

Stottern

Das verborgene Wort

**KZBV-
Vertreterversammlung**

**150 Jahre
DGZMK**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Aristoteles und Isaac Newton taten es, Marylin Monroe und Winston Churchill ebenfalls. Auch Bruce Willis ist einer von ihnen. Was diese Berühmtheiten gemeinsam haben, ist ihr ständiger Kampf ums Wort: Sie sind Stotterer.

Fünf Prozent aller Kinder zwischen drei und fünf Lebensjahren müssen sich dieser den Alltag beeinträchtigenden schwerwiegenden Sprechstörung stellen. Was früher schnell den drastischen und noch dazu falschen Stempel geistiger Behinderung einbrachte, wird aber heute nach neueren Erkenntnissen anders eingeschätzt, anders behandelt und glücklicherweise auch vom Umfeld inzwischen mit ganz anderer Toleranz betrachtet.

Denn Stotterer, die sich selbst ihrer Sprechstörung viel bewusster sind als Außenstehende, registrieren das Verhalten der Anderen. Sie bemerken deren Ungeduld, deren Unwillen, sich mit dem Problem des Gegenübers – und sei es nur mit entsprechender Geduld – auseinander zu setzen. Also setzen sich die Betroffenen unter Druck. Das Ergebnis ist klar: Die Anspannung steigt.

Oft reagieren Stotterer selbst mit Versuchen, entsprechende Situationen zu vermeiden – bis zur Konsequenz gesellschaftlicher Isolation. Das Aussparen prekärer Situationen

Foto: MEV



■ *Geduld und Gelassenheit – eigentlich ultima ratio für jede Art von Miteinander – sind für Stotterer sicherlich eine besonders wichtige Ausgangsbedingung für eine beiderseits zufriedenstellende Gesprächsführung.*

erscheint unter widrigen Bedingungen rationaler als das Durchstehen und Kämpfen um jedes Wort, das „nicht raus will“. Der Umgang mit dieser Form von Blockade ist für die Betroffenen anstrengend. Nicht nur psychisch, sondern körperlich. Das Überwinden der Wortsperrre erfordert den Einsatz großer Kräfte. Wer stottert, vermeidet gedanklich vorausschauend das Problem durch die Suche nach alternativen Begriffen, oder er geht mit hohem Körpereinsatz gegen die krampfartige Blockade an. Spezialisten wie der Bonner Stottertherapeut Holger Prüß – er kennt das Krankheitsbild aus eigener Erfahrung – raten zum bewussten Umgang mit der Sprechbehinderung, auch zur Akzeptanz des Stotterns. Er selbst habe sein therapeutisch richtiges Verhältnis zur Problematik erst gefunden, seit er jenseits einer konsequenten Vermeidungsstrategie auch zwischenzeitliches Stottern wieder zugelassen habe.

Abgesehen von der inzwischen durchaus erprobten Methodik professioneller Behandlungsmaßnahmen – dazu gehört natürlich auch ein waches Auge auf das zahnärztliche „Terrain“ – bleibt für das Miteinander im Alltag die hoffentlich inzwischen von vielen akzeptierte klassische Maxime, Geduld zu haben und gelassen zu bleiben.

Mit freundlichem Gruß

Ihr



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: TK, Titelfoto: mauritius

Zum Titel

Stottern bedeutet oft Kontrollverlust und Ausgrenzung. Und obwohl schon vieles bekannt ist, geben die medizinischen Ursachen den Wissenschaftlern weiterhin Rätsel auf.

Seite 30



Foto: Jardtall

Auf der Vertreterversammlung der KZBV stimmten die Delegierten für einen eigenen Weg in der zahnärztlichen Versorgung.

Seite 16



Foto: Jordan

Humanitäres Engagement der Zahnärzteschaft hat viele Gesichter und einen gemeinsamen Beweggrund: aufrichtige Nächstenliebe.

Seite 22



Foto: CC

Gerade im Urlaub zahlt man gerne mit Karte. Doch der bargeldlose Geldtransfer hat auch seine Tücken.

Seite 80

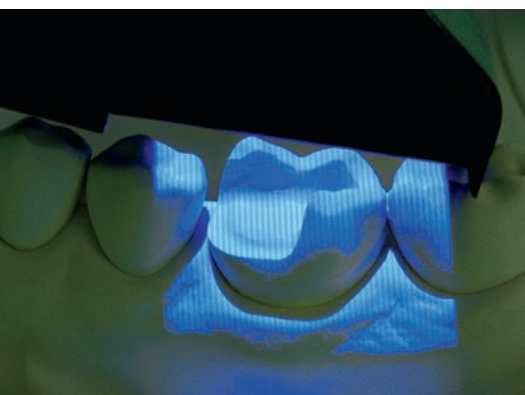


Foto: Bimdl/Mehrl

Die computergestützte Fertigung von Restaurationen und Rekonstruktionen nimmt einen immer größeren Stellenwert in der Zahnmedizin ein.

Seite 44




Editorial	1	Tagungen	
Leitartikel		60 Jahre Deutscher Ärzte-Verlag: Auf Erfolgskurs	54
BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel warnt vor einem verkürzten Zahnmedizinstudium	4	Symposien im Bundeswehrzentralranken- haus: Wenn die Zahnhäse frei liegen	56
Leserforum	6	Veranstaltungen	61
Gastkommentar		Praxismanagement	
Dr. Dorothea Siems, Die Welt, über Rationierung im Gesundheitswesen	8	Trends	72
Nachrichten	10	Leistungszulagen zur Teambotivation: Erfolge sichtbar machen	74
Politik und Beruf		EDV und Technik	
KZBV-Vertreterversammlung: Starke Perspektive	16	Schnelle Internetverbindungen: Vom Bummelzug zum Express	77
BZÄK-Klausurtagung: Handeln mit Blick in die Zukunft	20	Finanzen	
Koordinierungskonferenz Hilfsaktionen: Mission Nächstenliebe	22	Bankauskünfte: Bankgeheimnis noch nicht passé	78
KBV-Versichertenbefragung: Reformen wecken Ängste	24	Bargeldloser Zahlungsverkehr: Die Tücken des Systems	80
Wahlprogramm der CDU/CSU: Gesund- heitsfonds und Einzelverträge bleiben	26	Internationales	
Aus den Ländern		Grenzüberschreitende Versorgung: Trend zur geplanten Behandlung	82
Thüringer Fortbildung: Häusliche Gewalt in der Familie	28	Historisches	
Titelstory		150 Jahre DGZMK: Eine zahnärztliche Organisation schreibt Geschichte	84
Sprachstörung Stottern: Der Kampf ums Wort	30	Impressum	89
Zahnmedizin		Persönliches	90
Unklarer Tollwut-Status: Management einer Bissverletzung im Gesicht	38	Bekanntmachungen	91
Der besondere Fall: Zahnstein	42	Neuheiten	92
CAD/CAM in der Praxis: 3D-Software	44	Letzte Nachrichten	117
 Der aktuelle klinische Fall: Osteosarkom des Unterkiefers	48	Zu guter Letzt	120
Medizin			
Lactose-Intoleranz: Milch kann Bauchschmerzen auslösen	52		



Foto: privat

Ein falscher Weg

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

wie haben Sie eigentlich die Studentenproteste der vergangenen Wochen aufgenommen? Ist es Ihnen so gegangen wie den meisten Deutschen? Antipathie war zwar keine im Spiel, aber wirkliche Betroffenheit blieb aus? Schließlich wächst dort, könnte man meinen, eine Generation ins gesellschaftliche Leben, die schon auf Grund des wachsenden demographischen Missverhältnisses zwischen Jung und Alt weniger Existenzängste haben wird als Unsereiner? Soviel zur Stammtisch-Argumentation!

Was wirklich passiert, sollte uns ganz anders aus der Reserve locken. Denn der akademische Nachwuchs muss die künftigen Lasten unserer Gesellschaft tragen. Und die bisherigen Lösungsansätze für deren Probleme können denkende Menschen bisher kaum zufriedenstellen. Schon die Betrachtung des ärztlichen und zahnärztlichen Berufsstandes reicht aus, um die Dimension der Misere zu verdeutlichen. Die ersten blinden Flecken medizinischer Unterversorgung sind bereits erkennbar. Immer weniger Ärzte sollen künftig immer mehr alte, multimorbide Menschen versorgen.

„**Ein verkürztes Zahnmedizinstudium kommt, gerade in Zeiten immer komplexerer wissenschaftlicher Erkenntnisse, für den Berufsstand nicht in Frage.**“

Und dieser Sachlage wird mit einer Bildungssystematik begegnet, der es ausreicht, verschiedene Berufssparten aus ganz unterschiedlichen Nationen einfach über einen Kamm zu scheren! Dabei muss angesichts unterschiedlicher Sozial- und Gesundheitssysteme, aber auch vollkommen divergierender Ausgangssituationen einzelner Heilberufe viel genauer differenziert werden. Schon hier in Deutschland arbeiten allein Ärzte und Zahnärzte unter vollkommen

anderen Bedingungen. Die Auslastung der zahnärztlichen Versorgung ist – so eine Untersuchung des IDZ – auch im Jahr 2030 noch gesichert und stabil. Die Zugangs-

voraussetzungen innerhalb Europas sind geklärt, der von der EU-Kommission präferierte vermehrte Eintritt von Frauen ist in unserer Berufsgruppe längst erfolgt.

Wenn "Master" und "Bachelor" – sie sind für die Studenten der Stein des Anstoßes, für Bildungsministerin Annette Schavan hingegen europäisches Diktat – unsere Probleme in Deutschland auffangen sollen, entstehen gewaltige Gefahren. Wer meint, mehr ausgebildete Akademiker, noch dazu mit unterschiedlichen Qualifizierungsgraden, könnten helfen, Bildung und Wissenschaft international konkurrenzfähig zu halten und

die Versorgungsprobleme zu schmälern, denkt falsch. Ein verkürztes Zahnmedizinstudium kommt, gerade in Zeiten immer komplexerer wissenschaftlicher Erkenntnisse, für den Berufsstand nicht in Frage. Zu groß wären die Nachteile für die Patientensicherheit, zu prekär die berufsständischen Folgen wie mangelnde Einheitlichkeit der Berufsausübung und damit einhergehende Rechtsunsicherheit. "Master" und "Bachelor" wären hier ganz sicher der falsche Weg. Deshalb hat der Medizinische Fakultätentag jüngst klare Forderungen aufgestellt, die mit den Ansinnen der Studenten übereinstimmen dürften: Die in den zurückliegenden Jahren von VHZMK, BZÄK und Studentenschaft einvernehmlich erarbeitete neue zahnärztliche Approbationsordnung soll von den zuständigen Ländergremien verabschiedet und vom BMG endlich auf den Weg gebracht werden. Die Einführung von Bachelor- oder Masterstudiengängen in der Medizin und Zahnmedizin wird als ein Forschung und Lehre gefährdender Weg ausdrücklich abgelehnt.

Wer sich die Auffassung des Medizinischen Fakultätentages vor Augen führt, erkennt, welchen Irrweg deutsche Bildungspolitik in ihrem schematisierenden europäischen Gleichmachungswahn hier gehen. Da kann es nur wach machen, dass selbst das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil zu den Lissabonner Verträgen – wenn auch nur zugeschnitten auf den Bereich der Sozialsystematik – das Recht auf nationale Eigenständigkeit hervorhebt.

Und Puristen, die eine Vermischung dieser beiden Themenbereiche nicht akzeptieren, sollten ruhig mal querdenken: Auch eine falsche Hochschulpolitik hat Auswirkungen auf die nationalen Sozialsysteme.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Emphyseme

■ Zum Fallbericht „Airflowtherapie“ in zm 8/2009:

Luftemphyseme durch die Anwendung von Luft-Pulver-Wasserstrahlgeräten (LPW) sind ohne Zweifel schwere unerwünschte Ereignisse in der zahnärztlichen Praxis. Aufgrund der steigenden Popularität der LPW-Anwendung in der Praxis ist es daher sehr wertvoll und richtig, LPW-induzierte Emphyseme zu thematisieren. [...] Leider bleiben [...] nach der Lektüre des Fallberichts einige Fragen für den Anwender in der Praxis offen. [...]

Von zentraler Bedeutung wäre für den Leser eigentlich zuerst die Information, mit welchem Pulverstrahlgerät unter Verwen-

Jahren Marktverfügbarkeit zwei geringgradig ausgeprägte Emphyseme gemeldet wurden, die binnen 24 Stunden komplett regredierten. Leider fehlt im Fallbericht auch der wichtige Hinweis, dass es sich beim Luftemphysem um eine an den Hersteller des Pulvers beziehungsweise des Geräts zu meldende Komplikation handelt. Der Hersteller ist dann nämlich verpflichtet, diese Information an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weiter zu geben. [...]

Es geht aus dem Artikel leider nicht klar hervor, ob es tatsächlich auf der Basis verfügbarer Literatur sinnvoll ist, bei wirklich jedem auftretendem Luftemphysem eine Klinikeinweisung,

Emphysemen und gutem Allgemeinzustand des Patienten zwingend indiziert sind. Für das [...] strikte Vorgehen spricht wiederum, dass die vom Patienten wahrgenommene Dyspnoe mit ursächlichem Pneumomediastinum bisweilen erst mit starker Verzögerung auftreten kann (Arai et al. 2009) und so einer bedrohlichen Komplikation vorgebeugt werden muss. [...]

Emphyseme global zu verharmlosen wäre absolut falsch. Aktuelle Fallberichte und Übersichtsarbeiten zu Emphysemen unter Verwendung von Bikarbonatpulvern in LPW kommen aber zu dem Ergebnis, dass diese sämtlich komplikationslos innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen ausheilen, sofern der Patient in weiter gutem Allgemeinzustand ist und keine Schluck- oder Atembeschwerden zeigt. Läge eine der letztgenannten Beeinträchtigungen vor, ist eine Klinikeinweisung aber sicher zu erwägen.

PD Gregor Petersilka, Würzburg

Systemproblem

■ Zum Beitrag „Mundgesundheit als Konsumartikel“ in zm 11/2009:

Herr Prof. Staehle schreibt uns älteren Zahnärzten [...] aus der Seele! Aber ist dies Kind nicht schon tief im Brunnen gelandet? Die Kommerzialisierung der Zahnmedizin ist doch schon weit fortgeschritten und viele meist jüngere Kolleginnen und Kollegen bedienen die „Kunden“ hemmungslos mit Kosmetiktherapien, die sich der Patient zwar wünscht, die aber mit ärztlicher Verantwortung in vielen Fällen nichts mehr zu tun haben.

Sicherlich tragen dazu auch die zahlreichen halbwissenschaftli-

chen Magazine bei, die in den letzten zehn Jahren die Zahnarztpraxen förmlich mit ihrem Halbwissen und Möglichkeiten für Marketing und Profitsteigerung geradezu überschwemmen! Dazu allerdings liegt auch an den Universitätszahnkliniken einiges seit längerer Zeit im Argen und hat sicherlich auch zu diesem Zustand beigetragen. Denn in den fünf Jahren der Hochschulausbildung lässt sich gezielt schon vieles an Wildwuchs und unrealistischen Einschätzungen in den Köpfen der zukünftigen Zahnärztinnen und Zahnärzte eliminieren und auf Bahnen leiten, die wieder mehr das ärztliche Element fordern. Die verantwortlichen Direktoren und Professoren haben für sich in den letzten 20 Jahren das große Feld von Vorträgen, Curricula, Masterstudiengängen und last, not least die Exzellenzforschung entdeckt und sich aus der Ausbildung in den klinischen Kursen immer mehr entfernt. Dazu gesellt sich ein Systemproblem: Bei der Berufung künftiger Professoren zählt bislang das Engagement für gute Ausbildung weit weniger als die Forschungsleistungen. So versauern in der Vergangenheit gute Lehrer meist im Mittelbau, während „fleißige Forscher“ trotz mäßiger Leistung in der Lehre aufsteigen konnten. [...] Die erfahrenen Mitarbeiter tummeln sich auf den oben genannten Feldern. Und meist werden die Studentinnen und Studenten von solchen Lehrkräften betreut, die selber gerade das Staatsexamen hinter sich haben und nur mit Rückendeckung erfahrener Mitarbeiter maximal ausbilden könnten. [...] Da werden wichtige Zielsetzungen einfach verpasst!

Dr. Fritz Haun, Osloerstr. 139, 53117 Bonn



Foto: Hirzel

den welchen Pulvers (Bicarbonat, Glycin, Calciumcarbonat oder Aluminiumtrioxid?) die Komplikation auftrat. Studien unserer Arbeitsgruppe an der Universität Münster haben gezeigt, dass das Schadenspotenzial niedrigabrasiven Glycinpulvers (Clinpro Prophypowder des Herstellers 3M ESPE in LPW Geräten Typ AirFlow S1 des Herstellers EMS) um einige Größenordnungen geringer ist, als dasjenige konventioneller Bikarbonatstrahlmittel. Es sei hier aber auch erwähnt, dass unter Anwendung von Glycinpulver nach sieben

radiologische Diagnostik und prophylaktische Antibiose anzuordnen. Der hier geschilderte Fall ist aufgrund progredienter Schwellung mit Zunahme der Schluckbeschwerden sicher als problematisch einzuordnen. Bei der hier beschriebenen Klinik ist der Ausschluss einer allergischen Reaktion beziehungsweise eines Hämatoms oder Angioödems unter Umständen tatsächlich von vitaler Bedeutung. Die Frage bleibt aber offen, ob diese weitreichenden Maßnahmen (Hospitalisierung, CT und Antibiose) auch bei lokal begrenzten

„Berry“

■ Zur Karikatur „Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich“ in zm 12/2009:

Die Karikatur auf der letzten Seite ist üblicherweise eine kleine Frotzelei – diesmal zum Thema „Feminisierung“ des Berufsstandes: Wunderbar klischeehaft eingebettet in Lilatöne, umgeben von Blümchen und Kerzenständern, steht das weibliche Praxisteam und verbreitet eine Aura zwischen Öko und Beautysalon. Fast zutreffend, sagt dazu der Dentista Verband der Zahnärztinnen, der kurzerhand eine Umfrage unter bundesweit tätigen Dentaldepots und Unternehmen zur Praxiseinrichtung startete und erfuhr: Viele Komponenten

Karikatur auf der Grundlage der Umfrageergebnisse in eine aktuelle Trendskeizze zur Praxiseinrichtung umsetzen lassen (s. Grafik). Architektin Ilka Hilgemann vom Room Doctor-Team hat die zm-Karikatur „übersetzt“: „Corporate Architecture sollte ein Teil des individuellen Praxisauftritts sein. Und damit eine einzigartige Möglichkeit, gleich beim ersten Eindruck auch einen ‚bleibenden‘ zu hinterlassen und Persönlichkeit zu zeigen.“

Kurzum: Offensichtlich ist die „zm“-Karikatur weniger Frotzelei denn eher aktueller Trend-Reflektor der Praxishits bei Zahnärztinnen und Zahnärzten gleichermaßen, so der Dentista Verband. Offenbar ist der Berufsstand insgesamt längst „berry“.



der Karikatur stimmen – allerdings auch für die Männer unter den Zahnärzten. „Beerentöne und Lila sind Topseller“, heißt es aus der Branche. Weiß ist überholt. Anstelle der eher barocken Dekoration in der Karikatur sind aber Lacklösungen gefragt, stylisches Ambiente – und individuelle Konzepte mit „ausgewählten wohnlichen Attributen“. Was für die Einrichtung gilt, gilt auch für die Behandlungseinheit: Beerentöne („berry“) sind Megatrend. Der Dentista Verband hat die zm-

Birgit Dohlus, dental relations,
T: 030 / 3082 4682,
info@zahndienst.de

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

Rationierung ist unvermeidbar

Die Ärzte haben die Debatte angestoßen. Die Krankenkassen steigen bereits vorsichtig darauf ein. Nur die Politik will das R-Wort nicht hören: Rationierung. Ihre Verweigerung wird den Gesundheitspolitikern nichts nutzen. Zu offensichtlich ist, dass angesichts der Überalterung der Gesellschaft das Versprechen, alles für alle zu zahlen, unhaltbar ist. Die Wirtschaftskrise verschärft die Finanzprobleme der GKV zusätzlich, weil die Beitragseinnahmen wegbrechen. Und die Staatsverschuldung macht die Hoffnung zunichte, dass sich die Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds mit immer größeren Steuerzuschüssen korrigieren lässt.

Der Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe hatte im Mai eine „Priorisierung“ gefordert: Die GKVn sollten nur noch Behandlungen erstatten, die dringend, wichtig und kosteneffizient seien. Für alles andere sollte der Patient selbst aufkommen. Ein mit Patientenvertretern, Gesundheitsökonomern, Ärzten, Ethikern und anderen Gruppen besetzter Gesundheitsrat sollte der Politik beratend zur Seite stehen. Während Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Vorstoß als „mensenverachtend“ geißelte, haben die Kassen die Notwendigkeit erkannt, sich dem Problem zu stellen. Rationierung medizinischer Leistungen ist längst Realität. Wenn Kassenpatienten länger auf einen Termin beim niedergelassenen Arzt warten müssen als privat Versicherte, ist das Rationierung. Gleiches gilt für die seit Jahren betriebene Ausdünnung des



Foto: Fotolia

Rettungsdienstes, die zur Folge hat, dass man in dünn besiedelten Gegenden heute im Notfall oft länger auf einen Krankenwagen wartet als vor einem Jahrzehnt. Auch gibt es bei Krankheiten wie Alzheimer neuartige Medikamente, die Mitgliedern von AOK, Barmer und Co. nicht verschrieben

Mittel vorhanden sind, um schwere Krankheiten therapieren zu können, sollten beispielsweise hochwirksame Medikamente zur Behandlung kleiner Wehwechen wie etwa Fußpilz ganz aus dem Leistungskatalog der Kassen gestrichen werden.

