



Chancen für Zahnärztinnen

**Fortbildung:
Neue Leitsätze**

**Diskussion:
Globuläre Zyste**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Nüsse zu knacken ist eine traditionell weihnachtszeitliche Übung. Sie erfordert ein gehöriges Maß an Geschick, Gefühl und Erfahrung. Schließlich will man die Schale brechen, ohne den Kern zu zerstören. Und jeder weiß, dass das Freilegen der begehrten, möglichst unversehrten Innerei besonders harter Exemplare ein sehr korrektes Maß an physikalischer Kraft braucht. Angela Merkel und ihre große Regierungskoalition wollen besonders harte Nüsse knacken. Und das nicht nur zur Weihnachtszeit. Eins der härtesten Exemplare deutscher Sozialpolitik, die möglichst nachhaltige Gesundheitsreform, wollen sie sich bis Jahresmitte 2006 vornehmen. Man ist davon überzeugt, gerade mit der großen Koalition endlich die nötige Kraft aufzubringen, an den Kern der Dinge zu kommen. Aber hat man auch das erforderliche Feingefühl? Sind die Hebel die richtigen? Zweifel kamen auf, als die Bundesgesundheitsministerin direkt im Alleingang versuchte, den noch nagelneuen „Nussknacker“ zu nutzen. Glücklicherweise haben hier Politik und Physik durchaus Gemeinsames: Ihr einseitiger Druck, wen wundert's, ging fürs Erste ins Leere. Inzwischen ist allen klar, dass Kompromiss gefragt ist, nicht die Bürgerversicherung, nicht die Gesundheitsprämie in Reinform.

■ *In der Weihnachtszeit traditionell ein Vergnügen, für die Bundesregierung im kommenden Jahr aber erklärter Bestandteil des auferlegten politischen Programms: Das Knacken harter Nüsse!*

Dennoch: Die vor der Bundestagswahl immer wieder als unvereinbar dargestellten Finanzierungsmodelle sieht man heute als zumindest in Teilen passförmig. Ob das für den angedachten Kompromiss, den selbst Leute wie der SPD-Abgeordnete Lauterbach inzwischen herbeireden wollen, reichen wird, bleibt fraglich.

Ulla Schmidt hat ihren ersten Hebeldruck inzwischen als missverstanden korrigiert. Aber die Lage der Dinge hat sich, ob falsch aufgefasst oder nicht, geändert. Und grundsätzlich revidiert wurde aus dem Gesundheitsministerium eigentlich nichts. Bleibt abzuwarten, wie kompromissbereit die mit Richtlinienkompetenz ausgestattete Kanzlerin mit dieser Materie umgehen wird. Die Zahnärzteschaft wird das weitere Bemühen um die Reform mit außergewöhnlicher Aufmerksamkeit und entsprechender Aktivität begleiten.

Um die harte Nuss Gesundheitswesen tatsächlich so zu knacken, dass eine nachhaltige Reform stattfindet, ist die Finanzfrage aber nur ein Teil der Dinge. Der Umgang mit dem Demografieproblem und

Zugang und Erhalt des medizinischen Fortschritts erfordern mehr als nur eine Begründung der Krankenkassenfinanzierung. Die Vorweihnachtszeit mit ihren deutlich erkennbaren Protesten aus leistungstragenden Teilen des Gesundheitswesens hat deutlich gezeigt, dass die jahrelang geäußerten Befürchtungen der Heilberufler um das Überleben der qualitativ hochwertigen Versorgung keineswegs unbegründet waren.

Die Politik wird erkennen müssen, dass es hier nicht um das Ausquetschen von Zitronen, sondern tatsächlich um das gekonnte Knacken harter Nüsse geht.



Im Namen der zm-Redaktion mit den besten Wünschen für das Weihnachtsfest und den Jahreswechsel!

Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

Foto: CC





Fotos: CC/Klein/Titelfoto: Klein

Zum Titel

In der Titelgeschichte geht es um Nachwuchs im doppelten Sinne: Zum einen rücken zunehmend mehr Frauen als Männer in die Zahnärzteschaft nach, zum anderen müssen Zahnärztinnen die eigenen Sprösslinge berücksichtigen.

Seite 28

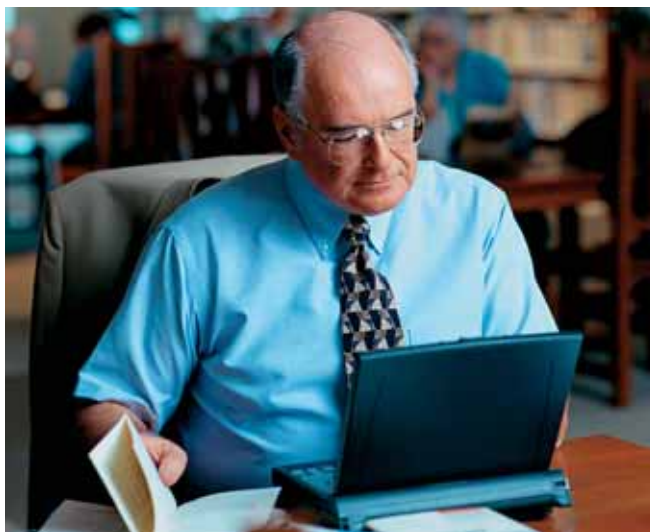


Foto: PhotoDisc

Neue Leitsätze und Punktebewertungen zur Fortbildung gelten ab dem 1. Januar 2006.

Seite 18/20



Foto: Gläser

Hilfsaktionen weltweit: Auch im vergangenen Jahr haben deutsche Zahnärzte wieder viele humanitäre Projekte initiiert und unterstützt.

Seite 76



Foto: Büttiker, Zürich

Eine Investition, die sich lohnt: antiker Schmuck mit Geschichte und Qualität. Um die richtigen Stücke auszusuchen, ist Sachkenntnis essentiell.

Seite 68



Foto: Filippi

Ist die globuläre Zyste wirklich das, wofür man sie bisher hielt? Eine spannende Grundsatzdiskussion um ein häufiges Praxisgeschehen.

Seite 36

Editorial	1	Rezensionen	50
Leitartikel		Veranstaltungen	53
Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, mahnt zu realistischem Denken	4	Akademisches	
Gastkommentar		Alfred Nobel und die deutschen Laureaten: Der berühmteste aller Preise	64
Andreas Mihm, Korrespondent der Frankfurter Allgemeinen Zeitung in Berlin, fragt, was unserer Gesellschaft die medizinische Versorgung wert ist.	6	Praxismanagement	
Nachrichten	8, 12	Hohe Steuerbelastung für Zahnärzte: Von wegen erleichtert	66
Das aktuelle Thema		Finanzen	
Strukturreformen im Krankenhaus: Fiktion Schwarzwaldklinik	10	Lohnende Investition: Antiker Schmuck	68
Politik und Beruf		Recht	
Zahnärztliche Fortbildung: Neue Leitsätze und Punktebewertung	18	Urteile: Von Praxissoftware bis Urlaubsanspruch	74
BZÄK, DGZMK und KZBV: Leitsätze zur zahnärztlichen Fortbildung	20	Persönliches	75
Zahnmedizinische Fachangestellte 2005: Die Ausbildungszahlen gehen zurück	22	Internationales	
Aus den Ländern		Humanitäre Hilfe: Deutsche Zahnärzte weltweit engagiert	76
Europäisches Forum in Frankfurt: Zahnheilkunde im Wandel	26	Historisches	
Titelstory		Die Geschichte der Schmerzfreiheit: Einhundert Jahre Novocain	80
Nachwuchs im Beruf: Chancen für Zahnärztinnen	28	Carl F. M. Partsch: Ein runder Geburtstag	83
Zahnmedizin		Industrie und Handel	
Der aktuelle klinische Fall: Plattenepithelkarzinom	34	Neuheiten	84
Globulomaxilläre Zyste: Entität oder Mythos	36	Impressum	93
Medizin		Letzte Nachrichten	109
Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Wirksame kardiovaskuläre Prävention	44	Zu guter Letzt	112
Obstruktive Schlafapnoe: Sicherer Risikofaktor für Schlaganfälle	46		
Respiratory Syncytial Virus: Todesfälle bei Frühchen vermeiden	48		





Foto: BZÄK

Realistisches Denken ist angebracht

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

der populistische vorweihnachtliche Ritt von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die Unterschiede zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung einzuebnen und ärztliche Einheitshonorare unter Behandlungszwang durchzudrücken, hat uns Ärzte und Zahnärzte zwar zunächst an einem empfindlichen Nerv getroffen, zielt aber letztlich ins Leere.

Das zeigt sich in der Regierungserklärung von Bundeskanzlerin Angela Merkel ganz deutlich. Das von der Kanzlerin versprochene Ende beständiger Notreparaturen und den neuen Ansatz hin zu mehr Wettbewerb betrachten wir als wichtigen Schritt. Merkel hat außerdem von mehr Gestaltungsmöglichkeiten und der Notwendigkeit gesprochen, den Gesundheitssektor wieder zu einem Wachstumsmarkt zu machen und bei solidarischer Lastenverteilung mehr Beschäftigung und größere Generationengerechtigkeit zu schaffen. Das klingt nach einem neuen Realismus hinsichtlich der notwendigen fundamentalen Korrekturen im Gesundheitswesen.

Hinzu kommt, dass der Unions-Gesundheitsexperte und Vize-Fraktionschef Wolf-

gang Zöller Ulla Schmidt kräftig den Kopf gewaschen hat. Er warf ihr vor, dass sie wesentliche Beschlüsse der Koalitionsverhandlungen in der Öffentlichkeit falsch dargestellt habe, um eigene Ziele durchzudrücken. Es gebe nämlich keine Vereinbarung, dass bei der Behandlung von gesetzlich und privat Versicherten die gleichen Honorare eingeführt werden sollen. Zöller will dafür Sorge tragen, dass die Ärzte bei Privatpatienten weiterhin höhere Gebührensätze in Rechnung stellen können.

Was schließen wir aus solchen Äußerungen? Es ist davor zu warnen, die von Ulla Schmidt vor-

weggenommenen Szenarien – GOÄ gleich EBM, GOZ gleich BEMA, Bürgerversicherung durch die Hintertür – als bare Münze anzusehen. Es dauert dann nämlich nicht lange, bis sich solche Schreckensbilder tatsächlich in den Köpfen verfestigen und zur „Self-fulfilling Prophecy“ entwickeln. Das darf nicht sein. Genauso wenig aber darf es sein, dass wir in Vogel-Strauß-Manier den Kopf in den Sand stecken und in Beschwichtigungsrituale verfallen, die da heißen: Abwarten – es ist noch immer gut gegangen. Und zeigen wir uns hilflos, so bieten wir der Politik erst recht eine Angriffsfläche.

Seitens unserer zahnärztlichen Standespolitik ist ein realistisches Denken angebracht. Ziehen wir eine ehrliche Bilanz, so stellen wir sehr schnell fest, dass wir unser Feld gar nicht schlecht bestellt haben. Juristisch wie auch konzeptionell verfügen wir über fundierte Argumente, die wir gegen Einheitskasse und Einheitshonorare ins Feld führen können. Wir können auf unser gutes politisches Standing zurückgreifen und haben Schulter an Schulter mit unseren Verbündeten schon einiges erreicht.

Weder medienwirksame ministerielle Schnellschüsse noch Koalitionsvereinbarungen mit Zwangsregulierungen helfen weiter, um eine echte Reform unseres Gesundheitswesens einzuleiten. Hier bedarf es alternativer Konzepte, die eine Rückbesinnung auf eine freie Marktwirtschaft erkennen lassen. Dazu muss eine neue Systematik gefunden werden, die einen fairen Wettbewerb zwischen Krankenkassen nach Leistungsangebot und Tarifen und einen Wettbewerb der Ärzte und Zahnärzte nach Leistung und Qualität zulässt. Wir Zahnärzte arbeiten weiter an unseren Konzepten für ein freiheitliches und wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen. Das zahnärztliche System der befundorientierten Festzuschüsse mit Kostenerstattung geht in diese Richtung und sollte weiter ausgebaut werden.

Ich warne davor, im Gesundheitsbereich wieder eine Mogelpackung entstehen zu lassen. Mehr Wettbewerb und mehr individuelle Gestaltungsmöglichkeiten sind für eine Erneuerung unerlässlich. Alle in jüngster Vergangenheit an die Öffentlichkeit gedruckenen Verlautbarungen aus dem Regierungslager zur Zukunft des Gesundheitswesens müssten sich nach der Regierungserklärung erledigt haben. Wir Zahnärzte sehen dem von Frau Merkel angekündigten Neuanfang mit gespannter Erwartung entgegen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer

Schnauze voll

Deutsche sind fleißig und ordnungsliebend, pünktlich und korrekt. Deshalb streiken sie auch nicht. In der internationalen Arbeitskampsstatistik rangierten die deutschen Arbeitnehmer im unteren Drittel, wie der Deutsche Gewerkschaftsbund feststellt. Und wenn einer die Arbeit niederlegt, um auf der Straße seinen Protest zu demonstrieren, dann ist es ein Autobauer oder Stahlkocher von der IG Metall, vielleicht auch ein öffentlich bediensteter Müllkutscher oder Busfahrer mit dem Ver.di-Mitgliedsbuch in der Tasche. Einige Berufsgruppen streiken überhaupt nie. Dazu gehören die Ärzte. Denn die dürften ihre Patienten schließlich nicht im Stich lassen, weil das unmoralisch und unethisch wäre. Und zweitens geht's denen sowieso gut. Arbeitskämpfe haben die gar nicht nötig. Soweit die Fernsehfassung. Die Wirklichkeit sieht anders aus. Die Arbeitsbedingungen für Mediziner in Praxis und Krankenhäusern haben sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich verschlechtert. Protestkundgebungen niedergelassener Ärzte, wie unlängst auf der Kölner Domplatte, und Protestzüge von Klinikärzten auf den Straßen von immer mehr Städten wirken wie ein Ventil, aus dem der aufgestaute Überdruck mit schrillum Pfeifen entweicht. Die ärztlichen Verbände und Organisationen registrieren überrascht eine seit den frühen 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts nicht mehr gekannte Protesthaltung: Die Ärzteschaft wird radikaler. In aller Öffentlichkeit vollzieht sich die Entzauberung eines Berufsstands, der für seine Mitglieder immer mehr von seinem Zauber verloren hat. Viele Mediziner haben – schlicht gesagt – die Schnauze voll.

Dabei geht es nicht allein um die Höhe des Geldbetrags, der am Monatsende beim Einzelnen auf dem Konto ist. Es geht um Arbeits- und Vertragsbedingungen, um Dienstzeiten, nicht be-



Foto: dpa/zm

zahlte Überstunden und immer mehr Bürokratie, es geht um wachsende Leistungsanforderungen bei knapper werdenden Mitteln, um Finanzbudgets, die Praxen strangulieren und Krankenhäusern das Leben schwer machen. Es geht um gebrochene Versprechen, wie bei der von der neuen Regierung nochmals hinausgezögerten Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, nach dem Bereitschaftsdienste im Krankenhaus von Januar an als Arbeitszeit zu gelten hätten. Es geht auch darum, ob und in wie weit der niedergelassene Arzt noch ein freier Beruf sein darf, der die Höhe seines Einkommens auch durch die Menge der eingesetzten Arbeitszeit variieren kann. Da ist einiges zusammengekommen.



Was ist die medizinische Versorgung unserer Gesellschaft wert? Wie geht sie mit dem dafür benötigten Personal um? Diese Fragen bedürfen angesichts zunehmender Ärzte-Proteste dringend grundlegender Antworten.

Andreas Mihm
Korrespondent der
Frankfurter Allgemeinen Zeitung
Berlin

Letztlich steht dahinter die Frage, was einer Gesellschaft ihre medizinische Versorgung wert ist, und wie sie mit dem dafür benötigten Personal umgeht. Sie geht schlecht mit ihm um. Zumindest gewährt sie ihm nicht die Fürsorge, die sie dem medizinischen Personal schon aus purem Eigennutz zukommen lassen sollte. Denn die alternde Gesellschaft ist auf motivierte und gut ausgebildete Mediziner angewiesen. Das gilt für heute, für morgen und auch für übermorgen. Aber warum sollen sich junge Menschen künftig noch für den Arztberuf entscheiden, wenn der immer weniger attraktiv wird? Und wie um alles

in der Welt soll der Medizinbetrieb, der gut zehn Prozent der inländischen Wertschöpfung erwirtschaftet, als Wachstumsmotor brummen, wenn der Keilriemen die Kraft nur unzureichend überträgt?

Der Gesetzgeber hat das deutsche Gesundheitssystem in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten einem immer strikteren Kurs des Zwangssparens unterzogen. Und so wie es aussieht, hält hier auch die große Koalition Kurs. Doch wer glaubt, bei Pharmaindustrie und Ärzten ließen sich mühelos noch Milliarden herauspressen, ohne dass die Versorgungssicherheit in Mitleidenschaft gezogen würde, der irrt. Das Gegenteil ist der Fall. Gute Leistung muss sich auch in der Bezahlung und den Arbeitsbedingungen widerspiegeln. Das wissen auch die Patienten, die Sympathie für die Ärzteproteste zeigen: Wer Discountpreise bezahlt, darf keine Erste-Klasse-Qualität erwarten. Erste-Klasse-Qualität wird aber das bestehende Finanzierungssystem der Krankenversorgung künftig immer weniger produzieren. Wer wirkliche Verbesserungen will, muss deshalb die Systemfrage stellen. Vor allem an deren Beantwortung wird sich die neue Regierung messen lassen müssen: Will sie mehr Freiheit und Wettbewerb oder mehr Regulierung und Rationierung?

■ Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Strukturreformen im Krankenhaus

Fiktion Schwarzwaldklinik

Ob Patientenchip, Fallpauschalen oder DRG – die Revolution im Krankenhaus beginnt. Das große behäbige Hospital soll Platz machen für moderne, marktaugliche Kliniken. Doch Ulla Schmidts Reform-Idyll taugt allenfalls als Skriptvorlage für die Schwarzwaldklinik. In der Realität stehen viele Häuser vor dem Aus, Wettbewerb existiert nur auf dem Papier und statt Effizienz regiert im Ärztalltag weiterhin die Bürokratie.



Foto: cineatext

Sportlehrer Stefan wird eingeliefert: Schienbeinfraktur nach schwerem Ski-Unfall. Sofort erfasst Schwester Gudrun seine Daten. Minuten später sitzt Prof. Brinkmann am Krankenbett und sichtet via Laptop die Patientenakte. Er rettet Stefan per Not-OP. Denn zum Glück erfolgt die Dokumentation elektronisch und ist immer aktuell. Ressourcen werden ökonomisch eingesetzt – Doppeluntersuchungen sind längst passé. Deshalb hat Schwester Gudrun viel Zeit, um Stefan liebevoll zu pflegen. Punkt 16 Uhr fährt Dr. Brinkmann in seinem Cabrio nach Hause: Er hat Wochenende und Christa wartet. Soweit das Serienglück. Willkommen in der Wirklichkeit. Krankenhäuser, die nicht effizient arbeiten, geraten immer stärker unter Druck.

Wirtschaftlich unter Druck

Jedes zweite Haus schreibt rote Zahlen. Seit 1991 haben drei von zehn öffentlichen Hospitälern dicht gemacht. Die Beratungsfirma Ernst & Young prophezeit, dass bis 2020 jede vierte Klinik schließen muss. Obwohl das Gesundheitswesen zu den Boomern un-

serer Wirtschaft zählt, liegt die Insolvenzquote laut Dresdner Bank dort deutlich höher als in anderen Branchen.

Das Ziel der 2004 eingeleiteten Finanzreform im Kliniksektor ist von Ulla Schmidt klar definiert: mehr Konkurrenz. Der von ihr so beschworene Wettbewerb, monieren die Experten, sei jedoch eine Farce. Denn gemeinhin bestimmen die Preise den Markt. Wenn aber alle Preise gleich sind, gebe es keinen Wettbewerb. Eine Konkurrenz

rein über die Qualität, wie Schmidt sie fordert, setze keine wirtschaftlichen Impulse. Rechneten die Kliniken früher nach Tagesätzen ab, zahlen ihnen die Krankenkassen heute je nach Diagnose eine Fallpauschale – ohne Rücksicht darauf, wie lange der Patient in der Klinik bleiben muss, um zu genesen. Eine Blinddarm-OP kostet also von Rostock bis Regensburg dasselbe, egal, in welcher Klinik und wie lange die Heilung dauert. Nun müssen Krankenhäuser zusehen, dass sie ihre Patienten möglichst schnell entlassen, um kostendeckend arbeiten zu können. Je mehr Patienten jetzt durch das System geschleust werden, desto besser. In der Tat verkürzte sich die Liegedauer vergangenes Jahr auf 8,7 Tage, und in der Durchschnittsklinik stehen nur noch 500 statt über 1 000 Betten. Während mit der Vergreisung der Gesellschaft die Patientenzahlen steigen, sinkt also zugleich die Anzahl der Kliniken, Betten und Pflagezeuge.

Die Rationalisierung hat ihren Preis. Der Druck fördert das Spitalsterben und damit den Konzentrationsprozess innerhalb der Krankenhauslandschaft, warnen etliche Klinikbetreiber. Geht es insgesamt so weiter,

- Rund 16,7 Millionen Patienten wurden 2004 im Krankenhaus behandelt.
- Durchschnittlich 8,7 Tage verbrachte ein Patient in der Klinik – 0,2 Tage weniger als 2003.
- Ende 2004 gab es in Deutschland 2 157 Kliniken mit insgesamt 528 000 Betten, 1,8 Prozent weniger als 2003.
- Der Anteil privater Kliniken erhöhte sich auf 26 Prozent, öffentliche hatten einen Anteil von 36 Prozent, freigemeinnützige von 38 Prozent. (Quelle: Statistisches Bundesamt)

müsse man mit Engpässen in der Versorgung rechnen. Mittlerweile schaltet sich selbst das Kartellamt ein, um die Trägervielfalt auf dem Klinikmarkt zu gewährleisten. Grundlegendes Problem aber ist die Finanzierung. Die Länder, per Gesetz dazu verpflichtet, die Investitionen für den Sektor Krankenhaus zu tragen, verringern ihre Ausgaben Jahr für Jahr; um die Gelder der Kassen, zuständig für die Behandlungskosten, ist es ohnehin sehr schlecht bestellt.

Hightech trifft auf Steinzeit

Aber auch die Klinikmanager stehen vor einem Riesenprojekt. Sie müssen die Prozesse der Versorgung optimieren. Zurzeit trifft die Hightech-Medizin gewissermaßen auf eine Versorgung aus der Steinzeit. Die Neuerungen erleichtern die Steuerung nicht unbedingt. Weil die Fallpauschalen nämlich eine detaillierte Dokumentation erfordern, blähen sie die Bürokratie weiter auf und erhöhen den Arbeitsaufwand für das Personal dramatisch. Das bekommt der Arzt im Krankenhaus geballt zu spüren. Bis zu 80 Stunden in der Woche schiebt er Dienst – obwohl der Tarif die Arbeitszeit auf 38,5 Stunden festlegt. Überstunden in einer Größenordnung von bis zu zwei Milliarden Euro fallen schlichtweg unter den Tisch, kritisiert die Ärzteschaft. Und auch bei der Bezahlung leiden die Ärzte unter dem Sparzwang der GKV: Auf 2 200 Euro beläuft sich der Verdienst eines Klinikarztes ohne Facharzt Ausbildung, sagt Ärztechef Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Damit liegt der Lohn für Mediziner mittlerweile deutlich unter dem von Lehrern und Juristen ... und dem Salär von Prof. Brinkmann. ck

Gesundheitsreform**Lösung für 2006 angekündigt**

Die große Koalition will ihre Reformpläne für das Gesundheitswesen nach Angaben führender Politiker im Jahr 2006 vorlegen. Der Streit zwischen Union und SPD über die Finanzierung der Krankenversicherung könnte nach Ansicht des parlamentarischen Geschäftsführers der Unions-Fraktion, Norbert Röttgen (CDU), durch eine Mischform aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale gelöst werden. „Man kann zu einer vernünftigen Synthese kommen. Ich sehe nicht, dass die Modelle sich völ-

lig ausschließen“, sagte er der „Berliner Zeitung“. Finanzminister Peer Steinbrück forderte in der „Welt am Sonntag“ (WamS) Reformen im System, mehr Effizienz, mehr Wettbewerb der Leistungsanbieter und ein neues Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Beitragserhöhungen und Leistungskürzungen schloss er aus. Kernelemente einer Reform seien laut Unions-Fraktionschef Volker Kauder mehr Wettbewerb und Transparenz. Der WamS sagte der CDU-Politiker: „Sicher ist: Eine Bürgerversicherung wird es nicht geben.“ sth/dpa

Kommentar**Schmerzgrenze getestet**

Da mimt Ulla Schmidt mit ihren gesundheitspolitischen Vorankündigungen die Einpeitscherin jenseits der Koalitionsvereinbarung und bringt die Nation in Wallung. Da zeigt die Kanzlerin Befremden, die Opposition Entrüstung, so sei das alles nicht vereinbart gewesen – und schon gibt es eine Erklärung der Ministerin, dass das alles ja so gar nicht gemeint war.

Hat da das BMG die Schmerzgrenze der großen Koalition ausgetestet? An der Gesundheitsreform wird die große Koalition nicht zerbrechen, heißt es. Das signalisiert allerdings Kompromissbereitschaft. Für die Heilberufe ist das eine Herausforderung zu erhöhter, aber sachlich geprägter Aufmerksamkeit.

Egbert Maibach-Nagel

zm 95, Nr. 24, 16. 12. 2005, (3264)

Schreiben an die Fraktion**Ulla Schmidt will Wogen glätten**

Foto: pp

In Folge des medialen Wirbels, den Ulla Schmidt mit ihren Äußerungen zu einer Einheitsversicherung ausgelöst hatte, hat sich die Bundesgesundheitsministerin mit internen „Hintergrundinformationen zum Thema Vergütung für ambulante ärztliche Leistungen in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung“ an die Mitglieder der SPD-Fraktion im Bundestag gewandt. Darin erläutert sie Abrechnungsmechanismen bei GKV

und PKV und leitet ihre öffentlichen Ankündigungen der Verschmelzung beider Systeme von der angeblichen Einigkeit in der Koalitionsarbeitsgruppe Gesundheit zu bestimmten Punkten ab.

Angesichts der Tatsache, dass es diese Einigkeit auch nach aktuellen Aussagen sowohl des Bundesfinanzministers Peer Steinbrück als auch des CDU/CSU-Fraktionsführers Kauder und weiterer Koalitionsmitglieder nicht gibt, sich die Schmidtsche Lösung also als nicht konsensfähig erwiesen hat, klingt ein Satz des Schreibens sehr bezeichnend: „Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die Aufregung um die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme für ambulante ärztliche Leistungen dem Diskussionsstand in der Arbeitsgruppe Gesundheit nicht gerecht wird.“ BZÄK

Wolfgang Zöller übt Kritik**Kein Beitrag zur Vertrauensbildung**

Eine falsche Interpretation des Koalitionsvertrages wirft der Gesundheitsexperte der Union, Wolfgang Zöller (CSU), Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vor. In einem Interview mit der „Berliner Zeitung“ stellte Zöller über Schmidts Äußerungen zu einer Einheitsversicherung klar: „Im Koalitionsvertrag ist ausdrücklich festgehalten, dass es einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung geben soll. Es steht gerade nicht darin,

dass eine gleiche Honorierung eingeführt wird.“ Vielmehr müsse es Ärzten auch in Zukunft möglich sein, bei Privatpatienten einen höheren Gebührensatz zu nehmen. Zöller zeigte sich vom Vorpreschen Schmidts enttäuscht: „Die letzten Tage waren kein Beitrag zur Vertrauensbildung. Das hätte alles nicht sein müssen. Frau Schmidt muss doch klar sein, dass wir nur zusammen etwas erreichen können. Alleine läuft nichts. Aber das wird Frau Schmidt noch lernen.“ BZÄK



Foto: cpa

Patientenzeitschrift ZahnRat

Neue Ausgabe: Wurzelkanalbehandlung

In der jetzt vorliegenden 46. Ausgabe der Patientenzeitschrift ZahnRat geht es um die Wurzelkanalbehandlung als Überlebenschance für kranke Zähne.



Die Patienteninfo der Zahnärztekammern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen informiert darüber, was bei einer

Behandlung geschieht, beschreibt die Ursachen und Behandlungsmethoden, informiert über Erfolgsaussichten, über Nachsorge sowie alternative Verfahren. pr/pm

■ *Der ZahnRat kann bestellt werden (zum Beispiel 10 Exemplare für 5 Euro inkl. Versand; 20 Exemplare für 8 Euro inklusive Versand) beim Verlag Satztechnik Meißen GmbH, Am Sand 1c, 01665 Nieschütz bei Meißen; Fax: 03525 718610*

Approbationsordnung

Referentenentwurf angekündigt

Die Erarbeitung eines Referentenentwurfs einer neuen Approbationsordnung für Zahnärzte durch eine Arbeitsgruppe sowie die notwendige Abstimmung mit den Ländern hat Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) für das kommende Jahr angekündigt. Dies teilte sie jetzt in einem Brief an BZÄK-Präsident Weitkamp mit. „Die Reform der zahnärztlichen Ausbildung wird auch vom Bundesministerium für Gesundheit für dringend erforderlich erachtet“, schreibt Schmidt. Für Präsident Weitkamp ist eine schnelle Abwicklung des Verfahrens schon deshalb von Bedeutung, damit keine überflüssigen Diskussionen über eine mögliche Zweiteilung à la Bologna des Studiums der Zahnmedizin entstehen. BZÄK

Hoppe zur Regierungserklärung

Analyse macht Ärzten Mut

Als ermutigende und ehrliche Analyse hat die Bundesärztekammer (BÄK) die Regierungserklärung von Angela Merkel gewertet. „Die Regierungserklärung ist gekennzeichnet von einer offenen und ehrlichen Analyse und macht gerade deshalb Mut für die Zukunft“, sagte BÄK-Präsident Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe.

Ob jedoch der versprochene Neuanfang trotz allen guten Willens tatsächlich gefunden werden könne, müsse fraglich bleiben. Positiv wertet Hoppe die Ausführung der Kanzlerin zur Anerkennung der Leistungsbereitschaft in unserer Gesellschaft. Das mache Ärztinnen und Ärzten Mut. ck/ÄZ

Pfiffige Aktion in St. Ingbert

Zahnfreundliches im Supermarkt



Foto: Carl

Als eine pfiffige Aktion mit „Aha-Effekt“, die sich auch zum Nachmachen für andere zahnärztliche Prophylaxe-Akteure eignet, beschreiben die Zahnärzte in St. Ingbert (Saarland) ihre Initiative über Zahnfreundliches im Supermarkt. Konkret wollten die Kollegen erreichen, dass bei Supermärkten, im Einzelhandel und in Apotheken in der Kassen-

zone gezielt zahnfreundliche Süßigkeiten angeboten werden – verbunden mit einem Hinweisschild der St. Ingberter Zahn-

Sorgenthema in Deutschland

Wirtschaft steht vor Gesundheit

Gesundheit ist für die Deutschen nicht das Sorgenthema Nummer Eins: Das wirtschaftliche Umfeld und die Arbeitslosigkeit beschäftigen sie weit mehr. Nur 36 Prozent machen sich Sorgen und 19 Prozent sehr große Sorgen um ihre persönliche Gesundheit. Zum Vergleich: Im europäischen Durchschnitt sind es 52 Prozent und 30 Prozent. Das ist ein Ergebnis der Studie „Europe Health 2005“, die Reader's Digest in 13 europäischen Ländern durchführte. Entgegen vieler negativer Töne wird die medizinische Versorgung in Deutschland als relativ gut eingeschätzt. Gemessen an zehn wichtigen

ärzte. Begleitet wurde das Ganze mit redaktionellen Beiträgen in der Tagespresse, ergänzt durch originelle Kleinanzeigen mit dem Logo der Zahnärzte. Auch in den Praxen wurde das selbst entwickelte Hinweisschild neben

Produktproben und Informationsbroschüren über zahnfreundliches Naschen ausgelegt. Die Botschaften seien, so das Resümee der Akteure, in der Öffentlichkeit ausgesprochen gut angenommen worden. pr/pm

FDI-Jahreskongress 2006

Zu Gast in China

Der Jahreskongress des Weltzahnärzteverbandes FDI findet im Jahr 2006 in China statt, und zwar vom 22. bis 25. September in Shenzhen. Ein hochkarätiges



wissenschaftliches Programm und eine Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen werden geboten. Die zsm werden rechtzeitig weitere Informationen veröffentlicht. Eine Möglichkeit zur Online-Anmeldung sowie weitere Informationen finden sich unter <http://www.fdiworldental.org>. pr/pm

Hamburger Zahnärzte

Dentales Politbarometer steht auf tief

Die Stimmung der Hamburger Zahnärzte steht nach dem dentalen Politbarometer auf „tief“. Die große Mehrheit der im November befragten Zahnärzte traut der Koalition nur einen kleinen Aufschwung zu. Für die eigene Praxis rechnen die Zahnärzte eher mit weiteren Nackenschlägen. Nur gut drei Prozent setzen auf die neue Kanzlerin. Aber es gibt auch eine positive Bilanz: Die Festzuschüsse werden als gerechter empfunden, die prozentualen Zuschüsse wünschen sich nur sehr wenige zurück. Das Gros der Zahnärzte will das bewährte Mischsystem aus GKV und PKV beibehalten. Nur sechs Prozent möchten die Zahnmedizin komplett aus dem Leistungskatalog streichen. Rund ein Drittel gibt an, dass ihnen das Geld zum Investieren fehlt. 23 Prozent halten die Rahmenbedingungen für ungünstig. 28



Foto: MEV

Prozent investieren wie zuvor. Keine der Praxen wird demnächst neue Stellen einrichten. Gut ein Viertel der Praxen hat seit 2004 den Personalstamm um ein bis zwei Mitarbeiterinnen abgebaut, nur neun Prozent haben zusätzliche Kräfte eingestellt. Ein weiterer Stellenabbau steht bei fast einem Fünftel noch an. Über 50 Prozent der Zahnärzte sagen, dass es keine Veränderungen gab. ck/pm

Sozialversicherungsbeiträge

Neue Fälligkeit

Zum 1. Januar 2006 werden sich die Zahlungsfristen für die Sozialversicherungsbeiträge ändern (siehe zm 20/2005). Bisher muss die Zahlung bis zum 15. des folgenden Monats erfolgen, ab 1. 1. 2006 ist der Beitrag für den laufenden Monat spätestens am drittletzten Bankarbeitstag fällig. Diese Terminänderung ist mit einem erheblichen Verwaltungsmehraufwand für diejenigen Praxen verbunden, die Mitarbeiter mit einer monatlich variablen Vergütung beschäftigen. Denn einerseits sieht das Gesetz vor, dass die Sozialversicherungsbeiträge für den laufenden Monat berechnet werden. Andererseits muss die Berechnung aber schon vor Monatsende erfolgen. Also muss der Beitrag für den laufenden Monat zunächst geschätzt und dann im folgenden Monat gegebenenfalls korrigiert werden. Über die im Jahr 2006 anstehenden Änderungen führen die

Krankenkassen zurzeit Informationsseminare für Unternehmen durch. Auch die Minijob-Zentrale verschiebt an Arbeitgeber eine CD-ROM mit den aktuellen Informationen. zm/so

■ **Weitere Informationen stehen zum Beispiel im Internet unter www.minijob-zentrale.de oder www.aok.de für Unternehmen abrufbereit. Weitergehende Fragen können von dem Service-Center der Minijobzentrale in Cottbus unter der Rufnummer 01801200504 (gebührenpflichtig) beantwortet werden.**

Private Zusatzversicherung

Immer beliebter

Private Zahn- und andere Zusatzversicherungen erfreuen sich nach Angaben des Verbands der privaten Krankenversicherer (PKV) immer größerer Beliebtheit: Ende 2004 hatten demzufolge 16 Millionen Bürger eine private Zusatzversicherung, Mitte 2005 bereits 17 Millionen Menschen, wie die PKKV in Köln mitteilte. sth/dpa

Bundesverfassungsgericht

Grenzen der Eigenwerbung neu definiert

Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss vom 13. Juli 2005, 1 BvR 191/05) soll es keine anreißerische Eigenwerbung darstellen, wenn ein Wirbelsäulenorthopäde von sich behauptet, er sei „die unangefochtene Nummer Eins für Bandscheibenvorfälle ... mit einer sensationellen Erfolgsquote“. Die Grenze zwischen berufswidriger Werbung und sachangemessener Information hat das Gericht, so der Kommentar der Bundeszahnärztekammer, damit zerstört und marktschreierischer Selbstanpreisung Tür und Tor geöffnet. Wohl als Ausfluss dieser Rechtsprechung seien jetzt verstärkt Maßnahmen der Selbstdarstellung von Zahnärzten zu beobachten, bei denen nicht mehr die Informationsinteressen potenzieller Patienten im Mittelpunkt stünden, sondern die sich unverblümt aus dem Ideentopf



Foto: Ingram

der gewerblichen Wirtschaft bedienten. Der Geschäftsführende Vorstand der BZÄK hat sich mit dieser Tendenz beschäftigt und ruft die Kollegenschaft dazu auf, bei der Information von Patienten und Kollegen aus persönlicher Verantwortung gegenüber dem Berufsstand nicht blind jedem – vermeintlich zulässigen – Marketingtrend hinterherzulaufen.
BZÄK

Glaubwürdigkeit schützen

WHO stellt keine Raucher mehr ein

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt ab sofort keine Raucher mehr ein. Wer in seiner Bewerbung angebe, Raucher zu sein und nach seiner Einstellung weiterruchen wolle, werde nicht zum Bewerbungsgespräch eingeladen, teilte WHO-Sprecher Ian Simpson in Genf mit.

Diejenigen Mitarbeiter, die nach ihrer Einstellung wieder mit dem Rauchen beginnen, würden entlassen.

„Für uns ist das eine Frage des Prinzips“, sagte Simpson. „Die WHO führt eine Kampagne gegen den Tabak und die Tabakindustrie.“ Die Glaubwürdigkeit der Organisation stehe auf dem Spiel.

Simpson betonte, Altverträge seien von den neuen Richtlinien nicht betroffen. Rauchenden Mitarbeitern werde vielmehr Hilfe beim Entzug angeboten. Die WHO habe die Aufgabe übernommen, den im Februar in

Kraft getretenen internationalen Anti-Tabakvertrag umzusetzen. Die Einstellungspolitik sei daher nicht diskriminierend. sth/DÄB

Deutsche Hospizstiftung

14 Prozent haben Verfügung verfasst

In Deutschland haben erst 14 Prozent der Erwachsenen über eine Patientenverfügung verfasst, in der sie ihre ärztliche Behandlung bei schweren und tödlichen Krankheiten regeln. Dies hat eine repräsentative Befragung im Auftrag der Deutschen Hospizstiftung (DHS) ergeben.

Seit 1999 habe sich trotz aller Debatten über das Thema die Zahl der Patientenverfügungen nur von rund fünf Millionen auf 8,6 Millionen erhöht, sagte DHS-Vorstand Eugen Brysch bei der Vorstellung der Befragung in Düsseldorf. ck/dpa

Prognose für 2010

Jeder Zehnte wird Diabetiker sein

In den nächsten 25 Jahren wird die Häufigkeit von Diabetes nach aktuellen Hochrechnungen die Ausmaße der größten Epidemie erreichen, von der die



Foto: AOK

Menschheit je heimgesucht wurde. Wie der Heidelberger Kinder- und Jugendarzt Dr. Jürgen Grulich-Henn in der „Mo-

natschrift Kinderheilkunde“ berichtet, wird es allein in Deutschland schon in fünf Jahren etwa neun Millionen Diabetiker geben. Beim so genannten Typ-II-Diabetes gibt es eine familiäre Häufung. Leidet ein Familienmitglied an dieser, auch als Altersdiabetes bezeichneten Krankheit, erhöht sich das Risiko für die übrigen Familienmitglieder um das zwei- bis vierfache,

Akupunktur

Pieks statt Pille

Akupunktur hilft bei Spannungskopfschmerz und Migräne ebenso gut wie die schulmedizinische Standardtherapie. Das ist das zentrale Ergebnis der gerac-Kopfschmerz-Studien (German Acupuncture Trials) am Klinikum der Ruhr-Universität Bochum. An der weltweit größten Studie zur Wirksamkeit der Aku-

ebenfalls daran zu erkranken. Kinder von einem Elternteil mit Typ-II-Diabetes haben ein Risiko von 15 bis 25 Prozent, im Laufe ihres Lebens Diabetes zu entwickeln. Sind beide Eltern Diabetiker, beträgt dieses Risiko bis zu 70 Prozent, wie die Monatschrift Kinderheilkunde 2005; 153: 921-926 schreibt.

Mit Zunahme des Übergewichts unter den Kindern und Jugendlichen tritt diese Form des Diabetes heute immer häufiger schon in jungen Jahrgängen auf. thy

enten teil. Die Probanden wurden nach dem Zufallsprinzip einer von drei Gruppen zugeordnet: Die erste wurde der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) entsprechend akupunktiert (Verum-Akupunktur). Die zweite Gruppe erhielt eine Scheinakupunktur (Sham-Akupunktur), die dritte die übliche Standardtherapie mit Medikamenten.

Das Ergebnis: Die Anzahl der Tage mit Spannungskopfschmerzen reduzierte sich bei den Patienten in der Verum-Akupunktur-Gruppe um 61,5 Prozent. In der

Sham-Gruppe waren es knapp 50 Prozent. Die Anzahl der Migränetage fiel in der Verum-Gruppe um durchschnittlich 2,3 Tage, in der Sham-Gruppe um 1,5 Tage. In der medikamentös behandelten Gruppe lag die Reduktion der Migränetage im Durchschnitt bei 2,1. sth/pm



Foto: PP

punktur gegen chronische Schmerzen nahmen 1 369 Pati-

Conseuro 2006 in Rom

Erstmals deutschsprachiger Fachtag

Vom 9. bis 11. Februar 2006 findet in Rom die dritte Conseuro-Tagung statt. Organisiert wird die Tagung von der European Federation of Conservative Dentistry (EFCD) und der Italian Society for Conservative Dentistry (SIDOC). Die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V. ist Vollmitglied der EFCD und in deren Vorstand durch die Professoren Bernd Haller, Ulm, und Reinhardt Hickel, München, vertreten.

Die 3. Conseuro steht unter dem Motto „Across European Borders – Prevention, Restoration and Esthetics“. Auf die Tagungsteilnehmer wartet ein abwechslungsreiches Programm mit vielen renommierten internationalen Referenten, abrufbar im Internet unter www.sidoc.it (Link Conseuro 2006). Für den Tagungsauftritt am 9. Februar 2006, haben die DGZ, die Schweizerische Vereinigung für Präventive und Restaurative Zahnmedizin (SVPR) und die ARGE Zahnerhaltung Österreichs einen deutschsprachigen Fachtag zum Thema Ästhetische Zahnheilkunde – Möglichkeiten, Grenzen, Machbarkeit für Patient und Zahnarzt organisiert.

Vielen DGZ-Mitgliedern werden die beiden bisherigen Conseuro-Tagungen in Bologna (2000) und in München (2003) in sehr guter Erinnerung sein. Wer möchte, kann sich auf der Webseite www.conseuro.info/ von der heiter-gelösten Stimmung bei Conseuro-Tagungen inspirieren lassen.

