



AIDS

und die Medien

**Zweitmeinung –
KZBV-Modellprojekt**

**Prophylaxe –
Studie zum Kariesrisiko**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

seit 1988 ist der 1. Dezember „Welt-Aids-Tag“. Es ist ein Tag, an dem wir aufgerufen werden, Verantwortung „für uns selbst und andere“ zu übernehmen. Absolut selbstverständlich? Man sollte davon ausgehen, dass aufgeklärte Menschen dieser Gesellschaft das so sehen.

Die aktuelle Statistik (Stand 2005) spricht allerdings eine andere Sprache: Seit der Erstbeschreibung von HIV und Aids vor 25 Jahren und den in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten erzielten Erfolgen in der Vorsorge steigen inzwischen auch in Deutschland wieder die Zahlen der Neuinfektionen. Aufklärung tut not. Der Schutz vor AIDS ist Daueraufgabe, weil es Heilung nach wie vor nicht gibt.

In den Ohren klingeln dürfte Vielen noch der 1992 in Florida zu weltweit traurigem Ruhm gelangte Zahnarzt, der in seiner Praxis sechs Patienten infizierte. Dieser Fall – vor allem seine aufgeregte Diskussion in den Medien – zeigte damals dem Berufsstand hautnah, wie schwer Sachargumente gegen eine hysteriegetriebene Medienlawine ankommen.

Wo Angst im Spiel ist – und das ist bei lebensbedrohenden epidemischen Umständen der Fall – hat Sachverstand nur eine



Foto: ppj/sc/zm(m)

■ „Welt-Aids-Tag“ am 1. Dezember: Die rote Schleife ist das Symbol, dass wir bereit sind, Verantwortung für uns selbst und andere zu tragen.

Chance, wenn er konsequent, auffällig und allgegenwärtig kommuniziert wird. Hier hat sich die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung mit ihren ungewöhnlichen Kampagnen sicherlich manches Lob verdient.

Verantwortlichkeit in Sachen HIV und AIDS heißt aber nicht nur Schutz vor AIDS, sondern Rückhalt für diejenigen, die erkrankt sind. Logischerweise medizinisch, aber vor allem auch emotional. Ausgrenzung ist – das müssten die zurückliegenden Erfahrungen mit HIV und AIDS gelehrt haben – weder sachlich begründbar, noch wäre es ein sinnvoller Beitrag zum Schutz der Menschen gegen AIDS.

Wichtig ist auch, dass diese Anstrengungen nicht vor der eigenen Haustür aufhören. Diese Verantwortung ist – bei weltweit ge-

schätzten rund 40 Millionen Infizierten – eine globale Aufgabe. Verantwortung heißt nicht nur Schutz für uns und unsere Nächsten, sondern Aufklärung für Ahnungslose und vor allem Hilfe für Erkrankte in anderen Teilen der Welt. Und das nicht nur am Welt-Aids-Tag.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelfoto: PD/BZgA Foto: CC

Zum Titel

Aids wurde vor 25 Jahren zum ersten Mal diagnostiziert. Die Medien sind seitdem ständiger Begleiter der Krankheit. Sie spiegeln die gesellschaftlichen Kontroversen, die sich im Laufe der Jahrzehnte an ihr entzündet haben. Der wechselhaften Geschichte von Aids und den Medien geht die Titelstory auf den Grund.

Seite 32



Foto: dpa

Bei zwischenmenschlichen Konflikten gilt es, als Chef den Widerständigen richtig zu begegnen – mit der Weisheit des Judokas die Energie des Widersachers geschickt in einen Vorteil fürs Team umzuwandeln.

Seite 112



Der psychosomatische Patient in der klinischen sowie der Röntgen-diagnostik.

Seite 38

Foto: stockdisc



Patientenberatung: Verbraucherzentrale, BZAK und KZBV wollen die Zusammenarbeit optimieren.

Seite 20

Foto: Stielmann



Kiefergelenkschmerzen mit dem Pflaster therapiert. Grundlagen der Medi-Tape-Methode.

Seite 50



Editorial	1	Tagungen	
Leserforum	6	Symbiose: Wissenschaft und Industrie	58
Leitartikel		AKFOS: Award verliehen	62
Dr. Jürgen Fedderwitz, 1. Vorsitzender der KZBV, kritisiert das Bestreben um Machterhalt	10	IDS 2007: Vorankündigung	64
Nachrichten	12, 16	Formular Nebenwirkungen	66
Gastkommentar		Veranstaltungen	67
Sozialpolitik-Journalist Walter Kannengießer über die mangelnde Überzeugungskraft in der Politik	14	Praxismanagement	
Politik und Beruf		Praxisgründung 2005: Ideeller Wert gesunken	78
Zweitmeinung: Lotsen für den Zahnersatz	20	Konfrontationen meistern: Mit Weisheit und Routine	84
Gesundheitsreform: Der Teufel steckt im Detail	22	Trends	86
proDente-Umfrage: PR und Marketing	24	Finanzen	
Erster Bundeszahnärzteball: Gala-Ereignis für den Berufsstand	26	Investmentfonds: Klassik bis Moderne	88
Aus den Ländern		Recht	
Zahnärztetag Bayern: Stopp für die Staatsmedizin	28	Arbeitsverträge auf Zeit: Der Reiz der Frist	94
Gesundheit und Soziales		Urteile	98
Streitfall Scoring: Alles ist durchleuchtet	30	Prophylaxe	
Titelstory		Kariesrisiko: Identifizierung und Betreuung von Kindern	100
AIDS und Medien: Zwischen Hysterie und Aufklärung	32	Weihnachtsaufruf 2006	110
Zahnmedizin		Historisches	
Röntgendiagnostik und Psychosomatik: Abgleich von Befund und Beschwerden	38	Museum Berlin: Pathologische Anatomie	112
Arzneimittelkommission informiert: Rote Liste im Internet	45	Industrie und Handel	
Der aktuelle klinische Fall: Eruptives Angiom der Zunge	46	Firmenportrait: Kettenbach	114
Medizin		Neuheiten	116
Medi-Taping: Schmerzen wegkleben	50	Identifizierung	125
Repetitorium: Stammzelltransplantation	54	Impressum	126
		Leserservice Kupon	157
		Letzte Nachrichten	157
		Zu guter Letzt	160

Negativ

■ Zum Beitrag „Applied Kinesiology auf dem Prüfstand“ in zm 19/2006:

Als Mitinitiator der Heidelberger „Applied Kinesiology Materialstudie“ (zusammen mit Prof. Staehle) möchte ich die im Artikel sehr einseitige Darstellung des Autors um wichtige dazugehörige Informationen ergänzen.

Die Treffsicherheit der durchgeführten Testung lag tatsächlich nur bei 35 Prozent bei 40 Probanden. Direkt bei der Auswertung erklärte daraufhin der Monitor der Studie, Privatdozent rer. medic. Dr. Pioch, dass die Ursache solcher Ergebnisse, die an der unteren Grenze der Würfelgenauigkeit lägen, häufig unerkannte Fehler im Studiendesign und für ihn als Naturwissenschaftler nichts Ungewöhnliches seien. Es wurde direkt in Heidelberg von allen Beteiligten beschlossen, Fehlersuche zu betreiben. Akribische Überprüfung aller Parameter führten zu dem Verdacht, dass die Recycling-Kuverts, in denen die verblindeten Proben – zusammengebunden – über mehrere Monate gelagert waren, eventuell die Ursache dieses paradox negativen Ergebnisses sein könnten. Prof. Staehle stellte uns darauf 50 dieser Kuverts zur Verfügung, die in verschiedenen Praxen in Deutschland und Österreich im verblindeten Test überprüft wurden. Es zeigte sich dabei, dass eine reproduzierbare Testung von zahnärztlichen Materialien, die in diesen Kuverts gelagert waren, nicht mehr möglich war. Bereits ein nasaler Challenge in den Kuverts führte bei fast allen Probanden zu einer neurologischen Dysorganisation. In der AK ist jedoch bekannt und wird gelehrt, dass im Zustand der neuro-

logischen Dysorganisation kein Testergebnis verwertbar ist!

Nach Absprache mit Prof. Staehle wurde daraufhin in unserer Praxis nochmals an 120 Patienten das gleiche Studiendesign wiederholt, wobei darauf geachtet wurde, dass alle Proben in Laborgläsern einzeln gelagert wurden. Die Ergebnisse wurden Prof. Staehle am 19. 11. 03 mitgeteilt. Wir fanden dabei eine Übereinstimmung zwischen der ersten und der zweiten Testung von 95 Prozent. Daraufhin wurde mit Prof. Staehle im Dezember 2003 vereinbart, auf der Basis dieser neuen Grundlage mit sinnvollen Änderungen im Studiendesign diese Studie zu wiederholen und dabei auch die Anzahl der Probanden zu erhöhen. Als Termin für die Durchführung der Studie wurde von der Universität Heidelberg Januar 2005 festgelegt. Diese Studie kam jedoch aufgrund des Artikels von Prof. Staehle im September 2004 in den zm, in dem generell komplementärmedizinischen Ärzten und Zahnärzten nationalsozialistisches Gedankengut untergeschoben wurde, nicht zustande.

Beim deutschen Zahnärztetag im Herbst 2005 in Berlin fragte Prof. Staehle persönlich bei mir an, ob wir die abgebrochene AK-Studie nicht weiterführen wollten. Im Rahmen eines umfangreichen Schriftwechsels teilte Prof. Staehle im Mai 2006 mit, dass er die Studie zwar weiterführen wolle, von vornherein jedoch davon ausgehe, „dass die Methode der Applied Kinesiology unbrauchbar und sicher ein negatives Testergebnis zu erwarten sei.“

Hinweise meinerseits, dass in der Wissenschaft seit Einstein und Heisenberg bekannt ist, dass eine vorherige Fixierung auf ein

Studienergebnis das Ergebnis einer Studie massiv beeinflusst, wurden von Prof. Staehle als lächerlich zurückgewiesen.

In seinem Artikel verurteilt Prof. Staehle die Applied Kinesiology, ohne all die umfangreichen Informationen, die ihm über durchgeführte Studien beziehungsweise Unterschiede der kinesiologischen Touch-For-Health-Testung gegenüber der Applied Kinesiology zur Verfügung gestellt wurden, zu berücksichtigen. Es entspricht sicher keinem universitären wissenschaftlichen Niveau, wenn aufgrund von Studien, bei denen Fehler als Ursache des Ergebnisses erkannt wurden, solche negativen Urteile über eine Untersuchungsmethode gefällt werden.



Das reißerische Bild in den zm am Schluss des Artikels, das die Gefahren der kinesiologischen Testung darstellen soll, weist wohl eher auf zahnärztlichen Vandalismus hin und hat nichts mit Applied Kinesiology zu tun. Hier wird leider anhand eines negativen Einzelfalles ohne jegliche Detailinformation versucht, die Methode der AK gänzlich in Frage zu stellen.

Die Anwender der AK haben durch die Heidelberger Studie viel gelernt über Möglichkeiten, Grenzen und Sensitivität der Methode. Wir werden dieses Wissen sicher bei weiteren Studien berücksichtigen.

Erfreulich ist, dass Prof. Staehle in seinem letzten Schreiben erkannt hat, dass aus seiner jetzt bestehenden Voreingenommenheit

kaum wissenschaftlich objektive Studien entstehen können. Aus diesem Grund hat er schriftlich zugestimmt, dass sein Studiendesign für weiterführende Studien an anderen Universitäten genutzt werden kann. In diesem Zusammenhang laufen bereits Gespräche und wir hoffen, dass wir bei fairen universitären Studien den gewünschten Nachweis über die Reproduzierbarkeit der Applied Kinesiology führen können. Die Österreichische Ärztekammer hat die Ausbildung in Applied Kinesiology offiziell als ärztliche und zahnärztliche Zusatzausbildung mit Kammerdiplom anerkannt. Leider haben sich vor Abfassung dieses negativen Artikels über die AK weder Prof. Ernst, noch Prof. Staehle Informationen über Grundlagen oder positiven Studien der AK bei der Österreichischen Ärztekammer oder beim International College of Applied Kinesiology eingeholt. Objektive Recherchen waren wohl nicht Ziel dieses Artikels.

*Dr. Rudolf Meierhöfer,
Traubengasse 19, 91154 Roth*

■ *Schlusswort des Autors zum Diskussionsbeitrag von Dr. Meierhöfer:*

Es ist sehr erfreulich, wenn Verfechter einer umstrittenen Methode mit Missbrauchspotential wie der Applied Kinesiology (AK) eine Überprüfung ihres Vorgehens anstreben, denn nur so kann eine konstruktive Auseinandersetzung geführt werden. Die kritiklose Propagierung eines Verfahrens durch einen Verein oder eine Kammer kann wissenschaftliche Studien bekanntlich nicht ersetzen. Bei wissenschaftlichen Untersuchungen bestehen nicht selten Voreingenommenheiten, die zu einem systematischen Feh-

ler (in der Fachsprache als Bias bezeichnet) führen können. Um dies zu vermeiden, muss das Studiendesign so gestaltet werden, dass weder der Glaube an den Wert einer Methode noch deren Ablehnung die Ergebnisse beeinflussen kann. Es war vor Durchführung der Heidelberger AK-Studie klar, dass die Anwender der AK keinerlei Zweifel an deren Reproduzierbarkeit hatten, während der Verfasser dieses Beitrags eine kritische Distanz zu diesem Verfahren einnahm (und noch einnimmt). Dr. Meierhöfer irrt, wenn er die Auffassung vertritt, dass die Erwartung eines Studienergebnisses den Studienausgang von vornherein wesentlich determiniert. Wäre dies so, könnte man sich die meisten Untersuchungen ersparen, da dann der Überzeugung von der Eignung oder Nichteignung eines Verfahrens die Priorität vor einer wissenschaftlich-rationalen Nachweisführung eingeräumt würde. Studienergebnisse bedürfen immer einer konsequenten Analyse. Obwohl die AK-Anwender die Rahmenbedingungen der Studie selbst festgelegt hatten und weder vor noch während der Studiendurchführung irgendwelche Einwände (auch nicht gegen die Probenaufbewahrung) erhoben, machten sie nach der Testauswertung die Lagerung der Prüfkörper in Papierkuverts für die fehlende Reproduzierbarkeit der Testergebnisse verantwortlich. Der Verfasser hat zwar keinen plausiblen Hinweis dafür, dass die in der Studie vorgenommenen Lagerungsbedingungen einen relevanten Einfluss nahmen, dennoch wurde den AK-

Anwendern angeboten, sie bei der Durchführung einer weiteren Untersuchung, die sich mit dem Einfluss einer Probenlagerung auf die Reproduzierbarkeit der AK befasst, zu unterstützen. Dies wurde von den AK-Anwendern abgelehnt, und zwar zum einen wegen der Publikation eines medizinhistorischen Artikels über die so genannte „Neue Deutsche Zahneilkunde“ während der NS-Zeit (Zahnärztl Mitt 94, Heft 17, 2136-2150 + Heft 18, 2362-2372; 2004) und zum anderen wegen der vom Verfasser geäußerten Einschätzung, eine Lagerung in handelsüblichen Papierkuverts dürfte keinen wesentlichen Einfluss auf die Verträglichkeit eines Dentalmaterials entfalten. Gleichwohl möchte der Verfasser die Anwender der AK-Methode ausdrücklich dazu ermuntern, die Reproduzierbarkeit dieses Verfahrens unter verschiedenen Bedingungen weiter zu überprüfen. Entscheidend sind dabei gute Studiendesigns und Vermeidungen von Manipulationen während der Studie. Es wäre in der Tat sehr erfreulich, wenn sich weitere Universitäten finden ließen, die sich mit umstrittenen Verfahren wissenschaftlich befassen.

Die Ausführungen von Dr. Meierhöfer bedürfen noch folgender Klarstellungen:

1. Vor der Publikation der Studienergebnisse im Journal of Dental Research (J Dent Res 84, 1066-1069; 2005) wurde der Manuskript-Text den an der Studie beteiligten AK-Anwendern vorgelegt. Die von dieser Seite eingegangenen Formulierungsvorschläge wurden berücksichtigt. Gegen eine Publikation wurden keine Einwände erhoben.

2. In der Heidelberger AK-Studie wurde – entgegen der Auffas-

sung von Dr. Meierhöfer – nicht die Sensitivität der AK-Methode überprüft. Dazu war das Studiendesign gar nicht ausgelegt.

3. Die Recherchen umfassten sämtliche derzeit bekannten Beiträge, die in gelisteten Zeitschriften mit peer-review zur AK publiziert wurden.

Die Behauptung, es fehle an der nötigen „Objektivität“, lässt sich nur so interpretieren, dass Dr. Meierhöfer die aktuellen Qualitätsmaßstäbe der Scientific Community nicht akzeptiert.

*Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle
Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg*

Erfolgreiche Wölfe

■ Zum Beitrag „Der Wolf im Schafspelz“ in zm 17/2006:

Mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel „Der Wolf im Schafspelz“ gelesen. Darin werden Personen genannt, die sich mit Hilfe gefälschter Dokumente als Zahnärzte betätigen. Soweit ich der Tabelle auf Seite 35 entnehmen kann, liegt der Maximalschaden bei Ärzten (Friseur 20 Jahre als Internist) bei 400 000 Euro, bei Zahnärzten weit niedriger.

Ein Zahntechniker mit Gesellenprüfung in meiner weiteren Umgebung, der sich einen Zahntechnikermeister als Lizenzgeber hat unterschreiben lassen, erarbeitet Jahr für Jahr mehr als 400 000 Euro Umsatz, obwohl der Meister als Sportwagenfahrer auf der Straße arbeitet. Warum sprechen Sie nicht auch solche Fälle von „Meisterlaboren“ an. Diese Wölfe jagen erfolgreicher.

*Dr. Helmut Rockinger
Hauptstraße 7
84513 Töging a. Inn*

Vorurteile

■ Repetitorium „HIV und AIDS“ in zm 21/2006:

Abgesehen davon, dass es sich um eine schöne und übersichtliche Darstellung des aktuellen Standes handelt, habe ich mich sehr über folgende Punkte gefreut:

Das ewige Gerede von den „Risikogruppen“ findet in Ihrem Artikel keinen Platz. Das ist für mich besonderer Anlass zur Freude, denn in etlichen – von Ärzten / Medizinern verfassten – Veröffentlichungen klingt immer wieder der Grundton durch: „Nur Homosexuelle, Prostituierte und Schwarzafrikaner kriegen AIDS“. Ihre Einblendung der Stellungnahme der BZÄK, dass die Verlegung des Patienten mit bekannter HIV-Diagnose ans Ende des Tages obsolet ist, hat mich ebenfalls sehr gefreut.

Das AIDS nicht erwiesenerweise aus Afrika kommt und dass es schon gar nicht aufgrund eines „anderen“ Sexualverhaltens der Schwarzafrikaner dort weiter verbreitet ist, geht ebenfalls klar aus Ihrem Artikel hervor. Hat mich auch sehr gefreut.

Neulich habe ich einen schönen Artikel gelesen, wo ein internationales Mediziner-Team sich gegen dieses (auch unter Medizinern) verbreitete Vorurteil gewandt hat. Man schrieb zu den „wissenschaftlichen Studien“, die den angeblichen Zusammenhang zwischen AIDS und dem angeblich anderen Sexualverhalten der Afrikaner beweisen sollten: „Scientists from First-World-Countries make second-class-studies in Third-World-Countries.“

*Thomas Fedler
Gemeinschaftspraxis
für Zahnmedizin
Poststraße 1, 21682 Stade*

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



Reset

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wer dieser Tage aus Berlin kommend den Frankfurter Flughafen anfliegt, sieht aus der Luft Deutschlands die wohl größte Protestbotschaft gegen die Gesundheitsreform: Auf einer mehrere Ackerflächen umspannenden Folie warnen Reformgegner vor den Folgen der aktuellen Gesetzesentwürfe. Das Beispiel zeigt: Aus Sorge um die Folgen dieser Reform gehen den Widerständlern Kraft und kreative Ideen nicht aus.

Das unterscheidet sie von der Bundesregierung: Die macht nur in Kraft, nicht in Kreativität! Gesundheitsministerin und Kanzlerin treiben zu immer mehr Eile an: Ulla Schmidt peitscht ihre Gesetzesvorschläge durch die Instanzen und gibt jetzt auch offen zu, auf die Bürgerversicherung hinzuarbeiten. Angela Merkel (Eigenmotto: „Nachdenken, beraten, entscheiden!“) – vor Amtsantritt von vielen mit einem Vertrauensvorschuss für sachbezogene Entscheidungskraft ausgestattet – gewährt Rückendeckung. Gilt in der Gesundheitspolitik nur noch die Devise „Augen zu und durch“, oder, wie die „Welt“ schreibt, „die Arroganz der Macht“?

Vieles spricht dafür. Nicht einmal die historisch einmalige Einigkeit, mit der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sich gemeinsam mit den gesetzlichen und privaten Krankenversicherern sowie den Krankenhäusern in einem eindringlichen Apell an die Kanzlerin

wandten, um den fatalen Entwicklungsprozess doch noch zu stoppen, scheint hier merkliche Aufmerksamkeit zu erregen.

Angela Merkel selbst, so die kolportierte Reaktion auf den Brief der Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen, will nicht mit den „Lobbyisten“ reden. Ihr Adlatus im Kanzleramt, Kanzleramtsminister Thomas de Maizière, soll die Informationen aufnehmen, die Kritik abfedern. Dass die Kanzlerin trotz heftigster Gegenwehr aus allen Lagern keinerlei Avancen zeigt, sich die besorgten Notrufe der Sachverständigen und deren Vorschläge zur Bewältigung der Lage auch nur anzuhören, bestärkt eine in jüngerer Zeit immer wieder geäußerte Vermutung: In der Auseinandersetzung um die Gesundheitsreform geht es kaum noch um Lösungen für das angeschlagene GKV-System. Weit höher veranschlagt wird der mit diesen Fragen immer enger gekoppelte Fortbestand der schwarz-roten Bundesregierung. Kurz: Es geht (nur noch) um die Macht!

Dabei hatte vor gut zwei Jahren auf dem Leipziger Parteitag der CDU alles durchaus vielversprechend begonnen. Doch zwischen Leipzig und Dresden liegen inzwischen Welten. Ob man sich auf dem Parteitag im Dezember in Dresden noch erinnern wird (oder will), dass damals ein spürbarer Aufbruchwille der Christdemokraten Auswege aus dem Sachleistungsdesaster vorsah? Übrigens: Damals stimmten auch die

Umfragewerte der „C“-Parteien noch. Heute zeigt sich, dass die Politik der Koalition den Volksparteien – hier vor allem denen mit dem großen „C“ – den Wählerboden unter den Füßen wegziehen. Letztlich will bis auf die Bundesregierung kaum noch einer in dieser Gesellschaft diese Reform.

Aber ein Neuanfang bleibt auf der Strecke. Eine schwache, stark kompromittierte Fassung der Gegensätzlichkeiten von Bürgerversicherung und Gesundheitspauschale landete im Einheitstopf namens Gesundheitsfonds. Der wird die kommenden zwei Jahre unter kleiner Flamme so lange vor sich hin schmoren, bis sich keiner mehr an ihn erinnert.

Was die Richtung Staatsmedizin driftenden Restreformbausteine betrifft, erinnert das ganze Vorgehen an die dilettierenden Experimentierzeiten, als in Deutschland die ersten Heimcomputer auftauchten: Da werkelt eine aus wenigen Köpfen bestehende Gruppe an der ausgeklügelten Software unseres Gesundheitssystems herum. Voller Elan hacken sie munter immer wieder neue Befehle in die Tastatur, freuen sich über jedes blinkende Licht und ignorieren dabei die „Error“-Warnungen des empfindlichen Systems. Die „Hilfe“-Taste übersehen sie dabei geflissentlich. So programmiert man sich munter in den System-Absturz.

Bei den Heimcomputer-Freaks blieb zum Schluss nur noch der Gang mit dem zerstörten PC zum verärgerten Fachmann. Der brachte das System dann per Knopfdruck wieder auf den Status quo ante. „Reset“ hieß der kleine Knopf zum neuen Spiel.

Es ist Zeit, dass auch die Berliner „Experten“ den „Reset“-Knopf drücken. Denn merke: Regelmäßiges Versagen ist auch eine Form von Zuverlässigkeit!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Auf Blüms Spur

Je mehr die Politiker über soziale Gerechtigkeit streiten, umso weniger werden sie die Bürger davon überzeugen, dass es sie gibt. Das Thema wird seit langem von den Gralshütern der Linken vorgegeben, doch jetzt wird es von maßgeblichen Politikern der CDU/CSU nach vorne geschoben. Schon immer haben Politiker wie Seehofer, Geißler oder Blüm ihre Politik der Umverteilung als sozial gerecht plakatiert. Auf deren Spuren bewegt sich jetzt, angestoßen von den Ministerpräsidenten Rüttgers, Althaus und anderen, die Partei. Die Union will sich als sozial gerecht profilieren.

Viele Bürger waren vor den letzten Wahlen durch die massiven Forderungen nach Veränderung der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen verunsichert worden. Fast jeden Tag gab es neue Reformforderungen, vor allem an die Adresse der Union, was viele Bürger an deren sozialpolitischer Verlässlichkeit zweifeln ließ. So konnte sich die SPD als Partei der sozialen Gerechtigkeit behaupten. Diese Position wird sie nicht kampflos der Union überlassen. So wird das Gerede über die Gerechtigkeit zum politischen Dauerbrenner und die Handlungsfähigkeit der großen Koalition weiter beeinträchtigen.

Rüttgers will nach 40 Beitragsjahren die Laufzeit des Arbeitslosengeldes um ein halbes Jahr verlängern, weil das gerecht sei. Er wandelt damit auf den Spuren Norbert

Blüms. Der hatte dafür gesorgt, dass das Arbeitslosengeld bis zu 32 Monate gezahlt werden konnte. Das hat die Arbeitslosigkeit nicht verringert, aber die teure Frühverrentung der Arbeitnehmer zusätzlich attraktiv gemacht. Das belastet die Sozial- und Staatskassen noch immer mit Milliarden. Die Beiträge sichern den Arbeitnehmern, falls sie arbeitslos werden, für eine begrenzte Zeit ein Grundeinkommen; der lohnbezogene Beitrag bestimmt die Höhe der Leistung. Es handelt sich also um eine

Rot/Grün hatte das Arbeitslosengeld, also die Versicherungsleistung, auf ein Jahr (auf 18 Monate für über 55-Jährige) begrenzt; danach kommen notfalls die pauschal und sozial bemessenen Leistungen zum Zuge. Das war ein notwendiger Schritt, um die Finanzlast der Arbeitslosigkeit und den Missbrauch des Systems zu verringern. Der Druck auf die Arbeitslosen, sich möglichst rasch um einen neuen Arbeitsplatz zu bemühen, ist seitdem gewachsen. Diese Reform war vordringlich, aber auch sozial- und systemgerecht. Sie fördert die Beschäftigung und entlastet die Beitragszahler. Rüttgers will nun das Rad zurückdrehen. Den älteren Arbeitnehmern hilft er damit wenig; deren Chancen am Arbeitsmarkt sind nicht mit sozialen Transferzahlungen zu verbessern. Die SPD sieht, dass Rüttgers sie links überholen will. Sie reagiert empört. Aber sie hat kräftig daran mitgewirkt, dass Arbeitnehmer, die 45 Jahre Rentenbeiträge entrichtet haben, bei der Erhöhung der Altersgrenze auf 67 auch weiterhin mit 65 die Rente ohne die sonst fälligen Abschläge beziehen sollen.

Althaus verlangt eine Radikalreform. Der Staat solle jedem Bürger ein Grundeinkommen zahlen und dafür die bisherigen Sozialleistungen streichen. Dieses „Bürgergeld“ ist weder finanzierbar, noch solidarisch. Das Staatssälär verführt zu der Illusion, dass jeder die Wahl habe, zu arbeiten oder nicht zu arbeiten. So kann kein Staat im Wettbewerb bestehen und seinen Bürgern Wohlstand sichern.



Foto: zm-Archiv

Die Bürger wollen soziale Gerechtigkeit; die Politik verspricht sie. Das ist populär. Doch was ist gerecht? Jürgen Rüttgers hat darauf eine Antwort parat. Doch sie überzeugt nicht.

Walter Kannengießer
Sozialpolitik-Journalist

Risikoversicherung; ein Leistungsanspruch entsteht nach einem Beitragsjahr. Auch Kranken- und Pflegeversicherungen, Haftpflicht- und Unfallversicherungen decken Risiken, da werden weder Anwartschaften noch Vermögen angespart; im Risikofall wird gezahlt. Die Höhe der Leistungen hängt in der Regel nicht von der Dauer der Beitragszahlung ab. Niemand hält das für unsozial oder ungerecht.



Foto: dpa

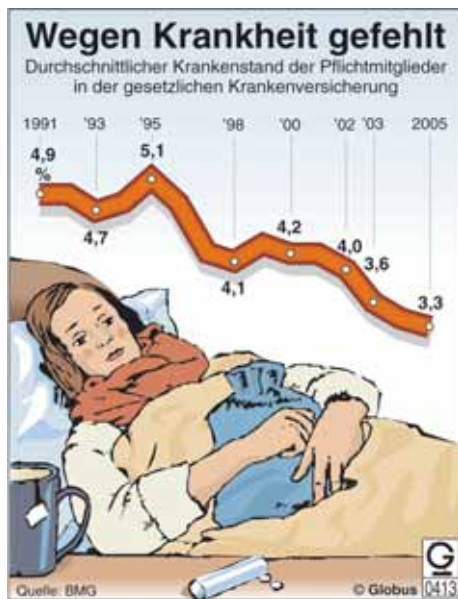
Krankenstand für 2005

Mit 4,4 Prozent auf Rekordtief

Der Krankenstand bei den Arbeitnehmern in Deutschland ist auf ein Rekordtief gesunken. Er ging 2005 um 0,1 Punkte auf 4,4 Prozent der Kalendertage zurück, wie aus dem Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts (WIdO) der AOK hervorgeht, dessen Ergebnisse der Nachrichtenagentur dpa jetzt vorlagen. Das bedeutet, dass Arbeitnehmer durchschnittlich an 16 Tagen fehlten. Im Jahr zuvor waren es noch 16,4 Tage. Die Krankenstände gingen seit Mitte der 90er-Jahre kontinuierlich zurück.

Der Fehlzeiten-Report wertet Krankschreibungen von fast zehn Millionen AOK-Mitgliedern aus. Insgesamt fiel der Krankenstand in Ostdeutschland mit 4,1 Prozent niedriger als im Westen (4,4 Prozent) aus.

Die meisten Ausfalltage waren wie bereits im Vorjahr auf Muskel- und Skeletterkrankungen (24 Prozent) zurückzuführen, gefolgt von Atemwegserkrankungen (13,7 Prozent), Verletzungen (13 Prozent) und psychi-



schon Erkrankungen (7,7 Prozent). Bedingt durch die Grippe- und Erkältungswelle Anfang letzten Jahres führten Atemwegserkrankungen häufiger als 2004 zur Arbeitsunfähigkeit.

pit/dpa

Cochrane-Zentrum und DKV

Preis für Zahnmedizin

Das Deutsche Cochrane Zentrum in Freiburg und die Deutsche Krankenversicherung AG (DKV) haben den „7. DKV-Cochrane Preis 2007“ ausgeschrieben.

Diesmal wird er für das Fachgebiet Zahnmedizin verliehen. Er ist mit 10 000 Euro dotiert und wird regelmäßig vergeben für

evidenzbasierte Leitlinien, Studien zur Implementierung und Evaluation von evidenzbasierter Zahnmedizin oder systematische Übersichtsarbeiten. Bewerbungstermin ist der 30. 6. 2007.

pr/pm

■ Ausführliche Details zu allen Modalitäten unter <http://www.cochrane.de/de/award.htm>

KZBV-Service für Patienten

Neue Website zum Zahnersatz

Die KZBV hat für Patienten eine neue Site zum Thema Zahnersatz freigeschaltet. Die Seiten geben einen Überblick über die Therapievelfalt, erklären die Zuschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung und informieren über die Beratungsangebote der KZVen.

Die Website richtet sich an GKV-Patienten, bei denen eine ZE-Behandlung geplant ist. Neben allgemeinen Informationen zu Therapiealternativen und Kosten ist die Seite zugleich eine Navigationsplattform zu den regionalen

Beratungsangeboten der zahnärztlichen Organisationen. Insbesondere verweist die KZBV auf die Möglichkeit, bei den zahnärztlichen Beratungsstellen individuelle Fragen zu klären oder, wo dies angeboten wird, eine zweite fachlich fundierte Meinung zu einem Heil- und Kostenplan einzuholen. Die Seite enthält außerdem gute Tipps zum Umgang mit sogenannten Billigangeboten zum Zahnersatz.

ck/pm

■ Mehr unter <http://www.zahnarzt-zweitmeinung.de/>

BZÄK zum Weltdiabetestag

Wechselwirkungen beachten

Auf die Wechselbeziehung zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis wies die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) anlässlich des Weltdiabetestages am 14. November hin. BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich riet: „Patienten mit entsprechender Diagnose müssen nicht nur fachärztlich, sondern auch durch den Zahnarzt regelmäßig betreut werden.“ In der Zahn- und der allgemeinen Medizin sei man sich darüber im Klaren, dass schlechte Blutzuckerwerte die Mundgesundheit negativ beeinflussen und in engem Zusammenhang mit Entzündungen des Zahnhalteapparates stünden. Weniger sei hingegen bekannt, dass auch umgekehrt eine Parodontitis negative Auswirkungen auf einen Diabetes haben könne. Nicht selten könne der Zahnarzt den Verdacht auf einen Diabetes auf Grund der Situation des Zahnhalteapparates äußern. Vor dem



Hintergrund der ständig steigenden Zahlen an Diabeteskranken seien dies auch erhebliche Herausforderungen für die Zahnmedizin. Eine Tatsache die bisher nicht nur weitgehend unterschätzt werde, sondern auch die große Bedeutung der Zahnmedizin für die Allgemeingesundheit unterstreiche. pr/BZÄK

■ Eine an Patienten gerichtete Informationsbroschüre „Alles in Balance? – Diabetes und Mundgesundheit“ steht unter http://www.bzaek.de/list/presse/mdm06/brosch_diabetes.pdf zur Verfügung.

Stiftung Warentest

Effizienz der PKV hinterfragt

Die Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung (PKV) bei der anstehenden Gesundheitsreform könnte zu einer Drei-Klassen-Medizin führen. Davor warnt jetzt die Stiftung Warentest. „In der ersten



Foto: xxx

Klasse fahren die Privatversicherten – für die bekommen die Ärzte das meiste Geld“, sagte Stephan Kühnlenz von der Stiftung Warentest bei der Vorstellung einer aktuellen Untersuchung von 344 PKV-Angeboten. In der zweiten Klasse saßen die GKV-Versicherten und in der dritten Klasse die Mitglieder im geplanten PKV-Basistarif. Denn nach dem derzeitigen Stand könnten Ärzte die Therapie von Versicherten im Basistarif ablehnen, da im Gegensatz zur GKV kein Kontrahierungszwang bestehe.

Doch nicht nur deshalb sollten privat Krankenversicherte darauf achten, dass sie für steigende Beiträge im Alter genug ansparen, erklärt die Stiftung Warentest. Unklar sei derzeit auch, wie sich die Beiträge der PKV im Verhältnis zur GKV nach der Reform entwickeln würden.

Aus Beitragsgesichtspunkten sollte man jetzt auf keinen Fall wechseln. Der PKV-Eintritt könne nur vom Einkommen und den Leistungswünschen abhängig gemacht werden. Demnach sei eine Privatversicherung nur für Beamte und ihre Familien dauerhaft günstiger als die gesetzliche. Alle anderen müssten auf lange Sicht mehr bezahlen – auch Selbständige. Ausnahme: Gutverdienende junge Männer, die keine Familie versorgen müssen.

pr/ÄZ

Kommentar

Das Ding ist tot

Der Basistarif ist zwar noch nicht unter Brief und Siegel – das Konstrukt steht aber unter gewaltigem Beschuss. Zu Recht haben nicht nur die Zahnärzteschaft und die PKV ihre geballte Kritik formuliert. Jetzt kommt die volle Breitseite zusätzlich aus ganz anderer Richtung: mit einem vernichtenden Urteil der Stiftung Warentest. Mag die Kritik an der privaten Krankenversicherung auch undifferenziert erscheinen, eine Botschaft ist ganz klar: Jetzt wird der Basistarif auch aus Verbrauchersicht abgewatscht. Aus welchen Gründen sollte der Versicherte sich eigentlich noch um einen Basistarif in der PKV bemühen? Das Ding ist zwar noch gar nicht da – aber das Ding ist bereits tot.

Gabriele Prchala

Information über Zahnärztliche Arzneimittel

Neuaufgabe 2006 liegt vor

Die 11. Ausgabe der „Information über Zahnärztliche Arzneimittel (IZA)“ liegt nun erstmals in Dateiform vor. Die Entscheidung der verantwortlichen Gremien der BZÄK und der KZBV gegen eine Neuaufgabe 2006 in Buchform ist nicht nur als finanztechnische Maßnahme zu sehen. Als vorteilhaft wird insbesondere erachtet, dass die Internetversion es den neun Mitgliedern der Arzneimittelkommission Zahnärzte zukünftig

ermöglicht, ihre Beiträge anlässlich der Aktualisierung zu können. Die IZA soll daher stets den aktuellsten Stand der Zahnärztlichen Arzneimittel darstellen.

BZÄK

■ Die IZA 2006 ist auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer als Download-Dokument einzusehen unter: [www.bzaek.de / Zahnärzte / Arzneimittelkommission / IZA 2006](http://www.bzaek.de/Zahnärzte/Arzneimittelkommission/IZA_2006). oder direkt unter: <http://www.bzaek.de/service/ovv10/artikel.asp?lnr=657>

Rechnungshof fordert ein

Schärfere Kontrollen bei der GKV

Der Bundesrechnungshof hat schärfere Regeln für die Finanzkontrollen bei gesetzlichen Krankenkassen gefordert. Der Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform erlaube dem Rechnungshof zwar erstmals ausdrücklich, die Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften zu prüfen.

Allerdings drohe die Regelung ins Leere zu laufen.

„Es besteht Grund zu der Annahme, dass die gesetzlichen Krankenkassen trotz dieser Vorschrift weiterhin das umfassende Prüfungsrecht des Bundesrechnungshofes bestreiten werden“, heißt es in einer Stellungnahme zur Reform, die der „Financial Times Deutschland“ nach eigenen Angaben vorliegt. pit/dpa

Arbeitszeitgesetz

Kliniken können Vorgabe nicht umsetzen

Vielen Krankenhäusern wird es nicht gelingen, ab dem 1. Januar die gesetzlichen Regelungen zur Arbeitszeit umzusetzen. Das erwartet der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft Dr. Rudolf Kösters.

Die Kliniken könnten gar keine ausreichende Zahl von Ärzten finden, um die Vorgaben zu erfüllen. „Außerdem würde das für die Häuser so teuer, dass sie das

nicht überstehen könnten“, so Kösters. „Dabei geht es dann nicht um eine Verweigerungshaltung, sondern es ist in jedem Einzelfall präzise belegbar, dass die Krankenhäuser es nicht schaffen.“

ck/ÄZ



Foto: stockdisc

WHO

Neue Chefin

Die frühere Hongkonger Gesundheitsministerin und Expertin für Vogelgrippe, Margaret Chan, ist zur neuen Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gewählt worden, bestätigte jetzt in Genf die Organisation. Die 193 WHO-Mitgliedstaaten bestimmten die 59-jährige Ärztin zur Nachfolgerin des 61-jährigen Koreaners Jong Wook Lee, der im Mai gestorben ist.

Die Ärztin Chan wird im Januar ihr Amt antreten, in das sie für fünf Jahre gewählt wurde.



Foto: WHO

Die Weltgesundheitsorganisation verwaltet einen Etat von fast 1,6 Milliarden Dollar pro Jahr. Sie beschäftigt mehrere zehntausend Menschen überall auf der Welt, davon über 3000 am Hauptsitz in Genf. pit/dpa

EU-Rat uneinig

Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst

Deutschland fordert einen neuen, abgespeckten Vorschlag zur Regelung der Arbeitszeiten in Europa. Darin sollte nur das verbreitete Problem langer Bereitschaftsdienste geregelt werden, sagte Staatssekretär Gerd Andres in Brüssel, „weil es darüber im Rat überhaupt keinen Streit gibt“. Die EU-Kommission solle ihren viel umfassenderen Entwurf für eine neue Arbeitszeitrichtlinie zurückziehen.

Dieser Vorschlag war in der entscheidenden Sondersitzung der

EU-Arbeitsminister endgültig gescheitert. Frankreich, Italien, Spanien, Griechenland und Zypern bestanden darauf, die Regelung für Ausnahmen von der wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 48 Stunden zu befristen. Andere Länder – darunter Großbritannien und Deutschland – wollten an den Ausnahmen unbegrenzt festhalten.

Derzeit verletzen 23 der 25 EU-Staaten die Regeln für Bereitschaftsdienste. Laut Staatssekretär Andres müsse man voraussichtlich im deutschen Arbeitszeitgesetz nur den Zeitraum für den Ausgleich von Überstunden von derzeit sechs auf vier Monate verringern. Auch die Frage der Bereitschaftsdienste von Krankenhausärzten sei auf der Grundlage der weiterhin gültigen EU-Ausnahmeklausel geklärt: „Wir haben dafür tarifvertragliche Regeln.“

pit/dpa

Jahresgutachten Wirtschaftsweisen

Vernichtendes Urteil für die Reform

Die fünf Wirtschaftsweisen stellen der Gesundheitsreform ein vernichtendes Zeugnis aus. Bei der Umsetzung des beschlossenen Gesundheitsfonds dürfte sich gegenüber dem derzeitigen Stand „eine Verschlechterung einstellen“, bemerkt der Sachverständigenrat in seinem in Berlin vorgestellten Jahresgutachten. Die Wirtschaftsweisen begrüßten zwar die auf der Ausgabenseite beschlossenen Maßnahmen, etwa die größere Vertragsfreiheit für Krankenkassen. Die Finanzierungsreform der GKV bezeichneten sie aber als „misslungen“. Beim Gesundheitsfonds äußerten die Wirtschaftsweisen die „schwache“

Hoffnung, dass das Modell überarbeitet werde. „Die zentralen Elemente einer zielführenden Reform hätten die Schaffung eines einheitlichen Gesundheitsmarkts für die Gesetzliche Krankenversicherung und die Private Krankenversicherung sowie die Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Lohn-einkommen sein müssen“, heißt es im Gutachten. Da jedoch jeder Koalitionspartner in seinem Reformkonzept nur je eines der beiden Elemente berücksichtige und das andere ablehne, dürfte sich im Ergebnis bei der Umsetzung der Beschlüsse gegenüber heute eine Verschlechterung einstellen. pr/DÄB

Elektronische Gesundheitskarte

Richter geben vorerst grünes Licht

Rechtlich gesehen kann die geplante Gesundheitskarte vorerst an den Start gehen. Einwände beim Datenschutz können erst in Bezug auf konkrete Anwendungen rechtlich überprüft wer-

den, wie das Bundesverfassungsgericht entschied. Es verlangte allerdings, „dass jeder Missbrauch praktisch auszuschließen sein muss“. Mit dem schriftlich veröffentlichten Beschluss wiesen die Richter eine Verfassungsbeschwerde als



Foto: Siemens

unzulässig ab, die sich auf das Recht der informationellen Selbstbestimmung stützte. Durch das Gesetz selbst seien die Versicherten noch nicht unmittelbar beschwert, sondern erst durch seine konkrete Anwendung. Gegen diese Anwendung bestehe aber zunächst Rechtsschutz vor den jeweiligen Fachgerichten – sie müssten erst einmal die eGK rechtlich bewerten, bevor das

Bundesverfassungsgericht damit befasst werden könne. In dem Beschluss betonten die Verfassungsrichter außerdem, dass der Missbrauch der auf der Karte gespeicherten Patientendaten praktisch ausgeschlossen sein müsse. ck/ÄZ

Suizide bei Ärzten**Bis dreimal höher**

Suizide kommen bei Ärzten und vor allem Ärztinnen wesentlich häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung. Welche Gründe es dafür geben könnte und wie sich dagegen angehen lässt, versucht eine Übersicht aus Gießen aufzuzeigen. An der dortigen Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie hatte man Arbeiten ausgewertet, die seit Anfang der 80er-Jahre zur Suizidalität bei Ärzten veröffentlicht worden waren. Danach sind die Suizidraten für Mediziner 1,3- bis 3,4-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung; die Raten für Ärztinnen liegen, verglichen mit der weiblichen Allgemeinbevölkerung sogar um das 2,5- bis 5,7-fache höher. Möglicherweise sind diese Zahlen noch zu niedrig angesetzt, denn die Vergiftungsrate ist bei Ärzten höher als in der Bevölkerung. Viele dieser Fälle könnten ebenfalls Suizide sein, da eine versehentliche Vergiftung bei Medizinern eher unwahrscheinlich ist. Vergleicht man die Suizidraten innerhalb der verschiedenen Fachrichtungen, so findet man die höchsten bei Psychiatern und Anästhesisten. Angaben zu Suizidgedanken und Suizidversuchen finden sich seltener in der Literatur. In einer deutschen Studie gab die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte an, bereits Suizidgedanke gehabt zu haben. Fast zwei Drittel hielten Selbsttötung in der Zukunft für möglich. Dass Suizidversuche bei Ärzten seltener sind, liegt wohl daran, dass sie leichteren Zugang zu tödlichen Mitteln haben und deshalb „erfolgreicher“ sind. Was die Ursachen betrifft, so ist bekannt, dass Mediziner häufiger an Depressionen erkranken, ihre

Suchtgefährdung erhöht ist und sie an chronischem Stress und oft auch am Burnout leiden. Zur Prävention bedarf es neben psychologischer Unterstützung auch der Durchsetzung annehmbarer Arbeitszeiten, um einem Burnout entgegenzuwirken, so die Praxis Depesche. sp/pd



Foto: stockidisc

Ärzte beraten online**Infobroschüre zur Vogelgrippe**

Was Patienten über die Vogelgrippe wissen müssen, haben Bundesärztekammer und KBV in einer 20-seitigen Broschüre zusammengefasst. Beantwortet werden Fragen zum Verzehr von Eiern und Geflügelprodukten, zur Gefahr für Haustiere und zu Vorsichtsmaßnahmen für Kinder. Der Ratgeber bietet darüber hinaus Informationen zu den Themen Impfschutz und Reisen. Das Faltblatt mit dem Titel „Fragen und Antworten zur Vogelgrippe“ kann auf den Internetseiten der beiden Ärzteorganisationen heruntergeladen werden. sth/pm

■ www.baek.de/20/25Vogelgrippe/index.html oder www.kbv.de/patienteninformation/7959.html

RKI: HIV-Neuinfektionszahlen**Stabil auf hohem Niveau**

Mit 1 197 neu diagnostizierten Infektionen im ersten Halbjahr 2006 stabilisiert sich die Zahl der HIV-Neudiagnosen auf dem hohen Niveau der beiden vorangegangenen Halbjahre 2005, in denen es 1 254 beziehungsweise 1 232 Neuerkrankungen gab. Wie das Robert Koch-Institut (RKI) mitteilte, liegt die Zahl der Neudiagnosen damit zwar zirka 50 Prozent höher als in den Jahren 1999 bis 2001, steigt aber derzeit nicht weiter an. „Das zeigt, dass hohe Meldebereitschaft, differenzierte Datenanalysen und zielgruppengenaue Aufklärung nach wie vor unverzichtbar sind“, betont Reinhard Kurth, Präsident des

RKI. Homosexuelle Männer stellen mit 62 Prozent der Neudiagnosen die größte Gruppe. Erstmals seit fünf Jahren sind jedoch die heterosexuell Infizierten mit einem Anteil von 17 Prozent die zweitgrößte Gruppe.

Die meisten infizierten sich in Deutschland. Bei den heterosexuellen Männern, die sich im Ausland angesteckt haben (33 Prozent), wurden als Infektionsregionen in erster Linie Südostasien und am zweithäufigsten Subsahara-Afrika genannt, während sich die im Ausland infizierten Frauen (19 Prozent) überwiegend in Subsahara-Afrika infiziert haben. sth/pm

Start ab Frühjahr 2007**Curriculum Implantatprothetik**

Die Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) bietet ab dem Jahr 2007 erstmals das Curriculum Implantatprothetik „4+1“ an. Die neue strukturierte Fortbildungsreihe gibt Zahnärzten und Zahntechnikern über fünf Kurswochenenden die Möglichkeit, umfassende Kenntnisse der modernen Implantatplanung und -prothetik zu erwerben. Dieser Aspekt wird vor dem Hintergrund von modernen digitalen Bildgebungsverfahren in der Diagnostik, der Schablonentechnik in der Chirurgie und CAD/CAM in der Prothetik immer wichtiger. Darüber hinaus müssen für bestimmte Therapieverfahren, wie die Sofortbelastung von Implantaten, besondere Anforderungen an die Planung und Prothetik gestellt werden. Das Curriculum

umfasst die Themen: „Ablaufprotokoll“, „Schablonen und Provisorien“, „Moderne Planungsverfahren“, „Komplexe Versorgungen“ sowie „Ästhetische Konzepte in der Implantatprothetik“.

Bisher wurden drei Curricula in Folge mit jeweils 25 Teilnehmern abgeschlossen. Das Curriculum Implantologische Fachassistenz mit drei Kurswochenenden startete im November 2005. Beim Jahreskongress in Baden-Baden erhalten die Absolventinnen der zweiten Reihe ihre Zertifikate.

■ **Weitere Informationen und Termine:**
DGOI Büro
Bruchsaler Straße 8
76703 Kraichtal
mail@dgoi.info
www.dgoi.info

Preiswürdig: Pilotprojekt in Bayern

Gemüse statt Schokolade

Auf den „magischen Tellern“ in den „Tiger-Kids“-Kindergärten in Bayern liegen keine Süßigkeiten und Schokoriegel. Dafür gibt es Obst und Gemüse, so viel und so oft wie die Kleinen mögen. Das-



Foto: dpa

selbe gilt für die Getränkebar, an der sie sich nach Lust und Laune bedienen können – mit Wasser, ungesüßtem Tee und verdünnten Fruchtsäften.

Für einen WHO-Preis vorgeschlagen ist das in 75 Kindergärten praktizierte Pilotprojekt der Stiftung Kindergesundheit, das auf das frühe Einüben der richtigen Ernährungsgewohnheiten abzielt. Für vorbildliche Praktiken bei der Bekämpfung von Adipositas vergibt die WHO bei einer in Istanbul veranstalteten Regional-konferenz Preise in mehreren Kategorien. Einen könnten die „Tiger-Kids“-Initiatoren aus München erhalten. Derzeit sind nach Erkenntnissen der WHO etwa 20 Prozent der Kinder in Europa übergewichtig und von diesen wiederum ein Drittel fett-leibig. Um dem gefährlichen Trend entgegenzuwirken, wollen die Gesundheitsminister und Experten auf der Tagung in Istanbul mit einer „Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas“ zum Gegenangriff übergehen. Langfristiges Ziel sei es, „Gesellschaften zu schaffen, in denen eine durch gesunde Ernährung

und Bewegung geprägte Lebensweise die Norm ist“, heißt es im Entwurf. Da in Europa immer mehr Menschen in Städten leben, vorwiegend Auto fahren, Computer-Arbeitsplätze haben und mehr und mehr verarbeitete Nahrungsmittel und Getränke kaufen, zielen die Gegenstrategien auf eine Vielzahl von Umfeldern – von der Familie über Kindergärten und Schulen, Arbeitsplätze und Verkehrsmittel bis hin zu Städtebau und Freizeiteinrichtungen. Die Forderungen der WHO reichen von kostenlosem Obst in der Schule und am Arbeitsplatz über erschwingliche Preise für gesündere Lebensmittel, weniger Werbung für energiereiche Nahrung und Getränke bis hin zur Förderung des Radfahrens und Gehens durch bessere Städteplanung und Verkehrspolitik. Mit dem Kindergartenprojekt haben es die Bayern unter den etwa 200 Bewerbungen auf einen der ersten 32 Plätze geschafft. sp/dpa

Forschungspreis Vollkeramik

Abgabetermin verlängert

Die Abgabefrist für den „Forschungspreis Vollkeramik“ der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde wurde bis zum 28. Februar 2007 verlängert. Der Forschungspreis ist mit 5 000 Euro dotiert. Teilnehmer können ihre Arbeiten bei der Geschäftsstelle der AG Keramik einreichen: Postfach 10 01 17, 76255 Ettlingen oder per E-Mail: info@ag-keramik.de. sth/pm

■ Weitere Infos unter www.ag-keramik.de

Zweitmeinung: Gespräch mit Verbraucherzentralen in Berlin

Lotsen für den Zahnersatz

Mit Etablierung des Festzuschussystems im Zahnersatz und dem damit gestiegenen Beratungsbedarf der Patienten haben Zahnärztekammern, KZVen und Verbraucherberater die Aufgabe, die Patientenberatung neu zu koordinieren. In Berlin führten Vertreter aus Zahnärzteschaft und Verbraucherzentralen Gespräche über Ziele und Modellprojekte einer verbesserten Zusammenarbeit.