Anders als die Ministerin räumen die Kassen ein, dass schon heute „Priorisierung“ stattfindet, schließlich entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss regelmäßig darüber, welche Leistungen zu Lasten der Kassen verordnet werden dürfen und welche als Privatsache gelten. Die Politik hat indes nicht nur mit der stetigen Kostendämpfung die schlechende Rationierung befördert, sondern auch immer wieder selbst ganze Kostenblöcke gestrichen. So wurden etwa rezeptfreie Arzneimittel und Brillen im Zuge früherer Gesundheitsreformen aus dem Leistungskatalog gestrichen.

Die Frage ist also nicht, ob rationiert werden soll, sondern lediglich, wie die Entscheidungen getroffen werden und ob die Versicherten Einfluss auf die Sparmaßnahmen haben. Bislang laufen die Prozesse meist in einer Grauzone ab. Ärzte und andere Leistungserbringer müssen oft vor Ort Entscheidungen treffen, welche Therapien und Medikamente angesichts knapper Pauschalen und Budgets sinnvoll, notwendig und gleichzeitig auch wirtschaftlich vertretbar sind. Transparente Regeln gibt es nicht – weil die Politik es bisher ablehnt, über Rationierung zu sprechen. Doch für die Versicherten wären klare Regeln allemal besser als das jetzt praktizierte Lotteriespiel. ■



Foto: privat

Trotz der Finanzprobleme weigert sich die Politik bislang, über Rationierung zu sprechen. Doch für die Versicherten wären klare Regeln besser als die heutige Praxis.

Dr. Dorothea Siems

Politikkorrespondentin der Welt, Berlin

werden, weil sie zu teuer sind. Und in einer Umfrage unter Intensivstationen sagten zwei Drittel der Befragten aus, dass es bei ihnen schon Rationierungen gebe.

Angesichts dieser schleichenden Verknappung medizinischer Leistungen forderte der GKV-Spitzenverband im Juni eine „krankheitsübergreifende Kosten-Nutzen-Analyse“. Dieser Vorschlag ist im Kern nichts anderes als die von Hoppe ins Spiel gebrachte „Priorisierung“ – nur unter anderem Namen. Um das Kassensystem langfristig finanzierbar zu halten, sollte nach Ansicht des Spitzenverbandes überlegt werden, wie das knappe Geld am Sinnvollsten eingesetzt werden kann. Damit auch in Zukunft genug

Auslandsbehandlung mit Zahnersatz

Kostenplan notwendig

Wer seinen Zahnersatz im Ausland anfertigen lässt, muss zuvor einen Kostenvorschlag bei der Krankenkasse genehmigen lassen. Ansonsten müsse die Kasse nicht zahlen, urteilte das Bundessozialgericht in Kassel.

Damit bleibt eine Frau aus der Nähe von Baden-Baden auf der Rechnung von 1 810 Euro sitzen, die ihr ein tschechischer Zahn-

desvereinigung, Dr. Jürgen Fedderwitz begrüßte das Urteil. „Das Bundessozialgericht hat klargestellt, dass bei Zahnersatzbehandlungen nicht mit zweierlei Maß gemessen werden darf. Es kann nicht angehen, dass ausländische Zahnärzte deutsche Patienten ohne vorherige Zustimmung der Krankenkasse behandeln können, während der



arzt gestellt hatte. Sie hatte erst nach der Behandlung den Kostenvoranschlag zusammen mit der Rechnung eingereicht. Die obersten Sozialrichter Deutschlands bestätigten aber, dass die Behandlung von der Kasse genehmigt werden müsse. Diese Steuerung der Ausgaben sei gerechtfertigt.

Der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bun-

Vertragszahnarzt in Deutschland einen Heil- und Kostenplan einreichen muss“, sagte Fedderwitz. Für den Patienten sei es ohnehin ratsam, vor der Behandlung einen Heil- und Kostenplan zu haben. Nur dann habe er eine gewisse Planungs- und Kostensicherheit. sg/dpa/pm

*Bundessozialgericht
Az.: B 1 KR 19/08 R*

Wirtschaftskrise

Heraeus stellt Implantat ein

Der Hanauer Dentalhersteller Heraeus stellt den Vertrieb seines Implantatsystems IQ:NECT ein. Grund sind nach Angaben der Firma die aktuelle wirtschaftliche Lage und nicht erfüllte Umsatz- und Wachstumsziele.

Die Lieferfähigkeit für alle Zube-

hörteile sei jedoch für die nächsten zehn Jahre gesichert. Heraeus-Kunden können dem Hersteller zufolge unter folgender kostenfreier Service-Hotline auch weiterhin benötigte Prothetik- oder Implantatteile bestellen: 0800/4763288. ck/pm

GKV-Beiträge

Jede zehnte Krankenkasse zahlt zurück

Etwa jede zehnte gesetzliche Krankenkasse will vom 1. Juli an ihren Versicherten einen kleinen Teil der Beiträge zurückerstatten. Rückzahlungen sind im Rahmen des neuen Gesundheitsfonds möglich, wenn Kassen erfolgreich gewirtschaftet oder eine günstige Versichertenstruktur haben. Zusatzbeiträge, die von schlecht aufgestellten Kassen erhoben werden können, seien derzeit nur bei einer Betriebskrankenkasse denkbar, berichtet der „Focus“. Der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken, hatte bereits vor zehn Tagen Entwarnung gegeben. Ende April hatte das Bundesversicherungsamt noch von 16 Kassen mit insgesamt 4,5 Millionen Versicherten gesprochen, die nach damaligem Stand einen Zusatzbeitrag hätten erheben müssen. Finanzschwache Kassen hätten aber seither Fusionsgespräche mit größeren Partnern aufgenommen, hieß es. Der Spitzenverband der

gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) rechnet aber damit, dass 2010 erheblich mehr Kassen von Zusatzbeiträgen Gebrauch machen. Laut „Focus“ gibt es noch 178 gesetzliche Krankenkassen, davon wollen 18 ihren Mitgliedern Beiträge rückerstatten. Drei Versicherer nannten eine konkrete Erstattungssumme von



Fotos: proDente

50 bis 100 Euro pro Jahr, die übrigen verhandelten noch mit ihren Aufsichtsgremien. Unabhängig davon sinkt der Einheitsbeitrag für die gesetzlichen Krankenkassen zum 1. Juli von 15,5 Prozent auf 14,9 Prozent. Diese Maßnahme ist Teil des Konjunkturpakets II der Bundesregierung. ck/dpa

Medizinischer Fakultätentag

Neue Approbationsordnung gefordert

Die aus dem Jahr 1955 stammende zahnärztliche Approbationsordnung muss dringend modernisiert werden. Das fordern der Medizinische Fakultätentag (MFT), die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) und die Bundeszahnärztekammer. Seit Anfang 2006 gebe es den Entwurf einer neuen zahnärztlichen Approbationsordnung. Die Länder müssten aber noch zustimmen. „Die neue Approbationsordnung muss nun

endlich auf den Weg gebracht werden, um klare Verhältnisse für Lehrende und Studierende zu schaffen und die Zahnmedizin in Deutschland insgesamt zukunftsfähig zu machen“, forderte MFT-Präsident Prof. Dieter Bitter-Suermann. Vorteile seien etwa Kleingruppenunterricht und moderne Unterrichtsformen. Die Verbesserung der Lehre könne kostenneutral durch eine leichte Absenkung der Studierendenzahlen ermöglicht werden. sg/pm

Parlamentarischer Nachmittag

Projekt „RKI 2010“

Das Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin hat Parlamentariern des Deutschen Bundestages das Konzept zum Projekt „RKI 2010“ vor-



Foto: Robert Koch-Institut (RKI)

gestellt. Demnach befindet sich das Institut in der Anfangsphase des schrittweisen und nachhaltigen Ausbaus zu einem Institut für die Gesundheit der Bevölkerung (Public Health). Hintergrund sei eine grundlegende Veränderung

der Gesundheitsrisiken in Deutschland. In einer Pressemitteilung heißt es, man müsse sich Gefahren wie etwa der Zunahme von Demenzerkrankungen, Depressionen und Krebs, mehr Antibiotikaresistenzen in Kliniken sowie neuartigen Erregern durch Globalisierung und Klimawandel mit den richtigen Konzepten für Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbekämpfung anpassen. „Mit dem Robert Koch-Institut besitzt Deutschland ein international anerkanntes Institut, das sich den neuen Herausforderungen stellen kann“, betonte Klaus Theo Schröder, Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit bei der Begrüßung der Parlamentarier im historischen Hörsaal des Robert Koch-Instituts. Bis 2011 sollen im RKI noch 53 neue Stellen entstehen. sf/pm

Kommentar

Ein richtiger Schritt

Das Robert Koch-Institut (RKI) zu einem Public-Health-Institut für die Gesundheit der Bevölkerung auszubauen, ist ein guter Ansatz für eine nachhaltige Präventions- und Krankheitsbekämpfungspolitik. Die RKI-Kernaufgaben, nämlich die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere von Infektionskrankheiten, voranzutreiben und wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten, werden damit noch mehr in den Kontext der Versorgungsforschung gestellt. Diese spielt im Gesundheitswesen immer mehr

eine Rolle, national wie international. Vernetzung und interdisziplinäres Vorgehen sind hierbei Schlüsselbegriffe. Diese Erkenntnisse greifen im Übrigen auch immer mehr in der Zahnmedizin. Handlungsbedarf herrscht aber noch beim Transfer von der Wissenschaft in die Praxis. Die Schnittstellenproblematik zwischen akademischen Erkenntnissen und der Umsetzung in den konkreten Versorgungsalltag bleibt deshalb weiterhin der Dauerbrenner auf der Agenda der Gesundheitspolitik.

Gabriele Prchala

Bundessozialgericht**Praxisgebühr rechtens**

Gesetzlich Versicherte müssen nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts auch in Zukunft zehn Euro Praxisgebühr pro Quartal zahlen. Die Gebühr verstößt nicht gegen das Grundgesetz, urteilten die höchsten Sozialrichter Deutschlands in Kassel. Die bei jedem ersten Arztbesuch im Quartal fällige Gebühr



Foto: km

sei mit dem Gleichheitsgrundsatz der Verfassung vereinbar. Geklagt hatte ein 64 Jahre alter Mann aus der Nähe von Erlangen.

Vor dem BSG forderte der Kläger von seiner Krankenkasse die in den ersten drei Quartalen 2005 gezahlten 30 Euro zurück: Die

Praxisgebühr sei gleichheits- und verfassungswidrig. Das BSG teilte diese Auffassung nicht. Schon das Bundesverfassungsgericht habe 2005 eine Beteiligung der Versicherten „zur Entlastung der Krankenkassen und zur Stärkung des Kostenbewusstseins“ gebilligt. Die Belastung mit zehn Euro je Quartal sei auch deswegen zumutbar, weil der Gesetzgeber die Gesamtsumme aller Zuzahlungen, etwa auch für Arzneimittel, auf zwei Prozent des Einkommens (bei chronisch Kranken ein Prozent) begrenzt habe. Allerdings hatte das BSG nicht über den mit der Praxisgebühr verbundenen Verwaltungsaufwand für die Ärzte zu entscheiden. Unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts deutete der Senat aber an, dass die Klage eines Arztes wohl ebenfalls kaum Aussicht auf Erfolg haben werde. sg

Az.: B 3 KR 3/08R

Sachverständigenrat Gesundheitswesen**Gutachten vorgestellt**

Auf das deutsche Gesundheitssystem warten große Herausforderungen. Dies macht das Gutachten deutlich, das der Sachverständigenrat am 31.06.2009 in Berlin an Gesundheitsministerin Ulla Schmidt übergeben hat.

Steigende Lebenserwartung, Multimorbidität, höhere Kosten bei den Kassen und Ärztemangel in bestimmten ländlichen Regionen nannte der Rat als besondere Themenschwerpunkte des Gutachtens. Zusätzlich beschäftigte er sich ausführlich mit den Themen „Gewalt gegen Kinder“ und dem sogenannten „Zappelphlip-

Syndrom“ (ADHS). Beim Thema Zahngesundheit stellten die Experten eine wachsende Vernachlässigung der Mundhygiene bei Senioren und Pflegebedürftigen fest. Hier schlugen sie unter anderem vor, den § 22 SGB V dahingehend zu verändern, dass die Allokation von Mitteln der gesetzlichen Krankenkasse sich an den Prinzipien des Bedarfs der Zielgruppe orientiert. sg

Die zm werden sich in der nächsten Ausgabe ausführlicher mit dem Gutachten beschäftigen.

Das Gutachten im Internet:
<http://www.svr-gesundheit.de>

apoBank-Ergebnis 2008**Zufriedene Bilanz**

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) kann zufrieden sein: Nach Steuern und Risikovorsorge bleibt ein Bilanzgewinn im Krisenjahr 2008 von 60 Millionen Euro. Dies konnte der scheidende apoBank-Vorstandssprecher Günter Preuß auf der Vertreterversammlung des Instituts am 19. Juni 2009 in Neuss berichten. Preuß bezeichnete das Ergebnis, das der konservativen Finanzpolitik der Bank geschuldet sei, in der krisengeschüttelten Bankenbranche als „achtbar“. „Wir haben im Krisenjahr Kurs gehalten. Für unsere Kunden gibt es keine Kreditklemme“, sagte Preuß.

Entsprechend dem Beschluss der Vertreterversammlung wird dieser Betrag dazu verwandt, an die mehr als 100 000 Mitglieder der Bank eine unverändert hohe Dividende von 6 Prozent auszuschütten sowie die offenen Rücklagen zu stärken.

Die Bilanzsumme der apoBank erhöhte sich 2008 um 11,2 Prozent auf 41,2 Milliarden Euro. Damit ist sie nach Eigenangaben die größte genossenschaftliche Primärbank. Und trotz aller Tur-

Aufsichtsrat der apoBank**Dr. Engel gewählt**

Bei den Neuwahlen zum Aufsichtsrat wurden Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, und Apotheker Heinz-Günter Wolf, Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, neu in das Gremium aufgenommen. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler wurde wiedergewählt. Dr. Wilhelm Osing stand für eine Wiederwahl nicht mehr zur Verfügung. Osing

bulenzen erzielte die Bank 2008 das beste operative Ergebnis ihrer 107-jährigen Geschichte: Das Teilbetriebsergebnis vor Risi-



kovorsorge lag mit 316 Millionen Euro noch einmal knapp über dem Rekordniveau des Vorjahres. Ausschlaggebend für den Erfolg war vor allem der deutlich gestiegene Zinsüberschuss. Dazu trug neben den Erträgen aus dem strategischen Zinsrisikomanagement vor allem das traditionell gute Kundengeschäft bei. So stiegen die Neuausleihungen im Darlehensbereich um fast 17 Prozent.

Die anhaltende Kreditnachfrage sei aber auch ein Vertrauensbeweis in ihr berufsspezifisches Finanzierungs-Know-how, so die Bank. Vertrauen zeige sich auch in der Zunahme der Kundeneinlagen einschließlich der verbrieften Verbindlichkeiten um mehr als 1,7 Milliarden Euro. Der Provisionsüberschuss als zweite wichtige Ertragsposition ging angesichts des schwierigen Marktumfelds allerdings zurück. sg

wurde zum Ehrenvorsitzenden des Aufsichtsrats und zum Ehrenmitglied der Bank ernannt. In der konstituierenden Sitzung des Aufsichtsrats wurde Apotheker Hermann Stefan Keller, Ehrenvorsitzender des Deutschen Apothekerverbands, zum neuen Vorsitzenden des Gremiums bestimmt. Weiterhin im Aufsichtsrat ist der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer. sg/pm

Elektronische Gesundheitskarte**Basis-Rollout ohne PKV**

Die flächendeckende Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird ohne Privatversicherte beginnen. Solange keine Investitionssicherheit gegeben sei, werde sich die PKV nicht an den Kosten für den Basis-Rollout beteiligen, stellte der PKV-Verband fest. „Anders als bei gesetzlich Versicherten sind Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Kliniken bislang nicht verpflichtet, die Karte von Privatpatienten anzunehmen und zu verwenden“, sagte PKV-Direktor Volker Leienbach. „Damit hängt der Erfolg der Karte einzig vom guten Willen der Leistungserbringer ab.“ Dieser Zustand sei nicht hinnehmbar. Es müsse auch für Privatversicherte eine verpflichtende Anwendung der Karte durch die Leistungserbringer geben. Sonst könne man die auf die PKV entfallenden Ausgaben für den Aufbau der Infrastruktur nicht verantworten. Die Kosten hierfür lägen nach derzeitigen Schätzungen bei bis zu 360 Mil-

lionen Euro und müssten letztlich aus den Beiträgen der Versicherten aufgebracht werden. Die PKV habe die Bemühungen zur Einführung einer eGK von Anfang an unterstützt. „Solange aber keine Investitionssicherheit gegeben ist, werden wir uns weder an den Kosten zum Aufbau der Infrastruktur für den geplanten Basis-Rollout der Karte beteiligen, noch weitere Gesundheitskarten im Zuge von Testmaßnahmen herausgeben“, erklärte Leienbach in Berlin. sf/pm

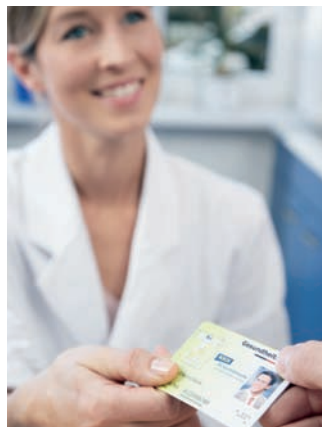


Foto: KKH-allianz

Mehr Patientenaufklärung gefordert**SPD will IGeL eindämmen**

Die SPD will die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) eindämmen und setzt dabei vor allem auf mehr Aufklärung.

„Das Ausmaß, in dem ein Teil der Ärzte ihren Patienten diese individuellen Gesundheitsleistungen aufdrängt, ist unanständig – vor allem bei bestimmten Facharztgruppen“, sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD, Carola Reimann, der „Braunschweiger Zeitung“. Zwar könne man die „individuellen Gesundheitsleistungen“ nicht verbieten, weil dies in die unternehmerische

Freiheit des Arztes eingreifen würde. Die SPD-Fraktion werde aber einen Vorstoß beschließen, der vor allem auf bessere Information setze. So müssten die Krankenkassen ihre Versicherten besser aufklären, worauf sie Anspruch hätten – und was fragwürdige Leistungen seien. Die Kassen müssten zudem das Management von entsprechenden Patientenbeschwerden verbessern. Der Umsatz mit den „IGeL“-Leistungen wird in Deutschland auf eine Milliarde Euro jährlich geschätzt. ck/dpa

Serienreife in Aussicht

Blinde sehen über die Zunge

Blinde können mit der Zunge „sehen“. Dank eines neuen Geräts erkennt der als Teenager erblindete Erik Weihenmayer nun wieder Gegenstände, die verborgen waren. Der „BrainPort“ ist ein Projekt des renommierten amerikanischen National Eye Institutes (NEI) in Bethesda bei Washington. Weihenmayer ist einer von drei US-Bürgern, die das Gerät derzeit testen. „Es ist

ben“, erklärt Programmleiter Michael Oberdorfer vom National Eye Institute. „Die Idee des BrainPorts ist es, defekte Sinne zu ersetzen.“ Bei der Blindenschrift Braille etwa, gelangen Zeichen durch den Zeigefinger ins Hirn. „Das Hirn ist formbar und es lernt, auch über Umwege an Informationen zu kommen. Und ein Organ, das sich wegen seiner extremen Sensitivität dazu eignet, ist die Zunge.“ Wie sich das anfühlt, hat Weihenmayer als allererste Testperson vor fünf Jahren erfahren. „Die Ärzte kullerten mir einen Tennisball zu, da fing auf meiner Zunge ein kleiner Punkt zu prickeln an“, erinnert er sich. „Je näher der Ball kam, desto größer wurde der fühlbare Punkt auf meiner Zunge. Mit einem Mal hatte ich ein Bild von dem kullernden Ball auf dunklem Grund im Kopf und es gelang mir, nach ihm zu greifen.“ Doch das Trainieren mit dem neuen Gerät sei auch ermüdend. Nach rund zwölf Jahren der Entwicklung wartet die Herstellerfirma „Wicab“, die den „BrainPort“ in Zusammenarbeit mit der Universität Madison (Wisconsin) erarbeitet hat, nun auf grünes Licht von den Kontrollbehörden. Der „BrainPort“ koste derzeit noch rund 10000 Dollar (7200 Euro). (Internet: NEI: www.nei.nih.gov) sp/dpa

dein Gehirn, das sieht – nicht die Augen“, erklärt der 40-jährige, der eine Sonnenbrille mit einer winzigen Kamera auf der Nase trägt. „Und wenn die Augen nicht funktionieren, müssen die Bilder einen anderen Zugang zum Hirn finden.“ Etwa über die Zunge, wie es beim „BrainPort“ geschieht. Das Gegenstück zur Kamera ist nämlich ein drei Quadratcentimeter großes Plättchen, das wie ein Lutscher in den Mund geschoben wird. „Die digitalen Kamera-Bilder werden in elektrische Signale umgewandelt und über bis zu 600 Elektroden als Pixel an die Zunge weitergege-

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen
Tel.: 030/280179-52
Fax: 030/280179-42
Postfach 080717, 10007 Berlin
e-mail: zm@zm-online.de

Neue Methode in Freiburg

Urintest zur einfachen Diagnostik

Freiburger Wissenschaftler haben einen Weg gefunden, mit dem in Zukunft koronare Herzerkrankungen wie Herzinfarkt oder plötzlicher Herztod durch einen einfachen Urintest festgestellt werden könnten.

