Kenntnissen im Strahlenschutz
für Ärzte und Personen der tech-
nischen Mitwirkung in der Strah-
lentherapie (S040T)
Veranstalter: Forschungszen-
trum Karlsruhe in der Helmholtz-
Gemeinschaft
Termin: 28. 02. – 02. 03. 2005,
und 10. 10. – 12. 10. 2005
Ort: 76344 Eggenstein-
Leopoldshafen
Kursgebühr: 340 EUR

Thema: Kurs zum Erwerb von
Kenntnissen im Strahlenschutz
für Ärzte und Personen der tech-
nischen Mitwirkung in der Strah-
lentherapie (S040T)
Veranstalter: Forschungszen-
trum Karlsruhe in der Helmholtz-
Gemeinschaft
Termin: 28. 02. – 02. 03. 2005,
und 10. 10. – 12. 10. 2005
Ort: 76344 Eggenstein-
Leopoldshafen
Kursgebühr: 340 EUR

Auskunft: Forschungszentrum
Karlsruhe in der Helmholtz-Ge-
meinschaft (HGF), Hermann-
von-Helmholtz-Platz 1, 76344
Eggenstein-Leopoldshafen
Tel.: 07247 82-0
Fax: 07247 82-50 70
www.fzk.de

Thema: Spezialkurs im Strahlen-
schutz bei der Therapie mit
Röntgenstrahlen und radioakti-
ven Quellen (S460)

Veranstalter: Forschungszen-
trum Karlsruhe in der Helmholtz-
Gemeinschaft

Termin: 28. 02. – 02. 03. 2005,
und 10. 10. – 12. 10. 2005

Ort: 76344 Eggenstein-
Leopoldshafen

Kursgebühr: 680 EUR

Auskunft: Forschungszentrum
Karlsruhe in der Helmholtz-Ge-
meinschaft (HGF), Hermann-
von-Helmholtz-Platz 1, 76344
Eggenstein-Leopoldshafen
Tel.: 07247 82-0
Fax: 07247 82-50 70
www.fzk.de

Thema: Spezialkurs im Strahlen-
schutz für Medizinphysik-Exper-
ten (S490)

Veranstalter: Forschungszen-
trum Karlsruhe in der Helmholtz-
Gemeinschaft

Termin: 28. 02. – 05. 03. 2005,
und 10. 10. – 15. 10. 2005

Ort: 76344 Eggenstein-
Leopoldshafen

Kursgebühr: 1 290 EUR

Auskunft: Forschungszentrum
Karlsruhe in der Helmholtz-Ge-
meinschaft (HGF), Hermann-
von-Helmholtz-Platz 1, 76344
Eggenstein-Leopoldshafen
Tel.: 07247 82-0
Fax: 07247 82-50 70
www.fzk.de

Thema: Individuelle Patientenbe-
treuung mit modernsten implan-
tologischen Therapiemethoden

Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilbe-
rufe, Herne

Termin: 02. 03. 2005,
16.00 – 19.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie,
44623 Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Klaus Lotzkatz
Kursgebühr: 130,- EUR

Auskunft: Haranni Akademie,
Renate Dömpke, Schulstr. 30,
44623 Herne
Tel.: 02323/946 83 00
Fax: 02323/946 83 33

Thema: Rendite-Prophylaxe für Ihre Praxis
Veranstalter: Pharmatechnik GmbH & Co. KG, Prof. Dr. Bischoff & Partner und Deutscher Ärzteverlag
Termin/Ort: 02. 03., Essen; 09. 03., Stuttgart; 16. 03., Frankfurt/M.; 20. 04., München; 27. 04., Berlin; 04. 05., Hamburg
Sonstiges: Fit für die Zukunft – Seminarreihe für mehr Wirtschaftlichkeit in der Praxis
Kursgebühr: 200 EUR
Auskunft: Tel.: 08151/44 42-500
 Fax: 08151/44 42-75 00
 e-mail: akademie@pharmatechnik.de

Thema: Festzuschüsse 2005: Möglichkeiten und Chancen der neuen Regelung für Ihre Praxis
Veranstalter: praxisDienste.de
Termin/Ort: 02. 03., Düsseldorf; 09. 03., Stuttgart; 11. 03., Leipzig; 16. 03., Mannheim
Kursgebühr: 145 EUR ZÄ, 120 EUR Mitarbeiterin
Auskunft: pdv praxisDienste + Verlags GmbH, Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/64 99 71-0
 Fax: 06221/64 99 71-20
 www.praxisDienste.de

Thema: Ergänzungskurs im Strahlenschutz bei der Therapie mit Beschleunigern (S460B)
Veranstalter: Forschungszentrum Karlsruhe in der Helmholtz-Gemeinschaft
Termin: 03./04. 03. 2005 und 13./14. 10. 2005
Ort: 76344 Eggenstein-Leopoldshafen
Kursgebühr: 340 EUR
Auskunft: Forschungszentrum Karlsruhe in der Helmholtz-Gemeinschaft (HGF), Hermann-von-Helmholtz-Platz 1, 76344 Eggenstein-Leopoldshafen
 Tel.: 07247 82-0
 Fax: 07247 82-50 70
 www.fzk.de

Thema: Kurs im Strahlenschutz für medizinisch-technische Assistenten zur Bedienung von Beschleunigern in der Medizin (S460M)
Veranstalter: Forschungszentrum Karlsruhe in der Helmholtz-Gemeinschaft
Termin: 03./04. 03. 2005 und

13./14. 10. 2005
Ort: 76344 Eggenstein-Leopoldshafen
Kursgebühr: 440 EUR
Auskunft: Forschungszentrum Karlsruhe in der Helmholtz-Gemeinschaft (HGF), Hermann-von-Helmholtz-Platz 1, 76344 Eggenstein-Leopoldshafen
 Tel.: 07247 82-0
 Fax: 07247 82-50 70
 www.fzk.de

Thema: KFO Aufbaukurs für Fortgeschrittene
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 03. – 05. 03. 2005
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Christine Ramian
Kursgebühr: 499 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803 409
 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de
 Internet: www.dentaurum.com

Thema: Abrechnung in der KFO für Einsteiger
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 04. 03. 2005
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Petra Schmidt-Saumweber
Kursgebühr: 200 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803 409
 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de
 Internet: www.dentaurum.com

Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 04. 03. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Andreas Schumann
Kursgebühr: 240,- EUR
Auskunft: Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstr. 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/946 83 00
 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Die optimierte Wurzelkanalfüllung
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 04. 03. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Liviu Steier
Kursgebühr: 280,- EUR
Auskunft: Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstr. 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/946 83 00
 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Kieferorthopädische Frühbehandlung mit vorgefertigten Geräten
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 04. 03. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. John Flutter
Kursgebühr: 310 EUR inkl. MwSt. 250 EUR inkl. MwSt. für Ass. mit KZV-Nachweis
Auskunft: Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstr. 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/946 83 00
 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Kraniosakralosteopathie
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 04. 03. 2005, 10.00 – 19.00 Uhr; 05. 03. 2005, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Erich Wühr
Kursgebühr: 570 EUR inkl. MwSt. 460 EUR inkl. MwSt. für Ass. mit KZV-Nachweis
Auskunft: Haranni Akademie, Renate Dömpke, Schulstr. 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/946 83 00
 Fax: 02323/946 83 33

Thema: Straight-Wire-Technik 1
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 04./05. 03. 2005, jeweils 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. F. G. Sander, Ulm
Kursgebühr: 580 EUR + 60 EUR für Work-Kit zzgl. MwSt.

Auskunft: Frau B. Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
 Tel.: 069/94 221-113
 Fax: 069/94 221-201

Thema: Die Konuskronenprothese im duplierfreien Einstückguss
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 04. – 05. 03. 2005
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Hr. Gadinger, Dr. H.-J. Schindler, Hr. Rupprecht, Dr. Lenz
Kursgebühr: 500 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803 409
 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de
 Internet: www.dentaurum.com

Thema: KFO-Spezialkurs: Das Twin-Block-Gerät
Veranstalter: Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 05. 03. 2005
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZTM Peter Stückrad
Kursgebühr: 215 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803 409
 e-mail: sabine.braun@dentaurum.de
 Internet: www.dentaurum.com

Thema: Ultraschall: DH 1
Veranstalter: Prof. Urs Zappa, m.s.
Termin: 05. 03. 2005, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Radisson SAS Hotel, Steintorstraße 25, CH-4001 Basel
Sonstiges: Parodontale Therapie basierend auf den neuesten Debridement Technologien Ultraschall und andere Methoden, ein klinisches Konzept
Kursgebühr: 450 Sfr.
Auskunft: Kurssekretariat, Frau R. Tscherbatschhoff, Löwenstraße 2, CH-6004 Luzern
 Tel.: 0041/41 412 33 33
 Fax: 0041/41 412 33 43

Master of Science in Oral Implantologie

Implantologen können nun noch besser werden

Die Implantologie ist auf dem besten Wege, in jeder deutschen Zahnarztpraxis Fuß zu fassen. Aber nicht jeder Zahnarzt hat bereits an der Universität gelernt, wie mit dem Zahnersatz, der fest mit dem Kiefer verwächst, verfahren werden soll. Immer wieder werden Kurse angeboten; viele sind lohnend, hilfreich und Erfolg versprechend... Die neue Form des Master of Science in Oral Implantologie gewährleistet, dass derjenige, der diesen Kurs absolviert hat, wirklich ein Köhner in seinem Fachgebiet sein wird.

Anlässlich der Berner Jahrestagung der DGI (Deutsche Gesellschaft für Implantologie) wurde der neue Studiengang, der nach der Erlangung der Approbation als so genannte „PostDoc-Ausbildung“ möglich ist, aus der Taufe gehoben und der Presse vorgestellt. Unter dem Motto „Machen Sie sich fit für die Zukunft“ hat die Deutsche Gesellschaft für Implantologie in Zusammenarbeit mit der privaten, staatlich anerkannten Steinbeis-Hochschule Berlin den ersten deutschen postgradualen und berufsbegleitenden Studiengang zum Master of Science in Oral Implantologie geschaffen.



halte sind darauf ausgerichtet, den Transfer zwischen Wissenschaft und Wirtschaft zu forcieren und für Studierende und Unternehmen über die konkrete Anwendung von geschaffenen

Wissen veritable Chancen in einem globalen Wettbewerb zu generieren. Maßgeschneiderte Ausbildungskonzepte mit hohem Nutzwert für die Umsetzung in die Praxis bieten den Studierenden eine zielgerechte Ausbildung an. Die Einrichtung beansprucht keine staatlichen Subventionen, finanziert sich selbst und ist eine der wenigen deutschen Privathochschulen mit Promotionsrecht. Zulassungsberechtigt zu diesem neuen Studiengang sind Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Approbation – bei Auslandsabsolventen gilt die Anerkennung – eine zweijährige zahnärztliche Berufserfahrung sowie mindestens 50 selbst inserierte Implantate. Im Mittelpunkt des Auswahlverfahrens steht das Eignungsgespräch.

In zwei Jahren zum Köhner

Das nun neu etablierte Weiterbildungsangebot wird vertraglich geschlossen zwischen der Berliner Hochschule und dem approbierten Zahnarzt. Der neue Studiengang wird im Frühjahr 2005 beginnen. Innerhalb von zwei Studienjahren werden 24 Module absolviert, deren Lernziele von Wissenschaftlern der Deutschen Gesellschaft für Implantologie erarbeitet und vorgegeben wurden. Im Durchschnitt findet pro Monat eines dieser Module jeweils an Wo-

chenenden statt, und zwar immer in der Nähe des Wohn- beziehungsweise Tätigkeitsortes des jeweiligen Referenten. Da diese über das ganze Bundesgebiet „verstreut“ leben, haben alle Teilnehmer etwa dieselben „Anfahrtschürden“ zu bewältigen.

Hospitationen und Masterarbeit

Zum Ende dieser zweijährigen Ausbildung werden acht eintägige Hospitationen bei dem Projektbetreuer verlangt. Hierbei sollen Implantationen, Augmentationen sowie die Planung und Versorgung mit prothetischen Suprakonstruktionen auf dem Programm stehen. Ebenso werden mindestens



Foto: Straumann

Ein Einzelzahnimplantat in der Front stellt höchste ästhetische Anforderungen an den Implantologen.

zwei Supervisionen verlangt. Das heißt, dass der Studierende eigens eine große Implantatversorgung mit Aufbau plant, diese dem Projektleiter vorführt, den Patienten daraufhin umfangreich behandelt, und dieses Vorgehen unter strenger Kontrolle des Supervisors steht. Aber auch Fallpräsentationen sind in das Programm fest integriert. Sie werden in der Gruppe vorgestellt, diskutiert und eventuell konstruktiv verbessert. Die Masterthesis sollte bereits studienbegleitend erfolgen, sie ist für den erfolgreichen Studienabschluss zwingend. Der neue Masterstudiengang bildet mit dieser Form der Weiterbildung und Spezialisierung eine Struktur, die wissenschaftsorientiert und praxisorientiert zugleich ist. sp

■ **Weitere Infos auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (<http://www.dgi.de> sowie über info@dgi-fortbildung.de)**

Steinbeis steht für „Biss“

Die im Jahre 1998 in Berlin gegründete Steinbeis-Hochschule bietet zahlreiche Studiengänge mit staatlich anerkannten Abschlüssen. Basis der Steinbeis-Studiengänge ist die intelligente Kombination aus Theorie und Praxis im Steinbeis-eigenen Projekt-Kompetenz-Studium. Fachgebiete, wie Wirtschaft und Management, Selbstmanagement und Organisation, Systemische Qualifizierung, Technologie und Innovation sowie Wissen und Technologie stehen auf den Lehrplänen der Hochschule. Oberste Prämisse der „Elite-Universität“ ist, dass ihre angebotenen Studien- und Lehrgänge höchsten Ansprüchen genügen und neben einer fundierten Ausbildung eine direkte Praxisorientierung und einen effektiven Projekttransfer gewährleisten. Die Intentionen für die Umsetzung der Lehrin-

Steuerliche Aspekte bei der Laborgemeinschaft

So erntet der Fiskus mit

Sigrid Olbertz, Stefanie Hambloch-Stolz

Neue und innovative Praxisstrukturen liegen voll im Trend und werden, neben der etablierten Einzelpraxis, die Zukunft der zahnärztlichen Tätigkeit bestimmen. Eine dieser innovativen Strukturen betrifft das Praxislabor. Statt des üblichen Eigenlabors bilden Zahnärzte eine Laborgemeinschaft. Aber gerade dabei ist steuerlich einiges zu beachten.



Wie weit die Folgen einer Laborgemeinschaft reichen, ahnt nur der, der sich auch die fiskalischen Aspekte anschaut.

Foto: Corbis

Ist schon das Praxislabor einer Einzelpraxis steuerlich differenziert zu betrachten, wird es bei dem Praxislabor größerer zahnärztlicher Praxen steuerlich noch komplexer. Denn bei größeren Praxisstrukturen wird das Praxislabor als Laborgemeinschaft betrieben.