Für Deutschlands Zahnärzteschaft hatte die Einführungsphase des Festzuschussystems im Bereich Zahnersatz – neben den bekannten Vorteilen, die die Systematik für Patienten und Praxen schafft – einen zusätzlich interessanten Begleiteffekt: „Heute sind wir Zahnärzte hinsichtlich unserer Beratungsaufgaben weit besser aufgestellt als noch vor zwei Jahren.“ So die Einschätzung von KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Eßer anlässlich des Koordinierungsgesprächs im Berliner KZBV-Büro (24. Oktober 2006), an dem neben BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich und Vorständen mehrerer Länder-KZVen auch Vertreter der Verbraucherzentralen Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt sowie des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen teilnahmen. Die Erfahrungen dieser Einführungsphase wollen die Fachleute nutzen, bereits erfolgreich praktizierte gemeinschaftliche Beratungsmodelle als Orientierungsbeispiele für andere Teile der Republik anzubieten. Einig zeigten sich Verbraucherberater und Zahnärztervertreter, dass in allen Projekten die medizinische Beratungskompetenz bei den Zahnärzten, die juristische primär bei den Verbraucherzentralen liegen muss. Auf zahnärztlicher Seite, so Eßer, liege die Zuständigkeit der KZVen im Rechtsrahmen des SGB V, die in den Bereichen privater Art bei den Kammern. BZÄK-Vize Oesterreich verwies auf die in einzelnen Regionen Deutschlands schon umgesetzte Zusammenarbeit zwischen Kammern, KZVen und Verbraucherzentralen in angestammten Patientenberatungsstellen. Mit dem von KZBV und BZÄK gemeinsam verabschiedeten Papier zur „Patientenberatung im zahnärztlichen Bereich“ sei zudem eine gute Plattform für das gemeinsame Vorgehen geschaffen.

Die Patienten wollen sich mehr leisten

Die Verbraucherberater begrüßten, dass mit dem Festzuschussystem der Patient „ein Stück mehr Kunde“ geworden ist. Dörte Eiß von der Verbraucherzentrale Berlin: „Die Informationsbreite durch Medien und



Propagieren eine Zusammenarbeit: Dr. Stefan Etgeton (VZ Bundesverband), Simone Meisel (VZ Sachsen-Anhalt), Dörte Eiß (VZ Berlin), Andrea Fabris (VZ Brandenburg), Elfie Schmidt-Garrecht (KZBV Berlin) und KZBV-Vorstand Dr. Wolfgang Eßer (v.l.n.r.)

Zahnärzte ist größer geworden.“ Die seit Jahren mit der Berliner Zahnärzteschaft kooperierende Verbraucherzentrale registrierte ein verändertes Patientenverhalten, zum Beispiel Finanzierungswünsche für kostspieligeren Zahnersatz. „Manche Patienten wollen sich auch Besseres leisten“, stellte Dörte Eiß fest.

Als sinnvoll erachten Zahnärzteschaft wie Verbraucherberater, dass die von den Patienten jeweils in Anspruch genommene Erstanlaufstelle sich als Lotse für den weiteren Beratungsverlauf verstehen soll. Eßer: „Hier haben wir alle eine wegweisende Funktion.“ Wenig Rückhalt seitens der zahnärztlichen

Vertreter fand der Vorschlag der Verbraucherberater, die gesamte Bandbreite der Beratung an einem Ort zu etablieren. Vielmehr plädierten die Zahnärzte für eine größtmögliche Flexibilität in der Durchführung, wenn auch auf Basis der bisher erfolgreichen Modelle, die von Land zu Land zwar an den Grundsätzen der Kammern und KZVen ausgerichtet, in der Umsetzung allerdings durchaus unterschiedlich sind. Dr. Stefan Etgeton vom Verbraucherzentrale Bundesverband plädierte dafür, eine logistisch vernünftige Navigation im Beratungsprozess zu erarbeiten.

Abschlägig beurteilten die Zahnärzte das Ansinnen der Verbraucherzentralen, im Rahmen des Beratungsprozesses eine umfassende, „wirkliche“ zweite Meinung zu im-

plementieren. Das „Zweitmeinungsmodell“ könne die klassisch zahnmedizinische zweite Meinung nicht ersetzen. Oesterreich: „Eine zweite Diagnostik kann nur unter klinischen Bedingungen durchgeführt werden.“ „Schon aus Gründen des Patientenschutzes kann das gemeinsam angestrebte System nur beraten und Entscheidungshilfe bieten.“

Perspektivisch wurde angeregt, die weitere Optimierung der Zusammenarbeit auch durch einen gemeinsam erstellten Fragebogen für die Patienten zu unterstützen. Das Patienten-Feedback soll zur späteren Verfeinerung der Abläufe eingesetzt werden. mn

Anhörung zur Gesundheitsreform

Der Teufel steckt im Detail

Es war die umfassendste Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, die es je zu einer Gesundheitsreform gegeben hat: An vier Tagen (6., 8., 13. und 14.11.) wurden rund 26 Stunden lang Abgeordnete und rund 80 Verbände und weitere Sachverständige befragt – Sitzungs-marathon pur. Und es hagelte zum größten Teil Kritik.



Foto: Lopata

Anhörungs-marathon mit rund 80 Verbänden und weiteren Sachverständigen zur geplanten Gesundheitsreform

Zu Beginn der Anhörung gab es noch Lob. Da ging es um generelle zusätzliche Leistungen der GKV für Patienten (wie Schutzimpfungen, Mutter-Kind-Kuren und geriatrische Rehabilitation), deren Einführung begrüßt wurde. Umstritten diskutiert wurden dann die Malus-Regelung bei der Vorsorge und die Evidenz bei Patientenverschulden. In einem Schulterschluss wehrten sich Krankenkassen, Ärzteschaft und Krankenhäuser gemeinsam gegen Zentralisierung, Vereinheitlichung und Staatsmedizin. Die Versorgung werde schlechter und teurer, bewährte Organisationsstrukturen in der GKV würden ohne triftigen Grund zerstört und das selbstverwaltete Gesundheitswesen werde faktisch ersetzt durch wettbewerbsfeindliche Strukturen. Die Organisationen forderten die Regierung auf, die Gesundheitsreform zu stoppen und von vorn anzufangen.

Völlig uneins waren sich Regierung und Krankenkassen, wie sich die Beitragssätze zur GKV weiterentwickeln sollen. Die Kassen wiesen darauf hin, dass bereits 2007 sieben Milliarden Euro zur Deckung der Ausgaben fehlen würden, bis 2009 könne der Betrag auf 13 bis 16 Milliarden anstei-

gen. Das hieße, man könne von Beitrags-sprüngen um bis zu 1,6 Prozentpunkte ausgehen. Diese Berechnungen wies das Bundesgesundheitsministerium zurück.

Nein zum Basistarif

Ablehnend äußerten sich BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und der KZBV-Vorsitzende Jürgen Fedderwitz zum geplanten Basistarif in der PKV. Auch für die Ausdehnung des Sicherstellungsauftrags im Rahmen des neuen Basistarifs auf die KVen bestehe kein Bedarf. Diese Bestimmung verdeutliche die Absicht des Gesetzgebers, eine weitgehende Konvergenz der Systeme von GKV und PKV zu erreichen. Dies sowie die erschwerten Zugangsmöglichkeiten zur PKV und die Einrichtung eines internen Risikoausgleichs stellten die Existenz der privaten Krankenversicherung vollständig in Frage. Diese Meinung vertrat auch der PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach. Ob die PKV tatsächlich zum 1. Januar 2008 mit einem Basistarif an den Start geht, ist nach Abschluss der Anhörung nun wieder ungewiss. Was die geplante Hauptamtlichkeit der Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss

Bundesweiter Aktionstag 4. Dezember

Zu einem bundesweiten Aktionstag der Information und Aufklärung über die Folgen der Gesundheitsreform haben die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Marburger Bund aufgerufen. BZÄK und KZBV unterstützen diese Aktion. Unter dem Motto: „Patient in Not – diese Reform schadet allen!“ sollen alle Bürgerinnen und Bürger über die Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz informiert werden. pr

■ **Inhalte und geplante Aktionen werden auf der Webseite <http://www.patient-in-not.de> laufend aktuell eingestellt.**

(G-BA) angeht, so unterstützten die Zahnärzte-Vertreter die Position des G-BA. Die Professionalisierung des Gremiums führe letztlich dazu, dass die bewährte Struktur als Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung zerstört würde.

Zustimmung signalisierten die zahnärztlichen Vertreter zum Wegfall der Bedarfsplanung. Allein sei dies aber nicht ausreichend, auch die immer noch aufrechterhaltene Budgetierung und Degression müssten verschwinden. Positiv äußerten sich die Zahnärzte zur Einführung von Wahlтарifen und Kostenerstattung. Jedoch werde bei den Wahlтарifen der Wettbewerb nur halbherzig geschaffen, da die maximalen Beitragsabschlüsse gedeckelt würden.

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler warnte vor Praxispleiten. Die KBV sehe das Ziel einer Gebührenordnung mit festen Preisen als nicht erreicht. Der Wirtschaftswissenschaftler Prof. Dr. Günter Neubauer bezeichnete die seitenlangen Passagen zur Vergütung im Gesetzentwurf als Zumutung: „Es gibt Paragraphen, da werden acht Dimensionen untergebracht. Ein normaler Mensch kann höchstens vier erfassen.“ Der Vertreter des AOK-Bundesverbandes, Johann-Magnus von Stackelberg, verwies darauf, dass die Kassen Jahr für Jahr mehr Geld für die Vergütung im ambulanten Bereich zahlten.

Auch die Pharmaindustrie protestierte gegen die Gesundheitsreform. Die Pläne hätten gravierende Auswirkungen auf die



Dr. Jürgen Fedderwitz, KZBV-Vorsitzender, und Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, BZÄK-Präsident, trugen die Argumente der Zahnärzteschaft vor.

Arzneimittelversorgung und die Standortbedingungen der Industrie in Deutschland.

Durchgefallen

Zum Abschluss hagelte es Kritik an der gesamten geplanten Finanzierungsarchitektur und am Gesundheitsfonds. Das Bundesversicherungsamt wie auch mehrere unabhängige Sachverständige sahen die Gefahr, dass auch wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen durch die neuen Pläne reihen-

weise in die Insolvenz getrieben würden. Die Kassen selbst sprachen gar von einem Horrorszenario. Beim Fondsstart müsse das ganze AOK-System Konkurs anmelden. Unterdessen wurden in der Union Stimmen laut, die die Bundestagsabstimmung zur Reform nicht wie geplant zum 15. Dezember wollen, sondern eine Verschiebung auf das kommende Jahr fordern. Die gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion, Annette Widmann-Mauz, sprach von „missverständlichen Formulierungen“, die Gegenstand von Änderungsanträgen wer-

den sollen. Das Gesetz müsse aber am 1. April 2007 in Kraft treten. Änderungswünsche kommen auch aus der SPD.

Schließlich hat sich das Kanzleramt in die Reformdebatte eingeschaltet und die Verbände des Gesundheitswesens, darunter auch die Zahnärzteschaft, zu drei Spitzentreffen eingeladen. Damit will Kanzleramtschef Thomas de Maizière einen weiteren Versuch starten, die Verbände von den Vorteilen der Reform zu überzeugen. Ausdrücklich hieß es dabei, sei dies keine Replik auf den Vorstoß von elf Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen (zu denen auch BZÄK und KZBV gehörten), die aus Sorge um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens Ende Oktober um ein Treffen bei der Bundeskanzlerin gebeten hatten und Lösungswege anboten.

Inzwischen wird laut Presseberichten in der Koalition über mögliche Änderungen an der Reform diskutiert. pr

Umfrage belegt steigende Bedeutung von Presse-Kontakten

„PR und Marketing keine Fremdwörter“

Zahnärzte und Zahntechniker messen der Öffentlichkeitsarbeit und dem Marketing einen hohen Stellenwert bei. Das ergab eine aktuelle Umfrage von zm, Zahntechnik Teleskop und proDente.

„PR und Marketing sind für die Akteure in der Dentalbranche keine Fremdwörter“, kommentiert Dirk Kropp, Geschäftsführer proDente, die Umfrage-Ergebnisse einer aktuellen Befragung von zm, Zahntechnik Teleskop und proDente. 49,8 Prozent der Befragten messen der Kommunikation mittels PR und Marketing eine hohe Bedeutung bei. Nur 20 Prozent der Zahnärzte und Zahntechniker investieren gar keine Zeit in ihre Öffentlichkeitsarbeit oder Werbung. 19 Prozent beschäftigen sich mindestens eine Stunde in der Woche mit Möglichkeiten, ihre Patienten anzusprechen.

Broschüren bei Beratung

Gedrucktes Informationsmaterial in Form von Broschüren und Flyern steht bei der Kommunikation mit Patienten im Mittelpunkt. 86,6 Prozent der Befragten setzen Druckwerke ein. Das geschieht überwiegend während oder nach einem Beratungsgespräch. Zahnärzte und Zahntechniker verweisen hier gezielt auf weiterführendes Material. Ergebnisse aus den Gesprächen



Initiative proDente e.V. – Fakten

Fünf Verbände, die das gesamte dentale Leistungsspektrum in Deutschland repräsentieren, engagieren sich seit 1998 in der Initiative proDente e.V.

- Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
- Der Freie Verband der Deutschen Zahnärzte (FVDZ)
- Der Verband der Deutschen Zahntechniker-Innungen (VDZI)
- Der Verband der Deutschen Dental-Industrie (VDDI)
- Bundesverband Dentalhandel (BVD)

Wieviel Zeit investieren Sie wöchentlich in Pressearbeit und Marketing?



Welche Mittel für PR und Marketing haben Sie bislang genutzt?



Nutzen Sie ausschließlich Broschüren und Flyer eines Anbieters oder auch andere Materialien?



Wie setzen Sie beziehungsweise Ihre Mitarbeiter Broschüren und Flyer ein?



© proDente/zm
Oktober 2006

werden mithilfe von Broschüren vertieft und ergänzt. 41,5 Prozent der Befragten nutzen einen Auftritt im Internet, um über ihre Tätigkeit zu informieren.

Für fast ein Drittel gehören Pressemitteilungen (30,7Prozent) und eigene Veranstaltungen (32,1Prozent) zum regelmäßigen Handwerkszeug in Praxis und Labor dazu.

Fachleute sind wählerisch

Bei der Auswahl des Materials greifen Zahnärzte und Zahntechniker auf verschiedene Anbieter zurück. 84,1 Prozent nutzen Flyer mehrerer Anbieter gleichzeitig. Neben dem Material von Kammern und KZVen sowie eigenen Produktionen stehen Broschüren von proDente an dritter Stelle der gefragtesten Anbieter von Broschüren. 87,7 Prozent der Befragten befinden, dass die angebotenen Broschüren gut oder sehr gut sind.

Auslosung

Die Ergebnisse der Auslosung brachte folgende Gewinner unter den Teilnehmern:

CANON-Digitalamera:

*Dr. Dirk Haderlein, Friederichstr.26,
54531 Manderscheid*

Pentax-Digitalkamera:

*Dr. Alois Fuder, Du Russel-Str. 1a,
76530 Baden-Baden*

5 USB-Sticks:

*Zahnärzte Peperhove, Rintelner Str. 18,
32689 Kalletal,
Strohmenger Zahntechnik, Eichhornstr. 28,
97070 Würzburg,*

*Dr. Andreas Westermeier, Bahnhofstr. 4,
85354 Freising,*

*Bernard Chapus, Kurze Str. 2, 37073 Göttingen,
Lioba Worschech, Günterstr. 9,*

99706 Sondershausen

5 Alu-Trinkflaschen

*Dr. Ursula Schlüter, Hohe Straße 12,
44139 Dortmund,*

*Schneemann Zahntechnik, Eschenweg 10,
30855 Langenhagen,*

*Silke Griemsmann, Eckernförder Str. 95,
24116 Kiel,*

*C. Dursteler Biomadent Zahntechnik,
16225 Eberswalde,*

*Dr.K. Ulrich Rubehn, Kaltenweide 84,
22383 Elmshorn.*

PR-Veranstaltungen relevant

Über ein Drittel der Zahnärzte und Zahntechniker (37,2Prozent) haben schon einmal eine PR-Veranstaltung in den eigenen Räumen durchgeführt oder an einer Messe teilgenommen. 22 Prozent planen eine derartige Veranstaltung. Genau 30 Prozent ziehen diese Art der Öffentlichkeitsarbeit in Erwägung. Für fast die Hälfte der Befragten kommt die Veranstaltung als Instrument nicht in Betracht.

Internet im Trend

Nur 21,3 wollen auch zukünftig auf eine Präsentation im „World Wide Web“ verzichten. Ein Fünftel ist hingegen noch unentschieden, ob die Gestaltung eigener Online-Seiten in Frage kommt. zm

Erster Bundeszahnärzteball

Ein Gala-Ereignis für den Berufsstand

Am 2. Februar 2007 findet in Berlin im Hotel Ritz-Carlton erstmals der Bundeszahnärzteball statt – ein gehobenes gesellschaftliches Ereignis in stilvollem Ambiente, eigens für den Berufsstand konzipiert.

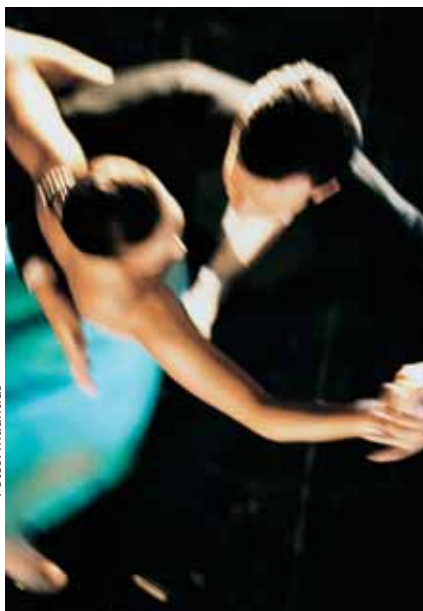
Es kommt eine rauschende Ballnacht – so viel ist sicher: Eine stilvolle Abendveranstaltung mit hochkarätigem Publikum in festlichem Rahmen – all das erwartet den Besucher am 2. Februar 2007 zum ersten Bundeszahnärzteball. Veranstalter und Gastgeber des Abends sind der Quintessenz-Verlag, die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Der Ball ist Startpunkt einer neuen Tradition in der zahnärztlichen Welt, wurde eigens für den Berufsstand konzipiert und soll künftig einen gesellschaftlichen Höhepunkt im Kalenderjahr darstellen.

Persönliche Kontaktpflege

Etliche Berufssparten feiern ihren eigenen Ball auf dem Berliner Parkett. Jetzt bekommt auch die Zahnärzteschaft, die ihre Ballfreudigkeit auf diversen regionalen Bällen unter Beweis gestellt hat, ihr zentrales Tanzereignis. Wo sonst beim Hauptstadtbesuch nur Zeit für das politische Tagesgeschäft bleibt, ist nun mit dem Ballbesuch einmal eine ganz bewusste private Auszeit möglich. In exklusivem Ambiente ist Kontaktpflege nicht nur auf fachlicher, sondern auch ganz persönlicher Ebene gegeben. Hinzu kommt viel Gelegenheit zu Austausch und Kommunikation im Kreise von Bekannten, Freunden und Kollegen. Gerade in ernsten Zeiten sind Kommunikation wie Repräsentation wichtig. Und ein Ball ist bestens geeignet, unterschiedliche Leute zusammenzubringen. Natürlich ist auch für kulinarische Genüsse gesorgt. Passend für



Der Zahnärzteball am 2. Februar 2007 wird einen gesellschaftlichen Höhepunkt darstellen.



Fotos: mauritius

diesen Rahmen ist auch die Kleidung: Die Herren erscheinen im Smoking oder Frack, die Damen in Ballkleidern.

Freude am Tanzen

Eines steht ganz klar im Mittelpunkt: Das Tanzvergnügen, für das Hugo Strasser und seine Band sorgen werden. Das Orchester ist führend in Europa, und das Repertoire dieser Band ist so vielseitig, dass keine Tanzwünsche offen bleiben. Immer ist es das hohe, internationale Niveau der Musik, mit der die Hugo Strasser Band das Publikum begeistert. Jeder, der Freude am Gesellschaftstanz hat, wird hier auf seine Kosten kommen. Über hundert Anmeldungen liegen schon vor und es empfiehlt sich, die Reservierung für den Ball so bald wie möglich vorzunehmen (dazu bitte nebenstehenden Vordruck verwenden). Herzlich eingeladen sind nicht nur alle zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen, sondern auch

Vertreter und Vertreterinnen aus Politik, Standespolitik, Verbänden, Institutionen, der Medien- und Finanzwelt, aus Industrie und Handel und weiteren Sparten, die mit der Zahnärzteschaft verbunden sind.

Fortbildungsveranstaltung

Geplant ist außerdem eine Fortbildungsveranstaltung am 3. Februar 2007, die vom Philipp-Pfaff-Institut, der Fortbildungseinrichtung der Landes Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg ausgerichtet wird. Näheres unter Tel: 030/414725-0 (Frau Berg). BZÄK/KZBV

1. BUNDESZAHNÄRZTEBALL

Am 02. Februar 2007 findet im Berliner Hotel Ritz-Carlton zum ersten Mal der „Bundeszahnärzteball“ statt. Neben exklusivem musikalischen Genuss von Hugo-Strasser & Band, werden Sie vom Team um Küchenchef Thomas Kellermann kulinarisch verwöhnt. Sichern Sie sich noch heute Ihre Karten und erleben Sie einen einzigartigen Gala-Abend im Kreise Ihrer Freunde und Kollegen.

Der Kartenpreis von 149,00€ pro Person beinhaltet den Empfang, ein exquisites Buffet und den Sitzplatz im Ballsall (freie Platzwahl, d.h. keine Tischreservierung nötig).

Hiermit bestelle ich verbindlich für den

1. Bundeszahnärzteball, am 02.02.2007 _____ Karten

im Wert von € 149,00 inkl. MwSt pro Karte.

Ich bezahle

per Kreditkarte: VISA Mastercard AmEx

Kreditkartennummer: _____

gültig bis: _____

Datum/ Unterschrift _____

per Lastschrift von meinem Konto:

Kontonummer _____

BLZ _____

Institut _____

Die Karten werden Ihnen nach Zahlungseingang mit der Rechnung per Post an folgende Adresse geschickt:

Titel, Anrede, Vorname, Name _____

Firma/Praxis/Universität _____

Straße _____

PLZ und Ort _____

Land _____

Datum, Unterschrift _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Die Gastgeber des Abends:



Quintessenz
Verlag



deutsche apotheker-
und ärztebank

KZBV

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Weitere Informationen unter: Quintessenz Verlags-GmbH • Ifenpfad 2-4 • 12107 Berlin • www.quintessenz.de/ball

47. Bayerischer Zahnärztetag

Stopp für die Staatsmedizin

Fortbildung zum Thema „Funktionsanalyse, -therapie und Kiefergelenk“ mit über 1500 Teilnehmern pro Tag, dazu ein Festakt, der nicht an deutlicher Kritik Richtung Bundesregierung sparte: Auf ihrem 47. Zahnärztetag (26. bis 28. Oktober in München) zeigten sich Bayerns Zahnärzte sehr fortbildungsmotiviert, ihre Bilanz der Gesundheitspolitik fiel hingegen ausgesprochen ernüchternd aus.

Auch Bayerns Gesundheitsministerin Christa Stevens gelang es nicht, die schonungslose Kritik an der rot-schwarzen Koalition abzuwehren: Sowohl Bayerns Kammerpräsident

Michael Schwarz wie auch Bundeszahnärztekammerpräsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp ließen auf dem Festakt zum Zahnärztetag unter massivem Zuspruch des Plenums an den Versuchen des Bundes, die aktuellen Gesetzgebungsvorhaben als sinnvoll-erforderliche Maßnahme zu verkaufen, kein gutes Haar.

Michael Schwarz sprach von „faulen Kompromissen“ zu Lasten der Bürger: „Wenn niemand diese Reform versteht,

niemand sie wirklich will, dann muss man den Marsch in die Staatsmedizin stoppen“, forderte Bayerns Zahnärztekammerpräsident und appellierte an die Betroffenen, die „Beratungsphase der Gesetzgebung“ für dringend erforderliche Korrekturen zu nutzen. Der vorgelegte Entwurf des „Wettbewerbsstärkungsgesetzes“ sei, so Schwarz, „in Wirklichkeit Etikettenschwindel“.

„Nie haben wir so viel Beratungsresistenz erlebt, wie in diesen Wochen“, kritisierte BZÄK-Präsident Weitkamp in seinem Grußwort an die bayerischen Zahnärzte die Regierungspolitik und bezweifelte, ob der Versuch von „drei Hände voll Politikern ... uns zu kujonieren“ mit der Demokratie, „die wir in den letzten 60 Jahren erlebt haben, vereinbar“ sei. „Wenn alles umgesetzt wird“, was in den zurzeit geplanten Gesetzesvorhaben steht, „gibt es entweder das Chaos oder das Ende der freien Berufe“, warnte der BZÄK-Präsident. Die Politik laufe „mit offenen Augen in das Unglück der Staatsmedizin“.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Dr. Georg Meyer (Greifswald), warnte angesichts der politisch bedingten



Warnen vor falschen Reformen: Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (l.), Michael Schwarz (m.), Prof. Dr. Georg Meyer (r.)

Misere vor einem Exodus der Wissenschaft ins attraktivere Ausland, „weil dort weniger reguliert wird und auch die Rahmenbedingungen für die Ausübung des Berufes wesentlich günstiger sind als in Deutschland“.

Vernunft und Fachwissen

Auch Dr. Rüdiger Schott, Leiter des Bayerischen Zahnärztetages, sparte trotz traditionellen Schwergewichts auf die Fortbildung nicht an politischer Kritik: „Gesundheitsfonds, Zwangsfusionierung von Krankenkassen, Beitragsfestsetzung durch das Bundesgesundheitsministerium und die ‘Gleichschaltung’ der PKV sind Indizien dafür, dass diese Koalition das Ziel einer Staatsmedizin verfolgt.“ Im Rahmen der Pressekonferenz präsentierte die Bayerische Landes Zahnärztekammer ihre Forderungen an die Politik: Die Aufhebung von Budgets, Leistungsrationierung und Degression, eine Anpassung der Vergütungssysteme unter Einbeziehung wissenschaftlichen Fort-

schritts und unternehmerischen Risikos, keine Pauschalvergütungen, eine schrittweise Einführung von Festzuschüssen für alle Bereiche der Medizin und Zahnmedizin, die Beendigung von Quersubventionierungen anderer Sozialversicherungszweige, die Einführung von Kostenerstattung, die Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte, Bürokratieabbau und freies Kassenwahlrecht für alle Patienten. Die Umsetzung dieser Forderungen wäre geeignet, so Schott vor den Medienvertretern, „zusammen mit den Leistungsträgern und deren Organisationen eine Reform der Vernunft

und des Fachwissens zu realisieren, deren Halbwertszeit größer als wenige Monate ist und auch von der Bevölkerung mitgetragen werden kann“.

Schmälern konnten Bayerns Zahnärzte ihren Frust an der Politik durch ausgesuchte Fortbildung: Das Thema „Funktionsanalyse, Funktionstherapie und Kiefergelenk“, geplant und gemeinsam erarbeitet mit der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) und deren Präsidenten Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeyer, bot nicht nur dem Hauptplenum, sondern auch einem wegen Überbuchung per Video-Lifeschaltung angeschlossenen zweiten Saal über zwei Tage den durch national und international anerkannte Referenten vorgestellten aktuellen Stand der Funktionsanalyse und -therapie. Dieses fundierte Wissen, das die Teilnehmer sich vom Zahnärztetag in ihre Praxen holten, wird auch kontraproduktive Politik nicht nehmen können.

Streitfall Scoring

Alles ist durchleuchtet

Ein längst vergessener Arztbesuch gerät plötzlich zum Bumerang. Und zwar dann, wenn man eine Police gegen Berufsunfähigkeit abschließen will. Abgelehnt, heißt es da lapidar im Antwortschreiben der Versicherung. Denn ist der Kunde einmal wegen bestimmter Krankheiten oder falscher Angaben erfasst, bekommt er kaum noch eine Zusage. Ein Teufelskreis für Verbraucher, die sich absichern wollen – weil der Staat immer weniger in solchen Notlagen einspringt. Und weil die Versicherer immer mehr persönliche Daten horten.

In den USA gehört der Gang zum Psychotherapeuten ebenso zum guten Ton wie manikürte Fingernägel – in Deutschland versperrt er dem Kunden den Zugang zu einer der wichtigsten Versicherungen überhaupt: der Police gegen Berufsunfähigkeit. Warum? Ganz einfach: Er muss frühere Erkrankungen angeben. Psychische Probleme eingeschlossen. Und da diese immer häufiger zur Arbeitsunfähigkeit führen, scheuen die Versicherer solche Risiken.



Foto: CC/Project Photo/zm (M)

i Ausspioniert

Die meisten Deutschen fühlen sich als Verbraucher ausspioniert. In einer großen Emnid-Umfrage für das Magazin „Zeitwissen“ sagten fast 60 Prozent, sie fänden es unheimlich, dass private Firmen so viel über ihre Konsumgewohnheiten wissen. Zugleich wollten jedoch die wenigsten auf Kundenkarten von Tankstellen und Kaufhäusern verzichten. ■

Die Guten ins Töpfchen...

Scoring heißt das umstrittene Verfahren, mit dem die Anbieter jene aufspüren wollen, die bei ihrer Gesundheit flunkern oder erwartungsgemäß krank werden und kosten. Scoring, das bedeutet zählen oder auswerten, ist bei Banken, Kaufhäusern und Mobilfunkunternehmen schon lange ein beliebtes Instrument zur Auslese. Will der Kunde etwa einen Kredit aufnehmen, prüft die Bank, ob er seine Raten der Wahrschein-

Der Versicherte ist kein unbeschriebenes Blatt Papier mehr. Datenbanken sammeln fleißig Krankenberichte und die Assekuranten rufen den Report einfach ab.

lichkeit halber pünktlich zahlen wird. Statistische Daten liegen der Bonitätsprüfung zugrunde. Der Check orientiert sich nämlich daran, wie sich bestimmte Personengruppen im Regelfall verhalten. Definiert wird eine Gruppe über Kriterien wie Beruf, Familienstand, Einkommen oder Wohnlage. Mit einem befristeten Arbeitsvertrag und einer Wohnung im falschen Viertel hat man schon mal schlechte Karten. Aber auch die Tatsache, dass jemand nur ein Handy und keinen Festnetzanschluss hat, wirkt sich unter Umständen negativ aus. Am Ende wird der Bewerber in die Gruppe einsortiert, in die er aufgrund seines Profils am besten passt – unabhängig davon, ob sein persönliches Verhalten mit dem statistisch konstruierten Gesamtbild übereinstimmt.

Triebfeder für die abstrakte Rechnung ist folgendes Problem: Der Kunde hat gegenüber dem Versicherer immer einen Informationsvorsprung, Wirtschaftswissenschaftler sprechen von „asymmetrischer Information“. Denn ob die Krankengeschichte stimmt, die der Kunde dem Versicherer auf-tischt, kann dieser nicht unbedingt überprüfen. Vielleicht hat der Bewerber seit kurzem Rückenschmerzen, war aber noch nicht beim Arzt. Wenn er sein Leiden im Versicherungsantrag verschweigt, ist dies für die Versicherer nicht nachzuweisen. Um dem Dilemma zu entkommen, benutzen sie zunehmend das Scoring.

Versicherungen arbeiten grundsätzlich nach ein und demselben Prinzip: Sie ermitteln die Wahrscheinlichkeit dafür, dass bei einem potenziellen Kunden ein Schadensfall eintreten wird. Je nach dem, wie hoch dieses Risiko ist, entscheidet der Versicherer, ob er den Kunden akzeptiert und wenn ja, zu welchem Preis.

...die Schlechten ins Kröpfchen

Das klingt erstmal plausibel – schließlich wollen die Assekuranten nicht jeder Notlüge aufsitzen.

Außerdem fußt das Scoring-Verfahren auf wissenschaftlichen Auswertungen. Ob der Sachbearbeiter den Kunden mag, spielt keine Rolle. Und dennoch schlagen Verbraucherschützer Alarm. Weil inzwischen riesige Datenbanken existieren, in denen

i Eingeschränkt

Die staatliche Berufsunfähigkeitsversicherung wurde Anfang 2001 stark eingeschränkt. Seitdem gilt der ursprüngliche Schutz nur noch für die Generationen, die vor dem 1. Januar 1961 geboren sind. Jüngere erhalten nur noch dann die volle Rente, wenn sie weniger als drei Stunden am Tag – egal in welchem Job – arbeiten können; sie bringt gut 35 Prozent des Bruttoeinkommens. ■



Abgelehnt

Wenn der Interessent den Versicherungsantrag unterschreibt, ist darin eine Einwilligung über die Weitergabe ihrer Daten enthalten. Wirksam sei diese Einwilligung Experten zufolge aber nicht. Betroffene, deren Antrag aus zweifelhaften Gründen abgelehnt wurde, sollten sich deshalb damit nicht zufrieden geben, sondern genau nachfragen, was über sie gespeichert und an wen weitergegeben wurde. Außerdem sollten sie ihr Einverständnis widerrufen und verlangen, dass die Daten gelöscht werden. ■

das Wissen über Kunden abgespeichert wird. Weil hochsensible Informationen zusammengetragen werden. Und weil mittlerweile immer mehr Menschen abgelehnt werden, die sich privat absichern wollen.

Eine der größten Datenbanken mit etwa fünf Millionen Einträgen führt die Versicherungswirtschaft selbst. Ursprünglich 1993 vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) zur Aufdeckung von Versicherungsbetrügereien eingeführt, dient das Hinweis- und Informationssystem (HIS) mittlerweile auch zur Prüfung von Angaben in Versicherungsanträgen. Falsche Angaben bei der Berufsunfähigkeits- oder privaten Krankenversicherung aufzuspüren, wird so ein Leichtes, zumal die Versicherer zusätzliche Infos von externen Dienstleistern hinzukaufen.

Verbraucherschützer kritisieren insbesondere, dass die Kunden nichts von den internen Abfragen erfahren. Häufig seien die gespeicherten Angaben zudem falsch – weil er von nichts weiß, kann sich der Antragsteller freilich nicht wehren, geschweige denn, die Fehler richtig stellen. Auch wenn bestimmte Daten fehlen, flattert ihm häufig die Ablehnung ins Haus. Schwierig ist dabei auch, dass der Versicherer die Zurückweisung des Antrags nicht begründen muss. Auf der anderen Seite steht der Verbraucher aber in der Pflicht, diese Absage anzugeben, wenn er bei einer anderen Gesellschaft einen Antrag stellt. Nach Angaben des Branchendienstes Map-Report führt inzwischen jeder achte Antrag auf eine Berufsun-

fähigkeitsversicherung zu einer Ablehnung. Noch vor fünf Jahren wurde nur jeder 25ste nicht in den Kreis der Versicherten aufgenommen.

Wer glaubt, er könnte die Versicherung austricksen, indem er einige Wehwehchen unter den Tisch fallen lässt, irrt. Verbraucher sollten im Gegenteil die Gesundheitsfragen penibel beantworten, da sie sonst im Leistungsfall mit leeren Händen dastehen. Die Verbraucherschutzzentralen argwöhnen nämlich, dass etliche Versicherungen die Policen verkaufen und die Daten erst dann prüfen, wenn der Versicherte Leistungen in Anspruch nehmen will. Häufig werden die Versicherer fündig, wenn sie die Datenbanken befragen. Am Ende hat der Kunde zwar jahrelang Beiträge eingezahlt, erhält am Ende aber keinen Pfennig. ck

zm-Info

Ausgeknockt und ausgeschlossen

Eine schwedische Studie brachte dieser Tage Licht ins Dunkel von Schwermut und Trübsinn: Ganze 118 Millionen Euro kosten die Gemütskrankheiten jährlich die EU. Das Gros der Belastung verursacht jedoch nicht die Behandlung. Nein, zwei Drittel der Kosten entstehen allein dadurch, dass viele Menschen mit Depression nicht mehr arbeiten können. In der EU leidet jeder Vierte einmal in seinem Leben an einer ernsten psychischen Erkrankung, meldete kürzlich das Europa-Parlament. Nur jeder dritte Betroffene sucht medizinische Hilfe – viele gehen aus Scham nicht zum Arzt.

Ärzte und Psychotherapeuten fordern daher, dass eine psychische Erkrankung oder Behandlung nicht zur Benachteiligung beim Abschluss von Berufsunfähigkeitsversicherungen führen darf. Zwischen körperlichen und seelischen Krankheiten dürfe kein Unterschied gemacht werden, besser wäre in ihren Augen, es gäbe Risikoberechnungen für psychische Vorerkrankungen und entsprechende Risikozuschläge. Gesetzliche Änderungen sind jedoch auch im Zuge der nun anstehenden Modernisierung des Versicherungsvertragsgesetzes nicht vorgesehen. ■

Zwischen Hysterie und Aufklärung

Susanne Theisen

Aids ist seit 25 Jahren Thema in den Medien. Von Anfang an bestimmten soziale und politische Konflikte die Debatte über die Krankheit, sachliche Informationen konkurrierten mit irrationalen Ängsten. Wie bei sonst keiner anderen Krankheit bewegt sich das Verhältnis von Aids und den Medien zwischen Hysterie und Ausgrenzung, Protest und Aufklärung.

Ein besonderer Fall machte 1992 in der zahnärztlichen Welt Furore: Ein Zahnarzt aus Florida hatte Aids und steckte damit fünf seiner Patienten an. Wie das passieren konnte, blieb ungeklärt, zumal der Zahnarzt kurz darauf verstarb. Experten gingen davon aus, dass er die Patienten vorsätzlich mit dem Virus infizierte. Auch in der deutschen Presse schlugen die Informationen über das Vorkommnis hohe Wellen. Es wurde aber bald wieder ruhig, da es sich weltweit um einen Einzelfall handelte. Die Öffentlichkeit verstand sehr bald, dass trotz verstärkter Schutz- und Hygienemaßnah-

men ein behandelnder Zahnarzt rein statistisch gesehen mehr gefährdet ist als umgekehrt der Patient.

Ende der 80er-Jahre ergab eine Umfrage der WHO in 60 Ländern, dass die meisten Menschen über die Publikumsmedien von Aids erfahren hatten. Die wenigsten kannten einen Betroffenen persönlich. Beides macht deutlich: Aids ist ein mediales Schauspiel.

Die und wir

Am 5. Juni 1981 teilte das amerikanische Center for Disease Control and Prevention mit, ihm seien innerhalb weniger Wochen fünf an einer seltenen Lungenentzündung erkrankte Patienten gemeldet worden. Bei allen fünf handele es sich um junge, homosexuelle Männer. Einen Monat später schrieb die New York Times, bei 41 Schwulen sei eine seltene Krebsart aufgetreten. Da ständig immer mehr ähnliche Fälle hinzukamen, war schnell ein Name für das Phänomen gefunden: Gay Related Immune Deficiency. Lange hielt sich die Bezeichnung nicht, denn schon bald zeigten auch Menschen außerhalb der Homosexuellen-Szene die Symptome. Die Krankheit wurde umbenannt und hieß ab Sommer 1982 Acquired

Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Die Bevölkerung nahm diese Änderung jedoch nicht wahr. Für sie betraf die neue Krankheit wenige „Risikogruppen“, zu denen ihrer Meinung nach vor allem Homosexuelle und Drogenabhängige gehörten. Die Vorurteile, besonders gegenüber Fixern, verschärften sich, als es Mitte der 80er-Jahre zum Blut-Skandal kam: Mit dem Virus infizierte Blutkonserven waren an Hämophile und andere Patienten weitergegeben worden. Da sich viele Drogenabhängige mit Blutspenden Geld verdienten, gerieten sie noch tiefer in die öffentliche Kritik. Im Juli 1985 wurden schließlich HIV-Tests für alle Blutkonserven Pflicht.



zm-Info

Welt-Aids-Tag am 1. Dezember

„Gemeinsam gegen Aids. Wir übernehmen Verantwortung – für uns selbst und andere“ lautet dieses Jahr das deutsche Motto zum Welt-Aids-Tag. Auf der ganzen Welt erinnern an diesem Tag verschiedenste Organisationen an das Thema Aids und rufen dazu auf, aktiv zu werden und Solidarität mit Infizierten, Erkrankten und den ihnen Nahestehenden zu zeigen.

■ Weitere Infos unter
www.welt-aids-tag.de



Foto: Messe Berlin/zsm (M)

Praunheim. Er sah im Zuge der Erkrankung eine neue Schwulenfeindlichkeit aufkommen. Mit seinem Film „Ein Virus kennt keine Moral“ (1985) stellte er sich gegen diesen Trend und räumte mit den gängigen Mythen über Ursprung und Verbreitung von Aids auf – Seitenhiebe auf die politische Diskussion in Deutschland inbegriffen. So lässt der Gesundheitsminister in von Praunheims Film alle HIV-Positiven auf eine „Isolationsinsel“ verschiffen. Damit spielte der Regisseur auf den CSU-Politiker Peter Gauweiler an, der inmitten der Aidshysterie nicht nur die Zwangstestung von Homosexuellen forderte, sondern auch öffentlich über Lager für Aidskranke nachdachte.

Um die Öffentlichkeit für ihre Anliegen zu sensibilisieren, lernten schwule Aktivistinnen schnell, die Medien für ihre Zwecke zu instrumentalisieren. In den USA bewies besonders die Organisation ACT UP Talent für medienwirksame Aktionen. Im März 1987 unterbrachen sie beispielsweise die Eröffnung der New Yorker Börse, um gegen zu hohe Preise für Aidsmedikamente zu protestieren. Und der französische Ableger von ACT UP verhüllte anlässlich des Welt-Aids-Tags 1993 den Obelisk auf der Place de la Concorde in Paris mit einem rosa Riesenkondom. Zu allen Demonstrationen wurden Journalisten gezielt eingeladen und mit umfangreichen Pressemappen versorgt.

Die Konzentration auf die vermeintlich besonders Gefährdeten hielt sich hartnäckig in den ersten Jahren der Berichterstattung. So sprach „Der Spiegel“ 1983 von der „Homosexuellen-Seuche Aids“. Im weiteren Verlauf fasst der Text zwar auch die damals bekannten wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen, ein negativer Unterton bleibt aber trotzdem. Zum Beispiel, wenn der Autor fragt: „Droht eine Pest? Wird Aids wie ein apokalyptischer Reiter auf schwarzem Ross über die Menschheit kommen? Oder werden nur die homosexuellen Männer daran glauben müssen?“ Sätze wie diese schürten nicht nur Ängste, sie zementierten auch die Grenze zwischen Infizierten und Gesunden,

Homo- und Heterosexuellen. Kurz: „denen und uns“. In den ersten Jahren nach dem Auftreten von Aids waren Ambivalenzen wie diese in der Berichterstattung – medizinische Fachzeitschriften ausgenommen – an der Tagesordnung. Der Tenor schwankte zwischen seriös und skandalös.

Protest und Provokation

Aids gleich schwul. Gegen dieses Vorurteil liefen Homosexuelle in den 80er-Jahren weltweit Sturm. Um sich Gehör zu verschaffen, setzten viele Aktivistinnen auf Provokation. Eine zentrale Rolle in der deutschen Protestbewegung spielte der Regisseur Rosa von

Kommerz oder Solidarität

Soziales Engagement oder clevere Marketingstrategie? In den 90er-Jahren entzündete sich an dieser Frage ein Streit um zwei Werbekampagnen der italienischen Modefirma Benetton. 1992 veröffentlichte das Unternehmen eine Anzeige, die einen sterbenden Aidskranken zeigte. Der ausgemergelte Körper, die Trauer der Familie – für viele hatte das in einer Werbung für ein kommerzielles Unternehmen nichts zu suchen. Sie warfen Benetton vor, das Thema Aids zu instrumentalisieren, um Aufmerk-



Der Aidskranke David Kirby auf seinem Totenbett. Mit dieser Anzeigenkampagne erregte die Modefirma Benetton 1992 großes Aufsehen – und erntete viel Kritik. ...

samkeit zu erregen. Firmenchef Luciano Benetton wies die Vorwürfe zurück: „Der Zweck von Werbung ist nicht, mehr zu verkaufen. Sie soll die Werte, für die ein Unternehmen eintritt, kommunizieren.“ Als Anzeige weltweit verbreitet, erhielt das Bild seiner Ansicht nach die Aufmerksamkeit, die es verdiente.

Zwei Jahre später legte Benetton mit einer weiteren Kampagne zum Thema Aids nach. Die Bilder zeigten Körper, die die Tätowierung „H.I.V. positive“ trugen. Laut Unternehmen sollten die Bilder zur Solidarität mit Infizierten motivieren, die wegen ihrer Krankheit häufig „abgestempelt“ und ausgegrenzt würden. Wieder war der Aufschrei groß. Viele Magazine weigerten sich, die Werbung abzudrucken. Sie empfanden die Körper als gebrandmarkt und fühlten sich an die Markierungen von KZ-Häftlingen erinnert. In Deutschland wurde die Werbung vom Bundesgerichtshof verboten. Die Anzeige „benutzt das schwere Leid von Menschen als Werbethema, um das Unternehmen zum Gegenstand öffentlicher Aufmerksamkeit“ zu machen, begründeten die Richter. Die Kontroverse zeigt, wie sensibel die Öffentlichkeit auch zehn Jahre nach dem Aufkommen von Aids auf die Krankheit reagierte. Die Meinungen darüber, welche

Bilder geeignet, welcher Rahmen angemessen und welches Maß an Provokation das richtige sei, klappten weit auseinander.

Wissen statt Hysterie

Nicht in der Provokation, sondern in der sachlichen Aids-Aufklärung sieht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ihre Aufgabe. Damit begann sie schon Mitte der 80er-Jahre, als zwar schon viel über die Immunschwäche geschrieben worden war, aber in der Bevölkerung kaum jemand über Ansteckungsrisiken und Infektionswege Bescheid wusste. Als der Schauspieler Rock Hudson 1985 an Aids starb, spekulierten die Medien zum Beispiel darü-

Fotos: Benetton



... Auch an der Bilderstrecke „H.I.V. Positive“ schieden sich die Geister.

zm-Info

Linkliste

- www.bzga.de
- Die TV- und Kino-Spots der BZGA www.bzga-avmedien.de
- Deutsche Aidshilfe www.aidshilfe.de
- Präventionsprojekt JuPo www.jupo.info
- Initiative Frauen und Aids in NRW www.xxelle-nrw.de

ber, ob er seine Kollegin Linda Evans kurz vor seinem Tod in einer harmlosen Kusszene für den „Denver Clan“ infiziert hatte. Fehlendes Wissen und eine Flut von Berichten über rasant steigende Erkrankungszahlen – in Deutschland verdoppelten sie sich von 1984 bis 1987 jährlich – führten zu einer Massenhysterie.

Den, häufig irrationalen, Ängsten trat die BZgA entgegen. 1985 verschickte sie eine erste Informationsbroschüre an alle deutschen Haushalte; 1987 ging der erste TV-Spot auf Sendung. Seine Botschaft war unmissverständlich: Aids ist nicht das Problem einzelner Gruppen, Aids geht uns alle an. Im gleichen Jahr brachte die Gesundheitsorganisation die Kampagne „Gib Aids keine Chance“ auf den Weg. Die BZgA setzt in ihren Kampagnen häufig auf Humor. Etwa in dem TV-Spot „Supermarkt“ (1990), in dem Hella von Sinnen als Kassiererin die berühmte Frage stellt: „Tina, wat kosten die Kondome?“ Auch die aktuelle „Gemüsekampagne“ lässt den Betrachter schmun-



Foto: Eva-Marie Rundquist

Ein rosa Riesenkondom für den Obelisken: Aktion der Aids-Aktivistengruppe ACT UP anlässlich des Welt-Aids-Tags 1993 in Paris.

zeln. „Mit Humor können unter Umständen Hemmschwellen abgebaut und positive Handlungsimpulse gegeben werden“, erklärt BZgA-Direktorin Elisabeth Pott. „Abschreckungsstrategien finden in den Zielgruppen, die es angeht, häufig keine Akzeptanz. Wichtig ist, dass Informationen konkrete Handlungsanleitungen geben, damit Wissen auch in Handeln umgesetzt werden kann.“

Die Medien verhielten sich vor allem in der Anfangszeit kooperativ, erinnert sich Pott: „Fernsehsender, Zeitungen und Kinos unterstützten die Aktionen. Bei den Öffentlich-rechtlichen liefen unsere Spots regelmäßig zur besten Sendezeit.“ Heute sei es schwieriger, die Sender mit ins Boot zu holen. Zwar beteiligten sie sich noch immer an den Kampagnen, die Spots liefen aber seltener und zu ungünstiger Sendezeit.

Die Präventionsfalle

Im europäischen Vergleich haben aktuell nur Finnland, Schweden und Norwegen niedrigere HIV-Infektionsraten als Deutschland. Doch die positiven Zahlen bergen



Foto: act up

Früher Protest gegen Ausgrenzung: Eine Selbsthilfegruppe nimmt im Juni 1983 an einer Homosexuellen-Parade in San Francisco teil, um auf die neue Infektionskrankheit Aids hinzuweisen.

eine Gefahr: Aids wird von vielen als Risiko unterschätzt. Elisabeth Pott nennt das die „Präventionsfalle“. So gehört die Immunschwäche laut einer Studie der BZgA heute nur noch für knapp ein Drittel der über 16-jährigen zu den gefährlichsten Krankheiten. 1987 waren es noch zwei Drittel. Die neue Sorglosigkeit der Deutschen erhält indirekt durch die Medien Auftrieb. Aids erscheint dort vorrangig als Problem der Entwicklungsländer. In der Tat ist die Lage in Afrika und Asien dramatisch. Über 34 der weltweit 40 Millionen HIV-Infizierten

leben dort – häufig ohne Zugang zu medizinischer Versorgung. Ihnen eine Stimme zu geben, ist Auf-

gabe der Medien. Aber leicht wiederholt sich so der Fehler, die Immunschwäche als Problem einer bestimmten Gruppe darzustellen. Einer Gruppe, die weit weg ist von Europa. „Deutschland ist keine einsame Insel“, mahnt Pott. „Die vergleichsweise niedrige Zahl der HIV-Infizierten hierzulande darf nicht dazu führen, sich in vermeintlicher Sicherheit zu wiegen unvorsichtig zu werden und auf Schutz zu verzichten.“

Mehr als eine Seite

Als immer einseitiger empfinden Organisationen wie die Deutsche Aidshilfe (DAH) die Berichte über die Krankheit. Nicht nur, weil die Medien sich hauptsächlich auf die be-

GIB AIDS KEINE CHANCE

Passt auf jede Gurke!



GIB AIDS KEINE CHANCE

Ein Kondom ist so effektiv, dass es fast immer perfekt passt. Und fast alle Standard-Gurken nicht geeignet sind. Selbst für Ausnahmefälle gibt es gesunde Alternativen. Das macht Sex für jeden sicher und entspannt. Auch für Sie! **mach's mit**
www.gib-aids-keine-chance.de
Telefonberatung: 0800-111444

Informationsmaterial erhalten Sie bei: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 53173 Köln



Die aktuelle Präventionskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Foto: BZgA



Foto: Jörg Modrow/LAIF

Am HI-Virus verstorbene in Afrika. Südlich der Sahara, aber auch in Asien, wütet die Epidemie besonders schlimm. Auf diese Regionen konzentriert sich aktuell das Interesse der Medien.

sonders schwer betroffenen Regionen konzentrieren. Auch an anderer Stelle wird Kritik laut: „Wenn momentan in Deutschland über HIV-Infizierte berichtet wird, geht es wieder häufig um Schwule. Und zwar jene Gruppe, die riskante Sexpraktiken bevorzugt“, sagt DAH-Sprecherin Ramona Hering. „Dieses Problem existiert zwar wirklich – bei Heterosexuellen übrigens genauso –, es ist aber nur ein Aspekt des Ganzen.“ Von den Medien wünscht sich Hering mehr Solidarität – mit allen Betroffenen.