Die koronare Herzerkrankung mit der ihr zugrunde liegenden Arteriosklerose ist die häufigste Todesursache in den Industrieländern. Dies ist zum Teil auf die mangelhafte Möglichkeit der Früherkennung zurückzuführen. Meist werden koronare Herzerkrankungen erst nach dem Auftreten von Symptomen mittels eines Herzkatheters festgestellt.

„Wir haben 17 Proteinfragmente entschlüsselt, die eine Arteriosklerose anzeigen“, erklärt Dr. Constantin von zur Mühlen, Abteilung Kardiologie und Angiologie des Universitätsklinikums Freiburg. Diese Proteinfragmente sind teilweise in Verkalkungen von Gefäßen zu finden, wie sie für die

Arteriosklerose typisch sind, und werden über das Blut und die Nieren in den Urin abgegeben. Um diese Proteinmuster im Urin ermitteln zu können, bedarf es einer Massenspektrometrie und einer Kapillarelektrophorese.

Der Test wurde an einer Gruppe von 67 Personen getestet. Anschließend wurden die Ergebnisse konventionell mittels Herzkatheter überprüft. Dabei ergab sich eine 84 prozentige Übereinstimmung mit den Ergebnissen des Urintests. Die Ergebnisse der Studie wurden bereits im Januar



Foto: medical pictures

dieses Jahres in dem international anerkannten Fachjournal „Journal of Proteome Research“ veröffentlicht. sp/pm

Schweinegrippe

Alter schützt eher vor Infektion

Eine Studie der amerikanischen Seuchenüberwachungsbehörde CDC [Quelle: CDC 22.05.2009] hat konkrete Hinweise darauf ergeben, warum Menschen im Alter zwischen fünf und 25 Jahren für das neue Influenzavirus A (H1N1) empfänglicher sind als 60-Jährige und Ältere. Laut CDC liegt die höhere Resistenz der über 60-jährigen darin, dass Erwachsene in dieser Altersgruppe „entweder durch Infektion oder Impfung einem H1N1-Virus

schon einmal ausgesetzt waren, das genetisch eng mit dem neuen Virus verwandt ist“. Bei Untersuchungen von eingelagerten Serumproben aus früheren Impfstoffstudien stellten die Wissenschaftler fest: 33 Prozent der über 60-jährigen hatten einen kreuzreaktiven Antikörper im Blut, der auch gegen das neue Influenza H1N1-Virus wirksam ist. Bei Kindern fand man keine derartigen Antikörper. thy

Psychische Probleme**Jeder Dritte ist betroffen**

Rund 30 Prozent der Bevölkerung über 45 Jahre leiden unter einer psychischen oder psychosomatischen Grunderkrankung, wie Prof. Peter Jöhren, Bochum, anlässlich der Westerländer Fortbildungswoche konstatierte. Er zog daraus den Schluss, dass gerade der Zahnarzt, der einen allgemeinen Bevölkerungsquerschnitt behandelt, davon ausgehen muss, dass jeder dritte Patient an einer dieser Grunderkrankung leidet. Und das könne sowohl die Compliance als auch den Therapieerfolg erheblich beeinflussen. Um so wichtiger sei, dass Zahnärzte geschult werden, diese Patienten gezielt zu erkennen, und dann zum Beispiel eine größere prothetische Behandlung gar nicht erst beginnen würden, so der Referent. sp

Tipp für vor der Behandlung**Nach beruflichem Stress fragen**

Die Frage zu stellen: „Haben Sie berufliche oder private Gründe, „die Zähne zusammen zu beißen“?“ empfahl Professor Georg Meyer, Greifswald, seinen Zuhörern bei jedem Patienten, der mit chronischen Schmerzen in die Sprechstunde kommt. Es habe sich immer wieder gezeigt, dass gerade Patienten, die unter sogenannten Life events oder psychosozialen Stress litten, versuchten, diese mit ihrem Orofazialen System zu bewältigen. Störungen an Muskulatur, Gelenk und Zahnschmelze seien daher immer die Folge von derartigen Ereignissen. Meyer hat die Erfahrung gemacht, dass die Patienten ger-

ne über ihre Probleme sprechen und sich damit bereits „lockern“. Erst eine bewältigte Stresssituation ermögliche dann eine erfolgreiche Behandlung. sp

Unklarer Gesichtsschmerz**Autounfall kann Ursache sein**

Eine Traumatisierung der bilaminären Zone durch das Aufschlagen des Kopfes auf den Airbag kann häufig die Gründe dafür liefern, dass ein Patient an chronischen Schmerzen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich leidet. Das sagte Prof. Dr. Ulrich Lotzmann in Westerland. Er empfahl daher, die betroffenen Patienten auch nach vorausgegangen Unfällen zu befragen. Denn meist werde nur das übliche Schleuder-



Foto:DEKRA

trauma angegeben. Der Marburger rät dazu, in solchen Fällen eine genaue Traumaanamnese durchzuführen. sp

Einfach, schnell, aufschlussreich**Spateltest und Kopfdrehung**

Dr. Werner Röhrig, Köln, gab den Tipp, Patienten mit unklaren Gesichtsschmerzen im Seitenzahnbereich auf einen Spatel beißen zu lassen und darauf hin den Kopf vorsichtig nach rechts und nach links drehen zu lassen. Schnell zeige sich dabei eine Mobilitätsstörung, die ohne Spatel ein anderes Ergebnis habe. Dieser Test gebe einen schnellen Hinweis auf eine behandlungsbedürftige Okklusionsstörung. sp

KZBV-Vetreterversammlung

Starke Perspektive

Am 24. Juni fand in Köln die 11. Vertreterversammlung der KZBV statt. Mit der „Perspektive Mundgesundheits“ verabschiedeten die Delegierten ein Reformkonzept zur berufspolitischen Positionierung. Kernstück: Die Zahnärzte können und wollen ihren eigenen Weg in der Versorgung gehen.

„Wir müssen aufpassen, dass die zahnmedizinische Versorgung nicht erneut in den gesundheitspolitischen Eintopf gerät“, betonte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz gleich zu Beginn. „Die Priorisierungsdiskussion mag bei den Ärzten nützlich sein – wir brauchen sie nicht. Wir haben eigene Konzepte, wir haben eigene Rezepte, und wir wollen einen eigenen Weg. Was wir nicht wollen ist, dass uns das neue ärztliche Vergütungssystem einfach übergestülpt wird.“ Die ärztlichen Steuerungsinstrumente passten vielleicht in einen Bereich, der fast alle Leistungen im EBM abbildet.

Im Unterschied dazu könnten die Zahnärzte jedoch Versorgungsalternativen benennen und damit ordnungspolitisch saubere Wege gehen. Die KZBV forderte den Gesetzgeber deshalb auf, die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung in eigene Regelungen zu fassen. Oberstes Ziel: die Abschaffung der Budgets.

Schluss mit den Budgets

Fedderwitz: „Wie wollen nicht länger eine Budgetierung, die von der Kollegenschaft alljährlich mit 150 Millionen Euro alimentiert wird!“ Weil die Budgets nur eine Anpassung der Gesamtvergütungen anhand der Mitgliederzahl und der Grundlohnsummenveränderung je Mitglied vorsehen, würden Wanderungsbewegungen der Versicherten bei den Kassen überhaupt nicht berücksichtigt. Ebenso wenig könne man die wandelnde Leistungsanspruchnahme der Versicherten mit den starren Budgets abbilden. Die wachsenden Alternativen in Therapie und Therapieaufwand, die dadurch mögliche Differenzierung in Grund- und Zusatzleistungen, keine angebotsindizierte Nachfrage, die kaum vorhandenen sektorübergreifenden Leistungen, die marginale Be-

deutung von veranlassten Leistungen, wie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, und nicht zuletzt die vorab genehmigungspflichtigen Leistungen bei Prothetik, PAR, KFO und KB – all diese Besonderheiten in der Zahnmedizin sprechen laut Fedderwitz für die zahnärztlichen Konzepte zur Budgetabschaffung und Aufhebung der budgetbedingten Strukturverwerfungen.



Fotos: modusphoto/jardai

Was für die Ärzte gut ist, muss nicht unbedingt gut für die Zahnärzte sein. Die Delegierten votierten deshalb für einen eigenen Weg in der zahnmedizinischen Versorgung.

Sachleistung geknackt

Ziel sei eine transparente, abschließend berechnete und für jedermann nachvollziehbare Regelung. Fedderwitz: „Dazu macht es keinen Sinn, einen Regelklops mit unüberschaubarem Inhalt aufzutischen, sondern die Gänge einzeln mit klaren Inhalten aufzulegen. Mit an vorderster Stelle steht dabei auch der Ost-West-Angleich.“ Die GKV werde auch künftig keine umfassende Vollversorgung leisten können. Festzuschüsse seien deshalb konzeptionell immer dort der richtige Weg, wo man zwischen Grund- und Wahlleistungen differenzieren kann. „Das

Festzuschussmodell beim ZE hat die Sachleistung geknackt“, konkretisierte der KZBV-Chef. Angesichts der Wirtschaftskrise und der damit einhergehenden Arbeitslosigkeit erlebe das Solidarprinzip in der GKV eine erneute Bestätigung. Fedderwitz: „In diesen Zeiten wird jeder Euro mehrmals umgedreht, bevor er für einen Selektivvertrag ausgegeben wird.“ Vieles deute daher darauf hin, dass es eher ein dauerhaftes Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen geben werde. Die Vorstellung, dass das eine System durch das andere ersetzt wird, hält Fedderwitz für unrealistisch. Unter Wettbewerb verstehe die KZBV allerdings weder die unheilvolle Ökonomisierung des Gesundheitswesens noch den ruinösen Preiswettbewerb, der via Preisverfall zur Zerschlagung

jeglicher freiberuflicher Strukturen führe. Fedderwitz: „Wir wollen einen Wettbewerb, der eine Stärkung freiberuflicher Versorgungsstrukturen ohne staatliche Fremdbestimmung und Gängelung ermöglicht.“ So wie die Selbstverwaltung vom Freien Beruf fundamental getragen werde, seien die KVen und KZVen ebenfalls unverzichtbare Organisationselemente. Solange Leistungsbereiche der zahnärztlichen Versorgung noch in der GKV verankert sind, bräuchte man die KZVen im System. Fedderwitz: „Das ist Gestaltungsauftrag und Gestaltungschance zugleich!“ Dass die Zahnmedizin in ihrer Eigenständigkeit bislang nicht ernst genommen werde,



Abstimmung im kleinen Kreis: KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz mit dem Delegierten Dr. Manfred Wolf (li.) und dem stellvertretenden VV-Vorsitzenden Dr. Manfred Grub (re.)

bestätigte auch der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer. „Frei nach dem Motto: Was für die Ärzte gut ist, ist für die Zahnärzte bestimmt schon lange gut!“

Ruf nach Eigenständigkeit

Laut Eßer steht das GKV-System vor einer heterogenen bis paradoxen Entwicklung: Einerseits habe man qua Gesundheitsfonds oder Basistarif zentralistische Elemente eingeführt, andererseits werde der Vertragsbereich mittels Hausarzt- und Selektivverträgen extrem dereguliert. Eßer: „Hier verstetigt sich eine ganz unheilvolle Entwicklung hin zu einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens mit extrem problematischen Wettbewerbstendenzen.“

Thema Wettbewerb: Wie Eßer ausführte, schließen sich die KZVen zusammen, um ansonsten unvermeidliche Nachteile für die Zahnärzte aus kassenartenübergreifenden Fusionen und Budgetaufsplittungen zu verhindern. Es gilt: „Keine neuen Verträge, bevor nicht die Auswirkungen auf die ande-

ren KZV-Bereiche absehbar sind und die Ersatzkassen die für die Planung notwendigen Strukturdaten geliefert haben.“ Fusionen dürften weder zum Nachteil der vertragszahnärztlichen Versorgung noch auf dem Rücken der Leistungserbringer erfolgen. „Wir sind als Zahnärzte nicht dazu da, die Wettbewerbsvorteile der Kassen zu finanzieren“, stellte Eßer klar.

Da sich das BMG nach eigener Aussage mit Problemen bei der zahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger

Menschen bei Heimbesuchen konfrontiert sah, wurde die KZBV gebeten, den Anpassungsbedarf bei den gesetzlichen Regelungen zu analysieren. Eßer zufolge wird die KZBV ein mit BZÄK und DGZMK abgestimmtes wissenschaftliches Konzept erarbeiten. Infolge der ärztlichen Honorarreform war laut Eßer zudem zu befürchten, dass die medizinisch notwendige Behandlung von Kindern und Behinderten aufgrund der geringen Bewertung dieser Leistungen nicht mehr sichergestellt werden konnte. Verschärft worden sei das Problem durch die Einführung der bundesweiten fallabhängigen Regelleistungsvolumina (RLV). „Ein Anästhesist, der im zahnärztlichen Bereich überwiegend Leistungen nach dem EBM erbringt, hatte danach sein persönliches RLV schon nach einem Drittel des bisher üblichen Patientenaufkommens verbraucht und bekam die übrigen Leistungen nur abgestaffelt vergütet“, erklärte Eßer. „Das führte dazu, dass insbesondere Kinderärzte vor dem Problem standen, Anästhesisten zu finden, die für nicht kostendeckende Honorare

Patienten unter Narkose behandelten.“ Eine nicht zuletzt auch ethische Frage. Jetzt erzielte die KZBV zumindest einen Teilerfolg zur erforderlichen Besserstellung der Vergütung der maßgeblichen Positionen im EBM: „Die Gebührenpositionen werden ab dem 1. Juli nicht mehr den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina unterliegen“, betonte Eßer. „Wir werden uns dafür einsetzen, dass die zahnärztliche Versorgung von Kindern und Menschen mit Behinderungen dauerhaft gesichert wird. Da bleiben wir am Ball.“



Der baden-württembergische KZV-Vorstand Christian Finster (v.l.n.r.), BZÄK-Hauptgeschäftsführer Klaus Schlechtweg und BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel diskutieren mit KZBV-Vize Dr. Wolfgang Eßer.

Einer der weiteren Schwerpunkte im vergangenen Halbjahr: die Qualitätssicherung. Der G-BA sollte Parameter entwickeln, mit denen man die Qualität der Behandlung über die Grenzen von Krankenhaus, Arztpraxis und Zahnarztpraxis hinaus messen und gegebenenfalls verbessern kann, erläuterte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Günther E. Buchholz. „Wir haben erreicht, dass die zahnärztliche Versorgung neben dem ambulanten und stationären Bereich im G-BA als eigenständiger Sektor im Sinne des SGB V anerkannt wird.“

In der Telematik macht die elektronische Gesundheitskarte weiter Schlagzeilen. „Die eGK wird in der Öffentlichkeit mehr und mehr wahrgenommen – allerdings nicht so positiv wie uns die Umfragen mancher Krankenkassen glauben machen wollen“, stellte Buchholz klar. „Berichte über Datenmissbrauch und Datenklau führen dazu, dass das Misstrauen bei Zahnärzten wie auch bei Patienten wächst. Die unsachgemäßen Vorgaben des Gesetzgebers und die chaotischen Planungen der gematik, die die Forderungen der Leistungserbringer konsequent ignoriert, tun ihr Übriges, dass die kritische, aber konstruktive Haltung der Ärzte- und Zahnärzteschaft zum offenen Boykott führt.“ Was den Basis-Rollout in Nordrhein betrifft: Seit Oktober habe sich dort weit weniger getan als vom BMG und der gematik immer wieder angekündigt. „Das liegt“, hob Buchholz hervor, „allerdings nicht an den, wie dort gern behauptet, Verzögerungen durch die Selbstverwaltung.“ Die KZBV sei natürlich – ungeachtet der Ablehnung des entsprechenden Beschlusses der Gesellschafterversammlung – ihrer gesetzlichen



Im Zwiegespräch: BZÄK-Vize Dr. Dietmar Oesterreich (li.) und KZBV-Vize Dr. Günther E. Buchholz

Pflicht nachgekommen, den PVS-Herstellern die Möglichkeit zur Umrüstung der Praxis-systeme und zum Erhalt der entsprechenden Eignungsfeststellungen zu geben. Buchholz: „Wir sahen uns auch in der Pflicht, die notwendigen Pauschalen mit dem GKV-Spitzenverband festzulegen, damit zumindest die rechtlichen Voraussetzungen dafür gegeben sind, dass die nordrheinischen Zahnärzte eine Erstattung für die Umrüstung ihrer Praxen erhalten.“ Danach sehen die Verträge vor, dass die dortigen Praxen bis Ende Oktober ausgestattet sein sollen. Ziel sei, zu gegebener Zeit einen Stichtag zu bestimmen, ab dem die eGK in den Praxen als Versicherungsnachweis akzeptiert wird. „Diese Planung wird jedoch vom BMG schon wieder unterlaufen, da man sich überlegt hat, die eGK bereits Anfang Oktober auszugeben, um Fakten zu schaffen“, berichtete Buchholz. Darüber hinaus habe das BMG verfügt, dass in den drei 100 000er-Testregionen Bochum-Essen, Ingolstadt und Heilbronn unverzüglich alle am Test teilnehmenden Versicherten mit der eGK und alle Leistungserbringer mit Lesegeräten ausgestattet werden. „Abgesehen davon, dass hier Roll-

out und Testverfahren nun endgültig durcheinander geraten, erzeugt das Ministerium durch die Kartenausgabe Druck – Praxen ohne Lesegeräte werden massive Probleme erhalten“, kritisierte der KZBV-Vize. Außerdem würden die Verhandlungen zum Rollout stark eingeschränkt, weil das BMG die Verpflichtungen per Rechtsverordnung bereits weitgehend vorgebe. Bekanntermaßen sehe die KZBV die Notwendigkeit der Einführung der eGK im zahnärztlichen Bereich nicht gegeben und fordere aufgrund der unzureichenden Lösungen eine Neukonzeption.

Parallel zu dieser Arbeit habe sie aber die gesetzliche Pflicht zur Umsetzung der Gesellschafterbeschlüsse. „Wir müssen erkennen, dass der Rollout weder durch die Ablehnung der Ärzte in Nordrhein, noch durch die Ablehnung der Zahnärzteschaft zu verhindern ist“, bilanzierte Buchholz. „Deshalb sind wir in der Pflicht, parallel dafür zu sorgen, dass – wenn die argumentative Ebene scheitert – der Rollout für die Praxen nicht im Chaos endet.“ Die wirklich kritische Stufe sei ohnehin der Online-Rollout. Während die Leistungserbringer die Entscheidung der einzelnen

Votum gegen die eGK

Einhellig sprachen sich die Delegierten gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgestellten Form aus. Sie forderten „den Gesetzgeber und die gematik auf, den Basis-Rollout so lange auszusetzen, bis die geplanten Anwendungen im Konsens mit den Beteiligten überarbeitet oder – soweit erforderlich – neu konzipiert wurden.“ Die Beschlüsse zum Basis- und Online-Rollout seien gegen die Stimme der KZBV gefasst worden. Angesichts der katastrophalen Ergebnisse der Feldtests sei es unerlässlich, dass „die Forderungen der Ärzte- und Zahnärzteschaft nach einer Neukonzeption des Projekts unter Einbeziehung der Betroffenen sowie nach fundierten und ergebnisoffenen Tests und einem geordneten Einführungsverfahren“ berücksichtigt werden.

Praxis überlassen wollen, ob sie online geht, verlange der GKV-Spitzenverband die flächendeckende Anbindung aller Arzt- und Zahnarztpraxen und eine automatische Online-Prüfung bei jedem Stecken der Karte. Vorgesehen sei, die schützenswerten Versichertendaten nur noch zugriffsgeschützt zu speichern. Nach Vorstellung der Kostenträger soll die Software zum Einlesen der Daten aber nur bezahlt werden, wenn der Zahnarzt online geht. Das hieße laut Buchholz: Nur Online-Praxen gelangen noch an alle abrechnungsrelevanten Daten.