Das Grundmodell bei der Gemeinschaft

Die Laborgemeinschaft arbeitet – wie das Praxislabor – ausschließlich für die beteiligten Zahnärzte, gleichgültig ob diese in einer Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis niedergelassen sind. Die Laborgemeinschaft mietet die Räume und beschafft die Geräte sowie die Einrichtung. Es ist auch denkbar, dass bereits vor-

handene Räume oder Geräte von den einzelnen Zahnärzten zur gemeinsamen Nutzung und Auslastung zur Verfügung gestellt werden.

Die Laborgemeinschaft muss keinen Meister beschäftigen, die Aufsicht obliegt den jeweils beteiligten Zahnärzten. Deshalb kann die Laborgemeinschaft nicht als Arbeitgeber auftreten. Jeder an der Laborgemeinschaft beteiligte Zahnarzt hat deshalb „seinen“ im Labor angestellten Mitarbeiter. Arbeitet ein Zahntechniker der Laborgemeinschaft für zwei Zahnärzte, hat er somit auch mit beiden Zahnärzten einen Anstellungsvertrag.

Da die Aufsicht über die Laborarbeiten den beteiligten Zahnärzten obliegt – weswegen diese ja auch keinen Meister einstellen müssen – muss die Laborgemeinschaft in räum-

licher Nähe zu den beteiligten Zahnärzten liegen. Und zwar zu allen beteiligten Zahnärzten, denn jeder Zahnarzt muss die Arbeiten „seiner“ Techniker überwachen. Es geht also nicht, dass eine Laborgemeinschaft in Berlin gegründet wird und ein Zahnarzt in Hamburg sich daran beteiligt – der Hamburger Kollege könnte seiner Überwachungspflicht nicht nachkommen.

Die Laborgemeinschaft wird von den beteiligten Zahnärzten gemeinsam genutzt und die entstehenden Kosten werden umgelegt. Die Höhe der Kostenumlage richtet sich üblicherweise nach der jeweiligen Inanspruchnahme des Labors durch den beteiligten Zahnarzt. Ein Zahnarzt, welcher viele Leistungen durch die Laborgemeinschaft erbringen lässt, hat also einen hohen Kostenanteil und hohe Personalkosten durch die bei ihm angestellten Techniker. Der Zahnarzt mit einem geringen Auftragsvolumen an die Laborgemeinschaft hat einen geringen Kostenanteil und geringe Personalkosten, da er vielleicht nur einen Techniker in Teilzeit beschäftigt.

Der Zahnarzt rechnet die Laborarbeiten, welche die Laborgemeinschaft erbracht hat, direkt mit dem Patienten ab, wie bei einem Eigenlabor. Die Laborgemeinschaft stellt also keine Rechnungen aus, weder an den Patienten, noch an den beteiligten Zahnarzt.

Je nachdem, wie nun die vertragliche Gestaltung der Laborgemeinschaft ist, müssen unterschiedliche steuerliche Aspekte berücksichtigt werden. In der bisherigen Darlegung wurde davon ausgegangen, dass die Laborgemeinschaft keine Gewinne erwirtschaftet, sondern nur kostendeckend arbeitet.

Wenn es einen Gewinn gibt

Sieht nun der Vertrag vor, dass die Laborgemeinschaft Gewinne erzielt und diese auf die beteiligten Zahnärzte umgelegt werden, ergibt sich eine andere steuerliche Situation. Die steuerlichen Unterschiede beziehen sich auf die Umsatzsteuer, aber auch auf die Einkommen- und Gewerbesteuer. Zudem ist die so genannte Abfärbetheorie zu beachten, sofern die Laborgemeinschaft

als Untergesellschaft einer Gemeinschaftspraxis anzusehen ist. Und selbstverständlich kann die Laborgemeinschaft auch für andere als den beteiligten Zahnärzten tätig werden. Dann muss ein Meister eingestellt werden, das Labor wird gewerblich, und steuerlich ist die Betriebsaufspaltung zu beachten.

... und bei der Einkommensteuer

Da die Laborgemeinschaft nur die Selbstkosten gegenüber den beteiligten Zahnärzten weiterbelastet, ist die steuerliche Handhabung sehr einfach. Bei der Laborgemeinschaft müssen lediglich die Betriebsausga-

somit deren Gewinn bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit.

Anders, wenn hingegen die Kostenumlagen der Zahnärzte im laufenden Jahr bei diesen bereits als Betriebsausgaben und bei der Laborgemeinschaft als Betriebseinnahmen erfasst werden: Dann werden zunächst bei der Laborgemeinschaft die tatsächlichen Aufwendungen ermittelt und den als Betriebseinnahmen erfassten Umlagen gegenübergestellt. Es wird also eine Endabrechnung erstellt. Sofern im laufenden Jahr nur die tatsächlich entstandenen Kosten umgelegt wurden, entsteht bei der Laborgemeinschaft im Endeffekt weder ein Gewinn noch ein Verlust. Bei Abweichungen zwischen den entstandenen Aufwendungen und den Umlagen ergeben sich – gewissermaßen als Saldo – geringfügige Gewinne oder Verluste. Diese werden ermittelt und anteilig auf die beteiligten Zahnärzte aufgeteilt. Der beteiligte Zahnarzt erfasst in seiner Gewinnermittlung bei seinen Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit zunächst die geleistete Kostenumlage als Betriebsausgabe. Zudem ist der Saldo, der sich aus der Endabrechnung ergibt, entweder als Betriebseinnahme oder -ausgabe zu berücksichtigen.

Dieses kompliziert wirkende Verfahren der Finanzverwaltung soll sicherstellen, dass jedem an der Laborgemeinschaft beteiligten Zahnarzt die ihm entstandenen Aufwendungen genau entsprechend seiner Beteiligung als Betriebsausgaben zugerechnet werden.

Gerade bei den Umsätzen heißt es: abgeben

Anders als in der Einkommen- und Gewerbesteuer ist die Laborgemeinschaft in der Umsatzsteuer – auch und gerade im Fall einer nutzungsabhängigen Kostenumlage – als Unternehmer und damit als Steuerschuldner anzusehen.

Vielfach wird aufgrund des „Mähdrescher-Urteils“ des BFH vom 1. Oktober 1998 jedoch argumentiert, die Laborgemeinschaft sei kein Unternehmer, da die einzelnen beteiligten Zahnärzte im Wege der vereinbarten Kostenumlagen lediglich nicht umsatz-

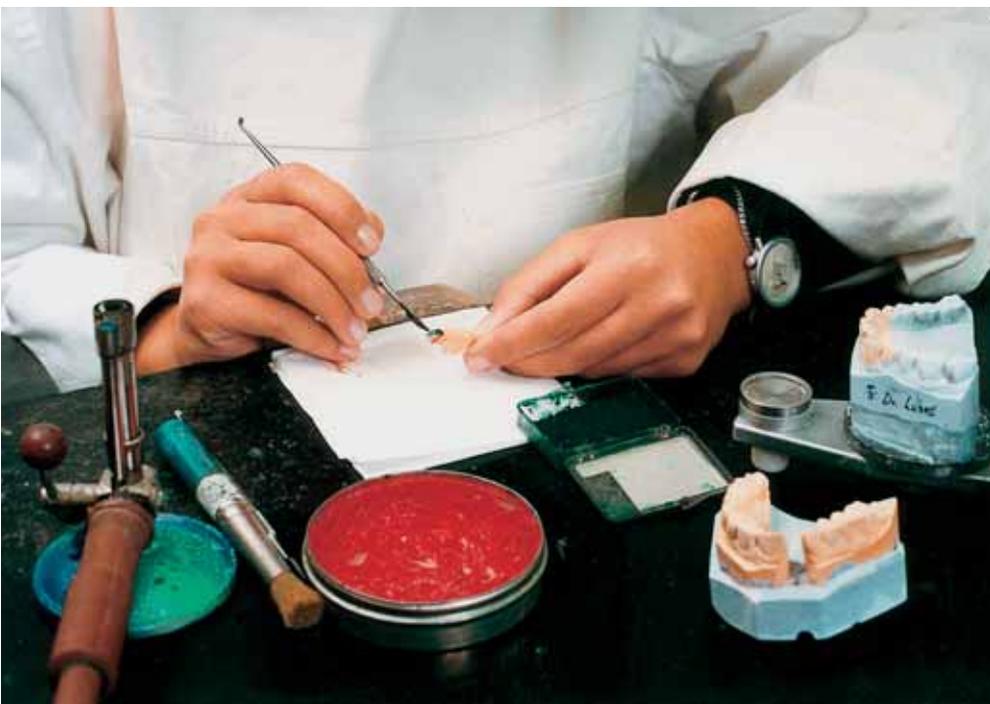


Foto: zm

Auf den ersten Blick reizvoll, aus der Nähe betrachtet auch mit Risiken behaftet: das Gemeinschaftslabor.

Die Hilfstätigkeit als solche bei der Gewerbesteuer ...

Wenn die Laborgemeinschaft nur für die beteiligten Zahnärzte tätig wird und diesen nur die Selbstkosten berechnet, ist die steuerliche Situation einfach: Die Laborgemeinschaft handelt ohne Gewinnerzielungsabsicht, also entsteht keine Gewerbesteuerpflicht. Steuerlich wird die Tätigkeit der Laborgemeinschaft als Hilfstätigkeit der zahnärztlichen Leistung angesehen, die nur aus technischen und wirtschaftlichen Gründen aus der Praxis des einzelnen Zahnarztes ausgegliedert wurde. Diese steuerliche Sichtweise ist auch der Grund, weshalb die für die Laborleistungen vereinnahmten Patientenhonorare der selbstständigen Tätigkeit zugeordnet werden.

ben einmal im Jahr festgestellt und anteilig auf die beteiligten Zahnärzte aufgeteilt werden. Dabei sind grundsätzlich zwei Verfahrensweisen möglich, je nachdem, wie die Zahnärzte ihre Kostenumlagen im laufenden Jahr behandelt haben: aufwandsneutral oder per Endabrechnung.

Werden die Kostenumlagen der Zahnärzte im laufenden Jahr bei der Laborgemeinschaft nicht als Einnahmen und bei den beteiligten Zahnärzten nicht als Betriebsausgaben verbucht, bleiben die Kostenumlagen aufwandsneutral. In diesem Fall werden bei der Laborgemeinschaft die Aufwendungen ermittelt und anschließend auf die beteiligten Zahnärzte verteilt. Bei den beteiligten Zahnärzten werden nun die anteiligen Aufwendungen als zusätzliche Betriebsausgaben behandelt und reduzieren

steuerbare Gesellschaftereinlagen erbringen. Käme dieses Argument zum Tragen, könnten die beteiligten Zahnärzte in den Genuss des Vorsteuerabzuges aus den Investitionen und laufenden Kosten im Laborbereich kommen.

Dieses Urteil zielt aber nur auf einen seltenen Einzelfall ab und ist durch die jüngere Rechtsprechung des BFH zudem stark eingeschränkt worden.



Auf die richtige Form kommt es an, auch wenn es ums Labor geht.

Um hier über den Umweg einer nicht unternehmerisch tätigen Laborgemeinschaft in den Genuss des Vorsteuerabzuges aus den Investitionen und laufenden Kosten im Laborbereich zu gelangen, müssten die entsprechenden Eingangsrechnungen einen Hinweis beinhalten. Aus diesem Hinweis muss zu ersehen sein, dass der jeweils an der Laborgemeinschaft beteiligte Zahnarzt quotale der Leistungs- und Rechnungsempfänger ist. Die Laborgemeinschaft tritt dann lediglich als Einkaufsgemeinschaft auf. Dies wird aber in der Praxis weder gewollt (denn dann deckt man gegenüber anderen seine Beteiligung auf), noch kann ein Lieferant ohne Vorgaben die quotale Zuordnung der zu zahlenden Beträge korrekt durchführen. Im täglichen Umgang mit einer Laborgemeinschaft, an der mehrere Zahnärzte beteiligt sind, wird die zivilrechtlich nicht rechtsfähige „Einkaufsgemeinschaft“ eher die absolute Ausnahme sein.

Das Rechtssubjekt, die GbR

Häufig und üblich ist, die Laborgemeinschaft als echte GbR zu führen. Und eine GbR ist zivilrechtlich und damit auch steuerrechtlich ein eigenes Rechtssubjekt.

Demnach führt die Laborgemeinschaft in Form der GbR auch dann umsatzsteuerbare Leistungen aus, wenn sie ausschließlich ge-

teiligten Zahnärzten sind jedoch – wie bei jedem anderen zahntechnischen Labor auch – mit sieben Prozent der Umsatzsteuer zu berechnen.

In der Umsatzsteuer werden die nutzungsabhängigen Kostenumlagen so gesehen, dass es sich bei den Kostenumlagen um den Preis der von der Laborgemeinschaft erbrachten Leistungen (Tätigkeiten) handelt. Damit beinhalten diese Kostenumlagen die siebenprozentige Umsatzsteuer, welche die Laborgemeinschaft – nach Abzug ihrer eigenen Vorsteuer – an das Finanzamt abführen muss. Also kommt die Laborgemeinschaft in den Genuss des Vorsteuerabzuges aus Investitionen und laufenden Kosten, nicht der beteiligte Zahnarzt. Der jeweils beteiligte Zahnarzt selbst führt keine umsatzsteuerpflichtige Prothetikleistung aus.

Die Falle schnappt zu, wenn's um Dritte geht

Die Steuerfalle schnappt zu, wenn die Laborgemeinschaft auch für Dritte tätig wird, oder über Selbstkosten abrechnet.

Grundsätzlich besteht natürlich die Möglichkeit, dass die Laborgemeinschaft nicht nur für die beteiligten Zahnärzte, sondern auch für nicht beteiligte Zahnärzte arbeitet. Dann muss in der Laborgemeinschaft mindestens ein Meister angestellt sein. Eine solche Laborgemeinschaft ist wie ein gewerbliches Labor zu sehen. Und zwar gegenüber allen Zahnärzten, unabhängig davon, ob diese an der Laborgemeinschaft beteiligt sind oder nicht. Die Laborgemeinschaft stellt auch gegenüber allen Zahnärzten für die sie arbeitet, Rechnungen aus.

Eine solche, gewerblich tätige Laborgemeinschaft, wird nicht mehr auf Selbstkostenbasis arbeiten, sondern die entsprechende Gebührenordnung ihrer Rechnungslegung zugrunde legen. Daraus ergibt sich auf Seiten der Laborgemeinschaft die Gewinnerzielungsabsicht und somit auch die Gewerbesteuerpflicht.

Für die gewerbliche Laborgemeinschaft kommt als Rechtsform sowohl die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), als auch jede Form einer gewerblichen Mitunternehmensform (GbR, OHG, KG) in

genüber den beteiligten Zahnärzten tätig wird. Für die Steuerpflicht genügt es nämlich, dass

■ den beteiligten Zahnärzten die Nutzungsmöglichkeit der Leistungen (Tätigkeiten) der Laborgemeinschaft eingeräumt wird

■ und die beteiligten Zahnärzte entsprechende Zahlungen leisten, die sich am Umfang der Inanspruchnahme orientieren. Und die steuerliche Sichtweise ist auch korrekt, denn dies ist ja Sinn und Zweck der Laborgemeinschaft. Schließlich nutzen die beteiligten Zahnärzte die Leistungen (Tätigkeiten) der Laborgemeinschaft und erbringen im Gegenzug Kostenumlagen, deren Höhe sich nach den in der Laborgemeinschaft verursachten/entstandenen Selbstkosten richtet. Damit sind diese Kostenumlagen aus umsatzsteuerlicher Sicht als Entgelt zu betrachten. Die Leistungen der Laborgemeinschaft gegenüber den be-

Frage. Wird die Laborgemeinschaft als GmbH betrieben, spielen die oben genannten steuerlichen Gründe für eine gewerbliche Mitunternehmerschaft keine Rolle, da bei einer GmbH per Gesetz die Gewerbe-steuerpflicht besteht.

