

Bodenbeläge

Ihr Auftritt

**KZBV-Symposium
in Speyer**

**Sofortbelastung in
der Totalprothetik**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

das erste Jahr seit Verabschiedung des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes geht zur Neige. Eine Bilanz will trotzdem niemand ziehen. Was bisher umgesetzt ist, zum Beispiel die allgemeine Versicherungspflicht oder die Gründung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen, hat viele Fragen aufgeworfen und wenig Antworten gebracht. Es ist ja auch ein Pappentier gegen das, was nach erklärtem Willen des Gesetzes noch kommen soll. Die wirklichen Betonplatten für den Weg zur Einheitsversicherung – Gesundheitsfonds, Morbi RSA und PKV-Basistarif – werden ja erst später verlegt.

Trotzdem setzt in Teilen der Politik vermehrt Nachdenken ein – letztlich provoziert durch die nicht verebbenden Sachargumente aus Expertenkreisen der Leistungsträger und -zahler des Gesundheitswesens. Vielleicht ist das einer der wenigen Vorteile des Gesetzes, dass es in mehreren Wellen auf die Gesellschaft einschlägt.

Auffällig ist – abgesehen von Fundamentalforderungen aus Teilen der Opposition zur Abschaffung von Wahltarifen – die konstante Vorbereitung der Betroffenen auf die noch drohenden Veränderungen. Man weiß nur zu gut: Selbst wenn die politischen Machtverhältnisse sich ändern – was sich nicht mal in den Sternen abzeichnet –, wird sich das Rad im deutschen Gesundheitswesen nie mehr ganz zurückdrehen lassen.

Also bereitet sich alle Welt auf die bevorstehenden Grabenkämpfe vor: Die gesetzlichen Krankenkassen üben sich im Pseudo-Wettbewerb. Die Privaten warten auf Karlsruher Ruhe und verkaufen gleichzeitig ihr Fell fetzenweise durch ein vermehrtes Angebot

■ *Immer feste drauf? Für die Welt ist der Klimawandel Thema, für das deutsche Gesundheitswesen eine Reform nach der anderen. Die jeweilige Zerstörungskraft kann man nur erahnen.*

von GKV-Zusatzversicherungen. Die Ärzte streiten sich untereinander um Verhandlungsrechte und Vertragsoptionen. Kapitalgeber starten immer wieder neue Versuchsbällons.

Alles das erweckt den Anschein, dass die Beteiligten in ihrem Handeln in dem Maß an Geschwindigkeit zulegen, wie sie ihre eigentlichen Ziele aus den Augen verlieren. Um so wichtiger wird in nächster Zeit das sachbezogene, durchdachte, intensiv geprüfte und abgecheckte Planen und Vorbereiten jetzt notwendiger Schritte, die für den Erhalt eines funktionierenden Gesundheitswesens nötig sind. In den berufsständischen Vertretungen der Zahnärzteschaft fällt jedenfalls eine stringente Kette konzeptioneller Veranstaltungen auf, die nach dem Prinzip „Erst denken, dann handeln!“ erfolgen.

Dort, wo Einigkeit über Ziel und Weg besteht, wird es auch in der gegenwärtigen Sachlage weitergehen.

Klar: Man wird die Welt nicht anhalten können, aber mit Vernunft und Geschick kann man vielleicht noch verhindern, dass Fehldenker im Gesundheitswesen Mutter Erde wieder zur Scheibe machen.

Das jedenfalls wünscht sich Ihr



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

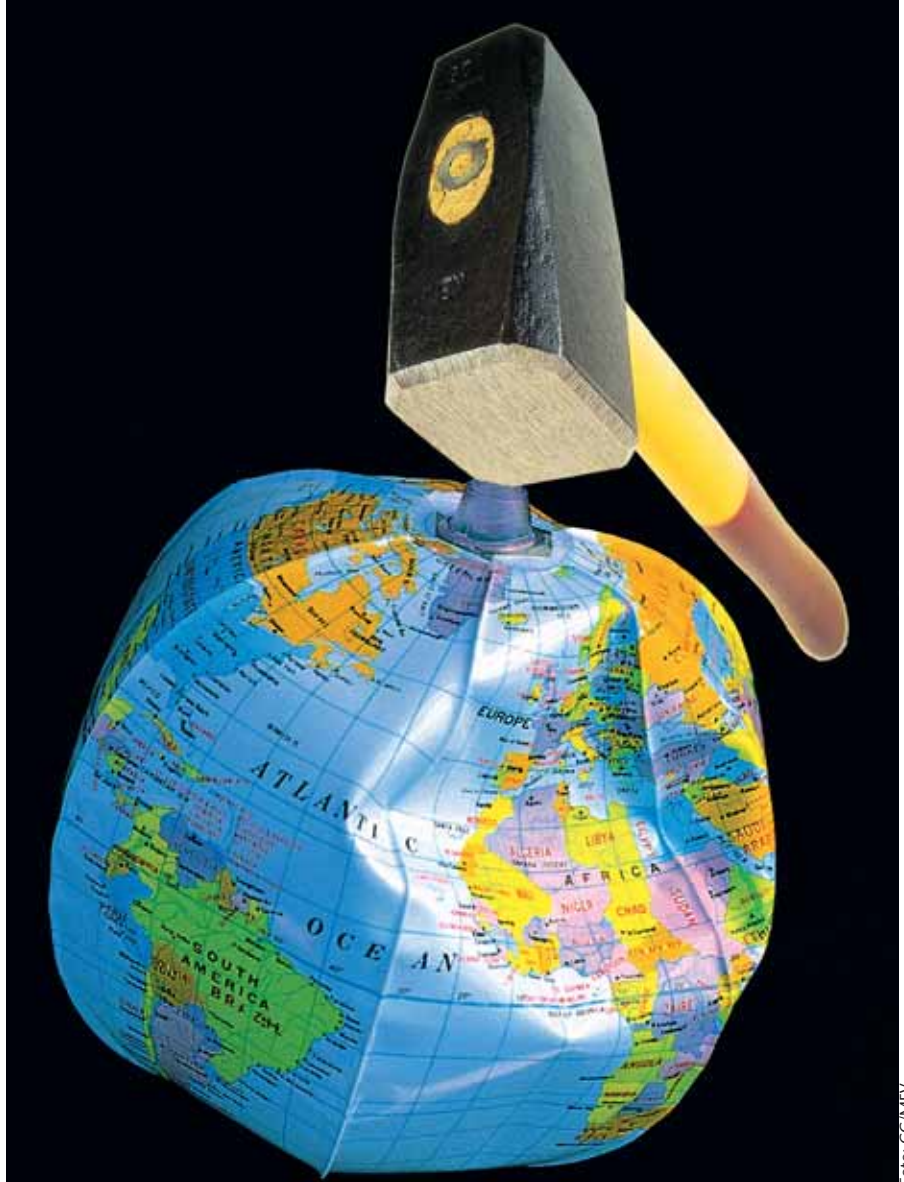


Foto: CC/MEV



Titelfoto: Maurtius, Foto: creativ collection

Zum Titel

Er ist mehr als einen Fußtritt wert – der Bodenbelag. Damit dieser nicht nur zweckmäßig ist, sondern auch Sicherheit und ansprechende Gestaltung bietet, braucht der Zahnarzt das passende Konzept.

Seite 38



Foto: pixtal

In die Qualitätsberichte der Krankenhäuser fließen dieses Jahr erstmals Daten zur Ergebnisqualität ein.

Seite 26



Foto: Hahn

Von der Planung bis zur Insertion des feststehenden Zahnersatzes – ein Beispiel, was heute schon möglich ist.

Seite 44



Foto: MEV

**In neues Licht gerückt:
Fotos in Berufskleidung**

Seite 94



Foto: stockdisc

**Eine banale Verletzung mit lebens-
gefährlichen Folgen – die Sepsis ist
Thema im Repetitorium.**

Seite 58



Editorial	1	<i>DGEndo: Quer durch den Wurzelkanal</i>	66
Leserforum	2	<i>DGCZ: Cad/Cam-Brücken</i>	68
Leitartikel			
<i>Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, über die abzulehnende Versozialrechtlichung</i>			
	6		
Nachrichten	8, 12		
Gastkommentar			
<i>Walter Kannengießer, Journalist, zur Zäsur in der Bundespolitik</i>			
	10		
Politik und Beruf			
<i>Speyer: Vertragszahnärzte-Symposium</i>			
	18		
<i>KZVen: Servicegesellschaften</i>			
	20		
<i>Konferenz: Fort- und Weiterbildung</i>			
	24		
<i>BQS-Kongress: Weg zur Transparenz</i>			
	26		
<i>KBV: Netzwerk von Arzt und Patient</i>			
	28		
Aus den Ländern			
<i>ZÄT Bayern: Bewährtes und Innovatives</i>			
	30		
<i>ZÄT Sachsen: Trends der Zahnmedizin</i>			
	32		
<i>Westfalen-Lippe: Patientenberatung</i>			
	34		
Gesundheit und Soziales			
<i>Euro-Barometer: Patienten gut versorgt</i>			
	36		
Titelstory			
<i>Bodenbeläge: Ihr Auftritt, bitte</i>			
	38		
Zahnmedizin			
<i>Totalprothetik: Simultane Eingliederung</i>			
	44		
		 <i>Der aktuelle klinische Fall: Ektope Struma</i>	52
<i>Teilprothesen: Überlebenszeitanalysen</i>			
	56		
Medizin			
<i>Repetitorium: Die Sepsis</i>			
	58		
Tagungen			
<i>Zahnärztliche Ergonomie</i>			
	62		
		<i>DGEndo: Quer durch den Wurzelkanal</i>	66
		<i>DGCZ: Cad/Cam-Brücken</i>	68
		Nebenwirkungsformular	72
		Veranstaltungen	73
Praxismanagement			
		<i>Trends</i>	86
Finanzen			
		<i>Rürup-Rente: Rechenexempel</i>	88
Recht			
		<i>Fotos in Berufskleidung: In neuem Licht</i>	94
		<i>Mitarbeiter: Unter der digitalen Lupe</i>	96
		<i>BGH: Abrechnungsbasis bestätigt</i>	97
		<i>Urteile</i>	98
EDV und Technik			
		<i>USB-Sticks: Multitalent</i>	100
		<i>Kompressoren</i>	102
Prophylaxe			
		<i>Pirmasens: 25 Jahre ARGE</i>	106
Internationales			
		<i>EU-Richtlinie: Gesundheitsdienste</i>	108
		<i>Österreich: Medizinerquoten</i>	110
		<i>Großbritannien: Versorgungslage</i>	112
		Persönliches	114
Industrie und Handel			
		<i>Heraeus</i>	116
		<i>Neuheiten</i>	120
		Bekanntmachungen	128
		Impressum	133
		Leserservice Kupon	165
		Letzte Nachrichten	165
		Zu guter Letzt	168

So auch nicht hinnehmbar

■ Zum Leserbrief von Dr. Johannes Bock in zm 20/2007 und zum Nachruf Oberstarzt a.D. Joachim Förster in zm 16/2007:

„Der Respekt vor dem Tod erlaubt es eigentlich nicht einen Nachruf zu diskutieren.“ Mit diesem zutreffenden Satz beginnt der Herr Kollege Dr. Bock seinen Beitrag zum Nachruf auf Oberstarzt a.D. Joachim Förster, um dann genau das Gegenteil zu tun, und das noch in recht schulmeisterlicher Art.

Niemand will die geschichtliche Leistung der Frauen und Männer, die mit ihrer friedlichen Revolution entscheidend zum Ende der DDR beigetragen haben, in irgendeiner Weise schmälern. Auch kann es durchaus von Interesse sein, im Rahmen eines Artikels Ausbildung und Werdegang von Zahnärzten in der DDR und insbesondere in der NVA zu beleuchten. Aber sollte man dazu nicht einen geeigneteren Anlass wählen?

Der Beitrag des Kollegen Dr. Bock gipfelt in der Aussage, dass es einer (offensichtlich etwas naiven) Bundeswehrführung nun endlich einmal klar gemacht werden muss, dass eine Laufbahn als Offizier in der NVA kein Verdienst sein kann. Aber mit Verlaub, darum geht es doch gar nicht. Es geht um den Nachruf auf einen ranghohen Sanitätsoffizier Zahnarzt der Bundeswehr, der nach der Wende aus der NVA übernommen worden war. Traditionell ist es nun einmal so, dass in einem Nachruf der vollständige Lebensweg des Verstor-

benen nachvollzogen wird. Dazu gehörte im Falle des Kollegen Förster eben auch ein Werdegang in der NVA.

Die politische Entscheidung, Soldaten der NVA in die Bundeswehr zu übernehmen, ist auch heute noch, siebzehn Jahre danach, im Sinne der Integration der Streitkräfte in unser Gemeinwesen, als richtig anzusehen (Stichwort: Armee der Einheit). Alle Bewerber auf Übernahme in die Bundeswehr wurden einer eingehenden Überprüfung ihrer Person unterzogen. Viele mussten aufgrund ihrer Vergangenheit abgelehnt werden. Es ist davon auszugehen, dass diejenigen, die in die Bundeswehr übernommen wurden, politisch unbelastet waren.

Dass der Autor, ob gewollt oder ungewollt, mit seinem Leserbrief zumindest zwischen den Zeilen einen Schatten auf die persönliche Integrität des Verstorbenen geworfen hat, macht mich sehr betroffen. Dieses hat der Kollege Joachim Förster mit Sicherheit nicht verdient. Er war mir seit seinem Eintritt in die Bundeswehr bekannt und von 1995 bis zu seiner Versetzung in den Ruhestand im Jahre 2006 durchgehend fachlich direkt unterstellt. In diesen Jahren habe ich Joachim Förster nicht nur als fachlich bestens qualifizierten Sanitätsoffizier, sondern auch als in jeder Hinsicht großartigen Menschen kennen und schätzen gelernt. Es liegt mir viel daran, dass sein Ansehen nicht posthum beschädigt wird.

Dr. Günther Brassel
Admiralarzt a.D.
Schwackendorf 18
24376 Hasselberg

Gesponsert

■ Zum Leitartikel in zm 20/2007:

Der Bund der Steuerzahler veröffentlichte unlängst den sogenannten Sponsoringbericht. Hier wird offengelegt mit welchen Geldmengen die Ministerien von der Wirtschaft „gesponsert“ werden. Das BMG erhielt demnach unter anderem vom Verband der privaten Krankerversicherer in den Jahren 2005/2006 5,1 Millionen Euro (!) an Zuwendungen.

Wenn man mit diesem Wissen den Leitartikel von Dr. Jürgen Fedderwitz liest, bleibt ein ungläubiges Staunen über die politische Entscheidungsfindung in unserem Lande.

Ich hoffe, dass die Medien in Zukunft noch viel kritischer solche unakzeptablen Interessenverflechtungen offenlegen. Die zm sollte im Speziellen alle Sponsoren nennen, die das BMG finanziell unterstützen.

Dr. Alf-Henning Pielcke
Beseler Straße 48
22607 Hamburg

Gefahr

■ Zum Titelstory „Gesunde Schulverpflegung“ in zm 20/2007:

In der Kinderabteilung unserer Gemeinschaftspraxis haben wir mit Entsetzen Ihre Titelstory gelesen. Da empfiehlt Frau Dr. Margret Büning-Fesel Mineralwasser, Fruchtsaftchorlen und ungesüßte Fruchttetes.



Foto: CC

Wir stimmen mit ungesüßten Tees und Mineralwasser überein, sehen aber in verdünnten Fruchtsäften eine große Gefahr für das Wechselgebiss. Ein 100-prozentiger Apfelsaft ohne Zuckerzusatz hat zehn Gramm Fruchtzucker in 100 Millilitern Flüssigkeit, alles verwertbare Nahrung für Kariesbakterien. Colagetränke und Limonaden haben exakt denselben Zucker-

gehalt. Selbst verdünnte Säfte haben genug Fruchtzucker, um den dünnen und schlecht mineralisierten Milchzahnschmelz zu schädigen. Wir leisten in der Praxis mühsame Aufklärungsarbeit, um den Eltern zahngesundes Trinken zu erklären – oftmals mit dem Kinderarzt als Gegner.

Wenigstens in der eigenen Fachgruppe muss ausreichend Kompetenz zum Schutz der Patienten vorhanden sein!

Dr. Melanie Bock
Alte Holstenstraße 12
21031 Hamburg

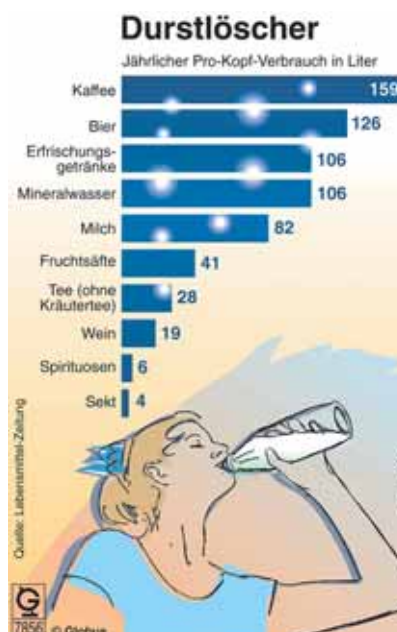




Foto: BZAK

Versozialrechtlichung? Abgelehnt!

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, mit Sorge betrachtet die Zahnärzteschaft die zunehmende Fremdbestimmung des Gesundheitswesens, die Versozialrechtlichung des Berufsstandes, die Vermischung der Rechtskreise von Sozial- und Berufsrecht und die Bematisierung der GOZ. Das alles zwingt uns Zahnärzte in ein immer enger werdendes Korsett. Der Freie Beruf des Zahnarztes wird dabei auf eine harte Probe gestellt. Umso notwendiger ist es, dass wir unser freiberufliches Denken und Handeln verdeutlichen. Auf dem Deutschen Zahnärztetag in Düsseldorf, der stattfindet, während dieses zm-Heft gerade im Druck ist, gehört dieser Aspekt zu den Kernthemen.

Nach wie vor ist die Leistungserbringung in fachlicher und wirtschaftlicher Unabhängigkeit ein wesentlicher Faktor für die Selbstbestimmung und Qualität der medizinischen und zahnmedizinischen Berufsausübung. So hat erst jüngst wieder eine Studie unter Ärzten ergeben, dass sich diese zu 80 Prozent ihre künftige Tätigkeit nur in Freiberuflichkeit vorstellen können. Das gilt so auch für die Zahnärzteschaft.

Eine Grundvoraussetzung für die Freiberuflichkeit ist auch eine freie private Gebührenordnung. Was die

„Wir sind buchstäblich mit der HOZ unterm Arm durch das parlamentarische Berlin gezogen.“

gegenwärtigen Novellierungsdiskussionen angeht, gibt es zunächst einige gravierende Geburtsfehler. Die GOZ wird von Staats wegen „erlassen“ (und nicht etwa parlamentarisch beschlossen) und bedarf der Zustimmung der Ministerpräsidenten. Die Natur des Vorgehens beinhaltet, dass dem zahnärztlichen Berufsstand in diesem Prozess eine Statistenrolle zukommt. Es bedurfte schon erheblicher Anstrengungen und viel Phantasie, um uns hier aktiv ins Spiel zu bringen.

Das geschah durch unseren fundierten, soliden Vorschlag der HOZ. Er ist von Seiten der Wissenschaft untermauert sowie betriebswirtschaftlich sauber durchkalkuliert. Wir haben die HOZ allen relevanten Stellen vorgelegt und in die politische Gremienarbeit eingebracht. Wir sind buchstäblich mit der HOZ unterm Arm durch das parlamentarische Berlin gezogen. Nicht zuletzt hat eine von der Zahnärzteschaft angestoßene Anfrage der FDP vor dem Deutschen Bundestag zur GOZ-Novellierung Druck auf das Ministerium ausgeübt. Resultat: Das Ministerium hat nun die Kosten für eine Zahnarztstunde offengelegt, eine Größenordnung, die unseren Berechnungen nahegekommen ist. Bei

der Bewertung der Leistungen spielt die Zeit eine entscheidende Rolle. Hier können wir auf unsere seriöse

Zeitmesstudie zurückgreifen – Zeit und Qualität sind bekanntlich Faktoren, die für den Erfolg der Behandlung ausschlaggebend sind. Und wir können sicher sein, dass wir die Patienten auf unserer Seite haben, wenn es um das Primat der Qualität geht.

In engem Zusammenhang mit der Qualität stehen die Fort- und Weiterbildung und das postgraduale Geschehen als Garant für eine freie und unabhängige Berufsausübung. Das Leitbild des freiberuflichen Zahnarztes muss bleiben, egal in welcher Praxisform er tätig ist. Er muss seine hochstehenden Leistungen in fachlicher und wirtschaftlicher Unabhängigkeit erbringen können. Wir müssen sehr aufpassen, uns nicht grundsätzlich vom Hauszahnarzt als Generalist mit ein bis drei durchaus titel- und schulfähigen Sondergebieten zu entfernen, wobei selbstverständlich zur Abdeckung aller Schwierigkeitsgrade auch die Fachpraxis notwendig ist und ihren eigenen Stellenwert hat. Was die Weiterentwicklung der Fort- und Weiterbildung unter Einbeziehung des Post-Graduate-Geschehens betrifft, ist es wichtig, dass Standespolitik und Wissenschaft an einem Strang ziehen – unter Wahrung ihrer Eigenständigkeit, aber zum Nutzen des Ganzen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, machen wir uns nichts vor: Die Rahmenbedingungen für die Praxen sollen vom Staat immer mehr erschwert werden. Wir müssen in dieser Zeit dem Druck zur Versozialrechtlichung erfinderisch Widerstand entgegenhalten. Denn es könnte die Einsicht reifen, dass jede Regulierung sehr schnell als Überregulierung empfunden wird, dass die Motivation verloren geht und erkannt wird, dass deshalb der Benachteiligte am ehesten der Patient ist. Noch wird das nicht so klar gesehen. Ich bin aber der festen Überzeugung: je enger für uns die Fesseln gezogen werden, desto mehr Beistand werden wir von unseren Patienten bekommen.

Also: Versozialrechtlichung abgelehnt!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Foto: goodshoot



Die Zäsur

Münteferings Rücktritt bedeute für die große Koalition eine Zäsur. So kommentierte Andrea Nahles, die linke Flügelfrau der SPD, des Vizekanzlers Schritt. Recht hat sie. Die Parteitaktiker dominieren noch mehr als bisher die Politik. Die Erwartung, dass die Koalition bis 2009 halten könnte, hat einen Dämpfer bekommen.

Der politischen Logik hätte es entsprochen, wenn der SPD-Vorsitzende Beck in die Bundesregierung eingerückt wäre. Er wolle die große Koalition bis 2009 fortsetzen, aber „von Außen mehr Druck machen“, sagte Beck. Er will also mitregieren und zugleich opponieren. Das kann nicht gut gehen. Müntefering war eine wichtige Stütze der Koalition, er arbeitete mit Frau Merkel geräuschlos und vertrauensvoll zusammen. Diese für den Bestand der Koalition so wichtige Funktion kann der neue Vizekanzler Steinmeier nicht ausfüllen, selbst wenn er es wollte. Kein SPD-Minister wird sich dem „Druck von Außen“ entziehen können.

Beck hat die SPD nach links geführt. Die Union kann der SPD auf diesem Weg nicht folgen. Sie würde die bürgerliche Mitte verlieren. Frau Merkel sieht sich schon heute dem Vorwurf aus der CDU ausgesetzt, der SPD immer wieder zu weit entgegenzukommen. Gemessen an den Leipziger Parteitagsbeschlüssen ist das sicherlich richtig. Doch die Zwänge der Koalition sind nun einmal groß, und das für die Union ent-

täuschende Wahlergebnis von 2005 hat die Reformer in der Partei entmutigt und den Verteilungspolitikern Auftrieb gegeben.

Beck geht hohe Risiken ein. Zwar ist es ihm gelungen, die SPD hinter sich zu scharen und seinen Führungsanspruch abzusichern. Aber solange die SPD mit der Union regiert, kann sie den Wettlauf mit den linken Populisten Lafontaine/Gysi nicht gewinnen. Beck hätte seinen Anspruch, Kanzlerkandidat seiner Partei zu sein, unterstrichen, wenn er nach Berlin gewechselt wäre. So bleibt er der das Risiko scheuende Provinzfürst in Mainz. Schröders Kanzleramtschef Steinmeier soll nun als Vizekanzler die von Müntefering hinterlassene Lücke schließen. Als

litäten. Doch Steinmeier kann sich auch nicht aus der Kabinettsdisziplin und der Loyalität gegenüber Frau Merkel verabschieden. Das Heil der SPD wird ihm dennoch näher liegen als der Erfolg der Regierung. So lebt er mit der Gefahr, politisch zwischen Beck und Frau Merkel verschlissen zu werden.

Was der Zäsur folgt, wird davon abhängen, ob sich Becks SPD in den nächsten Landtagswahlen gegenüber den Linken und der CDU/CSU behaupten kann und ob die Wirtschaft auf Wachstumskurs bleibt. Sollte es mit der SPD weiter abwärts gehen oder die Konjunktur schwächeln, so hat die Koalition neue politische und finanzielle Probleme.

Schon hat sich die Tonlage zwischen den „Partnern“ verschärft. Die SPD hat mit dem Thema Mindestlohn den Dauerwahlkampf eröffnet. Der Mindestlohn ist ökonomisch falsch, aber populär. Das wird die SPD gegen die Union ausspielen.

Die Sozialkassen schreiben wieder schwarze Zahlen. Der Beitrag der Nürnberger Anstalt soll von 4,2 auf 3,3 Prozent gesenkt werden. Das ist mehr als die Fachleute für vernünftig halten. Die Reform der Pflegeversicherung wird dagegen zu steigenden Beiträgen führen. Hier sieht die SPD neue Profilierungschancen. Sie will die Privatversicherten an der Finanzierung der gesetzlichen Pflegekassen beteiligen; die Union lehnt dies ab. Müntefering stand für die Rente mit 67. Dieses Konzept dürfte nun durchlöchert werden.

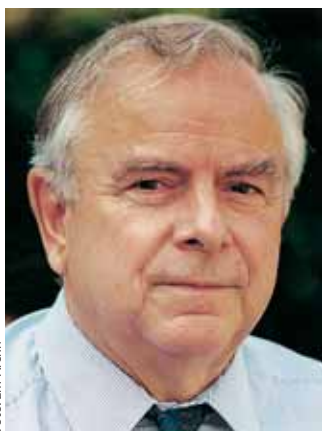


Foto: zmf-Archiv

SPD und Union verspielen die Erfolge ihrer Politik und verlieren die Legitimation zur großen Koalition.

Walter Kannengießer
Sozialpolitik-Journalist

Politiker ist er ein Vollprofi, ihm fehlt jedoch der „Stallgeruch“ seiner Partei. Aber er hat die besten Umfragewerte. Das zählt. Er ist also potentieller Konkurrent für Beck um die Kanzlerkandidatur. Dieser hat ihn zu seinem Vize befördert. Das begründet Loya-

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

CDU-Mittelstandsvereinigung

Neun Thesen für den Parteitag

Die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU wird auf dem CDU-Parteitag Anfang Dezember in Hannover einen eigenen Antrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einbringen. Der Antrag „Gesundheit für Deutschland“ wurde der MIT-Delegiertenversammlung von Dr. Rolf Koschorrek, MdB, als Vorsitzendem der MIT-Gesundheitskommission vorgelegt. Koschorrek ist als CDU-Bundestagsabgeordneter Mitglied im Gesundheitsausschuss und im Vorstand des Parlamentskreises Mittelstand der CDU/CSU Bundestagsfraktion. Neun Thesen sind laut Antrag



Foto: CDU-Fraktion

bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu beachten:

1. Die Strukturen des Gesundheitswesens müssen radikal vereinfacht werden.
2. Die Finanzierung braucht mehr Kapitaldeckung.
3. Eine Beitragsreform muss die

Weichen stellen für eine Abkopplung der Beiträge von den Einkommen der Versicherten.

4. Die Position der Selbstverwaltung und das Prinzip der Subsidiarität müssen gestärkt und der staatliche Einfluss im Gesundheitswesen eingedämmt werden.

5. Die Eigenständigkeit der PKV als Vollversicherung ist zu wahren und darf nicht mit GKV-Elementen vermischt werden.

6. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen wie Unternehmen im Wettbewerb miteinander stehen. Übertriebene finanzielle Ausgleichsmechanismen (Risiko-Struktur-Ausgleich) sind zu verhindern.

7. Mittelständische und freiberufliche Strukturen im Gesund-

heitswesen sind zu stärken.

8. Der Versicherte/Patient muss verstärkt im Mittelpunkt stehen.

Notwendig sind finanzielle Anreize für gesundheitsförderndes Verhalten, die Sicherung der Teilhabe am medizinischen Fortschritt und flächendeckende medizinische und pharmazeutische Versorgung. Leistungen, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen, sollen privat finanziert werden und gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind aus Steuern zu finanzieren.

9. Die Umsteuerung vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip ist notwendig, damit der Versicherte eigenverantwortliche Entscheidungen treffen kann.

pr/pm

Länderübergreifendes Projekt

Zahnärztekammern kooperieren

Die Zahnärztekammern Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland haben eine länderübergreifende Kooperation unter der Bezeichnung „Arbeitsgemeinschaft Zahnärztliche Berufsausübung Südkammern“ gegründet. Die Kooperationspartner sähen sich bei der Wahrnehmung der Belange ihrer zahnärztlichen Mitglieder bei der Förderung der Ausübung des Zahnarzt-Berufes vor die gleichen Herausforderungen gestellt, heißt es in einer Pressemitteilung. Beispielhaft wird dabei die Einführung neuer zahnärztlicher Qualitätsmanagement-Systeme genannt. Über diese speziellen Systeme solle sowohl für Zahnärzte als auch für Patienten mehr Transparenz und Sicherheit, nicht zuletzt im Umgang mit neuen, komplexen Vorgaben zur Praxisführung, geschaffen

werden. Außerdem solle der Arbeits- und Kostenaufwand bei der Erfüllung der gesetzlichen Kammeraufgaben durch koordiniertes Zusammenwirken vermindert werden. Neben der Erzielung wirtschaftlicher Synergieeffekte solle mit der Kooperation auch eine Vereinheitlichung der für die zahnärztliche Berufsausübung geltenden Grundlagen und Empfehlungen erreicht werden. Weitere gemeinsame Projekte sollten so angelegt werden, dass sie mit den jeweils zur Verfügung stehenden personellen und sächlichen Mitteln der einzelnen Kammern durchgeführt werden könnten. Die Aufnahme weiterer Kooperationspartner solle ausdrücklich ermöglicht werden.

pr/pm

Telekommunikationsüberwachungsgesetz

Kritik vom BFB

Mit großem Bedauern hat der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) die Entscheidung des Bundestages zur Kenntnis genommen, wonach mehr als zwei Drittel der Abgeordneten für

ihren Ärzten, Rechtsanwälten, Psychotherapeuten, Steuerberatern, Wirtschaftsprüfern, Notaren und anderen geopfert und damit ein elementares Stück Demokratie preisgegeben“, sagte

RA Arno Metzler, BFB-Hauptgeschäftsführer. „Aber nicht nur das: Tatsache ist, dass sich die besagten Abgeordneten mit ihrem Votum im Gegenzug selbst ein Privileg genehmigt haben. Dies hinter-

lässt einen bitteren Nachgeschmack“, so Metzler. Den Bürgern dieses unverzichtbare Grundrecht zu nehmen, erscheine daher um so fraglicher. „Für den BFB und seine Mitglieder ist hier das letzte Wort noch nicht gesprochen.“ pr/pm



Foto: EyeWire

Hoppe warnt angestellte Ärzte

Prämie gefährdet Patientenbeziehung

Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe hat in Berlin vor verderblichen Anreizen für angestellte Ärzte gewarnt. Es sei ein Risiko für die persönliche Beziehung zum Patienten als wesentlicher Ausdruck der Freiberuflichkeit, wenn Ärzte außer einem Gehalt – wie normale Angestellte – auch erfolgsabhängige Prämien bekämen, die der

Arbeitgeber nach wirtschaftlichen Kriterien festsetze.

Damit werde der Arzt zum Erfüllungsgehilfen seines Arbeitgebers, etwa eines MVZ in der Hand einer Klinik. Dies zerstöre eine der wichtigsten Tugenden des Arztes, wonach bei der Patientenbetreuung für den Arzt keine eigennützigen Motive gelten dürfen. ck/pm

Kommentar

Alles andere als graue Theorie

Wer meint, Freiberuflichkeit erschöpft sich in grauer Theorie oder läuft sich tot in abstrakten Statements, irrt. Und zwar gewaltig.

Die Ideale der Freiberuflichkeit bilden für jeden Mediziner nach wie vor die Basis für sein Denken und Handeln. Ob er angestellt ist oder niedergelassen, ist dabei völlig egal. Mit Blick auf neue Praxisformen, Qualifikationen und Berufsprofile ist die Diskussion sogar aktueller denn je.

Das verdeutlichte jüngst auch Ärztepräsident Hoppe: Die persönliche Beziehung zum Patienten ist auch bei angestellten Ärzten Ausdruck von Freiberuflichkeit – Kommerz in Form von Prämien setzt dieses Vertrauensverhältnis dagegen aufs Spiel. „Das Leitbild des freiberuflichen Zahnarztes muss bleiben“, stellte auch BZÄK-Präsident Weitkamp klar.

Beide bestärken damit alle Ärzte und Zahnärzte, die ein Ziel haben: weiterhin fachlich und wirtschaftlich unabhängig zu arbeiten. Indem sie freiberufliche Werte leben. *Claudia Kluckhuhn*

Statistisches Bundesamt

Klinikkosten sind gestiegen

Die Kosten der Krankenhäuser für die stationäre Behandlung in Deutschland sind leicht in die Höhe gegangen. Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes betragen die Ausgaben im Jahr 2006 rund 58 Milliarden Euro. Gegenüber dem Vorjahr sind die Kosten damit um 1,3

Milliarden Euro oder 2,3 Prozent gestiegen.

Die Kostensteigerung ist in erster Linie auf die Erhöhung der Sachkosten um 5,9 Prozent zurückzuführen, während die Personalkosten um lediglich 0,6 Prozent gestiegen sind. ck/pm

proDente**Service Paket**

Foto: proDente

Die Initiative proDente wartet mit einem Service Paket für Journalisten auf, die sich über Schlafapnoe und Bruxismus interessieren.

Denn „Schlafapnoe“ müsse ärztlich behandelt werden, betont

die Initiative. Auch bei Bruxismus brauche der Patient Hilfe.

proDente zeigt in dem Service-

Paket mit fünf Texten und einer Fotoserie die Problemlösung durch Zahnärzte und Zahntechniker auf.

Die Texte zum Thema „Guts Nächtle“ können Interessierte als Word-

Dokumente herunterladen unter:

<http://www.prodente.de/themen2007.0.html>, die dazugehörigen Pressefotos unter:

<http://www.prodente.de/pressefotos.0.html>. pit/pm

Contergan**Grünenthal macht Gesprächsangebot**

Mehr als 45 Jahre nach dem Contergan-Skandal hat der Arzneiersteller Grünenthal dem Bundesverband Contergangeschädigter ein Gesprächsangebot gemacht. Der Verband wolle darauf eingehen, sagte dessen Vorsitzende Margit Hudelmaier in Berlin.

Ende der 50er- und Anfang der 60er-Jahre waren weltweit mehrere Tausend Kinder zum Teil schwer fehlgebildet auf die Welt

gekommen, weil ihre Mütter während der Schwangerschaft das Schlafmittel Contergan eingenommen hatten. Nach einem Vergleich mit den Opfern hatte Grünenthal 1971 rund 110 Millionen Mark in die Conterganstiftung eingezahlt, der Bund steuerte weitere 100 Millionen Mark bei. Seit 1997 ist das Geld aufgebraucht. Der Fonds wird seither allein vom Bund finanziert.

ck/dpa

Frankreich**Programm zur Zahnvorsorge**

Krankenkassen und Zahnärzte in Frankreich starten ab Januar ein weiterentwickeltes Programm zur zahnmedizinischen Vorsorge, berichtet das Fachmagazin Gesundheit und Gesellschaft G+G (10/2007). Damit sollen sozial Benachteiligte besser erreicht werden. Seit 1997 könnten französische Jugendliche

bereits ihre Zähne kostenlos untersuchen und nötigenfalls behandeln lassen. Die Einladung zum Zahngesundheits-Check erfolge gleichzeitig mit einem Geburtstagsbrief der Krankenkasse. Das Ganze werde flankiert durch eine Medienkampagne. pr

■ Mehr dazu unter <http://www.mtdents.info>

Neues Programm der DAK**Ganzheitliche Betreuung für Chroniker**

Die DAK wird ab 2008 ganzheitliche Betreuungsprogramme für chronisch kranke Patienten starten. Die DAK wolle diese Patienten beim Umgang mit ihrer Krankheit zusätzlich zur ärztlichen Therapie in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensführung unterstützen, hieß es in einer Pressemeldung. Dadurch solle sich der Krankheitsverlauf verlangsamen, der Gesundheitszustand stabilisieren und möglichst

verbessern. Zunächst solle das Konzept in den Ländern Bayern und Baden-Württemberg erprobt werden. Dafür habe die DAK mit dem Unternehmen Healthways GmbH einen Vertrag geschlossen. Healthways ist in den USA der führende Anbieter von ganzheitlichen Betreuungsprogrammen für chronisch Erkrankte. Die Programme von Healthways seien evidenz-basiert und böten auf die Teilnehmer

individuell zugeschnittene Lösungen, betont die Krankenkasse. Diese Leistungen würden den Patienten in erster Linie per Telefon, per Post, aber auch per Mail und über das Internet zur Verfügung gestellt. pr/pm



Foto: pixtal

Informationssystem im Netz**Arzneimitteldaten jetzt zugänglich**

Mehr über Medikamente erfahren Interessierte jetzt auf PharmNet.Bund.de. Das Arzneimittel-Informationssystem bietet Infos zu Arzneimittelnamen, Darreichungsform, Zulassungsinhabern und Zulassungsnummern der in Deutschland und im europäischen Verfahren zugelassenen Medikamente.

Auch Mittel, die nicht mehr auf dem Markt sind, sind gelistet.

Vielfach findet man auch Packungsbeilagen sowie Fachinformationen, zum Teil auch öffentliche Beurteilungsberichte mit weiteren Infos für Zulassungen, die ab September 2005 in Deutschland beantragt wurden. Verantwortlich für die Inhalte sind die deutschen Zulas-

sungsbehörden: das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das Paul-Ehrlich-Institut und das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat die technische Plattform für den Betrieb der Datenbanken zur Verfügung gestellt. ck/pm



Dentalhistorisches Museum

Zwei neue Kalender



Das Dentalhistorische Museum in Zschadraß, Sachsen, hat erstmals zwei Wandkalender erstellt. Der erste Kalender für das Jahr 2008 zeigt unter dem Motto „Kein Grund zur Panik“ zahnärztliche Karikaturen von Jobst Löpelmann. Der zweite Kalender besteht aus Fotos verschiedener zahnhistorischer Exponate. Dazu zählt etwa auch die Aufnahme eines Sprechzimmers aus dem 19.

Jahrhundert, das in den Räumen des Museums aufgebaut ist und im kommenden Jahr in einer neuen Verfilmung der „Buddenbrooks“ gezeigt werden soll. Wie der Förderverein berichtet, soll der Verkauf der Wandkalender den Erhalt und Weiteraufbau des Museums unterstützen. Dazu zählt auch der Erwerb des Grundstücks, auf dem sich

das Dentalmuseum befindet. Im Oktober dieses Jahres sind mit dem Kabinett „Zähne, Menschen und Kulturen“ rund 100 Quadratmeter Ausstellungsfläche hinzugekommen. jr/pm

■ *Weitere Infos und Bestellung:*
Dentalhistorisches Museum
Im Park 9b
04680 Zschadraß
info@dentalmuseum.eu
www.dentalmuseum.eu

BZÄK und Colgate

Symposium auf der Diabetes 2008

Die Bundeszahnärztekammer veranstaltet im Rahmen ihrer fachlichen Zusammenarbeit innerhalb des Projektes „Monat der Mundgesundheit“ mit der Firma Colgate ein Satelliten-Symposium auf der Diabetes 2008 in Münster. Die Messe findet statt vom 8. bis 10. Februar, das Symposium ist am 9. Februar von 14.30 Uhr bis 16.00 Uhr angesetzt. Referenten zum Thema Diabetes und Mundgesundheit werden sein:

■ Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer,

■ Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Direktor der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn,

■ Michael Warncke, Wissenschaftlicher Leiter, Colgate Deutschland.

Details zur Messe finden sich unter www.diabetes-messe.com.

pr/BZÄK

Trends in der Zahnheilkunde

Fortbildungstage in Chemnitz

1 100 Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Assistentinnen waren dort, um Neues für den Praxisalltag zu erlernen und mit Kollegen die Umsetzbarkeit in den Alltag am Patienten zu diskutieren. Hier einige Highlights in Kürze.



Foto: sp/zsm

was im Notfall zu tun ist. „Stellen Sie sich immer vor, das sei Ihr Kind oder ein kleiner Verwandter, dem Sie als Mediziner zu Hilfe kommen müssen!“, forderten die Ausbilder auf, die sich aus Anästhesisten und Unfallärzten des Universitätsklinikums Dresden zusammensetzten.

Kindern das Leben retten

Zwar ist es nicht an der Tagesordnung, dass Kinder in der Zahnarztpraxis kollabieren oder gar einen Kreislaufstillstand erleiden, wie es bei älteren Patienten immer wieder einmal passiert. Aber auch ein „mitgebrachtes“ Kleinkind kann Dinge aspirieren, die einen Notfall Eingriff schnell und sicher erfordern. Das war das Thema eines Seminars, das in Chemnitz am Vortag der großen Fortbildungsveranstaltung vermittelt und dann auch geübt wurde. Gerade bei Kindern haben die Praxismitarbeiter sowie die Zahnärztin und der Zahnarzt am meisten „Respekt“, die Atemwege freizulegen und richtig zu beatmen oder gar eine Herzmassage durchzuführen, immer mit der Angst, den Thorax des Kleinkindes zu verletzen. An naturgetreuen Puppen konnten die vielen Teilnehmer die richtigen Handgriffe üben und bekamen Tricks und Tipps an die Hand,

Trauma erfordert schnellen Überblick

Wenn ein Patient nach einem Zahntrauma in die Praxis kommt, dann handelt es sich immer um einen Notfall. Das postulierte Dr. Gabriele Viergutz, Dresden, in einer Veranstaltung für die Praxismitarbeiterinnen. Grundsätzlich soll bei der ersten Behandlung nach dem Unfall der Erhalt des Zahnes beziehungsweise der Zähne angestrebt werden, so die Referentin. Eine sichere Diagnosestellung und eine rasch beginnende adäquate Therapie senken das Komplikationsrisiko erheblich und entscheiden über den dauerhaften Erhalt der verletzten Zähne. Neben Blutstillung, Schmerzkontrolle und der Versorgung von Weichgeweben gehören der Pulpa-Dentin-Wundverband sowie das Reponieren und Schienen von dislozierten Zähnen zu den vorrangigen Behandlungsmaßnahmen, so die Dresdner

Referentin. In eine gute Praxisberatung gehöre auch die Traumavorsorge, also das Tragen von Mouthguards bei gefährlichen Sportarten. Viergutz empfahl, gerade Jungen nach ihrer praktizierten Sportart zu befragen und eventuell mit den Eltern ein Gespräch über einen individuellen Zahnschutz zu führen. Die Mitarbeiterinnen sind dafür besonders prädestiniert, da sie bereits am Empfang guten Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen aufbauen können und so Informationen erhalten, die in der Patientenakte vermerkt und im Zahnarzt-Patienten-Gespräch verwendet werden können.

Großer Bedarf an Kinderzahnärzten

Kinderzahnheilkunde liegt weiterhin im Trend. Denn der Zuckerverbrauch liegt immer noch 50 Prozent über der WHO-Empfehlung, und das habe Folgen auf die Kinderzähne, das berichtete Professor Dr. Norbert Krämer aus Dresden. Entscheidend gerade in den frühen Kinderjahren auf eine positive Zahngesundheit sei der Einfluss der Familien und deren Vorbildfunktion. So rügte er auch das Konsumverhalten der Jugendlichen, von denen inzwischen nachgewiesenermaßen über 80 Prozent zuckerhaltiges Kaugummi verwenden, anstatt auf kariesprotektives Xylitkaugummi zurückzugreifen.

Milchzahn nicht ganz exkavieren

Gegen eine vollständige Exkavation von Milchzahnkaries sprach sich Professor Dr. Michael J. Noack, Köln, aus. Er hält es nicht für sinnvoll, Kinderkaries mit



Fluoridempfehlung für Kleinkinder

Ab dem ersten Milchzahn Zahnpaste mit 500 ppm und fluoridhaltiges Kochsalz verwenden. Dabei genau auf den Fluoridgehalt des Mineralwassers achten! Cave bei Kindern mit „Petersenthaler“, dessen F⁻-Gehalt sehr hoch ist. ■

dem „dicken“ Bohrer bis ins Dentin beizukommen, sondern rät zur enzymatischen Keimdegradation sowie zur chemischen Variante mit Carisol[®]. Letzteres jedoch erfordert sehr viel Arbeitszeit, deshalb sei es, so der Referent, nur noch bei Kindern zum Einsatz zu bringen. Sein Tipp: Natriumhypochlorid in die Kavität einbringen, und zwar in der für die Endodontie verwendeten Konzentration von bis zu fünf Prozent. Das eliminiert die Bakterien sicher.

Devitale Zähne adhäsiv reparieren

Nachdem sich die adhäsive metallfreie Restauration bei vitalen Zähnen einen festen Platz in der zahnärztlichen Therapie geschaffen hat, stoßen die Prinzipien dieser Methode auch in den Bereich der Restauration von devitalen Zähnen vor. Der Verzicht auf eine spezielle Retentionsform, die für die konventionelle Therapie erforderlich war, erfolgt heute zugunsten von Erhalt von Zahnschubstanz, indem mittels Adhäsion eine feste Verbindung mit der Zahnschubstanz eingegangen wird. Diese minimalinvasive Methode erfordert jedoch ein Umdenken in der Strategieplanung der Therapie sowie in der Indikationsfindung, wie Professor Dr. Ivo Krejci, Genf, in Chemnitz ausführte.

Alle Nachrichten sp

Sektion Zahngesundheit**Broschüre neu aufgelegt**

Die Sektion Zahngesundheit im Deutschen Grünen Kreuz e. V hat ihre Informationsbroschüre „Gesunde Zähne, gesunder Mund – in jedem Alter“ aktualisiert und erweitert. Der Ratgeber soll verbrauchergerecht darüber auf-



klären, wie Zahn- und Mundgesundheit lebenslang erhalten werden können.

Die Inhalte reichen vom Aufbau des Zahns, den wesentlichen Erkrankungen von Zähnen und Zahnhalteapparat bis hin zu wissenschaftlich gesicherten Diag-

nose- und Therapiemethoden. Vorgestellt werden auch moderne Methoden der Füllungstherapie, elektrische Zahnpflege, Lösungen bei Zahnverlust durch Implantate und Möglichkeiten der Wiederherstellung eines durch Parodontitis zerstörten Zahnhalteapparates. Praktische Tipps zur individuellen Mundhygiene und zahn-gesunden Ernährung runden dem Verein zufolge das Themenspektrum ab. Die Aufklärungsarbeit der Sektion Zahngesundheit wird durch die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie weitere Projektpartner unterstützt. jr/pm

■ **Bestellung:**
 Deutsches Grünes Kreuz e. V.
 Sektion Zahngesundheit
 Stichwort: „Zahn-Broschüre“
 Schuhmarkt 4
 35037 Marburg
 Tel.: 064 21/293 119 (Frau Burk)
 E-Mail: zahngesund@kilian.de
www.rundum-zahngesund.de

Versorgung von Schlaganfällen**Neurologen wollen Zentren ausbauen**

Für den Ausbau von Schlaganfallzentren hat sich Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener, Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), anlässlich des 80. DGN-Jahreskongresses ausgesprochen.

Die sogenannten Stroke Units spielten – als hoch spezialisierte Versorgungszentren der Neurologischen Universitätskliniken – nicht nur bei der Akutversorgung der Patienten eine Rolle, sondern vor allem auch bei de-

ren Nachbetreuung. Diese übernehmen oft Neurologen, Neurochirurgen und Neuroradiologen gemeinsam. „Die interdisziplinäre „Neuro“-Versorgung muss jedoch weiter ausgebaut werden“, betonte Diener. Dies sei etwa durch gemeinsame Aus- und Weiterbildung oder klinische Forschungsvorhaben möglich. Als weitere künftige Aufgabe der Kliniken sieht Diener die Einrichtung von Frührehabilitationsstationen. jr/pm

2. Bundeszahnärzteball

Ein harmonisches Fest

Zum zweiten Mal findet am 1. Februar 2008 im Maritim Hotel Berlin der Bundeszahnärzteball statt. Nach der glänzenden Premiere des gesellschaftlichen Events im letzten Jahr laden die Gastgeber, der mit der Organisation betraute Quintessenz-Verlag und die Mitveranstalter, die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, die BZÄK und die KZBV, wiederum zu einem festlichem Ball ein. Abseits von Praxisalltag und Standespolitik bietet sich hier die Gelegenheit, in schönem Ambiente Kontaktpflege nicht nur auf fachlicher, sondern auch auf ganz

persönlicher Ebene zu betreiben. Hinzu kommt viel Gelegenheit zum Austausch im Kreis von Freunden, Bekannten und Kollegen. Eines aber steht ganz klar im Mittelpunkt: das Tanzvergnügen, für das Max Greger und die SWR Big Band sorgen werden. Eine Tombola rundet das Geschehen ab. Der Ball ist ein gehobenes Ereignis in stilvollem Ambiente. Für kulinarische Genüsse ist gesorgt. Passend für diesen Rahmen ist auch die Kleidung: die Herren erscheinen im Smoking oder Frack, die Damen in Ballkleidern. Der Ball ist eigens für den Berufs-



Foto: Dehmel

stand konzipiert und stellt einen der gesellschaftlichen Höhepunkte im Kalenderjahr dar – eine Gelegenheit, die viele Zahnärztinnen und Zahnärzte im letzten Jahr beim Schopfe packten, denn die Veranstaltung war schnell ausverkauft. zm

■ *Anmeldungen sind ab sofort online über die Homepage des Quintessenz-Verlages möglich: <http://www.quintessenz.de>, unter „Veranstaltungen.“ Anmeldekupon für die Bestellung per Post sowie weitere Details: siehe nebenstehende Anzeige.*

Saarland

Dr. Weis Ehrenvorsitzender

Sanitätsrat Dr. Wolfgang Weis ist von der Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte – am 7. November zum Ehrenvorsitzenden des Vorstandes dieses Gremiums gewählt worden. Weis hatte jahrelang den Vorsitz inne und war damit gleichzeitig Mitglied im Vorstand der Bundeszahnärztekammer. Die Wahl erfolgte in Anerkennung seiner außerordentlichen Verdienste um die saarländische Zahnärzteschaft.

Zum Nachfolger für das freigewordene Amt eines Beisitzers im Abteilungsvorstand Zahnärzte

wurde der Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Dr. Reinhard Haßdenteufel, Neunkirchen/Saar, gewählt.

Weis war während seiner Amtszeit gleichzeitig Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer des Saarlandes und auch deren Vizepräsident. Als sein Nachfolger in beiden Ämtern wurde Dr. Hans Joachim Lellig gewählt. Lellig ist der jetzige Vorsitzende der Abteilung Zahnärzte der Ärztekammer des Saarlandes.

Das Foto zeigt Dr. Weis mit dem Präsidenten der Ärztekammer Sanitätsrat Dr. Franz Gadowski und Dr. Lellig (v.l.n.r.). pr



Foto: ZÄK Saarland

BZÄK zum Weltdiabetestag

Regelmäßig zum Zahnarzt

Obwohl die Wechselbeziehung zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis medizinisch wie zahnmedizinisch als erwiesen gilt, ist dies vielen Patienten nicht bekannt. Darauf wies Dr. Dietmar



Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, hin. „Patienten mit entsprechender Diagnose müssen nicht nur fachärztlich, sondern auch durch ihren Zahnarzt regelmäßig betreut werden, da eine erfolgreiche Behandlung des Diabetes eine effektive Therapie der Parodontitis voraussetzt“, betonte Oesterreich in einer Presseerklärung anlässlich des Weltdiabetestages am 14. November.

In der Fachwelt sei man sich da-

rüber im Klaren, dass schlechte Blutzuckerwerte die Mundgesundheit negativ beeinflussen und in engem Zusammenhang mit Entzündungen des Zahnhalteapparates stehen. Weniger bekannt

sei hingegen, dass auch umgekehrt eine durch Bakterien verursachte Parodontitis negative Auswirkungen auf Diabetes haben könne. Zahnärzte könnten nicht selten den Verdacht auf Diabetes erstmals äußern und durch den medizinischen Fachkollegen abklären lassen. jr/pm

■ *Die Patientenbroschüre „Alles in Balance? – Diabetes und Mundgesundheit“ kann unter http://www.bzaek.de/list/presse/mdm06/brosch_diabetes.pdf heruntergeladen werden.*

Vertragszahnärzte-Symposium in Speyer

Reform betrifft Status und Beruf

Was schafft die Gesundheitsreform 2007 an Strukturwandel für Deutschlands Vertragszahnärzteschaft? Auf dem gemeinsam von der KZBV und der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften in Speyer veranstalteten Symposium (29. bis 31. Oktober) gab es nur wenig Zweifel, dass die neuen Gesetze eine große Herausforderung an Beruf und Status der Zahnärzte darstellen. Beschwichtigt wurde allenfalls seitens des Gesetzgebers.

Ist die jüngste Gesundheitsreform nur eine weitere Herausforderung für Deutschlands Zahnärzteschaft? Mehr als das, meint Dr. Jürgen Fedderwitz. Der KZBV-Vorsitzende befürchtet eine Umverteilung des gesamten Gesundheitssystems.



Glaubte man den Ausführungen von BMG-Ministerialdirigent Dr. Ulrich Orlowski, dann brauchen sich Deutschlands Zahnärzte in Sachen Gesundheitsreform kaum Gedanken zu machen: Dem Berufsstand sei es gelungen, beim Wettbewerbsstärkungsgesetz „weitgehend außen vor zu bleiben“. Mehr noch: In Sachen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hätten sie die Herausforderungen für den „tradierten Status der zahnärztlichen Praxis gemeistert“ und über eine „eher strukturkonservative“ Auslegung im Bundesmantelvertrag gesichert. Aus Sicht des BMG gibt es, so vermittelte es zumindest der Leiter der BMG-Unterabteilung Krankenversicherung auf dem Speyerer Symposium, mit der jüngsten Gesundheitsreform demnach keine neuen Herausforderungen für Deutschlands Zahnärzte.

Dieser Einschätzung schloss sich weder aus dem Plenum noch aus der Reihe der Referenten kaum jemand an. Im Gegenteil: Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz erwartet angesichts des jetzt eingeschlagenen Wegs sogar eine „Umverteilung des gesamten Gesundheitssystems“. Mit Blick auf die anstehende GOZ-Novellierung befürchtet

er sogar, dass auch das bisher vom BMG „gefeierte“ Festzuschusssystem seine erforderliche Parallelstruktur im privaten Leistungsbereich zu verlieren droht.

Fedderwitz verwies auf die in der Reform leider nicht berücksichtigten fundamentalen Unterschiede der Zahnmedizin zu allen anderen Leistungsbereichen. Hier seien Erkrankungen oft ohne aufwendige Differenzialdiagnostik erkennbar, „im weiten Umfang verhaltensabhängig“ und daher durch präventives Verhalten positiv beeinflusst oder auch gänzlich vermeidbar. In der Zahnmedizin bestimme der Befund die Behandlungsbedürftigkeit. Insofern könne es im vertragszahnärztlichen Bereich keine angebotsinduzierte Nachfrage geben. Darüber hinaus existierten in der Regel befundabhängige Behandlungsalternativen, „mit denen ein weitgehend identisches Behandlungsziel erreicht werden kann, wobei aber zum Teil deutliche Unterschiede im Komfort beziehungsweise in der Ästhetik für den Patienten bestehen“. Eine Begrenzung und Konzentration der

GKV-Leistungen auf präventive und besonders wirtschaftliche Versorgung sei deshalb nur konsequent, stärkere Eigenbeteiligung der Versicherten „sachlich gerechtfertigt“. Die aus diesen Besonderheiten erwachsenden Chancen seien im VÄndG und auch im GKV-WSG vom Gesetzgeber nicht genutzt worden.

Weil im zahnärztlichen Bereich eine Kooperation unterschiedlicher Fachgruppen nicht notwendig ist, sei die berufliche Liberalisierung durch das VÄndG – ganz zu schweigen vom weiter bestehenden Problem der Budgetierung – eher geeignet, eine Übervorteilung niedergelassener Vertragszahnärzte zu bewirken. Deshalb habe man sich im Bundesmantelvertrag auf eine Begrenzung der Möglichkeiten entschlossen, Zweigpraxen zu gründen oder Zahnärzte anzustellen.

Nur gemeinsam zum Erfolg

Dessen genaue Ausgestaltung, so erklärte KZBV-Justiziariatsleiter Dr. Thomas Muschalik in seinen Ausführungen, berücksichtige die Leitungs- und Überwachungspflichten genauso wie die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten oder die spezifischen Probleme der Abrechnungsproblematik. Seine Ausführungen ergänzte Baden-Württembergs KZV-Justiziar Tobias Meyer durch Vorstellung eines spezifizierten Modells zur Budget- und Honorarsteuerung im Zeichen der neuen Gesetzeslage.