Viele HIV-positive Menschen fallen durch das Raster der Medien. Die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie, um dem vor-

zubeugen, ist schwer. Die Lebenssituation der Betroffenen unterscheidet sich zum Teil erheblich durch Alter, Geschlecht oder sexuelle Orientierung. „Der Immunstatus ist nur der kleinste gemeinsame Nenner“, erklärt Petra Hielscher von der Aidshilfe NRW. Neben allgemeinen Kampagnen hält sie zielgruppenspezifische Aktionen für unumgänglich – und geht mit gutem Beispiel voran. Um auf die Situation HIV-infizierter Frauen aufmerksam zu machen, startete die Aidshilfe NRW im November 2005 das Projekt „XXelle“. Hielscher: „Man muss die Aufmerksamkeit lenken und gezielt auf Themen hinweisen.“

„Jupo“ – jung und positiv – heißt eine Kölner Gemeinschaftsaktion der Aidshilfe, einer Produktionsfirma und des Jugendzentrums „anyway“ für homo- und bisexuelle Jugendliche. Ziel des Projekts ist es, die Jugendlichen Präventions-Angebote erarbeiten zu lassen, mit denen die sich identifizieren können. 2003 gab es dafür den Medienpreis der Deutschen Aidshilfe. „Gerade homo- und bisexuelle Jugendliche fühlen sich häufig nicht repräsentiert, weil sie sich meistens an Heterosexuelle oder höhere Altersgruppen richten“, erklärt Norenkemper. An den Workshops nehmen

Jugendliche aller sexuellen Orientierungen teil und auch HIV-Positive. In der Gruppe können sie ganz offen über ihre Krankheit sprechen. Im Alltag trauten sich das nicht viele, weil sie sich vor Repressalien fürchteten, bedauert der Pädagoge. Durch die kontinuierliche Verbreitung sachlicher Informationen könnten die Medien dazu beitragen, Ängste gegenüber Menschen, die mit HIV und Aids leben, abzubauen.

Austausch weltweit

Die Krankheit öffentlich machen – Was vielen Betroffenen im privaten oder beruflichen Umfeld unmöglich erscheint, können sie im Internet umsetzen. Vor allem in den USA hat sich ein Netzwerk von Blogs entwickelt, in denen HIV-Positive sich auf Webseiten austauschen können. Anonym oder namentlich. Erfahrungen mit Medikation und Therapien, Geschichten aus dem Alltag, Frustration – alles kommt in den Online-Tagebüchern zur Sprache. „Bei mir wurde Aids diesen März festgestellt“, schreibt ein Blogger aus Florida. „Die Therapie schlägt recht gut an und ich hatte keine Probleme mit diesen höllischen Nebenwirkungen. Mehr habe ich über die Therapie eigentlich nicht zu sagen. In diesem Blog soll es nicht um Selbstmitleid gehen, sondern darum, das Leben zu genießen. Ich weiß, das klingt kitschig. Aber man weiß eben nicht was man hat, bis es weg ist. Oder fast weg.“ Blogs dienen Betroffenen auch als Plattform für gemeinsame Aktionen über nationale Grenzen hinaus. Ein Beispiel dafür ist der „International Carnival of Positivities“ ein Forum für alle, „die mit HIV/AIDS leben und sich für die Bekämpfung der Krankheit stark machen“. Blogs bieten sich als Informationsquelle für alle an, die mehr über das Leben von Aidskranken erfahren oder sogar persönlich mit Betroffenen in Kontakt treten wollen. In eigener Regie. ■

Juni 1983: „Der Spiegel“ bringt seine erste Titelgeschichte zum Thema Aids.

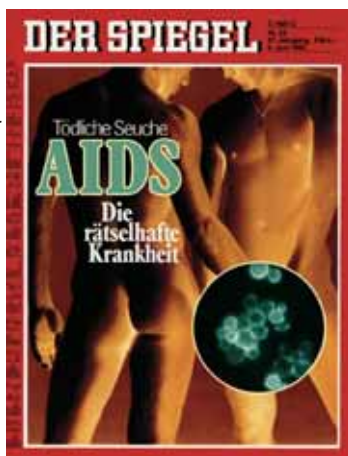


Foto: Spiegel

zm Leserservice

Weiterführende, zahnmedizinische Artikel zum Thema HIV/Aids können Sie über unseren Leserservice anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Röntgendiagnostik und Psychosomatik

Abgleich zwischen Röntgenbefund, klinischem Befund und Patientenbeschwerden

Norbert Enkling, Jens Rathje, Peter Jöhren

In der zahnärztlichen Praxis stellen sich Patienten mit unterschiedlicher Schmerzsymptomatik und Kausalität vor. In Abhängigkeit von den vorgetragenen Beschwerden wird entsprechend der klassischen zahnmedizinischen Ausbildung die sogenannte Basisdiagnostik durchgeführt. Dieser Beitrag ergänzt den großen Fortbildungsteil aus am 22. vom 16. November 2006.

Die Basisdiagnostik bildet das Fundament für weitere diagnostische Schritte und umfasst immer die klinische Inspektion der gesamten Mundhöhle mit allen Schleimhäuten und Zähnen, die Vitalitätsprobe der Zähne, bei gerechtfertigter Indikation die röntgenologische Untersuchung, sowie die Erfassung der Mundhygiene und des Entzündungsgrades der Gingiva und des Parodonts mit einer konsekutiven Bewertung des individuellen Erkrankungsrisikos. In Abhängigkeit von den vorgetragenen Beschwerden umfasst sie extraoral die Untersuchung der Sensibilität an allen Nervenaustrittspunkten, die Untersuchung der Kiefergelenke und die Palpation der perioralen Muskulatur.

Mit diesem basisdiagnostischen Aufwand allein werden jedoch psychosoziale Belastungen und psychosomatische Erkrankungen viel zu spät erkannt. Dies kann zu fatalen Folgen für den Erfolg einer zahnärztlichen Behandlung führen [Gross, 1991]. Es müssen daher bei entsprechenden Verdachtsmomenten neben den somatischen Gründen auch psychische und psychosomatische Ursachen eruiert werden (vergleiche auch den Leitfaden der Bundeszahnärztekammer: Psychosomatik in der Zahn-, Mund, und Kieferheilkunde). Die Berücksichtigung von psychischen Aspekten darf jedoch nicht dazu verleiten, dass vorschnell die Befunderhebung abgebrochen und die Diagnose „psychosomatisch bedingte Beschwerden“ ausgesprochen wird.

Im Rahmen der Basisdiagnostik stellt das Röntgenbild neben der klinischen Untersuchung das effektivste Hilfsmittel für den



Abbildung 1: Orthopantomogramm (OPG) einer chronischen Osteomyelitis der Mandibula (Zur Verfügung gestellt von Prof. Dr. Dr. Wolff, Bochum)



Abbildung 2: Klinisches Operationsresektat einer chronischen Osteomyelitis der Mandibula

Zahnarzt dar, die gesundheitliche Situation seines Patienten einzuschätzen und pathologische, somatische Gründe für die vorgelegten Beschwerden zu finden. Das Röntgenbild ermöglicht dem Arzt auch so genannte Zufallsbefunde aufzudecken, welche bei dem betreffenden Patienten bisher klinisch nicht auffällig waren. Die Aussage, „Das Röntgenbild lügt nicht“, ist weit verbreitet und wiegt den untersuchenden Arzt schnell in einer falschen Sicherheit. So gibt es doch immer wieder Befunde, welche sich

erst auf den zweiten Blick beziehungsweise auf der zweiten Röntgenaufnahme erschließen, aber auch Artefakte, welche einen behandlungsbedürftigen Befund vortäuschen. Eine Plausibilitätskontrolle zwischen dem Röntgenbefund und dem klinischen Befund unter Berücksichtigung der Psyche muss in jedem Fall erfolgen [Loy et al., 2004].

In der Diagnostik von Röntgenbefunden sind neben richtigen Diagnosen auch falsch positive oder falsch negative Aussagen möglich. Falsch negative Aussagen führen zu einer Verzögerung der adäquaten Therapieentscheidung und

falsch positive Aussagen zu einer Übertherapie. Beide Falschaussagen führen somit zu einer Schädigung der Patientengesundheit. Eine Quote von bis zu 50 bis 60 Prozent falsch positiver Röntgenbefunde bei der Suche nach Aufhellungen auf einem Röntgenbild, die auf kariöse Läsionen oder auf periapikale Parodontitiden hindeuten [Dove, 2001; Pretty et al., 2004a; Pretty et al., 2004b; Tammisalo et al., 1996], zeigt, dass falsch positive Befunde sehr häufig eintreten können. Falsch negative radiologische Be-

funde sind seltener, jedoch mit einer Häufigkeit von zirka zehn Prozent ebenfalls klinisch relevant [de Paola et al., 1972; Mileman et al., 2002; Mileman et al., 2003]. Bei der Sicherheit der Auswertung von Röntgenbildern ist die Erfahrung des Auswertenden von großer Bedeutung, wobei sich bei den klinisch erfahrenen Behandlern mehr falsch negative und bei den unerfahrenen Behandlern mehr falsch positive Diagnosen ergeben [Bengtson et al., 2005].

Erschwerend kommt hinzu, dass ein Patient durchaus Befunde im Röntgenbild aufweisen kann, die dennoch nicht der Grund für die angegebenen Beschwerden sind [Brooke, 1980; Kreisberg, 1982].

Bei Zweifel sollte eine fragliche Röntgenaufnahme unter Abwägung von Patientennutzen und Patientenschaden nochmals wiederholt oder gegebenenfalls mittels einer anderen Technik erneut durchgeführt werden. Der Röntgenbefund muss dann kritisch mit dem Patientenbefinden korreliert werden. Problematisch kann die primär somatisch kausal ausgerichtete Denkweise von Zahnärzten aber auch bei Patienten sein, welche hinter Beschwerden immer ein anatomisches, therapierbares Korrelat vermuten. Im Falle eines vorliegenden atypischen Gesichtsschmerzes können somit tragische Krankengeschichten bis hin zur völligen Zahnlosigkeit der Betroffenen unter weiter persistierender Schmerzsymptomatik entstehen [Lilly et al., 1997].

Im Folgenden werden Beispiele vorgestellt, bei denen eine Plausibilitätskontrolle für den Röntgenbefund eine zahnärztliche Fehlbehandlung verhindern hilft.

Falsch negative Röntgenbefunde

Als falsch negative Befunde werden die Befunde bezeichnet, bei denen ein pathologischer Prozess auf dem Röntgenbild durch den auswertenden Arzt nicht erkannt wurde. Dies kann zum einen auf eine mangelhafte Röntgenbildqualität und zum anderen auf uneindeutig zu differenzierende Veränderungen auf dem Röntgenbild zurückgeführt werden. Exemplarisch sollen hier einige Krankheitsbilder aufgeführt werden:



Abbildung 3: OPG mit einem Speichelstein projiziert in den linken Kieferwinkel (Zur Verfügung gestellt von Prof. Dr. Dr. Wolff, Bochum)



Abbildung 4: Operationskorrelat desselben Speichelsteins

Chronische Osteomyelitis

Eine uneindeutige wolkige Struktur des Knochens auf einem Röntgenbild, vor allem im Unterkiefer-Seitenzahnbereich, kann in Kombination mit dem adäquaten klinischen Befund (in der Regel beschwerdefreie, langsam entstehende Knochenaufreibung, Vincent-Syndrom) auf eine chronische Osteomyelitis hindeuten [Deane, 1978; Heggie et al., 2003; Schuknecht et al., 1997; Sueti et al., 1997]. Zur Abklärung wäre in diesem Fall eine Knochenszintigraphie von einer Fachklinik durchzuführen, welche auch die Weiterbehandlung vornimmt. Beim Ausbleiben einer adäquaten Therapie, kann

eine chronische Osteomyelitis des Unterkiefers zu einer ausgeprägten Nekrose der Mandibula führen, welche konsekutiv eine Unterkieferresektion bedingt (Abbildungen 1 und 2).

Speichelsteine

Die Abbildung von Speichelsteinen (Sialolithiasis) stellt unter den Erkrankungen der großen Speicheldrüsen mit über 50 Prozent der Fälle das häufigste Krankheitsbild dar. Zirka ein Prozent der Bevölkerung weisen Speichelsteine auf. Speichelsteine bleiben solange klinisch symptomlos, bis es zu einem Rückstau des Speichelsekretes oder zu einer ascendierenden Entzündung im Bereich der nachgeschalteten Drüse kommt. Schmerzhafte Schwellungen des Drüsenparenchyms vor allem im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme deuten auf Speichelsteine hin. Speichelsteine können durch Überlagerungen mit knöchernen Strukturen des Unterkiefers auf Panoramaraufnahmen maskiert werden (Abbildungen 3 und 4).

Zur Diagnostik von Speichelsteinen kann es daher indiziert sein, Röntgenbilder in einer zweiten Ebene anzufertigen, um die Steine



Abbildung 5: OPG mit chronischer Sinusitis der linken Kieferhöhle



Abbildung 6: OPG mit einer pflaumengroßen, zystischen Aufhellung regio 11 bis 24

frei projizieren zu können. Auch eine Sialographie kann hier hilfreich sein. Da jedoch bis zu 20 Prozent der Glandula-Submandibularis-Steine und bis zu 80 Prozent der Glandula-Parotis-Steine radiologisch nicht nachweisbar sind, sollte zur Diagnoseunterstützung eine Sonographie durchgeführt werden [Alcure et al., 2005; Ben Lagha et al., 2005; Grases et al., 2003; Iro et al., 2006; Knight, 2004; Kulkens et al., 2001].

Sinusitis

Nach einer Verschattung des Kieferhöhlenlumens, die bei einer Entzündung der Kieferhöhle vermutet werden kann, muss ebenfalls auf einem Röntgenbild gesucht werden, wenn der Patient diffuse Druckschmerzen im Oberkiefer angibt (Abbildung 5). 13 Prozent der Sinusitiden sind odontogen. Abhängig von der Ursache der Kieferhöhlenentzündung muss neben einer zahnärztlichen Therapie auch ein Konsil bei einem Hals-, Nasen- und Ohrenarzt in Erwägung gezogen werden [Brook, 2006; Luong et al., 2006; Radojicic, 2006; Sharan et al., 2006].

Zysten

Lockerung und Positionsveränderungen von Zähnen können auf Zysten hindeuten. Häufig sind Zysten im Kieferknochen jedoch klinisch symptomlos und werden als Zufallsbefund auf Röntgenbildern entdeckt [Gallego et al., 2002; Jones et al., 2006; Meningaud et al., 2006]. Das Orthopantomogramm (OPG) in Abbildung 6 zeigt die Situation eines Patienten, der 25 Jahre lang die Zahnbehandlung vermieden hat. Ne-

ben den auffälligen Röntgenbefunden im Unterkiefer ist zudem eine pflaumengroße, scharf begrenzte Aufhellung in Regio 11 bis 24 im Sinne einer Zyste zu erkennen. Auffällige behandlungsbedürftige Befunde dürfen nicht dazu verleiten, unauffälligere zusätzliche pathologische Befunde zu übersehen.



Abbildung 7: OPG mit einer chronisch granulierenden Parodontitis nach Partsch von Zahn 35 ausgehend



Abbildung 8: Extraorales Fistelmaul einer chronisch granulierenden Parodontitis nach Partsch von Zahn 35 ausgehend

Chronisch granulierende Entzündung nach Partsch

Extraorale Befunde, wie eine nicht abheilende Entzündung in den Wangenweichteilen, können auf eine Entzündung im stomatognathen System zurückgeführt werden. Im Falle einer chronisch granulierenden apikalen Parodontitis nach Partsch resultiert aus einer apikalen Zahnentzündung, wenn die Abwehrlage des Körpers suffizient ist, ein chronischer Prozess, der sich einen Ausgang über eine Fistel mit extraoralem Fistelmaul suchen kann (Abbildungen 7 und 8). Über eine einfache, endodontische Behandlung des entzündeten Zahnes heilt konsequent auch die extraorale Fistel ab [Buch et al., 2003].

Auf dem Orthopantomogramm in Abbildung 7, ist die apikale Aufhellung am Zahn 35 schwer zu diagnostizieren, da sich ebenfalls in dieser regio der Austrittspunkt des

Nervus mentalis aus der Mandibula befindet. Hier ist der Abgleich des Röntgenbefundes und des klinischen Befundes hilfreich.

Falsch positive Röntgenbefunde

Falsch positive Befunde werden durch Überinterpretationen eines Röntgenbildes verursacht.

Artefakte des Röntgenbildes und Überlagerungen mit benachbarten anatomischen Strukturen können pathologische Veränderungen vortäuschen.

Abbildung 9:
Zahnfilm ei-
ner apikalen
Aufhellung
am Zahn 45



Nicht therapiebedürftige Röntgenbefunde

Zystische, ovale Veränderungen im Unterkieferseitenzahnbereich zumeist unterhalb des Mandibularkanals auf einem Röntgenbild, können differentialdiagnostisch auch auf eine latente idiopathische Knochenhöhle (Stafne-Kavität) zurückgeführt und falsch positiv als pathologisch und behandlungsbedürftig eingeschätzt werden.

Über eine Computertomographie oder



Abbildung 10: OPG
mit einer apikalen
Aufhellung 45 – for-
amen mentale

Überlagerung mit benachbarten Strukturen

Auf Einzelzahnfilmen können benachbarte anatomische Strukturen eine pathologische apikale Aufhellung vortäuschen. Im Unterkiefer kann das foramen mentale als apikale Aufhellung an den Prämolarenwurzeln fehlgedeutet werden. Auf dem Zahnfilm in Abbildung 9 kann eine apikale Parodontitis an dem kariösen Zahn 45 vermutet werden. Der Abgleich mit dem Orthopantomogramm (Abbildung 10) und der Vergleich mit der kontralateralen Seite in Kombination mit einem positiven Sensibilitätsbefund zeigen, dass die vermeintlich pathologische, apikale Aufhellung den Austrittspunkt des Nervus mentalis darstellt.

Im Oberkieferseitenzahnbereich können Überlagerungen mit der Kieferhöhle als pathologische apikale Aufhellungen fehlinterpretiert werden. In diesen Fällen hilft ein zweites Röntgenbild, etwa in Form eines Orthopantomograms, die anatomischen Strukturen richtig zuzuordnen.

eine Magnetresonanztomographie kann die lingual gelegene Stafne-Kavität dargestellt werden, welche keiner Therapie bedarf [Quesada-Gomez et al., 2006; Segev et al., 2006].

Streuungsartefakte

Aufhellungen am Übergang von sehr röntgenopaken Zahnrekonstruktionen, wie bei Kronen und Amalgamfüllungen, zur Zahnhartsubstanz müssen kritisch hinterfragt werden [Espelid et al., 1991]. Auf dem Orthopantomogramm der Abbildung 11 stellt sich eine Aufhellung am Kronenrand 14 dar, welche als Kronenrandkaries gedeutet werden kann. Der klinische Sondenbefund war jedoch unauffällig. Vor einer möglichen Entfernung der Krone wurde daher zunächst ein Einzelzahnfilm (Abbildung 12) in Rinn-technik als Kontrollröntgenbild angefertigt. Auf diesem zeigt sich keine pathologische Veränderung der Zahnhartsubstanz. Das Artefakt am Kronenrand des Zahnes 14 im Orthopantomogramm ist auf eine Streuung



Abbildung 11: OPG mit Streuungsartefakt an Zahn 14

erstmals beschrieben wurde und eine Prävalenz von zirka drei Prozent in der Gesamtbevölkerung aufweist. Beim atypischen Zahnschmerz sind keine dentalen Nocizeptoren und keine lokalen Pathologien involviert [Maier et al., 1989; Marbach et al., 1982; Rees et al., 1979].

Kriterien, die auf eine atypische Odontalgie hindeuten, sind ein Dauerschmerz mit mittlerer bis hoher Intensität, ein bevorzugter Schmerzbereich in der Prämolaren- oder Molaren-Region und die Tatsache, dass er häufig erstmals nach einer chirurgischen Intervention auftritt. Frauen sind häufiger betroffen als Männer mit einem Häufigkeitsgipfel in der fünften Lebensdekade. Der Krankengeschichte ist häufig zu entnehmen, dass invasive Maßnahmen zur Schmerzbekämpfung in der Vergangenheit die Symptomatik eher verschlimmert beziehungsweise deren Ausbreitung betrieben haben. Bei Persistenz des Schmerzsyndroms über Monate und Jahre kann sich die

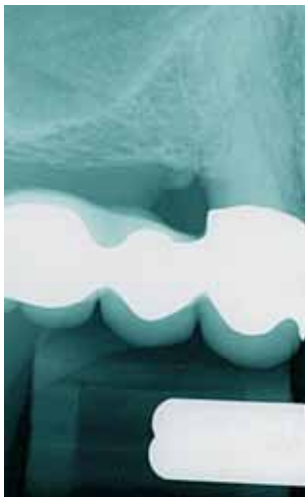


Abbildung 12: Zahnfilm des Zahnes 14 ohne Streuungsartefakt

widerlegt wird. Die Gefahr für einen falsch positiven Röntgenbefund steigt in dem Maße, in dem vom Patienten eine starke Schmerzsymptomatik beklagt wird und vehement eine zahnärztliche Therapie verlangt wird. Ein verbreiteter Parodontalspalt oder eine beginnende apikale Aufhellung können nicht selten in ein Röntgenbild „hineininterpretiert“ werden. Wenn der röntgenologische und klinische Befund nicht mit der klini-

der Röntgenstrahlung am Kronenrand zurückzuführen.

Burn-out-Artefakte

Am Zahnhals im Übergang des Schmelzes zum Zement können so genannte Burn-out-Artefakte entstehen, welche bei fehlender Überlagerung durch den Limbus alveolaris durch eine Zone mit erhöhter Strahldurchlässigkeit entstehen und zu deutlichen, mit Karies verwechselbaren Aufhellungen führen.

Ebenfalls röntgenologisch diagnostizierte Wurzelresorptionen müssen kritisch hinterfragt werden. Auf dem Orthopantomogramm der Abbildung 13 kann man am wurzelspitzenresezierten Zahn 11, welcher vor zirka zehn Jahren ein Trauma erlitten hatte und vor fünf Jahren mit einer Wurzelspitzenresektion mit apikalem Titanstiftverschluss therapiert worden war, eine apikale Wurzelresorption vermuten, welche jedoch durch den Kontrollzahnfilm (Abbildung 14)

Abbildung 13: OPG mit einer vermeintlichen Ersatzresorption an der Wurzel des Zahnes 11



schon Schmerzsymptomatik in Einklang gebracht werden kann, dann sollte auf eine invasive zahnärztliche Therapie zunächst verzichtet werden. Die Differentialdiagnose atypische Odontalgie / atypischer Gesichtsschmerz muss in der Behandlungsentscheidung berücksichtigt werden.

Differentialdiagnose atypische Odontalgie

Die atypische Odontalgie ist ein wenig bekanntes Krankheitsbild, das in den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts

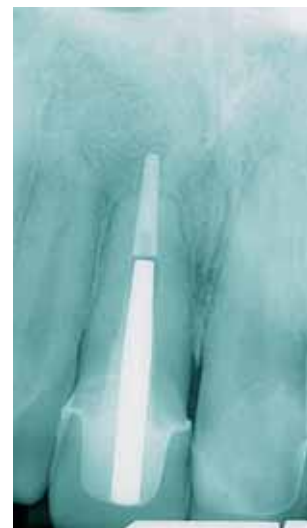


Abbildung 14: Zahnfilm des Zahnes 11 – ohne Aufhellung an der Zahnwurzel



Abbildung 15: OPG eines Patienten mit einer atypischen Odontalgie

Symptomatik auch bis in die Haut und die Schleimhäute ausbreiten und die Mittellinie überschreiten. Bei Ausbreitung der Zahnschmerzen wird somit die atypische Odontalgie zu einem atypischen Gesichtsschmerz [Brooke et al., 1993; Greenberg, 1998; Melis et al., 2003; Parashos et al., 2000; Roberts et al., 1999].

Als Therapieansätze des atypischen Gesichtsschmerzes oder der atypischen Odontalgie sind folgende Methoden in der Literatur beschrieben worden [Hampf, 1989; List et al., 2006; Schnurr et al., 1992; Sharav et al., 1987].

Somatischer, medikamentöser Ansatz

1. Therapie über eine Heilanästhesie: Ein Erfolg dieser Lokalanästhetika-Behandlung ist wissenschaftlich nicht bewiesen. Bei Leitungsanästhesien im Unterkiefer können zudem als Komplikation Nervläsionen entstehen.

2. Unspezifische Methoden wie die Gabe von Antidepressiva oder MAO-Inhibitoren können wirksam sein. Amytriptilin ist derzeit eine erfolgreiche medikamentöse Behandlung. Ein Neurologe sollte diese Therapie jedoch begleiten und die Dosierung bestimmen.

Psychologischer, nicht medikamentöser Ansatz

1. Kompetente Führung und Aufklärung sind für das Überwinden des natürlichen Bedürfnisses nach einfachen Kausalzusammenhängen unerlässlich.



Abbildung 16: Extraorale Situation eines Patienten mit einer atypischen Odontalgie



Abbildung 17: Intraorale Situation eines Patienten mit einer atypischen Odontalgie

2. Eine Psychotherapie kann unterstützend durchgeführt werden.

Der atypische Schmerz ist therapeutisch wenig beeinflussbar und neigt nicht zu Spontanremissionen.

Die Bildserie (Abbildungen 16 und 17) und das Orthopantomogramm (Abbildung 15) zeigen einen Patienten, der unter einem atypischen Gesichtsschmerz vor allem auf der rechten Seite leidet. Bisherige zahnmedizinische Behandlungen haben zu zahlreichen Wurzelfüllungen und Extraktionen geführt, ohne dass die Beschwerden auf Dauer behoben werden konnten.

Fazit

Das Röntgenbild ist ein wertvolles, therapeutisches Instrument im Vorfeld einer adäquaten Behandlung von zahnärztlichen Patienten. Der Aussagekraft eines Röntgenbildes es muss jedoch misstraut werden, wenn der klinische Befund oder die Schmerzwahrnehmung durch den Patienten nicht mit dem Röntgenbefund korreliert werden können. Es sind sowohl falsch positiv wie auch falsch negative Röntgenbefunde möglich. Bei den erwähnten Plausibilitätsungereimtheiten beziehungsweise vor ausgeprägten, invasiven Interventionen sollte unter Berücksichtigung der Strahlenschutzverordnung ein Kontrollröntgenbild oder alternative Abbildung gebende Verfahren erwogen werden. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer atypischen Odontalgie, sollte die invasive Behandlung zunächst zurückgestellt werden.

Dr. med. dent. Dr. med. dent.
Norbert Enkling
Dr. med. dent. Jens C. Rathje
Priv.-Doz. Dr. med. dent. Peter Jöhren
Zahnklinik Bochum und Therapiezentrum
für Zahnbehandlungsangst
Augusta Krankenhaus
Bergstr. 26
44791 Bochum
HP.joehren@t-online.de

zm Leser service

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

Die Arzneimittelkommission informiert

Rote Liste im Internet

Rote Liste und Informationen sind für Fachkreise im Internet zu finden – eine wichtige Informationsquelle über Arzneimittel!

Zahnärzte werden täglich mit Arzneimittel-relevanten Problemen konfrontiert, die nicht nur die selbst verordneten Substanzen betreffen, sondern auch jene Medikamente, mit denen der Patient zur Zeit der zahnärztlichen Intervention wegen internistischer oder anderer Erkrankungen behandelt wird. „Sind die Medikamente mit den zahnärztlicherseits angewandten Wirkstoffen kompatibel?“, „Kann es zu Interaktionen kommen?“, „Müssen Vorsichtsmaßnahmen ergriffen werden?“, diese und andere Fragen stellen sich häufig im zahnärztlichen Alltag.



Dabei wird es vermehrt vorkommen, dass der Patient mit relativ neuen Medikamenten behandelt wird, die während der Ausbildung des Zahnarztes noch nicht üblich waren und oftmals auch nicht in den gängigen Nachschlagewerken aufgeführt werden. Zudem wird nicht in jeder Zahnarztpraxis ein Exemplar der neuesten „Roten Liste“ vorhanden sein, da diese zwar den niedergelassenen Ärzten, aber leider nicht den Zahnärzten kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Angesichts dieser Situation muss die Verfügbarkeit der „Roten Liste“ und der „Informationen für Fachkreise („Fachinfos“) im Internet als wesentliche Hilfe angesehen werden. Unter der Internetadresse www.rote-liste.de sind die aus der gedruckten Version bekannten Inhalte kostenlos verfügbar. Notwendig ist eine einmalige Registrierung, woraufhin ein „DocCheck“ Passwort erteilt wird, mit

dem dann der Zugang kostenlos möglich ist. Hinweise, wie das Passwort beantragt werden muss, finden sich unter der genannten Internetadresse. Der Aufwand ist gering und das DocCheck-Passwort ermöglicht auch den Zugang zu anderen medizinisch-fachlichen Internetseiten.

Neben dem Namen der meisten Arzneimittel findet man in der Online-Version der „Roten Liste“ direkte Verknüpfungen auf die entsprechenden Fachinformationen, alternativ kann auch die Internetseite www.fachinfo.de direkt aufgerufen werden. Bekannt-

lich besteht seit 1987 für pharmazeutische Unternehmer die Pflicht, den Fachkreisen eine Fachinformation über neu zugelassene Arzneimittel zur Verfügung zu stellen (§11a, AMG). Die mit den Zulassungsbehörden abgestimmten Texte folgen einem einheitlichen Aufbau und gestatten eine rasche und fundierte Orientierung über das Arzneimittel. Seit Jahren sind diese offiziellen Arzneimittel-Gebrauchsinformationen in

gedruckter Form auf Anforderung kostenfrei vom Fachinfo-Service des BPI (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie) erhältlich, die Online-Verfügbarkeit erleichtert die Beschaffung dieser Informationen ganz erheblich.

Insgesamt stellt die Verfügbarkeit von aktuellen „Arzneimittel-Fachinformationen“ unter www.rote-liste.de und www.fachinfo.de im Internet eine wesentliche Erweiterung der Möglichkeiten dar, sich über pharmakologische Eigenschaften, Dosierungsempfehlungen, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise und andere Aspekte von alten und neuen Medikamenten sachlich neutral zu informieren. Dies ist auch für Zahnärzte von Bedeutung, die zum Beispiel aktuelle und zuverlässige Informationen über die Medikamente ihrer Patienten einholen möchten. sp/pm

Mundschleimhautveränderungen im Kindesalter

Eruptives Angiom der Zunge

Maximilian Moergel, Martin Kunkel



Abbildung 1: Klinischer Aspekt der Mundschleimhautveränderung: Es handelt sich um ein Ulcus am Zungenrand rechts. Ungewöhnlich ist die Lage der Läsion, die bei normaler Zungenposition deutlich dorsal der Molaren liegt.

Ein zehnjähriger Junge wurde mit einer ulcerierenden Schleimhautveränderung am rechten hinteren Zungenrand vorgestellt. Anamnestisch war die Läsion vor einer Woche bemerkt worden, eine Verletzung wurde verneint. Bis auf leichte Schmerzen beim Essen war der Befund symptomarm, die Sprache war nicht gestört. Hinweise auf eine systemische Beteiligung, wie Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust oder auch regionäre Lymphknotenvergrößerung, lagen nicht vor. Das konservierend versorgte Wechselgebiss bot, bei guter Mundhygiene, keinen Anhalt für einen dentogenen Fokus einer Entzündung. Der erstkonsultierte Zahnarzt vermutete die Ursache in einem traumatischen Einbiss und glättete zunächst die benachbarten Zähne.

Aufgrund der fehlenden Rückbildung wurde das Kind dann nach einigen Wochen an die Klinik zur Exzision und histologischen Diagnosesicherung überwiesen. In der klinischen Untersuchung fand sich eine etwa sieben Millimeter durchmessende, leicht erhabene und palpatorisch recht derbe Raumforderung des Zungenrandes rechts ohne nennenswerte Druckschmerzhaftigkeit. Eine zentrale, prominente Granulationszone war umgeben von einer fibrinbelegten Erosion, die zur Zungenschleimhaut durch einen leichten Randwall abgegrenzt wurde. In der Umgebung war eine leichte Gefäßinjektion zu erkennen (Abbildungen 1 und 2).

Zur definitiven Diagnosesicherung wurde die Läsion vollständig exzidiert. Im Anschnitt des Resektates zeigt sich das pathologische Gewebe, das der Muskulatur pilzförmig aufsitzt und die Schleimhaut vollständig durchsetzt (Abbildung 3).

Histologisch zeigten sich in der HE-Färbung Konglomerate geweiteter Kapillarräume, umgeben von einem gemischtzelligen Entzündungsinfiltrat, das sich vornehmlich aus neutrophilen Granulozyten zusammensetzt (Abbildungen 4 a und b). Die histologischen Präparate wurden freundlicherweise von Dr. Wiltrud Coerdts, Institut für Kinderpathologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, zur Verfügung gestellt. Die Übersichtsvergrößerung (4 a) zeigt die Randzone, in der die Epithelbedeckung der



Abbildung 3: Der Anschnitt des Resektates zeigt, dass die Veränderung auf die Schleimhaut begrenzt ist. Die angrenzende Muskulatur erscheint makroskopisch unverändert.

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.



Abbildung 2: Die Detailaufnahme zeigt den zentralen prominenten Anteil, umgeben von einer fibrinbelegten Erosionszone.

umgebenden Schleimhaut abbricht. In der Detailaufnahme (4 b) wird die dichte Anordnung sinusoidaler Bluträume mit endothelialer Auskleidung sowie die Füllung mit Erythrozyten deutlich. Es finden sich keine zellulären Atypien. Diese Morphologie ist typisch für ein eruptives Angiom.

Diskussion

Das eruptive Angiom (auch Pyogenes Granulom, Granuloma teleangiectaticum, Granuloma pediculatum) ist eine häufige, nicht neoplastische klinische Entität, die grundsätzlich am gesamten Körper auftreten kann. Besondere Prädispositionsstellen sind neben der Mundhöhle und der Gesichtregion die Finger. Während ursprünglich eine „pyogene“ Infektion als Ursache vermutet wurde, sieht man heute eher eine überschießende Gewebsreaktion nach lokaler Irritation als Auslöser an. Dieser Hintergrund spiegelt sich in den vielfältigen Namensgebungen wider, unter denen diese Entität zu finden ist. Mit Einzelfallberichten über das vermehrte Auftreten bei Schwangeren und immunsupprimierten Patienten existieren zusätzlich Hinweise, dass sowohl die hormonelle Situation als auch die systemische

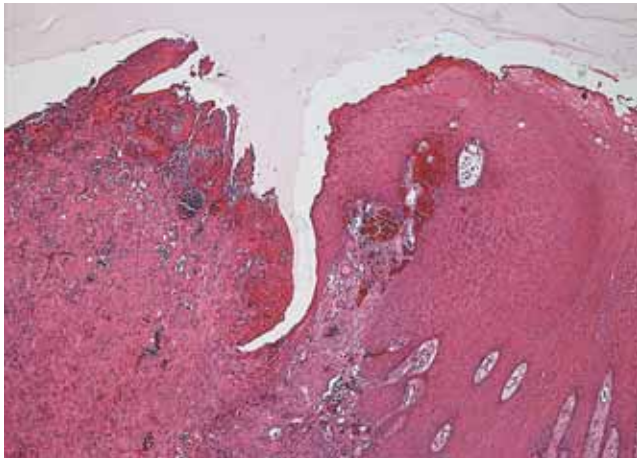
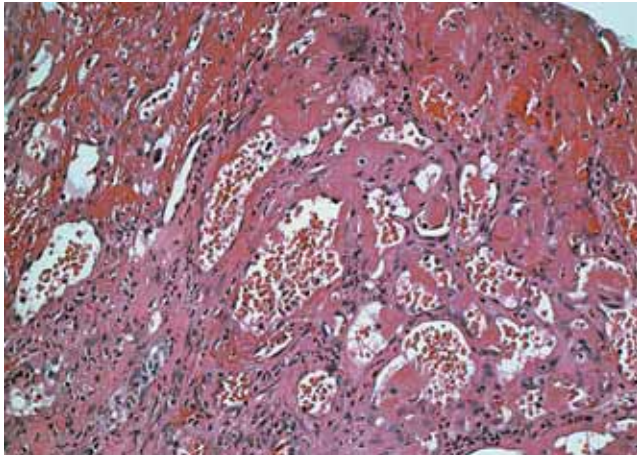


Abbildung 4: Histologischer Aspekt des eruptiven Hämangioms.
a) Die Übersichtsaufnahme zeigt die Grenze zur umgebenden Schleimhaut. Im Bereich der Läsion ist die epitheliale Bedeckung aufgebrochen.



b) Die Detailaufnahme zeigt zahlreiche erweiterten Bluträume mit endothelialer Auskleidung eingebettet in ein zellreiches Stroma mit Entzündungsinfiltraten.

Abwehrbereitschaft einen Einfluss auf die Entwicklung besitzen können [Daley et al., 1991; Bachmeyer et al., 1996].

Der charakteristische makroskopische Aspekt ist eine gegenüber dem Haut- beziehungsweise Schleimhautniveau prominente, oberflächlich granuliert erscheinende, häufig leicht blutende Raumforderung, die



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

sowohl breitbasig als auch gestielt der Unterlage aufsitzen kann. Je nach Kapillarisierungs- und Verhornungsgrad imponiert der Befund blass, intensiv rötlich oder dunkel violett. Mit fortschreitendem Alter der Läsion findet ein fibröser Umbau statt, der klinisch als zunehmende Blässe und Induration bei Palpation imponiert. Die Größe reicht von wenigen Millimetern und kann im Extremfall mehrere Zentimeter im Durchmesser betragen. Klinische Symptome wie Schmerzhaftigkeit und Funktionseinschränkungen sind meist gering ausgeprägt, jedoch kann es aufgrund der exponierten Lage zur Verletzung der Oberfläche mit anhaltender Blutung aus dem gut kapillarisierten Gewebe kommen. Enoral finden sich eruptive Angiome

meist im Bereich der Gingiva, in den Zonen typischer Aufbissverletzungen, beispielsweise der Lippe, der bukkalen Mukosa oder wie hier im Bereich des Zungenrandes.

Die klinisch diagnostische Problematik liegt einerseits in der schweren Erfassbarkeit einer ursächlichen Verletzung und vor allem in der über längere Zeit fehlenden Rückbildungstendenz auch nach der Ausschaltung potentieller Reizfaktoren. Damit werden gerade bei der oft anfangs sehr raschen Größenzunahme die Exzision und histopathologische Untersuchung zum Ausschluss einer Neoplasie erforderlich.

Für die Praxis soll der Fall an die große morphologische Variabilität irritativer Schleimhautveränderungen erinnern, die eine si-

chere Einordnung manchmal recht schwierig macht. In der retrospektiven Betrachtung wäre im vorliegenden Fall eine initiale Bürstenbiopsie sicher hilfreich gewesen. Generell sollte die Bürstenbiopsie vor allem bei denjenigen Läsionen Anwendung finden, die klinisch als nicht neoplastisch eingeschätzt werden. Damit können eventuelle diagnostische Fehler frühzeitig erkannt und Therapieentscheidungen korrigiert werden [Kunkel, 2005].

Dr. med. Maximilian Moergel
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität
Augustusplatz 2
55131 Mainz
kunkel@mkg.klinik.uni-mainz.de

Literatur:

Daley, TD.; Nartey, NO.; Wysocki, GP.: *Pregnancy Tumor. An analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 72:196-199 (1991)
Bachmeyer, C.; Devergie, A.; Mansouri, S.; Dubertret, L.; Aractingi, S.: *Pyogenic granuloma of the tongue in graft versus host disease. Ann Dermatol Venereol* 123 (9):552-554 (1996)
Kunkel, M.: *Früherkennung – Herausforderung in der oralen Medizin. DZM aktuell* 2, (2005).
Nachdruck in: „Zahnärztliche Nachrichten Niedersachsen“: 8+9/2005, S. 14-15

Fazit für die Praxis

- Das eruptive Angiom ist eine häufige aber leider auch sehr variantenreiche Schleimhautläsion in der Mundhöhle, wobei vor allem die Gingiva und die Zonen möglicher Aufbissverletzungen betroffen sind.
- Die diagnostische Problematik besteht darin, dass die ursächlichen Faktoren (Trauma, lokale Reizfaktoren) oft schlecht erfassbar sind und vor allem in der längeren Persistenz der Läsionen auch nach dem Ausschalten solcher Reizfaktoren.
- Wenn eine Schleimhautläsion als benigne betrachtet wird und zunächst nur beobachtet oder lokal behandelt werden soll, ist eine initiale Bürstenbiopsie dringend anzuraten.

Medi-Taping in der Zahnarztpraxis

Schmerzen einfach mit dem Tape therapieren

Dieter Sielmann

Vielen Kieferproblemen liegen als Ursache Blockaden nicht nur im Kiefergelenk, sondern auch anderer Gelenke zugrunde. Mittels der Medi-Taping-Methode, die sich in den letzten Jahren wissenschaftlich etabliert hat, werden diese Blockaden der Muskulatur erfolgreich behandelt. Dieses noninvasive Verfahren wird hier vorgestellt.

Muskelerkrankungen nicht bildlich darstellbar

In der Medizin haben wir den Blick für die Muskulatur verloren, weil es kein Gerät gibt, das erkrankte Muskulatur darstellen kann. Die Medi-Taping-Methode ist nun eine neue Therapie, die muskulär bedingte Schmerzen ganz ohne Medikamente und vor allem ursächlich, erfolgreich behandelt. Der Einsatz dieser Therapieform hat gezeigt, dass es mehr Schmerzen gibt, die muskulär bedingt sind, als bisher bekannt gewesen ist. So ist es zu erklären, dass durch diese neue Therapieform Krankheiten erfolgreich behandelt werden, deren Bezug zur Muskulatur gänzlich fragwürdig erscheint. Erkrankungen wie Zähneknirschen, Kieferschmerzen, ungleiche Abrasion der Zähne, Bandscheibenvorfall, Arthrose, Migräne, Spannungskopfschmerz, Tinnitus, Fersensporn, Meniskusschaden, Osteoporose, um nur einige zu nennen. Die bildgebenden Verfahren verführen uns aufgrund der sichtbaren Veränderungen zu falschen Annahmen. Die Muskulatur wird dabei häufig nicht beachtet. Ein Verschleiß im Gelenk wird selten als eine muskuläre Ursache erachtet. Es ist aber die fehlbelastete Muskulatur, die letztlich zu den Veränderungen im Gelenk geführt hat. Chronische Belastungen entstehen vor allem durch statische Fehlstellungen des Körpers.

Iliosakralgelenk: Schwachpunkt der Wirbelsäule

Der Mensch hat sich vom Vierbeiner zum Zweibeiner fortentwickelt. Dabei ist das Iliosakralgelenk (ISG-(Kreuzdarmbeingelenk))



Kieferbeschwerden



Scalenierverspannung

leider nicht entsprechend den Anforderungen verändert worden. Folglich ist zu beobachten, dass 90 Prozent aller Schmerzpatienten eine Fehlstellung dieses Gelenkes aufweisen. Annähernd 95 Prozent aller Schmerzpatienten haben eine Blockade eines oder mehrerer Gelenke. Es wurde festgestellt, dass häufig Fehlstellungen des Kiefergelenkes durch eine Blockierung des ISG bedingt sind. Bisschienen konnten nach erfolgreicher Medi-Taping-Therapie meist wieder entfernt werden.

Medi-Taping-Methode

Bei dieser Methode handelt es sich um ein wasserfestes, luft- und schweißdurchlässiges Tape, das in Längsrichtung eine Dehnung bis zu 140 Prozent erreicht. Das Tape wird über Tage oder Wochen getragen. Durch das Auftragen dieses elastischen Tapes kommt es zur Irritation über die Hautberührungsnerven, die ihre Information schneller an das Rückenmark senden als die Schmerznerve des Muskels. Da nur eine Information ins Großhirn weitergeleitet werden kann (Gate – Kontroll – Theorie), wird die Information des Muskelschmerzes nicht wirklich wahrgenommen. Dieses Phänomen haben wir bei Kindern beobachtet, die nach einer Verletzung ein Pflaster auf die verletzte Stelle bekommen haben und sich anschließend umgedreht haben und sorglos weiterspielten, während die Erwachsenen geglaubt haben, dass es nur die Zuwendung sei. Zum Taping wird die Muskulatur vorgedehnt. Wenn die



Nackenverspannung

Muskulatur entspannt wird, hebt das Tape die Haut und die darunter liegenden Strukturen an, und die Gefäße können sich besser mit Lymphe oder Blut füllen. Mit jeder Bewegung werden die Gefäße wieder zusammengedrückt und erreichen dadurch eine vermehrte Durchblutung und Lymphdrainage über den ganzen Tag. Der körpereigene Heilungsprozess wird enorm beschleunigt. Durch die Schmerzreduzierung über das Tape kann man sich wieder besser bewegen. Gleichzeitig erhöht man die Durchblutung des Gewebes. Es kommt zeitgleich zu einer Entspannung der Muskulatur, was man bei spastischen Erkrankungen schon nach wenigen Sekunden beobachten kann. Diese Erkenntnis war bisher nicht bekannt. Das Tape gibt es in vier verschiedenen Farben, mit denen man energetisch Einfluss auf die Therapie nehmen kann.

Anwendungsmöglichkeiten

Die tägliche Bewegung des Menschen hat immer mehr nachgelassen oder ist oftmals sehr einseitig, was folglich zu muskulären Fehlbelastungen führen muss. Besonders die tägliche Arbeitshaltung eines Zahnarz-

tes ist unphysiologisch und führt häufig zu muskulären Verspannung. Zahnärzte klagen wiederholt über chronische Nacken-, Schulter-, Knie- aber auch über Rückenschmerzen, besonders im Kreuzbeinbereich. Gerade deshalb sollten sie mehr Freizeitsport treiben, um der täglichen Fehlbelastung entgegenzuwirken. Ist man durch seine Fehlhaltung regelrecht schief geworden, kommt es leicht zu Blockaden, und jede weitere sportliche Bewegung verschlimmert das Schmerzbild. Hier konnte aber jetzt vielen Geplagten erfolgreich geholfen werden.

Ausbildung zum Taping-Therapeuten

Die Therapie unterscheidet sich erheblich vom Kinesio-Taping, das 1970 entwickelt wurde und seitdem kaum Veränderungen erfahren hat. Es hat sich jedoch gezeigt, dass nach intensiver Erfahrung nicht allein das Tape wichtig ist. Auch die Farbe, die Akupunktur, die Energetik des Körpers und die Technik, in der das Tape verwendet wird, sind von Bedeutung. Deshalb ist das Medi-Taping eine geschützte Therapieform. Die erste wissenschaftliche Studie an der Universität Lübeck hat gezeigt, dass man schmerzhafte Schultern nur noch ganz selten operativ versorgen muss.

Bisher wurden über 2000 Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten und Heilpraktiker in der Kunst des Medi-Tapings ausgebildet. Dazu gehören auch viele Zahnärzte, die erkannt haben, dass einige Probleme im Zahnbereich durch Fehlstellung der Wirbelsäule bedingt sind. Viele Sportler und Patienten können sich nach einiger Übung einige Tapes selbst aufbringen. Das Tape wird über mehrere Tage oder Wochen getragen, man kann damit baden oder duschen. Viel Bewegung ist nötig, damit die Muskulatur massiert wird. Da es sich um ein statisches und muskuläres Pro-



Rückenschmerzen



Tape bei Migränebehandlung

blem handelt, muss das Tape nicht lebenslang getragen werden. Bei ausgeglichener Statik wird die Muskulatur wieder aufgebaut, und nach einigen Behandlungen ist der Patient beschwerdefrei, solange er nicht wieder schief wird. Diese Behandlung ist keine Kassenleistung, wird aber von den Privatkassen übernommen.

Zusammenfassung

Viele Kieferprobleme haben als Ursache eine Blockade nicht nur im Kiefergelenk, es können auch andere Gelenke dafür zur Verantwortung gezogen werden. Die Medi-Taping-Methode behandelt Blockaden der Muskulatur erfolgreich und führt zu der Erkenntnis, dass die meisten Schmerzen muskulär bedingt sind. Gerade die Arbeitshaltung des Zahnarztes führt zu einseitiger Belastung und zum Teil unerträglichen



Kopfschmerzen

chronischen Schmerzen. Durch statische Fehlstellungen oder Blockaden wird die Muskulatur überlastet, und es kommt zu Schmerzen. Es gibt keine bildgebenden Verfahren, die überlastete Muskulatur darstellen können. Durch den Einsatz von Medi-Taping wird differentialdiagnostisch sehr schnell erkannt, ob es sich um ein muskuläres Problem handelt oder nicht.

*Dr. med. Dieter Sielmann
Lilienweg 18
23843 Bad Oldesloe
dsielmann@foni.net*

*Weitere Informationen unter
<http://www.schmerzundtape.de>*

Repetitorium

Stammzelltransplantation

In die öffentliche Diskussion ist jüngst die Stammzelltransplantation zur Behandlung akuter Leukämien geraten. Denn ein IQWiG-Vorbericht monierte, der therapeutische Nutzen des nicht ungefährlichen Therapieverfahrens sei nicht wissenschaftlich belegt. Onkologen und Hämatologen sind gegen diese Bewertung Sturm gelaufen. Sie fürchten, dass ihnen eine wichtige Waffe im Kampf gegen den Krebs aus der Hand genommen wird.

Bereits seit vielen Jahren gilt die Knochenmarktransplantation und neuerdings davon abgeleitet die Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen als etablierte Therapieoption, wenn sich bei Patienten mit hämatologischen Tumoren ein Heilungserfolg anders nicht erzielen lässt. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat jüngst die wissenschaftliche Datenlage, die es zur Stammzelltransplantation bei der Behandlung akuter Leukämien gibt, genauer unter die Lupe genommen. Das Institut ist in einem ersten Vorbericht zu der Einschätzung gelangt, dass es keine wissenschaftlich eindeutigen Belege dafür gibt, dass die Fremdspende von Stammzellen bei akuten Leukämien der herkömmlichen Chemotherapie überlegen ist. Gegen den Vorbericht des IQWiG gab es breiten und auch öffentlichkeitswirksamen Widerspruch, nicht zuletzt von Seiten der Fachgesellschaften, wie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO). Die Experten kritisierten vor allem, dass nicht alle vorliegenden Daten in die Bewertung einbezogen wurden, dass die unterschiedlichen Krankheitsformen und Schweregrade nicht adäquat berücksichtigt wurden und generell zu wenig fachliche Expertise zu der Fragestellung eingeholt wurde. An der Indikation des Verfahrens bei ausgewählten Fällen mit akuter Leukämie ist nach ihrer Einschätzung nicht zu zweifeln. Das IQWiG hat nunmehr zugesagt, den ersten Vorbericht zu überarbeiten.

Akute Leukämien

Bei den Leukämien liegt eine Entartung hämatopoetischer oder lymphatischer Zellen mit unkontrollierter Proliferation und Akku-



Knochenmarkentnahme bei einem Spender

mulation vor. Unterschieden werden die akute lymphatische Leukämie, kurz ALL, und die akute myeloische Leukämie, kurz AML. Die ALL, bei der unreife lymphatische Vorläuferzellen maligne verändert sind, ist ein relativ seltenes Krankheitsbild mit einer Inzidenz von nur 1/100 000 Einwohnern. Besonders häufig sind Kinder bis zum zehnten Lebensjahr betroffen, die Erkrankung führt unbehandelt innerhalb weniger Monate



Die Proben werden im Labor darauf geprüft, ob eine Gewebeerträglichkeit besteht.

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

zum Tod. Üblich ist eine Chemotherapie der ALL, was bei Kindern in 80 Prozent der Fälle, bei Erwachsenen allerdings nur zu 30 bis 40 Prozent ein krankheitsfreies Überleben von mehr als fünf Jahren zur Folge hat. Sprechen die Patienten – Kinder wie auch Erwachsene – auf die Chemotherapie nicht adäquat an, so wird eine Stammzelltransplantation erwogen.