Das interessante Programm der Conseuro 2006 und natürlich der sehr attraktive Tagungsort

Rom versprechen erneut eine internationale Fortbildungsveranstaltung auf hohem Niveau. Weitere, laufend aktualisierte



Foto: MEV

Informationen: www.sidoc.it. Von dort führt ein Link (Conseuro 2006) zu der pdf-Version des Veranstaltungsflyers. sp

Infektiologie

Neues resistentes Bakterium

Ein neues resistentes Bakterium kommt vermehrt in Deutschland vor, vor allem in Bayern: ein Staphylococcus-aureus-Keim, der Methicillin-resistent ist und zudem ein Toxin ausscheidet. Das Gift verursacht rezidivierende Abszesse, Furunkulose und nekrotisierende Pneumonien. Der Keim besitzt ein untypisches Resistenzmuster. Nach Angaben von Privatdozent Dr. Hans-Jörg Linde, Regensburg, muss auch in Deutschland mit sporadischem und vereinzelt epidemischem Auftreten dieses besonders virulenten Vertreters der Methicillin-resistenten Staphylokokken (MRSA) gerechnet werden (DMW 130, 2005, 2397). Fast drei von vier Patienten mit Pneumonie, die durch diesen Keim verursacht wurde, sterben an den Folgen der Infektion. Das Besondere an dem Bakterium:

Es löst Abszesse und nekrotisierende Pneumonien auch bei Patienten ohne Risikofaktoren aus, etwa bei einem Krankenhausaufenthalt. Häufig gibt es keine Hinweise auf eine Eintrittspforte.

Im Jahr 2004 lag der Anteil des besonders virulenten Bakteriums an der Zahl der erfassten MRSA bereits bei mehr als einem Prozent. Allein im Jahr 2004 hat Linde in einer eigenen Untersuchung in Ostbayern bei mehr als 150 Patienten diesen Keim nachgewiesen.

Das Bakterium ist gegen Oxacillin und Fusidinsäure resistent, spricht aber zum Beispiel auf Clindamycin oder Co-Trimoxazol plus Rifampicin an. Bei schweren Infektionen sei eine Kombination aus Vancomycin plus Rifampicin oder Linezolid erforderlich, so Linde.

sp/ÄZ

Neues Themenheft der GBE

Gesunder und gestörter Schlaf

Jeder vierte Deutsche leidet unter Schlafstörungen, weitere elf Prozent erleben ihren Schlaf als nicht erholsam. Im neuen Heft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) werden auf knapp 50 Seiten Grundlagen des normalen und gestörten Schlafs behandelt. Darüber hinaus bietet der kostenlose Ratgeber einen Überblick über Prävention, Diagnostik und Therapie schlafmedizinischer Erkrankungen. sth/pm

■ **Bestellungen:**
Robert-Koch-Institut
GBE, Seestraße 10
13353 Berlin
Fax: 01888/754-35 13
E-Mail: gbe@rki.de
oder Download unter
www.rki.de

Endodontologie

AGET jetzt mit neuer Homepage

Über eine eigene Homepage verfügt ab sofort die Arbeitsgemeinschaft Endodontologie und Dentale Traumatologie (AGET). Auf www.aget-online.de stehen Kontaktadressen spezialisierter Endodontisten zum Abruf bereit. Außerdem gibt es Literaturtipps, wissenschaftliche Stellungnahmen, aktuelle Verbandsnachrichten sowie Rezensionen und Urteilssammlungen. Aufgeführt sind auch die regionalen Study Groups, in denen Zahnärzte ihr endodontisches Fachwissen auffrischen und erweitern können.

sth/pm

■ **Alle auf www.aget-online.de enthaltenen wissenschaftlichen Stellungnahmen der DGZMK finden sich auch auf www.zm-online.de**

Latex-Allergie

Handystrahlen fördern IgE-Produktion

Wie sich die Strahlung aus Handys auf die IgE-Produktion bei Atopikern auswirkt, untersuchte man in Japan. Von je 15 Männern und Frauen, die an einer leichteren Form von atopischer Dermatitis litten und auf Latex

allergisch waren, wurden 15 zunächst der Mikrowellenstrahlung per Handy für 30 Minuten ausgesetzt, die übrigen 15 blieben ohne Strahlung (Handy ausgeschaltet). Nach zwei Wochen tauschte man Aktive und Kontrollen ohne deren Wissen. Die Strahlenexposition erhöhte die Allergen-spezifische IgE-Produktion signifikant, während sie auf die Bildung JPC-spezifischer IgE (japanische Zedernpollen, gegen die die Probanden nicht allergisch waren) ohne Auswirkung blieb.

Man untersuchte auch den Einfluss der Mikrowellenstrahlung auf die Zytokinproduktion und

fand heraus, dass die Latex-induzierte IFN- γ - und IL-12-Produktion deutlich abnahm, während sich die IL-13-Bildung signifikant steigerte. Bei gesunden Probanden waren die Handystrahlen nicht in der Lage, eine Latex-spezifische IgE-Produktion in Gang zu bringen, so schreibt die Praxis-Depesche. sp/pd

Infos für Praxen und Patienten

Impftipps im Netz und per Telefon

Der Service „Impfen Aktuell“ (SIA) hat sein Internetangebot überarbeitet und erweitert. Auf www.impfen-aktuell.de können sich Ärzte und Praxisteam sowie Verbraucher über Impfungen für

Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie chronisch Kranke schlau machen. Für Mediziner und Praxisteam werden Informationen zum Impfmanagement und verschiedene Patientenbroschüren angeboten, die kostenlos zugeschickt werden. Mit dem Impfstatus-Check kann Impfschutz online überprüft werden.

Abgefragt werden alle allgemein empfohlenen Impfungen, aber auch jene für Patienten mit chronischen Erkrankungen. Ergebnis ist ein persönlicher Impfplan, an dem sich der behandelnde Arzt orientieren kann. sth/ÄZ

■ **Telefonische Beratung montags von 14 bis 17 Uhr unter 0651/13 69 92 5**



Foto: MEV

Zahnärztliche Fortbildung

Neue Leitsätze und Punktebewertung

Die Leitsätze und die Punktebewertung zur zahnärztlichen Fortbildung sind in gemeinsamer Abstimmung von Bundeszahnärztekammer, Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung überarbeitet, präzisiert und auf den neuesten Stand gebracht worden (beides findet sich im Wortlaut in nachfolgendem Beitrag Seite 20 bis 21). Sie werden ab 1. Januar 2006 gültig.

Gestraft, präziser und auf dem neuesten Stand – die zahnärztlichen Leitsätze und die Punktebewertung zur Fortbildung sind rundum überarbeitet worden und treten ab 2006 in Kraft. Deutlich ist zum Beispiel jetzt herausgearbeitet worden, worin fachlich unabhängige Fortbildung besteht, es sind Unklarheiten beseitigt, neueste Entwicklungen berücksichtigt und die Besonderheiten von interaktiver Fortbildung mit aufgenommen. Nach nunmehr drei Jahren war es an der Zeit, eine Aktualisierung durchzuführen. Mit ihrer Neufassung lehnen sich die zahnärztlichen Leitsätze eng an die Regelungen der Ärzte an, mit gegenseitiger Anerkennung der ärztlichen und zahnärztlichen Fortbildungsmaßnahmen.

Im Auftrag des Vorstands der Bundeszahnärztekammer hatte der Beirat Fortbildung (eine gemeinsame Einrichtung von BZÄK, DGZMK und KZBV) die bisherigen Leitsätze sowie die Punktebewertung überarbeitet, unter Berücksichtigung des Feedbacks der Kammern. Verabschiedet wurden sie in den Vorständen von BZÄK, KZBV und DGZMK.

Kriterien zur Pflichtfortbildung

Die aktuellen Leitsätze beinhalten unter anderem auch die Kriterien, die nach § 95 d Absatz 2 SGB V aufzustellen sind. Danach sollen die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Pflichtfortbildung regeln. KZBV und BZÄK haben Einvernehmen darüber erzielt,

dass der angemessene Umfang bei 125 Punkten in fünf Jahren liegt. Die KZBV formulierte weiterhin folgende Aussagen zum Nachweis der Pflichtfortbildung:

- Sie empfiehlt allen Vertragszahnärzten, Fortbildungsnachweise zu sammeln.
- Ein Verfahren zur Anerkennung abgeleiteter Fortbildung vor Ablauf des Fünfjahreszeitraums soll es nicht geben.



Das neue Fortbildungssiegel von BZÄK und DGZMK – der Name der Zahnärztekammer ist austauschbar, so dass jede Kammer ihr „eigenes“ Siegel verwenden kann.

- Die KZBV fördert wie die BZÄK und die DGZMK das Prinzip der kontinuierlichen Fortbildung.
- Dafür ist der Erwerb eines freiwilligen Fortbildungsnachweises der BZÄK/DGZMK ein geeignetes Instrument.
- Zusätzliche Nachweise zur Fortbildungserkennung nach § 95 d SGB V sind dann entbehrlich. Unabhängig davon hatte die Bundeszahnärztekammer bereits 2002 einen freiwilligen Fortbildungsnachweis beschlossen,

der in mehreren Kammern (Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, und Westfalen-Lippe) in Form eines Pilotprojektes derzeit erprobt wird. Dazu ist der Erwerb eines freiwilligen Fortbildungssiegels/Zertifikats möglich, das bereits nach drei Jahren Fortbildung erworben werden kann. Eine Evaluierung der Pilotprojekte ist im Verlauf des Jahres 2006 zu erwarten. Da die Zahnärzte ohnehin rege und auf freiwilliger Basis Fortbildung betreiben, wird vom Berufsstand der Zwang zur Fortbildung grundsätzlich abgelehnt. BZÄK und KZBV hatten in einem Schreiben im Oktober das Bundesgesundheitsministerium ausführlich über diese Sachverhalte und über ihre Handhabung der Pflicht zur fachlichen Fortbildung informiert.

Fortbildungssiegel

Der Beirat Fortbildung hat ein gemeinsames Fortbildungssiegel von BZÄK und DGZMK entwickelt, das von allen Kammern für deren Bereich spezifisch adaptiert und übernommen werden kann, und er empfiehlt den Zahnärztekammern und der DGZMK, dieses zu verwenden beziehungsweise zu vergeben. Es soll zum Beispiel auf Zertifikaten und Fortbildungs-Urkunden entsprechend seinen Platz finden. Der Wunsch nach Zertifikat und Siegel wird in der Kollegenschaft immer stärker geäußert, dem kommt das neue Siegel nach. Es will außerdem Kollegen motivieren, das Fortbildungssiegel der Kammer zu beantragen. Für die Ankündigung von Fortbildungsveranstaltungen in Programmheften und Teilnahmebescheinigungen zahnärztlicher Fortbildungsveranstaltungen fordert die Bundeszahnärztekammer die Anbieter auf, folgenden Passus als Hinweis für die Kollegenschaft auszuweisen: „Die Veranstaltung / der Kurs findet statt nach den Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung und der Punktebewertung von BZÄK und DGZMK.“ pr

Bundeszahnärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Leitsätze zur zahnärztlichen Fortbildung

Die neu überarbeiteten Leitsätze sind verabschiedet vom Vorstand der BZÄK am 14.09.2005, vom Vorstand der KZBV am 23.09.05 und vom Vorstand der DGZMK am 24.10.05. Sie sind gültig ab 01.01.2006

1. Fortbildung als integrierter Bestandteil der zahnärztlichen Tätigkeit

In § 2 der Musterberufsordnung für die deutschen Zahnärzte wird festgestellt:

„Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und dadurch seine Kenntnisse dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft anzupassen.“

Wichtige Ziele zahnärztlicher Fortbildung sind die ständige Festigung, kontinuierliche Aktualisierung und Fortentwicklung der fachlichen Kompetenz mit dem Ziel der Verbesserung des zahnärztlichen Handelns. Somit ist Fortbildung ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin.

2. Fortbildungsinhalte

Zahnärztliche Fortbildung ist dadurch definiert, dass sowohl fachliche als auch interdisziplinäre Kenntnisse und die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten aktualisiert und weiterentwickelt werden. Zahnärztliche Fortbildung umfasst auch die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen, soweit sie auf Patientenführung und Praxismanagement bezogen sind. Zahnärztliche Fortbildung schließt ferner die Vermittlung von gesetzlichen Angelegenheiten, vertraglichen und berufsrechtlichen Regelungen mit ein. Zahnärztliche Fortbildung bezieht sich auch auf Kenntnisse über Methoden der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Zahnmedizin.

Eine reine produktbezogene Informationsveranstaltung eines Herstellers oder Dentaldepots gilt nicht als fachliche Fortbildung. Dies trifft auch für Veranstaltungen zu, die allgemeine Themen betreffen.

Es ist Aufgabe der Zahnärztekammern, das Bemühen der Zahnärzte um Qualitätssicherung durch formale und inhaltliche Fortbildungsempfehlungen, durch das Angebot von eigenen Fortbildungsveranstaltungen und die Information über sonst bestehende Angebote zu unterstützen

Zahnärztliche Fortbildung soll

- den individuellen Bedürfnissen des Zahnarztes, dem persönlichen Wunsch nach Weiterentwicklung und Verfestigung der zahnärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechen sowie

- den sich aus der Entwicklung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Epidemiologie ableitenden Fortbildungsbedarf berücksichtigen

- sowie die Aktualität und Qualität der Patientenversorgung erhalten und verbessern.

3. Fortbildungsmethoden

Die Themenauswahl sowie die Art und Weise des Wissenserwerbs und die Steigerung der praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten bleiben jedem Zahnarzt überlassen. Die individuell unterschiedlichen Formen des Lernverhaltens machen ein Angebot unterschiedlicher Arten der Fortbildung erforderlich. Geeignete Mittel der Fortbildung sind insbesondere:

a) Fortbildungsveranstaltungen (z.B. Kongresse, Seminare, Kurse, Kolloquien, Demonstrationen, Übungen)

b) klinische Fortbildungen (z.B. Visiten, Hospitationen und Fallvorstellungen)

c) interkollegiale Fortbildung (wie Qualitätszirkel oder Studiengruppen)

d) Curriculär vermittelte Inhalte (z.B. in Form Strukturierter Fortbildung)

e) Mediengestütztes Eigenstudium (Fachliteratur, audiovisuelle Lehr- und Lernmittel)

4. Qualitätsmanagement von Fortbildungsmaßnahmen/ Durchführungsempfehlungen

Zahnärztliche Fortbildung ist ein wichtiges Instrument der Qualitätsförderung und bedarf deshalb der regelmäßigen eigenen Bewertung. Möglich wird dies, wenn die Zahnärztekammern und die DGZMK die Qualität von Fortbildungsmaßnahmen durch Leitsätze und Empfehlungen fördern sowie die Eigenevaluation von Anbietern und Teilnehmern unterstützen.

Die Qualität einer Fortbildungsmaßnahme ist gekennzeichnet durch

- die Relevanz der Fortbildungsinhalte
- die Qualität der Fortbildungsmethode
- die Unabhängigkeit von kommerziellen Interessen
- die Umsetzbarkeit in der täglichen Arbeit

4.1. Relevanz der Inhalte

Die Bedeutung einer Information oder Methode für die berufliche Tätigkeit lässt sich anhand folgender Kriterien überprüfen:

- Nutzen für den Patienten
- Relevanz für das Fach
- Anwendbarkeit in der beruflichen Praxis
- Nutzen für den Arbeitsablauf bzw. Betreuungserfolg

- Effizienz-Kosten-Verhältnis

- Wissenschaftlichkeit / wissenschaftliche Korrektheit

- Aktualität der Informationen

- Anleitung zur kritischen Wertung von Methoden

- Verständlichkeit.

Unabhängig vom individuellen Fortbildungsbedürfnis ist zu fordern, dass die Inhalte einer Fortbildungsmaßnahme mit dem allgemein akzeptierten und aktuellen (soweit möglich evidenzbasierten) Stand der Wissenschaft übereinstimmen und dass über abweichende Auffassungen informiert wird.

4.2. Qualität der Fortbildungsmethode

Die Form der Durchführung einer Fortbildungsmaßnahme soll bezüglich Didaktik und Organisation zeitgemäßen Methoden entsprechen. Dementsprechend trägt der Veranstalter die Verantwortung für die Qualität einer Fortbildungsmaßnahme durch seine Entscheidung über

- die Themenwahl
- die Form der Präsentation
- die Art der Medien
- die Auswahl der Referenten und
- die Organisation.

4.3. Qualifikation der Referenten / Kursleiter

Die eingesetzten Referenten sollen für das behandelte Thema qualifiziert sein und darin nachhaltige Erfahrungen haben. Gleichzeitig sollen sie über lehrmethodische Kompetenz verfügen und sich in den

Lehrinhalten, die sie vertreten, kontinuierlich fortgebildet haben.

Für fachliche zahnärztliche Fortbildungsveranstaltungen soll grundsätzlich ein Zahnarzt als fachlich Verantwortlicher bestellt sein.

4.4. Organisation von Fortbildungsmaßnahmen

Die rechtzeitige, umfassende und formal angemessene Information über Inhalte, Referenten, Methoden, Ort und Zeit einer Fortbildungsmaßnahme ist sicherzustellen.

Die Dauer der Fortbildungsveranstaltung sollte acht Stunden pro Tag nicht überschreiten.

Möglichkeiten zur Evaluation des eigenen Fortbildungserfolges im Sinne einer Selbstkontrolle wird ebenso wie die Evaluation der Veranstaltung empfohlen.

Eine Teilnehmerliste soll geführt und Teilnahmebescheinigungen ausgestellt werden, die mindestens enthalten: Veranstalter, Veranstaltungsdatum, Veranstaltungsdauer, Veranstaltungsort, Thema, Referenten, evtl. Art der Lernerfolgskontrolle sowie der Vermerk, dass die Leitsätze der Bundeszahnärztekammer zur zahnärztlichen Fortbildung anerkannt werden, einschließlich der Punktebewertung von BZÄK/ DGZMK. Schriftliche oder digitale Unterlagen zum vertieften Selbststudium sind wünschenswert.

4.5. Gestaltung und Anwendung von Medien für das Selbststudium in der interaktiven zahnärztlichen Fortbildung

Autorenschaft:

- Fachautoren, Herausgeber, Erscheinungsdatum sowie juristische Verantwortlichkeiten sind eindeutig erkennbar zu benennen.

- Eine hohe wissenschaftliche Aktualität der Inhalte ist zu gewährleisten.

- Der Präsentation von Originaldaten soll der Vorzug gegeben werden, dabei sind Information und Interpretation strikt zu trennen. Persönliche Meinungen der Autoren sind als solche kenntlich zu machen.

Anerkennung für ein Fortbildungszertifikat der Zahnärztekammern bzw. der DGZMK:

- Die Lern- bzw. Übungseinheiten sollen mindestens 45 Minuten umfassen.

- Zur Überprüfung des Lernerfolgs werden entsprechende Fragen nach jeder Lerneinheit gestellt.

- Für den Erwerb von Fortbildungspunkten muss der überwiegende Teil der Fragen (z.B. zwei Drittel) richtig beantwortet werden.

- Dem Nutzer muss ein Verfahren benannt

werden, wie und bis zu welchem Zeitpunkt eine Vergabe von Fortbildungspunkten möglich ist.

Nur bei der Möglichkeit einer interaktiven Überprüfung des Fortbildungserfolges erfolgt eine Anerkennung nach Kategorie C des Punkteataloges.

Aufgrund der raschen Entwicklung des E-Learnings müssen die Qualitäts- und Bewertungskriterien für die Anerkennung im Rahmen eines Fortbildungszertifikats regelmäßig überprüft werden.

4.6. Sicherung der Unabhängigkeit der zahnärztlichen Fortbildung

- Wissenschaftliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit und Neutralität der Wissensvermittlung müssen sichergestellt sein. Die Fortbildungsmaßnahmen sollen frei von wirtschaftlichen und werbenden Interessen sein. Objektive Produktinformation nach wissenschaftlichen Kriterien ist jedoch zulässig.

- Bei Veranstaltungen, die sowohl fachliche Kenntnisse wie auch produktbezogene Informationen vermitteln, ist sowohl zeitlich

im Ablauf als auch bezogen auf die Person des Referenten strikt zwischen beiden Veranstaltungsteilen zu trennen. Nur die Veranstaltungsteile, die sich auf fachliche Kenntnisvermittlung beziehen, sind als Fortbildung anzuerkennen.

- Eine deutliche Kennzeichnung von kommerziellen Interessen und der Nennung der Sponsoren und der beworbenen Produkte ist notwendig. Die kommerzielle Unterstützung einer Fortbildungsmaßnahme soll durch Selbsterklärung transparent gemacht werden.

- Erhebliche persönliche Zuwendungen durch den Sponsor dürfen nicht erfolgen. Die Veranstalter sollen ausdrücklich versichern, dass die Referenten bei der Präsentation der Themen unabhängig sind und dass die Darstellung der Fortbildungsinhalte produktneutral erfolgt.

Die Anpassung und Fortschreibung der Leitsätze der Bundeszahnärztekammer zur zahnärztlichen Fortbildung durch den Gemeinsamen Beirat Fortbildung wird kontinuierlich durchgeführt.

Punktebewertung von Fortbildung BZÄK/DGZMK, gültig ab 01.01.2006

A) Vortrag und Diskussion

Symposien, Tagungen, Workshops, Seminare, Kongresse oder Ähnliches (In- und Ausland)

1 Punkt pro Fortbildungsstunde

maximal 8 Punkte pro Tag

1 Zusatzpunkt für schriftliche Lernerfolgskontrolle pro Veranstaltung

B) Fortbildung mit aktiver Beteiligung jedes Teilnehmers:

Praktische Kurse, praktische Übungen, Studiengruppen, Qualitätszirkel, aktive Falldemonstrationen, Visiten, Hospitationen (In- und Ausland)

1 Punkt pro Fortbildungsstunde

maximal 8 Punkte pro Tag

1 Zusatzpunkt pro Halbtage für Arbeit am Patienten, Phantom, Hands-on als wesentlicher Kursinhalt mit praktischer Lernkontrolle

1 Zusatzpunkt für schriftliche Lernerfolgskontrolle pro Veranstaltung

C) Interaktive Fortbildung:

elektronische, audiovisuelle, visuelle Medien oder Ähnliches mit Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform oder elektronisch

1 Punkt pro Übungseinheit

2 Punkte pro Übungseinheit (aufwändige CME Beiträge, peer-reviewed*)

D) Referententätigkeit (auch Qualitätszirkel-Moderatoren) gemäß den Leitsätzen der DGZMK/BZÄK**

2 Punkte pro Veranstaltung (zusätzlich zu den Punkten der Teilnehmer)

E) Erfolgreich absolviertes Abschlussgespräch / Falldarstellung nach einem Curriculum

15 Punkte zusätzlich einmalig pro Curriculum

F) Anerkennung von ärztlichen Fortbildungsangeboten, die eine offizielle Punktezuweisung erhalten haben

G) Selbststudium durch Fachliteratur

10 Punkte pro Jahr

Auch im Ausland absolvierte Fortbildungsveranstaltungen werden, wenn sie den Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung entsprechen, gemäß dieser Punktebewertung bewertet. Der Zahnarzt/die Zahnärztin müssen selbst einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der dies plausibel darlegt.

* Continuous Medical Education Beiträge, von Experten begutachtet

** gilt nur für Vorträge für Mediziner und medizinisches Assistenzpersonal

Zahnmedizinische Fachangestellte 2005

Die Ausbildungszahlen gehen zurück

Sebastian Ziller

Zahnärzte gehören seit Jahrzehnten zu den Hauptausbildern für viele junge Frauen in Deutschland. Das wird auch in diesem Jahr so bleiben. Trotzdem finden im neuen Ausbildungsjahr weniger Zahnmedizinische Fachangestellte einen Platz in einer Praxis. Gesundheitspolitische Entscheidungen des Gesetzgebers und eine dauerhafte volkswirtschaftliche Stagnation spiegeln sich in dieser Entwicklung wider. Dennoch engagiert sich der Berufsstand, um auch künftig die Ausbildung für viele junge Menschen zu sichern.



ZFA – die Ausbildung gilt für viele junge Frauen noch als Traumberuf. Doch die Ausbildungszahlen gehen zurück. Gesundheitspolitische Entscheidungen und die wirtschaftliche Stagnation spielen dabei eine Rolle.

Foto: Klein/KaVo/zm

Die Freien Berufe liegen mit einem Anteil von immerhin 8,1 Prozent an der Gesamtausbildungsleistung in Deutschland im Jahr 2004 an dritter Stelle hinter den Ausbildungsbereichen „Industrie und Handel“ (56,3 Prozent) und Handwerk (29,4 Prozent). Die restlichen sechs Prozent entfallen auf die Ausbildungsbereiche „Öffentlicher Dienst“, „Land-“ und „Hauswirtschaft“ sowie „Seeschifffahrt“.

Trotz Stabilisierung auf dem Ausbildungsstellenmarkt der Freien Berufe Anfang des neuen Jahrtausends werden seit 2002 pro Ausbildungsjahr durchschnittlich 2000 Ausbildungsverträge weniger abgeschlossen als im jeweiligen Vorjahr (siehe Abbil-

dung 1). Die Zahl der insgesamt abgeschlossenen Neuverträge im Jahr 2004 liegt bei rund 46 500 und die Prognose des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) für dieses Jahr lässt wiederum einen Rückgang um rund sechs Prozent erwarten.

Ärzte und Zahnärzte sind die Hauptausbilder innerhalb der Freien Berufe und die beiden Ausbildungsberufe Medizinische beziehungsweise Zahnmedizinische Fachangestellte (ehemals Arzhelferin beziehungsweise Zahnarzhelferin) sind bei jungen Schulabgängerinnen nach wie vor die beliebtesten. Die Entwicklung der Ausbildungszahlen dieser beiden Berufe läuft seit Jahren fast parallel. Neben einer mangeln-

den Ausbildungsreife beklagen viele Ausbildungspraxen die seit Jahren anhaltenden gesundheitspolitischen Fehlentwicklungen sowie die hemmenden Effekte der angespannten wirtschaftlichen Situation. Dies belegen die aktuellen Ausbildungszahlen zur Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) aus 2005.

Der rückläufige Trend von neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) hält wie im Vorjahr auch im Jahr 2005 an (siehe Abbildung 2).

Bundesweit wurden in diesem Jahr zum 30. September insgesamt 11 650 Ausbildungsverträge für ZFA neu abgeschlossen (ABL: 10 330; NBL: 1 320). Gegenüber dem Vorjahr haben die Ausbildungszahlen damit im Durchschnitt um 8,48 Prozent abgenommen (ABL: -7,57 Prozent; NBL: -15 Prozent). Ausgehend von einem geringeren Ausgangswert sind die prozentualen Verluste in den Neuen Bundesländern deutlicher spürbar.

Alle Kammern haben einen Rückgang der Ausbildungszahlen gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen, wobei die Zahlen einzelner Kammerbereiche zum Teil erheblich um den Durchschnittswert variieren. Weitgehend stabile Werte bei den neuen Ausbildungsverhältnissen finden sich lediglich in Bremen, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern. Deutliche prozentuale Verluste verzeichneten hingegen Berlin, Sachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt, Bayern, Rheinland-Pfalz und Brandenburg (siehe Tabelle 1).

Schwächen in der Schulbildung

Viele Bewerberinnen und Bewerber haben grundlegende Defizite im Lesen, Schreiben und Rechnen. Dieses Problem ist quer durch alle Wirtschaftszweige zu beobachten. „Rund 20 Prozent der Schulabgänger

eines Jahrgangs sind nicht ausbildungsreif“, bemängelte dann auch Kurt Biedenkopf auf einer Veranstaltung des Hartz-IV-Ombudsrates im Sommer dieses Jahres. Nach Ansicht der Freien Berufe ist hier die Politik in der Pflicht, die Leistungsfähigkeit der Schulabgänger durch entsprechende personelle und finanzielle Fördermaßnahmen entscheidend zu verbessern. Eine Möglichkeit für Ausbilder, den eigenen Lehrling fit zu machen, bieten ausbildungsbegleitende Hilfen (abH). Die abH fördern Jugendliche mit schulischen Schwächen und sozialen Problemen. Beantragt werden können abH bei der Abteilung Berufsberatung der zuständigen Zweigstelle der Bundesagentur für Arbeit.

Strukturelle Veränderungen

Über den Zeitraum der letzten zehn Jahre ist eine kontinuierliche Abnahme von Einzelpraxen bei gleichzeitiger Zunahme von Gemeinschaftspraxen zu beobachten. Hier können Effizienzeffekte bei der Personalplanung entstehen, die sich auch auf die Einstellung von Auszubildenden auswirken. Darüber hinaus diskutierte der Arbeitskreis Berufsbildung und Jugendpolitik des BFB auf seiner Novemberversammlung, dass zunehmend auch Teilzeitarbeitsplätze, Einstiegsqualifizierungen für Jugendliche und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse Ausbildungs-

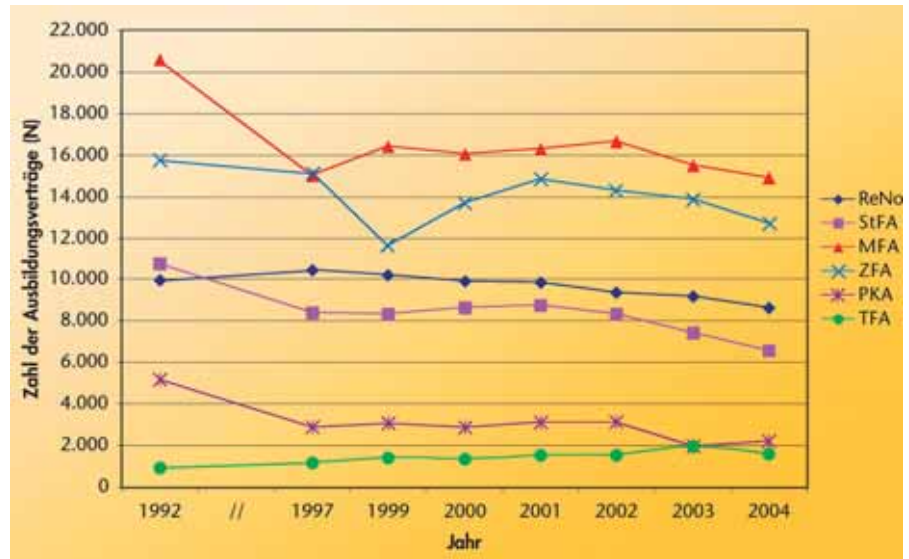


Abbildung 1: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in den Ausbildungsberufen der Freien Berufe in Deutschland 1992 bis 2004 (Quelle: Bundesverband der Freien Berufe)
ReNo: Rechtsanwalts-/Notar-/Patentanwaltsfachangestellte (inkl. Mischformen)
StFA: Steuerfachangestellte
MFA: Medizinische Fachangestellte (ehemals Arzthelferin)
ZFA: Zahnmedizinische Fachangestellte (ehemals Zahnarzhelferin)
PKA: Pharmazeutisch-Kaufmännische Angestellte (ehemals Apothekenhelferin)
TFA: Tiermedizinische Fachangestellte (ehemals Tierarzhelferin)

plätze kompensieren dürften. Und schließlich hat unser Berufsbereich in der Vergangenheit regelmäßig über Bedarf ausgebildet, wie die Bundesregierung in ihrem Bericht zur Lage der Freien Berufe hervorhebt.

Politisch massiv behindert

Die politische und unternehmerische Verantwortung der zahnärztlichen Kollegen, sich auf breiter Basis für die Ausbildung einzusetzen und damit in hohem Maße die gesellschaftliche Teilhabe der Jugend in

Deutschland zu gewährleisten, wurde in den letzten Jahren staatlicherseits massiv behindert. Der Ausbildungsbereich zeigt exemplarisch, dass die ständigen Interventionen der Politik in die Wirtschaftsabläufe der Zahnarztpraxen politisch und wirtschaftlich kontraproduktiv sind. Schulabgängerinnen mit dem Berufswunsch Zahnmedizinische Fachangestellte haben es schwerer als bisher. „Ursachen für die rückläufigen Ausbildungsverhältnisse sehen wir in der anhaltenden schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler Zahnarztpraxen sowie in den Unsicherheiten über zukünftige Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Praxen. Jüngstes Beispiel ist die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD angekündigte Einführung einer Behandlungspflicht zu festen, reduzierten Gebührensätzen nach GOZ“, erklärt der für den Bereich Ausbildung zuständige Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich.

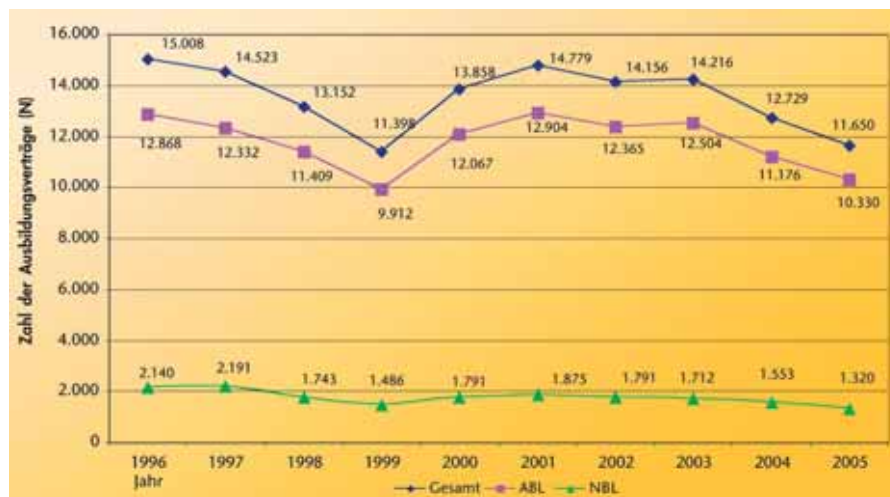


Abbildung 2: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte in Deutschland 1996-2005 (Stichtag: 30. September)
 Quelle: (Landes- und Bezirks-)Zahnärztekammern, Grafik: BZÄK/zm

Nachwerbung

Trotz der zurückhaltenden Personalplanung vieler Praxen sind sich die deutschen Zahnärzte ihrer gesellschaftlichen Verantwortung für eine betriebliche Ausbildung auf hohem quantitativen und qualitativen Niveau bewusst.

Um einem künftigen Fachkräftemangel vorausschauend entgegenzuwirken – die demographische Entwicklung lässt erkennen, dass ab 2010 ein deutlicher Rückgang bei den Jahrgangszahlen der Jugendlichen, die für die Ausbildung zur Verfügung stehen werden, eintritt – folgten die Delegierten auf der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer im Oktober 2005 einem Antrag, der den BZÄK-Vorstand auffordert, „geeignete Maßnahmen einzuleiten und zu unterstüt-

zen, um einen qualifizierten und am Bedarf der zahnärztlichen Praxen in Deutschland orientierten Mitarbeiter/innen-Nachwuchs zu gewährleisten“.

Bereits einen Monat zuvor verabschiedete der BZÄK-Vorstand die novellierte DH-Mus-



Setzen sich bei der BZÄK für die Belange der ZFA ein: Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich ...



... und der niedersächsische Kammerpräsident Dr. Michael Sereny

terfortbildungsordnung, die für Abiturientinnen und Schülerinnen mit Fachhochschulreife eine zeitliche Verkürzung dieser Qualifizierung ermöglicht, um in diesem Personenkreis die Akzeptanz für hochwertige Qualifizierungen zu sichern.

Und schließlich engagieren sich die Kammern seit Jahren vor Ort, um jungen Menschen eine Ausbildungsmöglichkeit anzubieten. Das belegen eine Vielzahl von Aktivitäten der Kammern zur Gewinnung neuer Ausbildungsbetriebe und zur Nachwuchswerbung: zum Beispiel das Berufsbild auf Jugend-, Berufsmessen und Ausbildungsbörsen präsentieren, Informationsmaterial an Arbeitsagenturen und Berufsinformationszentren verteilen, Schulen besuchen und In-

formationsveranstaltungen zur Berufsfindung durch die Referenten für zahnmedizinische Mitarbeiterinnen durchführen, Flyer, Filme und Poster herausgeben, zur Bereitstellung von Ausbildungsplätzen in regionalen Zahnärzteblättern werben.

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für ZFA

Bundesländer (Kammerbereiche)	2004 (N)	2005 (N)	Prozentuale Veränderung zum Vorjahr
Baden-Württemberg	1 846	1 731	-6,23
Freiburg	422	380	-9,95
Karlsruhe	457	405	-11,83
Stuttgart	695	670	-3,60
Tübingen	272	276	1,47
Bayern	2 529	2 235	-11,63
Berlin	539	425	-21,15
Brandenburg	202	179	-11,39
Bremen	141	138	-2,13
Hamburg	287	263	-8,36
Hessen	964	942	-2,28
Mecklenburg-Vorp.	133	132	-0,75
Niedersachsen	1 214	1 141	-6,01
Nordrhein-Westfalen	2 970	2 794	-5,93
Nordrhein	1 552	1 460	-5,93
Westfalen-Lippe	1 418	1 334	-5,92
Rheinland-Pfalz	608	538	-11,51
Koblenz	223	194	-13,00
Pfalz	227	201	-11,45
Rheinessen	92	82	-10,87
Trier	66	61	-7,58
Saarland	119	114	-4,20
Sachsen	351	290	-17,38
Sachsen-Anhalt	194	171	-11,86
Schleswig-Holstein	498	434	-12,85
Thüringen	134	123	-8,21
Gesamt	12 729	11 650	-8,48 %

Tabelle 1:
Neu abgeschlossene
Ausbildungsverträge
für ZFA in den Jahren
2004 und 2005
(Stichtag:
30. September),
Prozentuale
Veränderungen
zum Vorjahr
Quelle: (Landes-
und Bezirks-)Zahn-
ärztekammern,
Berechnungen BZÄK

Politische Verlässlichkeit gefordert

Die Politik sollte realisieren, dass die mehr als 55 000 niedergelassenen Zahnärzte ein fester Bestandteil des wirtschaftlichen Mittelstandes in Deutschland und der viertgrößte Arbeitgeber im Gesundheitswesen sind. Sie sind damit Brotgeber für rund 326 000 Menschen und mit einem Anteil von über 80 Prozent einer der wichtigsten für Frauen in Deutschland. Zahnarztpraxen sind also nach wie vor ein bedeutender Arbeitsplatzgarant und ein Motor der beruflichen Ausbildung in Deutschland. „Ein Mehr an Ausbildung muss deshalb bei strukturellen Verbesserungen der Standortbedingungen für die Unternehmen in Deutschland ansetzen. Dafür sind sowohl Kostentlastungen als auch politische Verlässlichkeit dringend erforderlich“, so Dr. Michael Sereny, Präsident der ZÄK Niedersachsen und für zahnärztliche Mitarbeiterinnen zuständiges Vorstandsmitglied der BZÄK.

Dr. Sebastian Ziller
Bundeszahnärztekammer
Leiter der Abteilung Prävention und
Gesundheitsförderung
Chausseestraße 13, 10115 Berlin

Europäisches Forum

Zehntes Geburtstagsfest: Zahnheilkunde im Wandel

1 300 Zahnärztinnen und Zahnärzte mit ihren Praxisteams strömten auch von jenseits der Ländergrenzen ins Frankfurter Kongresszentrum, um dort nicht nur das zehnjährige Jubiläum des Europäischen Forums (den früheren Hessischen Zahnärztetag) zu begehen, sondern auch, um aktuelle, internationale Wissenschaft zu erleben, zu erlernen, sie interaktiv zu vertiefen, um diese dann gleich am kommenden Arbeitstag in der Praxis umsetzen zu können.

„ZahnMedizin im Wandel“ – unter diesen Slogan stellten die Organisatoren einen Fortbildungstag, wie er vorbildhafter nicht hätte sein können.

Die hohe Beteiligung und das Interesse zeigten, dass die Zahnärzteschaft die dringende Notwendigkeit anerkennt, stetige freiwillige Fortbildung durchzuführen, wie Kammerpräsident Dr. Michael Frank in seiner Begrüßungsrede deutlich machte. Er verwies auf eine aktuelle Untersuchung des Kölner Instituts Deutscher Zahnärzte (IDZ), die ergeben



„Wir lassen uns keine Zwangsjacke anlegen!“, so Dr. Dr. Weitkamp (re.). „Wir werden Seite an Seite kämpfen!“, sichert Dr. Fedderwitz (li.) zu.



Fortbildung vom Feinsten: Life-OP und Tipps vom Ästhetikpapst Prof. Bernd Klaiber (li.). Kammerpräsident Dr. Michael Frank fordert modernste Wissenschaft für jede Praxis.



Fotos: LZK Hessen

hatte, dass über 90 Prozent der deutschen Zahnärzteschaft freiwillig und zum Wohle ihrer Patienten in ihrer Freizeit Fortbildungsveranstaltungen beiwohnen. Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, stand in Frankfurt noch ganz unter dem Einfluss der am Vorabend abgeschlossenen Koalitionsverhandlungen: „Wir machen keine Zwangsarbeit zu Dumpingpreisen! Wir lassen uns kein Korsett anlegen! Aber wir müssen auch nicht pessimistisch in die Zukunft blicken, solange wir die Fortbildung haben, die es uns ermöglicht, den wissenschaftlichen Fortschritt in die Praxis zu tragen.“

Dass dieser Fortschritt den Patienten nicht vorenthalten werden soll, das ist auch Dr. Fedderwitz, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), klar: „Wir haben bereits zehn Jahre Vorarbeit geleistet für Vertrags- und Wahlleistung-

gen beziehungsweise die heutigen Festzuschüsse. Denn sie sind derzeit der einzige Weg, um unter den fiskalischen Zwängen eine wissenschaftliche und moderne Versorgung zu ermöglichen.“

Nichts ist so beständig wie der Wandel

Zehn Jahre Europäisches Forum ZahnMedizin sind es würdig, den Blick zurückschweifen zu lassen auf zehn Jahre herausragende fachübergreifende Ereignisse. „Als wir mit dem ersten Festvortrag von Prof. Dr. Heinz Riesenhuber, damals Wissenschaftsminister, starteten, war uns erst später klar, wie hoch wir unsere Messlatte gehängt hatten“, so der Kammerpräsident.

„Aber die folgenden Jahre haben uns nicht enttäuscht, es ging eher noch weiter bergauf“. Seien an dieser Stelle nur exemplari-

sche Ereignisse genannt, wie der Beitrag des „Implantologiepapstes“ Prof. Dr. P.-I. Brånemark oder Renate Jäher, Richterin am Bundesverfassungsgericht, die sich mit dem Arzt im Wettbewerb beschäftigte.

In diesem Jahr gab Professor Dr. Georg Meyer, Greifswald, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), seine Stellungnahme zur Zukunft der ZahnMedizin ab. Seine Prognose ist aufgrund aller politischen Zwänge nicht die allerbeste, aber eines fordert er auch im Hinblick sämtlicher Sparmaßnahmen, die rund um das Gesundheitswesen anstehen: „Wir brauchen eine noch engere Vernetzung unserer Fachdisziplinen mit allen Fachbereichen der gesamten Medizin. Es muss soweit kommen, dass die ZahnMedizin ein Fachgebiet der gesamten Medizin bildet.“

sp

Chancen für Zahnärztinnen

Marion Pitzken

Die Männerdomäne Zahnheilkunde wandelt sich: Immer mehr Frauen bilden den beruflichen Nachwuchs. Sie werden binnen 15 Jahren voraussichtlich die heutige Zwei-Drittel-Mehrheit der Männer mit leichter Überzahl ablösen. Die derzeitigen Bedingungen jedoch machen es jungen Kolleginnen schwer, Beruf und Familie zu vereinbaren. Noch. Das soll sich ändern, meinen drei Praxischefinnen mit – im doppelten Sinne – viel Nachwuchs-Erfahrung. Sie kämpfen für Veränderungen. Ihr Ziel: ein Plus für alle Kollegen, ob weiblich oder männlich, sowie für die Patienten.



Foto: CC

Die Zange mit dem extrahierten Zahn liegt Swantje schwer in der Hand, als sie die Tür zum Wartezimmer öffnet und – tausend Mal gehört – mit ihren zwei Jahren und Piepsstimme tönt: „Der Nächste bitte!“ Die älteren Stammpatienten von Dr. Brita Petersen, Bremen, erinnern sich heute noch lächelnd an den ersten Arzt-Auftritt ihrer Tochter.

28 Jahre ist das her. Swantje arbeitet inzwischen als Chirurgin. Brita Petersen geht nach wie vor voll in ihrem Beruf als Zahnärztin in der Gemeinschaftspraxis mit Ehemann und mit einer Kollegin auf, die in ihrer Praxiszeit ihre Kinder, heute drei und fünf Jahre, bekam. Und als Bremer Kammerpräsidentin. Und im Bundesausschuss für die Belange der Zahnärztinnen bei der Bundeszahnärztekammer. Diese Belange zu unterstützen, war ihr spätestens seit Swantjes Praxis-Debut eine Herzensangelegenheit. Mit Gleichgesinnten, wie Dres. Christel Pfeifer und Ursula von Schönberg, macht sie bestehende Lösungen publik. Und sie suchen nach weiteren Verbesserungen.