Nicht attraktiv gestaltbar, so kritisierte der KZBV-Vorsitzende Fedderwitz die Reformansätze, seien die vom Gesetzgeber im GKV-WSG vorgesehenen Wettbewerbsmechanismen durch Wahltarife oder Selektivverträge, weil für deren Finanzierung „nur die allgemeinen Mittel zur Verfügung stehen“. Ohnehin deuteten die Bestimmungen zum Standard- und Basistarif in der PKV, aber auch die Konzentrationsbemühungen im GKV-Bereich eher Richtung Einheitsversicherung statt auf mehr Wettbewerb.

Von einer „Pseudoliberalisierung durch den Gesetzgeber“ sprach BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. Die KZVen hätten durch ihr „rigides Vorge-

**» Herausforderungen
schweißen zusammen –
oder dividieren auseinander.**

Prof. Dr. Dr. h.c. Rainer Pitschas
zu den Folgen der Reform

hen“ im Bundesmantelvertrag dem Berufsstand zwar Chancen genommen. Angesichts der „vielen ungeklärten Fragen“ zeigte Weitkamp aber auch Verständnis für die Art der Umsetzung, zumal der systematische Bruch in der gegenwärtigen Gesetzgebung allzu deutlich sei: Einerseits sollten aus Wettbewerbsgründen organisatorische Rahmenbedingungen der Berufsausübung liberalisiert werden. Auf der anderen Seite führ-

flächendeckende Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit qualitätsgesicherten Leistungen und einfacher Handhabung des Sachleistungsprinzips, für die Patienten zu retten. Gleichzeitig müsse durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung eine spürbare Verbesserung der derzeit absolut unzureichenden Lage erzielt werden. Insgesamt sieht Köhler aber mehr Chancen als Risiken für Deutschlands Vertragsärzte.

Versicherte würden künftig auf Produktmöglichkeiten und Wahlrechte, wie sie nur die PKV bieten könne, verstärkten Wert legen. Die Zukunft der PKV liege in ihrer klassischen Tarifwelt.

Das trockene Brot der Zusatzangebote

Eine die Thesen des PKV-Vertreters differenziert betrachtende Meinung vertrat der durch das Programm des Symposiums führende und die Veranstaltung moderierende Universitäts-Professor Dr. Dr. h.c. Rainer Pitschas von der mitveranstaltenden Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer. Im Rahmen des spezifischen Modernisierungsprozesses des Sozialstaates fordere der Gesetzgeber die Restrukturierung des Vertragszahnarztes zu einem hochprofessionalisierten Dienstleister neuer Prägung, der künftig in der direkten Vertragsbeziehung als Unternehmer auch gekündigt werden könne. Hier erfolge ein Übergang „vom Status des freien Berufs in die berufliche Definition des freien Kontrakts“. Notwendig sei, so Pitschas mit Blick auf die bevorstehende Vertragssteuerung durch den Gesundheitsfonds und weitere zentralstaatliche Elemente der Reform, ein Ausgleich der „widerstrebenden Kräfte“, eine Herstellung der „balance of power“. Es gelte, die neuen Möglichkeiten zu nutzen und innovativ zu wirken, statt an den Gegebenheiten zu verzweifeln. Hier bilde das Angebot privater Zusatzversicherungen, so Pitschas im Gegensatz zur Einschätzung der PKV, das „trockene Brot“, aus dem sich künftig alle Leistungserbringer finanzieren müssten. Ein gangbarer Weg sei deshalb der über Sonderverträge oder spezielle Angebote der Versicherer. Dabei sei es wichtig, durch Schulterchluss und den Zusammenschluss der KZVen für die Zahnärzteschaft die Parität der Macht zu erhalten, Steuerungsmöglichkeiten zu nutzen und auch die vom Gesetzgeber gewährte Gründung von Dienstleistungsgesellschaften wahrzunehmen. Pitschas Resümee brachte die Alternativen auf einen klaren Nenner: „Herausforderungen schweißen zusammen – oder dividieren auseinander.“ mn



Fotos: L. Jördai

Führten kontroverse Diskussionen um die Folgen der Gesundheitsreform:
Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Ulrich Orłowski und Moderator Prof. Dr. Dr. h.c. Rainer Pitschas (v.l.n.r.).

ten die restriktiven Grundelemente der GKV – nämlich Sachleistungsprinzip und Budgets – dazu, dass der Zahnarzt im Wettbewerb nicht bestehen könne. Diese Liberalisierung sei weder durchsetzbar noch praktikierbar: „Was nützt alle Freiheit bei Zu- und Niederlassung, solange es Budgets und ein Sachleistungssystem gibt?“

Weitkamp zeigte sich überzeugt, dass „wir als Körperschaften, als Kammern und KZVen, den zahnärztlichen Berufsstand nur gemeinsam erfolgreich vertreten können“, um den freien Zahnarztberuf zu erhalten und mehr Wettbewerb und weniger staatlichen Dirigismus im Gesundheitssystem zu erreichen.

Mittel- bis langfristig nachhaltige Veränderungen befürchtet auch der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler. Zielsetzung der KVen und der KBV als Entgegnung auf die neuen Herausforderungen sei die Weiterentwicklung des Kollektivvertrags – „ergänzt um selektive Verträge“. Jetzt gelte es, Vorteile des Kollektivvertrags, wie niedrige Zugangshürden, Erhalt der freien Arztwahl,

Dennoch warnte der KBV-Vorsitzende: Der zunehmende Wettbewerb berge die Gefahr der Entsolidarisierung in der GKV. Dessen müsse sich der Gesetzgeber bewusst sein und im Bedarfsfall schnell und gezielt gegensteuern.

Harsch fiel die Kritik an der neuen Gesetzgebung seitens der PKV aus. Christian Weber, stellvertretender Direktor des PKV-Verbandes, bemängelte, dass der Gesetzgeber – statt die Zukunftsprobleme anzugehen – das Gesundheitswesen mit „gesellschaftspolitischen Zielvorstellungen überfrachtet“ habe. Der Basistarif – ursprünglich ein Vorschlag der PKV – sei als Instrument zur Einführung der Bürgerversicherung missbraucht worden. Jetzt müsse er nicht nur „von der Qualität, sondern auch von seiner Quantität her ein Fremdkörper in der PKV-Produktpalette bleiben“, dürfe „kein Erfolgsmodell werden“. Der Verband rechnet damit, dass die GKV als Wettbewerber der PKV unter zunehmenden Kostendruck geraten wird. Rationierung werde sich fortsetzen, möglicherweise sogar beschleunigen.

KZVen diskutieren Servicegesellschaften

Eine Chance gegen die Vereinzelung

Mit der Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber den vertragszahnärztlichen Selbstverwaltungen die Möglichkeit zur Gründung von Servicegesellschaften geschaffen. Im hessischen Bad-Nauheim haben Vertreter der KZVen und der KZBV (31. 10. bis 2. 11. 2007) mögliche Maßnahmen und gemeinsame Grundsätze für den Umgang mit einer ganz neuen Option diskutiert.

Für Gesundheitsökonom Prof. Dr. Günter Neubauer, München, ist der Weg in ein mehr vom privaten Wettbewerb mitbestimmtes Gesundheitswesen eindeutig das, was die Bundesregierung mit der jüngsten Gesundheitsreform bezweckt: „Der Staat meint, private Organisationen seien effizienter, gehören aber ins staatliche Gefüge.“ Ein wichtiger Ansatzpunkt, so führte der Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomik in einem Vortrag vor den Vertretern der KZVen und KZBV aus, seien die im SGB V geschaf-

die Zusatzversicherungsgeschäfte zunehmen werden. Neubauers Warnung an die Selbstverwaltung der Zahnärzte: „Ohne Servicegesellschaften haben KZVen und KZBV eine strategische Option weniger.“ Sein Rat: Für die Zahnärzteschaft sei es zukunftssicherer, neben dem Standbein der Körperschaft mit staatlicher Unterstützung ein zivilrechtliches Spielbein aufzubauen – und das sogar mit staatlicher Unterstützung.“ In jedem Fall, so ergänzte Neubauer sehr bildhaft, stehe man „auf zwei Beinen fester“. Viel Zeit

sundheitsbereich (zum Beispiel die PKV oder Unternehmen aus dem Bereich der Dentalindustrie), aber auch reine Kapitalinteressenten sich aus dem Kollektivvertrag etwas herausholen, ohne dass die KZVen etwas dagegen tun könnten. „Diese Investoren kennen nur Rendite, nicht Freiberuflichkeit; die spielen mit Ihnen Katz und Maus“, warnte Neubauer die berufspolitischen Vertreter der Vertragszahnärzte.

Umfeld beobachten

Noch konkreter kennzeichnete KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Eßer die Gefahren, die Krankenkassen, Gesetzgeber und mittelbar Fremdinvestoren für die gegenwärtigen Strukturen im Gesundheitswesen darstellen. Der Handlungsbedarf sei offensichtlich: „Es ist wichtig, dass wir in diesem Bereich etwas machen, um zu verhindern, dass Dritte den Vertragszahnärzten das Geld aus den Budgets ziehen.“ Dabei müsse man darauf achten, künftige Entwicklungen nicht nur aus der Brille der Zahnärzteschaft zu sehen, sondern vor allem auch zu vergegenwärtigen, „was uns im Umfeld, beispielsweise seitens privater Managementgesellschaften, erwartet“.

Da die Folgen des WSG nicht mehr aus dem System zu eliminieren seien, sei es eine eigentlich selbstverständliche Aufgabe der Selbstverwaltung, sich klar zu machen, was der Gesetzgeber will, wie sich das Gesetz auf die Versorger und natürlich auch auf die Körperschaften auswirkt. Hier seien die Prämissen offensichtlich: Absicht von Versicherern und Gesetzgeber sei es, den Zahnarzt im System so zu verändern, dass er sich zu einem kündbaren professionellen Dienstleister entwickelt.

Diesem Ziel diene das Einheitssystem zum Beispiel durch die Äquilibrierung des Gebührensystems oder die sukzessive Rücknahme der gerade erst etablierten Mehrkostensysteme. Der mit dem WSG etablierte Wettbewerb diene als Steuerungsinstrument, dessen Endziel ein System aus weni-



Foto: Hilfiger

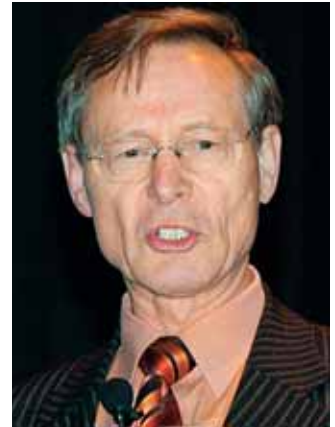
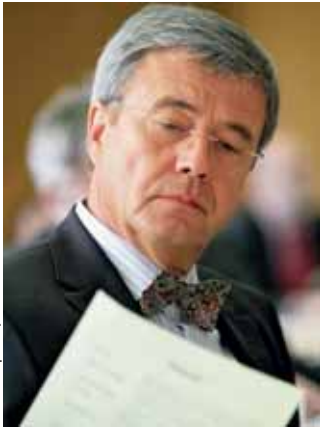
Zahnmedizin nach allen Regeln der Kunst? Das GKV-WSG macht es der freiberuflich organisierten Praxis nicht gerade leichter. Die Selbstverwaltung plant Maßnahmen zur Rückendeckung.

fenen neuen Wege in der Vertragsgestaltung: Künftig sollten Selektivverträge extensiver wirken, Kollektivverträge hingegen „eingeschrumpft“ werden.

Das dahinter verborgene Ziel sei das Lenken von Patientenströmen. Mithilfe von Instrumentarien aus dem Bereich der Managed Care wolle man das heute enge Verhältnis zwischen Patienten und Leistungsträgern aufbrechen. Der Vormarsch der Sozialversicherung in den PKV-Bereich hinein habe bereits begonnen. Schon heute hätten sich alle Privatversicherer darauf eingestellt, dass

bleibe angesichts der Umsetzung des GKV-WSG allerdings nicht.

Diesen Hinweis gab der Gesundheitsökonom nicht nur mit Blick auf die im Jahr 2009 anstehende Inkraftsetzung von Gesundheitsfonds, Morbi RSA, PKV-Basistarif, GOÄ und GOZ, sondern auch angesichts der aktuellen Entwicklungen auf dem Markt. Beachtet werden muss, dass die Konkurrenz keinesfalls schläft. Die Gefahr sei, so zeigte sich der Münchner Wissenschaftler überzeugt, dass private Managementgesellschaften, strategische Investoren im Ge-



Intensiver Austausch zum Thema Servicegesellschaften nach neuem SGB V prägte das Treffen von KZVen und KZBV in Bad Nauheim: Dr. Wolfgang Eßer (v.l.n.r.), Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Günther E. Buchholz und Gesundheitsökonom Prof. Dr. Günter Neubauer forderten eine aktive Vorbereitung der zahnärztlichen Selbstverwaltung, um sich rechtzeitig gegen eine Benachteiligung der Vertragszahnärzteschaft zu wappnen.

gen Marktmächten und Oligopolen sei. Der daraus resultierende Zwang der Versorger, kostengünstiger zu arbeiten, werde einen enormen Kostendruck erzeugen. Gleichzeitig werde via Selektivvertragswesen die Symmetrie zwischen dem künftigen Spitzenverband Bund der GKV und der vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung deutlich verschoben, bemerkte Analytiker Eßer.

Hier müsse sich die Zahnärzteschaft, so forderte Eßer, koordiniert aufstellen, um den schon bald agierenden Oligopolen mit entsprechender Kraft begegnen zu können. Denn letztlich seien die Krankenversicherer auf Grund der Vorgaben der Systematik jetzt mehr denn je gezwungen, bei den Leistungsausgaben zu sparen. In den eigenen Reihen sei den Krankenversicherungen, angesichts einer Kostenstruktur von rund sechs Prozent der Verwaltungspositionen, aber 94 Prozent an Leistungsausgaben, ein Sparansatz kaum möglich. Betroffen seien also letztlich wieder einmal die Leistungserbringer.

Vor diesem Hintergrund sei es klare Aufgabe der Selbstverwaltung, das Kollektivvertragssystem, so weit es geht, zu erhalten und darüber hinaus moduliert den Entwicklungen angepasst weiterzuentwickeln. Dabei müsse allerdings vorab die grundsätzliche Frage beantwortet werden, ob man in diesem sich so rapide entwickelnden Markt, in dem bereits heute über rund 4 000 integrierte Versicherungsverträge mehr als drei Millionen Versicherte abdecken, überhaupt auftreten

will. Diese Frage wurde übrigens seitens des Plenums erörtert und im Sinne einer intensiveren Aufarbeitung durch die KZBV als Auftrag an die Selbstverwaltung zurückgegeben. Ziel müsse dabei sein, so ergaben die Diskussionsbeiträge, eine betriebswirtschaftliche Zersplitterung und Vereinzelung der Zahnärzte zu verhindern und in den Verhandlungen mit den Krankenkassen möglichst solche Verträge zu stützen, die sich an freiberuflichen Strukturen orientieren. Aufgabe eventueller Servicemaßnahmen müsse es zudem sein, zur Wahrung der Geschlossenheit im Berufsstand beizutragen.

Recht auf Selbstbestimmung

Entscheidend für das weitere Vorgehen, so mahnte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz, sei ein geschlossenes „Miteinander“ im Handeln der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Tragendes Element für den künftigen Erfolg müsse es sein, sich angesichts der anstehenden Herausforderungen in diesem koordinierten Handeln „zusammenschweißen, statt sich auseinanderdividieren zu lassen“. Fedderwitz: „Wir sind in einem sich wandelnden System, deswegen brauchen wir auch einen Wandel in den KZVen.“

Divers betrachteten die Diskutanten den notwendigen Zeitpunkt zum Handeln. Noch seien die Ausgangsvoraussetzungen in der sich entwickelnden Konkurrenzsituation für die selbstverwaltete Zahnärzteschaft

günstig, so die Einschätzung von KZBV-Vorstandsmitglied Wolfgang Eßer. Dennoch mahnte das KZBV-Vorstandsmitglied, wie übrigens auch der Gesundheitsökonom Neubauer – und mit ihnen der die Veranstaltung moderierende Jurist Prof. Dr. Herbert Genzel –, zu einer Vorbereitung entsprechender Maßnahmen. Genzel: „Angesichts offener Fragen ist eine Ausarbeitungsphase angesagt.“ In absehbarer Zeit sei aber, so der ehemalige Vorsitzende des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, eine Lösungsfindung unverzichtbar.

Erforderlich sei, so erläuterte Eßer seine Vorstellungen zum Umgang mit den Herausforderungen, die der Gesetzgeber mit der Reform gestellt hat, die Entwicklung eines Migrationsmodells, das die Zahnärzteschaft befähigt, das Selektivvertragssystem rechtzeitig anzugehen. Schließlich gehe es auch darum, das Selbstbestimmungsrecht des zahnärztlichen Berufsstandes zu erhalten. Maßgabe dabei sei es, Verträge einzugehen, auf die alle Zahnärzte Zugriff haben, die Zusatzleistungen ermöglichen und einen Benefit für die Beteiligten schaffen. Als Ideal schwebt Eßer vor, das gegenwärtige System und dessen Vorteile weitgehend in einen freien Markt zu spiegeln. Die KZBV wird sich, so lautete das Resümee der Veranstaltung in Bad Nauheim, weiter intensiv mit der Thematik befassen und konkrete Vorschläge für eine Umsetzung präsentieren.

mn

Koordinierungskonferenz Fort- und Weiterbildung

Ein klares Ja zum modularen System

Das postgraduale modulare System der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung stand im Fokus der gemeinsamen Koordinierungskonferenz der zuständigen Referenten der Länderkammern am 7. November in Berlin. Das bereits vom BZÄK-Vorstand verabschiedete Modell wurde eingehend diskutiert.



Fotos: Lopata

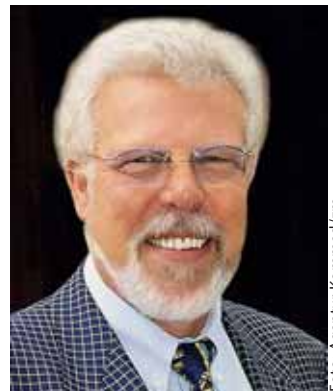


Foto: Agentur Kommed/zm

Arbeiten hart an der Neustrukturierung der Fort- und Weiterbildung: (v.l.n.r.) Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Dr. Walter Dieckhoff, Dr. Peter Engel und Prof. Dr. Detlef Heidemann

Die Neustrukturierung der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung gehöre zu den wichtigsten Zielen, die die standespolitische Arbeit derzeit präge, erklärte der Präsident der BZÄK, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, zur Begrüßung der Teilnehmer: „Der Berufsstand hat eine hohe Verantwortung, jetzt gestaltend einzuwirken, um die verwirrende Vielzahl von Angeboten in eine vernünftige Form zu bringen. Wir müssen eine Matrix schaffen, die einerseits die Erwartungen der Kollegen berücksichtigt und andererseits zukunftssichere Strukturen in der Fort- und Weiterbildung gewährleistet.“ Ziel sei es, die Einheit des Berufsstandes zu wahren. „Wenn wir den Weg nicht vorgeben, dann wird die Sozialgesetzgebung dies für uns tun“, warnte Weitkamp.

Die BZÄK-Koordinierungskonferenz in Berlin war diesmal von besonders vielen Teilnehmern besucht, da neben den zuständigen Referenten für Fort- und Weiterbildung der Kammern auch die Leiter der jeweiligen Fortbildungsinstitute und Akademien sowie Fachleute der Kammern gekommen waren. Der Präsident der DGZMK, Prof. Dr.

Georg Meyer, nutzte die Gelegenheit zu einer Kommentierung aus seiner Sicht: „Wissenschaft und Standespolitik müssen sich im Sinne des Berufsstandes zusammenraufen, um einvernehmlich zum Ziel zu gelangen.“

Der Versammlungsleiter und alternierende Vorsitzende des gemeinsamen Beirats Fortbildung der BZÄK und der DGZMK, Dr. Walter Dieckhoff, skizzierte die Genese des Modells „Modulares System der postgradualen zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung“, das gemeinsam von BZÄK,

DGZMK und VHZMK in jahrelanger intensiver Vorarbeit in den entsprechenden Gremien entwickelt, in Fachkreisen beraten und auf der Klausurtagung im Sommer vom BZÄK-Vorstand verabschiedet wurde. Das Papier ordnet die Fort- und Weiterbildung in Kooperation zwischen Kammern und Hochschulen, beruht auf den Forderungen des Wissenschaftsrats und berücksichtigt die Veränderungen der Hochschullandschaft im Rahmen des Bologna-Prozesses.

Fachzahnarzt als höchste Stufe

Dieckhoff unterstrich, dass trotz aller Neuerungen zwei Grundsätze bestehen blieben: Die Weiterbildung werde nicht durch Masterstudiengänge abgelöst und der Fachzahnarzt sei weiterhin die höchste Stufe der Weiterbildung. Die Kooperation von Wissenschaft und Zahnärztekammern biete Vorteile, denn eine gegenseitige beratende Einflussnahme sei möglich, ohne dass Kompetenzen aufgegeben würden. Dr. Peter Engel, Vorsitzender des BZÄK-



Foto: Lopata

Engagiert sich maßgeblich für die Fort- und Weiterbildung:
Dr. Michael Frank,
Präsident der
Kammer Hessen.



Die Teilnehmer der Koordinierungskonferenz diskutierten eingehend über das neue Konzept.

Weiterbildungsausschusses, machte deutlich, dass viele der heutigen Masterstudiengänge nicht primär dem Wissensgewinn dienen, sondern auf die Erlangung eines schildfähigen Titels zielen. Es müsse aber die Qualifikation in den Mittelpunkt der postgradualen Ausbildung gestellt werden, um den Patienten wie auch der Politik gegenüber glaubwürdig zu erscheinen. „Entscheiden Sie unemotional, politisch vernünftig und weitsichtig“, appellierte er an die Teilnehmer.

Als Mitglied des gemeinsamen Beirats Fortbildung erläuterte Prof. Dr. Detlef Heidemann, Frankfurt/M., das modulare System im Einzelnen. Es ermögliche die Integration postgradualer Fortbildung in die Weiterbildung zum Fachzahnarzt beziehungsweise in die wissenschaftliche Arbeit der Hochschulen. Basis bilde das international anerkannte European Credit Transfer System ECTS, das die Vergleichbarkeit aller Ausbildungsmodule ermögliche. Anwendbar sei dies sowohl auf die postgraduierte Masterausbildung „full time“ wie auch „part time“ (berufsbegeitend). Universitäten und Kammern müssten sich gemeinsam um die Umsetzung kümmern. Die erarbeitete Lösung sei zukunftssicher und biete eine „Win-Win-Situation“ für beide Seiten. Es bestand Einigkeit bei den Teilnehmern, dass in den bestehenden Weiterbildungsgebieten keine zusätzlichen Master-

studiengänge angeboten werden sollten. Im Anschluss stellte Walter Dieckhoff die Kooperationsvereinbarung zwischen BZÄK, DGZMK und VHZMK zur Einführung des modularen Systems vor. Sie zeichne sich dadurch aus, dass gemeinsam gearbeitet werden könne, ohne die Eigenständigkeit der Ländervertretungen in Frage zu stellen. Gleichzeitig sei eine Qualitätssicherung und -steigerung der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung gewährleistet. Die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungsmodulen der Kooperationspartner erfolge automatisch, bei Angeboten Dritter bestehe die Möglichkeit von Einzelfallprüfungen.

Den Vertretern der Kieferorthopädie wurde zugesagt, dass ihre Fachgesellschaft eng in die Beratungen eingebunden wird. Einig waren sich die Teilnehmer, dass die BZÄK-Musterweiterbildungsordnung an die neuen Bedingungen angepasst werden müsse, vor allem im Hinblick auf die Kompatibilität mit höherrangigem Recht (EU-Recht, Bundes- und Landesrecht, Kammergesetze), wobei diese aber weiterhin nur eine Orientierung für die föderale Ausgestaltung darstelle. Ein entsprechender Antrag wurde der BZÄK-Bundesversammlung am 23./24. November zur abschließenden Beratung und zur Abstimmung vorgelegt.

pr

BQS-Ergebniskonferenz

Auf dem Weg zur Transparenz

Zum sechsten Mal fand am 30. Oktober in Berlin die Ergebniskonferenz „Externe stationäre Qualitätssicherung“ statt. Eigentlich schon Routine, was die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) dort zusammen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorstellte. Doch dieses Jahr gab es ein Novum: Erstmals flossen Resultate der Ergebnisqualität in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ein.



Noch nicht am Ziel, aber auf gutem Wege: die Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Foto: CC

Um die Ergebnisse der Konferenz gleich vorweg zu nehmen: Die Qualitätsberichte für das Jahr 2006 zeigen, dass die deutschen Krankenhäuser eine Versorgung auf hohem Niveau gewährleisten. Bei 158 der im Jahr 2006 verwendeten 180 Qualitätsindikatoren kann eine gute oder zufriedenstellende Versorgungssituation festgestellt werden. Die BQS-Fachgruppen haben aber auch 22 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf identifiziert. Aber selbst bei 19 auffälligen Ergebnissen hat die BQS eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr festgestellt. Es gibt erhebliche Verbesserungen zum Beispiel bei Brustkrebsoperationen, dennoch besteht weiterhin Handlungsbedarf, um eine optimale Versorgung der Patientinnen in allen Krankenhäusern zu erreichen.

Die BQS berichtet, dass 1 525 Krankenhäuser insgesamt 2,64 Millionen Datensätze erfasst haben. Damit dokumentieren sie 16 Prozent der 16,5 Millionen Krankenhaufälle aus 2006. In Deutschland gibt es rund 2 000 Krankenhäuser. Externe stationäre

Qualitätssicherung bezeichnet eine Methode, Defizite in der Krankenhausbehandlung zu ermitteln und gleichzeitig Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einzuleiten. Erstmals hat die BQS 2006 ein Messinstrument – „Qualify“ genannt – angewendet, das die Qualitätsindikatoren differenziert darstellen kann. Qualify ist von der BQS entwickelt worden. Zentraler Bestandteil des BQS-Verfahrens ist der sogenannte Strukturierte Dialog mit den Krankenhäusern, mit dessen Hilfe die BQS-Stellen auf Landesebene mit auffälligen Krankenhäusern in die detaillierte Arbeit gehen können, um Verbesserungspotential herbeizuführen.

Noch nicht am Ziel

„Wir sind noch nicht am Ziel, aber der Weg dorthin scheint zu greifen“, betonte der BQS-Geschäftsführer Dr. Christof Veit bei der Vorstellung der Arbeitsergebnisse. Er unterstrich, dass das BQS-Verfahren auf soliden Füßen stehe und von der Selbstverwaltung getragen sei.

Als Meilenstein wurde bei der Konferenz herausgehoben, dass künftig individuelle Ergebnisse aus dem BQS-Verfahren transparent gemacht werden. Die Krankenhäuser müssen erstmals in den Qualitätsberichten individuelle eigene Werte veröffentlichen. Damit entspreche man einer seit längerem von der Kostenträgerseite, aber auch von der interessierten Fachöffentlichkeit erhobenen Forderung, erklärte Theo Riegel, Vorsitzender des Unterausschusses Externe stationäre Qualitätssicherung des G-BA, vor der Presse. Man habe sich auf einen „Kranz von Informationen“ verständigt, anhand derer künftig Patienten wesentlich besser die Qualität eines Krankenhauses beurteilen könnten.

Erstmals, so wurde in Berlin betont, werde Patienten die Möglichkeit gegeben, die Ergebnisqualität bestimmter Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen miteinander zu vergleichen, da die Ergebnisqualität krankenhausbezogen veröffentlicht werde. Der neue BQS-Bericht enthält eine Leseanleitung. Allerdings ist dies nur ein erster Schritt, von einer tatsächlichen laienverständlichen Aufbereitung der Daten für Patienten ist man noch weit entfernt. Karin Stötzner von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen sprach zwar auch von einer deutlichen Verbesserung, im Ganzen betrachte gehe der Prozess der Qualitätsverbesserung jedoch viel zu langsam voran. Sie kritisierte, dass manche Krankenhäuser immer noch Dokumentations- oder Software-Probleme anführten, um auffällige Ergebnisse zu erklären.

Der Vorsitzende des G-BA in der für die Krankenhausbehandlung zuständigen Besetzung, Prof. Dr. Michael-Jürgen Polonius, zeigte sich angesichts der dokumentierten Ergebnisse sehr zufrieden. Aber: „Trotz dieser Erfolge müssen wir unsere Anstrengungen fortsetzen, um das Verfahren der stationären Qualitätssicherung weiter zu verbessern“, betonte er. „Der Dialog muss weiter intensiviert werden, um den besseren Umgang mit Fehlern und Maßnahmen im Sinne einer ‚Qualitätskultur‘ zu verankern.“ All dies solle letztlich dem Patienten zugute kommen. pr

KBV-Netzwerk von Arzt und Patient

Bewährte Beteiligung baut Brücken

Patientenorientierung soll systematisch im KV-System implementiert werden. So umriss der Gastgeber und KBV-Vize Dr. Carl-Heinz Müller, auf der KBV-Veranstaltung „Kooperationsnetzwerke im KV-System – Modelle guter Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten“ am 6. November 2007 in Berlin die Ziele für das bundesweite Projekt. Die geladenen Referenten setzten Kontrapunkte.

„Kooperationsnetzwerke zeigen einen wichtigen Grundsatz unserer Strategie, patientennahe Versorgung zu organisieren. Wir wollen zukünftig soweit wie möglich Versorgung nicht mehr nur für, sondern auch mit den Patienten planen und umsetzen“, erläuterte Müller auf der KBV-Veranstaltung weiter. Das war Musik in den Ohren der zahlreich angereisten Vertreter von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen und KVen. Dennoch gab es auch Vorbehalte.

Patientenorientierung im KV-System

Patienten seien längst nicht mehr nur „Empfänger“ medizinischer Dienstleistungen, sondern Akteure, die für den Erfolg einer medizinischen Behandlung gewonnen und eingebunden werden müssten. In einem partnerschaftlichen Patienten-Arzt-Verhältnis trafen beide gemeinsam die Entscheidungen. Sie sind damit auch gemeinsam für deren Erfolg oder Misserfolg verantwortlich. Das Schlagwort vom mündigen Patienten sei gelebte Realität in vielen Vertragsarztpraxen und Krankenhäusern geworden. Dazu bräuchten Patienten vor allem Selbstbewusstsein – und gute und verlässliche Informationen über ihr Krankheitsbild, die möglichen Behandlungsarten und die sozialpolitischen Rahmenbedingungen, betonte Müller: „Nur so kann man sich im Dschungel Gesundheitswesen zurechtfinden.“

Daher haben es sich die KVen und die KBV auf die Fahne geschrieben, gemeinsam mit den Patienten(vertretern) eine möglichst umfassende und zuverlässige Unterstützung Ratsuchender bereitzustellen.

Patienten- und Selbsthilfevertreter sind dabei immer stärker in die Strukturen der ge-

meinsamen Selbstverwaltung eingebunden und finden zunehmend auch im KV-System eine adäquate Verankerung. Hier könnten Aktivitäten koordiniert, Maßnahmen einzelner vorgestellt und auf deren Übertragbarkeit in andere KVen oder die KBV überprüft werden. Anhand von best-practices würden Erfahrungen gebündelt und Know-how weitergegeben. Die Aktivitäten von KBV und KVen zur Patientenorientierung konzentrieren sich auf folgende drei Grundpfeiler:

- die Verbesserung der Versorgung und Qualität durch direkte Beteiligungsmethoden
- Information und Transparenz durch Öffentlichkeitsarbeit und Serviceangebote
- Verknüpfung von Experten- und Betroffenenwissen durch Kooperationsunterstützung.

Es gehe darum, systematisch Patientenorientierung im KV-System zu implementieren. Die Beteiligungsformen bewährten sich, zog Müller Bilanz.

Ergänzend stellte Dr. Ulrich Thamer die langjährigen Erfahrungen der KV-Westfalen-Lippe mit Kooperationsnetzwerken vor. Sein Fazit: Ärzte und Praxispersonal können durch Informationsvermittlung durchaus die Chancen erhöhen, dass Patienten den Weg zur Selbsthilfe finden: „Das vermag der bestehenden (sozialen) Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegenzuwirken.“

Mit Blick auf das ideale Endziel zeigte auch Dr. Stefan Etgeton von der Verbraucherzentrale Bundesverband Möglichkeiten auf, die bereits initiierten Versorgungsstrukturen zu optimieren.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Mitglied im Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung



Foto: PP

im Gesundheitswesen und ausgewiesener Experte in Fragen der Patientenorientierung, skizzierte Gründe, Formen und Hindernisse der Kooperation mit Patienten. Zwar stehe der SVR den KVen angesichts ihrer bivalenten Funktionen kritisch gegenüber, zerschlagen wolle er sie jedoch nicht, betonte Rosenbrock. KVen könnten überhaupt nur zur Disposition stehen, wenn andere Institutionen die entsprechenden Aufgaben effizienter und effektiver wahrnehmen könnten; solche Institutionen sehe der SVR aber nicht. Deshalb begrüße er die Öffnung der ärztlichen Körperschaften etwa bei Dienstleistungen, meinte der Politikwissenschaftler: Denn „in der Perspektive müssen KVen und KBV ein Dienstleistungsangebot entwickeln, das die Ärzte so attraktiv finden, dass sie es auch dann finanzieren, wenn sie es nicht mehr müssen. Ich verstehe diese heutige KBV-Tagung als Schritt auf diesem Weg“ auf der Suche nach besseren Beziehungen zu den Partnern und zu den Zielgruppen. Erklärtes SVR-Ziel sei nämlich, dass jeder Mensch mit einem gesundheitlichen Anliegen oder Problem ohne größeren zeitlichen und finanziellen Aufwand Zugriff auf qualitativ verlässliche und für ihn verständliche Information haben soll. Ob diese immer die KV/KBV liefere, bezweifle er jedoch: „Das Interesse der KV muss nicht das Interesse der Patienten sein“, und empfahl den Patientenvertretern

eine gesunde Mischung aus Offenheit und Skepsis für diese Zusammenarbeit.

pit

„Wir meinen es damit sehr ernst: Die Patienten stehen im Mittelpunkt des Gesundheitswesens.“

KBV-Vize Müller

48. Bayerischer Zahnärztetag 2007

Bewährte und innovative Zahnmedizin

„State of the art – bewährte und innovative Zahnmedizin“ lautete das Thema des diesjährigen bayerischen Zahnärztetages in München. Im Arabella Sheraton informierten renommierte Referenten vom 25. bis 27. Oktober vor dicht besetztem Auditorium. Die Inhalte umspannten die aktuelle Politik ebenso wie moderne Diagnostik und Therapie, von Endodontie bis Implantologie.

Bereits zum Festabend am Donnerstag konnte Gastgeber Michael Schwarz als Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer zahlreiche und prominente Gäste begrüßen. Ehe der Festredner Professor Dr. Franz Josef Radermacher die „Perspektiven des Gesundheitswesens in Zeiten der Globalisierung“ skizzierte, äußerten sich Staatsminister Dr. Otmar Bernhard, Bayerischer Staatsminister für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, und der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp zu aktuellen politischen Entwicklungen und Positionen. Bernhard lobte die Erfolge und das Engagement der bayerischen Zahnärzte in der Prävention. Seine Bekundung, er wolle sich verstärkt für die Prävention im Sinne des gesunden Alterns stark machen, griff Dr. Dr. Jürgen Weitkamp geschickt mit einem Appell zu mehr Durchsetzungskraft in der Bundespolitik auf: Es wäre wünschenswert, auch in Berlin wieder voll die deutliche Handschrift der CSU zu spüren. Mit kritischem Blick auf kommende Veränderungen zitierte er Professor Wolfram Richter, den geistigen Vater des Gesundheitsfonds: „Für mich war der Gesundheitsfonds immer nur die erste Stufe. Für mich ist die zweite Stufe die Auflösung des Gesundheitsfonds, das Ziel aber der Eingang des Gesundheitsfonds in den Bundeshaushalt, die Integration des Beitrages in Einkommens- und Mehrwertsteuer.“ Das, betonte Dr. Weitkamp, sei doch der direkte Weg in die pure Staatsmedizin! Auch die GOZ werde schon mit einem Verfahren, das aus Kaisers Zeiten stammt, über die Zahnärzte gebracht: Sie werde vom BMG „erlassen“! Doch der Bewertungsmaßstab vom Bundes-



Fotos: BLZK

Im Austausch über die politische Grundrichtung brachten Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Foto oben links) ...

... und Gastgeber Michael Schwarz (Foto rechts) gegenüber Staatssekretär Dr. Otmar Bernhard ihre Anliegen und ihre fundierte Kritik ein.



„Gerade der Begriff der Freiheit wird oft benutzt, um Zustände zu perpetuieren, die mit Freiheit nichts zu tun haben!“

Prof. Radermacher

ministerium, der sei zu sehr unter wirtschaftlichem Druck erstellt worden, monierte Dr. Weitkamp: Die BZÄK legte eigene Daten für die Berechnung zahnärztlicher Honorare vor, so dass letztlich der Bundestagsausschuss für Gesundheit aufmerksam wurde und eine kleine Anfrage einreichte. „Und plötzlich wissen wir, wieviel Geld für eine Stunde kostendeckend zu errechnen ist. ... Auf jeden Fall sind wir vom Statisten zum

Player geworden“, ergänzte Weitkamp. Als der BZÄK-Präsident die Systemfrage stellte, ob der Freiberufler für die Politiker eigentlich eine aussterbende Spezies sei, nahm Gastgeber Schwarz den Faden auf: „Sollen wir, von denen man sagt, sie schaffen Arbeitsplätze, eine Randgruppe werden?“ Wie aber solle es Freiheit und Eigenverantwortung geben, wenn die Betreffenden das damit verbundene Risiko scheuten, fragte er. Dem Festredner Radermacher gelang es wiederum, den auf hiesige Gesundheitsstrukturen fixierten Blick zu lösen und die bevorzugte eigene Vorrangstellung im globalen Kontext zu beleuchten. Die geforderte internationale Angleichung der unterschiedlichen Lebensstandards werde kommen. Und mit einer

Wahrscheinlichkeit von zehn Prozent entweder in einem ökologischen Kollaps gipfeln oder mit 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit mit einer Brasilianisierung in jedem Land die Schere zwischen Arm und Reich öffnen. Oder idealerweise vielleicht doch zu einer ausgewogenen Balance wie in der auf interne Quersubventionierung bedachten Europäischen Union (EU) führen. Doch „der Reichtum Europas kommt daher, dass wir eine Mittelschicht haben!“, betonte der Ökonom deren Wichtigkeit für stabile Prosperität. Und warnte davor, sie aus Geldnot zu erodieren.

Das anerkannt leistungsstarke Niveau der Zahnärzte hierzulande wurde am folgenden Tag auch auf der Pressekonferenz deutlich. BLZK-Vize Christian Berger, flankiert von Prof. Dr. Andrea Wichelhaus, Leiterin der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin der Universität Basel, und Prof. Dr. Peter Pospiech von der Arbeitsgemeinschaft für Keramik und Geschäftsführender Direktor des Universitätsklinikums Saarland, lieferte den Medienvertretern exemplarische Einblicke in die Möglichkeiten und – prospektiv – auf die Hoffnungen der modernen Zahnmedizin. pit

Sächsischer Fortbildungstag

Trends in der Zahnheilkunde

Nicht nur in Sachsen ist zahnärztliche Fortbildung eine Ehrensache. Hier war es aber wieder einmal ein eindrucksvolles Ereignis, als über 1 100 Zahnärztinnen und Zahnärzte mit ihren Assistentinnen in die aufsteigende Stadt Chemnitz reisten, um sich mit einem gut gefüllten, eineinhalbtägigen Fortbildungsprogramm auf den zahnmedizinischen „State of the Art“ bringen zu lassen, diese „Weisheiten“ im Kollegenkreis zu diskutieren, und die „Trends“ dann gleich am Montag in der Praxis ein- und umzusetzen.

Dr. Mathias Wunsch, Kammerpräsident Sachsen, äußerte zu Beginn der Tagung einige Gedanken zur gegenwärtigen Situation der Zahnärzte. Er machte keinen Hehl daraus, dass die Politik derzeit immer mehr dem Drang verfällt, ein sozialistisches Gesundheitswesen zu etablieren. Er schilderte dem Auditorium die Entwicklungsgeschichte der politisch geführten GOZ/HOZ-Diskussion und machte deutlich, dass die Bundeszahnärztekammer „alles in Bewegung gesetzt hat, um Schaden von der Zahnärzteschaft abzuwenden“. Er prognostizierte eine Umsetzung der neuen Gebührenordnung nicht vor dem 1.7.2008 und sicherte umfangreiche, erforderliche Schulungen seitens der Zahnärztekammer Sachsen für die betroffenen Zahnärzte zu.

„Wir haben nicht aufgegeben, für die bessere Situation in unseren Praxen zu kämpfen. Und wir werden nicht aufgeben“, so der Kammerpräsident Dr. Mathias Wunsch in Chemnitz.



„Wir liefern tagtäglich gute und von hoher Qualität getragene Arbeit zum Wohle unserer Patienten ab. Nur so lässt sich die Patientenzufriedenheit, ... , erklären.“

Dr. Mathias Wunsch,
Kammerpräsident Sachsen in seiner
Begrüßungsrede



Fotos: LZK Sachsen

Der Festreferent Carlos A. Gebauer demonstrierte das Gesundheitswesen anschaulich und für jedermann verständlich – mit einer Vielzahl von Playmobilfiguren.

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK und Kammerpräsident Mecklenburg-Vorpommern, ist davon überzeugt, dass die Medizin eine „soziale“ Medizin ist, die von den derzeitigen Wandlungsprozessen geprägt ist. Sei es da die Feminisierung des Berufsstandes, der Trend zur Gemeinschaftspraxis sowie die Veränderung des Behandlungsbedarfs durch demografische Prozesse. Auch von einer Sozialisierung des Gesundheitswesens sprach Carlos Andreas Gebauer, Duisburg, Rechtsanwalt und Festredner in Chemnitz. Der Referent stellte in seinen Ausführungen zwei wesentliche Behauptungen auf, die er anhand anschaulich auf einem Tisch postierter Playmobilfiguren erklärte und schließlich auch damit

bewies. Seine erste These: „Das Gesundheitswesen wird kollabieren“ war auch für den Zuschauer der letzten Reihe schnell zu erfassen und nachvollziehbar. Mit seiner zweiten These knüpfte er an die Worte von Kammerpräsident Wunsch an: „Das Gesundheitssystem ist sozialistisch organisiert.“

Vitales Interesse an den derzeitigen Methoden

Quer durch die Fachgebiete der Zahnheilkunde führten die verschiedenen Referenten ihre Zuhörerschaft und vermittelten das Neueste aus der klinischen Forschung und Entwicklung für die Umsetzung direkt in die Praxis. So machte Prof. Dr. Norbert Krämer, Dresden, darauf aufmerksam, dass sich heute bei kleinen Kindern immer häufiger Strukturveränderungen an den Molaren zeigen (MIH=Molar Incisor Hypomineralisation), deren Ursache bereits in der Schwangerschaft sowie dem ersten Lebensjahr liegt. Er empfiehlt als Interimslösung Glasionomerzement zu verwenden, bis der Zahn für eine definitive Lösung mit Komposeren (gilt heute als Standard) trockenlegbar ist. Sein weiterer Tipp: Beim internen Bleaching immer nur Kaltlicht verwenden, da sonst die Pulpa Schaden nehmen kann! sp



Die Zahnmedizin hat von der wissenschaftlichen Entwicklung profitiert, so BZÄK-Vize Dr. Dietmar Oesterreich in seinen Grußworten.

„Das höchste Gut ist das Vertrauensverhältnis zum Patienten und eine perfekt funktionierende Selbstverwaltung!“

Dr. Dietmar Oesterreich,
BZÄK-Vize

Westfalen-Lippe

Patientenberatung aus erster Hand

Zahnärztliche Beratung in den Händen von Zahnärzten – dieses erfolgreich funktionierende Modell der Patientenberatungsstelle der Zahnärzte in Westfalen-Lippe ist nun erweitert worden: Seit dem 15. Oktober kann jeder Interessierte im Internet auf das neue Portal unter www.1te-zahnarztmeinung.de von Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Westfalen-Lippe klicken.

Dort erhält er fachkundigen und neutralen Rat von Zahnärzten sowie von Abrechnungsexperten. Dieser Service ist kostenlos und wird sowohl für den Zahnarzt und sein Team wie auch für die Patienten in Westfalen-Lippe angeboten.

Der Anlass zur Erweiterung der zahnärztlichen Beratung in einem anderen Medium war für beide Körperschaften in Westfalen-Lippe die Tatsache, dass Menschen das Internet verstärkt als Informationsquelle nutzen. Das betrifft auch zunehmend Fragen rund um die zahnärztliche Behandlung. Auf Basis der Patientenberatung wurde in Westfalen-Lippe bewusst ein Gegenmodell zur umstrittenen 2ten Zahnarztmeinung installiert, bei der es sich wie bei ähnlichen Anbietern um kommerzielle Angebote handelt. Dr. Burkhard Branding, Hauptausschussmitglied der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL) und Initiator des Projekts: „Diese kommerziellen Beratungsangebote verfolgen vor allem das Ziel, möglichst schnell Profit zu erwirtschaften. Das tun sie auf unser aller Kosten über Abschläge und/oder Nutzergebühren bei den beteiligten Zahnärzten und den Patienten, teilweise sogar mit Billigung beziehungsweise mit offenem Zuspruch der Krankenkassen und Medien.“

Fachkompetenz von Zahnärzten

Die 1te-zahnarztmeinung.de bietet für den Ratsuchenden kostenlose und fachkompetente Beratung von Zahnärzten. So kann



Erfolgreicher Startschuss für die 1te-zahnarztmeinung.de; (v.l.n.r.): Dr. Martina Lösser, Jost Rieckesmann, Dr. Burkhard Branding sowie Daniela Dreier und Susanne Hoppe-Woodbridge von der Patientenberatungsstelle

zum Beispiel ein Patient seinen Heil- und Kostenplan online übertragen und mit einer Frage versehen an die Experten senden. Grundsätzlich kann jede Frage zum Thema Zahnmedizin online gestellt werden. Ein weiterer Menüpunkt im Internet-Portal ist das Zahnlexikon, das grundsätzlich für jeden Nutzer im Netz offen ist. Hier findet der Informationssuchende ein echtes Nachschlagewerk, reich bebildert und auch für Laien oder für Auszubildende einfach und verständlich formuliert.

Auf Fragen der Nutzer antworten die Experten entweder über das Internet, oder sie rufen den Patienten direkt an. Dazu übermittelt dieser seine Telefonnummer und den Zeitpunkt seiner Erreichbarkeit. Jost Rieckesmann, zuständiger Vorstandsreferent der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZÄKWL) für die Patientenberatungsstelle: „Da die Experten den Patienten nicht sehen, ist eine intensive direkte Beratung wichtig. So wird in den meisten Fällen der Patient zurückgerufen, damit man sich ein entspre-

chend umfangreiches Bild von der Problematik machen kann. Zudem gibt es nach unseren Erfahrungen häufig Nachfragen, die auf diese Weise direkt beantwortet werden können.“

Diese Rückrufaktionen finden grundsätzlich mittwochs von 15:00 bis 19:00 Uhr im Rahmen der dann freigeschalteten Hotline der Patientenberatungsstelle statt. Neben dem Beratungsangebot für die Patienten bietet

das Internetportal auch mehrere Menüpunkte für das Praxisteam. Der Hintergrund sind die Festzuschüsse, die häufig komplizierte Abrechnungen beinhalten. So kann das zahnärztliche Team abrechnungstechnische Fragen an die Abrechnungsexperten der Körperschaften richten. Das erleichtert die Arbeit in der Praxis. Das Internet-Portal 1te-zahnarztmeinung.de ist für den Nutzer leicht zu bedienen und mit einer Reihe von nützlichen Links versehen. Neben den bereits erwähnten Angeboten bietet der online-Service auch direkte Hilfe bei der Suche nach einer Zahn-

arztpraxis und weiterführende Links beziehungsweise Adressen für Informationen rund um das Thema Zähne.

Schon bevor dieser Service der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, verzeichneten die Körperschaften die ersten Nutzer. Das soll sich nun kontinuierlich steigern. Branding: „Wir setzen auf eine rege Nachfrage und sind stolz, als erste bundesweit ein solches Angebot im Internet zur Verfügung zu stellen. Darum versuchen wir auch im Ranking bei der Suchmaschine Google weiter nach oben zu gelangen. Das gelingt uns am besten, wenn die Kollegenschaft die neue Seite regelmäßig und besonders am Anfang möglichst häufig aufruft. Natürlich wäre es optimal, wenn wir eine der ersten werden, die bei der Suche nach zahnärztlicher Kompetenz erscheinen, denn die liegt nun einmal bei uns Zahnärzten.“

Dr. Martina Lösser
Vorstandsreferentin für Öffentlichkeitsarbeit
der ZÄK Westfalen-Lippe
Sandstr. 160, 57072 Siegen

Patienten in Deutschland

Gut versorgt

Deutschland nimmt in der EU einen Spitzenplatz bei der medizinischen Versorgung ein. Das besagt eine Langzeitstudie zu Gesundheitssystemen in Europa, die das BMG in Auftrag gab. Kritische Stimmen geben indes zu bedenken, die Untersuchung ignoriere den wichtigsten Prüfstein – die Qualität.

Weil die europäischen Gesundheitssysteme vor neuen Herausforderungen stehen, will die EU mit der „Offenen Methode der Koordinierung, kurz OMK, ihre Sozial- und Gesundheitspolitik besser aufeinander abstimmen. Das betonte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, deren Ministerium die Langzeitstudie auflegen ließ. Der BMG-Bericht vergleicht die Sozialversicherungssysteme von 1994 bis 2004 der damals 15 EU-Staaten.

dichte mit Zahnärzten, Krankenschwestern und Apothekern liegt indes im Mittelfeld. Im Schnitt kommen in der BRD auf 100 000 Einwohner insgesamt 352 Ärzte und 858 Klinik- und Pflegebetten. Nur Belgien und Griechenland besitzen eine höhere Ärztedichte. In der EU insgesamt gibt es auf 100 000 Einwohner im Mittel 320 Mediziner und 575 Betten.

Bei der Lebenserwartung reiht sich Deutschland dagegen nur ins Mittelfeld ein. Ganz

12 Prozent aus eigener Tasche zu. In der EU liegt der Selbstzahleranteil hingegen bei 14,3 Prozent. Steht Deutschland also bei den Pro-Kopf-Ausgaben an vierter Stelle, belegt es bei der Gesundheitsausgabenquote am Bruttoinlandsprodukt zusammen mit Frankreich die Pole-Position (10,6 Prozent). Der EU-Durchschnitt beträgt 9,5 Prozent. Auch bei der öffentlichen Gesundheitsausgabenquote besetzt Deutschland (8,2 Prozent) einen Rang weit vorn: Wir stehen nach Frankreich (8,4 Prozent) auf Platz zwei. Hier liegt die EU durchschnittlich bei 7,3 Prozent. Mit anderen Worten: Was die Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen betrifft, sind wir nicht zu toppen. Was die Belastung der öffentlichen Haushalte dafür angeht, übertreffen uns nur die Franzosen.

Bayern ist nicht gleich NRW

Doch auch innerhalb Deutschlands gibt es große Unterschiede: Baden-Württemberg, gefolgt von Bayern steht bei der Lebenserwartung an erster Stelle. Schlusslichter bilden Sachsen-Anhalt, das Saarland und Mecklenburg-Vorpommern. Bei der Säuglingssterblichkeit erzielen ebenfalls Baden-Württemberg und Bayern, zusammen mit Sachsen, die besten Werte. Ganz unten rangieren Thüringen und NRW. Die höchste Arztdichte haben Berlin, Bremen und Hamburg. Am Ende stehen Brandenburg und Niedersachsen, sowohl bei den Haus- wie bei den Fachärzten. Bei der Zahnärztdichte stehen neben Thüringen auch Berlin und Hamburg an der Spitze. Abgeschlagen sind Brandenburg, Rheinland-Pfalz und das Saarland.

Die Landesärztekammer Sachsen rügte allerdings, dass bei dieser Aufstellung die Qualität der medizinischen Versorgung nicht geprüft wurde. Letztlich sei die Qualität der Versorgung aber zentral für die Beurteilung von Gesundheitssystemen.

Dazu gehörten die Effektivität und Sicherheit der Versorgung, Patientenrechte, Zulassungs- und Zertifizierungsverfahren wie Innovationen. Ebenso Wartezeiten für OPs und Termine bei Fachärzten. Hier, so die Landesärztekammer, sei Deutschland mit Sicherheit vorne zu finden. ck



Das Angebot an Ärzten und Klinikbetten ist super in Deutschland. Trotzdem ist die Lebenserwartung nur mittelmäßig.

Foto: pixtal

Ziel sei es, allen den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu ermöglichen und Kriterien, wie Qualitätsorientierung und finanzielle Nachhaltigkeit, im Gesundheitswesen der EU zu etablieren. Die Länder sollen voneinander lernen und ihre Erfahrungen für die Weiterentwicklung der Systeme nutzen. Soweit die Theorie. Doch was besagt die Praxis?

Kurz gefasst kommt die Studie zu folgenden Ergebnissen: Deutschlands Gesundheitssystem kann sich im Vergleich mit den meisten anderen Mitgliedstaaten der EU sehen lassen. Was das personelle Angebot angeht, ist Deutschland sogar Spitze – sowohl bei den Ärzten als auch bei der Versorgung mit Langzeit- und Akutbetten. Die Versorgungs-

vorn positionieren sich Schweden, Spanien, Italien und Frankreich. Schweden hat die geringste, Großbritannien die höchste Säuglingssterblichkeit. In Deutschland sterben im Durchschnitt 4,1 von 1 000 Neugeborenen; Männer werden 76,2, Frauen 82,1 Jahre alt.

Gesundheit: Väterchen Staat zahlt

Die Gesundheitsausgaben betragen hierzulande pro Kopf 2 608 Euro. Mehr gaben im Vergleichszeitraum nur die Luxemburger (4 116 Euro), Österreicher (2 844 Euro) und Franzosen (2 620 Euro) für ihre Gesundheit aus. Davon zahlen Patienten in Deutschland

Ihr Auftritt, bitte

Robert Uhde

Ob edler Naturstein, kostengünstiges PVC oder stilvolles Eichenholzparkett – Fußböden sind ein ganz entscheidendes Element der Praxisgestaltung. Doch ganz gleich, für welchen Belag sich der Zahnarzt bei der Neueröffnung oder Umgestaltung seiner Räumlichkeiten entscheidet: Das ausgewählte Material sollte nicht nur ästhetisch überzeugen, sondern auch rutschfest, dauerhaft robust und pflegeleicht sein. Denn wenn er den zahlreichen Fußritten der Mitarbeiter und Patienten nicht wirklich gewachsen ist, dann sieht der Boden schon nach kurzer Zeit ziemlich alt aus.

Die ganze Praxis maritim gestylt und dann einen Nullachtfünfzehn-Boden? Für die beiden Kasseler Kollegen Dres. Ulrich Spohr und Stefan Schmidt kam das nicht in Frage. Das Schiffsambiente im Wartebereich wurde durch einen Boden aus Merbau ergänzt. „Das wirkt so edel wie Mahagoni, ist aber weitaus kostengünstiger zu haben“, erläutert Spohr das Ergebnis intensiver Material-Recherchen. Außerdem hätten sie aus Umweltschutzgründen Plantagenholz verwenden wollen.

Mehr als einen Fußtritt wert

In den Behandlungsräumen, deren Wände wie Himmel gestaltet wurden, perfektionieren blaue Spezialfliesen aus Italien die Suggestion des Blicks über die Schiffsreling. Die stimmige Leichtigkeit der Atmosphäre hat

die Patienten begeistert, die Praxisinhaber allerdings eine Menge Mühe gekostet: Weil die arbeitsrechtlichen Auflagen der Berufsgenossenschaften einen bestimmten Rutschschutz auch bei nassen Oberflächen vorschreiben, mussten die beiden mit dem Fliesenhersteller in Italien verhandeln: Die vierfache Politur der Originalfliese nämlich machte das gute Stück glatt wie eine frisch abgezogene Eisbahn – und damit praxisuntauglich. Ohne diese Politur aber wurde die Fliese zum Schmuckstück – und das zu einem obendrein weit günstigeren Preis, freuten sich Schmidt und Spohr.

Dem Zahnarzt steht bei der Praxisneugründung oder -umgestaltung in der Tat eine Vielzahl von Bodenbelägen zur Auswahl. Das umfangreiche Angebot reicht von Parkett, Laminat oder Kork über Keramikfliesen und Natursteinplatten bis hin zu Linoleum oder PVC. Welches dieser unterschiedlichen

Materialien für welche Räume genutzt werden kann, das hängt außer vom Kostenrahmen in erster Linie vom Gestaltungskonzept und vom individuellen Geschmack des Zahnarztes ab. So oder so ist es dabei jedoch in jedem Fall wichtig, sich ausreichend Zeit für seine Entscheidung zu nehmen und sich eingehend beraten zu lassen. Und sich vorher unterschiedliche Produkte anzusehen. Denn die Auswahl des richtigen Bodenbelags bedeutet in den meisten Fällen eine langfristige Festlegung.

Konkrete Auflagen

Explizit ausgeschlossen ist nach den geltenden Vorschriften für Zahnarztpraxen keiner der gängigen Bodenbeläge, wohl aber gibt es für die einzelnen Räume Auflagen – ein Teppichboden etwa im Behandlungszimmer würde natürlich sofort beanstandet.