Die AML geht auf eine maligne Veränderung myeloischer Vorläuferzellen zurück und ist mit einer Inzidenz von 2 bis 4/100 000 etwas häufiger als die ALL. Von dieser Krankheitsform sind anders als bei der ALL häufiger Erwachsene jenseits des 65. Lebensjahres betroffen. Auch bei der AML besteht die erste Therapiewahl in der Chemotherapie, eine autologe oder auch allogene Stammzelltransplantation kommt nur bei Hochrisikopatienten und bei Patienten, bei denen die Chemotherapie nicht erfolgreich ist, in Betracht. Sowohl die ALL als auch die AML sind keine einheitlichen, sondern heterogene Krankheitsbilder, die sich in ihrer Prognose deutlich unterscheiden. Von prognostischer Bedeutung sind beispielsweise das Alter des Patienten, besondere zytogenetische Veränderungen und ein spätes Erreichen einer Remission sowie eine nur kurze Remissionsdauer.

Grundlagen der Stammzelltransplantation

Das Verfahren der Stammzelltransplantation (SZT) geht auf die ursprüngliche Knochenmarktransplantation (KMT) zurück, bei der die benötigten Stammzellen durch eine Entnahme von Knochenmark per Beckenkampfpunktion gewonnen wurden. Bei den Stammzellen handelt es sich um unreife Zellen, so genannte Vorläuferzellen, aus denen im Knochenmark die Blutzellen entstehen, und zwar sowohl Erythrozyten als auch Leukozyten und Thrombozyten. Nach ihrer Bildung werden die Zellen in die Blutbahn ausgeschwemmt.

Inzwischen werden die Stammzellen mittels einer Stammzellapherese aus dem peripheren Blut isoliert. Dazu werden die Stammzellen zuvor durch eine Behandlung mit hämatopoetischen Wachstumsfaktoren mobilisiert.

Stammzellen können außerdem aus Nabelschnurblut gewonnen werden.

Grundsätzlich sind die autologe und die allogene Stammzelltransplantation zu unterscheiden.

Die bei der Stammzellgewinnung aus peripherem Blut erhaltene Zellpopulation ist nicht genau identisch mit den bei einer herkömmlichen Knochenmarkspunktion erhaltenen Zellen. Während das Punktat bei der KMT auch Stromazellen enthält, werden mit der SZT aus peripherem Blut mehr Lymphozyten gewonnen und zudem auch reifere Vorstufen der Zellen. Dies hat den Vorteil, dass die hämatopoetische Regeneration in der Regel rascher erfolgt, wobei generell von einer Zeitspanne von acht bis 14 Tagen ausgegangen wird. Auch die Rekonstitution der Immunabwehr vollzieht sich bei der Isolation der Zellen aus peripherem Blut etwas schneller, was eine etwas geringere Komplikationsrate bedingt.

Autologe Stammzelltransplantation

Beim autologen Verfahren wird vor einer hoch dosierten Chemotherapie oder Ganzkörperbestrahlung die Bildung von Stammzellen beim Patienten stimuliert. Die Zellen

werden aus dem Blut isoliert und entsprechend aufbereitet. Denn zumeist kann nicht ausgeschlossen werden, dass das erhaltene Präparat möglicherweise noch mit Leukämiezellen kontaminiert ist. Durch verschiedene Manipulationen kann beim Prozess des Purgings versucht werden, die krankhaft veränderten Zellen zu entfernen, um bei einer anschließenden Reinfusion die Rezidivgefahr gering zu halten.

Nach der Reinigung werden die Zellen in flüssigem Stickstoff tiefgefroren. Nach der Hochdosis-Chemotherapie, bei der der Patient so hoch dosiert Zytostatika erhält, dass die hämatopoetischen Stammzellen ungeschützt zugrunde gehen würden, können die zuvor entnommenen Zellen aufgetaut und transplantiert, also dem Patienten reinfundiert werden.



Anfärben der Stammzellen zur genauen Identifizierung

Indiziert kann eine autologe SZT sein bei einem Hodgkin Lymphom sowie bei Non-Hodgkin-Lymphomen, beim Neuroblastom, bei der ALL und der AML und bei einigen Hirntumoren und bei einigen Weichteilsarkomen.

Allogene Stammzelltransplantation

Bei der allogenen Stammzelltransplantation erhält der Patient Stammzellen eines gesunden Fremdspenders, bei dem zuvor medikamentös die Stammzellbildung angeregt wurde. Das Verfahren ist immer dann angezeigt, wenn die Stammzellen selbst von der Tumorerkrankung betroffen sind oder nicht mehr zwischen gesunden und maligne entarteten Zellen unterschieden werden kann. Die Spender-Stammzellen und die Zellen des Empfängers müssen in den Genen des sogenannten Histokompatibilitätskomple-

xes, den Gewebeverträglichkeitsgenen, weitestgehend übereinstimmen. Es handelt sich konkret um die Gene des HLA-Systems, des Human Leukocyte Antigen-Systems, das für die Unterscheidung von Fremd und Selbst im Körper verantwortlich zeichnet. Häufig erfolgt die Stammzellspende durch Familienangehörige. Allerdings liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Übereinstimmung innerhalb der Familie nach Angaben der Deutschen Knochenmarkspenderdatei (DKMS) bei nur 30 Prozent. Deshalb muss in der Mehrzahl der Fälle nach einem Spender mit weitgehend übereinstimmenden HLA-Merkmalen gesucht werden, was über weltweite Knochenmark-Spenderdateien möglich ist. Generell liegt die Wahrscheinlichkeit, dass die Gewebemerkmale zweier Menschen übereinstimmen, laut DKMS zwischen 1:20 000 und weit über 1: mehrere Millionen. Deshalb wird weltweit versucht, möglichst viele Spender zu registrieren, um im Bedarfsfall rasch eine SZT realisieren zu können. Dank dieser Bemühungen kann inzwischen bei rund 75 Prozent der Patienten, die eine Knochenmark- oder Stammzellspende benötigen, ein geeigneter Fremdspender vermittelt werden. Die Indikation einer allogenen SZT wird seltener gestellt als bei der autologen SZT. Das Verfahren kann als ultima ratio notwendig werden bei seltenen Formen sowie bei Rezidiven lymphoblastischer oder myeloischer Leukämien, bei schweren angeborenen Erkrankungen des Abwehrsystems sowie bei angeborenen oder erworbenen Störungen der Blutbildung. Neben der autologen und der allogenen SZT gibt es ferner die syngene Stammzelltransplantation, bei der die Stammzellen unter eineiigen Zwillingen übertragen werden. Es kommt infolge der identischen Genausstattung von Spender und Patient damit praktisch zur Übertragung HLA-identischer Stammzellen. Dieser seltene Sonderfall entspricht in etwa einer autologen Stammzelltransplantation und führt in aller Regel nicht zu Abstoßungsreaktionen.

Entnahme der Stammzellen

Die Entnahme der Stammzellen kann, wie es früher üblich war, durch eine Beckenkamm-punktion erfolgen oder wie es inzwischen praktiziert wird durch die Isolierung der Zellen aus peripherem Blut. Die Zellen müssen dazu aus dem Knochenmark in das periphere Blut auswandern und werden mittels einer Behandlung mit hämatopoetischen Wachstumsfaktoren hierzu stimuliert. Anschließend werden die Zellen in einem als Apherese bezeichneten Verfahren aus dem



Blutuntersuchungen können zeigen, ob der Spender auch wirklich in Frage kommt.

Blut regelrecht herausgewaschen. Die Apherese erfolgt in einem Zellseparator, wobei in einem Zeitraum von drei bis fünf Stunden 10 bis 16 Liter Blut filtriert werden. Werden bei einer Sitzung nicht genügend Stammzellen gewonnen, so kann das Verfahren an den folgenden Tagen bis zu viermal wiederholt werden.

Bei der autologen Stammzelltransplantation werden die gewonnenen Zellen tiefgefroren und nach Abschluss der Behandlung dem Patienten reinfundiert. Bei der allogenen SZT werden sie üblicherweise direkt dem Stammzell-Empfänger verabreicht.

Stammzelltransfusion – die eigentliche Transplantation

Der eigentlichen Stammzelltransplantation, also der Infusion der gewonnenen Stammzellen beim Patienten, muss eine Phase der „Konditionierung“ (Induktionsbehandlung) vorausgehen. In dieser Vorphase wird im Rahmen einer hoch dosierten Chemothera-

pie und/oder einer Strahlentherapie versucht, die entarteten Zellen aus dem Körper zu eliminieren, und zwar möglichst komplett, so dass auch keine „Resterkrankung“ mehr besteht. Gleichzeitig erfolgt in Vorbereitung auf die Zelltransplantation bei allogenen SZT eine immunsuppressive Behandlung, damit nicht nach der Transplantation die Stammzellen von der körpereigenen Abwehr abgestoßen werden.

Die Konditionierungsphase dauert meist mehrere Tage. Anschließend werden ähnlich wie bei einer Bluttransfusion die gewonnenen Stammzellen dem Patienten infundiert. Sie sollen das durch die Hochdosis-Chemotherapie zerstörte Knochenmark ersetzen und wieder aufbauen. Die SZT ist damit nicht primär ein Verfahren der Tumorthherapie, also eine Behandlungsoption, die auf die Grunderkrankung abzielt. Es handelt sich vielmehr um eine Schutzmaßnahme, durch die eine derart aggressive Tumorbehandlung, wie die Hochdosis-Chemotherapie sie darstellt, überhaupt erst möglich wird.

Potenzielle Komplikationen

Die SZT ist ein Behandlungsverfahren, das mit erheblichen Komplikationen behaftet sein kann. Gefährdet ist der Patient in der ersten Phase nach der Transplantation vor allem durch akute Infektionen, so dass in dieser Zeit eine weitgehende Isolation unumgänglich ist, um den Patienten vor der Konfrontation mit Bakterien, Viren und Pilzen zu schützen.

Sind die Stammzellen integriert und „angegangen“, so droht eine akute Abstoßung, die sogenannte „Graft-versus-Host-Reaktion“ (GVH). Vorgebeugt wird der GVH durch eine gezielte immunsuppressive Therapie: Eine zweite Möglichkeit ist die Entfernung der für die zelluläre Abwehr verantwortlichen T-Zellen.

Die GVH wird allerdings nicht gänzlich medikamentös unterdrückt, da sie dazu beitragen kann, restliche entartete Zellen zu elimi-

nieren. Denn mit dem Transplantat werden üblicherweise auch T-Lymphozyten übertragen. Sie gehören zum zellulären Abwehrsystem und richten sich auch gegen die Tumorzellen, was zum sogenannten Graft-versus-Leukemia-Effekt führt. Diesem Effekt kann je nach zugrunde liegender Erkrankung eine wesentliche Bedeutung im Kampf gegen die Leukämie zukommen.

Neben den beschriebenen akuten Komplikationen drohen den Patienten auch chronische Komplikationen, zum Beispiel eine chronische GVH-Krankheit.

Es kann außerdem zu gravierenden Infektionen kommen, zu Blutungen und zu Schädigungen der Schleimhäute sowie von Organen wie dem Magen-Darm-Trakt, der Lunge, der Leber, der Nieren, der Haut oder des Herzens. Häufig ist eine Unfruchtbarkeit nach der Behandlung zu beobachten, weshalb Männer wie auch Frauen mit Kinderwunsch vor der Stammzelltrans-



Knochenmarkentnahme

plantation entsprechend zu behandeln sind. Generell muss die Indikation zur SZT sehr streng und zurückhaltend gestellt werden und das nicht nur wegen der Belastung der Patienten, sondern in erster Linie wegen der

drohenden Komplikationen, die unter Umständen letal verlaufen können. Immerhin versterben knapp zehn Prozent der Patienten an den Folgen einer allogenen Stammzelltransplantation. Beim autologen Verfahren sind die Gefahren mit einer Rate von rund vier Prozent an Todesfällen etwas geringer.

Ein Nachteil dieses Verfahrens aber ist die Tatsache, dass bei der Stammzellentnahme eine Kontamination des Transplantates mit malignen Zellen nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Das erklärt die bei dieser Behandlungsform etwas höhere Rezidivrate.

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

**Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln**

1. Heraeus Dental Symposium

Wissenschaft und Dentalindustrie – eine Symbiose

„Wissenschaft & Dentalindustrie – Zukunft gemeinsam gestalten“ lautete das Motto des 1. Heraeus Dental Symposiums, zu dem Vertreter der deutschen Universitätszahnmedizin eingeladen waren, um über zahnärztliche Behandlungskonzepte der Zukunft und über das Potenzial neuer Technologien zu diskutieren.

Nach der Begrüßung der Symposiumsteilnehmer durch Dr. Roland Richter, Geschäftsführer der Heraeus Kulzer GmbH, ging Professor Reinhard Hickel, München, der Frage nach, wohin sich die Zahnmedizin entwickelt und wo die Anforderungen an Wissenschaft und Industrie heute liegen.

Wünsche an die Industrie formuliert

Ein viel versprechendes Konzept sei auch die Beschichtung der Zahnoberfläche (Coating) zur Verhinderung der Biofilmanlagerung. Zurückhaltend äußerte sich Professor Hickel zu den verschiedenen Ansätzen einer

wartet. In der Parodontologie werden genetische und immunologische Testverfahren eine wichtige Rolle für die Früh- und Risiko-diagnostik spielen. Weitere Zukunftsfelder in der Parodontaltherapie sind regenerative Verfahren und die Halithosistherapie.

Anschließend betonte Professor Georg Meyer, Greifswald, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die enge Beziehung der Zahnmedizin zur Medizin. Als Beispiel nannte er die nachgewiesenen Wechselbeziehungen zwischen schweren Parodontitiden und Allgemeinerkrankungen. Erneut wandte sich Meyer dagegen, die zahnärztliche Tätigkeit auf Cosmetic Dentistry zu reduzieren. Er plädierte dafür, bei der Entwicklung neuer Füllungsmaterialien auch die biologischen Aspekte, speziell die Biokompatibilität zu beachten, und sich nicht



Minimalinvasiv präpariert ..., „Komposit oder Gold, was würden Sie hier nehmen?“, stellte Prof. Meyer die Gewissensfrage.



Prof. Staehle stellte für den Praktiker „undenkbare“ Indikationen für Komposit vor. – Aber es geht ...

Hickel bemängelte, dass die Diagnostik sowohl in der Kariologie als auch in der Parodontologie derzeit darauf beruht, erst bereits eingetretene Läsionen zu erkennen. Wünschenswert seien Marker oder Indikatoren, mit denen sich pathologische Prozesse bereits feststellen lassen, bevor es zu messbaren Schäden (Demineralisation, Attachmentverlust) gekommen ist. Als Möglichkeit erwähnte er den ortsspezifischen Nachweis einer Lactatproduktion im Rahmen der Kariesrisikodiagnostik.

„Kariesimpfung“. Als unbefriedigend gelöst bezeichnete er die Endpunktbestimmung bei der Kariesentfernung; Sondenhärte und Farbe des Dentins stellten keine sauberen Standards dar, der Stahlbohrer führe in aller Regel zu einer unnötig tiefen Exkavation. Bei den Restaurationen dürften die Nanofüller-Technologie, neue Komposite auf Siloran-Basis und in weiterer Zukunft möglicherweise auch Hydroxylapatit eine Rolle spielen. Bei den indirekten Restaurationen wird ein Ausbau der CAD/CAM-Technologie er-

nur auf die werkstoffkundlichen Eigenschaften zu beschränken. In diesem Zusammenhang betonte Meyer die ausgezeichnete Bioverträglichkeit und klinische Langzeitbewahrung von Goldrestaurationen.

MPG nimmt Industrie in die Zange

Dr. Albert Erdrich ging in seinem Beitrag auf die hohen Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) bei der Entwicklung

neuer Dentalmaterialien ein. Mit der CE-Kennzeichnung seiner Produkte übernehme der Hersteller die Hauptverantwortung.

In der Novellierung des Gesetzes sei vorgesehen, die klinische Prüfung von Medizinprodukten, also auch die von Adhäsiven und Füllungsmaterialien, vor deren Markteinführung verbindlich vorzuschreiben. Insgesamt seien die Anforderungen an klinische Prüfungen sehr stark gestiegen. An dieser Stelle warb Dr. Erdrich für eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Dentalindustrie und Wissenschaft. Er bedauerte, dass – nicht zuletzt aufgrund bürokratischer Hürden – die Ergebnisse einer Ein-Jahres-Studie häufig erst 30 bis 36 Monate nach Initiierung des Projekts vorliegen würden. Mithilfe von standardisierten Studienprotokollen sollen die Abwicklung dieser klinischen Prüfungen erleichtert und die Ergebnisse besser vergleichbar gemacht werden.

Professor Claus-Peter Ernst, Mainz, befasste sich in seinem Vortrag mit dem Trend zu direkten Kompositrestaurationen sowie mit den Möglichkeiten und Grenzen dieser Restaurationsform. Seiner Einschätzung nach hat die Werkstoffentwicklung bei den Adhäsiven und den Kompositen dazu geführt, dass adhäsive Kompositrestaurationen auch im Seitenzahnbereich erfolgreich eingesetzt werden können, wie auch zahlreiche, viel versprechende klinische Studien belegen. Auch der Ersatz einzelner Höcker mit Komposit sei heutzutage möglich. Im Vergleich zu Keramikinlays sind die Kosten für geschichtete, dentinadhäsive Kompositrestaurationen – selbst bei Zuzahlung des Patienten – deutlich geringer.

Professor Ernst berichtete aus seiner eigenen praktischen Tätigkeit, dass er die Indikation für Keramikinlays zugunsten von direkten Kompositrestaurationen deutlich seltener stellt als noch vor zehn Jahren. Die früher verbreitete, so genannte Quadrantensanierung mit indirekten Restaurationen sei einer „auf den Bedarf des Einzelzahn bezogenen Individualität“ bei der Indikationsstellung gewichen, verbunden mit einer Zunahme von Einzelzahnrestaurationen.

Wenig Fortschritte bei Adhäsiven

In seinem Referat über Zukunftsstrategien in der Adhäsivtechnik zeigte Professor Bernd Haller, Ulm, zunächst die Vorteile adhäsiver Kompositrestaurationen auf. Allerdings hätten in den letzten zehn Jahren kaum echte Verbesserungen stattgefunden. Der entscheidende Fortschritt sei Anfang der Neunzigerjahre mit der Einführung der heute noch erhältlichen Drei-Schritt-Systeme erzielt worden. Seither wurde vor allem auf Vereinfachungen in der Applikation der Adhäsivsysteme (One-bottle-Bonds, All-



Prof. Dr. Ernst Mainz, erläutert das klinische Potenzial von direkten Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich... und gibt Möglichkeiten zur Diskussion.

in-one-Adhäsive) hingearbeitet. Diese hätten jedoch zu Einbußen entweder bei der Beständigkeit der Dentinhaftung oder bei der Schmelzhaftung geführt, deren klinische und biologische Auswirkungen zum Teil noch nicht bekannt seien. Speziell die Degradation der Verbundschicht bei den All-in-one-Adhäsiven steht derzeit im Fokus der Forschung. Abschließend zeigte Haller mögliche neue Strategien bei der Entwicklung von Adhäsivsystemen auf, zum Beispiel die Möglichkeit, Adhäsive als Vehikel für therapeutisch wirksame Substanzen (Dentinogenese, Entzündungshemmung, Bakterienhemmung) zu nutzen. Er bezeichnete in diesem Zusammenhang Adhäsive mit antibakteriell wirksamen Monomeren als einen interessanten Ansatz.

Professor Hans-Jörg Staehle, Heidelberg, zeigte in seinem Beitrag neue Indikationen für Komposite abseits der klassischen BLACK-Kavitäten auf. Mit beeindruckenden Fallbeispielen, die er bereits über mehrere Jahre dokumentiert, zeigte Professor Staehle, wie er sich mit Kompositen in die Grenzgebiete der restaurativen Zahnerhaltung wagt, sei es mit direkten Formveränderungen, nicht nur im Front-, sondern auch im Seitenzahnbereich, mit Reparaturrestaurationen oder mit direkten postendodontischen Aufbauten. Zum Teil hoffnungslos erscheinende Zähne wurden von ihm so aufgebaut und vor der geplanten Extraktion

(mit anschließender Implantatversorgung) bewahrt. Der Referent räumte ein, dass sich diese individuellen, minimalinvasiven Problemlösungen noch abseits der gängigen evidenzbasierten Therapiekonzepte bewegen. Er prognostizierte aber, dass solche Restaurationen in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden, zumal die finanziellen Rahmenbedingungen für aufwendige laborgefertigte Versorgungsformen zunehmend enger werden.

Karieszonen im Dentin neu definieren

Der Vortrag von Professor Karl-Heinz Kunzelmann „München“, stand unter dem Motto „Kariestherapie der Zukunft“. Die

zentrale Frage bei der restaurativen Kariestherapie laute: „Wie weit soll exkaviert werden?“. Diese Frage sei nach wie vor strittig, zumal objektive Kriterien fehlten. Kunzelmann bezeichnete die alten Zonen der Dentinkaries als hinfällig. Entscheidend sei, in welchen Bereichen eine Remineralisation möglich ist; dieses Dentin gelte es zu erhalten. Offenbar kann eine solche Remineralisation sogar noch bei isolierten Kollagenfasern mit extrafibrillären Hydroxylapatitresten erwartet werden. Hinsichtlich der Bestimmung des Endpunktes bei der Kariesexkavation unterscheidet Kunzelmann zwischen Feedback-Systemen, diese wiederum unterteilt in aktive (zum Beispiel drehmomentkontrollierte Rosenbohrer) und passive (wie Hydroxylapatit-Pulverstrahler), und selbstlimitierenden Systemen. Letztere lassen sich in unspezifische Systeme auf der Basis von Natriumhypochlorit (Carisolv®) und spezifische auf der Basis von Enzymen unterteilen. Für die Rekonstruktion der Defekte könnten laut Kunzelmann bioaktive Hydroxylapatit-Zemente künftig eine Rolle spielen. Zur Prävention der Schmelzkaries wird an Beschichtungen mit Nano-Hydroxylapatit gearbeitet, um dadurch die Biofilm-Anheftung zu reduzieren. Nach den Beiträgen der Hochschullehrer stellten Mitarbeiter der F&E-Abteilung von Heraeus Kulzer ihre aktuellen Entwicklungsaktivitäten auf dem Gebiet der All-in-one-Adhäsive, der schrumpfungreduzierten Nanopartikel-modifizierten Komposite und neuartiger Zemente vor. Einen launigen Abschluss fand die sehr gelungene Veranstaltung in einem Beitrag von Stephan Grünwald, Institut Rheingold, mit Ergebnissen aus der Marktforschung über die Einstellungen und Erwartungen unterschiedlicher Patiententypen.

*Prof. Dr. Bernd Haller
Department für Zahnheilkunde
Schwerpunkt Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie
Albert-Einstein-Allee 11
89081 Ulm
b.haller@uniklinik-ulm.de*

30. Jtg. des AK für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS)

Gösta-Gustafson-Award an Tsunami-Helfer verliehen

Die 30. Jahrestagung des Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie AKFOS fand in diesem Jahr in Mainz statt. Diese Jubiläumsveranstaltung wurde von Dr. Dr. Klaus Rötzscher, Speyer, eröffnet, indem er einen Rückblick über 30 Jahre AKFOS präsentierte.

Im Anschluss folgten die Verleihungen des „Gösta-Gustafson-Award 2006“ an die vom Bundeskriminalamt im Anschluss an die Tsunami-Katastrophe vom zweiten Weihnachtstag 2004 in Thailand und Sri Lanka eingesetzten Zahnärztinnen und Zahnärzte.

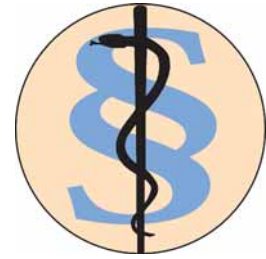
Ebenfalls wurden für ihre wissenschaftlichen Leistungen Priv.-Doz. Dr. Andreas Schmeling, Münster, und Priv.-Doz. Dr. Andreas Olze, Berlin, mit dem Gösta-Gustafson-Award 2006 geehrt. In ihren sich anschließenden Vorträgen referierten sie

und Arbeitsregularien vergessen werden dürfen.

Dr. Dr. Claus Grundmann, Duisburg, der bereits am 27. 12. 2004 mit dem BKA-Vorkommando nach Phuket/Thailand geflogen war, gab einen Überblick über die ersten zwölf Monate nach Ausbruch des Tsunamis in Thailand. Gleichzeitig berichtete er über die verschiedenen offiziellen und kirchlichen Gedenkveranstaltungen, an denen er anlässlich des ersten Tsunami-Gedenktages am Weihnachtsfest 2005 in Thailand teilgenommen hatte.

blick für zukünftige Einsätze bei entsprechenden Massenkatastrophen.

Im Rahmen der sich anschließenden Mitgliederversammlung wurden in Anerkennung und Würdigung ihrer aktiven Unterstützung des Arbeitskreises folgende Kollegen zu Ehrenmitgliedern ernannt: Dr. Georg Gümpel, Hamburg, Gründungsmitglied des Arbeitskreises, Dr. Bernhard Knell,



Zürich, langjähriges Mitglied des Arbeitskreises, Priv.-Doz. Dr. Rüdiger Lessig, Sekretär und Vorstandsmitglied des Arbeitskreises, Dr. Karl-Rudolf Stratmann, Köln, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Die bisherigen Vorstandsmitglieder Dr. Dr. Rötzscher (1. Vorsitzender), Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgenger, Münster, (2. Vorsitzender), Priv.-Doz. Dr. Lessig (Sekretär), Dr. Dr. Grundmann (Schriftführer) und Dr. Kirsch (Redaktionsmitglied) wurden bei den Vorstandswahlen einstimmig im Amt bestätigt.

Die 31. AKFOS-Jahrestagung wird am 13. 10. 2007 im Hörsaal der Inneren Medizin der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz, stattfinden.

*Dr. Dr. Claus Grundmann
Viktoriastr. 8
47166 Duisburg-Hamborn*



Die Helfer, die bei der Tsunami-Katastrophe Identifizierungsarbeit leisteten, erhielten den Gösta-Gustafson-Award.

über ihre Forschungsergebnisse sowie den aktuellen Stand der forensischen Altersdiagnostik aus rechtsmedizinischer und zahnärztlicher Sicht.

In beeindruckenden Graphiken und Diagrammen stellte Dr. Hans-Peter Kirsch, Saarbrücken, die Organisationsabläufe bei der Identifizierung der Tsunami-Opfer dar. Er erinnerte eindringlich daran, dass bei der Bewältigung von Ereignissen dieser Dimension niemals die vereinbarten Richtlinien

Abschließend gab Priv.-Doz. Dr. Rüdiger Lessig, Leipzig, einen Rückblick zu den verschiedenen Einsatzabschnitten. Mit beispielhaftem Bildmaterial zeigte er dem Auditorium die verschiedenen Arbeitsabläufe, so wie sie sich in der Anfangsphase der Identifizierungstätigkeiten (Dezember 2004 / Januar 2005), während der Arbeiten in den Folgemonaten als auch in der Endphase (Dezember 2005) dargestellt haben. Am Ende seines Referates gab er einen Aus-

Größer und in neuem Gewand

Die Internationale Dental-Schau (IDS) findet vom 20. bis 24. März 2007 in Köln statt – mit neuem Konzept und in neuem Gewand. Nach dem großem Erfolg 2005 lockt die weltgrößte Dentalmesse im kommenden Jahr mit noch mehr attraktiven Angeboten.



Mit noch mehr attraktiven Angeboten lockt die IDS 2007.

Der Anmeldestand der Aussteller für 2007 liegt bereits jetzt schon um zehn Prozent höher als zum vergleichbaren Zeitpunkt des letzten Malen. Besonders starke Zuwächse sind von Unternehmen aus dem Ausland und bei Erstausstellern zu erwarten. Für Zuwachs sorgen sowohl die EU-Länder als auch der Nahe und Ferne Osten, Australien, die USA und Kanada. An der Spitze stehen nach derzeitigem Stand Italien, die USA, die Schweiz, Frankreich und Großbritannien.

Der Veranstalter – der VDDI Verband der Deutschen Dental-Industrie e.V., vertreten durch seine Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH, Köln, in Zusammenarbeit mit der KölnMesse – rechnet mit rund 1600 Ausstellern aus rund 50 Ländern, damit werden rund 60 Prozent aller Firmen und Vertreter internationaler Herkunft sein.

Ein Hauptthema auf der IDS wird die lebenslange Oralprophylaxe sein. Präsentiert werden Produkte, Verfahren und Dienstleistungen, die das Zusammenwirken von Zahnärzten, Prophylaxeteams und Patienten bei der Erhaltung

und Wiedergewinnung der Mundgesundheit unterstützen. Ein weiteres Schwerpunktthema der Messe werden Dentallegerungen sein. Es werden moderne Produkte und Verarbeitungstechniken vorgestellt, damit sich Zahnärzte und Zahntechniker über den aktuellen Stand in diesem Bereich informieren können.

Neue Hallenbelegung

Neu ist die Hallenbelegung des modernisierten Kölner Messegeländes nach umfangrei-

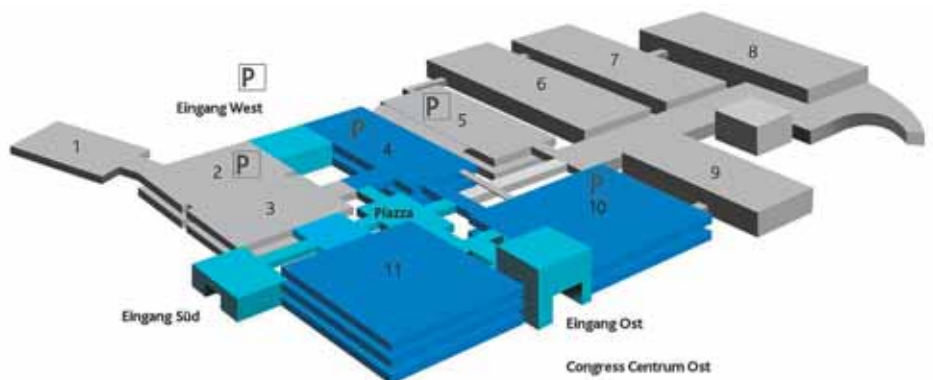
chen Umbaumaßnahmen. Die Messe belegt nun komplett die Hallen 4, 10 und 11 (früher 10, 13 und 14). Wegen der großen Nachfrage wird auch ein Teil der Halle 3.2 zur Ausstellungsfläche mit hinzugenommen.

Besonders profitieren Aussteller und Besucher der IDS von dem neuen Südeingang der Messe direkt am Bahnhof Köln Messe/Deutz, der ebenso wie die bereits bekannten Eingänge West und Ost über alle Service-Einrichtungen verfügt. Zwischen den Hallen bietet sich eine neue offene Piazza als Begegnungsort und Ruhezone unter freiem Himmel an. Damit soll die Aufenthaltsqualität für Besucher erhöht werden.

Treffpunkt für Zahnärzte

Die Bundeszahnärztekammer wird 2007 wieder gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), den Zahnärztlichen Mitteilungen und der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete die vielfältigen Leistungen der Zahnärzteschaft auf der IDS präsentieren. Unter dem Motto: „Berufspolitik zum Anfassen“ bietet der Stand O50P51 in der Halle 11.2 Zahnärzten Informationen über alle beteiligten Partnerorganisationen und – last but not least – Gelegenheit zum Kollegentreff. pr/pm

■ Die *zm* werden wie gewohnt im Vorfeld und zur Nachbereitung der IDS berichten. Weitere IDS-Informationen unter <http://www.ids-cologne.de>



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 68		Uni Düsseldorf	S. 74
	LZK Sachsen	S. 69	Kinderzahnheilkunde	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68
Akupunktur	LZK Sachsen	S. 69		KZV Baden-Württemberg	S. 70
Ästhetik	LZK Sachsen	S. 69		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70
Chirurgie	LZK Sachsen	S. 70	Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 68
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68		KZV Baden-Württemberg	S. 70
	KZV Baden-Württemberg	S. 70	Parodontologie	ZÄK Nordrhein	S. 68
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72
Ergonomie	LZK Sachsen	S. 70	Prophylaxe	LZK Sachsen	S. 69
	KZV Baden-Württemberg	S. 70	Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68
Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72	Restaurative ZHK	LZK Sachsen	S. 69
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70
	ZÄK Nordrhein	S. 68			
	LZK Sachsen	S. 70			
	Uni Düsseldorf	S. 74			
Hypnose	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68			
Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68			
	LZK Sachsen	S. 69			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70			
	ZÄK Hamburg	S. 72			



Fortbildung der Zahnärztekammern	Seite 68
Kongresse	Seite 72
Universitäten	Seite 74
Freie Anbieter	Seite 75

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: Update Zahnheilkunde 2007 [8 Fp.]

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi - Basel; Prof. Bernd-Michael Kleber, OA Dr. Wolfgang Hannak, OÄ Dr. Christiane Nobel - Berlin

Termin: 10. 02. 2007; 09:00 – 15:30 Uhr
Ort: Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin

Gebühr: 35,00 EUR für Mitglieder der ZÄK Berlin und LZÄK Brandenburg

Kurs-Nr.: 4040.4

Thema: Strukturierte Fortbildung: Implantologie [75 Fp.]

Moderator: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz, Berlin

Erster Termin: 26.01.2007; 14:00 – 18:00 Uhr
27. 01. 2007; 09:00 – 12:00 / 13:00 – 17:00 Uhr

Ort: Philipp-Pfaff-Institut, Aßmannshauer Str. 4 - 6, 14197 Berlin

Gebühr: 2850,00 EUR (2560,00 EUR bei Zahlung bis zum 29. 12. 2006 oder 475,00 EUR pro Wochenende)

Kurs-Nr.: 2014.1

Thema: Strukturierte Fortbildung: Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis [42 Fp.]

Referent: Dr. Uwe Harth, Detlef Baum – Bad Salzflen

Erster Termin: 23. 02. 2007; 14:00 – 19:00 Uhr
24. 02. 2007; 09:00 – 12:00 / 13:00 – 18:00 Uhr

Ort: Philipp-Pfaff-Institut, Aßmannshauer Str. 4 - 6, 14197 Berlin

Gebühr: 1440,00 (1300,00 EUR bei Zahlung bis zum 26. 01. 2007 oder 480,00 EUR pro Wochenende)

Kurs-Nr.: 1001.2

Thema: Curriculum Prothetik [141 Fp.]

Moderatorin: PD Dr. Ingrid Peroz - Berlin

Erster Termin: 23. 02. 2007; 14:00 – 19:00 Uhr
24. 02. 2007; 09:00 – 12:00 / 13:00 – 18:00 Uhr

Ort: Philipp-Pfaff-Institut, Aßmannshauer Str. 4 - 6, 14197 Berlin

Gebühr: 4910,00 EUR (4420,- EUR bei Zahlung bis zum 26. 01. 2007 oder 545,- EUR pro Wochenende; zahlbar 21 Tage vor Durchführung)

Kurs-Nr.: 0707.1

Thema: Curriculum Endodontie [96 Fp.]

Moderator: Prof. Dr. Rudolf Beer - Essen

Erster Termin: 02. 03. 2007; 14:00 – 19:00 Uhr
03. 03. 2007; 09:00 – 12:00 / 13:00 – 17:00 Uhr

Ort: Philipp-Pfaff-Institut, Aßmannshauer Str. 4 - 6, 14197 Berlin

Gebühr: 3.270,00 [2.950,00 EUR bei Zahlung bis zum 02.02.2007 oder 545,00 EUR pro Wochenende (zahlbar 21 Tage vor Durchführung)]

Kurs-Nr.: 4018.1

Thema: Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde [185 Fp.]

Moderator: Prof. Dr. Georg Meyer - Greifswald

Erster Termin: 16. 03. 2007; 14:00 – 19:00 Uhr
17. 03. 2007; 09:00 – 12:00 / 13:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: 5.200,00 [4.680,00 EUR bei Zahlung bis zum 23.02.2007 oder 435,00 EUR pro Wochenende (zahlbar 21 Tage vor Durchführung)]
3.300,00 EUR für Assistenten bei Zahlung bis zum 23.02.2007]

Kurs-Nr.: 4029.0

Thema: Curriculum Kinder- und Jugendzahnmedizin [83 Fp.]

Moderator: OA Dr. Christian H. Finke

Erster Termin: 23. 03. 2007; 14:00 – 19:00 Uhr
24. 03. 2007; 09:00 – 12:00 / 13:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: 2.600,00 [2.340,00 EUR bei Zahlung bis zum 23.02.2007 oder 520,00 EUR pro Wochenende (zahlbar 21 Tage vor Durchführung)]

Kurs-Nr.: 4020.1

Thema: Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin [84 Fp.]

Referent: Dr. Horst Freigang – Berlin, Dr. Albrecht Schmierer – Stuttgart, Dr. Gerhard Schütz - Berlin

Erster Termin: 02. 03. 2007; 14:00 – 19:00 Uhr
03. 03. 2007; 09:00 – 12:00 / 13:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: 2.370,00 [2.150,00 EUR bei Zahlung bis zum 02.02.2007 oder 395,00 EUR pro Wochenende (zahlbar 21 Tage vor Durchführung)]

Kurs-Nr.: 6019.0

Auskunft und Anmeldung:

Philipp-Pfaff-Institut Berlin
Aßmannshauerstraße 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.: 06134 P(B) 15 Fp

Thema: Deep Scaling Modul 7-8 des Curriculums Parodontologie

Referent: Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, Nijmegen (NL)

Termin: 15. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
16. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480,00 EUR

Kurs-Nr.: 06164 P(B) 5 Fp

Thema: Mini-Implantate zur kieferorthopädischen Verankerung, Insertionskurs für Zahnärzte und Chirurgen

Referent: Dr. med. dent. Benedict Wilmes, Düsseldorf

Termin: 20. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 160,00 EUR

Kurs-Nr.: 06334 4 Fp

Thema: Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 3 Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referent: Dr. med. dent. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach
ZA Lothar Marquardt, Krefeld
Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen

Termin: 20. 12. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Fortbildung der Universitäten

Essen

Kurs-Nr.: 06372 TP 5 Fp

Thema: Zahnärztliche Notfallmedizin für das Praxisteam

Referent: Prof. Dr. med. dent. Thomas Weischer, Essen

Termin: 20. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr

Veranstaltungsort: Kliniken Essen Mitte, Vortragsraum Huysens-Stift, Henricistr. 92 45136 Essen

Teilnehmergebühr: 160,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 25,00 EUR

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

LZK Sachsen



Veranstaltungen

Thema: Die praktische Umsetzung der professionellen Zahnreinigung

Referentin: Geneveva Schmidt, Berlin

Termin: 17. 01. 2007, 15:00 – 19:00 Uhr /

18. 01. 2007, 9:00 – 16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 290,- EUR

Kurs-Nr.: D 100/07

Thema: Die praktische Umsetzung der professionellen Zahnreinigung

Referentin: Geneveva Schmidt, Berlin

Termin: 19. 01. 2007,

15:00 – 19:00 Uhr /

20. 01. 2007, 9:00 – 16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 290,- EUR

Kurs-Nr.: D 101/07

Thema: Fortgeschrittene Methoden zur akuten und chronischen Schmerzbewältigung

Referenten: Dr. med. Horst

Freigang, Berlin / Dr. Gerhard

Schütz, Berlin

Termin: 19. 01. 2007,

14:00 – 20:00 Uhr /

20. 01. 2007, 9:00 – 18:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 355,- EUR

Kurs-Nr.: D 02/07 (15 Punkte)

Thema: Prophylaxe bei KFO-Patienten (Workshop)

Referentin: Ulrike Brockhage,

Dresden

Termin: 24. 01. 2007,

14:00 – 18:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 70,- EUR

Kurs-Nr.: D 102/07

Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen nach BEMA

Referent: Dipl.-Stom. Steffen Laubner, Dresden

Termin: 26. 01. 2007,

14:00 – 18:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 80,- EUR

Kurs-Nr.: D 04/07 (4 Punkte)

Thema: Neue Wege in der ästhetisch-restaurativen Zahnmedizin

Referent: Dr. Mario J. Besek,

Zürich (CH)

Termin: 26. 01. 2007,

13:00 – 19:00 Uhr /

27. 01. 2007, 9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 530,- EUR

Kurs-Nr.: D 05/07 (17 Punkte)

Thema: Mundakupunktur (Grundkurs)

Referent: Dr. med. Jochen Zahn, München

Termin: 26. 01. 2007,

14:00 – 19:00 Uhr /

27. 01. 2007, 9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 285,- EUR

Kurs-Nr.: D 06/07 (16 Punkte)

Thema: Praxisnaher Abrechnungsgrundkurs für Einsteiger und Reaktivierer (Teil 1) - (kons. und chirurgische Leistungen / Mehrkostenvereinbarung, etc.)

Referentin: ZMV Sandra

Abraham, Riesa

Termin: 26. 01. 2007,

13:00 – 20:00 Uhr /

27. 01. 2007, 9:00 – 16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Ass.-Zahnärzte,

Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 230,- EUR

Kurs-Nr.: D 103/07

Thema: Kieferorthopädische Prophylaxe und Frühbehandlung

Referent: Prof. Dr. Winfried

Harzer, Dresden

Termin: 27. 01. 2007,

9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Fachzahnärzte KFO,

WB-Assistenten KFO, Zahnärzte

Gebühr: 230,- EUR

Kurs-Nr.: D 07/07 (8 Punkte)

Thema: Neue Entwicklungen in der rekonstruktiven und plastisch-ästhetischen Parodontalchirurgie

Referent: Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, M.S., Bonn

Termin: 02. 02. 2007, 9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 295,- EUR

Kurs-Nr.: D 08/07 (8 Punkte)

Thema: Die Kieferhöhle in der chirurgischen ZMK und Implantologie

Referent: Prof. Dr. med. dent. George E. Romanos, DDS, New York

Termin: 02. 02. 2007, 9:00 – 17:00 Uhr/
03. 02. 2007, 9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 850,- EUR

Kurs-Nr.: D 09/07 (19 Punkte)

Thema: Ergonomisch Arbeiten – Den Feierabend genießen

Referent: Manfred Just, Forchheim

Termin: 09. 02. 2007, 9:00 – 16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 255,- EUR

Kurs-Nr.: D 10/07 (9 Punkte)

Thema: JUST-FIVE - Kombiniert Atmen und Bewegen

Referent: Manfred Just, Forchheim

Termin: 10. 02. 2007, 9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 270,- EUR

Kurs-Nr.: D 11/07 (9 Punkte)

Auskunft und schriftliche Anmeldung:

Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11 01099 Dresden

Tel.: 0351/806 61 01

Fax: 0351/80 66-106

e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

www.zahnaerzte-in-sachsen.de

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen der Bezirksdirektion Freiburg

Thema: Die Behandlung unkooperativer Kinder, Phobiker etc. durch den Einsatz ambulanter Narkosen in der allgemeinen zahnärztlichen Praxis

Referenten: Dr. Hans Sellmann, Marl

Termine: 02. 12. 2006

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 290 EUR

Kurs-Nr.: 06/135

Thema: Krieg und Frieden – Umgang mit Versicherungen und Beihilfestellen

Referenten: Dr. Michael Cramer, Overath

Termine: 08. 12. 2006

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 180 EUR

Kurs-Nr.: 06/136

Thema: Endo-Revision – ganz einfach!

Referenten: Dr. Michael Cramer, Overath

Termine: 09. 12. 2006

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 320 EUR

Kurs-Nr.: 06/137

Thema: Schmerz lass nach! – Selbsttherapie am Arbeitsplatz nach Just-Five

Referenten: Manfred Just, Forchheim

Termine: 12./13. 01. 2007

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 495 EUR (1 ZA + 1 ZFA) 295 EUR (Einzelperson)

Kurs-Nr.: 07/300

Thema: Management und Führungskonzepte in der Zahnarztpraxis – was kann ich tun, um meine Praxis erfolgreicher zu machen?

Referenten: Dr. Bernhard Saneke, Wiesbaden

Termine: 19./20. 01. 2006

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 520 EUR

Kurs-Nr.: 07/100

Thema: Bildgebende Verfahren

Referenten: PD Dr. Dr. Ralf Schön und Dr. Dirk Schulze, Freiburg

Termine: 24. 01. 2007

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 120 EUR

Kurs-Nr.: 07/101

Thema: Grundmodul Notfalltraining für Zahnärzte/-innen und deren Assistenzpersonal

Referenten: LandesRettungsschule Baden

Termine: 26. 01. 2006

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 160 EUR (1 ZA + 1 ZFA) 90 EUR (Einzelperson)

Kurs-Nr.: 07/301

Thema: Die Kunst der Kommunikation und Konfliktbewältigung

Referenten: Prof. Dr. Dieter Strecker, Rutenheim

Termine: 27. 01. 2007

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 520 EUR (1 ZA + 1 ZFA) 290 EUR (Einzelperson)

Kurs-Nr.: 07/302

Thema: Aufbaumodul Notfalltraining – Fallsimulationstraining für Zahnärzte/-innen und deren Assistenzpersonal

Referenten: LandesRettungsschule Baden

Termine: 31. 01. 2006

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 160 EUR (1 ZA + 1 ZFA) 90 EUR (Einzelperson)

Kurs-Nr.: 07/303

Auskunft: Sekretariat des Fortbildungsforums Freiburg, Tel.: 0761/45 06-160 Fax: 0761/45 06-460

Anmeldung: Bitte schriftlich an das Fortbildungsforum/FFZ, Merzhauser Str. 114-116, 79100 Freiburg

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztl. Fortbildung

Termin: 13. 12. 2006,

15.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: 3067 270

Gebühr: 59 EUR

Thema: Schenken und Vererben, aber richtig!

Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski, Münster

Punkte: 5

Termin: 13. 12. 2006,

14.30 – 18.30 Uhr

Kurs-Nr.: ARB 067 112

Gebühr: 102 EUR pro Termin

Thema: Arbeitskreis Goldgussrestaurationen

3. Treffen im 2. Halbjahr

Referent: Dr. Albert Scherer, Paderborn

Punkte: 6 pro Termin

Termin: 13. 12. 2006,

15.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: ARB 067 108

Gebühr: 130 EUR pro Termin

Thema: Arbeitskreis für Funktionstherapie

3. Treffen im 2. Halbjahr

Referent: Dr. Christian Mentler, Dortmund; Dr. Uwe Harth, Bad Salzungen

Punkte: 6 Punkte pro Termin

Termin: 13. 12. 2006,

15.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: 067 285

Gebühr: 65 EUR

Thema: Neues von der Adhäsivtechnik – Ein Update Endodontie im Milchgebiss

Referent: Dr. Till Dammachke, Dr. Markus Kaup, beide Münster

Punkte: 4

Termin: 16. 12. 2006,
10.00 – 14.00 Uhr
Kurs-Nr.: ARB 067 138
Gebühr: 120 EUR pro Termin
Thema: Arbeitskreis für zeit-
gemäße Parodontologie
3. Treffen im 2. Halbjahr
Referent: PD Dr. Rainer Buch-
mann, Hamm
Punkte: 5 pro Termin

Dezentrale zahnärztl. Fortbildung

Termin: 13. 12. 2006,
15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Universitätszahnklinik,
Alfred-Herrhausen-Str. 50,
58455 Witten
Kurs-Nr.: DEZ 067 404
Gebühr: 65 EUR
Thema: Vortragsreihe: Endodon-
tic Topics; Teil 7: Revision von
endodontischen Misserfolgen
Referent: Prof. h.c. Dr. Norbert
Linden, Dr. Ljubisa Markovic,
beide Witten
Punkte: 4

Veranstaltungsvorschau für Zahnmedizinische Assistenz- und Verwaltungsberufe

Termin: 12./13. 01. 2007,
jeweils 9.00 – 16.00 Uhr
Kurs-Nr.: 073 210
Gebühr: 250 EUR
Thema: Röntgen- und Strahlen-
schutzkurs gemäß § 18 a Abs. 3
RöV
Referent: Dr. Irmela Reuter

Termin: 13. u. 27. 01. 2007,
jeweils 8.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 073 750
Gebühr: 290 EUR
Thema: Versiegelung von Zahn-
fissuren in Siegen
Referent: Dr. Martina Lösser,
Dr. Gertrud Kumpf

Termin: 17., 19., 20. und
27. 01. 2007,
jeweils 8.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 073 350
Gebühr: 370 EUR
Thema: Grundkurs Prophylaxe in
Lippstadt
Referent: Dr. Alexandra Leiwes-
meyer; ZMF Gudrun Leben

Auskunft: Akademie für Fortbil-
dung der ZÄKWL, Auf der Horst
31, 48147 Münster, Inge Rinker
Tel.: 0251/507-604
Fax: 0251 / 507-619
E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerz-
erzte-wl.de
Annika.Bruemmer@zahnaerzte-
wl.de
Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de
Ingrid.Hartmann@zahnaerzte-
wl.de
simone.meyer@zahnaerzte-
wl.de

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Aktualisierungskurs Fach-
kunde nach § 18 A RöV mit
Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother,
Hamburg
Termin: 10. 01. 2007,
14.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 50 EUR
Kurs-Nr.: 70002 rō

Thema: KFO-Reihe
Kieferorthopädische Wurzelre-
sorption – ein langfristiger Aus-
blick
Referent: Univ.-Prof. Dr. F. Wei-
land, Deutschlandsberg
Termin: 17. 01. 2007,
19.30 Uhr s.t.
Gebühr: 150 EUR
Kurs-Nr.: 1001 kfo

Thema: Erster Hamburger
Zahnärztetag
Referent: Prof. Dr. Wolfgang
Sprekels, Hamburg; Dietrich
Wersich, Staatsrat; Dr. Horst
Schulz, Hamburg; Dr. Michael
Cramer, Overath; Prof. Dr. Rei-
ner Hans Herbert Biffar, Greifs-
wald; Prof. Dr. Michael Hüls

mann, Göttingen; Prof. Dr. Bär-
bel Kahl-Nieke, Hamburg; Prof.
Dr. Thomas Kocher, Greifswald;
Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch,
Hamburg; Prof. Dr. Hermann
Rauhe, Hamburg
Termin: 27. 01. 2007,
9.00 – 16.45 Uhr
Gebühr: 170 EUR

Thema: Aktualisierungskurs Fach-
kunde nach § 18 A RöV mit
Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother,
Hamburg
Termin: 31. 01. 2007,
14.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 50 EUR
Kurs-Nr.: 70003 rō

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

Kongresse

■ Dezember

Dentitio 2006
Termin: 02. 12. 2006
Ort: Prag 1 – Altstadt
Thema: Optimale Rundum-Zahn-
medizin 2007
Auskunft: Carolina Servis Hanno-
ver, Kirchröder Str. 77,
30625 Hannover
Tel.: 0511/55 44 77
Fax: 0511/55 01 55
e-mail: org@raiman.de

10. Prothetik-Symposium
Hauptthema: Baustellte Totalpro-
thetik – Eine unendliche Ge-
schichte?
Veranstalter: Merz Dental zu-
sammen mit Quintessenz Verlag
Termin: 02. 12. 2006
Ort: Berlin
Auskunft: Merz Dental
Tel.: 04381/403 415
Quintessenz Verlag
Tel.: 030/761 80 630
www.merz-dental.de
www.quintessenz.de/prothetik

6. Keramik-Symposium der AG f. Keramik in der Zahnheilk. e.V.
und Verleihung des „For-
schungspreises Vollkeramik“ im
Rahmen der DGI-Jahrestagung
Deutsche Gesellschaft für Im-
plantologie ZMK
Hauptthema: „Vollkeramik – E-
volution durch revolutionäre Mate-
rialien und Techniken“
Termin: 02. 12. 2006,
9.30 – 16.00 Uhr
Ort: Dresden, Maritim-Hotel,
Ostra-Ufer 2
Auskunft: AG Keramik, Postfach
100 117, 76255 Ettlingen
Tel.: 0721/945 29 29
e-mail: info@ag-keramik.de
www.ag-keramik.de

11. Berliner Prophylaxetag
Termin: 08./09. 12. 2006
Ort: Berlin, Ludwig Erhard Haus
Auskunft: Tel.: 030/414 725-0
www.pfaff-berlin.de

9. Werkstoffkunde Symposium
Thema: Kunststoff – Material mit
Potenzial
Veranstalter: Quintessenz Verlag
Termin: 09. 12. 2006
Ort: Zürich, Schweiz
Auskunft: I. Siems, Quintessenz
Verlag, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/76 180-628
Fax: 030/76 180-693
www.quintessenz.de/zws

Symposium an der Charité Berlin
Thema: „Aktuelle Kontroversen
in der Parodontologie“ Sympo-
sium zu Ehren der Professoren
Jean-Pierre Bernimoulin, Armin
Herforth, Gisela Klinger und
Hans-Christian Plagmann
Termin: 09. 12. 2006,
8.45 – 16.15 Uhr
Ort: Hörsaal 3, Lehrgebäude,
Campus Virchow-Klinikum
Auskunft: Institut für Parodonto-
logie und Synoptische Zahnme-
dizin, Campus Virchow-Klinikum
Charité – Universitätsmedizin
Berlin, Augustenburger Platz 1,
13353 Berlin
e-mail: simone.milkereit@cha-
rite.de
www.charite.de/ch/paro

■ Januar 2007

54. Winterfortbildungskongress Braunlage 2007



Veranstalter: ZÄK Niedersachsen
Termin: 17. – 20. 01. 2007
Ort: Maritim Hotel Braunlage
Generalthema: Präventive und ästhetische Zahnheilkunde – Der Weg zum dauerhaft schönen Lächeln“

Auskunft: ZÄK Niedersachsen,
Ansgar Zboron, Zeißstraße 11a,
30519 Hannover
Tel.: 0511/833 91-303
Fax: 0511/833 91-306
e-mail: azboron@zkn.de

21. Berliner Zahnärztetag 11. BBI-Jahrestagung

Veranstalter: Quintessenz Verlag
Thema: Implant. interdisziplinär
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz

Termin: 19./20. 01. 2007
Ort: Berlin
Auskunft: Kongressabteilung,
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/761 80-624
Fax: 030/761 80-693

1. Kongress für Linguale Kieferorthopädie der Deutschen Ges. für Linguale Orthodontie (DGLO)

Termin: 19./20. 01. 2007
Ort: Wiesbaden
Auskunft: www.dglo2007.de

15. IAZA-Jahrestagung

Thema: Qualität und Transparenz – Was ist realisierbar?
Termin: 20. 01. 2007
Ort: Mainz
Auskunft: consilio medico GmbH, Hinkelsteinerstraße 8
55128 Mainz
Fax: 06131/33 77 55
e-mail: info@conmedmainz.de

15. Zahnärztetag Sachsen-Anhalt

Gemeinschaftstagung der ZÄK Sachsen-Anhalt und der Gesellschaft für ZMK an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Termin: 20. 01. 2007
Ort: Magdeburg, Herrenkrug Parkhotel
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis – das Medizinproduktegesetz und seine Auswirkung
Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt, Postfach 39 51, 39014 Magdeburg,
Tel.: 0391/7 39 39 14
Fax: 0391/7 39 39 20
E-Mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

56th International Alpine Dental Conference

Termin: 20. – 27. 01. 2007
Ort: 1850 Courchevel, France, Annapurna Hotel
Auskunft: The International Dental Foundation
53 Sloane Street, London, UK
Tel.: +44 207 235 0788
e-mail: idf@idfdentalconference.com

1. Hamburger Zahnärztetag 36. Hamburger Zahnärzteball

Termin: 27. 01. 2007
Ort: Dorint Sofitel Am Alten Wall Hamburg (ZÄT)
Atlantic Hotel Hamburg (Ball)
Auskunft: Pressestelle der Hamburger Zahnärzte, Möllner Landstraße 31, 22111 Hamburg
Tel.: 040/73 34 05-17
Fax: 040/73 34 05 99 17
e-mail: gerd.eisentraut@zaek-hh.de
www.zahnaerzte-hh.de

■ Februar 2007

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

Thema: Parodontologie – state of the art
Termin: 03. 02. 2007, 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

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

Termin: 10. – 16. 02. 2007
Ort: St. Anton am Arlberg, Oesterreich
Auskunft: Prof. Dr. Dr. Esser, Klinikum Osnabrück, Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück
Tel.: 0541/405-46 00
Fax: 0541/405-46 99
e-mail: mkg-chirurgie@klinikum-os.de

39. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos

Termin: 17. – 23. 02. 2007
Ort: Davos
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn
Tel.: 0228/85 57-55
Fax: 0228/34 54 65
e-mail: rs@fvdz.de

8. Int. KFO-Praxisforum 2007

Thema: Praktische Kieferorthopädie – Interdisziplinäre Erfahrungen aus Klinik und Praxis sowie Prophylaxekonzepte für Patienten & Praxis-Team
Termin: 24. 02. – 03. 03. 2007
Ort: Hotel Zermatter Hof, Zermatt/Schweiz
Auskunft: Dr. Anke Lentrodt, Eidelstedter Platz 1, 22523 Hamburg
Tel.: 040/570 30 36
Fax: 040/570 68 34
E-Mail: kfo-lentrodtt@t-online.de
www.dr-lentrodtt.de

■ März 2007

14. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

Thema: Implantologie beim Praktiker – was geht?
Veranstalter: KZV S-H und ZÄK S-H
Termin: 03. 03. 2007
Ort: Neumünster, Holstenhallen 3-5
Auskunft: Frau Ludwig, Tel.: 0431/38 97-128
Fax: 0431/38 97-100
e-mail: martina.ludwig@kzv-sh.de
www.kzv-sh.de

DDHV-Fortbildungstagung 2007

Veranstalter: Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.
Termin: 03. 03. 2007
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
www.ddhv.de

Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung

Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Kieferorthopädie
Thema: Neue Methoden, neue Horizonte, neue Grenzen
Termin: 03. – 10. 03. 2007
Ort: Kitzbühel – Kammer der gewerblichen Wirtschaft
Auskunft: Ärztezentrale Med. Info Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien
Tel.: (+43/1)531 16-38
Fax: (+43/1)531 16-61
E-Mail: azmedinfo@media.co.at
www.oegkfo.at

Fortbildungs-Kongress der Universität Düsseldorf

Thema: Implantate in der Kieferorthopädie, Aktueller Stand der Wissenschaft, Klinische Einsatzmöglichkeiten
Referenten: Prof. Kyung, Prof. Melsen; Prof. Wehrbein; Prof. Declerk, Prof. Bumann, Prof. Jost-Brinkmann, Prof. Crismani; Dr. Toll, Dr. Dr. Berens, Prof. Drescher, Dr. Wilmes

Auskunft: Dr. B. Wilmes, Westdeutsche Kieferklinik, UKD, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
Tel.: 0211/81 18 671 oder 81 18 160
Fax: 0211/81-19 510
e-mail: wilmes@med.uni-duesseldorf.de

Karlsruher Konferenz 2007

Termin: 30./31. 03. 2007
Ort: Karlsruhe
Auskunft: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, Sophienstraße 41, 76133 Karlsruhe
Tel.: 0721/91 81-101
Fax: 0721/91 81-299

■ April 2007

Dental South China 2007

Termin: 02. – 05. 04. 2007
Ort: Guangzhou Chinese Export Commodities Fair Hall, Liu Hua Road, Guangzhou/Canton, P. R. China
Auskunft: Ms. Maura Wu, Tel.: 0086-20-83 56 72 76
Fax: 0086-20-83 51 71 03
E-Mail: maurawu@ste.com.cn
www.dentalsouthchina.com

8th Int. Dental Exhibition DENTEXPO 2007

Termin: 19. – 21. 04. 2007
Ort: Warsaw, 2700 Poland, Palace of Culture ans Science
Auskunft: www.dentexpo.pl

18. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für ZMF

Thema: Mensch und Mundhöhle – eine besondere Beziehung
Termin: 20. 04. 2006
Ort: Schluchsee
Auskunft: Tel.: 0761/45 06-314
Fax: 0761/45 06-450
e-mail: dori.mueller@bzw-freiburg.de

32. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Die Mundhöhle – mehr als eine Kiste voller Zähne
Termin: 20./21. 04. 2006
Ort: Titisee
Auskunft: Tel.: 0761/45 06-314
Fax: 0761/45 06-450
e-mail: dori.mueller@bzw-freiburg.de

■ Mai 2007

57. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie

28. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin
Termin: 17. – 19. 05. 2007
Ort: Wiesbaden
Auskunft: Schriftführer der AGKi Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Kleinheinz Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Tel.: 0251/834-70 05
e-mail: johannes.kleinheinz@uk-muenster.de
www.ag-kiefer.de

Universitäten

Universität Düsseldorf

Fortbildung der Westdeutschen Kieferklinik, UKD

Thema: Mini-Implantate in der Kieferorthopädie: Indikationen, Konzepte und Risiken
Referent: Prof. Dr. Dieter Drescher, OA Dr. Benedict Wilmes
Termin: 27. 01. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Universität Düsseldorf, Hörsaal ZMK/Orthopädie
Teilnehmergebühr: 380 EUR (Assistenten mit Bescheinigung 280 EUR)
Fortbildungspunkte: 8
Auskunft: Dr. B. Wilmes, Westdeutsche Kieferklinik, UKD, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
Tel.: 0211/81 18 671 oder 81 18 160
Fax: 0211/81-19 510
e-mail: wilmes@med.uni-duesseldorf.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: Schöne weiße Zähne – zwischen Universität und Praxis
Veranstalter: Discus Dental Europe B.V.

Termin: 02. 12. 2006
Ort: Grand Hyatt Berlin
Sonstiges: 5 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 90 EUR; 180 EUR
Auskunft: Dagmar Stolpe, Discus Dental Europe B.V., Pforzheimer Str. 126 a, 76275 Ettlingen
Tel.: 0800/422 84 48
Fax: 07243/32 43 29

Thema: PAR Patienten professionell betreut

Veranstalter: DentFit.de
Termin: 02. 12. 2006
Ort: Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Simone Klein
Auskunft: DentFit.de, Trendelenburgstr. 14, 14057 Berlin
Tel.: 030/32 60 95 90
Fax: 030/32 60 95 92
www.dentfit.de

Thema: „Applied Kinesiology (AK) und Armlängenreflextest (AR)“ Schwerpunkt: Störfeld- und Herdsuche, Materialtest, Interpretation und Therapiemöglichkeiten von/mit Röntgenbildern aus ganzheitlicher Sicht
Veranstalter: Privatakademie für Naturheilkunde GmbH (PAN)
Termin: 02. 12. 2006, 9.00 – 17.30 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg, Streithorstweg 3

Sonstiges: Ref.: Dr. med. dent. A. Rossaint, Aachen; AK nach Goodheart und AR nach von Assche; Rö-Bilder-Diagnostik: Allgemeinerkrankungen und ihre Relation zur Zahnheilkunde; 10 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 280 EUR
Auskunft: Dr. med. dent. Ulrich Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Prophylaxe update Praktischer Arbeitskurs für Fortgeschrittene
Veranstalter: DentFit.de
Termin: 06. 12. 2006
Ort: Biberach/Riss
Sonstiges: Ref.: Genoveva Schmid

Auskunft: DentFit.de, Trendelenburgstr. 14, 14057 Berlin
Tel.: 030/32 60 95 90
Fax: 030/32 60 95 92
www.dentfit.de

Thema: Prophylaxe aktuell für Prophylaxe-Profis
Veranstalter: DentFit.de
Termin: 08. 12. 2006
Ort: Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Genoveva Schmid
Auskunft: DentFit.de, Trendelenburgstr. 14, 14057 Berlin
Tel.: 030/32 60 95 90
Fax: 030/32 60 95 92
www.dentfit.de

Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 09. 12. 2006, 9.00 – 13.00 Uhr und 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise
Kursgebühr: je 130 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: Traditionelle chinesische Medizin (TCM) aus der Praxis für die Praxis

Veranstalter: Privatakademie für Naturheilkunde GmbH (PAN)
Termin: 13. 01. 2007, 10.00 – 18.00 Uhr; 14. 01. 2007, 9.00 – 15.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg, Streithorstweg 3
Sonstiges: Ref.: HP Rita Heese, Bad Münden; Grundlagen der TCM; Yin-Yang-Monate; Fülle-Leere-Prinzip u.a.; 14 Punkte
Kursgebühr: 320 EUR
Auskunft: Dr. med. dent. Ulrich Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Mini Anorage Pins – tomas®

Veranstalter: Dentaforum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin/Ort: 14. 01., Frankfurt; 30. 09., Pulheim bei Köln
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Axel Bumann; 9 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaforum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803-409
E-Mail: kurse@dentaforum.de
www.dentaforum.de

Thema: Fortbildung und Sicherheit! Winterfahrtraining und zahnmedizinisches Seminar

Veranstalter: Porsche Schweiz, Veltheim Driving Center fortbildungRosenberg
Termin: 18. – 20. 01. 2007
Ort: Engadin
Kursgebühr: 1 880 CHF pro Person im Doppelzimmer; Einzelzimmerzuschlag ca. 80 CHF pro Nacht; Begleitperson 600 CHF (ohne Fahrtraining und Seminar) im Doppelzimmer; Verlängerungsnacht 240 CHF pro Person
Auskunft: www.fbrb.ch

Thema: Einführung in die „Manuelle Funktions- bzw. Strukturanalyse“

Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 12. + 13. 01. 2007
Ort: Berlin
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. A. Bumann (MSA-I)
Kursgebühr: 690 EUR + 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
Internet: www.ifg-hl.de

Thema: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Prothetik Optimierung der vorhandenen Totalprothese – Demokurs M701 –
Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: 19. 01. 2007,
9.00 – 17.30 Uhr

Ort: Praxis Mahnke, Danziger Str. 25, 31582 Nienburg

Sonstiges: Seminarleiter: Ernst O. Mahnke, Zahnarzt; mind. Teilnehmerzahl: 2; max. Teiln.: 20; 8 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 450 EUR + MwSt. inkl. Tagesverpflegung

Auskunft: Praxis Mahnke, Danziger Str. 25, 31582 Nienburg
Tel.: 05021/97 31-23
Fax: 05021/97 31-29

Thema: Blick hinter die Kulissen

Veranstalter: Corona Lava Fräszenrum

Termin: 19. 01. 2007,
Beginn 15.00 Uhr

Ort: Starnberg

Kursgebühr: kostenlos

Auskunft: Münchner Str. 33, 82319 Starnberg
Tel.: 08151/55 53 88
Fax: 08151/73 93 38
e-mail: info@lavazentrum.de
www.lavazentrum.de

Thema: Die Herstellung von Aufbisschienen

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 19. – 20. 01. 2007

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Diether Reusch, ZTM Paul Gerd Lenze

Kursgebühr: 800 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte Bilzstr. 5, 56457 Westerburg
Tel.: 02663/91 190-30
Fax: 02663/91 190-34
www.westerburgerkontakte.de

Thema: Deutschlandpremiere: Exklusivvorstellung Lava Scan ST

Veranstalter: Corona Lava Fräszenrum

Termin: 20. 01. 2007,
Beginn 10.00 Uhr

Ort: Starnberg

Kursgebühr: kostenlos

Auskunft: Münchner Str. 33, 82319 Starnberg
Tel.: 08151/55 53 88
Fax: 08151/73 93 38
e-mail: info@lavazentrum.de
www.lavazentrum.de

Thema: Kombiniert Implantologisch Prothetische Rehabilitation
Veranstalter: Kongressbüro Spitzingsee

Termin: 20./21. 01. 2007

Ort: Spitzingsee/Obb., Konferenzzentrum Seehof, PLZ 83727

Sonstiges: Konzept der Universität Graz; Helferinnenkurs: Richtiges Instrumentieren in der Implantologie mit Livedemo

Kursgebühr: 495 EUR

Auskunft: Dr. M. Schubert, Erdinger Str. 32, 85356 Freising
Tel.: 08161/82 828
Fax: 08161/82 121

Thema: Implantologie in Theorie und Praxis – einfach und sicher mit dem IMPLA-System
 Universitätskurs

Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: auf Anfrage

Ort: Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Zentrum für Zahnmedizin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Sonstiges: Seminarleiter:

Dr. Frank Petzer Strietzel

Kursgebühr: 299 EUR + MwSt.

Auskunft: Frau Lenz, Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach
Tel.: 06003/814-396
Fax: 06003/814-906

Thema: Implantologie in Theorie und Praxis – einfach und sicher mit dem IMPLA-System
 Universitätskurs

Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: auf Anfrage

Ort: Dr. Rainer Valentin, Deutscher Freiheit 95-97, 50679 Köln

Sonstiges: Seminarleiter:

Dr. Rainer Valentin

Kursgebühr: 269 – 299 EUR + MwSt.

Auskunft: Frau Lenz, Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach
Tel.: 06003/814-396
Fax: 06003/814-906

Thema: Privatleistungen in der Kieferorthopädie

Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 26. 01. 2007

Ort: Kassel

Sonstiges: Ref.: Dipl.oec. Hans-Dieter Klein; 8 Punkte

Kursgebühr: 299 EUR + MwSt.

Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803-409

E-Mail: kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.de

Thema: Die Abformung als Informationsmedium zwischen Praxis und Labor

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 26. 01. 2007,
14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: PD Dr. Hans-Jürgen Wenz

Kursgebühr: 220 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: Einführung in die Systematik der Parodontalbehandlung;

1. Kurs zum Curriculum PAR

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 26. 01.- 2007,
14.00 – 18.00 Uhr;

27. 01. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Peter Cichon
Kursgebühr: 640 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300 Fax: 02323/94 68 333

Thema: CMD – Klinische Funktionsdiagnostik
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 26. 01. – 2007, 9.00 – 18.00 Uhr;
 27. 01. 2007, 8.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolf Dieter Seeher
Kursgebühr: 900 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Moderne Endodontie – Gewusst wie!
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 26. – 27. 01. 2007
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Dr. H. W. Herrmann
Kursgebühr: 900 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte Bilzstr. 5, 56457 Westerburg Tel.: 02663/91 190-30 Fax: 02663/91 190-34 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Multibandtechnik 3 intra- und extraorale Verankerungsmaßnahmen
Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
Termin: 26./27. 01. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. F. G. Sander, Ulm
Kursgebühr: 580 EUR + MwSt. + 37 EUR + MwSt. für Work-Kit
Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau B. Rumpf, Tel.: 069/942 21-113 Fax: 069/942 21-201

Thema: Craniomandibuläre Dysfunktion – Craniosacrale Osteopathie; Kurs 3: „Schienenkurs“
Veranstalter: Privatakademie für Naturheilkunde GmbH (PAN)
Termin: 27. 01. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg, Streithorstweg 3
Sonstiges: Dieser praktische Kurs wendet sich an Kollegen/Innen, die bereits Kurse über Craniosacraltherapie absolviert haben; 10 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 280 EUR
Auskunft: Dr. med. dent. Ulrich Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg Tel.: 05475/95 98 55 Fax: 05475/52 57

Thema: Einführung in die dentale Fotografie
Veranstalter: Nemris GmbH & Co KG
Termin: 27. 01. 2006
Ort: Eschlkam
Sonstiges: Ref.: ZTM Jan-Holger Bellmann; ZTM Christian Hannker; Dr. Stefan Neumeyer
Kursgebühr: 189 EUR + MwSt.
Auskunft: Nemris GmbH & Co.KG, Leninger Str. 10, 93458 Eschlkam Tel.: 09948/940 921 Fax: 09948/940 939 e-mail: info@nemris.de www.nemris.de

Thema: Fortgeschrittenenkurs (auch für Einsteiger von Interesse) mehrere Live-OP's, interner- und externer Sinuslift, Augmentationstechniken
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 27. 01., 03. 03., 08. 09. und 24. 11. 2007
Ort: Dr. Bert Eger, Wrangelstr. 11-12, 12165 Berlin
Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Bert Eger
Kursgebühr: 404 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Lenz, Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach Tel.: 06003/814-396 Fax: 06003/814-906

Thema: Der sichere Weg in der Implantologie
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: auf Anfrage
Ort: Praxis Dieter Bilk, Oberhögener Str. 7, 35516 Münzenberg
Sonstiges: Seminarleiter: ZA Dieter Bilk
Kursgebühr: 269 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Lenz, Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach Tel.: 06003/814-396 Fax: 06003/814-906

Thema: Implantologie – Kurs mit Übungen am Humanpräparaten
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: auf Anfrage
Ort: Ludwig-Maximilians-Universität, Anatomische Anstalt, Pettenkoferstr. 11, 80336 München
Sonstiges: Seminarleiter: Prof. Dr. med. K.-U. Benner
Kursgebühr: 716 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Lenz, Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach Tel.: 06003/814-396 Fax: 06003/814-906

Thema: Funktionstherapie bei craniomandibulären Dysfunktionen – Aufbaukurs
Veranstalter: Dr. Ralf-Günther Meiritz, Physiotherapeut W. Stelzenmüller
Termin: 27. 01. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr;
 28. 01. 2007, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Schlüchtern oder Bad Soden - Salmünster
Sonstiges: interdisziplinärer Therapiekurs richtet sich an Zahnärzte, Kieferorthopäden, Physiotherapeuten; 22 Punkte
Kursgebühr: 400 EUR, Assistenten mit Nachweis und Physiotherapeuten 325 EUR
Auskunft: Kieferorthopädische Praxis Dr. Meiritz, Bahnhofstr. 6a, 36381 Schlüchtern Tel.: 06661/34 55 Fax: 06661/24 60 www.dr-meiritz.de

Thema: Modellguss I – Grundkurs
Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 31. 01. – 02. 02. 2007
Ort: Münster
Sonstiges: Ref.: ZT Carsten Haak
Kursgebühr: 299 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 E-Mail: kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Praxisgründung 2005

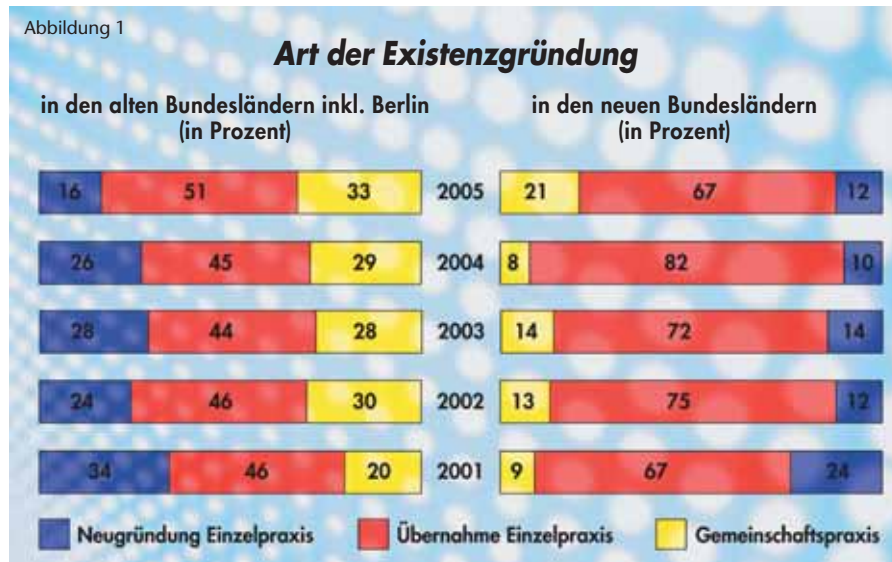
Ideeller Wert der Zahnarztpraxen gesunken

Seit 1984 analysiert das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank jährlich das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Der folgende Beitrag dokumentiert die wichtigsten Ergebnisse für das Jahr 2005.

minierende Niederlassungsform. In Ostdeutschland wählten im Jahr 2005 sogar 67 Prozent der Zahnärzte diese Existenzgründungsform als Start in die Freiberuflichkeit. Gemeinschaftspraxen haben in Ostdeutschland mit einer Quote von 21 Prozent trotz ihrer dynamischen Anteilsentwicklung immer noch eine geringere Bedeutung als in Westdeutschland. Damit waren auch 2005 immer noch deutliche Unterschiede im Verteilungsmuster zwischen Ost- und Westdeutschland erkennbar.

Mitte 30 die eigene Existenz

Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug zum Zeitpunkt der Niederlassung 36 Jahre, in Ostdeutschland 35 Jahre. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile nahezu nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren im Durchschnitt 36,2 Jahre alt und damit lediglich ein halbes Jahr älter als ihre Kolleginnen. Die gewählte Form der zahnärztlichen Niederlassung variiert je nach Alter des Existenzgründers. In den alten Bundesländern zeigte die Gruppe der jun-



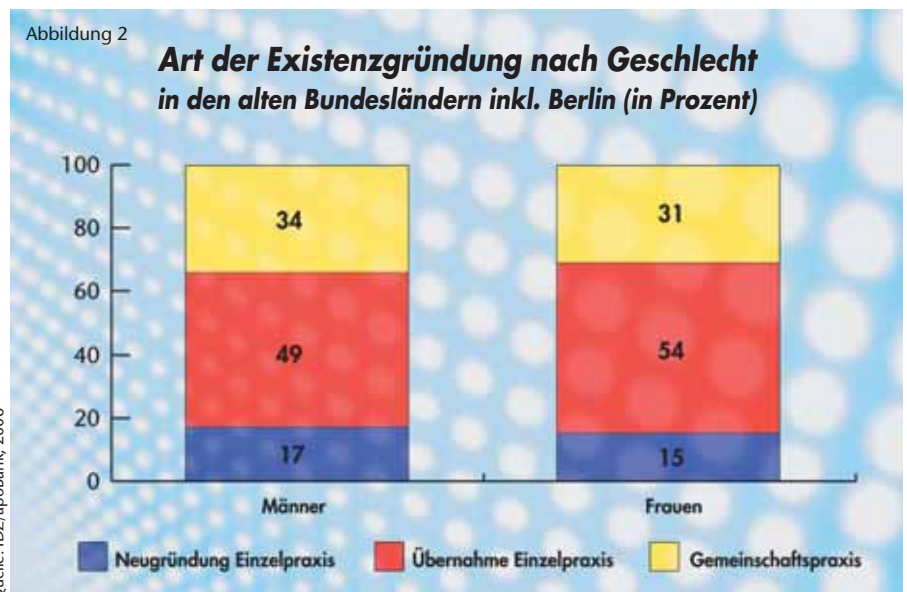
Die Zahl der Zahnärzte, die ihre Praxisaufgaben, verharnte ebenso wie die Zahl der Existenzgründungen im Jahr 2005 auf dem Vorjahresniveau. Knapp 1 630 Zahnärzte schieden aus dem Berufsleben aus. Gleichzeitig entschieden sich etwa 1 800 Zahnärzte für den Schritt in die Selbständigkeit.

Die Verteilung zahnärztlicher Existenzgründungen auf die Einzelpraxisneugründung, die Einzelpraxisübernahme und die Gemeinschaftspraxis hat sich in den alten Bundesländern im Vergleich zum Vorjahr merklich verschoben.

Der Anteil der Einzelpraxisneugründungen nahm um 10 Prozentpunkte ab, während der Anteil der Einzelpraxisübernahmen um 6 Prozentpunkte und der Anteil der Gemeinschaftspraxen um 4 Prozentpunkte stieg. In den neuen Bundesländern erhöhte sich der Anteil der Gemeinschaftspraxen gegenüber dem Vorjahr deutlich um 13 Prozentpunkte; der Anteil der Einzelpraxisübernahmen sank hingegen um 15 Prozentpunkte (vgl. Abb. 1).

Unterschiede im Verteilungsmuster

In Westdeutschland war die Übernahme einer Einzelpraxis im Jahr 2005 mit einem Anteil von 51 Prozent nach wie vor die do-





gen Zahnärzte (bis 30 Jahre) mit einem Anteilswert von 34 Prozent vergleichsweise die stärkste Präferenz für die Niederlassungsform der Gemeinschaftspraxis; in der Gruppe der über 40-jährigen Zahnärzte lag der Anteil hingegen bei 29 Prozent. Offensichtlich sehen gerade die jüngeren Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können. Bei den über 40-jährigen zahnärztlichen Existenzgründern wurden demgegenüber die Einzelpraxisübernahme und die Einzelpraxisneugründung vergleichsweise häufiger präferiert. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland sind geringer geworden, bestanden aber auch im Jahr 2005 weiter (vgl. Abb. 3). Im Gegensatz zu den alten Bundesländern, in denen 59 Prozent der Existenzgründungen durch Männer und 41 Prozent durch Frauen realisiert wurden, war die Geschlechtsverteilung in den neuen Bundesländern nahezu ausgeglichen. Hier erfolgten 51 Prozent der Existenzgründungen durch Männer und 49 Prozent durch Frauen.

Gegenüber dem Vorjahr fiel der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern um 3 Prozentpunkte. In den alten Bundesländern stieg der Anteil der weiblichen Existenzgründer seit dem Jahr 2000 hingegen um insgesamt 10 Prozentpunkte. Mittelfristig ist mit einer Angleichung der Geschlechtsverteilung in den alten und den neuen Bundesländern zu rechnen – bei einem gleichzeitigen Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes.

Städte bevorzugt

Im Hinblick auf die gewählte Praxislage war in den alten Bundesländern eine Abnahme von Existenzgründungen im ländlichen Umfeld zu erkennen; gegenüber dem Vorjahr sank der Anteilswert von 27 Prozent um 5 Prozentpunkte auf 22 Prozent im Jahr

2005. Demgegenüber konnten die Existenzgründungen in klein- und mittelstädtischen Lagen anteilmäßig zulegen. Auch in den neuen Bundesländern nahm der Anteil der Existenzgründungen im ländlichen Raum vergleichsweise am stärksten ab; der Anteil verringerte sich gegenüber dem Vorjahr um 9 Prozentpunkte auf 36 Prozent. Gleichzeitig stieg der Anteil der Existenzgründungen im kleinstädtischen Umfeld um 6 Prozentpunkte auf 30 Prozent.

Hohe Startkosten

Wie sich diese bemerkenswerten Veränderungen auf die Finanzierungsstrukturen ausgewirkt haben, wird im Folgenden für die alten Bundesländer dargestellt (vgl. Tab. 1 und Tab. 2).

In Westdeutschland ist das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung im Jahr 2005 erneut gestiegen und lag mit 355 000 Euro etwa 6 Prozent über dem Vorjahreswert (vgl. Abb. 4).

Das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme stieg zugleich um knapp 4 Prozent auf 264 000 Euro (vgl. Abb. 5). Damit erhöhte sich die Differenz zwischen den beiden Niederlassungsformen hinsichtlich des Gesamtfinanzierungsvolumens um 11 000 Euro auf aktuell 91 000 Euro.

Im Jahr 2005 entfielen 66 Prozent des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 11 Prozent auf die Bau- und Umbaukosten und 23 Prozent auf den Betriebsmittelkredit.

Bei einer Einzelpraxisübernahme wurden im Jahr 2005 durchschnittlich 44 Prozent des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zuzüglich Neuanschaffungen, 29 Prozent für den Goodwill, 4 Prozent für die Bau- und Umbaukosten und 23 Pro-

Finanzierungsvolumina bei Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis – alte Bundesländer inkl. Berlin – (in 1000 €)

	med.-techn. Geräte und Einrichtung	+	Bau- und Umbaukosten	=	Praxisinvestitionen	+	Betriebsmittelkredit	=	Gesamtfinanzierungsvolumen
2001	208		39		247		75		322
2002	209		43		252		75		327
2003	210		46		256		73		329
2004	216		48		264		71		335
2005	233		40		273		82		355

Tabelle 1

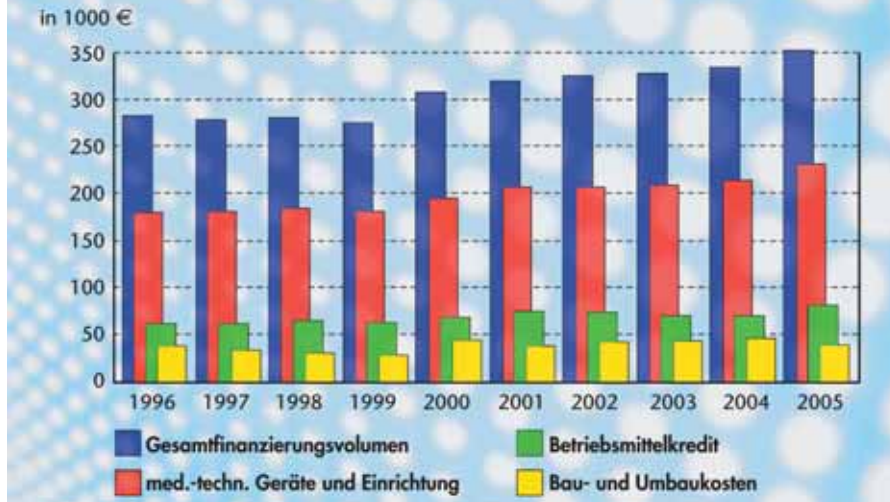
Finanzierungsvolumina bei Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis – alte Bundesländer inkl. Berlin – (in 1000 €)

	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	+	Goodwill	+	Bau- und Umbaukosten	=	Praxisinvestitionen	+	Betriebsmittelkredit	=	Gesamtfinanzierungsvolumen
2001	112		84		12		208		56		264
2002	110		82		13		205		55		260
2003	103		73		9		185		52		237
2004	109		82		10		201		54		255
2005	116		76		10		202		62		264

Tabelle 2

Abbildung 4

Finanzierungsvolumina bei der Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis – alte Bundesländer inkl. Berlin



Quelle: IDZ/apoBank, 2006

zent für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Im langfristigen Trend hat sich die Kostenverteilung damit als relativ stabil erwiesen.

Eine nach Alter differenzierte Betrachtung zeigt, dass die jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer (bis 30 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 371 000 Euro (2004: 312 000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierten. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 278 000 Euro nahm das finanzielle Engagement der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Vorjahr um 14 000 Euro beziehungsweise 5 Prozent zu, während die jüngeren Zahnärzte hier im Durchschnitt 259 000 Euro – und somit 15 000 Euro beziehungsweise 5 Prozent weniger als im Vorjahr – aufwendeten.

Die vergleichsweise geringsten Investitionen tätigte die Gruppe der 41-jährigen und älteren Existenzgründer. Das durchschnittliche Finanzierungsvolumen in dieser Gruppe lag im Jahr 2005 bei durchschnittlich 348 000 Euro (2004: 329 000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung beziehungsweise 224 000 Euro (2004: 213 000 Euro) für eine Einzelpraxisübernahme. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzie-

rungsvolumens haben sich im Jahr 2005 leicht rückläufig entwickelt.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hinblick auf das Investitionsvolumen sind im Jahr 2005 gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert geblieben. In die Neugründung beziehungsweise Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 392 000 Euro (plus 5 Prozent) beziehungsweise 287 000 Euro (plus 5 Prozent). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzel-

praxisneugründung stiegen im gleichen Zeitraum um 6 Prozent auf 301 000 Euro. Auch bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer mit 238 000 Euro etwa 5 Prozent mehr als im Vorjahr.

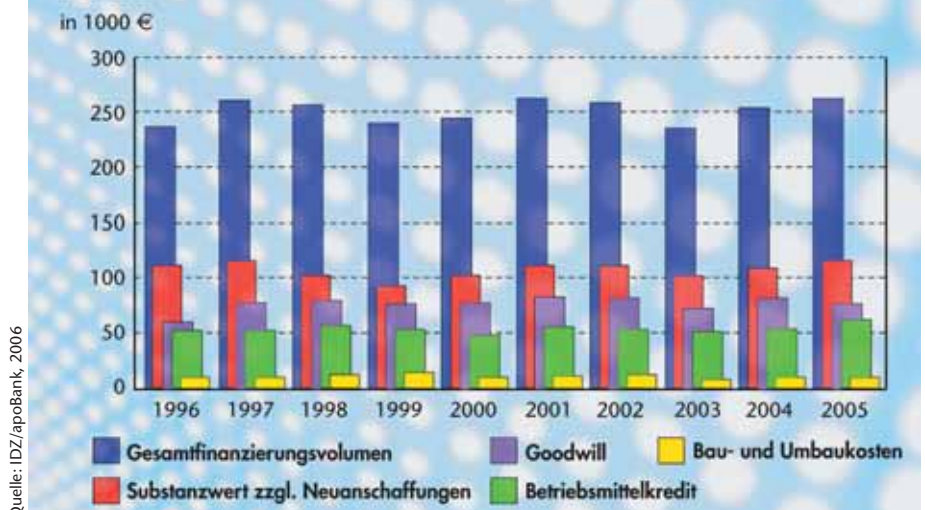
Teure Neugründung

Im Hinblick auf die Praxislage erforderte die Einzelpraxisneugründung in einer Mittelstadt im Jahr 2005 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 398 000 Euro lag das Finanzierungsvolumen mit einem Plus von 68 000 Euro beziehungsweise 21 Prozent deutlich über dem Vorjahreswert. Auch im großstädtischen Bereich war gegenüber dem Vorjahr ein merklich höheres Finanzierungsvolumen zu veranschlagen. Hier stieg das Finanzierungsvolumen um 59 000 Euro beziehungsweise 19 Prozent. Einzelpraxisneugründungen im kleinstädtischen Umfeld erforderten wie im Vorjahr unverändert ein Finanzierungsvolumen von durchschnittlich 352 000 Euro, während die Einzelpraxisneugründung im ländlichen Bereich etwa 2 Prozent günstiger als im Vorjahr war.

Bei einer Einzelpraxisübernahme war das höchste Finanzierungsvolumen im großstädtischen Bereich aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme mit

Abbildung 5

Finanzierungsvolumina bei der Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis – alte Bundesländer inkl. Berlin



Quelle: IDZ/apoBank, 2006

274 000 Euro zu Buche (2004: 246 000 Euro). Im ländlichen Umfeld waren Einzelpraxisübernahmen mit durchschnittlich 244 000 Euro knapp 6 Prozent günstiger als im Vorjahr. Wie bereits im Jahr 2003 zeigte sich auch für das Jahr 2005, dass Existenzgründungen vor allem im ländlichen Bereich vergleichsweise günstig waren, während für Existenzgründungen im groß- und mittelstädtischen Bereich ein um etwa 10 bis 20 Prozent höheres Finanzierungsvolumen veranschlagt werden musste.

Kredit für die Betriebsmittel

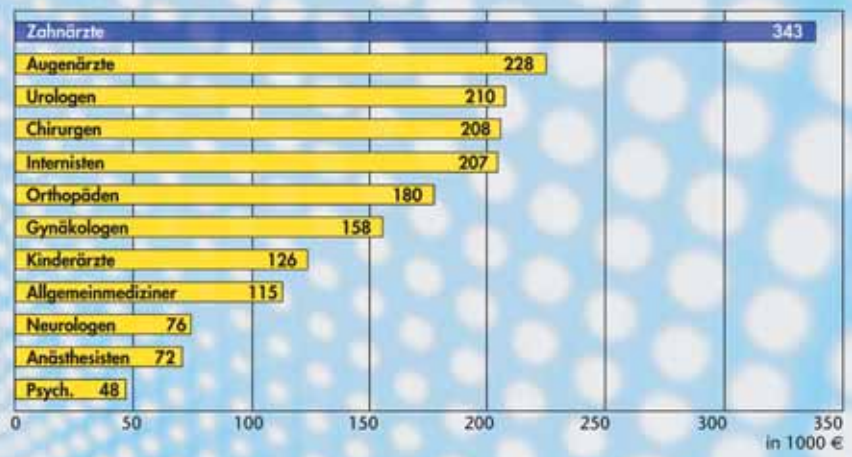
Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- beziehungsweise Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkredit betrug im Jahr 2005 etwa 82 000 Euro und lag damit um 15 Prozent über dem Vorjahresniveau. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit lag im Jahr 2005 mit 62 000 Euro ebenfalls 15 Prozent über dem Vorjahreswert. Die Gruppe der bis 30-jährigen Zahnärzte fragte im Jahr 2005 deutlich höhere Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nach als im Vorjahr. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkredit stieg in dieser Altersgruppe um 40 Prozent auf 88 000 Euro. Auffallend waren hier die geschlechtsspezifischen Unterschiede. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 92 000 Euro einen um 26 000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebsmittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 66 000 Euro etwa 14 000 Euro über dem entsprechenden Betrag der Frauen.

Goodwill für die Zukunft

Die im Rahmen einer Praxisneugründung anfallenden Bau- und Umbaukosten sanken im Jahr 2005 um 8 000 Euro auf 40 000 Euro. Bei den Praxisübernahmen betrug die Ausgaben für bauliche Maßnahmen wie

Abbildung 6

Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Neugründung einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern nach Arztgruppen 2004/2005



schon im Vorjahr 10 000 Euro. Die Differenz zwischen den beiden Praxisformen hinsichtlich der Bau- und Umbaukosten hat sich von 15 000 Euro im Jahr 1999 auf aktuell 30 000 Euro verdoppelt.

Bei der Praxisübernahme liegt der Kaufpreis im Regelfall deutlich über dem materiellen Wert der bereits in der Praxis vorhandenen Geräte und Ausstattungen (Substanzwert). Die Differenz wird als ideeller Wert oder auch „Goodwill“ bezeichnet. Im Goodwill spiegeln sich die subjektiven Erwartungen des Käufers an die zukünftige Ertragskraft der Zahnarztpraxis wider. In den alten Bundesländern sank das Niveau des Goodwill im Jahr 2005 um 6 000 Euro auf 76 000 Euro und lag damit unter dem Niveau des Jahres 1997.

Der arztgruppenbezogene Vergleich der für eine Einzelpraxisneugründung aufzubringenden Finanzmittel in den Jahren 2004/2005 (vgl. Abb. 6) zeigt, dass das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon im Vorjahr von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird. Mit 3 Prozent blieb der Zuwachs jedoch vergleichsweise moderat. Allerdings repräsentieren die Einzelpraxisneugründungen inzwischen nur noch ein Sechstel der zahnärztlichen Existenzgründungen in den alten Bundesländern, während die „günstigeren“ Praxisformen (Einzelpraxisübernahme, Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis) im Zeitablauf an Bedeutung gewonnen haben. Die Investitionsvolumina in den anderen Arztgruppen

entwickelten sich unterschiedlich. Die höchsten Steigerungsraten verzeichneten wie schon im Vorjahr die Kinderärzte mit einem Plus von 31 Prozent, während das Finanzierungsvolumen bei den Chirurgen um 28 Prozent zurückging. Subsummiert man die Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich für diese Gesamtgruppe in 2004/2005 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von zirka 124 000 Euro, was einem Rückgang von 9 Prozent gegenüber dem Zeitraum 2003/2004 entspricht.

Unverkennbar ist, dass die zahnärztliche Berufsausübung eine sehr umfangreiche medizinisch-technische Ausstattung zur modernen Patientenversorgung erforderlich macht, die entsprechend hohe Investitionsvolumina begründet. Dies gilt in gleicher Weise für die zunehmende Prophylaxeorientierung der Zahnärzteschaft, die auf der einen Seite zusätzlichen finanziellen Aufwand mit sich bringt, sich auf der anderen Seite aber auch positiv auf die Berufszufriedenheit auswirkt und durch mutige Investitionsentscheidungen widergespiegelt wird.

Dr. David Klingenberg
Institut der Deutschen Zahnärzte – IDZ
Universitätsstraße 73
50931 Köln

Andrea Schwarte
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Richard-Oskar-Mattharn-Straße 6
40547 Düsseldorf

Konfrontationen im Praxisalltag meistern

Mit Weisheit und Routine

Im Alltag wird der Zahnarzt als Praxisinhaber immer wieder mit Problemen konfrontiert, die über seinen fachlichen Horizont als Zahnmediziner hinausgehen. Manchmal hilft Gelassenheit, öfter das Know-how im Umgang mit Konflikten.



Foto: dpa

Widerstand ernstnehmen, damit umgehen wie ein Judoka, der den Druck wegnimmt und dem Widerstand Raum gibt.

Widerstände und Konflikte als etwas Normales zu begreifen, gezielt anzugehen und offen anzusprechen, lohnt sich immer. So wird die Situation allen Beteiligten klar und eine gemeinsame Lösung erst möglich. Wichtig für den Praxischef bleibt, wenn er sich das Konfliktmanagement ausarbeitet, an die 72-Stunden-Regel zu denken: „Was nicht innerhalb der nächsten 72 Stunden umgesetzt wird, landet unter der Rubrik ‚guter Vorsatz‘, wird aber nicht realisiert.“ Je eher er die nötigen Schritte einleitet, um so eher erreicht er sein Ziel.

Früh erkannt, ...

Oft handelt es sich bei regelmäßig wiederkehrenden Konflikten um Probleme ähnlicher Natur: der Patient, der sich trotz intensiver Aufklärung über den zu hohen Preis beschwert; das Team, das „verstimmt“ reagiert, wenn der Arbeitstag mal wieder erst eine Stunde später endet; der eigene Frust, wenn der HKP auf mehr Kompromissen basiert als gut ist, weil die optimale Behandlung dem Patienten zu teuer ist.

Diese „Energiefresser“ beanspruchen Konzentration und Zeit, die der Zahnarzt lieber der Behandlung widmen würde. Doch Konflikte sind nicht immer zu umgehen. „Symptomatische“ Situationen treten auf, wenn – und weil – alle Betroffenen in ihren eigenen Strickmustern gefangen sind. Einblicke in konkrete Konfliktfelder und das Verständnis einzelner -muster liefern Lösungsmöglichkeiten. Konflikte entstehen oft, weil die Angesprochenen

- die Motive, Hintergründe oder Ziele eines Sachverhaltes nicht verstanden haben. Vielleicht hat

der Chef/Behandler aus ihrer Sicht einfach zu lang monologisiert, zu kompliziert erklärt? Sein Gesprächspartner hat die wesentlichen Infos zwar gehört, aber nicht als „wichtig für mich“ gespeichert.

- die Inhalte zwar kognitiv verstanden haben, aber nicht glauben. Ihnen fehlt noch Vertrauen zum Zahnarzt oder sie empfinden ihn als zu befangen oder zu wenig objektiv. Hier gilt es zu prüfen, ob negative bis pessimistische „Zuflüsterer“ im Freundes- oder Familienkreis den Patienten oder Mitarbeiter beeinflussen.

- es zwar verstanden haben und dem Zahnarzt vertrauen, aber nicht mitgehen, etwa weil sie keine positiven Veränderungen erwarten und / oder „der Preis für die Veränderung zu hoch“ ist. Typisches Beispiel: Patienten, die trotz klarer Vereinbarung bei versäumten Terminen das Ausfallhonorar verweigern und „mit Weggang in eine andere Praxis“ drohen. Oder der Chef setzt für auszubauende Prophylaxe als Ziel 55 000 Euro im Jahr, doch das Team orientiert sich bei der Zahlungskraft der Patienten an Negativbeispielen oder am eigenen

Unwillen zu Zuzahlungen. Konflikte sind immer als Widerstände zu spüren, primär emotionaler Art. Selten folgen auf klare Fragen klare Antworten, manchmal kommt den Betroffenen eher „etwas nicht geheuer“ vor, weil die Signale verschlüsselt sind:

- Das Team arbeitet schleppend, trägt Meetings nicht aktiv oder gar nicht mehr mit, ignoriert Anweisungen weil „anderes wichtiger war...“;

- Problemlösungen werden vertagt („Das wird schon wieder“);

- Der Angesprochene hört nicht richtig zu, es entstehen „peinliche Pausen“;

- Unruhen, „Cliqueswirtschaft“ und auch vermehrtes Ausgrenzen der Verständigen;

- Eigene Unlust und „Bauchweh“ beim Gedanken an bestimmte Mitarbeiter / Patienten.

Eine deutlich spürbare schlechtere Atmosphäre in der Kommunikation ist für den Außenstehenden ein klares Indiz für verschleppte Probleme. Er spürt sie sofort, beim ersten Telefonat wie beim Betreten der Praxis: Der Dialog ist aus seiner Sicht reduziert, Blickkontakt und namentliche Begrüßung entfallen – er merkt: hier stimmt etwas nicht.

... Konflikt gebannt

Der Einzelne stellt sich in Konflikten – auch unbewusst – je nach Phase Fragen

- nach dem Sinn:

a) Was ist das Ziel des Ganzen? Ist mir dieses selbst plausibel? Stehe ich dahinter, habe ich dieses Ziel als Lösung auch „inhaliert“?

b) Wie wichtig ist diese Sache wirklich? Soll sie eventuell von dringlicheren Problemen ablenken?

c) Was ist die Konsequenz, wenn wir das Problem nicht lösen oder das Ziel nicht erreichen? Verliere ich eventuell in den Augen meiner Kollegen, Freunde, Bekannten mein Gesicht?

- nach den eigenen Kompetenzen:

a) Kann ich dem gerecht werden, was da von mir verlangt wird? Welche Konsequenzen hätte ein Scheitern für mich / meinen Beruf?

b) Kann ich die neuen Aufgaben organisatorisch und zeitlich erfüllen?

Der Öko-Check

	Vorteile	Nachteile
Das Ziel wird erreicht / das Problem gelöst:	1.1 Welche konkreten Vorteile / welchen konkreten Nutzen hat die Zielerreichung?	1.2 Welchen „Preis“ hat der Zahnarzt hierfür zu zahlen? Welche Risiken und Nebenwirkungen gibt es?
Das Ziel wird nicht erreicht / das Problem nicht gelöst:	2.2 Jedes Nichterreichen eines Zieles bringt auch Vorteile mit sich: welche hätte der Zahnarzt konkret?	2.1 Welche Nachteile hätte das Scheitern? Was würde dies für negative Konsequenzen mit sich bringen?

■ nach der „Input/Output-Diskussion“:

- Wie stehen meine Aussichten bei guten Ergebnissen? Was bringt mir das?
- Wie ist die Veränderung dann in meinem Umfeld (Freunde, Bekannte, Kollegen) angesehen?
- Was ist der Preis für die Veränderung? Welche Risiken und Nebenwirkungen gibt es?

Sinnvoll ist immer ein ruhiges, aufrichtiges Gespräch – mit ausreichend Zeit und wenig Ergebnisdruck. Es zählen ehrliches Interesse und Verständnis für die Ängste und Bedenken der Betroffenen. Folgende Beispielfragen erleichtern die Vorbereitung:

- „Was ist für Sie wichtig? Was sind Ihre Anliegen und Wünsche?“
- „Was sollte aus Ihrer Sicht des Betroffenen möglichst verhindert werden?“
- „Welche Alternativen sehen Sie selbst? Wie müsste aus Ihrer Sicht vorgegangen werden, um das Problem zur Zufriedenheit aller trotzdem zu lösen?“

Die Beantwortung dieser Fragen zu zweit oder dritt ermöglicht, die Bedenken aller Beteiligten zu beachten und auszuräumen. Verführerisch ist für eine Führungskraft ebenso wie für den Berater der Patienten der Irrtum, man habe den „richtigen“ Weg gefunden, und auf diesem zu insistieren. Widerstände lassen sich aber nur selten durch Nachdruck auf das Gegenüber lösen, ebenso wenig durch Verdrängen oder Hintenanstellen. Vielmehr kann ein Chef sie überwinden, wenn er sie als natürliche Reaktionen „erwartet“, weil sie im Positiven zeigen, wo Energien freigesetzt werden können. Zu einem positiven Verständnis verhelfen vier professionellen Grundsätze:

- Es gibt keine Veränderungen ohne Widerstand. Nicht sein Auftauchen, sondern sein Ausbleiben muss beunruhigen.
- Widerstand enthält immer auch eine (verschlüsselte) Botschaft. Welche Ängste,

Bedenken weckt das Ziel beim Gegenüber?

■ Ignorieren des Widerstandes führt zu (inneren) Blockaden. Viele Praxisteamer wie auch Patienten erklären im Dialog mit externen Beratern dann: „Mal schau’n, wie lange der Chef / mein Zahnarzt das durchzieht. Er hat ja schon öfter mehr gewollt und es dann doch nicht umgesetzt.“ Statt dem Chef / Behandler wirklich zuzustimmen, hoffen sie auf seine Resignation.

■ Widerstand ernstnehmen, damit umgehen wie ein Judoka, der den Druck wegnimmt und dem Widerstand Raum gibt. Also den persönlichen Dialog beginnen und beim Kontakt mit dem Patienten den schriftlichen Dialog nach dessen schriftlicher Reaktion beenden. Sonst verschärft sich das Problem nur.

Im Coaching bietet sich bei wichtigen Entscheidungen im persönlichen Gespräch der „Öko-Check“ an. Er nähert sich der Lösung aus verschiedenen Richtungen und schafft meist auch im Eigencoaching Klarheit, sofern der Betreffende folgende Fragen ehrlich beantwortet.