Wie schwierig es als freie Zahnärztin, Ehefrau und zugleich Mutter ist, Beruf und Familie zu vereinbaren, haben alle drei erfahren. Jede von ihnen hat diese Schwierigkeiten auf ihre Weise in der eigenen Praxis bewältigt. Worum sie seit Jahren kämpfen: jungen Zahnärztinnen den Einstieg in die Selbstständigkeit zu erleichtern.

Passt, wackelt und macht Spaß

Wenn sie sich für die Belange der Zahnärztinnen einsetzen, dann aus der Überzeugung: Dieser Beruf passt Frauen gut. Der überproportional hohe Anteil der Zahnmedizinerinnen beim beruflichen Nachwuchs zeige dies.

Die einstige Männerdomäne Zahnheilkunde wandelt sich in der Tat. Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) benannte in den Bänden 9 (1990) und 29 (2004) der IDZ-Reihe auch die geschlechterspezifische Verteilung: Wurden 1985 rund 26,1 Prozent weibliche und 73,9 Prozent männliche

Studienanfänger angenommen, so verteilen sich die Berufsstarter unter 25 Jahren im Jahr 2001 zwei zu eins auf Frauen und Männer. Und die Experten rechnen damit, dass sich die Kurve in 15 Jahren lediglich verschiebt. Dann werden sich die heute 40 bis 55 Jahre alten Zahnärzte auf den Ruhestand vorbereiten und die überwiegend weiblichen Einsteiger von heute die Mehrheit der Behandler bilden. Eine Untersuchung der Universität Essen belegt ebenfalls, dass seit 1999 immer mehr Frauen in das Studium, seit 2003 in den Beruf strömen und Arbeit suchen. An der Kölner Universitätszahnklinik studieren derzeit im Anfangssemester 54 Studentinnen und Studenten. Nur acht sind davon männlich!

Dabei ist der Beruf nur mäßig familienfreundlich. Über 90 Prozent der Absolventen werden Behandler. Laut Uni Essen unter anderem, weil die Alternativen spärlich gesät seien. Eine Verdrängung der Männer scheint es indes nicht zu geben. Besonders in bestimmten Bereichen, wie Kieferorthopädie und Kinderzahnheilkunde, Pro-

Karriere und Familie zu vereinbaren fordert. Das soll für junge Kolleginnen leichter werden, meinen drei Praxischefinnen.



Foto: MEV

phylaxe und geriatrische Schwerpunkte, seien Frauen „zu Hause“, während die chirurgischen Gebiete eher eine Männerdomäne bleiben werden, mutmaßt Dr. Christel Pfeifer, Köln.

In der Standespolitik seien einfach noch zu wenige Kolleginnen aktiv, meint Dr. Ursula von Schönberg, Barntrup. Dabei sei es doch wichtig, gemeinsam bestimmte Probleme anzugehen, deren Lösungen gerade Kolleginnen die Karriere erleichtern. Der BZÄK-Ausschuss „Belange der Zahnärztinnen“ hat eine lange Arbeitsliste rund um Niederlassung, Praxisform, Schwerpunkte, familienkompatible Arbeitszeit und Job-Sharing, Absicherung bei Schwangerschaft, Baby-pause und Wiedereinstieg, Finanzen und mehr aufgestellt.

Freiberufler trotz Anstellung

Kritisch sehen die Zahnärztinnen die Gefährdung der Freiberuflichkeit durch die Gesetzesänderung, die seit zwei Jahren die Anstellung von Zahnärzten, zum Beispiel in

so genannten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), gestattet. „Wenn man Freiberuflichkeit im Sinne von weisungsunabhängig und selbstverantwortlich definiert, ist auch der angestellte Zahnarzt Freiberufler“, bringt von Schönberg diesen feinen, wichtigen Aspekt auf den Punkt. Und verweist darauf, dass in anderen freien Berufen, etwa bei den Juristen, bereits die Zahl derer, die angestellt statt selbstständig in einer Kanzlei arbeiten, auf 50 Prozent gestiegen ist. „Doch die Anstellung in MVZ, die von Dritten betrieben werden, sehen wir kritisch, da die Weisungsunabhängigkeit nicht gewährleistet ist. Trotzdem erscheinen sie den jungen Kollegen attraktiv, da sie scheinbar Vorteile bieten“, warnt die erfahrene Standespolitikerin.

Auch für Zahnärztinnen sei eine Anstellung in der freien Praxis zumindest phasenweise die beste Chance, in der Zahnheilkunde up to date zu bleiben. Zum Beispiel, wenn sie zweigleisig durchstarten: frisch im Beruf mit einer ganz jungen Familie. Doch das Angebot in Praxen und Kliniken ist begrenzt.

Es könne davon ausgegangen werden, prognostiziert das IDZ, dass „die Etablierung von MVZ grundsätzlich die Zugangsschwelle zur Tätigkeit als Praxisinhaber erheblich senken werde“. Deren Investitionsmodelle brächten ein geringeres Investitionsrisiko mit sich als die eigene Niederlassung. Teilzeitarbeit werde leichter möglich sein. Und für angehende Mütter sei interessant: Als angestellte Zahnärztinnen „genießen“ sie anders als die selbstständigen einen obligatorischen Gesundheitsschutz, dürfen wegen des hohen Infektionsrisikos nicht mehr am Patienten arbeiten. In einer Praxis kommt das einem Beschäftigungsverbot gleich, eine Belastung auch für deren Inhaber, die nur teilweise – nämlich finanziell – durch Ausgleichszahlungen der Umlagekasse aufgefangen wird. Zudem ist die Anrechnung der Elternzeit auf die Rentenansprüche bei der Gesetzlichen Rentenversicherung eindeutiger geregelt. Der Pferdefuß bei diesen scheinbar reizvollen Zentren: Der Verlust der Freiberuflichkeit, die den Zahnärzten nachweislich nach wie vor außerordentlich wichtig ist.

Die Tendenz zum Angestellten-Verhältnis ist in diesem Berufsstand eher gering, beobachtet Petersen. So soll es auch bleiben, wenn es nach ihr geht: „Wie eigenverantwortlich können Kollegen in einem MVZ denn arbeiten, wenn der Chef fachfremd ist?“, kritisiert sie. Die Freiberuflichkeit ist ihr zu wichtig, als dass sie so en passant für Bequemlichkeit geopfert werden dürfe.

Leichtere Arbeitsplatzbedingungen, die ließen sich auch in der Praxis umsetzen, prophezeit die energiegeladene Bremer Kammerpräsidentin zuversichtlich: „Teilzeit zum Beispiel muss in der Praxis leichter machbar werden!“ Wünschenswert sei eine Alternative zum MVZ-Job. Zum Beispiel in einer neuen Form der Budget-erhaltenden Teilzeit in mehreren Praxen: „Warum sollten einzelne Zahnärzte miteinander nicht in verschiedenen Praxen zusammenarbeiten und ihren Anspruch auf Punkte respektive Budget dabei ausnutzen dürfen?“, sinniert die engagierte Standespolitikerin über die Idee, die gerade jungen Zahnärztinnen eine Art Teilzeit-Niederlassung ermöglichen würde: Eine Teilzeit-Anstellung mit eige-

nem Budget bei einem niedergelassenen Kollegen. Im Bremer Kammerbereich wurde diese Vision wahr, zurzeit begrenzt auf zwei Praxissitze.

In der Regel erhielten nur Vorbereitungsassistenten im zweiten Jahr ein zwar abgespecktes, aber „eigenes“ Punktekonto, bedauert Petersen, Entlastungsassistenten dürften laut SGB V § 101 a frühestens nach zehn Jahren die Umsätze der Praxis mehren. „Ein angestellter Zahnarzt ohne eigenes Budget, das geht nicht“, resümiert von Schönberg aktuelle Überlegungen der Kammer Westfalen-Lippe. Die habe in ihrer neuen Musterberufsordnung angedacht, zwei Praxissitze je Zahnarzt zu erlauben.

Der bewegte Arzt

Von Schönberg gerät ins Schwärmen über freiberufliche Freiheiten, wenn sie das hypothetische Beispiel für eine „bewegte Zahnärztin“ schildert: Eine junge Kollegin arbeitet einen Tag wöchentlich in der einen Praxis, bringt als ihr Plus die Kieferorthopädie mit ein. An einem anderen Wochentag ist sie stets – also nicht etwa beliebig umherziehend – in einer anderen Praxis, etwa auf dem Land, über die Beratung hinaus kieferorthopädisch tätig. „Dann bewegt sich der Arzt statt des Patienten. Die Berufseinsteiger wären endlich den Druck los, gleich 300 000 Euro in eine Praxis zu investieren“, weist sie auf den wunden Punkt des hohen Preises für die Selbstständigkeit hin. Anteile an einer Praxis für die ersten Schritte in die Freiberuflichkeit zu mieten, käme in der Tat den Frauen zu gute. Denn gemäß der diesjährigen Investitionsanalyse von IDZ und Apo-Bank (siehe zm 16/2005) investieren Zahnärztinnen zurückhaltender als ihre Kollegen. Zudem bevorzugen sie eher als die Männer eine Gemeinschaftspraxis. Auch Dr. Pfeifer kennt die Anliegen der Kolleginnen nur allzu gut. Unter anderem, weil sie in ihrer Praxis viele Belange für Zahnärztinnen für sich und andere im Kleinen umgesetzt hat.

Ihr fiel es scheinbar leicht, mit 22 Jahren mal eben Tochter Paula zur Welt zu bringen und weiter zu studieren, nach dem Examen in eigener Praxis richtig durchzustarten, mit



2020 werden mehr Frauen als Männer behandeln, so die Prognosen.

Mutters Rückendeckung und Kinderfrau in Sachen Kinderhüten. In realiter aber forderte die Begeisterung für die Zahnmedizin ihren Tribut. Es blieb bei einem Kind. „Das zweite Kind haben wir ‚verpasst‘. Wir haben einfach zu viel gearbeitet!“, gesteht Pfeifer und signalisiert: Sie würde es wieder tun – durcharbeiten mit Nachwuchs! Das liegt in der Familie: Heute startet Tochter Dr. Paula Göser-Pfeifer mit einem Kind durch, ebenfalls zweigleisig in Praxis und Familie. Einige



Zur Not heißt's: Kinder in der Praxis hüten (lassen).

Fragen stellen sich der schwangeren Zahnärztin heute wie einst der Mutter: Wer passt auf die Kinder auf? Was tun, wenn eines krank wird? Wie für die Patienten dennoch präsent bleiben? Eine Rahmenbedingung hat sich für sie allerdings geändert: Als Babysitter kommt die eigene Mutter kaum in Betracht, wohl aber als Seniorpartnerin. Seit 1. Oktober 2005 ist sie als Kieferorthopädin Partnerin in der naturheilkundlichen Praxis der Mutter. Wenn um Weihnachten herum Kind Nummer zwei geboren wird, will sie sich für drei oder vier Monate – besondere Behandlungsfälle ausgenommen – aus dem Betrieb zurückziehen. Beim ersten Kind hatte sie ein Dreivierteljahr Elternzeit beantragt, weil der Chef von ihr andernfalls vollen 40-Stunden-Einsatz forderte. „Ich selber war das als Kind gewohnt, dass beide Eltern arbeiten. Aber heute ist mir die Zeit mit meinem Kind einfach wichtig.“ Deshalb genießt sie die Protektion der Mutter jetzt umso mehr: „Kurz vor der Niederkunft in eine Praxis einzusteigen wäre alleine gar nicht möglich!“ Seniorchefin Pfeifer stärkt auch ihren angestellten Zahnärztinnen den Rücken nach der Babypause.

Ihre Mitarbeiterin, Zahnärztin Annette Wölfler, kehrte jetzt aus der zweiten Elternzeit zurück. Deren Vertreterin ist in der na-

BSG pro Arbeitgeber und Angestellte

Die Umlagekasse muss im Falle der Schwangerschaft einer Angestellten die Beiträge erstatten, die der Arbeitgeber während des Mutterschutzes zahlt. Das gilt auch für die Leistungen an das berufsständische Versorgungswerk für schwangere angestellte Zahnärztinnen.

Viele Zahnärztinnen arbeiten – unter anderem um ihre vertragszahnärztliche Zulassung zu erlangen – als Angestellte. Damit sind alle Schutzvorschriften für Arbeitnehmer auch auf sie anwendbar. Das bedeutet unter anderem, dass sie Mutterschutz in Anspruch nehmen können. Während des Mutterschutzes zahlt der Chef neben dem Lohn auch die Sozialabgaben weiter. Solche Zahlungsverpflichtungen sind eine erhebliche Belastung – und fördern nicht gerade die Einstellungschancen junger Kolleginnen ... Deshalb soll eine Umlagekasse diese Belastung abmildern; sie übernimmt die genannten Kosten. Bislang mit einer Ausnahme: die Beiträge für das berufsständische Versorgungswerk. Das hat sich jetzt geändert: ein niedergelassener Kollege klagte gegen die Weigerung der für ihn zuständigen Umlagekasse, diese Beiträge zu übernehmen. Mit Erfolg. Alle betroffenen Niedergelassenen profitieren davon, dass der Zahnarzt sich durch sämtliche Instanzen stritt. Nachdem alle Vorinstanzen (der Widerspruchsausschuss der betroffenen Krankenkasse, das Sozialgericht und das Landessozialgericht) sein Begehren mit der Begründung abgewiesen hatten, in der entsprechenden Rechtsvorschrift – § 10 Abs. 1 S. 1 LFZG – sei von der „...gesetzlichen Rentenversicherung“ die Rede, also nicht von Versorgungswerken, schien ein Licht am Ende des Tunnels: Die höchste Instanz, das Bundessozialgericht (BSG), gab dem Kläger mit Urteil vom 10. Mai 2005 (Az. B 1 KR 22/03 R) recht.



Foto: MEV

Die Umlagekasse muss auch die Beiträge an das Versorgungswerk, die ja nur an die Stelle von Beiträgen an die gesetzliche Rentenversicherung getreten sind, ersetzen. Die Richter begründeten ihre Entscheidung damit, dass der Gesetzgeber die Arbeitgeber ja gerade von jenen Kosten, die ihnen durch schwangere Mitarbeiterinnen entstehen, teilweise entlasten wollte. Dieses Ziel würde verfehlt, wenn ein wesentlicher Kostenpunkt, die Ausgaben für die Alterssicherung, nicht ersetzt würden.

Außerdem drohe eine erhebliche Ungleichbehandlung, wenn die Umlagekasse zwar Beiträge zur seinerzeitigen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) respektive der heutigen Deutschen Rentenversicherung, nicht aber gleich hohe zum Versorgungswerk erstatte. Schließlich sei nicht einzusehen, dass Arbeitgeber, deren Arbeitnehmer beim Versorgungswerk versichert sind, den gleichen Beitrag an die Umlagekasse zahlen müssen wie jene, deren Mitarbeiterinnen bei der BfA versichert sind, aber weniger Leistungen erhalten.

Mit dieser Entscheidung hat das BSG die Rechte der Arbeitgeber ebenso gestärkt wie die der jungen Zahnärztinnen. Deren Chancen auf Einstellung werden dadurch nämlich deutlich verbessert.

Etwaige Erstattungsansprüche des Arbeitgebers verjähren erst nach vier Jahren. Er kann also unter Berufung auf dieses Urteil jetzt noch rückwirkend Ansprüche geltend machen.

*Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg
Zahnarzt und Rechtsanwalt
22087 Hamburg
Güntherstr. 94*

*Bundessozialgericht (BSG)
Urteil vom 10. Mai 2005
Az.: B 1 KR 22/03 R*

turheilkundlich ausgerichteten Praxis Drs. Pfeifer/Göser-Pfeifer inzwischen für Chirurgie und Konservierende Zahnheilkunde fest angestellt, während Wölfler an zwei Tagen die Woche die Prothetik übernimmt, beide teilen sich eine Assistentenstelle. Diese Konstellation mache das Angebot der Praxis erst richtig rund, sind sich alle vier einig. Verantwortung zu übernehmen stärkt das Selbstbewusstsein. Die 41-jährige Zahnärztin findet denn auch, dass ihr Beruf für Frauen durchaus interessant sei: „Weil ich trotz reduzierter Stelle die gleiche qualifizierte Arbeit leisten darf wie eine Vollzeiterkraft. Bei Managerinnen sieht das doch

ganz anders aus, die sind erst einmal weg vom Fenster!“ Zugegeben, auf eine eigene Praxis musste sie wegen der damit verbundenen hohen Belastungen bislang verzichten: „Mich so hoch zu verschulden, dass wäre nicht gegangen, als die Kinder klein waren. Gerade während der Schwangerschaft ist das Bedürfnis nach Sicherheit stark.“ In ruhigen Zeiten würde Wölfler gerne mehr arbeiten, vielleicht in einer zweiten Praxis und damit die eigene Niederlassung vorbereiten, während ihr im Krankheitsfall der Kinder ein ausgeprägtes soziales Netz aus Freundinnen, Tagesmutter und Putzhilfe den Rücken freihält. Die

Idee einer „bewegten Zahnärztin“, die die Kollegin von Schönberg schilderte, würde den an die jeweilige Familiensituation angepassten, schrittweisen Übergang schon erleichtern, bekräftigt sie.

Praxischefin Pfeifer senior fordert grundsätzlich bessere Förderprogramme für den Wiedereinstieg. Sie rät dringend: „Wenn eine Kollegin – oder auch ein Kollege – nach der Elternzeit wieder in eine Praxis zurückkehren will, dann sollte sie respektive er sich einen Schwerpunkt suchen, der das Praxisprofil erweitert“: Mit diesem Plus wäre allen gedient – den Chefs oder Partnern, den – zwischenzeitlich als Vertretung eingestellten –



Foto: MEV

Das etwas andere Baby-Phon: Eine „Standleitung“ nach Hause kann die Zerreißprobe für Mütter in der Praxis verhindern oder zumindest mindern.

Kollegen und den Patienten. Sie weiß, wovon sie spricht: „Wir haben schon so manchen Nachwuchs mit durchgezogen.“ Und zur Not könnten Kinder auch mal in der Praxis gehütet werden. So wie einst bei Petersens.

Viele Hände für die Kinder

Wie bei so vielen Kolleginnen fiel Petersens Berufsstart mit der Geburt des eigenen Nachwuchses zusammen. Gerade niedergelassen, brachte sie Tochter Swantje und ein Jahr später Sohn Arne zur Welt. Swantje lebte schon mit sechs Monaten im Laufstall in der elterlichen Praxis auf. Bis sie eines Ta-

ges die vermeintliche Hürde überwand und mit Zahn und Zange bewaffnet die Patienten im Wartezimmer erheiterte.

Hürden zu überwinden scheint ein Talent der weiblichen Petersens zu sein. Mutter Brita wurde 1998 erste Kammerpräsidentin Deutschlands, initiierte vor zehn Jahren mit Unterstützung des damaligen BZÄK-Präsidenten Dr. Fritz-Josef Willmes den Ausschuss Belange für Zahnärztinnen mit.

Solange die Kinder klein waren, wirkten Au-Pair-Mädchen und eine Haushälterin im Hintergrund. Die Ausgaben für ein Au-Pair – damals 600 Mark, heute etwa 600 Euro im Monat – bezahlen die Gasteltern also weitestgehend aus ihrem Nettoeinkommen, weil der Fiskus nur sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse bei der Steuererklärung voll anerkennt; der steuerliche Spielraum für Abzüge wegen Kinderbetreuung war also schnell ausgereizt. Mit der neuen Zusammensetzung der Koalition bleibt Hoffnung auf eine Änderung der gesetzlichen Vorgaben. Eine Tagesmutter oder ein Krippenplatz kann vom Jugendamt bezuschusst werden, je nach Einkommen der Eltern. Der Anspruch auf einen Kindergartenplatz ab dem dritten Geburtstag schließt noch keine Ganztagesbetreuung mit ein; und für Kinder unter drei Jahren verdoppelt respektive verdreifacht sich der – einkommensabhängige – Beitrag für den Platz.

Aufwendungen für Betreuung der Kinder arbeitender Eltern sollten voll absetzbar oder der Freibetrag angemessen erhöht werden, fordert Petersen die Politik zum

zm-Info

Mutterschaftsgeld ...

„Leistungen während der Mutterschaft“ stehen laut Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Tagesordnung des Bundesrates für den 16. Dezember 2005. Experten erwarten, dass der Rat den Änderungen zustimmt, die die Arbeitgeber entlasten sollen. Der Gesetzentwurf sieht einen Ausgleich für Aufwendungen der Arbeitgeber vor, der die Leistungen bei Mutterschaft einer Angestellten sichert. Danach sollen unter anderem

- die Krankenkassen unabhängig von der Zahl der Beschäftigten die Mutterschaftsleistungen ersetzen.
- sich alle Krankenkassen an den Umlageverfahren beteiligen
- die Kosten bei Entgeltfortzahlungen ausgeglichen werden.

Ohne gesetzliche Neuregelung entfiel der Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld ersatzlos zum Jahresende, weil das Verfassungsgericht die bisherige Beschränkung auf Betriebe mit maximal 30 Beschäftigten als Verstoß gegen das Gleichheitsgebot ablehnt. pit/dpa/BMG

Handeln auf: „Arbeit muss möglich gemacht werden. Ich habe für mich halt durchgerechnet, ob es sich lohnt zu arbeiten!“ Also hat sie alle Kosten für die Praxis, die Extraleitung der Telefonanlage (die Anrufe der Patienten nach Hause weiterleitet), die Haushälterin, die Au-Pairs und ihren Verdienst gegengerechnet.

Eine Wissenslücke bei vielen Chefs nennt sie: Die könnten nämlich Angestellten mit Kindern unter die Arme greifen, indem sie statt einer Gehaltserhöhung oder gegen Gehaltsumwandlung anbieten, mit entsprechendem Steuervorteil die Nachwuchsbetreuung während der Arbeitszeit zu bezahlen. Und sie habe beim Abwägen letztlich etwas in die Waagschale geworfen, was für sie den Ausschlag gab, betont Petersen: „den Spaß an meiner Arbeit am Patienten.“ ■



Foto: Burgis Wehry

Kollegial – alle ziehen an einem Strang, und die eine Kollegin springt schon mal für die andere ein.

Differentialdiagnose der chronischen Perikoronitis

Plattenepithelkarzinom im Sulkus eines unteren Weisheitszahnes

Christian Walther, Martin Kunkel



Abbildung 1: präoperative Panoramaschichtaufnahme mit den retinierten Zähnen 28, 38. Distal des Zahnes 38 findet sich eine typische Osteolyse. Hinweise auf eine maligne Läsion könnten sich allenfalls retrospektiv aus der eher schwachen Abgrenzung der perikoronaren Osteolysezone ergeben.

Ein 59-jähriger Patient wurde erstmalig Anfang 2005 nach Überweisung mit der Frage nach Entfernung der Zähne 28 und 38 bei Perikoronitis Zahn 38 vorstellig. Radiologisch stellte sich eine typische perikoronare, distal betonte Aufhellungszone bei einem teilretinierten unteren Weisheitszahn dar (Abb. 1).

Bei der klinischen Untersuchung (Abb. 2) zeigte sich in der Umgebung des Zahnes 38 eine zur Oberfläche glatte, flächig angehebene, bei Palpation deutlich indurierte Schleimhautzone mit einer Ausdehnung von 1,5 x 2 Zentimetern. Zum teilretinierten 38 hin, also in Richtung der Zahnfleischtasche, öffnete sich ein spaltförmiger Raum, in dem sich bei Aufspreizung eine ulzerierte Oberfläche darstellte. Die begrenzende Schleimhaut war glatt und wies keine Verhornungsstörung oder pathologische Gefäßzeichnung auf. Anamnestisch wurde über seit längerer Zeit bestehende Parästhesien der Zunge ipsilateral berichtet. Aufgrund des klinischen Aspektes wurde eine Probeexzision aus der Zahnfleischtasche 38 gewonnen. Hier ergab sich ein

mäßig differenziertes, verhornendes Plattenepithelkarzinom.

Eine im Rahmen des angeschlossenen Stagings angefertigte Computertomographie



Abbildung 2: Klinischer Aspekt bei der Erstvorstellung. Perikoronar um Zahn 38 erscheint die Schleimhaut angeheben. Die Zahnfleischtasche ist kraterförmig und in ihrer Oberfläche und Textur deutlich verändert.

Der aktuelle klinische Fall

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

des Kopf-Hals-Bereiches zeigte die tatsächliche Ausdehnung des in der unmittelbaren Weisheitszahnumgebung entstandenen Karzinoms (Abb. 3). Hier war es bereits medial des Zahnes zu einer Destruktion der lingualen Kortikalis gekommen.

Therapeutisch erfolgte die radikale Tumoresektion mit regionärer Lymphknotenresektion. Aufgrund der auch histologisch nachweisbaren ossären Infiltration wurde eine Bestrahlungsbehandlung angeschlossen.

Diskussion

Die Frage einer enoralen Tumorentstehung im Zusammenhang mit chronisch irritativen Reizen oder chronischen Entzündun-



Abbildung 3:
Axiale Computertomographie zur Darstellung der knöchernen Strukturen. Lingual des Zahns 38 ist die Kortikalis unterbrochen.

agnostisch schwer gegen Neoplasien abzugrenzen, da beide Entitäten überlappende Symptomkonstellationen (chronische Ulzeration, Induration, begleitende Lymphknotenschwellung) aufweisen können.

Für die Praxis weist dieser Fall noch einmal auf die zahlreichen Varianten der Weisheitszahn-assoziierten pathologischen Befunde hin, hinter denen sich leider immer wieder auch bedrohliche Krankheitsbilder verbergen können. Diese Problematik wird in der aktuellen Diskussion um die prophylaktische Weisheitszahnentfernung leider nur selten berücksichtigt.

Dr. Dr. Christian Walther
Priv. Doz. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer-,
und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Mainz
Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Kunkel@mkg.klinik.uni-mainz.de

gen wird seit vielen Jahren intensiv und kontrovers diskutiert.

Bereits 1863 beschrieb Rudolf Virchow erstmals Leukozyten in neoplastischem Gewebe und schloss daraus auf einen möglichen Zusammenhang zwischen chronischer Entzündung und der Tumorentstehung. Bei zahlreichen soliden Tumoren sind mittlerweile entzündliche Prozesse als wesentliche Kofaktoren der Tumorgenese nachgewiesen. Klinisch von besonderer Relevanz sind hierbei die Zusammenhänge zwischen Refluxösophagitis und Ösophago-



Abbildung 4:
Erosiver Lichen der Mundschleimhaut. Auf der Basis dieser als „präkanzeröse Kondition“ klassifizierten Erkrankung entstanden bei diesem Patienten im Laufe von drei Jahren vier unabhängige Plattenepithelkarzinome.

Fazit für die Praxis

- In die Differentialdiagnose der Perikoronitis sollte bei einer ungewöhnlichen Morphologie auch ein neoplastisches Geschehen einbezogen werden.
- Bei lange bestehenden, chronisch inflammatorischen Reizen kann unter Umständen eine Tumorentstehung begünstigt werden.
- Neurologische Ausfälle und Resorptionen des Knochens können wichtige Hinweise auf ein neoplastisches Geschehen sein, sie können aber auch bei entzündlichen Prozessen auftreten.

guskarzinom, viralen Hepatitiden und Leberzellkarzinom, atrophischer Gastritis und Magenkarzinom, sowie papillomatösen Veränderungen und Cervixkarzinom [Balkwill und Mantovani, 2001]. Auch im Bereich der Mundschleimhaut wird die Bedeutung chronisch inflammatorischer Erkrankungen als Dispositionsfaktor bei der Lichen-Erkrankung teilweise in dramatischer Weise deutlich [Mignogna et al., 2004]. Abbildung vier zeigt eine hoch floride Lichen-Variante, in deren weiterem Verlauf bei diesem Patienten bislang vier Plattenepithelkarzinome entstanden sind. Neben der Problematik einer möglichen Tumorpromotion sind chronisch entzündliche Läsionen teilweise auch differentialdia-

Literatur:

1. Balkwill F, Mantovani A. Inflammation and cancer: back to Virchow? *Lancet* 2001;357(9255):539-45.
2. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L, Lo Muzio L, Bucci E. Immune activation and chronic inflammation as the cause of malignancy in oral lichen planus: is there any evidence? *Oral Oncol* 2004;40(2):120-30.



Auch für den „Aktuellen klinischen Fall“ können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Mehr bei www.zm-online.de unter Fortbildung.

Zur Diskussion gestellt

Die Globulomaxilläre Zyste: eigene Entität oder Mythos

Andreas Filippi et al.

Jeder Zahnarzt kennt die „Globuläre Zyste“ (GZ). Sie ist im Praxisalltag sogar regelrecht häufig. Die vorliegende Arbeit zeigt nun anhand einer kritischen Evaluation, dass die Globuläre Zyste in der Form, wie sie im Studium gelehrt und in der Literatur vielerseits beschrieben wird, keine Entität hat, sondern differenzierter zu beschreiben ist. Dieser spannende Beitrag stellt eine Grundsatzfrage und dürfte für jeden Praktiker von großem Interesse sein.

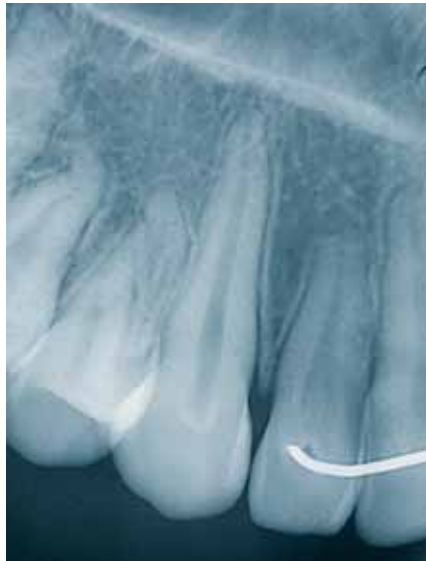


Abb. 1: Radiologische Darstellung einer 13-jährigen Patientin
Links: Nicht betroffene Region 12/13.



Rechts: Verdacht auf GZ: typische Verdrängung der Wurzeln der präoperativ vitalen Zähne 22/23.

Frühe Erstbeschreibungen der Globulomaxillären Zyste (1937 bis 1957)

Die Entität der Globulomaxillären Zyste (GZ) wurde über Jahrzehnte nicht angezweifelt. Ihre Erstbeschreibung unter dem Titel „Facial cleft or fissural cyst“ enthielt vier Fallberichte mit einer zugehörigen Entstehungshypothese [Thoma, 1937]: Zwei Fälle waren mediane alveoläre Zysten, die beiden anderen GZ. Radiologisch zeigten die GZ große birnenförmige Aufhellungen zwischen dem lateralen Incisivus und dem Eckzahn. In der Publikation wurde definiert, dass eine echte „fissurale“ Zyste nicht odontogenen Ursprungs ist. Fissurale Zys-

ten können an den Stellen auftreten, wo sich die embryonalen Gesichtsfortsätze vereinigen. An diesen Stellen, den so genannten Spalten (Clefts) oder Fissuren (Fissures) werden Epithelinseln eingeschlossen. Diese als Ursprung fissuraler Zysten in Frage kommenden Spalten wurden als nasoalveoläre (Nasoalveolar cleft), palatinale (Palatal cleft) und globulomaxilläre Spalten (Globulomaxillary cleft) bezeichnet. Die GZ wurde somit den echten fissuralen Zysten zugeordnet. Sie bildet sich an der Vereinigung der globulären und maxillären (Gesichts-) Fortsätze und kann deshalb mono- oder bilateral auftreten.

Die GZ wurde auch der parodontalen Zyste gegenübergestellt. Während letztere zwischen den Wurzeln sämtlicher Zähne entstehen kann, erscheint die GZ typischerweise nur zwischen dem lateralen Schneidezahn und dem Eckzahn, dort wo sich Prämaxilla und Maxilla vereinen. Es wurde Wert darauf gelegt, dass die Zyste zwischen parodontal und pulpal gesunden Zähnen vorkommt und somit ein Zweifel an ihrem fissuralen Ursprung ausgeschlossen ist. Die GZ verdrängt die Wurzeln des lateralen Incisivus und des Eckzahns, was als erstes klinisches Zeichen beschrieben wird. Später kann es zu einer Vorwölbung der vestibulären Schleimhaut kommen, oft assoziiert mit einem Druckgefühl (Abb. 1 bis 5).

Die beiden Fälle der Erstbeschreibung waren Zahntraumapatienten. Intraoperativ war das Zystenepithel dick, derb und fest am interdentalen alveolären Knochen fixiert; ein Umstand, der als Charakteristikum fissuraler Zysten angesehen wurde. Histologisch war der Zystenwall sehr dick und das Bindegewebe auf der Lumenseite durch mehrschichtiges Plattenepithel bedeckt. Anzeichen einer entzündlichen Infiltration waren vorhanden, was auf eine sekundäre Infektion zurückgeführt wurde.

Diese fissurale, embryonale Entstehungshypothese von Thoma [1937] beruht auf einem Konzept von Klestadt [1921]. Dessen Theorie besagt, dass Epithelzellen während der Embryonalentwicklung in den Fissuren zwischen den Gesichtsfortsätzen verbleiben und es dort zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Zystenbildung kommen kann. Falls diese embryonalen Gesichtsfortsätze nicht miteinander verschmelzen, entstehen Ge-



Abb. 2: Intraoperative Darstellung der Osteolyse. Die Wunde wurde nach Entfernung des Zystenepithels primär verschlossen.

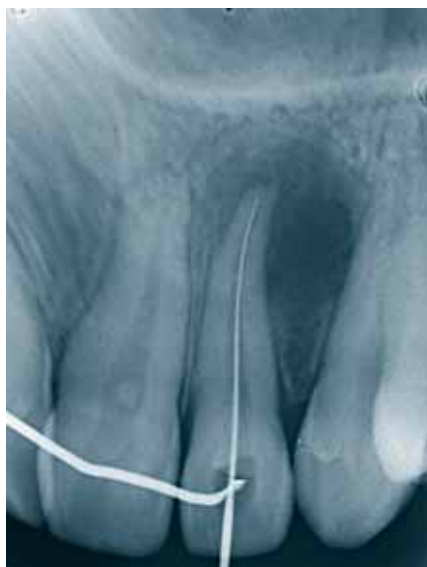


Abb. 3: Intraoraler Einzelzahnfilm eine Woche postoperativ: Beginn einer Wurzelkanalbehandlung nach intraoperativer Devitalisation des Zahnes 22 (Wurzelspitze inmitten der Osteolyse)

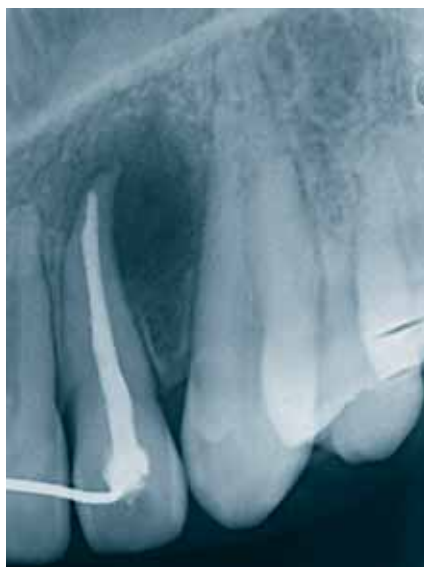


Abb. 4: Radiologische Darstellung des Abschlusses der Wurzelkanalbehandlung Zahn 22 (intraoraler Einzelzahnfilm)

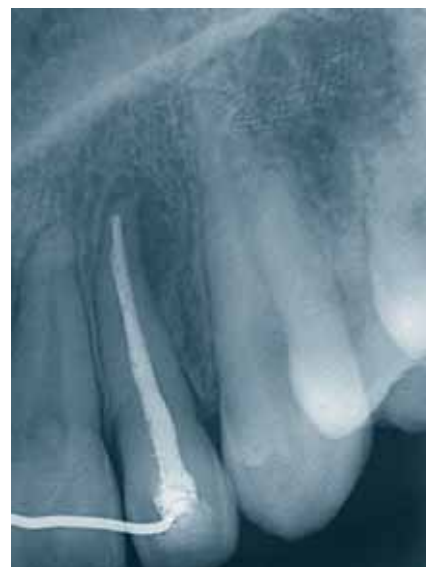


Abb. 5: Intraoraler Einzelzahnfilm 15 Monate postoperativ: vollständige Reossifikation regio 22/23

sichts- und Kieferspalten (Facial and maxillary clefts) [Klestadt, 1921].

Kurz darauf wurden neue Einteilungen von Kieferzysten publiziert [Roper-Hall, 1938; Roper-Hall, 1943]. Die GZ wurde nun innerhalb einer Gruppe von entwicklungsbedingten Zysten den fissuralen Zysten zugeordnet, gemeinsam mit den medianen (alveolären) Zysten. Die radiologische, klinische und histologische Beschreibung der GZ unterschied sich nur geringfügig von der Erstbeschreibung. Die radiologisch ovale, tropfenförmige Form wurde als typisches Zeichen nicht-odontogener Zysten bei vitalen Nachbarzähnen interpretiert.

Zwischen 1937 und 1952 wurden zwölf Fälle in der Welt-Literatur beschrieben [Akira & Kitamura, 1952]. 1957 wurde erstmals über ein zentrales Fibrom berichtet, das sich auf dem Röntgenbild wie eine GZ darstellte [Nishimura et al., 1957].

Kritische Betrachtungen der Globulomaxillären Zyste als eigene Entität (1958-1966)

1958 erschien eine erste kritische Wertung der bisherigen Kenntnisse über die GZ [Ferency, 1958]. Das im Folgenden beschriebene embryologische Konzept ist in seinen Grundzügen auch in aktuellen embryologi-

schen Lehrbüchern zu finden [wie Berkovitz et al., 2002] und besitzt nach wie vor seine Gültigkeit.

Im Widerspruch zu den älteren Theorien [Klestadt, 1921; Thoma, 1937] wurde nun ausgeführt, dass die embryonale Maxilla aus zwei Paaren embryonaler Gesichtsfortsätze gebildet wird: den paarigen Globular- und den paarigen Oberkiefer-Fortsätzen [Ferency, 1958]. Bei deren Ossifikation werden zwei Knochen gebildet: die Prämaxilla (Os incisivum) und die Maxilla. Die abgeschlossene Ossifikation dieser beiden Knochen bildet den knöchernen Oberkiefer, wie dies bereits Jahrzehnte zuvor beschrieben wurde [Inouye, 1912; Peter, 1921; Jarmer, 1922]. Der Verschmelzungsprozess der Globular- und Oberkieferfortsätze steht in keinem kausalen und zeitlichen Zusammenhang mit deren Ossifikation. Die Lokalisation von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten stimmt auch nicht mit der Vereinigungsstelle von Prämaxilla und Maxilla überein [Ferency, 1958]: Die typische Lokalisation der GZ befindet sich zwischen dem lateralen Inzisivus und dem Eckzahn, die der Kiefer- und Gesichtsspalten weiter median regio des lateralen Inzisivus. Ein gemeinsamer Ursprung von GZ und Kiefer-Gesichtsspalten ist somit embryologisch

ausgeschlossen. Der Begriff „Gesichtsspaltenzyste“ („Facial cleft cyst“) wurde von da an als unlogisch angesehen, da die GZ nicht am Ort der (Gesichts-)Spalten entsteht. Selbst der Begriff GZ wurde als unlogisch eingestuft, da die GZ nicht an der Vereinigungsstelle der Globular- und Oberkieferfortsätze entsteht [Ferency, 1958]. Die Theorie, dass embryonale Epithelzellen in den Suturen existieren können, wurde abgelehnt. Hingegen wurde der Standpunkt vertreten, dass die GZ möglicherweise aus dem Zahnkeim eines überzähligen Zahnes entstehen könnte [Robinson, 1943, zitiert in Ferency, 1958]. Ferency schlug daher die Bezeichnung „Premaxilla-maxillary cyst“ vor.

1958 [Bosco, 1958] beziehungsweise **1961** [Takahashi et al., 1961] wurde über insgesamt vier Fälle eines Adenoameloblastoms berichtet, welches radiologisch wie eine GZ imponierte. Im Zeitraum von 1958 bis 1961 wurden weitere Fälle von follikulären Zysten und Ameloblastomen im „Globulomaxillären Bereich“ vorgestellt, die in maligne Tumoren transformierten [Nakanishi et al., 1958; Takahashi & Yoshioka, 1958; Fukatani & Isoda, 1961].

1960 erschien ein Fallbericht über ein Ameloblastom, das aus einer GZ an der distalen

Wurzeloberfläche des lateralen Incisivus entstanden war. Histologisch zeigte sich ein mehrschichtiges Plattenepithel, das vom darunter liegenden Stroma durch Entzündungsexsudat getrennt war. Zudem fanden sich gut differenzierte, Ameloblastom-charakteristische Tumorzellen und viele sich in Mitose befindliche Zellen, was für ein aktives und rasches Wachstum sprach. Es wurde vermutet, dass es sich um eine GZ handelt, in der möglicherweise durch eine chronische Irritation ein Ameloblastom entstanden war [Aisenberg & Inman, 1960].

1962 wurde in Anlehnung an Ferenczy [1958] gefordert, dass der Begriff GZ aus embryologischer Sicht verschwinden sollte. Es sei davon auszugehen, dass die GZ als follikuläre Zyste von einem überzähligen Zahn abstammt. Überzählige Schneidezähne seien in der „Globulomaxillären Region“ keineswegs selten [Sicher, 1962].

1965 wurde eine maligne Neoplasie vorgestellt, die sich auf dem Röntgenbild als GZ darstellte. Postoperativ kam es zu erheblichen Wundheilungsstörungen. Die histologische Untersuchung ergab ein Riesenzellkarzinom, welches sich bis zur Maxillabasis und zum Kieferhöhlenboden ausdehnte [Yokoya, 1965].

Zunahme der Hinweise gegen die Theorie einer eigenen Entität der Globulomaxillären Zyste (1967–1969)

Trotz der frühen kritischen Stimmen hielt sich die GZ bis Mitte der 60er Jahre erstaunlich lange als gemeinhin akzeptierte eigene Entität. Dann erschienen in kurzen zeitlichen Abständen vermehrt kritische Berichte. **1967** wurde erneut gefordert, die klassische Auffassung der Verschmelzung von Gesichtsfortsätzen und der Spaltbildung bei deren Ausbleiben aufzugeben [Lehnert, 1967]. Die vermeintlichen Gesichtsfortsätze bei der Entwicklung des Gesichtes wurden als Scheinfortsätze bezeichnet [Töndury, 1950; Töndury, 1955], die durch mehr oder weniger tiefe Furchen (keine Spalten) infolge einer ungleichmäßigen Verteilung des subepithelialen Mesenchyms entstehen. Die Umbildung des embryonalen Gesichtes erfolgt demzufolge nicht durch Verwachsung bestimmter



*Abb. 6:
13-jähriger Patient
mit prall-elastischer,
druckdolenter
Schwellung inter-
radikulär der vitalen
Zähne 12 und 13*

Fortsätze, sondern durch allmähliches Verstreichen der Furchen [Lehnert, 1967]. Die „oronasale Membran“ oder „Epithelmauer“ wurde zuerst 1891 von Hochstetter beschrieben [zitiert bei Töndury, 1950; Mankiewicz, 1952; Töndury, 1955; Lehnert, 1967]. Die „Epithelmauer“ ist eine temporäre Struktur und wird schon nach kurzer Zeit durch Mesenchym ersetzt. Sie ist somit als Ursprung einer GZ sehr unwahrscheinlich [Lehnert, 1967].

1966 wurde von der World Health Organisation (WHO) am Departement of Oral Pathology des Royal Dental College in Kopenhagen ein internationales Referenzzentrum zur histologischen Klassifizierung und Referenzierung odontogener Tumoren, Kieferzysten und verwandter Läsionen ins Leben gerufen. 19 führende Pathologen aus elf Ländern stimmten der neuen Klassifikation zu, die 1971 veröffentlicht wurde. Die GZ wurde dort weiterhin als eigene Entität geführt [Pindborg & Kramer, 1971].