Denn in der aktuellen Hygiene-Richtlinie der Bundeszahnärztekammer und des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) ist klar vorgegeben, dass Fußböden in Untersuchungs- und Behandlungsbereichen unmittelbar nach jeder Behandlung gewischt und desinfiziert werden müssen. Das gleiche gilt für Fußböden, die regelmäßig mit Blut, Speichel, Eiter oder ähnlichen Flüssigkeiten kontaminiert werden. Auch hier muss umgehend gewischt und ein geeignetes Flächen-desinfektionsmittel gezielt aufgetragen werden können.

Damit der Zahnarzt die gültigen Vorschriften umsetzen kann, müssen die Böden so beschaffen sein, dass sie zumindest im Behandlungsbereich aus glattem, fugenfreiem, flüssigkeits- und desinfektionsmittelbeständigem Material bestehen. Nur so können sie ohne großen Aufwand gewischt beziehungsweise desinfiziert werden. Alle übrigen Fußböden brauchen nicht desinfiziert, sondern lediglich am Ende des Behandlungstages feucht gewischt beziehungsweise gesaugt werden.

Parkett hat Charakter

Wie positiv ein schöner Boden das gesamte Raumambiente beeinflussen kann, zeigt zum Beispiel die Praxis von Dr. Michaela Boeken aus Viersen. Um eine angenehme Raumstimmung zu erzielen, hatte sich die Zahnärztin bei der Neugestaltung ihrer Räumlichkeiten nach eingehender vorheriger Beratung für Parkett als Bodenbelag entschieden. Die hellen Böden bieten einen natürlichen und dauerhaft hochwertigen



Blaue Fliese oder Merbauholzboden? Zwei Zahnärzte in Kassel kombinierten beides – zur Perfektionierung des Praxisambiente.

Bodenbelag, der zudem leicht zu pflegen ist, beschreibt die Zahnärztin die Vorteile und ihre guten Erfahrungen damit.

Die Planung für sämtliche Räume hat Boeken selbst entwickelt und die Praxis anschließend mit ausgesuchten Möbeln ausgestattet. Besonders originell und überraschend präsentiert sich dabei das mit wenigen markanten Details gestaltete Wartezimmer der Praxis: Um eine angenehm leichte und freundliche Atmosphäre zu schaffen und ihre Patienten von der bevorstehenden Behandlung abzulenken, bestückte die Zahnärztin den Raum lediglich mit drei bordeaux-roten Designer-Frisör-



Gut Ding will Weile haben – das gilt gerade bei der Auswahl von Bodenbelägen. Denn die sollen trotz starker Belastung ja eine gute Weile halten.



Fotos: Spohr

stühlen aus dem Jahr 1952 und drei selbst entworfenen Acryl-Gemälden. Ein Ambiente mit viel Mut zur Lücke, das den hellen Parkettboden perfekt zur Geltung kommen lässt. Und das die Gedanken der Patienten von ganz alleine weit weg schweifen lässt von der bevorstehenden Behandlung.

Die Vorteile von Parkettböden liegen auf der Hand: Sie wirken dezent repräsentativ, schaffen eine angenehm wohnliche Stimmung in der Praxis und sie sind strapazierfähig und problemlos zu reinigen. Durch verschiedenste Materialverarbeitungen und unterschiedlichste Holzarten lässt sich Parkett gleichzeitig flexibel an das übrige Interieur anpassen.

Echtes Massivparkett besteht durchgehend aus dem natürlichen Rohstoff Hartholz. Seine Stärke beträgt in der Regel 10 Millimeter. Stabparkett wird dagegen mit einer Stärke von bis zu 24 Millimetern angeboten. Beim Verlegen wird es unmittelbar auf dem Estrich verklebt und dann entweder mit einer Lackversiegelung, mit Ölen oder Wachsen behandelt. Durch das Ölen beziehungsweise Wachsen ist der Parkettboden

Foto: Mauritiuș



Wenn es darum geht, mit warmen Naturtönen Eintretenden Behaglichkeit in der Praxis zu vermitteln, ist Parkett wohl kaum zu übertreffen. Befand jedenfalls eine Kollegin aus Viersen.

fugen dringen und dann die unter der Kunststoffoberfläche liegende Pressspannschicht angreifen. Mit dem Ergebnis, dass das Laminat an diesen Stellen aufquillt. Ein weiterer Nachteil des Produkts sind die schlechten Trittschalleigenschaften, so dass Laminat, wenn überhaupt, nur in weniger genutzten Nebenräumen eingesetzt werden sollte.

Speziell zur Gestaltung des Wartezimmers kommt außerdem auch Kork als warmer, beruhigender Bodenbelag in Frage. Das vollkommen natürliche Material wird vorzugsweise aus der Baumrinde der Korkeiche gewonnen und anschließend zu Platten weiterverarbeitet, die im Innenraum ähnlich wie Parkett verlegt beziehungsweise

weitgehend vor Kratzern und vor Feuchtigkeit geschützt, wirkt lebendig und natürlich. Für die Zahnarztpraxis empfiehlt sich jedoch in aller Regel eher eine Versiegelung. Denn das dann hochglänzende Parkett lässt sich insgesamt einfacher und hygienischer pflegen als geöltes und gewachstes Parkett. Ansonsten steht dem Einsatz von Parkett in Zahnarztpraxen nichts im Wege. Denn anders als bei Dielenböden mit langen Brettern sind die Flächen bei modernen Parkettböden fugenlos verschlossen, so dass das Material auch unter hygienischen Aspekten bedenkenlos eingesetzt werden kann. Leichter zu verarbeiten als Massivparkett – aber natürlich auch weniger hochwertig –, ist Fertigparkett mit einem mehrschichtigen Holzaufbau aus Furnier und darunter liegenden Nuttschichten, das bereits werkseitig oberflächenbehandelt und feuchtigkeitsversiegelt ist.

Laminat, das rein optisch auf den allerersten Blick einem Parkettboden gleicht, ist dagegen ein überwiegend synthetisches und insgesamt deutlich weniger langlebiges Produkt. Zwar ist es deutlich kostengünstiger und – anders als Holz – abriebfest

und langfristig lichteht, dennoch ist es für den Einsatz in einer Zahnarztpraxis nur sehr bedingt zu empfehlen. Ein deutlicher Nachteil von Laminat ist die Feuchtigkeitsempfindlichkeit. Denn beim Wischen oder Desinfizieren kann vor allem bei schlecht verarbeitetem Laminat Wasser in die Stoß-



Auf Sandstein in warmen Tönen fußt die Gestaltung einer Zahnarztpraxis in Karlsruhe, bei der Feng-Shui den Ton angab.

zm-Info

gepflegt werden. Beachten sollte der Zahnarzt allerdings, dass Kork bei punktueller Belastung etwas druckempfindlich ist. Nach längeren Abständen sollte außerdem je nach Verschmutzung eine Grundreinigung mit Wachsentferner oder Ähnlichem durchgeführt werden.

Edler Naturstein

Ein anderes hochwertiges natürliches Material, das sich als Bodenbelag für die Zahnarztpraxis eignet, ist Naturstein. Die Platten sind in den unterschiedlichsten Ausführungen und Materialsorten erhältlich, von Marmor oder Kalkstein über Sandstein und Granit bis hin zu Schiefer.

Die Vorteile liegen dabei auf der Hand: Naturstein ist unübertroffen robust und lässt sich flexibel in sämtlichen Räumen der Praxis einsetzen. Beachten sollte der Zahnarzt dabei vor allem die Bearbeitung des jeweiligen Steins: Polierte oder gesandstrahlte Steine sind durch ihre glatte Oberfläche besonders pflegeleicht, auf der anderen Seite



Foto: Cataldi/Perschke

Das Gesamtergebnis weckt Assoziationen zum mediterranen Stil.

Vorschriften und Regeln zu beachten

Neben ästhetischen Fragen sind bei der Wahl eines geeigneten Fußbodenbelags auch verschiedene rechtliche Aspekte zu beachten. Entscheidend ist dabei vor allem, dass der gewählte Bodenbelag den verschiedenen hygienischen Anforderungen an die Praxis genügt beziehungsweise die notwendigen Reinigungen zulässt.

■ Im aktuellen Hygiene-Leitfaden des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) aus dem Jahr 2006 heißt es dazu in Kapitel 10: „Für Fußböden ist es ausreichend, am Ende des Arbeitstages eine Feuchtreinigung ohne Zusatz von Desinfektionsmitteln durchzuführen. Sichtbare Kontaminationen des Fußbodens (zum Beispiel Blut, Eiter) müssen umgehend mit einem mit alkoholisiertem Desinfektionsmittel getränkten Zellstofftupfer aufgenommen werden. Anschließend ist mit einem Tuch, das mit Desinfektionsmittel getränkt ist, nachzuwischen. Für nicht kontaminierte Flächen außerhalb des klinisch genutzten Praxisbereiches genügt im Regelfall eine Reinigung.“

■ Ähnlich heißt es auch in den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Infektionsprävention in der Zahnheilkunde unter 7.3: „Für Fußböden der Behandlungsräume ist am Ende eines Arbeitstages eine Feuchtreinigung ohne Zusatz von Desinfektionsmitteln ausreichend. Gezielte Desinfektionsmaßnahmen sind notwendig, wenn eine sichtbare Kontamination des Fußbodens mit Blut, Speichel oder anderen potenziell infektiösen Sekreten vorliegt.“

■ Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW

konzentriert sich vor allem auf die Rutschfestigkeit von Fußböden. In Kapitel 3.1 der 2003 aktualisierten Fassung des BGR 181 „Fußböden in Arbeitsräumen und Arbeitsbereichen mit Rutschgefahr“ heißt es dort: „In Arbeitsräumen und -bereichen mit Rutschgefahr müssen rutschhemmende Bodenbeläge eingesetzt werden. Je nach Anforderung können dies feindraue, raue oder profilierte Bodenbeläge erfüllen, zum Beispiel keramische Fliesen und Platten, Natur- oder Betonwerksteinplatten, Bodenbeläge aus Holz, Estriche aus mineralischen Bestandteilen mit Zement als Bindemittel und gegebenenfalls Kunstharzzusätzen, Kunstharzbeschichtungen, Kunstharzestriche, Kunststoffrost, Glasplatten, Metallroste und -bleche, elastische Bodenbeläge sowie gegen Verschieben gesicherte Matten.“

■ Außerdem dürfen Fußböden in Arbeitsräumen und Arbeitsbereichen nach den Regeln des BGW keine Stolperstellen aufweisen. In Kapitel 4 der Verordnung heißt es dazu: „Sie müssen nach § 8 Abs. 1 der Arbeitsstättenverordnung eben ausgeführt sein, außerdem soll die Bildung von Wasserlachen vermieden sein. Fußböden müssen den in der Betriebspraxis zu erwartenden Belastungen und Beanspruchungen standhalten.“

Der Hygieneleitfaden vom DAHZ ist erhältlich über den DAHZ oder über Schülke & Mayr:

<http://www.schuelke-mayr.com>

Weitere Informationen auch unter:

<http://www.bzaek.de>

<http://www.rki.de>

<http://www.bgw-online.de>

allerdings relativ rutschgefährlich. Und aufgeraute oder bruchraue Oberflächen sind zwar rutschfest, benötigen aber eine intensive Pflege, damit sie nicht verschmutzen. Für den Behandlungsraum sind sie daher nur bedingt zu empfehlen.

Einen ähnlich eleganten Eindruck wie Naturstein bieten Böden aus Keramik, die

ebenfalls in einer großen Auswahl an Mustern, Farben und Formen angeboten werden. Und ähnlich wie Naturstein ist auch Keramik langlebig, lichtunempfindlich und hygienisch.

Eine gelungene Umsetzung mit hochwertigen Natursteinplatten zeigt zum Beispiel die Praxis von Santolo Cataldi in Kraichtal



Foto: Mauritianus

Mehr als einen Fußtritt wert sollte Praxisinhabern der Boden sein. Für ein perfektes Ergebnis bedarf es fachmännischer Arbeit und einer Auszeit für den jeweiligen Raum.

bei Karlsruhe. Um das angenehm warme mediterrane Flair der gemeinsam mit einer Feng-Shui-Beraterin gestalteten Räumlichkeiten zu betonen, wählte der Zahnarzt einen warmtonigen Sandstein als Bodenbelag. „Der Stein hat mir auf Anhieb gefallen“, so Cataldi. Und in der Tat: Das nur leicht aufgeraute und somit relativ pflegeleichte Material harmoniert hervorragend

mit den Erdtönen und Pastellfarben an den Wänden sowie dem komplett in Nussbaum gebeizten Rezeptionselement im Empfangsbereich. In den Untersuchungsräumen zeigt sich ein schönes Zusammenspiel des Bodens mit erfrischenden Grüntönen sowie mit den Arbeitszeilen in elegantem Weiß und dunkel gebeiztem Nussbaum. Auf markante Kontraste setzt dagegen die

Praxisgemeinschaft „Curadentis“ in Berlin-Steglitz. In der Praxis arbeiten sechs Zahnärzte unter einem Dach zusammen. Dementsprechend schwer fielen natürlich die gestalterischen Entscheidungen bei der Einrichtung der Räumlichkeiten. „Als wir jedoch das Konzept der Innenarchitektin auf dem Tisch liegen hatten, konnten wir uns schnell auf die Vorschläge verständigen“, berichtet Zahnärztin Angela Schulze rückblickend. Der auf Basis der vorgelegten Planungen im gemeinsamen Empfangsbereich sowie in den Fluren verlegte schwarze Schiefer betont die auffällige Farbkodierung und die klare Innenarchitektur der Praxis. Ein schönes Detail sind dabei die in die Platten eingelassenen Lichtkörper, die eine angenehme Beleuchtung im Empfangsbereich schaffen. Die nur leicht aufgeraute Oberfläche der Steine ermöglicht auch hier einen guten Kompromiss zwischen Rutschfestigkeit und Pflegeleichtigkeit.

Hygienisch mit Linoleum oder PVC

Der Pflegeaufwand von Böden aus Parkett, Laminat, Keramik oder Naturstein ist in den meisten Fällen relativ gering und wurde in den letzten Jahren durch neue Verarbei-



Fotos: Curadentis/arsence

Auf markante Kontraste setzte eine Berliner Praxisgemeinschaft und kombinierte mutig Materialien und Farben.



Fotos: Armstrong



Von der einst grauen Maus zur farbenfrohen Vielfalt hat sich das Linoleum-Angebot gemauert.

Wochen nach der Verlegung austretenden typischen Linoleum-Geruch als unangenehm empfinden. In seltenen Fällen können die austretenden Stoffe sogar Allergien auslösen. Eine brauchbare, aber weniger hochwertige Alternative zu Linoleum ist daher PVC, das zwar ähnlich pflegeleicht, abriebfest und lichtbeständig wie Linoleum, aber letztlich ein reines Kunststoffprodukt ist.

Einschränkungen bei Teppichen

Nur eingeschränkt geeignet zur Gestaltung von Zahnarztpraxen sind dagegen Teppichböden. Durch neueste Techniken und Materialien werden sie mittlerweile in den unterschiedlichsten Varianten angeboten.

Dem großen Farbenreichtum stehen aber die eingangs bereits erwähnten Nachteile in puncto Hygiene entgegen, so dass Teppiche letztlich nur für den Warte- oder Empfangsbereich der Praxis in Frage kommen. Denn anders als im Behandlungsraum bestehen hier keine Auflagen zur regelmäßigen Desinfektion.

Abgesehen von diesen Einschränkungen spricht jedoch nichts dagegen, einen Teppich im Wartezimmer auszulegen, um dort eine angenehm warme Atmosphäre zu erzeugen. Denn kaum ein anderes Material schafft ein so wohnliches und behagliches Ambiente, in dem sich die Patienten wie zuhause fühlen können, wie Teppich.

*Robert Uhde
Grenadierweg 39
26129 Oldenburg
robertuhde@aol.com*

tionstechniken und neue Pflegemittel weiter reduziert. Der in der Berliner Praxis verlegte Schieferboden zum Beispiel braucht neben der normalen täglichen Reinigung lediglich ein- bis zweimal jährlich mit einem speziellen Pflegemittel behandelt zu werden, um seine hochwertige Ausstrahlung zu behalten. Weitere Maßnahmen sind nicht nötig.

Wer dennoch auf einen durchgehend glatten Belag ganz ohne Fugen setzen will, für den bietet sich Linoleum an. Linoleum ist ein Naturprodukt aus Leinöl, Kork, Holz, Kalkstein, Jute und Baumharz, das bereits Mitte des 19. Jahrhunderts als flexibel einsetzbares Bodenbelagsmaterial erfunden wurde. Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts hinein war es ein günstiger und weit verbreiteter Baustoff. Danach verlor es seine marktbeherrschende Rolle nach und nach. Anfang der Achtzigerjahre bekam es dann im Zuge des wachsenden Umweltbewusstseins jedoch eine neue Bedeutung, sodass es heute wieder vermehrt eingesetzt wird. Dazu beigetragen haben auch neue Verarbeitungstechniken und vielfältigste moderne Farb- und Musterkombinationen. Und anders als früher wird Linoleum heute meist in der gleichen Technik wie Parkett verlegt. Die vorgegebene Nut- und Federkonstruktion schafft dabei eine deutliche Erleichterung.

Für die Zahnarztpraxis eignen sich Böden mit Linoleum aus mehreren Gründen: Der Belag ist sehr strapazierfähig, er ist leicht zu reinigen und er wirkt überdies durch seine Inhaltsstoffe leicht antibakteriell, so dass er sich auch im Behandlungsraum gut einsetzen lässt.

Zu bedenken ist dabei allerdings, dass manche Patienten den vor allem in den ersten



Foto: Mauritius

Schön sein allein reicht nicht. Beim Fußboden zählen auch Pflegebedarf und Arbeitssicherheit.

Sofortbelastung in der Totalprothetik

Simultane definitive Implantatversorgung beider zahnloser Kiefer mit verschraubtem Zahnersatz

Tobias R. Hahn, Norbert R. Kübler

Bei umfangreichen Implantatversorgungen kommen seit einigen Jahren vermehrt computergestützte Planungsverfahren, die die Daten tomografischer Röntgenaufnahmen (Computertomografie, digitale Volumentomografie, und mehr) verarbeiten, zum Einsatz. Mithilfe der dreidimensionalen Darstellung kann das knöcherne Implantatlager begutachtet und analysiert werden. Die am Computer geplante, vom vorbereiteten prothetischen Endergebnis bestimmte Implantatposition kann nach Datentransfer mit hoher Präzision in Bohrschablonen umgesetzt werden. Die Übertragung der virtuellen Implantatplanung am Computer auf die reale klinische Situation am Patienten ist damit möglich.

Eines dieser Verfahren zur computernavigierten Implantatinsertion mittels Bohrschablonen steht unter der Bezeichnung Nobel-Guide seit über einem Jahr weltweit kommerziell zur Verfügung und wurde bisher in der Regel bei der implantologischen Versorgung in einem Kiefer angewendet. Dieses Verfahren ermöglicht es, Implantate in Schalllücken, bei Freisituationen oder im zahnlosen Kiefer bei ausreichender Primärstabilität mit bereits präoperativ unter Verwendung der Bohrschablone angefertigten, temporärem oder definitivem Zahnersatz sofort zu versorgen (Teeth-in-an-Hour Konzept). Im vorgestellten Fall wurden mithilfe des beschriebenen Verfahrens in beide zahnlosen Kiefer simultan Implantate inseriert und mit verschraubten, gefrästen Titanbrücken als definitivem Zahnersatz in demselben Eingriff sofort versorgt.

Einleitung

Die Erfolgsrate belastungsfrei eingeeilter dentaler Implantate ist sehr hoch und beträgt nach der Einheilzeit laut einer Metaanalyse über 97 Prozent [1]. Dieselbe Analyse gibt für einen darauffolgenden Fünf-Jahres-Belastungszeitraum weitere Implantatverlusten von zwei bis drei Prozent bei feststehendem und geringfügig über fünf Prozent bei herausnehmbarem Zahnersatz an. Unter Beachtung strenger Indikations-

stellungen und geeigneter prothetischer Konzepte weisen sofort belastete Implantate ähnlich gute Ergebnisse wie konventionell versorgte Implantate auf [2-16]. Diese positiven Ergebnisse sind unter anderem den Verbesserungen in der Geometrie und der Oberflächenstruktur neuer Implantatsysteme zu verdanken. Durch Veränderungen im Bereich der Makro-, Mikro- und Nanostruktur konnte die in erster Linie durch Remodellingprozesse des ortsständigen Knochens verursachte Abnahme der primären Implantatstabilität in den ersten Wochen nach der Implantatinsertion signi-

fikant reduziert werden. Gleichzeitig wird die Osseointegration durch die modifizierten Oberflächen beschleunigt.

Computergestützte Planungssysteme stellen auf der Grundlage tomografischer Röntgenaufnahmen nicht nur das vorhandene Knochenangebot in beliebigen Schnittebenen dar, sondern erlauben auch die Analyse der Knochendichte und der Knochenqualität. Dies ermöglicht es, die Indikation für eine Sofortbelastung von Implantaten exakter zu stellen. Allerdings bereitete die Umsetzung der virtuellen Implantatplanung am Computer auf die reale Situation am Patienten bisher häufig Probleme [14]. Die im CAD/CAM-Verfahren hergestellten Bohrschablonen wurden jedoch vor kurzer Zeit so weiterentwickelt, dass die Präzision der Umsetzung nun sogar die Eingliederung eines zuvor anhand der Schablone hergestellten, provisorischen oder definitiven Zahnersatzes erlaubt. Zusätzlich entfällt bei einigen Verfahren die Notwendigkeit der Knochenfreilegung mittels eines Mukoperiostlappens. Die Implantate können über die Bohr-



Abbildung 1: Orthopantomographie der Ausgangssituation mit parodontal geschädigter, insuffizienter Restbezahnung

Fotos: Hahn

Planungs-, Labor- und Behandlungsschritte

1. Herstellung von Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer mit Aufstellung der Zähne in funktioneller und ästhetischer Position nach Kieferrelationsbestimmung
2. Herstellung eines Bissindex (Verschlüsselung der beiden Prothesen) in der zentrischen Kondylenposition
3. Tomografische Untersuchung (CT, DVT) des Ober- und Unterkiefers mit eingegliederten und mittels Bissindex verschlüsselten Prothesen (Scanprothesen) sowie separate tomografische Untersuchung der Prothesen
4. Virtuelle Planung der Implantatpositionen mittels Planungssoftware (Nobel-Guide) anhand der DICOM-Daten aus der tomografischen Untersuchung
5. Herstellung der mittels CAD/CAM-Technik im Stereolithografie-Verfahren produzierten Bohrschablonen und Prothesenduplikate
6. Kontrolle der Bohrschablonen und Prothesenduplikate am Patienten auf exakten Sitz
7. Ausgießen der Bohrschablonen mit Gips und Einbringen von Modellimplantaten
8. Einartikulieren der Gipsmodelle mittels der Prothesenduplikate, des Gesichtsbogens und des Bissindex (siehe 2.)
9. Herstellung einer Verschlüsselung zwischen Bohrschablone und Prothesenduplikat des jeweiligen Gegenkiefers
10. Modellation und Einscannen der jeweils 12gliedrigen Brückenkonstruktionen, die aus Titan gefräst werden (ProCera Implant Bridge)
11. Umsetzung der Aufstellung der Scanprothesen auf die beiden Titanbrückengerüste
12. Positionierung der Bohrschablone jeweils mit der Verschlüsselung (siehe 9.) und dem Prothesenduplikat des Gegenkiefers, gefolgt von der minimalinvasiven Insertion von 8 primärstabilen Implantaten im Oberkiefer und 6 primärstabilen Implantaten im Unterkiefer
13. Intraoperatives Eingliedern der verschraubten, jeweils 12gliedrigen, definitiven Titanbrücken im Ober- und Unterkiefer und intraoperative Kontrolle der Okklusion
14. Postoperative Röntgenkontrollaufnahme
15. Erneute postoperative Kontrolle der Okklusion
16. Nach dreimonatiger Schonungsphase und erneuter Röntgenkontrolle vollständige okklusale Belastung

Tabelle: Planungs-, Labor- und Behandlungsschritte für simultane definitive Versorgung beider zahnloser Kiefer mit Implantaten und verschraubtem Zahnersatz in einem Eingriff

schablone durch die ausgestanzte Schleimhaut hindurch (das heißt minimalinvasiv beziehungsweise flapless) inseriert werden. Dies reduziert neben der benötigten Operationszeit auch insbesondere die postoperativen Schmerzen und Schwellungen.

Anhand eines ausgewählten Falles soll die Vorgehensweise bei konsequenter Umsetzung des Prinzips des Backwards Planning mithilfe der heutzutage zur Verfügung stehenden Planungs- und Umsetzungsverfahren in den einzelnen Behandlungsschritten beschrieben werden (siehe Kasten links).

Fallbericht

Bei einer 55-jährigen Patientin war aufgrund einer ausgeprägten generalisierten Parodontitis die Restbeziehung stark gelockert und nicht mehr erhaltungswürdig (Abbildung 1). Im Rahmen der Reihenextraktion wurden als präimplantologische Maßnahmen neben der Augmentation des Kieferhöhlenbodens im Sinne einer Sinusbodenelevation auf beiden Seiten auch die Extraktionsalveolen mit autologem Knochen und Knochersatzmaterial aufgefüllt und mit Kollagenmembranen abgedeckt (Abbildung 2).

Während der viermonatigen knöchernen Heilungsphase litt die Patientin unter einer Prothesenintoleranz, welche durch den eingeschränkten Halt des Interimsersatzes und die daraus resultierenden Probleme beim Essen und Sprechen verstärkt wurde. Die Prothesen wurden immer nur kurzfristig, wenn unbedingt notwendig, getragen und



Abbildung 2: Augmentierter Oberkiefer vier Monate nach beidseitigem Sinuslift und Socket Preservation



Abbildung 3:
Oberkieferprothese
mit Markierungs-
punkten als
Scanprothese

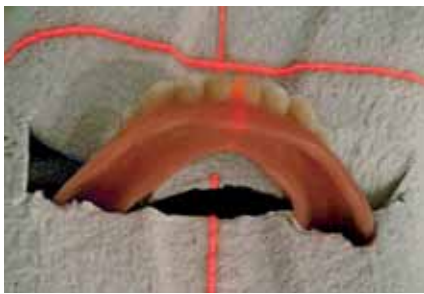


Abbildung 4: CT-Aufnahme der Unterkieferprothese

vor der Nahrungsaufnahme konsequent entfernt. Bezüglich der geplanten implantatgetragenen Versorgung äußerte die Patientin den Wunsch, ohne weitere ausgedehnte operative Eingriffe schnellstmöglich mit feststehendem Zahnersatz versorgt zu werden.

Da die Implantatpositionierung bei computergestützten Planungsverfahren grundsätzlich auf der Basis einer optimierten Prothese oder einer Röntgenschablone erfolgt, mussten im vorliegenden Fall die Interimsprothesen als CT-Scanprothesen im Hinblick auf Ästhetik und Funktion der zukünftigen Suprastruktur entsprechen. Neben der Frontzahn-Ästhetik beinhaltete dies insbesondere eine ideale Zahnaufstellung hinsichtlich Okklusion, Kieferrelation, Zahngröße und Lippenstütze. Anschließend wurden jeweils sechs radioopake Markierungspunkte auf den Prothesen mit einem Kugelfräser und Guttapercha angebracht (Abbildung 3). Zur reproduzierbaren Positionierung der Prothesen während der Durchführung der Computertomographie

wurde ein Bissindex zur Verschlüsselung angefertigt. Anschließend erfolgte die Computertomographie der Patientin mit Bissindex und eingesetzten Prothesen sowie eine separate Computertomographie beider Prothesen alleine (Abbildung 4). Die DICOM-Daten der beiden CT-Untersuchungen wurden in die Planungssoftware eingelesen. Mithilfe der radioopaken Markierungspunkte konnten die CT-Datensätze von Patient und Prothesen überlagert werden; die Prothesen wurden im Planungsprogramm sichtbar (Abbildung 5). Die Planung der Implantatpositionen in Abhängig-

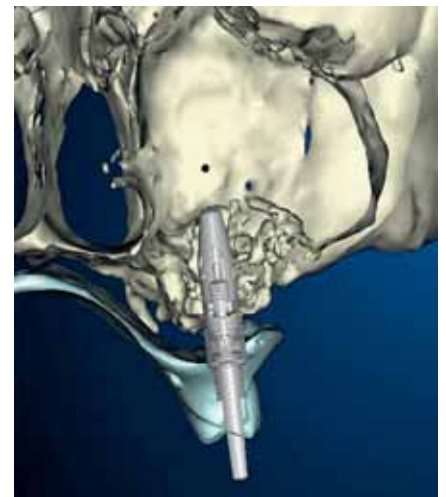


Abbildung 6: Detail aus Regio 26 mit Sinuslift und virtuell geplantem Implantat

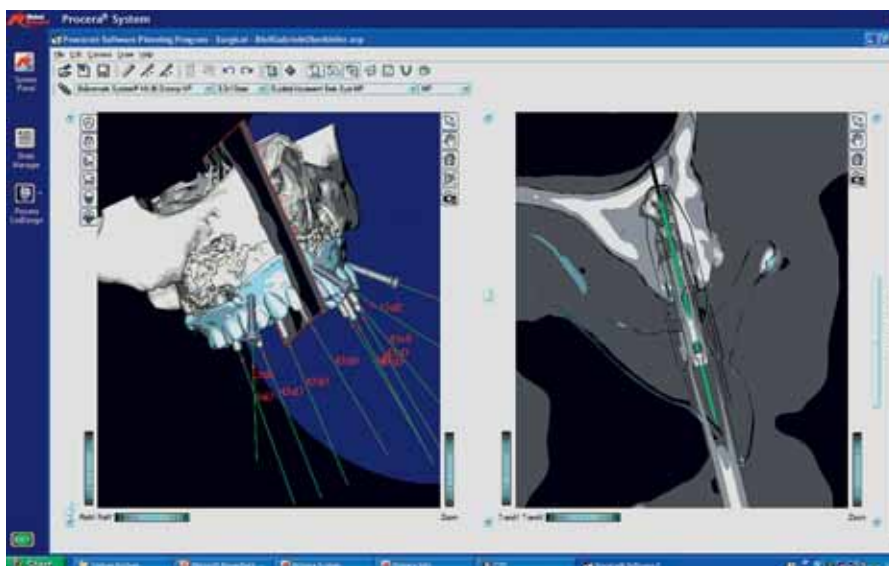


Abbildung 5: Virtuelle Planung der Implantatpositionen in Abhängigkeit von der Stellung der Prothesenzähne am PC

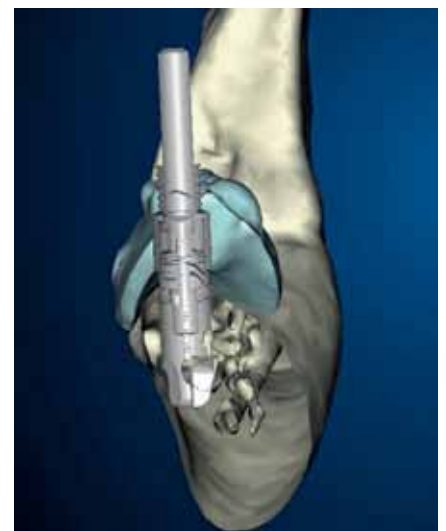


Abbildung 7: Detail aus regio 36 mit lingualer Einziehung des Unterkiefers und deutlich sichtbarem Verlauf des N. alveolaris inf.



Abbildung 8: Anhand des Datensatzes stereolithografisch erstellte Bohrschablone für den Oberkiefer



Abbildung 9: Bohrschablone für den Unterkiefer

keit von der Stellung der Zähne erfolgte auf der Basis von Schnittbildern und dreidimensionalen Rekonstruktionen (Abbildungen 6 und 7). Es konnten nicht nur die virtuellen Implantate in den Datensatz eingefügt werden, sondern auch die dazu passenden Aufbauteile und die benötigten Verankerungsstifte für die Operationsbeziehungsweise Bohrschablonen. Dieser Datensatz bildete die Grundlage für die stereolithografische Herstellung der Bohrschablonen für Ober- und Unterkiefer (Abbildungen 8 und 9).

Vor der Herstellung der Prothetik erfolgte die Kontrolle der Bohrschablonen auf exakten Sitz im Mund der Patientin. Durch Ausgießen der Bohrschablonen wurden dann zunächst Gipsmodelle mit Zahnfleischreplika der Kiefer und Modellimplantaten angefertigt (Abbildung 10). Die anschließende Montage der Kiefermodelle mithilfe des Gesichtsbogens in den Artikulator erfolgte mittels der ebenfalls stereolithografisch duplizierten Interimsprothesen, welche methodisch bedingt die identische Unterseite wie

die Bohrschablonen aufwiesen und daher exakt zu den Gipsmodellen passten. Durch die Verwendung der duplizierten Prothesen in Kombination mit einem Bissregistrator war die Übertragung der Bisslage für die präoperative Herstellung des Zahnersatzes möglich. Mit Vorwällen konnte die geplante Zahnstellung bei der Dimensionierung der Gerüste des Zahnersatzes berücksichtigt werden. Die Überführung der Gerüstmodellation in gefräste Titanbrückengerüste erfolgte durch das Procera-System mithilfe eines Scanners. Die Wachsmodellation wurde in Kunststoff überführt und die konfektionierten Zähne mit Polymerglas individualisiert (Abbildung 11).

Am Operationstag wurde zunächst die Bohrschablone mithilfe der stereolithografisch duplizierten Prothese des Gegenkiefers und eines im Artikulator hergestellten Bissindex positioniert. Die über drei transversale, transgingivale Bohrungen angebrachten Verankerungsstifte fixierten die Bohrschablonen im jeweiligen Kiefer (Abbildung 12). Für die transgingivale Implantatinsertion wurde zuerst die Schleimhaut im Bereich der Bohrstelle mit einer schablonengeführten Schleimhautstanze und einem Schleimhautkonditionierer entfernt. Alle weiteren Bohrungen wurden mit den schablonengeführten Bohrhülsen vorgenommen. Durch den oberen Anschlag der Bohrhülsen war auch die Bohrtiefe als dritte Dimension der Implantatpositionierung exakt festgelegt. Die Implantate (Replace Tapered Groovy im Oberkiefer und Replace Straight Groovy im Unterkiefer, Nobel Biocare) wurden durch die Schablone und die Schleimhaut eingebracht (Abbildung 13). Alle Implantate wiesen eine Primärstabilität von mehr als 35 Newtonzentimetern (Ncm) auf (Abbildung 14). Nach Entfernung der Bohrschablonen (Abbildung 15) wurden spezielle Aufbauten (Guided Abutments) zur Verschraubung der Suprakonstruktion eingebracht, die geringe vertikale Diskrepanzen ausgleichen können (Abbildung 16).

Intraoperativ folgte das Überprüfen von Okklusion und Artikulation durch passiven Mundschluss. Nach der Narkose wurde die Okklusion erneut durch aktiven Mund-



Abbildung 10: Verwendung der Bohrschablone als „Abdruck“ (Negativrelief) zur Herstellung der Gipsmodelle mit integrierten Modellimplantaten



Abbildung 11: Glaspolymerverblendete Procera-Implantatbrücke aus Titan (Labor Bartels und Ursprung/Eszen)

schluss kontrolliert (Abbildung 17). Die exakten Implantatpositionierungen wurden durch die postoperative Röntgenaufnahme dokumentiert (Abbildung 18).

Die Patientin war direkt nach der Operation schmerzfrei und nicht auf die Verwendung von Analgetika angewiesen. Ihr wurde empfohlen, in den ersten drei Monaten weiche Kost zu sich zu nehmen. Im postoperativen Verlauf traten weder ausgeprägte Schwellungen noch Wundheilungsstörungen auf. Die Röntgenkontrollen nach zwei-, vier- und sechsmonatiger Tragezeit zeigten keinerlei vertikale oder horizontale Knocheneinbrüche im Bereich der Implantate (Abbildung 19).

festen, feststehenden Zahnersatz zu vermeiden oder zumindest zu minimieren. Patienten mit craniomandibulären Dysfunktionen muskulärer oder artikulärer Ausprägung eignen sich nach unserer Ansicht nicht für die beschriebene Vorgehensweise.

Wie bereits mehrfach ausgeführt, spielt die Planung bei diesem Verfahren eine zentrale Rolle. Sie erfordert ein Höchstmaß an Präzision, da alle weiteren Schritte direkt von ihr abhängen [17]. Der Behandler muss sich in die Implantatplanung im virtuellen Raum einarbeiten und die Vorgehensweise am Computer beherrschen, da die Daten direkt für die Operationsplanung verwendet werden. Der Aufwand ist gegenüber dem kon-

Diskussion

Der Ersatz verlorener Kaueinheiten durch implantatgetragenen Zahnersatz ist mittlerweile ein sicheres Therapieverfahren in der Zahnheilkunde. Viele Patienten schrecken jedoch vor einem operativen Eingriff, der insgesamt langen Behandlungsdauer und den Kosten zurück und entscheiden sich für konventionelle prothetische Lösungen.

Der vorgestellte Fall stellt sicherlich kein Routineverfahren zur Rehabilitation zahnloser Patienten dar. Die einzeitige Implantation und prothetische Sofortversorgung beider zahnloser Kiefer mit feststehendem definitivem Zahnersatz in einem Eingriff resultierte aus dem ausdrücklichen Patientenwunsch bei ausgeprägter Prothesenintoleranz.

Voraussetzung für die gewählte Vorgehensweise war neben der Patientenzuverlässigkeit auch eine reproduzierbare zentrische Kondylenposition, um postoperative okklusale Korrekturen an dem einzeitig eingegliederten,



Abbildung 12: Positionierung der Bohrschablone im Oberkiefer mittels stereolithografisch duplizierter Unterkieferprothese und im Artikulator hergestellter Verschlüsselung; Fixierung der Bohrschablone mit drei Verankerungsstiften



Abbildung 13: Transgingivale Implantatinsertion nach Schleimhautstanzung und Aufbereitung des Bohrstollens mit geführten Bohrem einschließlich Tiefenstopp



Abbildung 14: Kontrolle der Primärstabilität mit dem Drehmomentschlüssel; das Drehmoment sollte bei einer Sofortbelastung mindestens 32 Ncm betragen.

ventionellen Vorgehen deutlich erhöht, erlaubt keinerlei Ungenauigkeiten und kann nicht am Modell oder im Patientenmund vor dem Eingriff kontrolliert werden. Bei Fehlern in Form und Funktion des zur Planung genutzten Zahnersatzes setzen sich diese fort und führen letztendlich zu prothetisch ungünstigen Implantatpositionen.



Abbildung 15: Nach Abnahme der Bohrschablone wird das minimalinvasive Vorgehen sichtbar.



Abbildung 16: Intraoperativ auf die Implantate aufgeschraubte Procera-Implantat-Brücke mit gefrästem Titangerüst



Abbildung 17: Okklusionskontrolle nach Einsetzen der Suprastrukturen im Ober- und Unterkiefer

Eventuell muss deshalb zu Planungsbeginn ein neues Wax-Up für die CT-Scanprothese angefertigt werden.

Die Patientin war darüber aufgeklärt, dass vor dem Eingriff keinerlei Erfahrung darüber bestand, ob die Genauigkeit des Verfahrens eine sofortige festsitzende Versorgung beider Zahnreihen durch verschraubten definitiven Zahnersatz überhaupt erlaubt. Aus-

drücklich soll in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass die Eingliederung von verschraubtem Zahnersatz wesentlich höhere Anforderungen an die Genauigkeit der Implantatpositionen stellt als beispielsweise die Zementierung von provisorischem Zahnersatz auf konusförmigen Abutments. Gleichwohl soll nicht verschwiegen werden, dass die Verwendung der sogenannten „Guided Abutments“ zur Verschraubung des festsitzenden Zahnersatzes ebenfalls in geringem Maße kleinere Toleranzen auszugleichen vermag. Ausschlaggebend für die richtige Positionierung der Implantate ist die reproduzierbare Eingliederung der Bohrschablonen. Dabei sind ein Bissregistrator und der eindeutige Sitz der CT-Scanprothesen sowie der Bohrschablonen unerlässlich. Allerdings kann es bei ausschließlich schleimhautgetragenen Bohrschablonen durch die Resilienz der Schleimhaut zu einer Abweichung der Position von Bohrschablone und CT-Scanprothese kommen. Denkbar sind auch Unsicherheiten bei der Positionierung der Bohrschablone durch die Veränderungen des Schleimhautreliefs, zum Beispiel aufgrund

einer Infiltration von Lokalanästhetika, insbesondere am harten Gaumen. Die Operation im vorgestellten Fall wurde in Narkose durchgeführt, wobei bewusst auf die zusätzliche Verwendung von Lokalanästhetika aus oben genannten Gründen verzichtet wurde. Die relativen Positionen der einzelnen Implantate eines Kiefers untereinander werden durch diese Abweichungen zwar nicht verändert und die zuvor angefertigte Suprakonstruktion kann eingegliedert werden; die Implantatpositionen in Ober- und Unterkiefer entsprechen jedoch nicht mehr der ursprünglichen Planung, so dass die absolute Implantatpositionierung zwischen beiden Kiefern gestört ist. In einem solchen Fall kann deshalb die vorgesehene Okklusion nicht erreicht werden. Eine Eingliederung des zuvor angefertigten Zahnersatzes ist

drücklich soll in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass die Eingliederung von verschraubtem Zahnersatz wesentlich höhere Anforderungen an die Genauigkeit der Implantatpositionen stellt als beispielsweise die Zementierung von provisorischem Zahnersatz auf konusförmigen Abutments. Gleichwohl soll nicht verschwiegen werden, dass die Verwendung der sogenannten „Guided Abutments“ zur Verschraubung des festsitzenden Zahnersatzes ebenfalls in geringem Maße kleinere Toleranzen auszugleichen vermag. Ausschlaggebend für die richtige Positionierung der Implantate ist die reproduzierbare Eingliederung der Bohrschablonen. Dabei sind ein Bissregistrator und der eindeutige Sitz der CT-Scanprothesen sowie der Bohrschablonen unerlässlich. Allerdings kann es bei ausschließlich schleimhautgetragenen Bohrschablonen durch die Resilienz der Schleimhaut zu einer Abweichung der Position von Bohrschablone und CT-Scanprothese kommen. Denkbar sind auch Unsicherheiten bei der Positionierung der Bohrschablone durch die Veränderungen des Schleimhautreliefs, zum Beispiel aufgrund



Abbildung 18: Unmittelbare postoperative Röntgenkontrolle



Abbildung 19: Röntgenkontrolle nach neun Monaten mit osseointegrierten Implantaten ohne erkennbaren Knochenabbau

nicht oder erst nach mehr oder weniger umfangreichen Änderungen möglich.

Für eine Sofortbelastung von Implantaten sollte nach Angaben in der Literatur das Drehmoment beim Einbringen zwischen 32 und 45 Ncm betragen [18, 19]. Es wurde deshalb mit der Patientin präoperativ vereinbart, dass eine sofortige prothetische Versorgung der Implantate von der erzielbaren Primärstabilität der Implantate oberhalb 35 Ncm abhängig gemacht werden würde. Wenn eine ausreichende Primärstabilität nicht erreicht worden wäre, wären die Implantate im vorgestellten Fall mit Gingivaformern oder Verschlusschrauben verschlossen und die Suprakonstruktionen erst nach einer belastungsfreien Einheilphase eingegliedert worden.

Insbesondere im weniger kompakten Knochen des Oberkiefers besteht in den ersten zwei bis drei Monaten ausschließlich eine „Übungsstabilität“ des sofort eingegliederten Zahnersatzes. Die „Funktionsstabilität“, das heißt die volle Belastbarkeit des Zahnersatzes, wird erst nach der Osseointegration der Implantate erreicht. Die Patientin wurde deshalb angewiesen, sich in den ersten drei Monaten vorzugsweise durch weiche Kost zu ernähren.

Um ein Höchstmaß an Präzision zu erzielen, werden bei dem Verfahren im Rahmen der Präparation des Implantatbettes alle Bohrer durch Bohrhülsen mit unterschiedlichen Durchmessern geführt. Es muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass zur Vermeidung einer thermischen Knochenschädigung die Drehzahl

bei der Implantatbettaufrbereitung reduziert werden sollte, da das Kühlmedium durch die Schablone und die passgenauen Bohrhülsen partiell vom Ort der Bohrung abgehalten wird. Dies gilt insbesondere bei der Aufbereitung für längere Implantate.

Da bei dem vorgestellten Verfahren der operative Eingriff transgingival ohne die Bildung von Mukoperiostlappen durchgeführt wird, kann die Operationsdauer deutlich verkürzt werden [20]. Zudem wird die Blutversorgung des Knochens nicht gestört, wie dies bei der Ablösung des Periostes geschieht. Hierdurch kann der periimplantäre Knochen maximal erhalten werden [21]. Allerdings muss dem Stanzen der Gingiva in Kombination mit Schleimhautkonditionieren (sogenannte Eröffnungsbohrer) hohe Aufmerksamkeit gewidmet werden, da das Verschleppen von Schleimhautanteilen in den Bohrstollen sowohl zu Ungenauigkeiten bei der Implantatinsertion führen als auch eine Osseointegration behindern kann. Gegebenenfalls muss das gelöste Gewebe mit einem geeigneten Handinstrument vorsichtig entfernt werden. Darüber hinaus kann es durch die Schleimhautstanzung eventuell zu einem Verlust an befestigter Schleimhaut kommen. Gegebenenfalls muss dieser Verlust später mit einem mukogingival-chirurgischen Eingriff ausgeglichen werden.

Falls eine längere Phase der Zahnlosigkeit oder eine aggressive Parodontitis bereits zu umfangreichen Atrophien oder Resorptionen im Bereich des krestalen Kieferkammes geführt hat und die ursprüngliche Kiefer-

kammhöhe durch Augmentation nicht wiederhergestellt werden kann oder soll, muss der Niveauunterschied zwischen der Kieferschleimhaut und dem Zahnhals eventuell durch zahnfleischfarbene Verblendungen imitiert werden. Die Verwendung von fest-sitzendem verschraubtem Zahnersatz bedarf der konvexen Gestaltung der Basis, ähnlich der Beziehung eines Brückengliedes zum Kieferkamm. Eine gute Reinigungsfähigkeit muss für den Patienten gegeben sein, auch bei möglichen Einbußen in der Ästhetik.

Das vorgestellte Verfahren erlaubt die Insertion von Implantaten und das Einsetzen eines verschraubten, definitiven Zahnersatzes in einem Eingriff. Das simultane Vorgehen bei Zahnlosigkeit in beiden Kiefern wurde zwischenzeitlich wiederholt erfolgreich von den Autoren angewandt. Durch die Vorgehensweise kann die Behandlungsdauer stark verkürzt werden. Aufgrund der minimalinvasiven Operationstechnik, bei der unter maximaler Ausnutzung des vorhandenen Knochenangebots auf eine Weichgewebspräparation vollständig verzichtet wird, kommt es nur zu geringen postoperativen Schmerzen und Schwellungen. Voraussetzung für den Einsatz der Methode ist jedoch in vielen Fällen ein ästhetischer Kompromiss, verbunden mit der Akzeptanz von imitierter Schleimhaut durch Kunststoff, wodurch auf aufwändige Hart- und Weichgewebsaugmentationen verzichtet werden kann. Darüber hinaus können auch die Kosten für die implantologische Gesamtrehabilitation mit fest-sitzendem

Zahnersatz durch das vorgestellte Verfahren in beschränktem Umfang gesenkt werden. Der Schritt der Freilegung entfällt ebenso wie die Abformung zur Herstellung der Suprakonstruktion. Dies führt neben der Verkürzung der Behandlungszeit auch zur Reduktion der Materialkosten, da sowohl Gingivaformer als auch Abdruckpfosten und Abformmaterial nicht mehr benötigt werden.

Zusammenfassung

Auch wenn die limitierte Erfahrung derzeit noch die routinemäßige simultane definitive Versorgung beider zahnloser Kiefer mit Implantaten und verschraubtem Zahnersatz in einem Eingriff einschränkt, so rechtfertigen doch erhebliche Vorteile der Methode ihren klinischen Einsatz. Hauptvorteile sind die extreme Verkürzung der

Behandlungsdauer sowie die wesentlich geringere Belastung des Patienten. Dies wurde bei erfolgreicher Anwendung in einem Kiefer bereits in Hunderten von Fällen dokumentiert. Für den therapeutischen Erfolg ist die richtige Indikationsstellung entscheidend, welche vom Behandler eine genaue Einschätzung der erzielbaren Primärstabilität und unmittelbaren Belastbarkeit der Implantate in Abhängigkeit von der Knochenqualität und -quantität sowie der gewählten Suprakonstruktion verlangt. Die definitive Entscheidung über die sofortige Belastbarkeit der Implantate und damit über die Eingliederung des präfabrizierten Zahnersatzes ist jedoch von der Primärstabilität abhängig und fällt letztendlich in der Operation.

Schlussendlich kann auf diese Weise die Akzeptanz der Patienten für eine Rehabilitation mit Implantaten gesteigert werden.

*Dr. med. dent. Tobias R. Hahn
Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Norbert R. Kübler
Klinik für Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tobias.Hahn@med.uni-duesseldorf.de*

*Unter Mitwirkung von Thomas Bartels
und Johannes Ursprung
Dentallabor Bartels & Ursprung
Ruhrstr. 112
45219 Essen*



Die Literaturliste können Sie unter [http://www. zm-online.de](http://www.zm-online.de) abrufen oder in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Differentialdiagnose von Symptomkonstellationen

Ektope Struma als Differentialdiagnose einer submandibulären Metastase

Peer Kämmerer, Martin Kunkel



Abbildung 1: Klinischer Aspekt des linksseitigen Zungenkarzinoms nach vorangegangener Biopsie. Es zeigen sich die typischen morphologischen Merkmale einer zentralen Ulzeration, eines Randwalls und der umgebenden Vorläuferläsionen.



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

Obwohl es sich nach der Bildgebung tendenziell eher um eine benigne Läsion zu handeln schien, wurde vor dem Hintergrund der letztlich unklaren Dignität bei manifestem Zungenkarzinom eine Exploration des rechten Halses im Zusammenhang mit der Tumoresektion vorgenommen. Hier zeigte sich eine gut abgegrenzte Knotenbildung, die am ehesten ektope Schilddrüsenngewebe entsprach (Abbildung 4). In einigen Bereichen waren kleine knotige Indurationen tastbar. In der Schnellschnittdiagnostik ergab sich tatsächlich der Nachweis von typischem Schilddrüsenngewebe (Abbildung 5) so dass der Halseingriff als alleinige selektive anterolaterale Neck-Dissektion der ipsilateralen Seite begrenzt werden konnte.

Eine 61-jährige Patientin wurde zur Weiterbehandlung eines histologisch gesicherten Plattenepithel-Karzinoms des Zungenrandes links zugewiesen (Abbildung 1). Bei der Patientin waren seit zwei Jahren Leukoplakien am Zungenrand links bekannt. Nach deutlichem Progress in den letzten neun Wochen hatte eine Biopsie zur Diagnose-sicherung eines Plattenepithelkarzinoms geführt. Zum Zeitpunkt der Aufnahme lag der maximale Tumordurchmesser bei rund zwei Zentimetern.

Im Rahmen der Tumor-Ausbreitungsdiagnostik ergaben sich sonographisch zwar ipsilateral leicht vergrößerte Lymphknoten medio- und craniocervical, diese wiesen allerdings eine reguläre Binnenstruktur auf und waren nach sonomorphologischen Kriterien nicht metastasensuspекt. Als auffälliger Zusatzbefund fand sich jedoch im vorderen Anteil der rechten submandibulären Loge, also kontralateral des Karzinoms, eine ausgedehnte Raumforderung. Die Raumforderung zeigte keine typischen Strukturen eines Lymphknotens, erschien eher langgezogen und gelappt und hatte sonographisch eine hyperdense, homogene

Textur, die am ehesten an Drüsengewebe erinnerte (Abbildung 2a). Der Befund war aber von der Gl. submandibularis vollständig abgegrenzt. In der Gefäßdarstellung ließ sich eine deutliche Vaskularisation, nicht aber eine Hilusstruktur erkennen (Abbildung 2b). Die klinisch palpatorisch weiche Läsion zeigt in der CT-Darstellung eine deutliche Kontrastmittelaufnahme (Abbildung 3), allerdings keine typischen Merkmale ausgedehnter Metastasen, beispielsweise zentrale Nekrosen.



Abbildung 2: Sonographie: In der sonographischen Diagnostik fiel eine echoreiche, eindruckbare, länglich oval konfigurierte Raumforderung auf der kontralateralen Seite des Karzinoms auf. Strukturmerkmale eines Lymphknotens lagen nicht vor. In der Gefäßdarstellung (B) waren versorgende Gefäße gut darstellbar.

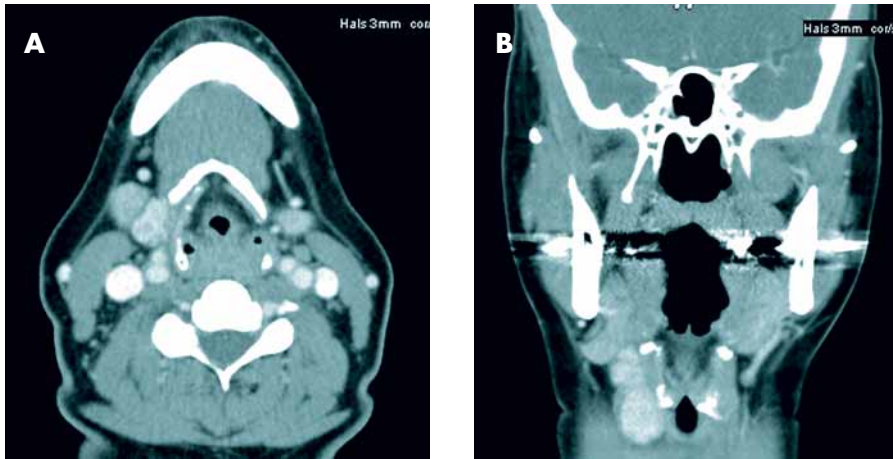


Abbildung 3: CT Diagnostik: In der CT-Darstellung zeigt sich eine deutliche Kontrastmittelaufnahme des Gewebes, allerdings fehlen typische Zeichen ausgedehnter Metastasen.

Diskussion

Die Schilddrüse entwickelt sich aus einem medianen und zwei lateralen Ursprüngen der embryonalen Schlundtaschen und vollzieht in ihrer Entwicklung einen Descensus, das heißt eine caudale Verlagerung. Anfangs steht sie noch über dem später obliterierten Ductus thyreoglossus mit dem

Mundboden in Verbindung, nimmt schließlich ihre endgültige Position kaudal und ventral der Cartilago thyroidea vor der Trachea ein. Kommt es zu Abnormitäten in der Entwicklungsphase, kann dies entweder in einem defekten Organsystem oder/und in ektopem thyreoidalem Gewebe resultieren. Ektopes thyreoidales Gewebe leitet sich nach dem heutigen Kenntnisstand aus

thyreoidalen embryonalen Zellen ab, die während der Entwicklungsphase nicht mit dem Hauptteil der Schilddrüse verschmelzen [Pang, 1998]. Sie sind also ein Resultat einer abnormalen medialen Zellmigration. Je nach dem Zeitpunkt dieser Fehlentwicklung können ektople Strumen typischerweise vom Zungengrund bis zu dem Verlauf des Ductus thyreoglossus vorkommen. Am häufigsten finden sich ektople Strumen im Zungengrund [Batsakis et al., 1996]. Extralinguale Lokalisationen sind vor allem der vordere cervicale Bereich in der Mittellinie entlang des Ductus Thyreoglossus. Alle Lokalisationen außerhalb der Mittellinie und außerhalb des Bereiches der zweiten bis vierten Cartilagines tracheales sind sehr selten [Kumar et al., 2001] und werfen daher oft diagnostische Probleme auf.

Die klinische Manifestation ist in der Regel unspezifisch. Meist handelt es sich um Zufallsbefunde. So legen bei unbekannter Inzi-

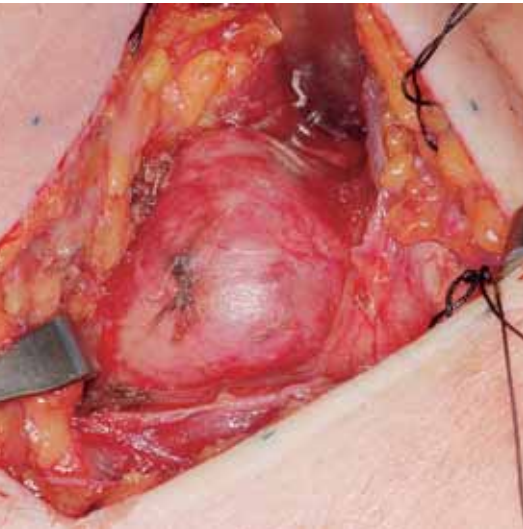


Abbildung 4: OP-Situs: Intraoperativ stellte sich ein gut abgegrenzter, knotenartiger Befund mit einer straffen Kapsel dar.

denz dieses Krankheitsbildes post-mortale Befunde aus Autopsien nahe, dass asymptomatisches Schilddrüsengewebe entlang des Ductus Thyreoglossus in sieben bis zehn Prozent aller Erwachsenen gefunden werden kann [Sauk, 1970]. Das Gewebe kann sowohl zu einer euthyreoten als auch zu einer hypo- und hyperthyreotischen Stoffwechsellage führen. Eine maligne Transformation von ektopem Schilddrüsengewebe ist extrem selten. Die Behandlung der Wahl

ist die chirurgische Entfernung, wobei ein eindeutiger Nachweis von regulärem Schilddrüsengewebe (Feinnadelaspiration und Szintigraphie) in Abhängigkeit von allgemeinen Operationsrisiken auch eine L-Thyroxin-Substitutionstherapie erlaubt [Kousta et al., 2005], sofern nicht übergeordnete diagnostische Notwendigkeiten bestehen.