Online durch die Hintertür

„Auf diese Weise versuchen Kostenträger und gematik, durch die Hintertür des Datenschutzes die Online-Anbindung aller Praxen zu erreichen“, bestätigte Buchholz. Die Delegierten sprachen sich daher erneut gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgestellten Form aus (siehe Kasten). Sie votierten dafür, den Basis-Rollout so lange zu stoppen, bis die geplanten Anwendungen im Konsens mit den Beteiligten überarbeitet oder neu konzipiert werden. Buchholz: „Es muss ein Überdenken des gesamten Konzepts erfolgen, ohne dass die Karte zwingend eingestampft werden muss.“ ck

zm-Info

Perspektive Mundgesundheits

Auf der elften KZBV-Vereinsversammlung in Köln verabschiedeten die Delegierten einstimmig ein Programm zur Zukunft der vertragszahnärztlichen Versorgung. Unter dem Titel „Perspektive Mundgesundheits“ werden die wesentlichen Grundsätze für eine zukunftsweisende Ausgestaltung der zahnmedizinischen Versorgung in der GKV festgelegt:

- Verbesserung der Mundgesundheits und Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Erhalt und Ausbau freiberuflicher Strukturen
- Freie Arztwahl
- Qualitätsförderung, -management, und -sicherung inklusive einer neutralen und fachlich kompetenten Patientenberatung als primäre Aufgabe des Berufsstandes
- Berücksichtigung der zahnmedizinischen Besonderheiten durch eigene gesetzliche Regelungen im SGB V – „Vertragszahnrecht“

- Festzuschussysteme als zukunftsweisender Weg in der zahnmedizinischen Versorgung
- Sofortiger finanzieller Ausgleich der strukturellen Budgetverwerfungen
- Abschaffung der Budgetierung und der strikten Grundlohnsummenanbindung
- Anhebung der Vergütung in den neuen Bundesländern und Berlin auf Westniveau
- Abschaffung des degressiven Punktwertes
- Erleichterung der Kostenerstattung für den Versicherten und Abbau von Bürokratiehürden
- Erhalt kollektiver Vertragsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine zahnmedizinische Grundversorgung
- Erhalt der regionalen Gestaltungs- und Vertragskompetenz bei den KZVen auf Landesebene
- Entwicklung einer praxisorientierten und sicheren Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen

BZÄK-Klausurtagung in Frankfurt/M.

Handeln mit Blick in die Zukunft

Die Zukunft der zahnärztlichen Berufsausübung stand im Mittelpunkt der Beratungen des Vorstands der BZÄK auf seiner Klausurtagung Anfang Juni in Frankfurt/M. Es galt, sich rechtzeitig mit den neuen Herausforderungen für den Berufsstand auseinanderzusetzen Denn: Gesellschaftliche wie gesundheitspolitische Veränderungen erfordern neue Handlungskonzepte und Denkweisen.



BZÄK-Klausurtagung in Frankfurt (v.l.n.r.): Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich, HGF Dipl.-Volksw. Klaus Schlechtweg, Präsident Dr. Peter Engel, Vizepräsident Dr. Michael Frank und die beiden Referenten Michael Steiner und Dr. Jürgen Karsten

„Wir dürfen nicht reagieren, sondern müssen selbst agieren“, forderte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel in seiner einleitenden Analyse der gegenwärtigen Ist-Situation für die Zahnärzteschaft. Es komme für den Berufsstand darauf an, sich den gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Veränderungen zu stellen, aus denen sich ganz konkrete Handlungsanforderungen für die politische Arbeit ergäben. Engel nannte als Beispiele die zunehmende Regeldichte seitens der EU, die Konsequenzen aus dem Bologna-Prozess und die wachsende Verrechtlichung und Vergewerblichung der Profession. Entwicklungen hin zu Dentaldiscountern prägten den Markt, demographische Veränderungen in der Patientenschaft sowie die zunehmende Feminisierung im Berufsstand erforderten neue Denkweisen. Auch angesichts der bevorstehenden Bundestagswahl sei es wichtig, sich als Berufsstand zu positionieren. Der Präsident verwies auf die wichtige Rolle der Freien Berufe

in der Gesellschaft, die zur Stabilität im politischen wie wirtschaftlichen Bereich beitragen. Sein Plädoyer: „Wir Zahnärzte müssen unsere eigenen Gedanken und Vorstellungen entwickeln.“

Trends und Szenarien

Einen Blick in die Zukunft warf Michael Steiner, Geschäftsfeldleiter Gesundheit und Soziales bei der Prognos AG. Er skizzierte Szenarien für das Gesundheitswesen bis zum Jahr 2030, zeigte gesellschaftliche Trends auf und ging auf neu zu erwartende Strukturen und Perspektiven ein. Er wies darauf hin, dass die Geburtenrate sinken und die Lebenserwartung steigen werde. Trotz Zuwanderung werde ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen sein. Der Anteil Älterer werde steigen, vor allem der Osten Deutschlands werde von Abwanderungen betroffen sein. Künftig werde es mehr Single-Haushalte geben, eine Sockel-Arbeitslo-

sigkeit werde bleiben und der Fachkräftemangel werde steigen. Der Dienstleistungssektor – wie etwa im Gesundheitswesen – werde verstärkt eine Rolle spielen.

Für die Zahnmedizin prognostizierte Steiner, dass diese Teil eines Wachstumsmarktes sei. Jedoch müsse man mit mehr Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte rechnen, das Durchschnittsalter der Mitarbeiter steige, Kunden würden älter und stellten veränderte Präferenzen. Es sei zu erwarten, dass sich diese Faktoren auf die Tätigkeit des Zahnarztes auswirken. Hinzu komme die wachsende Feminisierung im Berufsstand, was langfristig zu strukturellen Veränderungen in der Berufsausübung führen könne.

Dr. Jürgen Karsten, Advision Steuerberatungsgesellschaft mbH Berlin, ging auf Veränderungen im Gesundheitswesen unter den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit und Strukturanpassung ein. Der Zahnarzt stehe zunehmend im Wettbewerb. Mögliche Folgen seien verstärkt Wünsche nach Anstellungsverhältnissen. Reaktionen auf die Strukturanpassungen unter Wirtschaftlichkeitsaspekten könnten in der Ausweitung von Ärzte-Netzen und Franchise-Systemen liegen. Auch kooperative Leistungserbringungen, Spezialisierungen oder Standardisierungsprozesse könnten eine größere Rolle spielen.

Die Referate regten eine eingehende Diskussion im Vorstand an, die eine Vielzahl von Themen anstieß und die auch kritisch geführt wurde. Dies betraf umfassende Aspekte der zahnärztlichen Wertvorstellungen, des Versorgungsalltags bis hin zu künftigen Aufgabenstellungen der Kammern.

Neue Strukturen

Auf dem Programm der Klausurtagung stand ein weiterer Themenkomplex, der sich mit neuen Strukturen im Gesundheitswesen auseinandersetzte. Dazu erläuterte Prof. Dr. Johann Eeckhoff, Institut für Wirtschaftspolitik der Universität Köln und Mitglied des Consiliums der BZÄK, sein Modell der Bürgerprivatversicherung, bei dem es um die Übertragbarkeit von Altersrückstellungen im PKV-Bereich und um die Finanzierung der GKV durch Gesundheitspauschal-



MdB Dr. Rolf Koschorrek (2.v.l.) stand dem Bundesvorstand für Fragen zur Verfügung.



Die Referenten Prof. Dr. Johann Eeckhoff und Prof. Dr. Günter Neubauer

len geht. Die zunehmende Steuerfinanzierung im Gesundheitswesen führe zu einer dauerhaften Unterfinanzierung, verbunden

mit einer Abnahme der Innovationsfähigkeit und steigenden Versorgungsengpässen. Die Folge: ein zunehmender politischer Hand-

lungsdruck. Eine mögliche Lösung hierbei könne laut Eeckhoff die Bürgerprivatversicherung sein. Dieses Modell stärke den Kosten- und Qualitätswettbewerb. Umverteilungsmechanismen seien von Versicherungsleistungen zu trennen und die GKV sei in eine PKV umzuwandeln, um demographische Belastungen des Systems aufzufangen.

Prof. Dr. Günter Neubauer, Institut für Gesundheitsökonomik der Universität München, skizzierte Gedanken und Vorschläge zur GOZ-Novellierung. Er gab einen Sachstand über die derzeitige Entwicklung, ging auf die Unterschiede zwischen GKV und PKV ein und erläuterte die Rolle der HOZ. Mit Blick auf die Zukunft prognostizierte er gewaltige Finanzierungsprobleme des Staates und der Sozialversicherung. Etwaigen Wahlgewinnen 2009 folgten unweigerlich „Jahre der Wahrheit“ mit der Einforderung von Zusatzbeiträgen für die Kassen, Steuerzufällen des Staates und Neuverschuldungen. Die Zahnärzteschaft müsse sich mit vielen offenen Fragen auseinandersetzen, so zum Beispiel: Wie entwickelt sich die GKV zur PKV? Bleibt die zahnärztliche Versorgung Teil einer GKV-Basisversorgung? Ist ein Festzuschuss auch für konservierende Leistungen denkbar? Er empfahl ein Grundsatzprogramm der BZÄK für die Weiterentwicklung der privat Zahnärztlichen Versorgung über die GOZ hinaus. pr

zm-Info

Künftige Konzepte

Nach intensiver Beratung und politischer Meinungsbildung leitete der BZÄK-Vorstand folgende Feststellungen und Handlungsfelder ab:

- Das zahnärztliche Handeln findet auf berufsethischen Grundlagen statt, wie sie im „Leitbild der Freien Berufe“, im „Genfer Gelöbnis“ sowie im „Ethical Code“ der FDI fixiert sind. Eine Wertevermittlung der Freiberuflichkeit solle zum einen in den Berufsstand und zum anderen in die breite Öffentlichkeit hinein erfolgen. Die Thesen des vom Bundesverband der Freien Berufe entwickelten „Leitbildes der Freien Berufe“ sollen für die zahnärztliche Profession adaptiert werden.

- Im Spannungsverhältnis zwischen staatlicher Regulierung und Liberalisierung des Gesundheitswesens sollen das Vertrauen zwischen Zahnarzt und Patient, die zahnärztliche Kompetenz und Verantwortung sowie die fachliche Unabhängigkeit öffentlichkeitswirksam vermittelt werden.

- Frühzeitige Lösungsansätze seien angebracht. Soweit die Kostenentwicklung dazu zwingt, das Leistungsspektrum der GKV zu überdenken, sollte der Berufsstand Antworten

auf die Frage geben können, welche Leistungen einer solidarischen Grundversorgung zuzurechnen sind. Für die berufspolitische Positionierung wurde die Definition eines Grund- und Wahlleistungskatalogs mit Festzuschussystematik angeregt. Die BZÄK wird hierfür Konzepte entwickeln und diese der Politik als Handlungsoption an die Hand geben.

- Es wird für eine Ausweitung der Systematik befundorientierter Festzuschüsse und Kostenersatzung auf weitere Bereiche der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde plädiert.

- Es wird angeregt, einen Katalog zu entwickeln, der synoptisch die unterschiedlichen Formen der zahnärztlichen Berufsausübung mit Chancen und Risiken für die Kollegen und die Patienten darstellt.

- Der Referentenentwurf der neuen GOZ wird definitiv nicht mehr vor der Bundestagswahl im Herbst umgesetzt werden. Die BZÄK ist deshalb aufgerufen, Überlegungen zur Neuaufgabe anzustellen. Der Vorstand der BZÄK wird Kernforderungen an die neue GOZ zusammenstellen und zur Arbeit von Bund und Ländern machen.

- Die Durchführung einer gemeinsamen Strategieklausurtagung von BZÄK und KZBV wird empfohlen.

BZÄK

Koordinierungskonferenz Hilfsorganisationen

Mission Nächstenliebe

Die Strahlkraft des humanitären Engagements der Zahnärzteschaft reicht um den Globus und bleibt doch oft unbemerkt. Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Zahnärztekammer Berlin und Mitglied des BZÄK-Vorstands, sprach sich auf der Koordinierungskonferenz der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) dafür aus, das „Networking“ zwischen den verschiedenen Hilfsprojekten zu optimieren und die Arbeit der einzelnen Akteure durch die BZÄK strategisch zu bündeln. „Tue Gutes und sprich darüber“ lautete sein Gebot an alle Beteiligten.

Koordinierung stärken

Schmiedel erläuterte die zukünftig angedachte Rolle der BZÄK im Zusammenspiel der Hilfsorganisationen. Sie solle eine Koordinierungsfunktion übernehmen. Ihre Aufgabe sei es, die Kommunikation zwischen den einzelnen Organisationen zu lenken und als eine Art Supervisor zu begleiten. In seiner Funktion als Vorsitzender des Berliner Hilfswerks Zahnmedizin e. V. beleuchtete



Foto: Fixpunkt

Ehrenamtliche Arbeit im „Zahnmobil“: das Projekt „Fixpunkt“ – Verein für suchtbegleitende Hilfen mit dem Schwerpunkt „Infektionsprophylaxe“



Foto: Healthy Athletes®

Special Smiles®: zahnärztliche Untersuchungen und Anleitung zur Zahnpflege während der Special Olympics für Menschen mit geistiger und Lernbehinderung

Es war die zweite Konferenz am Standort Berlin. Vier Jahre nach der letzten Zusammenkunft war das Interesse für die vom Vorstand der BZÄK anberaumte Veranstaltung groß. Etwa zwei Dutzend Beteiligte von 20 Projekten folgten der Einladung in die Hauptstadt. Dr. Wolfgang Schmiedel, Moderator der Konferenz und Vorstandsreferent der BZÄK für soziale Aufgaben/Hilfsorganisationen, verdeutlichte die doppelte Wirkungskraft, die im sozialen Engagement der Hilfsorganisationen liege. Priorität habe die Hilfe vor Ort. Darüber hinaus zeichneten sich aber durch die Einbeziehung der sozialen Projekte in die berufspolitische Gesprächsführung auf Bundes- und Landesebene ebenfalls Erfolge ab. Das soziale Engagement der Zahnärzteschaft stoße bei den Politikern auf positive Resonanz. Zudem sei es wich-

tig, nicht nur Gutes zu tun, sondern auch darüber zu berichten. Nur wer sein Wirken in Form von medialen Beiträgen der Zahnärzteschaft, aber auch der Öffentlichkeit zur Verfügung stelle, könne Gehör finden und Unterstützung erhalten.



Foto: Jordan

Helfer des GambiaDentCare-Programms

Schmiedel auch dessen Kernbereiche. Die „Obdachlosenpraxis MUT“ sowie das Projekt „Fixpunkt“, das sich für die zahnärztliche Versorgung von Drogenabhängigen einsetzt, seien zwei von vielen guten Beispielen, die das gelebte soziale Engagement des Berufsstands widerspiegeln.

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, würdigte die Arbeit der Hilfswerke und betonte die immense Bedeutung des sozialen Engagements für den Berufsstand. Wie Schmiedel verdeutlichte Oesterreich das nachhaltige Ziel der Konferenz: „Der gemeinsame Fokus der Hilfswerke sollte auf einer Anbindung der einzelnen Akteure an die BZÄK liegen. Eine Bündelung nach Themenbereichen ist hier sicherlich von Vorteil, um ein effizientes Arbeiten zu ermöglichen.“ Wie unterschiedlich die Schwerpunkte der einzelnen Hilfsprojekte sind, zeigte

sich in den Vorträgen. Unterstützt werden etwa notleidende Kinder aus Armutsvierteln in Südamerika, Lepra-Kranke in Nepal, Aids-Waisen aus Afrika oder Drogensüchtige vor der eigenen Haustür.

Dr. Imke Kaschke, Oberärztin der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventivmedizin am Zentrum für Zahnmedizin der Berliner Charité referierte zu „Special Smiles®“. Das Projekt sei Bestandteil des Gesundheitsprogramms „Healthy Athletes“ der Special Olympics – Wettbewerbe für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung – und umfasst kostenlose zahnärztliche Kontrolluntersuchungen und Anleitungen zur Zahn- und Mundhygiene. Sogenannte „Clinical Directors“ untersuchten die Patienten auf ehrenamtlicher Basis. Bestandteil seien die Mundgesundheitsituation, die Überprüfung der Putzfrequenz, die Abschätzung des Behandlungsbedarfs sowie die Bereiche Karies/Trauma, Restaurationen/Gingivitis sowie Extraktionen/Fluorosis.

Dipl.-Päd. Astrid Leicht engagiert sich im Bereich Zahnmedizin und Prophylaxe bei Drogenabhängigen im Rahmen des bereits erwähnten Berliner Projekts Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e. V.. Ziel der Arbeit seien Gesundheitsförderung und Infektionsprophylaxe drogenabhängiger Patienten. Leicht beleuchtete bedrückende alltägliche Probleme, wie etwa die wechselseitig geringe Akzeptanz zwischen Drogenabhängigen und Zahnärzten. Sie übte auch Kritik gegenüber den Kollegen von der Suchthilfe: Ihrer Erfahrung nach blende man die Prophylaxe weitestgehend aus und kümmerne sich erst in Haft oder stationärer Reha um die zahnmedizinische Versorgung. Grundsätzlich lebe das Projekt vom ehrenamtlichen Engagement der Zahnärzteschaft. Welche persönlichen Voraussetzungen muss ein Zahnarzt für die Mitarbeit in dem Projekt mitbringen? Dazu Leicht: „Wichtig ist die Bereitschaft, unter erschwerten Bedingungen handwerklich zu arbeiten.“ Darüber hinaus müsse man soziale Fähigkeiten, vor allem Empathie mitbringen. Und Berührungängste seien fehl am Platz. Dass zahnärztliches soziales Engagement auf dem afrikanischen Kontinent



Fotos: Dohlius

Dr. Klaus Winter von der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte



Typisierung von Hilfsprojekten

a) Hilfsprojekte mit Fokus auf der Unterstützung von Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung
Beispiel: Special Smiles®

b) Hilfsprojekte mit Fokus auf der Unterstützung von Alkohol- und Drogensüchtigen
Beispiel: MUT-Obdachlosenpraxis

c) Hilfsprojekte mit Fokus auf der Unterstützung bedürftiger Menschen in Entwicklungsländern.
Beispiel: Aktion Z, Arzt- und Zahnarzthilfe für Kenia e. V., Vision for Afrika intl., Mindener Hilfe für Burkina Faso e. V.

■ <http://www.bzaek.de/list/soziale/adressliste.pdf>

erfolgreich sein kann, weiß Dr. Rainer A. Jordan. Der Oberarzt der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventive Zahnmedizin im Klinikum der Universität Witten/Herdecke



Dr. Schmiedel (l.) und Dr. Oesterreich

betreut das, im Rahmen universitärer Entwicklungshilfe realisierte, GambiaDentCare-Programm. Seit Mitte der neunziger Jahre errichten Wittener Zahnmediziner ein zahnmedizinisches Versorgungssystem für das westafrikanische Land Gambia. Durch die Hilfe des Programms könnten an zwölf Standorten pro Jahr 15 000 Patienten von 36 ausgebildeten Fachkräften behandelt werden.

Als Repräsentant für ein weltweit agierendes Hilfswerk berichtete Dr. Klaus Winter vom Engagement der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ), das auch von der BZÄK unterstützt wird. Das HDZ engagiere sich seit 22 Jahren weltweit und habe seitdem Krankenhäuser, Sozialstationen, Internate, Kinderheime und Berufsbildungszentren in mehreren Ländern errichtet. Gesundheitsprogramme in Ländern wie der Mongolei, Pakistan und Indien gehörten ebenso zum Ergebnis der Arbeit der Stiftung, wie Zahnprophylaxe in Gambia und Eritrea oder die Errichtung von Kinderheimen in Peru und Argentinien. Für das Jahr 2009 hat das HDZ Hilfsmaßnahmen mit einem Investitionsvolumen von 295 000 Euro veranschlagt.

Synergien nutzen

Wolfgang Schmiedel konstatierte, dass ein kontinuierlicher Austausch zwischen den einzelnen Akteuren forciert werden müsse, um Synergieeffekte aufzufangen und parallel auftretende Probleme besser lösen zu können. Schließlich hätten alle Projekte einen gemeinsamen Beweggrund: nachhaltig gelebte Nächstenliebe.

Allgemeine Zustimmung fand der Vorschlag, die Projekte in Arbeitsgruppen zu unterteilen, die von der BZÄK koordiniert würden. Hilfsprojekten, die eine ähnliche Arbeitsweise aufweisen, könnte so die bilaterale Gesprächsführung erleichtert werden. Durch den unmittelbaren Austausch könnten die Erfahrungswerte anderer Hilfswerke schließlich in eigenen Projekten Beachtung finden. sf

KBV-Versichertenbefragung

Reformen wecken Ängste

Die meisten Versicherten beurteilen die Gesundheitsreform eher skeptisch. Oft stecken diffuse Ängste vor einer Verschlechterung der Versorgung dahinter, wie eine repräsentative Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen für die KBV ergab.

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Selektivverträge, Gesundheitsfonds, Morbi-RSA – vor dem Hintergrund der einschneidenden Umwälzungen im Gesundheitswesen wollte die KBV in ihrer dritten Versichertenbefragung vor allem wissen: Wie bewerten die Versicherten die Veränderungen, wie schätzen sie ihre Versorgung im Krankheitsfall ein und was erwarten sie in Zukunft?

Fazit: Im Falle einer Erkrankung fühlen sich die meisten Menschen in Deutschland gut abgesichert. „Insgesamt 77 Prozent der Bürger sprechen von einer guten oder sehr guten Absicherung im Krankheitsfall. Das spricht eindeutig auch für die hohe Qualität der wohnortnahen ambulanten Versorgung“, hob KBV-Chef Dr. Andreas Köhler bei der Präsentation der Ergebnisse hervor. Unterm Strich wird die persönliche Absicherung allerdings als deutlich besser empfunden als das Gesundheitswesen insgesamt.

Vertrauter Arzt, wohnortnahe Praxis

Neben Fragen zur ärztlichen Versorgung und zu Hausarztverträgen beantworteten die Versicherten auch Fragen zu Präferenzen beim Arztbesuch. Für 87 Prozent ist beim Praxisbesuch die Behandlung durch denselben Arzt sehr wichtig oder doch zumindest wichtig. Dass mehrere Mediziner am selben Ort erreichbar sind, hat für die meisten Befragten hingegen keine hohe Bedeutung. „Das spricht eindeutig dafür, dass die Patienten der Kontinuität der Behandlung durch ihren Arzt des Vertrauens einen sehr hohen Stellenwert einräumen“, betonte Köhler. Das heißt, die Deutschen wollen behalten, was sie haben: ihren Arzt in Wohnortnähe.