Verdichtung der ablehnenden Hinweise zur eigenen Entität der Globulomaxillären Zyste (ab 1970)

1970 wurde bezugnehmend auf embryologische Arbeiten [Streeter, 1948; Patten, 1968; Kraus, 1960] deutlicher als je zuvor konstatiert, dass es keine Verschmelzung von Gesichtsfortsätzen mit nachfolgender Auflösung von Ektoderm im gesamten „nasomaxillären Komplex“ gibt. Die Suturen repräsentieren die Interdigitation von zwei oder mehr Ossifikationszentren [Kraus, 1960] und bedeuten nicht, dass dort eine ektodermale Fusion während der Embryo-

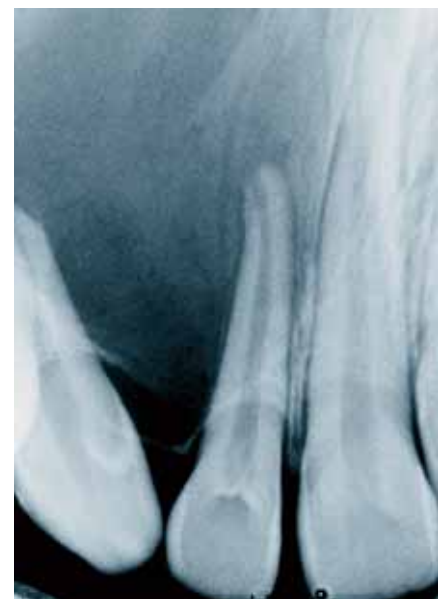


Abb. 7: Intraoraler Einzelzahnfilm regio 12/13: ausgedehnte, nicht klar abgrenzbare Osteolyse mit typischer Divergenz der Wurzelspitzen

nalentwicklung stattgefunden hat. Somit wird auch kein Epithel in den Fissuren des nasomaxillären Komplexes eingeschlossen [Christ, 1970].

Ein odontogener Ursprung der bis dahin als GZ bezeichneten Zysten wurde nun als wahrscheinlicher angesehen. 63 Fälle von GZ wurden in einer retrospektiven Studie analysiert [Christ, 1970]. Die Diagnose GZ wurde nur zugelassen, wenn ein Röntgenbild vorhanden war, die benachbarten Zähne vital waren und histologisches Material vorlag. Von den 63 untersuchten Fällen erfüllten nur sechs alle diese Kriterien, meist fehlten die histologischen Unterlagen.



Abb. 8: Panoramaschichtaufnahme: scharf begrenzte, bohnenförmige Osteolyse von Zahn 11 bis 16 mit Ausdehnung in den rechten Sinus maxillaris. Alle Zähne im rechten Oberkiefer sind vital.

Diese verbliebenen sechs Fälle zeigten histologisch sehr unterschiedliche Befunde: Dreimal fanden sich Charakteristika einer Keratozyste, zweimal eine unspezifische Histologie und ein Fall war eine Zyste nicht näher definierten odontogenen Ursprungs. Darüber hinaus wiesen sie Kriterien auf, die auch lateralen Parodontalzysten zugeordnet werden konnten. Es wurde gefolgert, dass die GZ als eigene Entität nicht haltbar ist; zu unterschiedlich seien die histologischen Befunde [Christ, 1970].

1980 wurde eine Analyse sämtlicher Biopsien, die im College of Medicine and Dentistry – New Jersey Dental School Archiv (CMDNJ-NJDS) im Zeitraum von 1967 bis 1977 katalogisiert worden waren, durchgeführt [Hollinshead & Schneider, 1980]. Von 14 als GZ diagnostizierten Fällen wurden primär zwei ausgeschlossen, da sie keine epitheliale Auskleidung aufwiesen. Die histologische Aufarbeitung der restlichen zwölf Fälle zeigte meist ein mehrschichtiges Plattenepithel mit Bindegewebe als Hauptanteil des Zystenwalls. Die entzündliche Infiltration war sehr unterschiedlich. Lediglich sieben Fälle waren radiologisch dokumentiert. Nur dreimal war ein Sensibilitätestest durchgeführt worden. Diese Daten wurden mit anderen in der Literatur beschriebenen GZ-Fällen verglichen [Roper-Hall, 1938; Robinson et al., 1943; Sayer & Scully, 1943; Stafne, 1947; Filgueiras & Bevilacqua, 1956; Rao & Walvekar, 1972].

Es wurde festgestellt, dass die epitheliale Begrenzung nie einen großen Stellenwert

in der Diagnostik besaß. Meist war nicht bekannt, ob überhaupt eine epitheliale Begrenzung der Läsion vorlag. Das Epithel war entweder mehrschichtiges Plattenepithel, kubisches, prismatisches oder Flimmerepithel. Da alle diese Epithelien auch in odontogenen Zysten vorkommen, konnte dies kein entscheidendes Kriterium für die Diagnose GZ sein [Hollinshead & Schneider, 1980]. In Übereinstimmung mit anderen Autoren [Seward, 1963; Main, 1970; Little & Jakobson, 1973] wurde die Abschaffung des Begriffs GZ vorgeschlagen. Diese Meinung wurde vielfach geteilt: Die Fusion der sekundären Gaumenfortsätze sei das einzige embryonale Ereignis, bei dem Oberflächenepithel sequestriert werden kann [Ten Cate, 1980].

Von 10 000 Biopsien, die an der Universität Ontario untersucht worden sind, fanden sich 37 Fälle mit der klinischen Diagnose GZ. Von allen 37 Fällen lagen auch Röntgenbilder vor. 25 der 37 Fälle entsprachen einer infektionsbedingten (radikulären) Zyste oder einer Parodontitis apicalis chronica [Wysocki, 1981]. Angaben über die Vitalität der Nachbarzähne waren nicht vorhanden. Die übrigen zwölf Fälle (mit möglicherweise vitalen Nachbarzähnen) wurden pathohistologisch anderen Entitäten zugeordnet: vier parodontale Zysten, drei Keratozysten, drei zentrale Riesenzellgranulome, eine kalzifizierende odontogene Zyste sowie ein odontogenes Myxom [Wysocki, 1981].

In anderen Untersuchungen wurden vermeintliche GZ mit vitalen Nachbarzähnen

pathohistologisch als adenomatoider odontogener Tumor [Rosenberg & Cruz, 1963; Giansanti et al., 1970; Khan et al., 1977], Ameloblastom [Aisenberg & Inman, 1960] oder hämorrhagische Knochenzyste [Peters & Wassow, 1968] identifiziert.

Bis zu diesem Zeitpunkt war nicht bekannt, dass eine große Anzahl entwicklungsbedingter lateraler Parodontalzysten (developmental lateral periodontal cysts) als gut umschriebene Aufhellungen im globulomaxillären Bereich vorkommen können. Das morphologische Spektrum der lateralen Parodontalzyste sei bisher nicht gut untersucht, was auch in Zukunft immer wieder zur histologischen Diagnose GZ führen könnte, obwohl die korrekte Diagnose laterale Parodontalzyste lauten müsste [Wysocki, 1981].

Schlussfolgerung war, dass Aufhellungen in der globulomaxillären Region unterschiedliche odontogene Zysten sein können und die GZ als Entität einer orofazialen fissuralen Zyste gestrichen werden sollte [Wysocki, 1981]. Dieser Meinung schlossen sich andere Autoren an [Regezi et al., 1981].

1985 wurde eine Restrukturierung der WHO-Klassifikation von 1971 vorgeschlagen [Main, 1985]. Eine ideale Klassifikation sollte anhand der Histogenese erstellt werden; die terminologische Inkonstanz der Klassifikation von 1971 reflektiere die noch immer unklare Ätiologie und variable Histologie einiger Kategorien. Die großen Zysten Kategorien sind die primordialen Zysten (Keratozysten), die folliculären Zysten, die nasopalatinalen sowie die radikulären Zysten [Main, 1985]. Diese vier Typen machen 95 Prozent aller epithelialen Kieferzysten aus [Shear, 1976 zitiert in Main 1985]. Sie alle haben das Potential, sich beträchtlich zu vergrößern [Main, 1985]. Zu den selteneren Zysten Kategorien werden die gingivalen, die Eruptions-, die GZ und die nasolabialen Zysten gerechnet. Diese stellen nur fünf Prozent aller epithelialen Kieferzysten dar und haben nur moderate klinische Dimensionen [Shear, 1976; Main, 1985]. Unter Berufung auf embryologische und klinische Fakten [Christ, 1970; Ten Cate, 1980; Wysocki, 1981] wurde die Streichung des Begriffs „globulomaxillär“



Abb. 9: Biopsie der Zyste zur histopathologischen Untersuchung. Intraoperativ entleerte sich dabei reichlich eitriges Exsudat.



Abb. 10: Postoperative Tamponade mit einem 30-prozentigen Jodoformvaselinestreifen

(„globulomaxillary“) vorgeschlagen [Main, 1985].

1986 wurde über den Fall eines 13-jährigen Mädchens mit einem adenomatoiden odontogenen Tumor berichtet, der als GZ hätte diagnostiziert werden können [Kuntz & Reichart, 1986]. Auf der Panoramaschichtaufnahme zeigte sich die typische, birnenförmige, gut abgrenzbare, homogene, unilokuläre Aufhellung zwischen dem lateralen Inzisivus und dem Eckzahn, deren Wurzeln divergierten. Die Nachbarzähne reagierten positiv auf den Sensibilitätstest, waren nicht erhöht beweglich, und die Patientin hatte keinerlei Beschwerden. Die Zyste wurde enukleiert; die Läsion reossifizierte vollständig. Die pathohistologische Untersuchung des (gesamten) entfernten Gewebes ergab die Diagnose eines adenomatoiden odontogenen Tumors [Kuntz & Reichart, 1986]. In der Literatur waren bis zu diesem Zeitpunkt fünf ähnliche Fälle eines adenomatoiden odontogenen Tumors bekannt, der eine GZ vortäuschte. Die betroffenen Patienten waren zwischen 13 und 20 Jahre alt [Fahim et al., 1969; Hermann, 1973; Khan et al., 1977; Glickmann et al., 1983]. Man kam zum Schluss, dass die Form der Aufhellung, die spezifische Lokalisation und der Effekt auf die Nachbarzähne nicht zur Diagnose GZ verleiten dürften [Kuntz & Reichart, 1986]. So genannte paradentale Zysten wurden 1976 [Craig, 1976] und 1983 [Stoneman & Worth, 1983] beschrieben. Diese Zysten waren mit teilweise oder vollständig erup-

tierten vitalen Zähnen ausschließlich im Unterkiefer assoziiert [Vedtofte & Holmstrup, 1989]. Für diese Zysten wurde der Begriff entzündliche paradentale Zyste (inflammatory paradental cyst = IPC) vorgeschlagen, um eine Verwechslung mit der entwicklungsbedingten lateralen Parodontalzyste (lateral periodontal cyst of developmental origin = DLPC) zu vermeiden. Beide Zysten sind an der lateralen Wurzeloberfläche zu finden. Bereits zuvor war beschrieben worden, dass DLPC in der „globulomaxillären“ Region vorkommen können [Christ, 1970; Wysocki, 1981; Vedtofte & Holmstrup, 1989]. Die IPC wurde hingegen bisher nur in der Mandibula im Zusammenhang mit teilweise oder vollständig eruptierten, vitalen Zähnen beschrieben [Craig, 1976; Stoneman & Worth, 1983].

In einer weiteren Untersuchung wurden acht Zysten in der globulomaxillären Region gefunden, welche die klinischen und histologischen Kriterien für eine IPC erfüllten [Vedtofte & Holmstrup, 1989]. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 18,8 Jahre. Die Nachbarzähne waren immer vollständig eruptiert. Dreimal gab es eine Verbindung zwischen Zyste und Parodontaltasche, während in den verbleibenden fünf Fällen keine Kommunikation gefunden wurde. Bei fünf Patienten waren die IPC asymptomatisch und wurden zufällig radiologisch diagnostiziert. Drei Patienten zeigten Symptome einer akuten Infektion. Radiologisch präsentierten sich die Zysten als klassische GZ. Die Größe der Zysten va-

rierte zwischen 14 x 10 Millimeter bis 23 x 14 Millimeter. Die pathohistologische Auswertung ergab, dass alle Zysten durch ein hyperplastisches, nicht keratinisiertes, mehrschichtiges Plattenepithel begrenzt wurden. Das darunter liegende Bindegewebe präsentierte sich in allen Fällen mit einer starken entzündlichen Infiltration. Postoperativ reossifizierte der knöcherne Defekt immer problemlos; die Nachbarzähne blieben vital [Vedtofte & Holmstrup, 1989]. Diese übereinstimmenden Befunde lassen vermuten, dass die Entzündung ein wichtiger Faktor in der Entwicklung der IPC spielt. Die Autoren [Vedtofte & Holmstrup, 1989] vermuten, dass die IPC durch eine Perikoronitis während der Zahneruption initiiert wird, wie dies bereits 1976 postuliert wurde [Craig, 1976]. Malassez'sche Epithelreste oder reduziertes Schmelzepithel wurden als wahrscheinlichster Ursprung des Zystenepithels angesehen. Die Beobachtung, dass solche Zysten spätestens wenige Jahre nach dem Eckzahndurchbruch im Oberkiefer auftreten, lässt vermuten, dass ein Zusammenhang mit dem Zahndurchbruch besteht [Vedtofte & Holmstrup, 1989]. Ein ähnlicher Zusammenhang wurde bereits bei den IPC im Unterkiefer beschrieben. Die Autoren stellen abschließend fest, dass bisher in der Literatur als GZ bezeichnete Zysten in Wirklichkeit Manifestationen einer IPC sind [Vedtofte & Praetorius, 1989].

1993 erschien die einzige aktuellere Arbeit, die sich für eine Wiederaufnahme der GZ als eigene Entität entwicklungsbedingter

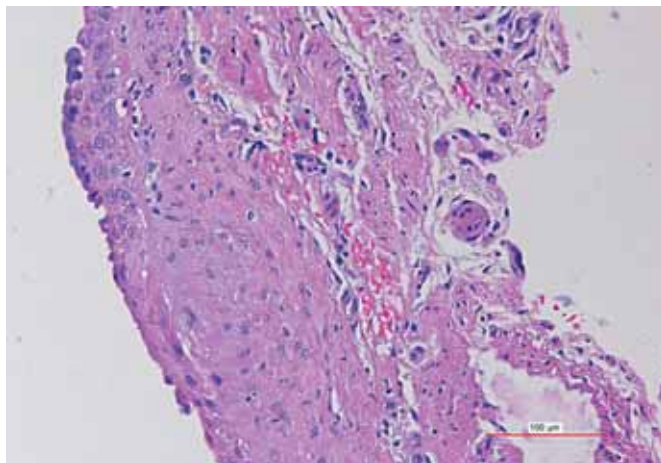


Abb. 11: Histopathologisches Präparat (Hämatoxylin-Eosin): Partuell mit kubischem Epithel ausgekleideter Zystenbalg mit fibrovasikulärem Stroma und lockeren lymphozytären Infiltraten. Als histopathologische Diagnosen kommen primär eine folliculäre oder eine lateral parodontale Zyste in Frage.

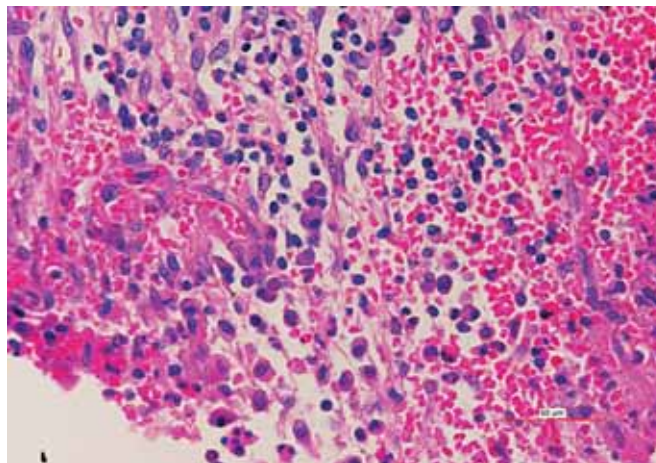


Abb. 12: Histopathologisches Präparat (Hämatoxylin-Eosin): An anderer Stelle der Zyste fehlt die epitheliale Auskleidung. Die Zystenwand zeigt eine ausgeprägte, an Plasmazellen reiche Entzündung. Hier ist die Zuordnung der Zyste zu einer bestimmten Entität nicht mehr möglich.

Zysten aussprach [D'Silva & Anderson, 1993]. Es wurde behauptet, dass es doch eine Verschmelzung von Gesichtsfortsätzen gibt, in deren Kontaktzonen Epithel der „Epithelmauer“ (wie sie Hochstetter 1891 das erste Mal beschrieb) eingeschlossen wird. Die „Epithelmauer“ extendiere nach posterior, um die oronasale Membran zu bilden. Die oronasale Membran separiert die sich entwickelnde Nasenhöhle von der primitiven Mundhöhle. Die „Epithelreste“ könnten später einer zystischen Transformation unterliegen. Das eingeschlossene Epithel hätte entweder einen Teil der Oberfläche der Nasen- oder der Mundhöhle gebildet. Abhängig vom vorherrschenden mesenchymalen Einfluss, könnten die Epithelreste entweder odontogene oder epidermale Transformationen eingehen [D'Silva & Anderson, 1993].

Die Reaktion auf diese Publikation war heftige Kritik [Wysocki & Goldblatt, 1993]. Es wurde erneut betont, dass es offensichtlich sei, dass Zysten, die als GZ erscheinen, odontogenen Ursprungs sind. Das Konzept der Arbeit, die für eine Wiederaufnahme der GZ als eigene Entität plädierte, sei heute nicht weniger spekulativ, als die Idee von Thoma 55 Jahre zuvor [Thoma, 1937]. Man stellte fest, dass die embryologischen Behauptungen der Arbeit [D'Silva & Anderson, 1993] unfundiert und unakzeptabel sind, da sie keine neuen embryologischen

Erkenntnisse anführen [Wysocki & Goldblatt, 1993]. Die Theorie beruhe auf einer Fehlinterpretation einer früheren Publikation [Diewert & Shiota, 1990]. Diese Autoren demonstrierten zwar epitheliale Kontakte zwischen den Gesichtsfortsätzen, gefolgt von mesenchymaler Brückenbildung, welche die „Epithelmauer“ verdrängt. Sie demonstrierten aber nie den Einschluss von Epithel innerhalb des Mesenchyms.

Seit etwa einem Jahrzehnt haben die meisten zahnärztlichen Radiologen und Oralpathologen aufgehört, den Begriff GZ zu benutzen. Sie haben akzeptiert, dass eine Vielzahl odontogener Zysten radiologisch als „globulomaxilläre Aufhellungen“ („globulomaxillary radiolucencies“) erscheinen kann. Diese Akzeptanz wird durch die Tatsache reflektiert, dass die aktualisierte zweite Edition der WHO-Klassifikation den Begriff GZ nicht mehr enthält [Kramer, 1992; Kramer et al., 1992; Wysocki & Goldblatt, 1993]. Die Entscheidung, die GZ von der WHO-Klassifikation zu streichen, geschah nach sorgfältiger Begutachtung der vorhandenen Fakten durch ein internationales Team erfahrener Oralpathologen [Wysocki & Goldblatt, 1993]. Auch in führenden oralpathologischen Lehrbüchern existiert der Begriff GZ nicht mehr als eigene Entität [Sapp et al., 1997; Cawson & Odell, 1998; Morgenroth & Philipou, 1998; Regezi et al., 2003]. Gelegent-

lich wird der Begriff GZ noch bei den veralteten Begriffen („outdated terms“) genannt [Marx & Stern, 2003].

Trotzdem erschienen und erscheinen in den letzten 20 Jahren bis heute immer wieder einige Fallberichte und Lehrbücher, vorwiegend in der nicht angelsächsischen Literatur, welche die GZ noch immer als eigene Entität aufführen [Beyer et al., 1987; Horch, 1989; Abdel-Azim, 1995; Colella et al., 1995; Ikeshima, 1995; Chimenti et al., 1996; Carrasco et al., 1999; Oji, 1999; Steiner, 1999; Schwenger & Ehrenfeld, 2000; Bodner, et al. 2003; Galindo-Moreno et al., 2003].

Schlussfolgerungen

Nach kritischer Auseinandersetzung mit der gesamten zugänglichen Literatur muss davon ausgegangen werden, dass die Globulomaxilläre Zyste als eigene Entität nicht mehr existiert und der Begriff GZ nicht mehr verwendet werden sollte. Die embryologische, klinische und pathohistologische Evidenz gegen die Existenz einer solchen Zyste ist zu eindeutig. Die embryologische Entstehungshypothese [Thoma, 1937] hatte zu ihrer Zeit mangels Wissens der embryonalen Gesichtsentwicklung sicher ihre Berechtigung. Schon früh wurde diese Theorie jedoch angezweifelt [Ferenzy, 1958]. Insbesondere zwei Arbeiten



Abb. 13: Panoramaschichtaufnahme vier Monate nach Zystenfensterung: Regredienz der Osteolyse im rechten Oberkiefer unter der Tamponade

[Wysocki, 1981; Wysocki, 1993] fanden große Beachtung und trugen einen wesentlichen Teil dazu bei, dass die GZ seit Mitte der 80er Jahre in der englischsprachigen Literatur als pathologische Entität abgelehnt wird. Gleiches gilt auch für führende aktuelle embryologische Lehrbücher [wie Berkovitz et al., 2002], die sich in ihrem Entwicklungskonzept nicht grundlegend von den Konzepten unterscheiden, die bereits 1962 überzeugend präsentiert wurden [Sicher, 1962]: Epitheleinschlüsse im „Globulomaxillären Bereich“ sind sehr unwahrscheinlich.

Die klinische und pathohistologische Evidenz spricht überzeugend dafür, dass Zysten im „Globulomaxillären Bereich“ radikuläre Zysten, laterale Parodontalzysten, odontogene Keratozysten [Christ, 1970], kalzifizierende odontogene Zysten, adenomatoide odontogene Tumore [Rosenberg & Cruz, 1963; Giansanti et al., 1970; Khan et al., 1977], odontogene Myxome [Rud, 1964; Taicher & Azaz, 1977], Ameloblastome [Aisenberg & Inman, 1960], zentrale Riesenzellgranulome oder hämorrhagische Knochenzysten [Peters & Wassow, 1968] sind (Abb. 6 bis 13). Auch die Möglichkeiten von invaginierten Zähne [Galindo-Moreno et al., 2003] oder von apikalen Infektionen, die beim Foramen caecum oberer lateraler Inzisivi ihren Ursprung genommen haben, sollten in die Differentialdiagnose miteinbezogen wer-

den. Zahninvaginationen kommunizieren häufig mit der Pulpa, was früher oder später zur Pulpanekrose und zur Parodontitis apicalis führen und eine GZ vortäuschen kann [Galindo-Moreno et al., 2003]. Eine Entstehungstheorie aus einer verkümmerten Zahnanlage im „Globulomaxillären Bereich“ klingt zwar verlockend, wurde aber in der Literatur bis heute nicht ausreichend untersucht.

Es erstaunt hingegen, dass die GZ in einem aktuellen Klassifizierungssystem (ISCD = International Statistical Classification of Diseases) von 2003, welches auf den entsprechenden Internetseiten der WHO publiziert ist [WHO, 2003], erneut (als eigene Entität) aufgelistet wird. Diese Klassifikation wird jedoch von den meisten Oralpathologen nicht anerkannt und somit nicht als Referenz zur Klassifizierung verwendet.

Kürzlich erschien eine aktuelle WHO-Klassifikation von Kopf- und Hals-Tumoren, in der die GZ nicht eingetragen ist und auch bei den odontogenen Zysten mit keiner Zeile erwähnt wurde [WHO, 2005].

Heute wird der Begriff „Globulomaxillär“ nicht mehr für eine eigene Entität, sondern für die anatomische Lokalisation einer Läsion verwendet, die im Oberkiefer zwischen dem lateralen Schneidezahn und dem Eckzahn vorkommt, und die erst nach eingehender klinischer, radiologischer und histopathologischer Untersuchung definitiv diagnostiziert werden kann.

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird die Frage nach der Berechtigung der Diagnose „Globulomaxilläre Zyste“ als eigene Entität gestellt. Nach kritischer Evaluation der zugänglichen Literatur kann aus embryologischer, klinischer und pathohistologischer Sicht als gesichert angesehen werden, dass die „Globulomaxilläre Zyste“ als eigene Entität keine Berechtigung hat. „Globulomaxilläre Zysten“ sind daher nach eingehender klinisch-histopathologischer Diagnostik alternativ als odontogene Zysten, Tumoren, zentrale Riesenzellgranulome, hämorrhagische Knochenzysten oder chronische Infektionen invaginierten Zähne einzuordnen.

Dr. Philipp Häring
Prof. Dr. J. Thomas Lambrecht
Klinik für zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Universität Basel
Hebelstrasse 3, CH-4056 Basel

Dr. Michael M. Bornstein
Prof. Dr. Daniel Buser
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie,
Zahnmedizinische Kliniken der Universität
Bern
Freiburgstrasse 7
CH-3010 Bern

Dr. Hans Jörg Altermatt
Pathologie
Länggasse
CH-3010 Bern

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Andreas Filippi
Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Universität Basel
Hebelstrasse 3, CH-4056 Basel
andreas.filippi@unibas.ch

Im Original erscheint dieser Beitrag in SSO Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin 116, 2006.

Dieser Beitrag erscheint mit freundlicher Genehmigung des Verlags.



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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Wirksame kardiovaskuläre Prävention

Till Uwe Keil

Finnland ist nicht nur Europameister in Sachen Schulbildung, es hat auch einen Weltrekord in Sachen Prävention realisiert. Prof. Heikki Karppanen vom Biomedicum der Universität Helsinki, Urheber dieses Weltrekords, stellte sich vor kurzem im Center for Cardiovascular Research (CCR) an der Berliner Charité dem Fachpublikum in einem Internationalen Wissenschaftlichen Symposium.

Die Bibliothek der Universität von Helsinki



Foto: Uni Essex

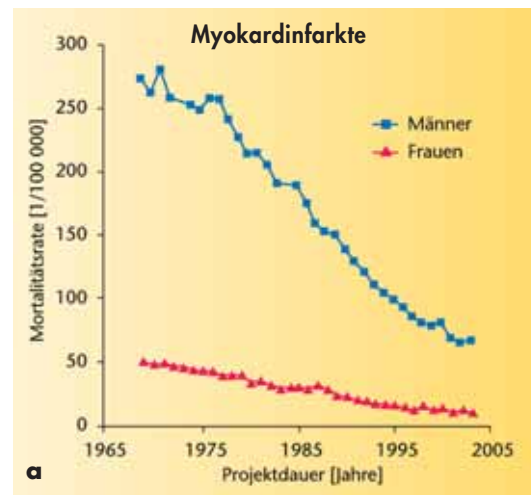
Karppanen konnte in seiner Evening Lecture: „Novel approaches have decreased cardiovascular diseases at a world-record rate in Finland“ das Geheimnis lüften, auf welchem Wege Finnland seine Provinz Nord Karelien aus einem belastenden Risikogebiet durch einfache Maßnahmen in ein Vorbild an wirksamer Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen konnte. Tatsächlich hatten die Weltrekorde in Karppanens Heimat Nord-Karelien in den 70er Jahren zunächst negative Vorzeichen. Die dortigen Sterblichkeitsraten an kardiovaskulären Erkrankungen wurden kaum irgendwo in Europa übertroffen. Ein Gegensteuern schien unaufschiebbar. Dank breiter Öffentlichkeitsarbeit konnte Karppanen schon 1972 das Nord-Karelien-Projekt beginnen. Es sollte auf nationaler Ebene bis hin zu den Kommunen zur Eindämmung von Herzinfarkt und Schlaganfall speziell durch Motivationskampagnen bewegen. Besonders wichtig schienen der Verzicht auf das Rauchen und der Übergang zu einer fett- und salzarmen Diät und Lebensmittelherstellung. Bei der Diät erkannte man sehr

früh schon die Wirkung der üblichen Überbelastung mit Kochsalz auf die Entstehung von Hypertonie und deren Komplikationen.

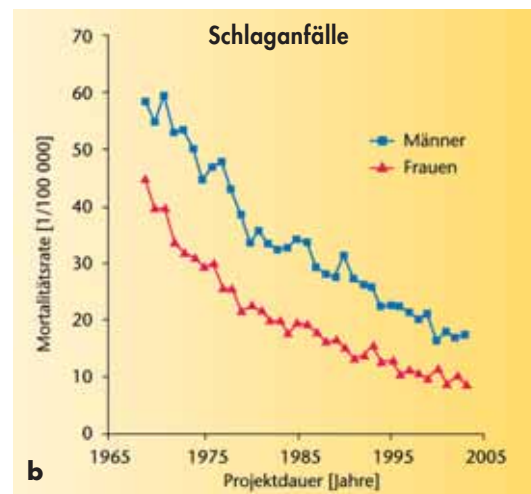
Kochsalzreduktion senkte die Mortalität

Die damaligen „Dienstwege“ in Finnland waren kurz. So konnte sich Prof. Karppanen einfach telefonisch mit dem zuständigen Minister kurzschließen und alenthalben wurde Kochsalz durch „Pansalt“ ersetzt, das mit Kalium und Magnesium angereichert war, so dass sich vor allem die Natriumaufnahme verminderte, die bekanntermaßen den Blutdruck hochtreibt. In offiziellen Publikationen der Universität Helsinki, später live auf deren Website, konnte die interessierte Öffentlichkeit den Salzgehalt populärer Wurstsorten nachlesen – und die Bevölkerung reagierte durch ein verändertes Kaufverhalten. Der Markt reagierte ebenfalls...

Die Erfolge sprechen für sich: Seit 1975 sank die Mortalität an Herzinfarkt und



Veränderung der Inzidenz von Myokardinfarkten (a, s. oben) und Schlaganfällen (b, s. unten) bei Männern und Frauen in Finnland während des Nord-Karelien-Projektes. (Quelle: Karppanen 2005)



Schlaganfall bei Personen im Alter unter 65 Jahren im Aktionsgebiet um 75 Prozent. Die durchschnittlichen Blutdruckwerte verringerten sich bevölkerungsweit um 15 mmHg systolisch beziehungsweise 12 mmHg diastolisch. – Karppanen wurde in der Diskussion gefragt, ob diese günstige Wirkung einer Kochsalzreduktion nicht nur dem „kochsalzsensitiven“ Teil der Hypertoniker zugute käme. Seine Antwort war so einfach und treffend, wie die gesamte Aktion in Finnland: „Wenn jemand erhöhte Blutdruckwerte hat, ist er auch kochsalzsensitiv!“. Das widerspricht zwar der gängigen Lehrmeinung, wurde aber letztlich als Denkanstoß von den Hypertonikern auf dem Berliner Symposium angenommen.

Der Anteil der Kochsalzreduktion an diesen Veränderungen ließ sich herausrechnen und betrug immerhin 30 bis 35 Prozent. – Heute wäre es in der EU nicht mehr so einfach möglich, derartige diätetische Veränderungen durchzusetzen. Nicht einmal der Hinweis auf die gesundheitliche Wirkung von Pansalt-haltigen Fertiggerichten ist dank administrativer Einschränkungen erlaubt. Doch in den USA ist der Gesundheitssektor liberaler. Dort gibt es bereits entsprechend etikettierte Produkte. Die Welle werde bald nach dem Alten Europa zurückschwappen, meint der noch immer agile Wissenschaftler.

Weitere Ansätze für die Prävention

Weitere Themen, die von renommierten Forschergruppen vorgetragen wurden, seien hier noch kursorisch genannt: So untersuchte Ulrich Dirnagl von der Charité in

Berlin die Auswirkungen von zerebralen Traumata (etwa nach Schlaganfall) auf das Immunsystem und konnte die Wege aufzeigen, die zu einer doch recht erheblichen Schwächung der Abwehr führen. Hier ist ein prophylaktischer Einsatz von Antibiotika, wie Moxifloxacin, in der Akutphase des Infarkts oft lebensrettend, so die Forscher.

Faktoren, die kardiovaskuläre Verkalkungen urämischer Patienten fördern, untersuchte Jürgen Floege, Aachen. Hier zeigte sich eine entscheidende Bedeutung von Fetuin A (α_2 -Heremans-Schmid Glykoprotein), das vor allem bei chronisch-entzündlichen Prozessen herunterreguliert wird.

Eine ähnliche Rolle für die Entstehung des Metabolischen Syndroms spielen die Peroxisom Proliferator-aktivierten Rezeptoren (PPARs), wie Bart Staels, Lille/Frankreich, herausfand. Als praktische Konsequenz dieser Erkenntnis fand sich auch ein Hemmstoff der PPARs, der AT1-Rezeptor-Antago-

nist Telmisartan, der auch im Unterschied zu anderen (angeblich gleichen) Sartanen in der Lage ist, nicht nur den Blutdruck zu senken, sondern auch die Insulin-Resistenz zu vermindern (Forschungsprojekt von André J. Scheen, Lüttich/Belgien). Diese Beobachtung könnte helfen, durch Einsatz moderner Antihypertensiva gleichzeitig die wachsende Epidemie des Metabolischen Syndroms einzudämmen.

Mit einem weiteren Risiko im Rahmen der kardiovaskulär bedingten Organinsuffizienz beschäftigte sich das Team um Herwig-Ulf Meier-Kriesche, Gainesville (Florida/USA). Sie fanden heraus, dass einer der wichtigsten Faktoren für eine schlechte Funktion von Nierentransplantaten die Dauer der Dialyse vor der Organverpflanzung darstellt. Als Fazit schlagen sie vor, möglichst noch vor Dialysebeginn vielleicht einen Organspender aus der Verwandtschaft für eine mögliche Lebendspende auszutesten. ■

Obstruktive Schlafapnoe

Jetzt sicher: Risikofaktor für Schlaganfall

Ein guter Schlaf schützt vor Schlaganfall und vermindert das Mortalitätsrisiko. Patienten, die unter Anfällen von Schlafapnoe leiden, müssen hingegen mit einem verdoppelten Risiko für Schlaganfälle und einer erhöhten Mortalität rechnen im Vergleich zu Probanden, die sich an einem von Atemnot ungestörten Schlaf erfreuen.

Patienten mit Schlafapnoe leiden während des Schlafes unter Anfällen von Atemnot. Sie sind offensichtlich nicht ausreichend vor einem Kollaps der oberen Atemwege geschützt. Solche Anfälle können sich in schweren Fällen sogar im Abstand weniger Minuten einstellen. Die Dramaturgie von Schlafapnoe-Anfällen ist vor allem den Lebenspartnern der Patienten wohl bekannt. Die Anfälle beginnen mit einer verflachten Atmung der in der Regel schnarchenden Patienten, was sich bis zur Nähe von Erstickungsanfällen verschlechtern kann. Ab einem bestimmten Grad an Sauerstoffmangelversorgung im Gehirn wird eine kompensatorische forcierte Atmung ausgelöst. Spätestens in dieser Phase wachen die Patienten auf.

Im kardialen Bereich führen die Episoden von Hypoxie zum Vorhofflimmern, was wie in einem Teufelskreis wiederum die Sauerstoffversorgung vermindert. Angiologisch sieht man eine zunehmende Verdickung des Blutes. Diese vermag ebenfalls die Versorgung mit Sauerstoff – vor allem im kapillären Bereich – zu vermindern.

In der Regel handelt es sich bei diesen Patienten um Übergewichtige, die kaum Schlafhygiene betreiben und durch lautes Schnarchen auffallen. Eine Behandlung ist durch Gewichtsreduktion, Alkoholkarenz, Veränderung der Schlafhaltung und vor allem durch Beatmung unter Überdruck möglich. Es ist allerdings unklar, ob eine solche Behandlung die bereits durch den Verlauf der Erkrankung entstandenen Risiken beseitigt.

Wichtigstes Schlaganfall-Risiko

In einer offenen Kohortenstudie, die nun von H. Klar Yaggi und Kollegen von der Yale Universität in New Haven (Connecticut / USA) veröffentlicht wurde, untersuchte man im Zeitraum von bis zu sechs Jahren das Schicksal von 1022 Patienten, die im Schlaflabor polysomnographisch untersucht worden waren. Die Patienten wurden geteilt in solche, mit einem normalen Atemverhalten in der Nacht (n = 325). Sie hatten weniger als fünf Apnoe-Hypopnoe-

Episoden pro Stunden (Mittlerer Apnoe-Hypopnoe-Index < 5) und dienten als Kontrolle. Und in Probanden, die einen höheren Index hatten, wurden als Patienten eingeschlossen (n = 697). Als Studienendpunkt wurde die Zahl der während der Studie auftretenden Schlaganfälle und Todesfälle jeglicher Ursache registriert.

Rechnet man alle anderen bekannten Risikofaktoren für Schlaganfall bei diesen Patienten heraus, so bleibt die nächtliche Atemnot doch, wie Abbildung 1 zeigt, ein prominenter Risikofaktor für diesen kombinierten Endpunkt (Hazard-Ratio 1,97, Konfidenzintervall 1,12 bis 3,48, p = 0,01). Auch die allgemeine Mortalität der Patienten ist im Vergleich zur Kontrollgruppe mit einer Hazard-Ratio von 2,0 signifikant erhöht (Abbildung 2).

Mit der Schwere der obstruktiven Schlafapnoe nimmt auch die Lebensgefahr beziehungsweise die Gefahr eines Schlaganfalls zu. Sie beträgt bei einem Index von mehr als 36 (Anfälle häufiger als alle zwei Minuten) mehr als das Dreifache (Hazard-Ratio = 3,3). Die übrigen bekannten Risikofaktoren für Schlaganfall sind nicht so bedrohlich wie die obstruktive Schlafapnoe. So wurde in dieser Studie das Rauchen als Schlaganfall-Risiko mit einer Hazard-Ratio von 1,46 und der Diabetes mellitus mit einer Ratio von 1,31 errechnet.

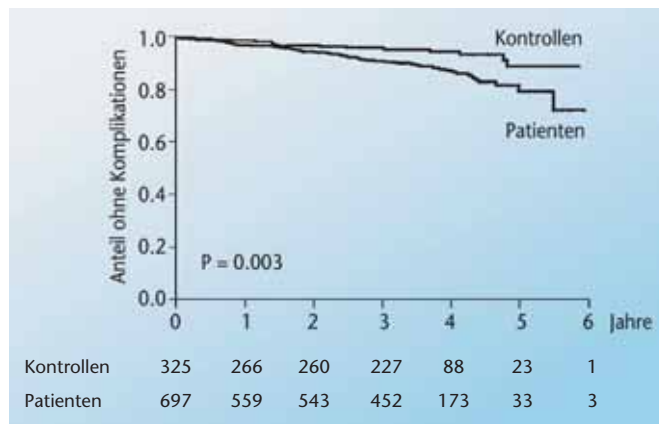


Abbildung 1: Gewichtete Wahrscheinlichkeit von Schlaganfall oder Tod bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe im Vergleich zu Kontrollen. (Quelle: Yaggi et al., NEJM 2005)

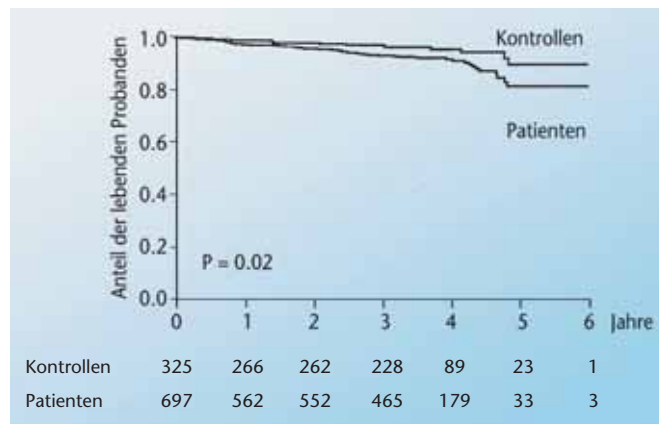


Abbildung 2: Gewichtete Wahrscheinlichkeit eines Todesfalles während der Studie bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe im Vergleich zu Kontrollen. (Quelle: Yaggi et al., NEJM 2005)

Therapeutische Intervention mit fraglichem Nutzen

Die üblichen Therapiemaßnahmen bestehen in einer Schlafberatung, in der mit den Patienten eine Veränderung der Schlafhaltung eingeübt wird. Normalerweise bevorzugen die Patienten die Rückenlage, wodurch aber die Gefahr eines Kollapses der oberen Atemwege vergrößert wird. Dann wird alles getan, um bei übergewichtigen Patienten durch kluge Diätberatung das Übergewicht abzubauen. Schließlich nutzt man das große Angebot von Beatmungsgeräten, die unter Überdruck Atemluft über eine Nasensonde oder Maske applizieren und die Symptomatik gut zu verändern vermögen.

Es ist jedoch unklar, ob sich durch die Beatmung, die symptomatisch am schnellsten greift, die bereits bestehende Risikosituation noch wenden lässt. Daher erscheint es

klüger, das Bewusstsein über die Gefährlichkeit des Krankheitsbildes so zu verstärken, dass immer mehr Patienten in den noch weniger gefährlichen Frühformen vor

allem durch forcierte Gewichtsreduktion ihr Risiko vermindern können.

T. U. Keil

Onkologie

Krebsforschung verzichtet auf Tabakgelder

In einer aktuellen Mitteilung des Deutschen Krebsforschungsinstitutes (DKFZ) in Heidelberg wird bekannt gegeben, dass es der neue ethische Kodex des Hauses verbiete, Gelder zur Forschungsförderung von der Tabakindustrie anzunehmen. Ebenso wird die Mitwirkung an Veranstaltungen der Tabakindustrie künftig grundsätzlich abgelehnt. Diese Entscheidung der größten Institution der Gesundheitsforschung in Deutschland soll bewusst ein Beispiel für andere Forschungsinstitutionen im Medizinbereich darstellen. Das DKFZ weist da-

rauf hin, dass allein in Deutschland mehr als 100 000 Menschen pro Jahr trotz bestimmungsgemäßem Gebrauch von Tabakprodukten an deren Wirkungen versterben. Das seien mehr als durch Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, AIDS, Morde und Selbstmorde zusammen. Das DKFZ hatte auch darauf hingewiesen, dass die Tabakindustrie jahrzehntelang eine Desinformationskampagne über das Suchtpotenzial von Tabakerzeugnissen und über die schädlichen Wirkungen von Zusatzstoffen betrieben habe (zm 15/2005, S. 46). TUK

RSV – das unterschätzte Virus

Teure Antikörpertherapie verhindert Todesfälle bei Frühchen

Seinen Namen kennt kaum jemand, dennoch füllt es Winter für Winter die Betten in den Kinderkliniken: Das RS-Virus – nach der englischen Fachbezeichnung Respiratory Syncytial Virus auch hier zu Lande als RSV abgekürzt – steckt besonders oft hinter den vielen winterlichen Erkältungen bei Babys und Kleinkindern. Nicht selten gibt es sogar Todesfälle, denen nun im Vorfeld begegnet werden kann.



Foto: Synagis

Seit 1998 können Kinder mit erhöhtem Risiko während der kalten Jahreszeit mit dem monoklonalen Antikörper Palivizumab geschützt werden.

Das Virus hat sich auch als häufigster Erreger schwerer Infekte der unteren Atemwege vorwiegend bei kleinen Kindern entpuppt. Jedes Jahr in Herbst und Winter führt es zu ausgedehnten Epidemien.

Gesunde Kinder überstehen den RSV-Infekt meist unbeschadet. Für Frühgeborene, abwehrschwache Kinder und Kinder mit Herzfehlern dagegen kann er lebensbedrohlich werden. Hier die Fakten:

Ansteckung

Die Ansteckung mit RSV erfolgt über Atemtröpfchen und durch ungewaschene Hände. Bis zum zweiten Geburtstag machen nahezu alle Kinder Bekanntschaft mit dem Keim. Eine lebenslange Immunität gibt es nicht: Erneute Infekte sind häufig, sogar zwei- bis viermal im Jahr. Daran scheiterte bisher die Entwicklung eines Impfstoffes.