Für die Praxis soll dieser Fall daran erinnern, dass auch bei einem eindeutigen Erstbefund ein völlig unabhängiger, weniger wahrscheinlicher Zweitbefund vorkommen kann. Hierbei können, wie im vorliegenden Fall, günstige Konstellationen, das heißt, ein benigner Zweitbefund bei malignem Erstbefund, aber genauso ungünstige Kombinationen, wie ein maligner Zweitbefund bei einem benignen Erstbefund, vorkommen. Aus dem zeitgleichen oder dem benachbarten Auftreten (oder dem Erkennen) zweier Befunde kann daher nicht immer gefolgert werden, dass diese auch auf eine gemeinsame Pathologie zurückgeführt werden müssen.

Dr. Peer Kämmerer
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

■ Ektope Schilddrüsenanteile sind nicht selten und leiten sich von thyreoidalen embryonalen Zellen ab, die während der Entwicklungsphase nicht mit dem Hauptteil der Schilddrüse verschmelzen.

■ Die typische Lage ektopter Schilddrüsengewebe ist die Mittellinie entlang des Ductus thyreoglossus, also die Region des embryonalen Descensus.

■ Unabhängig von der Dignität können zeitgleich aufgetretene oder zeitgleich erkannte Befunde völlig unterschiedliche Ursachen haben. Auch scheinbar ursächlich zusammenhängende Raumforderungen erfordern daher immer eine abschließende separate Diagnostik.



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



Die Literaturliste können Sie unter <http://www.zm-online.de> abrufen oder in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

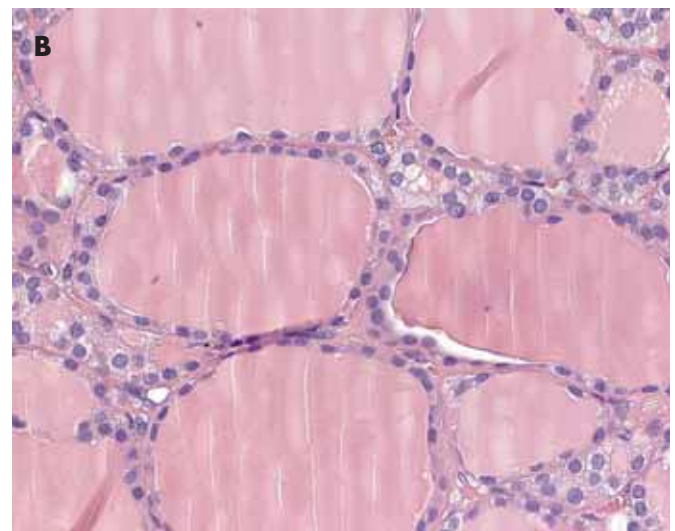
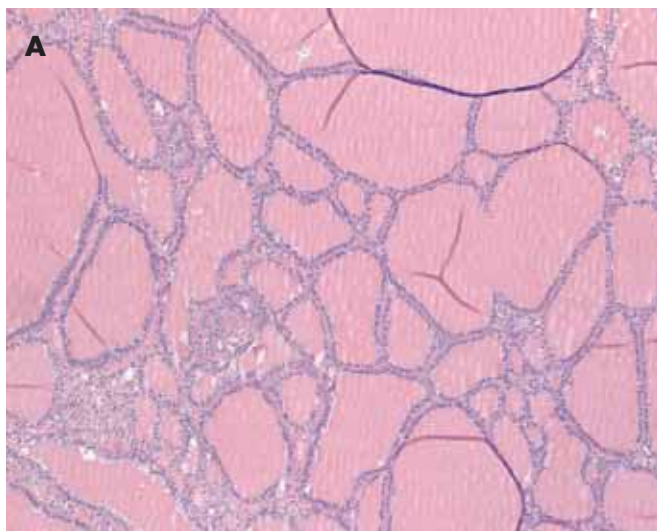


Abbildung 5: Histologischer Aspekt: Es stellt sich der typische Aspekt von Schilddrüsengewebe dar. In den Übersichtsaufnahmen (Teilabbildung links: HE, Originalvergr. 100x) zeigen sich die Kolloid-haltigen Schilddrüsenfollikel. Die Detailaufnahme (Teilabbildung rechts: HE, Originalvergr. 400x) lässt an der geringen Höhe des Follikel-epithels erkennen, dass es sich um eine überwiegend inaktive Drüse handelt. Das histologische Präparat wurde von Dr. Hansen, Institut für Pathologie der Johannes Gutenberg-Universität, zur Verfügung gestellt.

Dissertationspreis Perfekter Zahnersatz

Überlebenszeitanalysen von teleskopverankerten Teilprothesen und ihre Folgekosten

Der diesjährige Dissertationspreis des Kuratorium Perfekter Zahnersatz wurde anlässlich einer Pressekonferenz am 10. Oktober 2007 in Hamburg verliehen. Die diesjährige Preisträgerin kommt aus der Poliklinik für Prothetik Marburg/Gießen und stellt im Folgenden ihre Untersuchung als Zusammenfassung vor (Anm. der Red.).

Im Rahmen der retrospektiven Longitudinalstudie wurden neben der klinischen Bewährung der Teleskop-Prothesen deren Instandhaltungskosten evaluiert. Die Kostenkalkulation wurde unter Berücksichtigung technischer sowie biologischer Mängel der Prothese beziehungsweise des Prothesenlagers und deren notwendigen Korrekturen erstellt. Die Zeitpunkte der Wiederherstellungsmaßnahmen wurden festgehalten und die Kosten den Funktionsperioden der Teleskop-Prothesen zugeordnet. Zudem

wurde der Einfluss einiger Faktoren auf die Überlebensdauer der Teleskop-Prothesen, deren Pfeilerzähne sowie auf Art und Anzahl der Prothesenwiederherstellungen ermittelt. Der Einfluss eines Nachsorgeprogramms wurde besonders berücksichtigt. Die Grundlage der Studie bilden die Daten von 554 Teleskopprothesen, die mit einer teleskopverankerten Teilprothese versorgt wurden. Alle Prothesen wurden in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik des Medizinischen Zentrums für Zahn-, Mund- und

Kieferheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen hergestellt.

Von den 554 untersuchten teleskopverankerten Teilprothesen kam es im Beobachtungszeitraum von durchschnittlich 5,29 Jahren in lediglich 26 Fällen zu einem Funktionsverlust (4,7 Prozent), so dass neuer Zahnersatz angefertigt werden musste. In 15 Fällen konnte eine neue teleskopverankerte Teilprothese inkorporiert werden. In elf Fällen musste eine Totalprothese angefertigt werden. Nach durchschnittlich 6,4 Jahren waren noch 90 Prozent der ursprünglich eingegliederten Prothesen vorhanden, nach durchschnittlich 9,34 Jahren waren dies noch 50 Prozent.

Von den 1 758 Pfeilerzähnen wurden im Beobachtungszeitraum 66 Zähne extrahiert (3,8 Prozent). In den meisten Fällen (47 Prozent) war die Extraktion aufgrund einer Zahnfraktur indiziert. Die 90-prozentige Überlebenswahrscheinlichkeit der Pfeilerzähne lag bei 6,9 Jahren. Die 50-prozentige Überlebenswahrscheinlichkeit wurde im Untersuchungszeitraum nicht unterschritten. Die Teilnahme der Patienten an einem Nachsorgeprogramm hatte einen signifikant positiven Einfluss auf die Überlebensdauer der Teleskop-Prothese sowie auf deren Pfeilerzähne.

Maßnahmen zur Wiederherstellung

Die Wiederherstellungsmaßnahmen wurden in folgender, numerisch absteigender Reihenfolge durchgeführt: Entfernung von Druckstellen (26 Prozent), Instandsetzung von Verblendungen (22 Prozent), Unterfütterungen (16 Prozent), Rezementierungen

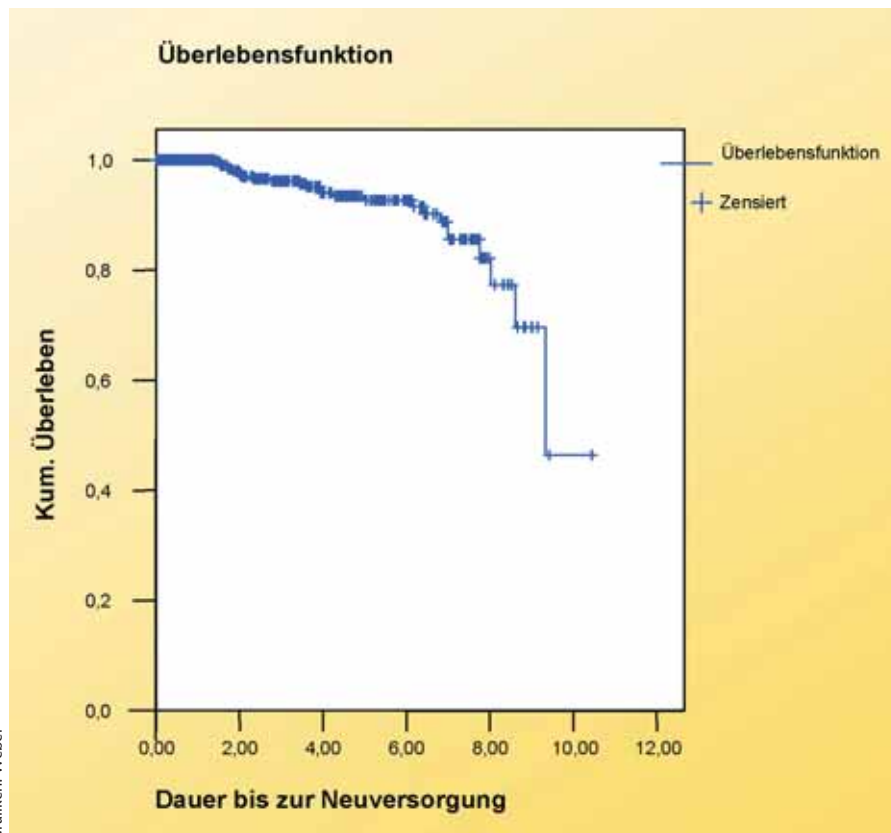


Abb.: 1 Kaplan-Meier-Analyse – Zielereignis – prothetische Neuversorgung nach Funktionsverlust der Teleskopprothese



Abb.: 2 Anteil der einzelnen Wiederherstellungsmaßnahmen an der Gesamtanzahl aller Prothesenkorrekturen.

gelöster Primärkronen (10 Prozent), Wiederbefestigung gelöster Prothesenzähne (7 Prozent) und Behandlung von Pfeilerzähnen (6 Prozent). Neuaufstellung der Prothesenzähne, Erweiterung von Prothesen, Reparatur der Kunststoffbasis der Prothesen, Verbesserung der Friktion zwischen Primär- und Sekundärteleskop, Neuanfertigung oder Instandsetzung von Primärkronen und Gerüsten sowie Reparaturen an der Metallbasis nahmen jeweils nicht mehr als 3 Prozent aller Maßnahmen ein.

Im ersten Funktionsjahr der teleskopverankerten Teilprothesen wurden im Vergleich zu den übrigen Jahren die meisten Korrekturen durchgeführt. Diese waren überwiegend auf Fehler bei der Herstellung der Prothesen und auf Adaptationsprobleme der Patienten zurückzuführen. Demzufolge war im ersten Jahr nach der Protheseninkorporation auch mit den höchsten Instandhaltungskosten von zirka 100 Euro pro Prothese zu rechnen. In den weiteren Jahren sank dieser Wert auf zirka 55 Euro pro Jahr. Insgesamt verursachten Reparaturen an den Verblendungen der Sekundärteleskope die höchsten Kosten in der Funktionsperiode der Prothesen. Über ein Drittel (216

Euro) der Gesamtfolgekosten von durchschnittlich 522 Euro pro Zahnersatz wurde durch die Instandsetzung der Verblendungen hervorgerufen. Sofortprothesen erhöhten den Wiederherstellungsbedarf und demzufolge die Instandhaltungskosten des Zahnersatzes. Die Prothesenlokalisierung (Ober- oder Unterkiefer) sowie die Anzahl und die Topographie der Pfeilerzähne im Kiefer hatten insgesamt keinen Einfluss auf die Höhe der Instandhaltungskosten.

Dr. Andrea Weber
Schwarzacker 31 a
35392 Gießen
annywe@yahoo.de

Repetitorium

Die Sepsis

Eine medizinische Herausforderung ist die Behandlung der Sepsis. Die Erkrankung macht nach den Herz-Kreislauf- und den Krebserkrankungen die dritthäufigste Todesursache hierzulande aus, steht aber weit weniger im öffentlichen Bewusstsein als Herz-Kreislaufferkrankungen oder Krebs.

Pro Jahr erkranken in Deutschland rund 52 000 bis 75 000 Menschen an einer schweren Sepsis oder einem septischen Schock. Das entspricht einer Inzidenz von 76 bis 110/100 000 Einwohner. Dies ist das Ergebnis einer bundesweiten Querschnittsstudie auf Initiative des Kompetenznetz Sepsis (SepNet). Die Kohortenstudie hat weiter ergeben, dass nach wie vor bei der Sepsis eine hohe Sterblichkeit besteht: Rund 55 Prozent der Sepsis-Patienten versterben, wobei eine direkte Korrelation zur Schwere der Erkrankung besteht und unabhängig davon auch zum Vorliegen eines akuten Nierenversagens.

Wie groß das Problem ist, zeigen zwei weitere Zahlen: Geschätzt wird, dass jährlich in den USA rund 200 000 Todesfälle auf das Konto der Sepsis gehen. Die Zahl der Menschen, die weltweit an der Sepsis oder einem septischen Schock erkranken, wird mit rund 18 Millionen angegeben.

Die Sepsis-Sterblichkeit wird allerdings weit unterschätzt: So sterben konkret jährlich in Deutschland rund 40 bis 57 000 Menschen durch eine Sepsis oder einen septischen Schock. Die vom Statistischen Bundesamt hierfür angegebenen Zahlen geben aber nur eine Erkrankungshäufigkeit von 39 000 Fällen an und bleiben mit angeblich 6 000 Todesfällen nach Angaben des SepNet weit hinter der Realität zurück.

Das Expertengremium hat zudem errechnet, dass die Sepsis zu den kostenintensiven



Geschätzt wird, dass jährlich in den USA rund 200 000 Todesfälle auf das Konto der Sepsis gehen. Die Zahl der Menschen, die weltweit an der Sepsis oder einem septischen Schock erkranken, wird mit rund 18 Millionen angegeben.



Diese banale und für Kinder übliche Verletzung kann schwerwiegende Folgen haben: die Sepsis.

Foto: U. Nuskó

Erkrankungen gehört: Allein für die direkten Kosten, die bei der intensivmedizinischen Behandlung septischer Erkrankungen anfallen, müssen die gesetzlichen Krankenkassen jährlich 1,7 Milliarden Euro aufwenden. Das sind etwa 30 Prozent der Gesamtkosten der Intensivmedizin. Allerdings müssen Patienten mit Sepsis im Durchschnitt 16 Tage auf einer Intensivstation behandelt werden und verbleiben im Mittel 32 Tage in der Klinik.

Krankheitsgrundlagen

Der Begriff der Sepsis, der Volksmund spricht auch von der Blutvergiftung, leitet sich von der griechischen Bezeichnung für „Fäulnis“ ab. Die Erkrankung, die in früherer Zeit auch als „Wundfäule“ bezeichnet wurde, ist die „aggressivste Form einer Infektion, hervorgerufen durch Mikroorganis-

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.

men oder deren Toxine“ – so die Definition des Kompetenznetz Sepsis. Sie geht auf eine übersteigerte Reaktion der Abwehr auf eindringende Bakterien oder Pilze oder deren Toxine, zurück mit anschließendem Versagen des Immunsystems. Es kommt zu einer komplexen systemischen inflammatorischen Wirtsreaktion auf die Infektion, wobei die Situation zum Organversagen und weiter zum Multiorganversagen und so zum Tode des Patienten führen kann.

Voraussetzung ist eine massive Invasion der Erreger – sei es infolge einer eingeschränkten Immunabwehr oder durch die Invasion über wenig geschützte Räume, wie die Bauchhöhle, das Gehirn oder die Lunge. Am häufigsten geht die Sepsis von einer Pneumonie aus, aber auch Infektionen der Harnwege und der Geschlechtsorgane können ein Ausgangspunkt sein, ebenso Infektionen der Bauchorgane, Wund- und Weichteilinfektionen, Infektionen des Nervensystems, Herzklappenentzündungen oder zum Beispiel Katheterinfektionen.

Über den Blutkreislauf kommt es zur systemischen Ausbreitung der Infektion, wobei der lokale Herd die systemische Reaktion wie ein Motor unterhält. Auch proinflammatorische Zytokine, wie beispielsweise der Tumornekrosefaktor α (TNF α), sowie Interleukine triggern die Entzündungsreaktionen.

Entsprechend der Schwere der Erkrankung wird von einer Sepsis, von einer schweren Sepsis oder vom septischen Schock gesprochen. Es gibt jedoch zwischen den einzelnen Formen keine strengen Grenzen, sondern fließende Übergänge. Wegen der enormen Gefährdung des Patienten ist stets eine intensivmedizinische Behandlung angezeigt. Dabei müssen in aller Regel Organfunktio-

nen unterstützt oder sogar ersetzt werden, sei es zum Beispiel durch eine mechanische Beatmung, eine Nierenersatztherapie oder eine spezielle Kreislaufbehandlung. Denn die hohe Sterblichkeit der Sepsis geht in erster Linie auf den Ausfall lebenswichtiger Organfunktionen zurück.

Anstieg der Häufigkeit

Generell wird künftig mit einem weiteren Anstieg der Sepsisfälle in Deutschland gerechnet. Ursache ist die hohe Zahl immunsupprimierter Patienten beispielsweise nach Organtransplantationen. Doch auch die Zahl der nicht immunsupprimierten Betroffenen steigt an. Denn die Patienten auf Intensivstationen werden zunehmend älter, was zum einen durch die demografische Entwicklung bedingt ist, zum anderen dadurch, dass heutzutage häufiger auch invasive Therapiemaßnahmen bei älteren und alten Menschen und allgemein bei Hochrisikopatienten vorgenommen werden.

Aufgrund der medizinischen Fortschritte überleben außerdem Patienten auf Intensivstationen weit länger als früher. Sie erleben schon bedingt durch die Erkrankung eine gewisse Immunsuppression, was der Entwicklung opportunistischer Infektionen und vor allem der Entwicklung von Pilzinfektionen Vorschub leistet. Die Patienten werden ferner zwangsläufig mit Antibiotika behandelt, was im Einzelfall notwendig sein mag, insgesamt aber den Selektionsdruck bei Krankheitskeimen forciert und das Auftreten von Resistenzen begünstigt.

Symptome der Sepsis

An eine Sepsis ist zu denken, wenn ein Patient als Folge einer Infektion mit Fieber über 38,8 °C und Schüttelfrost oder einer Hypothermie unter 35,5 °C reagiert, und das insbesondere, wenn diesen Symptomen ein chirurgischer oder allgemein ein invasiver Eingriff voranging. Charakteristische Symptome sind außerdem die Tachypnoe mit mehr als 25 Atemzügen pro Minute, eine Hypokapnie, eine Tachykardie mit mehr als 100 Schlägen pro Minute sowie eine Leukozytose (über 12 000/mm³) oder eine

Leukopenie (unter 4 000/mm³). Auch Organfunktionsstörungen können auf eine Sepsis hinweisen. Sie können sich in Form von Bewusstseinsstörungen bemerkbar machen, über eine Hypoxämie, eine Hyperlaktatämie, eine verminderte Urinausscheidung und einen Blutdruckabfall.

Erregernachweis

Besteht der klinische Verdacht auf eine Sepsis, so müssen schnellstmöglich Blutkulturen zum Erregernachweis angelegt werden. Dies sollte im Idealfall geschehen, ehe eine antimikrobielle Therapie eingeleitet wird, da diese ansonsten infolge bereits eingesetzter Therapieeffekte ein falsches Bild ergeben könnte.

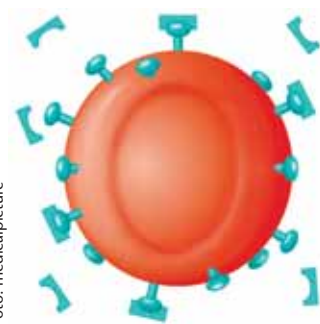


Foto: medicalpicture

Ist der Patient bereits mit Antibiotika vorbehandelt, so sollten die Blutkulturen entsprechend der Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft unmittelbar vor der nächsten Gabe des Wirkstoffs abgenommen werden. Nur bei jedem dritten Patienten lässt sich allerdings tatsächlich eine Bakteriämie nachweisen.

Erregerspektrum

Bei den Ursachen der Sepsis stehen Kokkeninfektionen nach Angaben des Kompetenznetz Sepsis im Vordergrund. Sie sind, so gibt die Gesellschaft an, für nahezu die Hälfte aller Infektionen auf Intensivstationen verantwortlich. Neben Pneumokokken bei den ambulant erworbenen Pneumonien werden laut SepNet zunehmend Staphylokokken und Enterokokken nachgewiesen. Im gramnegativen Bereich nennen die Experten als häufige Verursacher einer Sepsis Enterobacteriaceae wie *E. coli* und Klebsiellen. Es ist jedoch zunehmend auch mit Problemkeimen

wie *Pseudomonas aeruginosa* zu rechnen sowie mit multiresistenten Keimen, die sich, so heißt es in einer Übersichtsarbeit der Gesellschaft „mehr und mehr auf Intensivstationen ausbreiten“.

Erste Therapiemaßnahme – die Fokussanierung

Die Behandlung ruht auf mehreren Säulen: Primär muss nach dem Infektionsherd gefahndet und versucht werden, diesen zu eliminieren. Die Liste der möglichen Infektionsherde ist lang. Es kommen Wundinfektionen infrage, tiefe Atemwegsinfektionen und intraabdominelle Infektionen.

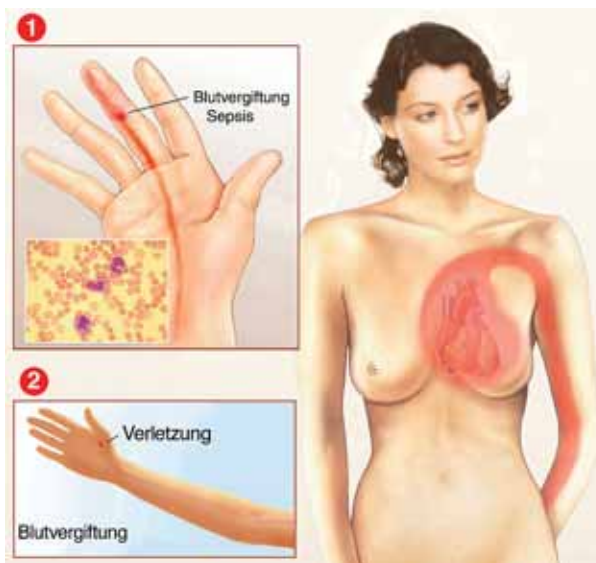
Auch kann eine Erregerinvasion über Katheter, zum Beispiel über einen zentralen Venenkatheter, zur Sepsis führen. Ein routinemäßiger Wechsel intravasaler Katheter mindert die Sepsisgefahr laut Leitlinien aber nicht, weshalb die Katheter nur bei Anzeichen einer Infektion zu wechseln sind. Außerdem ist generell bei Patienten, die länger als 48 Stunden beatmet werden, mit einer so genannten ventilator-assoziierten Pneumonie zu rechnen.

Ist der Infektionsherd bekannt, so muss eine möglichst umfassende Fokussanierung erfolgen. Konkret bedeutet das, dass gegebenenfalls Implantate entfernt werden müssen oder dass Katheter zu wechseln sind. Eventuell ist eine Inzision eines Abszesses erforderlich oder eine Wunderöffnung und Nekrotomie, eine Fasziotomie oder sogar eine Amputation. Je nach Infektionsherd kann auch eine operative Behandlung einer Peritonitis notwendig werden, eine Peritoneallavage, eine Drainage oder eine Enterostomie.

Frühzeitig, kalkuliert und hochdosiert

Von entscheidender Bedeutung für das Überleben der Patienten ist die Antibiotikatherapie. Es kommt darauf an, dass die Patienten rasch ein effektiv wirksames Antibiotikum erhalten, wobei nach dem Prinzip „Hit

early – hit hard“ vorgegangen wird, um mit hoher Wahrscheinlichkeit die infrage kommenden Erreger zuverlässig zu eliminieren. Denn eine inadäquate initiale Antibiotikabehandlung ist, so das Kompetenznetz Sepsis, der größte Risikofaktor für den Patienten. Wie wichtig die frühzeitige Behandlung ist, zeigte eine Untersuchung bei mehr als 2000 Patienten mit septischem Schock: In der Studie stieg die Sterblichkeit mit jeder Stunde, die die Antibiotikatherapie später einsetzte, um sieben Prozent an.



Das Schema der Blutvergiftung – eine kleine Verletzung kann, sofern Streptokokken im Spiel sind, zum Tode führen.

Das bedeutet zugleich, dass die Wahl des Antibiotikums praktisch „blind“ erfolgen muss, da der Erregernachweis aus der Blutkultur frühestens innerhalb von 24 bis 48 Stunden vorliegt, sofern überhaupt ein Keimnachweis gelingt. Es ist deshalb initial ein Antibiotikum mit breitem Wirkspektrum und hoher Bakterizidie in ausreichend hoher Dosierung zu wählen, das gegen alle zu erwartenden Erreger zuverlässig wirksam ist. Dabei sind unbedingt allgemein bekannte und vor allem die lokalen Resistenzen zu berücksichtigen.

Resistenzentwicklung

Schon seit gut zehn Jahren registrieren die Infektiologen eine zunehmende Resistenzentwicklung der Bakterien gegenüber den Standardantibiotika.

Besonders problematisch ist dabei die Zunahme von Keimen wie Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA), Vancomycin-resistenten Enterokokken sowie allgemein von multiresistenten Erregern, die immer häufiger ein Problem in der Intensivmedizin darstellen. Ursache der Entwicklung multipler Resistenzen sind in der Mehrzahl der Fälle frühere Antibiotikagaben, wobei Wirkstoffe mit schmalen Wirkspektrum eher Resistenzen triggern als sogenannte Breitbandantibiotika.

Mit Antibiotika behandelt wird üblicherweise für zehn bis 14 Tage, doch ist die Therapiedauer im Fluss: Einerseits muss die Behandlung ausreichend lange erfolgen, so dass die Erreger zuverlässig eliminiert werden, andererseits fördert eine zu lange Antibiotikagabe die Resistenzentwicklung.

Begleitende Therapiemaßnahmen

Neben der Sanierung des Infektionsherdes und der Antibiotikagabe ist in vielen Fällen im Rahmen der intensivmedizinischen Überwachung und Betreuung eine Beatmung der Patienten erforderlich. Es sind außerdem supportive Maß-

nahmen indiziert, wobei es primär um eine Stabilisierung der hämodynamischen Situation geht. Wichtig ist eine adäquate Volumensubstitution, und auch die Ernährung spielt bei der Sepsis eine wichtige Rolle. So zeigte eine Metaanalyse der vorliegenden Studiendaten, dass eine frühe enterale oder auch orale Ernährung bei Patienten mit chirurgischem Eingriff am Gastrointestinaltrakt die Infektionsrate nicht steigert, sondern vermindert und zudem die Klinikverweildauer reduziert.

In den Sepsis-Leitlinien wird ferner perioperativ zu immunmodulierenden Sondennahrungen bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und solchen nach Polytrauma geraten. Denn auch diese Maßnahme führe zu weniger Infektionen und einer kürzeren Liegezeit in der Klinik, so heißt es. Ferner wird die intensivierete Insulintherapie propagiert,

Repetitorium



Sepsis

Auch wenn eine Sepsis vor allem durch eine Invasion der Erreger aus Bauchhöhle, Urogenitaltrakt, Gehirn und Lunge ausgelöst wird, so kann auch die Mundhöhle aufgrund ihrer hohen Dichte und Vielfalt der Keime eine Quelle für die Erregerinvasion sein. Betroffen sind davon aber in erster Linie Patienten mit inkompetentem Immunsystem. Die Aussaat der Erreger kann entweder aus einem akuten lokalen infektiösen Prozess im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich (Infiltrat, Abszess, Phlegmone) erfolgen, oder aber erst nach einer primären Organstreuung. Dies ist zum Beispiel eine fortgeleitete Infektion nach intracerebral (Sinus cavernosus) oder als Folge einer Bakteriämie mit sekundärer Organmanifestation, wie Endokarditis oder Glomerulonephritis. Da die Bakteriämie letztlich nicht vermeidbar ist (zum Beispiel im Rahmen der Ernährung und Mundhygiene) nimmt auch hier die Infektionsprophylaxe durch Keimreduktion eine zentrale Rolle ein.

Sehr sorgfältig muss beim Nachweis typischer Mundhöhlenkeime in der Blutkultur

eine Fokussuche im orofacialen System durchgeführt werden. In Absprache mit den behandelnden Intensivmedizinern erfolgt dann unter antibiotischem Schutz die Sanierung in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand und der Prognose des Patienten.

Die konsequente Behandlung bestehender akuter oder chronischer dentogener Infektionen in angemessenem Abstand vor der Suppression des Immunsystems sollte, wann immer möglich, angestrebt werden. Dabei richtet sich die Radikalität einer solchen Sanierung inzwischen nach dem Ausmaß und der Dauer der geplanten Immunsuppression. Leider ist die Umsetzung dieses Prophylaxekonzeptes aber immer noch nicht Routine, sondern im Wesentlichen von der Qualität einer bestehenden Kooperation von Medizinern der verschiedenen Fachrichtungen und Zahnmedizinern abhängig.

*Priv. Doz. Dr. Dr. Monika Daubländer
Johannes Gutenberg Universität
Klinik und Poliklinik für Zahn-,
Mund- und Kieferkrankheiten
Augustusplatz 2
55131 Mainz*

mit dem Ziel von Blutglukosewerten zwischen 4,4 und 6,1 mmol/l. Denn eine kontinuierliche intravenöse Verabreichung von Insulin führt nach Angaben der Experten bei postoperativen Intensivpatienten, die beatmet werden, zu einer Reduktion des Risikos für ein septisches Multiorganversagen und auch zur Reduktion der Sterblichkeit. In den Leitlinien wird deshalb generell bei postoperativen Intensivpatienten eine intensivierete Insulintherapie schon von Beginn der Intensivbehandlung an empfohlen. Allerdings müssen die Patienten engmaschig überwacht werden, um drohende Hypoglykämien rechtzeitig zu erkennen.

Als sinnvoll wird außerdem die Behandlung mit rekombinantem aktiviertem Protein C bei Patienten mit Versagen von mindestens zwei Organen erachtet, da Studien für eine derartige Therapie Überlebensvorteile dokumentiert haben. Bei Patienten mit voraus-

sichtlich längerer Beatmungsdauer raten die Infektiologen außerdem zu einer selektiven Darmkontamination, da in Studien für eine solche Maßnahme ebenfalls eine Reduktion der Rate nosokomialer Infektionen belegt wurde.

Auch ohne, dass entsprechende Studien bei Intensivpatienten dazu vorliegen, wird ferner eine Thromboseprophylaxe als indiziert angesehen. Nicht empfohlen wird dagegen die routinemäßig antimykotische Therapie, da Vorteile einer solchen Intervention nicht ausreichend durch Daten belegt sind.

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

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

19. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie

Eine rundum ergonomische Tagung

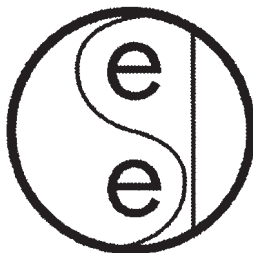
Nach der erfolgreichen Jahrestagung 2006 in Porto, Portugal, trafen sich in diesem Jahr am 1. und 2. Juni an der zahnärztlichen Ergonomie interessierte Vertreter aus Industrie, von Hochschulen sowie praktizierende Zahnärzte im rumänischen Constanta.

Der Präsident der Rumänischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE), Dr. Cristian Andrej Comes, Bukarest, und der Präsident der EGZE, Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans, Aachen, konnten knapp 100 Kolleginnen und Kollegen sowie Vertreter der Industrie zu einem interessanten Tagungsprogramm einschließlich Hands-On-Kursen im Campus-Gebäude der Universität und der dortigen Zahnklinik begrüßen. Die Teilnehmer der Tagung kamen aus den zwölf europäischen Nationen Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Großbritannien, Italien, Israel, Niederlande, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakien und Spanien.

Ergonomie interdisziplinär

Themenschwerpunkte waren in diesem Jahr neue Entwicklungen auf dem Gebiet der zahnärztlichen Ergonomie, die Ausbildung an den Hochschulen und die Möglichkeiten der Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen auch aus dem nicht zahnärztlichen Bereich. Das Programm verteilte sich in zehn Programmblocken über zwei Tage, wobei Hands-on-Demonstrationen und Übungen im Rotationsverfahren in der Zahnklinik stattfanden.

Im ersten Vortragsabschnitt „Developments in Ergonomics“ berichtete der EGZE-Präsident über die Vergangenheit, den Status quo und die Zukunft der Organisation und stellte fest, dass die EGZE nach ihrem Tiefpunkt in 2004 wieder aktiv und auf einem guten Weg ist. Zur Strukturierung der zukünftigen Arbeit definierte Professor Rotgans fünf Pfeiler, auf denen der Erfolg der zahnärztlichen Ergonomie in Europa gründen soll: Jahrestagungen (die bis 2010 gesichert sind: Italien, Polen, Belgien); ergonomie-evidente basierte Entwicklung von



Hands-On-Demonstration in der Zahnklinik in Constanta, sitzend Prof. Hokwerda

Fotos: EGZE

zahnärztlicher Ausrüstung; das während der Jahrestagung der Association of Dental Education in Europe 2006 in Krakow lancierte DentErgoEd-Projekt; die Gründung von nationalen Ergonomie-Gesellschaften und schließlich die Beteiligung an wissenschaftlichen Projekten (beispielsweise im Rahmen von FP7 der EU).

Digitale Technologie und Ergonomie

Im zweiten Vortragsblock „IT in Dental Equipment“ konnten Kim Soerensen, Dänemark, und Osku Sundqvist, Finnland, Möglichkeiten und Auswirkungen digitaler Technologie auf Funktion und Abläufe rund um den zahnärztlichen Arbeitsplatz zeigen.

Es wurde deutlich, dass IT völlig neue Möglichkeiten erschließt, Arbeitsabläufe zu strukturieren und zu vereinfachen. Allerdings muss die Einbindung in das Arbeitsumfeld der Zahnarztpraxis noch diskutiert und möglichst durch Studien evaluiert werden. Die Akzeptanz der Zahnärzte für solche neuen Technologien kann offenbar

nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden, es ist dazu noch viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit erforderlich.

Kopfstützen im Visier

Im dritten Vortragsblock „Development of Equipment“ berichteten zwei weitere Vertreter aus der Industrie, Nicole Eloo, Deutschland, und Richard Goet, Niederlande, über Überlegungen zur Entwicklung von Kopfstützen. Verschiedene Philosophien offenbarten sich, die dennoch alle zu ergonomisch vertretbaren Ergebnissen führen. Die Notwendigkeit für einen intensiven Erfahrungsaustausch zwischen Industrie und Anwendern wurde in beeindruckender Weise offensichtlich. Nur so ist

es möglich, sinnvolle Entwicklungen voranzubringen und Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Die von der Arbeitsgruppe um Professor Hokwerda, Niederlande, in den letzten Jahren entwickelten und bereits auf den letzten beiden Jahrestagungen in ihrer Entwicklung vorgestellten „Ergonomic Requirements for Dental Equipment“ stellen in sofern eine wichtige evidenz-basierte Grundlage für die Überlegungen der Industrie und für die zahnärztliche Ausbildung dar.

Ausbildung an der Hochschule

Der zweite Themenschwerpunkt, die Ausbildung auf dem Gebiet der zahnärztlichen Ergonomie, („Teaching Dental Ergonomics“), wurde durch sechs Vorträge von Werner Betz, Deutschland, Rolf de Ruijter,



Der neue EGZA-Vorstand: (v.l.n.r.) Dr. Anna Szymanska, Polen, Prof. Oene Hokwerda, Niederlande, Prof. Rotgans und Dr. Werner Betz, beide Deutschland, Dr. Mieke de Bruyne, Belgien, Daniele Beretta, Italien, João Freitas Dias, Portugal

Niederlande, Lars Bergmans, Belgien, Alan Hopwood, Großbritannien, Oene Hokwerda, Niederlande, und Mirella Anghel, Rumänien, behandelt. Es konnte übereinstimmend festgestellt werden, dass die Ergonomie ein bisher noch nicht konsequent in den Curricula berücksichtigtes Ausbil-

dungsthema ist, obwohl aktuelle Studien an verschiedenen Universitäten zeigen, dass bereits mehr als zwei Drittel der Studierenden der höheren Semester über Beschwerden klagen, die auf die Belastung bei der zahnärztlichen Tätigkeit zurückzuführen sind.

In den Niederlanden ist zu beobachten, dass die von der EU-Legislative gestützten nationalen Arbeitsschutzgesetze dahingehend ausgelegt werden, dass Studierende als Arbeitnehmer verstanden werden, welche Anspruch auf ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze haben. Somit wäre die Verantwortung von Industrie, Arbeitgebern und Hochschulen für eine möglichst wenig belastende Berufsausübung juristisch definiert. Es könnten also zukünftig Rechtsfolgen aufgrund unzureichender Ausbildung und Bereitstellung ergonomisch mangelhafter Arbeitsplätze entstehen.

zm-Info

Immer eine Reise wert

Constanta war für die Europäische Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie aus vielerlei Sicht ein besonderer Tagungsort. Nicht nur, weil die Stadt im neuen EU-Staat Rumänien und am Schwarzen Meer liegt und schon deshalb eine Reise wert war, sondern auch, weil die Gesellschaft von der Medizinischen Universität im bulgarischen Varna und der Zahnmedizinischen Fakultät der „Ovidius“ Universität mit der neu gegründeten Rumänischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie zur Durchführung ihrer Tagung in großzügiger Weise eingeladen worden war.

Das Tagungsthema des Gastgebers „Oral Prophylaxis – Health for the Patient“ wurde durch das EGZE-Tagungsthema „Dental Ergonomics – Health for the Dental Team“ sehr passend ergänzt. ■

Die Rahmenbedingungen für die studentische Ausbildung unter dem Gesichtspunkt der Ergonomie sind europaweit noch sehr unterschiedlich. Sowohl die personelle Besetzung als auch die Ausstattung mit Geräten weichen teilweise extrem voneinander ab, so dass es nicht überraschen kann, dass der Kenntnis- und Erfahrungsstand in zahnärztlicher Ergonomie bei Zahnärztinnen und Zahnärzten nach der Hochschul-

ausbildung von „rudimentär“ bis „relativ gut“ reicht. Die Referenten betonten die Bedeutung einer fundierten Ausbildung in Ergonomie zu einem möglichst frühen Zeitpunkt des Studiums, damit die Studierenden bereits vor dem Erlernen typischer zahnärztlicher Behandlungsabläufe die ergonomischen Grundlagen kennen gelernt und trainiert haben. Nur so könnte zukünftig die Zahl berufsbedingter Beschwerden und Erkrankungen verringert werden.



Hauptgebäude der Ovidius-Universität in Constanta

Forschungsschwerpunkte

Cristian Comes referierte in seinem Vortrag „Research in Dental Ergonomics“, über Möglichkeiten der Forschung auf dem Gebiet der zahnärztlichen Ergonomie. Hierbei wurde auch ein im Rahmen der Ausschreibung des „Seventh Research Framework Programme“ (FP7) der EU geplantes Forschungsprojekt vorgestellt.

Bei der Mitgliederversammlung wurde das Zukunftskonzept des Präsidenten sowie der Vorstand mit neuem Secretary-General, Dr. Mieke de Bruyne aus dem belgischen Gent, und einer weiteren Beisitzerin, Dr. Anna Szymanska aus dem polnischen Wroclaw, bestätigt.

Prismen-Lupenbrille für entspannte Kopfhaltung

Der zweite Tag wurde eingeleitet mit dem sechsten Vortragsabschnitt „Spectacles with Prism Segments“, in dem Joseph Wouters, Niederlande, ein spezielles Prismen-Lupenbrillen-System vorstellte, mit dem eine entspannte Kopfhaltung erreicht werden kann. Veronica Argesanu, Technische

Universität Timisoara, Rumänien, berichtete über Möglichkeiten der Unterstützung durch technische Disziplinen bei der Erforschung ergonomischer Prinzipien und Auswirkungen von Geräteanwendungen und Arbeitsabläufen („Dental Ergonomics mirrored in Mechatronics“ im siebten Vortragsabschnitt „Important Aspects for the Application of Ergonomics“). Hier wurde klar, wie unverzichtbar die Zusammenarbeit für den Zahnarzt mit Spezialisten anderer Fachgebiete ist, wenn Randgebiete der Zahnmedizin betreten werden. Man konnte Einblick gewinnen in Technologien und Verfahren, die dem Zahnmediziner völlig fremd sind und die für die Berufsausübung indirekt eine Relevanz besitzen.

Im abschließenden, achten Referat wurde von Mirella Anghel und Cristian Comes der Themenkomplex „Physical and Musculoskeletal Disorders“ mit dem gemeinsamen Beitrag „Assessment of Professional related Disorders in Romanian Dentists“ beleuchtet.

Mit der allgemeinen Einführung „Ten Golden Rules for optimal personal health and their consequences for the working conditions in dental practise“ durch den Präsidenten und engagiert flankiert vom Vize-Präsidenten bildeten praktische Demonstrationen und Übungen durch die Teilnehmer in Hands-on-Kursen in der Zahnklinik von Constanta den letzten Teil der Tagung, die mit Schlussworten der Tagungsleiter und mit dem Blick auf die nächste Jahrestagung der EGZE in Italien 2008 ausklang.

Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen
Pawelstraße 30
52074 Aachen
jrotgans@ukaachen.de

Jahrestagung der DGEEndo

Quer durch den Wurzelkanal

Die Deutsche Gesellschaft für Endodontie veranstaltete ihre 6. Jahrestagung vom 18. bis zum 20. Oktober in Düsseldorf. Über 280 Teilnehmer besuchten diese Veranstaltung. Vor Tagungsbeginn fanden bereits die schriftlichen und mündlichen Prüfungen der Curriculum-Absolventen der DGEEndo sowie zwei Workshops statt.



Abbildung 1: Vor Revision: Therapie aufgrund persistierender Symptomatik

Dr. Thomas Clauder, Hamburg, der ehemalige Vizepräsident der DGEEndo, behandelte in seinem Workshop die Indikationen und die klinische Anwendung des Mineral-Trioxid-Aggregates. Dieses Material hat seine Haupteinsatzgebiete in der Perforationsdeckung und der retrograden Wurzelkanalfüllung. Zur gleichen Zeit gingen Dr. Carsten Appel, Niederkassel, Präsident der DGEEndo, Dr. Clemens Bargholz, Hamburg, Vizepräsident der DGEEndo, und Prof. Dr. Roland Weiger, Basel, im 3. Literaturworkshop darauf ein, wie man wissenschaftliche Veröffentlichungen richtig auswertet. Den Teilnehmern wurde der Sinn für kritisches Lesen geschärft.

Die Fallpräsentationen aus den Reihen der Mitglieder endeten in der Verleihung des „canal award“ an zwei Kollegen. Der mit 1 000 Euro dotierte „canal award“ ist eine Auszeichnung für die besten Fallpräsentationen. Dr. Gary Carr, San Diego, stellte seine Themen ganz nach seinem Motto „Be the best you can be!“ dem Auditorium auf beeindruckende Art und Weise vor. Während des Vortrags mit dem Titel „Revisionen in der Endodontie“ plädierte er für ein Umdenken im Bezug auf die Bakterielle Infektion. Denn bei einem primären Misser-

folg seien meist nicht einzelne Keime, sondern ein Konglomerat an Bakterien (Biofilm), dass aus vielen unterschiedlichen Mikroorganismen besteht, dafür verantwortlich. Dieser Biofilm weist Stoffwechsellmöglichkeiten und eine Widerstandsfähigkeit auf, die die einzelnen Keime nicht besitzen. Dementsprechend schwer ist er zu entfernen, auch weil er auf klassische Mittel, zum Beispiel Antibiotika, nicht anspricht.

Ergonomische Aspekte bei der mikroskopgestützten Arbeit standen im Anschluss auf der Tagesordnung. Dr. Carr präsentierte sein ergonomisches Praxiskonzept und hob hervor, dass das wichtigste beim Arbeiten mit dem Mikroskop die perfekte Zusammenarbeit zwischen Assistenz und Behandler sei. Dementsprechend müssen alle Geräte und Materialien so ausgerichtet sein, dass sie mit geringsten Bewegungen zu erreichen sind. Im Weiteren stellte der Referent den Einsatz verschiedener Medien in der digitalisierten Praxis dar. Hierbei ging er besonders auf die Software „TDO“ ein, welche die vollständige Digitalisierung einer Praxis erlaubt. Diese Software verwaltet



Abbildung 2: Nach Revision: Revision mit zusätzlicher Behandlung des 4. Kanals

Fotos: DGEEndo

Bilder und Videos auch patientengebunden. Er zeigte Wege zu guten Bildern durch das Dentalmikroskop auf, wozu ausreichende Beleuchtung, ein Iris-Adapter, Farbkalibrierung der Kamera und des Monitors sowie hoch reflektierende Spiegel als Schlüssel zu hervorragenden Bildern durch das Dentalmikroskop genannt wurden. Sein letzter Beitrag widmete sich der Frage nach Problemen endochirurgischer Eingriffe. Grundsätzlich beurteilt er auch unter Zuhilfenahme aller aktuell vorhandenen Techniken die Prognose eher skeptisch, wobei diese Therapieform in einigen Fällen die orthograde Revision ergänzen kann, und



Abbildung 3: Blick durch das Dentalmikroskop auf die Eingänge der aufbereiteten Kanäle mb1, mb2 und db

Neuer Vorstand gewählt

Im Anschluss folgte die Mitgliederversammlung, auf der der Vorstand neu gewählt wurde. Dabei wurden Dr. Carsten Appel, Niederkassel, Dr. Clemens Bargholz, Hamburg, Dr. Christoph Zirkel, Köln, Dr. Wolf Richter, München, OA Dr. Christian Gernhardt, Halle, in ihren Positionen bestätigt. Der Kollege Dr. Axel Stark, Schwäbisch Hall, wurde nach Ausscheiden von OA Dr. David Sonntag, Marburg, zum Schatzmeister berufen. Als neuer Beisitzer wurde Dr. Jörg Schröder, Berlin, in den Vorstand benannt. ■

nur in besonderen Fällen einer WSR der Vorzug gegeben werden sollte, zum Beispiel bei nicht entfernbaren Stiftaufbauten. Die Gelegenheit, Dr. Carr in Deutschland zu erleben, war bisher einmalig.

Dr. Arnaldo Castelluci, Florenz, referierte über den Einsatz von MTA in der Endodon-

tie und seine Überlegungen zur Arbeitslängenbestimmung. Bei der Arbeitslängenbestimmung sollte man sich nicht auf nur eine Technik verlassen, sondern vielmehr die röntgenologische, endometrische und taktile Längenbestimmung kombinieren. Seine Ausführungen wurden durch extrem beeindruckende Fallbeispiele ergänzt. In diesem Zusammenhang wurden durch eingespielte Videofilme viele Tricks und Kniffe gezeigt, mit denen auch komplexe Fälle besser zu handhaben sind.

Überstopfen in den Sinus: Der HNO-Arzt ist Pflicht

Prof. Marc Bloching, Homburg/Saar, hatte in seinem Beitrag die chronische Sinusitis und den dramatischen Verlauf, den diese nehmen kann, im Visier. So lautete seine Empfehlung, dass Wurzelfüllmaterial, das in der Kieferhöhle zu liegen kommt, immer

durch den HNO-Arzt zu entfernen ist. Im Anschluss sprach Prof. Edgar Schäfer, Marburg, über die Zusammenhänge zwischen der endodontischen Therapie und Endokarditis. Obwohl es vor Kurzem Änderungen für die Endokarditisprophylaxe durch die American Heart Association gab, sollte sich der Zahnarzt in Deutschland zunächst nach wie vor an die Empfehlungen der Europäischen Herzgesellschaft halten, so Prof. Schäfer.

Fachlich war diese Tagung sicherlich der Höhepunkt des endodontischen Fortbildungsjahres, die auch viel Zeit und Raum für den kollegialen Austausch bot.

*Dr. Bijan Vahedi
Die Zahnprofis
Bahnhofstr. 16 - 20
71409 Schwaikheim*

15. Jahrestagung der DGCZ

Vollanatomische CAD/CAM-Brücken live-on-stage

Eröffnet von Prof. Georg Meyer, Präsident der DGZMK, und Prof. Wolfgang Sprekels, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, kam die Deutsche Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde (DGCZ), 1992 in Hamburg gegründet, am Gründungsort zu ihrer 15. Jahrestagung zusammen.

Dieses internationale Treffen mit Zahnärzten aus 14 Ländern, die in ihren Praxen mit Digitaltechnik arbeiten, kann erneut als Beleg dafür gewertet werden, dass Informatik und zahnärztliche Behandlung immer mehr zusammenwachsen und dadurch neue Impulse für die Computerunterstützung in der Diagnostik und Therapie vermitteln. Unter der Organisation von Dr. Bernd Reiss, Vors. DGCZ, Dr. Klaus Wiedhahn, Präsident ISCD, und Prof. Bernd Kordaß, Universität Greifswald, Leiter der „Sektion für angewandte Informatik in der Zahnmedizin“ in der DGCZ, hat sich die Jahrestagung inzwischen zur weltweit größten, wissenschaftlichen Veranstaltung für Digitaltechnik in der Zahnmedizin entwickelt.

Werkstoffgerecht und defektorientiert

Kriterien für eine hohe Überlebensrate vollkeramischer Restaurationen sind die keramikkongruente Präparation, die Formgebung der Restauration und die werkstoffgerechte Befestigung. Prof. Gerwin Arnetzl, Universität Graz, widmete sich im Referat besonders der Präparationstechnik, die zum Ziel hat, Materialstress durch ungeeignete Übergänge, besonders am Kavitätenboden, und Zugspannungen zu vermeiden. Minimalinvasive Exkavierungen müssen gerundeten Architekturen folgen, Kavitätenwände sollten divergierend gestaltet sein. Für die okklusale Kastentiefe am Fissurengrund für ein Inlay werden 1,5 Millimeter (mm) und am Kavitätenrand 2 mm empfohlen; die Breite der okklusalen Kavität sollte ein Drittel der Höckerabstände und im Isthmusbereich mindestens 2 mm betragen. Die approximale Präparation sollte

kastenförmig, leicht divergierend und ohne Randabschrägung erfolgen, ferner nach oral und vestibulär extendiert werden, um beim adhäsiven Befestigen leicht erreichbar zu sein. Durch Nutzung dieser keramikspezifischen Präparationsformen kann laut Arnetzl die Bruchfestigkeit im Vergleich zum Metall-üblichen Präp-Design um 26 Prozent gesteigert werden.

dass Vollkeramik inzwischen für viele Indikationen ihre klinische Bewährung belegt hat. So haben Inlays, Onlays und Teilkronen aus Silikatkeramik Überlebensraten bewiesen, die den „Goldstandard“ erreicht und teilweise auch schon überschritten haben. Kronen aus Aluminiumoxidkeramik (Al_2O_3) (In-Ceram, Procera) haben langfristig die Haltbarkeit von VMK-Rekonstruktionen er-



Abbildung 1: Referenten der 15. DGCZ-Jahrestagung 2007 (v.l.n.r.): Zahnarzt P. Neumann, Berlin, Prof. Meyer, DGZMK, Dr. Schweppe, Fröndenberg, Prof. Arnetzl, Graz, Dr. Fritzsche, Hamburg, Dr. Schenk, Köln, Prof. Kern, Kiel, Dr. Reiss, Malsch, Dr. Kirkedam, Norwegen, Prof. Sprekels, Hamburg, Dr. Wiedhahn, Buchholz, Prof. Kordaß, Greifswald. Nicht im Bild: Prof. Frankenberger, Erlangen, Prof. Mehl, München, Dr. Caplan, GB, Dr. Pfeiffer, Bensheim, Dr. Reich, Leipzig

Belastbar mit besten Verbindungen

Vollkeramische Restaurationen haben ihren Anteil an konservierenden und prothetischen Therapielösungen in den letzten Jahren enorm gesteigert. Dahinter verbirgt sich nicht nur ein gesteigertes Bewusstsein der Patienten für Ästhetik und Biokompatibilität, sondern laut Prof. Matthias Kern, Kiel, auch die Überzeugung der Zahnärzte,

reicht, ihr Einsatz für Brückengerüste konzentriert sich auf den Frontzahnbereich. Vorteil von Al_2O_3 ist die Fähigkeit zur Lichttransmission, wodurch die Zahnfarbe vitalisiert und die „rote Ästhetik“ in der umgebenden Gingiva unterstützt werden. Das semiopake Zirkonoxidkeramik (ZrO_2) hat sich für Seitenzahnbrücken qualifiziert, besonders wenn die Platzverhältnisse nur grazile Rekonstruktionen erlauben. Gerüstfrakturen sind in universitären Studien bis dato

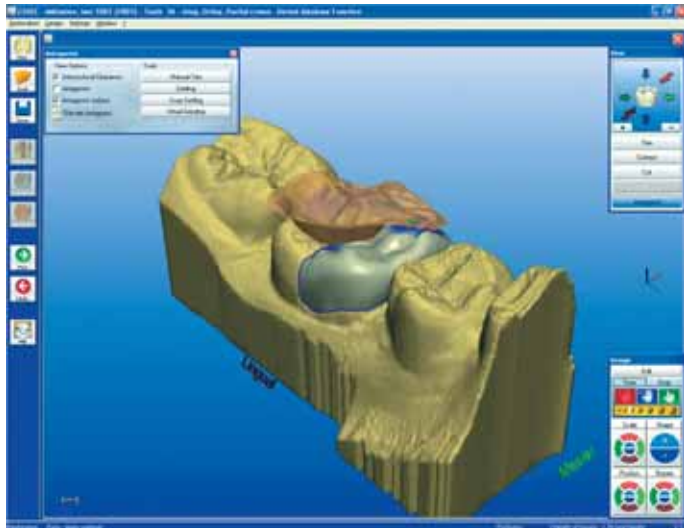
kaum eingetreten. Eingeschränkt wird diese Erfolgsgeschichte durch Verblendfrakturen, die immer wieder auf ZrO_2 -Gerüsten beobachtet wurden. Nachdem die Pfeilerkappen anatomisch reduziert und höckerunterstützend geformt wurden, ging die Frakturnrate der Verblendung zurück.

Die klinische Haltbarkeit vollkeramischer Restaurationen sind in hohem Maße auch von der Befestigungstechnik abhängig. Gerüstfreie Kronen aus Lithiumdisilikatkeramik (LDS), die nach Sinterung über 360 MPa Festigkeit verfügen, können sowohl adhäsiv als auch konventionell (Ketac) befestigt werden. Bei Oxidkeramiken (Al_2O_3 , ZrO_2) mit geringen Retentionsflächen, bei

Scotchbond) immer noch die höheren Adhäsionskräfte als die One-Bottles. Oxidkeramiken können konventionell befestigt werden. Höhere Haftkräfte bieten auch selbstadhäsive Befestigungskomposite, besonders auf Dentin.

Kauflächen artikulieren sich automatisch

Der Protagonist der biogenerisch erzeugten Kaufläche, Prof. Albert Mehl, Universität München, der zusammen mit Prof. Volker Blanz vom Max-Planck-Institut die Programmierung der okklusalen Morphologie angestoßen hat, präsentierte den jüngsten



*Abbildung 2:
Durch Assimilationsvergleich der Restzahnschubstanz entsteht die biogenerisch erzeugte, individuelle Kaufläche. Der Antagonist (oben) artikuliert automatisch die Okklusion.*

klinisch kurzen Kronenhaftflächen und besonders engen Spacerspalten ist laut Kern eine adhäsive Befestigung ratsam. Bewährt hat sich das Abstrahlen der Kroneninnenflächen mit Korund (50 μ m-Korn, Druck 2,5 bar). Wahlweise kann dann ein Monomer-Phosphat-Kleber (Metal Primer) oder selbstadhäsive Befestigungskomposite (Multilink Sprint, Rely X Unicem) verwendet werden.

„Adhäsiv oder Non-adhäsiv“ – die Frage zur Pflicht oder Kür in der Befestigungstechnik ventilierte Prof. Roland Frankenberger, Universität Erlangen. Unstrittig ist, dass Silikatkeramiken adhäsiv befestigt werden müssen, weil sie auf den innigen Haftverbund zum Restzahn angewiesen sind. Hierbei zeigen Drei-Schritt-Adhäsive (Syntac, Gluma,

Stand dieser zukunftsweisenden Chairside-Technik. Ziel der konservierenden und prothetischen Rekonstruktion ist, die fehlenden Kauflächen der verloren gegangenen Zahnschubstanz so wieder herzustellen, dass sich die Rekonstruktion nach statischen und funktionellen Gesichtspunkten harmonisch in die vorhandene Gebissituation einfügt. Wurde bisher die Kaufläche in der Zahntechnik manuell nach erlernten Vorbildern reproduziert, führte die biogenerische Software auf einen neuen Weg, der individuell patientenspezifische Kauflächen automatisch gestaltet. Dadurch kann auch durch Einsatz von okklusalen und funktionellen Registraten das schädelbezogene Einartikulieren über das Gegenkiefermodell umgangen werden. Aus Tausenden digitaler Scans

von Molarenoberflächen wurden die morphologischen Übereinstimmungen bei Fissuren, Höckern, Randleisten und die Gleitwinkel analysiert und in einer Art genetischem Bauplan gespeichert. Übersetzt in mathematische Algorithmen, lassen sich mit dem biogenerischen Zahnmodell durch einen Assimilationsvergleich passende Kauflächen ersetzen und reproduzieren. So wird die partielle Okklusalfäche eines präparierten Restzahns, der für ein Inlay oder Onlay vorbereitet wurde, in der Zahndatenbank abgeglichen und die passenden Höcker, Fossa, Fissuren und Kontaktflächenwinkel aufgrund von Ähnlichkeiten bereitgestellt und virtuell in die Konstruktion eingefügt (Abbildung 2). Anhand der Kontaktpunktverteilung und Höckerspitzen sowie Approximalkontakte kann die Software einen gut passenden Zahn berechnen und auf Kollision mit dem Registrat prüfen. Dieses Auffinden der natürlichen Kaufläche folgt den genetischen Mustern und kreiert eine natürliche, individuelle und funktionale Kaufläche. Diese Software hat bereits Eingang in das Cerec-System gefunden.