Ein Arzt in Wohnortnähe, kürzere Wartezeiten und schnellere Termine – das finden die meisten Versicherten wichtig.

Besonders interessant aus Sicht der KBV: das Verhältnis der gesetzlich Versicherten zur hausarztzentrierten Versorgung. Gut 70 Prozent der Befragten gaben an, bereits einmal von einem Hausarztmodell gehört zu haben. Inzwischen nehmen über 30 Prozent daran teil, im Vorjahr nur knapp 20 Prozent. Dagegen sind die neuen Versorgungsformen, die die Kassen ihren Versicherten anbieten sollen, nur unterdurchschnittlich bekannt: Weniger als die Hälfte weiß davon. Jedoch gaben 69 Prozent (2008 waren es 75 Prozent) davon an, an ihrer medizinischen Versorgung habe sich seither nichts geändert. „Gleichbleibend gering ist mit 13 Prozent die Zahl derer, die eine Verbesserung empfinden“, sagte KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller. Die Zahl der Befragten, die sich seit ihrer Teilnahme an der hausarzt-



Bereits zum dritten Mal wurde die Versichertenbefragung der KBV von der Forschungsgruppe Wahlen durchgeführt. Telefonisch wurden im März 2009 über 2000 Bürger zwischen 18 und 79 Jahren befragt. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland.

zentrierten Versorgung schlechter versorgt fühlen, stieg demnach sogar von neun auf 14 Prozent. „Für Versicherte wird anscheinend gar nicht deutlich, welchen Sinn hausarztzentrierte Versorgungsmodelle haben“, resümierte Müller. Was insgesamt erwartet wird: eine bessere Kooperation der Haus- und Fachärzte untereinander, kürzere Wartezeiten und schnellere Termine.

Halb zufrieden

Wie aber wirken sich die gesundheitspolitischen Veränderungen auf die Absicherung aus? Überwiegend glauben die Deutschen nicht an Verbesserungen ihrer gesundheitlichen Versorgung. Eine knappe Mehrheit geht sogar davon aus, dass sie sich tendenziell eher verschlechtern, viele spüren aller-

dings keine Veränderungen.

Insgesamt ist die Zufriedenheit mit der Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland nach wie vor hoch; jedoch meint immerhin ein Viertel der GKV-Versicherten, sie seien eher schlecht abgesichert. Bei privat Versicherten sind das nur zehn Prozent. Die Zufriedenheit in der PKV ist also spürbar höher. Dennoch gibt es offensichtlich große Befürchtungen, dass gesetzliche Veränderungen das erfolgreiche Modell der privaten Krankenvollversicherung mittel- bis langfristig zerstören könnten, mutmaßte Köhler. Zum Gesundheitsfonds und dem einheitlichen GKV-Beitragssatz: Nur ein Viertel ist der Ansicht, dass der Einheitsbeitrag zur Gleichbehandlung aller Versicherten führen wird. Dass der Einheitsbeitrag sich auf das Leistungsspektrum der Kassen auswirkt, bezweifeln freilich fast 60 Prozent. 16 Prozent erwarten mehr Leistungen als bisher und 17 Prozent weniger. Ähnlich fallen die Antworten beim Thema „Zusatzbeitrag“ aus. Knapp 60 Prozent denken, dass weder Zusatzbeiträge erhoben werden, noch eine Beitragsrückerstattung zu erwarten ist. Fast ein Viertel befürchtet Zusatzprämien und nur elf Prozent rechnen mit einem Bonus.

ck

Gesundheitspolitik im Wahlprogramm der CDU/CSU

Gesundheitsfonds und Einzelverträge bleiben

Schwarz-Gelb statt Schwarz-Rot — so lässt sich die Weichenstellung der CDU/CSU für die Pläne nach der Bundestagswahl auf einen Nenner bringen. Dies geht aus dem Wahlprogramm der Schwesterparteien, das am 29.06.2009 in Berlin präsentiert wurde, klar hervor. In der Gesundheitspolitik setzen die beiden Parteien unter anderem auf die Selbstverwaltung bei gleichzeitigem Ausbau der Einzelvertragsmöglichkeiten sowie auf den Gesundheitsfonds.

Prinzipiell soll die weitere finanzielle Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung „im Hinblick auf mehr Generationengerechtigkeit“ geschehen. Im Wahlprogramm für die Bundestagswahl wird der früher einmal gefasste Beschluss, die Krankenkassenbeiträge unabhängig vom Einkommen einheitlich zu regeln, nicht erwähnt. So scheint die Gesundheitsprämie, die bereits 2003 von der CDU auf ihrem Parteitag in Leipzig beschlossen wurde, — zumindest für dieses Wahlprogramm — obsolet zu sein. Zusätzliche Belastungen für Versicherte sollen in Grenzen gehalten werden. Dabei will man „Entlastungsspielräume“ nutzen und die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen als „ein wichtiges Element“ erhalten. Ob damit gemeint ist, 'Verschiebebahnhöfe', also Leistungen, die die GKV derzeit zwar zu tragen hat, die aber originär aus Steuermitteln zu finanzieren sind, zu schließen, oder weitere Steuermittel ins GKV-System zu geben, wird nicht näher erläutert.

Garant freier Beruf

Der umstrittene Gesundheitsfonds, der seit Anfang des Jahres die Finanzmittel an die Krankenkassen verteilt, bleibt auch nach Unionsvorstellungen weiterhin Bestandteil des Gesundheitssystems. Änderungen an der mit dem aktuellen Koalitionspartner beschlossenen Gesundheitsreform soll es aber hinsichtlich der Frage geben, wie die Finanzen zukünftig an die Kassen verteilt werden. Explizit wird im Programm auf die Freien Berufe eingegangen: „Sie haben entscheidend zum Erfolg des Gesundheitswesens beige-



Wollen die Bundestagswahl 2009 gewinnen: Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) und CSU-Parteivorsitzender Horst Seehofer

tragen und gewährleisten eine patientennahe, humane und auch fachlich hochwertige Versorgung.“ Damit dies so bleibt, sollen bürokratische Verfahren „auf ein Maß, das zur Abrechnung und Qualitätssicherung unabdingbar notwendig ist“, abgebaut werden. Korrekturen soll es mit CDU/CSU auch beim ärztlichen Honorarsystem geben, nähere Erläuterungen hierzu werden allerdings nicht gemacht. Dagegen soll an niedergelassenen freiberuflich tätigen Haus-, Fach- und Zahnärzten sowie Apothekern als „Garanten der qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung“ festgehalten werden.

Kein Zentralismus

Während Staatsmedizin und Zentralismus abgelehnt werden, vertrauen die beiden Parteien auf die Arbeit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Sie soll gestärkt werden — gleichwohl „sollen Kassen und Leistungserbringer mehr Möglichkeiten für einzelvertragliche Lösungen erhalten“. Nur so könnten regionale Versorgungskonzepte entstehen, die auf regionale Versorgungsbedürfnisse abgestimmt sind. Allerdings soll am Kollektivvertrag festgehalten werden,

um die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu gewährleisten. Hierbei soll die ärztliche Vergütung „besonderen regionalen Rahmenbedingungen“ und den Besonderheiten einzelner Arztgruppen Rechnung tragen. Die Ärzte Zeitung schlussfolgert: „Diese regionale Differenzierung der Vergütung käme partiell einer Abkehr von der neu eingeführten Vergütungssystematik mit einem bundeseinheitlichen Punktwert gleich.“ Ausdrücklich möchte man der Selbstverwaltung der Ärzte die Möglichkeit geben, sich wieder als „echte Interessenvertretung ihrer Mitglieder zu etablieren“. Eine Konkretisierung dieser Absichten fehlt jedoch im Wahlprogramm, nur zu gut sind die Schwierigkeiten, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit ihren Mitgliedern bei der Umsetzung ihrer Honorarordnung zu Beginn des Jahres hatte, noch in Erinnerung.

Patientenschutzgesetz

Eindeutig bekennen sich CDU/CSU zu den privaten Krankenversicherern, die zu einem freiheitlichen Gesundheitssystem „als Voll- und Zusatzversicherung“ gehören. Kein Geheimnis ist, dass die CDU eine staatliche Einheitsversicherung genauso ablehnt wie eine Bürgerversicherung. In Abgrenzung zur aktuellen Gesundheitspolitik von Bundesministerin Ulla Schmidt (SPD) sollen medizinische Versorgungszentren auch nur unter „bestimmten Voraussetzungen“ zugelassen werden. Wesentlich sei dabei vor allem, dass diese nur von Ärzten und Krankenhäusern als Träger geführt werden. Des Weiteren sollen Auswüchse im Versandhandel von Arzneimitteln eingedämmt sowie Palliativmedizin und integrierte Versorgung im Krankenhausbereich ausgebaut werden. Beibehalten möchte die Union den Plan der derzeitigen großen Koalition, Patientenrechte in einem eigenen Patientenschutzgesetz weiterzuentwickeln. sg

Thüringer Fortbildung „Häusliche Gewalt in der Familie“

Früh erkennen, richtig handeln

Häusliche Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist ein wichtiges, doch gesellschaftlich nach wie vor prekäres Thema. Thüringens Zahnärzteschaft hat anlässlich des 1. Akademietages der Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“ der Landeszahnärztekammer Thüringen am 6. Juni 2009 im Rahmen einer Fachtagung dieses Thema ausführlich beleuchtet.



Foto: MEV

Häusliche Gewalt in der Familie ist ein sensibles Thema. Auch Zahnärzte werden im Laufe ihrer Tätigkeit gelegentlich damit konfrontiert.

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf eine gesunde geistige, körperliche und psychische Entwicklung. Sie sind körperlicher und seelischer Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch und Gewalt jedoch oftmals wehrlos ausgeliefert. Es gibt kaum einen Bereich des gesellschaftlichen Lebens, der so sensibel ist, wie der Schutz von Kindern vor seelischer und körperlicher Misshandlung durch die eigene Familie. Staat und Gesellschaft sind daher gemeinsam gefordert, alles in ihrer Macht stehende zu tun, um größtmöglichen Kinderschutz zu gewährleisten.

„Gewalt gegen Frauen und Misshandlungen von Kindern sind kriminelles Unrecht, welches täglich in unserer Gesellschaft passiert. Auch wir Zahnmediziner werden im Laufe unserer Tätigkeit mit häuslicher Gewalt an Frauen und Kindern konfrontiert“, eröffnete Kammerpräsident Dr. Andreas Wagner die interdisziplinär besetzte Fachtagung, an der etwa 75 Zahnärzte aus dem gesamten Freistaat teilnahmen. Der Staatssekretär im Thüringer Sozialministerium Dr. Falk Oesterheld – er sprach

für die Schirmherrin des 1. Akademietages, Sozialministerin Christine Lieberknecht, das Grußwort – machte deutlich, dass tägliche Gewalt in der Familie, die sich in erster Linie gegen Frauen und Kinder richtet, ein tiefgreifendes Problem der Gesellschaft ist. Ein Problemfeld, dem sich auch die Landesregierung intensiv widmet: „Der Mensch ist dem Menschen ein Wolf“, das zeigten auch die erschreckenden Statistiken, auf die Oesterheld nicht nur in seinem Grußwort, sondern auch in der regen Diskussion verwies. Dr. Juliane Höfig, Rechtsmedizinerin aus Jena, knüpfte in ihrem Vortrag nahtlos an die nüchternen Zahlen an und untermalte diese mit aufwühlenden Bildern aus der beruflichen Praxis. Dabei verlor sie jedoch zu keiner Zeit das Ziel ihres Vortrags aus den Augen, nämlich das Fachpublikum zu sensibilisieren und über Verletzungsmuster aufzuklären. Die große Bedeutung, die die Landesregierung dem Thema beimisst, wurde auch durch den Vortrag von Justizministerin Marion Walsmann deutlich. Sie verwies auf die große Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit, auf die Schaffung von

Netzwerken wie Anlaufstellen und erläuterte schwierige Fragestellungen im Spannungsfeld zwischen Kinder- und Jugendschutz auf der einen und ärztlicher Schweigepflicht auf der anderen Seite. Sie konnte dabei auch auf ihre umfangreiche Erfahrung aus ihrer Tätigkeit im „Weissen Ring“ zurückgreifen.

Baustein Beratung

Einen weiteren zahnmedizinisch-fachlichen Höhepunkt bildete der Vortrag von Dr. Curt Goho: Das Gesicht ist, so haben Studien gezeigt, bei Kindesmisshandlungen zu 70 Prozent betroffen. Vor allem orale Verletzungen würden dabei jedoch noch häufig übersehen. Um diesem Defizit zu begegnen und über das sichere Erkennen derartiger Verletzungen Kinder und Jugendliche vor weiterer Gewalt zu bewahren, zeigte Goho anhand tatsächlicher Fälle die schwierige Grenze zwischen Unfall- und Gewaltverletzungen auf.

Wichtige Bausteine im Netzwerk zur Verhinderung von Gewalt in der Familie sind die Beratungsstellen. Deren bedeutsame Arbeit schilderten Brigitta Wurschi, Evangelische Stadtmission Erfurt, anhand von Beispielen aus der Beratungsstelle der Caritas in Suhl und Birgit Löwe, Erziehungs- und Familienberaterin, anhand von Berichten aus der Arbeit der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt in Erfurt.

Das ebenfalls sehr komplexe und für juristische Laien häufig wenig nachvollziehbare Strafverfahren gerade auch mit Blick auf die oftmals schwierige Beweislage erläuterte die Erfurter Staatsanwältin Sabine Neumann.

Als Fazit bleibt: Häusliche Gewalt gegen Kinder wird sich nie gänzlich verhindern lassen. Das Schaffen von umfassenden Netzwerken, die Sensibilisierung der Gesellschaft und insbesondere von Personen, die aufgrund ihrer Fachlichkeit zu einem frühen Zeitpunkt Kontakt mit Gewaltopfern erlangen, und die Schulung zur Befähigung der sicheren und zutreffenden Diagnose „Verletzung aufgrund von Gewalteinwirkung“ müssen weiter vorangetrieben werden. Die Zahnärzte in Thüringen sind auf einem guten Weg.

Dr. Gottfried Wolf
Rimbachstr. 17, 98527 Suhl

Der Kampf ums Wort

Susanne Theisen

Die Worte stolpern, stocken, stecken fest. Doch die für Außenstehende hörbaren Stotterblockaden sind nur die Spitze des Eisbergs. Die Sprechstörung hat komplexe psychische Komponenten, die die innere Not der Betroffenen bis ins Unerträgliche steigern können. Denn Stottern bedeutet Kontrollverlust. Obwohl schon vieles bekannt ist, geben die medizinischen Ursachen des Stotterns Wissenschaftlern weiterhin Rätsel auf.

Auf dem Campingplatz brennt ein Lagerfeuer. Die Stimmung ist ausgelassen, reihum werden Witze erzählt. Der Nächste ist dran, legt los – aber stockt, setzt wieder an, bricht schließlich ab. Ein Stotterblock, durchdringend wie der Sprung in einer Schallplatte, verdirbt die Pointe. Situationen wie diese durchziehen den Alltag von Menschen, die als „Stotterer“ benannt werden.

Die Sprechstörung kann die Schulzeit zur Hölle machen und Meetings im Berufsleben zum Spießrutenlauf. Auch in Streitgesprächen – und Liebeserklärungen – kommt sie meist ungelegen.

Stottern tritt in allen Kulturen und Schichten auf. Viele Prominente haben und hatten damit zu kämpfen, unter anderem Marilyn Monroe, Isaac Newton, Winston Churchill und Rowan Atkinson alias Mr. Bean. Nach Angaben der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS) sind in Deutschland fünf Prozent aller Kinder zwischen drei und fünf Jahren betroffen, Jungs doppelt so häufig wie Mädchen. Bundesweit leben 800 000 Menschen mit diesem Problem.

Keine Formschwäche

An schlechten Tagen verhaspelt sich jeder mal beim Sprechen. Vor allem, wenn man müde oder unkonzentriert ist, wollen die Sätze einfach nicht richtig herauskommen. Mit Stottern – in der Fachliteratur auch Ischnophonie, Balbuties, Dysphemie oder Psellismus genannt – sind solche gelegentli-

chen Formschwächen jedoch nicht vergleichbar. Stottern ist eine Störung im Sprechablauf, deren Ursache noch nicht hundertprozentig geklärt ist. Fest steht, dass die Störung nicht, wie viele früher glaubten, psychisch bedingt ist. Als wahrscheinlich gilt eine Fehlfunktion bei der für den Redefluss verantwortlichen Zusammenarbeit der motorischen und sensorischen Sprachregion des Gehirns, des Sprechapparats und der Stimme. Die Betroffenen wissen im Moment des Stotterns genau, was sie sagen wollen, aber es gelingt ihnen nicht, es flüssig auszusprechen. Bei der Hälfte der betroffenen Kinder setzt die Störung vor dem vierten Lebensjahr ein, bei 90 Prozent vor dem sechsten. Bei Jugendlichen, die älter als zwölf sind, tritt sie nur selten erstmalig auf. Circa achtzig Prozent der betroffenen Kinder verlieren das Stottern bis zur Pubertät wieder. Bei Mädchen kommt es häufiger als beim männlichen Geschlecht zu Remissionen, wodurch das Verhältnis männlich:weiblich auf 4:1 anwächst.

Im Erwachsenenalter werden verschiedene Arten der Sprechstörung unterschieden:

- Erworbenes Stottern setzt erst in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter ein, sein Ursprung kann unter anderem drogeninduziert oder psychogener Natur sein.

- Neurogenes oder neurologisches Stottern tritt nach Hirnläsionen, Schädel-Hirn-Traumata oder bei Schädigungen des Zentralen Nervensystems (ZNS) auf.

- Eine weitere Form ist das „Persistent Developmental Stuttering“ (PDS), das in der Kindheit beginnt und nicht – wie im Großteil der Fälle – bis zur Adoleszenz vergeht.

Drei Symptome

Die Sprechstörung äußert sich in drei primären Symptomen:

Erstens: hörbare und stille Blockaden, im Fachjargon **tonisches Stottern** genannt. Dabei wird der Redefluss durch hörbare oder stille Blockaden unterbrochen, das heißt, der Sprechende macht gefüllte oder ungefüllte Pausen vor einem Wort. „Wichtig“ würden Betroffene typischerweise „-----wichtig“ aussprechen.

Klonisches Stottern: Wiederholung von Wortteilen und Silben. Bei dieser Variante, auch klonisches Stottern genannt, wird aus „wichtig“: „w-w-w-wichtig“.

Drittens gibt es **Prolongationen**, womit die übermäßige Dehnung von Lauten und Wortteilen gemeint ist, zum Beispiel „wwwichtig“.

„Zu den primären kommen sekundäre Symptome hinzu“, erklärt Dr. Martin Sommer. Der Neurologe am Klinikum der Georg-August Universität Göttingen ist selbst Betroffener und stellvertretender Vorsitzender der BVSS. Laut dem Experten sind bei Stotternern vor allem zwei Verhaltensweisen anzutreffen: „Manche gehen den für sie schwierigen Wörtern von vornherein aus dem Weg, andere versuchen, die Blocks mit körperlicher Kraftanstrengung zu überwinden.“

Im Gegensatz zum für Laien nur schwer erkennbaren Vermeidungsverhalten ist das so genannte Fluchtverhalten kaum zu übersehen. Es äußert sich in ruckartigen Bewegungen des Oberkörpers, einem Rudern der Arme, Fußstampfen, Augenkneifen oder erhöhter Anspannung der artikulatorischen und laryngealen Muskeln. Manche Betroffene berichten, dass sie während oder nach Phasen starker Blocks oft Schmerzen im Kieferbereich haben – eine Information, der Zahnärzte bei stotternden Patienten nachgehen sollten.

Die Symptomatik des Stotterns kann von Anfang an stark ausgeprägt sein oder sich langsam über einen längeren Zeitraum stei-



Foto: photoplexus

Eine logopädische Behandlung gibt dem Kind Sicherheit. Es wird nicht nur das „Stotter-Problem“ aufs Korn genommen, sondern auch eine physiologisch normale Sprache und Aussprache gefördert. Häufig gleichzeitig lernt das Kind die Mundatmung auf die Nasenatmung umzustellen, was den Kieferorthopäden später freut.

gern. Oft findet der Verlauf schubweise statt, und symptomarme Phasen wechseln sich mit starken Problemen beim Sprechen ab. Grundsätzlich können stotternde Menschen sich nie sicher sein, flüssig zu sprechen. Die Folge sind dann Scham und Angst.

Ständig auf der Hut

„Stottern hat neben der körperlichen auch eine emotionale Komponente“, sagt Stefan Hummes-Fabianek von der BVSS. Der 38-Jährige fing mit vier Jahren an zu stottern. „Angst ist ein starker Faktor. Man fürchtet sich davor zu sprechen, weil man stottern könnte. Diese Angst ist bei mir immer präsent. Vielleicht ist es weniger Angst als das Gefühl, ständig auf der Hut zu sein.“ Im Laufe der Jahre lernte man zwar, mit der Sprechstörung umzugehen, eine frustrierende Erfahrung bleibe es aber immer.



Wann muss Stottern therapiert werden?