Symptome

Drei bis sechs Tage nach der Ansteckung beginnt die Krankheit meist langsam als Schnupfen über zwei bis drei Tage. Fieber kann vorhanden sein, muss aber nicht auftreten. Nach einigen Tagen folgen Atembeschwerden, Schnaufen und keuchender Husten. Nach etwa vier bis sieben Tagen geht es dem Baby meist wieder besser.

Komplikationen

Steigt die Infektion bis zu den Lungenbläschen hinab – der Arzt spricht von Bronchiolitis – wird die Atmung noch mehr erschwert. Das Kind stöhnt und gibt pfeifende Geräusche („Wheezing“) von sich, beim Einatmen wird die Haut zwischen den Rippen deutlich eingezogen und die Nasenflügel weit geöffnet („Nasenflügel-Atmung“). Im zweiten Lebensjahr sind auch asthmaähnliche Symptome, Mittelohrkomplikationen und Pseudokrupp als Begleiterscheinungen häufig.

Risikogruppe

Durch RSV besonders gefährdet sind Frühgeborene, die in der Sommerperiode vor der 35. Schwangerschaftswoche auf die Welt gekommen sind. Ihr Immunsystem ist noch nicht voll funktionstüchtig, häufig haben sie auch durch die Beatmung im Inkubator eine vorgeschädigte Lunge. Gefährlich kann eine RSV-Infektion aber auch für Säuglinge und Kleinkinder mit angeborenen Herzfehlern und chronischem Lungenleiden werden, sowie für Kinder mit Munddefekten oder unter einer immunsuppressiven Therapie bei einer Krebskrank-

heit. Bei diesen Kindern liegt die Sterblichkeit nach Krankenhausaufnahme auch unter den heutigen intensivmedizinischen Möglichkeiten bei etwa einem Prozent.

Häufigkeit

Nach Schätzung von Professor Dr. Jürgen Seidenberg, Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin Oldenburg werden in Deutschland jährlich rund 20 000 Säuglinge und Kleinkinder mit schwerer RSV-Bronchiolitis oder Lungenentzündung ins Krankenhaus eingeliefert. Fast 30 Prozent brauchen eine intensivmedizinische Behandlung, oft mit künstlicher Beatmung.

Vorbeugung

Eine RSV-Impfung gibt es ebenso wenig wie ein spezifisch wirksames Medikament gegen das Virus. Lediglich die Symptome der Kinder lassen sich lindern, einzig zuverlässiges Medikament zur Behandlung der Atemnot ist die Gabe von Sauerstoff.

Passivimmunisierung

Allerdings existiert seit 1998 eine vorbeugende Behandlung. Zur passiven Immunprophylaxe können Kinder mit erhöhtem Risiko während der kalten Jahreszeit mit dem monoklonalen Antikörper Palivizumab geschützt werden. Der Antikörper (Handelsname „Synagis“) muss während der Erkältungssaison monatlich einmal injiziert werden. Professor Seidenberg über den Nutzen der Vorbeugung: „Diese Passivimmunisierung kann die Zahl wegen einer RSV-Erkrankung notwendiger Krankenhausaufenthalte um 40 bis 80 Prozent reduzieren. Auch die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie die Tage mit Sauerstoffbedarf werden deutlich gesenkt“.

Was den gefährdeten Babys hilft, lässt die Krankenkassen ächzen: Die vier bis fünf Spritzen, die ein Risikokind in den Wintermonaten benötigt, kosten 4 500 bis 7 000 Euro! Expertengremien empfehlen deshalb eine restriktive Anwendung des schützenden Antikörpers. Mit jährlichen Kosten von 9,4 Millionen Euro liegt „Synagis“ unter den von deutschen Kinderärzten verordneten umsatzstärksten Arzneimitteln auf dem fünften Platz.

Lajos Schöne

Der kleine Medicus – ein Abenteuer für Wissbegierige

Flugzeuge im Bauch? Von wegen – so etwas Profanes zu besingen überlässt er seinem Bruder Herbert. Als Autor bevorzugt der Mediziner Dietrich Grönemeyer mikrotisierte U-Boote! In denen schickt er seine jungen (und alten) Leser auf die Reise ins Innere des Körpers – und vorne-



In dem High-Tech-Erythrozyten nimmt Nanolino mit seiner Schwester Marie in Großvaters Blutbahn den Kampf gegen den Kleinstroboter der Spione auf, ...

weg natürlich seinen Helden, den zwölfjährigen Nanolino als blinden Passagier.

Medizinisches Sachwissen zu vermitteln ist eine Kunst. „Wie sag ich´s meinem Kinde?“, fragt sich denn auch so mancher Vater, so manche Mutter und so mancher Zahnarzt. „Mit einem Abenteuer!“, lautet Grönemeyers Antwort. Recht hat er. Denn nachdem der Leser den kleinen Helden Florian alias Nanolino schnell ins Herz geschlossen hat, kann er ihn doch nicht allein lassen, als dieser verschluckt wird.

Da sitzt Nanolino, der sich ahnungslos „mit einem Quaser – einem bisher nie da gewesenen System, das gleichzeitig viele verschiedene Radiofrequenzen und Wellenlängen des Lichts bündelt“ – mikrotisiert hat, glücklicherweise gut geschützt in einer ebenfalls mikrotisierten Forschungskapsel. Wie er da hinein kam? Das hängt wohl mit der magischen Anziehungskraft der Technik auf Zwölfjährige zusammen, die in Gefahrensituationen erst recht neugierig werden und auch vor einer zweiten Körperfahrt in einem künstlichen Erythrozyten nicht zurückschrecken. Neugierig werden auch die Leser, bei dem Sturzflug durch Speiseröhre, dem Wellengang im Magensaft, dem lebensgefährlichen Schlenker an der Sackgasse Blinddarm vorbei in den Katakomben des Dickdarms oder später durch verästelte Blutbahnen und Gehirnwindungen. Der Autor befriedigt den Wissensdurst der jungen Leser geschickt. Er bindet leicht verständliche Informationen



...da nur er bislang in der blauen Forschungskapsel das menschliche Innenleben ‚erfuhr‘. Mitreisen nur auf eigene Gefahr!



häufig in den Lesefluss ein. Komplexere Sachverhalte, etwa zu Tomographie oder Laser, bereitet er in farbigen Kästen auf, so dass das Abenteuerbuch unversehens zum Nachschlagewerk mit Register und für viele Fragen auch für ältere Leser sozusagen makrotisiert. Wie es in uns aussieht, zeigen Mikroskop-Aufnahmen – aber als Bilderrätsel, das erst am Ende des Buches aufgelöst wird. Althergebrachtes aus der Naturheilkunde kommt da-

zu, denn Nanolinos Großmutter hat stets ein altes Rezept und Kräuter zur Hand, um Beschwerden zu lindern, bei Schürfwunden ebenso wie bei Ohrenschmerzen oder Bauchweh. Gegen die gemeinen Forschungsspione und ihren Kleinstroboter, die die Entdeckung von Nanolinos geliebten Wissenschaftlern Micro-Minitic und Dr. X rauben wollen, muss der Held mit seinen Multi-Kulti-Freunden schon selber vorgehen. Wie? Na, das liest sich am besten im Original. Das Buch ist für große und kleine, für wissende und wissbegierige Leser ein besonderer Festschmaus für Augen und Gehirn. Und später hilft es, vielleicht kleinen Patienten mit Grönemeyers Worten das eine oder andere Problem noch einfacher zu erklären als bisher.



Der kleine Medicus
Grönemeyer, Dietrich,
Rowohlt Verlag, Hartband,
360 Seiten, 22,90 Euro,
ISBN 3-498-02500-7

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 54	Praxismanagement	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 55
				Freie Anbieter	S. 62
Ästhetik	Freie Anbieter	S. 61	Prophylaxe	Freie Anbieter	S. 60
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 54	Prothetik	ZÄK Nordrhein	S. 54
Helferinnen-Fortbildung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 54	Röntgen	ZÄK Nordrhein	S. 55
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 55	Schmerzbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 54
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 54			
	ZÄK Nordrhein	S. 54			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 55			
	Freie Anbieter	S. 60			
Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 54	Fortbildung der Zahnärztekammern		Seite 54
	Universität Düsseldorf	S. 59	Kongresse		Seite 56
	Universität Basel	S. 59	Universitäten		Seite 59
	Freie Anbieter	S. 61	Wissenschaftliche Gesellschaften		Seite 60
Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 54	Freie Anbieter		Seite 60
Parodontologie	Freie Anbieter	S. 60			



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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Strukturierte Fortbildung: Implantologie [95 Fp.]
Moderation: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz - Berlin
Erster Termin: 20. 01. 2006; 14:00 – 18:00 Uhr
 21. 01. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr
Gebühr: 2.850,00 EUR (2.560,00 EUR bei Zahlung bis zum 29. 12. 2005 oder die jeweils ausgewiesene Kursgebühr; zahlbar 21 Tage vor Durchführung)
Kurs-Nr.: 2014.0

Thema: Rezeption: Fit in die Zukunft – Aufbaukurs mit praktischen Übungen [4 Fp.]
Referent: Brigitte Kühn - Tutzing
Termin: 20. 01. 2006; 14:00 – 19:00 Uhr
Ort: Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 180,00 EUR
Kurs-Nr.: 9008.0

Thema: Qualitätsmanagement in unserer Praxis? [13 Fp.]
Moderation: Bernd Sandock - Berlin
Termin: 20. 01. 2006; 14:00 – 18:00 Uhr
 21. 01. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 375,00 EUR
Kurs-Nr.: 5008.0

Thema: Das Damon-System in Theorie und Praxis – Wie Kieferorthopädie wieder richtig Spass machen kann! [10 Fp.]
Referent: Dr. Dr. Hans-Th. Schrems - Regensburg
Termin: 20. 01. 2006; 20:00 – 22:00 Uhr
 21. 01. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr
Gebühr: 300,00 EUR (Reduzierte Preise für Mitglieder der Gesellschaft für KFO von Berlin und Brandenburg)
Kurs-Nr.: 0905.0

Thema: Fortbildung zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinproduktebetreiber-Verordnung (MP-Betreib V) in Verbindung mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) [8 Fp.]
Referent: Dr. Annette Simonis - Berlin
Termin: 21. 01. 2006; 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 145,00 EUR (99,00 EUR für Mitgl. der ZÄK Berlin und LZÄK Brandenburg)
Kurs-Nr.: 5028.0

Thema: Evidenzen bei der parodontalen Diagnostik und Therapie [6 Fp.]
Referenten: Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber - Berlin
Termin: 25. 01. 2006; 14:00 – 19:00 Uhr
Ort: Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 195,00 EUR
Kurs-Nr.: 0406.1

Thema: Okklusionsschienen – Arbeitskurs für ZA/ZÄ und ZT [15 Fp.]
Referent: Theresia Asselmeyer – Nörten Hardenberg
Termin: 27. 01. 2006; 14:00 – 19:00 Uhr
 28. 01. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 345,00 EUR
Kurs-Nr.: 1009.0

Thema: Curriculum Endodontie [105 Fp.]
Moderation: Prof. Dr. Rudolf Beer - Essen
Erster Termin: 17. 03. 2006; 14:00 – 19:00 Uhr
 18. 03. 2006; 09:00 – 16:00 Uhr
Gebühr: 3.270,00 EUR (2.950,00 EUR bei Zahlung bis zum 24.02.2006 oder 545,00 EUR pro Wochenende; zahlbar 21 Tage vor Durchführung)
Kurs-Nr.: 4018.0

Auskunft und Anmeldung: Philipp-Pfaff-Institut Berlin Aßmannshäuserstraße 4 – 6 14197 Berlin
 Tel.: 030/4 14 72 5-0
 Fax: 030/4 14 89 67
 E-Mail: info@pfaff-berlin.de

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 06001 [15 Fp.]
Thema: Augmentation T1.2 Modul 15-16 des Curriculums Implantologie
Referent: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller, Köln
Termin: 12. 01. 2006 von 14.00 – 18.00 Uhr
 13. 01. 2006, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 380,00 EUR

Kurs-Nr.: 06020 [19 Fp.]
Thema: Moderne Konzepte der Wurzelkanalbehandlung
Referent: Prof. Dr. med. dent. Claus Löst, Tübingen; Prof. Dr. med. dent. Roland Weiger, Basel
Termin: 13. 01. 2006, 14:00 – 20:00 Uhr
 14. 01. 2006, 09:00 – 15:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480,00 EUR

Kurs-Nr.: 06058 [8 Fp.]
Thema: Erster Klasse beim Zahnarzt
Referent: Dr. med. dent. Michael Cramer, Overath
Termin: 14. 01. 2006 von 09:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 270,00 EUR, Praxismitarb. (ZFA) 130,00 EUR

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 06301 [3 Fp.]
Thema: Das System der befundorientierten Festzuschüsse beim Zahnersatz - Die aktuelle Gesetzesgrundlage – Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. med. dent. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach
 Lothar Marquardt, Zahnarzt, Krefeld; Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 11. 01. 2006 von 14:00 – 18:00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Kurs-Nr.: 06351 B [9. Fp.]
Thema: Prothetischer Arbeitskreis 1. Quartal 2006
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf
Termin: 11. 01. 2006 von 15:00, 01. 02. 2006 von 15:00 und 01. 03. 2006 von 15:00
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf
Teilnehmergebühr: 55,00 EUR

Essen

Kurs-Nr.: 06371 [5 Fp.]
Thema: Zahnärztliche Notfallmedizin für das Praxisteam
Referent: Prof. Dr. med. dent. Thomas Weischer, Witten
Termin: 18. 01. 2006 von 14:00 – 18:00 Uhr
Veranstaltungsort: Klinik Essen-Mitte, Vortragsraum im Huysens-Stift, Henricistr. 92, 45136 Essen
Teilnehmergebühr: 160,00 EUR, Praxismitarb. (ZFA) 25,00 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Duisburg

Kurs-Nr.: 05433 [2 Fp.]
Thema: Endodontie heute
Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Rudolf Beer, Essen
Termin: 21. Dezember 2005 von 15:30 – 17:00 Uhr
Veranstaltungsort: Stadthalle Am Schloß Broich, 45479 Mülheim (an der Ruhr)
 Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Bergisch Land

Kurs-Nr.: 06461 [3 Fp.]
Thema: Schmerztherapie
Referent: Dr. med. Peter Rensmann
Termin: 14. 01. 2006 von 10:00 – 13:00 Uhr
Veranstaltungsort: Justizvollzugs-schule NRW (Josef-Neuberger-Haus) Dietrich-Bonnhoeffler Weg 1 42285 Wuppertal
 Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

Kurs-Nr.: 06239

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: 13. 01. 2006 von 09:00 – 18:00 Uhr

14. 01. 2006, 09:00 – 18:00 Uhr

Teilnehmergebühr: 220,00 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein, Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf

Termin: 11. 01. 2006, 15.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: FBZ 067 101

Gebühr: 59 EUR

Thema: Gibt es ein Leben vor dem Feierabend?

Referent: Frank Neuendorf, Münster

Punkte: 5

Termin: 11. 01. 2006, 15.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: FBZ 067 102

Gebühr: 156 EUR pro Termin

Thema: AK Implantologie

1. Treffen im 1. Halbjahr

Referent: Dr. Martin Griefß, Lippstadt

Punkte: 5

Fortbildung für Zahnmed. Assistenz- und Verwaltungsberufe

Termin: 01. + 21. 02. 2006, jeweils 8.00 – 17.00 Uhr

Kurs-Nr.: 063 331

Gebühr: 295 EUR

Thema: Grundlagen Prophylaxe in Münster

(nur für Zahnmedizinische Fach-Angestellte)

Referent: ZMP Barbara Schemmelmann

Termin: 08/09./13./14. und 16. 02. 2006, jeweils 8.00 – 17.00 Uhr

Kurs-Nr.: 063 311

Gebühr: 390 EUR

Thema: Grundkurs Prophylaxe in Münster

Referent: Dr. Helga Senkel, ZMP Birgit Thile-Scheipers

Auskunft:

Akademie für Fortbildung der ZÄKWL

Auf der Horst 31

48147 Münster

Inge Rinker

Tel.: 0251/507-604

Fax: 0251 / 507-619

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster

Termin: 11. 01. 2006,

14.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: FBZ 067 100

Gebühr: 262 EUR

Thema: Erfolgsfaktoren für Ihre Praxis – die Geheimnisse von Spitzenpraxen

Referent: Dipl. oec. Hans-Dieter Klein, Stuttgart

Punkte: 7

Termin: 11. 01. 2006,

15.00 – 20.00 Uhr

Kurs-Nr.: FBZ 067 103

Gebühr: ZA: 170 EUR,

ZMA: 85 EUR

Thema: Kariesrisikotests

Referent: Jochen Lenz, Lasbeck

Punkte: 5

Kongresse

Januar 2006

9. Workshop der Deutschen Gesellschaft für Linguale Orthodontie e.V. Osnabrück

Termin: 13. – 15. 01. 2005

Ort: Osnabrück

Auskunft: Dr. A. Thalheim,

Tel.: 05472/94 91-10

Fax: 05472/94 91-19

e-mail: thalheim@lingualtechnik.de

53. Winterfortbildungskongress Braunlage 2006

Veranstalter: ZÄK Niedersachsen

Generalthema: Neues und Bewährtes in Prothetik und Zahnerhaltung

Termin: 18. – 21. 01. 2006

Ort: Maritim Hotel Braunlage

Auskunft: ZÄK Niedersachsen, Ansgar Zboron, Zeißstraße 11a, 30519 Hannover

Tel.: 0511/833 91-303

Fax: 0511/833 91-306

e-mail: azboron@zkn.de

14. Jahrestagung des IAZA

Veranstalter: Interdisziplinärer Arbeitskreis „Zahnärztliche Anästhesie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Thema: „Alter = Risiko?“

Termin: 21. 06. 2005

Ort: Hörsaal der Universitätsklinik für ZMK-Heilkunde, Augustusplatz 2, 55131 Mainz

Auskunft: consiglio medico

GmbH, Hinkelsteinerstr. 8,

55128 Mainz

Fax: 06131/33 77 55

e-mail: conmed.mainz@t-online.de

Februar

20. Bergischer Zahnärztetag 110 Jahre Berg. Zahnärzterverein

Thema: Zahnerhaltende Maßnahmen – Schlüssel zur modernen Zahnheilkunde / Historische Rückblicke

Termin: 02./03. 02. 2006

Ort: Hist. Stadthalle Wuppertal

Auskunft: KongressFORUM,

Hohenstein 73,

42283 Wuppertal

Tel.: 0202/25 45 988

Fax: 0202/25 44 556

www.2006.bzaev.de

18. Jahrestagung des AK für Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde der DGZMK



Hauptthema: Aufklärung, Beratung, Compliance – das ABC der Patientenführung

Termin: 03./04. 02. 2006

Ort: Zentrum für ZMK-Heilkunde der Philipps-Universität Marburg, Georg-Voigt-Straße 3, Großer Hörsaal

Auskunft: Dr. Jutta Margraf-Stiksrud, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg

Tel.: 06421/28 23 672

Fax: 06421/28 26 559

www.pass-mr.de

Tagung der Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.

Themen: „Endodontie – State of the Art“; „Lebenslust – über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit“

Termin: 04. 02. 2006,

9.00 – 13.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für ZMK-Heilkunde,

Ebene 05, Raum 300

Auskunft: Westfälische Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V., Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Tel.: 0251/83 47 084
Fax: 0251/83 47 182
e-mail: weersi@uni-muenster.de

20. Berliner Zahnärztetag 35. Deutscher Fortbildungskongress für die Zahnmedizinische Fachangestellte

16. Berliner Zahntechnikertag
Veranstalter: Quintessenz Verlags GmbH

Termin: 10./11. 02. 2006

Ort: ICC Berlin

Auskunft: Saskia Lehmkuhler,

Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin

Tel.: 030/761 80-624

Fax: 030/761 80-693

e-mail: kongress@quintessenz.de

www.quintessenz.de/bzt

25. Int. Symposium für MKG-Chirurgen, Oralchirurgen und Zahnärzte

Termin: 11. – 17. 02. 2006

Ort: St. Anton am Arlberg

Auskunft: Prof. Dr. Dr. Esser,

Klinikum Osnabrück

Tel.: 0541/405-46 00

Fax: 0541/405-46 99

e-mail: mkg-chirurgie@klinikum-osnabrueck.de

2nd European Conference of Preventive & Minimally Invasive Dentistry

Veranstalter: ESPD, ACAMID,

VZG Tirol

Termin: 23. – 25. 02. 2006

Ort: Innsbruck, Österreich

Auskunft: Quintessenz Verlag,

Frau I. Siems,

Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin

Tel.: 030/761 80-628

Fax: 030/761 80-693

38. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos 2006

Veranstalter: Freier Verband

Deutscher Zahnärzte e.V.

Termin: 25. 02. – 03. 03. 2006

Ort: Davos

Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.,

Mallwitzstraße 16,

53177 Bonn

Tel.: 0228/85 57-0

Fax: 0228/85 51 155

e-mail: rs@fvdz.de

www.fvdz.de

7. Int. KFO-Praxisforum 2006

Thema: Praktische Kieferorthopädie – Interdisziplinäre Erfahrungen aus Klinik und Praxis sowie Prophylaxekonzepte für Patient und Praxis-Team

Termin: 25. 02. – 04. 03. 2006

Ort: Zermatt/Schweiz

Auskunft: Dr. A. Lentrodt, Eidel-

stedter 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

10. BBI-Jahrestagung mit Jubiläumsfeier

Thema: Implantologie ist Prävention

Wiss. Leitung: Prof. Dr. Dr. V.

Strunz

Termin: 04. 03. 2006

Ort: Großer Hörsaal Charité

Auskunft: Tel.: 030/86 20 77-18

Fax: 030/86 20 77-19,

e-mail: strunz@dgi-ev.de oder

Congress Partner GmbH, M.

Spacke, Markgrafenstr. 56,

10117 Berlin

Tel.: 030/204 59-0

Fax: 030/204 59-50

E-Mail: Berlin@CPB.de

Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung

Thema: Aktuelles aus der Kieferorthopädie

Termin: 06. – 10. 03. 2006

Ort: Kitzbühel – Kammer der

gewerblichen Wirtschaft

Veranstalter: Österreichische Ge-

sellschaft für Kieferorthopädie

Wissenschaftliche Leitung:

Univ. Prof. Dr. H. Droschl (Graz),

Univ. Prof. Dr. H.-P. Bantleon

(Wien), Univ. Prof. Dr. M. Richter

(Innsbruck)

Information: Ärztezentrale

Med.Info, Helferstorfer Str. 4,

A-1014 Wien

Tel.: (+43/1) 531 16-38

Fax: (-43/1) 531 16-61

e-mail: azmedinfo@media.co.at

52. Zahnärztetag Westfalen-Lippe



Generalthema: Ästhetik und Implantate – Therapie oder Luxus?

Tagungspräsident: Prof. Dr.

Heiner Weber, Tübingen

Termin: 08. – 11. 03. 2006

Auskunft: ZÄK Westfalen-Lippe,

Inge Rinker, Auf der Horst 31,

48147 Münster

Tel.: 0251/507 604

Fax: 0251/507 609

e-mail: ingeborg.rinker@zahn-aerzte-wl.de

9. Expodental

Termin: 09. – 11. 03. 2006

Ort: Madrid

Auskunft: IFEMA – Messe Madrid

Deutsche Vertretung

Friedrich-Ebert-Anlage 56-3°

60325 Frankfurt am Main

Tel.: 069/74 30 88 88

Fax: 069/74 30 88 99

e-mail: ifema@t-online.de

11th South China Int. Dental

Equipment & Technology Expo & Conference 2006

4th China Int. Oral Health Care Products Expo & Technology Conference 2006

Termin: 10. – 13. 03. 2006

Ort: Guangzhou Chinese Export

Commodities Fair Hall

(Liu Hua Road)

Guangzhou, P. R. China

Auskunft: Ms. Maura Wu,

Ms Cherry Wu,

S&T Exchange Center,

171 Lianxin Road,

Guangzhou, P.R. China

Tel.: 0086-20-83 56 72 76

oder 0086-20-83 54 91 50

Fax: 0086-20-83 51 71 03

e-mail: maurawu@ste.com.cn

www.dentalsouthchina.com

55th International Alpine Dental Conference

Veranstalter: IDF

Termin: 18. – 25. 03. 2006

Ort: Courchevel 1850, France

Sonstiges: Seminare mit Dr. Tizi-

ano Testori u. Prof. Dan Ericson

Auskunft: 53 Sloane Street,

London, Swix 9SW

Tel.: +44(0)207 235 07 88

Fax: +44(0)207 235 07 67

www.idfdentalconference.com

13. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag



Thema: Lebensqualität gewinnen durch Zahnheilkunde

Veranstalter: KZV Schleswig-Holstein und ZÄK Schleswig-Holstein

Termin: 25. 03. 2006

Ort: Holstenhallen 3-5,

Neumünster

Auskunft: Frau Martina Ludwig,

Tel.: 0431/38 97-128

Fax: 0431/38 97-100

e-mail: Martina.Ludwig@kzv-sh.de

DDHV-Fortbildungstagung 2006

Veranstalter: Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.
Termin: 25. 03. 2006
Ort: ArabellaSheraton-Bogenhausen, Arabellastr. 5, 81925 München
Auskunft: DDHV-Geschäftsstelle, Dänzergasse 8, 93047 Regensburg
 Fax: 0941/56 38 61
 e-mail: apostroph@t-online.de
 Programm über:
 www.ddhv.de/Tagungsprogramm

3. ARPA-Frühjahrsworkshop

Veranstalter: ARPA-Wissenschaftsstiftung
Hauptthema: Parodontitis – eine Entzündungserkrankung?
Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006
Ort: Universität Gießen
Auskunft: DGP Service GmbH
 Clermont-Ferrand-Allee 34
 93049 Regensburg
 Fax: 0941/94 27 99-22

18. Symposium Praktische Kieferorthopädie

Veranstalter: Quintessenz Verlag
Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006
 Vorkongress am 31. 03. 06, 9.00 – 13.00 Uhr
Ort: Berlin
Auskunft: Sylvie Kunert, Quintessenz Verlag, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/76 18 06 30
 Fax: 030/76 18 06 93
 www.quintessenz.de/pko

Stuttgarter Zahnärztetag 2006

Hauptthema: Keramik – das weiße Gold? – Innovationen – Indikationen – Erfahrungen
Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006
Ort: Stuttgart
Auskunft: boeld communication
 Agnesstr. 4, 80801 München
 Tel.: 089/27 37 25 53
 Fax: 089/27 37 25 59
 e-mail: congress@bb-mc.com
 www.bb-mc.com

■ **April****Uzbekistan Stomatology 2006**

2nd Tashkent Int. Dentil Forum
2nd Uzbekistan Int. Exhibition
Termin: 04. – 06. 04. 2006
Ort: Tashkent, Uzbekistan
Auskunft: Ms. Shakhnoza Nizomova (Exhibition Manager),
 Tel.: +(99871) 113 01 80
 Mobil: +(99871) 171 77 73
 Fax: +(99871) 151 21 64
 (Tashkent, Uzbekistan)
 e-mail: dentl@ite-uzbekistan.uz
 www.ite-uzbekistan.uz

IDEM Singapore 2006

Veranstalter: FDI, SDA, Koelnmesse GmbH
Termin: 07. – 09. 04. 2006
Ort: Suntec Singapore International Convention and Exhibition Centre
Auskunft: Cordula Busse, Press officer, Koelnmesse GmbH, Messeplatz 1, Köln
 Tel.: 0221/821 20 83
 Fax: 0221/821 28 26
 e-mail: c.busse@koelnmesse.de
 www.koelnmesse.de

7th Int. Exhibition Dentexpo 2006

Termin: 20. – 22. 04. 2006
Ort: Pland, Warsaw, Palace of Culture and Science
Auskunft: www.dentexpo.pl

Gemeinschaftsjahrestagung der DGZPW und der SSRD

Hauptthema: Vollkeramik – Implantologie – Teilprothetik – V.I.T. für die Praxis
Termin: 27. – 30. 04. 2006
Ort: Kongresszentrum Basel
Auskunft: Kongress Sekretariat, Symporg S.A., 7, Avenue Krieg, Schweiz
 Tel.: 0041 22 839 84 84
 Fax: 0041 22 839 84 85
 e-mail: info@symporg.ch
 www.symporg.ch

17. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für ZFA

Thema: Behandlungsgrundsätze ändern sich – der Assistenzberuf ebenfalls
Termin: 28. 04. 2006
Ort: Schluchsee
Auskunft: BZK Freiburg,
 Tel.: 0761/45 06-311
 Fax: 0761/45 06-450
 e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

31. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Paradigmenwechsel – lassen sich die alten Leitsätze noch halten?
Termin: 28./29. 04. 2006
Ort: Titisee
Auskunft: BZK Freiburg,
 Tel.: 0761/45 06-311
 Fax: 0761/45 06-450
 e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

■ **Mai****4th hospital world congress**

Termin: 03. – 05. 05. 2006
Ort: Köln
Auskunft:
 www.hospitalworld.info

20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung

Hauptthema: Lebensstil und Zahngesundheit
Termin: 11. – 13. 05. 2006
Ort: Mainz
Auskunft: Kongress- und Messe-Büro Lentzsch GmbH, Seifgrundstraße 2, 61348 Bad Homburg
 Tel.: 06172/67 96-0
 Fax: 06172/67 96-26
 e-mail: info@kmb-lentzsch.de

1. Gemeinschaftstagung der Deutschen AG für Röntgenologie und Schweizerischen Ges. für dentomaxillofaziale Radiologie

Thema: Bildgebung in der Zahnmedizin – Was ist möglich – Was ist nötig
Termin: 12./13. 05. 2006
Ort: UBS Ausbildungs- und Konferenzzentrum, Basel (Schweiz)
Auskunft: Executive Office der 1. Gemeinschaftstagung der ARÖ und der SGMDFR, Seestraße 53, CH-8702 Zollikon
 Tel.: +41-44-396 80 40
 Fax: +41-44-396 80 41
 www.sgdmfr.ch
 www.dgzmk.de

■ **Juni****56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

Hauptthema: „Der Wandel in der Traumatologie“; Nebenthema: „Präventive Konzepte in der MKG-Chirurgie“
Termin: 07. – 10. 06. 2006
Ort: Kulturpalast Dresden
Auskunft: boeld communication, Agnesstr. 4, 80801 München
 Tel.: 089/27 37 25 53
 Fax: 089/27 37 25 59
 e-mail: bboeld@bb-mc.com
 www.bb-mc.com

■ **Juli****MEDcongress****33. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung**

Termin: 02. – 08. 07. 2006
Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart
 Tel.: 0711/72 07 12-0
 Fax: 0711/72 07 12-29
 e-mail: bn@medicacongress.de

■ September

43. Kongress der Südwestdeutschen Ges. für Innere Medizin

Termin: 22./23. 09. 2006

Ort: Baden-Baden, Kongresshaus

Auskunft: MedCongress GmbH,
Postfach 70 01 49,
70571 Stuttgart

Tel.: 0711/72 07 12-0

Fax: 0711/72 07 12-29

e-mail: bn@medicacongress.de

www.medicacongress.de

FDI Annual World Dental Congress

Termin: 22. – 25. 09. 2006

Ort: Shenzhen, China

Auskunft: FDI World Dental Events,

13 Chemin du Levant,
L'Avant-Centre,
01210 Ferney-Voltaire
France

Tel.: +33 (0) 450 40 50 50

Fax: +33 (0) 450 40 55 55

www.fdiworlddental.org

■ Oktober

12th Salzburg Weekend Seminar

Thema: Diseases and Tumors of the Salivary Glands

Termin: 21./22. 10. 2006

Ort: Salzburg

Auskunft: Doz. Dr. Johann Beck-Mannagetta, Dept. of Maxillofacial Surgery/SALK-PMU,
Müllner Hauptstr. 48,
A-5020 Salzburg

Tel.: +43-662-4482-3601

Fax: +43-662-4482-884

e-mail: j.beckmannagetta@salk.at

Universitäten

Universität Düsseldorf

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Mini-Implantate in der Kieferorthopädie: Indikationen, Konzepte und Risiken

Referenten: Prof. Dr. Dieter Drescher; OA Dr. Benedict Wilmes

Termin: 21. 01. 2006,

9.30 – 17.00 Uhr

Ort: Universität Düsseldorf,

Hörsaal ZMK/Orthopädie

Teilnehmergebühr: 380 EUR

(Assistenten mit Bescheinigung

280 EUR) inkl. MwSt.

Fortbildungspunkte: 7

Auskunft und Anmeldung:

OA Dr. B. Wilmes,
Westdeutsche Kieferklinik, UKD,
Moorenstraße 5,
40225 Düsseldorf

Tel.: 0211/81-18 671 o. 18 160

Fax: 0211/81-19 510

www.kfo.uni-duesseldorf.de

Universität Basel

Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien

Thema: Zeitgemäße Diagnostik und Therapie der Myoarthropathien des Kausystems – ein Crashkurs

Leitung: Prof. Dr. C. P. Marinello, M.S.

Referenten: PD Dr. J. C. Türp

Termin: 16. 02. 2006,

16.00 – 20.00 Uhr (inkl. Pause)

Kursort: Universitätskliniken für

Zahnmedizin, Hebelstraße 3,

CH-4056 Basel (Schweiz)

Kursgebühr: ZÄ: 300 CHF

Auskunft und Anmeldung:

Universitätskliniken für Zahnmedizin,

Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien,
Ressort Fortbildung:

Frau S. C. Bock

Hebelstraße 3, CH-4056 Basel

Tel.: +41 61 267 26 31

Fax: +41 61 267 26 60

e-mail: Sandra-C.Bock@unibas.ch

RWTH Aachen

CEREC 3D-Basisseminar

Thema: Basistraining, um mit CEREC in der täglichen Praxis einen erfolgreichen Anfang machen zu können, inkl. post-training support; Selbstverständnis für CEREC 2, CEREC 3, vor allem für CEREC 3D-Anwender
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curricularentwicklung und -forschung (Prof. Dr. Drs. Jerome Rotgans)
Termin: 27./28. 01. 2006, 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. 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

DGZH

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Kommunikation rund um die Praxis
Referent: Cay von Brockdorf
Ort: Regionalstelle Stuttgart der DGZH, Esslinger Str. 40
Gebühr: 450 EUR (DGZH-Mitglieder 425 EUR)

Auskunft: www.dgzh-stuttgart.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: Regenerative Parodontaltherapie: Welche Techniken und Materialien sind evidenzbasiert?

Veranstalter: Studiengruppe für Restaurative Zahnheilkunde
Termin: 17. 12. 2005, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Politische Akademie Bigge-see; Neu-Listernohl, Ewigerstr. 7, 57439 Attendorn
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr. Sculean
Kursgebühr: Mitglieder: 150 EUR; Nichtmitglieder: 200 EUR; Assistenten: 75 EUR; Studenten: 50 EUR
Auskunft: Klaus-Martin Sprenger Mittelstr. 11, 58553 Halver Tel.: 02353/23 13 Fax: 02353/13 72 80 e-mail: sprenger-halver@t-online.de
 www.restaurative.de

Thema: MPG fit – Praxisbegehungen sicher und erfolgreich bestehen!

Veranstalter: dental-qm
Termin/Ort: 09. 01., Mönchengladbach; 11. 01., Düsseldorf; 13. 01., Münster; 27. 01., Berlin
Sonstiges: Umfassende Vorstellung der gesetzlichen Grundlagen, MPG-Checkliste und ausgearbeitete Formulare auf Kurs-CD-ROM; Ref.: Dr. Rudolf Lenz; Dipl.-Kffr., Dipl.-Hdl. Kirsten Schwinn
Kursgebühr: 1 Pers. 250 EUR + MwSt.; 2 Pers. 380 EUR + MwSt.

Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hall, Kirsten Schwinn, Jungfernstieg 21, 24103 Kiel
 Tel.: 0431/97 10-308
 Fax: 0431/97 10-309
 E-Mail: schwinn@dental-qm.de
 www.dental-qm.de

Thema: Basis-Kurs Implantologie
Veranstalter: Astra Tech GmbH
Termin/Ort: 13./14. 01., Kiel; 10. 02., Braunschweig
Sonstiges: Ref.: Kiel: Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang; Braunschweig: PD Dr. Dr. Eduard Keese
Auskunft: Astra Tech GmbH, An der kleinen Seite 8, 65604 Elz
 Tel.: 06431/98 69 213
 Fax: 06431/98 69 500
 www.astratech.de

Thema: Mallorca-Präventivtage: „Sinn und Unsinn von Nahrungsergänzung“

Veranstalter: SweetCare GbR
Termin: 13. – 15. 01. (Kurs C1); 27. – 29. 01. (A3); 17. – 19. 02. (B1); 24. – 26. 03. (C3); 19. – 21. 05. (C4)
Ort: Mallorca
Sonstiges: 24 Fortbildungspunkte; Praxiskonzept: Wie baue ich mir unabhängig von staatlicher Gängelei und Kassenmedizin mit ganzheitlicher Prävention ein hochinteressantes finanzielles 2. Standbein auf? Was hält mich, mein Team und meine Patienten langfristig gesund und vital? Langfristige Erfolge in der Parodontaltherapie, Implantologie und Prophylaxe; Zukunftssichere Positionierung als Wellness-Praxis
Kursgebühr: 650 EUR + MwSt. pro Person
Auskunft: Dr. S. Vornweg, Tel.: 0034/678 72 30 37 oder 0172/27 234 061
 e-mail: info@newsweetcare.de
 www.midlifetuning.com

Thema: Einführung in die Individualprophylaxe und Gruppenprophylaxe – Zertifikat-Kursus –

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 16. – 20. 01. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Stoltenberg; Dr. Sigrid Olbertz; Angelika Doppel
Kursgebühr: 260 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
 Fax: 02323/94 68 333

Thema: „Gemeinsam querdanken“ auf dem 12. DeguDent Marketing Kongress

Veranstalter: DeguDent GmbH
Termin: 20./21. 01. 2006
Ort: Congress Center Messe Frankfurt
Auskunft: DeguDent GmbH, Postfach 1364, 63403 Hanau
 Tel.: 06181/59-57 03
 Fax: 06181/59-57 50
 e-mail: andreas.maier@degudent.de
 www.degudent.de

Thema: „Hygiene in der Praxis nach RKI Richtlinien“ „Sanfte Implantologie“

Veranstalter: Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Termin/Ort: 20./21. 01., Köln; 24./25. 03., Raum Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Jürgen Becker; Dr. Hans Bösebeck; Dr. Rolf Briant; Iris Wälter-Bergob; 12 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.
Auskunft: Akademie Dr. Gräsner, Dr. Klaus Borchert
 Tel.: 08151/44 42-5 00
 Fax: 08151/44 42 75 00
 e-mail: akademie@pharmatechnik.de
 www.pharmatechnik.de

Thema: Ganzheitliche Kieferorthopädie Teil 4

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 20. 01. 2006, 10.00 – 19.00 Uhr;

21. 01. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Christoph Herrmann

Kursgebühr: 690 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale; 560 EUR inkl. MwSt. und Tagungspausch. für Ass. mit KZV-Nachweis

Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Informationsveranstaltung zur Kursreihe „Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Zahnärzte u. Apotheker

Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH

Termin: 21. 01. 2006, 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 – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH

Termin: 21. 01. 2006, 11.00 – 18.00 Uhr

Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg, Streithorstweg 3

Sonstiges: 18-monatige Kursreihe (6 Einzelblöcke zu je 3 Monaten) Rotationsverfahren. 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: Ästhetische Front- und Seitenzahnfüllungen in der Kompositschichttechnik nach Lorenzo Vanini

Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 21. 01. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hotel Maritim, Köln

Sonstiges: Ref.: Dr. Jörg Weiler, Köln

Kursgebühr: 328 EUR zzgl.

MwSt. 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

www.ifg-hl.de

Thema: Diodium-Laser

Anwenderseminar mit Live-OPs

Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: 21. 01., 15. 04., 17. 06. und 14. 10. 2006

Ort: Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Frank Schwarz

Kursgebühr: 395 EUR zzgl.

MwSt. (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten)

Sicherheitszertifikat: 125 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Schütz Dental GmbH, Ingrid Weinlich, Maria Wotschel, Thomas Naß, Dieselstraße 5-6, 61191 Rosbach

Tel.: 06003/814-220

Tel.: 06003/814-230

Tel.: 06003/814-240

Fax: 06003/814-906

Thema: MPG fit – Praxisbegehungen sicher und erfolgreich bestehen!

Veranstalter: dental-qm

Termin: 25. 01. 2006

Sonstiges: Umfassende Vorstellung der gesetzlichen Grundlagen, MPG-Checkliste und ausgearbeitete Formulare auf Kurs-CD-Rom; Ref.: Eva-Maria Wollmarker und Stefanie Schuchert

Kursgebühr: 1 Pers. 250 EUR + MwSt.; 2 Pers. 380 EUR + MwSt.

Auskunft: Dipl.-Kffr., Dipl.-Hall, Kirsten Schwinn, Jungfernstieg 21, 24103 Kiel

Tel.: 0431/97 10-308

Fax: 0431/97 10-309

E-Mail: schwinn@dental-qm.de

www.dental-qm.de

Thema: Praxismanagement für Implantologen
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 27. 01. 2006, 10.00 – 18.30 Uhr;
 28. 01. 2006, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Achim Wöhrle, Birgit Reuber, Martina Wiesemann
Kursgebühr: 790 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Einführung in die Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MSA-1)
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 27. 01. 2006, 10.00 – 19.00 Uhr;
 28. 01. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hotel Maritim, Köln
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Axel Bumann
Kursgebühr: 690 EUR zzgl. MwSt. inkl. Tagungsverpflegung
Auskunft: IFG, Wohlstr. 22, 23669 Timmendorfer Strand Tel.: 04503/77 99 33 Fax: 04503/77 99 44 e-mail: info@ifg-hl.de www.ifg-hl.de

Thema: Homöopathie und Homotoxikologie – ein gelungenes Konzept vielfältiger zahnärztlicher Begleittherapien
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 27. 01. 2006, 10.00 – 19.00 Uhr;
 28. 01. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr,
 29. 01. 2006, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Seidel
Kursgebühr: 890 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale; 750 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale für Ass. mit KZV-Nachweis

Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Möglichkeiten moderner Komposite
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 28. 01. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Winfried Zeppenfeld
Kursgebühr: 330 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale; 270 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale für Ass. mit KZV-Nachweis
Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Basis-Kurs Implantologie für Zahnarzt und HelferIn
Veranstalter: Astra Tech GmbH
Termin: 28. 01. 2006
Ort: Universitätsklinik Heidelberg
Sonstiges: Ref.: OA Dr. Helmut Steveling
Auskunft: Astra Tech GmbH, An der kleinen Seite 8, 65604 Elz Tel.: 06431/98 69 213 Fax: 06431/98 69 500 www.astratech.de

Bekanntmachungen der Berufsvertretungen

ZÄK Westfalen-Lippe

Konstituierende Kammerversammlung

Die Konstituierende Sitzung der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe findet am

Samstag, dem 28. 01. 2006 um 9.00 Uhr s.t. in Dortmund, „Plenarsaal“ der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6,

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

Dr. Walter Dieckhoff, Präsident

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen

Verlust von Kammerausweisen

Zahnärztin
 Alexandra Carolin Steuer,
 Schmiedestraße 8,
 38667 Bad Harzburg,
 geb. am 09. 10. 1976
 in Hannover,
 Ausweis-Nr. 4343,
 ausgestellt am 25. 03. 2002

Yvonne Meyer,
 Poststraße 15 A,
 48431 Rheine,
 geb. am 15. 07. 1973
 in Hannover,
 Ausweis-Nr. 4705,
 ausgestellt am 05. 05. 2003

Dr. Manfred Raimund Peix,
 Meldaustraße 25-27,
 30419 Hannover,
 geb. am 26. 04. 1947
 in Hannover,
 Ausweis-Nr. 1402,
 ausgestellt am 11. 04. 1983

Zahnärztin
 Ulla Karin Herne,
 Vangahostvagen 3 A,
 23011 Falsterbo, Schweden,
 geb. am 05. 11. 1937
 in Berlin,
 Ausweis-Nr. 5345,
 ausgestellt am 21. 06. 2005

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

BZK Trier

Verlust von Kammerausweisen

Zahnärztin
 Sonja Mayntz geb. Matthäus,
 geb. am 11. 06. 1975
 in Stuttgart,
 54411 Hermeskeil,
 Graf Metternich-Str. 13

Zahnärztin
 Ingeborg Mock,
 geb. am 27. 07. 1931 in Trier,
 54292 Trier,
 Zewener Straße 10

BZK Trier,
 Bahnhofstraße 32,
 56068 Koblenz,
 Tel.: 0261/351 42
 Fax: 0261/175 36
 e-mail: info@bzk-trier.de
 www.bzk-trier.de

ZÄK Sachsen-Anhalt

Verlust eines Kammerausweises

Dr. med. dent.
 Marcus Stephan Kriwalsky,
 geb. am 15. 02. 1974,
 Spitze 4,
 061223 Halle,
 Ausweis ausgestellt am
 01. 01. 2001

ZÄK Sachsen-Anhalt,
 Große Diesdorfer Straße 162,
 39110 Magdeburg

Alfred Nobel und die deutschen Laureaten

Der berühmteste aller Preise

Im Dezember regnet es Geschenke. Nicht nur zu Weihnachten. Alljährlich werden in diesem Monat auch die Nobelpreise vergeben. Dieses Mal gehört wieder ein Deutscher zum Kreis der Prämierten, den so genannten Laureaten: der Physiker Theodor W. Hänsch. Doch er ist nur einer von insgesamt 79 Deutschen, die bisher ein Ticket nach Schweden lösen durften.