Gewerbe färbt ab

Hält eine Gemeinschaftspraxis von Zahnärzten eine Beteiligung an einer als gewerbliche Mitunternehmerschaft anzusehenden Laborgemeinschaft, so dass sich die Beteiligung somit steuerlich im Gesamthandsvermögen befindet, so ist die so genannte Abfärbetheorie zu beachten. Allein



Foto: Corbis

das Halten der Anteile durch die Gemeinschaftspraxis führt dazu, dass steuerlich die gesamte freiberufliche Tätigkeit der Gemeinschaftspraxis als gewerbliche Tätigkeit umqualifiziert wird. Damit werden die gesamten Einkünfte der Gemeinschaftspraxis gewerblichsteuerpflichtig.

Das können die betreffenden Zahnärzte vermeiden, indem nicht die Gemeinschaftspraxis die Anteile an der Laborgemeinschaft im Gesamthandsvermögen hält, sondern sich einer, mehrere, oder alle Zahnärzte der Gemeinschaftspraxis persönlich am zahntechnischen Labor beteiligen. Die Beteiligung wird dann im so genannten Sonderbetriebsvermögen beziehungsweise in einer eigenen Gesellschaft gehalten. Diese eigenständige Gesellschaft hat dann Einkünfte aus dem Gewerbebetrieb. Die übrigen zahnärztlichen Einkünfte aus der Gemeinschaftspraxis werden aber nicht zu gewerblichen Einkünften.

Die Variante mit der GmbH

Grundsätzlich ist es auch möglich, die Laborgemeinschaft in der Rechtsform einer GmbH zu betreiben. Beim beteiligten Zahnarzt gehören dann die GmbH-Anteile an der Laborgemeinschaft in der Regel zum notwendigen Betriebsvermögen, wenn er auch selbst seine Laborarbeiten über die Labor-GmbH abwickelt und gewissen Einfluss auf diese hat. Die Ausschüttungen der GmbH sind im Rahmen der Gewinnermittlung der Praxis als Betriebseinnahmen zu erfassen. Ausgaben, die im Zusammenhang mit der Beteiligung stehen, gelten als Betriebsausgaben.

*Auf jeden Fall heißt es:
Die Freiberuflichkeit
vor Steuerinfektionen
schützen!*

Die Anschaffungskosten zum Erwerb der Anteile wirken sich jedoch im Erwerbszeitpunkt nicht als Betriebsausgaben aus. Erst bei Veräußerung der Anteile ist die Differenz zwischen Veräußerungserlös und Anschaffungskosten als Gewinn oder Verlust in der Gewinnermittlung der Praxis zu erfassen. Ausschüttungen, Betriebsausgaben sowie Veräußerungsgewinne beziehungsweise -verluste sind auf Grund des neuen Halbeinkünfteverfahrens beim beteiligten Zahnarzt steuerlich nur zur Hälfte zu berücksichtigen.

Betriebsaufspaltung mit Nebenwirkungen

Die Betriebsaufspaltung ist eine böse Steuerfalle. Ein bisher einheitlicher „Betrieb“ wird aufgespalten in mehrere Betriebsteile. Für eine Zahnarztpraxis, mit ihren freiberuflichen Einkünften, bringt das steuerlich ne-

gative Folgen mit sich. Denn nun erwirtschaftet die Praxis nicht länger nur steuerbegünstigte Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit, sondern hat einen „Betriebsteil“, der andere Einkünfte erzielt. Und wehe, diese sind gewerblich! Dann greift nämlich wieder die „Abfärbetheorie“ und alle Einkünfte der Praxis werden gewerblich.

Und dieses Problem können Zahnärzte ganz schnell haben, wenn sie – als alleinige Praxisinhaber oder als Teilhaber an einer Gemeinschaftspraxis – Räume an eine Labor-GmbH vermieten. Dabei ist es unerheblich, ob die Räume dem Zahnarzt alleine gehören oder ob er nur Mitbesitzer ist. Beherrscht der Zahnarzt – gegebenenfalls zusammen mit anderen Personen – die Vermietungsobjekte und die Labor-GmbH, liegt eine Betriebsaufspaltung vor. Hier ist auch eine weitere Voraussetzung für die Betriebsaufspaltung erfüllt, nämlich dass die überlassenen Räumlichkeiten eine wesentliche Betriebsgrundlage der GmbH für den Laborbetrieb darstellen.

Auch wenn eine Gemeinschaftspraxis etwa einen ihr gehörenden Gebäudeteil an eine Labor-GmbH vermietet, deren einzige Gesellschafter die Partner der Gemeinschaftspraxis sind, liegt zwischen der Gemeinschaftspraxis und der Labor-GmbH eine Betriebsaufspaltung vor. Die Gemeinschaftspraxis erzielt durch die Mieteinnahmen in der Betriebsaufspaltung gewerbliche Einkünfte. Dies führt wegen der schon angesprochenen Abfärbetheorie dazu, dass die Gemeinschaftspraxis insgesamt gewerblichsteuerpflichtig wird.

Es bleibt das Fazit: Wer bei einer Laborgemeinschaft mitmachen möchte, muss alle steuerlichen Aspekte beachten – es sei denn, er will steuerliche Nachteile riskieren.

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

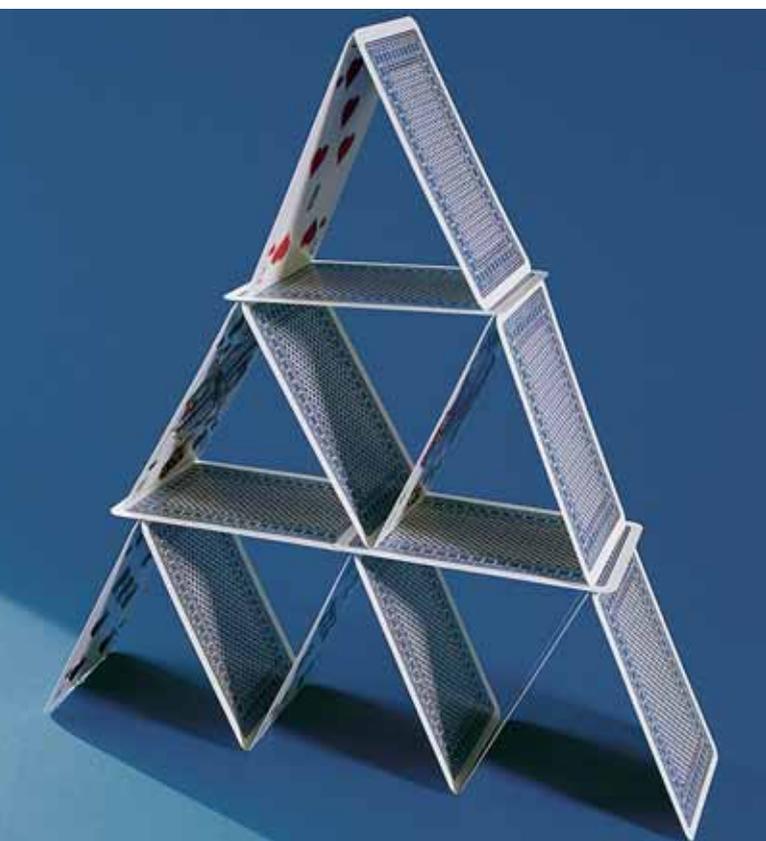
*Stefanie Hambloch-Stolz
Steuerberaterin
Hattinger Str. 348
44795 Bochum*

Immobilienfonds: Wie sicher sie wirklich sind.

Damit die Statik stimmt

Marlene Endruweit

Korruptionsskandale, sinkende Renditen, steigende Kosten: Viele Anleger befürchten das Schlimmste und verkaufen ihre Anteile an Immobilienfonds. Dabei könnte jetzt etwas Ruhe einkehren. Die Manager haben aus ihren Fehlern gelernt, die Transparenz wird größer und die Spreu trennt sich vom Weizen. Die Anleger dürfen für die Zukunft auf bessere Angebote hoffen.



Gute Fonds stehen Krisen durch, schlechte kippen.

Die Krise der Immobilienfonds hat ein Symbol: Der Skyper in Frankfurt, knapp 153 Meter hoch und 480 Millionen Euro teuer, war das ehrgeizigste Projekt des Deka-Fonds – der Immobilienfonds der Sparkassen. Ende Dezember 2004 beschloss Deka-Chef Axel Weber, den Büroturm zu veräußern. Um den Deka-Fonds aus der Schusslinie zu holen...

Rettungspaket bei Schieflage

Ein Vier-Punkte-Plan sieht unter anderem auch die versprochene Transparenz für die Anleger vor. Das Rettungspaket kostet den Sparkassen-Fonds rund 500 Millionen Euro. Nicht zu teuer, denn zeitweise wollten die Anleger täglich Anteile im Wert von

bis zu 50 Millionen Euro los werden. Inzwischen hat sich die Lage beruhigt, die Verkäufe bis Ende 2004 addieren sich auf rund 1,7 Milliarden Euro.

Damit der Fonds nicht endgültig in die Schieflage gerät, zahlt die Deka-Bank die Kunden aus. So bleibt dem gebeutelten Fonds das Kapital erhalten, ohne dass die Kunden zu Schaden kommen.

Grund für den panikartigen Ausstieg war zum einen ein Bestechungsskandal um einen der Fondsmanager; der ehemalige Projektleiter und Geschäftsführer von Deka Immobilien, Michael Koch, hatte Selbstanzeige erstattet.

Zum anderen enttäuschte vor allem die Krise am deutschen Markt für Bürogebäude und die damit verbundene schlechte Wertentwicklung. Viele Anleger hatten auf die sicheren Renditen

der Immobilienfonds gesetzt, als niemand mehr in Aktien investieren wollte. Den Fonds flossen Rekordsummen zu – seit Anfang 2002 rund 35 Milliarden Euro. Inzwischen beträgt das Fondsvolumen aller deutschen Immobilienfonds rund 85 Milliarden Euro. Die Kunden ließen sich von Durchschnittsrenditen von angeblich fünf Prozent einlullen. In Wirklichkeit reduzierte sich der Profit auf 3,1 Prozent in 2003 und magere 1,8 Prozent im ersten Halbjahr 2004.

Besonders schlecht schnitten vor allem solche Fonds ab, die sich auf den deutschen Markt konzentrierten. Hier zu Lande ist zurzeit mit Immobilien kaum Geld zu verdienen. Über mehr Kapitalzuwachs und bessere Ergebnisse konnten sich die international anlegenden Fonds der Deka Immobilien Europa oder der Hausinvest Global (Commerzbank-



Reits: Neue Chance für Immobilienfans

Transparenz und Schwerfälligkeit beim Verkauf der Anteile sind bei den Reits kein Thema mehr. Denn die Real Estate Investment Trusts (Reits) arbeiten – anders als klassische Fonds – wie Aktiengesellschaften. Sie investieren in Einkaufszentren, Bürogebäude, Hotels und Wohnanlagen.

Die Aktien werden an der Börse gehandelt und können so jederzeit ohne Probleme ge- und verkauft werden. Reits, die überwiegend in Immobilien investieren und mindestens 90 Prozent der Gewinne ausschütten, bleiben von der Steuer verschont. So sieht es jedenfalls die Regelung in den USA vor. Dort erfreuen die Reits sich seit Jahren großer Beliebtheit. Die Steuern zahlt ausschließlich der Aktionär, und zwar für die Hälfte der Dividende.

Die Börse mit ihrer Kontrolle sorgt dafür, dass die Unternehmen effizient und transparent arbeiten.

Die Sache hat allerdings einen Haken: Wegen ungeklärter Fragen haben die Anleger ihre Hoffnung begraben, dass es die Neuheit auf dem deutschen Markt bereits in diesem Jahr geben wird. Jetzt wird es wohl 2006 werden. Dabei gehen Experten davon aus, dass die Novität rund zwei Milliarden Euro zusätzlich in Hans Eichels Kassen spülen wird. Außerdem besteht bei den Reits keine Sorge um eine Schieflage wie jetzt bei den Fonds. Denn stießen die Anleger plötzlich massenweise ihre Reits-Aktien ab, würde zwar der Börsenkurs sinken, doch das Kapital bliebe den Unternehmen erhalten. ■

Tochter CGI) freuen. In der Vergangenheit wusste so mancher Manager nicht mehr, wohin mit dem vielen Geld. Damit sie nicht jede Immobilie kaufen mussten, wanderten große Beträge unter anderem in schlecht rentierende Geldmarktfonds.

Cash in der Kasse

Bis zu einer bestimmten Größenordnung ist das Parken von Kapital erlaubt. Um für Aussteiger flüssig zu bleiben, muss immer genug Cash in der Kasse sein. Nur so kann eine so unflexible Anlage wie Immobilien jederzeit verfügbar sein und die Käufer können ihre Anteile jederzeit wieder verkaufen. Deshalb investieren die Fonds ihr Geld in Zinspapiere oder andere Anlagen, die sie schnell wieder auflösen können.

Der Gesetzgeber hat die Grenzen gesetzt. Mindestens fünf Prozent und maximal 49 Prozent des eingezahlten Kapitals darf

die Barreserve des Fonds betragen. Doch hohe Fremdanlagen verwässern das Ziel des Immobilienfonds. Die Manager begeben sich auf risikoreichere Gebiete.

Risikante Parkgelegenheiten aber widersprechen der Vorstellung der Anleger von einer sicheren Geldanlage. Doch diese hatten bislang kaum eine Möglichkeit, ihre Investition auf Risiken und Chancen zu überprüfen, die Transparenz bei Immobilienfonds ließ sehr zu wünschen übrig. Für den privaten Anleger ist die Bewertung bei Immobilien häufig ein Buch mit sieben Siegeln. So stellen die Fonds die Gebäude in ihrem Bestand zum Verkehrs- und nicht zum Marktpreis sein. Kurzfristige Schwankungen spielen dabei keine Rolle. Stehen zum Beispiel ein Büroturm oder ein Einkaufszentrum zum Verkauf an, interessiert niemand die Flaute am Immobilienmarkt: So dürfen die Manager ein Objekt nicht unter dem Verkehrswert abgeben – bei der

derzeitigen Lage sicher ein Problem.

Die Bafin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen) findet diese Regelung in Ordnung. Laut Investmentgesetz sollen sich die Fonds mit Kauf und Verwaltung von Immobilien beschäftigen, nicht mit Spekulationen. Sie wären sonst gezwungen, einen hektischen Handel mit den eigentlich unflexiblen Anlagen zu betreiben. Und der führte unweigerlich zu Verlusten.



Foto: CC

Schutz gibt es nur, wenn der Fonds-Architekt von Anfang an dafür sorgt.