Aus der Praxis für die Praxis

Die klinische Bewährung von CAD/CAM-gefrästen Inlays, Onlays und Teilkronen thematisierte Dr. Bernd Reiss, der mit einer international publizierten Studie aus der Praxis nach 18 Jahren eine Überlebensrate von 84,4 Prozent belegen konnte. Gründe für Misserfolge waren neben seltenen endodontischen Zwischenfällen (2 Prozent) auch Frakturen (4 Prozent). Aufbiss-Empfindlichkeiten und Sekundärkaries tendierten statistisch gegen Null, nachdem Totalbonding mit Dentinadhäsiven genutzt wurde. An einer nachfolgenden, multizentrischen Feldstudie, die von der AG Keramik unterstützt wird, haben sich rund 200 Zahnarztpraxen aktiv beteiligt, die damit ihre klinischen Befunde anonym mit den Mittelwerten aller Studienteilnehmer vergleichen können.

Wie bei allen Software-gesteuerten Systemen schälen sich in der Praxis praktikable Handlungsmuster heraus, die das beabsich-

tigte Ergebnis optimieren und Umwege einsparen. So führte das Trio erfahrener Cerec-Anwender, Dr. Günter Fritzsche, Hamburg, Dr. Reiss, Malsch, und Dr. H. Müller, München, durch das umfangreiche Werkzeug der CAD-Konstruktion und demonstrierte operative Tipps und Tricks. Bewährte Voreinstellungen für Kontaktpunkte, Approximalkontakte, Spacer, Einschubrichtung, Mindestwandstärken können im Einzelfall individualisiert werden. Müller stellte

genommene 3D-Bild einer Lückensituation mit der Röntgenschichtaufnahme des Kieferknochens. Dadurch können die ossäre Struktur geprüft, die Lage des Trigemineus geortet und die künftige Position des Enossalpfeilers vorausbestimmt werden. Das Verfahren dient der Planung und der stereolithografischen Herstellung einer Bohrschablone als Vorbereitung zur Insertion eines Implantats.



Abbildung 3: Live-Behandlungen „on stage“ – Dr. Wiedhahn kommentiert eine temporäre, CAD/CAM-gefertigte Brückenversorgung nach Inkorporation. Im zweiten Fall fertigt P. Neumann eine Adhäsiv-Frontzahnbrücke in einer Sitzung.

den Korrelations-Modus als Standardwerkzeug zur Konstruktion von Frontzahnkronen als einfachste Methode vor. Alternativ bietet die Zahndatenbank ausreichend Formvorschläge.

Von einem Vergleich der Passgenauigkeit von Onlays und Teilkronen, die sowohl laborgespresst (Empress) als auch CAD/CAM-ausgeschliffen wurden, berichtete PD Dr. Sven Reich, Universität Leipzig. Die Präzision wurde an elf Messpunkten erhoben. Im Ergebnis wichen die gemittelten Toleranzwerte bei Presskeramik (56 µm, Empress) und von CAD/CAM (70 µm, Cerec MCXL) sowie im Vertrauensbereich (51 bis 61 µm versus 65 bis 75 µm) kaum von einander ab. Eine neue, bildgebende Technik stellte Dr. Reich dar. Sie kombiniert das intraoral auf-

Live-Behandlung „on stage“

Einer der Höhepunkte war die Live-Übertragung von Patientenbehandlungen, die vor Ort im Kongresssaal vorgenommen wurden (Abbildung 3). Die Interaktion der Behandler und die spontane Beantwortung von Publikumsfragen gaben dem zuschauenden Zahnarzt das Gefühl, „mitten in der Praxis zu stehen“. Dr. Klaus Wiedhahn, Buchholz, demonstrierte die CAD/CAM-gestützte Herstellung und Eingliederung einer temporären Polymer-Brücke aus CAD-Temp. Das Dauerprovisorium war Bestandteil der längerfristigen Behandlung einer Patientin, bei der das Weichgewebe mit Ovate Pontics für eine Brückenkonstruktion umgestaltet

wurde. Zahnarzt Peter Neumann, Berlin, zeigte Präparation, Konstruktion, Fertigung und Eingliederung einer Brücke aus Lithiumdisilikat-Keramik (LDS) als Lückenschluss für Zahn 41. Konstruktiv entschied er sich für eine zweiflügelige Adhäsivbrücke, die nach Sinterung und farblicher Individualisierung adhäsiv mit Schmelzätztechnik und dualhärtendem Komposit eingegliedert wurde. Die Demo zeigte wiederum eindrucksvoll, dass die Rekonstruktion mit CAD/CAM in einer Sitzung einen hohen Patientenkomfort bietet.

Die Eigenschaften von Lithiumdisilikat, eine leuzitverstärkte Silikatkeramik (e.max CAD), deren Opazität über jener einer Glaskera-



*Abbildung 4:
Gerüstfrei ausge-
schliffene Implantat-
krone aus Lithium-
disilikat (e.max CAD)
auf Titan-Abutment
(Friadent) nach der
Eingliederung*

mik liegt und nach Sinterung über 360 MPa Festigkeit verfügt, hatte Dr. K. Wiedhahn in praxi geprüft. Aus Sicht der optischen Qualität und der Biegefestigkeit nimmt der Werkstoff einen Platz zwischen Feldspat- und Oxidkeramik ein; bei wachsenden Wandstärken zeigt der Transluzenz-Gradient im Vergleich zur Glaskeramik eine rasch zunehmende Opazität. Durch die Sinterung im Brennofen wird die anfängliche Bruchresistenz deutlich erhöht. LDS eignet sich für Kronen auf Frontzähnen sowie auf Prämolaren und kann gerüstfrei ausgeschliffen werden – benötigt also keine Verblendung (Abbildung 4). Malfarben, die in die Glasur hineingegeben werden, erhöhen die individuelle Farbwirkung. Bei weitergehenden, ästhetischen Ansprüchen kann im Cutback-Verfahren trotzdem eine Verblendung aufgebrannt werden. Verklebt wird LDS mit selbstadhäsivem Befestigungskomposit (Multilink Sprint).

Zukunftsperspektiven

Ebenfalls einen Blick in die Zukunft gewährte Dr. Joachim Pfeiffer, Physiker und Chefentwickler CAD/CAM bei Sirona. Die Verfügbarkeit neuer Prozessoren und Software wird es in naher Zukunft ermöglichen, Ganzkiefervermessungen intraoral durchzuführen. Damit kann die lichteptische Abformung auf den Mundbereich ausgedehnt werden; digitale Funktionsmodelle werden damit möglich. Der Übergang in der Praxis wird laut Pfeiffer schrittweise erfolgen; Upgrades für bestehende Systeme und Zusatzgeräte werden den Kunden die Aufrüstung erleichtern.

Die Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker über Internetportale ist bereits Realität. Laut Pfeiffer können Cerec-Zahnärzte ihre Datensätze auch ins ZT-Labor geben. Dies ist für Frontzahnkronen interessant, wenn die ästhetische Perfektion dem Zahntechniker anvertraut wird. Ein anderer Kooperationsbereich ist die zweiseitige Restauration, wenn auf das Zirkonoxidgerüst eine Verblendung aufgespreßt oder aufgesintert werden soll.

*Manfred Kern
DGCZ
Karl-Marx-Straße 124
12034 Berlin*

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

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

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 76	Kinderzahnheilkunde	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 76		ZÄK Niedersachsen	S. 74
	Freie Anbieter	S. 81		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 76
Chirurgie	ZÄK Niedersachsen	S. 74		Freie Anbieter	S. 84
	Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74	Parodontologie	KZV Baden-Württemberg
LZK Sachsen		S. 74	ZÄK Westfalen-Lippe		S. 76
KZV Baden-Württemberg		S. 75	Praxismanagement	KZV Baden-Württemberg	S. 75
Freie Anbieter		S. 84		Prophylaxe	ZÄK Sachsen-Anhalt
Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 76	Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74
	Freie Anbieter	S. 82		LZK Sachsen	S. 74
	Hypnose	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74		ZÄK Niedersachsen
KZV Baden-Württemberg		S. 75		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 76
DGZH		S. 81		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 76
Implantologie		LZK Berlin/Brandenburg	S. 74	Restaurative ZHK	Freie Anbieter
	KZV Baden-Württemberg	S. 75	Uni Zürich		S. 81
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 76			
	Uni Düsseldorf	S. 81			
	Freie Anbieter	S. 84			
Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74			
	LZK Sachsen	S. 74			
	ZÄK Niedersachsen	S. 74			
	KZV Baden-Württemberg	S. 75			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 76			
	Freie Anbieter	S. 82			



Fortbildung der Zahnärztekammern	Seite 74
Kongresse	Seite 76
Universitäten	Seite 81
Wissenschaftliche Gesellschaften	Seite 81
Freie Anbieter	Seite 81

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: Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde [185 Fp]

Moderation: Prof. Dr. Georg Meyer - Greifswald
Erster Teil: 11./12. 04.2008 (Insgesamt: 12 Teile, 14 Referenten)
Kursnr.: 4029.1

Thema: Curriculum Kinder- und Jugendzahnmedizin [83 Fp]

Moderation: OA Dr. Christian Finke - Berlin
Erster Teil: 14./15.03.2008 (Insgesamt: 5 Teile, 8 Referenten)
Kursnr.: 4020.2

Thema: Curriculum Endodontie [96 Fp]

Moderation: Prof. Dr. Norbert Linden - Meerbusch-Büderich
Erster Teil: 14./15.03.2008 (Insgesamt: 6 Teile, 9 Referenten)
Kursnr.: 4018.2

Thema: Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin in BERLIN [96 Fp]

Referenten: Dr. Horst Freigang, Dr. Gerhard Schütz - Berlin, Dr. Albrecht Schmierer - Stuttgart
Erster Teil: 22./23.02.2008 (Insgesamt: 6 Teile, 3 Referenten)
Kursnr.: 6030.0

Thema: Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin in COTTBUS [96 Fp]

Referenten: Dr. Horst Freigang, Dr. Gerhard Schütz - Berlin, Ute Neumann-Dahm - Magdeburg
Erster Teil: 26./27.09.2008 (Insgesamt: 6 Teile, 3 Referenten)
Kursnr.: 6026.0

Thema: Strukturierte Fortbildung: Implantologie [80 Fp]

Moderation: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz - Berlin
Erster Teil: 15./16.02.2008 (Insgesamt: 7 Teile, 7 Referenten)
Kursnr.: 2014.2

Thema: Strukturierte Fortbildung: Manuelle Medizin und Osteopathische Medizin in der Zahnheilkunde [84 Fp]

Referenten: Dr. Dirk Polonius - Prien/Chiemsee; Dr. Wolfgang Boisserée; Prof. Dr. Werner Schupp, Dr. Hans Garten - Köln
Erster Teil: 15./16./17.02.2008 (Insgesamt: 4 Teile, 4 Referenten)
Kursnr.: 1020.0

Thema: Strukturierte Fortbildung: Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis Zahnheilkunde [47 Fp]

Referent: Dr. Uwe Harth - Bad Salzuflen
Erster Teil: 12./13.09.2008 (Insgesamt: 3 Teile, 1 Referent)
Kursnr.: 1001.4

Thema: Strukturierte Fortbildung: Prothetik [70 Fp]

Moderation: Prof. Dr. Peter Pospiech - Homburg
Erster Teil: 12./13.09.2008 (Insgesamt: 4 Teile, 7 Referenten)
Kursnr.: 0713.0

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

LZK Sachsen



Veranstaltungen

Thema: Therapie mit Aufbissbehelfen

Referent: Prof. Dr. Stefan Kopp, Frankfurt/Main
Termin: 04. 01. 2008, 9:00-20:00 Uhr und 05.01.2008, 9:00-18:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Zahntechniker
Gebühr: 605,- EUR
Kurs-Nr.: D 01/08 (20 Punkte)

Thema: Vermeidung prothetischer Misserfolge - Verhalten im Begutachtungsfall

Referent: Dr. Folker Lode, Dresden
Termin: 18. 01. 2008, 13:00 - 19:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 190,- EUR
Kurs-Nr.: D 02/08 (8 Punkte)

Thema: Diagnostik und Therapie der Craniomandibulären Dysfunktion - Ein Praxiskonzept

Referent: Dipl.-Stom. Tom Friedrichs, Dresden
Termin: 25. 01. 2008, 9:00 - 17:00 Uhr und 26. 01. 2008, 9:00 - 17:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 470,- EUR
Kurs-Nr.: D 03/08 (19 Punkte)

Thema: Endo-Revision - ganz einfach (Die Entfernung von Wurzelfüllungen und -stiften / Praktischer Arbeitskurs)

Referent: Dr. Michael Cramer, Overath
Termin: 30. 01. 2008, 13:00 - 19:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 295,- EUR
Kurs-Nr.: D 04/08 (8 Punkte)

Thema: Weisheitszähne - Entfernen oder Belassen?

Referentin: Dr. Christine Goldbecher, Halle/Saale
Termin: 30. 01. 2008, 15:00 - 18:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 90,- EUR
Kurs-Nr.: D 06/08 (3 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.zahnärzte-in-sachsen.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Kieferorthopädie Behandlung Erwachsener

Referent: Prof. Dr. Tomasz Gedrange
Referent: Prof. Dr. Jochen Fanghänel; Dr. Stefan Schütze
Termin: 07. 12. 2007, 14.00 - 18.00 Uhr;
08. 12. 2007, 9.00 - 18.00 Uhr
Gebühr: 295,- EUR
Kurs-Nr.: Z 07114 (12 Punkte)

Thema: Zahnärztliche Chirurgie in Theorie und Praxis

Referent: Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake
Referent: PD Dr. Dr. Franz-Josef Kramer
Termin: 07. 12. 2007, 9.00 - 18.00 Uhr;
08. 12. 2007, 9.00 - 13.00 Uhr
Gebühr: 420,- EUR
Kurs-Nr.: Z 07115 (14 Punkte)

Thema: Demonstrationkurs Totale Prothesen

Referent: Sabine Hopmann
Termin: 11. 01. 2008, 14.00 - 20.00 Uhr;
12. 01. 2008, 9.00 - 15.00 Uhr
Gebühr: 400,- EUR
Kurs-Nr.: Z/F 0801 (11 Punkte)

Thema: Integration der Kinderzahnheilkunde in die allgemein-zahnärztliche Praxis

Referent: Dr. Sven Nordhusen
Termin: 12. 01. 2008, 9.00 - 14.00 Uhr
Gebühr: 75,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0802 (5 Punkte)

Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen
Zahnärztliche Akademie
Niedersachsen, ZAN
Zeißstraße 11a,
30519 Hannover
Tel.: 0511/83391-311 oder 313
Fax: 0511/83391-306
Aktuelle Veranstaltungstermine unter www.zkn.de

KZV Baden- Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen der Bezirksdirektion Freiburg

Thema: Das Handling der CranioMandibulären Dysfunktionen
Referenten: Gert Groot Landeweer, Freiburg
Termine: 07./08. 12. 2007
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 480 EUR
Kurs-Nr.: 07/133

Thema: Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MSA-II)
Referenten: Prof. Dr. Axel Bumann, Berlin
Termine: 10. – 13. 01. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 1 120 EUR
Kurs-Nr.: 08/100

Thema: Hypnose in der Zahnarztpraxis – Schnupperkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte
Referenten: Vesna Marcovici-Decker, Neuried-Ichenheim
Termine: 11. 01. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 110 EUR
Kurs-Nr.: 08/400

Thema: Professionelle Assistenz in der Implantologie
Referenten: Iris Karcher und Petra Ranz, Freiburg
Termine: 12. 01. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 275 EUR
Kurs-Nr.: 08/401

Thema: Grundlagen der modernen Endodontie
Referenten: Dr. Karl-Thomas Wrbas, Freiburg
Termine: 16. 01. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 08/101

Thema: Praxismanagement einer präventivorientierten Zahnarztpraxis
Referenten: Dr. Lutz Laurisch, Korschenbroich
Termine: 19. 01. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 320 EUR
Kurs-Nr.: 08/102

Thema: „Am Anfang steht der Mensch“
Referenten: Karin Thanhäuser, Rutesheim
Termine: 25. 01. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 150 EUR
Kurs-Nr.: 08/402

Thema: Wege aus der Erschöpfung und Lebenskrise
Referenten: Prof. Dr. Dieter Strecker, Rutesheim
Termine: 26. 01. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 520 EUR (1 ZA + 1 ZFA)
290 EUR (Einzelperson)
Kurs-Nr.: 08/300

Thema: Update Parodontologie
Referenten: Dr. Stefan Schnitzer, Konstanz
Termine: 08. 02. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 160 EUR
Kurs-Nr.: 08/103

Thema: Hartgewebemanagement in der Implantologie – Intensivworkshop
Referenten: Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kiel
Termine: 08./09. 02. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 580 EUR
Kurs-Nr.: 08/104

Thema: Knigge in der Zahnarztpraxis
Referenten: Betül Yaman, Freiburg
Termine: 09. 02. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 08/403

Thema: Grundmodul – Notfalltraining für Zahnärzte/-innen und deren Assistenzpersonal
Leitung: LandesRettungsSchule Baden
Termine: 13. 02. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 170 EUR (1 ZA + 1 ZFA)
95 EUR (Einzelperson)
Kurs-Nr.: 08/3012

Thema: Einführung in die implantologische Praxis
Referenten: Dr. Stefan Klar und Peter Dirsch, Witten-Herdecke
Termine: 15./16. 02. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 480 EUR
Kurs-Nr.: 08/105

Thema: Die Ehefrau als Praxismitarbeiterin
Referenten: Dipl.-Psych. Bernd Sandock, Berlin
Termine: 15./16. 02. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: 08/404

Thema: Professionelle Gesprächsführung in der Zahnarztpraxis
Referenten: Elvira Schiemenz-Höfer, Freiburg
Termine: 22./23. 02. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 08/106

Auskunft: Sekretariat des Fortbildungsforums Freiburg,
 Tel.: 0761/45 06-160 oder 161
Anmeldung: Bitte schriftlich an das Fortbildungsforum / FFZ,
 Merzhauser Str. 114-116,
 79100 Freiburg
 e-mail: info@ffz-fortbildung.de

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Termin: 12. 12. 2007,
 15.00 – 17.30 Uhr
Kurs-Nr.: ARB 077 122
Gebühr: 72 EUR
Thema: Arbeitskreis Kinderzahnheilkunde – 3. Treffen im 2. Halbjahr
Referent: Dr. Peter Noch, Münster
Punkte: 3

Termin: 12. 12. 2007,
 15.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 262
Gebühr: 65 EUR

Thema: Prothetische Implantatversorgung – von der Planung bis zum Recall
Referent: Dr. Dieter Pingel, Münster
Punkte: 4

Termin: 14./15. 12. 2007,
 jeweils 9.00 – 16.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 220
Gebühr: ZA: 464 EUR;
 ZFA: 232 EUR
Thema: GOZ III – Spezial für Experten und solche, die es werden wollen
Referent: ZMV Christine Baumeister, Haltern; Dr. Josef-Maximilian Sobek, Münster
Punkte: 16

Termin: 15. 12. 2007,
 9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 237
Gebühr: 324 EUR
Thema: Kieferorthopädie – die nächste Generation
 Maximale Verankerung mit dem Orthoimplantat
Referent: Zahnarzt Bupender Chhatwani, Lüdenscheid; Dr. Bernd Schneider, Mannheim
Punkte: 9

Termin: 15. 12. 2007,
 10.00 – 14.00 Uhr
Kurs-Nr.: ARB 077 123
Gebühr: 120 EUR
Thema: Arbeitskreis für zeitgemäße Parodontologie und ihre Realisation in der Praxis
 3. Treffen im 2. Halbjahr
Referent: PD Dr. Rainer Buchmann, Hamm
Punkte: 5

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

Kurs-Nr.: 08 342 600
Thema: Hygiene und MPG – Sachkunde zur ordnungsgemäßen Aufbereitung und Freigabe von Medizinprodukten
Termin: 09. 01. 2008,
 14.00 – 18.00 Uhr
Referent: Dr. Hendrik Schlegel, ZMV Christine Baumeister
Teilnehmergebühr: 59 EUR

Kurs-Nr.: 08 342 210
Thema: Röntgen- und Strahlenschutzkurs gem. § 18 a Abs. 3 RöV
Termin: 11./12. 01. 2008,
 jeweils 9.00 – 16.00 Uhr
Referent: Dr. Irmela Reuter
Teilnehmergebühr: 250 EUR

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

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Optimierung der Abrechnung in BEMA und GOZ
Referenten: Helen Möhrke, Berlin
Termin: 12. 01. 2008,
 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., im Ankerhof Hotel GmbH, Ankerstr. 2a
Gebühr: 135 EUR
Kurs-Nr.: H-01-2008

Thema: Curriculum Allgemeine Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Wochenendkurs Prothetik Thema III
Referenten: Univ.-Prof. Dr. Jürgen Setz; OA Dr. Arne Boeckler, beide Halle/S.

Termin: 18. 01. 2008,
 14.00 – 18.00 Uhr;
 19. 01. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., in der Universitäts-poliklinik, Hörsaal Zentrum ZMK, Große Steinstr. 19
Gebühr: 250 EUR
Kurs-Nr.: Z/2008-072

Thema: Zahnaufhellung im Rahmen der zahnmedizinischen Prophylaxe
Referenten: Genoveva Schmid, Berlin

Termin: 25. 01. 2008,
 15.00 – 19.00 Uhr;
 26. 01. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: H-02-2008

Thema: Was und Wie?
 Die Umsetzung der Empfehlungen des RKI
Referenten: Ralph Buchholz, Burg
Termin: 30. 01. 2008,
 17.00 – 20.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 70 EUR
Kurs-Nr.: H-03-2008

Anmeldungen bitte schriftlich über ZÄK S.-A., Postfach 39 51, 39014 Magdeburg,
 Frau Einecke: 0391/739 39 14,
 Frau Birwirth: 0391/7 39 39 15,
 Fax: 0391/7 39 39 20
 E-Mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder
 birwirth@zahnaerztekammer-sah.de

Kongresse

■ Dezember

11. Prothetik Symposium
Thema: Die jungen Wilden und die unsichtbaren Dritten
Veranstalter: Merz Dental und Quintessenz Verlag
Termin: 01. 12. 2007
Ort: Sofitel Berlin Schweizerhof
Auskunft: Sylvie Kunert, Quintessenz Verlags-GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/761 80 630
 Fax: 030/761 80 693
 www.quintessenz.de/prothetik

12. Berliner Prophylaxetag
Termin: 07./08. 12. 2007
Ort: Berlin
Auskunft: Philipp-Pfaff-Institut Berlin, Aßmannshuserstraße 4 – 6, 14197 Berlin
 Tel.: 030/4 14 72 5-0
 Fax: 030/4 14 89 67
 E-Mail: info@pfaff-berlin.de

3rd Int. Vienna Orthodontic Symposium (IVOS)
Termin: 07. – 08. 12. 2007
Ort: Wien, Österreichische Akademie der Wissenschaften

Auskunft: Maria Strobl
Tel.: (+43)664 55 64 300
e-mail: strobl@ivos2007.at
www.ivos2007.a oder
Ärztzentrale Med.Info
Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien
Tel.: (+43/1)531 16-48
Fax: (+43/1)531 16-61
e-mail: azmedinfo@media.co.at

10. Werkstoffkunde Symposium

Thema: Osteokonduktion –
Osteoinduktion – Was braucht
der Osteoblast?

Veranstalter: Quintessenz
Verlags-GmbH
Termin: 08. 12. 2007
Ort: Universität Zürich Irchel,
Schweiz
Auskunft: Sylvie Kunert,
Quintessenz Verlags-GmbH,
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/761 80 630
Fax: 030/761 80 693
www.quintessenz.de/zws

■ Januar 2008

Jahreshauptversammlung der ZGiH

Veranstalter: Zahnärztliche
Gesellschaft in Hagen
Termin: 08. 01. 2008,
20.00 Uhr c.t.
Auskunft: Dr. Michael Plate,
Denkmalstr. 2a, 58099 Hagen
Tel.: 02331/645 08
e-mail: ZGiHagen@t-online.de
www.Zahnaerztliche-Gesell-
schaft in-Hagen.de

2. Wissenschaftliche Jahrestagung der DGLO

Veranstalter: Deutsche Gesell-
schaft für Linguale Orthodontie
Termin: 18. – 20. 01. 2008
Ort: Baden-Baden
Auskunft: Dr. Claudia Ob ijou-
Kohlhas, Sophienstr. 12,
76530 Baden-Baden
Tel.: 07221/970 98 44
Fax: 07221/970 98 45
e-mail: info@dglo-2008.de
www.dglo-2008.de

57th International Alpine Dental Conference**Veranstalter:** The International Dental Foundation**Termin:** 19. – 26. 01. 2008**Ort:** Courchevel 1850 France**Auskunft:** The International Dental Foundation, 53 Sloane Street, London SW1X9SW

United Kingdom

Tel.: 44(0)207 235 07 88

Fax: 44(0)207 235 07 67

e-mail: idf@idf-dental-conference.com

www.idfdentalconference.com

55. Winterfortbildungskongress Braunlage 2008**Veranstalter:** Zahnärztekammer Niedersachsen**Termin:** 23. – 26. 01. 2007**Ort:** Maritim Hotel Braunlage**Generalthema:** Neue Techniken, neue Methoden, neue Materialien: praxisreif? Mit kongressbegleitender Dentalausstellung**Auskunft:** ZÄK Niedersachsen, Ansgar Zboron, Zeißstr. 11a, 30519 Hannover

Tel.: 0511/83 391-303

Fax: 0511/83 391-306

e-mail: azboron@zkn.de

16. ZahnÄrztetag Sachsen-Anhalt**Veranstalter:** Gemeinschaftsveranstaltung der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt und der Gesellschaft für ZMK an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**Thema:** Psychosomatik in der Zahnheilkunde**Termin:** 26. 01. 2008**Ort:** Magdeburg,

Parkhotel Herrenkrug

Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt.,

Große Diesdorfer Straße 162,

39110 Magdeburg,

Tel.: 0391/739 39 14

Fax: 0391/7 39 39 20

e-Mail: einecke@zahnarzt-kammer-sah.de

Wintermeeting Ischgl 2008**Veranstalter:** Medical Consult GmbH**Termin:** 26. 01. – 02. 02. 2008**Ort:** Hotel Post, Ischgl**Sonstiges:** Fortbildungsveranstaltung für Zahnärzte, Oralchirurgen, MKG-Chirurgen, Zahntechniker und Zahnmed. Assistenz**Auskunft:** office&more Essen, Schöne Aussicht 27, 45289 Essen

Tel.: 0177/76 41 006

Fax: 0201/47 81 829

e-mail: info@office-more-essen.de

www.implantologie-international.com

Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**Thema:** Augmentative Verfahren in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**Termin:** 29. 01. – 02. 02. 2008**Ort:** Neues Kongresshaus,

Bad Hofgastein, Salzburg

Auskunft: ÄRZTEZENTRALE MED.INFO, Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien

Tel.: (+43/1) 531 16-48

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

e-mail: azmedinfo@media.co.at

■ Februar 2008**Gemeinschaftstagung „Westfälische Ges. für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ und des „Arbeitskreises für Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK“****Thema:** Psychosomatik – Integrierender Bestandteil eines umfassenden zahnärztlichen Behandlungskonzeptes**Termin:** 02. 02. 2008,

9.00 – 13.30 Uhr

Ort: Aula des Schlosses, Schlossplatz 2, 48149 Münster**Auskunft:** Westfälische Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V., Waldeyerstr. 30, 48149 Münster

Tel.: 0251/83 47 084

Fax: 0251/83 47 182

e-mail: weersi@uni-muenster.de

BDA event for EU dentists**Thema:** Dentistry in the UK**Termin:** 07. 02. 2008**Ort:** 64 Wimpole Street, London W1G 8YS**Auskunft:** Emma Gordon, Events Executive, British Dental Association, 64 Wimpole Street, London W1G 8YS

Tel.: 020 7563 4590

Fax: 020 7563 4591

e-mail: events@bda.org

22. Berliner Zahnärztetag**18. Berliner Zahntechnikertag****37. Deutscher Fortbildungskongress für die Zahnmedizinische Fachangestellte****Thema:** Prothetik**Veranstalter:** Quintessenz Verlags-GmbH**Termin:** 08./09. 02. 2008**Ort:** ICC Berlin**Auskunft:** Sylvie Kunert, Quintessenz Verlags-GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin

Tel.: 030/761 80 630

Fax: 030/761 80 693

www.quintessenz.de

Satelliten-Symposium auf der Diabetes 2008 in Münster**Veranstalter:** Bundeszahnärztekammer**Termin:** 09. 02. 2008

(Diabetes-Messe vom 08. – 10. 02. 2008)

Ort: Halle Münsterland, Münster**Thema:** Diabetes und Mundgesundheit**Auskunft:** BZÄK, Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Chausseestr. 13, 10115 Berlin

Tel.: 030/400 05-152

Fax: 030/400 05 159

e-mail: j.frey@bzaek.de

www.bzaek.de

www.diabetes-messe.com

27. Internationales Symposium für MKG-Chirurgen, Oralchirurgen und Zahnärzte**Veranstalter:** Prof. Dr. Dr. Esser**Termin:** 09. – 15. 02. 2008**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-osnabrueck.de

40. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos**Termin:** 16. – 22. 02. 2008**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

7. Unnaer Implantologietage**Termin:** 22./23. 02. 2008**Ort:** park inn Hotel Kamen/Unna

Kamen Karree 2/3,

59174 Kamen

Auskunft: Oemus Media AG

Tel.: 0341/484 74-308

Fax: 0341/484 74-290

e-mail: kontakt@oemus-media.de

www.oemus-media.de

Symposium Digitale Technologien**Thema:** Digitale dentale Technologien: Chancen nutzen, Möglichkeiten entdecken**Termin:** 23. 02. 2008**Ort:** Fortbildungszentrum Hagen**Auskunft:** Dentales Fortbildungszentrum Hagen GmbH,

Tel.: 02331/624 68 12

Fax: 02331/624 68 66

e-mail: mail@d-f-h.com

www.d-f-h.com

www.ddn-online.net

Frühjahrs-Akademie der DGEEndo**Veranstalter:** DGEEndo – Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.**Termin:** 29. 02./01. 03. 2008**Ort:** Universität Marburg,

Georg-Voigt-Straße 3,

35039 Marburg

Auskunft: Oemus Media AG,
Tel.: 0341/484 74-308
Fax: 0341/484 74-290
e-mail: kontakt@oemus-
media.de
www.oemus-media.de

■ März 2008

9. Int. KFO-Praxisforum 2008

Thema: Kieferorthop. und interdisziplinäre Erfahrungskonzepte aus Klinik u. Praxis für die Praxis
Termin: 01. – 08. 03. 2008
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-lentrodt@t-online.de
www.dr-lentrodt.de

54. Zahnärztetag Westfalen-Lippe

Generalthema: Risiko Restgebiss? Zwischen zahnmedizinischer Strategie und betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen
Termin: 05. – 08. 03. 2008
Ort: Gütersloh
Auskunft: ZÄKW, Auf der Horst 31, 48147 Münster, Inge Rinker
Tel.: 0251/507-604
Fax: 0251 / 507-619
E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahnerzrzte-wl.de

Dental South China Int. Expo 08 Top Dental Show in China

Termin: 08. – 11. 03. 2008
Ort: Hall No. 9, 10, 11, 2nd Floor of China Import and Export Fair Pazhou Complex, Guangzhou, P.R. China
Auskunft: Guangdong Int. Science & Technology Exhibition Company (STE)
Tel.: 0086-20-83 56 72 76, 83 54 91 50, 83 51 71 02
Fax: 0086-20-83 54 90 78, 83 51 71 03
e-mail: maurawu@ste.cn

Expodental 2008

Termin: 27. – 29. 03. 2008
Ort: Feria de Madrid
Auskunft: www.expodental.ifema.es

■ April 2008

1. SnowDent

Veranstalter: Quintessenz Verlags-GmbH
Termin: 03. – 05. 04. 2008
Ort: St. Moritz Suvretta House, Schweiz
Auskunft: Sylvie Kunert, Quintessenz Verlags-GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/761 80 630
Fax: 030/761 80 693
www.quintessenz.de/snowdent

19. Fortbildungsveranst. der BZK Freiburg für ZFA in Schluchsee

Thema: Implant. im Praxisalltag
Termin: 04. 04. 2008
Ort: Schluchsee
Auskunft: BZK Freiburg, Tel.: 0761/45 06-314
Fax: 0761/45 06-450
e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

33. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Implantate – eine Erfolgsgeschichte über mehr als 50 Jahre
Termin: 04./05. 04. 2008
Ort: Titisee
Auskunft: BZK Freiburg, Tel.: 0761/45 06-314
Fax: 0761/45 06-450
e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

5. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ)

Thema: Orofaziale Ästhetik
Termin: 04./05. 04. 2008
Ort: Hotel Palace Berlin, Budapester Straße 45, 10787 Berlin
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
Fax: 0341/484 74-290
e-mail: kontakt@oemus-media.de
www.oemus-media.de

IDEM Singapore 2008

Termin: 04. – 06. 04. 2008
Ort: Suntec Singapore International Convention & Exhibition Centre
Veranstalter: Koelnmesse GmbH
Auskunft: www.idem-singapore.com

7. Deutscher ITI Kongress 2008

Thema: Implantate: Interaktion von Biologie und Technik
Termin: 11./12. 04. 2008
Ort: Kölner Kongresszentrum Expo XXI
Auskunft: Straumann Veranstaltungsorganisation, Freiburg, Tel.: 0761/45 01 480
www.iti.org/german-congress

2. KOMA Kongress

Thema: Kommunikation und Marketing – Innovationen in der Implantol. und Esthetic Dentistry
Termin: 12. – 19. 04. 2008
Veranstalter: G.M.I. Deutsche Gesellschaft der Masterimplantologen
Ort: Ischgl, Österreich
Auskunft: All Dente Institut Lünenerstr. 73, 59174 Kamen
Tel.: 02307/96 74 64
Fax: 02307/23 50 02
www.all-dente.com

18. Jahrest. des Deutschen Zentrums f. Orale Implantologie DZO

Termin: 18./19. 04. 2008
Ort: Hilton München, Rosenheimer Str. 15, 81667 München
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
Fax: 0341/484 74-290
e-mail: kontakt@oemus-media.de
www.oemus-media.de

2. Frühjahrssymposium der ÖGK

Veranstalter: Österreichische Ges. für Kinderzahnheilkunde
Termin: 18./19. 04. 2008
Ort: Salzburg
Referenten: Dr. Hubertus van Waes (Schweiz); Prof. Dr. Svante Twetman (Dänemark); Dr. Curt Goho (Deutschland/USA); PD Dr. Roland Frankenberger (Deutschland)
Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
Tel.: 043(0)662/90 10 23 03
Fax: 043(0)662/90 10 23 09
e-mail: office

■ Mai 2008

58. Jahrestagung der AG für Kieferchirurgie und

29. Jahrestagung des AK für Oralpathologie und Oralmedizin
Tagungsthemen: Chirurgie im Alter; Plastische und rekonstr. Chirurgie der oralen Weichgewebe
Termin: 01. – 03. 05. 2008
Ort: Wiesbaden
Auskunft: Schriftführer der AGKi: Prof. Dr. Dr. J. Kleinheinz, Waldeyerstraße 30, 48149 Münster
Tel.: 0251/83 47 004
e-mail: johannes.kleinheinz@uk-muenster.de
www.ag-kiefer.de

Bulmedica/Bul dental
42nd Int. Specialised Exhibition

Termin: 13. – 16. 05. 2008
Ort: Inter Expo and Congress Center Sofia
Auskunft: Bulgarreklama Agency Ltd, 147, Tzarigradsko Chaussee BG-1784 Sofia, Bulgaria
 Tel.: (+359 2)96 55 279, 275
 Fax: (+359 2)96 55 231
 e-mail: glubenova@bulgarreklama.com
 www.bulgarreklama.com

42. Jahrestagung der AG für Röntgenologie (ARö) in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Termin: 16./17. 05. 2008
Ort: Runtingersaal, Regensburg
Auskunft: Prof. Dr. Uwe J. Rother 1. Vorsitzender der ARö, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
 Tel.: 040/42 803-22 52
 Fax: 040/42 803-51 22
 e-mail: rother@uke.uni-hamburg.de
 www.aroe.org

15. Europäisches Sommersymposium Usedom

Termin: 19. – 24. 05. 2008
Ort: Heringsdorf auf Usedom
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

Symposium am Tegernsee

Thema: America meets Europe
Veranstalter: Quintessenz Verlag u. Zahngesundheit a. Tegernsee
Termin: 22. – 24. 05. 2008
Ort: Tegernsee
Auskunft: Z.a.T., Adelhofstraße 1, 83684 Tegernsee
 Tel.: 08022/70 65 56
 Fax: 08022/70 65 58
 e-mail: info@z-a-t.de
 www.z-a-t.de

15. IEC Implantologie-Einsteiger-Congress

Termin: 23./24. 05. 2008
Ort: Ulm, Maritim Hotel, Bastei-straße 40, 89073 Ulm
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

9. ESI Expertensymposium „Innovationen Implantologie“ Frühjahrstagung der DGZI 2008

Thema: Diagnostik und Therapieplanung – Von der chirurgischen Planung zum prothetischen Erfolg
Termin: 23./24. 05. 2008
Ort: Ulm, Maritim Hotek, Basteistraße 40, 89073 Ulm
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

■ **Juni 2008**

Sino-Dental 2008
13th China Int. Dental Equipment & Affiliated Facilities Exhibition

Termin: 05. – 08. 06. 2008
Ort: Beijing Exhibition Centre, P.R. China
Auskunft: Ms. Yin Haiyan, Ms. Zhang Zhenzhen
 Tel.: 8610 / 88 39 39 22/39 23
 Fax: 8610 / 88 39 39 24
 e-mail: info@sinodent.com.cn
 www.sinodent.com.cn

Onstseesymposium
1. Norddeutsche Implantologietage

Thema: Konchen ist Ästhetik – Moderne Konzepte der Knochen- und Geweberegeneration in der Parodontologie und Implantologie
Termin: 06./07. 06. 2008
Ort: Rostock, Hotel Neptun, Seestraße 19, 18119 Rostock-Warnemünde
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

22nd International Symposium on Ceramics

Thema: Esthetic Masters at the Forefront
Termin: 06. – 08. 06. 2008
Ort: Hyatt Century Plaza Hotel, Los Angeles
Auskunft: Quintessenz Verlags-GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/761 805
 Fax: 030/761 80 680
 e-mail: info@quintessenz.de
 www.quintessenz.de

2. Internationaler Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin

Termin: 19./21. 06. 2008
Ort: Inselhalle Lindau, Zwanziger Straße 12, 88131 Lindau/Bodensee
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

CARS 2008 – Computer Assisted Radiology and Surgery

22nd Int. Congress a. Exhibition
Termin: 25. – 28. 06. 2008
Ort: Barcelona, Spain
Auskunft: CARS Conference Office, Im Gut 15, 79790 Kuessaberg
 Tel.: 07742/922 434
 Fax: 07742/922 438
 e-mail: office@cars-int.org
 www.cars-int.org

MEDCongress

35. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Termin: 29. 06. – 05. 07. 2008
Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V., Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart
 Tel.: 0711/72 07 12-0
 Fax: 0711/72 07 12-29
 e-mail: bn@medicacongress.de
 www.medicacongress.de

Universitäten

Universität Zürich

CEREC-Kurse in Zürich

Thema: Cerec 3D: Keramikrestaurationen per Computer mit 3D Software – Prakt. Intensivkurs

Referent: Prof. Dr. Dr. W. Mörmann und Mitarbeiter, Zürich
Termin: 19. 01. 2007

Ort: Zürich

Auskunft: Frau R. Hanselmann, Zentrum ZZMK, Plattenstr. 11, CH 8032 Zürich
Tel.: 0041/44 634 32 72
Fax: 0041/44 634 43 07
e-mail: sekretariatszcr@zzmk.uzh.ch

Universität Düsseldorf

Mini-Implantate in der Kieferorthopädie

Thema: Kurs I für Einsteiger: Indikationen, Konzepte und Risiken

Referenten: Prof. Dr. Dieter Drescher, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie; Dr. Benedict Wilmes, Oberarzt der Poliklinik für Kieferorthopädie

Termin: 19. 01. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hörsaal ZMK, Orthopädie Uni-Klinik Düsseldorf

Fortbildungspunkte: 8

Thema: Kurs II für Fortgeschrittene: „Biomechanik und klinisches Management“

Referenten: Prof. Dr. Dieter Drescher, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie; Dr. Benedict Wilmes, Oberarzt der Poliklinik für Kieferorthopädie

Termin: 26. 01. u. 09. 02. 2008, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hörsaal ZMK, Orthopädie Uni-Klinik Düsseldorf

Fortbildungspunkte: 8

Auskunft: Poliklinik für Kieferorthopädie, Westdeutsche Kieferklinik, UKD, Moonenstr. 5, 40225 Düsseldorf
Tel.: 0211/81-18 671 oder 0211/81-18 160
Fax: 0211/81-19 510

Wissenschaftliche Gesellschaften

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Halitosis: Update 2008 – Die Mundgeruch-Sprechstunde in der zahnärztl. Praxis. Ein Kurs f. Einsteiger u. Fortgeschrittene
Termin: 25. 01. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Basel, Schweiz

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi
Kurs-Nr.: ZF 1440

Kursgebühr: 450 EUR; 410 EUR DGZMK-Mitglieder; 390 EUR APW-Mitglieder
Fortbildungspunkte: 8

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

DGZH

Regionalstelle Stuttgart

Thema: Schnupperseminar: Medizinische Hypnose für Zahnärzte und Ärzte

Termin: 16. 01. 2008, 20.00 – 22.00 Uhr

Ort: Stuttgart

Fortbildungspunkte: 2

Referent/in: Dr. A. Schmierer
Kursgebühr: keine

Auskunft: Michael Ergenzinger, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Tel.: 0711/236 06 18
Fax: 0711/24 40 32
www.dgzh-stuttgart.de

Regionalstelle Berlin/Brandenburg

Thema: Masterkurs: Arbeit mit dem Unbewussten

Termin: 18. 01. 2008, 14.00 – 20.00 Uhr;

19. 01. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Grünau-Hotel, Kabelower Weg 87, 12526 Berlin

Fortbildungspunkte: 12
Referent/in: G. Schütz und H. Freigang
Kursgebühr: 400 EUR

Thema: H4-Helferinnencurriculum Hypnose: Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose I

Termin: 18. 01. 2008,

14.00 – 20.00 Uhr;

19. 01. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Grünau-Hotel, Kabelower

Weg 87, 12526 Berlin

Referent/in: Wolfgang Kuwatsch

Kursgebühr: 350 EUR

Auskunft: Dr. Horst Freigang, Lindenallee 21, 12587 Berlin

Tel.: 030/64 19 73 08

Fax: 030/64 19 73 07

Regionalstelle Ennigerloh

Thema: Curriculum Z2: Grundlagen der zahnärztlichen Hypnose

Termin: 25. 01. 2008,

14.00 – 20.00 Uhr;

26. 01. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Regionalstelle Westf.-Lippe, Ennigerloh

Fortbildungspunkte: 16

Referent/in: Dr. Christian Rauch

Kursgebühr: 485 EUR (450 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft: Dr. Christian Rauch, Eckestr. 18, 59320 Ennigerloh
Tel.: 02524/15 15

Fax: 02524/95 15 18

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: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen
Einsteiger- und Aufbau-seminar
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 01. 12. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise
Kursgebühr: 400 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: Herstellung des optimalen Provisoriums

Veranstalter: Corona Lave™
 Fräszentrum Starnberg
Termin: 05. 12. 2007, 14.30 – 18.30 Uhr

Ort: Starnberg
Sonstiges: Ref.: Wolfgang Weber, 3M Espe AG

Kursgebühr: 75 EUR
Auskunft: Corona Lava™
 Fräszentrum, Münchner Str. 33, 82319 Starnberg
 Tel.: 08151/55 53 88
 Fax: 08151/73 93 38
 info@lavazentrum.de
 www.lavazentrum.com

Thema: Voll im Trend – Hochästhetische Kronen und Brücken aus Zirkonoxid

Veranstalter: Corona Lave™
 Fräszentrum Starnberg
Termin: 07. 12. 2007, 14.00 Uhr
Ort: Starnberg

Sonstiges: Ref.: ZTM Rupprecht Semrau

Kursgebühr: 30 EUR
Auskunft: Corona Lava™
 Fräszentrum, Münchner Str. 33, 82319 Starnberg
 Tel.: 08151/55 53 88
 Fax: 08151/73 93 38
 info@lavazentrum.de
 www.lavazentrum.com

Thema: Schlafstörungen zwischen Wiege und Führerschein – Diagnostik und Therapie, Grundlagen u. Anwendung von Screening-Methoden und Systemen

Veranstalter: Haranni Akademie
 Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 14. 12. 2007, 10.00 – 18.00 Uhr;
 15. 12. 2007, 9.00 – 16.30 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. med. Eckhart Trowitzsch; prof. Dr. med. Helmut Teschler
Kursgebühr: 690 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: Myofunktionelle Therapie

Veranstalter: Haranni Akademie
 Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 14./15. 12. 2007, jeweils 9.00 – 16.30 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Mary Ann Bolten, Sabine Fuhlbrück

Kursgebühr: 600 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale für ZÄ; 480 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale für Mitarbeiterinnen

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

Thema: Topfit in die Gesellenprüfung/Generalprobe mit Modellgussgerüst, Brücke, Teleskop usw.

Veranstalter: BEGO Training Center

Termin: 07. – 11. 01. 2008

Ort: Bremen

Gebühr: 200 EUR

Auskunft: BEGO Bremer Goldschlägerei, Wilh. Herbst GmbH & Co. KG, Wilhelm-Herbst-Str. 1, 28359 Bremen
 Tel.: 0421/20 28 372
 Fax: 0421/20 28-395

Thema: RAYID 1 – Familiensystematik (Geburtsreihenfolge) und Irisdiagnostik

Veranstalter: Aufwind Consulting

Termin: 08./09. 01. 2008

Ort: Schlehdorf in Obb.

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte

Kursgebühr: 650 EUR, steuerfrei

Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting, Kocheler Straße 1, 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/61 56 91
 Fax: 08851/61 56 90
 e-mail: info@aufwind.org

Thema: Einführungsworkshop etkon Scanner „es1“

Veranstalter: etkon AG

Termin/Ort: 09. 01., Heidelberg;

16. 01., 20. 02., 12. 03., Freiburg; 16. 01., 20. 02., 19. 03., München; 16. 01., 20. 02., 19. 03., Leipzig; 16. 01., 13. 02., 14. 03., Berlin; 18. 01., 15. 02., 14. 03., Nürnberg; 23. 01., 20. 02., 19. 03., Hannover; 23. 01., 13. 02., 19. 03., Hofheim-Wallau; 23. 01., 27. 02., 19. 03., Stuttgart; 24. 01., 21. 02., Zürich; 30. 01., 26. 03., Hamburg; 13. 02., Ludwigshafen; 12. 03., Karlsruhe

Sonstiges: Firmenvorstellung; Einsatzmöglichkeiten des Scansystems etkon es1; Softwarevorstellung und Livedemo; Teilnahme nur nach Anmeldung möglich!

Kursgebühr: 79 EUR pro Person + MwSt.

Auskunft: etkon AG, Lochamer Schlag 6, 82166 Gräfelfing
 Tel.: 089/30 90 75 0
 Fax: 089/30 90 75 139
 e-mail: info@etkon.de
 www. etkon.de

Thema: Kinesiologie 1

Veranstalter: Aufwind Consulting

Termin: 10./11. 01. 2008

Ort: Schlehdorf in Obb.

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte

Kursgebühr: 650 EUR, steuerfrei

Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting, Kocheler Straße 1, 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/61 56 91
 Fax: 08851/61 56 90
 e-mail: info@aufwind.org

Thema: Multibandtechnik 3 – intra- und extraorale Verankerungsmaßnahmen

Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie

Termin: 11./12. 01. 2008, 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 für Work-Kit

Auskunft: Frau Rumpf, Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie
 Tel.: 069/94 221-113
 Fax: 069/94 221-201

Thema: Kinesiologie 2

Veranstalter: Aufwind Consulting

Termin: 12. 01. 2008

Ort: Schlehdorf in Obb.

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 9 Punkte

Kursgebühr: 325 EUR, steuerfrei

Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting, Kocheler Straße 1, 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/61 56 91
 Fax: 08851/61 56 90
 e-mail: info@aufwind.org

Thema: DOCma der neue Code für Ihre Sicherheit – Die Basis für Ihre Sterilgut-, Medizinprodukte- und Materialverwaltung

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin: 14. 01. 2008,

17.00 – 19.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot GmbH, Dresdner Str., 09130 Chemnitz

Sonstiges: Ref.: Christian Lenke, Dental-Fachberater, DOCma Spezialist

Kursgebühr: kostenfrei

Auskunft: Franziska Anger, Großer Brockhaus 5,

04103 Leipzig

Tel.: 0341/215 99-80

Fax: 0341/215 99-81

e-mail: franziska.anger@henryschein.de

Thema: Ausbildung zur zertifizierten Dentalberaterin in 7 Modulen (mit Geldzurück-Garantie)

Veranstalter: DentalSchule – Institut für zahnmedizinische Fortbildung GmbH

Termin: 14.01. + 11. 02. + 10. 03.. 2007

Ort: Hamburg

Sonstiges: Modul 7 – Online-Repetitorium; Ref.: Vera Thenhaus (Dentalcoach)

Kursgebühr: ZFA: Modul 1-7:

1 400 EUR + MwSt.;

Einzelmodul: 280 EUR + MwSt.;

pro Online-Nachbetreuung:

40 EUR + MwSt.

Auskunft: DentalSchule,

Poststraße 51, 20354 Hamburg

Serviceline: (0700)DENTSCHULE

Tel.: 040/357 15 992

Fax: 040/357 15 993

e-mail: info@dentschule.de

www.dentschule.de

Thema: Die Präzisionsabformung

Veranstalter: Corona Lava™

Fräszentrum Starnberg

Termin: 16. 01. 2008,
14.30 – 18.30 Uhr

Ort: Starnberg

Sonstiges: Ref.: Wolfgang Weber,
3M Espe AG

Kursgebühr: 60 EUR

Auskunft: Corona Lava™

Fräszentrum, Münchner Str. 33,
82319 Starnberg

Tel.: 08151/55 53 88

Fax: 08151/73 93 38

info@lavazentrum.de

www.lavazentrum.com

Thema: Werterhaltung in der
Zahnarztpraxis – praktische Hin-
weise für Ihre Praxisausrüstung

Veranstalter: DIC Dentales
Informations Center

Termin: 16. 01. 2008,
14.00 – 17.30 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Harald Beutel,
Peter Mahr, Tobias Rücker

Kursgebühr: 59 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental
Depot GmbH,

Brigitte Quitzsch,

Industriestraße 6,

70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: brigitte.quitzsch@hen-
ryschein.de

Thema: „Seele trifft Körper“ – Ba-

lint-Wochenendseminar für ZÄ

Veranstalter: Dr. Joachim Stoffel
ZA/psychosomatische Grund-
kompetenz, Balintgruppenlei-
tung

Termin: 17. – 20. 01. 2008

Ort: Oberstdorf/Allgäu,
Alpenhotel Tiefenbach

Sonstiges: konkrete Fallarbeit zu
somatoformen Störungen; Kom-
munikations-Störungen und
Konflikte in der Arzt-Patienten-

beziehung; Burn-out-Prophylaxe

Kursgebühr: Einzeltarif: 750 EUR;

Team: 1 450 EUR; Paartarif:

1 050 EUR jew. + MwSt.

(inkl. Übernachtungen Frühstück

Mittagessen und Kaffeepausen

sowie Rahmenprogramm

Auskunft: Dr. Joachim Stoffel,

Albert Schweitzer Str. 4

87527 Sonthofen

Tel.: 08321/82 995

e-mail: info@balint-stoffel.de

www.balint-stoffel.de

Thema: Vergrößerungssysteme
und Mikroskopie in der Zahn-
arztpraxis – Lupenbrillen/Dental-
Mikroskope

Veranstalter: DIC Dentales
Informations Center

Termin: 18. 01. 2008,
14.00 – 17.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Dr. Thomas
Seitner

Kursgebühr: 75 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental

Depot GmbH,

Brigitte Quitzsch,

Industriestraße 6,

70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: brigitte.quitzsch@hen-
ryschein.de

Thema: Ganzheitliche Zahnmedi-
zin – Anwendung in der tägli-
chen Praxis

Veranstalter: Henry Schein Den-
tal Depot GmbH

Termin: 18. 01. 2008,
15.00 – 19.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot
GmbH/DIC, Großer Brockhaus

5, 04103 Leipzig

Sonstiges: Ref.: Dr. Christoph
Schnurrer, Zahnmediziner mit
Schwerpunkt Kinesiologie und

Energetik

Kursgebühr: 169 EUR + MwSt.

pro Teilnehmer

Auskunft: Franziska Anger,

Großer Brockhaus 5,

04103 Leipzig

Tel.: 0341/215 99-80

Fax: 0341/215 99-81

e-mail: franziska.anger@hen-
ryschein.de

Thema: Der kleine Analysengang

Veranstalter: Güstrower Fortbil-
dungsgesellschaft für Zahnärzte

Termin: 18./19. 01. 2008

Ort: Praxis MUDr. Per Fischer,

18273 Güstrow, Pfahlweg 1

Sonstiges: Ref.: MUDr. Per Fi-
scher, Prakt. Arbeitskurs zum Er-

lernen, Vervollkommen und

Auffrischen der klinischen Funkti-

onsanalyse von der Erstuntersu-

chung bis zur arbiträren Mon-
tage exakter Modelle

Kursgebühr: 360 EUR + MwSt.

Auskunft: MUDr. Per Fischer,

18273 Güstrow, Pfahlweg 1

Tel.: 03843/84 34 95

Fax: 03843/84 34 96

e-mail: per.fischer@dzn.de

Thema: Moderne Endodontie – Gewusst wie!

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 18./19. 01. 2008

Ort: 56457 Westerbürg

Sonstiges: Ref.: Dr. H. W. Herrmann

Kursgebühr: 900 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte

Bilzstr. 5, 56457 Westerbürg

Tel.: 02663/91 190-30

Fax: 02663/91 190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Curriculum Implantatprothetik „4+1“ – Detaillierte Kursausschreibungen senden wir Ihnen gerne zu

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 18./19. 01. 2008

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Georg Bayer, Drs. Kistler, ZTM Adler

Kursgebühr: 4 400 EUR inkl.

MwSt. u. Tagungspauschale

gesamtes Curriculum; 3 600 EUR

inkl. MwSt. u. Tagungspausch.

für DGOI-Mitglieder

Auskunft: Haranni Akademie,

Schulstr. 30, 44623 Herne,

Ansprechpart.: Renate Dömpke,

Tel.: 02323/94 68 300

Fax: 02323/94 68 333

Thema: Pflege, Wartung und Aufbereitung von zahnärztlichen Instrumenten – Anleitung zum richtigen Umgang mit zahnärztlichen Instrumenten

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin/Ort: 18. 01. 2008, Dresden;

23. 01. 2008, Cottbus;

jeweils 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot GmbH, DCC, Am Waldschlösschen 4, 01099 Dresden bzw.

Hufelandstr. 8a, 03050 Cottbus

Sonstiges: Ref.: Egon Lembke,

Medizinproduktberater Fa. Hu-

Friedy

Kursgebühr: 109 EUR + MwSt.

pro Teilnehmer; 49 EUR + MwSt.

für jedes weitere Praxismitglied

Auskunft: Franziska Anger,

Großer Brockhaus 5,

04103 Leipzig

Tel.: 0341/215 99-80

Fax: 0341/215 99-81

e-mail: franziska.anger@hen-

ryschein.de

ryschein.de

Thema: Praktischer Veneerkurs

Veranstalter: Z.a.T.

Termin: 18. – 20. 01. 2008 und

01. – 03. 02. 2008

Ort: Frankfurt

Sonstiges: Ref.: Dr. Galip Gürel

(Istanbul); 40 Fortbildungs-

punkte

Kursgebühr: Team ZA und Helfe-

rin: 4 300 EUR + MwSt.

ZT: 2 100 EUR + MwSt.

Auskunft: Z.a.T. Fortbildungen

für Zahnärzte am Tegernsee,

Dipl.-Kff. Iris Liedl, Adelfhofstr. 1,

83684 Tegernsee

Tel.: 08022/70 65 56

Fax: 08022/70 65 58

E-Mail: info@z-a-t.de

www.z-a-t.de

Thema: Biostrukturseminar Teil I Struktogramm (Grundkurs)

Veranstalter: Feldmann Consul-

ting®

Termin: 19. 01. 2008,

9.0 – 17.00 Uhr

Ort: 76275 Ettlingen

Sonstiges: Ref.: Reinhard

Homma; 11 Punkte

Kursgebühr: 365 EUR + MwSt.