Zum Abschluss vergleicht man die Antworten auf die Fragen in den vier Feldern (in der Reihenfolge 1.1, 1.2, 2.1 und 2.2) und stellt sich deren Realisierung einmal gedanklich vor: Wie attraktiv auf einer Skala von 0 (= unattraktiv) bis 10 (= äußerst attraktiv) ist es dann, das Ziel zu erreichen, das Problem zu lösen? Diese Gewichtung hilft meist, den letzten Tropfen Klarheit zu gewinnen. Wenn nicht, bedarf der Konflikt eines neutralen Impulses durch einen Vertrauten oder durch einen Coach.

*Stefan Seidel
Mainzer Str. 5
55232 Alzey*

*Francesco Tafuro
Elbchaussee 168
22605 Hamburg*

Verjährung offener Forderungen zum Jahresende

Drum mahne und spute dich



Foto: MEV

Jährlich gehen Millionen an Zahlungsansprüchen verloren, weil Verjährungsfristen auslaufen. Auch für Zahnärzte ist deshalb der 31. Dezember 2006 ein wichtiges Datum, verfallen doch ab dem 1. Januar 2007 die Forderungen für zahnärztliche Leistungen aus dem Jahr 2003. Beachtet ein Zahnarzt diese Frist

bleibt noch die Klageerhebung. Weniger Aufwand hat der Gläubiger, wenn der Schuldner die Forderung anerkennt. Jede Zahlung seitens des Schuldners – also jede Abschlags-, Zins- oder sonstige Zahlung – unterbricht somit die Verjährung.



Foto: Project Photo

Clevere Gläubiger schicken ihrem säumigen Schuldner beizeiten eine Mahnung, die einen zu hohen Betrag ausweist. Reagiert der Schuldner schriftlich auf die „versehentlich“ falsch bezifferte Mahnung und

legt dar, dass der Rückstand statt der geforderten 800 nur 625 Euro beträgt, dann leistet er damit die gewünschte Anerkennung der Schuld. Die Verjährungsfrist beginnt ab diesem Datum erneut und läuft nicht zum Ende des Jahres ab.

Umsichtige fragen zu diesem äußerst komplexen Thema zu ihrer Sicherheit den Rechtsanwalt – und zwar zügig! Sonst lassen die Schuldner doch noch zu ihren Lasten die Champagnerkorken knallen. pit/olb

Deutsche Rentenversicherung Bund

Zeit für die Riester-Zulagen 2004

Ob selber Angestellter oder dessen Ehepartner: Riestersparer, die bereits einen Vertrag abgeschlossen, aber für das Jahr 2004 noch keine Zulage beantragt haben, sollten sich beeilen. Denn für das Beitragsjahr 2004 muss spätestens am 31. Dezember 2006 der Zulageantrag vorliegen, damit die Förderung

gutgeschrieben werden kann. Der Antrag ist zu richten an den Anbieter des Riesterprodukts, etwa die Versicherung, Bank oder Sparkasse, bei der der Vertrag besteht. Hierauf weist die Deutsche Rentenversicherung Bund hin. Kostenloses Servicetelefon 0800 100048040.

pit/pm

Praxis-PKW

Fit für Frost und Schnee

Auch wenn es die zwingende Winterreifenpflicht nach wie vor nicht gibt, gefährdet derjenige seinen Versicherungsschutz bei der Kaskoversicherung, der bei Schnee und Eis mit „Sommerpuschen“ unterwegs ist. Lilo Blunck vom Bund der Versicherten (BdV): „Die Kaskoversicherung muss nicht zahlen, wenn der Kunde den Schaden grob fahrlässig herbeiführt“, – etwa durch den Verzicht auf Winterreifen.

„Damit Geschädigte eines Unfalls nicht leer ausgehen, zahlt die Kfz-Haftpflichtversicherung dagegen grundsätzlich auch bei grober Fahrlässigkeit“, erläutert

BdV-Sprecher Thorsten Rudnik und ergänzt, einige Kfz-Versicherer würden bereits auch bei der Kaskoversicherung auf den Einwand der groben Fahrlässigkeit verzichten.

Straflos gehen Autofahrer, die ihr Fahrzeug nicht winterfest gemacht haben, jedoch nicht aus: Seit dem 1. Mai 2006 gilt die neue Winterreifenverordnung.

Gemäß §2 Abs. 3a StVO gilt, dass bei Kraftfahrzeugen die Ausrüstung an die Wetterverhältnisse anzupassen ist. Bis zu 40 Euro Bußgeld und einen Punkt in Flensburg kann die Missachtung einbringen. pit/pm



Foto: Project Photo

Trends
Praxis & Finanzen

nicht, ist der Schuldner wegen eingetretener Verjährung nicht mehr zur Zahlung verpflichtet: Er kann dann nämlich die „Einrede der Verjährung“ erheben – gleich, ob die Forderung des Zahnarztes berechtigt ist oder nicht. Betroffene Zahnärzte sollten sich sputen und dafür sorgen, dass zumindest die Verjährung „unterbrochen“ wird. Knapp vor Jahresende ist ein Mahnbescheid wohl der sicherste Weg – Formulare gibt es im Schreibwarenhandel. Sonst

Investmentfonds als Geldanlage für Jedermann

Klassik bis Moderne

Investmentfonds erfüllen nahezu alle Erwartungen der Anleger. Da bleiben kaum Wünsche offen: für Vorsichtige und Risikofreudige, für Traditionalisten und Modebewusste – für jeden gibt es den richtigen Fonds. Und wer die richtigen Kaufadressen weiß, spart bei den Kaufgebühren.



Fotos: project photos

Die Spannweite der Investmentfonds reicht von klassisch ...

Allen Unkenrufen zum Trotz: Trotz steigenden Konsums, die Deutschen sparen weiter. Im vergangenen Jahr legten sie 159 Milliarden Euro auf die hohe Kante. Ein Drittel davon floss in Versicherungen, 30 Milliarden in Wertpapiere, davon der größte Teil in Investmentfonds. Insgesamt verwalten die rund 7 600 deutschen Fonds ein Vermögen von 1,2 Billionen Euro. So berichtet der Bundesverband Investment und Asset Management (BVI). Doch zufrieden ist er nicht. Seiner Meinung nach verschenken die Deutschen ihr Geld. Sie investieren pro Kopf nur 6 600 Euro in Fonds, die Franzosen dreimal so viel. In den

USA hält jeder Amerikaner im Durchschnitt Anteile im Wert von 26 000 Euro. Dort fördert der Staat das Fondssparen für die Altersvorsorge. Der BVI macht sich Gedanken darüber, wie die Deutschen ihr Geld lukrativer anlegen könnten. So ruht ein Drittel des Geldes auf Giro-, Festgeld- und Tagesgeldkonten. Gegenüber der Süddeutschen Zeitung äußerte sich Markus Rieß, Vorstandssprecher des BVI: „Hätten die Deutschen ihr Vermögen so auf die einzelnen Anlageklassen aufgeteilt wie die US-Bürger, würde daraus im Schnitt ein jährlicher Mehrertrag von etwa 60 Milliarden Euro resultieren.“

Wenn Milchmädchen rechnen

Weiter rechnet der BVI vor, dass jemand, der in einen breit aufgestellten Aktienfonds investiert, seinen Anlagebetrag etwa alle zehn Jahre verdoppelt. Als Basis für die Faustformel dienen die Durchschnittswerte der vergangenen 30 Jahre. Danach würden aus 10 000 Euro nach 20 Jahren 40 000 Euro, auf einem Sparbuch mit zwei Prozent Verzinsung aber stünden dann 15 000 Euro. Eine schöne Rechnung, die beileibe nicht immer aufgeht. Auch mit Investmentfonds lässt sich Geld vernichten, wenn man auf falsche Pferd setzt.

Investmentfonds gibt es für jeden Geschmack. So findet der Zahnarzt, der am freien Mittwochnachmittag mal was ganz anderes machen will, als den Bohrer in die Hand zu nehmen, vielleicht Spaß daran, an seiner persönlichen Fondsstrategie zu basteln. Er könnte beispielsweise nach geeigneten Aktien- oder Rohstofffonds suchen, die viel Rendite bei entsprechendem Risiko versprechen. Die Kollegin hingegen ist vielleicht froh, wenn sie neben Job und Kindern eine lukrative Anlage für die Altersvorsorge findet. Für sie kommt eher ein Sparplan in Frage, der in einen oder mehrere renommierte Fonds investiert.

Die ewigen Renner

In Deutschland gibt es Investmentfonds seit 1950. In diesem Jahr wurde der Adig Fondak gegründet. Seine jährliche Performance liegt bei durchschnittlich 11,7 Prozent pro Jahr. Der älteste Fonds, den es hier zu kaufen gibt, ist der amerikanische Pioneer Fonds. In den USA ist er

der Drittälteste. Er stammt von 1928 und hat seitdem viele unruhige Zeiten gut überstanden. Die Anlagestrategie wurde über den gesamten Zeitraum beibehalten. Die Manager – bis jetzt sind es erst drei – beschränkten sich rigoros auf amerikanische Value-Aktien. Die scheinbare Langeweile oder – positiv ausgedrückt – das Durchhalten zahlte sich aus. Der Pioneer Fund weist seit dem Start eine durchschnittliche jährliche Performance von 12,5 Prozent auf. Zudem schüttet er jedes Jahr Dividenden an seine Anleger aus.

Mit in die gleiche Kategorie der Dinosaurier gehört der Templeton Growth Fonds mit seiner weltweiten Anlagestrategie. Wie auch bei anderen konstant gut laufenden Fonds üblich, hält sich Manager Murdo Murchison an die überlieferten Vorgaben. Der Gründer Sir John Templeton handelte immer nach seinem Credo: „Folge nicht der breiten Masse.“ Deshalb kauft Murchison eben nur Aktien, die im Moment keiner haben will. Natürlich nur, wenn sie genügend Substanz aufweisen und so lange sie günstig sind. Der Erfolg gibt ihm recht: Die jährliche durchschnittliche Rendite liegt

zm-Index

Stichwort: Blue Chip

Bezeichnung für umsatzstarke Aktien von substanzstarken, international bekannten und bedeutenden Unternehmen. Deren Kursentwicklung dient der Berechnung des Index. Zu den deutschen Blue Chips gehören Werte wie BASF, Siemens, Allianz und Volkswagen.

seit der Gründung 1954 bei 11,7 Prozent.

Zu den Top-Aktiefonds gehört auch der DWS Vermögensfonds I der Deutschen Bank. Gegründet wurde er vor 36 Jahren. Seit mehr als zehn Jahren heißt der Manager Klaus Kaldemorgen. Er verwaltet Deutschlands größten Aktiefonds mit rund 7,3 Milliar-

nach den Spitzenreitern der Top-Listen. Das kann ins Auge gehen. Denn was heute hui ist kann morgen pfui sein und so mancher Sieger vom letzten Jahr findet sich morgen auf den hinteren Plätzen wieder. Hinter dem steilen Aufstieg verbirgt sich nur allzu oft eine kurzlebige und extreme Strategie, die für



... bis modern.

den Euro, die weltweit investiert sind.

Fonds, die über so lange Zeit eine so gute Rendite vorweisen können, halten sich nicht per Zufall am Markt. Sie sind gut gemanagt und überstehen alle Moden und Aufregungen völlig gelassen. Anleger finden sie zwar nicht immer auf dem ersten Platz der vielen Ranglisten aber doch immer im oberen Feld.

Heute hui, morgen pfui

Viele Sparer, die sich noch nicht so gut in der Fonds-Welt auskennen, schielen bei ihren Anlageentscheidungen am liebsten

den Augenblick optimal war. Anleger, die sich stets für den Sieger unter den renditestarken Fonds entscheiden, hecheln ständig der Vergangenheit hinterher. Christian Michel, Fondsanalyst bei der Ratingagentur Feri Rating & Research äußert sich dazu gegenüber der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung: „Zwischen dem Platz im Ranking und dem späteren Abschneiden eines Aktiefonds gibt es keinen großen Zusammenhang. Es lohnt sich nicht unbedingt, in die Spitzenfonds des Vorjahres zu investieren.“ Die Statistik gibt ihm Recht. Von den besten zehn Aktiefonds aus dem letzten Jahr belegen nur

noch ein Drittel Plätze im oberen Drittel der diesjährigen Bestenliste. Rankings eignen sich also überhaupt nicht für Prognosen.

Die Mischung macht's leichter

Das Riesenangebot an Fonds erschwert die Qual der Wahl vor allem für private Anleger. So tut der, der vielleicht eine größere Summe auf einmal anlegen will



Die Details entscheiden über die Auswahl aus dem Riesenangebot.

oder sich vorgenommen hat, jeden Monat regelmäßig in einen Sparplan einzuzahlen, gut daran, erst einmal in Selbstbetrachtung zu versinken, um seine Anlagewünsche zu erkunden, statt auf heiße Empfehlungen des Bankberaters zu hören oder auf die Hits der Saison zu setzen.

Alle Investmentfonds handeln nach dem gleichen Prinzip: Sie sammeln Geld von den Anlegern ein und legen es in Wertpapiere oder Immobilien an. Informationen darüber, nach welchen Vorgaben die Manager handeln, finden die Anteilseigner im jeweiligen Prospekt. Die Banken sind

verpflichtet, ihren Kunden diese Broschüren auszuhändigen. Bei der Lektüre erfahren die Leser, in welche Papiere der Fonds investiert, wie hoch die Gebühren sind und vieles mehr. Danach hat sich vielleicht schon eine Vorstellung darüber entwickelt, ob der Fonds das Richtige ist.

Generell gilt: Sicherheitsbewusste investieren beispielsweise in Rentenfonds. Diese handeln mit festverzinslichen Wertpapieren.

Die Risiken hängen in der Hauptsache von der Seriosität der Schuldner ab. Außerdem variieren die Anleihen nach Laufzeiten und Regionen. Immobilienfonds zählen ebenfalls zu den risikoärmeren Investments. Diese Fonds legen das Kapital hauptsächlich in Bürogebäude an. Dabei richtet sich die Rendite nach der Miete und der Wertsteigerung. Garantiefonds treiben es mit der Sicherheit auf die Spitze. Sie versprechen dem Anleger, dass er zumindest sein eingesetztes Kapital wieder zurückbekommt. Dachfonds wiederum investieren nicht

direkt in Wertpapiere, sondern legen das Kapital in andere Fonds an. Für Leute, die sich nicht so recht entscheiden können, sind vielleicht Mischfonds die richtige Wahl. Sie investieren sowohl in Aktien als auch in festverzinsliche Papiere.

Risikofreudige Sparer entscheiden sich vielleicht für Aktienfonds. Auch hierbei gibt es eine große Bandbreite von in- und ausländischen Aktien. Das können sogenannte Blue Chips sein. Mit den bekannten Qualitätsaktien ist der Sparer auf der sicheren Seite. Mehr Spannung versprechen Fonds, die sich auf Branchen konzentrieren. Das

waren im vergangenen Jahr zum Beispiel Rohstoffaktien oder Papiere von Produzenten der Solarenergie.

Günstige Novitäten

Neugierige interessieren sich für die Novitäten auf dem Fondsmarkt. Die Kreativität scheint keine Grenzen zu kennen. Dabei muss es sich nicht unbedingt um heiße Ware handeln. Die inzwischen sehr beliebten Indexfonds beispielsweise passen auch in das Portfolio vorsichtiger Anleger. Denn die Manager bestücken diese Fonds exakt mit den Aktien, die beispielsweise in einem bekannten Index wie dem Dax oder Euro Stoxx vertreten sind. Für den Sparer bedeutet diese Auswahl kein so großes Risiko. Zudem kann er die Wertentwicklung ganz einfach verfolgen, weil diese Fonds an der Börse gehandelt werden. Die Manager brauchen sich nicht weiter mit dem Suchen nach renditeträchtigen Papieren zu beschäftigen. Und außerdem

gibt die Erfahrung ihnen Recht. Danach gelingt es Fondsmanagern nur selten, langfristig einen Index zu schlagen. Die Renditen unterscheiden sich nicht besonders von denen aktiv gemanagter Fonds. Für die Sparer halten die Indexfonds noch ein besonderes I-Tüpfelchen bereit. Die ETF (Exchange Traded Funds) – so die Bezeichnung unter Profis – gibt es billiger als die normalen Fonds. Dank des geringeren Arbeitseinsatzes verzichten die Manager auf einen Teil der Gebühren. Auch die Kosten für Kauf und Verkauf an der Börse sind deutlich niedriger als die sonst üblichen Ausgabeauf-

schläge. Die Anleger hat's gefreut. Sie haben mit Indexfonds im vergangenen Jahr gut gelegen. Erreichte der Dax doch lange nicht gekannte Höhen. Wie immer, wenn ein Produkt gut läuft, wollen alle mitmischen. Mehr als 180 Indexfonds werden an der Börse gehandelt. Indizes gibt es wie Sand am Meer. Jede Branche hat ihre eigenen Messzahlen. Von den dazugehörigen Fonds streben jede



Fotos: project photos

Neugierige Anleger interessieren sich für Novitäten auf dem Markt.

Woche gleich mehrere auf den Markt. Doch sie sind mit Vorsicht zu genießen. Denn oft hängt ihr Auf und Ab von nur wenigen Aktien ab. Die Kurse schwanken dann sehr stark. Ebenfalls noch nicht lange auf der Angebotsliste stehen die Zielsparfonds (siehe ZM 11/06). Sie unterstützen vor allem die Anleger, die keine Zeit oder Lust haben, sich regelmäßig mit ihrer Altersvorsorge zu beschäftigen. Das besorgt für sie der Fondsmanager. Entsprechend der Laufzeit des Fonds schichtet er um. Das heißt, beim Start fließt das Geld in Aktien. Je länger der Fonds läuft, desto größer wird

der Rentenanteil. Auf diese Weise sichert der Manager die erwirtschaftete Rendite gegen Ende der Laufzeit ab.

Es zählt mehr als die Performance

Wie gut oder schlecht ein Fonds wirklich ist, hängt nicht nur von der Performance ab. Kosten und Gebühren beeinflussen die Rendite besonders stark, wenn ein Fonds nur eine durchschnittliche Wertentwicklung aufweist. Das wird deutlich, wenn zum Beispiel ein Fonds mit deutschen Standard-Aktien kaum besser abschneidet als der Dax. Die Kosten sorgen dann für ein schlechteres Ergebnis als der Markt aufweist. Wer sich für einen entsprechenden Indexfonds entschieden hat, darf sich freuen. Deshalb richten clevere Anleger ihr Augenmerk schon beim Kauf eines Fonds auf die zu erwartenden Kosten. Und davon gibt es viele:

■ Ausgabeaufschlag

Er wird sofort beim Kauf fällig und er gehört der Bank oder dem Fondsvermittler. Wie hoch der Aufschlag ist, können zum Beispiel die Leser einer großen Tageszeitung selbst berechnen. Im Börsenteil sind viele Fonds mit zwei Preisen aufgelistet: Kauf- und Rückgabekurs. Die Differenz entspricht dem Ausgabeaufschlag. In den Prospekten wird er in Prozent angegeben, weil sich die Kurse an jedem Börsentag ändern können.

■ Verwaltungsgebühren

Damit finanzieren sich die Gehälter der Manager. Ihre Höhe beträgt ein bis zwei Prozent und ist im Fondsprospekt vermerkt.

■ Depotbankvergütung

Die Depotbank regelt für die

Fondsgesellschaft die Ausgabe und die Rücknahme der Anteile. Dafür bezahlt sie der Anleger mit etwa einem halben Prozent.

■ TER

Die Total Expense Ratio entspricht der Gesamtkostenquote eines Fonds. Sie verschafft dem Anleger einen schnellen Überblick darüber, wie hoch ein Fonds mit Kosten belastet ist. Die Fondsgesellschaften veröffentlichen die TER in ihren Rechenschaftsberichten für das vergangene Geschäftsjahr. Je geringer sie ausfällt desto besser. Der Ausgabeaufschlag ist nicht darin enthalten, weil er an den Verkäufer geht. Je nach Fondsart variiert die Höhe der Kosten. Für Aktienfonds fallen mehr und für Rentenfonds weniger Ausgaben an.

Zwar hilft die TER dem Laien, den Kostenwirrwarr bei Fonds besser zu durchblicken. Doch leider werden immer noch nicht alle Gebühren, die die Gesell-

schaften kassieren, eingerechnet. So erfährt der Anleger nichts von den Erfolgsprämien, die sich die Manager gutschreiben, wenn ihre Fonds beispielsweise einen Index geschlagen haben oder eine bestimmte Rendite übertroffen wurde. Und bei Verlusten bekommt der Anleger auch keine Entschädigung. Ebenfalls nicht in die TER eingerechnet werden die Transaktionskosten, die anfallen, wenn der Manager Wertpapiere kauft und verkauft. Eine niedrige TER ist nicht unbedingt ein Qualitätskriterium für einen Fonds. Nur die Kosten drücken die Rendite dann weniger.

■ Verwahrkosten

Nach dem Kauf verwaltet der Verkäufer die Anteile für seinen Kunden als Buchungsposten in seiner Datenbank. Dafür verlangt er häufig Gebühren. Einige Direktbanken und Fondsvermittler verzichten auf diese Einnahmequelle.

Die Präferenz entscheidet

Bei wem der Anleger letztendlich seine Fondsanteile kauft, hängt neben den Kosten auch von seinen Präferenzen ab. Schätzt er die persönliche Beratung, geht er am besten zu seiner Hausbank. Individuelle Vorschläge darf er dort meist nicht erwarten. Allerdings führt die Bank sein Depot und beschafft ihm auch andere Wertpapiere wie Anleihen oder Zertifikate. Informierte Sparer, die keine persönliche Beratung benötigen, sind bei einer Direktbank wie Cortal Consors, DiBa, comdirect, Netbank oder maxblue gut aufgehoben. Dort können sie ihr Depot, in dem sie auch andere Wertpapiere halten dür-

fen, kostengünstig führen. Diese Institute gewähren oft großzügige Rabatte. Auf Beratung muss man aber weitgehend verzichten.

Wer gerne selber zockt, dem stehen die Börsen in Hamburg und Düsseldorf sowie die Berlin-Bremen-Börse offen. Eine Mindestanlage gibt es nicht und auch keinen Ausgabeaufschlag. Dafür zahlt der Börsianer eine Spread (Differenz zwischen Kauf- und Verkaufskurs) von zirka zwei Prozent. Dazu kommen, je nachdem, noch die Handelsgebühren der Hausbank, die die Kauf- und Verkaufsaufträge ihres Kunden ausführt.

Die preiswerteste Einkaufsquelle dürfte der Fondsdiscounter sein. Er vergibt Rabatte auf den Ausgabeaufschlag von bis zu 100 Prozent. Beratung liefert er dafür natürlich nicht. Bislang nutzen eher wenige private Anleger den Weg über die Fondsvermittler. Dabei geht das ganz einfach: Übers Internet oder per Telefon bestellt der Kunde die Unterlagen, die er zu Hause ausfüllt. Wie bei der Online-Bank stellt der Vermittler die Identität über das Postidentverfahren fest. Den Kauf wickelt er über eine Fondsbank oder über die elektronische Abwicklungsplattform ebase ab. Besonders selbständige Anleger, die gerne zwischen den Fonds wechseln, kaufen bei Adressen wie AAV-Fondsvermittlung, AVI-Fondsvermittlung oder Fonds4you. Fondsgesellschaften wie Activest, Deka, DWS oder Templeton verkaufen ihre Anteile auch direkt an den Verbraucher. Rabatte gewähren sie aber nur selten. Nur der Wechsel zwischen den einzelnen Fonds ist kostenlos.

Marlene Endruweit

zm-Info

Nützliches aus dem Internet

Zu den Adressen, bei denen man Fonds günstig kaufen kann, gehören diese:

Direktbanken

www.comdirect.de
www.cortalconsors.de
www.maxblue.de
www.netbank.de
www.ing-diba.de

Fondsvermittler

AAV Fondsvermittlung:
www.fondsvermittlung.de

AVL-Fondsvermittlung:
www.avl-finanzdienstleistung.de

Dima 24.de:
www.dima24.de

Fonds4you:
www.fonds4you.de

Arbeitsverträge auf Zeit

Der Reiz der Frist

Befristungen bei Anstellungsverträgen vergrößern den Spielraum der Arbeitgeber bei der Personalplanung. Die bekannteste Form für Zahnarztpraxen dürfte die Mitarbeiterin sein, die während Mutterschutz und Elternzeit einer Kollegin einspringt. Doch es gibt noch mehr Möglichkeiten, die für den Zahnarzt interessant sind.

Insbesondere, wenn Praxischefs Mitarbeiter neu einstellen, sollten sie Befristungen vereinbaren. Im Vergleich zur herkömmlichen Probezeit hilft ihnen die Befristung wesentlich weiter: Probezeiten erleichtern die Kündigung selbst in keiner Weise, sondern lediglich eine leicht verkürzte Kündigungsfrist von 14 Tagen statt vier Wochen. Wird/ist eine neue HelferIn während der Probezeit schwanger oder beantragt Elternzeit (oder gründet einen Betriebsrat), so kann sie grundsätzlich nicht mehr gekündigt werden, besagt der sogenannte Sonderkündigungsschutz. Arbeitgeber brauchen dann einen wichtigen Kündigungsgrund sowie die Zustimmung weiterer Stellen. Die Probezeitvereinbarung zielt hier ins Leere. Eine Befristung hingegen hilft weiter: Läuft sie aus, endet der Vertrag – auch bei einer schwangeren, schwerbehinderten Betriebsrätin, die sich in Elternzeit befindet.

Spielregeln für die gute Form

Hinsichtlich des neuen Gesetzes zur Gleichbehandlung (AGG) hat eine Befristung erhebliche Vorteile: Zahlreiche Fragen, die bislang fast jeder Arbeitgeber potentiellen Mitarbeitern stellte, gelten mittlerweile als kritisch oder gar tabu. Probleme zeigen

sich daher häufig erst bei der Arbeit nach Vertragsabschluss. Die Befristung hält einen eventuellen Schaden also in Grenzen, eben bis Ende der Anstellung. Wer – und sei es versehentlich – diskriminierend kündigt oder einem Bewerber absagt, muss möglicherweise den materiellen Schaden bis hin zum entgangenen Gehalt bis zur Rente ersetzen – in Großbritannien übrigens bereits keine Seltenheit mehr. Die Befristung begrenzt diesen Schadensersatz auf die Zeit bis zum Fristablauf. Bei Befristungen sind einfache, aber strenge Formvorschriften zu beachten. Nur wer diese Spielregeln genau einhält, erreicht eine wirksame Befristung, sei es mit oder ohne „Sachgrund“.

Aus gegebenem Anlass

Nach § 14 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG) ist die Befristung eines Arbeitsvertrages zulässig, wenn sie durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt ist. Die Befristung muss schriftlich vereinbart werden. Möglich sind Befristungen bis zu einem bestimmten Datum oder bis zum Eintritt eines Ereignisses. Ein kalendermäßig befristeter Arbeitsvertrag endet mit Ablauf der vereinbarten Zeit, § 15 Abs. 1 TzBfG, ein zweckbefristeter, sobald der Zweck erreicht ist,



Foto: IS

Zeit ist Geld, besonders, wenn unnötige Arbeitszeit bezahlt wird. Eine Befristung im neuen Arbeitsvertrag hält den Schaden in Grenzen.

frühestens jedoch zwei Wochen, nachdem der Arbeitgeber den Arbeitnehmer darüber unterrichtet hat, § 15 Abs. 2 TzBfG.

Grundsätzlich sind wirksam befristete Arbeitsverhältnisse nur außerordentlich kündbar. Im Arbeitsvertrag kann jedoch die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung unter Anwendung aller Kündigungsschutzvorschriften vereinbart werden. Arbeitet ein Arbeitnehmer nach Ablauf der Frist mit Wissen des Arbeitgebers weiter, wandelt sich sein befristetes Arbeitsverhältnis automatisch in ein unbefristetes um, so § 15 Abs. 5 TzBfG und § 625 BGB. Der Arbeitgeber kann dies nur verhindern, indem er das Weiterarbeiten sofort unterbindet. Analog wandelt sich ein zweckbefristetes Arbeitsverhältnis ebenfalls in ein unbefristetes um, wenn der Arbeitgeber die Erreichung des Zweckes nicht unverzüglich mitteilt. Ist die Be-

fristung rechtsunwirksam, gilt der Arbeitsvertrag gemäß § 15 Abs. 5 TzBfG als „auf unbestimmte Zeit geschlossen“. Er kann dann vom Arbeitgeber immer noch zum vereinbarten Ende ordentlich gekündigt werden, oder früher, sofern dieses einzel- oder tarifvertraglich möglich ist. Ausnahme: Ist die Befristung nur deshalb unwirksam, weil sie nicht schriftlich festgehalten wurde, kann der Arbeitsvertrag in jedem Fall vor dem vereinbarten Ende ordentlich gekündigt werden.

Hält der betreffende Arbeitnehmer eine Befristung für unwirksam, muss er übrigens innerhalb von drei Wochen nach dem vereinbarten Ende beim Arbeitsgericht eine sogenannte Entfristungsklage einlegen.

Der Arbeitgeber hat die befristet Beschäftigte über entsprechende unbefristete Stellen zu informieren, die besetzt werden sollen,

Sachlich gerechtfertigt

Unabhängig von § 14 Abs. 2 S. 1 TzBfG kann ein Arbeitsvertrag befristet werden, wenn sachliche, wirtschaftliche und soziale Gründe dieses rechtfertigen. Die Gerichte haben in zahlreichen Entscheidungen festgelegt, was als sachlicher Grund anzuerkennen ist. § 14 Abs. 1 TzBfG enthält eine nicht abschließende Aufzählung sachlicher Gründe. Anerkannt sind die nachfolgenden Fälle:

- Befristung auf das 65. Lebensjahr
- Befristung wegen Saisonarbeitsanfall
- Projektbezogene Befristung
- Befristung bei vorübergehendem Arbeitskräftebedarf: es muss deutlich absehbar sein, dass nur ein vorübergehender Mehrbedarf besteht. Bloße Befürchtungen über Schwankungen der Konjunktur reichen nicht; sie gehören zum Unternehmerrisiko.
- Befristung auf Grund absehbar auslaufenden Personalbedarfs
- Befristung zur Aushilfe oder Vertretung (Krankheit, Mutterschaft, Wehrdienst, ...). Dabei spielt es keine Rolle, wenn die Aushilfe eine andere Tätigkeit ausübt als der Vertretene, denn auch der Vertretene könnte per Direktionsrecht an anderer Stelle eingesetzt werden.
- Befristung zur Erprobung, in der Regel höchstens für sechs Monate zulässig. Eine längere Befristung zur Erprobung, zum Beispiel auf zwei Jahre für eine alkoholranke Arbeitnehmerin nach Entziehungskur, wird für zulässig gehalten.
- Befristung im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme

■ Befristung auf Wunsch des Arbeitnehmers

■ Befristung auf Grund eines gerichtlichen oder außergerichtlichen Vergleichs

■ Auslaufatbestände und Überbrückungsmaßnahmen: Überleitung in das künftige Berufsleben oder in eine andere Stelle.

■ Befristung wegen geplanter Übernahme eines Auszubildenden

■ Vorübergehender Personalaustausch

■ Begrenzte Forschungsvorhaben können auch für das Arbeitsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sachbedeutsam sein.

■ Ein weiterer Sachgrund ist die Befristung zur Schwangerschaftsvertretung und für die Elternzeit eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin. Endet die Elternzeit früher als angekündigt, besteht ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist bis zum Ende der Elternzeit, mindestens aber von drei Wochen, § 21 BerzGG. Bei einer solchen Kündigung ist das Kündigungsschutzgesetz nicht anwendbar, spricht eine besondere Rechtfertigung für die Kündigung ist nicht erforderlich.

Insolvenzabwicklung dagegen gilt ebensowenig als Sachgrund für eine Befristung wie eine geringe Wochenarbeitszeit.

Bei leitenden Angestellten ist zwar die Befristung ohne sachlichen Grund möglich, wenn sie eine Abfindung erhalten werden. Chefärzte allerdings gelten nicht als leitende Angestellte, für die Befristung ihrer Verträge wäre daher ein sachlicher Grund erforderlich. ■

§ 18 TzBfG, etwa am schwarzen Brett. Auch befristete Beschäftigte haben im angemessenen Rahmen Anspruch auf Aus- und Weiterbildung. Der Chef darf sie nur davon ausnehmen, wenn dringende betriebliche Gründe oder Aus- und Weiterbildungswünsche anderer Arbeitnehmer dem entgegenstehen.



Foto: Project Photo

Die „Schwangerschaftsvertretung“ ist nur eines von vielen möglichen befristeten Arbeitsverhältnissen.

Der Arbeitgeber hat den Betriebsrat über die Anzahl der befristet beschäftigten Arbeitnehmer und ihren Anteil an der Gesamtbelegschaft des Betriebes zu informieren. Besondere Regelungen über die Befristung von Arbeitsverträgen nach anderen gesetzlichen Vorschriften bleiben durch das Gesetz über Teilzeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG) unberührt.

Wird in einem bestehenden unbefristeten Arbeitsverhältnis eine Befristung vereinbart, muss ein sachlicher Grund (siehe Infokasten) dafür vorliegen.

Befristungen dürfen nicht gegen das Diskriminierungsverbot verstoßen. So werden sie zum Beispiel unwirksam, wenn sie nur die unzulässige Frage nach einer

Schwangerschaft ausgleichen sollen. Allerdings müsste die Arbeitnehmerin dieses glaubhaft machen.

Die Dauer einer Befristung können die Vertragspartner frei aushandeln. Sie muss nicht mit der Dauer des sachlichen Grundes übereinstimmen, das Arbeitsgericht prüft nur letzteren. Läuft ein befristeter Vertrag über mehr als fünf Jahre, kann der Arbeitnehmer danach mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten kündigen, § 15 Abs. 4 TzBfG, sonst nur mit Zustimmung des Chefs.

Ein Betriebsrat in einer Klinik etwa hat gemäß § 99 Abs. 2 BetrVG kein Recht, seine Zustimmung zu einer Befristung zu verweigern, selbst wenn diese unrechtmäßig ist.

Ohne Grund, aber mit Grenzen

Ohne sachlichen Grund erlaubt § 14 Abs. 2 S. 1 TzBfG eine Befristung für maximal zwei Jahre, sei es von Anfang an oder gestückelt; eine zunächst kürzere Befristung darf höchstens dreimal auf insgesamt zwei Jahre verlängert werden. Grundvoraussetzung: Der Arbeitgeber hat diese Kraft noch nie (!) zuvor beschäftigt, auch nicht als Schreibkraft oder Schwangerschaftsvertretung.

Praktika, Berufsausbildungsverhältnisse, Eingliederungsverträge nach § 231 Abs. 2 SGB III gehören nicht zu den Arbeitsverhältnissen im Sinne des § 14 Abs. 2 S. 2 TzBfG.

Und läuft, und läuft...

Um ungewollt unbefristete Arbeitsverträge zu vermeiden, sollten Arbeitgeber daher jeden Kandidaten für befristete Stellen nach einer Vorbeschäftigung fragen und ihn schriftlich bestätigen lassen, dass er nie zuvor bei ihnen gearbeitet hat. Beantwortet der Arbeitnehmer diese Frage falsch, kann das Arbeitsverhältnis wegen arglistiger Täuschung angefochten werden, § 123 BGB.

Durch Tarifverträge kann die Anzahl der Verlängerungen oder die Höchstdauer der Befristung abweichend vom Gesetz festgelegt werden, § 14 Abs. 2 S. 3 TzBfG. Doch hier sollte der Arbeitgeber sich vorab schlau machen, denn Papier ist geduldig, aber ein gekündigter Mitarbeiter in diesen Zeiten eher nicht.

Zahnarzt M. stellt eine Helferin zunächst für sechs Monate ein, ohne einen sachlichen Grund anzugeben. Nach dem halben Jahr ist der Praxischef so zufrieden mit ihr, dass er zum einen ihren Vertrag um weitere sechs Monate verlängert und zum anderen das Monatsgehalt um 200 Euro erhöht. Als die zweite Frist abläuft, braucht er die Mitarbeiterin nicht länger.

Die Tücke: Zwar ist eine Verlängerung der Befristung möglich. Doch wegen der erwähnten Gehaltserhöhung liegt ein Neuabschluss des Vertrags vor. Und zwar für eine Kraft, die ja ganz eindeutig bereits in der Praxis gearbeitet hat. Ergo hätte ein sachlicher Grund in den befristeten Vertrag gehört! Fazit: Die ursprüngliche Aushilfe ist damit jetzt unbefristet angestellt.

Die Regel lautet: Eine Verlängerung ist nur mit dem Inhalt möglich, der bereits bestand. Jede

Fürs Procedere

Der Arbeitnehmer, der sich gegen eine aus seiner Sicht unwirksame Befristung wehren will, muss innerhalb von drei Wochen nach dem vereinbarten Ende des befristeten Arbeitsvertrages Klage erheben, § 17 TzBfG. Diese Klagefrist gilt für alle Befristungsfälle.

Wer behauptet, ein befristeter Arbeitsvertrag liege vor, muß dies im Streitfall beweisen.

Gerichtlich überprüft wird bei mehreren befristeten Verträgen nur der zuletzt geschlossene Vertrag. Schließt also der Arbeitnehmer einen neuen befristeten Vertrag, verzichtet er damit auf die Überprüfung der vorhergehenden Verträge. Es sei denn, er erklärt einen Vorbehalt beim Vertragsabschluss. Darin muss er festhalten, er schließe diesen Vertrag nur ab, falls nicht auf Grund einer unwirksamen Befristung ohne dies bereits ein unbefristetes Arbeitsverhältnis bestehe. ■

Änderung des Inhalts führt dazu, dass es sich nicht um eine Verlängerung handelt, sondern um einen neuen, unbefristeten Arbeitsvertrag.

Will der Chef das Gehalt erhöhen, so muss er dieses spätestens am letzten Tag der ersten Befristung vereinbaren, entschieden die Bundesarbeitsrichter (BAG am 19.02.2003 – 7 AZR 648/01).

Kein sachlicher Grund soll bei Befristungen mit Arbeitnehmern ab 52 Jahren erforderlich sein, § 14 Abs. 3 S. 4 TzBfG. Allerdings ist der § 14 Abs. 3 TzBfG nicht mit dem Europarecht vereinbar (Mangold ./ Helm, EuGH 22. 11. 2005 - C-144/ 04), denn die Regelung diskriminiere Arbeitnehmer wegen ihres Alters. Die Vor-

schrift wäre damit gegebenenfalls unwirksam, der Vertrag unbefristet.

Bei neugegründeten Unternehmen ist seit 2004 eine Befristung auf vier Jahre mit mehrfachen Verlängerungen möglich.

Die Befristung – mit oder ohne Sachgrund – muss schriftlich vereinbart werden, verlangt § 623 BGB, der jeweilige Grund muss aber nur angegeben werden, wenn etwa ein Tarifvertrag dies vorsieht.

Für die Form gibt es strenge Vorschriften. Beispiel: Ein Zahnarzt vereinbart mit seiner künftigen ZMFA zur Erprobung eine Befristung vom 1. Januar bis zum 30. Juni. Der Praxischef unterschreibt den Vertrag am 23. Dezember des Vorjahres, faxt ihn an die ZMFA, die ein Exemplar unterschreibt und ihm zurückschickt. Fatal, denn die Befristung ist nur wirksam, wenn die Originalunterschriften beider Parteien auf ein und demselben Dokument stehen, so § 14 Abs. 4 TzBfG. Womit wiederum ein unbefristeter Vertrag, § 16 TzBfG vorläge. Also Finger weg vom Fax.

Ebenso mahnen Fachleute: Ein befristeter Vertrag muss von beiden Seiten unterschrieben sein, ehe (!) die Arbeit beginnt. Nicht schlecht haben unerfahrene Unternehmer gestaunt, als sie dieses außer acht ließen und der Arbeitnehmer die Befristung später unter Berufung auf § 125 Satz 1 BGB anfocht. Zum Beispiel, weil der Personalleiter zum Arbeitsantritt am Jahreswechsel im Urlaub gewesen war, und die Formalitäten im Nachhinein abgewickelt wurden. Auch eine Unterzeichnung des Arbeitsvertrages wenige Tage nach Arbeitsbeginn hilft nicht weiter. Die Befristung muss vor Arbeitsbeginn

schriftlich vereinbart worden sein (siehe das Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) 01.12.04 - 7 AZR 198/04).

Wird während der Erstbefristung eine Verlängerung der Arbeitszeit – auch wenn es dem Arbeitnehmer unangelegen kommt – auf zum Beispiel 42 Wochenstunden vereinbart, bleibt die Befristung laut BAG auch bei einer nachfolgenden Verlängerung wirksam. Nach Ansicht des LAG Hamm (10.11.2004 – 15 Sa 1035/04) dagegen hebt diese Verlängerung hier die Befristung aus. Denn der sachgrundlos befristete Arbeitsvertrag könne nicht mehr bis zur Ausschöpfung der gesetzlichen Höchstdauer verlängert werden, wenn die Parteien während der Erstbefristung den Vertragsinhalt geändert haben. Es sei denn, es handele sich um eine vom Arbeitnehmer gewünschte oder ihm ausschließlich günstige Änderung.

Der goldene Weg

Die Erfahrung zeigt: Bei Befristungen sollte grundsätzlich zunächst mit der sachgrundlosen Befristung des § 14 Abs. 2 TzBfG begonnen werden, nach 24 Monaten mit drei zulässigen Verlängerungen in dieser Zeit kann eine Befristung mit sachlichem Grund gemäß § 14 Abs. 1 TzBfG folgen.

Eine Befristung mit sachlichem Grund als Einstieg in ein Befristungsarbeitsverhältnis ist nur dann sinnvoll, wenn der Arbeitnehmer zuvor bei diesem Arbeitgeber beschäftigt war. In diesem Fall ist eine sachgrundlose Befristung ausgeschlossen.

*Dr. Klaus Michael Alenfelder
Wolfgangstraße 8
D-53225 Bonn
kma@alenfelder.de*

BGH: Eltern erhalten Unterhalt für ungewolltes Kind

Gleiches Recht

Eltern können wegen einer ungewollten Schwangerschaft nach einer fehlerhaften Verhütungsbehandlung vom Frauenarzt den gesamten Unterhalt für ihr Kind verlangen. Laut Bundesgerichtshof (BGH) am 14. November 2006 gilt dies für die Mutter und für den Vater, ganz gleich, ob verheiratet oder nicht.



Foto: CC

Das Karlsruher Gericht gab jetzt einer Mutter aus Bayern Recht, die – auch im Namen des nicht ehelichen Vaters – auf Schadensersatz geklagt hatte. Der Nachwuchs aus der gerade ein halbes Jahr alten Partnerschaft kam der

Der Mediziner muss jetzt bis zum 18. Lebensjahr des heute dreijährigen Jungen Unterhalt zahlen; derzeit annähernd 600 Euro im Monat abzüglich Kindergeld. Mit dem Urteil erweitert der BGH seine langjährige Rechtsprechung zur Haftung des Arztes für Fehler, die zu einem ungewollten Kind führen, so auch bei fehlgeschlagener Sterilisation, falscher genetischer Beratung und bedingt bei erfolglosen Abtreibungsversuchen.

Neu: Der Vertrag zwischen einer Patientin, die sich zur Verhütung einer Schwangerschaft behan-



„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.

25-jährigen ungelegen, weil sie als Erzieherin in der Schweiz anfangen wollte. Vor vier Jahren hatte ein Gynäkologe ihr fehlerhaft ein lang wirkendes Verhütungsmittel oberhalb der Armbeuge eingesetzt – das Kind ist mittlerweile drei Jahre alt. „Nicht die Existenz des Kindes stellt einen Schaden dar, wohl aber sein Unterhaltsbedarf“, stellte BGH-Vizepräsidentin Gerda Müller in der mündlichen Verhandlung klar.

deln lasse, und ihrem Arzt diene auch dem Schutz ihres jeweiligen nicht ehelichen Partners vor Unterhaltsansprüchen aus einer nicht geplanten Schwangerschaft, teilte das Gericht mit. Ergo kann auch ein nicht ehelicher Vater Unterhaltszahlungen beim Arzt einklagen. (Internet: <http://www.bundesgerichtshof.de>) pit/dpa

BGH
14. November 2006
Az.: VI ZR 48/06

Oberverwaltungsgericht erlaubt

Medikamenten-Service in Drogerien

Arznei aus der Drogerie – erlaubt oder nicht? Diese Frage entschied jetzt ein Oberverwaltungsgericht, allerdings begrenzt auf den Akt des Abholens von Arzneimitteln.

Die Drogeriemarktkette dm darf in ihren Filialen weiter einen Bestell- und Abholservice für Medikamente betreiben. Das hat das Oberverwaltungsgericht für Nordrhein-Westfalen in Münster in einem Urteil entschieden. Die Stadt Düsseldorf hatte den in Kooperation mit einer niederländischen Versandapotheke angebotenen Abholservice verboten, weil sie darin

einen Verstoß gegen das Arzneimittelrecht sah. Das Oberverwaltungsgericht folgte diesem Argument im Hauptsacheverfahren nicht. Das Vertriebskonzept verstoße weder gegen Arzneimittelrecht noch gegen Apothekenrecht, begründeten die Richter ihr Urteil. pit/dpa

Oberverwaltungsgericht für Nordrhein-Westfalen in Münster
Az.: 13 A 1314/06
vom 7. 11. 2006

Oberlandesrichter entscheiden

Schmerzensgeld nach Zahnbehandlung

Schmerzen beim Zahnarzt sind zwar nicht ungewöhnlich, können aber nach einem Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Koblenz gleichwohl zu einem Anspruch auf Schmerzensgeld führen, meldet die Deutsche Presseagentur (dpa).

Nach dem Richterspruch sei dies der Fall, wenn die Schmerzen durch eine nicht fachgerechte zahnmedizinische Behandlung verursacht werden. Das Gericht sprach mit seinem Urteil einer Patientin ein Schmerzensgeld in Höhe von 7 000 Euro zu.

Nach den Feststellungen eines Sachverständigen hatte der behandelnde Zahnarzt mehrere Zähne der Klägerin nicht fachgerecht überkront. Dadurch hatte die Frau in der Folgezeit erhebliche Schmerzen. Außerdem wurde eine umfassende Neubehandlung erforderlich. Die Klägerin verlangte von dem Zahnarzt mindestens 20 000 Euro Schmerzensgeld. Das OLG sah die Forderung im wohl Grundsatz, nicht aber in

der Höhe als berechtigt an. Die Richter betonten laut dpa, die Schmerzen wären bei einer ordnungsgemäßen Behandlung



Foto: stockdisc

zumind. nicht in diesem Ausmaß aufgetreten. Das Urteil des Oberlandesgerichts ist rechtskräftig. pit/dpa

OLG Koblenz
15. November 2006
Az.: 5 U 1591/05

Repräsentative Studie mit Preis

Identifizierung und Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko

Stefan Zimmer

Der vorliegende Beitrag ist eine Zusammenfassung der mit dem Hufeland-Preis 2005 ausgezeichneten Arbeit zur der Zahnprophylaxe bei Kindern. Ziel der vorliegenden Studien war die Entwicklung von Verfahren zur Identifizierung und Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko.

1. Einleitung

Bundesweite repräsentative Untersuchungen haben in den zurückliegenden 15 Jahren einerseits einen deutlichen Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen, andererseits aber auch eine statistische Linksverschiebung der Kariesverteilung gezeigt. Dieses Phänomen beschreibt die Tatsache, dass einer großen Population von primär zahngesunden Kindern eine kleine Gruppe mit einer hohen Kariesprävalenz gegenübersteht. Man spricht in diesem Zusammenhang von Kindern mit hohem Kariesrisiko. Es ist naheliegend, dass ein zahnmedizinisches und gesundheitspolitisches Ziel der zukünftigen Jahre darin bestehen muss, die Kariesprävalenz dieser Risikogruppe zu senken, ohne dabei die auf die Gesamtpopulation bezogenen Maßnahmen zu vernachlässigen. In Anerkennung dieser Tatsache hat der Gesetzgeber die Entwicklung

spezifischer Programme für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko im Rahmen der Gruppenprophylaxe gefordert [1].

2. Zielstellung

Ziel der vorliegenden Studien war die Entwicklung von Verfahren zur Identifizierung und Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko. Die Verfolgung dieses Ziels erfolgte in vier Stufen:

1. Entwicklung einer Möglichkeit zur Identifizierung von Kindern mit hohem Kariesrisiko im Rahmen der Gruppenprophylaxe
2. Entwicklung von Präventionsprogrammen für Kinder mit hohem Kariesrisiko und Überprüfung ihrer Effektivität
3. Prüfung, ob die geplanten Programme die Zielgruppe tatsächlich erreichen können
4. Untersuchung der Übertragbarkeit des Konzeptes auf große Populationen

3. Kinder mit hohem Kariesrisiko

Um Kariesrisikokinder im Rahmen der Gruppenprophylaxe zu identifizieren, bedarf es eines Verfahrens, das ein Kariesrisikoscreening im Rahmen schulzahnärztlicher Reihenuntersuchungen ermöglicht. Verschiedene Parameter, die prinzipiell für eine Einschätzung des Kariesrisikos in Frage kamen, wurden im Rahmen einer prospektiven Studie auf ihre Zuverlässigkeit hin untersucht. Diese Parameter waren

■ **Speichelbelastung** mit Mutans-Streptokokken (Dentocult SM), Laktobazillen (Dentocult LB), Fließrate und Pufferkapazität des Speichels (Dentobuff)

■ **Initiärläsionen** an bleibenden Zähnen (D_{1,2})

– an Glattflächen: weiße oder braune Verfärbung ohne Einbruch der Oberfläche

– in Fissuren: braune bis schwarze Verfärbung ohne Einbruch der Oberfläche

■ **Plaque-Index** nach Quigley und Hein (QHI) [2]

■ **Papillen-Blutungs-Index** nach Saxer und Mühlemann (PBI) [3]

■ **pH-Wert** an einer plaquebedeckten Schmelzoberfläche nach Stimulation mit zehnpromzentiger Saccharoselösung (In-vivo-Messung mit Iridium-Oxid Microtouch-Elektrode). Hierzu erfolgten jeweils an einer Approximallfläche zunächst zwei Messungen des Ruhe-pH und anschließend wurde über eine Gesamtdauer von 34 Minuten (min) in Abständen zwischen zwei und fünf Minuten der pH-Wert der Plaque nach Stimulation mit der Saccharoselösung gemessen. Insgesamt wurden auf diese Weise zehn Messpunkte registriert (t₁ bis t₁₀). Zur statistischen Analyse wurde aus den beiden ersten Messpunkten (t₁, t₂) der Mittelwert als Ausgangsmesspunkt errechnet. Der Mittelwert vom dritten bis fünften Messwert (t₃ bis t₅) diente als Bezugsgröße. Die Differenz zwischen beiden Werten entsprach dem individuellen relativen pH-Abfall. Die Dauer der Messung bis zum 5. Messpunkt betrug 9 min. Abbildung 1 zeigt eine typische Messkurve.