Infos müssen her

Deshalb sollten sich auch Anleger genau darüber im Klaren sein, in was für einen Fonds sie investieren, wenn sie sich für Anteile an Immobilien entscheiden. In jedem Fall handelt es sich um eine langfristige Anlage, in der das Kapital über einen langen Zeitraum festliegt.

Daran sollten aber auch die professionellen Investoren denken. Experten, die nach Gründen für die derzeitige Krise bei den Immobilienfonds fahnden, vermu-

ten, dass für die immensen Mittelzuflüsse vor allem institutionelle Anleger verantwortlich sind. Sie suchten wohl für kurze Zeit eine sichere Anlage, die eine höhere Rendite als die reinen Geldmarktfonds versprach, und überschwemmten die Fonds mit frischem Kapital, für das es keine rentableren Parkmöglichkeiten gab. Deshalb fordern Rating-Agenturen auch die Offenlegung der Anlegerstruktur.

Geradezu gläsern

Als vorbildlich in Sachen Transparenz zeigte sich bislang der DB Real Estate Funds (Deutsche Bank). Die Rechenschaftsberichte der beiden Fonds wiesen sogar für die Hälfte der Immobilien die Verkehrswerte aus. Bei den anderen Objekten bemühe man sich, heißt es. Doch da wehren sich die Mieter gegen eine Veröffentlichung der Verkehrswerte, weil Außenstehende daraus Rückschlüsse auf die Höhe der Mieten ziehen könnten.

Vier Vorreiter aus der Krise

Die Krise als Chance nutzen vier Gesellschaften und preschen mit einer Transparenz-Initiative nach vorne. Commerz Grundbesitz Invest (CGI), Deutsch Gesellschaft für Immobilienfonds (DEGI), Deka Immobilien Investment und Deutsch Immobilienfonds AG (Difa) wollen die Angaben in ihren Rechenschaftsberichten deutlich verbessern und in Zukunft Verkehrswerte veröffentlichen. Zusätzlich soll es Angaben zu Vermietungsquoten, Mietlaufzeiten, Objektrendite und Nutzungsarten geben.

Stichwort: Verkehrswert

Der Verkehrswert wird im Ertragswertverfahren ermittelt. Dazu werden die künftigen Mieteinnahmen geschätzt. Die Kosten werden von den Erträgen abgezogen. Unabhängige Gutachter beobachten über einen längeren Zeitraum, wie sich die Erträge entwickeln. Mit in die Berechnung des Verkehrswerts gehen noch die allgemeine Lage des Gebäudes und sonstige Erfahrungswerte ein. So ergibt sich ein Durchschnittswert, der nicht so sprunghaft ist wie der Marktpreis. ■

Auch die Wertberichtigungen werden über mehrere Jahre nachvollziehbar sein. Rating-Agenturen sollen die Daten unangefordert zur Verfügung gestellt werden.

Die vier Vorreiter vertreten immerhin knapp zwei Drittel des Marktvolumens. Der Rest der Branche wird sich wohl oder übel dem neuen Umgang mit Geschäftsgeheimnissen anschließen müssen.

Wie aber gehen nun private Anleger am besten mit ihren Immobilienfonds-Anteilen um? Die Experten von „Finanztest“ raten dazu, erst einmal zu prüfen, ob die Qualität stimmt. Das Blatt hat eine Qualitätsliste offener Immobilienfonds veröffentlicht. Danach schneiden der CS Euroreal und der SEB Immoinvest am besten ab. Sie haben in den vergangenen Jahren gut gewirtschaftet und ansehnliche Gewinne gemacht. Im Fünf-Jahres-Vergleich ergaben sich Renditen von 5,0 beziehungsweise 5,3 Prozent. Auch bei einem Jahr lagen sie mit 4,1 und 4,5 Prozent Rendite über dem Durchschnitt. „Finanztest“

bewertete die beiden Fonds mit 78 und 77,8 Punkten. Der Hausinvest Europa (CGI) schnitt als Dritter mit 74,1 Punkten auch noch ordentlich ab.

Weg vor Schaden

Bei Fonds, die deutlich schlechter abschneiden, dürfte die Trennung die bessere Entscheidung sein.

Grundsätzlich gilt: Die Anlage in Immobilienfonds macht nur Sinn, wenn das Kapital für längere Zeit nicht gebraucht wird. Vor dem Kauf der Anteile lohnt es sich, genau zu prüfen, wie der Fonds mit dem Geld arbeitet. So ist zum Beispiel nur jener Teil des Kapitals inflationsgeschützt, der tatsächlich in Immobilien angelegt ist. Der Teil aber – und das können bis zu 49 Prozent des gesamten Kapitals sein – der als Liquiditätsreserve in festverzinslichen Wertpapieren investiert ist, unterliegt einer viel größeren Schwankungsbreite bei Gewinnen und Verlusten.

Taxfrei oder nicht

Für den Anleger spürbare Unterschiede gibt es auch bei der fiskalischen Behandlung: Steuerfrei bleiben nur die Erträge aus den Immobilien. Das sind je nach Fonds zwischen 30 und 70 Prozent der Gewinne. Der Rest hingegen – Mieteinnahmen und Zinsen – ist abgabenpflichtig. Die Kosten beim Kauf der Anteile belaufen sich auf fünf Prozent. Nachlass gibt es bei Direktbanken und Fondsvermittlern. Doch auch was die Kosten angeht, besteht Hoffnung für Anleger: Sie sollen jetzt ebenfalls auf den Prüfstand und in ihrer Höhe den Erträgen mehr angepasst werden. ■

Das Bankgeheimnis verliert seine Wirkung

Orwell lässt grüßen

Marlene Endruweit

Der Fiskus will jeden Steuersünder fangen. Ertragnisaufstellung, EU-Zinsrichtlinie und demnächst der elektronische Zugriff des Staates auf private Konten der Bürger rauben dem gesetzlich verankerten Bankgeheimnis auch die letzte Schutzfunktion. Anleger mit Klärungsbedarf sollten die Chance der Amnestie bis Ende März nutzen. Danach wird es ernst.



Foto: Dynamic Graphics/zm (M)

Ab April werden die Bürger durchleuchtet. Bis aufs Portmonee.

Er wolle nur helfen. So versicherte es jedenfalls Bundesfinanzminister Hans Eichel, als er vor zwei Jahren die Einführung der so genannten Ertragnisaufstellung begründete. Darin werden die Banken und Sparkassen erstmals für das Jahr 2004 alle Zinsen und Dividenden, Erträge aus Finanzinnovationen, wie Zertifikate und realisierte Spekulationsgewinne, sowie die Depotkosten in einer Auflistung zusammenstellen.

Der Bürger ist verpflichtet, dieses Papier zusammen mit seiner Steuererklärung für 2004 beim Finanzamt einzureichen. Auf diese Weise erfahren die Finanzbeamten auch gleich, wo der Bürger überall ein Konto unterhält. Schon seit 2003 darf die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (Bafin) sich elektronisch Zugriff auf die Kontostammdaten wie die Nummer, Eröffnungs- und Kündigungsdatum sowie Verfügungsberechtigte bei den Banken und Sparkassen verschaffen. Der Kunde erfährt davon nichts. Geheim bleibt allerdings der Kontostand.

Schnüffelparagraf

Gedacht war diese Maßnahme ursprünglich einmal, um vor allem Geldwäsche und Terrorismus besser bekämpfen zu können. Bisher hatte auch nur das Bundeskriminalamt Zugriff auf die Daten. Ab dem ersten April dieses Jahres tritt nun der „Schnüffelparagraf“ in Kraft.

Über die Bafin können sich nun alle interessierten Stellen wie Finanzamt, Sozialamt, die Wohngeldstelle, die Bundesagentur für Arbeit und das studentische Bafög-Amt Zugriff auf die sensiblen Daten verschaffen. Um die Suche zu beschleunigen, werden sich die Behörden natürlich untereinander austauschen. Vereinfacht wird die Sache durch die neue Identifikationsnummer, die den Bürger nun ein Leben lang begleiten wird.

Das Befremdliche an der Sache: Der Bürger kann sich gegen den Zugriff auf die Daten nicht wehren. Selbst die Banken erfahren nicht, wann die Ämter sich ihre Informationen beschaffen. Der Bund der Steuerzahler sieht schwarz für die Zukunft. Die Finanzbeamten können nun die Konten mit dem Inhalt der Ertragnisaufstellung vergleichen. Sind sie nicht zufrieden, fordern sie den Bankkunden auf, die restlichen Informationen zu liefern. Vertuschen ist dann nicht mehr möglich. Zumal der Fiskus schon anhand der Freistellungsaufträge erkennen kann, ob er von allen Konten Kenntnis hat. Stimmen Aufstellungen und Zahl der Konten nicht überein, werden die Beamten misstrauisch. Erstmals können sich die Finanzkontrolleure auch eine Übersicht über die Kursgewinne ihrer Klientel verschaffen. Denn jetzt wird aufgelistet, ob Fondsanleihen oder Aktien innerhalb der Spekulationsfrist von zwölf Monaten verkauft worden sind. Die Jahresbescheinigung ersetzt aber nicht die Steuerbescheinigung. Der Anleger muss weiterhin die Belege im Original für die Anrechnung von Kapitalertrags- und Zinsabschlagssteuer in der Steuererklärung einreichen.

Wer etwa versucht sein sollte, angesichts dieser Bedrohungen Erspartes ins Ausland zu schaffen, stößt ebenfalls zunehmend auf Schwierigkeiten – spätestens ab dem 1. Juli. Dann gilt das Abkommen über die EU-Zinssteuer. 21 europäische Staaten haben sich verpflichtet, die Zinseinnahmen deutscher Bürger an den hiesigen Fiskus zu melden. Nur Luxemburg, Belgien und die Schweiz als Nicht-EU-Mitglied melden nicht, kassieren dafür aber eine Quellensteuer, die zunächst 15 Prozent beträgt. Ab 2008 steigt sie auf 20 und drei Jahre später auf 35 Prozent. Dividenden und Kursgewinne sind nicht abgabenpflichtig. Wer mit Bargeld oder Wertpapieren im Koffer versucht, sein Geld in Sicherheit zu bringen, darf nicht mit mehr als 15 000 Euro an der Grenze erwischt werden.

Nicht nur normale Anleger müssen mit verschärften Kontrollen rechnen – auch Rentner und Pensionäre sollten sich noch einmal prüfen, ob sie alle Einkünfte, wie privates Zusatzeinkommen aus Kapitalvermögen, ordentlich versteuert haben. Denn die privaten Lebensversicherer, Pensionskassen und -fonds müssen – wie die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte – Zahlungen an Ruheständler dem Finanzamt melden.

Wen jetzt ein schlechtes Gewissen plagt, der sollte noch schnell Kontakt zu seinem Steuerberater aufnehmen und sich über die Möglichkeiten der Steueramnestie informieren. Sie gilt bis Ende März. Seit Januar beträgt der pauschale Steuersatz für die bislang verdeckten Einkommen allerdings 35 und nicht mehr 25 Prozent. Dennoch kann es nur teurer werden. ■



„Allen Menschen Recht getan ist eine Kunst, die niemand kann“, besagt ein griechisches Sprichwort. Wie die Richter entscheiden? Hier einige Urteile, deren Kenntnis dem Zahnarzt den eigenen Alltag erleichtern kann.

Schmerzensgeld

Keine Klinik ohne Keime

Eine Klinik haftet nicht zwingend für Infektionen, die sich ein Patient während seiner stationären Behandlung zugezogen hat. Das berichtet der „OLG-Report“ über ein Urteil des Pfälzischen Oberlandesgerichts (OLG) Zweibrücken.

Der Patient müsse vielmehr nachweisen, dass der Krankenhausträger oder ein verantwortlicher Arzt pflichtwidrig Maßnahmen unterlassen habe, die geeignet gewesen wären, die Infektion zu vermeiden, heißt es in dem Urteil (Az.: 5 U 15/02).

Im konkreten Fall gelang dies dem 42-jährigen Kläger nicht. Das Gericht wies dessen Schadensersatz- und Schmerzensgeldklage ab, berichtet der Anwalt-Suchservice, Köln. Der Kläger war nach einem Unfall stationär behandelt worden und hatte sich dabei nach eigenen Angaben wegen unhygienischer sanitärer Anlagen in der Klinik eine Infektion zugezogen. Dafür wollte er unter anderem den Trä-

ger haftbar machen. Laut OLG lässt sich absolute Keimfreiheit in einer Klinik nicht erreichen, berichtet der Anwalt-Suchservice, Köln. Mögliche Infektionen zählten daher prinzipiell zum Krankheitsrisiko eines Patienten. Anders sei die Rechtslage, falls ein Patient konkrete Pflichtverletzungen nachweisen könne.

Oberlandesgericht Zweibrücken
Az.: 5 U 15/02
Dezember 2004



Foto: PhotoDisc

Füllungen aus Kunststoff

Wie Inlays abzurechnen

Mehrschichtige Rekonstruktionen aus Kunststoff sind nach einem Urteil des Frankfurter Landgerichts wie teure Inlay-Behandlungen abzurechnen. Das Gericht verurteilte jetzt einen Privatpatienten zur Zahlung der höheren Gebühr.



Foto: zm

Der Mann hatte gemeinsam mit seiner Krankenversicherung den Standpunkt vertreten, dass er nur den Satz einer Füllung mit Amalgam zahlen müsse. Ein Gutachter überzeugte das Gericht von der Komplexität des

aufwändigen Mehrschichtverfahrens. pit/dpa

Frankfurter Landgericht
Az.: 2-16 S 173/99
Dezember 2004

Wettbewerbswidrig

Freie Arztwahl für Arbeitnehmer bestätigt

Arbeitnehmer haben die freie Arztwahl – auch wenn der ausgesuchte Arzt dem Arbeitgeber nicht behagt. Das hat das Erfurter Landgericht entschieden.

Auf Antrag der Wettbewerbszentrale, Bad Homburg, haben die Erfurter Richter mit einem Beschluss einem Thüringer Unternehmen untersagt, seinen Arbeitnehmern mitzuteilen, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von zwei konkret benannten Ärzten nicht anerkannt werden.

Die Firma hatte zusammen mit der Lohnabrechnung ihren Mitarbeitern auf einem Merkblatt mitgeteilt, „ab sofort“ würden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von zwei Thüringer Ärzten nicht mehr anerkannt, mit der Folge „dass keine Lohnfortzahlung geleistet wird“. Die Wettbewerbszentrale hatte das

Verhalten des Arbeitgebers als wettbewerbswidrig beanstandet: Die freie Arztwahl dürfe nicht durch unangemessene und unsachliche Einflussnahme beschnitten werden. Ebenso wenig sei der Boykottaufruf gegen zwei Ärzte gerechtfertigt. Bei Zweifeln an der Richtigkeit eines ärztlichen Zeugnisses könne der Arbeitgeber in einem konkreten Fall aber eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen, so Rechtsanwältin Christiane Köber, von der Wettbewerbszentrale. Die pauschale Zurückweisung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unter Verweigerung der Lohnfortzahlung sei aber wettbewerbswidrig. pit/pm

Landgericht Erfurt
AZ.: 2 HK O 180/04
4. August 2004

Ärztliche Berufszulassung**Bei Straftat Widerruf**

Einem wegen fahrlässiger Körperverletzung und der Verordnung von Doping-Mitteln verurteilten Arzt kann die Berufszulassung entzogen werden. Das entschied das Verwaltungsgericht Koblenz in einem Urteil (Az.: 3 K 2167/03.KO).