Nicht jedes Stottern ist behandlungsbedürftig. Manche Menschen haben nur ein leichtes Stottern, das sie ohne Probleme in ihren Alltag integrieren können. Wenn der Leidensdruck aber zu groß wird und Betroffene sich zurückziehen, wird es Zeit für eine Therapie. Wie erkennt man Stottern? Sprechunflüssigkeiten bei Kindern sind normal. Ein Beispiel: „Ich habe – ich habe Hunger.“ Wenn aber Blockaden auftreten oder Dehnungen und Wiederholungen von Silben hinzukommen, zum Beispiel „Ich ha-ha-ha Hunger.“, und Kinder sich deutlich beim Sprechen anstrengen müssen, sollte man fachlichen Rat hinzuziehen. ■

Die Hemmungen zu sprechen, können so groß werden, dass sie jeden Lebensbereich der Betroffenen bestimmen. Das kann so weit gehen, dass Ausbildung, Beruf, Freunde und Freizeitaktivitäten nicht nach den tatsächlichen Wünschen ausgewählt werden, sondern danach, wie wenig man sprechen muss, heißt es in einer Broschüre der BVSS. Auf lange Sicht bleibt stotternden Menschen – wollen sie nicht ins soziale Abseits geraten – nichts anderes übrig, als sich ihren Ängsten zu stellen. „Spätestens wenn man erwachsen wird, muss man lernen, für sich selbst einzustehen und konfrontativ mit der Behinderung umzugehen“, findet Hummes-Fabianek. Die BVSS hofft, dass die Stotternden dabei irgendwann auf eine größere gesellschaftliche Sensibilität gegenüber ihrer Sprechstörung stoßen. Bis dahin

unterstützt sie Betroffene dabei, trotz ihrer Sprechstörung ein starkes Selbstbewusstsein zu entwickeln.

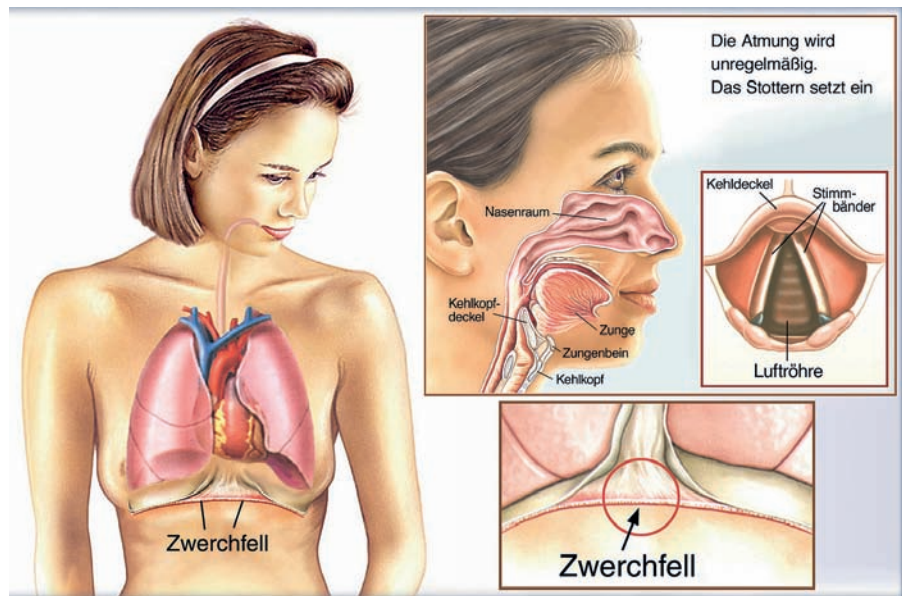
Ausschließlich auf mehr Entgegenkommen von außen zu setzen, empfiehlt Hummes-Fabianek allerdings nicht: „Stottern ist keine sichtbare Behinderung. Betroffene können deshalb nicht erwarten, dass die Welt sich auf sie zu bewegt. Man muss mutig sein und immer zuerst bei sich selbst anfangen.“

Auch für Stotterer, die offen mit ihrer Behinderung umgehen, ist jeder Tag eine Herausforderung, denn Stottern ist in hohem Maße abhängig von Situationen und Tagesform. Wenn das emotionale Gleichgewicht gestört ist – zum Beispiel aufgrund von Stress, Nervosität oder Konflikten im Privatleben – ist die Wahrscheinlichkeit zu stottern höher als an guten Tagen. Stottern kann so auch ein Indikator für die Angst vorm Zahnarztbesuch sein.

Forschung gestern...

Die Ätiologie des Stotterns beschäftigt Wissenschaftler schon seit Jahrtausenden. Im antiken Griechenland glaubten die Gelehrten, der Grund sei eine zu trockene Zunge. Diese Option wurde mittlerweile natürlich widerlegt, auf eine einzige Theorie konnten sich Forscher aber bis heute nicht einigen. „Es gibt hunderte Erklärungen. Jede Zeit hat ihre eigenen Ansätze“, sagt Stotter-Experte Sommer.

Um 1830 standen Ansätze hoch im Kurs, die sich auf den Sprechapparat konzentrierten. Von einer fehlerhaften Stellung der Zähne auf dem Alveolarbogen, Erschlaffung der Zungenbänder oder unnatürlicher Länge des Zungenzäumchens war in wissenschaftlichen Abhandlungen die Rede. Als weitere Möglichkeiten zogen die damaligen Mediziner Löcher im Oberkieferknochen in Betracht, durch die Schleim auf die Zunge fließt, oder eine Schwäche der Kehlkopf und Zunge bewegenden Kräfte. Die vermuteten anatomischen Abnormalitäten behandelte man mit zum Teil sehr abenteuerlichen, apparativen Methoden wie Zungengewichten oder Mundprothesen. Es gab auch chirurgische Eingriffe, die oft zu Verstümmelungen oder noch schlimmeren Behinderungen



Die „Anatomie“ des Stotterns ist hier schematisch dargestellt.

führten. „Den Wissenschaftlern damals war noch nicht klar, dass eine zentrale Störung wie das Stottern mit solch peripheren Mitteln nicht dauerhaft behandelt werden kann“, so der Wissenschaftler. In den 1960er-Jahren waren psychologische Ansätze in der Stotterforschung en vogue.

Neurosen und Eltern-Kind-Konflikte wurden als Ursachen identifiziert und psychotherapeutisch behandelt. Heute hat das Gros der Forscher von der These, Stottern habe eine psychologische Ursache, Abstand genommen.

...und heute

Aufgrund der schnellen Entwicklung bildgebender Verfahren wie der Emissionstomographie (PET) und der Funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) hat seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Neurologie an Bedeutung für die Stotterforschung gewonnen. Martin Sommer und sein Kollege Christian Büchel haben Forschungsstand und neue Theorien in einem Überblicksartikel auf der Wissenschaftsplattform „PLOS Biology“ zusammengefasst. Demnach stimmt die heutige Forschergeneration der Annahme, dass PDS ausschließlich als eine Reaktion auf negative Umwelteinflüsse entsteht, nur noch teilweise zu. Als Erklärung favorisieren sie, dass Abnormalitäten im ZNS die Sprechstörung auslösen und nicht negative Einflüsse aus dem elterlichen und sozialen Umfeld. Aber: Diese Faktoren können dazu beitragen, die Störung zu verstärken und zu ihrer Chronifizierung führen – insbesondere durch Vermeidungsverhalten.

zm-Info

Hilfe vom Zahnarzt

Ob ein Patient stottert, ist nur schwierig gegen dessen Willen zu erkennen. Steht jemand aber offen zu seiner Sprechstörung, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass er zu einer Therapie bereit ist. Hier können Zahnarzt und Praxisteam mit Informationen weiterhelfen. Zum Beispiel, indem sie herausfinden, wo in der Region sich die nächste Selbsthilfegruppe trifft. Infos dazu unter www.stotterer-selbsthilfegruppe.de. Für jede Altersgruppe bietet die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS) Broschüren und Bücher an, die in der Praxis ausgelegt werden können. Ansonsten gilt für den Umgang mit stotternden Patienten: Gelassen zuhören, nicht drängeln, Blickkontakt halten und auf gutes Zureden à la „Holen Sie tief Luft“ verzichten. ■

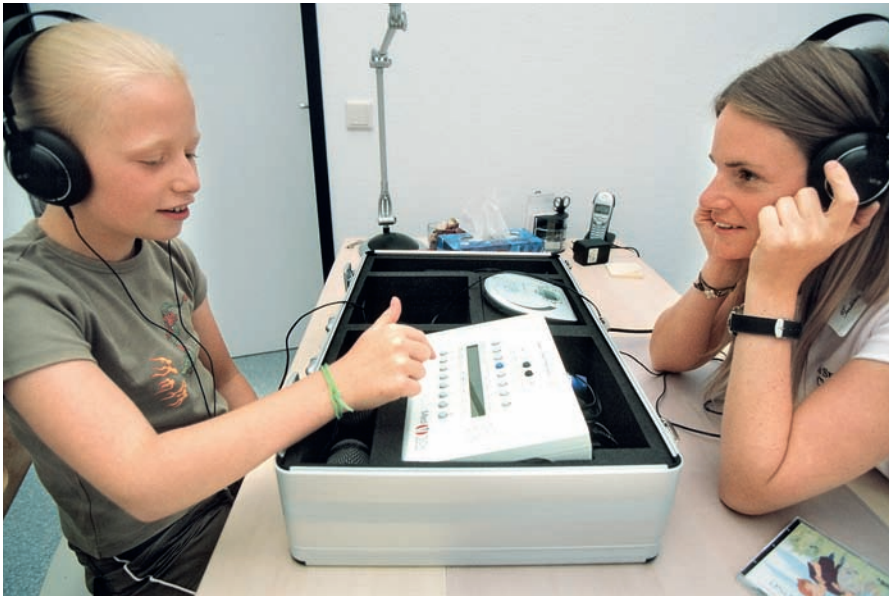


Foto: photoplexus

Therapeutisches Sprachtraining mit Mikrofon und Kopfhörer macht nicht nur Spaß, sondern fördert auch die Sprachsicherheit.

Welcher Art die zugrunde liegende neurologische Störung ist, verursacht nach wie vor viele Diskussionen in Fachkreisen: Manche Forscher haben eine fehlerhafte Verarbeitung akustischer Informationen oder Dystonien im Verdacht. Andere Theorien erforschen die Möglichkeit, dass das Stottern – wie das Tourette-Syndrom – durch eine Überproduktion des Neurotransmitters Dopamin ausgelöst wird. Grund: Eine antidopaminerge Medikation, zum Beispiel Neuroleptika wie Haloperidol, Risperidon und Olanzapin, vermindert die Sprechstörung. Ein weiterer, viel diskutierter Ansatz vergleicht die Gehirnaktivität von fließend sprechenden und stotternden Menschen. Er geht auf Versuche des Stotterforschers Charles van Riper in den 1980er-Jahren zurück. Van Riper stellte fest, dass bei nicht Stotternden die linke Gehirnhälfte für den Sprechablauf dominant ist. Dabei wird zunächst in einem vorderen Areal der linken Gehirnhälfte geplant, was gesagt werden soll, anschließend werden die Inhalte mithilfe eines Areals im Zentrum der linken Hemisphäre ausgeführt. Dieses Muster lag laut van Riper bei Stotternden nicht vor, sondern war dort vielmehr aufgehoben. Das war der erste Hinweis darauf, dass bei Stotternden eine neurologisch bedingte Fehlsteuerung im Timing von Sprache vorliegen könnte.

Sommer und Büchel haben inzwischen herausgefunden, dass bei Stotterern die Nervenbahnen zwischen den verschiedenen Sprecharealen in der linken Hirnrinde unterbrochen sind. Das könnte der Grund dafür sein, dass das Planungszentrum der Sprache, das sogenannte Broca-Areal, und die für die Bewegung der Sprechorgane zuständigen Bereiche im Gehirn nicht ausreichend kommunizieren. Folge: Das Zusammenspiel von Zunge, Rachen und

Kehlkopf beim Sprechen wird zu spät gestartet und Stottern entsteht.

In ihrem Artikel erwähnen Sommer und Büchel Messungen anderer Forscherteams, die bei Stotternden auf eine Störung der Abstimmung zwischen dem vorderen und zentralen Kortex der linken Gehirnhälfte hingewiesen und gleichzeitig eine Hyperaktivität der rechten Hemisphäre ergeben haben. Eine Untersuchung der Hirnaktivität bei Stotterern mit PDS hat dieses Ergebnis spezifiziert. Sie hat ergeben, dass die linke Hirnhälfte im Moment des Stotterns stärker arbeitet und dass die rechte beim flüssigen Sprechen dominiert. Eine Beobachtung, die Fragen offen lässt: Verursacht die linke Seite die übermäßige Aktivität der rechten oder sind die Abstimmungsprobleme linksseitig eine Reaktion auf die Hyperaktivität der benachbarten Hemisphäre? Viele Wissenschaftler favorisieren folgende Hypothese: Die Ursache liegt linkshemisphärisch und die erhöhte Aktivität der rechten Gehirnhälfte ist ein Versuch, das Stottern zu kompensieren. In einem Moment des flüssigen Sprechens tut sich bei stotternden Menschen deshalb rechtshemisphärisch mehr, denn diese Seite übernimmt die Funktionen, die bei nicht Betroffenen links ablaufen. Dass diese Theorie richtig sein könnte, bestärkt noch eine andere Beobachtung. Sommer: „Erfahrungen zeigen, dass Stotterer



Foto: TK

Kinder mit Sprachproblemen sind schnell Außenseiter und werden von ihren Klassenkameraden gemobbt.



Foto: MEV

in diesem Bereich sei aber noch weit von einer Lösung entfernt. Einige Arzneien, die zu einer Entspannung der Muskeln führen, können Stottern zwar vermindern, nach Absetzen kehrt das Problem jedoch unvermindert zurück – und mit ihm der Frust über das Stottern. Der bequeme Weg der Therapie bleibt Betroffenen also zurzeit noch versperrt. Sie müssen andere Wege einschlagen, um die Sprechstörung langfristig in den Griff zu kriegen.

Flüssig werden

In der Stottertherapie haben sich vor allem zwei Methoden etabliert: Stottermodifikation und Fluency Shaping. Die in den USA entwickelte Stottermodifikation ist auch unter den Namen Riper-Methode und Non-Avoidance-Therapie, zu Deutsch: Nichtvermeidungsansatz, bekannt. Der Leitsatz in diesem Sinne: Nicht vermeiden, Stottern zeigen. Oberstes Ziel der Methode ist der Abbau von Ängsten. Außerdem erlernen Stotternde Techniken, mit denen sie Unterbrechungen im Redefluss kontrollieren können, bevor sie eintreten. Der Fokus liegt auf dem Stotterereignis, also vor allem auf den Worten, bei denen man ins Stocken gerät. Die Therapie ist in vier Phasen unterteilt: In der Identifikationsphase analysiert der Betroffene sein Stottern und was er dabei empfindet. In der anschließenden Desensibilisierungsphase arbeitet er gegen negative Gefühle wie Angst, Frust und Wut an. In der Modifikationsphase steht das Verlernen typischer Vermeidungs- und Anstrengungsreaktionen und das Training von Sprech-



Kongress stotternder Menschen

„Mer sin wie mer sin!“ – Mit seinem Motto passt sich der 36. Kongress stotternder Menschen dem Tagungsort an: Köln. Vom 15.-18. Oktober stehen Diskussionen in Arbeitsgruppen sowie Infos über Therapieangebote auf dem Programm. Außerdem feiert die Stotterer-Selbsthilfe e.V. ihren 30. Geburtstag. Infos unter:

■ www.stottern-der-kongress.de

beim Singen keine Blockaden haben und beim Singen arbeitet hauptsächlich die rechte Hirnhälfte.“

Auch das ungleiche Zahlenverhältnis männlicher und weiblicher Betroffener ließe sich laut dem Neurologen eventuell damit erklären: „Frauen und Mädchen können ihre rechte Gehirnhälfte stärker nutzen, also auch das Sprechen mehr auf beide Seiten verteilen. Dadurch haben sie mehr Kompensationsmöglichkeiten. Das ist aber reine Spekulation und bedarf weiterer Forschung.“

Doch die moderne Hirnforschung muss sich mit verschiedenen Vorwürfen auseinandersetzen. So wenden Kritiker ein, dass die meisten Ergebnisse auf Versuchen mit Erwachsenen beruhen. Neurologische Veränderungen bei älteren Stotterern könnten aber auch daher rühren, dass sie Wörter seit mehreren Jahrzehnten anders aussprechen oder vermeiden. Eine enorme geistige Anstrengung, die Spuren im Gehirn hinterlassen haben könnte. Sogenanntes erlerntes Verhalten lassen Neurologen jedoch nicht als Ursache gelten, für sie sind die Abwei-

chungen im Gehirn stotternder Menschen eine klare Folgeerscheinung.

Abschließende Antworten kann wohl nur die Erforschung kindlicher Gehirne bringen. Grund: In diesem Alter entwickelt sich die Sprechstörung und dann ist auch der Zeitpunkt, an dem sich entscheidet, ob das Stottern bleibt oder wieder verschwindet. Studien mit Kindern sind allerdings problematisch, weil man die Probanden dafür narkotisieren muss.

Familienerbstück

Stotternde Menschen haben nach Informationen der BVSS im Vergleich zu nicht Stotternden etwa dreimal häufiger Verwandte, die ebenfalls von der Störung betroffen sind. Zwillingsstudien haben laut dem Verein außerdem ergeben, dass bei eineiigen Zwillingen, die auf identisches Erbgut zugreifen, häufiger beide Geschwister stottern als bei zweieiigen Zwillingen. Wissenschaftler gehen deshalb davon aus, dass 70 bis 80 Prozent der Stotterwahrscheinlichkeit bei Kindern genetisch bedingt sind. „Stottern wird jedoch nicht direkt vererbt, sondern vermutlich als Veranlagung zum Stottern weitergegeben“, heißt es in einer Broschüre der BVSS.

Eine Pille gegen das Stottern – viele Betroffene würden sich darüber freuen. „Ich kann mir vorstellen, dass viele so ein Medikament ohne zu zögern schlucken würden“, meint Sommer. Die pharmakologische Forschung



zm-Surftipp

Erste Anlaufstelle für die Infosuche ist die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS). Der Verband berät in allen Fragen von Therapie bis Selbsthilfegruppe.

■ www.bvss.de

Eine Stotterbiographie

Holger Prüß ist Stottertherapeut an den Rheinischen Kliniken in Bonn. Bei seiner Arbeit helfen ihm die Erfahrungen, die er als Selbstbetroffener gemacht hat. Hier ein Auszug aus seiner „Stotterbiographie“:

„(...) Als Kind bin ich (...) recht offen und unbekümmert mit meinem Stottern umgegangen. Mit zunehmendem Alter begann ich mich jedoch dafür immer mehr zu schämen. So entwickelte ich verstärkt Strategien, es zu verstecken. (...) Aufgrund der vielen Vermeidungstricks wussten viele meiner Freunde und Bekannte gar nichts von dem Ausmaß meiner Stotterproblematik, manche wussten noch nicht einmal, dass ich Stotterer bin. (...)

Der Ermutigung meiner Eltern habe ich es zu verdanken, dass ich mich im Alter von 19 Jahren zu einer mehrmonatigen stationären Therapie entschloss. (...) Und tatsächlich: Die Therapie half mir, ohne großen persönlichen Einsatz sehr flüssig zu werden.

Ich studierte Sprachheilpädagogik mit dem Wunsch, Stottertherapeut zu werden. (...) In allen Bereichen – ob in meinem neuen Freundeskreis, an der Universität oder gegenüber den stotternden Patienten – stellte ich mich als „ehemaliger Stotterer“ vor, als einer, der es „geschafft“ hatte.