Wer „im verflossenen Jahr der Menschheit den größten Nutzen geleistet“ hat, kommt als Kandidat für den Nobelpreis in Frage. So hat es sein Stifter, der Industrielle Alfred Nobel, 1896 in seinem Testament verfügt. Aufgrund von Erbstreitigkeiten konnte der Preis aber erst 1901 zum ersten Mal verge-

Große Fußstapfen

Der Direktor für Quantenoptik am Max Planck Institut in Garching muss sich den Gewinn allerdings mit zwei amerikanischen Wissenschaftlern teilen. Alle drei werden für ihre Arbeiten auf dem Gebiet der Spektro-

den. So lassen sich beispielsweise Schadstoffe in der Erdatmosphäre sehr präzise analysieren. Das ist aber nur eine Anwendungsmöglichkeit. Der in Farbspektren aufgeteilte Laserstrahl kann außerdem als Datenautobahn mit einer Vielzahl von Fahrspuren genutzt werden.

Nobelpreisträger Hänsch tritt in große Fußstapfen. Vor ihm kamen unter anderem Wilhelm C. Röntgen (1901), Max Planck (1918) und Albert Einstein. Letzterer musste allerdings lange auf die Auszeichnung warten. Jahr für Jahr wurde er vom Nobelkomitee abgelehnt. Seine Studien seien zu theoretisch und ein praktischer Nutzen nicht erkennbar, hieß es als Begründung. 1921 erhielt der Begründer der Relativitätstheorie den Preis schließlich doch – für das Gesetz des photoelektrischen Effekts. Das Preisgeld floss jedoch nicht in neue Forschungsprojekte. Nein, Einstein führte weit Weltlicheres damit im Schilde. Er hatte es seiner Frau Mileva versprochen, damit sie in die Scheidung einwilligte.

Von der Tuberkulose bis zur Photosynthese

Die medizinische Forschung feiert in diesem Jahr ein Jubiläum: Vor genau hundert Jahren wurde der Forscher Robert Koch in den Kreis der Laureaten aufgenommen. Er erhielt den Nobelpreis für die Entdeckung des Tuberkulosebakteriums. Durch diese und andere Arbeiten hat der Begründer der Bakteriologie das Verständnis von Infektionskrankheiten geprägt: Er bewies, dass Bakterien nicht im Laufe einer Krankheit als ihr Nebenprodukt entstehen, sondern vielmehr als deren Ursache zu gelten haben. Mit seinem Heilmittel für Tuberkulose, dem Tuberkulin, hatte Koch allerdings wenig Erfolg: Es führte zu Gesundheitsschäden. Als Diagnostikum für die Erkrankung wird es aber bis heute eingesetzt.

Die vorerst letzte in der Reihe der 15 deutschen Medizinlaureaten ist Christiane Nüsslein-Volhard. Das Nobelkomitee wählte die Biologin wegen ihrer Erkenntnisse über die genetische Steuerung der frühen Embryonalentwicklung aus. Zusammen mit ihrem amerikanischen Kollegen Eric Wieschaus



Verleihung des Nobelpreises in großem Rahmen – auch die schwedische Königsfamilie ist anwesend.

ben werden. Ursprünglich hatte der Erfinder des Dynamits fünf Kategorien festgelegt: Physik, Chemie, Physiologie oder Medizin, Literatur und Frieden. Im Jahr 1968 kamen auf Initiative der Schwedischen Reichsbank die Wirtschaftswissenschaften hinzu. Auf diesem Gebiet hat sich bisher erst ein Deutscher durchgesetzt. Auf allen anderen sind die Reihen der Gekürten länger. Die Physik zum Beispiel kann 23 Preisträger vorweisen. Der neueste Zugang: der Quantenphysiker Hänsch.

skopie ausgezeichnet – der Erforschung der von Gasen, Flüssigkeiten und festen Körpern ausgesandten Wellenlängen. Der besondere Verdienst des Deutschen ist die Entwicklung eines optischen Frequenzkamm-Synthesizers, mit dessen Hilfe die Zahl der Lichtschwingungen pro Sekunde so genau gezählt werden kann wie nie zuvor. Der Praxisnutzen dieser Erfindung: Treffen Atome oder Moleküle auf Laserlicht, können über die entstehenden Farben ihre chemischen Bestandteile bestimmt wer-

And the winner is

Für einen Nobelpreis kann man sich nicht bewerben, man muss nominiert werden. Die Vorschlagsrechte sind je nach Preiskategorie unterschiedlich verteilt: Zum einen sind die vorangegangenen Laureaten nominierungsberechtigt. Für Physik, Chemie, Medizin und Wirtschaftswissenschaften kommen hinzu: die Mitglieder des jeweiligen Nobelkomitees, die schwedische Akademie der Wissenschaften, Professoren der jeweiligen Fachrichtung an skandinavischen Universitäten sowie andere ausgesuchte Spezialisten. Für den Nobelpreis in Literatur können Vorschläge von Literatur- und Linguistikprofessoren, Mitgliedern der Schwedischen Akademie sowie den Präsidenten repräsentativer Schriftstellervereinigungen eingereicht werden. Nominierungen für den Friedensnobelpreis kann jedes Mitglied einer Regierung oder eines internationalen Gerichts aussprechen. Auch Professoren der Fachrichtungen Sozialwissenschaft, Geschichte, Philosophie, Recht und Theologie sowie die Leiter von Friedensforschungsinstituten und ähnlichen Organisationen sind mit eingeschlossen. Die endgültige Auswahl trifft das für die jeweilige Kategorie zuständige Nobelkomitee.

■ Infos rund um den Nobelpreis auf www.nobelprize.org

identifizierte und systematisierte sie Gene, die im Ei der Tauffliege die Anlage des Körperplans steuern. Nüsslein-Volhard ist eine von 33 Frauen, die bisher einen Nobelpreis erhielten. Insgesamt wurde er 776 Mal vergeben.

Am häufigsten durften bisher die deutschen Chemiker nach Schweden reisen. 1902 machte Hermann Emil Fischer den Anfang. Der so genannte Vater der Biochemie erhielt den Preis für die Synthese des Traubenzuckers und seine Arbeiten über Purine, die Bausteine der Nukleinsäure. Im menschlichen Körper werden Purine als Harnsäure abgebaut. Fischer gelang 1898 erstmals deren Synthese. Mit seinem Erfolg überflügelte er seinen früheren Lehrer, Adolf von

Alfred Nobel (re.), Stifter des gleichnamigen Preises, verfügte diesen im Jahre 1896 mit dem Ziel: Wer „im verflossenen Jahr der Menschheit den größten Nutzen geleistet“ hat, ist preiswürdig.



Fotos: bridgemanart



Albert Einstein (li.) musste lange warten, ... bei Wilhelm Röntgen (re.) ging es schneller mit der Nominierung.



Fotos: akty/kpa

Baeyer. Der erhielt den Nobelpreis erst drei Jahre später, unter anderem für die künstliche Herstellung des Indigofarbstoffs. Auf die beiden ersten deutschen Chemielaureaten folgten 25 weitere. Zuletzt das Dreiergespann Johann Deisenhofer, Robert Huber und Hartmut Michel, die 1988 für ihre Forschung auf dem Gebiet der Photosynthese, speziell der Bestimmung der räumlichen Struktur von Proteinen, ausgezeichnet wurden.

Literatur und Frieden

Fast wäre Deutschland ein Nobelpreisträger durch die Lappen gegangen: Eigentlich wollte Gerhart Hauptmann Bildhauer in Rom werden. Hätte er seinen Traum verwirklicht, wäre für die Literatur wohl kaum viel Zeit geblieben. So aber bekam der Autor des Dramas „Die Weber“ als dritter deutscher Literat die Auszeichnung im Jahr 1912. Es folgten Thomas Mann (1929), Hermann Hesse (1946), Nelly Sachs (1966), Heinrich Böll (1972) und Günther Grass (1999).

Der Menschheit großen Nutzen leisten konnte in den Augen Nobels auch und vor allem, wer sich um den Frieden bemüht macht. Bis dato wurden von seiner Stiftung vier Deutsche ins norwegische Oslo eingeladen, wo traditionell die Verleihung des Friedenspreises stattfindet. Als würdig auf

diesem Feld wurden befunden: Reichskanzler Gustav Stresemann (1926) sowie der französische Außenminister Aristide Briand für ihren Beitrag zur deutsch-französischen Aussöhnung nach dem Ersten Weltkrieg. Ludwig Quidde (1927) für sein Engagement als Vorsitzender der Deutschen Friedensgesellschaft. Dritter deutscher Laureat auf diesem Feld wurde der Publizist Carl von Ossietzky im Jahre 1935. Der Gegner des Naziregimes erfuhr von seiner Auszeichnung im Konzentrationslager Esterwegen-Papenburg. Die Reise zur Preisverleihung wurde dem zu diesem Zeitpunkt schon stark an Tuberkulose erkrankten Ossietzky verboten. Im Mai 1938 starb er an den Folgen der Infektion. Zuletzt fiel die Wahl des Nobelkomitees 1971 auf einen Deutschen. Der damalige Bundeskanzler Willy Brandt erhielt den Preis für seine Ostpolitik, die die Entspannung und den Ausgleich mit den Staaten jenseits des Eisernen Vorhangs suchte. Mehr als 30 Jahre später hat Brandts Dankesrede scheinbar wenig an Aktualität eingebüßt: „Spannungsabbau und Zusammenarbeit der Völker, Abrüstung und Waffenkontrollen, Partnerschaft mit denen, die bisher als die Verlierer galten, gemeinschaftlicher Schutz gegen Gefahren und gegenseitige Zerstörung – all das muss möglich sein und dafür müssen wir uns einsetzen.“ sth

Hohe Steuerbelastung kommt auf Zahnärzte zu

Von wegen erleichtert ...

Sigrid Olbertz, Jürgen Stolz

... die neue Steuerlast wird zur Zerreißprobe! Die Steuerpläne der Regierungskoalition sind für selbstständige Zahnärzte alles andere als rosig. Zwar werden Union und SPD das Steuerrecht umfassend umbauen, aber von dessen Vereinfachung oder Steuererleichterungen kann keine Rede sein. Manche Entscheidung ist wohl – weil „mit der heißen Nadel“ gestrickt – zumindest derzeit als vorläufig zu betrachten.

Deshalb wiegt es um so schwerer, dass die privaten Steuerberatungskosten ab dem Jahr 2006 nicht mehr absetzbar sind. Dazu zählen neben dem Honorar zur Erstellung der Einkommensteuererklärung für den Steuerberater auch der Beitrag zu einem Lohnsteuerhilfeverein, die Kosten für Fachliteratur oder Steuersoftware. Der Zahnarzt muss sich also alleine durch das Steuerrecht kämpfen, oder die Kosten für die Einkommensteuererklärung von seinem privaten, versteuerten Geld bezahlen. Und das bei zunehmend komplizierter werdender Steuergesetzgebung! Diese Regelung lässt einen Rechtsstreit bis vor das Bundesfinanzgericht erwarten.

Nicht betroffen von dieser Neuregelung sind die Steuerberatungskosten, die mit der Aufstellung der Einnahme-Überschussrechnung für die Zahnarztpraxis oder aber mit der laufenden Lohn- und Finanzbuchhaltung verbunden sind. In Zukunft wird es also wichtig sein, die Kosten für die praxisrelevanten (betrieblichen) und die privaten Steuerberatungsleistungen korrekt zu kalkulieren und in den Rechnungen durch den Steuerberater genau trennen zu lassen.

Einige Zahnärzte konnten ein Arbeitszimmer in ihrem privaten Haus oder ihrer Wohnung steuerlich geltend machen. Ab dem 1. Januar 2007 wird ein Arbeitszimmer nur noch dann anerkannt, wenn es den alleinigen Mittelpunkt der gesamten betrieblichen und beruflichen Tätigkeit darstellt. Ein Zahnarzt in eigener Praxis, der sein privates Büro gelegentlich für Praxistätigkeiten oder aber nur für eine andere wirtschaftliche Nebentätigkeit nutzt, kann künftig nichts mehr für die anfallenden Raumkosten (Abschreibung, Miete, Energie und mehr) ab-

setzen – wohl aber darf er die verwendeten Arbeitsmittel (Computer, Schreibtisch) steuerlich geltend machen.

Fast jede Zahnarztpraxis beschäftigt zumindest eine Mitarbeiterin in einem Minijob. Die vom Zahnarzt hierfür zu zahlenden pauschalen Sozialversicherungsabgaben sollen von 25 auf 30 Prozent steigen. Bei der angespannten wirtschaftlichen Lage vieler Zahnarztpraxen dürften als Konsequenz dieser fünfprozentigen Lohnkostenerhöhung entweder neue Gehaltsverhandlungen oder weitere Personalfreistellungen zu erwarten sein.

Ab dem 1. Januar 2007 erhöht sich die Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent. Da der Fiskus dem Zahnarzt die Vorsteuer üblicherweise nicht erstattet (Ausnahme: zahntechnisches Eigenlabor), verteuern sich sämtliche Investitionen, auch Materialeinkauf, Handwerkerrechnungen et cetera um drei Prozentpunkte. Gleichzeitig mit der Mehrwertsteuer wird die Versicherungssteuer ebenfalls von 16 auf 19 Prozent angehoben. An der Regelung für den ermäßigten Mehrwertsteuersatz ändert sich nichts, sie bleibt bei sieben Prozent.

Für Zahnärzte, die aufgrund eines zahntechnischen Eigenlabors oder sonst als Unternehmer der Umsatzsteuerpflicht unterliegen, ergibt sich künftig eine Erleichterung. Sie müssen die Umsatzsteuer generell erst dann abführen, wenn der Patient die

Rechnung beglichen hat. In der Vergangenheit gerieten Unternehmen in Zahlungsschwierigkeiten, weil sie die Umsatzsteuer vor dem Erhalt des Rechnungsbetrags ans Finanzamt zahlen mussten.

Anders abschreiben

Um die Wirtschaft anzukurbeln, wird – zeitlich begrenzt – die degressive Abschreibung geändert. Unternehmen, die in bewegliche Wirtschaftsgüter (nicht Gebäude) investieren, dürfen im Jahr des Erwerbs 30 Prozent – statt wie bisher 20 Prozent – der Anschaffungskosten abschreiben. Diese Maßnahme soll auf zwei Jahre (2006 und 2007) begrenzt sein. Für Mietwohnungen (Gebäude-AfA im Privatvermögen) hingegen wird die degressive Abschreibung abgeschafft.

Auch bei der steuerlichen Regelung der Betriebsausgaben soll sich einiges ändern. Bisher konnten Zahnärzte 70 Prozent der Kosten für die Bewirtung von Kunden und Geschäftspartnern steuerlich als Betriebsausgaben absetzen. Auch Geschenke an Geschäftspartner wurden bis 40 Euro als Betriebsausgaben berücksichtigt. Schlemmen auf Kosten des Finanzamts sowie Geschenke an Geschäftspartner sollen künftig nicht mehr absetzbar sein.

Aber auch die Mitarbeiterinnen sind von den Kürzungen betroffen. Der Freibetrag

Foto: PP



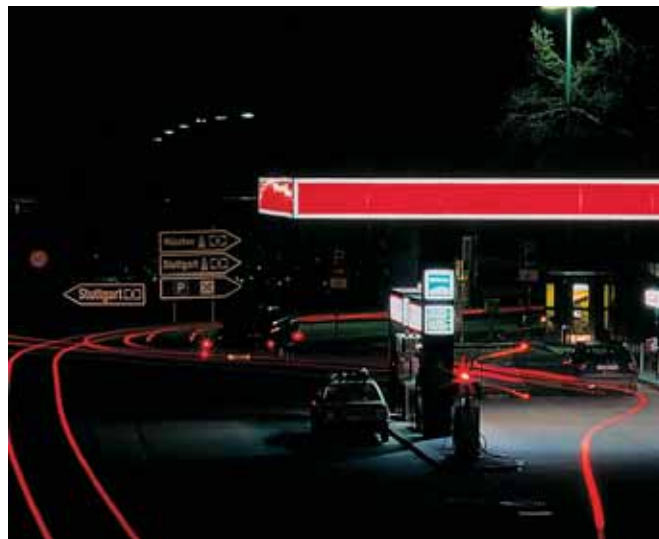
für Abfindungen bei Entlassungen soll zum 1. Januar 2006 wegfallen. Derzeit bleibt der „goldene Handschlag“ je nach Alter und Betriebszugehörigkeit in Höhe von 7 200 bis 11 000 Euro steuerfrei. Ebenfalls ab 2007 soll die Heirats- und Geburtsbeihilfe, die bisher bis zu 315 Euro steuerfrei gewährt werden konnte, ersatzlos gestrichen werden. Ebenfalls ab dem Jahr 2007 wird die Pendlerpauschale für die ersten 20 Entfernungskilometer ganz gestrichen. Erst wenn die Arbeitsstätte mindestens 21 Kilometer entfernt ist, kann die Mitarbeiterin noch 0,30 Euro pro Kilometer geltend machen. Bei 200 Arbeitstagen und 20 Entfernungskilometern werden so 1 200 Euro steuerpflichtig.

Gut verdienende Arbeitnehmer in unseren Praxen müssen sich auf Einbußen bei den Zuschlägen für Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit gefasst machen. Zwar soll die Steuerfreiheit wie bisher erhalten bleiben, allerdings werden Sozialabgaben (zirka 42 Prozent Gesamtsozialversicherungsbeitrag) ab einem Grundstundenlohn von 25 Euro fällig.

Ab Mitte des nächsten Jahres soll Biokraftstoff genauso wie Mineralöl voll besteuert werden. Bei der Kfz-Steuer soll ein neues Steuersystem, nach den Schadstoffklassen gestaffelt, gelten. Für 2008 ist geplant, auch Dieselfahrzeuge und LKWs ohne Rußpartikelfilter in der Steuer hochzustufen.

Bezüglich der Erbschaftsteuer gibt es für Zahnärzte ebenfalls interessante Neuerungen. Für Familienbetriebe – ein Kind des Zahnarztes führt die Praxis fort – soll es Steuerentlastungen geben. Denn ab 2007 sollen Erben keine Erbschaftsteuer mehr bezahlen, wenn sie ein Familienunternehmen zehn Jahre weiterführen. Dabei wird die eigentlich entstandene Erbschaftsteuer zinslos gestundet und für jedes Jahr, in dem die Jobs erhalten bleiben, ein Zehntel der Steuerschuld erlassen.

Schlechter gestellt bezüglich der Erbschaft- und Schenkungssteuer werden Erben einer Immobilie. Es steht ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes an, da der Bundesfi-



Entfernungspauschale und Nachtzuschläge werden schrumpfen, Autofahren wird teurer.

nanzhof die Erbschaft- und Schenkungssteuer bei der Immobilienübertragung im Vergleich zu einer Bargeldübertragung für zu niedrig hält. Deshalb ist zu erwarten, dass Immobilien statt mit bisher 60 Prozent künftig mit 100 Prozent des Verkehrswerts besteuert werden müssen.

Frisch gestrichen

Harte Einschnitte finden sich künftig im Vermögensbereich des Zahnarztes. Ab 1. Januar 2006 soll die Eigenheimzulage für Neuobjekte ersatzlos gestrichen werden. Zudem soll ebenfalls ab 2006 die degressive Abschreibung für neu geschaffene Wohnbauten im Privatvermögen abgeschafft werden. Ein Wohnungsvermieter kann dann in den ersten zehn Jahren nur zwei statt wie bisher vier Prozent der Anschaffungs- oder Herstellungskosten absetzen.

Die Möglichkeit des steuerfreien Verkaufes von Aktien, Wertpapieren und Immobilien nach Ablauf der jeweiligen Spekulationsfrist soll ab Januar 2007 wegfallen. Dann muss auf sämtliche privaten Veräußerungsgewinne eine pauschale Steuer von 20 Prozent bezahlt werden (Abgeltungssteuer). Bis Redaktionsschluss blieb unklar, was für eine Übergangsregelung es für bereits vorhandenes Vermögen hierzu geben wird, ob anstelle der Abgeltungssteuer der tatsächliche Gewinn nachgewiesen und der Einkommensteuer unterworfen werden kann und wie eine Verlustberücksichtigung aussehen könnte.

Der Sparerfreibetrag für Kapitaleinkünfte (Zinsen, Dividenden aus Aktien, et cetera) soll ab 2007 auf 750 Euro (Verheiratete 1 500 Euro) reduziert werden. Der

Werbungskostenabzug bleibt unverändert. Ab dem Jahr 2007 müssen Top-Verdiener zudem auf Einkünfte ab 250 000 Euro (Verheiratete 500 000 Euro) 45 Prozent, statt 42 Prozent, Steuern zahlen. Aber mit dieser Reichensteuer (auch fachintern verschämt „Bildungssteuer“ genannt) werden wohl nur wenige Zahnärzte belastet werden.

Anders sieht es jedoch bei zwei langfristig geplanten Projekten der Großen Koalition aus: Demnach sollen voraussichtlich ab 2008 Kindergeld und -freibetrag nur noch bis zum 25. Lebensjahr (bis 27. Lebensjahr) gewährt werden. Betroffen sind hier insbesondere Zahnärzte, deren Kinder studieren, um später etwa in die elterliche Praxis einzutreten.

Daneben steht innerhalb einer umfassenden Steuerreform das Ehegattensplitting auf dem Prüfstand. Statt dessen soll ein neues Anteilsystem eingeführt werden, bei dem jeder Ehegatte künftig soviel Einkommensteuer nach einer einheitlichen Steuertabelle bezahlt, wie es seinem Anteil am gemeinsamen Einkommen entspricht.

Wieder einmal auf dem Tisch ist innerhalb einer umfassenden Steuerreform das Thema der Gliederung der Unternehmenssteuern. Jetzt sollen wieder alle Unternehmen, also auch die Freiberufler (Zahnärzte, Ärzte, Rechtsanwälte, Steuerberater und mehr) zu einer Gemeindesteuer herangezogen werden. Wie sich dadurch die Gesamtsteuerbelastung entwickelt, kann im Moment keiner beantworten.

Viele der genannten Entscheidungen wurden „mit der heißen Nadel gestrickt“, weshalb Änderungen und Nachbesserungen zu erwarten sind. Gut beraten ist deshalb jeder Zahnarzt, der in nächster Zeit den Kontakt mit seinem Steuerberater intensiv pflegt und sich über die geplanten Änderungen weiterhin auf dem Laufenden hält.

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

Jürgen Stolz
Steuerberater, Dipl.-Finanzwirt
Homburger Str. 72b, 47441 Moers

Investieren in antiken Schmuck mit Geschichte, Qualität und Design

Schmuckes für Liebhaber

Marlene Endruweit

Schon immer haben die Menschen sich gerne geschmückt. Mit Ringen, Armbändern, Ketten oder Ohrringen unterstreichen sie ihre Persönlichkeit. Die Fülle des Angebots an Schmuck überwältigt. Kenner lassen Serienprodukte liegen und greifen zu antiken Stücken. Neben materiellem Wert zeichnen sie sich durch unverwechselbare Gestaltung und anspruchsvolle Handarbeit aus. Die Preise sind dabei häufig moderat. Vorausgesetzt, der Käufer verfügt über ein gewisses Maß an Sachkenntnis.

Auch heute noch steht der Name Wallis Simpson als ein Beispiel dafür, dass Märchen wahr werden können. Für die geschiedene Amerikanerin verzichtete Edward III. auf den englischen Thron. Seine große Liebe zu ihr bewies er mit unzähligen Juwelen – sensationelle Unikate, ge-

Der Auktionator Nicholas Rayner nennt die Gründe für diesen Erfolg: „Die drei Elemente Geschichte, Qualität und Design machen die Sammlung einmalig.“ Damit führt er die wichtigsten Kriterien auf, anhand derer Liebhaber antiken Geschmeides die Spreu vom Weizen trennen.

Kaum jemand, der nicht ein paar Ölfelder sein eigen nennt oder über sonstige sprudelnde Geldquellen verfügt, begibt sich auf eine der großen Juwelenauctionen wie sie nur in Genf, St. Moritz oder Hongkong stattfinden, um für die Dame seines Herzens ein Erinnerungstück zu erwerben.

Guten Schmuck bieten auch seriöse Händler in Geschäften und auf Antiquitätenmessen. Schnäppchen warten dort zwar kaum. Dafür ist antiker Schmuck eher ein Thema für Individualisten, die gerne ein Stück erwerben, das andere nicht beliebig nachkaufen können.

Als antik bezeichnet die Branche alles, was älter ist als 100 Jahre. Doch die eigenwilligen Formen



Foto: Büttiker, Zürich

Der schnörkelige Jugendstil prägt diese Libelle zum Anstecken von René Lalique.

der vierziger, fünfziger und sogar der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts darf man gestrost diesem weiten Sammelgebiet hinzurechnen. Die Preise für guten Schmuck, die bis in die Neunziger noch als besonders günstig galten, haben inzwischen angezogen.

Doch gemessen an den Beträgen, die Sammler für Bilder oder Möbel hinblättern, gelten Geschmeide generell als unterbewertet. Liebhaber finden hier immer noch große Kunst zu moderaten Preisen, wenn sie sich nicht gerade auf die heiß begehrten Designstücke des Art Déco kaprizieren.

Die Kunst des Déco

Der Begriff leitet sich von „Exposition internationale des arts décoratifs“ ab, der großen Weltausstellung des Kunstgewerbes, die 1925 in Paris stattfand. Vergessen waren die floralen Ornamente des Jugendstils. Das Frauenbild änderte sich radikal und die Mode folgte dem nach. Die Säume der Kleider und Röcke rutschten nach oben, Busen und

Taille verschwanden und die Haare fielen der Schere zum Opfer. Schmuck trugen die Damen als lässiges Beiwerk. Diamanten glitzerten auf der Schipiste mit dem Schnee um die Wette und abends behängte sich die Weiblichkeit mit Bakelit und Chrom.

Als Materialien gingen Platin und Diamanten in strenger Formation eine perfekte Symbiose ein. Die eckigen Broschen und Armbänder gelten als besonders charakteristisch für diese Zeit bis in die vierziger Jahre des 20. Jahrhunderts. Gleichzeitig aber entstanden geradezu revolutionäre



Foto: Röder

Ein Kleiderclip aus den Vierzigern

fertigt von den großen Goldschmieden dieser Zeit: Cartier, Harry Winston, Van Cleef & Arpels ... Am 2. und 3. April 1987 kam die Sammlung bei Sotheby's in Genf unter den Hammer. Sie erzielte mehr als 31 Millionen Dollar. Ausschlaggebend für das Resultat waren neben der Provenienz vor allem die Qualität der Materialien und deren handwerkliche Verarbeitung.



Foto: Röder

Angeklippt und fertig ist die Zier aus Platin und Diamanten, etwa 1920

Worauf Sammler achten sollten

Das wichtigste Argument für die Kaufentscheidung eines antiken Schmuckstücks heißt: Das Objekt muss gefallen. Weitere Punkte verdienen Beachtung, wenn das gute Stück zum Aufbau einer Sammlung gehört:

- Ein sehr guter Erhaltungszustand kann für den späteren Wiederverkauf entscheidend sein.

- Die Materialien – also Metall und Edelsteine – sollten von möglichst hoher Qualität sein.

- Ein wichtiger Faktor für die Bewertung eines Schmuckstücks ist seine Provenienz. Stammt es aus einer bekannten Sammlung oder aus dem Besitz eines Prominenten, steigert das seinen Wert.

- Kluge Sammler kaufen Schmuck, dessen Gestaltung besonders charakteristisch für die jeweilige Zeit ist. Weist der Ring oder die Brosche dann noch die Signatur des Künstlers auf, erhöht dies seinen Wert.

- Die Händler haften mit der gesetzlich vorgeschriebenen Gewährleistung. Manche von ihnen gewähren sogar zeitlich unbegrenzte Kulanz.

Schmuckstücke, bei denen sehr teure Edelsteine kombiniert wurden mit geringerwertigem Grünquarz, Bergkristall oder Koralle. Besonders Boucheron an der Pariser Place Vendome entwarf für seine elitäre Klientel Schmuck, der heute zu Liebhaberpreisen gehandelt wird.

Typisch für das Art Déco sind die stilisierten ägyptischen Motive, angeregt durch die Entdeckung des Grabes von Tutanchamun durch den Engländer Carter im Jahr 1923. Derartige Stücke sind heute sehr gesucht und kosten leicht mehrere zehntausend Euro. Thomas Färber, Münchner

Händler für antiken Schmuck, findet diese Summen nicht überzogen: „Dieser Schmuck ist auch Ausdruck einer wunderbaren Zeit.“

Die Sache mit dem Doppelclip

Eine Erfindung des Art Déco ist der Doppelclip. Ein praktischer Mechanismus erlaubte es, diese Schmuckstücke sowohl als Brosche als auch in Form zweier fast identischer Clips zu tragen. Entsprechend der damaligen Mode klemmten die Damen sie an den Saum ihrer Jumper oder an die Revers ihrer Kostümjacken. Hergestellt wurden sie bis in die fünfziger Jahre.

Für Sammler mit normalem Geldbeutel bleiben die meisten Stücke des Art Déco unerschwinglich. Faszinierte Sammler, die unbedingt ein Stück aus dieser glanzvollen Zeit besitzen möchten, finden preiswerte Alternativen bei den nicht signierten Exemplaren – gute Chancen bietet der Modeschmuck aus diesen Jahren. Hohe Qualität verspricht der Name Jakob Sprengel aus Oberstein. Er produzierte Broschen, Ohrringe und vieles mehr aus dem Kunst-



Foto: Quittenbaum, Hamburg

18 K-Gelbgold paart sich mit graviertem Glas und Emaille auf dem Art-Déco-Stück von etwa 1830

stoff Gedalith; die Preise beginnen bei 600 Euro.

Ihren Zenit bereits überschritten haben die Preise für die Schmuckstücke des Jugendstils. Auf immer währendem hohen Niveau verharren die Kunstwerke des wohl herausragendsten Künstlers dieser Zeit, des Franzosen René Lalique. Seine Kunstwerke zeichnen sich weniger durch besonders wertvolle Materialien aus. Er schuf aus Gelbgold, Silber, Glas, Perlmutter und vor allem Email handwerklich äußerst aufwändige, filigrane Schmuckstücke. Manche Objekte sind so empfindlich,

dass sie kaum getragen werden können. Schon damals konnten sich nur sehr reiche Leute, wie der Ömilliardär Calouste Gulbenkian, eine Brosche oder einen Anhänger aus Laliques Werkstatt leisten. Seine Sammlung mit den besten Stücken können Liebhaber heute in seinem Museum in Lissabon besichtigen. Die Blütezeit des Jugendstils begrenzt sich auf die Jahre zwischen 1895 und 1905. Damals wurde alles – Möbel, Bauwerke, Porzellan, Silber und eben auch Schmuck – mit organisch-pflanzlichen Formen geradezu übergossen. Dabei zeigten sich die heftigsten Ausprägungen in Belgien und Frankreich. In Deutschland und Österreich hielt man sich eher an strengere Formen.

Während Lalique-Schmuck weder zu bekommen noch zu bezahlen ist, gibt es sehr gute Broschen aus weniger bekannten Werkstätten, zum Beispiel von Edouard Colonna ab 3 000 Euro. Nicht signierte Stücke aus Frankreich, etwa eine zehn mal fünf Zentimeter große gebogene Brosche aus Gold, Silber, Rosendiamanten und Perlen in sehr



Foto: Rauhenstein/Hovis, München

Der Doppelclip ist eine praktische Erfindung des Art Déco. Statt Brosche zu tragen. Hier mit Platin, Diamanten und Smaragden.



Foto: Röder

Aus Deutschland stammt die Brosche mit Brillanten in Platin, etwa 1910

guter Qualität, kosten um die 15 000 Euro. Sehr viel preiswerter gibt es sehr schöne Stücke in Silber mit Schmucksteinen und Elfenbein in Sammlerqualität aus skandinavischen und deutschen Werkstätten.

Eisen aus Berlin, ...

Eine wahre Fundgrube für Sammler bietet der Schmuck des 19. Jahrhunderts. Typisches Beispiel für die erste Hälfte des Jahrhunderts ist der Berliner Eisenschmuck. Er wurde als „Fer de Berlin“ sogar in Frankreich nachgeahmt. Der bedeutendste Hersteller war die Privatgießerei von Conrad Geiss. Diese Technik erlaubte bereits eine serielle Herstellung, indem man bestimmte Ornamente immer wieder anders zusammenfügte. Die von Geiss gegossenen und signierten Stücke sind begehrt und entsprechend hoch bewertet. So kostet ein aufwändiges Armband zirka 2 000 Euro. Ebenfalls sehr gute Qualitäten stammen aus den Berliner Privatgießereien von August Ferdinand Lehmann und Siméon Pierre Devaranne. Unsignierter Eisenschmuck ist sehr schwierig zuzuordnen, zumal er häufig kopiert wurde.

... Lava aus Neapel, ...

Zu den liebsten Zeitvertreibern der Reichen des 19. Jahrhunderts gehörte das Reisen. Sie entdeckten Italien und als Souvenirs für ihre Lieben daheim brachten sie häufig Schmuck mit. Dazu gehörten auch die kunstvoll geschnitzten Kameen aus Lava und Muschelkalk aus der Gegend um Neapel. Sie gehören wegen des billigen Materials und des eher niedrigen gestalterischen Werts nicht unbedingt zur Spitzenkunst. Doch gefasst in Gold und zu Colliers, Armbändern und Broschen verarbeitet, gelten sie als sammelwürdig. Vor allem die Vielfalt der Motive weckt das Interesse der Liebhaber. Aufgrund des empfindlichen Materials haben nur wenige den Lauf der Zeit unversehrt überstanden. Beim Kauf sollte man deshalb unbedingt darauf achten, dass die Reliefs unbeschädigt sind. Zurzeit werden sie am Markt noch unterschätzt. Für weniger betuchte Sammler sind sie deshalb noch erschwinglich.

Weil es auf diesem Gebiet relativ wenige Fälschungen gibt, eignen sie sich besonders für Einsteiger. Ausschlaggebend für die Qualität sind künstlerische Qualität, detaillierte Darstellung, Tiefe des Schnitts und die harmonische Farbgestaltung. Colliers in feinsten Qualität mit Kameen aus Muschelkalk auf dunklerem Lava-Untergrund gearbeitet erzielen auf Londoner Auktionen knapp 5 000 britische Pfund. Schlichtere Broschen sind entsprechend billiger.

... Geschmeide aus Paris

Der Schmuck des Historismus zeichnet sich durch Rückgriffe auf die verschiedensten Stilformen wie Gotik, Renaissance, Barock und Rokoko aus. Sie lösten sich gegenseitig ab oder überlagerten sich. Als Materialien verwendete man Gold, Silber, Email, Perlen, Türkise und Edelsteine, wie Diamanten, Rubine und Smaragde. Typisch ist auch die

Verarbeitung von vergoldetem Silber. Die Goldschmiede, wie die des französischen Meisters François-Desiré Froment-Meurice, erhoben die Schmuckstücke zu kleinen Skulpturen. Eine besonders schöne Brosche des Franzosen kostet um 4 000 Euro. Nicht signierte Anhänger im Rokoko-Stil mit einer Miniatur auf Elfenbein in einem Rahmen aus Silber mit Türkisen und Orientperlen gibt es für zirka 1 500 Euro.

Viktorias Gruß in Türkis und Opal

Michael Röder, Händler und Diamantgutachter aus Bergisch-Gladbach bei Köln, hält viktorianischen Schmuck noch für unterbewertet. Mit diesem interessanten Sammelgebiet meinen Experten Stücke, die in England während der Regentschaft von Königin Viktoria entstanden sind. Ein typisches Motiv ist die Schlange. Armreifen und Ringe, in denen dieses mythologische Symbol verarbeitet ist, sind auch heute noch gesucht.

Als Materialien benutzte man während der frühviktorianischen Zeit häufig die Kombination von Gold und Türkis. Statt der Steine verwendeten die Goldschmiede häufig Emaillierungen. Ketten werden oft mit Verschlüssen in Form einer Hand zusammengehalten.

Typisch für die späten viktorianischen Jahre ist die Verwendung von Opalen. Der Grund dafür ist, dass ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Australien viele Opale entdeckt worden sind. Königin Vik-



Foto: Linckersdorf, München

Viktorianischer Prunk (um 1880) zum Umhängen und Anstecken prangt in Gold mit Amethyst und Perlen



Foto: Sotheby's

Türkise, Amethysten und Diamanten funkeln mit dem Gold um die Wette.

toria erkor ihn zu ihrem Lieblingsstein. Aufwändig und bunt gestaltete Broschen und Anhänger kosten zwischen 2 000 und 7 000 Euro.

Viele, viele bunte Steine

Sammler, denen die kostbaren Glanzstücke des Art Déco zu teuer geworden sind, wenden sich nun verstärkt der Zeit danach zu: Schmuck aus den vierziger, fünfziger und sogar den sechziger Jahren. Nach den kühlen Farben des Art Déco folgten nun wieder viel Gelbgold und große bunte Steine.

Während der fünfziger Jahre entwickelten Goldschmiede die breiten Armbänder, die bis heute als Klassiker produziert werden. Eine Neuheit aus den vierziger Jahren stellen die Wabenarmbänder in Gelbgold dar. Ursprünglich handelt es sich um eine Kreation von Van Cleef & Arpels, die die Goldschmiede als „Ludo“ bereits 1934 kreierten. Ohne den Besatz von Edelsteinen kosten diese Armbänder deutlich weniger als 4 500 Euro. Ein weitere Mode dieser Zeit ist der Retro- oder Cocktail-schmuck. Seine auffälligen und kontrastreichen Formen fanden ihren Platz auf den Revers der engen Kostümjacken mit den

breiten Schultern, wie man sie damals trug. Als bekennender Fan großer Broschen verhalf die ehemalige US-Außenministerin Madeleine Albright diesen kleinen Kunstwerken wieder zu internationaler Aufmerksamkeit.

Die meisten Schmuckstücke der vierziger und fünfziger Jahre stammten aus den USA. Denn Europa litt noch sehr unter dem Zweiten Weltkrieg und seinen Folgen. Wie schon beim „Ludo“ zeigte Van Cleef & Arpels mit der Technik des „invisible settings“ erneut sein großes Können. Dabei handelt es sich um eine Art Pavé-Fassung, bei der die Edelsteine unsichtbar auf einem Gitter befestigt werden, so dass die Oberfläche wie eine einheitlich schimmernde Edelsteinfläche wirkt. Besonders typisch dafür sind die Broschen in Form eines Blattes wie sie auch heute noch häufig gearbeitet werden.

Großer Beliebtheit während dieser Zeit erfreuten sich figürliche Broschen: Balletttänzerinnen, die gerade eine Pirouette drehen, Golfspieler beim Abschlag oder niedliche Tiere gehören dazu.

Experte Michael Röder hat sie zehn Jahre lang gesammelt. Seine Kunden begeisterten sich für die liebevoll gestalteten Objekte. Heute hat er nur noch wenige. Die Preise beginnen bei 1 500 Euro.

Tiger von Cartier

Mit gefleckten Raubkatzen – in Platin und Weißgold, das Fell gestaltet mit Diamanten und schwarzem Onyx, als Augen leuchten grüne Smaragde – begeisterte die Werkstatt von Cartier 1948 die Herzogin von Windsor. Und löste damit einen wahren Boom aus. In Gelbgold gearbeitet bevorzugte sie die Woolworth-Erbin Barbara Hutton. Noch heute gelten die Panther als das Hausmotiv der Pariser Goldschmiede.

Zu den großen Namen dieser Zeit gehört sicherlich auch der gelernte Silberschmied Sortirio Bulgari. Seine schweren Ketten und Armbänder in Gold mit großen bunten Edelsteinen besetzt sind in ihrer Originalfassung von Hand gearbeitet sehr teuer. Inzwischen produzieren die Werkstätten nach den gleichen Entwürfen – allerdings mit vorgefertigten Teilen.



Foto: Sotheby's

1948 sprang der erste Cartier-Tiger am Revers der Herzogin von Windsor. Und löste einen Boom aus.

Der Schmuck geht um die Welt

Schmuck wie er damals und auch heute noch für die Reichen und Schönen dieser Welt extra entworfen und angefertigt wurde und wird, geht sozusagen um

Stichwort: Punzierung

An der Stempelung oder Punzierung erkennt man den Feingehalt des Metalls sowie die Zeichen der Meister. In Deutschland unterliegt die Punzierung keiner staatlichen Kontrolle. Deshalb haftet der Verkäufer für die Richtigkeit der Angaben. Besonders die Meister-Zeichen erlauben eine genauere zeitliche Zuordnung. ■

die Welt. Die berühmten Firmen stellen ihren Stammkunden die Kollektionen vor. Sie wählen aus, der Rest geht zurück. Die normale sterbliche Kundschaft bekommt diese Meisterstücke gar nicht zu sehen: Was übrig bleibt, wird wieder eingeschmolzen. Auf diese Weise bewahren sich die Werkstätten ihren exklusiven Namen. Und die Kundin kann sicher sein, dass ihr weder Hinz noch Kunz mit der gleichen Kette begegnet.

Die Geometrie zur Mode

Für schmalere Geldbörsen gibt es auch immer wieder attraktive Stücke. Zurzeit entdecken die Sammler gerade den Modeschmuck. Allerdings nicht die Massenware, wie sie in den Kaufhäusern zu finden ist, sondern liebevoll gestalteter und handwerklich perfekt gearbeiteter Schmuck.

Die französische Hauptstadt galt damals und gilt noch heute als die Metropole der Mode. Passend zu ihren Creationen entwarfen die Couturiers auch den Schmuck, der dazu getragen werden sollte.

Besonders stark, weil er wirklich etwas Neues schuf, beeinflusste

zm-Info

Adressen

Hier wird gekauft:

- **Ernst Färber**, Promenadeplatz 13, 80333 München, Tel: 089/22 93 12
- **Ortenberg Juwelen**, Königsallee 36, 40212 Düsseldorf, Tel: 0211/32 00 93
- **Antje und Michael Röder**, Postfach 300451, 51414 Bergisch Gladbach, Tel: 02204/62 938

hier wird gesteigert, zum ersten, zum zweiten ...:

- **Auktionshaus Lempertz**, Neumarkt 3, 50667 Köln, Tel: 0221/ 92 57 29-0
- **Auktionshaus Neumeister**, Barer Str. 37, 80799 München, Tel: 089/23 17 10-0
- **Auktionshaus Quittenbaum**, Hohenstaufenstr.1, 80801 München, Tel: 089/33 00 75-0
- **Auktionshaus Von Zezschwitz**, Friedrichstr. 1A, 80801 München, Tel: 089/38 98 93-0

Hier wird geschmökert:

- **Renate Möller: „Schmuck“**, Deutscher Kunstverlag, 24,90 Euro
- **Stefano Papi & Alexandra Rhodes: „Famous Jewelry Collectors“**, Thames & Hudson, 28,90 Euro
- **Schmuck Magazin**, Ebner Verlag, 6 Ausgaben pro Jahr, im Abonnement 40,15 Euro

zum Beispiel Andre Courrèges die sechziger Jahre. Sein Stil der kurzen geometrisch geschnittenen Kleider wirkte sehr futuristisch. Das spiegelt sich auch in dem von ihm entworfenen Schmuck in Weißgold mit schwarzen und weißen Perlen wider. Aber auch Modeschmuck aus weniger wertvollen Materialien

entwickelt sich zu einem neuen Sammelgebiet. Denn von vielen Stücken, die oft in herausragender Qualität gearbeitet sind, existieren nur wenige Exemplare. Die Preise beginnen bei zirka 500 Euro. Spitzenstücke kosten auch schon einmal 3 000 Euro und mehr.