Das Land Rheinland-Pfalz widersprach der Approbation eines Arztes aus dem Landkreis Bad Kreuznach. Er habe sich als unzuverlässig und des Arztberufes unwürdig erwiesen, begründete das Land. Der Arzt hatte dagegen geklagt – und blieb ohne Erfolg. Er war bereits 1997 und 2002 erneut zu Bewährungsstra-



Foto: Ingram

fen verurteilt worden. Vier Drogenabhängigen hatte er Betäubungsmittel-Ersatzstoffe verschrieben, ohne die Patienten ausreichend untersucht und aufgeklärt zu haben. Sie erlitten krankhafte Zustände, auch bis zur Bewusstlosigkeit. Für die Rezepte hatte der Arzt umgerechnet zehn bis 25 Euro „für die Kaffeekasse“ verlangt. Im zweiten Fall hatte der Mediziner dem

Betreiber eines Fitness-Studios Medikamente für Doping verschrieben.

Vor dem Verwaltungsgericht argumentierte er schließlich, die Straftaten allein seien kein Grund für den Widerruf seiner Approbation. Er sei einsichtig und es gebe keine Anhaltspunkte für neue Straftaten. Das Gericht sah jedoch wegen des „gravierenden Fehlverhaltens“

keine Gewähr für eine künftige ordnungsgemäße Berufsausübung. Auf den bloßen Wunsch von Patienten und ohne Rücksicht auf deren tatsächliche gesundheitliche Interessen habe der Arzt Medikamente verschrieben und vor den schweren Folgen die Augen verschlossen. Zudem habe er die Notlage Drogenabhängiger für pekuniäre Interessen ausgenutzt. Das zweite Gerichtsverfahren – innerhalb der Bewährungszeit des ersten – zeige, dass der Arzt sogar mit einer strafrechtlichen Verurteilung nicht zu beeindruckt sei.

pit/dpa

*Verwaltungsgericht Koblenz
Az.: 3 K 2167/03.KO
19. August 2004*

Anzeige 1/2 quer

Weltzahnärztekongress

Die FDI lädt nach Montréal ein

Montréal im August – das bedeutet warmes Wetter, Straßencafés, Feste und Veranstaltungen und aufregendes Nachtleben. Dieses Jahr bietet die Stadt der Zahnärzteschaft aus aller Welt vom 24. bis 27. August ein Forum für Zahnheilkunde, den FDI-Jahresweltkongress. Sein Programm hält für jeden etwas bereit, es gibt hochkarätige internationale Referenten und in der Ausstellung Produkte und Materialien aus der ganzen Welt. Daneben wird selbstverständlich auch ein ansprechendes und unterhaltsames Rahmenprogramm mit interessanten Ausflügen geboten.

Die FDI, zusammen mit der Canadian Dental Association, lädt Zahnärzte, ihre Familien und ihre Mitarbeiter aus aller Welt zu diesem Jahresweltkongress vom 24. bis 27. August 2005 nach Montréal, Kanada, ein. Montréal ist ein wichtiger internationaler Kongressort in Nordamerika.

Das Kongresszentrum – das Palais des Congrès – im Herzen der Stadt wurde kürzlich vergrößert und hat jetzt doppelt so viele Tagungsräume. Das Palais ist sehr gut erreichbar – es ist nur ein paar Minuten zu Fuß von den Kongress-Hotels entfernt.

Ganz in der Nähe liegen die historische Altstadt von Montréal, attraktive Shopping Centers und Chinatown. Montréal ist ein Stadt, die man gut „erlaufen“ kann.

Hohes wissenschaftliches Niveau

Alle Mitglieder der Zahnärzteschaft weltweit sind eingeladen, das wissenschaftliche Programm sowie Fortbildungsforen von hohem wissenschaftlichen Niveau zu besuchen. FDI-Kongresse sind international anerkannte Veranstaltungen, die auf neueste wissenschaftliche Themen fokussieren, die den Berufsstand weltweit tangieren. Der Besuch des wissenschaftlichen Programms des FDI-Kongresses wird in Deutschland als Fortbildungsnachweis von den Zahnärztekammern anerkannt (24 Punkte).

Zeitlich dem Kongress vorgeschaltet werden an zwei Tagen, am 22. und 23. August, verschiedene Hands-on-Kurse mit be-



Einladung nach Montreal

schränkter Teilnehmerzahl angeboten. Die Themenpalette beim wissenschaftlichen Kongress ist breit und umfasst alle aktuellen Themen einer modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Praxisführung, vorgestellt von überwiegend nordamerikanischen, international anerkannten Referenten. Eine Besonderheit des kanadischen FDI-Kongresses ist, dass in der französischsprachigen Provinz Quebec parallel und zusätzlich zum englisch-internationalen Programm ein volles wissenschaftliches Programm in französischer Sprache, überwiegend mit Referenten aus Kanada und Frankreich, angeboten wird.

Internationale Dentalausstellung

Der wissenschaftliche Kongress wird durch eine große internationale Dentalausstellung, im Palais des Congrès veranstaltet, begleitet. Die traditionelle große Eröffnungsveranstaltung findet am Mittwoch, den 24. August, ebenfalls im Kongresszentrum statt. Die BZÄK plant, auch in diesem Jahr die Besucher aus Deutschland zu einem Empfang einzuladen.

Da in mehreren Bundesländern zum Zeitpunkt des FDI-Kongresses noch Schulsommerferien sind, bietet sich ein Besuch mit der ganzen Familie zum Kongress mit einem vorgeschalteten Urlaub im schönen Kanada oder den reizvollen Neuenglandstaaten an.

Anmeldeschluss für eine reduzierte Teilnehmergebühr ist der 15. April 2005.

*Barbara Bergmann-Krauss
Universitätsstr. 73
50931 Köln*

zm-Info

Infos zur Anmeldung

Alle Zahnärzte, die Mitglied einer Zahnärztekammer in Deutschland sind, gelten als „Mitglied des Nationalverbandes“ und haben damit den Vorteil der nochmals reduzierten Teilnehmergebühr.

Vorprogramme mit Anmeldeformularen zum FDI-Kongress in Montréal liegen jetzt auch in deutscher Sprache vor; sie können angefordert werden im Kölner Zahnärztheaus bei Frau Fleuchaus, Tel.: 0221/4001 207, Fax: 0221/4001 214, E-Mail: g.fleuchaus@kzbv.de oder bei der FDI über das Internet <http://fdiworldental.org>.

Der FDI-Kongress 2006 wird im September in Shenzhen, China, stattfinden.

Prof. Dr. Burkhard Tiemann 60 Jahre

Im weiten Labyrinth der Heilberufspolitik kennt er sich aus wie wohl kein Zweiter: Prof. Dr. Burkhard Tiemann (Köln), der am 15. Januar 2005 sein 60. Lebensjahr vollendete. In seinem mehr als ein Vierteljahrhundert währenden Engagement für den freien zahnärztlichen Berufsstand hat er sich zahlreiche Verdienste erworben und entscheidende Weichen mitgestellt. „Sein umfassendes Wissen, die humor- und geistvolle Art sowie die tatkräftige



Foto: KZBV

Entschlossenheit, mit der er einmal erfasste Ziele umsetzt, prägen seine Arbeit für die deutsche Zahnärzteschaft“, lobt der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, den Jubilar.

Als langjähriger Hauptgeschäftsführer der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hat der aus einer westfälischen Apothekerfamilie stammende Prädikatsjurist die wissenschaftliche Infrastruktur geschaffen, ohne die der Berufsstand heute seine politischen Ansprüche kaum noch wirkungsvoll vertreten könnte. Er sorgte dafür, dass juristische, ökonomische und sozialmedizinische Belange dabei miteinander verknüpft wurden

und baute auch die politischen Kontakte aus. Der damalige KZBV-Vorsitzende, Dr. Helmut Zedelmaier, hatte den freiberuflichen Rechtsanwalt vor 26 Jahren aus München an den Rhein geholt. Auch die Gründung des heutigen Instituts der Deutschen Zahnärzte, dem er als Geschäftsführender Direktor vorsteht, geht auf seine Initiative zurück.

Die zahlreichen Bücher und Veröffentlichungen zum Verfassungsverwaltungs-, Finanz-, Sozial- und Arztrecht sowie zur Sozial- und Gesundheitspolitik aus seiner Feder sind Belege für ein außergewöhnlich engagiertes publizistisches Schaffen, mit dem allein andere bereits voll ausgelastet wären. Nicht so Prof. Tiemann, der neben den bereits genannten Funktionen außerdem als Dozent für Verwaltungs- und Organisationsmanagement an der Katholischen Fachhochschule in Köln lehrt, als Koordinator des Consiliums unabhängiger Wissenschaftler der BZÄK seit dessen Gründung 2001 wirkt und das Amt des Stellvertretenden Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht bekleidet, deren Gründung er maßgeblich vorangetrieben hatte. „Ich bin Prof. Tiemann persönlich dankbar für seinen Einsatz und seine Ideen bei der gemeinsamen Gründung der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismangement, deren wissenschaftliche Leitung er von Beginn an übernommen hat“, so Präsident Weitkamp.

Prof. Tiemann ist Mitglied im Präsidium und im Ausschuss „EU“ der Gesellschaft für Versi-

cherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). Nicht zuletzt dank seiner hervorragenden Fremdsprachenkenntnisse ist er gern geladener Gastredner bei internationalen Symposien und Veranstaltungen zur Berufspolitik und Wissenschaft. So kompromisslos er auftritt, wenn es um die Verteidigung freiberuflicher Kompetenzen geht, so umgänglich ist er im zwischenmenschlichen Kontakt.

Der dreifache Familienvater, der mit der ehemaligen CDU-Bun-

destagsabgeordneten und Präsidentin des Wirtschafts- und Sozialausschusses der Europäischen Union, Prof. Dr. Susanne Tiemann, verheiratet ist, pflegt vielfältige kulturelle und intellektuelle Neigungen (Zeitgeschichte, Philosophie, französische Literatur). Mehr Zeit, sich diesen Interessen intensiver zu widmen, wird ihm aber auch in den kommenden Jahren kaum zuteil werden. BZÄK-Präsident Weitkamp: „Professor Tiemann und unserem Berufsstand wünsche ich, dass seine vielfältige Schaffenskraft uns noch lange erhalten bleibt!“ zm

Verdienstkreuz für Manfred Grub

Der saarländische Gesundheitsminister Josef Hecken (Foto: r.) zeichnete Sanitätsrat Dr. Manfred Grub, Losheim, (Foto: l.) mit dem von Bundespräsident Horst Köhler verliehenen Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland aus.

„Über sein berufliches Wirkungsfeld hinaus hat Dr. Manfred Grub auch durch die Wahrnehmung vielfältiger ehrenamtlicher Aufgaben außerordentliche Dienste erworben“, so Hecken bei der Laudatio. Grub

engagierte sich über viele Jahre in hohem Maße berufspolitisch in der Vertreterversammlung und im Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung des Saarlandes (KZVS). 1993 wurde er zum Präsidenten der KZVS und im November 2004 zum Vorsitzenden des Vorstandes der

KZVS gewählt. Neben seiner Tätigkeit als Prothetikgutachter war er maßgeblich an der Einführung der Prophylaxeleistungen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen beteiligt. Für sein berufspolitisches Wirken wurde er 1985 mit der Ehren-



Foto: www.justiz-soziales.saarland.de

nadel der deutschen Zahnärzteschaft ausgezeichnet. 1999 wurde ihm von der Saarländischen Landesregierung der Titel Sanitätsrat verliehen. Hecken würdigte vor allem auch Grubs zahlreiche gesellschaftlichen Verdienste in seiner Heimatstadt.

pr/pm

Raimund Harndt wird 75

Am 6. Januar 1930 wurde der Jubilar als Sohn von Prof. Dr. Dr. Ewald Harndt geboren. Wie auch sein Vater, war er ein echter Berliner. Nach dem Abitur im Mai 1948 am Französischen Gymnasium in Berlin, begann er im Wintersemester 1948/49 mit dem Medizin- und Zahnmedizinstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin und bestand nach vier Semestern beide Physika. Nach dem politisch bedingten Wechsel an die Freie Universität Berlin erfolgte im November



Foto: Dohltus

1952 die zahnärztliche und im Januar 1957 an der Hamburger Universität die ärztliche Approbation. Nach der zahnärztlichen Promotion 1956 in Münster bei Prof. Wannemacher schloss sich 1961 auch die ärztliche Promotion bei Prof. Korkhaus in Bonn an. Neben Tätigkeiten in Chirurgie, Geburtshilfe und Pathologie während der medizinischen Pflichtassistentenzeit führte Prof. Harndts zahnärztlicher Weg über Bonn und Münster nach Erlangen, wo er 1965 habilitierte. 1969 wurde Prof. Harndt als ordentlicher Professor für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an die FU Berlin berufen und wurde dort Nachfolger seines Vaters. 1995 wurde er dort emeritiert. Die heute übliche drittmittelregierte oder geförderte Forschung sah er immer und in seiner Zeit oft zu Recht

mit kritischen Augen. Aus seiner Sicht konnte sich diese neue Form der Forschung nur etablieren und Grundlage allen Denkens werden, weil der Staat sich in unverantwortlicher Weise aus seinen Verpflichtungen zurückzieht. Fortbildung gehört für den Jubilar zur Freude der Berufsausübung und ist nicht die Erfüllung einer Zwangsmaßnahme. Die berufslange Prosperität seiner Schüler in freier Niederlassung war die Herzensangelegenheit seines Wirkens neben der Universität. So ist auch sein berufspolitisches Engagement zu verstehen, das ihn bis zum Präsidenten der Zahnärztekammer Berlin brachte.

Die Ehrungen und Würdigungen, die er erhalten hat, sind kaum zu zählen. Sei es seine vierjährige Amtszeit als Dekan des Fachbereiches für ZMK an der FU Berlin, Ehrenmitgliedschaften in der DGZ und in etlichen ausländischen Gesellschaften, Silberne und Goldene Ehrennadeln von der BZÄK sowie vom Freien Verband und viele mehr. Für seine Mitarbeiter war er der „Chef“, von allen geschätzt und respektiert, ja auch geliebt. Das war deshalb so, weil er viel verlangte, aber auch neben seiner Arbeit ein Privatleben mit Hobbys für sich in Anspruch nahm, dies jedoch auch den Mitarbeitern zubilligte. Heute lebt er in Bad Pyrmont. Wir alle, seine Freunde, seine ehemaligen Mitarbeiter und seine Kollegen wünschen ihm die allerbeste Gesundheit sowie Freude und Kraft, sich einzumischen in die Probleme eines Berufes, der heute so ganz anders ist, als er ihn gelehrt hat.