Auskunft: Frau Nicole Feldmann,

Wilhelmstr. 1, 76275 Ettlingen

Tel.: 07243/72 54-0

Fax: 07243/72 54-20

Thema: Workshop Bonemanagement/Implantologie

Veranstalter: Henry Schein Dental

Depot GmbH

Termin: 19. 01. 2008,

9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot

GmbH/DIC, Großer Brockhaus

5, 04103 Leipzig

Sonstiges: Ref.: Dr. Mario Kirste,

Implantologe; max. 12 Personen

Kursgebühr: 300 EUR + MwSt.

pro Teilnehmer

Auskunft: Franziska Anger,

Großer Brockhaus 5,

04103 Leipzig

Tel.: 0341/215 99-80

Fax: 0341/215 99-81

e-mail: franziska.anger@hen-

ryschein.de

Thema: Ästhetische Überpresskeramik: Inrtensivkursus zum Über-

pressen von Metallgerüsten

Veranstalter: BEGO Training

Center

Termin: 22./23. 01. 2008

Ort: Bremen

Gebühr: 390 EUR

Auskunft: BEGO Bremer Gold-

schlägerei,

Wilh. Herbst GmbH & Co. KG,

Wilhelm-Herbst-Str. 1,

28359 Bremen

Tel.: 0421/20 28 372

Fax: 0421/20 28-395

Thema: Abrechnung muss gelernt sein! Zahnärztliches Ab-

rechnungsseminar – Abrech-

nungsmix

Veranstalter: DIC Dentales

Informations Center

Termin: 23. 01. 2008,

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot

Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Stani Hoffmann

Kursgebühr: 125 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental

Depot GmbH,

Brigitte Quitzsch,

Industriestraße 6,

70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: brigitte.quitzsch@hen-

ryschein.de

Thema: BEGO Medical Workshop

Veranstalter: BEGO Training

Center

Termin: 23. 01., 13. 02., 05. 03.,

09. 04., 07. 05., 11. 06., 09. 07.,

20. 08., 10. 09., 08. 10., 12. 11.

und 10. 12. 2008

Ort: Bremen

Sonstiges: Vorbereitende Maß-

nahmen im Labor; Scannen;

Herstellungsprozess schema-

tisch; Wirtschaftlichkeit

Gebühr: 49 EUR pro Person

(Rückerstattung bei Vertragsab-

schluss)

Auskunft: BEGO Bremer Gold-

schlägerei,

Wilh. Herbst GmbH & Co. KG,

Wilhelm-Herbst-Str. 1,

28359 Bremen

Tel.: 0421/20 28 372

Fax: 0421/20 28-395

Thema: Gute Werbung – Starke

Preise – Marketing als Ihre unter-

nehmerische Aufgabe

Veranstalter: Henry Schein Den-

tal Depot GmbH

Termin: 25. 01. 2008,

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot

GmbH, DCC, Am Waldschlöss-

chen 4, 01099 Dresden

Sonstiges: Ref.: Thomas Malik,

Verkaufs- und Kommunikati-

onstrainer

Kursgebühr: 159 EUR + MwSt.

pro Teilnehmer

Auskunft: Franziska Anger,

Großer Brockhaus 5,

04103 Leipzig

Tel.: 0341/215 99-80

Fax: 0341/215 99-81

e-mail: franziska.anger@hen-

ryschein.de

Thema: Kinderprophylaxe – Die

Kinder von heute sind die Patien-

ten von morgen!

Veranstalter: DIC Dentales

Informations Center

Termin: 25. 01. 2008,

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot

Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Susanne Keck

Kursgebühr: 170 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental

Depot GmbH,

Brigitte Quitzsch,

Industriestraße 6,

70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: brigitte.quitzsch@hen-

ryschein.de

Thema: Voll im Trend – Hoch-

ästhetische Kronen und Brücken

aus Zirkonoxid

Veranstalter: Corona Lava™

Fräszentrum Starnberg

Termin: 25. 01. 2008, 14.00 Uhr

Ort: Starnberg

Sonstiges: Ref.: ZTM Rupprecht

Semrau

Kursgebühr: 30 EUR

Auskunft: Corona Lava™

Fräszentrum, Münchner Str. 33,

82319 Starnberg

Tel.: 08151/55 53 88

Fax: 08151/73 93 38

info@lavazentrum.de

www.lavazentrum.com

Sonderurlaub

Freigestellt

Ob die Mitarbeiterin heiratet oder deren Oma beerdigt wird: Aus den unterschiedlichsten Gründen benötigen Praxismitarbeiterinnen „freie Tage“. Bekommen sie auch. Die Frage ist bloß, wann und wie lange der Zahnarzt Lohn und Gehalt zahlen muss.

Eine Praxismitarbeiterin hat bei einer „persönlichen Arbeitsverhinderung“ Anspruch auf bezahlte Freistellung durch den Zahnarzt. Voraussetzung hierfür ist, dass die Arbeitsverhinderung unverschuldet ist und nur eine „ver-



Foto: Project Photo

hältnismäßig nicht erhebliche Zeit“ dauert. Üblicherweise sind diese Dinge in Tarifverträgen geregelt. Zahnärzte, die Mitarbeiterinnen ohne tarifvertragliche Bindung beschäftigen, können sich an folgender Übersicht orientieren:

- Während der Arbeitszeit erforderlicher Arztbesuch: notwendige Zeit.
- Während der Arbeitszeit erforderliche Besuche von Behörden, gerichtliche Termine, Arbeit als Laienrichter: notwendige Zeit.
- Umzug mit eigenem Hausstand: 1 bis 3 Tage.
- Eheschließung der Mitarbeiterin: 1 bis 3 Tage.
- Niederkunft der Ehefrau: 1 bis 3 Tage.

- Eheschließung von Kindern der Arbeitnehmerin: 1 bis 3 Tage.
- Eheschließung von Geschwistern der Arbeitnehmerin: 1 Tag.
- Arbeitsjubiläen der Praxismitarbeiterin (25 / 40 / 50 Jahre): 1 bis 4 Tage.
- Silberhochzeit der Praxismitarbeiterin: 1 bis 3 Tage.
- Ehejubiläen der Eltern und Schwiegereltern: 1 Tag.
- Konfirmation, Erstkommunion eines Kindes der Praxismitarbeiterin (sofern ein Arbeitstag betroffen ist): 1 Tag.
- Tod des Ehegatten: 2 bis 4 Tage.
- Tod von Familienangehörigen, die mit der Praxismitarbeiterin in häuslicher Hausgemeinschaft lebten: 1 bis 3 Tage.
- Tod eines Eltern- oder Schwiegerelternteils: 1 bis 3 Tage.



Konjunktur

Deutsche machen mehr Überstunden

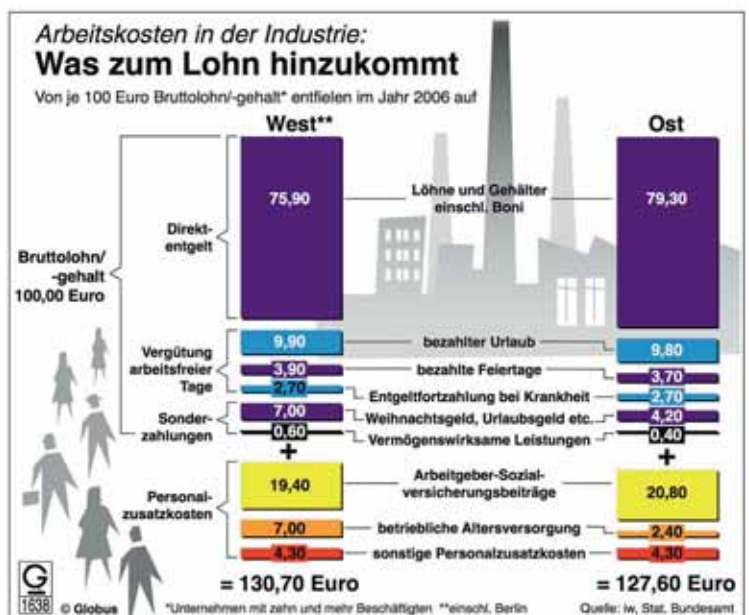
Volle Auftragsbücher haben in diesem Jahr erneut dazu geführt, dass in den deutschen Betrieben die Zahl der Überstunden gestiegen ist. Dennoch waren es 2007 deutlich weniger zusätzliche Arbeitsstunden als in

den Boomjahren 1999/2000, wie die „Frankfurter Rundschau“ berichtet.

Nach Angaben des Nürnberger Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) wurden in diesem Jahr bundesweit insgesamt 1,474 Milliarden bezahlte Überstunden geleistet – 0,43 Prozent mehr als im Vorjahr. Für 2008 rechnen die Arbeitsmarktforscher sogar mit einer Mehrarbeit von 1,508 Milliarden Stunden. jr/pm



Foto: MEV



Neue DIW-Studie

Kaum etwas auf der hohen Kante

Rund zwei Drittel der Deutschen haben kein oder nur ein sehr geringes Vermögen. Im Durchschnitt beträgt ihr individuelles Nettovermögen rund 81 000 Euro. Doch der mittlere Wert – Trennmarke zwischen der ärmeren und der reicheren Bevölkerung – liege nur bei 15 000 Euro,

sagt Markus Grabka vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Ursache dafür sei eine „sehr ungleiche Verteilung“. Das reichste Zehntel der Deutschen besitzt fast zwei Drittel des gesamten Vermögens, zeigt eine neue DIW-Studie. Westdeutsche haben mit knapp

92 000 Euro mehr als doppelt soviel Vermögen wie Ostdeutsche. Das liegt dem Institut zufolge vor allem an einer niedrigeren Eigentumsquote und dem geringeren Verkehrswert von Immobilien. Beim Geldvermögen hätten die Menschen im Osten bereits fast 60 Prozent des westdeutschen Niveaus erreicht. Die Verschuldung, obwohl mit

rund 9 000 Euro nur halb so hoch wie im Westen, sei im Osten – gemessen am Nettovermögen – höher als in den alten Bundesländern. Auch haben Männer der DIW-Studie zufolge mit durchschnittlich 96 000 Euro ein deutlich höheres individuelles Nettovermögen als Frauen mit durchschnittlich 67 000 Euro. Den Spitzenplatz im Altersvergleich belegen die 56- bis 65-Jährigen mit knapp 130 000 Euro.

jr/pm



Foto: MEV

Rechtsberatung

Anwaltsmonopol gelockert

Am Monopol der Anwälte wird gerüttelt. Der Bundesrat stimmte dem neuen Rechtsberatungsgesetz zu, das auch Nicht-Juristen in begrenztem Umfang Rechtsberatung erlaubt. Die Kernbereiche der Anwaltstätigkeit – wie etwa die Vertretung vor Gericht – bleiben jedoch unangetastet, berichtet die Süddeutsche Zeitung. Das Gesetz, das der Bundestag bereits verabschiedet hatte, soll am 1. Juli 2008 in Kraft treten.

Grundsätzlich freigegeben sind nun hingegen unentgeltliche Rechtsberatungen und solche im Familien- und Freundeskreis. Um die Qualität der Beratung zu sichern, dürfen dem Bericht zufolge gemeinnützige Organisationen Rechtsdienstleistungen nur durch oder unter Anleitung eines Volljuristen erbringen. Künftig können auch alle Vereine ihre Mitglieder rechtlich beraten. Dies war bisher den berufsständischen Organisationen vorbehalten. Zudem ermöglicht das Gesetz Nichtanwältinnen – im Zusammenhang mit einer anderen wirtschaftlichen Tätigkeit – juristische Nebenleistungen zu erbringen. So können beispielsweise Architekten ihre Auftraggeber in baurechtlichen Fragen beraten.

jr/pm



Foto: CC

Wirtschaftskriminalität

Unternehmen zu sorglos

Fast jedes zweite deutsche Unternehmen hat in den vergangenen zwei Jahren Schäden durch Unterschlagung, Korruption oder andere Formen von Wirtschaftskriminalität erlitten. Besonders hoch ist das Kriminalitätsrisiko in China, Russland, Indien, Indonesien, Brasilien, Mexiko und der Türkei, wie die Repräsentativ-Studie „Wirtschaftskriminalität 2007“ der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zeigt.

Die weltweit aufgedeckten Straftaten kosten die deutschen Unternehmen pro Jahr gut sechs Milliarden Euro. Obwohl fast die Hälfte aller Befragten bereits betroffen ist, befürchten nur zehn Prozent von ihnen, künftig selbst Opfer von Wirtschaftskriminalität zu werden. Die Studienergebnisse zeigen den Forschern zufolge auch, dass die deutschen Firmen Nachholbedarf haben: Nicht nur in der Bekämpfung, sondern auch in der Prävention der Straftaten schneiden sie im internationalen

Vergleich schlecht ab. Für mehr Vorsorge spreche auch, dass knapp jede zweite Straftat von einem Mitarbeiter des jeweiligen Unternehmens begangen werde.

jr/pm



Foto: CC

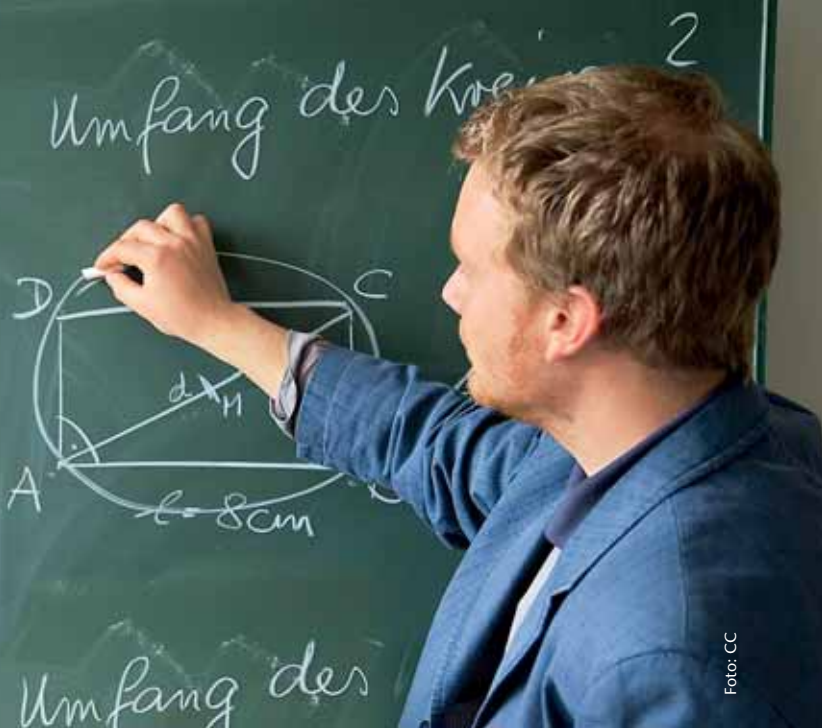
Altersvorsorge – Steuervorteil möglich

Rechenexempel Rürup-Rente

Die Rürup- oder Basis-Rente bietet freiberuflich arbeitenden Zahnärzten neben dem Versorgungswerk die einzige Chance, sich vom Berliner Förderkuchen für die Altersvorsorge eine Scheibe abzuschneiden. Deshalb kann es sich lohnen, noch kurz vor Jahresschluss eine Police abzuschließen, um die Steuervorteile für 2007 zu kassieren.

$$l^2 + b^2 = d^2$$

$$8^2 + 6^2 = d^2$$



Viele Zahnärzte ahnen schon, worum es geht, wenn sich am Abend oder am freien Mittwochnachmittag der Versicherungsvertreter meldet. Dann steht mal wieder das Thema Altersvorsorge und speziell die Basisrente auf dem Programm, die ihnen der Berater in den höchsten Tönen anpreist. Die Anstrengungen der Verkäufer scheinen sich jedenfalls zu lohnen. Allein in diesem Jahr rechnet die Versicherungswirtschaft mit 350 000 neuen Verträgen für die Basisrente. Das sind doppelt so viele wie im gleichen Zeitraum 2006.

Die vom Wirtschaftsweisen und Regierungsberater Bert Rürup speziell für Selbstständige erfundene Variante zur Altersvorsorge boomt. Gedacht war sie für alle Selbstständigen, die ansonsten keine Möglichkeit haben, von der staatlichen Förderung für die Altersvorsorge zu profitieren. Und seit der letzten Reform in 2006 sind die Angebote durchaus attraktiv. Inwieweit sie sich aber für die Zahnärzteschaft lohnen, ist ein Rechenexempel. Denn schließlich zahlen sie regelmäßig in ihr Versorgungswerk ein. Die Beiträge dafür unterscheiden sich je nach Bundesland. Differenzen gibt es auch bei den Höchstbeiträgen. So können die selbstständigen bayrischen Kollegen bis

zum Zweifachen der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung einzahlen. Wieder andere Versorgungswerke ziehen die Grenze beim Eineinhalbfachen. Im Durchschnitt dürfte der monatliche Beitrag um die 1 000 Euro liegen.

Vater Staat beteiligt sich an den Aufwendungen für die Sicherung des berufsständischen Ruhegeldes zu den gleichen Bedingungen wie für die Basis-Rente. Bis zu 20 000 Euro pro Jahr können Alleinstehende (Verheiratete 40 000 Euro) in ihre Altersvorsorge investieren. Einen jährlich ansteigenden Anteil davon akzeptiert der Fiskus pro Jahr als Sonderausgaben. Im Gegenzug wird er die später ausgezahlten Renten höher besteuern, und zwar mit steigender Tendenz. Für die Sparer bedeutet das, dass ihre Rente am Ende niedriger ausfällt als gedacht, weil der Fiskus sich ja seinen Teil abzieht. Aus diesem Grund kann sich daraus eine Lücke bei der Altersvorsorge ergeben.

Damit auch der pensionierte Zahnarzt seinen gewohnten Lebensstandard halten kann, sollte er so früh wie möglich dafür sorgen, dass es später nicht zu Defiziten kommen kann. Ihm stehen dazu zwei Möglichkeiten offen. Er kann – vorausgesetzt er

hat die Höchstgrenzen noch nicht ausgeschöpft – seine Beiträge für das Versorgungswerk entsprechend erhöhen oder aber den Vertrag für eine Rürup-Rente abschließen.

Günstigerprüfung greift

Für die gesamte Vorsorge sieht die Steuerrechnung so aus:

In diesem Jahr darf er von den Prämien maximal 64 Prozent als Sonderabschreibung geltend machen. Egal ob er im Jahr die vollen 20 000 Euro oder 12 000 Euro oder auch nur 8 000 Euro einzahlt, absetzbar bleiben in diesem Jahr 64 Prozent des eingezahlten Betrags; danach steigt dieser Anteil bis 2025 – also über 18 Jahre – jährlich um zwei Prozent. Geht man vom maximalen Sparbetrag von 20 000 Euro aus, akzeptiert das Finanzamt 2007 64 Prozent davon. Das macht 12 800 Euro. Daraus ergibt sich dann eine Steuererstattung – vorausgesetzt die Einkünfte unterliegen dem Spitzensteuersatz (inklusive Solidaritätszuschlag) – in Höhe von 5 670 Euro (bei Verheirateten 11 340 Euro). Im Jahr 2025 ist der Höchstbetrag von 20 000 Euro (40 000 Euro bei Verheirateten) erreicht; von da an bleiben

dann jährlich die Höchstsummen absetzbar.

Michael Jung, Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke (ABV) in Köln hofft, dass die Höchstbeträge dynamisiert werden, „denn in 2025 sind 20 000 Euro bestimmt nicht mehr das, was sie heute sind.“

Zahnärzte, die nun das Pensionsalter erreicht haben, werden sich wundern, dass der Fiskus einen immer höheren Anteil von ihrem Ruhegeld verlangt: In der Auszahlungsphase sind die Renten aus dem Versorgungswerk und aus der Basisrente steuerpflichtig. Wie hoch die Abgaben ausfallen, hängt vom Zeitpunkt der Auszahlung ab. Wer in diesem Jahr die erste Rentenzahlung erhält, versteuert 54 Prozent davon. Bis 2020 steigt der Besteuerungsanteil jedes Jahr um zwei Prozent, ab 2021 bis 2040 um einen Prozentpunkt pro Jahr. Ab 2040 wird dann der gesamte Betrag steuerpflichtig.

Es kann aber auch sein, dass die Steuerrechnung nach altem Recht für den selbstständigen Zahnarzt von Vorteil ist. Danach darf er für seine Vorsorgeaufwendungen – Beiträge an das Versorgungswerk plus sonstige Versicherungen – maximal 5 069 Euro absetzen. Hinzu kommen die Ausgaben für die Rürup-Rente. Das Finanzamt prüft nun, ob er mit dieser Regelung günstiger weg-

kommt als mit der Besteuerung nach neuem Recht. Die Günstigerprüfung gilt bis einschließlich 2019. In diesen Fällen empfiehlt auch ABV-Hauptgeschäftsführer Michael Jung die Rürup-Rente.

Die Vorteile der Basisrente ähneln ...

Zu den Vorteilen der Basisrente gehört, dass der Staat keinen Zugriff auf das Geld hat. Für den versicherten Zahnarzt bedeutet diese Regel, dass im Fall der Insolvenz die Gläubiger sich nicht an dem Vorsorgekapital bedienen dürfen. Allerdings haben Steuervorteil und Sicherheit ihren Preis: Die Basisrente darf weder gekündigt noch beliehen werden. Außerdem haben die Erben das Nachsehen, denn das nicht ausgezahlte Kapital kommt der Gemeinschaft der Versicherten zugute. Gegen ein Minus bei der Rendite erlaubt der Gesetzgeber zwei Zusatzverträge: den Schutz der Hinterbliebenen und einen Berufsunfähigkeitsschutz (BU). Die Kosten für den BU wirken sich im Gegensatz zur herkömmlichen Berufsunfähigkeitsversicherung auch steuermindernd aus, so lange der Anteil nicht mehr als 49 Prozent des Gesamtbeitrags ausmacht. Im Gegenzug werden die Leistungen besteuert.

zm-Index

Stichwort: Günstigerprüfung

Manche Steuerzahler können nach altem Steuerrecht mehr Einzahlungen für die Vorsorge absetzen als in den ersten Jahren der neuen Regelung. Damit alle Steuerpflichtigen nach der Neuregelung mindestens soviel abziehen können wie nach altem Recht, führt das Finanzamt eine sogenannte Günstigerprüfung durch. Dabei prüft es, ob der Abzug aller gesetzlichen Vorsorgeaufwendungen nach altem oder nach neuem Recht für den Steuerzahler günstiger ist. Die Günstigerprüfung führt das Finanzamt bis 2019 automatisch durch. Das Jahressteuergesetz 2007 verlangt eine Neuregelung der Günstigerprüfung rückwirkend zum 1. Januar 2006. Für alle Steuerpflichtigen, die nach altem Recht mehr Vorsorgeaufwendungen von der Steuer absetzen können, kann der Beitrag zur Rürup-Rente unter Berücksichtigung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung oder gleichgestellten Versorgungsgesellschaften steuermindernd geltend gemacht werden. Ab 2020 entfällt die Günstigerprüfung.

... denen der Versorgungswerke

Die Versorgungswerke bieten die gleichen Vorteile wie die Basisrente der Versicherungswirtschaft. Als zusätzliches Plus verzeichnen die berufsständischen Versorger, dass der Hinterbliebenenschutz integriert ist und sie die Kosten klein halten, weil sie keinen Vertrieb finanzieren müssen. Letzteres trifft allerdings ebenfalls für Direktversicherer wie Cosmos oder Europa zu.

Ob ein Zahnarzt sich bei der Aufstockung seiner Altersvorsorge nun für eine Erhöhung seines Beitrags oder für den Abschluss einer Basisrente entscheidet, kann von mehreren Punkten abhängen, die er für seinen Fall individuell klären muss, und sei es seine persönliche Präferenz für oder gegen die bisherige Vorsorgeform. Kann das



Für die Selbstständigen gedacht, doch auch für Zahnärzte gemacht? Für die Rürup-Rente liefert im Einzelfall nur intensives Durchrechnen die passende Antwort.



Foto: MEV

Kommt der Zahnarzt alleine nicht zurecht, kann sich externe Beratung, zum Beispiel vom Berater des Versorgungswerkes, lohnen.

Versorgungswerk gute Zahlen vorlegen, besteht kein Grund, warum ein Arzt seine Einzahlungen nicht erhöhen sollte.

Der Garantiezins

Die berufsständischen Versicherer verweisen in der Regel auf den höheren Garantiezins, der zwischen drei und vier Prozent liegt.

Die Veränderung des Generationenaufbaus macht den Versorgungswerken zwar auch zu schaffen, doch trifft es sie nicht so hart wie die gesetzliche Rentenversicherung. Fakt bleibt: Die Lebenserwartung der Menschen, die in freien Berufen tätig sind, übersteigt inzwischen die der Gesamtbevölkerung um vier Jahre. Das hat eine Untersuchung des versicherungsmathematischen Büros Heubeck AG in Köln ergeben. Entsprechend länger müssen die Renten gezahlt werden. Hinzu kommt, dass die lange Phase der niedrigen Zinsen sich dämpfend auf die Erträge ausgewirkt hat. ABV-Hauptgeschäftsführer Michael Jung geht davon aus, dass bald auch für die berufsständische Versorgung über eine Erhöhung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre diskutiert werden wird. Er glaubt nicht an eine Senkung der Renten beziehungsweise der Anwartschaften. Doch wird der jährliche Anstieg der Renten weniger hoch aus-

fallen als früher. Schon in den letzten Jahren glich dieser die Inflation nicht aus. Deshalb sollten Ärzte sich intensiv mit der Sicherung ihres Lebensstandards im Alter beschäftigen, meint Frank Nobis, Geschäftsführer des Instituts für Vorsorge und Finanzplanung in Nürnberg. Der Ökonom erinnert daran,

zm-Info

Fünf gute Anbieter für die Basisrente

Die Versicherungsanalysten von Morgen & Morgen in Hofheim/Taunus haben für die derzeit besten Angebote für die Basisrente (klassische Versicherung) zusammengestellt. Dabei handelt es sich ausschließlich um Versicherer, die Morgen & Morgen mit einem ausgezeichneten (fünf Sterne) beziehungsweise sehr guten

dass von Beiträgen, die die Zahnärzte in ihr Versorgungswerk einzahlen, monatlich ein großer Teil als Steuerersparnis zurückfließt. „Die meisten denken nicht daran und die Steuerberater vergessen, ihre Mandanten daran zu erinnern. Dieses Geld sollten sie sofort wieder in ihre Altersvorsorge stecken, schon allein, um die durch die demnächst nachgelagerte Besteuerung der Renten entstandene Lücke zu schließen.“

In welcher Form das geschehen soll, hängt von den persönlichen Vorlieben ab. Wer zum Beispiel die Steuervorteile der Basisrente nutzen und gleichzeitig etwas mehr Risiko wagen will, kann sich bei der privaten Assekuranz für eine fondsgebundene Rürup-Rente entscheiden. Dabei bestimmt er selbst, in welche Fonds sein Kapital fließen soll. Er wahrt damit die Chance auf größere Gewinne als sie die klassische Lebensversicherung verspricht, riskiert aber gleichzeitig bei schlechter Entwicklung der Börse mögliche Verluste. Wer sich für diese Variante der Basis-Rente entscheidet, kann das Risiko minimieren. Es genügt, den monatlichen Mindestbeitrag von 25 oder 50 Euro zu zahlen und am Jahresende viel-

(vier Sterne) Rating beurteilt. Die Tabelle zeigt die Angebote mit den höchsten Garantierenten. Die Ergebnisse der Modellrechnung beziehen sich auf Tarife ohne Leistungen im Todesfall bei 100 Euro Monatsbeitrag. Der Sparer ist geboren am 1. November 1972, Renteneintrittsalter 67 Jahre.

Gesellschaft	Tarifbezeichnung	Garantierte Rente in €	Mögliche Rente in €	M&M-Unternehmensrating
CosmosDirekt	RBA	215	362	★★★★★
WGV	LB	214	358	★★★★
Europa	E-R1B	213	424	★★★★★
HanseMerkur	R7	213	346	★★★★
Debeka	BA3	212	375	★★★★★

Quelle: Morgen & Morgen GmbH, Stand: Oktober 2007



Diese Punkte sind wichtig bei der Wahl der Versicherung:

- Wer sich für eine klassische Basis-Rente entscheidet, sollte eine Versicherung mit einer möglichst hohen garantierten Rente wählen. Bei der fondsgebundenen Versicherung gibt es keine garantierte Verzinsung.
- Eine zusätzliche Hinterbliebenenversicherung drückt auf die Rendite. Günstiger ist es, für die Familie eine Risikolebensversicherung abzuschließen.
- Für den Fall, dass der Versicherte während der Ansparphase stirbt, ist ein Vertrag mit Beitragsrückgewähr sinnvoll. So bleiben die Beiträge für die Hinterbliebenen erhalten. Auf die spätere Rente wirkt sich dieser Schutz kaum aus.
- Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) in Kombination mit der Rürup-Rente lohnt sich nur dann, wenn noch keine andere BU besteht.
- Ein Vertrag, der zusätzliche Einzahlungen erlaubt, bietet mehr Flexibilität als einer mit festen Beiträgen.
- Die Stiftung Warentest empfiehlt, vor der Vertragsunterschrift zu klären, in welcher Form der Versicherer die Beteiligung an den Überschüssen anbietet. Günstig in der Ansparphase einer klassischen Versicherung ist die Bonusrente. Dabei investiert die Gesellschaft den jährlichen Überschuss als Einmalbeitrag in die Basisrente. (Bei der fondsgebundenen Variante fließen die Überschüsse immer in Fonds.) In der Rentenphase ist eine volldynamische Rentenzahlung gut. Sie schützt den Versicherten vor Rentenkürzungen, wenn die Gesellschaft mal nicht so profitabel arbeitet.

leicht, wenn der Zahnarzt weiß, wie hoch sein Jahresgewinn ausgefallen ist, einen größeren Betrag nachzuschießen und dennoch den Steuerbonus fürs ganze Jahr zu kassieren.

Einen geldwerten Vorteil können sich auch ältere Sparer mithilfe der Basis-Rente ver-

schaffen. So kann ein 60-jähriger Zahnarzt, der zum Beispiel eine Lebensversicherung über 100 000 Euro kassiert, diesen Betrag in eine Rürup-Rente stecken. Von diesem Jahr an bis 2011 zahlt er jährlich 20 000 Euro ein. In 2007 kann er 64 Prozent (12 800 Euro) davon absetzen, 2008 sind es 66 Prozent (13 200 Euro), 2009 68 Prozent (13 600 Euro), 2010 70 Prozent (14 000 Euro) und 2011 72 Prozent (14 400 Euro). Ab 2012 kassiert er dann seine Rente und muss nur einen Anteil von 64 Prozent versteuern.

Lockruf der Banken

Neben den Versicherern dürfen seit Anfang des Jahres eigentlich auch die Banken und Fondsgesellschaften Rürup-Verträge anbieten. Bislang führt nur die Fondsgesellschaft der Volks- und Raiffeisenbanken ein Modell in ihrem Programm. Die Union Investment lockt mit der VR-RürupRente. Dabei handelt es sich aber auch um eine Variante der bereits bekannten fondsgebundenen Lebensversicherung. Noch vor Jahresende will die Deka-Bank der Sparkassen eine eigene Möglichkeit schaffen, mit Fonds für die Rürup-Rente zu sparen. Bereits abgewinkt hat die Deutsche Bank mit DWS unter dem Hinweis, dass die jetzigen Bedingungen sich nicht für ein interessantes Fondsmodell der Basis-Rente eignen. Da habe sich wohl die Lobby der Versicherer durchgesetzt. Ob die Basisrente die richtige Anlageentscheidung ist, hängt auch vom persönlichen Steuersatz ab. Wer schon zum jetzigen Zeitpunkt abschätzen kann, dass seine Steuerlast im Ruhestand nicht allzu hoch sein wird, ist mit einer Basisrente gut bedient. Denn die Rentenzahlungen unterliegen ab 2040 komplett der Abgabepflicht.

Wo der Fiskus zulangt

Gutverdiener, die sich in den höheren Bereichen der Steuerklassen wiederfinden, nehmen besser Abstand von einer zusätzlichen Vorsorge mithilfe der Basisrente. Als lukrativer erweist sich für sie der Abschluss einer klassischen privaten Rentenversiche-

rung, die nicht staatlich gefördert wird. Sie profitieren von der normalen Besteuerung der Alterseinkünfte. Dabei bedient sich der Fiskus nur beim sogenannten Ertragsanteil. Das heißt, dass nur der Teil der privaten Rente besteuert wird, der zu den Erträgen aus dem gesparten Kapital gehört. Ein Zahnarzt, der ab 65 Jahren eine private Rente bekommt, zahlt auf den Ertragsanteil 18 Prozent Steuern.



Foto: Project Photo

Das Ergebnis zählt.

Kritiker halten von Lebensversicherungen als Altersvorsorge immer noch nicht allzu viel. Zwar gestehen sie der fondsgebundenen Rente einen Vorteil bei der kommenden Abgeltungssteuer zu (siehe zm-Ausgabe 20). Doch sie bemängeln nach wie vor die hohen Kosten, die an der Rendite knabbern. Sie empfehlen häufig eine Risikolebensversicherung für die Absicherung der Familie. Als Alternative zur Lebensversicherung bieten sich immer noch die Fondssparpläne an. Sie erlauben einen sehr viel flexibleren Umgang mit dem Kapital. Doch hierbei wird die drohende Abgeltungssteuer die Renditen schmälern.

Marlene Endrueit
m.endrueit@netcologne.de

Fotos in Berufskleidung

In neuem Licht

Eigenwerbung im Kittel, das galt lange Zeit als Tabu. Jetzt hat der Bundesgerichtshof die Rechte der Ärzte und Zahnärzte gestärkt: Eine Abbildung in Berufskleidung oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit ist nicht mehr ausnahmslos verboten. Zeigt ein Foto jedoch ebenfalls Patienten, braucht der Zahnarzt weiterhin deren Einverständnis zur Veröffentlichung.



Foto: MEV

Den Polizist macht sie präsent, der Stewardess beschert sie ihren Auftritt und auch den Zahnarzt macht sie als solchen kenntlich: die Berufskleidung. Lassen sich Zahnärzte im Kittel auch auf Flyern, in der Lokalzeitung oder auf der eigenen Praxishomepage abbilden, dürfte ihnen dies seit dem Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) keine Probleme mehr machen.

Vor oder ...

Bisher war es Ärzten und Zahnärzten nicht erlaubt, sich in der Werbung in Berufskleidung oder bei der Ausübung ihrer beruf-

lichen Tätigkeit darstellen zu lassen. Dies wurde mit dem Wortlaut von § 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 Heilmittelgewerbe-gesetz (HWG) begründet. Jetzt hat der BGH die Auslegung des Gesetzes konkretisiert und damit die Möglichkeiten der Arztwerbung erweitert. Das Werbeverbot gilt nun für Ärzte und Zahnärzte nur dann, wenn die Werbung dazu geeignet ist:

1. den Patienten unsachlich zu beeinflussen und
2. ihn dadurch zumindest mittelbar in seiner Gesundheit zu gefährden.

„Solche Fälle sind kaum denkbar“, schätzt Wirtschaftsjurist Dirk Wiedemann, Würzburg, die Situation ein. Soweit keine Gesundheitsgefährdung bestehe, könnten sich Zahnärzte nun auch dem Laienpublikum im Kittel präsentieren; die neue Rechtsprechung bedeute eine Stärkung der Rechte des Zahnarztes als selbstständiger Freiberufler. „Ein Eingriff in solche Grundfreiheiten muss immer gerechtfertigt sein“, sagt Wiedemann. „Eine Gesundheitsgefährdung wäre in diesem Fall höher zu bewerten als die Berufs- oder auch Meinungsfreiheit.“

... hinter der Kamera

Ob beim ehrenamtlichen Einsatz im Kindergarten oder bei der Behandlung in der Praxis – oft steht der Zahnarzt nicht allein vor der Kamera. Grundsätzlich haben alle kleinen und großen Patienten gemäß dem Kunsturhebergesetz (KUG) das sogenannte Recht am eigenen Bild. „Jeder Mensch hat die freie Entscheidung darüber, ob er fotografiert werden möchte“, betont Rechtsanwältin Uta Viegner von der Deutschen Anwalts- und Steuervereinigung für die mittelständische Wirtschaft. „Erst recht darf man selbst entscheiden, was mit dem Bild passiert –

also ob ein Bild veröffentlicht werden darf, sei es in einer Zeitung oder im Internet.“ Nach § 22 KUG dürfen Bildnisse nur verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden, wenn der Abgebildete dazu eingewilligt hat. Bei Kindern bis zwölf Jahren ist dies allein Sache der Eltern. Ältere Kinder können unter Umständen selbst entscheiden – wenn man davon ausgehen kann, das sie die Konsequenzen nachvollziehen können.

Fragt der Zahnarzt oder die Mitarbeiterin beim Patienten nach, gilt schon dessen Wort – oder auch sein Schweigen – als Einwilligung. Dennoch: „Wer auf Nummer sicher gehen will, sollte sich am besten eine schriftliche Einwilligung geben lassen“, rät Wiedemann. Er empfiehlt Praxisinhabern, gleichzeitig zu klären, unter welchen Bedingungen sie das Foto verwenden dürfen:

- einmalig oder beliebig oft
 - auf eine bestimmte Werbemaßnahme beschränkt oder in jeglichen Medien
 - lizenzfrei oder gebührenpflichtig
- Solche Fragen erübrigen sich nicht automatisch, sobald ein Zahnarzt einen professionellen Fotografen wählt.

„Das Recht am eigenen Bild berührt nicht nur Schnapshots“, sagt Rechtsanwältin Viegner von der Deutschen Anwalts- und Steuervereinigung für die mittelständische Wirtschaft. Wer auf seinem Grundstück eine Kamera installiert, sollte Nachbars Grund und Boden nicht im Blickwinkel haben. „Privat darf man nicht mehr als den eigenen Raum überwachen“, betont die Juristin. jr

BGH

Urteil v. 1. März 2007, Az.: I ZR 51/04



Immer wieder kommt es zu Abmahnungen wegen angeblicher Verstöße gegen werberechtliche Vorschriften. Wie Zahnärzte auf entsprechende Schreiben reagieren sollten, ist in zm 15/07, Seite 78-79, beschrieben. Wer öfter einen Fotografen engagiert, sollte dem metax-Steuerdienst zufolge auch prüfen, ob er neben den Kosten für den jeweiligen Auftrag einen Betrag an die Künstlersozialkasse leisten muss (siehe auch zm 19/07, Seite 106).

Privates Surfen und Telefonieren in der Arbeitszeit

Mitarbeiter unter der digitalen Lupe

Im Zeitalter von Web 2.0 gehören Internet oder das persönliche E-Mail-Konto längst zum Arbeitsalltag. In der schnellen und oft globalen Kommunikation sind sie ein selbstverständliches Arbeitsmittel. Die im Arbeitsverhältnis zu berücksichtigenden Grenzen für den Arbeitnehmer auf der einen und für den Arbeitgeber auf der anderen Seite sind jedoch rechtlich nicht vollständig aufgearbeitet.

Was viele Beschäftigte nicht wissen: Ein ausschweifendes „privates“ Surfen im Internet kann genauso wie die zeitintensive Nutzung des Telefons und E-Mail-Verkehrs Grund für eine fristlose Kündigung sein – im Einzelfall sogar ohne vorherige Abmahnung. Nach der Grundsatzentscheidung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) vom 7. Juli 2005, aktuell bestätigt durch ein Urteil des BAG vom 31. Mai 2007, kann eine Kündigung selbst bei dem Fehlen eines ausdrücklichen Verbots der Privatnutzung der neuen Medien durch den Arbeitgeber gerechtfertigt sein. Auch wenn der Arbeitgeber die Privatnutzung zwar nicht ausdrücklich verbietet, sie aber über einen längeren Zeitraum hinweg geschehen lässt, muss dadurch nicht zwingend eine rechtfertigende „betriebliche Übung“ entstehen. Der Arbeitnehmer muss also im Zweifelsfall mit einer fristlosen Kündigung rechnen, die von den Arbeitsgerichten bestätigt würde.

Des Menschen Pflicht ...

Ausgangspunkt für die vorgenannte Rechtsprechung waren regelmäßig extreme Pflichtverletzungen, die sich sowohl auf das zeitliche Ausmaß als auch auf den Inhalt (oft pornografisch) der Internetnutzung bezogen. Die Grundsätze gelten jedoch auch für den „Durchschnitts-Arbeitnehmer“, der während der Arbeitszeit seine Flugtickets bucht oder ein Schnäppchen bei eBay sucht.

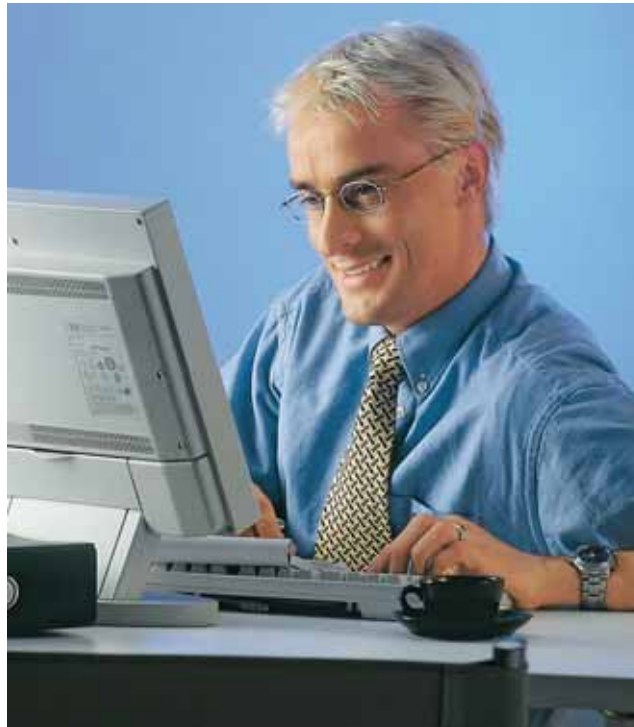


Foto: MEV

Fraglich ist allerdings, inwieweit es dem Arbeitgeber gestattet ist, die Nutzung der „neuen Medien“ zu kontrollieren und zu überwachen.

... und des Menschen Recht

Mit einer Entscheidung vom 3. April 2007 hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte geurteilt, dass ein Arbeitgeber nicht berechtigt sei, den dienstlichen Telefonanschluss, die E-Mails und den dienstlichen Internetzugang zu überwachen: Eine solche Überwachung verstoße gegen den Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), nach der jede Person ein Recht auf Achtung seines Privat- und Familienlebens hat. Im genann-

ten Fall sprach der europäische Gerichtshof für Menschenrechte der Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 3 000 Euro zu, weil ihr Dienstherr, ein Schuldirektor in Großbritannien, den dienstlichen Internetzugang und das Diensttelefon überwacht hatte, um eine etwaige Privatnutzung erfassen zu können.

Diese Entscheidung gilt grundsätzlich nur für Behörden, also den Bereich des öffentlichen Dienstes. Ob sich auch das BAG bei der Beurteilung ähnlich gelagerter Fälle in Arbeitsverhältnissen auf die Schutzwirkung des Persönlichkeitsrechts des Arbeitnehmers berufen wird, bleibt abzuwarten.

Nach bisher überwiegender Meinung ist es dem Arbeitgeber gestattet, die äußeren Verbindungsdaten und die Verbindungsdauer bei der Nutzung von E-Mail, Internet und Telefon zu kontrollieren und zu speichern, der jeweilige Kommunikationsinhalt und auch die E-Mail-Adresse der Empfänger sind als geschützt eingestuft worden.

Ein Arbeitgeber wird also zulässigerweise nur den zeitlichen Umfang der Nutzung der „neuen Medien“ durch den Arbeitnehmer festhalten können, eine Überwachung des Inhalts ist auf Extremfälle wie pornografische Inhalte oder gewaltverherrlichende respektive volksverhetzende Seiten zu beschränken.

BAG,
Urteil vom 7. Juli 2005,
und Urteil vom 31. Mai 2007

Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
Entscheidung vom 3. April 2007

RA Peter Krebühl
Kaiserstraße 44
60329 Frankfurt am Main
pkrebuehl@k44.de

Bundesgerichtshof entscheidet über Abrechnung ärztlicher Leistungen

Abrechnungsbasis bestätigt

Aktuell hat der Bundesgerichtshof (BGH) am 8. November 2007 in einer Entscheidung zum ärztlichen Gebührenrecht bestätigt, dass der Arzt (und der Zahnarzt) auch bei Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit berechtigt ist, den 2,3-fachen Gebührensatz zur Anwendung zu bringen. § 5 Abs. 1 GOÄ verpflichte nicht, die Berechnung des durchschnittlichen Falls am Mittelwert der Regelspanne zu orientieren.



Foto: zm

und er habe davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne für die Abrechnungspraxis deutlicher abzugrenzen und dem Arzt für Liquidationen bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung seiner Einordnung abzuverlangen. ... Insbesondere habe der Verordnungsgeber einen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne, wie ihn Teile der Rechtsprechung und Literatur für richtig halten, nicht vorgesehen.

Zur Erinnerung: In den Eckpunkten der Koalition zur Gesundheitsreform hieß es, es sei

Das Urteil bestätigt die Auffassung der Bundeszahnärztekammer und der (Landes-) Zahnärztekammern, nach der die GOZ dem Zahnarzt den vollen Gebührenrahmen vom 1- bis 3,5-fachen Gebührensatz zur Verfügung stellt. Der Zahnarzt hat unter Anwendung der Kriterien des § 5 Abs. 2 Satz 1 GOZ das konkret angemessene Honorar zu bestimmen. Er ist ausdrücklich nicht daran gehindert, über den 2,3-fachen Satz hinaus zu liquidieren, wenn dadurch eine angemessene Vergütung sichergestellt ist. Dem Zahnarzt wird durch § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ lediglich eine besondere Dokumentationspflicht hinsichtlich seiner Ermessensentscheidung auferlegt.

Die Entscheidung hat über diese Bekräftigung hinaus jedoch einige Brisanz wegen des Zeitpunkts ihrer Veröffentlichung. Mit-ten im Prozess der Novellierung der GOZ ist es riskant, wenn es in der Begründung heißt: Dem Verordnungsgeber sei die Abrechnungspraxis seit vielen Jahren bekannt

unter anderem Ziel der Novellierung der GOZ die „Voraussetzungen für Abweichungen innerhalb des Gebührenrahmens zu präzisieren“. Dass die Argumentation des BGH geeignet ist, diesem Ansinnen neuen Anstoß zu bieten, liegt auf der Hand.

Insofern ist es alles andere als glücklich, wenn die Presseberichterstattung zu dem Urteil des BGH titelt „Ärzte können stärker zulangen“ (Focus) oder „BGH: Ärzte können bei Privatpatienten großzügiger abrechnen“ (Handelsblatt).

BGH,
Urteil vom 8. November 2007
Az.: III ZR 54/07

René Krousky
Justiziar der BZÄK
Chausseestraße 13
10115 Berlin



Foto: Obermeyer

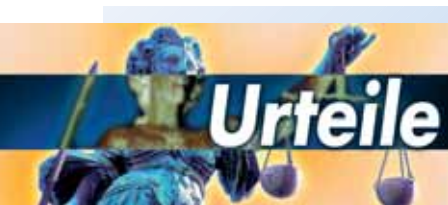
Kautions bei Gewerbemietverträgen

Unbegrenzte Möglichkeiten

Anders als bei der Wohnraummiete können nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichtes (OLG) Brandenburg die Parteien eines Gewerbemietvertrages grundsätzlich eine der Höhe nach unbegrenzte Kautions vereinbaren.

Der Vermieter gewerblich genutzter Räume darf daher auch Nebenkostenvorauszahlungen, den Rückbau von Veränderungen an den Gewerbemieträu-

Mietvertrag müsste die Beklagte eine Kautions in Höhe von vier Bruttomonatsmieten zahlen oder aber eine entsprechende Bürgschaft stellen.



Hier einige Urteile, deren Kenntnis dem Zahnarzt den eigenen Alltag erleichtern kann.

„Allen Menschen Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann“, besagt ein griechisches Sprichwort. Wie die Richter entscheiden?

men sowie Schönheitsreparaturen in den Sicherungszweck der Kautions einberechnen. Damit ist zum Beispiel eine Kautions in Höhe von vier Bruttomonatsmieten nicht Wucher im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

Die Beklagte dieses Verfahrens hatte von der Klägerin eine Ladenfläche zum Betrieb eines Reisebüros gemietet. Nach dem

Die Beklagte zahlte die Kautions nicht und trug zur Begründung vor, die vereinbarte Summe sei Wucher und somit gemäß § 138 Abs. 2 BGB nichtig.

Die Klägerin trug vor, dass sie auch den Rückbau von etwaigen Umbauten und Schönheitsreparaturen in den Sicherungszweck der Kautions einberechnen müsse. Und hatte Erfolg. Das OLG begründete seine Entschei-

dung damit, dass die Klägerin gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung der Kautions habe, weil die entsprechende Vereinbarung im Mietvertrag der Parteien eben nicht wegen Wucher gemäß § 138 Abs. 2 BGB nichtig ist. Anders als bei der Wohnraummiete können die Parteien eines Gewerbemietvertrages grundsätzlich eine der Höhe nach unbegrenzte Kautions vereinbaren.

Entgegen der Auffassung der Beklagten durfte die Klägerin daher auch die von ihr nachvoll-

ziehbar veranschlagten Kosten in den Sicherungszweck der Kautions einberechnen. Angesichts der erheblichen Forderungen, die Vermietern im Rahmen eines Gewerbemietvertrages zustehen können, sei es gerechtfertigt, diese durch eine höhere Kautions abzusichern.

OLG Brandenburg
Az.: 3 U 787/06

RA Stefan Engelhardt
RWWD Hamburg
Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg
stefan.engelhardt@rwwd.de

Notargebühren nicht absetzbar

Das private Testament

Notargebühren für die Errichtung eines Testaments sowie für die Beurkundung einer Vorsorgevollmacht oder einer Patientenverfügung sind keine Werbungskosten. Das entschied das Saarländische Finanzgericht (FG) in Saarbrücken in einem Beschluss.

Die Kosten für ein notarielles Testament sind nach dem Richterspruch der privaten Lebensführung zuzurechnen und daher nicht von der Einkommenssteuer absetzbar. Das Gericht lehnte es mit seinem Beschluss ab, den Bezug eines Einkommenssteuerbescheides vorläufig auszusetzen.

Mit diesem Begehren hatte sich eine Steuerzahlerin an das Gericht gewandt, weil sich das Finanzamt geweigert hatte, Notargebühren in Höhe von knapp 500 Euro als Werbungskosten anzuerkennen. Sie hatte mithilfe des Notars ein Testament errichtet sowie eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung beurkunden lassen.

Wie das Finanzamt ordnete auch das Gericht den Vorgang der „privaten Sphäre“ der Frau zu. Sowohl für den Erblasser als auch für den Erben gehörten



Foto: PhotoDisc

Kosten, die im Zusammenhang mit einem Testament anfielen, nicht zur einkommenssteuerrechtlich relevanten Erwerbssphäre. Nichts anderes gelte für die übrigen Notarkosten, deren Berücksichtigung die Antragstellerin verlangt.

FG Saarbrücken
Az.: 1 V 1336/06

Bei Arzneiwechsel

Erneut aufklären

Wechseln Ärzte bei Patienten das Medikament, müssen sie vor dessen Ersteinnahme vollständig über die möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufklären. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.



Foto: stockdisc

berichtet die Ärzte-Zeitung.

Geklagt hatte eine Herzpatientin, die nach einem Medikationswechsel einen zehnmütigen Herzstillstand erlitten hatte. Über dieses Risiko hatten die Ärzte sie zuvor nicht aufgeklärt, weil genau diese Gefahr, einen Herzstillstand

Die Aufklärungspflicht bei einem Medikationswechsel bestehe auch dann, wenn beim neuen Arzneimittel das Risiko einer Komplikation wesentlich geringer sei als bei dem abgesetzten,

zu erleiden, durch den Einsatz des neuen Medikamentes hatte vermindert werden sollen.

pit/pm

BGH, Urteil
Az.: VI ZR 108/06

Betriebskosten

Abrechnung muss genau sein

Eine Betriebskostenabrechnung für ein gemischt genutztes Haus ist nur dann gültig, wenn die privaten Mieter ihren jeweiligen Anteil genau aus der Aufstellung ersehen können. Das geht aus einem Urteil, des Landgerichts hervor, auf das der Mieterverein der Hansestadt hinweist.

Demnach muss, wenn ein Haus sowohl gewerblich als auch von privaten Mietern genutzt wird, der Anteil pro Wohnung nicht nur aus der Kostensumme für die Wohnungseinheiten hervorgehen. Auch der jeweilige Anteil an den Gesamtkosten muss ersichtlich sein. Es genüge daher nicht, die schon bereinigten Kosten mitzuteilen, erläutern die Mietrechtsexperten im Kölner Stadtanzeiger. Mieter müssen in

die Lage versetzt werden, den Anspruch des Vermieters „gedanklich und rechnerisch“ nachzuvollziehen. In dem konkreten Fall stritten Vermieter und Mieter um eine Nachforderung aus einer Nebenkostenabrechnung. Die Mieter bemängelten, dass die Abrechnung der Ölkosten für die Heizung nicht ordnungsgemäß erfolgt sei.

pit/dpa

LG Hamburg
Az.: 311 S 133/06

USB-Sticks

Multitalent im Miniformat

Ob sie nun am Schlüsselbund baumeln oder lose in der Tasche herumfliegen, mittlerweile hat fast jeder Computernutzer einen USB-Stick. Sie sind klein, praktisch und leisten als mobile Speicher bessere Dienste als Disketten oder DVDs. Es gibt die Minitools in allen Farben und Formen. Wer einen USB-Stick kaufen möchte, sollte sich aber nicht von den witzigen Designs ablenken lassen. Wichtiger als die Verpackung ist der Inhalt.



Selbst das Schweizer Messer hat den USB-Stick.

Schick sehen sie aus, die drei Modelle der Kollektion „USB-Clinic“ namens Professor Bit, Dr. Byte und Sister Save. In schnittige Arztkittel gekleidet sorgen sie für das Wohl der gespeicherten Daten – nicht nur von Ärzten und Zahnärzten. Für die unzähligen ausgefallenen Aufmachungen von USB-Sticks ist das Krankenhaussteam nur ein Beispiel. Andere bestechen durch edle Materialien wie Leder, manche leuchten im Dunkeln. Es gibt nichts, was es nicht gibt. Ob zum Transport wichtiger Geschäftsdaten, zum Archivieren von Bildern, Musik und Videos oder als Sicherheits-Backup, das Einsatzgebiet der Sticks bestimmt über die

benötigte Speicherkapazität – und die wiederum ist ausschlaggebend für den Preis.

Können und Kosten

Wer die Wahl hat, hat die Qual. Dieses Gefühl kennt auch jeder, der schon einmal vor einem Regal mit USB-Sticks gestanden hat. Aspekt Speicherplatz: Die handelsüblichen Kapazitäten der mobilen Datenspeicher reichen von 128 Megabyte (MB) bis 16 Gigabyte (GB). Manche liegen sogar bei 64 GB. Zur Orientierung: 128 MB bieten Platz für zirka 30 Songs, 1 GB fasst 240 Stücke. In Sachen Speichervolumen nehmen die

zm-Info

Alternativen zum USB-Stick

Auf guten USB-Sticks bleiben Daten ungefähr zehn Jahre lesbar. Zum Speichern kommen aber auch andere Medien in Frage. Auf einer DVD lassen sich Daten bis zu einer Größe von 4,7 GB speichern. Um Daten zu archivieren oder ein Backup anzulegen, reicht das allemal. Mehr Platz bieten externe Festplatten. Dafür müssen User allerdings mehr Geld ausgeben. Zum Speichern von Musik und Videos eignen sich MP3-Player, die im Prinzip wie ein USB-Stick aufgebaut sind, zusätzlich aber über eine Abspielfunktion verfügen. ■

größeren Sticks es also locker mit vielen älteren PCs auf.

In die Entscheidung miteinfließen sollte außerdem, welche Lese- und Schreibgeschwindigkeit ein Gerät hat. Je mehr MB pro Sekunde (MB/s) ein USB-Stick verarbeitet, desto besser. Ein sehr guter Wert ist eine Lese- und Schreibgeschwindigkeit von 25 beziehungsweise 20 MB/s. Insidertipp: Die Leistungsfähigkeit der Geräte wird von Herstellern in der Regel sehr deutlich beworben. Steht die Geschwindigkeit in großen Buchstaben auf einem Produkt, ist das ein gutes Zeichen, denn bei langsamen Sticks lassen die Anbieter diese Angaben gerne unter den Tisch fallen. Immer wieder geraten gefälschte Speicherstifte auf den Markt, deren Aufdruck und interne Kennung eine teilweise erheblich größere Speicherkapazität anzeigen als sie in Wirklichkeit haben. Es empfiehlt sich daher, USB-Sticks bei einem seriösen Händler zu kaufen.

Ältere Betriebssysteme erkennen USB-Sticks häufig nicht automatisch. Windows 95 und 98 benötigen dafür einen externen Treiber. Neuere Versionen wie ME, 2000, XP und Vista haben damit keine Schwierigkeiten. Gleiches gilt für neuere Unix-Systeme wie FreeBSD, NetBSD und OpenBSD sowie Mac OS 9.1 und Mac OS X.

Große Unterschiede gibt es bei den Preisen. Während die kleineren Datentransporteur

Foto: goodshood/zm (M)

schon für weniger als zehn Euro zu haben sind, werden für 4 GB um die 30 Euro fällig. Für 16 GB-Riesen müssen Käufer noch tiefer in die Tasche greifen. In dieser Kategorie fangen die Angebote bei 130 Euro an. Ordentlich draufzahlen muss auch, wer für seinen Speicherstift ein edles Design möchte.