Um die Qualität eines Schmuckstücks in Augenschein zu nehmen, lohnt es sich, die Rückseite zu betrachten. Bei hochwertigem Schmuck ist sie genauso fein gearbeitet wie die Vorderseite. Außerdem befinden sich dort meistens die Signatur des Goldschmieds und die Punzierung. Sie gibt den Reinheitsgehalt des Edelmetalls an. Allerdings besteht in Deutschland dazu keine Verpflichtung.

Schau, traue, kauf ...

Bevor ein Sammler sich für den Kauf eines teuren Stücks entscheidet, sollte er sicher sein, dass er nicht auf eine Fälschung hereinfällt. Nachahmungen fallen meist dadurch auf, dass sie grober gearbeitet sind. Verbindungen und



Filigrane Brosche aus Platin mit Brillanten aus England zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts



Foto: Ineichen, Zürich

Eine runde Sache von André Courrèges: Schwarzweiß schimmerten Onyx und Zuchtperlen in den Sechzigerjahren.

Fassungen fühlen sich nicht so glatt an. Um auf Nummer sicher zu gehen, lohnt sich der Gang zu einem Gutachter.

Großen Einfluss auf den Preis haben natürlich die verarbeiteten Steine. Sie wurden häufig ausgetauscht. Auch frühere Sammlerinnen ließen ihre Juwelen umarbeiten, wenn ihnen der Sinn danach stand, oder teure Steine durch preiswertere ersetzen, wenn gerade mal Geld benötigt wurde.

Dennoch zählt bei antikem Schmuck weniger der Materialwert als die Gestaltung und die Verarbeitung. So bleibt die Frage, ob sich Schmuck als Investment eignet? Dabei verhält es

sich wie bei der bildenden Kunst. Ganz sicher im Wert steigen werden nur die absoluten Spitzenstücke wie sie in den großen Auktionen angeboten werden. Wer dort mitspielen will, braucht einen Mindesteinsatz von 30 000 Euro und mehr pro Stück. Da macht es wahrscheinlich mehr Sinn, für diesen Preis mehrere vielleicht unsignierte Teile zu erstehen. Für sie gibt es sicherlich häufiger Gelegenheiten, sie zu tragen und die Beschenkte muss nicht in ständiger Furcht vor Dieben sein. Damit der Schmuck Glanz und Attraktivität behält, gehört er nicht in den dunklen Safe. Die größte Freude bereiten die schönen Dinge ihren Besitzern meist, wenn diese sich mit ihnen schmücken können. ■



„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.

Streit um Praxissoftware

Werbekoppelung streng verboten

Im November 2005 wurde es publik: Das Landgericht Koblenz hat einem Vertreter von Praxissoftware untersagt, sein Produkt mittels einem integrierten Programm-Modul so einzurichten, dass dieses Gutscheine für die Versandapotheke DocMorris ausdruckt oder Rezepte direkt an die Versandapotheke weitergibt.



Foto: MEV/zm (M)

Mit dem Gutschein konnten Patienten zu Vorzugspreisen bestellen, die Einstellung „Rezeptverarbeitung über Versandapotheke“ sah vor, dass der Arzt die Rezepte direkt an DocMorris weitergeben könne.

In den Informationsunterlagen war mehrfach davon die Rede, dass die Ärzte den Patienten von den Vorteilen der größten Versandapotheke Europas überzeugen sollten. Das ging den Juristen der Zentrale gegen unlauteren Wettbewerb in Bad Homburg zu weit: Sie witterten, dass die ärztliche Autorität miss-

braucht würde, um einer bestimmten Apotheke Kunden zuzuführen.

Das LG Koblenz bestätigte ihre Auffassung und verbot den Missbrauch mittels Praxissoftware durch das Unternehmen: Denn das Berufsrecht für Ärzte verbietet Empfehlungen zu Gunsten Dritter ohne hinreichenden Grund. Eine besonders preiswerte Versorgung mit Medikamenten stelle aber keinen solchen Grund dar. pit/pm

LG Koblenz
Urteil vom 18. 10. 2005
Az.: 1 HK.O 165/05

Arbeitgeber haftet nicht

Fehlanzeige

Wer arbeitslos wird, muss sich selbst beizeiten um Arbeitslosengeld kümmern. Für seine Versäumnisse kann er sich nicht am Ex-Arbeitgeber schadlos halten.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) wies eine Klage eines Leiharbeiters ab. Wie die Ärztezeitung berichtete, hatte dieser sich verspätet arbeitslos gemeldet und deshalb von der Arbeitsagentur weniger Arbeitslosengeld erhalten. Den entgangenen Betrag wollte



Foto: bpa

er unter Berufung auf das Sozialgesetzbuch vom ehemaligen Arbeitgeber einfordern, weil dieser ihn auf die Meldung bei der Agentur hätte hinweisen sollen. Laut Bundesarbeitsgericht (BAG) Fehlanzeige: Diese gesetzliche Informationspflicht solle nicht das Vermögen des Arbeitnehmers schützen, sondern be- zwecke lediglich eine bessere Zusammenarbeit von Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Arbeitsagentur.

pit/ÄZ

Urteil des Bundesarbeitsgerichts
November 2005
Az.: 8 AZR 571/04

Bundesarbeitsgericht Erfurt

Urlaubsanspruch gilt auch für freie Mitarbeiter

Nicht nur Arbeitnehmer, auch arbeitnehmerähnliche Personen haben Anspruch auf bezahlten Urlaub. Das entschieden die Richter am Bundesarbeitsgericht (BAG) in Erfurt im Fall einer Arzthelferin, die als freie Mitarbeiterin Nachdienste in einer Klinik übernommen hatte.

Die Klinik verweigerte ihr die Nachzahlung von 716 Euro Urlaubsgeld, weil die Helferin nicht fest angestellt, sondern nur als freie Mitarbeiterin beschäftigt gewesen war. Die Richter stimmten dem nicht zu. Begründung: Da die Klägerin sich uneingeschränkt in die Dienstpläne der Klinik habe eintragen können, sei sie als arbeitnehmerähnliche Beschäftigte zu betrachten. Von Februar bis November 2002 hatte die Arzthelferin ohne schriftlichen Vertrag monatlich zwischen zehn und 18 Nachdienste in einer rheinland-pfälzischen Klinik übernommen. Nach Beendigung der Tätigkeit verlangte sie einen finanziellen Ausgleich für nicht gewährten



Foto: CC

Urlaub von 20 Tagen. Sie begründete ihren Anspruch damit, dass sie ausschließlich für die Klinik tätig und somit wirtschaftlich von ihr abhängig gewesen sei. Daher müsse sie als arbeitnehmerähnliche Person angesehen werden. sth/pm

BAG-Urteil
vom 15. 11. 2005,
Az.: 9 AZR 626/04

Walter Haase ist verstorben



Foto: Quintessenz

Der Gründer des Quintessenz Verlages, Dr. h. c. Walter Haase, ist im Alter von 94 Jahren am 28. November 2005 in Rottach-Egern, dem Ort des Familiensitzes, verstorben.

Dr. h. c. Walter Haase war eine außergewöhnliche Verlegerpersönlichkeit, Träger des Bundesverdienstkreuzes, und er hat in der schwierigen Phase der Nachkriegsjahre den Grundstein für die heutige, weltweit operierende Quintessenz Verlagsgruppe gelegt. Die Fachzeitschrift „Die Quintessenz“ hat mit ihrem A 5-Format über Jahrzehnte hinweg die Marke Quintessenz geprägt. Mit über 18 000 Abonnenten in den 60er Jahren war sie seinerzeit schon das führende Fortbildungsorgan. Anfang der 70er Jahre hat dann mit Horst Wolfgang Haase die zweite Verleger-Generation die Verlagsgeschäfte übernommen und diese international mit heute über 14 eigenen Verlagshäusern ausgebaut. Mit Christian Haase steht bereits die dritte Verleger-Generation am Start.

Dr. h. c. Walter Haase vertrat eine Gründergeneration, die die junge Bundesrepublik Deutschland wirtschaftlich mit geprägt hat.

qv/zm

Verdienstkreuz erster Klasse

Mit dem Verdienstkreuz erster Klasse des Niedersächsischen Verdienstordens wurde Dr. Dr. Ummo Francksen ausgezeichnet. Der ehemalige Direktor der Abteilung für Mund-, Kiefer-, Gesichts- und plastische Chirurgie am Klinikum Oldenburg erhielt die Ehrung für sein langjähriges kulturelles Engagement in der Region.



Foto: CH-Stiftung

Foto: Der niedersächsische Minister für Kunst und Wissenschaft, Lutz Stratmann, überreicht Francksen (rechts) das Verdienstkreuz.

sth/pm

Dental Student Award 2005

Während des 35. Internationalen Jahreskongresses der European Society of Esthetic Dentistry (ESED) und der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) Anfang Oktober in Berlin erhielt Kristina Stefanie Heinen, Studentin der Zahnmedizin in Aachen, den ersten Preis (2 500 Euro).

Der zweite Preis ging an Katja Stollwerk, der dritte Preis an Kerstin Dulisch, beide ebenfalls Studentinnen an der RWTH Aachen.

Der Dental Student Award 2005 wurde in diesem Jahr erstmalig für herausragende Arbeiten bei der Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der klinisch-studentischen Ausbildungskurse verliehen. Der Preis wurde in diesem Jahr von der Firma Nobel Biocare unterstützt.

Mit der Vergabe des 1. Preises prämierten die Juroren neben



Foto: privat

dem ausgezeichneten klinisch-therapeutischen Ergebnis auch die hervorragende multimediale Präsentation des Patientenfalles durch die Preisträgerin.

sp

Nach dem Erdbeben in Pakistan

Ein Wettlauf mit der Zeit

Den Bedürftigen helfen, vor allem den Armen Pakistans – dafür engagiert sich die Münsteraner Humanity Care Stiftung seit vielen Jahren. Nach dem Erdbeben im Kaschmir am 8. Oktober ist ihr Engagement wichtiger denn je. Stiftungspräsident Folker Flasse hat sich vor Ort über die Situation informiert und Hilfsgüter übergeben. Sein Fazit nach dem Besuch: Das Leid ist groß und damit auch der Bedarf an Spenden.

Während seines Aufenthalts hat Flasse mit vielen Einheimischen gesprochen. Alle kämpften mit ihren Erinnerungen an die Katastrophe. „Hier stand ein fünfstöckiges Haus, es ist innerhalb von 30 Sekunden eingestürzt und hat 14 Menschen unter sich begraben. Vier junge Leute konnten wir nach einer Stunde leicht verletzt aus den Trümmern ziehen. Später fanden wir noch neun Tote“, erzählt ein Mann dem Stiftungspräsidenten. Er selbst habe sich nur in letzter Sekunde aus dem Haus retten können, sagt er noch. Für viele Andere gab es keinen Ausweg.

Insgesamt hat das Erdbeben im Kaschmir nach Angaben der Regierung 76 000 Leben gefordert. Viele der Opfer waren Kinder, die sich zur Zeit des Bebens in den Schulen und Kindergärten aufhielten. 65 000 Menschen wurden schwer verletzt, weitere 56 000 leicht, informierte der Earthquake Relief Commissioner, Generalmajor Farooq. „500 000 Familien sind mit einem Schlag obdachlos geworden“, ist eine weitere erschreckende Bilanz.

Nichts ist geblieben

In Muzaffarabad besichtigte Flasse eine völlig zerstörte Schule. Dort waren 70 Kinder von einstürzenden Betondecken erschlagen worden, nur drei hatten sich retten können. „Überall lagen noch Schultaschen, Hefte und Bücher zwischen den Schuttteilen herum. Hier und da war auch ein Schuh oder eine Sandale zu sehen“, berichtet der ehemalige Diplomat.

Fast jede Familie hat durch das Beben Angehörige verloren. Von ihrem Hab und Gut ist ihnen nichts geblieben: ein Zelt, einige Wolldecken, ein Kochtopf und eine Wasserflasche sind jetzt ihr ganzer Besitz. „Und das in einem Land, das zu den ärmsten der Welt zählt und zudem zweieinhalb Millionen Flüchtlinge aus Afghanistan und dem indisch besetzten Teil Kaschmirs versorgen muss“, meint der Stiftungspräsident besorgt. Um allen Opfern zu helfen, werden nach Flasses Schätzung Millionen Hilfsgelder benötigt. Die Verteilung der Mittel sei aber nicht einfach, da auch die Infrastruktur



Die zm berichten regelmäßig über Hilfsaktionen und humanitäres Engagement von zahnärztlichen Kollegen in aller Welt

der Region zu großen Teilen zerstört wurde. Beispiel Muzaffarabad: Die Stadt wird an einer Seite von dem Fluss Neelum und zirka 1 200 Meter hohen Bergen begrenzt. „An den Hängen standen früher einzelne Häuser oder kleine Siedlungen. Das Beben hat den Berg gespalten. Sein vorderer Teil ist mit den Häusern in den Fluss gestürzt. Die nachfolgenden Erdbeben haben alles begraben. Viele Straßen sind gar nicht oder nur schwer befahrbar“, so Flasse.

Winter und Kälte drohen

Nicht nur in der Stadt, auch auf dem Land sind die Menschen dringend auf Hilfe angewiesen. Beim Besuch in einem Bergdorf, das nur über einen Geröllweg zu erreichen ist, erfährt der Stiftungspräsident, dass zwei Drittel der Bewohner in ihren Häusern umgekommen sind: „Kein Stein steht mehr auf dem anderen. Die Überlebenden haben sich aus Wellblech und Holz notdürftige Hütten gezimmert. Auf einem kleinen Friedhof habe ich fünfzig bis sechzig neue Gräber gesehen.“

Auf den Himalaya- und Karakorumgipfeln lag während des Besuchs bereits Schnee. Tagsüber schien die Sonne und es wurde im Tal bis zu 20 Grad warm. Nach Sonnenuntergang fiel die Temperatur jedoch auf zwei bis drei Grad. Für die Hilfskräfte hat ein Wettlauf mit der Zeit begonnen. Bevor der Winter mit meterhohen Schneemassen einsetzt, müssen die Menschen mit witterungsfesten Zelten versorgt sein. Davon fehlen momentan noch 50 000 Stück. Außerdem mangelt es an Wolldecken. Drei Millionen werden noch benötigt. „Aus Deutschland kamen bisher erst einige tausend“, kritisiert Flasse. Die Humanity Care



Hilfe nach dem Erdbeben in Pakistan – ein Wettlauf gegen Winter und Kälte

Foto: Flasse

zm-Info

Humanitäre Hilfe kann an vielen Punkten ansetzen. Ob man sich als Mitglied eines Vereins oder als Einzelperson für gute Zwecke stark macht, ist dabei egal. Im Folgenden werden einige der zahlreichen Projekte vorgestellt, die Zahnärzte im vergangenen Jahr initiiert oder unterstützt haben. Innerhalb und außerhalb Deutschlands.

Stiftung hat Arzneimittel und Kleidung sowie Schlafsäcke und Isomatten im Wert von 285 000 Euro gespendet. Zurück in Muzafarabad, kurz vor seiner Rückkehr nach Deutschland, schaut sich der Besucher noch einmal um: „Vor mir breitete sich eine Katastrophenlandschaft aus und ich habe mich gefragt, wann es diesem Land wieder gutgehen wird.“ sth/pm

■ **Kontakt:**
Folker Flasse
Humanity Care Stiftung
Haus Angelmodde 57a
48167 Münster
E-Mail: humanity-care-stiftung@folkerflasse.de

Spendenkonto:
Volksbank Münster
Kontonummer: 523 838 400
BLZ: 401 600 50



Gambiahilfe der Uni Witten/Herdecke

Zehn Jahre erfolgreich



Foto: Uni Witten Herdecke

Studenten der Uni Witten-Herdecke waren in Gambia aktiv.

Was vor zehn Jahren als Initiative dreier Studenten und eines Arztes begann, ist heute das größte zahnmedizinische Entwicklungshilfeprojekt einer deutschen Hochschule: die Zahnarztthilfe Gambia der Universität Witten/Herdecke. Den Anstoß hatte eine Vorlesung zum Thema medizinische Behandlungstechnik in Entwicklungsländern gegeben. Die Kommilitonen Kirsten Rücker, Sven Erik Steinborn, Andreas Jordan und der Arzt Thomas Lietz entschlossen sich daraufhin kurzerhand, in Gambia aktiv zu werden. Grund: In diesem

nordafrikanischen Staat existiert kein zahnärztliches Versorgungsnetz. Seit 1995 konnten Studierende und Ärzte aus Witten das für 5 000 Patienten ändern. Neben Behandlungen bemühen sich die Helfer zudem um die Ausbildung einheimischer Fachkräfte, damit diese einfache Behandlungen selbständig ausführen können.

Jordan kümmert sich auch heute noch um das Projekt. Zurzeit verhandelt er mit dem Gesundheitsminister sowie mit Abgeordneten des Parlaments und Repräsentanten der Universität in Gambias Hauptstadt Banjul darüber, Medizinstudenten zusätzlich zahnärztlich auszubilden. Unterstützung dafür und allgemein für das Projekt kommt von der Weltgesundheitsorganisation und dem Hilfswerk Deutscher Zahnärzte.

sth/pm

■ **Kontakt:**
Andreas R. Jordan
Universität Witten Herdecke
Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Bereich Community Oral Health
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Spendenkonto:
Konto-Nr: 62 29 9
BLZ: 452 500 35
Sparkasse Witten
Stichwort: Gambia

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Spenden für Pakistan

Zur Unterstützung der Erdbebenopfer in Pakistan hat das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) 50 000 Euro gespendet. Dr. Klaus Winter, Vorsitzender der Organisation, übergab das Geld in Würzburg an Dr. Ruth Pfau. Die Leproärztin setzt sich schon lange für die Region ein und wurde für ihr langjähriges Engagement erst kürzlich mit dem Marion Dönhoff Preis ausgezeichnet. Die Spende des HDZ soll für Decken, Nahrung und feste Winterunterkünfte verwendet werden.



Foto: HDZ

Das Hilfswerk hat schon früher mit der „Mutter Theresa für Leprakranke“ – wie Winter sie nennt – zusammen gearbeitet. Unter anderem hat das HDZ Pfau „Marie Adelaide Leprosy Centre“ in Karachi mit einer Zahnstation ausgerüstet. Über die Festtage wird dort eine Zahnärztin im Auftrag des HDZ das zweite Mal dieses Jahr Leprakranke zahnprophylaktisch behandeln. Dann sollen außerdem weitere Spenden übergeben werden.

sth/pm

■ **Kontakt:**
Dr. Klaus Winter
Vorsitzender des HDZ
Am Paradies 87
37431 Bad Lauterberg
Infos: www.hilfswerk-z.de
Spendenkonto:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hannover
Konto-Nr.: 000 4444 000
BLZ: 250 906 08

Altgoldaktion

Auf der Suche nach Heilung

NCL steht für „Neuronale Ceroid Lipofuszinose“, eine Stoffwechselkrankheit, die Nervenzellen absterben lässt. Zurzeit ist die Krankheit unheilbar. Es mangelt an Forschungsprojekten und -ergebnissen. Die Hamburger NCL-Stiftung will das ändern. Zahnärzte können ihr dabei helfen – indem sie Altgold spenden.

Die Idee für die Sammelaktion hatte Zahnarzt Dr. Jens Hauptmann aus Frankfurt. Er koordiniert die Spendenaktion und wird den Erlös an die Stiftung weiterleiten, um sie bei der Erforschung der Krankheit zu unterstützen. Von der juvenilen NCL (jNCL) ist etwa eines von 25 000 bis 40 000 Neugeborenen betroffen. Die Krankheit wird durch einen Fehler im Erbmaterial verursacht: Betroffene fehlt das für den natürlichen Stoffwechsel erforderliche Strukturprotein. Dadurch lagern sich in den Nervenzellen fettähnliche Substanzen ab, die verhindern, dass die Zelle von den Schadstoffen der alltäglichen Energieproduktion gereinigt wird. Die Zelle verdrückt und stirbt ab. Von diesem Defekt sind zunächst die Augen betroffen, kurze Zeit später das Gehirn. Die erkrankten Kin-

der verlieren sukzessive die Fähigkeit zu sehen, zu gehen und schließlich selbständig zu handeln.

Was getan werden muss

Die NCL-Stiftung will mindestens einen Wissenschaftler fest anstellen, um die Erforschung der Krankheit voranzutreiben und die Ergebnisse zu koordinieren. Zudem soll ein noch aufzubauendes Netzwerk von Spezialisten helfen, international vorhandenes Wissen auszutauschen und zu sammeln. Nur durch die Weiterentwicklung von Heilungsansätzen, ist die feste Überzeugung der Stiftung, kann dem tödlichen Verlauf der Krankheit ein Ende gesetzt werden.

sth/pm

Privates Engagement

Zähneputzen in Sikkim

In den Himalaya hat es Zahnärztin Dr. Lore Gewehr aus Berlin verschlagen. In dem zwischen Nepal, Tibet und Bhutan gelegenen Land Sikkim gab sie an Schulen, Klöstern und Colleges Unterricht im Zähneputzen. Außerdem verteilte sie Zahnpasta und -bürsten, die sie vor ihrer Reise von Unternehmen erbeten hatte.

Die Resonanz auf ihre „Bettelbriefe“ war groß – sie sei mit Spenden „geradezu zugeschüttet worden“. Aber auch für die ein oder andere Zahnbehandlung fand die Ärztin auf ihrer Tour genügend Zeit. sth/pm



Foto: Gewehr

■ **Kontakt:**
Dr. Lore Gewehr
Margaretenstraße 39
12203 Berlin
E-Mail: dr.lore.gewehr@t-online.de



Foto: privat



■ **Kontakt Altgoldaktion:**
Dr. Jens Hauptmann
Dreichstraße 59
60594 Frankfurt am Main
Fax: 069/619 923 58
E-Mail: praxis.jens.hauptmann@t-online.de

Kontakt zur Stiftung:
National Contest for Life
Holstenwall 10
20355 Hamburg
Tel.: 040/35 00 44 91
E-Mail: info@ncl-stiftung.de
Internet: www.ncl-stiftung.de

Spenden:
Konto: 10 59 22 30 30
BLZ: 200 505 50
Hamburger Sparkasse
Verwendungszweck I: NCL-Spende + Ihr Name
Verwendungszweck II: Ihre Anschrift

Zahnärztliche Hilfe in den Favelas Brasiliens

Ein Projekt mit Biss

Bereits fünf Mal war Zahnärztin Cordula Gläsner zu Besuch in der Favela Jardim Jacira am Rande São Paulos. Alle zwei Jahre besucht sie das Armenviertel und bietet dort zahnärztliche Untersuchungen für Kinder an. Unterstützt wird sie von Gabi Schmidt von der dortigen katholischen Gemeinde und von Pfarrer Arnold Brack. Beide leben schon lange in Brasilien. Der Geistliche aus Leipzig sorgt in den Favelas für den Aufbau so genannter Creches – Tagesheime für Kinder, in denen Essen und Betreuung angeboten werden. Dort und in den Räumen des Malteser-Ordens behandelt Gläsner die Kinder und bringt ihnen die richtige Zahnpflege bei. Die allgegenwärtige Kriminalität in den Armenvierteln erschwere die Arbeit manchmal, erzählt sie. Aber deswegen zuhause zu bleiben, kommt für sie nicht in Frage. Denn von der „brasilianischen Lebensfreude und Herzlichkeit berührt zu werden“, macht alle Mühen vergessen.

sth/pm

■ **Kontakt:**
Cordula Gläsner
Dresdner Straße 12, 01462 Cossebaude
E-Mail: Cordula.Glaesner@freenet.de

Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya

Lob von höchster Stelle

Im vergangenen Jahr hat die Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya (AZK) bereits den fünften Container mit zahnmedizinischer Ausrüstung für eine neue Praxis und zwei zahntechnische Laboratorien nach Kenya geschickt. Darunter war auch dringend benötigtes Material für das Krankenhaus in Nyabondo. Im dortigen AIDS-Witwendorf St. Monica konnte die AZK im Sommer eine Bibliothek einrichten. Außerdem schickten die Vereinsmitglieder Brillen, Solarkocher, Gehhilfen und ein Photovoltaikgerät in das afrikanische Partnerland. „Damit die Kinder auch nach Sonnenuntergang ihre Hausaufgaben machen kön-



Foto: Köster

nen“, sagt AZK-Mitglied, Dr. Roland Ernst. Für ihren mehr als fünfjährigen Einsatz in Kenya wurde die AZK kürzlich von Bundespräsident Horst Köhler gelobt. „Die Aktivitäten der Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya, den selbstlosen Einsatz der Mediziner kann man nur als bewundernswert bezeichnen. Ich freue mich besonders darüber, dass Sie auch mithelfen, den Kampf gegen AIDS zu führen“, schrieb er in einem Brief an die Organisation. Damit die vielen

Projekte der AZK weiterhin erfolgreich laufen können, sucht der Verein Zahnmediziner, -techniker oder Freiwillige aus anderen Gesundheitsberufen, die vor Ort anpacken. Oder eine Patenschaft übernehmen wollen.
sth/pm

■ Kontakt:

Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya
Dr. Hans-Joachim Schinkel (Vorsitzender)
Bahnhofstr. 21
99610 Sömmerda
Fax: 03634/39 31 3
E-Mail: azk@zahnarztthilfe-kenya.de
Internet: www.zahnarztthilfe-kenya.de

Spendenkonto:

Vereinskonto: 140 046 798
Patenschaftskonto: 140 051 503
BLZ : 820 510 00
Sparkasse Mittelhüringen

Die Geschichte der Schmerzfreiheit

Einhundert Jahre Novocain

Extraktionen, Scalings, Beschleifen vor dem Zahnersatz – ohne die „Spritze“ geht es heute nicht mehr. Dass aber noch vor einhundert Jahren chirurgische und zahnmedizinische Eingriffe ohne Anästhesie stattfanden, ist nahezu unvorstellbar. Nun wurde die „Spritze“ einhundert Jahre alt. Hier eine Replique.

Mit der Entdeckung der Vollnarkose in den 1840er Jahren begann in der Geschichte der Medizin ein neues Kapitel. Zuvor hatte der Chirurg stets bemüht sein müssen, eine Operation binnen kürzester Zeit zu vollenden, fortan konnte er in aller Ruhe operieren. Zuvor konnte der Kranke kaum stillhalten, denn der Schmerz war meist unerträglich. Das war der Grund, warum der Berliner Chirurg Bernhard von Langenbeck sich rühmte, er benötige für eine Beinamputation, das Anlegen des Verbandes eingeschlossen, gerade einmal fünf Minuten. Wenn der Patient „Glück“ hatte, viel er zu

che, durch feine Hautinzisionen, später durch Injektion, zum Beispiel von Morphin, mittels der etwa um 1850 von dem schottischen Arzt Alexander Wood oder von dem Iren Francis Rynd erfundenen Hohlnadeln, den „hypodermatischen Nadeln“, wirksame Substanzen an die Stelle des Eingriffs zu bringen, offensichtlich aber ohne den erhofften Erfolg. Etwa zur gleichen Zeit hatte auch der Tierarzt Charles Gabriel Pravaz (1791 bis 1855) aus Lyon eine einigermaßen brauchbare Spritze entwickelt. Dennoch blieben alle Versuche damit zunächst reichlich unbefriedigend.



Die alte Tretbohrmaschine – ohne Schmerzen ging es nicht... bis das erste Analgetikum auf den Markt kam.

Fotos: Sanofi-Aventis

Beginn der Operation vor lauter Schmerzen in Ohnmacht.

Anlässlich eines Jubiläumsworkshops, von Sanofi Aventis in Rheinhardshausen veranstaltet, beschreibt der Referent Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt, Schwerin, die folgenden Jahre: „Versuche einer lokalen Schmerzausschaltung am Menschen waren bis etwa 1880 völlig unzureichend geblieben – Druck, auch auf das freigelegte Nervenkel selbst, Unterbrechung der Blutzufuhr, lokale und allgemeine Kälte mögen mitunter geholfen haben, lösten aber nicht das Problem. Allerdings gab es auch schon Versu-

Auch die etwa in der Mitte des 19. Jahrhunderts „erfundene“ Inhalationsnarkose mithilfe von Lachgas, von Äther oder Chloroform löste noch lange nicht das Problem der schmerzfreien Operation und bot zunächst vielfache Probleme und Gefahren. Es ist bezeichnend, dass in der Mitte des 19. Jahrhunderts sowohl die Lachgasanalgesie als auch die Äthernarkose eigentlich von Zahnärzten, von Horace Wells (1815 bis 1848) und William Thomas Green Morton (1819 bis 1868) „erfunden“ und am Beispiel der Zahnextraktion zuerst erprobt beziehungsweise demonstriert worden waren.



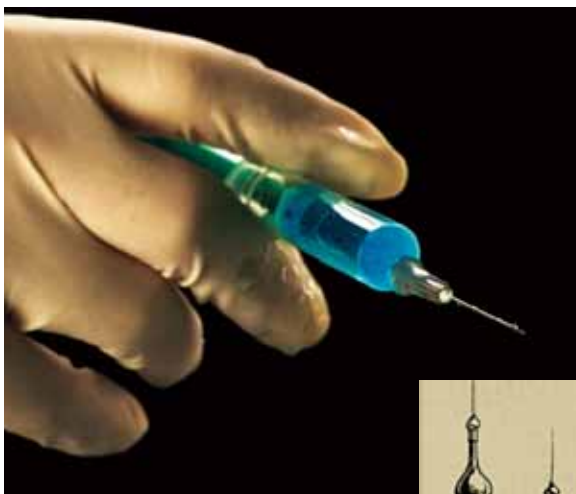
Operieren mit der Stoppuhr

Trotz alledem war die Vollnarkose nach wie vor sehr unbefriedigend, denn sie belastete den Kreislauf stark, von der noch immer großen Gefahr einer Infektion (Spritzenabszess und mehr) einmal ganz abgesehen. Die gebräuchlichsten Narkotica waren im 19. Jahrhundert Äther und Chloroform, beide wirkten auf die Hirnzellen und konnten bei übermäßiger Verabreichung schwere Störungen verursachen. Selbst tödliche Lähmungen des Herzmuskels oder des Atemzentrums traten gelegentlich auf. Die Erfahrungen im Deutsch-Französischen Krieg (1870/71) bewiesen erneut, dass eine kurzfristige örtliche Betäubung eigentlich unverzichtbar war.

In den 1880er Jahren machte die Anästhesie einen Sprung nach vorn. Dem amerikanischen Arzt William St. Halsted gelang es 1885 erstmals, einen Nervenstrang zu blockieren und damit eine Körperregion unempfindlich zu machen. Im Jahr davor wurde bereits in der Augenheilkunde eine erste Lokalanästhesie durchgeführt. Ein paar Jahre später entwickelte der deutsche Chirurg Carl Ludwig Schleich die Infiltrationsanästhesie, indem er einem begrenzten Gewebestück mehrmals eine Lösung einspritzte und es damit betäubte.

Kokain gegen den Schmerz

Man verwendete dafür zunächst Kokain. Die Ärzte waren mit diesem Mittel allerdings nicht zufrieden, denn Kokain macht süchtig, und es ist giftig. Trotzdem waren die Chirurgen erst einmal froh, dass das Problem Schmerz in ihrem Arbeitsfeld nun gelöst zu sein schien. In den medizinischen Fachzeitschriften erschienen um die Jahrhundertwende eine Vielzahl von Aufsätzen über die



lokale und die allgemeine Narkose.

Ein weiteres Problem bestand vorläufig darin, dass sich das Narkosemittel rasch verflüchtigte, denn es wurde auf dem Blutweg aus dem örtlich betäubten Gewebe „heraus“ gespült. Man behalf sich nun damit, dem Kokain etwas Adrenalin beizugeben, sodass sich die örtlichen Blutgefäße unter der Einwirkung dieses Nebennierenrindenhormons kontrahierten. So wurde der Abfluss des Betäubungsmittels behindert und die Verweildauer des Medikamentes im Gefäßareal verlängert. In England begann man, Kokaintabletten mit Adrenalin herzustellen. Der Leipziger Chirurg Professor Dr. Heinrich Braun, der große Operationserfahrung besaß und seit langem auf ein geeignetes Lokalanästhetikum hoffte, versuchte die Wirkung dieser Tabletten zu verbessern, indem er ihnen statt des Adrenalins Suprarenin beimischte. Mit dem Ergebnis war er allerdings noch nicht zufrieden.

Die Chemiker gingen dieses Problem ganz anders an: Sie wollten zunächst die im Kokain wirksamen Bestandteile identifizieren, damit man sie dann isolieren und als ein Lokalanästhetikum herstellen könnte. Mit dieser Frage beschäftigten sich vor allem die beiden Chemiker Professor Dr. Einhorn und Dr. Heinz in München. Sie gingen der Frage nach: Welche chemische Gruppe im Kokainmolekül trägt die anästhesierende Wirkung in sich? Einhorn ahnte, ganz richtig, wie sich später herausstellte, dass der im Kokain enthaltene hydroaromatische Ring das eigentlich betäubende Element darstellt. Mit dieser Erkenntnis versuchten die beiden nun ein Mittel herzustellen, das zwar die Vorteile

Damals und heute ...

...kein Patient muss leiden.

Die zum Trockensalzverfahren gehörigen Instrumente und Ampullen nach Guido Fischer.



des Kokains, die narkotisierende Wirkung, besaß, ohne aber seine schlechten Eigenschaften in sich zu tragen. So testeten sie in den folgenden Jahren ein Präparat um das andere und entwickelten eine Reihe von Medikamenten, wie das „Orthoform“, „Orthoform Neu“ und andere. Mit keinem waren sie recht zufrieden. 1898 gelang den beiden die Herstellung einer subkutan injizierbaren Lösung. In Anlehnung an buddhistische Vorstellungen vom höchsten Glück nannten sie es Nirvanin. Zufrieden berichteten sie darüber im selben Jahr in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift (MMW)“. Allerdings hielt auch dieses Präparat, seines schönen Namens zum Trotz, nicht, was es versprochen hatte.

Testnummern 337 und 376, das „neue“ Kokain

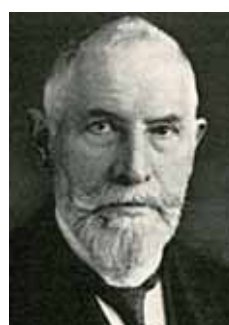
Erst vor nunmehr hundert Jahren, im Jahr 1905, gelang der entscheidende Durchbruch: Es lagen zwei Testpräparate mit den gewünschten Eigenschaften vor, vorläufig trugen sie die Bezeichnungen Nr. 337 und 376, das waren die Testnummern. Nun begann die nächste Stufe der Forschung, das Austesten. Der Chirurg Prof. Dr. Heinrich Braun, der heute gelegentlich als der „Vater der Lokalanästhesie“ bezeichnet wird, prüfte die beiden Präparate am eigenen Leib

und fand sie „sehr interessant“, wie er am 29. Juli 1905 schrieb. Allerdings erwies sich ihre Wirkung noch immer als allzu flüchtig. „Die Eigenschaften des Mittels 376 müßten es aller Wahrscheinlichkeit nach auch für die Medullar-Anästhesie besonders geeignet machen“, schrieb er weiter. Er schlug vor, einem Bekannten, dem Leipziger Zahnarzt Dr. Sachse, den er für einen „wissenschaftlich hochgebildeten und kritischen Mann“ hielt, eine kleine Menge davon zu Testzwecken zu überlassen. Außerdem regte er an, dem Präparat einen Namen zu geben, unter diesem neuen Namen wollte er es in das von ihm herausgegebene „Handbuch der Lokalanästhesie“ aufnehmen. Man entschied sich für Novocain, das neue – und zugleich verbesserte – Kokain.

376 erhielt den Zuschlag

Noch vor dem Jahresende, am 20. Dezember 1905, erschien eine Veröffentlichung „Über einige neue örtliche Anästhetica“. Darin wurde das Novocain glänzend beurteilt. Novocain war im Vergleich mit Kokain ungiftig und reizlos, dazu wasserlöslich und dennoch in seiner chemischen Struktur stabil. Das Schwesterpräparat, Nr. 337, schied damit aus, obgleich es durchaus auch gute Beurteilungen fand. Aber Nr. 376 war einfach besser. Professor Braun, die erste Autorität in diesem Fach, empfahl das Novocain, damit war es schlagartig das führende Lokalanästhetikum. Und bald sogar weltweit.

Als Erfinder ist Alfred Einhorn nicht sehr berühmt geworden, daher soll er hier mit ein paar Worten zu seiner Person vorgestellt werden: Einhorn wurde am 27. Februar 1856 in Hamburg geboren, er studierte in Leipzig und Dresden Chemie. Weitere Stationen seiner akademischen Laufbahn waren München, Aachen und Darmstadt, wo er sich 1885 habilitierte. 1891 ging er nach München zurück und arbeitete dort mit dem jungen Richard Willstätter zusammen, der 1915 den Nobelpreis für Chemie erhielt. Einhorn starb während des Ersten Weltkriegs, im August 1917.



Friedrich Scholz



Alfred Einhorn (li.)



Heinrich Braun

Carl Koller

Experimente mit Novocain

Die Menschheit hört nicht auf, nach Besserem zu verlangen, und so ging auch die Erforschung der Lokalanästhetica weiter. Auf Anregung von erfahrenen Zahnärzten versuchte man, Novocain in Tabletten- oder Pulverform herzustellen. Diese Entwicklung kostete viel Geld, ein Erfolg war ihr nicht beschieden. Im Jahr 1912 bemerkte Prof. Braun, dass das Novocain seine Wirkung noch verstärkte – und diese sogar länger anhielt –, wenn man noch etwas von dem Lösungsmittel Kaliumsulfat beigab. Diese Beobachtung ermöglichte es, die Novocainkonzentration zu senken, ohne indes die betäubende Wirkung zu verringern. Diese neue Erkenntnis war gewaltig. Bevor man dieses neue Präparat allerdings entwickeln und zu vertretbaren Preisen auf den Markt bringen konnte, vergingen einige Jahre – der Erste Weltkrieg (1914 bis 1918) zog ins Land und brachte vielen Menschen Schmerz

und Tod. Erst nach dem Weltkrieg ging Hoechst zu diesem Verfahren über und setzte der zweiprozentigen Novocain-Suprarenin-Lösung noch etwas Kaliumsulfat zu. Nach dem Ersten Weltkrieg begannen in der internationalen Politik ganz neue Entwicklungen: In Genf trat der Völkerbund zusammen, der Vorläufer der Vereinten Nationen. Er erließ 1924 Ausführungsbestimmungen zu dem Internationalen Opiumabkommen, dem das Deutsche Reich schon 1912 beigetreten war. Dieses Abkommen berührte Opium, Morphinum, Kokain sowie deren Abkömmlinge. Sie waren gefährlich und sollten daher nur gegen Bezugsschein abgegeben werden. Das Novocain fiel nicht unter dieses Gesetz, weil es mit dem Kokain eben nur die betäubende Wirkung gemein hatte, nicht aber die Suchtgefahr. In der Medizin ersetzte es voll und ganz das ältere, gefährliche Kokain.

Heute noch weltweit führend

Heute ist das Novocain weltweit das bedeutendste Lokalanästhetikum. Das ist auch der Grund, warum es im „Webster“ zu finden ist, dem großen amerikanischen, einsprachigen Wörterbuch der englischen Sprache, in dem ein solcher Eigenname eigentlich nichts zu suchen hat. Novocain ist trotzdem erwähnt, denn in den USA sagt man einfach „Novocain“, wenn man eigentlich 'örtliches Betäubungsmittel' meint, vergleichbar mit dem weltweit bekannten Papiertaschentuch.

Wo es heute dieses Mittel nicht gibt oder wo es für viele unerschwinglich ist, in den Ländern Asiens und Afrikas beispielsweise, da sind die Zähne der allermeisten in einem schrecklichen Zustand. Zahnersatz ohne örtliches Betäubungsmittel ist so gut wie ausgeschlossen. Generationen von Menschen vor unserer Zeit hätten viel darum gegeben, wenn es zu ihren Lebzeiten schon erfinden gewesen wäre.

Dr. phil. Manfred Vasold
Veilchenstr. 7
83101 Rohrdorf

Carl Franz Maria Partsch, 1855 – 1932

Ein runder Geburtstag

Partsch I und II – wer schon einmal eine Zyste operiert hat, dem sind diese Termini ein Begriff. Benannt sind sie nach dem Mediziner Professor Carl Franz Maria Partsch, der vor 150 Jahren im schlesischen Josefinenhütte geboren wurde.

Die Zahnmedizin in Breslau – wo Partsch lehrte und forschte – blickt auf eine lange Tradition zurück: Schon im Januar 1873 wurde dort das private Institut für Zahnheilkunde gegründet. In der internationalen Fachwelt genoss es einen sehr guten Ruf. So wurde ihm 1895 auf dem Stomatologenkongress in Rom eine Silbermedaille verliehen. Auf ministerielle Anweisung erfolgte am 25. April 1890 die Verstaatlichung des Privatinstinuts. Ab sofort trug es den Titel „Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten an der Medizinischen Fakultät der Königlich Preußischen Universität“.

Direktor, Autor, Lehrer

Partsch, damals Privatdozent für Chirurgie, wurde erster Direktor der Poliklinik. Als er 1895 zusätzlich die Leitung des Breslauer Krankenhauses der Barmherzigen Brüder übernahm, konnte er die Bedeutung des Instituts erheblich steigern. Denn die Fusion gab ihm die Möglichkeit, seine Erfahrungen in der Kiefer- und Gesichtschirurgie zu erweitern. Er interessierte sich vor allem für die Bereiche Pathologie und Klinik chronischer Kiefererkrankungen, Aktinomykose, radikuläre und folliculäre Zysten. Als Autor ist Partsch durch sein „Handbuch der Zahnheilkunde“ bekannt. Darüber hinaus steuerte er in dem Sammelband „Chirurgische Erkrankungen des Mundes und der Kiefer“ (1912) seines früheren Lehrers Johann von Mikulicz-Radecki ein umfangreiches Kapitel bei. Zu seinen Schülern gehörte unter anderem der Zahnarzt und Chirurg Antoni Cieszyński. Er erfand die für Röntgenaufnahmen von Zähnen wichtige „Halbwinkel-Technik“ nach der Isometrieregeln. Ein Verfahren,



Vor 150 Jahren wurde er geboren – Carl F. M. Partsch.

Foto: Archiv

das Zahnärzte auch heute noch anwenden. Später gründete er das Stomatologische Institut der Universität in Lemberg. Dort wurde Cieszyński – zusammen mit 45 weiteren Professoren – im Juli 1941 von den Nationalsozialisten erschossen. Partsch führte außerdem Alfred Meissner

zur Promotion. Er legte 1915 an der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau seine Dissertation „Der Zahnwechsel in Dermoidzysten der Ovarien“ vor.

Engagement und Ehrungen

Neun Jahre vor seinem Tod, im Mai 1921, wurde Partsch der Titel „Doctor honoris causa“ der Universität Breslau verliehen. Er war Vorsitzender der Schlesischen Ärztekammer und der 1882 gegründeten „Odontologischen Gesellschaft“, die im Jahr 1903 in „Akademischer Odontologischer Verein“ umbenannt wurde. Auch außerhalb der universitären Mauern war Partsch sehr aktiv: So gründete er den Akademischen Turnverein, übernahm 1877 dessen Leitung und setzte sich für den Bau von Turnhallen ein.