Dr. Dr. hc. Florian C. Sachs

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 126

KaVo

Erfolgreicher Dental Excellence Congress

Kompetente Referenten zeigten auf dem Dental Excellence Congress am 15./16. Oktober, wie Praxen mit innovativen Behandlungsmethoden auch unter veränderten politischen Rahmenbedingungen wirtschaftlich erfolgreich sein können. Die Bereiche Diagnose, Prophylaxe und Microdentistry standen dabei im Mittelpunkt. Chairman Prof. Dr. Michael Noack griff das Thema „Möglichkeiten und Grenzen der minimal-invasiven Kariestherapie“ auf. Dr. Werner Birgler zeigte, wie sich das Unternehmen Zahnarztpraxis erfolgreich dem Wandel der Zeit stellen kann. Neben der rein fachlichen Kompetenz gelten, so Dr. Birgler, Positionierung, Kommunikation und Team als Schlüsselfaktoren im heutigen Wettbewerb. Die entscheidende Rolle des Teams betonte die

Dentalhygienikerin Tracey Lenemann. Qualifikation, Motivation und Identifikation des Teams korrelierten positiv mit der Inanspruchnahme Gewinn bringender Privatleistungen durch die Patienten. Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit trügen eine optimierte Delegation von Aufgabenbereichen in Prophylaxe und Parodontaltherapie und ein durchgängiges Prophylaxe-Konzept bei. Der vierte Dental Excellence Congress wird am 18./19. November 2005 unter dem Motto „Ihr Patient – ein Leben lang!“ in Dresden stattfinden. Infos sind unter www.kavo.com/DEC erhältlich.

*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*

NOBEL BIOCARE

Viel Service im Online-Shop

Nobel Biocare eröffnete am 13. Januar 2005 eine neue Online-Shop-Dienstleistung für Kunden in Deutschland. Der Online-Shop bietet einen umfassenden Online-Produktkatalog mit Empfehlungen für verwandte Produkte, eine schnelle Bestellserfassung und die Möglichkeit, wieder verwendbare, personalisierte Einkaufslisten zu erstellen. „Der Online-Shop ist ein wichtiger Schritt im Rahmen unserer Internetstrategie, der sowohl den Kunden als auch Nobel Bio-

care zugute kommen wird. Unseren Kunden bietet die neue Dienstleistung ein schnelles, zuverlässiges und transparentes Bestell- und Zahlungssystem, das rund um die Uhr verfügbar sein wird“, sagt Heliane Canepa, Präsidentin von Nobel Biocare.

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

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

bredent

Partnerschaft der besonderen Art



Das Dentalunternehmen bredent und der Implantathersteller Star-Group-International haben eine Kooperation vereinbart. Damit bietet sich dem Anwender ein durchgängiges System, das Arbeitsabläufe optimiert, Behandlungszeiten reduziert und den Patientenservice verbessert. Jahrzehntelange Erfahrung von bredent, jetzt gepaart mit implantologischer Aus- und Weiterbildung, machen Sky-Implantate zu einem attraktiven System. Die erfolgreiche Platzierung im deutschen Dentalmarkt erreichte das Sky-Implant-Sys-

tem durch seine Transparenz und Vereinfachung. Im IFZI in Nürnberg, bei bredent in Senden sowie in zwölf weiteren Fortbildungszentren im In- und Ausland stehen Sky-Implantat-Anwender mit Rat und Tat zur Seite. Noch vor der Bekanntgabe der Kooperation fand im November 2004 in Senden das erste Implantologie-Meeting statt. Die Themenschwerpunkte lagen bei metallfreiem Zahnersatz. Vorgestellt wurde zum Beispiel das gewindefreie Keramikimplantat „Zirkon Bite“, das durch seine konische Form und seine Außenrillen eine hohe Primärstabilität erreicht.

*bredent
Weißenhorn Straße 2
89250 Senden
Tel.: 0 73 09 / 872 - 303
Fax: 0 73 09 / 872 - 305
<http://www.bredent.com>
E-Mail: steffi.roselt@bredent.com*

C. Hafner

Jobst Werner Hafner gestorben



Jobst Werner Hafner ist am 7. Oktober 2004 im Alter von 75 Jahren gestorben. Die Angehörigen verlieren einen Menschen mit Familiensinn, was auch seine über 40-jährige Tätigkeit für die Scheideanstalt C. Hafner geprägt hat. Die Branche wird seine eindrucksvolle Persönlichkeit, seine

Gradlinigkeit und Offenheit sowie sein großes Engagement in verschiedenen Funktionen in Erinnerung behalten. Untrennbar mit seinem Namen verbunden ist der Neubau von C. Hafner auf der Wilferdinger Höhe. Die dort installierten Anlagen zur Veraschung in Form einer Verschweelung wurden zusammen mit der Universität Stuttgart als Verfahren umweltfreundlichen Recyclings von Metallen entwickelt.

*C. Hafner GmbH + Co.
Gold- und Silberscheideanstalt
Bleichstraße 13 - 17
75173 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 920 - 0
Fax: 0 72 31 / 920 - 208
<http://www.c-hafner.de>
E-Mail: dental@c-hafner.de*

Kuraray

CE-Zeichen für antibakterielles Adhäsiv



Mit Clearfil Protect Bond von Kuraray hat das weltweit erste antibakterielle Adhäsiv das CE-Kennzeichen erhalten. Das Adhäsiv erfüllt den Wunsch der meisten Zahnärzte nach bakterienfreien Kavitäten. Eine veränderte Oberflächenstruktur und Fluoridfreisetzung sorgen zusätzlich für Langzeitschutz. Dadurch ist der Zahn auch vor Sekundärkaries gefeit. Hohe Haftwerte an Den-

tin und Schmelz erreichen zudem eine zuverlässige Randspaltversiegelung. Die Handhabung ist dank Selbstkonditionierung einfach; separate Ätzung von Schmelz und Dentin entfallen.

*Kuraray Europe GmbH
Schieß-Straße 68
40549 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 53 888 - 0
Fax: 02 11 / 53 888 - 98*

Sirona

Service-Paket für Cerec

Sirona bietet den Service Club für sein CAD/CAM-System Cerec nun in zwei Varianten an. Das Basispaket beinhaltet alle Software-Updates und Upgrades für Cerec 3 und Cerec Scan. Auch die Teilnahme an einem Seminar der Sirona Dental Academy zum Thema „Cerec Tipps & Tricks“ ist für Mitglieder des Service Club Economy einmal im Jahr kostenlos. Das jeweils wechselnde Thema des Monats wird auf der Sirona-Homepage im Internet veröffentlicht. Das Paket kostet 99 Euro monatlich bei dreijähriger Laufzeit. Der Comfort Club bietet zusätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz für das Gerät, einen jährlichen Hardware-Check

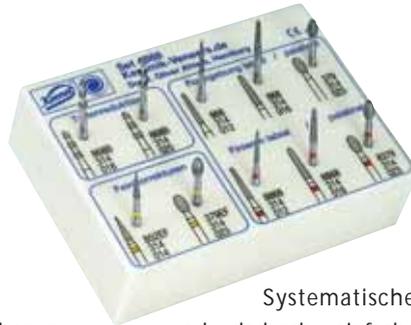
durch den autorisierten Cerec-Fachhändler und den einmaligen Austausch des PC mit einem Preisvorteil von 1000 Euro. Comfort-Clubmitglieder können viermal im Jahr kostenfrei am Training „Cerec Tipps & Tricks“ teilnehmen und sind automatisch Mitglied in der „Deutschen Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde“. Die Mitgliedschaft im Comfort Club läuft ebenfalls über drei Jahre und kostet 199 Euro monatlich.

*Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 01 80 / 188 99 00
Fax: 01 80 / 554 46 64
<http://www.sirona.de>
E-Mail: contact@sirona.de*

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

GEBR. BRASSELER

Präparationsset und Patienten-Website



Systematischer und dadurch einfacher wird die Präparation von Keramik-Veneers durch ein neues System von Präparationsinstrumenten, das Privatdozent Dr. M. Oliver Ahlers, Oberarzt an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, in Zusammenarbeit mit Kommet/Gebr. Brasseler zusammengestellt hat. Dabei handelt es sich um ein Set von insgesamt zehn Schleifinstrumenten, unter anderem neue, einfacher anwendbare und zugleich schonende Tiefenmarkierer. Alle Instrumente des Sets „Keramik-Veneers.de“ sind in Form und Dia-

mantierung aufeinander abgestimmt. Damit erfüllt ein Set erstmals die Vorgaben der DGZMK zur Qualitätssicherung bei der Präparationstechnik. Ein besonderer Service sowohl für Zahnärzte als auch für Patienten ist die neue Website www.keramik-veneers.de. Übersichtlich gestaltet, finden Patienten hier alle wichtigen Aspekte zu Keramik-Veneers. Zahnärzte können ihre Patienten auf diese Website verweisen und verbessern damit Zeit spendend und kostenlos deren Wissen und Compliance. Zudem vertieft das Internetstudium die Erklärungen des Zahnarztes und erfüllt die Funktion einer kostenlosen „zweiten Meinung“.

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

Hu-Friedy

Der dünnste Spatel der Welt

Der dünnste Spatel der Welt kommt von Hu-Friedy. Die filigran gearbeitete Spitze des Mikrospatels für plastische Füllwerkstoffe weist eine Stärke von lediglich 40 bis 50 µ auf. Bei der interdentalen Modellation plastischer Füllungsmaterialien im Front- und Seitenzahnbereich ist er unverzichtbar. Ideal geeignet ist er für minimal-invasives Behandeln. Auch der Handgriff des Mikrospatels ist auf das Arbeiten mit Lupe oder Mikroskop ausgelegt und deshalb besonders grazil gestaltet. Der Mikrospa-

tel wurde in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Peter Kotschy, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Wien, entwickelt. Das Instrument gibt es in zwei Formen, über die Fläche oder die Kante gebogen. Der passende einendige Handgriff verfügt über ein Gewinde, was einen schnellen Austausch der Spatel und damit flexibles Behandeln ermöglicht.

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

GABA

Kurzkopf-Zahnbürste kommt an



90 Prozent der Zahnärzte geben der elmex interX Kurzkopf-Zahnbürste das Prädikat gut oder sehr gut. Dies ergab eine Anwenderbefragung, an der 146 Zahnärzte und 1634 Patienten teilgenommen haben. 85 Prozent der befragten Patienten beurteilten die Kurzkopf-Zahnbürste als insgesamt gut oder besser im Vergleich zur gewohnten Zahnbürste. In punkto Reinigungsleistung waren es sogar 90 Prozent. Die Zahnbürste verfügt über eine

Reihe mit höher stehenden X-Filamenten. 69 Prozent der am Anwendertest beteiligten Zahnärzte halten ein solches Bürstenprofil für geeignet, um eine verbesserte Reinigung bis in die besonders kariesgefährdeten Zahnzwischenräume zu erzielen. Studienergebnisse der School of Dental Medicine, University of Pennsylvania, belegen, dass die elmex interX Kurzkopf-Zahnbürste um bis zu 42 Prozent mehr Plaque am Interdentalraum beseitigt als die Referenz-Zahnbürste der American Dental Association mit planem Bürstenfeld.

GABA GmbH
Bernener Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21 / 907 - 154
Fax: 0 76 21 / 907 - 149

Pauli Zahntechnik

Werkzeug-Set für Implantat-Systeme



Die Pauli Zahntechnik GmbH hat ein Konzept für ein universales Werkzeug-Set für alle wichtigen Implantat-Systeme entwickelt. Damit können alle Systeme exakt angewendet werden, ohne zuvor das passende Werkzeug suchen zu müssen. Zentrales Element ist ein präziser Drehmomentschlüssel, der sich exakt einstellen lässt und sterilisierbar ist. Zum Set gehören Einsätze für die Implantat-Systeme

von Altatec, Ankylos, Frialit, IMZ, Nobel Biocare, Semados, Straumann, Sulzer und Tiolox. Insgesamt sind 17 Schraubeneinsätze im Set und neben dem Drehmomentschlüssel auch noch ein Handdreher, der die ersten Gewindgänge im zugänglichen Bereich erleichtert. Die minimale Bauhöhe der einzelnen Elemente bedeutet für den Patienten eine geringe Mundöffnung und somit für den Zahnarzt einen erleichterten Zugang. Erhältlich ist das Set direkt bei Pauli Zahntechnik oder bei Medoh unter www.medoh.de.

Pauli Zahntechnik GmbH
78570 Mühlheim
Tel.: 0 74 63 / 80 31
<http://www.pauli-zahntechnik.de>

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

DentalSchool

IDS: Live-Behandlung und VIP-Touren



Als einer der führenden Anbieter für Fortbildungen in Deutschland verfolgt die DentalSchool dieses Jahr zur IDS ein neuartiges Konzept. Schwerpunkt liegt auf der praktischen Umsetzung des aktuellen Wissensstandes der Zahnheilkunde in die tägliche Routinepraxis. Aus diesem Grund sollen die wichtigsten Neuheiten der IDS im Kontext des Arbeitsalltags demonstriert werden. Vom 13. bis 16. April 2005 widmet sich jeder Tag der Internationalen Fortbildungstagung einem der Themen zu Adhäsivtechnik, Endodontologie, Parodontaltherapie, Parodontologie, Kariestherapie sowie der mikroinvasiven Chirurgie und Implantologie. Am Vormittag werden jeweils die wissenschaftlichen Hintergründe zusammengefasst, neue Arbeitstechniken, Produkte und Instrumente erklärt und das Wesentliche anhand von Live-Behandlungen am Patienten de-

monstriert. Auch die Abrechnungsmöglichkeiten werden diskutiert. Für praktische Übungen stehen Echtzahnmodelle, Instrumente und Materialien an fachlich betreuten Round-Tables bereit. Die Veranstaltung findet im Dorint Hotel direkt gegenüber dem Messehauptingang der IDS statt. Am Nachmittag bietet die DentalSchool fachlich betreute VIP-Touren über die IDS an, bei denen die wichtigsten Innovationen jedes Themenbereichs besucht werden. An den Messeständen der jeweiligen Hersteller werden die DentalSchool VIP-Gäste von Spezialisten betreut und fachlich beraten. Die DentalSchool organisiert zudem sowohl für Zahnärzte als auch für das Praxisteam unter anderem Kurse zur Praxisführung und Abrechnung, zum Qualitätsmanagement und Notfalltraining.

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

BEYCODENT

Reduzierblenden für Röntgen-Sensoren

Die neuen Reduzierblenden R-Fix von Beycodent bieten in Verbindung mit den RWS-Sensorhaltern für die Rechtwinkeltechnik die optimierte Lösung. Die praktische Ausrüstung bringt drei Vorteile mit sich: die sinnvolle Halterung für den Sensor, die praktikierbare Rechtwinkeltechnik und die Strahlenfeldbegrenzung durch die R-Fix Reduzierblende. Das ganze System ist für die aktuellen Sensoren Dürr, Dexis, Gendex, Sirona und Tro-

phy sowie für die Tubi der Röntgengeräte von Gendex, Planmeca, Satelec, Sirona und Trophy erhältlich. Dank des modularen Systems ist es auch kein Problem, Röntgengeräte mit Sensoren und Speicherfolien wahlweise zu kombinieren.