Sicher unterwegs

USB-Sticks machen mobil. Dank der vielfältigen portablen Anwendungen für Speicherstifte können User fremde Rechner so nutzen wie den heimischen – ohne, dass dafür Software auf dem Gastrechner installiert werden muss. Die nötigen Programme befinden sich auf dem Stick. Entfernt man ihn, verschwinden auch die Spuren der Arbeitssitzung.



Fotos: Wikipedia

Edle Hülle mit Technikern

Gut beraten sind User, die ihren USB-Stick mit platzsparenden Programmen bestücken. Suchen sie sich zum Beispiel ein Textverarbeitungsprogramm aus, das nur wenig Speicherkapazität in Beschlag nimmt, bleibt mehr Raum für andere Daten. Als Alternative für den Platzfresser Word kann zum Beispiel die Freeware Open Office eingesetzt werden. Sie leistet ebenso gute Dienste und schon die Kapazität des externen Speichers. Auch für die Bereiche Grafik und Bildbearbeitung gibt es Ausweichmöglichkeiten, etwa, indem User statt Photoshop das kleinere Programm Gimp verwenden.

Eine große Auswahl an portablen Anwendungen gibt es im Netz unter www.portableapps.com. Der Download der Software ist kostenlos, wer möchte, kann die Betreiber mit einer Spende unterstützen. Die Seite hat einiges im Angebot. Zum Beispiel eine portable Version des Internet-Browsers Mozilla Firefox. Besucher, die zuhause mit diesem Browser arbeiten, haben ihre Bookmarks so immer und überall dabei. Installiert nimmt die Software laut Angaben der Betreiber 25 MB in Beschlag.

Wer persönliche und geschäftliche Dokumente auf seinem USB-Stick ablegt, sollte ihn vor Zugriffen von außen schützen und die Daten verschlüsseln. Auf der englischsprachigen Seite www.truecrypt.org finden User verschiedene Tools, die das für sie erledigen. Die Sicherheit lässt sich gegen Aufpreis auch durch einen vorinstallierten Passwortschutz oder eine Fingerabdruckerkennung erhöhen. Letztere verfügen über einen zweigeteilten Speicher, einen öffentlichen Teil, in dem sich das Startprogramm befindet, und einen geschützten Datenspeicher. Um Zugang zu diesem sensiblen

Bereich zu bekommen, muss der Anwender zur Identifizierung einen Finger auf das Gerät legen.

Über soviel technische Raffinesse sollten User einen weiteren wichtigen Aspekt nicht vergessen: den Virenschutz. Einige USB-Sticks enthalten bereits ein Antivirenprogramm. Falls nicht, gibt es auch hier verschiedene Freeware-Lösungen im Netz.

Ein Sicherheitsrisiko lässt sich hingegen nur schwer ausschalten: So klein und praktisch die Speicherstifte sind, so schnell vergisst oder verliert man sie auch. Wer darauf wichtige Infos hinterlegt, sollte daher das Risiko minimieren und regelmäßig Sicherungskopien auf dem heimischem PC anlegen.

*Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net*

Kompressoren: Die brummenden Helfer

Ihnen darf nie die Luft ausgehen

Die goldenen 20er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts standen für wirtschaftlichen Aufschwung, die Faszination des Kinos und mondäne Damenmode – eine einzigartige und bis heute nachwirkende Mischung von ausgelassener Stimmung und großen Gefühlen. In jener Zeit entstand aber auch ein kleines Wunderwerk der Technik, das bis vor kurzem gänzlich unentdeckt geblieben ist: der aktuell dienstälteste Dentalkompressor Deutschlands, Baujahr 1929. Seine erstaunliche Standzeit gibt Anlass zu einem Streifzug durch die seither erfolgte Weiterentwicklung und die heutige Bedeutung des Kompressors für die zahnärztliche Praxis.

Ein guter Kompressor ist der große Unbekannte. Er tut seinen Dienst im Hintergrund, während sich das Praxisteam auf seine eigentliche Arbeit konzentriert. Für diese ist der Kompressor jedoch unverzichtbar, ohne ihn liegt der gesamte Betrieb still – weil einfach die dentale Luft ausgeht. Und die wird an allen Ecken und Enden benötigt: zum Antrieb der Turbinen, beim Trockenblasen in der Füllungstherapie, für die Steuerung von Behandlungseinheiten, in CAD-Schleifeinheiten für die Herstellung prothetischer Restaurationen in Labor und Praxis, in Reinigungsgeräten für Hand- und Winkelstücke, zur Kühlung von Autoklaven und noch an vielen anderen Stellen.

Dies schafft ein Dentalkompressor gemäß dem Prinzip eines jeden Kolbenverdichters, wie wir ihn in einfacher Form in der Fahrradluftpumpe verwirklicht sehen: Durch einen auf- und abgleitenden Kolben

Der älteste noch arbeitende Dentalkompressor in Deutschland steht in Baden-Baden und stammt aus dem Jahr 1925. Sein Eigentümer, Dr. Alois Fuder, nutzt ihn in dritter Generation neben einem System von Dürr Dental als Zweitaggregat.

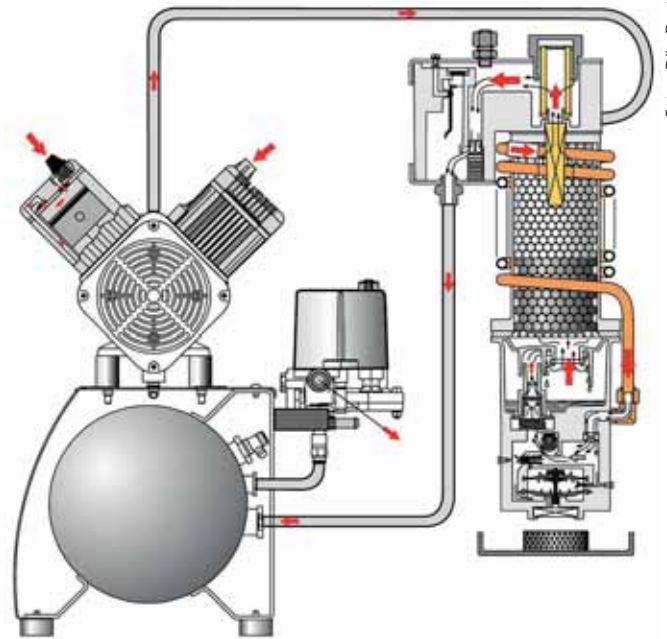


wird Luft zunächst angesaugt, dann unter Druckerhöhung auf ein kleineres Volumen komprimiert und schließlich mit dem höheren Druck wieder ausgestoßen. Für einen korrekten Betrieb ist der Kompressor, ähnlich wie der Verbrennungsmotor im Automobil, mit entsprechenden Druck- und Saugventilen ausgestattet.

Dentale Luft – seit 1965 absolut ölfrei

Eine grundsätzliche Herausforderung bei der Konstruktion eines Kompressors stellt der kleine Spalt zwischen dem Kolben und dem ihn umgebenden Zylinder dar. Im Automobilmotor wird er durch Öl abgedichtet. So ist auch der Veteran von 1929 ein ölgeschmiertes Modell und in der Praxis Dr. Alois Fuder heute mit nachgerüstetem Kältetrockner und Ölabscheider als optional zuschaltbares Zweitaggregat neben einer modernen Funktionseinheit (Bulle, Dürr Dental) im Einsatz.

Im Gegensatz zu diesem 78-jährigen ölgeschmierten Modell ist ein wesentliches Charakteristikum heutiger dentaler

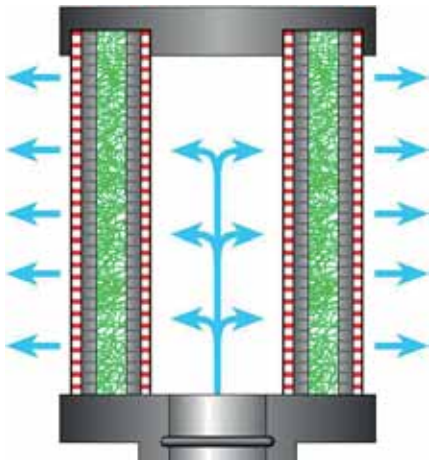


Fotos: Dürr Dental

Das Kompressoraggregat saugt die Raumluft an, drückt sie zu einem kleineren Volumen zusammen und wringt sie dabei gleichsam aus, wobei der Effekt durch eine Zwangskühlung verstärkt wird. Die Restfeuchte eliminiert ein Adsorptionsmittel (Kieselgel) oder – seit kurzem verfügbar – eine Membrantrocknungsanlage.

Druckluftanlagen gerade der komplette Verzicht auf Öl. Die Technologie wurde erstmals 1965 von der Firma Dürr Dental in die Zahnmedizin eingeführt. Die Innovation stellte ein Kolbenring aus einem Tefloncompound dar. Im Verdichtungsbetrieb wurde ein kleiner Teil des Kolbenrings an die Zylinderwand übertragen, ein erwünschter sogenannter „Anfangverschleiß“. Das Ergebnis war eine dauerhafte „Transferschmierung“ durch das Tefloncompound. Nach diesem „Anfangverschleiß“ trat kein nennenswerter Verschleiß des Kolbenrings mehr auf, so dass mit einer langen Lebensdauer des Kompressors gerechnet werden konnte. Ein nachgeschalteter Ölabscheider war ebenso unnötig wie der Ölwechsel, wie man ihn vom Automobil her kennt.

Das Entscheidende für die Zahnarztpraxis ist jedoch: Ist erst gar kein Öl in der Luft, so kann es auch kein Bakterienwachstum begünstigen oder als Trennmittel zu unzuverlässiger Verklebung von Kompositfüllungen



Der Stützmantel („rot-weiß“) des Sterilfilters beherbergt eine zweistufige Funktionseinheit: Während der Vorfilter („grau-gestrichelt“) wie ein feines Sieb wirkt, werden im Tiefenfilter („grün“) aufgrund einer Kombination von Trägheits-, Adsorptions- und elektrostatischen Wechselwirkungen selbst Mikroorganismen wie Bakterien, Pilzsporen und Viren zurückgehalten.

oder Keramik führen. Die beschriebenen Druckluftanlagen erzeugen viele tausend Stunden ölfreie Luft mit rund 32 000 Ein- und Ausschalt-Zyklen pro Jahr. Sie arbeiten wartungsfrei, bis auf den jährlichen Wechsel von Ansaug- und Feinfilter.

Erst ölfrei – seit 1974 auch trocken

Mit dem Siegeszug der Adhäsivtechnik wurde eine neue Anforderung an dentale Druckluft gestellt: Trockenheit. Denn feuchte Druckluft fördert nicht nur die Korrosion von Winkelstücken, sie gefährdet auch ein erfolgreiches Bonding und fördert das Wachstum von Mikroorganismen.

Bereits 1974 wurde erstmals ein Kompressor mit Lufttrocknungs-Anlage vorgestellt, der den heutigen Anforderungen an dentale Luft – trocken, ölfrei, hygienisch – gerecht wird. Die zunächst verdichtete, gleichzeitig erwärmte und damit wasser- aufnahmefähigere Luft wurde einer Zwangskühlung unterworfen, indem man sie über eine Kühlschlange leitete. Das dadurch kondensierende Wasser wurde mit einer speziellen Verwirbelung („Zyklon“) abgeschieden, in einer Wasserkammer gesammelt und abgelassen. Nachdem die

Luft auf diese Weise unter Druck und Kühlung quasi ausgewrungen worden war, wurden ihr die letzten dampfförmigen Feuchtigkeitsreste mit einem speziellen Adsorptionsmittel im nachgeschalteten Trockenbehälter entzogen.

Diese sogenannten Einkammer-Adsorptionstrockner sind auch in heutigen konventionellen Anlagen noch weit verbreitet. Technologisch bedingt können damit nur etwa 50 Prozent der Leistung des Kompressors ausgeschöpft werden, da das Trocknungsmittel in regelmäßigen Abständen regeneriert werden muss.

Aktuell hat sich die Drucklufttechnologie um eine neue Facette erweitert, die eine komplett andere Technologie zur Abscheidung der Feuchtigkeit darstellt. Dabei wird die komprimierte Luft zunächst durch einen Kühler über Aluminiumlamellen bis nahe an die Umgebungstemperatur abgekühlt. In der Folgestufe strömt sie durch ein Membranmodul aus rund 1 200 dünnen Membranhohlfasern, die ihr – ähnlich dem Dialyse-Prinzip – Wasser entziehen. Auf der anderen Seite der Fasern nimmt trockene Spülluft die Feuchtigkeit wieder auf. Auf diese Weise wird dreimal mehr Wasser abgeschieden als in konventionellen Anlagen. Eine Regenerierung des Trocknungsmittels ist bei diesen Membran-Trocknungs-Systemen nicht mehr nötig – die Kompressoren können im Dauerbetrieb, gegebenenfalls ohne Unterbrechung 24 Stunden laufen. Die heute eingesetzten ölfreien Kolbenkompressoren mit Membran-Trocknungs-System dürften als Team in der Zahnarzt-



Ölfrei seit 1965: Der Durchbruch bei Dentalkompressoren ermöglicht ein sicheres Bonding und verbessert die hygienischen Bedingungen. Technische Grundlage ist der Einsatz von Teflon-Kolbenringen, die den Verzicht auf Zylinderschmierstoffe ermöglichen.

praxis für geraume Zeit unschlagbar bleiben. Die in der Industrie alternativ eingesetzten Schraubenkompressoren sind für die Praxis zu teuer. Der Kältetrockner, wie wir ihn aus der Klimaanlage eines Automobils kennen, lässt sich zwar prinzipiell auch im Dentalbereich einsetzen, lohnt sich jedoch aufgrund der Investition und des Wartungsaufwandes nur für den größeren Luftbedarf, wie etwa in Kliniken. Fortschritte sind in den kommenden Jahrzehnten bei der Energieeffizienz vorstellbar, zum Beispiel durch die Entwicklung neuer Materialien.



Druckluftanlagen mit Kältetrocknung für Kliniken: An der Universität Madrid können bis zu 50 Behandlungseinheiten mit einer Förderleistung von bis zu 1 700 Litern Druckluft pro Minute mit einem Hochleistungs-System versorgt werden.

Auswahl des Kompressors und sein neuer Standort

Die Zahnarztpraxis kann durch die Auswahl einer exakt auf ihre Bedürfnisse ausgelegten Druckluftanlage und durch eine konsequente Pflege sowohl die Versorgungssicherheit als auch den Wirkungsgrad optimieren. In erster Linie gilt es, den eigenen Bedarf an dentaler Luft zu ermitteln. Fachhändler bieten ein fein abgestuftes und durch Nachrüstung ausbaufähiges Sortiment von Kompressoren an.

Von großen Tanks oder beeindruckend hohen Ansaugleistungen braucht man sich nicht irritieren lassen. Das Entscheidende ist, dass der Luftbedarf eines einzelnen Behandlungsplatzes etwa 50 Liter pro Minute (bezogen auf 5 bar) beträgt, worauf die Förderleistung des Kompressors abgestimmt werden muss. Am Verhältnis zwischen Ansaugleistung und Förderleistung bei 5 bar kann man den Wirkungsgrad des Verdichters erkennen. Dieses Verhältnis ist ein wichtiges Kriterium zur Unterscheidung eines „Billig-Kompressors“ von einem hochwertigen Kompressor, und es wirkt sich am Ende auch maßgeblich auf den Energieverbrauch aus. Die Größe des Drucklufttanks muss auf die Förderleistung abgestimmt werden, denn ein zu großer Tank benötigt nach Entnahme lange Aufladezeiten. Zu geringe Förderleistungen können dazu führen, dass die Druckluftversorgung kurzfristig zusammenbricht und die Behandlung unterbrochen werden muss, weil man auf die Druckluft warten muss. Ein zu kleiner Tank würde zu hektischem Ein- und Ausschalten des Kompressors führen, was mechanische Belastung der Bauteile und überdies Lärmbelastigung mit sich brächte. Unterbringen lässt sich der Kompressor im Keller oder in einem Nebenraum. Generell gilt: je kühler desto besser. Außerdem ist auf eine hinreichende Belüftung zu achten, wobei eine Zusatzbelüftung generell empfehlenswert, in Einzelfällen zwingend notwendig ist. Auch in einem Raum neben den Behandlungszimmern wird sich oft der ideale Platz finden. Hier empfiehlt sich allerdings eine zusätzliche Schalldämmung. Entsprechende maßgeschneiderte Gehäuse



Nach den früheren klassisch-technisch gestalteten Dentalkompressoren haben die heutigen Modelle sogar einen gewissen „Schick“: hier eine Variante mit zwei Aggregaten und klassischem Adsorptionstrockner.



Die aktuelle Technologie ermöglicht mit dem Membrantrockner einen Betrieb ohne Abschaltphasen – im Extremfall rund um die Uhr!

sind bei Spezialanbietern für ihre Geräte verfügbar. Interessant ist auch, ob am Aufstellungsort ein Drehstromanschluss verfügbar ist, denn der Drehstrombetrieb eines Kompressors spart gegenüber dem Kondensatormotor rund 30 Prozent Energie. Oft reicht es, ein zusätzliches Kabel in den Raum zu legen, um diese Option wählen zu können.

Keime weiter reduzieren und clever Energie sparen

Einmal installiert, arbeitet die Druckluftanlage ohne Wartung. Lediglich einmal im Jahr sind der Feinstfilter am Ausgang, einfach durch Aufstecken eines frischen Filters,

und der Ansaugfilter des Kompressors zu wechseln. Um potenzielle Keimbelastungen noch sicherer zu vermeiden, gibt es spezielle Sterilfilter. Sie halten bei einer Porengröße von einem Hunderttausendstel Millimeter selbst Bakterien, Pilzsporen, Viren, Metall- und Pigmentstäube zurück. Darüber hinaus ist es sinnvoll, die Schwingungsdämpfer regelmäßig (alle vier Jahre) zu überprüfen und gegebenenfalls auszutauschen. Denn aggressives Ozon kann zum Beispiel, wenn es am Aufstellort in höheren Konzentrationen vorhanden ist, innerhalb mehrerer Jahre die Gummikomponenten angreifen. Ihr Austausch lässt den Kompressor dann wieder ruhiger laufen und beugt Folgeschäden durch verschlissene Schwingungsdämpfer vor.

So sind es sehr wenige, einfache Handgriffe, welche die Leistungsfähigkeit eines hochwertigen Dentalkompressors über viele Jahre erhalten und überdies noch wertvolle Energie sparen. Vor allem schaffen diese im Detail weithin unbekanntes und beim näheren Hinschauen so faszinierenden technischen Meisterwerke genau das, was Team und Patient als Selbstverständlichkeit erwarten: die Voraussetzung für einen täglich reibungslosen Praxisbetrieb.

*Dr. Christian Ehrensberger
Zum Gipelhof 8
60594 Frankfurt/M.
cu_ehrensberger@web.de*

Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Pirmasens-Zweibrücken feiert 25-jähriges Bestehen

Urgesteine der Prävention

Gesunde Kinderzähne – und das nicht nur in der Südwestpfalz, dieses Ziel verfolgt die Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Pirmasens-Zweibrücken seit nunmehr 25 Jahren. Gefeiert wurde das Engagement am 31. Oktober in Dahn.

Elektrische Radiergummis gegen Karies und Zahnbelag, Luftpumpen zum Trockenpusten und Staubsauger für den Speichel im Mund – beim Aktionstag zum 25. Jubiläum der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (Arge) Pirmasens-Zweibrücken zeigte Clown Mausini über 500 Kindergarten-Kids in kindgerechter Sprache, was sie in der heimischen Zahnarztpraxis erwartet. Im Jahr 1982 trafen die Welten von Kindergärten und Zahnärzten in der Region Pirmasens-

und Zweibrücken sowie dem Landkreis Südwestpfalz betreue die Arge nicht mehr nur die Kleinsten, sondern auch etwa 7 200 Kinder aus Grundschulen und Schulen mit Förderschwerpunkt. Die Arge entwickelte über die Jahre verschiedene Gruppenprophylaxe-Projekte – wie zuletzt Informationsveranstaltungen für Eltern von Babys und Kleinkindern zum Thema „Gesunde Zähne von Anfang an“ in Miniclubs und Krabbelgruppen.



Ehrungen und Ehrengäste (v.l.n.r.): Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Brigitte Bion und Gerhard Schwenk von der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Pirmasens-Zweibrücken; BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp mit LAGZ-Maskottchen Max Schrubbel

Zweibrücken zum ersten Mal aufeinander: Am 26. Mai gründete sich die regionale Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege und startete das gemeinsame Zähneputzen im ersten Modellkindergarten St. Dominikus in Rodalben.

Gesunde Zähne von Anfang an

Seitdem hat sich viel getan: „Wir sind gewachsen“, sagte Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Gründungsvater der Arge und zugleich Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Rheinland-Pfalz. Die kleinen Gäste in Dahn gehören zu den etwa 5 800 Kindern aus 112 Kindertagesstätten, Kindergärten und Horten, die die Arge heute betreut. Gemeinsam mit 55 Zahnärzten aus den Städten Pirmasens-

und Zweibrücken sowie dem Landkreis Südwestpfalz hinaus, berichtete Stein, der seit den Anfängen als Vorsitzender der Arge aktiv ist und auch Vorsitzender der 1984 gegründeten Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) in Rheinland-Pfalz ist. So seien nach Vorbild der Arge Pirmasens-Zweibrücken in Rheinland-Pfalz 22 weitere Argen entstanden. „Die Gruppenprophylaxe in Rheinland-Pfalz ist heute flächendeckend“. Sein Fazit aus 25 Jahren persönlichem Einsatz für gesunde Kinderzähne: „Jugendzahnpflege braucht viele



Mehr zur den Hintergründen der Kinder- und Jugendzahnpflege gibt es in zm 7/03, Seite 34, und zm 9/03, Seite 34ff. Das Rheinland-Pfälzische Prophylaxe-Konzept wurde in zm 5/00, Seite 78, vorgestellt.

Mitstreiter.“ Er dankte daher allen Beteiligten für Ihr Engagement.

„Sanitätsrat Dr. Stein ist – nomen est omen – ein Urgestein der Prävention“, sagte Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Er überbrachte die Grüße der BZÄK und des gesamten zahnärztlichen Berufsstandes. „Unser Berufsstand hat sich die Prävention auf die Fahne geschrieben“, bekräftigte Weitkamp. Die Arge habe ein Lob verdient, weil dort „von der Basis, von unter her, etwas geschaffen wurde“. Und zwar, so Weitkamps Resümee, das Beste, was der Zahnarzt Kindern und Jugendlichen bieten könne: Vorsorgen statt Heilen. „Dies bedeutet einen Zuwachs an Lebensqualität – für Kinder, Eltern und uns Zahnärzte.“

Zur ihren Erfolgen beglückwünschte die Arge auch Dr. Wilfried Woop, Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Pfalz. Grundlage der Erfolgsgeschichte seien eine hohe Fachlichkeit – und eine Freiwilligkeit, die ihn als Freiberufler besonders stolz mache. Seine Erwartungen an die künftige Arbeit der Arge: „Ich verspreche mir für die Arbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege im Bundesland weiterhin so schöne Impulse wie in den letzten 25 Jahren.“

Und auch Dr. Gerald Gaß, Vertreter des Rheinland-Pfälzischen Gesundheitsministeriums, betonte: „Hier liegen die historischen Wurzeln für den großen Erfolg der Kinder- und Jugendzahnpflege in Rheinland-Pfalz.“ Die Arge Pirmasens-Zweibrücken sei nach wie vor Initiator von neuen Ideen. Er sei dankbar, dass die Jugendzahnpflege landesweit das Problem der ungleichen Gesundheitschancen in ihrem Aktivprogramm Zahnvorsorge für Kinder und Jugendliche anpacke.

Weiterhin gute Zusammenarbeit – nicht nur in der „Mutter aller Argen“ in Rheinland-Pfalz – wünschte sich auch Walter Bockemühl, Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung und stellvertretender Vorsitzender der LAGZ. Er freue sich, die Gruppenprophylaxe im Bundesland weiterhin finanziell und ideell fördern zu können. Sein Schlusswort beim Festakt: „Glück auf für die Zukunft!“

jr

EU-Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie

Die Marschrichtung liegt fest

Viel diskutiert und seit langem erwartet wird die neue EU-Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie. Die Pläne werden jetzt konkreter: Inzwischen hat die Kommission einen Vorentwurf vorgelegt, den Gesundheitskommissar Markos Kyprianou in Kürze vorstellen will.



Foto: MEV

Die neue EU-Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie kommt – grenzüberschreitende Leistungen im ambulanten wie stationären Sektor werden dazu festgelegt.

Noch können Änderungen im Detail erfolgen, aber die Marschrichtung liegt fest. Die EU-Kommissare wollen in Kürze in Brüssel ihren Richtlinienentwurf über die Gesundheitsdienstleistungen in Europa verabschieden. Danach müssen das Europäische Parlament und die Minister der EU-Mitgliedstaaten über den Vorschlag entscheiden, bevor die Richtlinie endgültig steht. Zum Hintergrund: Gesundheitsdienstleistungen wurden im Frühjahr 2006 aus dem Anwendungsbereich der allgemeinen EU-Dienstleistungsrichtlinie gestrichen. Das Europäische Parlament und der Rat beauftragten daraufhin die Kommission, einen sektorenspezifischen Richtlinienentwurf zu erarbeiten, der jetzt als Vorschlag vorliegt. Dies sind die wichtigsten Punkte, über die zu beraten sein wird:

- Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs wird kodifiziert. Das heißt, dass der Anspruch der EU-Bürger auf Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen im ambulanten und stationären Bereich festgeschrieben werden soll. Außerdem soll der Anspruch auf Informationen über das Versorgungsangebot und auf Kostenerstattung nach Auslandsbehandlungen festgelegt werden.

- Bei ambulanten Behandlungen im EU-Ausland ist eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse nicht notwendig. Bei stationären Behandlungen muss die Kasse jedoch vorher zustimmen. Laut Vorentwurf würde sie die Zusage nicht verweigern dürfen, wenn die Behandlungen im EU-Ausland dem gesundheitlichen Zustand des Patienten „angemessen“ wären. Es sieht so



Die *zm* berichten regelmäßig über die Belange der Zahnärzte in Europa sowie über neue gesundheitspolitische Entwicklungen in der Europäischen Union.

aus, als ob die Pläne über die bisherige Rechtsprechung des EuGH hinausgingen. Für die Erteilung der Kassengenehmigung sollen gesetzliche Fristen festgelegt werden.

- Für ambulante wie stationäre Behandlungen im EU-Ausland soll eine Kostenerstattung in der Höhe erfolgen, die dem Patienten im Heimatland zusteht.

- Geplant ist, dass die Mitgliedstaaten nationale Kontaktstellen für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen einrichten sollen, ähnlich wie sie in der Berufsanerkennungs- und der Dienstleistungsrichtlinie vorgesehen sind. Diese sollen über Leistungsangebote informieren und Patienten bei Behandlungsfehlern unterstützen. Umgekehrt sollen die Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass die Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen über eine Haftpflichtversicherung verfügen.

Grenzüberschreitende Kooperationen

Viel verspricht sich die Kommission von grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitswesen. Gedacht ist an den verstärkten Einsatz von Telemedizin, die gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelverschreibungen und den Datenaustausch zwischen den Mitgliedstaaten. Es sollen außerdem Europäische Netze von Referenzzentren geschaffen werden, was besonders bei der Behandlung von Patienten mit seltenen Krankheiten oder besonderen Behandlungsmethoden sinnvoll erscheint. Nach dem Willen der Kommission soll die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung in den Händen der Mitgliedstaaten

verbleiben. Die Modernisierung der Gesundheitssysteme wird als gemeinschaftliche Aufgabe betrachtet, bei der alle an einem Strang ziehen sollen. Bei der Umsetzung der neuen Richtlinie sollen sich alle Staaten gegenseitig unterstützen.

Die Kommission plant, zur Steuerung der gesundheitspolitischen Zielsetzung der EU einen speziellen Ausschuss einzurichten. Er soll aus Vertretern der Mitgliedstaaten unter Federführung der Kommission bestehen. Er löst die bisherige beratende „High Level Group on Health Services and Medical Care“ der Kommission ab, soll aber größere



Foto: BZÄK/axentis

Prof. Dr. Wolfgang Sprekels:
„Die Zahnärzteschaft ist gut aufgestellt.“

Befugnisse erhalten, um die Richtlinie umzusetzen. Das könnte Bereiche wie Patienteninformationen, Schadensabwicklungen nach Behandlungsfehlern, Regelungen zur Haftpflicht, den Datenaustausch oder die Vernetzung Europäischer Referenzzentren betreffen.

Noch ist es zu früh für eine endgültige Beurteilung, wie die Bundeszahnärztekammer betont. Durch ihr Brüsseler Büro verfolgt sie die Entwicklungen zeitnah und gibt ihr Expertenwissen an die europäischen Gremien weiter. Ersten Einschätzungen aus Brüssel zufolge dürfte vor allem die Rolle des neuen Ausschusses mit Interesse verfolgt werden. Aufgrund seiner strategischen Ausrichtung ist damit zu rechnen, dass er den Druck auf die Mitgliedstaaten erhöhen wird, gemeinschaftlich zu handeln, um die Gesundheitssysteme zu modernisieren. Leitliniendiskussionen oder Standardvorgaben dürften hier eine Rolle spielen.

Zahnärzteschaft aktiv

Zum Thema Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie ist für die europäische Zahnärzteschaft der Council of European Dentists (CED) aktiv, dem für die BZÄK ihr Vizepräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels angehört. Die CED-Taskforce „Binnenmarkt“ hat hier



Foto: stockdisc

Zum Arzt über die Grenze – das soll künftig noch leichter werden.

die inhaltliche Aufbereitung übernommen. Am 28. November tagte die Taskforce, am 5. Dezember kommt der BZÄK-EU-Ausschuss zusammen. „Die Zahnärzteschaft ist gut aufgestellt, um sowohl auf nationaler wie auf internationaler Ebene rechtzeitig ihre Positionen in die laufenden Beratungen einzubringen“, kommentiert Sprekels.

pr/BZÄK

Medizinerquoten in Österreich

Teilsieg für die Alpenrepublik

Österreich muss seine umstrittenen Quoten für das Medizin- und Zahnmedizinstudium vorerst nicht abschaffen. Dies sieht ein zwischen Österreich und der Europäischen Kommission geschlossener Kompromiss vor. Deutsche Studienplatzanwärter müssen folglich weiter damit rechnen, dass österreichische Universitäten sie ablehnen.

Die Europäische Kommission hat im Streit um die Medizinerquoten in Österreich eingelenkt. Kurz vor dem Gipfeltreffen der Staats- und Regierungschefs der 27 EU-Länder Mitte Oktober in Lissabon kündigte Kommissionspräsident José Manuel Barroso an, die Alpenrepublik vorerst nicht vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) zu verklagen. Das im Januar eingeleitete Vertragsverletzungsverfahren soll für zunächst fünf Jahre auf Eis gelegt werden. Mit der Klage wollte Brüssel die österreichische Regierung zwingen, die Zugangsbeschränkungen für ausländische Medizin- und Zahnmedizinstudenten an österreichischen Universitäten aufzuheben.

Hürden für deutsche Studenten

Die Hürden, die vor allem deutsche Studenten benachteiligen, da Österreich bei ihnen als Studienland besonders beliebt ist, gelten seit dem vergangenen Wintersemester. Seitdem sind an den Medizin- und Zahnmedizinuniversitäten in Wien, Graz und Innsbruck drei Viertel der Studienplätze Abiturienten aus Österreich vorbehalten. Weitere 20 Prozent gehen an Anwärter aus anderen EU-Ländern. Die verbleibenden fünf Prozent dürfen Studenten aus Drittstaaten belegen.

Eine solche Regelung verstoße gegen das Gebot der Freizügigkeit, urteilte die Europäische Kommission und drohte mit einer Klage vor dem EuGH.

Wegen dieser Frage sind Brüssel und Wien allerdings nicht zum ersten Mal aneinandergeraten. Vor einigen Jahren hatte die Kommission Österreich schon einmal vor dem EuGH verklagt, weil die Alpenrepublik den Ansturm von Studienplatzanwärtern aus

dem Ausland mit diversen Tricks zu bewältigen versuchte. Deutsche Abiturienten beispielsweise durften in Österreich nur mit dem Medizinstudium beginnen, wenn sie einen entsprechenden Studienplatz in Deutschland nachweisen konnten.



Foto: PP

Die Alpenrepublik Österreich muss ihre umstrittenen Quoten für das Medizin- und Zahnmedizinstudium vorerst nicht abschaffen.

Unter diese zehn Jahre währende diskriminierende Praxis zog der EuGH im Juli 2005 einen Schlusstrich. Daraufhin führte Wien die Quotenregelung ein.

Dem Land gehen die Ärzte aus

Doch selbst die Gefahr einer erneuten Klage kann die Alpenrepublik nicht einschüchtern. Ende Mai händigte Wissenschaftsminister Johannes Hahn der Kommission eine 600-seitige Stellungnahme aus, die belegen sollte, warum Österreich nicht auf die aktuellen Quotenregelungen verzichten kann.

Hauptgrund sei, dass dem Land allmählich die Ärzte ausgehen, heißt es in dem Papier. Denn die meisten ausländischen Studenten blieben nach dem Studium nicht in Österreich, sondern gingen zurück in ihre Heimat oder in andere EU-Länder. Die Argumentation reichte der Kommission jedoch nicht aus. Der Streit um die Zugangsbeschränkungen garte weiter.

Mitte Oktober legte die österreichische Bundesregierung daher nach und drohte damit, den Zwist um die Quoten zum Thema auf dem EU-Gipfel zu machen, um die Kommission unter Druck zu setzen, zumal die Angelegenheit aus österreichischer Sicht auch die Frage nach der Grenze zwischen nationalen

und europäischen Zuständigkeiten aufwirft. Das zog. Mit der Aussetzung des Verfahrens will Kommissionspräsident Barroso den Österreichern nun mehr Zeit geben, ihre Position zu untermauern.

Der Streit zwischen Wien und Brüssel ist damit allerdings noch nicht endgültig beigelegt. Sollte es der österreichischen Regierung nämlich nicht gelingen, Brüssel zu überzeugen, muss das Land weiterhin mit einer Aufhebung der Quotenregelung durch den EuGH rechnen.

Petra Spielberg
Rue Belliard 197/b4
B-1040 Brüssel

Zahnarztbesuch in Großbritannien

Versorgungslage spitzt sich zu

Trotz aller Versprechen des neuen britischen Premierministers Gordon Brown scheint die zahnärztliche Versorgung in Großbritannien immer schlechter zu werden. Immer mehr Patienten gehen laut Presseberichten außerdem dazu über, im Notfall selbst ihre Zähne zu ziehen, weil das billiger ist.



Die Touristen-Idylle trägt – zumindest bei der zahnärztlichen Versorgung liegt in Großbritannien einiges im Argen.

Foto: PP

Jeder fünfte Patient im Königreich verzichtet entweder regelmäßig oder zumindest gelegentlich auf zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen, weil kein staatlicher Zahnarzt verfügbar ist und dem Patienten das Geld für private Behandlungen fehlt.

Britische Hausärzte streiten sich seit einigen Wochen bereits mit britischen Zahnärzten und dem Londoner Gesundheitsministerium, nachdem der stellvertretende Gesundheitsminister Ben Bradshaw Patienten mit Zahnschmerzen geraten hatte, anstatt zum Zahnarzt zum Hausarzt zu gehen. Hintergrund ist auch hier der Mangel an Zahnärzten. Die hausärztlichen Berufsverbände im Königreich sind empört.

Die Versorgungskrise in der staatlichen britischen Zahnmedizin ist nichts neues. Seit Jahren sorgen Schlagzeilen über immer größer werdende Versorgungslücken im staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) für Unmut sowohl bei den Patienten als auch innerhalb der Ärzteschaft. In zahlreichen Landesteilen, darunter in der Hauptstadt London, ist es NHS-

Patienten heute nicht mehr möglich, einen für den staatlichen Gesundheitsdienst praktizierenden Zahnarzt zu finden. Den Patienten bleibt nichts anderes übrig, als sich privat behandeln zu lassen. Sozial schwache Patienten können sich das oftmals nicht leisten.

Einfach zum Hausarzt

Der stellvertretende Gesundheitsminister Bradshaw riet diesen Patienten, „einfach zum Hausarzt“ zu gehen. Der Hausarzt habe „die Pflicht“, schmerzgeplagten Patienten zu helfen. Britische Primärärzte sind empört. Sie weigern sich, in ihren Praxen Zahnarzt-Patienten zu behandeln. „Hausärzte sind nicht qualifiziert, um Patienten mit Zahnproblemen zu helfen“, sagte ein Sprecher des britischen Ärztebundes (British Medical Association, BMA) in London. Die BMA verlangt vom Gesundheitsministerium eine Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und die Einstellung von Tausenden zusätzlicher NHS-Zahnärzte.

Zähne selber ziehen

Unterdessen berichten britische Medien immer häufiger über verzweifelte Patienten, die sich ihre Zähne selbst ziehen, weil sie kein Geld für eine Privatbehandlung haben. Die Organisation „Patient and Public Involvement (PPI)“ fand in einer aktuellen Umfrage heraus, dass jeder fünfte britische Patient auf einen Besuch beim Zahnarzt verzichtet, weil das zu teuer ist. Immerhin sechs Prozent der von PPI befragten Patienten gaben an, sich bereits einmal selbst „zahnärztlich“ behandelt zu haben. Auch das zeigt nach Ansicht des Zahnärztesverbandes (British Dental Association, BDA), wie prekär die Versorgungslage sei. Die BDA sprach von „haarsträubenden Zuständen“.

Wie aus einer PPI-Befragung von mehr als 5 200 Patienten und rund 750 britischen Zahnärzten hervorgeht, haben 78 Prozent der britischen Privatpatienten dem staatlichen Gesundheitsdienst den Rücken gekehrt, weil der eigene vormals staatliche Zahnarzt nicht länger NHS-Patienten behandle. Und: jeder dritte Privatpatient würde sich zwar gerne wieder von einem staatlich praktizierenden Zahnarzt behandeln lassen, wenn es denn in der Nachbarschaft einen gäbe.

Laut PPI ist lediglich jeder 15. britische Privatpatient der Ansicht, dass private zahnärztliche Versorgung „grundsätzlich besser“ sei als staatliche Fürsorge. 58 Prozent der befragten Zahnärzte sind der Meinung, dass die staatliche Versorgung seit der Einführung von neuen Arbeitsverträgen vor rund 18 Monaten „deutlich schlechter“ geworden sei. Jeder zweite NHS-Zahnarzt nimmt laut Umfrage heute keine neuen NHS-Patienten mehr an. Premierminister Gordon Brown steht unter Druck, diese schlechte Versorgungslage mittels einer besseren Finanzierung zu verbessern.

Arndt Striegler
Grove House
32 Vauxhall Grove
GB-London SW8 1SY

Nachruf für Prof. Immenkamp Prof. Weiskopf ist 80



Fotos: privat

Der Nestor der deutschen Kiefer- und Gesichtschirurgen ist im Alter von 101 Jahren am 1. November 2007 verstorben.

1906 geboren, studierte Immenkamp Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Medizin an der Universität Münster und erhielt die Approbation als Zahnarzt 1929 und als Arzt 1936. 1931 erfolgte die Ernennung zum Oberarzt, 1933 die Habilitation. Seit dieser Zeit vertrat Immenkamp das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Münster in Vorlesungen und Kursen. 1938 wurde Immenkamp Leiter der neu eingerichteten Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Raphaelsklinik Münster. 1943 folgte die Ernennung zum apl-Professor an der Universität Münster. Bis zum Weltkrieg veröffentlichte Immenkamp 35 Arbeiten, unter anderem die bedeutsame Monografie „Stellung der Elektrochirurgie im Rahmen der operativen Zahnheilkunde“ sowie die Monografie „Die basale und extraorale Leitungsbetäubung im Bereich der Kiefer“.

Nach dem Krieg entwickelte sich Immenkamp zu einem der namhaftesten Spezialisten auf dem Gebiet der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspaltenchirurgie. Er

führte als einer der ersten in seinem Fachbereich bei Säuglingen und Kindern die Eingriffe in Intubationsnarkose durch. Ferner verbesserte er die Methoden der Parotischirurgie, der Rhinoplastiken sowie Defektplastiken nach Tumorsektionen im Kiefer- und Gesichtsbereich. 30 Arbeiten entstanden in dieser Zeit, darunter ein größerer Beitrag im Handbuch der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit dem Titel „Chirurgische Kieferorthopädie“.

Nach seinem Ausscheiden 1978 aus dem klinischen Dienst war Immenkamp noch bis zu seinem 92. Lebensjahr praktizierender Zahnarzt und betreute in seiner Praxis seine Patienten.

Prof. Immenkamp war zeitlebens trotz seiner großen beruflichen Erfolge ein stiller und bescheidener Mensch, der stets Harmonie und Ausgeglichenheit suchte. Er war ein hervorragender Lehrer seiner Schüler und Assistenten. Wir verneigen uns voller Ehrfurcht und in stiller Trauer vor dem Nestor der deutschen Kiefer- und Gesichtschirurgen und werden seiner stets gedenken.

Prof. Dr. Dr. h. c. D. E. Lange,
Universität Münster

**Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:**

Zahnärztliche Mitteilungen
Postfach 41 01 69
50 861 Köln
Tel.: 0221-4001-252
Fax: 0221-4001-253
e-mail: zm@zm-online.de
ISSN: 0221-40 69 386

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim Weiskopf feierte am 5.11.2007 in von ihm gewohnter Aktivität und Vitalität seinen 80. Geburtstag. Er studierte in Leipzig Zahnmedizin und Medizin, wurde Assistent und Oberarzt der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde unter Prof. Kleeberg, dessen Nachfolge er 1962 antrat. Es folgten 30 Jahre als Direktor der Einrichtung, in denen er die Entwicklung der Poliklinik, der Zahnheilkunde, speziell der Fachgebiete Prothetik und Kieferorthopädie, die internationale Stellung seiner Disziplin, die studentische Ausbildung, das Profil des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entscheidend mitbestimmte und zur Fortbildung der Kollegenschaft beigetragen hat.



Von 1973 bis 1980 bekleidete er das Amt des Dekans der Medizinischen Fakultät, von 1983 bis 1989 das des Vorsitzenden der Gesellschaft für Prothetische Stomatologie, 1986/87 das des Präsidenten der European Prosthodontic Association und er war Redakteur und Chefredakteur der Fachzeitschrift Stomatologie in der DDR.

Mit Engagement und Einsatz seiner Persönlichkeit stellte sich Professor Weiskopf den Veränderun-

gen, die das Jahr 1989 einleitete. Er hatte wesentlichen Anteil am Zusammenführen der prothetischen Fachkollegen Ost- und Westdeutschlands, eine Leistung, die 1994 mit der Verleihung der van Thiel-Medaille der DGZPW gewürdigt wurde, die eine Reihe hoher Auszeichnungen komplettierte.

Er hatte Anteil an der Gründung der standespolitischen Gremien, war Mitglied des Kammervorstandes, der Gutachterkommission, des Weiterbildungsausschusses und unabhängiger Sachverständiger.

Neben den beruflichen Aktivitäten war stets Raum für sportliches Engagement, so war er Vizepräsident des Nationalen Olympischen Komitees 1990 bis 1993. Bis heute hat Professor Weiskopf seine Aufgeschlossenheit für Erhaltenswürdiges und Neues, seinen Weitblick, seine Fähigkeit Unabänderliches zu akzeptieren, realistische von Logik bestimmte Positionen einzunehmen, seine humanistische Gesinnung und seine stets optimistische Grundhaltung bewahrt. Auf dieser Basis können noch immer Kollegen und Freunde sachkundigen Rat, wertvolle Anregungen und verständnisvolle Hilfe erfahren.

Mit Dank für das für Zahnmedizin und Zahnärzteschaft geleistete, gratulieren ehemalige Schüler, Mitarbeiter, Kollegen und Freunde sehr herzlich – kennen wir ihn doch als Lehrer, Wissenschaftler und Kliniker im universitären Bereich, als Praktiker und als in der Standespolitik sowie in der Aus- und Weiterbildung aktiv und beratend Tätigen.

Prof. Dr. Dr. Gerhard Gehre

Industrie und Handel – Das Firmenporträt

Von der Apotheke zum globalen Edelmetall- und Technologiekonzern

Der Name Heraeus steht heute für die erfolg- und traditionsreiche Geschichte eines weltweit tätigen Familienunternehmens, wie es sie in dieser Ausprägung nur noch selten gibt. Hier einen geschichtlichen Überblick, von der Idee im Offizin bis hin zum globalen Technologiekonzern.



Die Einhornapotheke in Hanau – die Gründerzelle des „Imperiums“.

Edelmetalle, Werkstoffkompetenz, Spitzentechnologien, Internationalisierung – seit 1851 hat Heraeus durch Kompetenz und innovative Kraft bis heute konsequent seine Strategie der finanziellen Solidität und des profitablen Wachstums verfolgt. Mit Erfolg: Denn im Jahr 2006 erzielte das Familienunternehmen einen Konzernumsatz von über zehn Milliarden Euro. In vielen Sparten, zum Beispiel in den Bereichen Edelmetalle, Dentalprodukte, Sensoren, Quarzglas und Speziallichtquellen, gehört Heraeus seit Jahren weltweit zu den Marktführern.

So verschieden die Produkte und Arbeitsgebiete der einzelnen Heraeus-Gesellschaften auch sein mögen, sie lassen sich alle auf gemeinsame Wurzeln zurückführen, sei es durch umfassendes Know-how im Umgang

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

mit Edelmetallen, die Beherrschung von Hochtemperaturprozessen oder die Innovationskraft in der Werkstofftechnologie.

Das vielseitige Produktportfolio des heutigen Heraeus Konzerns ist historisch gewachsen. Der Ursprung des Weltkonzerns mit mehr als 11 000 Mitarbeitern in über 100 Gesellschaften lag auf der einen Seite im innovativen Weitblick und Unternehmmergeist des Apothekers und Chemikers Wilhelm Carl Heraeus, der 1851 die väterliche Einhorn-Apotheke im hessischen Hanau östlich von Frankfurt am Main übernahm. Den konkreten Anstoß auf der anderen Seite lieferte die damals schon ansässige Hanauer Goldschmiedezunft.

Erste Platinschmelze wird geboren

Bereits seit Ende des 18. Jahrhunderts wurde Platin in der Schmuckerzeugung verwendet. Aber besonders in den Kunstrichtungen des anspruchsvollen 19. Jahrhunderts war das Edelmetall wegen seines Aussehens äußerst gefragt. Doch Platin stellte



Die Gewinn bringende Innovation im Jahre 1902: die Platinschmelze



Fotos: Heraeus-Kulzer

Auf Wilhelm Carl Heraeus geht die Firma zurück.

die Goldschmiede vor eine große Herausforderung: Aufgrund seiner Zähigkeit und des hohen Schmelzpunktes von über 1770 Grad Celsius war es nur sehr schwer zu bearbeiten. So wurde Platin, solange es kein Schmelzverfahren gab, weißglühend geschmiedet – eine Kunst, die man Mitte des 19. Jahrhunderts nur in London und Paris verstand. Mit einer technischen Pionierleistung änderte Wilhelm Carl Heraeus im Jahr 1856 diese Situation grundlegend. Nach

langwierigen Versuchen war es ihm gelungen, Platin in der Knallgasflamme zu schmelzen. Die „Erste Deutsche Platinschmelze W. C. Heraeus“ war geboren. Und der Erfolg ließ nicht lange auf sich warten: Schnell zählten Goldschmiedewerkstätten und Schmuckfabriken in aller Welt, aber auch Zahnfabriken, chemische Laboratorien und zahlreiche andere Industriezweige zu den Kunden des jungen Unternehmers. Bereits 1910 war W. C. Heraeus eine der größten Platinschmelzen der Welt. Zwischen 1923 und 1933 erhielt der Betrieb insgesamt 84 deutsche Patente. Neue Edelmetall-Legierungen wurden für den Dentalbereich entwickelt. In dieser Zeit leiteten Dr. Wilhelm Heinrich Heraeus und sein Vet-

umfassenden Produktangebot für Dentallabore und Zahnarztpraxen. Aber auch mit Biomaterialien und Knochenzementen für die Chirurgie und Orthopädie ist das Unternehmen in anderen medizinischen Märkten vertreten.

Organisatorische Ausrichtung

Die Neustrukturierung im Jahr 2004 hat sich positiv ausgewirkt. Die Untergliederung der verschiedenen Indikationsfelder in geschäftsverantwortliche Divisionen ermöglicht eine klare organisatorische Ausrichtung auf die Bedürfnisse der verschiedenen Kunden.



*Innovationen heute:
hier Signum matrix
Frontzähne mit Wurzel*

ter Dr. Reinhard Heraeus die „Dritte Generation“ ein und führten die Firma auf den Weg zum Multi-Produkt-Konzern. Im Jahre 1983 übernahm dann Dr. Jürgen Heraeus in „vierter Generation“ die Geschäftsführung.

Heraeus Kulzer

Die Firma Kulzer wurde 1987 ein Unternehmen der Heraeus Gruppe. 1995 kam der Dentalbereich von Bayer dazu, zu dem auch der Vertrieb des weltweiten AGFA-DENTUS Röntgenfilm-Sortiments sowie die Produktion der „Lindauer Zähne“ in Wasserburg am Bodensee gehörten.

Ursprünglich ein primärer Anbieter für Dentallegierungen, hat sich der Konzern heute zu einem Spezialisten für hoch ästhetische dentale Lösungen entwickelt, mit einem

Produkte für den Zahnarzt

Die Division Dentistry ist international verantwortlich für die Entwicklung, Produktion und den Vertrieb von Produkten für den zahnärztlichen Bedarf. Produziert wird an den Standorten Wehrheim im Taunus und Dormagen. Weitere Produktionsstandorte sind South Bend in den USA und Peking, China.

Mit Produkten wie dem A-Silikon-Präzisionsabformmaterial Flexitime, P2 Polyether oder mit dem Optosil/Xantopren Comfort-System positioniert sich die Firma als Abformspezialist im Dentalmarkt.

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



Zahntechnik unserer Zeit: Signum Komposit-Verblendung

Im Bereich der Knochenersatzmaterialien bietet das Haus mit dem innovativen Produkt Ostim ein gut verträgliches, vollsynthetisches Ersatzmaterial an. 2003 wurde das erste All-in-One-Adhäsiv der 7. Generation entwickelt. Das neueste Produkt aus dieser Entwicklung ist iBOND Self Etch, ein selbstätzendes Ein-Flaschen-Adhäsiv, das Ätzen, Primern, Bonden und Desensibilisieren in einem Arbeitsschritt möglich macht. Im Bereich Komposite gibt es das langjährig klinisch erprobte Komposit Charisma sowie das lichthärtende Universal-Komposit Venus, das aufgrund seiner hohen Ästhetik sowohl für den Front- als auch für den Seitenzahnbereich geeignet ist.

Starke Marken für das Labor

Der Geschäftsbereich Prothetik ist international verantwortlich für die Entwicklung, die Produktion und den Vertrieb von Produkten für den zahntechnischen Bedarf. Forschung und Entwicklung sowie die Produktion finden an den Standorten in Hanau, Wehrheim, Wasserburg, Bad Sachsa

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

und Usingen sowie in Shanghai (China) und South Bend (USA) statt.

Seit Anfang des Jahres tritt die Firma bei ihren Kunden und in der Öffentlichkeit mit einem neuen Markenkonzept auf. Eine der starken Labormarken ist HERA, die umfas-



Auch in der Humanmedizin unverzichtbar: hier die Hüftendoprothese

sende Zahntechnikmarke zur Herstellung von Kronen und Brückengerüsten. Sie umfasst ein System von Edel- und Nichtedelmetall-Dentallegierungen, Modellguss, Gipsen und Einbettmassen, feinmechanischen Teilen und die Galvanotechnologie. Außerdem sind Serviceleistungen, wie Heraeus GoldGarant, die Scheidgutabwicklung sowie verschiedene Marketing-Tools für das Labor unter der Dachmarke HERA zusammengefasst.

Die Marke PALA steht für ein vollständiges System für die Kunststoffprothetik. Vom Aufstellkonzept (Filou) über Zähne (Mondial, Premium) bis hin zum Prothesenkunststoff sind alle Systembestandteile von PALA perfekt aufeinander abgestimmt.

Im Bereich Veneering finden sich die Marken Venus HeraCeram (Verblendkeramiken) und Signum (Komposit-Verblendungen) wieder.

Ein weiterer Geschäftsbereich CAD/CAM (vollkeramische Kronen und Brücken) befindet sich derzeit im Aufbau.

Intelligente Lösung für Implantatmarkt

Implantate haben sich inzwischen zum größten Wachstumsbereich der Zahnheilkunde entwickelt. Mit IQ:NECT, dem ersten schraubenlosen Implantatsystem mit einem Clip-Mechanismus, setzt die Firma in diesem Segment ein Highlight an Innovation und einen neuen Maßstab. IQ:NECT steht für „intelligente Verbindung“. Diese ist anders als bei allen bisher im Markt vorhandenen Systemen. Es wird nichts mehr geschraubt, sondern alle temporären Teile werden einfach „eingeklippt“.

Knochenzemente für die Orthopädie

Heraeus Medical ist ein noch junges Tochterunternehmen im Heraeus Konzern. Seit 2004 sind hier Forschung und Entwicklung, Produktion und Vertrieb für die bewährten Knochenzemente aus dem eigenen Hause zusammengeführt. Diese Zemente werden unter anderem

zur Verankerung von Endoprothesen im Knochen (Hüft-, Schulter- oder Knieersatz) verwendet. Kernprodukte von Heraeus Medical sind der weltweit marktführende Knochenzement PALACOS sowie Produkte und Lösungen für die moderne Zementiertechnik in der Orthopädie und Chirurgie.

Alginate statt Kakao

1908 wurde die Cavex Holland BV gegründet, die heute eine eigene Division von Heraeus Kulzer ist. Ursprünglich sollte die damals gebaute Fabrik Kakao und Schokolade herstellen. Nur führten besondere Umstände sowie der Einfluss von zwei Apothekern dazu, dass nicht eine einzige Tafel Schokolade das Unternehmen verließ, sondern Materialien für die Zahnheilkunde produziert wurden. Das heutige Unternehmen Cavex ist ein weltweit etabliertes Unternehmen mit einem umfangreichen Sortiment

an Abform- und Kompositmaterialien, Bonding Systemen, Hygieneprodukten sowie speziellen Produkten für den Zahntechniker. Bei den Abformmaterialien konzentriert sich Cavex auf die Produktion von Alginaten – sie sind das Rückgrad des Unternehmens.

Nagellack und Hufpflege

Die Division Kulzer Technik ist ein eigenständiger Geschäftsbereich der Heraeus Kulzer GmbH mit Produkten und Systemlösungen im Bereich hoch entwickelter technischer Kunststoffe. Dazu zählen licht-härtende Composite, Mehrkomponenten-Kunststoffe und Silicone, die unter anderem zur Behandlung von Klauenkrankheiten bei Milchkühen oder zur Hufbehandlung bei Pferden auch einen Einsatz in der Veterinärmedizin haben. Reparatursysteme für Sanitärkeramik und Porzellan, Schmuckfarben

oder licht-härtende Nagelgele für die Nagelkosmetik runden die Produktpalette ab.

Ausblick

Die zukünftige Entwicklung von Heraeus Kulzer konzentriert sich auf den konsequenten Ausbau der Kunden- und Marktentwicklung, die weitere Straffung und Fokussierung des Produktportfolios und die Etablierung von international starken Marken. Mit einer schlagkräftigen Organisations- und kundenorientierten Vertriebsstruktur, integrativen System- und Therapiekonzepten sowie einem innovativen und ertragsstarken Produktportfolio will das Unternehmen weiter wachsen und sich neuen Herausforderungen in der Zukunft stellen. ■

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

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 126

Coltène/Whaledent

Hartmetallbohrer setzen neue Maßstäbe



Mit den neuen Speedster-Hartmetallbohrern von Coltène/Whaledent können Kronen zwei bis drei Mal schneller als mit herkömmlichen Diamant- oder Hartmetall-Bohrern entfernt werden. Sie

schneiden freier und präziser und bleiben beim Durchtrennen von Metall nicht stecken. Dies ist für den Patienten angenehmer und für den Zahnarzt zeitsparend. Darüber hinaus haben diese Bohrer eine hohe Lebens-

dauer. Die aus einem Hartmetallstück geschliffenen Instrumente zeigen eine spezielle Geometrie der Schneidezähne und überzeugen durch harmonische Frequenzabstimmung. Handling und Rundlaufgenauigkeit sind optimal, die Vibration wird auf ein Minimum reduziert. Dadurch schützt Speedster vor Schäden an der Zahnstruktur.

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

Philips

Individuelle Pflegeeinstellungen



Die neue Sonicare FlexCare von Philips bietet die Möglichkeit, Zahnpflege individuell auf die eigenen Bedürfnisse abzustimmen. Sie besitzt die drei Reinigungsmodi Clean, Sensitive und Massage sowie zwei voreingestellte Putzprogramme MaxCare und GoCare. Im Clean-Modus wird die klassische zweiminütige Zahnreinigung durchgeführt. Alternativ kann der Anwender das dreiminütige MaxCare-Programm wählen: Es ermöglicht, jeden Kieferquadranten für 30 Sekunden im Clean-Modus und 15 Sekunden im Massage-Modus zu reinigen. Für Menschen

mit empfindlichen Zähnen oder empfindlichem Zahnfleisch bietet sich der Sensitive-Modus an. Hier wird zwei Minuten besonders sanft und doch gründlich gereinigt. Für die schnelle Zahnpflege zwischendurch besitzt die Sonicare FlexCare das Programm GoCare. Pro Kieferquadrant stehen 15 Sekunden Reinigungszeit zur Verfügung. Der Massage-Modus ermöglicht eine sanfte zweiminütige Stimulation des Zahnfleisches.