Dr. med. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska
Katedra i Zakład Protetyki
Stomatologicznej Akademii Medycznej
Ul. Cieszyńskiego 17/19
PL-50-136 Wrocław

Prof. Dr. Dr. med. h.c. Eberhard
Sonnabend
Universitätszahnklinik
Goethestr. 79
80336 München

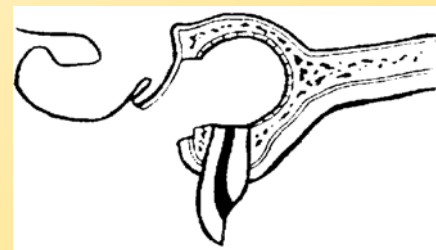
zm-Info

Partsch I und II

Bei der Zystomie nach Partsch I (Abbildung oben) wird der Zystenbalg erhalten. Die Zyste wird durch Resektion ihrer vestibulären oder palatinalen Wand zu einer Nebenhöhle der Mundhöhle gemacht.

Nach der Methode Partsch II – der Zystektomie – wird der Zystenbalg vollständig entfernt und die Wunde dicht verschlossen. Die Heilung erfolgt über das in der Knochenhöhle befindliche Blutkoagulum.

Quelle: Praxis der Zahnheilkunde, Band 9: Zahnärztliche Chirurgie. Urban & Schwarzenberg, 1989, S. 308.



Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 88

KaVo

Partnerschaft mit Ivoclar Vivadent

Eine Kooperation zwischen KaVo und Ivoclar Vivadent ermöglicht die Bearbeitung der Vollkeramik IPS e.max CAD auf dem CAD/CAM System KaVo Everest. Die IPS e.max CAD Blöcke haben eine Färbung, die von weißlich über blau bis hin zu blau-grau variiert und durch die Zusammensetzung der Glaskeramik bedingt ist. Dank einer innovativen Herstellungstechnologie verfügt IPS e.max CAD über eine beeindruckende Homogenität und lässt sich einfach im KaVo Everest System bearbeiten. Die Festigkeit im vorkristallinen „blauen“ Zustand ist mit gängigen Glaskeramiken vergleichbar. Nach dem Schleifen erfolgt



ein Kristallisationsvorgang, der zu einer Gefügeumwandlung führt, die der Glaskeramik eine Festigkeit von 360 MPa und entsprechende optische Eigenschaften wie Farbe, Transluzenz und Helligkeit gibt. Die zahnfarbenen IPS e.max CAD Gerüste bilden die Basis für ästhetische Kronenrestaurationen, die mit der optimal auf das System abgestimmten Verblendkeramik IPS e.max Ceram fertig gestellt werden.

*KaVo Dental GmbH
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: Petra.Auracher@kavo.com*

Roos Dental

Zuverlässiger und schneller Steri



Bei der Aufbereitung von Medizinprodukten in der zahnärztlichen Praxis sind Klasse B Autoklaven mittlerweile Standard geworden. Nur sie garantieren das fraktionierte Vakuum, mit dem sich alle zahnärztlichen Antriebe, wie Turbinen und Winkelstücke, sicher und vollständig sterilisieren lassen. Ein großes Manko war bisher die lange

Dauer des Sterilisationsvorganges. Wer nicht über einen großen Vorrat an Antrieben verfügte, musste seine Patienten manchmal warten lassen. Der neue „Schnell“ Steri Millennium B₁ von Mocom benötigt für den „Quick“ Zyklus zum Beispiel nur neun Minuten Gesamtdauer – Trocknungsphase eingeschlossen.

*Roos Dental
Friedensstraße 12-18
41236 Mönchengladbach
Tel.: 0 21 66 / 4 17 55
Fax: 0 21 66 / 61 15 49
<http://www.roos-dental.de>
E-Mail: info@roos-dental.de*

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

Acteon

ProphySpray löst Pulverrückstände

Verstopfte Airpolisher-Handstücke sind mit dem ProphySpray von Satelec, Acteon Group, passé. Das Spray zur präventiven Wartung und gründlichen Säuberung von Pulverstrahlgeräten entfernt mit nur einem Sprühstoß sowohl im Handstück als auch im Schlauch rückstandslos Verhärtungen und Pulverreste. Täglich angewendet, beugt das Reinigungsspray Leistungsverlust und Geräteausfall bei allen ProphyPen-Handstücken, die auf die Geräte Prophy Max II, Air Max II oder direkt auf die Module am Behandlungsstuhl aufgesteckt werden, vor. Aufgrund seiner organischen Zusammensetzung ist ProphySpray biokompatibel und biologisch abbaubar.



*Acteon Germany GmbH
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04 / 95 65 - 10
Hotline: 08 00 / 728 35 32
Fax: 0 21 04 / 95 65 - 11
<http://www.de.acteongroup.com>
E-Mail: info@de.acteongroup.com*

Coltène Whaledent

Gute Noten für GuttaFlow



GuttaFlow, das Kaltfüllsystem für die Obturation von Wurzelkanälen von Coltène Whaledent, genießt ein Jahr nach der Markteinführung einen hohen Stellenwert und wird als innovatives Produkt im Bereich Endodontie geschätzt. Dies ergab eine repräsentative Umfrage unter den Anwendern. Dabei schätzen die Behandler vor allem die kurze Ver-

arbeitungszeit und das einfache Handling. Positiv bewertet wurden auch die Materialkonsistenz sowie das Ergebnis des abgefüllten Kanals. Über drei Viertel der Befragten wollen das Produkt weiterhin verwenden. Bestätigt werden diese Ergebnisse durch internationale Studien, die unter www.guttaflow.com einsehbar sind. Außerdem wurde GuttaFlow im Rahmen des Innovationspreises von Pluradent und DZW unter den zehn besten Innovationen 2005 nominiert.

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

VITA

Volltreffer für die ganzheitliche Medizin



Vollkeramische Zahnprothetik ist nicht nur hoch ästhetisch, sondern zeichnet sich auch durch eine sehr gute Biokompatibilität aus. Sechs Referenten von unterschiedlichen medizinischen Gesellschaften und Instituten klärten während der Informationsveranstaltung „Vollkeramik – natürlich ganzheitlich“ am

21. Oktober 2005 im Schloß Erwitte über die Vorteile des Materials aus ganzheitlich medizinischer Sichtweise auf. Ausrichter war der Arbeitskreis der Vita In-Ceram Professionals Lippstadt – Dentallabore, die Experten in der Herstellung von vollkeramischen Restaurationen sind.

VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 5 62 - 0
Fax: 0 77 61 / 5 62 - 299
<http://www.vita-zahnfabrik.com>
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com

Verlag W.O. Funk

Kunstdruck-Kalender 2006

Erneut und zum 25. Mal erscheint für das Jahr 2006 der traditionsreiche Kunstdruck-Kalender „Geschichte der Medizin und Zahnmedizin – de historia scientiae medicinae et medicinae dentariae“. Vom Spätmittelalter über die Renaissance bis zur Zeit der Industrialisierung und mit einem besonders interessanten Beitrag der Gründung der ersten unabhängigen zahnärztlichen Hochschulfakultät 1840 durch die beiden Zahnärzte Hayden und Harris in Baltimore/Maryland finden sich in dem neuen Bildband viele ärztliche und zahnärztliche Motive. Die fotodokumentarische Zeitreise in die Geschichte des Fachs präsentiert niveaullvoll seltene und wertvolle Objekte und Sammlerhighlights.



Mit dem bekannt hohen kreativen und technischen Standard und den immer wieder neuen Objekten, Instrumenten, Apparaturen und Gemälden triumphiert einmal mehr das Beständige über das Flüchtige, Produktivität über rasches Vergessen, Vitalität des Fachs im Laufe der Jahrhunderte über manche Routine-Situation des Alltags in der Welt des Arztes. Der Preis beträgt 26,95 Euro frei Haus einschließlich Versandpauschale und Päckchenporto. Bei Bestellung von mehreren Exemplaren bitte Bestellblatt anfordern.

Verlag W. O. Funk
Im Holz 18
51427 Bergisch Gladbach
Tel.: 0 22 04 / 6 12 28
Fax: 0 22 04 / 2 28 59
E-Mail: wofunk@t-online.de

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

3M ESPE

Ästhetische Composite-Restaurationen



Mehr als 150 Teilnehmer nahmen an den Auftakt-Veranstaltungen „Ästhetische Composite Restaurationen“ mit Professor Ivo Krejci in Halle und Hamburg teil. Die von 3M Espe veranstaltete Fortbildung informierte über nanotechnologisch basierte Composite, die extrem belastbar und abrasionsbeständig sind, sowie hohe Ansprüche in punkto Ästhetik, Transparenz und Glanzerhaltung erfüllen. Die Referenten gaben außerdem einen Überblick

zum aktuellen Stand der Adhäsivtechnologie, den Feinheiten der ästhetischen Frontzahnrestauration sowie den Abrechnungsmodalitäten von Composite-Restaurationen. Weitere Termine finden im kommenden Jahr am 22. 2. in München, am 15. 3. in Köln, am 29. 3. in Hannover und am 5. 4. in Frankfurt statt. Weitere Informationen zur Veranstaltung sind telefonisch unter 0800 / 275 37 73 zu erfragen.

3M ESPE AG
Espe Platz
82229 Seefeld
Tel.: 08 00 / 275 37 73
(kostenlos)
Fax: 08 00 / 329 37 73
(kostenlos)
<http://www.3mespe.com>
E-Mail: info3mespe@mmm.com

Schütz Dental

In den Ruhestand nach 35 Jahren



Günther Kuntzsch, Leiter der Weil-Dental in Rosbach, geht nach 35 Jahren Betriebszugehö-

rigkeit in den Ruhestand. Kuntzsch, der 1972 als Maschinenbauer in die Schütz-Gruppe eintrat, übernahm später eine spannende Außendiensttätigkeit, die ihn durch ganz Europa bis nach Hongkong führte. Getreu seinem Motto „Geht nicht, gibt's nicht!“ hat Kuntzsch nicht nur die Lasertechnologie der Weil-Dental mit vorangetrieben. Die expansive Entwicklung der Schütz-Tochter Weil-Dental wird Günther Kuntzschs Nachfolger Uwe Braun auf internationaler Ebene weiterführen.

Schütz-Dental GmbH
Dieselstraße 5 - 6
61191 Rosbach
Tel.: 0 60 03 / 814 - 575
Fax: 0 60 03 / 814 - 905
<http://www.schuetz-dental.de>

EMS

Einfache Kalibrierung mit neuer Software

Die Halogen-Polymerisationslampe Swiss Master Light von EMS setzt in punkto Schnelligkeit, Verlässlichkeit und Einsatzspektrum neue Maßstäbe. Zudem profitiert der Zahnarzt von der jüngst erfolgten Aktualisierung der Software unmittelbar im Praxisalltag: Zum einen ist die Betriebssicherheit nun stabiler als je zuvor, zum anderen wurde der Kalibrierprozess vereinfacht. Mit einer Lichtintensität von 3000 mW/cm² bringt Swiss Master Light dreimal soviel Power wie



herkömmliche Halogenlampen. Möglich wird diese Höchstleistung durch eine innovative Wasserkühlung. Die Lampe arbeitet außerdem in Rekordzeit. So dauert das Aushärten einer zwei Millimeter starken Kompositenschicht maximal vier Sekunden, und selbst unterhalb von Keramikrestorationen sind Adhäsive in kürzester Zeit auspolymerisiert. Einen großen Anteil an der Zeitersparnis hat der extra große Lichtleiter, der mit einem Durchmesser von elf Millimetern die meisten Molaren abdeckt und mit einem „Schuss“ aushärtet.

EMS Electro Medical
Systems-Vertriebs GmbH
Schatzbogen 86
81829 München
Tel. 0 89 / 42 71 61 - 0
Fax 0 89 / 42 71 61 - 60
<http://www.ems-dent.de>
E-Mail: info@ems-dent.de

GEBR. BRASSELER

Schleifer: besserer Abtrag, höhere Standzeit



Gebr. Brasseler/Komet ist nach der Durchführung langer Testreihen die Entwicklung von ZR-Schleifern gelungen, die den „Härtest Zirkonoxid“ meistern. Eine von Komet entwickelte Spezialbeschichtung bindet die hochwertigen Diamantkörner in dichter Belegung dauerhaft in die Binde-schicht ein. Erfreuliches Ergebnis: Die Schleifwerkzeuge haben gegenüber herkömmlichen Diamantschleifern eine verbesserte Standzeit sowie eine erhöhte Ab-

tragsleistung. Dank der Farbring-Kennzeichnung der neuen ZR-Schleifer sind Verwechslungen ausgeschlossen. Abtragsstärkere Schleifer in grober Körnung kommen zum Beispiel beim Verputzen von Stegen, für Formkorrekturen und andere Nacharbeiten zum Einsatz. Schleifer in normaler Körnung eignen sich für kleinere Korrekturen, etwa das Einpassen des Zahnersatzes.

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

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

DÜRR DENTAL

Ergonomieschulung kommt gut an



Mit der Teamschulung „Systematische Absaug- und Halte-technik“ bietet die Vistacademy von Dürr Dental seit dem Frühjahr 2005 eine spezielle Ergonomieschulung an. Neben Übungen zur Absaug- und Haltetechnik und zur richtigen Patientenauflagerung steht das Vorbeugen von Haltungsschäden von Zahnarzt und Assistenz im Vordergrund. Die konzeptionelle Basis stammt von dem re-

nommierten Ergonomie-Trainer Dr. Richard Hilger. Und die kommt in den Praxen offenbar sehr gut an, denn bereits in den ersten Monaten ließen sich 60 Teams von den Trainerinnen der Dürr Vistacademy in ihrer Zahnarztpraxis für ein „entspanntes“ Arbeiten schulen. Peter Böhm, Zahnarzt aus Rudolstadt, spürt die Vorteile jeden Tag: Schon wenige Tage nach radikaler Umstellung der Sitz-, Halte- und Absaugtechniken trat eine wesentliche Besserung bestehender Beschwerden ein. Die Ergonomieschulung kann telefonisch bei Dürr Dental, Frau Zipfert, unter der Nummer 07142/705-287 gebucht werden. Weitere Informationen sind unter <http://www.vistacademy.de> erhältlich.

DÜRR DENTAL GmbH & Co. KG
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 7 05 - 340
Fax: 0 71 42 / 2 07 36
<http://www.duerr.de>
E-Mail: koch.m@duerr.de

solutio

Charly mit Honorarkalkulation

Damit Zahnärzte ihre Honorare profitabler definieren können, ermöglicht die jüngste Version der Praxismanagement-Software Charly eine stundenabhängige Honorarkalkulation. Die neuen Funktionen sind in die Kostenplanung integriert, wo Praxen ihren durchschnittlich benötigten Zeitbedarf pro Behandlungsart hinterlegen. Auf dieser Basis generiert Charly den erzielten Umsatz pro Behandlung und Praxisarbeits-

stunde. Geht es um die Analyse ihrer Umsatzsituation, können Praxisinhaber genau prüfen, welche Leistungen sich betriebswirtschaftlich rentieren – und bei welchen Behandlungen das Verhältnis von Aufwand und Ertrag neu definiert werden muss.

solutio GmbH
Röhler Weg 16
71032 Böblingen
Tel.: 0 70 31 / 46 18 - 70
Fax: 0 70 31 / 46 18 - 77
E-Mail: info@solutio.de

M+W Dental

M+W sponsert Weihnachtsfeier

Gedicht schreiben, einschicken und gewinnen – unter dem Motto „Unser Dankeschön für Ihr Team“ belohnte M+W die originellsten Gedichte mit einer Weihnachtsfeier für das ganze Praxis- oder Laborteam. „Ich sitze im Schnee / mit dem Katalog von M+W / doch ums Herz ist mir warm / M+W macht mich nicht arm / Die Preise sind klein / die Qualität ist fein / Was will ich noch mehr / M+W geb' ich nie wieder her,“ schrieb zum Beispiel das Praxisteam von Dr. Joachim Schuster aus Limbach bei Chemnitz. Zur Teilnahme aufgerufen waren alle Praxis- und Laborteams in Deutschland. Die Aufgabe bestand

darin, die persönlichen Erfahrungen mit M+W in Reimform zu gießen. Dafür konnten die Teams 250 Euro für ihre Weihnachtsfeier gewinnen. Weit über 400 Praxen und Labore machten mit. Alle Sieger und eine Auswahl an weiteren, heiteren Gedichten ist auf der M+W Homepage unter www.mwdental.de eingestellt. Darüber hinaus finden Kunden die prämierten Werke im einem der nächsten Kataloge.

M+W Dental GmbH
Industriestraße 25
63654 Büdingen
Tel.: 0 60 42 / 88 00 22
Fax: 0 60 42 / 88 00 60
<http://www.mwdental.de>
E-Mail: rolf.kersting@mwdental.de

Hu-Friedy

Gracey Mini-Küretten: effektiv und präzise



Eine der effizientesten Methoden der Wurzelreinigung und -glättung ist nach wie vor die Behandlung mit Gracey-Küretten. Allerdings stoßen herkömmliche Gracey Küretten bei sehr tiefen Zahnfleischtaschen und sehr schmalen Wurzeloberflächen an ihre Grenzen. Die neuen Gracey Mini-Küretten von Hu-Friedy erlauben die problemlose parodontale Behandlung auch an schwer zugänglichen Bereichen. Sie verfügen über extrem kurze und schmale Arbeitsenden. Das

kurze Arbeitsende ermöglicht es, selbst sehr schmale Wurzeloberflächen problemlos zu erreichen. Das schmale Arbeitsende trägt dazu bei, beim Einführen des Instruments die Dehnung des gingivalen Gewebes zu vermindern. Erhältlich sind vier verschiedene Ausführungen für die Anwendungsbereiche anterior facial/oral, bukkal/lingual, mesial und distal. Das Spitzenmaterial Immunity Steel garantiert, dass die Schneidekanten besonders lange scharf bleiben.

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>

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

curasan

Stabiles All-in-One-Implantatsystem



Auf dem 23. ICOI Weltkongress in Straßburg hat curasan erstmals das neue Revois All-in-One System präsentiert. Revois steht für „Revolutionary Implant System“ und setzt sowohl chirurgisch im Hinblick auf minimalinvasive Insertion, hohe Primärstabilität und Osseointegration als auch prothetisch im Sinne einer optimalen Ästhetik neue Maß-

stäbe. Ein zentrales prothetisches Element ist der multifunktionelle Präzisionspfosten, der für alle Implantatdurchmesser passt. Das Revois-Implantatsystem kommt also mit nur einer Prothetiklinie aus. Einzigartig ist das innovative Snap-on Tool aus ausbrennbarem Kunststoff. Es ist dem Titanpfosten exakt angepasst und kombiniert mehrere Funktionen. Das Snap-on Tool dient neben dem sicheren Einbringen des Implantates in die Kavität zur präzisen Abformung und kann als Abdruckkappe für passgenaue Übertragung sowie als provisorische oder endgültige Kronenbasis verwendet werden. Das Baukastensystem kommt zudem mit einer vergleichsweise geringen Anzahl von Teilen aus, was die Anwendung erheblich vereinfacht.

curasan AG
Lindigstraße 4
63801 Kleinostheim
Tel.: 0 60 27 / 46 86 - 467
Fax: 0 60 27 / 46 86 - 686

UBK

Erfolgreiches Qualitätsmanagement

Die Unternehmensberatung Alwin Krauß (UBK) berät und unterstützt seit über zehn Jahren Unternehmen und Organisationen bei der Dokumentation, Einrichtung und Hinführung zur erfolgreichen Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen. Der Ansatz bei Zahnarztpraxen ist eine möglichst praktische Umsetzung der vielen gesetzlichen, berufsgenossenschaftlichen und sonstigen Anforderungen mit einem Minimum an Dokumentationsaufwand. So bezieht UBK die Praxis-

handbücher der Zahnärztekammern in das System mit ein. Als zusätzliche Dokumentation werden ein Qualitätsmanagement-Handbuch sowie Praxisanweisungen für die Tätigkeiten der Praxisleitung, Stuhlassistenz, Verwaltung/Abrechnung sowie Praxislabor erstellt.

UBK Unternehmensberatung
Alwin Krauß
Westerhof 5
21271 Hanstedt
Tel.: 0 41 84 / 13 15
Fax: 0 41 84 / 75 50
E-Mail: ubkrauss@t-online.de

Lege artis Pharma

Desinfektion von Wurzelkanälen



Mit Histolith hat lege artis Pharma eine Natriumhypochlorit-Lösung zur Desinfektion und Reinigung des Wurzelkanals auf den Markt gebracht. Natriumhypochlorit kommt bei der Aufbereitung von Wurzelkanälen als

Standardspüllösung zum Einsatz. Die benötigte Menge richtet sich jeweils nach den lokalen Gegebenheiten. Zur optimalen Wirkungsentfaltung sollte jedoch eher reichlich und oft gespült werden, also auch bei jedem Wechsel der Instrumentengröße. Histolith eignet sich für alle gängigen Aufbereitungstechniken.

lege artis Pharma GmbH + Co KG
Breitwasenring 1
72135 Dettenhausen
Tel.: 0 71 57 / 56 45 - 0
Fax: 0 71 57 / 56 45 50
<http://www.legeartis.de>
E-Mail: info@legeartis.de

Hager & Werken

Zeitmesser zum Zähneputzen



Eine spielerische Kontrolle über die optimale Zahnputzzeit von

zwei Minuten bietet die farbige Sanduhr mira dent von Hager & Werken. Sie ist direkt beim Zahnarzt oder in der Apotheke erhältlich. Das Befestigen ist einfach, weil die Sanduhr auf der Rückseite einen Saugnapf hat. Eltern können nun darauf vertrauen, dass ihre Kinder sich zukünftig mehr Zeit zum Zähneputzen nehmen.

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54
47006 Duisburg
Tel.: 02 03 / 99 269 - 0
Fax: 02 03 / 29 92 83
<http://www.hagerwerken.de>
E-Mail: presse@hagerwerken.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 1. 02. 2006 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Andrea Hoffmann
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- Acteon** – ProphySpray löst Pulverrückstände (S.84)
- 3M ESPE** – Ästhetische Composite-Restorationen (S. 85)
- Coltène Whaledent** – Gute Noten für GuttaFlow (S.84)
- curasan** – Stabiles All-in-One-Implantatsystem (S.87)
- DÜRR DENTAL** – Ergonomieschulung kommt gut an (S.86)
- EMS** – Einfache Kalibrierung mit neuer Software (S.86)
- GEBR. BRASSELER** – Besserer Abtrag, höhere Standzeit (S.86)
- Hager & Werken** – Zeitmesser zum Zähneputzen (S.88)
- Hu-Friedy** – Gracey Mini-Küretten: effektiv und präzise (S.87)
- KaVo** – Partnerschaft mit Ivoclar Vivadent (S.84)
- Lege artis Pharma** – Desinfektion von Wurzelkanälen (S.88)
- M+W Dental** – M+W sponsort Weihnachtsfeier (S.87)
- Roos Dental** – Zuverlässiger und schneller Steri (S.84)
- Schütz Dental** – In den Ruhstand nach 35 Jahren (S.85)
- solutio** – Charly mit Honorarkalkulation (S.86)
- UBK** – Erfolgreiches Qualitätsmanagement (S.87)
- Verlag W.O. Funk** – Kunstdruck-Kalender 2006 (S.85)
- VITA** – Volltreffer für die ganzheitliche Medizin (S.85)

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG

Seite 5

APW, Akademie Praxis und Wissenschaft

Seite 45

BAI-Edelmetall AG

Seite 59

BEGO Interplant Systems GmbH & Co. KG

Seite 9

Colgate Palmolive GmbH

Seite 49

Computer konkret AG

Seite 59

DampSoft Software- Vertriebs GmbH

Seite 47

DeguDent GmbH

Seite 12, 13, 14 und 15

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Seite 57, 61 und 73

DGI e.V.

Seite 17 und 27

DMG Chem.-Pharm. Fabrik GmbH

Seite 11

Doctorseyes

Seite 75

Evident GmbH

Seite 55

Gaba GmbH

2. Umschlagseite
und Seite 19

Kettenbach

GmbH & Co. KG

Seite 33

Nobel Biocare AB

3. Umschlagsseite

NSK Europe GmbH

Seite 43

Porsche AG

Seite 25

SDI Limited

Seite 81

Shofu-Dental GmbH

4. Umschlagsseite

Sirona Dental System GmbH

Seite 7

W & H Deutschland

GmbH & Co. KG

Seite 51, 59 und 63

zm-Jahresband

Seite 79

Teilbeilage

Hakra Schuhversand

(PLZ 0, 2, 3 und 9)

Voco GmbH/ BEGO

Implant Systems

GmbH & Co. KG

(PLZ 0, 1, 3 und 9)

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, M. A.,
(Praxismanagement, Finanzen,
Recht) pit;
Claudia Kluckhuhn (Politik, EDV,
Technik, zm-online/newsletter), ck
Susanne Theisen (Volontärin), sth

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 Sonderteile 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 Zeitungsbezugsgehalt ist damit abgegolten.

Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 166,80 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 6,95 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Verlagsrepräsentanten:
Nord/Ost: Götz Kneiseler,
Uhlandstr 161, 10719 Berlin,
Tel.: 0 30/88 68 28 73,
Fax: 0 30/88 68 28 74,
E-Mail: kneiseler@aol.com
Mitte/Südwest: Dieter Tenter,
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad,
Tel.: 0 61 29/14 14,
Fax: 0 61 29/17 75,
E-Mail: d.tenter@t-online.de
Süd: Ratko Gavran,
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: 0 72 21/99 64 12
Fax: 0 72 21/99 64 14
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 3. Quartal 2005:
Druckauflage: 80 784 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 543 Ex.

Ausgabe A
Druckauflage: 73 017 Ex.
Verbreitete Auflage: 72 103 Ex.

95. Jahrgang

ISSN: 0341-8995

Krankenkassen-Finanzlage

882 Millionen Euro Überschuss

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat Angaben des Bundesgesundheitsministeriums zufolge in den ersten neun Monaten dieses Jahres einen Überschuss von rund 882 Millionen Euro erzielt. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) rechnet mit einer weiteren Verbesserung der Finanzlage im vierten Quartal. Die Nettoverschuldung der GKV könne voraussichtlich noch in diesem Jahr abgebaut werden.

Damit ist die eigentlich bis Ende 2007 vorgesehene Entschuldung wesentlich schneller vorangeschritten.

Die GKV stünde finanziell aber noch erheblich besser da, wenn die Ausgabenzuwächse im Arzneimittelbereich im Rahmen der von der Selbstverwaltung vereinbarten Steigerungsrate geblieben wären, sagte die Ministerin. Die Arzneimittelausgaben seien

im ersten bis dritten Quartal je Mitglied um 19,1 Prozent gestiegen, vereinbart worden sei jedoch eine Begrenzung des Zuwachses auf zunächst 5,8 und später 8,5 Prozent.



Foto: ProjectPhoto

Das Versagen der Selbstverwaltung bei der Steuerung der Arzneimittelausgaben erfordere deshalb weiteres Handeln des Gesetzgebers, damit es nicht bereits 2006 wieder zu einer Defizitentwicklung in der GKV komme.

KKH-Prognose

Künftig weniger Krankenkassen

Die Zahl der Krankenkassen in Deutschland wird schrumpfen. Das sagt der Vorstandsvorsitzende der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH), Ingo Kailuweit, voraus.

SPD und Union hatten bei ihren Koalitionsverhandlungen vereinbart, Fusionen auch zwischen unterschiedlichen Kassenarten zu ermöglichen.

„Innerhalb von fünf Jahren wird die Zahl der rund 270 Kassen auf 75 schrumpfen“, prophezeite Kailuweit. Entsprechend halte die KKH die Augen offen nach Kooperationspartnern. „Wir übernehmen Krankenkassen, wenn sie gut sind und unser Portfolio verstärken“, sagte der KKH-Chef, ohne kon-

krete Pläne zu verraten. Mit Fusionen könnten Krankenkassen die Qualität steigern, ihre Verhandlungsstärke erhöhen und neue Kompetenzen aufbauen. Er appellierte an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), bald einen Gesetzentwurf vorzulegen.

Schmidt hatte zuvor gesagt, wenn es zwischen 30 und 50 statt derzeit 262 Krankenkassen gäbe, sei die Auswahl noch immer gut.

pit/dpa

Bundesfachschaften

Studententag in Münster

Der Deutsche Zahnmedizinische Studententag findet vom 16. bis 18. 12. in Münster statt.

Organisiert wird die Veranstaltung aller zahnmedizinischen Fachschaften vom Bundesverband der Zahnmedizinischen Studenten in Deutschland e.V. (BdZM). Mehr dazu unter www.bdzm.com.

pr

Absender (in Druckbuchstaben):



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

zm **Leser service**

Nr. 24
2005

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

A. Filippi: Die Globulomaxilläre Zyste (S. 36) Literaturliste



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

Struck zur Gesundheitsreform

Chefsache der Fraktionsspitzen

Der Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Peter Struck, hat die Suche nach einem Kompromiss für die anstehende Finanzierungsreform im Gesundheitswesen zur Chefsache erklärt. Da die Wahlkampfkonzepte von Union und SPD nicht miteinander vereinbar seien, „müssen (wir) uns etwas Neues einfallen lassen. Das ist nicht nur Sache der Gesundheitsministerin, sondern auch Chefsache der Fraktionsspitzen und Angelegenheit der Experten von Union und SPD“, sagte Struck der „Passauer Neuen Presse“. Struck bekräftigte, dass die Reform „bis Ende 2006 im Gesetzblatt stehen“ solle. Einen „Kompromiss in der Mitte“ zwischen dem SPD-Modell der Bürgerversicherung und dem Unions-Konzept der Gesundheitsprämie oder Kopfpauschale „kann es nicht geben“. Das Re-

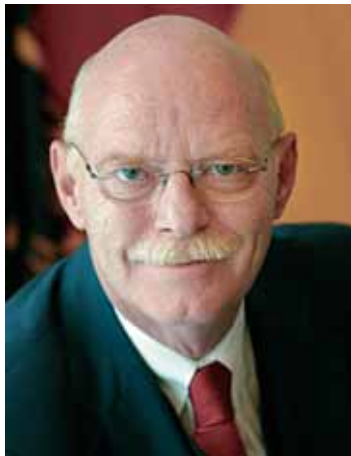


Foto: SPD

formgesetz solle bis zur Jahresmitte 2006 vorgelegt werden. Gegen ein Mischmodell zur Reformierung der Krankenkassen hat sich SPD-Chef Matthias Platzeck ausgesprochen. „Wir werden das SPD-Modell einer Bürgerversicherung und die Kopfpauschale der Union nicht in einen Topf werfen und mal ein bisschen schütteln“, sagte er der Tageszeitung „Die Welt“.

ck/sth/dpa

Innovationskraft auf der Medica

Zeichen gegen die Kostendiskussion

Die weltgrößte Fachmesse für Medizintechnik, die Medica in Düsseldorf, hat über 137.000 Fachbesucher aus 100 Ländern angezogen. Wie Wilhelm Niedergöcker, Geschäftsführer der Messe Düsseldorf, betonte, habe die Branche „mit ihrer Innovati-

onskraft der gesundheitspolitischen Kostendiskussion genau das richtige Zeichen entgegengesetzt.“ Die Besucher interessierten sich vor allem für effiziente und hochwertige Diagnose- und Therapieverfahren. Schwerpunkte bildeten auch Telematik-Anwendungen und -Infrastrukturen rund um die in Deutschland anstehende Einführung für elektronische Gesundheitskarte und Heilberufausweis sowie Chips zur schnellen biotechnischen Diagnose von Krankheiten. pit/pm



Relaunch der Homepage

KZBV hat neuen Internetauftritt

Mit einem neuem Auftritt präsentiert sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) im Internet (www.kzbv.de). Frisches Layout und eine völlig überarbeitete Menüführung sorgen dafür, dass das zahnärztliche Informationsangebot noch leichter zugänglich und stärker auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Nutzer zugeschnitten ist. Fachbesucher, Patienten und Medienvertreter können die jeweils für sie relevanten Informationen mit einem Mausklick erreichen. Damit reagiert die KZBV auch auf die ständige steigende Nachfrage nach Online-Informationen zur zahnärztli-

chen Versorgung. Journalisten können sich nun direkt beim elektronischen Presseverteiler der KZBV anmelden. Der Service „Wissen, was neu ist“ gibt darüber hinaus jedem Nutzer die Möglichkeit, sich über E-Mail automatisch benachrichtigen zu lassen, wenn neue Dokumente auf der Website eingestellt werden. KZBV



Foto: KZBV

Arzneimittelausgaben

Zwei Milliarden Euro Einsparungen

Die große Koalition will nach Informationen der „Ruhr Nachrichten“ bei den Arzneimitteln vom kommenden Jahr an zwei Milliarden Euro einsparen. Die Zeitung bezieht sich auf einen ihr vorliegenden Gesetzentwurf von Union und SPD, der im Bundeskabinett – und noch vor Weihnachten in erster Lesung im Bundestag – beraten werden soll.

Dem Papier zufolge sollen Pharmafirmen Apothekern keine Naturalrabatte mehr gewähren dürfen. Davon verspricht sich die Regierung 375 Millionen Euro Einsparung im nächsten Jahr. Allein zwischen 1. April und

31. Dezember sollen bei den Festbetragsgruppen 1,125 Milliarden Euro durch „Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ gewonnen werden, heißt es in dem Gesetzentwurf. Vorgesehen sei folgender Mechanismus: Überschreiten die Kosten für die vom Arzt verordneten Medikamente einen festgelegten Tagestherapiekostensatz, werde dieser verpflichtet, bis zu 50 Prozent des Mehraufwands gegenüber den Krankenkassen auszugleichen. Umgekehrt erhalten Ärzte einen Bonus, wenn die Ausgaben unter dem Tagestherapiekostensatz bleiben. ck/dpa

KBV: Erwartungen für 2006

Gestalter, nicht Verwalter

„2006 wird berufspolitisch ein schwieriges und raues Jahr werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wird stark gefragt sein – allen Unkenrufen zum Trotz. Denn wir verstehen uns als aktiver Gestalter, nicht als reiner Verwalter“, fasst der KBV-Vorsitzende Andreas Köhler seine Erwartungen für 2006 zusammen. Die Ankündigung der Ministerin, ein Institut mit der Konzeption einer neuen Gebührenordnung zu betrauen, wertete er als wenig sinnvollen Alleingang: „Wir fordern schon seit Jahren

einen EBM mit Bewertungen in Euro und Cent und arbeiten – wie mit dem Gesundheitsministerium vereinbart – an einer morbiditätsorientierten Bezahlung der Ärzte. Wir brauchen kein weiteres Institut.“ Die KBV habe in diesem Jahr mit der Umsetzung ihrer angekündigten Dienstleistungsorientierung begonnen. Als Beispiele nannte Köhler die Vertragswerkstatt und Qualitätsmanagement. Positiv wertete Köhler, dass die neue Regierung das Thema Ärztemangel inzwischen ernst nehme. sth/pm

Bereitschaftsdienst

Kein Anspruch auf gleichen Lohn



Foto: CC

Ärzte und Pflegekräfte in Kliniken können für Bereitschaftsdienste nicht automatisch den vollen Lohn verlangen. Die EU-Arbeitszeitrichtlinie ist auf die Vergütung nicht anwendbar, entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg. Mit seinem Urteil zu einer Regelung für Pflege- und Sozialberufe in Frankreich bestätigte der

EuGH indirekt die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts, wonach Bereitschaften zwar als Arbeitszeit gelten, nicht aber wie reguläre Arbeit vergütet werden müssen. Die Richtlinie diene allein dem Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer, begründete der EuGH. Der Marburger Bund pocht weiter auf eine volle Vergütung, während die Deutsche Krankenhausgesellschaft vor jährlichen Mehrkosten von 1,7 Milliarden Euro warnt. Nach dem zwischen Ver.di, Bund und Kommunen vereinbarten neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst können Kliniken Betriebsvereinbarungen über die Bereitschaftsdienste abschließen. Nach Ver.di-Angaben ist bislang aber noch keine solche Vereinbarung in Kraft. ck/ÄZ

Foto: Ingram

Hochschulstatistik

Frauenanteil gewachsen

Ende 2004 waren 51 Prozent der 502.700 Beschäftigten an deutschen Universitäten und Hochschulkliniken Frauen. Davon arbeiteten 31 Prozent im wissenschaftlichen und künstlerischen Bereich, teilte das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mit. Die übrigen 69 Prozent gehör-



ten zum nichtwissenschaftlichen Personal in Verwaltung, Bibliothek oder Pflegedienst.

Die Zahl der Professuren ist laut Statistik mit 38.200 seit Mitte der 90er Jahre leicht um drei Prozent gestiegen. Der Anteil weiblicher Lehrstuhlinhaber stieg in diesem Zeitraum von acht auf 14 Prozent. In den Kunst-, Sprach- und Kulturwissenschaften war etwa jede vierte Professur mit einer Frau besetzt. In der Mathematik und den Naturwissenschaften lag der Anteil mit neun, in den Ingenieurwissenschaften mit sechs Prozent am niedrigsten. sth/pm

■ Mehr Details unter www.destatis.de/shop, „Personal und Personalstellen an Hochschulen, vorläufiges Ergebnis 2004“

Aktion Seelöwe

492 Kindergärten ausgezeichnet

Für gute zahnärztliche Vorsorge im Rahmen der „Aktion Seelöwe“ sind 492 bayerische Kindergärten mit einem Preisgeld ausgezeichnet worden. Insgesamt haben 2.584 Einrichtungen teilgenommen, gab die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft

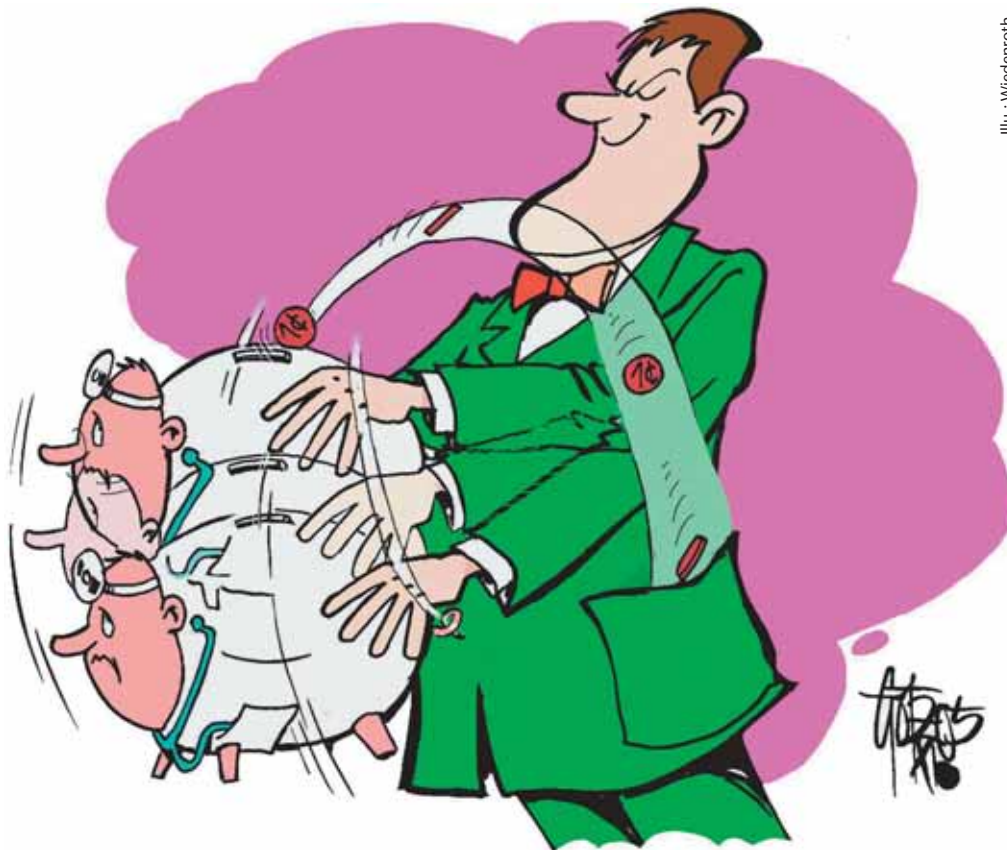
Zahngesundheit (LAGZ) bekannt.

Ziel des Projekts ist es, Kindern früh den eigenverantwortlichen Umgang mit Körper und Zahngesundheit zu vermitteln. Dazu gehört mindestens ein Zahnarztbesuch pro Jahr. Für jeden



Foto: LAGZ

Besuch in der Praxis gibt es einen abgestempelten Seelöwenaufkleber als Belohnung. Begleitend erhalten die Kindergärten Spiel- und Arbeitsmaterialien zum Thema Zahngesundheit. sth/pm



Der Arzt als Sparschwein

Ein Schluck Rosenkohl

Das klingt eher eklig als lecker: Limonade mit Räucherlachs-geschmack!? Die Jones Soda Company in der US-Westküstenstadt Seattle hat zur Weihnachtssaison eine neue Auswahl von Sodagetränken mit bizarren Geschmacksrichtungen auf den Markt gebracht: Im Angebot

tummelt sich Lachs neben Rosenkohl, wilde Kräuter, Brokkoli mit Preiselbeeren sowie Kürbis- oder Wallnuss-Pie, berichtet RP Online.

Die Firma ist für ihre ungewöhnlichen Getränke bereits bekannt. Die Weihnachtsgetränke werden in begrenzter Stückzahl

vertrieben.

Nach Eingeständnis der Firma stellten sie die Geschmacksnerven teilweise hart auf die Probe. „Es ist schrecklich, es ist furchtbar,“ kommentierte die Marketing-Agentin des Unternehmens das Rosenkohl-Soda. Wohl bekomm's.

pit/NGZ-online



Foto: Jones Soda

Mamma mit Musik

Brustvergrößerung gibt es in Zukunft auch mit Musik. Denn in Brustimplantate könne man

Ärzte-Zeitung online

gut Computerchips einbauen, die Musik speichern, ist die Idee des britischen Futurologen Ian Pearson von BT Laboratories in Martlesham Heath. Die eine Brust könnte dann einen MP3-Player enthalten, die andere die Musik-Kollektion, schreibt er in einem Artikel für British Telecom. Er nennt das Konzept „mammary memory“.

Die Elektronik aus flexiblem Plastik würde im Inneren der Implantate eingebaut sein. Die Verbindung zu Kopfhörern geschieht über Funk. Die Frauen müssen aber nicht auf ihrer Brust rumdrücken oder ihre Brustwarze drehen, um Musik zu hören: Das soll drahtlos über Bluetooth funktionieren – über einen Schalter, den man am Handgelenk trägt.

In 15 Jahren will BT mit der Musik in der Brust auf den Markt kommen. „Wenn Frauen schon für immer etwas implantiert bekommen, dann kann es doch auch etwas Nützliches sein“, meint der Futurologe.

Ich bin Deutschland

Fast hätte ich auf dem Weg zur Praxis die Kurve nicht mehr gekriegt. Ich sei Beate Uhse, soll mich ein Plakat rechts der Straße zu überzeugen. Ja wie? Das will ich nicht. Die ist doch tot, war zudem eine Frau. Außerdem hätte ich gar keine Lust, mir jenseits der Abzocke-Vorwürfe auch noch ständig die Sexismus-Schelte einfangen zu müssen. Ohnehin war es schon gestern abend anstrengend genug, Günther Jauch zu sein. Meine Frau antwortete nur noch mit a, b, c, oder d und drohte ständig mit ihrer Mutter als Telefonjoker. Ganz zu schweigen von meinem Männer-Stammtisch, wo keiner mehr mit mir reden wollte, nur weil ich gestand, ich sei Alice Schwarzer. Albrecht Dürer? O.k., ich werd's versuchen, aber woher noch die Zeit fürs Malen nehmen bei dem ständigen Rumgeschreibe an den Abrechnungen, der Steuererklärung, dem Einhalten des Medizinproduktegesetzes, dem Aufstellen von Heil- und Kostenplänen.

Ich bin Deutschland? Das ist ganz schön anstrengend. ■