BEYCODENT – Röntgentechnik
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 0 27 44 / 92 00 17
Fax: 0 27 44 / 93 11 23

Gillette

Prophylaxepreis 2004



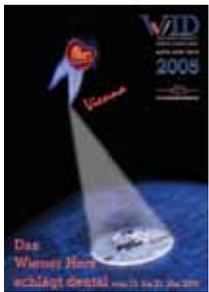
Die Gillette Gruppe Deutschland unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde hat im Oktober 2004 den Braun Oral-B Prophylaxepreis vergeben. Prämiert wurde zum einen Zahnarzt Malte Weiß von der Abteilung für Kieferorthopädie und Orthodontie des Zentrums für Zahnmedizin der Charité Universitätsmedizin für seine Arbeit zu Chlorhexidin-Präparaten bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalt-Patienten mit Multibracketapparat. Die zweite Urkunde erhielt

Dr. Annette Wiegand von der Abteilung Zahnerhaltung, Präventive Zahnheilkunde und Parodontologie der Universität Göttingen für ihre Arbeit zur Prävalenz von erosiven Läsionen und damit verbundenen Risikofaktoren bei Zwei- bis Siebenjährigen. Bei beiden Studien hob die Jury die potenziell weit reichende Wirkung der Resultate für die zukünftige Kinder- und Jugendprophylaxe hervor. Bewerbungen für 2005 können ab sofort wieder bei Braun Oral-B eingereicht werden. Auskunft erteilt Frau Hoffmann unter der Telefonnummer 06173 / 30-5154.

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

Österreichischer Dentalverband

Wiener Internationale Dentalmesse



Die Wiener Internationale Dentalmesse (WID) 2005 findet vom 19. bis 21. Mai im Austria Center Vienna statt. In diesem Jahr werden noch mehr

Aussteller und Besucher erwartet als 2004. Der Österreichische Dentalverband setzt sein Engagement fort, um der besonderen Bedeutung der WID als internationale Dentalausstellung für Zentraleuropa gerecht zu werden. Dazu wurde eine internationale Kampagne entwickelt, damit Fachpublikum und Fach-

aussteller eine Messe mit Innovationen, Markttrends und vielen Informationen erleben. Neben der internationalen Fachausstellung finden zusätzlich Dental-Foren statt, die täglich produktbezogene Fachinformationen für den Praktiker bieten. Informationen rund um die Messe für Aussteller, Besucher und die Presse werden ständig aktualisiert und stehen unter www.dentalverband.at/wid zur Verfügung.

*Österreichischer Dentalverband
Eschenbachgasse 11
A-1010 Wien
Tel.: +43 1 587 36 33 - 22
<http://www.dentalverband.at>*

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

Ivoclar Vivadent

Fortbildung in den USA



Das Dentallabor Flemming, Haldensleben, veranstaltete für 43 Zahnärzte und Zahntechniker eine Fortbildungsreise in die USA. Ivoclar Vivadent Inc., Amherst, war das Zentrum der Wissensvermittlung. Dr. Chris Ramsey, niedergelassener Zahnarzt in Florida, brachte den Teilnehmern in seinem Vortrag die wichtigsten Faktoren für ein erfolgreiches Beziehungsmanagement zwischen Praxisteam und Patienten näher. „Dazu müssen Sie eine für die Patienten angenehme Atmosphäre herstellen und Freundlichkeit und service-orientiertes Handeln unter Beweis stellen“, so Dr. Ramsey. Tridib Dasgupta, Leiter Le-

gierungsentwicklung bei Ivoclar Vivadent in Amherst, eröffnete mit seinem Vortrag zum Korrosionsverhalten bei Legierungen den wissenschaftlichen Teil der Fortbildung. Zu biokompatiblen Restaurationswerkstoffen gab Dr. Sebastiano Adriana seine Erfahrungen an die Teilnehmer weiter. Und wie wird man Zahnarzt oder Zahntechniker in den USA? Zur Beantwortung dieser Frage besuchten die Teilnehmer die zahnmedizinische Abteilung der Universität Buffalo in New York. Der Besuch im Dental Labor Voss, Buffalo, ermöglichte allen, Informationen über den Berufsstand des Zahntechnikers in Amerika zu erlangen.

*Ivoclar Vivadent AG
Bendererstraße 2
FL-9494 Schaan
Tel.: + 423 235 35 35
Fax: + 423 236 37 27
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com*

J. Morita

Kennenlern-Aktion CromaCore Twix

Im Februar können sich interessierte Zahnärzte ein eigenes Bild über das neue Stumpfaufbaumaterial CromaCore von J. Morita machen. In Form einer Beilage in dieser Ausgabe der *zm* macht J. Morita ein Kennenlern-Angebot. Mit CromaCore lassen sich auch tiefe Kavitäten ohne Zeitverlust in einem Arbeitsgang füllen. Praktisch ist die Applikation in der Twix-Doppelkammerspritze. Mit zehn Gramm Inhalt eignet sie sich für Stumpfaufbauten mit wenig Materialbedarf. Wer das neue Produkt testen möchte, füllt die Antwortkarte in der Beilage aus und schickt sie an J. Morita. Bis zum 30. März 2005 gibt es bei einer Bestellung von fünf CromaCore Twix-

Einheiten die sechste Doppelkammerspritze zum Probieren gratis dazu. Wer unzufrieden sein sollte, schickt die unbenutzten Twix-Einheiten einfach zurück. Für besonders schnelle Zahnärzte wird eine digitale Spiegelreflexkamera mit Ringlicht für die professionelle Dental fotografie verlost, dazu passend ein Fachseminar sowie weitere kostenlose Teilnahmen an dem Seminar zur Dental fotografie.

*J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Straße 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 / 836 - 0
Fax: 0 60 74 / 836 - 299
<http://www.JMoritaEurope.de>
E-Mail: Info@JMoritaEurope.de*

JOHN O. BUTLER

Kein Alkohol in Mundspüllösung

Alkohol ist in Mundspülungen nicht notwendig: Er ist kein Wirkstoff, sondern dient nur als Lösungsmittel, unter anderem für ätherische Öle. Bei medizinischen Mundspüllösungen, die Wirkstoffe wie Chlorhexidin enthalten, werden oft in Ethanol gelöste Aromastoffe zur Überdeckung des bitteren Wirkstoffgeschmacks verwendet. Doch es gibt auch alkoholfreie medizinische Mundspülungen, die einen angenehmen Geschmack haben. Gum Paroex Chlorhexidin-Mundspülung 0,12 Prozent von Sunstar Butler steht für ein alkoholfreies, geschmacklich ange-



nehmes Präparat mit klinisch getesteter Wirkung. Gerade weil sie keinen Alkohol enthält, ist die Spülung besonders schonend für die Mundschleimhaut. Denn Alkohol reizt die Mukosa und trocknet sie auch aus.

JOHN O. BUTLER GmbH
Beyerbachstraße 1
65830 Kriftel
Tel.: 0 61 92 / 270 01
Fax: 0 61 92 / 270 05
E-Mail: service@jbutler.de

Wagner

Eröffnung der neuen Räume

Die dental-medizinische Großhandlung Wagner hat im September bei einer Eröffnungsfeier neue Räume eingeweiht. Bürgermeister Horst Förther überbrachte die Glückwünsche der Stadt Nürnberg. Dagmar Wöhrl als wirtschaftspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion suchte den Kontakt zum Leistungserbringer in der Zahnheilkunde, dem Zahnarzt und dem Zahntechniker. Wie ein traditionelles Handelsunternehmen auf die sich verändernden Rahmenbedingungen reagiert, wurde den Gästen bei Rundgängen durch das Unternehmen de-



monstriert. Moderne Kommunikationstechnik zwischen den einzelnen Niederlassungen sowie mit Europas größtem Logistikzentrum und e-commerce sind wesentliche Bausteine des Unternehmens.

Wagner GmbH & Co. KG
Ostendstraße 196
90411 Nürnberg
Tel.: 09 11 / 59 833 - 0
Fax: 09 11 / 59 833 - 222



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 10. 3. 2005 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:

- BEYCODENT – Reduzierblenden für Röntgen-Sensoren (S. 122)
- bredent – Partnerschaft der besonderen Art (S. 120)
- C. Hafner – Jobst Werner Hafner gestorben (S. 120)
- DentalSchool – IDS: Live-Behandlung und VIP-Touren (S. 122)
- GABA – Kurzkopf-Zahnbürste kommt an (S. 122)
- GEBR. BRASSELER – Präparationsset und Patienten-Website (S. 121)
- Gillette – Prophylaxepreis 2004 (S. 124)
- Hu-Friedy – Der dünnste Spatel der Welt (S. 121)
- Ivoclar Vivadent – Fortbildung in den USA (S. 124)
- J. Morita Europe – Kennenlern-Aktion CromaCore Twix (S. 124)
- JOHN O. BUTLER – Alkohol in Mundspüllösungen (S. 126)
- KaVo – Erfolgreicher Dental Excellence Congress (S. 120)
- Kuraray – CE-Zeichen für antibakterielles Adhäsiv (S. 121)
- NOBEL BIOCARE – Viel Service im Online-Shop (S. 120)
- Österreichischer Dentalverband – Wiener Dentalmesse (S. 124)
- Pauli Zahntechnik – Werkzeug-Set für Implantat-Systeme (S. 122)
- Sirona – Service-Paket für Cerec (S. 121)
- Wagner – Eröffnung der neuen Räume (S. 126)

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG
Seite 7

BPI GmbH & Co. KG
Seite 119

Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG
Seite 5 und 95

D.Z.O.I Dt. Zentrum f. Orale Implantologie e.V.
Seite 87

Dampsoft Software-Vertriebs GmbH
Seite 19

DeguDent GmbH
2. Umschlagseite

Dental Magazin
Seite 113

Dentsply De Trey GmbH
Seite 48 und 49

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/Versandbuchhandlung
Seite 117, 123, 125 und 127

DGI Dt. Ges. f. Implant. im Zahn-Mund-u. Kieferbereich e.V.
Seite 17, 23 und 79

Discus Dental Europe B.V.
Seite 32 und 33

Dreve Dentamid GmbH
Seite 13

Dux Dental BV
Seite 35

EMS Elektro Medical Systems Vertriebs GmbH
Seite 111

Fujisawa Deutschland GmbH
Seite 65

Gaba GmbH
Seite 11

Glaxo SmithKline GmbH & Co. KG
Seite 21

Imex Dental Lab GmbH
Seite 67

InteraDent Zahntechnik AG
Seite 57

J. Morita Europe GmbH
Seite 91

Kettenbach GmbH & Co. KG
Seite 41

KinderDent GmbH
Seite 73

Kuraray Europe GmbH
Seite 71

Meyer Superdenta GmbH
3. Umschlagseite

Nobel Biocare AB
Seite 105

Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Seite 89

Sanofi-Aventis GmbH
Seite 28 und 29

Schütz Dental GmbH
Seite 93

SDA Schweitzer Dentalhygiene Akademie GmbH
Seite 97

Seemer Dental
Seite 87

Semperdent Dentalhandel GmbH
Seite 75

Straumann GmbH
4. Umschlagseite

Sunstar Inc. / John O. Butler GmbH
Seite 59

UP Dental GmbH
Seite 27

US Dental
Seite 107

Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Seite 15

Voco GmbH
Seite 45

W & H Deutschland GmbH & Co. KG
Seite 101 und 109

Wieland Dental + Technik GmbH & Co. KG
Seite 9

ZM-Jahresband
Seite 115

Vollbeilagen
7 Day Job Wear
Curaden AG

J. Morita Europe GmbH
Rothacker Verlagsbuchhandlung GmbH & Co. KG

Teilbeilage
Amann Girschbach GmbH

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

Redaktion:
Egbert Maibach-Nagel,
Chefredakteur, mn;
Gabriele Prchala, M. A. (Politik, Zahnärzte, Leserservice), Chefin vom Dienst, pr;
Assessorin d. L. Susanne Priehn-Küpper (Wissenschaft, 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 Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sondereile außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 47, gültig ab 1. 1. 2005.

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 Zeitungsbezugs-geld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 166,80 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 6,95 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

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

Herstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

IA-MED

Lt. IVW IV/4. Quartal 2004:
Druckauflage: 80 617 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 375 Ex.

Ausgabe A
Druckauflage: 72 400 Ex.
Verbreitete Auflage: 71 490 Ex.

95. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

**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"/>																																

Pflegeversicherung

BMGS erwartet geringeres Minus

Das Defizit der Pflegeversicherung für 2004 könnte nach Einschätzung des Bundessozialministeriums (BMGS) geringer als prognostiziert ausfallen. Mit Blick auf die Einnahmenbesserung bei den Rentenkassen im Dezember hofft das Ministerium, dass das noch im November erwartete Defizit von etwa 910 Millionen Euro unterschritten wird. Ministeriumssprecher

Klaus Vater sagte in Berlin, der Schluss liege nahe, dass wie bei der Rente auch bei den Pflegefinanzen „eine Milderung eintritt“. Konkrete Zahlen lägen noch nicht vor. Medienberichte über ein Defizit von 1,8 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung wies er zurück. Solch „grotesk falsche Zahlen“ trügen nur zur Verunsicherung der Bürger bei. ck/dpa



Foto: DG

Zu Lasten von Arm und Krank

Patientenverband zerpflückt Reform

Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) hat der Gesundheitsreform überwiegend schlechte Noten erteilt. Die Reform setze falsche Prioritäten zu Lasten von Kranken und Armen. Sie habe im Interesse günstiger Kassenbeiträge eine bedenkliche „Tendenz zur Leistungsvermeidung“ erzeugt. Gleichwohl seien die finanziellen Ziele der Reform – die deutliche Senkung der Beiträge – wegen der hohen Verschuldung der Kassen verfehlt worden, kritisierte DGVP-Präsident Klaus-Dieter Kossow in Berlin. Bedenken äußerte Kossow auch mit Blick auf die geplante elektronische Gesundheitskarte: Diese berge die Gefahr, dass die gespeicherten Daten schwer



kranker Patienten aus Kostengründen dazu genutzt würden, „Versorgung zu vermeiden statt zu verbessern“. ck/dpa

Falsche Versicherungskarten

Kontrollsoftware auch für Zahnärzte

Die Techniker-Krankenkasse (TK) geht mit einer neuartigen Software gegen betrügerische Patienten vor. Wie die Kasse in Frankfurt mitteilte, werden seit Jahresbeginn auch bei rund 4000 hessischen Zahnärzten die TK-Patientenkarten elektronisch auf ihre Gültigkeit überprüft. Die Terminals werden bis zu acht Mal im Jahr mit den Daten verlorener, abgelaufener oder gestohlener Karten aktualisiert. Man decke rund 80 Prozent aller Praxen ab, sagte ein TK-Sprecher. ck/dpa

Absender (in Druckbuchstaben):



Nr. 3
2005

Kupon schicken oder faxen an:

zm –Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

Interaktive Fortbildung:

- C. Löst: Endodontologie in Deutschland (S. 42) Literaturliste
- M. Hülsmann: Wurzelkanalbehandlung (S. 46) Literaturliste
- C. Löst: Versorgung einer OK-Front (S. 52) Literaturliste
- M. Kunkel: Pindborg-Tumor (S. 62) Literaturliste

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

Aber: einfacher GOZ-Satz gültig

Kieferorthopäden erhalten Recht

Im Streit mit den Krankenkassen haben die Kieferorthopäden in Niedersachsen vor Gericht einen Unterlassungsbeschluss erwirkt. Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hat der AOK Niedersachsen die Aussage untersagt, eine Kieferorthopädin, die im Sommer 2004 zusammen mit weiteren Kieferorthopäden ihre Zulassung zurück gegeben hatte, dürfe neue Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht beginnen. Andernfalls droht der AOK ein Ordnungsgeld von 100 000 Euro (AZ.: L3 KA 237/04 ER). Tatsächlich dürfen die ausgestie-

genen Kieferorthopäden neue Behandlungen zu GKV-Lasten anfangen – sie sind dabei jedoch an den einfachen GOZ-Satz gebunden. Ein Vergütungsanspruch gegen den Versicherten besteht nicht, abweichende Vereinbarungen sind nichtig.