Philips GmbH
UB Elektro-Hausgeräte
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 0 40 / 28 99 - 0
<http://www.philips.de>

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

DENTAURUM

Kursbuch 2008 erschienen

Das Kursbuch 2008 informiert über alle Fortbildungsmöglichkeiten innerhalb der Denta-urum-Gruppe. Da viele Themen bereichsübergreifend sind, umfasst es die Bereiche Kieferorthopädie und Zahntechnik. Abgerundet wird dieses Angebot durch ein separates Kursprogramm für die Implantologie. Klassiker wie die kieferorthopädischen Grund- und Spezialkurse, Modellguss- und Laserschweißkurse sowie die Typodontkurse für Gerade Bogen-technik sind auch 2008 wieder im Programm. Darüber hinaus werden neue Themen, wie Skelettale Verankerung, Lingual-technik, Kiefergelenkdysfunktionen, Praxis- und Labormanage-

ment sowie Internetnutzung angeboten. Kurse der Denta-urum-Gruppe finden nicht nur im Centrum Dentale Kommunikation in Ispringen, sondern auch verstärkt regional statt, etwa in Hamburg, Leipzig, Zwickau, München oder Müns-ter.

DENTAURUM
J. P. Winkelstroeter KG
Centrum Dentale Kommunikation
Turnstr. 31
75228 Ispringen
CDC-Team
Tel.: 0 72 31 / 803 - 470
Fax: 08 00 / 414 24 34
<http://www.dentaurum.de>
E-Mail: kurse@dentaurum.de



BEGO

Fortbildungsbroschüre 2008

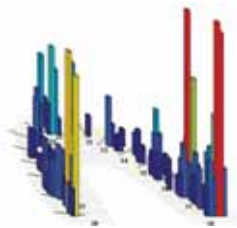
Wenn es um zahntechnische Fortbildung geht, ist das Bego Training Center in Bremen eine gute Anlaufstelle. Das fundierte Wissen der Kursleiter zeigt sich in 25 unterschiedlichen Konzepten. Das Angebot beschränkt sich nicht nur auf die Standardkurse von der Modellguss- bis zur Aufwachstechnik. Im Fokus stehen außerdem neue Technologien, wie die Überpresskeramik, sowie Einsteiger- und Profikurse zum Thema Implantat-Prothetik. Wer sich auf die Meisterschule und -prüfung vorbereiten möchte, kann ein umfassendes Kursangebot wahrnehmen, in dem es beispielsweise um funktionell gestaltete, ästhetische Zahnformen oder um Fräsarbeiten von hohem Niveau geht. Im Rahmen des Konzeptes

„Topfit in die Gesellenprüfung“ vermittelt Bego jährlich vielen Auszubildenden das erforderliche Know-how. Das vor zwei Jahren gestartete „Rent-a-trainer“-Programm hat dazu geführt, dass ein Drittel der Schulungen in Labors vor Ort erfolgen. Hier geht es um praktisch ausgerichtete Fachkurse, aber auch um kleine Workshops oder Vortragsveranstaltungen. Die 32-seitige Kursbroschüre 2008 kann bei Bego angefordert werden:

BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co. KG
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 20 28 - 372
Fax: 04 21 / 20 28 - 395
<http://www.bego.com>
E-Mail: linsen@bego.com

Cumdente

Sicherheit bei Funktionsanalysen



Klinische Funktionsanalysen galten lange als schwer zu deuten. Mit dem T-Scan System bietet Cumdente seit einem Jahr eine Lösung – mit beeindruckenden Resultaten bei Patienten mit Verdacht auf Funktionsbeschwerden oder mit umfangreichen prothetischen oder implantatgetragenen Rekonstruktionen. Durch eine hoch entwickelte Software ermöglicht T-Scan III seit Oktober 2007 anhand detaillierter Grafiken und erweiterter Analysemöglichkeiten hohe Sicherheit bei Funktionsanalysen, aber auch beim Einschleifen von keramischem und implantatgetragenen Zahnersatz oder im Rahmen

einer Schientherapie. Mittels des T-Scan Systems kann die Entstehung von Okklusion und Artikulation direkt verfolgt und dokumentiert werden: Sensoren messen die zeitliche Entstehung und Kraftentwicklung der Zahnkontakte für das gesamte Gebiss. Anhand zwei- und dreidimensionaler Grafiken sowie Zoom-Optionen können Problemstellen, wie Vorkontakte, stark beanspruchte Bereiche sowie Laterotrusions- und Mediotrusions-Kontakte ermittelt werden. Zudem lassen sich Infos zum Zustand der Kau-muskulatur gewinnen, die Hinweise auf Craniomandibuläre Dysfunktionen geben.

*Cumdente GmbH
Vertrieb
Konrad-Adenauer-Straße 9 - 11
72072 Tübingen
Tel.: 0 70 71 / 975 57 21
Fax: 0 70 71 / 975 57 22
<http://www.cumdente.de>
E-Mail: info@cumdente.de*

DooIT

Plattform für Kinderzahnheilkundler

Anlässlich der 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde ist die Mitgliederversammlung der Empfehlung des Präsidiums gefolgt und wird DooX als ihre Kommunikations-, Informations- und Austauschplattform nutzen. Die Plattform ermöglicht und beschleunigt den Austausch via Foren, Networking oder direktem Dialog. Doch der Service des Tools geht noch weiter. Ein Expertenteam steht nicht nur mit Informationen aus der Medizin, sondern auch aus Recht und Wirtschaft Frage und Antwort.

DooX wurde von Spezialisten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens gegründet und ging im September 2006 als deutschlandweit erstes unabhängiges, netzwerkgestütztes Ärzteportal online. Mittlerweile umfasst die DooX Community mehr als 1 000 Mitglieder – Tendenz steigend.

*DooIT GmbH
Adalbert-Stifter-Ring 32
82067 Zell bei München
Fax: 0 81 78 / 99 79 992
<http://www.doox.de>
E-Mail: info@dooit.info*

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

Dürr Dental

Erhöhte Sicherheit beim Absaugen



Das Absaugen von Speichel, Blut und Sekret aus der Mundhöhle ist zwar eine wirkungsvolle Hygienemaßnahme. Beim Absaugen aus der Mundhöhle besteht jedoch ein gewisses Risiko für Kreuzinfektionen zwischen verschiedenen Patienten. Saugt sich die Kanüle beispielsweise an der Zunge fest, wird der Luftstrom kurzfristig unterbrochen und es kann unter Umständen der Reflux erfolgen. Dieser Gefahr kann man seit letztem Jahr durch die Drehhülse mit Nebenlufteinlässen von Dürr Dental vorbeugen. Dabei handelt es sich um ein zylindrisches Verbindungsstück, das zwischen Absaugkanüle und

Saughandstück gesteckt wird. Über seitliche Aussparungen wird Nebenluft in das Saughandstück geführt. Selbst beim Festsaugen und damit Verblocken der Kanüle wird so ein ausreichender Luftstrom vom Patienten zur Absauganlage aufrechterhalten. Dieses Prinzip wurde bei der neuen Universalkanüle Protect übernommen. Die Nebenlufteinlässe sind dabei direkt am Schaft integriert, so dass die separate Drehhülse entfällt. Auf Wunsch vieler Anwender ist die neue Kanüle etwas kürzer als die Kombination aus Kanüle mit separater Drehhülse, was ein noch ergonomischeres Arbeiten ermöglicht.

Dürr Dental GmbH & Co. KG
Höpfigheimer 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

KaVo

Preiserhöhung ab Januar 2008

Mit Wirkung zum 1. Januar 2008 erhöht KaVo die Preise für sein Produktportfolio. So werden beispielsweise die Preise für das Intra Chirurgie Handstück um sechs Prozent und für die neue Behandlungseinheit Estetica E80 um fünf Prozent erhöht. Der Preis für ein Gentlepower Lux Handstück steigt um rund drei Prozent. Alle bis zum 31. De-

zember 2007 vorliegenden Aufträge werden zu den bisherigen Preisen berechnet.

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

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

GlaxoSmithKline

Reinigungsschaum für Zahnprothesen

Der Purfrisch Reinigungsschaum von Corega bietet Prothesenträgern ein bis zu fünf Stunden anhaltendes Frischegefühl. Befragt nach ihren Reinigungsgewohnheiten, gaben 87 Prozent der Träger von herausnehmbarem Zahnersatz an, dass sie ihre Dritten am liebsten genau so putzen, wie sie es von ihren „Zweiten“ gewohnt sind: mit Bürste und herkömmlicher Zahncreme. Dies ergab eine von der Corega-Forschung initiierte Umfrage im März 2007. Aufgrund ihres RDA-Wertes ist die Zahncreme für die empfindliche Oberfläche der Prothese aber meist zu abrasiv. Diese Tatsache ist kaum bekannt: Nur 16 Prozent wussten, dass durch die Verwendung von Zahncreme und Zahnbürste Kratzer auf der Prothese entste-

hen können. Diese beschleunigen die Anhaftung von Bakterien und Ablagerungen. Mundgeruch und Entzündungen der Mundschleimhaut können die Folge sein. Darüber hinaus sinkt mit der kontinuierlichen Abrasion auch die Lebensdauer der „Dritten“. Corega Purfrisch löst dieses Problem, denn der Microschaum beseitigt 99,9 Prozent der Mundgeruch verursachenden Bakterien.

GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
<http://www.corega.de>



Maxdental

Präzise Backfill-Obturation

Als eines der ersten kabellosen Obturationsgeräte bietet HotShot von Discus Dental Ergonomie und Handlichkeit. Die Mobilität und das taktile Empfinden sind benutzerfreundlich, die Direktapplikation zeit- und materialsparend. Die Pistole erlaubt eine exakte Dosierung des durch Wärme erweichten Wurzelfüllmaterials. Sowohl mit Guttapercha als auch mit Resilon ist eine präzise und effiziente Obturation selbst bei diffizilen Kanalförmigkeiten möglich. Das Ergebnis ist ein koronal und apikal dreidimensionaler, dichter Verschluss des Wurzelkanals zugunsten signifikanter Reduktion von post-

endodontischen Komplikationen, wie Infektion und Schmerzen. HotShot ist ein Muss für jede effiziente vertikale Kondensations-technik oder Backfill-Methode in der Endodontie. Der Vertrieb in Deutschland erfolgt über Maxdental.

Maxdental
Maximilianstraße 12
86150 Augsburg
Tel.: 08 21 / 51 93 91
Fax: 08 21 / 51 93 42
<http://www.maxdental.de>
E-Mail: office@maxdental.de



Ivoclar Vivadent

Metallkeramik – anders und doch vertraut

IPS InLine PoM ist die jüngste Entwicklung von Ivoclar Vivadent auf dem Gebiet der Überpress-Technik. Die neue Leuzit Keramik vereint 20 Jahre Keramik-Erfahrung mit IPS Empress mit der vertrauten Gusstechnologie. Das Resultat ist eine Press-on-Metal Keramik, bei der sich der Anwender auf die Farbwahl, Funktion und Oberflächenstruktur konzentrieren kann. Im Gegensatz zur Schichttechnik wird die Modellation bei der Press-on-Metal Technik von IPS InLine PoM in ihrer endgültigen Form angefertigt. Cut-back und Keramikschichtung entfallen – es wird Opaquer aufgetragen, aufgewachst, vollanatomisch gepresst und mit neuen Mal Farben charakterisiert und glasiert. Das



Rohlingskonzept von IPS InLine PoM wurde bewusst schlank gehalten. Mit nur sieben Farben lassen sich alle Chromascop, A-D und die neuen BL Bleach-Farben rasch reproduzieren. Somit können unterschiedliche Patientenfälle in einem Pressvorgang vollanatomisch überpresst werden.

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

VITA

Fehlerfreie Farbbestimmung



Das Produktsortiment des Vita System 3D-Master optimiert die Farbbestimmung und -kommunikation, Reproduktion und Farbkontrolle. Die Bestimmung mit der Farbskala Vita Toothguide 3D-Master ist aufgrund des systematischen 3-Schritt-Verfahrens einfach und schnell. Der Farbcode beschreibt die drei für den Farbeindruck grundsätzlich ausschlaggebenden Farbdimensionen Helligkeit, Farbton und Intensität. Diese Präzision

ermöglicht eine unmissverständliche Kommunikation. Ebenso einfach ist die Farbmessung mit dem digitalen Farbmessgerät Vita Easyshade. Sicher reproduziert wird das Ergebnis der Farbbestimmung beispielsweise mit Vita Zähnen und Verblendmaterialien, denn die Komponenten für die Fertigung von Zahnversorgungen wurden farblich aufeinander abgestimmt.

*VITA Zahnfabrik H. Rauter
GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 5 62 - 222
Fax: 0 77 61 / 5 62 - 299
<http://www.vita-zahnfabrik.com>
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com*

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

MAPA

Schnuller für eine gesunde Entwicklung

Der neue Schnuller NUK Genius sorgt für das funktionierende Zusammenspiel von Kiefer, Gaumen, Zunge, Lippen und Zähnen und schafft dadurch die Voraussetzungen für eine optimale Atmung, problemlose Nahrungsaufnahme und spätere Sprachentwicklung. Neu ist die Integration von Softkanälen entlang des Lutschteils – eine Innovation, die den Druck auf Kiefer und Zähne des Kindes auf ein Minimum reduziert. Für mehr Bewegungsfreiheit der Zunge sorgt eine zusätzliche Aushöhlung an der Unterseite des Saugers. Festgehalten wurde an der NUK-typischen orthodontischen Saugerform, die

vor mehr als 50 Jahren entwickelt wurde. Die asymmetrische Saugerform ist der Mutterbrust beim Stillen nachempfunden, denn beim Saugen verformt sich die Brustwarze und passt sich der Mundhöhle des Kindes an. In Zusammenarbeit mit Dr. Hubertus von Treuenfels ist die NUK Fibel „Mund und Zähne“ entstanden. Die 56-seitige Broschüre gibt weiterführende Informationen rund um eine gesunde Oraleentwicklung. Sie kann kostenlos unter www.nuk.de heruntergeladen oder beim NUK Eltern-Service bestellt werden.

MAPA GmbH
Industriestraße 21 - 25
27404 Zeven
Tel.: 0 18 01 / 62 72 46
<http://www.nuk.de>
E-Mail: nuk-info@mapa.de

3M ESPE

25 Millionen Anwendungen weltweit

Seit fünf Jahren ermöglicht RelyX Unicem von 3M Espe die sichere Zementierung von praktisch allen indirekten Restaurationsmaterialien und Stiften in nur einem einzigen Schritt. Der selbststän- dige Universal-Befestigungszement entwickelte sich rasch zur Nummer eins im Markt und weist auch klinisch eine einzigartige Erfolgsbilanz auf. Vom Testinstitut The Dental Advisor wurde RelyX Unicem schon mehrfach sehr gut bewertet und 2007 zum „Preferred Product of the Year“ gekürt. Der Zement eignet sich für alle Kronen, Brücken, Inlays und On-



lays aus Vollkeramik, Verblendmetallkeramik, Metall oder Composite sowie zur einfachen und sicheren Befestigung von Wurzelstiften und Pins. Das feuchtigkeitstolerante, dualhärtende Befestigungsmaterial verfügt über eine hervorragende Haftkraft, Festigkeit sowie Biokompatibilität und ermöglicht eine dauerhaft hohe Randgüte der Versorgung.

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

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

PHARMATECHNIK

Abenteuer auf hoher See

Gischt im Gesicht, die Hände fest an den Tauen und den Blick auf den Horizont gerichtet – so erlebten die 20 Gewinner eines LinuDent-Gewinnspiels einen unvergesslichen Tag auf hoher See. Beim LinuDent Speedsailing 2007 vor Rostock traten die Zahnmediziner am 25. August in zwei Gruppen gegeneinander an und erfuhren, was es heißt, ad hoc ein funktionierendes Team zu bilden und gemeinsam den Naturgewalten zu trotzen. Nachdem verschiedene Manöver geübt, die Aufgaben an Bord verteilt waren und ein Beiboot die Start- und Zielbojen ausgesetzt hatte, hieß es bei idealem Wetter „Start frei“. Dank eines perfekten Starts und geschickter Manöver gewann das

Team der „Glashäger“. Pharmatechnik bietet seit 29 Jahren digitale



Komplett-Lösungen für Zahnärzte, Kieferorthopäden, Ärzte und Apotheken an. Dazu gehören neben einem umfangreichen Serviceangebot eine innovative Soft- und Hardwarelösung sowie digitale Röntgengeräte der neuesten Generation.

PHARMATECHNIK GmbH & Co. KG
Münchner Straße 15
82319 Starnberg
Tel.: 0 81 51 / 44 42 - 0
Fax: 0 81 51 / 44 42 - 70 00
<http://www.pharmatechnik.de>
E-Mail: info@pharmatechnik.de

Sirona

Neue Ausstattung für Uni Heidelberg

Sirona hat für die Einrichtung der zahnärztlichen Ausbildungsstätte an der Universität Heidelberg innerhalb von 16 Wochen 84 Simulationsarbeitsplätze entwickelt und gefertigt. Mit einer eigenen Entwicklungsabteilung für komplexe Individuallösungen berücksichtigt Sirona sowohl individuelle Wünsche der Anwender als auch deren spezifische räumliche Gegebenheiten. So konnte das Unternehmen eine effiziente Raumausnutzung verwirklichen, bei der unter anderem mit zwei Mikroskopen an sechs Arbeitsplätzen gearbeitet werden kann. Durch die elektrische Verstellung des Patientensimulators in Höhe und Neigung per Kreuzfußschalter ist es bei Arbeiten mit dem in den Arbeitsplatz integrierten Mikroskop

möglich, das Operationsfeld optimal zu positionieren und zu fokussieren, ohne dafür die Hände zu benutzen. Der Blick bleibt immer auf dem Operationsfeld und die Hände sind frei für die Behandlungsinstrumente. Die Arbeitsplätze sind mit neuester zahnmedizinischer Technik, Personalcomputern, 17-Zoll-TFT-Monitoren und Multimediaausrüstung ausgestattet.



Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 01 80 / 188 99 00
Fax: 01 80 / 554 46 64
<http://www.sirona.de>
E-Mail: contact@sirona.de

AmannGirrbach

25. Symposium Funktion in Stuttgart



Am 20. Oktober fand in Stuttgart das 25. Symposium Funktion von AmannGirrbach statt. Vor dem Hintergrund, dass Kopf-, Gesichts- und auch skelettale Schmerzen kaufunktionsabhängig sein können, forderte Professor Meyer (Universität Greifswald) alle Zahnärzte auf, medizinische Verantwortung zu übernehmen: „Okklusale Abrasionen und Druckdolenz der Kaumuskulatur sind signifikante Marker bei Migräne und Spannungskopfschmerz.“ PD Dr. Ahlers (Hamburg) und Professor Jakstat (Uni Leipzig) verdeutlichten anschließend ihr Diagnose- und Therapiekonzept: Bei Verdacht auf CMD wird der Patient in einem „Kurzbefund“ abgetastet (Muskulatur),

vermessen (Kauföffnung/seitliche Abweichungen), abgehört (Okklusion und Gelenk) und gesichtet (Körperhaltung, Abrasionen). Mit dem Kurzbefund klärt sich der Verdacht, dem im positiven Fall eine klinische Funktionsanalyse folgt. Der Patient füllt zu Hause normierte Fragebögen aus. Je nach Ergebnis kann sich eine instrumentelle Funktionsanalyse als notwendig erweisen, aus der Therapien abgeleitet werden, etwa Schiene, Orthopädie, Physio- oder Psychotherapie. Ein Recall vervollständigt das Konzept, da Restauration, Anleitung zur Stressbewältigung und Heimübungen als Folgetherapien anstehen können.

AmannGirrbach GmbH
Dürrenweg 40
75177 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 957 - 100
Fax: 0 72 31 / 957 - 009
<http://www.amanngirrbach.com>
E-Mail:
germany@amanngirrbach.com

BUSCH

Substanzschonender Knochenfräser



Um den Anforderungen der modernen Kieferchirurgie nach substanzschonender minimalinvasiver Behandlung gerecht zu werden, empfiehlt Busch den Knochenfräser 164LA. Die spezielle Konstruktion ermöglicht mini-

malinvasive Präparationen von Zahnhartsubstanz oder Knochengewebe bei gleichzeitiger Schonung des umliegenden Gewebes. Die lange, schlanke Halsform, kombiniert mit einem entsprechend schlanken Arbeitsteil, zeichnen die filigranen Instrumente aus.

BUSCH & CO. KG
Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
Tel.: 0 22 63 / 860
Fax: 0 22 63 / 207 41
<http://www.busch.eu>
E-Mail: mail@busch.eu

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

DENTSPLY Friadent

Wissenschaftliche Kooperation

Nach der wissenschaftlichen Kooperation mit der schwedischen Universität Göteborg arbeitet Dentsply Friadent mit einer weiteren Universität zusammen: Die Katholische Universität Leuven, Niederlande, hat in Kooperation mit Dentsply Friadent und Materialise Dental einen neuen Lehrstuhl gegründet. Die Forderung nach Ästhetik sei aus der modernen Implantologie nicht mehr wegzudenken und verlange heute individuelle Lösungen. Dabei sei es für die Studenten grundlegend zu wissen, wie man die Implantation

perfekt vorbereitet und das richtige Implantatsystem wählt, um diese perfekte Ästhetik auch zu erreichen, betonte Professor Ignace Naert, Lehrstuhlinhaber für Prothetische Zahnheilkunde und des neuen Lehrstuhls an der KU Leuven nach Unterzeichnung des Kooperationsvertrages.

DENTSPLY Friadent GmbH
Steinzeugstraße 50
68229 Mannheim
Tel.: 06 21 / 43 02 - 010
Fax: 06 21 / 43 02 - 011
<http://www.friadent.de>
E-Mail: info@friadent.de

Acteon

Warnung vor Kopien

Je erfolgreicher ein Produkt, desto häufiger wird es kopiert. So werden Ultraschallansätze und -spitzen von Satelec (Foto) mittlerweile nicht nur in Asien und Brasilien, sondern auch in Europa und in den USA nachgeahmt und auf dem Weltmarkt als Original angeboten – teilweise sogar durch namhafte Firmen. Der Weltmarktführer im Bereich der piezoelektrischen Zahnsteinentferner weist jetzt darauf hin, dass Fremdfabrikate keine Herstellerfreigabe des Unternehmens haben und Satelec somit jegliche Produkthaftung ablehnt



– besonders in Hinblick auf irreversible Gesundheitsschäden beim Patienten.

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



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 22. 12. 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:

- 3M ESPE – 25 Millionen Anwendungen weltweit (S. 124)
- Acteon – Warnung vor Kopien (S. 126)
- AmannGirrbach – 25. Symposium Funktion in Stuttgart (S. 125)
- BEGO – Fortbildungsbroschüre 2008 (S. 120)
- BUSCH – Substanzschonender Knochenfräser (S. 125)
- Coltène/Whaledent – Hartmetallbohrer setzen neue Maßstäbe (S. 120)
- Cumdente – Sicherheit bei Funktionsanalysen (S. 121)
- DENTAURUM – Kursbuch 2008 erschienen (S. 120)
- DENTSPLY Friadent – Wissenschaftliche Kooperation (S. 126)
- DoolT – Plattform für Kinderzahnheilkundler (S. 121)
- Dürr Dental – Mehr Sicherheit beim Absaugen (S. 122)
- GSK – Reinigungsschaum für Zahnprothesen (S. 122)
- GlaxoSmithKline – Wirksame Keimreduktion (S. 128)
- GZFA – DROS kann Schmerzen lindern (S. 127)
- HAHNENKRATT – Wurzelstift mit double-cone Kontur (S. 127)
- Helmut Zepf – Bone Splitting System (S. 128)
- Henry Schein – Laseranwender-Treffen auf Kreuzfahrt (S. 128)
- Ivoclar Vivadent – Metallkeramik – anders und doch vertraut (S. 123)
- KaVo – Preiserhöhung ab Januar 2008 (S. 122)
- MAPA – Schnuller für eine gesunde Entwicklung (S. 124)
- Maxdental – Präzise Backfill-Obturation (S. 122)
- PHARMATECHNIK – Abenteuer auf hoher See (S. 124)
- Pohl Boskamp – Hilfe, wenn die Spucke wegbleibt (S. 128)
- Philips – Individuelle Pflegeeinstellungen (S. 120)
- Sirona – Neue Ausstattung für die Uni Heidelberg (S. 124)
- VITA – Fehlerfreie Farbbestimmung (S. 123)

GZFA

DROS kann Schmerzen lindern

Mit der DROS-Therapie lassen sich Kiefergelenkbeschwerden, die von einer Craniomandibulären Dysfunktion (CMD) herrühren, erfolgreich behandeln. Die eingesetzte DROS-Schiene kann bei chronischen Schmerzsymptomen, wie Migräne, Tinnitus oder Rückenschmerzen, sogar innerhalb von zwei bis vier Tagen eine deutliche Schmerzlinderung erreichen. Das haben die zehn erfahrensten Partner der GZFA in einer Umfrage bestätigt. Die DROS-Schiene ist eine leichte, zweiphasige Oberkiefer-Aufbissschiene aus abgestimmten Kaltpolymerisaten.

In der ersten Phase der Relaxierung hebt sie die problematischen Frühkontakte auf. In der zweiten Phase bringt sie mit verändertem Plateaufbau die Kieferstellung in die ideale, zentrische Position. So entsteht eine brauchbare Basis für die minimal-invasive prothetische Rekonstruktion.

GZFA
Gesellschaft für Zahngesundheit,
Funktion & Ästhetik mbH
Gollierstraße 70 D / IV
80339 München
Tel.: 0 89 / 58 98 80 90
Fax: 0 89 / 502 90 92
<http://www.gzfa.de>
E-Mail: info@gzfa.de

HAHNENKRATT

Wurzelstift mit double-cone Kontur



Mit dem Wurzelstift Contec hat Hahnenkratt seine Produktpalette ergänzt. Exatec, Cytec und Contec decken nahezu alle Indikationsbereiche ab. Der neue Contec ist mit seinem doppelten Konus für Wurzeln konzipiert, die sich zum Apex hin verjüngen. Alle drei Stiftformen bestehen aus einem neuen, röntgensichtbaren HT-Glasfiber. Mit dem Durchmesser steigend, wird eine Röntgensichtbarkeit von bis zu 510 %Al erreicht. Somit ist der Röntgenkontrast zu Dentin sehr gut. Wissenschaftliche Arbeiten

belegen die hohe Bruchresistenz von Exatec und Cytec. Alle drei Stiftformen überzeugen durch ihre microretentive Oberflächenstruktur, die eine dauerhaft optimale, adhäsive Verbindung zum Bond und Composite eingeht. Die

Kombination von optimaler Adhäsion, hoher Biegefestigkeit und einem dem Dentin ähnlichen E-Modul ist die Basis für einen dauerhaft stabilen, homogenen Wurzelstiftaufbau. Mit den Testsets zum Aktionspreis von 19,95 Euro plus Mehrwertsteuer können Zahnärzte jedes Wurzelstift-System testen.

E. HAHNENKRATT GmbH
Benzstraße 19
75203 Königsbach-Stein
Tel.: 0 72 32 / 30 29 - 0
Fax: 0 72 32 / 30 29 - 99
<http://www.hahnenkratt.com>
E-Mail: info@hahnenkratt.com

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

Henry Schein

Lasieranwender-Treffen auf Kreuzfahrt

Das Lasieranwender-Treffen des Henry Schein Dental Depots fand Anfang Oktober auf einem Kreuzfahrtschiff statt, das von Kiel durch den Oslo Fjord nach Oslo und zurück fuhr. Prof. Dr. Norbert Gutknecht vom Universitätsklinikum Aachen stieg mit dem Thema Veränderung der Pulsdauer ein und warf die Frage auf, welche Möglichkeiten sich dadurch für den Er:YAG- und Nd:YAG-Laser in seiner klinischen Anwendung ergeben. Dr. Stefan Grümer referierte über die Integration des Lasers in die zahnärztliche Praxis und gab zum Thema Verkauf privater Laserleistungen und Privatliquidation viele Anregungen und Tipps. Prof. Dr. Herbert Deppe vom Universitätsklinikum Rechts der Isar in München

behandelte die Möglichkeiten der Implantatplanung, Implantatfreilegung mit dem Laser sowie die lasergestützte Periimplantitis-Behandlung. Die Referenten bezogen sich immer wieder auf das oben erschienene Standardwerk der Laserzahnheilkunde, Proceedings of the 1st International Workshop of Evidence Based Dentistry on Lasers in Dentistry. Dieses Fachbuch wurde von Prof. Gutknecht herausgegeben und kann per Fax unter 0800 / 40 00 44 bezogen werden.

Henry Schein
Dental Depot GmbH
Pittlerstraße 48 - 50
63225 Langen
Tel.: 0 18 01 / 40 00 44
Fax: 0 80 00 / 40 00 44 (gratis)
<http://www.henryschein.de>
E-Mail: info@henryschein.de

Pohl Boskamp

Hilfe, wenn die Spucke wegbleibt

Für Menschen mit Mundtrockenheit ist es wichtig, dass der Mund- und Rachenraum wirkungsvoll und lang anhaltend befeuchtet wird. Ein effektives Mittel für eine nachhaltige Befeuchtung des Mundraums sind Speichelerersatzflüssigkeiten in Sprayform, wie Saseem Mundspray. Es ist geschmacksneutral, kann beliebig oft in den Mund gesprüht werden und bedeckt die Mundschleimhaut mit einem schützenden Feuchtigkeitsfilm. Informationen über die Aufgaben des Speichels, Mundtrockenheit sowie Tipps, was bei ei-



nem trockenen Mund- und Rachenraum Linderung verschafft, enthält der Leitfaden „Was, wenn die Spucke wegbleibt? Mundtrockenheit im Alter“. Er kann kostenlos angefordert werden bei Rothenburg & Partner, Stichwort Saseem – Service, Friesenweg 5f, 22763 Hamburg, Fax: 040 / 8891082, E-Mail: Rothenburg-Partner@t-online.de.

G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG
Kieler Straße 11
25551 Hohenlockstedt
Tel.: 0 48 26 / 59 - 0
Fax: 0 48 26 / 59 - 109 oder -169
<http://www.pohl-boskamp.de>
E-Mail: info@pohl-boskamp.de

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

Helmut Zepf

Bone Splitting System

Neben modernen Augmentationsverfahren gewinnt die Bone Splitting Technik bei Implantationen stetig an Bedeutung. Das Prinzip beruht auf der Schaffung einer Alveolenähnlichen Kavität im Kieferkamm mit gutem Regenerationspotential. Für diese Indikation haben die Implantologen Dr. Vollmer und Dr. Valentin zusammen mit der Helmut Zepf Medizintechnik GmbH abgestimmte Systemkomponenten für unterschiedliche anatomische Verhältnisse entwickelt. Der durch Athrophie zu schmal gewordene Kieferkamm wird in seiner Längsrichtung zunächst mit Diamantscheiben aufgetrennt und mit Meißeln vorsichtig gespalten, wobei die seitlichen kortikalen Knochenlamellen vorzugsweise nach labial ver-



lagert werden. Anschließend werden kleine Keile in den Spalt eingesetzt. Zwei Keile halten jeweils den Platz für die Implantatbettbohrung und die Insertion des Implantates. Ein Zurückfedern der Knochenlamellen während der Bohrung wird zuverlässig verhindert. Nach Insertion der Implantate und Entfernung der interimplantären Keile können die verbleibenden Spalträume mit Augmentationsmaterial aufgefüllt werden, so dass eine Augmentation und in günstigen Fällen eine Sofortimplantation simultan möglich ist.

Helmut Zepf
Medizintechnik GmbH
Obere Hauptstraße 16 - 22
78606 Seitingen-Oberflacht
Tel.: 0 74 64 / 98 88 - 0
Fax: 0 74 64 / 98 88 - 88
<http://www.zepf-dental.com>
E-Mail: info@zepf-dental.com

GlaxoSmithKline

Wirksame Keimreduktion



Speziell für Patienten, die Alkohol meiden sollen oder wollen, steht mit der neuen Chlorhexamed alkoholfrei eine alkoholfreie Mundspül-Lösung mit 0,2 Prozent Chlorhexidin zur Verfügung. Chlorhexamed alkoholfrei erwies sich als klinisch äquiva-

lent wirksam wie der Goldstandard und erfüllt als zugelassenes Arzneimittel die Anforderungen an Wirksamkeit und Verträglichkeit. Die entsprechenden Ergebnisse einer klinischen Studie präsentierte der amtierende Präsident der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf von der Universität Würzburg, auf einem von GlaxoSmithKline Consumer Healthcare veranstalteten Symposium.

GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl

Identifizierung

Kreispolizeibehörde Rhein-Erft-Kreis

Unbekannter Toter bei Wesseling

Am 14. 08. 2006 wurde bei Wesseling aus dem Rhein die vollständig bekleidete Leiche eines bisher unbekanntes Mannes geborgen. Der Zustand der Leiche, die Bekleidung und das Ergebnis der Obduktion lassen den Schluss zu, dass die Liegezeit mehrere Monate beträgt.

Dem Toten fehlen große Teile des Schädeldaches, was nach Aussagen der Obduzenten Rückschlüsse auf eine Schussverletzung zulassen könnte.



Seitens der Universität Köln – Prof. Kerschbaum – wurde ein Gutachten erstellt, in welchem die zahnmedizinischen Arbeiten als sehr gut und aufwendig beschrieben wurden. Das anthropologische Institut Freiburg (Frau Prof. Dr. Witwer-Backhofen) erstellte eine Zahnzementanalyse zur Altersfeststellung des Toten. Dabei wurde ein Alter von 38 bis 43 Jahren errechnet. Trotz intensiver Bemühungen konnte der Tote bisher nicht identifiziert werden. Vom Landeskriminalamt Brandenburg

wurde eine Gesichtswerteilrekonstruktion angefertigt. Ein bei dieser Arbeit erstelltes forensisch-odontologisches Gutachten kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass der Tote bei einer Abweichung von +/- 5 Jahren ein Alter von 40,14 Jahren gehabt haben dürfte.

Gebissbefund:

Es handelt sich um ein (bis auf den Oberkieferdefekt, der postmortal oder durch die zum Tode führende Ursache entstanden ist) sehr gepflegtes, vollständiges Gebiss mit sehr wenig Zahnsteinansatz oder exogenen Verfärbungen. Der Oberkiefer liegt aus dem oben genannten Grund in zwei Fragmenten vor (Bezahlung 18 bis 21 und 26 bis 28). Unfallbedingt fehlt das Segment zwischen 21 und 15 mit allen Zahn- und Knochenanteilen.

Die Abkautungen an den Seitenzähnen waren sehr ausgeprägt. Dies lässt auf Bruxismus schließen. Eine aktive Karies war nicht vorhanden (außer einer Caries sicca an 38); alle Füllungen waren aus Komposit und sind wenig ausgedehnt. Der Knochenabbau war gering (ca. 2-3 mm horizontal) und generalisiert. Die Verletzungen der Unterkieferschneidezähne (41, 31) dürften durch die unfallbedingten Verletzungen entstanden sein.

Bei dem Mann dürfte es sich vom Abkautungsgrad der Zähne



her etwa um einen Patienten im mittleren Alter gehandelt haben (etwa Ende 30 bis Mitte 50 Jahre alt).

Bei dem unbekanntes Toten waren drei metallkeramische Brücken eingegliedert, die Besonderheiten aufweisen.

Im Einzelnen haben die Brücken folgende Ausdehnung:

1. metallkeramische Brücke von 45 nach 43 (Brückenglied 044)
2. metallkeramische Brücke von 35 nach 33 (Brückenglied 034)

3. zweispännige metallkeramische Brücke von 14 nach 24 (Brückenglieder 013, 012), Zwischenpfeiler 11 und 21 (Brückenglied 022) und Endpfeiler 23 und 24.

Die beiden Unterkieferbrücken weisen auf jeden Fall gemeinsame Gestaltungsmerkmale auf und dürften vermutlich in einem Behandlungsintervall eingefügt worden sein. Es handelt sich um zwei vollverblendete Metallkeramikbrücken mit einem breiteren lingualen Metallsaum aus einer vermutlich hochgoldhaltigen

zm – Zahnärztliche Mitteilungen

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
Tel.: (02 21) 40 01-251
Leserservice Tel.: (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; E-Mail: e.maibach-nagel@zm-online.de
Gabriele Prchala, M. A.,
Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte,
Leserservice), pr; E-Mail: g.prchala@zm-online.de
Susanne Priehn-Küpper, Assessorin d. L. (Wissenschaft,
Dentalmarkt), sp; E-Mail: s.priehn-kuepper@zm-online.de
Marion Pitzken, M. A., (Praxismanagement,
Finanzen, Recht) pit; E-Mail: m.pitzken@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, M.A., (Politik, EDV,
Technik, zm-online/newsletter), ck; E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Volontärin: Janine Reichert, E-Mail: j.reichert@zm-online.de

Layout:

Piotr R. Luba, Karl-Heinz Nagelschmidt, Margret Wallisch

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

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 Sondereile 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. des Monats. 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.



IA-DENT
geprüft 2007

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.

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: (0 22 34) 70 11-0
Fax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:

Norbert Froitzheim
Froitzheim@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement:

Nicole Schiebahn, Tel. (0 22 34) 70 11-218
Schiebahn@aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. (0 22 34) 70 11-243
Pinsdorf@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten:

Nord/Ost: Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: (0 30) 88 68 28 73, Fax: (0 30) 88 68 28 74
E-Mail: kneiseler@aol.com

Mitte/Südwest: Dieter Tenter

Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: (0 61 29) 14 14, Fax: (0 61 29) 17 75
E-Mail: d.tenter@t-online.de

Süd: Ratko Gavran

Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: (0 72 21) 99 64 12, Fax: (0 72 21) 99 64 14
E-Mail: Gavran@gavran.de

International Business Development: Marianne Steinbeck

Badstraße 5, 83714 Miesbach – Germany
Tel.: +49 (0) 80 25 / 57 85, Fax: +49 (0) 80 25 / 55 83
Mobil: +49 (0) 172 / 8 24 11 25
E-Mail: msmedia@aol.com

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. (0 22 34) 70 11-270
Graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. (0 22 34) 70 11-278
Krauth@aerzteverlag.de

Datenübermittlung Anzeigen:

ISDN (0 28 31) 396-313, (0 28 31) 396-314

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

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. 49, gültig ab 1. 1. 2007.

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2007:

Druckauflage: 81 467 Ex.
Verbreitete Auflage: 80 148 Ex.

97. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Neuwahlen

Henke führt Marburger Bund



Der nordrhein-westfälische CDU-Landtagsabgeordnete Rudolf Henke ist neuer Vorsitzender der Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB). Der Mediziner aus Aachen löst den Hamburger Arzt Frank Ulrich Montgomery ab, der die Organisation 18 Jahre lang geführt hatte und nicht mehr antrat. Neuer zweiter Vorsitzender des MB ist der Münchner Chirurg Andreas Botzlar. jr/dpa

Ursula Spitta zu GOZ-Infos

Distanz erklärt

Nachdem die BZÄK bereits vor unseriösen gewerblichen Informationen zur GOZ-Novellierung gewarnt hat, die sich auf einen noch nicht verabschiedeten und unveröffentlichten Entwurf des BMG beziehen (siehe zm-Beitrag, 20/2002, Letzte Nachrichten Seite 165), erreichte die zm eine auszugsweise wie folgt veröffentlichte Erklärung von Ursula Spitta (ehemals Spitta-Verlag): „Der Spitta Verlag versandte unangefordert an alle Kunden ... eine Broschüre zur neuen GOZ. Zahlreiche Zahnärzte aus dem gesamten Bundesgebiet brachten mich persönlich mit dieser Aktion in Verbindung. ... Da der Spitta Verlag nicht mehr bereit war, meine Beratertätigkeit anzunehmen, schied ich bereits am 31.7.2007 aus dem Unternehmen aus.“ Ursula Spitta „distanziert sich auf diesem Wege von allen Geschäftspraktiken des Spitta Verlages“. zm

Institut für Menschenrechte

Würdige Versorgung für Illegale

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat eine menschenwürdige medizinische Versorgung von illegal in Deutschland lebenden Ausländern angemahnt, wie das Deutsche Ärzteblatt in seiner Online-Ausgabe berichtet. Menschen ohne Aufenthaltspapiere hätten derzeit keinen ungehinderten Zugang zu medizinischer Hilfe, erklärte das Institut in Berlin. Bei der Veröffentlichung einer Studie zu dem Thema bewertete es die Verpflichtung der Sozialämter, betroffene Migranten zuerst bei den Ausländerbehörden zu melden, als zentrales Zugangshindernis zur Gesundheitsversorgung. Nach Ansicht der Menschenrechtler muss die Politik dringend eine Lösung für das Problem finden. Regierung und Parlament sollten sicherstellen, dass die elementare Gesundheitsversorgung von Men-

schen ohne gültige Papiere unabhängig von Migrationskontrollen gewährleistet werde.

pr/DÄB

Mehr Qualität und Transparenz

Drei Jahre IQWiG

Vor drei Jahren hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) seine Arbeit aufgenommen.



Das fachlich unabhängige Institut wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz gegründet. Ein neuerer Aufgabenschwerpunkt des IQWiG besteht in der Kosten-Nutzen-Relation von Arzneimitteln. Zudem berät es den Gemeinsamen Bundesausschuss. pit/pm

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln



zm Leserservice Nr. 23
 2007

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- T.R. Hahn/N. R. Kübler: Simultane Eingliederung (S. 44) Literaturliste
- P. Kämmerer/M. Kunkel: Struma (S. 52) Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

Gegengewicht zu Hausärzten

Fachärzte gründen Spitzenverband

Die rund 70 000 niedergelassenen Fachärzte vertreten ab 2008 ihre Interessen in einem gemeinsamen Verband. 15 Berufsverbände beschlossen in Berlin den neuen „Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands“.

Den Ausschlag hätten politische

Hinblick auf KBV und BÄK sei es wichtig, dass den dortigen Facharztvertretern klare Vorgaben gemacht werden könnten.

Bisher werden die Fachärzte vor allem vom Deutschen Facharztverband (DFV) vertreten. Dieser solle Mitglied des neuen Verbandes werden, sagte sein Vorsitzender Thomas Schramm. „Der neue Verband wird ein Gegengewicht zu den Hausärzten sein“, betonte er. Zahlreiche Facharztgruppen hätten sich seit einigen Jahren bei der Honorarverteilung gegenüber

den Hausärzten benachteiligt gefühlt. KBV-Sprecher Roland Stahl sagte, die KBV sei „nicht der Antreiber“ des neuen Verbandes. KBV-Chef Andreas Köhler sei auf dessen erster Versammlung allerdings anwesend gewesen. ck/dpa

NAV-Virchow-Bund

Renaissance der freien Ärzteverbände

Eine „Renaissance der freien Ärzteverbände“ erwartet der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, in den nächsten Jahren, wie er anlässlich der Bundeshauptversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte am 16. und 17. November in Berlin betonte. „Die Ärzteschaft braucht neue Perspektiven, die ihr die Selbstverwaltung – allen

voran das KV-System – nicht bieten kann. Statt die Interessen der Ärzte zu vertreten, fungiert die Selbstverwaltung als Ordnungsbehörde, die staatlich gewünschte Einschränkungen in der Berufsfreiheit an die Ärzte weitergibt. Dadurch wird der eigentlich schöne Arztberuf immer unattraktiver“, kritisiert Bittmann. pr/pm



Elektronische Gesundheitskarte

T-Systems betreibt das Netz

T-Systems hat von der gematik den Auftrag erhalten, das zentrale MPLS-Netz (Multiprotocol Label Switching) für das deutsche Gesundheitssystem aufzubauen und zu betreiben. Dies gab die Telekom-Tochter auf der Medica in Düsseldorf bekannt. Das Netz soll bundesweit alle Teilnehmer im Gesundheitswesen ausfallsicher und mit hohen Bandbreiten verbinden. Der Vertrag hat eine Laufzeit von fünf Jahren. Im Rahmen einer zweiten Ausschreibung hat T-Systems eigenen Angaben zufolge auch die Verantwortung für einen der Zugangsdienste zum künftigen Gesundheitsnetz übernommen. Diese seien notwendig, damit beispielsweise Ärzte via MPLS auf Anwendungen wie das e-Rezept in Rechenzentren zugreifen können. Per „MPLS-Technologie“ kann man Sprache und multimediale Daten über ein gemeinsames Netz übertragen und dabei den jeweils wichtigsten Daten Vorfahrt einräumen. So lassen sich Bilddaten oder Videos, die Ärzte für OPs benötigen, über MPLS mit höchster Priorität befördern. ck/pm

Elektronische Fallakte

Erster Praxistest gestartet

Die KBV und die Sana Kliniken AG starten den ersten Praxistest zur flächendeckenden Einführung der elektronischen Fallakte mit 30 Arztpraxen und drei Pilot-Krankenhäusern.



Foto: TK

Mit der e-Fallakte können die behandelnden Ärzte in Praxen und Kliniken ohne Zeitverzögerung auf Patientenbefunde, Röntgenbilder und Medikamentenverschreibungen zugreifen. Darauf wiesen KBV-Chef Dr. Andreas Köhler und Sana-Vorstand Dr. Michael Philippi hin. Die Sana-Akte erlaube außerdem die elektronische Einweisung ins Krankenhaus sowie eine Übermittlung des Arztbriefes auf digitalem Wege. Die e-Fallakte baue Brücken zwischen den bestehenden Dateninseln bei Ärzten und Kliniken und führe zusammen, was zur Behandlung der Patienten notwendig ist. ck/pm

NAV-Studie

KBV und KVen unverzichtbar

Trotz aller Skepsis und Kritik wollen die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nicht auf die KVen und die KBV als politische Interessenvertretung verzichten. Das ist das Ergebnis der Ärztebefragung der Brendan-

Schmittmann-Stiftung des NAV Virchow-Bundes, die in Berlin vorgestellt wurde. Insgesamt 87 Prozent der befragten Ärzte sprachen sich darin, wenn auch mit Einschränkungen, für die KBV aus. Gut 75 Prozent sehen keine Alternative zu den KVen. ck/pm

Rabattverträge in der GKV

Kartellrecht gilt

Arzneimittel-Rabattverträge sind öffentliche Aufträge. Das hat die zweite Vergabekammer des Bundes entschieden. Damit müssen die Krankenkassen beim Abschluss von Rabattverträgen das Kartellvergaberecht und die „Verdingungsordnung für Leistungen“ (VOL/A) beachten. Hintergrund sei, meldet das Deutsche Ärzteblatt, dass Kassen nicht nur als Abrechnungsstellen fungieren, sondern durch die Vergabe der Rabattvereinbarungen den Beschaffungsbedarf für ihre Versicherten steuern. Das Bundeskartellamt hatte am

27. September Rabattverhandlungen zwischen der AOK und den Pharmaherstellern kurz vor Ende gestoppt.

Die AOK vertritt dagegen die Auffassung, dass es sich bei den Rabattverträgen nicht um öffentliche Auftragsverfahren handelt. Damit unterlägen sie auch nicht dem Vergaberecht und müssten auch nicht europaweit ausgeschrieben werden.

Die AOK Baden-Württemberg will nun vor Gericht ziehen und gegen die Entscheidung klagen. Ihrer Überzeugung nach sind die Vergabekammern nicht für die AOK zuständig, da die Kasse nicht durch staatliche Mittel, sondern durch Beiträge der Versicherten finanziert wird. Damit sei sie kein öffentlicher Auftraggeber. Maßgeblich für Kassen-Ausschreibungen seien deshalb nicht Kartell-Vergabevorschriften, sondern das Sozialrecht und somit die Rechtsprechung vor Sozialgerichten.

ck/DÄB/dpa



Oralchirurgen tagten in Berlin

Zahnmedizin ist Medizin

Für eine Integration der Zahnmedizin in die Medizin sprach sich der Berufsverband Deutscher Oralchirurgen anlässlich seiner Jahrestagung in Berlin aus. „Zahnmedizin ist Medizin“, betonte der Vorsitzende, Dr. Horst Luckey, vor der Presse. Wenn inzwischen anerkannt sei, dass die Bedeutung der Zahnmedizin für die allgemeinmedizinische Gesundheit wachse, so werde für den zukünftigen Zahnarzt mehr medizinische Kompetenz eingefordert werden müssen. Die ge-

plante Änderung der zahnärztlichen Approbationsordnung bezeichnete Luckey als einen „Schritt in die richtige Richtung.“ Hauptziel dabei solle sein, den geänderten Anforderungen an die zahnärztliche Berufsausübung in Aus- und Weiterbildung Rechnung zu tragen und dem Zahnarzt mehr medizinische Inhalte in seiner Ausbildung zu vermitteln. Luckey: „Wir brauchen in Europa einen Arzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.“

pr

Kliniken und MVZ

Beihilfen sind oft unzulässig

Länder und Kommunen dürfen Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nicht mit öffentlichen Geldern dabei unterstützen, Defizite abzubauen oder Investitionen zu tätigen. Zu diesem Ergebnis ist laut Medi Deutschland die EU-Kommission in Brüssel gekommen, nachdem sie eine Beschwerde des Verbandes gegen wettbewerbsverzerrende Beihilfen an deutschen Krankenhäusern geprüft hat.

Nun könne man die Rechtsauffassung der EU bei gerichtlichen Verfahren einsetzen, um diese Beihilfen zu verhindern, zitiert das Deutsche Ärzteblatt den Vorsitzenden von Medi Deutschland, Werner Baumgärtner, in Stuttgart. Der Ärzteverband hatte die Beschwerde im Sep-



Fotos: pixtal

tember 2005 bei der EU eingereicht. „Während Krankenhäuser und MVZs von der dualen Finanzierung und von Quersubventionen profitieren, müssen niedergelassene Ärzte sämtliche Investitionen für ihre Praxen selber leisten“, sagte Baumgärtner. „Die Behörden und die Entscheidungsträger in den öffentlichen Krankenhäusern werden die Rechtsauffassung der Bundesregierung berücksichtigen müssen.“

ck/DÄB

Haushaltsplan

DAK rügt Spitzenverband Bund

Über den „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ist es zu einem Zerwürfnis zwischen der DAK und dem Verband der Angestellten- und Arbeiterersatzkassen (VdAK) gekommen. Das berichtet die „Hannoversche Allgemeine Zeitung“.

Die DAK-Spitze hält den Haushaltsplan des Spitzenverbandes „weder für beratungs- noch beschlussfähig“. Das teilten DAK-Chef, Herbert Rebscher und sein Stellvertreter, Claus Moldenhauer, dem VdAK mit. Die DAK ist sowohl Mitglied des Spitzenverbandes als auch des VdAK.

„Wir haben in unserer berufli-

chen Tätigkeit noch nicht erlebt“, kritisieren Rebscher und Moldenhauer dem Blatt zufolge, „dass eine Organisation ohne inhaltliche Diskussion ihres Geschäftsmodells, lediglich aufgrund eines externen und nicht sonderlich überzeugenden Gutachtens, einen Haushalt mit erheblichen (nicht finanziellen) Konsequenzen für die gesetzliche Krankenversicherung vorlegt.“ Es gehöre zwingend zum ersten Haushalt des Spitzenverbandes Bund, den Umfang und die Abgrenzung zu den bisherigen Spitzenverbänden darzustellen.

ck/pm

zm-Zitate

Kleine Tricks

„Weil das Geld nicht für alle reicht, muss die Politik einen Trick finden, dass wir alle meinen, sie täte was, auch wenn sie nichts tut.“

(Prof. Radermacher zur Excellence-Offensive bei deutschen Universitäten, die einkassierte Gelder neu verteilte.)

Kleine Seitenhiebe

„Wir werden ihr helfen, wieder aufzustehen und die getroffene Vereinbarung einzuhalten.“

(SPD-Fraktionschef Struck über Familienministerin von der Leyen (CDU), die unter dem Druck der Union „umgefallen“ sei bei der Kinderbetreuung)

Kleine Fische

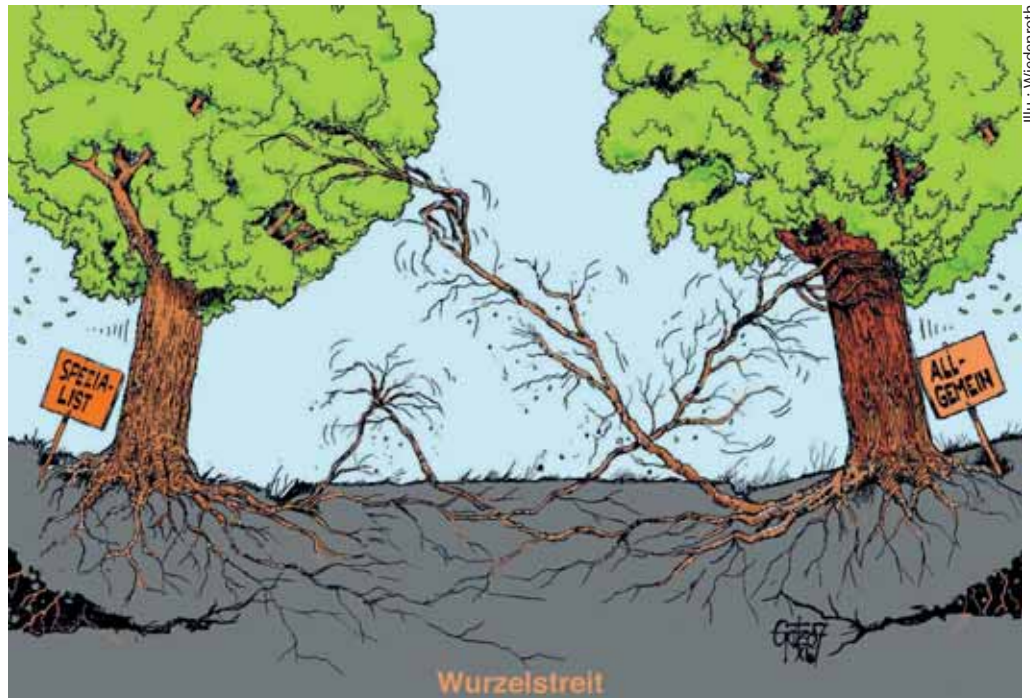
„Damit in den weiteren Präsentationen und Diskussionen nicht der Umstand aus den Augen gerät, dass auch löbliche Aktivitäten der ‚Stabsstelle Patientenorientierung‘ nicht auf der grünen Wiese, sondern eben leider im Haifischbecken stattfinden.“

(Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, zum KBV-Netzwerk.)

Kleine Sinnfrage

„Das Wichtigste im Leben ist nicht etwa das Glück, sondern Sinn. Die Familie stiftet in hohem Maße Sinn, denn sie gibt uns wie nichts anderes eine Beziehung zu und eine langfristige Bindung an andere Menschen“.

(Glücksforscher Wilhelm Schmid, Uni Erfurt, zur Emnid-Weihnachtswunschstudie.)



Illu.: Wiedenroth

Weltweiter Weihnachtsgruß

Mit „Frohe Weihnachten“ einmal um die Welt: Der Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer stellt auf seiner Website Weihnachtsgrüße bereit – in über 50 Sprachen übersetzt.

In einer Weihnachtsdatenbank stehen die Festtagsgrüße in allen gängigen Sprachen, auch die Russische, Chinesische oder Lettische Formel ist dort zu finden.

Weil für viele Sprachen spezielle Schriftsätze nötig sind, bietet der BDÜ die GrüÙe zum Fest als gebrauchsfertige Grafikdatei, kostenfrei herunter zu laden. www.bdue.de pit/pm

Mehr unter www.bdue.de

Ausposaunt

Als stets fröhlicher Santa Claus verkleidet mit frisch gefütterten Rentierstärken übers Firmament zu jagen ist ja nur der halbe Spaß. Viel spannender finde ich es, der Erste zu sein, der den Deutschen größten Weihnachtswunsch ermittelt, ehe ich als ehrwürdiger Weihnachtsmann unter altgedienter Bischofshaube drei Wochen später wieder die Runde mache.

Doch dieses Jahr ist alles zu spät, die ganze Spannung weg, der ganze Spaß verdorben. Die Profi-Schnüffler vom Meinungsforschungsinstitut Emnid, Allensbach, sind nicht nur hingegangen und haben überraschte 1000 Leute ausgefragt nach ihren Weihnachtswünschen. Nein! Sie haben diese Wünsche auch in eine Sammelbox, Computer genannt, gesteckt, gemischt und – den ultimativen Wunsch ermittelt:

Gesundheit!

Danach seien alle verrückt! Aber das ist ja zum Verrücktwerden! Wie soll ich die denn verpacken? Ach, wäre es doch nicht gar so arg mit der Gesundheitspolitik, dann könnte Knecht Ruprecht einfach wieder einmal Flachbildschirme, Designer-Uhren oder Computer in schicke Kartons stecken. Und ich kann nicht einmal mehr schummeln: Die haben ihr Schnüfflergebnis schon öffentlich per „Reader's Digest“ ausposaunt. Der allgemeine Wunsch nach Wohlstand folge auf Platz zwei, vor Frieden als Nummer Drei. Was soll's, ich werde diplomatisch vorgehen und mich auf die zu Beschneidenden konzentrieren. Ich schaue mir eben ab, wie die deutschen Politiker das so machen: Die wickeln unbemerkt so manchen ein, ob er will oder nicht.

PS: Urlaub und Reisen lagen übrigens auf dem vierten Rang. Ob die Betroffenen nur ausreisen wollten oder auch wieder zurückkommen, das haben die von Emnid natürlich nicht verraten. Nicht dass ich nächstes Jahr um eine Rentierstärke reduzieren muss?!