Und doch wusste ich, dass es nicht stimmte. Ich spürte das Stottern weiterhin in mir. Aber ich zeigte es niemals nach außen. (...) Die wirkliche Auseinandersetzung stand mir noch bevor. Und so kam es, wie es kommen musste. Zuerst waren es nur vereinzelte Wörter, bei denen ich im Vorfeld spürte, stottern zu müssen. Bald wurden es immer mehr. Ich begann

alle Sätze nach stottergefährdeten Wörtern abzusuchen, um sie dann blitzschnell durch andere Begriffe zu ersetzen. (...) Mich als Stotterer nach außen zu zeigen, war zu diesem Zeitpunkt absolut unvorstellbar. In meiner Welt hatte Stottern keinen Platz. Stottern war für mich Erniedrigung und Niederlage – mit extremen Selbstabwertungen besetzt. (...) Ich vertraute mich meinen Eltern und einzelnen Freunden an – natürlich nicht stotternd. Doch sie verstanden mein Problem nicht. Wie sollten sie auch? Für sie sprach ich stotterfrei. Ich spürte, dass es so nicht weitergehen konnte, wusste aber keinen Ausweg. (...) Irgendwann fühlte ich mich dem beruflichen Druck nicht mehr gewachsen. So beschloss ich, meine Tätigkeit als Stottertherapeut aufzugeben und eine Umschulung im EDV-Bereich anzustreben. Nur nicht mehr sprechen müssen. Aber es kam anders: Die Rheinischen Kliniken Bonn boten mir eine Stelle als Stottertherapeut an. (...) In einer Einzeltherapiestunde mit einer stotternden Klientin war schließlich der Zeitpunkt gekommen, mich meinem Stottern zu stellen. (...) Nach elf Jahren nahezu stotterfreien beziehungsweise stotter-vermeidenden Sprechens stotterte ich wieder. Es war ein langer, schwerer, nicht enden wollender Block – weit stärker, als ich je einen zuvor erlebt hatte. Es war eine sehr schwere Erfahrung. Und doch war da ein Gefühl von Erleichterung, verbunden mit der tiefen Gewissheit, den ersten entscheidenden Schritt endlich vollzogen zu haben.“

Die ganze Biographie auf: www.holger-pruess.de

sondern arbeitet am ganzen Satz. Zu diesem Zweck wird das Sprechen zunächst stark verlangsamt, Vokale werden gedehnt, die Aussprache wird weicher gestaltet. Ein Beispiel: Statt einem harten „p“ spricht der Stotternde ein weiches „b“. Zusätzlich lernt er, Atmung und Sprechbewegungen zu kontrollieren. Wenn er die neuen Techniken intus hat, wird die Sprechgeschwindigkeit nach und nach an das normale Tempo angeglichen. In der Praxis weisen beide Ansätze Schwächen auf, findet Stottertherapeut Holger

Prüß. Beim Vermeidungsansatz gibt es oft Probleme, nachhaltige Desensibilisierungstaktiken zu finden, das Fluency Shaping schreckt viele durch den unnatürlichen Klang der Sprache ab. Prüß hat deshalb aus den beiden Ansätzen ein neues Konzept erarbeitet: die Bonner Stottertherapie für Jugendliche und Erwachsene. Wie er auf die Ängste stotternder Menschen am besten eingeht, weiß der Therapeut, denn er stottert selbst. Zum Angstabbau müssen die Teilnehmer zum Beispiel Passanten ansprechen oder – für Stotterer oft schwierig – Telefonate führen. Gleichzeitig wird am flüssigen Sprechen gearbeitet, indem das Stottern zunächst auf ein lockeres Stottern reduziert und dann durch weichen Stimmeinsatz praktisch unmöglich gemacht wird. Langzeiterfolge bei einer Stottertherapie hängen auf Patientenseite von „vielen Faktoren ab. Dazu gehören Zeit, Motivation und die Unterstützung durch ein starkes soziales Umfeld“, weiß Prüß. Die Therapie ist allerdings nur der Startpunkt. „Generell müssen Betroffene sich auf eine lebenslange Auseinandersetzung mit dem Stottern einstellen. In etwa so, wie Menschen mit Rückenproblemen immer etwas für ihren Rücken tun müssen.“

Die Versorgungslage könnte nach Einschätzung von Holger Prüß besser sein: „Es gibt zwar eine sehr große Zahl an Therapieangeboten, insbesondere im ambulanten Bereich. Aber was fehlt, sind Logopäden, die sich auf die Stotterproblematik spezialisieren. Nur so können sie die nötige Fachkompetenz und Erfahrung für dieses komplexe Krankheitsbild erlangen.“ Wirtschaftlich sei es natürlich nicht tragbar, nur ein Spezialgebiet zu haben. „Aber wenn die Kollegen sich auf zwei oder drei Sprechstörungen konzentrieren, wäre das schon ein Schritt nach vorne“, schließt Prüß.

Ein weiteres Problem: Viele Therapieangebote sind eher dubios und versprechen Stotternden, sie per Massage, Meditation oder Akupunktur von ihrer Sprechstörung zu erlösen. Diese Methoden führen laut BVSS häufig nur kurzfristig zu größerer Flüssigkeit. In den meisten Fällen stellen sich die alten Probleme später aber wieder ein. Die Enttäuschung über den gescheiterten The-

techniken im Mittelpunkt. In der Stabilisierungsphase werden die Ergebnisse schließlich gefestigt.

Ein zweiter erprobter Ansatz ist das Fluency Shaping. In ihrer klassischen Form arbeitet diese Therapie nur am Sprechen, nicht an der Angst davor. Denn, so die Hoffnung: Wenn man den Sprechfluss insgesamt besser kontrollieren kann, legt sich auch die Angst. Beim Fluency Shaping lernen Stotternde eine komplett neue Art zu reden. Die Methode reagiert also nicht – wie der Vermeidungsansatz – auf einzelne Wörter,



Berühmte Persönlichkeiten mit einem „Stotterproblem“. Meist wussten wir es gar nicht: Aristoteles,



Isaac Newton,



Winston Churchill,

rapieversuch lässt den Frust der Betroffenen noch größer werden und nagt nachhaltig an ihrem Selbstbewusstsein. Seriöse Therapie erkennt man daran, dass sie Heilung verspricht, über eine ausreichende Dauer verfügt, Wert auf den Transfer des Erlernen in den Alltag des Patienten legt, über einen längeren Zeitraum Nachsorge anbietet und ein Programm für Rückfälle vorsieht. Gute Angebote werden außerdem von der Krankenkasse unterstützt.

Tun und lassen

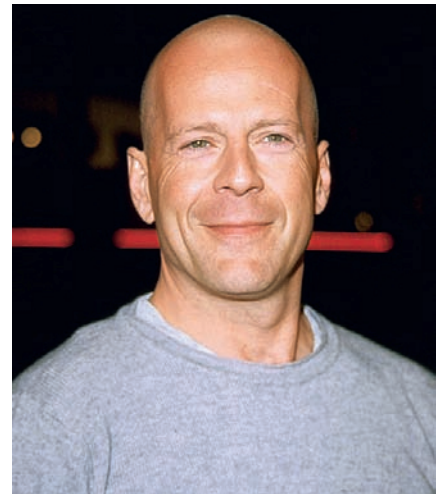
Das soziale Umfeld – vom Arbeitskollegen bis zum Zahnarzt – kann erheblich dazu beitragen, stotternden Menschen den Umgang mit ihrer Sprechstörung zu erleichtern. Ein paar einfache Verhaltensregeln: „Im Gespräch sollte man einem stotternden Menschen genügend Zeit geben. Schlecht ist zum Beispiel, wenn dein Gegenüber den Moment des Stotterns nicht abwarten kann oder, noch schlimmer, deine Sätze ergänzt. Das ist sehr beleidigend“, erklärt Stefan Hummes-Fabianek.

Kindern fällt es besonders schwer, wenn Eltern und Lehrer ungeduldig auf ihre Sprechunflüssigkeiten reagieren oder sie sogar ermahnen, sich mehr anzustrengen. Um das Selbstbewusstsein der Kids nicht zu belasten, empfiehlt die BVSS tröstende Reaktionen wie: „Das war jetzt anstrengend, nicht?“ oder „Da hat dein Mund gerade nicht gemacht, was du wolltest.“ Einen Grund, das Stottern zu tabuisieren, gebe es nicht. Das Thema zu verschweigen, führe nur zu Gefühlen der Scham und Unsicherheit. Lieber sollten Eltern offen mit Kindern über deren Unflüssigkeiten reden.

Ein weiterer Punkt: Gegen Klischees vorgehen – auch im eigenen Kopf. „Aufgrund der Sprachstörung entsteht oft der Eindruck, dass Stotterer weniger intelligent sind. Das trifft natürlich nicht zu. Stotternde Menschen sind genauso intelligent wie andere, aber es ist schwieriger für sie, sich zu beweisen und für ihre Leistung belohnt zu werden“, sagt Hummes-Fabianek. Auch dass die Trottel in Filmen klassischerweise stottern, hat das nachteilige Bild geprägt. Hummes-Fabianek, der für die BVSS Öffent-



Marilyn Monroe,



Bruce Willis.

lichkeitsarbeit an Schulen macht, kann so zum Beispiel folgende Episode erzählen: „Sagte eine Schülerin zu mir: ‘Wie Sie habe ich mir einen Stotterer nicht vorgestellt.’ Kein Wunder, das Klischee eines stotternden Menschen sieht wie folgt aus: Schlechte Klammotten, schreckliche Frisur und überhaupt total unmodern und weltfremd. Mit diesem Stereotyp müssen Stotternde brechen, indem sie aus sich herausgehen und das Bild gerade rücken.“

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

Unklarer Tollwut-Status

Management einer Bissverletzung im Gesicht

Frank Kretschmer, Martin Kunkel

Trotz tierärztlicher Überwachung und umfangreicher Prophylaxe – sowohl von Haus- und Nutztieren als auch der Wildtierbestände – besteht die Gefahr einer Tollwutinfektion letztlich bei jeder Bissverletzung durch ein unbekanntes Tier oder bei unklarem Infektionsstatus. Durch die Seltenheit des Krankheitsbildes hat die überwiegende Mehrzahl der heute im Medizin- und Zahnmedizinbereich beschäftigten Ärztinnen und Ärzte keine persönlichen Erfahrungen mit diesem Krankheitsbild mehr.

Üblicherweise wird die Tollwut heute nicht mehr in die differentialdiagnostischen und therapeutischen Überlegungen einbezogen.

Spektakuläre Ereignisse, wie beispielsweise die mehrfachen Todesfälle der Organempfänger in Folge einer Multiorganentnahme bei einer tollwutinfizierten Patientin im Jahr

2006, zeigen aber, dass eine unerkannte Tollwutinfektion dramatische Folgen haben kann.

Die zeit- und kostenintensive Kommunikation mit verschiedenen Institutionen und Instanzen, bis letztlich eine konkrete Therapieentscheidung für oder gegen eine Impfprophylaxe gestellt werden konnte, hat uns veranlasst, die Abläufe in einer kurzen Kasuistik zusammenzufassen, so dass die notwendigen Informationen und Ansprechpartner auch für den praktisch tätigen Zahnarzt zügig gefunden werden können.

Kasuistik

In unserer Klinik stellte sich ein Patient vor, der angab, von dem Hund einer ihm bekannten Person in das rechte Ohr gebissen worden zu sein. Außerdem habe er mehrere Tritte von dieser Person ins Gesicht bekommen, die aber nicht zu Bewusstlosigkeit, neurologischen Ausfällen oder sonstigen zentralen Verletzungsfolgen geführt hätten. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine Schwellung mit Hämatom des Os nasale. Der übrige Gesichtsschädel war klinisch unauffällig. Zusätzlich bestand eine das kraniale Drittel der Ohrmuschel durchziehende Bissverletzung. Zur Therapie der Verletzungsfolgen erfolgte die Wundversorgung am Ohr und die geschlossene Reposition einer dislozierten Nasenbeinfraktur.

Der Patient konnte lediglich Angaben zum Namen des Hundehalters machen; die genaue Anschrift und Telefonnummer des Hundehalters sowie der Impfstatus des Hundes waren dem Opfer nicht bekannt. Es wurde zunächst von einer sofortigen Impfung des Patienten am Abend der Erstbehandlung abgesehen. Allerdings war damit die Klärung des Impfstatus des Hundes erforderlich.

Es wurde daher zunächst über das städtische Ordnungsamt die Adresse des Hundehalters festgestellt und eine sofortige Überprüfung des Impfstatus des Hundes über den Außendienst des Amtes veranlasst. Der Außendienst nahm daraufhin Kontakt mit dem behandelnden Tierarzt auf und konnte so ermitteln, dass der Hund seit dem Jahr 2000 keinerlei Impfungen mehr erhal-



Foto: CC

Zwar kariesgesund, aber unter Umständen gefährlich ... und möglicherweise tollwutkrank.



Abbildung 1: Umschriebene Defektsituation nach Hundebiss bei einem erwachsenen Patienten. Typisch sind die regelrecht „ausgefranst“ Ränder

ten hatte. Allerdings handelte es sich nicht um ein illegal eingeführtes Tier, sondern um einen in Deutschland geborenen Hund.

Der im nächsten Schritt hinzugezogene Amtsveterinärmediziner konnte dann bestätigen, dass eine postexpositionelle Impfung in der hiesigen Region nur nach Bissen durch Wildtiere beziehungsweise bei sogenannten „schwarz“ eingeführten Hunden (wie aus Tierheimen in Entwicklungsländern) nötig sei. Bei aus Deutschland stammenden Hunden ist diese Prophylaxe generell nur bei klinischer Auffälligkeit des Tieres indiziert. Insofern war die Empfehlung begründet, im vorliegenden Fall nicht zu impfen.

Die klinische Problematik liegt nun darin, dass der Nachweis beziehungsweise Ausschluss einer Tollwutinfektion rund zwei Wochen benötigt. Eine erfolgreiche Impfung muss allerdings beim Menschen innerhalb der ersten 24 bis 48 Stunden erfolgen. Nach eingehender Aufklärung über diese Befund- und Informationslage konnte der Patient der Empfehlung folgen, auf eine Impfung zu verzichten.

Diskussion und Empfehlung für die Praxis

Bissverletzungen betreffen zu einem großen Anteil die Gesichtsregion (Abbildungen 1 und 2), insofern kann auch die zahnärztliche Praxis primär in die Versorgung und Therapieentscheidung eingebunden sein. Die Tollwut (Synonyma Rabies/Lyssa) ist eine virale Infektionskrankheit, die durch Tierbisse von Fleischfressern – wie Hunden oder Füchsen – auf den Menschen übertragen

werden kann. In Deutschland konnte durch systematische Bekämpfungsmaßnahmen (vor allem durch Immunisierung der Füchse als hauptsächliche Virusträger über ausgelegte Köder) die Tollwut bei Wild- und Haustieren nahezu vollständig eliminiert werden. Die Tollwut ist trotzdem leider unlängst wieder in Deutschland aufgetreten, nachdem über Jahre keine Übertragung zum Menschen mehr gemeldet wurde. Die Besonderheit und Tragik der aktuellen Fälle lag darin, dass die Tollwut nicht im Zusammenhang mit dem Biss durch ein infiziertes Tier übertragen wurde, sondern durch die Transplantation von Spenderorganen einer infizierten Patientin. In der Folge verstarben drei der in Deutschland transplantierten Patienten, weitere vier Todesfälle traten bei einer nahezu zeitgleichen Transplantationsübertragung in den USA auf.

Die Rabies-Viren gelangen über die infizierte Wunde in das Zentrale Nervensystem (ZNS), wobei die Krankheit nach klinischer Manifestation fast immer einen letalen Verlauf nimmt. Eine wirksame Prophylaxe ist

zm-Info

Wenn eine Impfung nötig ist, muss diese innerhalb der ersten 48 Stunden nach einer Bissverletzung erfolgen, um einen weitgehend sicheren Impfschutz zu erreichen. ■

Jede Bissverletzung, auch Bagatellverletzungen, sollte daher umgehend einer chirurgischen Unfall-Ambulanz zugeleitet werden. ■



parallele Postexpositionsprophylaxe des Patienten initiiert werden. Auch bei einer verspäteten Diagnosestellung besteht bei einer nahezu sicheren Letalität des manifesten Krankheitsbildes die Indikation zur Postexpositionsprophylaxe, unabhängig von der Zeit, die seit der Verletzung verstrichen ist.

Tipps für die Praxis

Der Tollwut-Impfstatus ist bei jeder Bissverletzung zwingend sofort zu ermitteln. Für die Feststellung des Tollwutimpfstatus eines Hundes ist das Ordnungsamt zuständig. Sollten der Vorfall und die Klärung des Impfstatus außerhalb der Dienstzeiten des Ordnungsamtes erfolgen, ist hierzu die Polizei

auch mittels sofortiger postexpositioneller Impfung möglich.

Die Infektionsrate ist insgesamt recht gering, nur etwa 20 Prozent der Infizierten erkranken. Die Erkrankungshäufigkeit hängt dabei ganz wesentlich von der Lokalisation, der Art und dem Ausmaß der Exposition mit dem Virus ab. So erkranken bei Verletzungen mit mehreren tiefen Bissstellen im Gesicht bis zu 60 Prozent der betroffenen Personen, während bei oberflächlichen Bissverletzungen im Gesicht nur etwa zehn Prozent und bei oberflächlichen Bissverletzungen an der Hand nur um fünf Prozent der Patienten erkranken. Spezifische Prodromi gibt es nicht. Im initialen Stadium der Erkrankung bestehen uncharakteristische Beschwerden, wie Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. Weiterhin kann es lokal zu Brennen, Jucken und vermehrter Schmerzempfindlichkeit im Bereich der Bisswunde oder zu Fieber kommen. Treten die spezifischen Symptome (generalisierte Krämpfe, pharyngeale Muskelspasmen, Hypersalivation) einer Tollwut-erkrankung auf, ist die Krankheit bereits ausgebrochen und der Tod damit praktisch unabwendbar. Unter dem Bild einer schweren Enzephalitis führt die Erkrankung schließlich zum Koma und zum Tod.

Tiere gelten dann als nicht ansteckungsverdächtig, wenn sie sich ausschließlich in einem tollwutfreien Gebiet aufgehalten haben, regelmäßig gegen Tollwut geimpft worden sind oder nach der Untersuchung durch ei-



Abbildungen 2 a+b: Hundebiss bei einem Kleinkind. Die Verletzung erscheint nur oberflächlich (Teilabb. a). Nach dem Anheben der Wundränder (Teilabb. b) zeigt sich die tatsächliche Tiefe der Verletzung durch die Eckzähne des Tieres.

nen Tierarzt kein klinischer Verdacht auf eine Tollwuterkrankung besteht. Welche Gebiete als amtlich frei von Tollwut eingestuft sind, muss jeweils beim zuständigen Veterinäramt in Erfahrung gebracht werden.

Sollte jedoch eine Exposition durch ein klinisch auffälliges oder grundsätzlich ansteckungsverdächtiges Tier erfolgt sein, so sollte dieses Tier für etwa zehn Tage isoliert (gilt nur für Hunde und Katzen; bei anderen Spezies kann der Zeitraum bis zum Ausbruch der ersten Symptome länger sein) und beobachtet werden und die sofortige

zu verständigen, die dann diese Aufgabe übernimmt.

Generell gilt Deutschland hinsichtlich der Haustierhaltung als tollwutfrei. Lediglich bei Bissen durch Wildtiere oder durch Haustiere, die nicht in Deutschland geboren wurden (Straßenhunde aus dem Ausland) ist eine Impfung des Patienten zu erwägen. Nach Auslandsaufhalten sollte gefragt werden. Wenn eine Impfung nötig ist, muss diese innerhalb der ersten 48 Stunden nach einer Bissverletzung erfolgen, um einen weitgehend sicheren Impfschutz zu erreichen.

Die Feststellung des Titers – und damit der Infektiösität – des Tieres dauert etwa zwei Wochen, so dass eine sich eventuell ergebende therapeutische Konsequenz (Postexpositionsprophylaxe) praktisch keinen Erfolg mehr haben kann.

Jede Bissverletzung, auch Bagatellverletzungen, sollte daher umgehend einer chirurgischen Unfall-Ambulanz zugeleitet werden.

*Dr. Frank Kretschmer
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie der Ruhr-Universität Bochum
Knappschafts Krankenhaus Bochum-Langendreer
In der Schornau 23-25, 44892 Bochum
frank.kretschmer@ruhr-uni-bochum.de
martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de*

*Literatur:
Jackson, A.C.: Rabies. New insights into pathogenesis and treatment. Curr Opin Neurol 19: 267-270.*

Beratungsstellen und Spezialdiagnostik:

Konsiliarlaboratorium für Tollwut
Universitätsklinikum Essen Institut für Virologie
Hufeland 55, 45122 Essen
Ansprechpartner: Herr PD Dr. R. S. Roß /
Herr Prof. Dr. M. Roggendorf
Tel.: 0201 / 723 – 3561 / – 3550
Fax: 0201 / 723 – 5929
e-mail: stefan.ross@uni-due.de
e-mail: roggendorf@uni-essen.de
Friedrich-Loeffler-Institut, Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit Institut für Epidemiologie, Nationales und O.I.E. Referenzlabor für Tollwut. WHO Collaborating Centre for Rabies Surveillance and Research
Ansprechpartner: Dr. Thomas Müller
Seestraße 55, 16868 Wusterhausen
Tel.: 033979-80-186
Fax: 033979-80-200
e-mail: thomas.mueller@wus.bfav.de

Nützliche Internetadressen:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en>
<http://www.who-rabies-bulletin.org>
<http://www.rki.de>
<http://www.dtg.org>

Weitere Informationen:

Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V.
Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO)
AWMF Leitlinien
Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie

Der besondere Fall

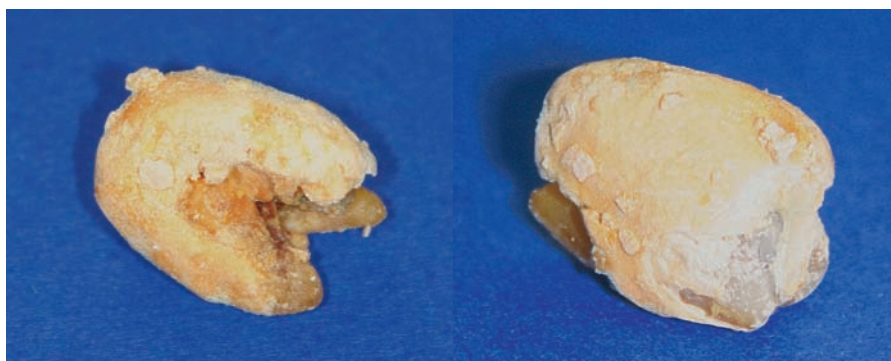
Zahnstein so weit das Auge reicht

Angeregt durch eine Veröffentlichung in zm Nr. 7, 2009, S. 57, in der Dr. Sigl einen Patienten mit ungewöhnlich viel Zahnstein vorstellte, erhält die zm-Redaktion immer wieder Zusendungen zu diesem Thema, die bildlich eindrucksvoll dokumentiert sind. Die Autorin beschreibt hier zwei Fälle.