Die AOK will nach dem Gerichtsbeschluss rechtliche Schritte einleiten. Ein Schlichtungsversuch von Niedersachsens Sozialministerin Ursula von der Leyen scheiterte. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) und die Kassen signalisierten jedoch Dialogbereitschaft. ck/BZÄK/dpa

Deutsche Mundgesundheitsstudie DMS IV

Jetzt geht es los



Foto: IDZ

Die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ist jetzt an den Start gegangen. Bis Anfang Juli 2005 wird in insgesamt 90 Untersuchungsgemeinden in allen Teilen Deutschlands eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe von 4 000 Personen aus vier unterschiedlichen Altersgruppen

(gemäß WHO-Vorgaben) untersucht und befragt. Es finden nur epidemiologische Befundungen statt, bei eventuell vorhandenen Behandlungsbedarfen wird grundsätzlich an den Hauszahnarzt verwiesen. Das Foto zeigt die zahnärztlichen Projektbeteiligten während der Kalibrierungsveranstaltung an der Kölner Zahnklinik. pr/IDZ

Wegen Fallpauschalen

Kliniken droht liquider Engpass

Den Krankenhäusern droht wegen der neuen Fallpauschalen ein erheblicher Liquiditätsengpass. Der private Klinikbetreiber Helios, Fulda, befürchtet, das Finanzloch könnte bis Juni auf etwa 1,5 Milliarden Euro anwachsen und einige Kliniken in arge Bedrängnis bringen.

Auch das Gesundheitsministerium warnte in einem Schreiben an die Krankenkassen, die verschlechterte Liquidität könne selbst Kliniken gefährden, die mittelfristig mit Budgetzuwächsen rechnen könnten.

Die AOK weist die Warnungen zurück: Geringere Einnahmen aus den Fallpauschalen würden durch andere Abrechnungseffekte mehr als ausgeglichen. So lange wie die Verhandlungen über die neuen Basisfallwerte

zwischen Kassen und Kliniken andauern, gilt der Basisfallwert 2004 – der liegt jedoch unter dem geplanten Wert für 2005. Damit sinken vorerst die Einnahmen der Kliniken. Die Regierung könnte einen vorläufigen Wert festlegen, aber Gesundheitsmi-



Foto: DG

nisterin Ulla Schmidt (SPD) will sich nicht einmischen. Die Festlegung der Basisfallwerte sei Sache der Selbstverwaltung, sagte ein Ministeriumssprecher: „Man muss davon ausgehen, dass sich beide Seiten einigen.“ ck/dpa

Britischer Chirurg

Warnung vor ausländischen Ärzten

In Großbritannien ist ein neuer gesundheitspolitischer Streit um die Qualifikationen ausländischer Fachärzte entbrannt, wie die Ärzte-Zeitung berichtet. Auslöser sei der Brief eines bekannten britischen Chirurgen, der seine Patienten davor gewarnt habe, in eine Klinik zu gehen, in der mehrheitlich ausländische Fachärzte praktizieren.

Dr. David Shewring (Weston-super-Mare) habe berichtet, das Krankenhaus in Weston-super-Mare werde „von ausländischen Ärzten dominiert, deren Qualifikationen nicht nachprüfbar

sind“. Der Chirurg habe dazu geraten, solche Kliniken aufzusuchen, in denen britische Ärzte praktizierten. Der britische Ärztenbund (British Medical Association, BMA) bezeichnete die Äußerungen als „peinlichen Einzelfall“. Ein Sprecher des Londoner Gesundheitsministeriums habe im Gespräch mit der „Ärzte Zeitung“ darauf hingewiesen, dass der staatliche Gesundheitsdienst „eine lange Tradition“ in Sachen ausländischer Ärzte habe. Die britischen Medien berichteten in großen Schlagzeilen über das Thema. pr/ÄZ

Arzneimittel

2,2 Milliarden Euro Zuzahlungen

Gesetzlich Versicherte haben im ersten Jahr nach Einführung der Gesundheitsreform rund 2,2 Milliarden Euro Zuzahlungen für Arzneimittel geleistet. Das teilte der Bundesverband der Betriebskrankenkassen in Berlin mit und bestätigte damit Angaben der „Bild“-Zeitung.

Im Jahr davor habe die Summe der Belastungen bei 1,8 Milliarden Euro gelegen, weil nicht verschreibungspflichtige Medikamente teils noch von Kassen gezahlt wurden. Bei rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten haben die Aufwendungen damit rein rechnerisch etwas mehr als 31 Euro pro Kopf betragen. Insgesamt sind die Ausgaben der Kassen für Arzneimittel 2004 um 10,5 Prozent auf 20,4 Milliarden gesunken. ck/dpa

Start in Thüringen

Erstes DMP für KHK zugelassen

Als erstes Behandlungsprogramm für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen (KHK) in Deutschland hat das Bundesversicherungsamt das Disease-Management-Programm (DMP) der AOK Thüringen zugelassen. Seit Mitte letzten Jahres haben sich über 1 000 Versicherte der AOK Thüringen eingeschrieben; 508 Hausärzte und Kardiologen beteiligen sich an dem Programm, das letzten Juni zwischen Kasse und Kassenärztlicher Vereinigung Thüringen vertraglich vereinbart wurde.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: „Die bundesweit erste Zulassung eines Behand-

lungsprogramms für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen ist ein Meilenstein auf dem Weg zur flächendeckenden Verbesserung der medizinischen Versorgung von Herzpatienten. ... Ziel ist die Senkung des Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos durch Kontrolle und Mitbehandlung von Begleiterkrankungen.“ Für die teilnehmenden Ärzte wird eine Unterstützung bei der Umsetzung einheitlicher Behandlungsleitlinien und der Koordination zwischen den Leistungserbringern angeboten und so eine verbesserte Betreuung nach neuestem medizinischen Wissen sichergestellt. pit/pm

Chronikerprogramme

Jetzt auch Modelle für Asthmatiker

Chronikerprogramme gibt es jetzt auch zur Behandlung von Asthmatikern. Die Gesetzlichen Krankenkassen können sie seit Jahresbeginn ihren Versicherten bei Asthma bronchiale oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung anbieten, teilte das Bundesgesundheitsministerium in Berlin mit. Die Patienten müssen sich zur Teilnahme an einem solchen Programm einschreiben lassen. Als Anreiz dafür erstatten manche Kassen die Praxisgebühr.

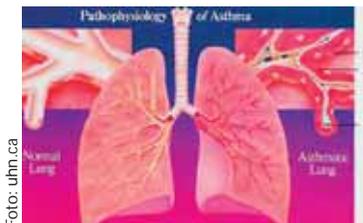
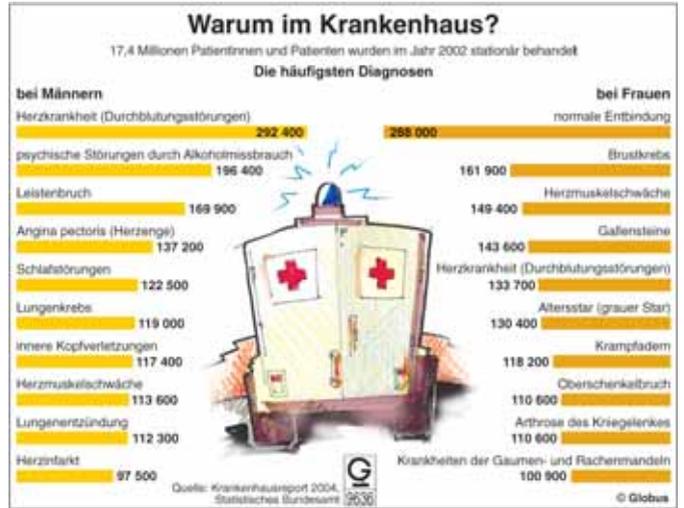


Foto: uhn.ca

Nach Angaben des Ministeriums leiden in Deutschland fünf Prozent der Erwachsenen und zehn Prozent der Kinder an Asthma, Tendenz steigend. ck/dpa



Privat Versicherte

Ab 55 Rückkehr fast unmöglich

Für über 55-Jährige wird die Luft dünn, egal, aus welchem Grund sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zurückkehren wollen. So bleibt derjenige aus der GKV ausgeschlossen, der in den letzten fünf Jahren vor der neu eingetretenen Versicherungspflicht, etwa wegen Arbeitslosengeldbezug, nicht gesetzlich krankenversichert und mindestens die Hälfte dieser fünf Jahre privat krankenversichert war, zum Beispiel als höher verdienender Arbeitnehmer oder als Selbstständiger. Ausgeschlossen bleibt auch der Ehepartner, sofern er ebenfalls 55 Jahre oder älter ist.

Hintergrund dieser Regelung: In der Jugend günstig privat krankenversichert, im Alter dann günstig gesetzlich – das halten die schlecht gefüllten Kassen der GKV nicht aus. Ein Lichtblick für Bezieher von Arbeitslosengeld II: Für sie gilt diese Regelung nicht.

ck/ÄZ

In den USA beliebt

Webvisiten

Tausende Kranke in den USA ersparen sich langes Sitzen im Wartezimmer, bleiben stattdessen zum Beispiel mit Tee, Wärmflasche und Laptop im Bett und mailen ihrem Arzt, welche Beschwerden sie quälen. Binnen weniger Stunden landen die medizinischen Tipps des Doktors im Postfach; das Rezept ist gleich angehängt. Vor zwei Jahren gingen die amerikanischen Online-Visiten in einem Pilotprojekt an den Start. Seitdem werden sie bei Ärzten und Patienten immer beliebter, berichtet das Magazin „stern“. pit/pm

PKV-Verband

Institut gegründet

Der PKV-Verband hat ein eigenes wissenschaftliches Institut (WIP) gegründet, um gesundheitsökonomische Forschung zu betreiben. Der Sitz ist in Köln am Hauptsitz des Verbandes, Institutsleiter ist Christian Weber, der bisherige Verbandsgeschäftsführer und jetzt neue Verbandsvize-direktor. Neben der Gesundheitsökonomie steht das Thema Versorgungsqualität auf der Agenda. pr/dgd

Addio sigarette

Die Italiener müssen von einer lieb gewonnenen Gewohnheit Abschied nehmen: den Tag mit Espresso und Zigarette zu starten.

Denn seit dem 10. Januar darf in Italien nur noch an der frischen Luft oder in Privathäusern geraucht werden. In Restaurants ist Qualmen nur erlaubt, wenn eigens Räume mit speziellem Entlüftungssystem vorhanden sind. Wer beim Rauchen in einer Bar erwischt wird, muss bis zu 275 Euro Strafe zahlen. Dem Barbesitzer, der das Rauchen in seinen Räumen duldet, drohen gar 2 000 Euro Bußgeld.

Gleich nachdem das Gesetz in Kraft trat, wurden in Neapel die ersten Strafen verhängt: Ein 22-Jähriger muss 27 Euro zahlen, weil er um 00.01 Uhr genüsslich paffte; gegen einen Barbesitzer, der kein Rauchverbotschild ausgehängt hatte, wurde eine Strafe von 50 Euro verhängt. Einschätzungsweise 14 bis 16 Millionen Raucher gibt es in Italien, einer Umfrage zufolge befürworteten 83 Prozent der Italiener das Gesetz.

Dt. *Ärztblatt v. 15.01.05*

Zahnbürste 22 Jahre im Bauch

Ärzte in Saudi-Arabien haben einem Mann eine Zahnbürste operativ entfernt, die er 22 Jahre zuvor verschluckt hatte. Wie ein Mitglied des Direktoriums im König-Abdelasis-Krankenhaus in Taif berichtete, verlief die Operation des 70 Jahre alten Patienten erfolgreich. Wie es dazu kommen konnte, dass der

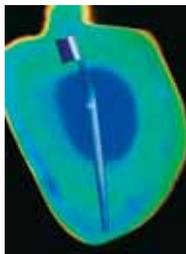


Foto: PD/zm

Zahnbürste verschluckt

Ärzte in Indien mussten jetzt einen Mann operieren, der aus Versehen seine Zahnbürste verschluckt hatte. Wie die Online-Agentur Ananova berichtet, war Kishanlal Bhatla aus Vashi gerade dabei, seine Zunge zu putzen, als er plötzlich die Bürste verschluckte. Der 40-jährige Geschäftsmann habe noch ver-

sucht, sie herauszuwürgen, doch ohne Erfolg. Als ihn die Panik ergriff, brachte ihn seine Frau Sunita zu ihrem Hausarzt, der das Unglaubliche per Röntgendiagnose bestätigt sah und den Patienten sofort ins Krankenhaus einwies. Ein endoskopischer Eingriff kam aufgrund der Bürstenlänge nicht in Frage, weshalb Bhatla am Ende – mit Erfolg – operiert wurde. sp/ÄZ

dpa vom 18.1.05



Ill.: Wiedenroth
© Gabz Wiedenroth 2005 • www.wiedenroth-karikatur.de

Pero non inalare el gelato, capito?!

Pappnase

Die Jecken sind los. Feiern, trommeln, singen, tanzen. Als gebürtige rheinische Frohnatur aus Aachen muss Frau Sch. dabei sein. „Es ist so weit“, denkt sie und fliegt von Berlin – wo sie jetzt arbeitet – nach Bonn, in den Karneval. Bloß – ihr Koffer fehlt! Mit den Kostümen!! Heute ist Donnerstag, DER Donnerstag. Elf Uhr elf – es geht los ... Eine Kölsche Freundin weiß Rat: „Pappnase und Kostüm? Ist doch out. Falsche Wimpern, Rouge, Pagenkopferücke – das genügt. Mich erkennt damit nie einer!“ Falsche Wimpern? Sind im Kulturbeutel, gleich neben der Nagelschere. Pagenkopf?! Her mit beidem, Wimpern dran und schnipp, schnapp, am Pony ein paar Haare ab. Dazu knallig-karnevallig Lippenstift, Rouge und ab ins Getümmel. Sch. feiert, lacht ihr rheinisches Lachen. Überall begrüßen Fremde sie johlend, loben ihre Idee: „Gesundheitsministerin werden, das ist ja noch doller als Jungfrau!“, „Hallo, ‘nen Ulla-Kostüm!“ Und singen: „Ulla Schmidt zo sin, en Kölle am Rhing, ...“ * Toller Abend, toller Karneval. Nur eines wüsste Sch. zu gern: „Wie haben die mich bloß erkannt?“

* Ulla Schmidt zu sein, in Köln am Rhein, ...