■ **Fluoridanamnese**

Im Rahmen der Fluoridanamnese mussten

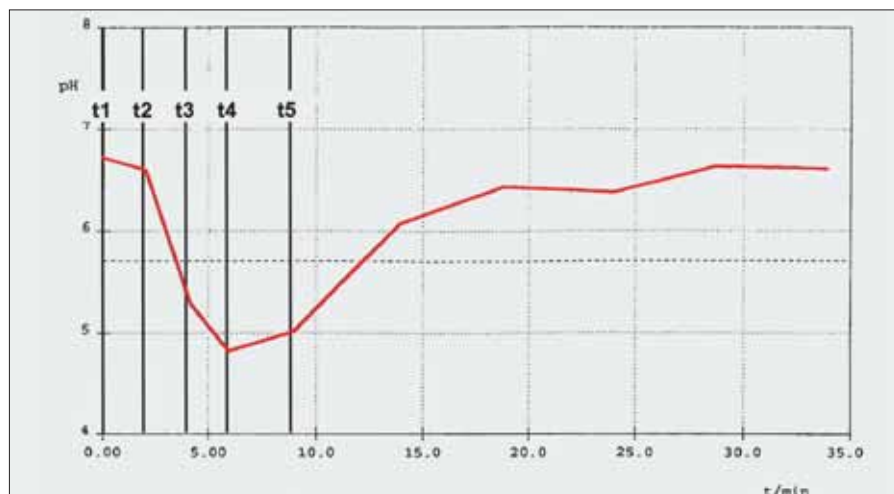


Abbildung 1: Mit der Microtouch-Methode ermittelte typische Messkurve (t₁, t₂: Ruhemessungen, t₃-t₅: pH-Abfall nach Stimulation mit zehnpromzentiger Saccharoselösung)

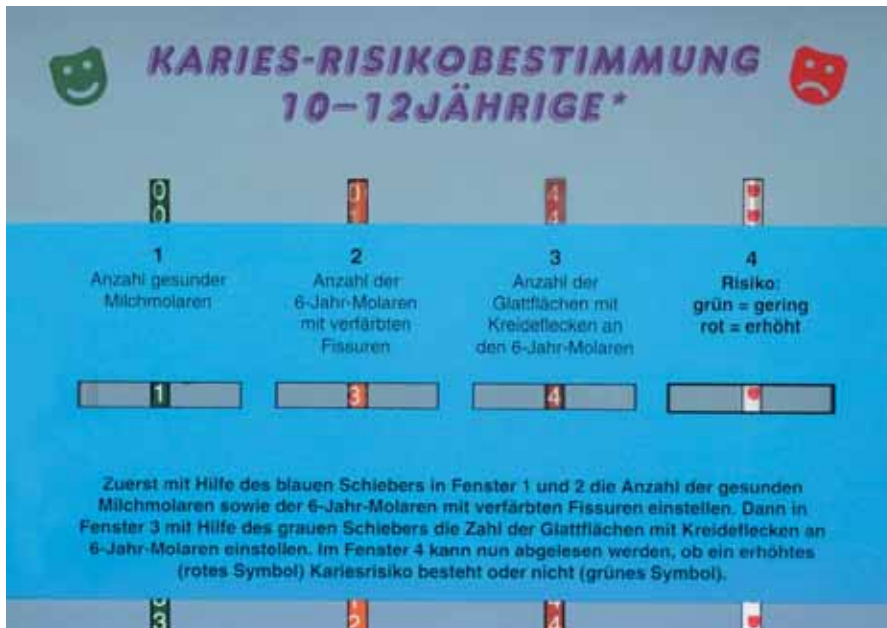


Abbildung 2: Kariesrisikoschieber. Mittels zwei beweglicher Teile lassen sich mit dem auf den Dentoprog-Formeln (7, 23) beruhenden Schieber die Risiko-Parameter „gesunde Milchmolaren“ und „Initiälfissuren“ einlesen und das Kariesrisiko für Zehn- bis Zwölfjährige bestimmen. Die Rückseite dient der gleichen Bestimmung für Sechs- bis Neunjährige.

die Begleiter der Probanden sechs Fragen zur Verwendung fluoridhaltiger Produkte beantworten. Daraus wurde ein Summenscore gebildet. Details sind bei Zimmer et al. nachzulesen [4].

Zur Ermittlung ihrer Aussagekraft im Rahmen der Kariesrisikobestimmung wurden die erhobenen Parameter in Bezug zu dem in dem nachfolgenden Einjahreszeitraum eingetretenen Karieszuwachs gesetzt. Dies geschah mithilfe einer Diskriminanzanalyse. Bei Einbeziehung mehrerer möglicher Prädiktoren wurde eine schrittweise Diskriminanzanalyse (Wilks-Lambda-Methode) durchgeführt. Als Eintrittsschwelle wurde ein F-Wert (Fisher-Koeffizient) von drei und zum Ausschluss ein F-Wert von zwei festgelegt. Als Risikokinder wurden diejenigen betrachtet, die pro Jahr mehr als eine neue kariöse Fläche entwickelten (${}^3D_{3,4}MFS/Jahr > 1$). Die Klassifizierung der Probanden erfolgte nach realem Risiko (entsprechend dem a posteriori ermittelten Karieszuwachs) und nach Vorhersage im Test. Berechnet wurden die Parameter Sensitivität und Spezifität.

Im Rahmen der multifaktoriellen Diskriminanzanalyse wurden die folgenden möglichen Prädiktoren simultan analysiert: Ergebnisse der Speicheltets, Anzahl der Initiälfissuren, Mundhygieneindizes (PBI und QH-Index), pH-Abfall und Ergebnisse der

Fluoridanamnese. Dabei zeigte sich, dass neben der Vorhersagekraft der Initiälfissuren alle anderen analysierten Prädiktoren unwichtig wurden und nicht zu einer verbesserten Validität führten. Aufgrund der jeweils festgestellten Initiälfissuren konnten Kinder mit niedrigem Risiko mit einer Wahrscheinlichkeit von 82,8 Prozent richtig klassifiziert werden (Spezifität). Für Kinder mit hohem Risiko lag der entsprechende Wert bei 83,3 Prozent (Sensitivität). Die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Kind richtig zugeordnet wurde, lag bei 82,9 Prozent. Damit wurden die Anforderungen, die an einen zuverlässigen Test gestellt werden, erfüllt. In den vorliegenden Untersuchungen wies der Parameter „Initiälfissuren“ in Bezug auf die Bestimmung des Kariesrisikos die mit Abstand stärkste Validität auf. Da dies in Bezug auf die für die Gruppenprophylaxe relevante Altersklasse auch das Ergebnis der Arbeitsgruppe von Professor Marthaler aus Zürich war, wurde in Kooperation mit diesem ein „Kariesrisikoschieber“ entwickelt, der für sechs- bis zwölfjährige Kinder eine einfache und sichere Bestimmung des Kariesrisikos zulässt (Abbildung 2). Er erlaubt mit hoher Validität (Sensitivität und Spezifität jeweils über 80 Prozent) eine einfache, preisgünstige und schnelle Kariesrisikobestimmung bei sechs- bis zwölfjährigen Kindern und wird mittlerweile

durch die Firma GABA auch als kostenloses PC-Programm zur Verfügung gestellt (http://www.gaba-dent.de/dental_profikariesrisikotest.html).

Schlussfolgerung

Die Ermittlung von Kariesrisikokindern ist mithilfe von Initiälfissuren möglich, welche wegen ihrer Remineralisierbarkeit als non-destruktive Parameter zu betrachten sind. In der praktischen Umsetzung ist der Kariesrisikoschieber ein Hilfsmittel, das die Bestimmung von Kariesrisikokindern schnell, kostengünstig und mit hoher Validität erlaubt.

4. Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko

In der Betreuung von Risikogruppen sind zwei grundsätzlich verschiedene Strategien möglich. Die eine verfolgt das Ziel, Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko in Screeninguntersuchungen zu identifizieren und individuell an Zahnarztpraxen zur intensiven prophylaktischen Betreuung zu überweisen [5]. Dieses System ist mit dem Problem behaftet, dass diese Kinder, die nicht selten aus sozial schwierigen Verhältnissen stammen, entgegen der Empfehlung des Schulzahnarztes oft keinem Zahnarzt vorgestellt werden [5]. Die Alternativstrategie besteht darin, ganze Risikoeinrichtungen aufsuchend zu betreuen. Dieses Konzept erteilt einer individuellen Identifizierung und Betreuung von Kariesrisikokindern eine Absage. Es hat zwar den Nachteil, dass die medizintechnische Ausstattung einer Zahnarztpraxis nicht für die Intensivprophylaxe genutzt werden kann, andererseits hat es jedoch den Vorteil, dass die Zielgruppe grundsätzlich vollständig von der Intensivprophylaxe erreicht werden kann. Darüber hinaus ist dieses System der aufsuchenden Betreuung wesentlich kostengünstiger, da es weniger personal- und technikintensiv ist. Die nachfolgend in Kürze beschriebenen Arbeiten bewerten diese unterschiedlichen Ansätze zunächst nach ihrer Effektivität, um dann die Fragen nach der Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie der Umsetzung auf große Populationen zu beantworten.

4.1. Effektivität eines individualisierten Programms zur Betreuung von Kariesrisikokindern

Teilnehmer des Programms waren 419 repräsentativ bestimmte Schulkinder mit erhöhtem Kariesrisiko aus den Berliner Bezirken Wedding, Neukölln und Steglitz. Sie wurden randomisiert auf eine Test- und eine Kontrollgruppe verteilt. 318 Probanden nahmen an der Abschlussuntersuchung nach zwei Jahren teil, 187 in der Test- und 131 in der Kontrollgruppe. Die Kinder der Testgruppe nahmen alle drei Monate an einem für die Individualprophylaxe typischen Prophylaxeprogramm mit folgendem Inhalt teil:

- Anfärben der Plaque mit einem Plaque-relevator
- Motivierung und Instruktion zur Mundhygiene
- Ernährungsempfehlungen
- Empfehlungen zum Gebrauch von Fluorid
- Überwachtes Zähneputzen
- Professionelle Zahnreinigung mit Gummikelch und rotierender Bürste unter Verwendung einer fluoridhaltigen Polierpaste; Reinigung aller Zahnzwischenräume mit Zahnseide
- Applikation eines Fluoridlackes (Fluor-Protector mit 0,1 Prozent Fluorid als Fluorsilan, Vivadent, Schaan, Liechtenstein).

Die Kinder der Testgruppe wurden instruiert, mindestens eine Stunde lang nach dem Auftragen des Fluoridlackes nicht zu essen. Die Kinder der Kontrollgruppe erhielten einmal jährlich eine Motivierung und Instruktion zur Mundhygiene und nahmen an einem überwachten Zähneputzen teil. Alle Prophylaxesitzungen wurden von einer Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin (ZMP) abgehalten.

In Test- und Kontrollgruppe wurden jährlich ein kariologischer Befund sowie die Mundhygieneindizes PBI [3] und QHI in der Modifikation nach Turesky et al. [6] erhoben. Die Untersuchungen fanden auf einer zahnärztlichen Behandlungseinheit unter Verwendung von Spiegel, Sonde und Untersuchungsleuchte statt. Es wurden keine Röntgenaufnahmen gemacht.

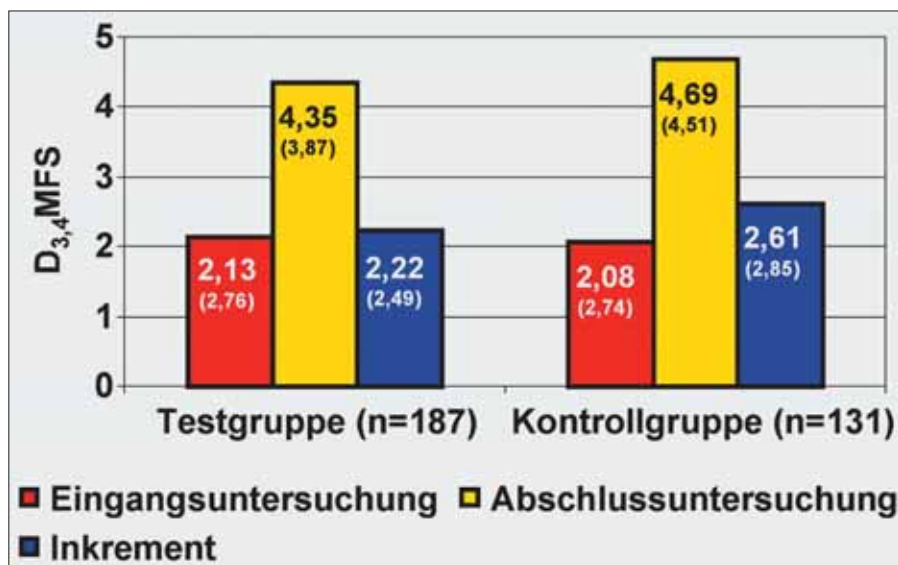


Abbildung 3: $D_{3,4}MFS$ (etablierte Läsionen) zum Zeitpunkt der Eingangs- und Abschlussuntersuchung sowie die Inkremente zwischen den beiden Untersuchungen (Mittelwert und Standardabweichung). Es bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung nach zwei Jahren waren die Kinder im Durchschnitt 11,8 (Testgruppe) beziehungsweise 11,7 Jahre (Kontrollgruppe) alt. Die mittlere Beobachtungszeit betrug 2,23 Jahre in der Test- und 2,14 Jahre in der Kontrollgruppe. Die Abbildung 3 zeigt die Kariesprävalenz ($D_{3,4}MFS$) zur Eingangs- und Abschlussuntersuchung für die Test- und Kontrollgruppe sowie den Zuwachs zwischen beiden Untersuchungen. Weder in der Eingangs-, noch der Abschlussuntersuchung wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden. Bezogen auf etablierte Läsionen (Kavitäten) war das Programm also nicht effektiv.

Schlussfolgerungen

Aus der Zweijahresstudie kann geschlossen werden, dass es mit dem dargestellten Programm zumindest mittelfristig nicht möglich ist, die Entwicklung etablierter kariöser Läsionen bei Kindern mit hohem Kariesrisiko einzuschränken. Die vier pro Jahr durchgeführten Prophylaxesitzungen verursachen unter Praxisbedingungen Kosten von zirka 200 Euro/Jahr. Zusammenfassend ist das Programm unter Berücksichtigung von Effektivität und Kosten für eine Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko nicht als geeignet einzuschätzen. Gegenstand der

nachfolgenden Untersuchung ist daher ein Präventionsprogramm, in dem anstelle des hier eingesetzten Fluoridlackes mit nur 0,1 Prozent Fluorid als Fluorsilan ein hochkonzentriertes Präparat mit 2,26 Prozent Fluorid als Natriumfluorid Anwendung findet.

4.2. Effektivität eines Programms zur aufsuchenden Betreuung von Kariesrisikokindern

Im Stadtteil Linden/Limmer von Hannover wurde im Rahmen der Gruppenprophylaxe in zunächst zwei und ein Jahr später in drei Grundschulen regelmäßig ein hochkonzentrierter Fluoridlack (Duraphat, Colgate, Hamburg) appliziert. In Sozialberichten wird dieser Stadtteil als sozialer Brennpunkt beschrieben [7, 8]. Die Applikation des Fluoridlacks wurde vierteljährlich angeboten und erfolgte in den Räumen der jeweiligen Schule. Insgesamt gibt es in dem betreffenden Stadtteil sechs Grundschulen, von denen drei nicht in das Programm einbezogen wurden und als Kontrollgruppe dienten. Die soziodemografischen Rahmendaten aller sechs Grundschulen waren ebenso vergleichbar wie die Kariesprävalenz ihrer Schüler [7, 8]. Die Kinder in Test- und Kontrollgruppe nahmen einmal im Jahr an einer Gesundheitserziehung teil. Diese umfasste eine Mundhygieneinstruktion, überwachtes

Zähneputzen und Ernährungshinweise. Unmittelbar im Anschluss an die Eingangsuntersuchung startete das Fluoridierungsprogramm. In einer Schule konnte aus organisatorischen Gründen allerdings erst ein Jahr später begonnen werden. Von den in allen sechs Grundschulen insgesamt gemeldeten 392 Erstklässlern konnten 361 untersucht werden. Von diesen nahmen vier Jahre später noch 269 an der Abschlussuntersuchung teil. Vor Beginn des Fluoridierungsprogrammes und zu Beginn jedes Schuljahres wurden die Eltern der Kinder aus den Testschulen schriftlich um ihre Zustimmung zur Teilnahme gebeten. Die Einverständniserklärung wurde zusammen mit einem Informationsbrief den Kindern ausgehändigt. Das Verfahren wurde wiederholt, wenn kein Rücklauf erfolgte. Im Durchschnitt lag die Zustimmung pro Jahr zwischen 71 und 83 Prozent. Jeder Fluoridanwendung ging ein überwachtes Zähneputzen voraus. Die Applikation des Fluoridlacks Duraphat erfolgte nach relativer Trockenlegung mit einem Zellstoffspatel mithilfe eines Wattestäbchens. Berechnet über den gesamten Studienverlauf wurden pro Kind durchschnittlich 0,65 ml Duraphat benötigt. Das entspricht einer Fluoridmenge von rund 15 mg. Im ersten Studienjahr wurde die Fluoridapplikation viermal jährlich durchgeführt, musste jedoch ein Jahr später aufgrund mangelnder Ressourcen auf drei Fluoridierungen pro Jahr reduziert werden.

Zur Eingangs- und Abschlussuntersuchung wurde der DMFT-Index nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgenommen [9]. Es wurden keine Röntgenaufnahmen angefertigt.

Der Mittelwert des Alters lag zur Eingangsuntersuchung in der Testgruppe bei 6,91 Jahren und bei der Abschlussuntersuchung bei 10,56 Jahren. In der Kontrollgruppe lagen die entsprechenden Werte bei 7,24 und 10,65. Bei der Eingangsuntersuchung bestand zwischen dem Alter der Test- und der Kontrollgruppe ein statistisch signifikanter Altersunterschied von 0,33 Jahren ($p < 0,001$; Mann-Whitney-U-Test). Die Beobachtungsdauer der Test- und Kontrollgruppe war geringfügig, jedoch statistisch signifikant unterschiedlich ($p < 0,001$; Test

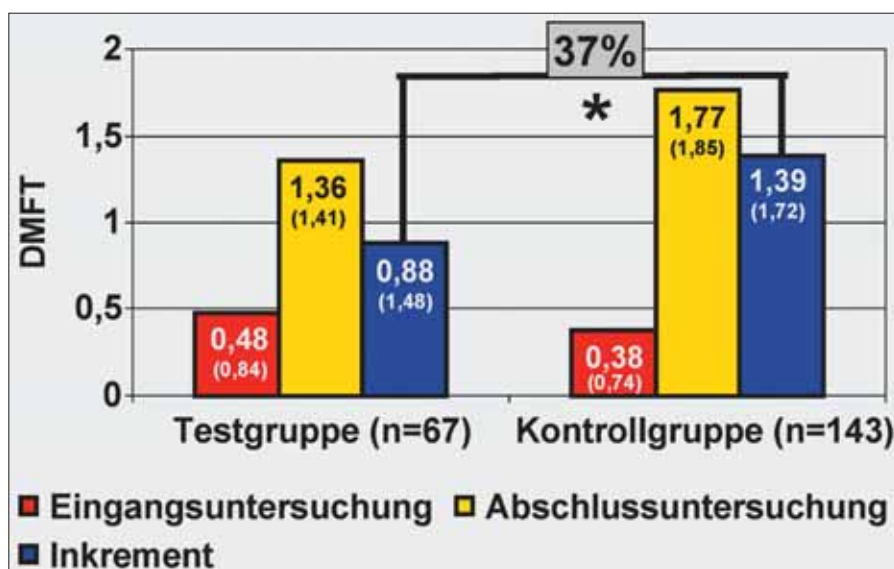


Abbildung 4: Mittelwerte des DMFT zum Zeitpunkt der Eingangs- und Abschlussuntersuchung sowie das Inkrement zwischen diesen beiden Untersuchungen ($*p < 0,05$)

nach Kruskal-Wallis und Mann-Whitney-U-Test). Sie lag in der Testgruppe bei 3,64 und in der Kontrollgruppe bei 3,42 Jahren. Dieser Unterschied dürfte allenfalls zu einer Unterschätzung des Effektes des Präventionsprogrammes geführt haben.

Die Abbildung 4 zeigt die Mittelwerte des DMFT für die Eingangs- und Abschlussuntersuchung sowie für den Karieszuwachs (Inkrement). Zwischen den beiden Gruppen bestand für die Eingangs- und Abschlussuntersuchung kein statistisch signifikanter Unterschied (Test nach Kruskal-Wallis), allerdings wurde ein statistisch signifikanter Unterschied für den Karieszuwachs gefunden, der in der Testgruppe um 37 Prozent geringer als in der Kontrollgruppe war (Test nach Kruskal-Wallis und Mann-Whitney-U-Test, $p < 0,05$).

Schlussfolgerungen

Aus der Vierjahresstudie kann der Schluss gezogen werden, dass die regelmäßige Applikation des Fluoridlacks Duraphat im Rahmen der Gruppenprophylaxe eine effektive Maßnahme zur Hemmung der Karies bei Kindern mit hohem Kariesrisiko darstellt. Eine mindestens zweimal jährliche Anwendung scheint jedoch erforderlich zu sein. Die Fluoridanwendung kostet pro Jahr und Kind inklusive Personalkosten etwa

8 Euro. Sie kann deshalb nicht nur als effektive, sondern auch als effiziente Maßnahme betrachtet werden.

4.3. Erreichbarkeit der Zielgruppe in Abhängigkeit von der Betreuungsstrategie

In Kapitel 4.1 und 4.2 wurden zwei Untersuchungen vorgestellt, die von zwei grundsätzlich unterschiedlichen Ansätzen ausgehen. Die eine (4.1.) fußt auf der Identifizierung von Kindern mit hohem Kariesrisiko im Rahmen der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen und anschließender Überweisung an niedergelassene Zahnärzte. Die andere (4.2) basiert auf einem sogenannten aufsuchenden Ansatz, das heißt, die Risikokinder werden vor Ort, also in den Schulen, in denen sie auch identifiziert wurden, betreut. Beide Herangehensweisen haben sich in Deutschland etabliert und tragen unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten Rechnung. In Gegenden, in denen der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Landesarbeitsgemeinschaften zur Verhütung von Zahnkrankheiten personell schlecht ausgestattet sind, wird in aller Regel das System der Überweisung an niedergelassene Zahnärzte favorisiert.

Ob die Kariesrisikokinder aufsuchend oder im Wege der Überweisung betreut werden, hat darüber hinausgehend auch unmittel-

bare Konsequenzen für die Art der Betreuung. In den vorgestellten Forschungsprojekten wurde daher versucht, jeweils typische Programme für beide Herangehensweisen zu Grunde zu legen. Interessanterweise zeigte sich, dass das aufwändigere Programm (4.1) nicht unbedingt das effektivere ist. Effizienter, das heißt, effektiver unter Kosten-Nutzen-Aspekten, kann es schon auf Grund der teuren Struktur, die bei Betreuung in der zahnärztlichen Praxis genutzt wird, kaum sein. Ein Aspekt wurde im Rahmen der vorgestellten Untersuchungen bislang allerdings noch nicht angesprochen, nämlich wie gut sich die Zielgruppen in der Realität mit den beiden Ansätzen erreichen lassen. Zwar lag die Drop-out-Rate für die Probanden in der Studie mit individualisierter Herangehensweise bei 27,6 Prozent in zwei Jahren und in der Studie mit aufsuchender Betreuung (bezogen auf mindestens zwei Fluoridapplikationen/Jahr) bei 37 Prozent in vier Jahren, aber diese Zahlen geben keine wirkliche Auskunft darüber, in welchem Umfang die Zielgruppe mit den unterschiedlichen Ansätzen erreicht werden konnte („Reichweite“). In der Studie zur individualisierten Betreuung wurden die Probanden nämlich von der Prophylaxeassistentin telefonisch immer an den bevorstehenden Termin erinnert, und wenn sie trotzdem nicht wie vereinbart erschienen, wurde erneut angerufen und ein neuer Termin vereinbart. Dieses Vorgehen musste oft mehrfach wiederholt werden und führte selbst dann, wie die Drop-out-Rate zeigt, nicht immer zum Erfolg. Im Rahmen der aufsuchenden Betreuung ist es nicht möglich, diesen Aufwand für eine Terminvereinbarung zu treffen. Allerdings ist der genannte Drop-out von 37 Prozent (39 von 106) auch differenziert zu betrachten. Er beschreibt nämlich keinen „Totalverlust“ von Probanden sondern nur die Tatsache, dass 37 Prozent der Kinder nicht die gewünschte Anzahl an Fluoridierungsmaßnahmen erhielten. Dies war zum Teil darauf zurückzuführen, dass einige Kinder der Fluoridierung absichtlich fernblieben. Dieses Problem lässt sich zum Beispiel durch Erhöhung der Angebotsfrequenz und Verzicht auf Ankündigung der Fluoridierungs-

maßnahme lösen. Weitere Gründe waren Umzug (es handelte sich zum Teil um Asylantenkinder) sowie Wiederholung der Klassenstufe. Beides führt bei einer flächendeckenden Umsetzung des Konzeptes nicht zu einem Herausfallen aus der prophylaktischen Betreuung.

Im Folgenden soll untersucht werden, wie gut Kinder mit hohem Kariesrisiko unter alltäglichen Bedingungen durch die beiden unterschiedlichen Konzepte erreicht werden können.

4.3.1. Überweisung von Kariesrisikokindern an niedergelassene Zahnärzte

Ein Modellprojekt für Kindergartenkinder mit intensivprophylaktischer Betreuung in Zahnarztpraxen wurde 1994 in Berlin etabliert. Die Kariesrisikokinder wurden im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersu-

1. Sitzung	2. Sitzung	3. Sitzung	4. Sitzung
1.730 (100%)	1.161 (67,1%)	791 (45,7%)	531 (30,7%)

Tabelle 1: Inanspruchnahmeverhalten des Prophylaxeprogrammes. Von 2 111 Kindern, die in dem Untersuchungszeitraum mindestens an einer Sitzung teilgenommen haben, hätten 1 730 das komplette Programm (vier Sitzungen in einem Jahr mit einer Überziehung von max. einem Monat) bis zum Abschluss des Untersuchungszeitraumes durchlaufen müssen. Tatsächlich haben aber nur 531 (30,7 Prozent) das komplette Programm absolviert.

chungen in den Kindergärten identifiziert und an niedergelassene Zahnärzte überwiesen, die sich zuvor im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung zur Teilnahme an dem Projekt bereit erklärt hatten.

Nach vier Sitzungen intensivprophylaktischer Betreuung mit professioneller Zahnreinigung und Fluoridierung, die innerhalb eines Jahres ohne große zeitliche Abweichungen stattfinden sollten, war ein Zyklus abgeschlossen. Das bedeutet, dass die zweite Sitzung maximal vier Monate, die dritte maximal sieben Monate und die vierte maximal zehn Monate nach der ersten stattzufinden hatte. Unter dieser Maßgabe wurde analysiert, inwieweit die Zielgruppe der Kariesrisikokinder von diesem Programm erreicht werden konnte. Nach den Ergebnissen der für das Einzugsgebiet maßgebenden zahnärztlichen Reihenuntersuchungen müssen von knapp 54 000 untersuchten Kindern zwischen zwei und

sechs Jahren etwa 12 000 als Kariesrisikokinder betrachtet werden [10]. In dem Fünfjahreszeitraum von 1994 bis 1999 wurden insgesamt 2 111 Kinder im Rahmen dieses Programms mindestens einmal betreut. Das sind knapp 18 Prozent der Kinder, die zu Beginn des Projektes als Risikokinder zu gelten hatten. Wenn man berücksichtigt, dass die 12 000 Kinder der Risikogruppe während der fünfjährigen Laufzeit der betrachteten Altersgruppe (zwei bis sechs Jahre) vollständig entwachsen und durch neue ersetzt werden, muss man etwa von der doppelten Anzahl Kariesrisikokinder ausgehen. Dadurch reduziert sich der Anteil der mindestens einmal betreuten Kinder auf weniger als zehn Prozent. Selbst diese zehn Prozent durchliefen den Prophylaxezyklus, der auf vier Sitzungen pro Jahr angelegt war, nur teilweise (Tabelle 1).

Das Modell musste also wegen der schlechten „Reichweite“ als gescheitert betrachtet werden und wurde inzwischen eingestellt. Seine Schwäche lag in dem Überweisungssystem. Die besonders geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Menschen mit niedrigem Sozialstatus ist bekannt [11]. In dem dargestellten Modellprojekt manifestierte sich dies in der Tatsache, dass die Kariesrisikokinder zwar über ihre Eltern zum Besuch einer Intensivprophylaxe aufgefordert wurden, dem aber nicht nachkamen. Dies ist offenbar keine Frage der grundsätzlichen Zustimmung der Eltern zu einer Intensivprophylaxe.

4.3.2. Betreuung von Kariesrisikokindern vor Ort

In dem in Kapitel 4.2 beschriebenen Modell haben etwa 80 Prozent der Eltern einer Teilnahme ihres Kindes an dem Programm zugestimmt. Von den 106 Kindern, die über

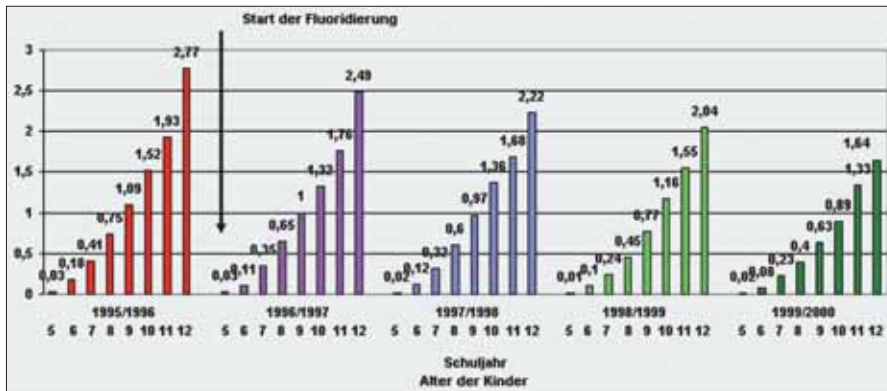


Abbildung 5: Mittelwerte des DMFT der Fünf- bis Zwölfjährigen während der Schuljahre 1995/96 bis 1999/2000 (1995/96: n=7 748, 1996/97: n=15 673; 1997/98: n=19 362; 1998/99: n=19 822; 1999/2000: n=17 984)

vier Jahre an dem Projekt teilgenommen haben, haben 67 mindestens zwei Fluorid-Applikationen pro Jahr erhalten. Das bedeutet, dass immerhin 50,4 Prozent aller Risikokinder im gewünschten Umfang erreicht worden sind (63 Prozent der 80 Prozent, die eine Zustimmung erteilt haben: Angefragt wurden alle Risikokinder). Außerdem ist es in diesem Konzept relativ einfach, noch mehr Angehörige der Zielgruppe zu erreichen, wenn zum Beispiel die Frequenz der angebotenen Lacktouchierungen erhöht wird. Darüber hinaus können bei größer angelegten Projekten, bei denen sich die Fluoridierungsmaßnahmen in einer Schule über mehrere Tage erstrecken, die Kinder, die an einem Tag gefehlt haben, an einem anderen Tag zusammen mit einer anderen Klasse betreut werden. Dies wird zum Beispiel in dem Projekt, über das in Kapitel 4.4 berichtet wird, so gehandhabt.

Schlussfolgerungen

In der Konsequenz ist zu sagen, dass Programme zur Kariesprophylaxe bei Risikokindern vorzugsweise aufsuchend angelegt werden sollten. Nur durch die gruppenweise Betreuung in Schulen und Kindergärten kann gewährleistet werden, dass fast alle Kinder mit hohem Kariesrisiko erreicht werden.

4.4. Übertragbarkeit des Konzeptes zur aufsuchenden Betreuung von Kariesrisikokindern auf große Populationen

Seit 1990 existiert ein Gruppenprophylaxeprogramm für ganz Berlin [10]. Dieses auf gesetzlichen Regelungen basierende Programm beinhaltet neben regelmäßigen Reihenuntersuchungen sowohl Zahnputz-

training als auch Mundgesundheitserziehung für alle Kinder vom Kindergartenalter bis zum Ende der Grundschulzeit. Die Grundschule umfasst sowohl Vorklassen als auch die Klassenstufen 1 bis 6. Verglichen mit dem Berliner Durchschnitt zeigten die Kinder des Bezirks Neukölln ein höheres Kariesniveau und sind daher als Population mit erhöhtem Kariesrisiko zu betrachten. Daher wurde es als notwendig erachtet, für sie ein Spezialprogramm im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Schulen zu schaffen. Neukölln hat fast 314 000 Einwohner. Davon sind 21 Prozent Migranten und 13,5 Prozent beziehen Sozialhilfe. Da die günstigen Effekte der Fluoridanwendung auf Zahnoberflächen gut dokumentiert sind (siehe Kap. 4.2) fiel die Entscheidung, das bestehende Programm durch die Anwendung des Fluoridlackes Duraphat mit einer Konzentration von 22 600 ppm Fluorid als Natriumfluorid zu erweitern. Die zweimal jährliche Applikation von Fluoridlack sollte allen Kindern als Ergänzung zur bereits bestehenden Gruppenprophylaxe angeboten werden.

Seit 1990 unterzogen sich alle Kinder der Grund- und Sonderschulen jährlichen Reihenuntersuchungen. Zusätzlich erhielten die Kinder drei- bis viermal jährlich Mundgesundheitsunterricht, Zahnputztraining sowie Ernährungshinweise. Im Schuljahr 1996/97 wurde das Präventionsprogramm durch die Applikation von Fluoridlack erweitert. Das Projekt startete im ersten Schritt sowohl mit den Vorklassen als auch mit den Klassen 1 bis 3 der Grund- und Sonderschulen. Im Herbst 1997 wurde das Projekt auf die Klassen 4 bis 6 ausgedehnt. Alle 49 Grund- und Sonderschulen mit insge-

samt 18 600 Kindern nahmen teil. Zum Trockenhalten wurden mit Zellstoff umwickelte Holzspatel verwendet. Einweg-Karpulen mit stumpfen Nadeln dienten der Applikation des Lacks. Dieser wurde stets nach den Prophylaxe-Instruktionen und dem Zahnputztraining aufgetragen. Der Zeitbedarf für das komplette Programm betrug eine Stunde.

Jährlich wurde der DMFT durch vier kalibrierte Zahnärzte erhoben. Die Basis-Untersuchungen wurden im Schuljahr 1995/96 und die Abschluss-Untersuchungen im Schuljahr 1999/2000 durchgeführt. Drei zusätzliche jährliche Untersuchungen fanden zwischen Basis- und Abschluss-Untersuchung statt.

Während des Vierjahresintervalls wurden 80 589 Untersuchungen durchgeführt (1995/96: n=7 748; 1996/97: n=15 673; 1997/98: n=19 362; 1998/99: n=19 822; 1999/2000: n=17 984). Die Akzeptanz des Fluoridprogramms, gemessen an der Zahl der elterlichen Einverständniserklärungen, betrug 80 Prozent. Der Mittelwert betrug im Stadtteil mit der höchsten Kariesprävalenz 90 Prozent, während die Akzeptanz im übrigen Bezirk zwischen 65 und 70 Prozent schwankte. Einen Überblick über die DMFT-Werte aller Altersgruppen, die an dem Projekt teilnahmen, gibt Abbildung 5. Die größte Verbesserung erkennt man im Schuljahr 1999/2000. Der DMFT der Zwölfjährigen nahm kontinuierlich von 2,77 auf 1,64 ab. Die gesamte Karieshemmung betrug 40,7 Prozent. Die Abnahme des DMFT der Neunjährigen lag bei 42,0 Prozent (von 1,09 im Schuljahr 1995/96 auf 0,63 im Schuljahr 1999/2000).

Der Prozentsatz an Zwölfjährigen mit DMFT=0 (=primär kariesfrei) stieg im Untersuchungszeitraum von 23 Prozent auf 46,0 Prozent an. Darüber hinaus wurde eine Abnahme des Anteils von Kindern mit erhöhter Kariesprävalenz gefunden, wie in der Altersgruppe der Zwölfjährigen (DMFT>3) von 38,98 Prozent auf 18,34 Prozent (Tabelle 2).

Anzahl	Häufigkeitsverteilung 1995/1996 in %	Häufigkeitsverteilung 1999/2000 in %
0	23,30	46,40
1	10,24	13,64
2	15,02	11,59
3	12,46	10,03
4	19,62	8,98
5	6,66	3,27
6	3,58	2,49
7	1,71	1,44
8	1,88	1,27
9	1,54	0,28
10	0,85	0,33
11	0,17	0,06
12	0,34	0
13	0	0,06
14	0,17	0,06
15	0,34	0,06
16	0	0
17	0	0,06
18	0,17	0

Tabelle 2: Häufigkeiten der DMFT-Werte bei Zwölfjährigen

Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Untersuchung bewirkte die durch Fluoridlackapplikationen erweiterte gesundheitserzieherische Gruppenprophylaxe eine Karieshemmung von 40,7 Prozent bei den Zwölfjährigen und von 42 Prozent bei den Neunjährigen. Die leicht besseren Resultate der Neunjährigen erklären sich wahrscheinlich dadurch, dass sie bereits mit Beginn der Entwicklung des permanenten Gebisses die Fluorid-Anwendung nutzen konnten, wohingegen die Zwölfjährigen ja bereits acht Jahre alt waren, als das Programm startete.

4.5. Resümee

Die in Kapitel 2 formulierten Zielstellungen der vorliegenden Untersuchungen wurden wie folgt erreicht:

1. Die Ermittlung von Kariesrisikokindern ist mithilfe von Initiälläsionen möglich, welche wegen ihrer Remineralisierbarkeit als non-destruktive Parameter zu betrachten sind. In der praktischen Umsetzung ist der „Kariesrisikoschieber“ ein Hilfsmittel, das die Bestimmung von Kariesrisikokindern

schnell, kostengünstig und mit hoher Validität erlaubt.

2. Die mindestens zweimal jährliche Applikation des Fluoridlackes Duraphat stellt im Rahmen der Gruppenprophylaxe eine effektive Maßnahme zur Hemmung der Karies bei Kindern mit hohem Kariesrisiko dar. Die Fluoridanwendung kostet pro Jahr und Kind inklusive Personalkosten etwa 8 Euro und kann deshalb nicht nur als effektive, sondern auch als effiziente Maßnahme betrachtet werden.

3. Ein Kariesprophylaxe-Programm, das aufsuchend, also in Schulen und Kindergärten, stattfindet, kann die Gruppe der Kinder mit hohem Kariesrisiko fast vollständig erreichen. Dies ist mit einem Programm, das auf Überweisungen an niedergelassene Zahnärzte basiert, nicht möglich, weil ein Großteil der Kinder den Zahnarzt nicht erreicht beziehungsweise das dort angebotene Programm nicht vollständig wahrnimmt.

4. Das Konzept der zweimal jährlichen Applikation des Fluoridlackes Duraphat im Rahmen einer aufsuchenden Betreuung erwies sich in einer großen Population von 18 600 Kindern in 49 Grund- und Sonderschulen als realisierbar und effektiv. Insgesamt kann aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen geschlossen werden, dass es sich bei dem beschriebenen Konzept um eine effiziente Public Health Methode für Sechs- bis Zwölfjährige mit hohem Kariesrisiko handelt.

Prof. Dr. Stefan Zimmer
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Poliklinik für Zahnerhaltung und
Präventive Zahnheilkunde
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
zimmer@med.uni-duesseldorf.de



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

Weihnachtsaufruf 2006

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“



ÄRZTE HELFEN ÄRZTEN

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

wir brauchen Ihre Hilfe, damit wir anderen helfen können.

Seit über 50 Jahren kümmert sich die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um Arztkinder, die unsere Unterstützung brauchen. Waren es noch in den 50er-Jahren vor allem Kinder ehemaliger DDR-Bürger, die die letzte Gelegenheit zum Verlassen des Unrechtsstaates genutzt hatten, so setzte die Stiftung ab Anfang der 60er-Jahre neue Schwerpunkte. Seit dem sind es vor allem Kinder bedürftiger Ärzte, Halb- und Vollwaisen aus Medizinerfamilien, die dringend Hilfe benötigen und sie bei der Hartmannbund-Stiftung finden. Ziel ist es neben der Förderung sozial benachteiligter junger Menschen vor allem, ihnen jenseits ihrer eigenen Möglichkeiten einen Weg in den Beruf zu bereiten. Eine Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen fand durch unsere Hilfe außerdem den Weg zurück in den Arztberuf.



Foto: PP

Es ist aber nicht nur die materielle Spende, die unsere Kollegen und deren Kinder erreicht. Sie ist im ideellen Sinne gleichzeitig sichtbares Zeichen der Anteilnahme und des Verständnisses. Denn meist brauchen diejenigen unsere Hilfe, die völlig unerwartet und unverschuldet aus ihrem bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Umfeld gerissen werden.

Dass dieses soziale Engagements innerhalb der ärztlichen Berufsgruppen immer wieder möglich ist, dafür danken wir denen herzlich, die jedes Jahr wieder durch Ihre Spendebereitschaft die Arbeit der Stiftung unterstützen. Damit auch weiterhin Ärzte anderen Ärzten und ihren Kindern helfen können, brauchen wir Ihre Hilfsbereitschaft! Unterstützen Sie durch Ihre Spende bitte die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Dr. hc Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Köhler
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Winn
Vorsitzender des Hartmannbundes –
Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Montgomery
1. Vorsitzender des Marburger Bundes –
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte
Deutschlands e. V., Bundesverband

Dr. Zollner
Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes – Verband der
niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Bühnen
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Prof. Dr. Weiser
Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e. V.

Dr. Walter
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Dr. Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V.

Dr. Sundmacher
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Breitling
Präsident der Bundestierärztekammer e. V.

Bank: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Stuttgart
Konto-Nr.: 0001486942, BLZ: 60090609

Reihe: Medizinhistorische Museen

Berlin: wertvolle pathologisch-anatomische Sammlung

Das Berliner Medizinhistorische Museum der Charité, zu Ehren von Rudolf von Virchow (1821 – 1902) durch die preußische Regierung erbaut, zeigt die größte Sammlung ihrer Art in Deutschland. Schwerpunkte bilden neben der pathologisch-anatomischen Sammlung die Medizintechnik sowie eine Darstellung der gesamten Entwicklung der Berliner Medizin mit ihren Persönlichkeiten.



Außenansicht des Berliner Medizinhistorischen Museums (BMM)

Dieses Museum, das noch als letzter Gebäudeteil des heutigen Instituts für Pathologie vorhanden ist, wurde schon zu Virchows Lebzeiten auf sein Bestreben hin errichtet. Es wurde am 27. Juni 1899 eröffnet. Das Museum erhielt schon zur damaligen Zeit eine wertvolle und sehr umfangreiche pathologisch-anatomische Sammlung. Es wurde anlässlich des 80. Geburtstages des Begründers der mikroskopisch-pathologischen Anatomie eingeweiht. Virchow wollte mit dieser Sammlung die Medizin der Bevölkerung zugänglich machen und ihr verdeutlichen, dass Fehlbildungen weder mit Schicksal, Magie oder mit Dämonischem zu tun haben.

Die nach historischen Gesichtspunkten restaurierte erste Etage wurde 1998 eröffnet und präsentiert das Ergebnis einer über zwei Jahrhunderte fortgesetzten Sammlung, die Zeugnisse der Medizingeschichte

vereint und hier eine angemessene Darstellung findet.

Neben naturgetreuen Wachsplastiken und -moulagen von Patientengesichtern sowie armdicken Krampfadern können sechs Harnblasensteine aus dem Jahre 1729 und eine Niere mit 30 Steinen betrachtet werden. Die Harnblasensteine sind die ältesten Präparate des Museums.

Den Großteil der Dauer Ausstellung bildet die große anatomisch-pathologische Sammlung des Museums mit ihren rund 1 000 Präparaten, wovon etwa die

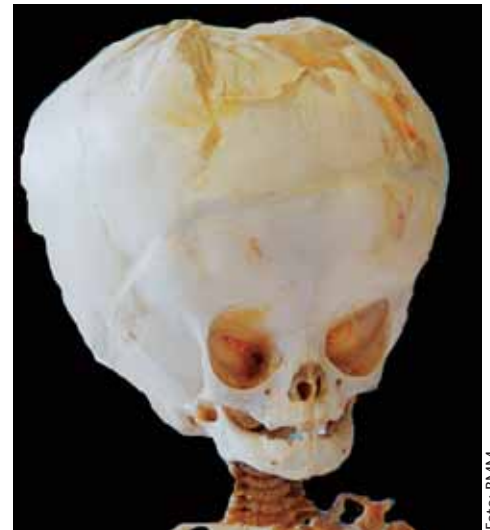


Moulage eines Patientengesichts



Die zm stellen in loser Folge Museen vor, in denen medizin- und zahnmedizinhistorische Sammlungen ausgestellt werden.

Diesmal: Das Berliner Medizinhistorische Museum der Charité.



Der Hydrozephalus eines jungen Mädchens

Hälfte schon aus Zeiten Rudolf von Virchows stammen. Auch Schädeldeformationen, wie der Hydrozephalus eines jungen Mädchens, der allein zehn Kilogramm wog, oder ein mit einer Kugel aus dem schleswig-holsteinischen Krieg versehener Schädel eines jungen Mannes sind in die Sammlung aufgenommen. Daneben gibt es Skelette mit skoliotischen Wirbelsäulen sowie Zyklopen und Sirenen, wie sie schon der griechische Dichter Homer in seinem Werk „Odyssee“ beschrieb.

Zahnärztliche Behandlungseinheit

Auch die zahnmedizinischen Aspekte werden in der oberen Etage berücksichtigt. So kann der Besucher neben einem zahntechnischen Arbeitsplatz von 1920 auch eine zahnärztliche Behandlungseinheit aus dem Jahre 1930 besichtigen und die Brücken-



Die zahnärztliche Behandlungseinheit von 1930

und Prothesenherstellung (aus Kautschuk) mit der aus der heutigen Zeit vergleichen. An Exemplaren von gutartigen und bösartigen Tumoren werden Gewebeeränderungen verdeutlicht, so die teer geschwärzte Lunge des Schneidergesellen Wilhelm Baslin. An Feucht- und Trockenpräparaten werden seltene embryonale Fehlbildungen, wie Embryonen mit Fischeschwänzen oder zwei Köpfen, und diverse Entzündungsformen dargestellt.

Neben medizinisch historischen Instrumenten, wie historischen Mikroskopen, sind eine Menge historischer Medizinbücher ausgestellt. Besonderes Augenmerk ver-

Der zahntechnische Arbeitsplatz von 1920



dient das Anatomiebuch von Andreas Vesalius (1514 – 1564) aus dem Jahre 1614 sowie ein hundert Jahre alter Band mit Sektionsprotokollen.

Dr. Wibke Knöner
Tiergartenstraße 29
30559 Hannover

Die Autorin ist Vorsitzende des Arbeitskreises Geschichte der Zahnheilkunde der DGZMK, einem freiwilligen Zusammenschluss von Zahnärzten und Wissenschaftlern, die sich mit der Geschichte der Zahnheilkunde befassen. Weitere Interessenten sind willkommen.
Kontakt: E-Mail: wknoener@web.de,
Tel: 0511/514637, Fax: 0511/5109623

■ **Berliner Medizinhistorisches Museum (BMM) der Charité**
Campus Charité Mitte
Schumannstraße 20/21
10117 Berlin
Tel.: 030 450 536122
Fax: 030 450 536905
E-Mail: bmm@charite.de
Internet: www.bmm.charite.de
Öffnungszeiten: Di. bis So. 10 – 17 Uhr
Mi. 10 – 19 Uhr
Montags und Feiertags geschlossen
Eintritt: Erwachsene 4 Euro
Ermäßigt: 2 Euro
Gruppen: 3,50 Euro
Familienkarte: 8 Euro
Führungen: nach Vereinbarung

Firmenportrait: Kettenbach

Vom Pionier zum Marktführer

Den Grundstein der heute weltweit operierenden Kettenbach GmbH & Co. KG legte am 2. Mai 1944 ein mutiger Unternehmer

terter Produktpalette und wachsenden Mitarbeiterzahlen. Firmensitz ist Eschenburg bei Dillenburg. Dort werden zwischen

Weltweit erstes Abformsilikon

Nach intensiver Entwicklungsphase stellt das Unternehmen 1955 mit Lastic® 55 der Zahnmedizin das weltweit erste elastomere Abformmaterial auf Basis kondensationsvernetzender Silikone zur Verfügung. Die ersten Exportgeschäfte ins europäische

ist sie sogar Marktführer bei den additionsvernetzenden Abformsilikon in Deutschland. Vorläufiges Highlight der Linie ist die Weltneuheit Panasil® binetics putty, das erste knetbare Präzisionsvorabformungsmaterial im Schlauchbeutel. Aktuell erobert das Korrekturmateriale Panasil® initial contact mit seinen außerordentlichen hydrophilen Eigen-

schaften die Herzen der Anwender. Mit der Einführung des Schlauchbeutelssystems Plug and Press® im Jahr 1999 hat Kettenbach Anwender- und Umweltfreundlichkeit in der Branche maßgeblich beeinflusst. Kleinstmögliches Verpackungsvolumen bei gleich bleibender Produktqualität und größtmöglicher

Wiederverwertbarkeit.

Marktführer bei der Bissregistrierung

Neben Abformmaterialien hat sich der Dentalkonzern mit Bissregistriermaterialien verdient gemacht. Mit Futar® Occlusion, das zum 50. Firmenjubiläum 1994 eingeführt wurde, begründet der Dentalhersteller die erfolgreiche Futar®-Linie der fräsbaren Bissregistriermaterialien.

Futar® D Occlusion entwickelt sich seit seiner Markteinführung 1996 zu einem der bekanntesten Kettenbach-Produkte weltweit. Da verwundert es nicht, dass Kettenbach mit dem Bissregistriermaterial Futar® in Deutschland bereits seit zehn Jahren Marktführer ist. Das Produkt hat sich aber auch in Europa an die Spitze gesetzt und ist weltweit ein Begriff für höchste Qualität.



Kettenbach heute ...

in einem Bauernhaus in Wissenbach bei Dillenburg/Hessen. Die unternehmerische Pionierleistung August Kettenbachs zeigt sich bereits zwei Jahre später: Er bringt eine erste eigenständige Produktpalette auf den Markt. So groß auch der Erfolg der ersten Produktserie, Reinigungs-, Desinfektions- und Gipsisoliermittel für den Dentalbedarf, war, die 50er Jahre bringen neue Entwicklungen zur Serienreife. Es findet eine klare Diversifizierung der Produkte in einen Dental- und einen Medical-Bereich statt. Neben Kettenbach Dental sind für Kettenbach Medical hoch saugfähige Schwammstoffmaterialien, die später unter dem Markennamen Sugi® Erfolgsgeschichte schreiben, hervorzuheben.

1971 erwirbt die Familie Kuhn-Temmler das Unternehmen und übernimmt die Geschäftsführung. Schnell vollzieht sich die Umwandlung in ein modernes Unternehmen mit ständig erwei-

1971 und 2003 mehrere Neubauten errichtet; ein weiterer Firmenkomplex befindet sich gerade in der Entstehung.

1997 folgt Sohn Jens T.W. Kuhn in die Unternehmensleitung. Nach MBA-Studium in den USA und mehrjähriger Auslandserfahrung im Pharmamarketing stimuliert er heute als Vice President Sales nachhaltig die stark expandierenden internationalen Aktivitäten.



... und damals

Ausland und in die USA führen zu einer unternehmerischen Erfolgsgeschichte: Heute ist die Firma Kettenbach in Sachen Abformmaterialien ein „global player“.

Neben der traditionellen Lastic®-Linie bringt die Firma 1983 mit Panasil® ein weiteres innovatives Abformmaterial auf Basis additionsvernetzender Silikone auf den Markt. Wenige Jahre später



Das erste Produkt erobert den Markt.



Hier überall sind Firmenprodukte präsent.

Einsatz höchster Produktqualität

Total quality management ist im Hause Kettenbach keine Marketing-Floskel, sondern täglich gelebte Praxis. Die Sicherstellung konstant hoher Produktqualität wird durch die hausinterne Qualitätssicherung überwacht und garantiert, Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001:2000 sind eine Selbstverständlichkeit.

Die konstante Optimierung des Produktportfolios wird in der hauseigenen F&E-Abteilung stetig vorangetrieben.

Neu: Zahnästhetik

Mit dem professionellen Zahnaufhellungssystem VISALYS®

Whitening hat Kettenbach den Trend der Zahnästhetik aufgenommen. Nach intensiver Auswertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und praxisrelevanten Erfahrungen zum Thema Zahnaufhellung wurde das besonders schonende, hoch wirksame professionelle Zahnaufhellungssystem VISALYS® eingeführt, das die Ansprüche von Zahnarzt und Verbraucher in sich vereint.

Weltweiter Name

Das dynamische Familienunternehmen hat sich seinen guten Namen in über 90 Ländern dieser Welt erarbeitet. Vor dem allgemeinen Trend wurden wachstumsstarke Märkte in Asien und

Russland erschlossen. Heute sind die bewährten Produktlinien in Ägypten genauso gefragt wie in Südkorea, Brasilien oder Turkmenistan.

Dabei ist die Firma weiterhin ein familiengeführtes Unternehmen, in dem zurzeit etwa 130 hoch qualifizierte Mitarbeiter anspruchsvolle Arbeitsplätze ausfüllen – mit steigender Tendenz. ■



Prof. Dr. Dieter Kuhn, Geschäftsführer (l.), und Jens T.W. Kuhn, Vice President Sales (r.)

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 124

Dr. Hinz KFO-Labor

Zirkonoxid für KFO-Geräte und PAR-Schienen

Mit ortho-circ stellt das Dr. Hinz KFO-Labor eine System-Innovation vor, mit der die Vorteile der Hochleistungskeramik erstmalig auch für KFO-Geräte und PAR-Schienen genutzt werden können. Metallfreie Verankerungen, biokompatible Retainer und Lückenhalter für kieferorthopädische Behandlungen sowie Adhäsivbrücken und Stabilisierungsschienen für die PAR-Therapie sind die ersten Geräte in einem umfassenden System-Konzept des Herner Fachlaboratoriums. Die Behandlungsmittel werden in einem aufwendigen Verfahren aus Digizon Zirkoniumdioxid-Rohlingen gefräst. Um eine maximale Materialdichte zu erzielen, werden die Werkstücke heiß isostatisch nachverdichtet, was

sowohl die Biegefestigkeit als auch die Bruchzähigkeit der gra-



zilen KFO- oder PAR-Werkstücke erhöht und deren Porendichte verringert. Nach dem heutigen Stand der Technik können aus ortho-circ überwiegend passive, aber auch aktive KFO-Behandlungsmittel hergestellt werden.

*Dr. Hinz KFO-Labor
Körnerstraße 23
44623 Herne
Tel. 0 23 23 / 184 34
E-Mail: prof.hinz@t-online.de*

H+S GmbH

CE-Exklusiv Award 2005 vergeben

Das H+S Auditoren-Team bewertet in verschiedenen Kategorien über 100 erfolgreich zertifizierte zahnärztliche Praxen in Deutschland. Die Auszeichnung wird jährlich vergeben und besitzt für die Gewinner einen hohen Stellenwert. Schließlich zeigt sie den Patienten, welchen hohen Qualitätsstandard die Praxis hat. Mitte Juli empfing die H+S Zertifizierungsstelle in Rutesheim-Perouse über 30 nach DIN EN ISO 9001:2000 erfolgreich überprüfte zahnärztliche Praxen (Foto). Der Award wurde durch die H+S Geschäftsführer



Friedrich W. Schrafft und Michael Weber an die Gewinner überreicht.

*H+S GmbH
Hauptstraße 2
71277 Rutesheim-Perouse
Tel.: 0 71 52 / 35 37 21
Fax: 0 71 52 / 35 37 24
http://www.hs-gmbh.com
E-Mail: Info@HS-GmbH.com*

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

DeguDent

Unter neuer Führung

Im September 2006 hat Dr. Alexander Völcker die Position des Geschäftsführers bei DeguDent übernommen und somit die Nachfolge von Dr. Albert Sterkenburg angetreten. Dr. Sterkenburg zeichnet bereits seit dem 27. Januar 2006 in seiner neuen Position als Vice President Global Prosthetics für die gesamte Zahntechnik-Sparte des Dentsply-Konzerns weltweit verantwortlich. Völcker begann seine Karriere in der Dental-Branche 1990. Nach mehreren Stationen bei Degussa Dental, beziehungsweise DeguDent, war er seit 2003 Geschäftsführer beim Münchener Endo-Spezialisten VDW. Völcker kehrt jetzt zurück



in ein ihm bereits vertrautes Unternehmen. Mit der Aufnahme seiner Geschäftsführertätigkeit sind weitere Akzente des studierten Physikers zu erwarten. Völcker: „Schwerpunkt meiner Tätigkeit wird die konsequente Ausrichtung des Unternehmens auf die Interessen unserer Kunden und die Marktbedingungen in einem sich rasch verändernden Umfeld sein.“

*DeguDent GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 59 - 57 03
Fax: 0 61 81 / 59 - 57 50
http://www.degudent.de
E-Mail:
andreas.maier@degudent.de*

KaVo

Neoss und KaVo schließen Vertrag

Neoss Limited, innovativer Entwickler dentaler Implantatlösungen, und KaVo Dental, führender internationaler Hersteller von dentalen Ausrüstungen, haben einen gemeinsamen Marketing- und Vertriebsvertrag unterzeichnet. Das neue gemeinsame Unternehmen wird die dentalen Titanimplantate von Neoss mit den von KaVo hergestellten Präzisionskronen verbinden. Die Implantatlösung „Neoss für KaVo“ bietet im Vergleich zu herkömmlichen dentalen CAD/CAM-Implantatprodukten Vorteile bezüglich der technischen Leistungsfähigkeit, der Ergonomie und der Interkompatibilität. Die Zusammenarbeit wird es

Zahn Technikern ermöglichen, den Everest-Scanner und die Everest-Engine von KaVo zu verwenden, um unter Nutzung der Spezifikationen, der Qualität und der Präzision des dentalen Implantatsystems von Neoss prothetische Implantatlösungen aus Keramik und Titan herzustellen. Es wird erwartet, dass die ersten Implantatprothesen im ersten Halbjahr 2007 durch eine gesteuerte Einführung auf den Markt kommen werden.

*KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach / Riss
Tel.: 0 73 51 / 56 - 0
Fax: 0 73 51 / 56 - 14 88
http://www.kavo.com
E-Mail: info@kavo.de*

J. Morita

Multitalent Hybrid Bond

Ätzen, Primern und Bonden in nur einem Schritt reduziert Arbeits- und Zeitaufwand, hilft Fehler zu vermeiden und ist öko-



nomisch. Hybrid Bond von J. Morita ist solch ein selbstkonditionierendes Adhäsiv-System. Es zeichnet sich nicht nur durch seine einfache und praktische Anwendung aus, sondern auch durch einen starken Haftverbund zum Zahn. Mit Hybrid Bond werden eine sichere Hybridisierung am Dentin, eine starke und dauerhafte Anbindung sowie perfekte Füllungsänderer

zielt. Und eine klinische Studie bestätigte: Nach einem Zeitraum von einem Jahr waren alle Füllungen, bei denen Hybrid Bond benutzt wurde, noch intakt und in ausgezeichnetem klinischen Zustand. Bei keinem Patienten waren Vitalitätsverlust, Sekundärkaries oder postoperative Hypersensibilitäten aufgetreten. Hybrid Bond kann universell für Komposite, Kompolymere und Ormocere angewandt werden. Es eignet sich neben direkten Restaurierungen auch für indirekte Versorgungen, wie das Einsetzen von Inlays, Onlays, Veneers und Kronen, und zur Kavitätenversiegelung.

*J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Straße 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 / 836 - 0
Fax: 0 60 74 / 836 - 299
<http://www.JMoritaEurope.com>
E-Mail: Info@JMoritaEurope.com*

Kreussler

Medizinischer Mundschutz

Dynexan Proaktiv 0,2% CHX ist die neue gebrauchsfertige Chlorhexidin-Lösung zum Spülen der Mundhöhle von Kreussler Pharma. Das zugelassene Arzneimittel wirkt bei bakteriell bedingten Entzündungen im Mund. Mehrere Vorteile dieser klaren Lösung liegen auf der Hand: Sie ist alkoholfrei, enthält weder Farbstoffe noch Zucker und sorgt durch das bruch sichere Behältnis für einen splitterfreien, sicheren Gebrauch im Bad. Das Antiseptikum ist ab sofort unter der Pharmazentralnummer PZN - 1184723 erhältlich.



*Kreussler + Co. GmbH
Rheingaustraße 87 - 93
65203 Wiesbaden
Tel.: 06 11 / 92 71 - 0
Fax: 06 11 / 92 71 - 111
<http://www.kreussler.com>
E-Mail: info@kreussler.com*

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

Dürr Dental

Hygienemanagement auf CD

Auf der neuen CD „Anforderungen an die Praxishygiene“ zeigt Dürr Dental, wie sich ein informativer und gut lesbarer Bogen von den rechtlichen Grundlagen über Konzepte zu ihrer Umsetzung bis hin zum Einsatz geeigneter Präparate spannen lässt – ausgerichtet auf die sichere Anwendung in der Praxis. So lassen sich die relevanten Vorschriften leicht aufrufen. Viele Vorlagen für Arbeitsanweisungen, Desinfektions- und Reinigungspläne, Organigramme bis hin zu detaillierten Dosierplänen für Hygieneprodukte sind auf der CD bereits enthalten. Auch die Sicherheitsdatenblätter und Be-



triebsanweisungen gemäß Gefahrstoffverordnung, nach denen bei Praxisbegehungen gern gefragt wird, sind sekundenschnell zugänglich. Ein Hygiene-Kompendium über die wichtigsten Hygiene-Themen in der Zahnarztpraxis rundet den fachlichen Umfang ab. Erhältlich ist die CD über den Dentalhandel für 7,95 Euro plus Mehrwertsteuer.

Dürr Dental GmbH & Co. KG
Höffigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 290
Fax: 0 71 42 / 705 - 430
<http://www.duerr.de>
E-Mail: barnowski.c@duerr.de

Procter & Gamble

Neue fruchtige Zahncremes

Die neuen Zahncremes blend-a-med complete impressions schmecken lecker und sehen glänzend aus: Exotic Energy mit dem Geschmack von Ananas, Mango, Pfirsich und Cupuçu, einer brasilianischen Trend-Frucht, Extreme Green aus Grüner Minze und Pfefferminze und Citrus Breeze mit natürlichen Auszügen von Zitrusfrüchten. Sie motivieren durch Spaß am Zähneputzen, verzichten aber nicht auf die bewährten Mundhygiene-Qualitäten: Mit 1450 ppm Fluorid bieten sie Schutz vor Karies und



Zahnstein, sind gut für das Zahnfleisch, für weiße Zähne und einen frischen Atem. Die blend-a-med impressions Zahncremes gibt es in 75 ml Tuben. Zahnärzte können sie bei mds, In den Baumgärten 4a, 56203 Höhr-Grenzhausen, Tel.: 02624/94990, beziehen.

Procter & Gamble
Oral Health Organisation
blend-a-med Forschung
Sulzbacher Straße 40
65823 Schwalbach am Taunus
Tel.: 0 18 05 / 12 22 22
Fax: 0 18 05 / 12 22 21
<http://www.blend-a-med-forschung.de>

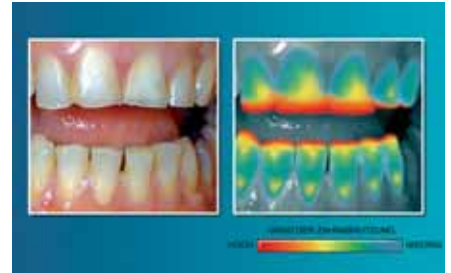
■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

GlaxoSmithKline

Fluorid Gelée härtet und schützt

Das neue Sensodyne ProSchmelz Fluorid Gelée von GlaxoSmithKline enthält 12500 ppm Fluorid und wird einmal pro Woche angewandt. Kritische Zonen der Zahnabnutzung im Frontzahnbereich entstehen unter anderem durch Säureeinflüsse und sind oft erst im fortgeschrittenen Stadium erkennbar. Das neue Fluorid Gelée härtet den Zahnschmelz, indem es ein Kalzium-Fluoriddepot bildet, erhöht so die Widerstandsfähigkeit gegen Säureangriffe und bewirkt den Verschluss offener Dentin-Tubuli. Einer In-vitro-Untersuchung zufolge erzielte das neue Gelée eine signifikant höhere Rückhärtung von erweichtem Zahnschmelz als ein Kombina-

tionspräparat aus Aminfluorid und Natriumfluorid. Seit August



gibt es zudem die neue Sensodyne ProSchmelz Zahnbürste zur schonenden Reinigung schmerzempfindlicher Zähne.

GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare GmbH & Co. KG
Bußmatten 1
77815 Bühl
Tel.: 0 72 23 / 76 - 23 30
Fax: 0 72 23 / 76 - 33 30
<http://www.gsk-consumer.de>
E-Mail: juergen.berger@gsk.com

DMG

Helfer für hochwertige Restaurationen

Das neue DMG Silane ist ein 2-Komponenten-Silan für die Haftvermittlung zwischen silikatischen Keramikoberflächen und Befestigungskompositen. Es besteht aus einem Haftsilan und einem Aktivator. Beide Komponenten werden unmittelbar vor der Anwendung im Verhältnis 1:1 gemischt. Dabei entsteht eine stets frische Mischung, die für bessere Haftwerte sorgt. Die kurze Einwirkdauer von nur zehn Sekunden gewährleistet einen optimalen zeitlichen Ablauf der Behandlung. DMG Silane ist zudem auf die Anwendung mit Vitique abgestimmt, dem Premium Befestigungskomposit



von DMG. Dank des Applikationssystems wird aus der lichthärtenden Vitique-Basispritze durch Anklicken des Katalysators eine dualhärtende Variante.

DMG Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Tel.: 08 00 / 364 42 62
<http://www.dmg-dental.com>
E-Mail: info@dmg-dental.com

Hu-Friedy

Kronenentferner für schonendes Arbeiten

Hu-Friedy bietet im Bereich der Kronenentfernung zwei Instrumente an, die sich durch sehr angenehme Handhabung auszeichnen. Die Christensen Kronenentferner gewährleisten präzises, zügiges und schonendes Arbeiten. Mit ihnen werden die Kronen entfernt, nachdem diese mit dem Bohrer aufgefästr wurden. Für ein perfektes Handling sind die Instrumente mit einer gekerbten Spitze und einem kleinen Wurzelheber-Griff versehen. Dies gewährleistet sicheren Halt und ermöglicht kontrolliertes Arbeiten beim Aufbre-



chen der Zementversiegelung. Dadurch reduziert sich der Druck auf den Zahn und die Gefahr einer Schmelzfraktur ist deutlich gemindert. Die Ausführung CRCH 1 verfügt über ein gerades Arbeitsende und eignet sich für den Frontzahnbereich, die Version CRCH 2 ist mit ihrem abgewinkelten Arbeitsende für den molaren Bereich gedacht.

*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>
E-Mail: info@Hu-Friedy.de*

Verein für Zahnhygiene e.V.

Computerspiel „Milli-Metha: Meine Zähne“

Die neue PC-Lernsoftware „Milli-Metha: Meine Zähne“ macht Kinder zu neugierigen Entdeckern der Mundhöhle und weckt Lust am täglichen Zähneputzen. Installiert auf einem PC in der Praxis, können sich die kleinen Patienten spielerisch mit dem Thema Mundgesundheit auseinandersetzen: Vom Ausfüllen der eigenen Patientenkartekarte über das Prophylaxe-Quiz, spannenden Spielen rund um schädliche Karies und zahngesunde Ernährung bis zum Führen eines Tagebuchs oder dem Üben der



KAI-Putztechnik am Bildschirm. Der Ausflug mit „Milli-Metha: Meine Zähne“ in die Welt der gesunden Zähne gerät für alle Kinder ab fünf Jahren zum kurzweiligen, interaktiven Abenteuer. Die PC-Lernsoftware ist für Zahnarztpraxen beim Verein für Zahnhygiene e.V. (VFZ) zum Preis von 19,99 Euro erhältlich.

*Verein für Zahnhygiene e.V.
Liebigstraße 25
64293 Darmstadt
Tel.: 0 61 51 / 137 37 - 10
Fax: 0 61 51 / 137 37 - 30
E-Mail: info@zahnhygiene.de*

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

M+W Dental

Spende an „Ärzte für die Dritte Welt“

Mit einer Spende von über 21 000 Euro unterstützt M+W Dental das Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“. Den Betrag sammelte das Unternehmen bei einer sechsmonatigen Spendenaktion anlässlich seines 30-jährigen Versandhandels-Jubiläums. Maria Furtwängler, Schauspielerin und Präsidentin des Kuratoriums von „Ärzte für die Dritte Welt“, nahm am Tatort-Drehset den Scheck von Reinhold Kuhn, Geschäftsführer von M+W Dental, entgegen (Foto). M+W Dental hatte die Hilfsaktion für zwei zahnärztliche Projekte auf den Philippinen und Nicaragua ins Leben gerufen: In der Zeit von März bis September hatte der Versandhändler ein Spendenkonto eingerichtet, das mit einem Startguthaben von 5 000



Euro ausgestattet war. Die Kunden von M+W Dental haben mit

ihren Bestellungen der Hausmarke „M+W Qualitätsprodukte“ den Betrag auf 21 218 Euro erhöht – eine Summe, die den Ärzten helfen wird, ihre zahnmedizinischen Hilfsprojekte erfolgreich voranzutreiben.

*M+W Dental GmbH
Postfach 14 40
63654 Büdingen
Tel.: 0 60 42 / 88 00 - 88
Fax: 0 60 42 / 88 00 - 80
<http://www.mwdental.de>
E-Mail: email@mwdental.de*

PHARMATECHNIK

Geschäftsstelle in Passau eröffnet



Pharmatechnik wächst weiter: Das Unternehmen hat seine 14. Geschäftsstelle gegründet. Die Räumlichkeiten wurden Ende Oktober in Passau bezogen. Die neue Geschäftsstelle dient als regionaler Vertriebs-, Service- und Entwicklungsstandort. Damit baut das Unternehmen, das bei

Abrechnungs- und Verwaltungssoftware für Zahnarztpraxen mit zu den größten Anbietern zählt, die Versorgung der Kunden in Niederbayern weiter aus und verstärkt gleichzeitig seine auf über 60 Spezialisten angewachsene hausinterne Entwicklungsabteilung.

*PHARMATECHNIK GmbH & Co. KG
Geschäftsstelle Passau
Neuburger Straße 128
94036 Passau
Tel.: 08 51 / 988 65 - 0
Fax: 08 51 / 988 65 - 199
<http://www.pharmatechnik.de>
E-Mail: passau@pharmatechnik.de*

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

revos

Neue Disney-Watercooler

Bei revos gibt es jetzt einen kindgerechten Wasserspender, der im lustigen Disney-Design für Aufmerksamkeit sorgt. Je nach Belieben lässt sich gekühltes oder raumtemperiertes Wasser entnehmen. Der Cooler ist in zwei Varianten erhältlich: Der „Mickey“-Cooler in Rot und Weiß ist Micky Maus gewidmet. Rund um das „Disney Family“-Modell in Dunkelblau und Silber tummelt sich gleich eine ganze Disney-Parade. Mitgeliefert wird das bewährte revos pure water in 18,9 Liter-Gallonen. Das weiche und natriumfreie Wasser ist für die gesunde Trinkwasserversorgung besonders geeignet. Bereits mehr als 15 Jahre be-

schäftigt sich die revos watercooler GmbH intensiv mit der Trinkwasseraufbereitung nach dem Umkehrosmoseverfahren und bietet seit 1996 auch Wasserspender an.



*revos watercooler GmbH
Lochhausener Straße 205
81249 München
Tel.: 0 89 / 79 04 66 0
Fax: 0 89 / 79 04 66 29
<http://www.revos.de>
E-Mail: info@revos.de*

Voco

Set für einfache Veneer-Befestigungen

In dem praktischen Grandio Flow Veneer Kit System-Set finden Zahnärzte alle Komponenten, die sie für erfolgreiche und ästhetische Veneer-Zementierungen benötigen: Try-In Pasten in vier verschiedenen Farben (A1, A2, BL, WO) und passendes Grandio Flow zur dauerhaften Befestigung von Keramik- oder Compositeveneers. Veneer-Befestigungen sind für Behandler eine Herausforderung, denn die Erwartungen der Patienten an diese Versorgung sind zu Recht hoch. Umso wichtiger ist ein möglichst einfaches und siche-

res Zementiersystem. Mit den Try-In Pasten kann im Vorfeld der definitiven Fixierung die Form und Farbe der Veneers sowie Farbeinflüsse durch den Befestigungszement geprüft werden. Die Pasten sind hydrophil und vermeiden ein Austrocknen der Zahnschubstanz. Eine optimale Thixotropie erleichtert die Anpassung und verhindert ein Wegfließen des Try-In Gels.



*Voco GmbH
Anton-Flettner-Straße 1 - 3
27472 Cuxhaven
Tel.: 0 47 21 / 719 - 109
Fax: 0 47 21 / 719 - 140
<http://www.voco.de>
E-Mail: info@voco.de*

FAVODENT

Erste Chairside Kanaldesinfektion



Die neue RKI-Richtlinie fordert, Übertragungsinstrumente, wie Turbinen, Hand- und Winkelstücke, nach jedem Patienten zu desinfizieren. Zur Prävention ist eine sorgfältige und effektive Reinigung und Desinfektion der Außen- und Innenflächen notwendig. Die neue

Sprühdesinfektion Favosol von

Favodent beseitigt die Innenkontamination der Instrumente. Sie ist die erste Chairside-Lösung, mit der Spraywasser- und Sprayluftkanäle zuverlässig desinfiziert werden. Die Anwendung ist einfach: Zwei Sekunden Sprühstoß, eine Minute einwirken lassen, fertig.

FAVODENT
Karl Huber GmbH
Greschbachstraße 17
76229 Karlsruhe
Tel.: 07 21 / 626 86 - 0
Fax: 07 21 / 626 86 - 66
<http://www.favodent.de>
E-Mail: info@favodent.com

DeltaMed

Effizientes In-Office Bleaching



DeltaMed hat sein Bleaching-System um ein weiteres In-Office Zahnbleichpräparat erweitert: Easywhite Ready mit einer 30-prozentigen Wasserstoffperoxid-Konzentration eignet sich zum Aufhellen verfärbter Zähne und besteht aus zwei Gelen, die sich selbstständig durch ausgereifte Automix Kanülen anmischen. Bei diesem Vorgang werden das Bleichmittel aktiviert und der Oxidationsprozess eingeleitet. Für den Schutz der Gin-

giva sorgt der lichterhärtende Zahnfleischschutz Easydam, der ebenfalls in dem Easywhite System erhältlich ist. Nach der kurzen Vorbereitungszeit wird das Gel mithilfe der Automix-Kanüle auf die Zahnoberfläche aufgetragen, bis die Labialflächen der zu bleichenden Zähne vollständig bedeckt sind. Die Bleichergebnisse sind gut und erreichen in der Regel nach einer 30- bis 60-minütigen Einwirkzeit eine Aufhellung von drei bis fünf Farbhelligkeitsstufen.

DeltaMed
Raiffeisenstraße 8A
61169 Friedberg
Tel.: 0 60 31 / 72 83 - 28
Fax: 0 60 31 / 72 83 - 30
<http://www.deltamed.de>
E-Mail info@deltamed.de

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

DENTSPLY DeTrey

Hochleistung mit „Verzeihungs-Effekt“

Mit XP Bond präsentiert Dentsply DeTrey ein Ein-Flaschen-Adhäsiv für das klassische Bonding mit separatem Ätzschritt, das sogar den bisherigen „Goldstandard“ übertrifft. Es zeichnet sich neben einer überragenden Adhäsiv-Leistung durch hohe Anwendungssicherheit, einfache Handhabung sowie durch seine universelle Einsetzbarkeit aus. Die Haftfestigkeit und Randdichtigkeit ist bereits in zahlreichen Studien nachgewiesen worden. XP Bond ist für direkte und, in Verbindung mit einem speziellen „Self Cure Activator“, für alle Arten indirekter Restaurationen geeignet. Das teure und aufwändige Arbeiten mit verschiedenen Adhäsiven für verschiedene Indikationen gehört somit der Ver-

gangenheit an. In Verbindung mit Calibra, einem ästhetischen Komposit-Zement von Dentsply DeTrey, kann es außerdem wahlweise chemisch und ohne vorherige Polymerisation der Adhäsiv-Schicht ausgehärtet werden. Ein klarer Vorteil in allen Fällen, in denen die Lichthärtung an ihre Grenzen stößt.



DENTSPLY DeTrey
DeTrey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 0 80 00 / 73 50 00 (gratis)
Fax: 0 75 31 / 583 - 265
<http://www.dentsply.de>
E-Mail: info@dentsply.de

VDW

Matthis Kühner neuer Geschäftsführer



Dr. Matthis Kühner hat im November 2006 die Geschäftsführung des Endodontie-Spezialisten VDW GmbH, München, übernommen. Die Position war nach Wechsel des Stelleninhabers Dr. Alexander Völcker vakant, der zum Geschäftsführer der DeguDent GmbH berufen wurde. Dr. Kühner ist Zahnarzt und Betriebswirt mit Ausbildung in Deutschland, USA und Eng-

land. Er bringt sieben Jahre Erfahrung bei DeguDent mit, wo er unter anderem den Geschäftsbereich Professional Chairside Products aufgebaut hat. Seit fast sechs Jahren zeichnet er als Vertriebs- und Marketingleiter bei Dentsply DeTrey für das Geschäft in Deutschland und Europa verantwortlich. Dr. Kühner bringt deshalb ideale Voraussetzungen für den strategischen Ausbau des internationalen Geschäfts von VDW als weltweit operierender Hersteller endodontischer Produkte mit.

VDW GmbH
Postfach 83 09 54
81709 München
Tel.: 0 89 / 627 34 - 0
Fax: 0 89 / 627 34 - 190
<http://www.vdw-dental.com>
E-Mail: info@vdw-dental.com

etkon

Zeitenwende in der Zahnheilkunde

Mit der neuen Hochleistungs-keramik zeron von etkon entstand ein Werkstoff, der den mechanischen



und thermischen Beanspruchungen der industriellen Fertigung in den High Speed Cutting-Maschinen von etkon besonders gerecht wird. Die extrem hohe Stabilität eröffnet Zahnärzten entscheidende Vorteile in Bezug auf Prä-

paration und Befestigung. Der Werkstoff steht

allen Zahnärzten zur Verfügung, die mit einem der rund 400 an das etkon System angeschlossenen Dentallabore zusammenarbeiten.

etkon AG
Lochhamer Schlag 6
82166 Gräfelfing bei München
Tel.: 0 89 / 30 90 75 - 0
Fax: 0 89 / 30 90 75 - 599
<http://www.etkon.de>
E-Mail: info@etkon.de

WIELAND

Neuer Online-Shop: schnell und rationell

Der neu überarbeitete Online-Shop von Wieland ist kundenfreundlich gestaltet und einfach zu bedienen. Unter <https://shop.wieland-dental.de> gelangen Wieland-Kunden zu dem überschaubaren Shop-System. Nach einer einmaligen Registrierung besteht die Möglichkeit, über eine Schnellsuche nach Produktnummern oder Produktnamen das gewünschte Produkt aufzurufen und in den Warenkorb zu legen. Schnell ersichtlich sind die Produkteinheiten wie Produktnummer, Preise, Beschreibungen und Einheiten. Die Vorteile für das Dentallabor lie-



gen bei dem Bestellvorgang in der Übersichtlichkeit und den schnellen Bestellabläufen.

WIELAND Dental + Technik
GmbH & Co.KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 08 00 / 943 52 63
Fax: 0 72 31 / 37 05 - 125
<http://www.wieland-dental.de>
E-Mail: info@wieland-dental.de



Nr. 23/2006

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 2. 1. 2007 schicken oder faxen an:

zm

Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Sabine Knour / Rosemarie Weidenfeld
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:

- DequDent** – Unter neuer Führung (S. 116)
- DeltaMed** – Effizientes In-Office Bleaching (S. 121)
- DENTSPLY DeTrey** – Hochleistung mit „Verzeihungs-Effekt“ (S. 121)
- DMG** – Helfer für hochwertige Restaurationen (S. 118)
- Dr. Hinz** – Zirkonoxid für KFO-Geräte und PAR-Schienen (S. 116)
- Dürr Dental** – Hygienemanagement auf CD (S. 118)
- etkon** – Zeitenwende in der Zahnheilkunde (S. 124)
- FAVODENT** – Erste Chairside Kanaldesinfektion (S. 121)
- GlaxoSmithKline** – Fluorid Gelée härtet und schützt (S. 118)
- H+S GmbH** – CE-Exklusiv Award 2005 vergeben (S. 116)
- Hu-Friedy** – Kronenentferner für schonendes Arbeiten (S. 119)
- J. Morita** – Multitalent Hybrid Bond (S. 117)
- KaVo** – Neoss und KaVo schließen Vertrag (S. 116)
- Kreussler** – Medizinischer Mundschutz (S. 117)
- M+W Dental** – Spende an „Ärzte für die Dritte Welt“ (S. 120)
- PHARMATECHNIK** – Geschäftsstelle in Passau eröffnet (S. 120)
- Procter & Gamble** – Neue fruchtige Zahncremes (S. 118)
- revos** – Neue Disney-Watercooler (S. 120)
- VDW** – Matthis Kühner neuer Geschäftsführer (S. 121)
- Verein für Zahnhygiene e.V.** – „Milli-Metha: Meine Zähne“ (S. 119)
- Voco** – Set für einfache Veneer-Befestigungen (S. 120)
- WIELAND** – Neuer Onlineshop: schnell und rationell (S. 124)

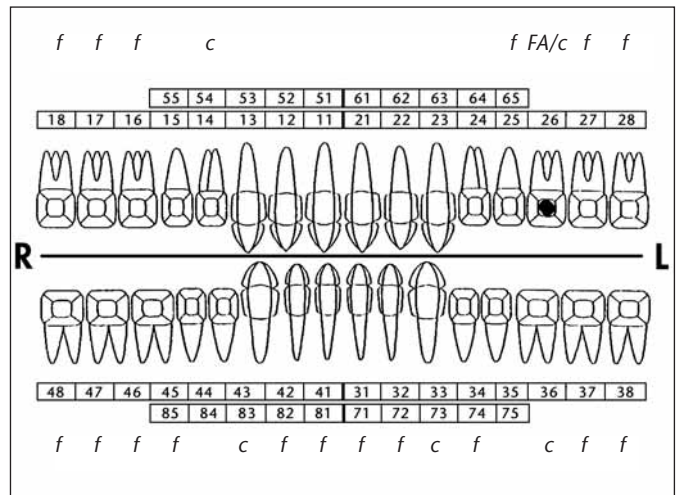
Identifizierungen

Kriminalpolizeiinspektion Ansbach

Unbekannte Wasserleiche

Am 01. 06. 2004 wurde aus dem Fluss Aisch, im Gemeindebereich 91413 Neustadt/A./Bayern, eine männliche Leiche geborgen, die bis heute nicht identifiziert werden konnte. Nach Angaben der Rechtsmedizin ist davon auszugehen, dass der Unbekannte vor dem 25. 05. 2004 in den Fluss gelangte. Sein Alter wird auf 40 bis 50 Jahre geschätzt, gemessene Größe 173 cm.

Hinweise werden erbeten an:
 Kriminalpolizeiinspektion Ansbach,
 Schlesierstr. 34,
 91522 Ansbach,
 Herr Gußmann,
 Tel.: 0981/90 94-323
 e-mail: guenter.gussmann@polizei.bayern.de



f = fehlender Zahn; c = kariös; FA = Kauflächenfüllung (Amalgam)

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
Universitätsstr. 73, 50931 Köln
Postfach 41 01 69, 50861 Köln
Fon: (02 21) 40 01-251,
Leserservice Fon: (02 21) 40 01-252,
Fax: (02 21) 4 00 12 53
E-Mail: zm@zm-online.de
http://www.zm-online.de
ISDN: (0221) 4069392

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel,
Chefredakteur, mn;
Gabriele Prchala, M.A.,
Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte,
Leserservice), pr;
Susanne Priehn-Küpper, Assessorin d.L.
(Wissenschaft, Dentalmarkt), sp;
Marion Pitzken, M.A.,
(Praxismanagement, Finanzen, Recht) pit;
Claudia Kluckhuhn, M.A., (Politik, EDV,
Technik, zm-online/newsletter), ck;
Susanne Theisen, M.A., (Volontärin), sth

Gestaltung: Piotr R. Luba,
Karl-Heinz Nagelschmidt, Margret Wallisch

Für dieses Heft verantwortlich:

Egbert Maibach-Nagel

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 liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und 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.

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €.
Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.



Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Lt. IVW 3. Quartal 2006:
Druckauflage: 80 983 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 809 Ex.

**Verlag, Anzeigendisposition
Vertrieb und Herstellung:
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Anschrift des Verlags:**

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln,
Fon: (0 22 34) 70 11-0,
Fax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

**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

Verlagsrepräsentanten:
Nord/Ost: Götz Kneiseler,
Uhlandstr 161, 10719 Berlin,
Fon: 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,
Fon: 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
Fon: 0 72 21/99 64 12
Fax: 0 72 21/99 64 14
E-Mail: Gavran@gavran.de

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank,
Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506
(BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste
Nr. 48, gültig ab 1. 1. 2006.

Ausgabe A
Druckauflage: 79 633 Ex.
Verbreitete Auflage: 72 803 Ex.
96. Jahrgang
ISSN: 0341-8995

Inserenten dieser zm-Ausgabe

- | | |
|---|---|
| Astra Tech GmbH
3. Umschlagseite | Ivoclar Vivadent AG
Seite 21 |
| BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co.
Seite 95 | Kettenbach GmbH & Co. KG
2. Umschlagseite |
| BEGO Implant Systems
GmbH & Co. KG
Seite 97 | Kreussler & Co. GmbH
Seite 43 |
| Beycodent Beyer +
Co GmbH
Seite 115 | Kuraray Europe GmbH
Seite 91 |
| Brasseler GmbH & Co. KG
Seite 9 | Miele & Cie KG
Seite 59 |
| Carl Zeiss Surgical GmbH
Seite 25 | NSK Europe GmbH
Seite 47 |
| Coltene/Wahledent
GmbH & Co. KG
Seite 7, 61 und 75 | orangedental
GmbH & Co. KG
Seite 57 |
| Computer konkret AG
Seite 73 | Pascoe GmbH
Seite 49 |
| Cumdense Ges. für Dental-
produkte mbH
Seite 19 | Planmeca Oy
Seite 4 und 5 |
| Dampsoft Software-
Vertriebs GmbH
Seite 23 | proDentum Medizintechni-
sche Handels- u. Dental-
technik GmbH
Seite 76 |
| DCI Dental Consulting
GmbH
Seite 115 | Rabidental GmbH
Seite 77 |
| DeguDent GmbH
Seite 37 | R-dental Dentalerzeugnisse
GmbH
Seite 107 |
| DeltaMed GmbH
Seite 45 | Ritter Concept GmbH
Seite 113 |
| Dental Magazin
Seite 103 und 111 | SIRONA Dental Systems
GmbH
Seite 29 |
| Dentsply DeTrey GmbH
4. Umschlagseite | solutio GmbH
Seite 31 |
| Dentsply Friadent
Seite 63 | Southern Dental
Industr.GmbH
Seite 41 |
| Deutscher Ärzte-Verlag
GmbH, Formularverlag
Seite 119 | Spectator Dentistry
Seite 122 und 123 |
| Deutscher Ärzte-Verlag
GmbH, Versandbuch-
handlung
Seite 99, 105 und 109 | Trinon Titanium GmbH
Seite 55 |
| DGI Deutsche Ges. für Impl.
im Zahn-Mund- und Kiefer-
bereich e.V.
Seite 17 | UP Dental GmbH
Seite 83 |
| DMG Chem.-Pharm.
Fabrik GmbH
Seite 11 | Vita Zahnfabrik H.Rauter
GmbH & Co. KG
Seite 51 |
| Dr. Rudolf Liebe Nachf.
GmbH & Co. KG
Seite 65 | Wieland Dental + Technik
GmbH & Co. KG
Seite 13 |
| Euronda Deutschland GmbH
Seite 93 | Zahnersatz:müller
Seite 73 |
| EVIDENT GmbH
Seite 89 | ZM-Jahresband
Seite 125 |
| F 1 Dentalsysteme
Deutschland GmbH
Seite 117 | Z-Systems AG
Seite 85 |
| Gaba GmbH
Seite 15 | |
| GC Germany GmbH
Seite 81 | Vollbeilagen |
| Girardelli Dental-Medizi-
nische Produkte
Seite 69 | Deutscher Ärzte-Verlag
GmbH, Versandbuch-
handlung |
| GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
Seite 71 | Roos Dental e.K. |
| Heinz Kers Neon Licht
Seite 76 | Teilbeilagen |
| Helmut Zepf Medizintechnik
GmbH
Seite 73 | Maas GmbH Praxisschilder |
| Heraeus Kulzer GmbH
Seite 53 | aufgeklebte Postkarte |
| InteraDent Zahntechnik AG
Seite 87 | Pascoe GmbH
Seite 49 |

LZK Sachsen

Dr. Wunsch ist neuer Präsident

Dr. Mathias Wunsch ist neuer Präsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen. Der in Bautzen niedergelassene Zahnarzt tritt die Nachfolge des bisherigen Präsidenten Dr. Joachim Lüddecke an, der nach 16 Jahren Amtszeit nicht mehr kandidiert hatte.



Foto: LZK Sachsen

Vizepräsidenten sind der Chemnitzer Zahnarzt Dr. Stephan Albani sowie der in Meißen niedergelassene Dr. Thomas Breyer.

2te-zahnarztmeinung.de

Gegen das Berufsrecht

Das Internetportal „2te-zahnarztmeinung.de“ stellt einen Verstoß gegen das ärztliche Berufsrecht dar. Das Landgericht München I gab einer Klage der beiden KZV-Vorsitzenden Bayerns, Dr. Janusz Rat und Dr. Martin Reißig, statt.

„Die Versteigerung von zahnärztlichen Leistungen im Internet ist nicht mit der Berufsordnung der Zahnärzte vereinbar“, stellte das Gericht fest und schloss sich damit der Auffassung der KZVB-Führung an. Durch das Portal würden Zahnärzte dazu angestiftet, sich berufsunwürdig zu verhalten, so das Gericht. Andere Zahnärzte würden aus der Behandlung hinausgedrängt. Rat und Reißig sehen in dem Portal eine Aufforderung zum unlauteren Wettbewerb. Zahnärztliche Leistungen würden nicht ohne Grund nach einer Gebührenordnung abgerechnet. Preisdumping könne zu

Lasten der Qualität und damit letztlich zu Lasten des Patienten gehen.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Beide Parteien wollen bis zum Bundesgerichtshof gehen.

ck/pm

■ **Urteil des Landgerichts München I, Az.: 1 HK 0 7890/06**

Festzuschüsse

Angepasst

Die Festzuschüsse zu Reparaturen und Erweiterungen von Zahnersatz (ZE) für GKV-Versicherte sind an den aktuellen Stand der zahnmedizinischen Versorgungssituation angepasst worden. Das teilte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit.

Die Anpassung sei erfolgt, da sich die bisherigen Kosten der ZE-Reparaturen nicht mit den Festzuschüssen gedeckt hätten.

Zum Beispiel seien je nach Anzahl der Zähne, um die der ZE erweitert wird, unterschiedlich hohe statt einheitliche Zuschüsse vorgesehen.

Der Beschluss liegt dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vor, tritt nach Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft und wird in Kürze im Internet eingestellt unter <http://www.g-ba.de>.



Foto: zm

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln



Für den schnellen Kontakt:
 Tel. 0221/40 01 252
 Fax 0221/40 01 253
 e-mail zm@zm-online.de
 ISDN 0221/4069386

zm **Leser service** **Nr. 23**
 2006

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- AIDS und die Medien (S. 32) Artikel zum Thema
- N. Enkling: Röntgendiagnostik und Psychosomatik (S. 38) Literaturliste
- S. Zimmer: Kariesrisiko bei Kindern (S. 100) Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

QM beim Zahnarzt

Richtlinie liegt vor

Die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) in der vertragszahnärztlichen Versorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jetzt durch eine Richtlinie festgelegt. Sie steckt den grundsätzlichen Rahmen ab, in welchem Vertragszahnärzte selbstmotiviert anerkannte Instrumente des Qualitätsmanagements einsetzen und bereits bestehende Konzepte weiter ausbauen können. Die Vorgaben der Richtlinie sollen in einem Zeitraum von vier Jahren nach ihrem Inkrafttreten umgesetzt werden. Danach führen die KZVen Stichproben durch, um sich einen Überblick über den Umsetzungsstand zu verschaffen. Zusätzlich sollen Vertragszahnärzte regelmäßig ihre individuellen Ziele eines Qualitätsmanagements sowie die für deren Erreichung eingesetzten Elemente und Instrumente do-



kumentieren. Spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten berichtet die KZBV dem G-BA jährlich vom Stand der Umsetzung der Richtlinie. Der Beschluss wird

dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft. pr/pm

■ **Der Text plus Erläuterung findet sich in Kürze unter:**
http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=173

Verein für Zahnhygiene

Scheffler jetzt Vorsitzender

Jörg Scheffler ist der neue Vorsitzende des Vereins für Zahnhygiene e.V. (VFZ). Der P&G Oral Care Manager übernimmt das Amt von GABA-Geschäftsführer Mario J. Perinelli.

Für seine Verdienste wurde Perinelli, der zu einer erneuten Wiederwahl nicht zur Verfügung stand, die Ehrenmitgliedschaft auf Lebenszeit zugesprochen.

Scheffler wird das Amt des Vorsitzenden neben seiner Haupttätigkeit als P&G Manager von Oral-B, blend-a-med und blend-a-dent ausüben. ck/pm

Bundesverband Dentalhandel

Vorstand wiedergewählt

Das Präsidium des Bundesverbandes Dentalhandel e.V. BVD hat am 9. November in Frankfurt den geschäftsführenden Vorstand in seinem Amt bestätigt. Einstimmig wurden Bernd Neubauer als Präsident sowie Lutz Müller und Norbert Orth als Vize-Präsidenten wiedergewählt. Bernd Neubauer steht dem BVD seit neun Jahren als Präsident vor. Lutz Müller amtiert seit 1999 als Vize-Präsident und Norbert Orth wurde 2003 in den geschäftsführenden Vorstand gewählt.

sp/pm

EU-Dienstleistungsrichtlinie

Verabschiedet

Mit deutlicher Mehrheit hat das Europäische Parlament (EP) die Dienstleistungsrichtlinie in zweiter Lesung verabschiedet. Somit kann das Gesetz, das die Liberalisierung des europäischen Binnenmarktes für Dienstleistungen regelt, nach knapp dreijährigen Diskussionen in Kraft treten. Die Richtlinie soll es privaten Anbietern erleichtern, ihre Dienstleistungen grenzüberschreitend zu erbringen und somit zu mehr Wachstum und Beschäftigung in der Europäischen Union beitragen. Das Regelwerk gilt nicht für alle Dienstleistungsbranchen. So sind unter anderem private und öffentliche Gesundheitsdienstleistungen sowie soziale Dienste einschließlich der

Pflege von den Vorschriften ausgenommen. Die Diskussion um die EU-weite Öffnung dieser beiden Märkte ist damit nicht beendet. Vielmehr plant die EU-Kommission, sowohl für die sozialen als auch für die Gesundheitsdienstleistungen gesonderte Vorschriften zu erlassen. Die Vorbereitungen für entsprechende Gesetzesinitiativen laufen.

Zwar muss der EU-Ministerrat im Dezember das Gesetz noch formal beschließen. Da es aber keine Meinungsverschiedenheiten mehr gibt, gilt die Zustimmung der EU-Regierungen als sicher. Danach haben die EU-Länder drei Jahre Zeit, die Richtlinie in nationales Recht umzusetzen, bevor sie Ende 2009 / Anfang 2010 in Kraft treten kann. pr/ps/DÄB



Foto: PZVD

PZVD-Jahrestagung

Blick nach vorn

Auf der 29. Jahrestagung am 10./11. November in Köln (Foto) freuten sich Dr. Jürgen Huhnt (Mitte rechts) und Dr. Nils Bornstedt (Mitte links) über die zahlreichen Fragen interessierter Kollegen zum Stand der politischen Verhandlungen nach der neuesten Gesundheitsreform. So lautete auch das Thema von Rechtsanwältin Dr. Susanna Zentai, die als Spezialistin für Krankenversicherungsrecht über die Folgen etwa zu den von der Koalition

angepeilten Änderungen bei der PKV referierte.

Die Frage der Therapiefreiheit sowie die Auflagen für einen Wechsel sowohl von der GKV zur PKV als auch innerhalb letzterer (Portabilität der Altersrückstellung) wurden heiß diskutiert. Weitere Stichworte waren Basisarbitr, Honorarabweichungen, Basel II und Rating der Banken für Berufseinsteiger sowie Praxismarketing und Mitgliederzuwachs. pit/pm

Mecklenburg-Vorpommern

Beratungsstelle erweitert Angebot

Die Patientenberatungsstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommerns hat ihr Angebot erweitert. Vor allem neue Abrechnungsmodalitäten im Zahnersatzbereich seit dem Vorjahr hätten den Klärungsbedarf vieler Patienten erhöht, teilen die Zahnärzte-Vertretungen mit.

So erhielten Anrufer unter der neuen Nummer 0180-5003561 jetzt nicht nur Beratung zu Zahnersatz, Füllungen, Zahnfleischerkrankungen oder Kieferorthopädie, sondern auch zum Gebührenrecht bei gesetzlichen und privaten Kassen. Seit 1995 leistete die Stelle in Schwerin rund 6 000 Beratungen.

pr/pm/dpa

Gesundheits-Spitzenverbände

Warnung vor Beitragssteigerungen

In ungewohnter Eintracht haben die zentralen Verbände im Gesundheitswesen vor drastischen Beitragserhöhungen und gravierenden Mängeln der Gesundheitsreform gewarnt. Bis 2009 sei mit einem Beitragssatz von mindestens 15,3 Prozent und bis 2011 mit Zusatzbeiträgen von durchschnittlich 12 Euro zu rechnen, bekräftigten die Verbände auf einer gemeinsamen Pressekonferenz in Berlin. Derzeit liegt der durchschnittliche Beitragssatz knapp über 14,2 Prozent. Privatversicherte müssten mit zweistelligen Beitragssteigerun-

gen rechnen. Gesetzliche und private Kassen, Ärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Klinikträger legten eine „Mängelliste“ mit 39 Punkten vor und riefen die Koalition zur „Einsicht“ auf. Zuvor hatten die Verbände Kanzleramtsminister Thomas de Maizière (CDU) ihre Sorgen vorgebracht. Es gebe „eine Vielzahl von verfassungsrechtlichen Bedenken“, sagte die Vorsitzende des Ersatzkassenverbandes, Doris Pfeiffer. Dies wolle man auch bei Gesprächen mit den Ländern deutlich machen.

pr/dpa

KZV Westfalen-Lippe

ZOD Card für Zahnärzte

Die KZV Westfalen-Lippe (KZVWL) hat den Auftrag zur Anbindung ihrer 4 500 Mitglieder an das eigene Online-Abrechnungsportal vergeben.

Zunächst werden innerhalb der nächsten 12 bis 24 Monate insgesamt 3 000 Ausstattungseinheiten auf Basis der medisign ZOD Card an die Zahnärzte ausgegeben.

Mit der medisign ZOD Card schützt die KZVWL ihr Portal vor unberechtigten Online-Zugriffen. Die im Unterschied zu anderen Authentifizierungsverfahren (laut TU Darmstadt) nicht kompromittierbare Zugangstechnik nutzt die KZVWL, um die Abrechnungsprozesse auf Online-Verfahren umzustellen.

pr/pm

Protest der deutschen Kassenärzte

www.geizmachtkrank.com

In der Einflugschneise des Frankfurter Flughafens manifestiert sich der Protest der deutschen Kassenärzte gegen die geplante Reform des Gesundheitssystems: Über 40 Meter hohe rote Buchstaben machen die Fluggäste auf die aktuelle Internetseite www.geizmachtkrank.com aufmerksam, auf der die KVen gegen die Reform argumentieren.

Die Organisatoren kündigten weitere Proteste an. So würden Mitte Dezember

12 000 Ärzte symbolisch ihren Kittel an den Nagel hängen – so viele, wie mittlerweile Deutsch-

land verlassen hätten, weil sie woanders bessere Arbeitsbedingungen vorfänden.

pit/dpa



Foto: KBV

KZVB contra Ulla Schmidt

Eingriff in die Berufsfreiheit

„Warum fordert Ulla Schmidt nicht gleich, dass hinter jedem Arzt ein Ministerialbürokrat mit der Stechuhr sitzt?“, so die Reaktion des Vorstandsvorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB), Dr. Janusz Rat, auf die Drohung der Bundesgesundheitsministerin. Ulla Schmidt hatte ihren Willen bekundet, sie werde Ärzte mit Geldbußen bis zu 10 000 Euro belegen zu lassen, wenn diese Kassenpatienten bei der Terminvergabe benachteiligten.

Dabei hatte Schmidts Staatssekretär Klaus Theo Schröder im Juli 2005 noch die Möglichkeit bestätigt, für Privatpatienten zusätzliche Sprechstunden vorzu-

halten. Rat argumentierte entsprechend, jedem Niedergelassenen stehe es im Rahmen seiner Berufsfreiheit frei, wie er seine Terminplanung gestalte und gegebenenfalls unterschiedliche Zeitkontingente für Kassen- und Privatpatienten vorzusehen. Termine würden unterschiedlich vergeben, je nachdem, ob für chirurgische Eingriffe, prothetische Behandlungen, Kinderbehandlungen oder Haus- und Heimbesuche, für Akutfälle oder Routineuntersuchungen. Für Disziplinarmaßnahmen gegen Vertragszahnärzte überschreite Ulla Schmidt laut Rat im Übrigen „ihre Kompetenzen, ohne den Praxisalltag zu kennen“. pit/pm

Dürre und Schnee in Parlamenten

Parlamentarier in Canberra sollen sparen. Toilettenwasser! Wegen der schlimmen Dürre in Australien sind die Abgeordneten im Parlament in Canberra aufgefordert worden, auf den Toiletten nur noch beim „großen Geschäft“ die Spülung zu benutzen.

Spuren von Schnee in den Toiletten des dänischen Parlaments „Folketing“ beunruhigen dagegen die Gemüter in Kopenhagen: Drogenfahnder suchen dort nach Kokainschnupfern, bestätigte Parlamentspräsident Christian Mejdahl. Die Justizbehörden reagieren auf einen Bericht der Boulevardzeitung „B.T.“ hin. Deren Journalisten hatten 30 „Folketing“-Toiletten mit einem polizeiüblichen Test untersucht – drei Treffer. Laut Polizei besteht kein Zweifel an den Ergebnissen der Analyse.

pit/dpa

Alk im Elk



Ein alkoholisiertes Elch hat die Schüler der Eklendaschule im mittelschwedischen Mölndal in Angst und Schrecken versetzt. Wie die Zeitung „Dagens Nyheter“ berichtete, hatte das Tier in der letzten Woche Gefallen an Fallobst vom Apfelbaum auf dem Schulhof gefunden, dessen stark gegorene Früchte ihm einen Rausch bescherten.

pit/dpa



Illu.: Wiedenroth

4. 12. 2006: Politik statt Reform

Blaue Schuhe für Elvis

Elvis, Neuseelands singender Pinguin, tritt neuerdings mit blauen Schuhen ins Rampenlicht. Er braucht die Gummitreter jetzt, weil er wie 16 weitere Artgenossen vom vielen Herumstehen in Gefangenschaft dicke Schwielen unter den Sohlen entwickelt hat. Das berichtet die Zeitung „The Press“.

Die Pinguine, die im Antarktik-Zentrum in Christchurch leben, waren alle verletzt aus der Wildnis gerettet worden.

Die Tierärzte glauben nicht, dass sie in der freien Natur überleben könnten. Elvis ist zum Beispiel fast blind.



Außen hui, innen ...

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) ist ein Weltstar! Nicht zweifeln, so wird's schon sein, hat schließlich die britische Zeitschrift „The Economist“ verkündet: Merkel komme eine internationale Führungsaufgabe zu! Das renommierte Blatt muss es wissen, haben doch die Kollegen dort Merkels Jahresbilanz gezogen. Und – anders als ominöse Sternegucker es zum Jahreswechsel zu tun pflegen – ganz seriös die Zukunft vorhergesagt: „Von ihr wird erwartet, dass sie eine Hauptrolle spielt – nicht nur, weil sie im nächsten Jahr die EU und die G8 führt, sondern weil so viele der anderen Führer der Welt lahme Enten sind, während sie gerade erst gestartet ist.“ Merkel ist also im internationalen Rennen der Star – unter den lahmen Enten.

So eine ist sie übrigens zu Hause, räumen die Weltstarmacher ein: Ganz anders als die häusliche Maggie Thatcher ihrerzeit habe sie eben nicht in heimischen Gefilden ausgekehrt und die Wirtschaft gepuscht. Nein, sie habe sich bewusst als „Außenpolitik-Kanzlerin“ profiliert. Böse Gemüter munkeln, sie habe wohl von dem Wohlwollen profitieren wollen, das den weisungsgebunden Außenministern bis dato stets entgegenschlug. Aber nein: Weltpolitikerin Merkel setzte schlicht globale Prioritäten! „Sie war effektiver bei der Schaffung eines Waffenstillstands im Libanon als bei der Beendigung des lästigen engstirnigen Kampfes um das Gesundheitswesen und andere heimische Debatten.“ Wie wahr! Auf das Deutschland wenigstens global zu wahrer Stärke und robuster Gesundheit finde.