Als Zahnärztin mit dem Tätigkeits-schwerpunkt AltersZahnMedizin habe ich mehrfach Berührungen mit unglaublich unhygienischen Zuständen gerade bei Pflegebedürftigen.

Patientenfall 1

Da reicht eine Notfallbehandlung im Altenheim: Zahnextraktion 26 – der Zahn ist so mit Zahnstein ummantelt, dass er nicht in die Zange passt. Der Patient ist allerdings total glücklich und stolz, dass er die Mundhygiene mit 89 Jahren noch selber durchführt.



Diese Abbildungen sprechen für sich.

Patientenfall 2

Der letzte Besuch dieses Patienten beim Zahnarzt liegt fast 40 Jahre zurück: Der Patient wurde zum 05.01.1970 zur Bundes-

wehr eingezogen. Da die Zähne im Oberkiefer defekt waren, ließ er sich im Dezember 1969 diesen Zahnersatz anfertigen. Vermutlich ist der Zahnstein ebenso alt.



Diese Zahnstein-Situation hatte rund 40 Jahre lang Zeit zu „wachsen“.

Ziel der Bemühungen unserer Praxis ist es, diese Pflegebedürftigen nach der Hygienisierung der Mundhöhle in ein Prophylaxe-Recall zu führen. Das Pflegepersonal wird regelmäßig zur Mundhygiene geschult und angeleitet.

Dr. Ina J. Meißner
Uffhäuser Straße 2
36251 Bad Hersfeld
praxis@hef-zahn1.de
www.hef-zahn1.de

CAD/CAM in der Praxis

3D-Software ermöglicht Quadranten-Scan

Andreas Bindl, Albert Mehl

Die computergestützte Fertigung von Restaurationen und Rekonstruktionen nimmt einen immer größeren Stellenwert in der Zahnmedizin ein. Hierzu werden inzwischen eine Vielzahl von CAD/CAM-Systemen angeboten, die im Wesentlichen aus den Komponenten 3D-Messsystem, CAD-Design Software und Schleifeinheit bestehen. Bei der 3D-Messtechnik haben sich in den letzten Jahren die optischen Systeme durchgesetzt. Hierbei ist im Vergleich zu mechanischen Tastsystemen neben einer schnelleren Datenerfassung auch die Genauigkeit höher.

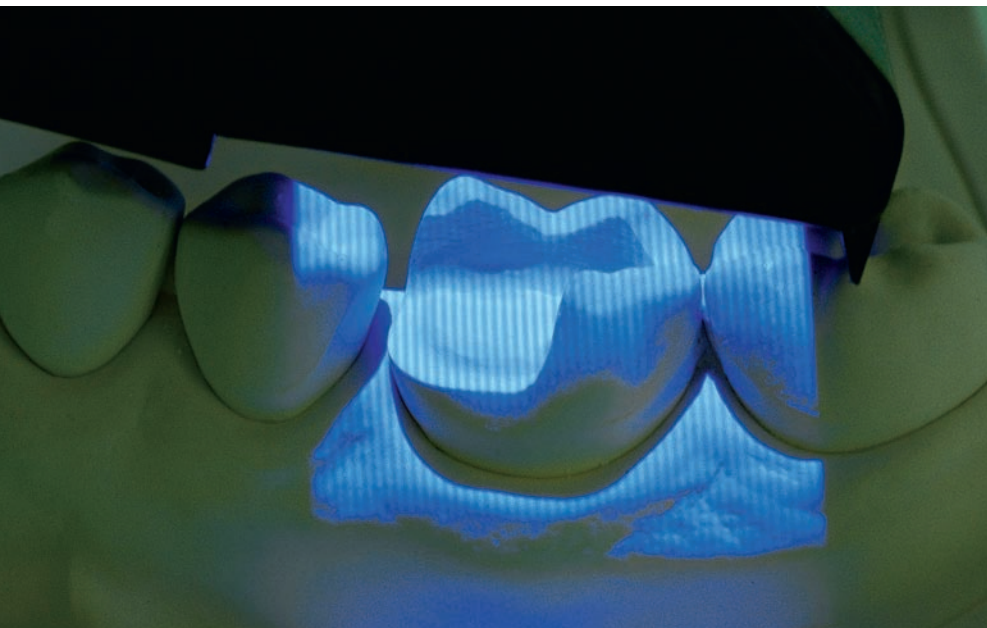


Abbildung 1: Das Aufsetzen der Messkamera und die Verwacklungskontrolle schließen unscharfe Aufnahmen aus. Das kurzwellige Blaulicht erhöht die Messgenauigkeit. Das Messmuster (Streifenmatrix) ist deutlich sichtbar.

Im Laborbereich sind zur Digitalisierung der Modelloberfläche Laserscanner üblich. Für die Chairside-Fertigung von vollkeramischen Restaurationen gibt es bis dato in Europa nur das Cerec 3D-System. Seit Einführung dieses Verfahrens im Jahr 1988 (Cerec 1, Siemens) kommt eine intraorale Messkamera zur Erfassung der Präparation zum Einsatz. Mit dieser Triangulationskamera kann ein optischer Abdruck im Bruchteil einer Sekunde erstellt werden.

Auf Modelloberflächen aus Dentalgips lassen sich optische Messsysteme vorteilhaft einsetzen, da Gips ideale Eigenschaften für die diffuse Lichtstreuung besitzt. Beim direk-

ten, intraoralen Scannen ist die Ausgangssituation für die Vermessung ungünstiger; es müssen geeignete Bedingungen geschaffen werden. Während hierfür die taktile Abtastung ausscheidet, müssen bei optischen Systemen die Messzeiten so kurz gehalten werden, dass Verwacklungen während der Aufnahme bei Handhaltung vermieden werden. Komplexe Konstruktionen und Baugrößen für die Kamera scheiden aus, um das Aufnahmeteil auch im posterioren Seitenzahngebiet, zum Beispiel in regio 7 und 8, zum Einsatz bringen zu können. Hinzu kommt, dass sich Zahnoberflächen aufgrund der mineralischen Struktur und ihrer

Transparenz schlechter für eine optische Messaufnahme eignen als Gipsmodelle. Gelingt es jedoch, diese Herausforderungen zu meistern, dann dominieren die Vorteile im Vergleich zu indirekten Messverfahren. So werden zusätzliche Fehlerquellen bei der Kieferabformung und bei der Modellherstellung vermieden. Die direkte Anfertigung der Restauration chairside in einer Patientensitzung ist möglich und damit zeitsparend. Neuerdings besteht die Möglichkeit, chairside generierte Datensätze mit entsprechender Software per online in das zahn-technische Labor zu senden. Dieser Datensatz wird dort weiter verarbeitet – ebenso stehen die 3D-Daten jederzeit für diagnostische Zwecke zur Verfügung. Neben der klinischen Praktikabilität ist besonders die Genauigkeit des Messsystems von Bedeutung. So ist eine sehr präzise Vermessung erforderlich, um Einzelaufnahmen zu einem Teil- oder Gesamtmodell zusammenfügen zu können. Höhere Genauigkeit ist auch Bedingung für das Anfertigen von Brückenkonstruktionen oder für die Erfassung von Quadranten- oder Ganzkiefermodellen.

Blaulicht steigert Abbildungspräzision

In Zusammenarbeit mit der Universität Zürich wurde für das Cerec AC-System ein verbessertes, lichtoptisches Messverfahren (Cerec Bluecam) für die intraorale Aufnahme entwickelt, das kurzwelliges Blaulicht (470 nm) und ein asphärisches Linsensystem nutzt, das den Lichtstrahl bündelt und parallel auf den Bildsensor (CCD) ausrichtet (Abbildung 1). Die Lichtempfindlichkeit wurde gesteigert, die Aufnahmezeit um 50 Prozent verkürzt und die Bildfolge beschleunigt. Der Tiefenschärfebereich wurde ausgeweitet, dadurch werden Oberflächen im Nah- und Fernbereich exakter abgebildet. Durch eine neue Kalibrierungsmethode werden Verzerrungen an den Bildrändern herausgerechnet, so dass beim Zusammen- setzen der Einzelaufnahmen systematische

Abbildungen: Bindl/Mehl

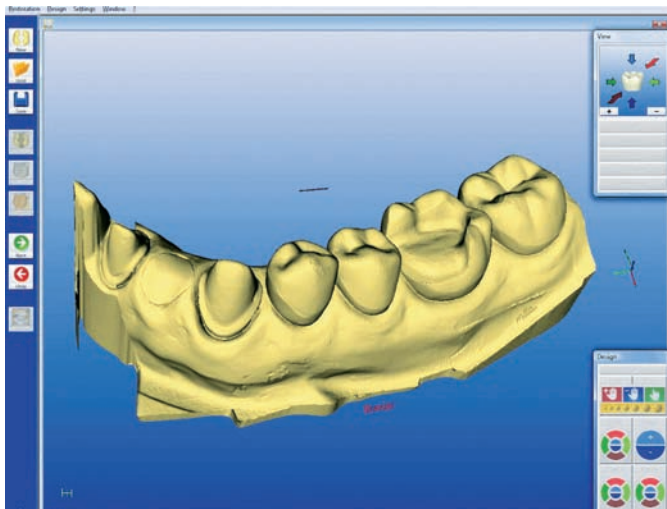


Abbildung 2: Die Einzelaufnahmen der Intraoral-Kamera werden durch die 3D-Software automatisch zu einem Quadranten-Modell zusammengesetzt.

Fehler weitgehend ausgeschlossen werden. Mit einer in-vitro ermittelten Messgenauigkeit von circa 19 µm bei Einzelaufnahmen liegt die Abweichung sehr nahe an den Genauigkeitsgrenzen von hochauflösenden, extra-oralen Referenzscannern. Abweichungen bei Quadrantenaufnahmen liegen im Bereich von durchschnittlich 35 µm [Mehl et al. 2009].

Eine Verwacklungskontrolle (Automatic Capture Mode) prüft kontinuierlich das Bild und löst die Aufnahme automatisch nur dann aus, wenn die Bildschärfe sichergestellt ist. Es können im Quadranten und über den Kieferbogen nahezu beliebig viele Aufnahmen als überlappende Sequenz „geschossen“ werden. Der 3D-Aufnahmekatalog verwaltet die Einzelbilder auf dem Bildschirm. Die Software bewertet ihre Brauchbarkeit, kennzeichnet und verwirft unbrauchbare Messaufnahmen, und verbindet die Abbildungen (Matching

beziehungsweise Registrierung) zu einem virtuellen Modell (Abbildung 2). Während der Aufnahmesequenz geschossene Bilder, die eventuell durch Zunge, Kofferdam oder Watterollen beeinträchtigt sind, werden automatisch ausgewechselt, sobald später ein passendes Bildpaar gefunden wird. So werden insuffiziente Aufnahmen schnell ausgetauscht. Insgesamt zeigten die Erprobungen, dass für Restaurationen mit größerer Spannweite und Kieferabschnittsaufnahmen (Quadrantenaufnahmen) die neue, intraorale 3D-Vermessung praxisreif ist. Die Annahme, dass die Überlagerung von mehreren Einzelaufnahmen zu höheren Ungenauigkeiten im Gesamtmodell führen könnte, konnte in einer Untersuchung [Mehl et al. 2009] nicht belegt werden. Durch zusätzliche Winkelaufnahmen wird die Anzahl der Messpunkte an steilen Flächen deutlich erhöht und auch Bereiche unterhalb des Äquators erfassbar. Vor allem

Abbildung 3:
Ausgangssituation:
Am Zahn 36 wurde
distal und mesial
unterminierend Karies
detektiert, zusätzlich
bestand Aufbiss-
empfindlichkeit. Vor-
her wurde der frakturierte
mesio-linguale Höcker
provisorisch mit Komposit
repariert. Am Zahn 35
wurde distal ebenfalls
Randspaltkaries
diagnostiziert.



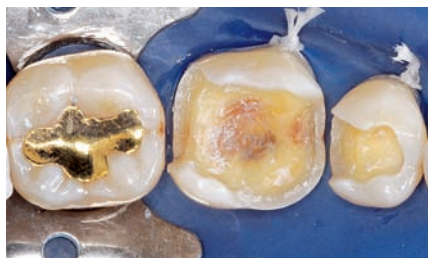


Abbildung 4: Defektorientierte Inlay- (Zahn 35) und Teilkronen-Präparationen (Zahn 36): Im Dentin des Kavitätenbodens von Zahn 36 ist der Riss in mesio-distaler Richtung zu erkennen, der die Aufbissbeschwerden verursachte.

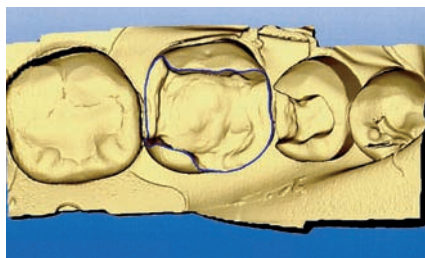


Abbildung 5: Quadranten-Modell der Kavitäten (Zahn 36 und Zahn 35) nach intraoraler 3D-Aufnahme: Am Zahn 36 ist bereits die Präparationsgrenze eingezeichnet.

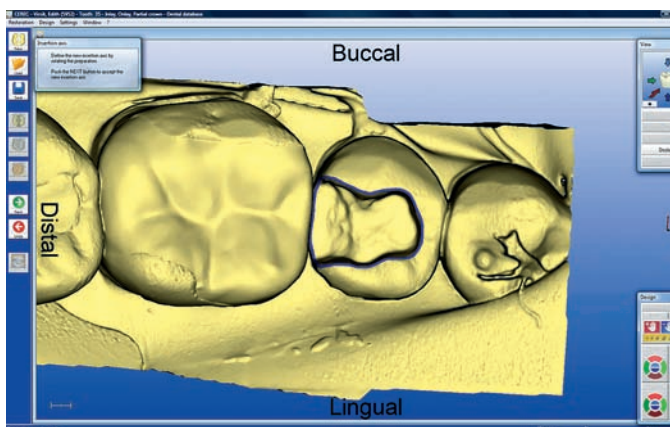


Abbildung 6: Für Zahn 36 schlug das System eine biogenerische Kaufläche vor. Die Teilkrone wird virtuell eingesetzt, um die Konstruktion am zweiten Zahn durchführen zu können. Vor der Berechnung des Inlayvorschlags kann das 3D-Modell noch so rotiert werden, dass die Einschubachse richtig ausgerichtet ist. Liegen Aufnahmen aus unterschiedlichen Richtungen vor, verliert man bei dieser Neuausrichtung keine weiteren Informationen im Bereich der Präparation.

im Approximalraum lassen sich dadurch die Präparationsgrenze genauer darstellen und die Kontaktflächen zu Nachbarzähnen besser gestalten. Ebenso können bei Quadrantenversorgungen unterschiedliche Einschubrichtungen durch Rotation der Aufnahmen ausgeglichen werden, ohne dabei Daten an der Präparationsgrenze oder innerhalb der Präparation zu verlieren. Der vorgestellte Fall zeigt ein Beispiel für die zeitsparende Sanierung von benachbarten Präparationen mit unterschiedlichen Einschubrichtungen in einer Sitzung.

Erste Erfahrungen im klinischen Fall

Der Austausch der Einlagefüllungen an den Zähnen 35 und 36 war aus folgenden Gründen indiziert (Abbildung 3): Am Goldinlay des Zahnes 35 wurde Sekundärkaries an der approximalen Fuge diagnostiziert, ebenso distal und mesial am Zahn 36. Am Zahn 36 wurde bereits vorher im Bereich des mesio-lingualen Höckers eine Reparaturkomposit-

füllung angebracht. An der distalen Schmelzrandleiste von Zahn 36 zeigte sich außerdem eine Frakturlinie und sorgte für eine Aufbiss- und Perkussionsempfindlichkeit (Cracked Tooth Syndrom) (Abbildung 3). Die Präparation erfolgte defektorientiert. Die von der Randleiste ausgehende Frakturlinie ist auch im Dentin des Kavitätenbodens deutlich sichtbar (Abbildung 4). Nach der Präparation wurden die Kavitäten für die optischen Abdrücke durch die Mattierung mit Titandioxid vorbereitet. Dann wurden



Abbildung 7: Adhäsiv eingesetzte und ausgearbeitete Cerec-Restaurationen an den Zähnen 35 und 36: Aufgrund von Randspalten wurde am Zahn 37 ebenfalls die okklusale Restauration ausgewechselt.

die Präparationen, die Nachbarzähne und das umliegende Gewebe mit Cerec Bluecam aufgenommen. Dabei wurden jeweils aus okklusaler, bukkaler und oraler Richtung optische Abdrücke vorgenommen, um möglichst viel Informationen von der Präparationsoberfläche zu erhalten. Durch den automatischen Auslösemodus ist dies ohne großen Zeitaufwand möglich. Gleichzeitig wird durch die Software ausgeschlossen, dass unbrauchbare Bilder das Zusammenlegen zu einem virtuellen Gesamtmodell negativ beeinflussen (Abbildung 5).

Nach der halbautomatischen Eingabe der Präparationsgrenzen erfolgte zuerst die Konstruktion der Teilkrone. Die biogenerische Kauflächengestaltung berechnet hierbei automatisch die Okklusallfläche (Abbildung 6). Im vorliegenden Fall wurden durch Überlagerung mit der Ausgangskaufläche Veränderungen an Randleiste oder Höckerabhängen vorgenommen. Die Möglichkeit, mit der Software Aufnahmen aus unterschiedlichen Richtungen passgenau zusammenzulegen, erlaubt bei abweichenden Einschubrichtungen, zum Beispiel bei gekippten Zähnen, eine Neufixierung der Einschubrichtung ohne Informationsverlust für die zweite Präparation (Zahn 35, Abbildung 6). Die Werkstücke wurden mit der MCXL-Schleifeinheit aus Glaskeramik formgeschliffen. Nach dem Einpassen der Approximalkontakte erfolgte die Vorbereitung für das adhäsive Einsetzen der Werkstücke. Schmelzätzung und Dentinbonding wurden nach den allgemeinen Regeln durchgeführt, ebenso die Konditionierung der Keramikinlays mit Flusssäure und Silanlösung. Zur Befestigung wurde ein



Abbildung 8: Endsituation der in einer Behandlungssitzung durchgeführten Versorgung von 35, 36 und 37 (nach Politur).



Abbildung 9:
Endsituation, von
bukkal gesehen

Feinhybridkomposit verwendet. Nach der Lichtpolymerisation wurden die Kompositüberschüsse im Fugenbereich entfernt, okklusale Frühkontakte eingeschliffen und die Keramikoberfläche mit flexiblen Disks und mit diamantfeinkornhaltiger Polierpaste auf Hochglanz poliert. Aufgrund von Randspalten und einem vorangegangenen Retentionsverlust des Inlays an Zahn 37 wurde dieses gegen ein Cerec-Inlay getauscht (Abbildung 7). Die fertigen Restaurationen (Abbildungen 8, 9) zeigen die ästhetischen und morphologischen Möglichkeiten der Chairside-Versorgung.

In den letzten Jahren sind viele Verbesserungen bei der chairside arbeitenden CAD/CAM-Technik erfolgt, vor allem in der Software (zum Beispiel die biogenerische Kauflächengestaltung für Inlays und Teilkronen). Auch bei der Weiterentwicklung der intraoralen Aufnahmeeinheit spielte neben den Modifikationen der Hardware wiederum die Software eine entscheidende Rolle. So wurde die Bedienung durch Automatisierung einfacher, Verwicklungen und ungenaue Messaufnahmen wurden eliminiert und die Kalibrierung verbessert. Damit können Quadrantensanierungen rationell

ausgeführt und Ganzkieferaufnahmen angefertigt werden. Ferner ist die Chairside-Herstellung von viergliedrigen, vollanatomischen Brücken aus Polymermaterialien als temporäre Versorgung möglich geworden, ideal als Sofortversorgung bei Brückenrekonstruktionen und in der Implantatprothetik.

Prof. Dr. Dr. Albert Mehl
PD Dr. Andreas Bindl
Zentrum für Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde
Universität Zürich
Plattenstrasse 11
CH-8032 Zürich

zm Leser
service

**Die Literaturliste können Sie im Bereich
Download auf www.zm-online.de abrufen
oder in der Redaktion anfordern.**

Differentialdiagnose der derben Kieferauftreibung

Osteosarkom des Unterkiefers

Tobias Ettl, Oliver Driemel, Ulrich Wahlmann, Torsten E. Reichert



Abbildung 1: klinischer Befund präoperativ: kugelige, knochenharte Auftreibung des Unterkiefers mit Elongation des Zahnes 45

Ein 19-jähriger männlicher Patient wurde auf Überweisung eines niedergelassenen MKG-Chirurgen mit einer knochenharten Auftreibung im Bereich des vestibulären Unterkiefers regio 45 vorstellig. Nach eigenen Angaben habe er die schmerzlose Schwellung vor zwei Monaten erstmalig bemerkt, seitdem habe diese kontinuierlich an Größe zugenommen. Zudem sei der Zahn 45 in die Länge „gewachsen“ und zunehmend lockerer geworden.

Bei der klinischen Inspektion der Mundhöhle imponierte vestibulär in regio 44 bis 46 eine etwa 2,5 cm x 2 cm große, palpatorisch knochenharte und schmerzlose, exophytisch wachsende Raumforderung (Abbildung 1). Der Zahn 45 zeigte sich elongiert und wies einen Lockerungsgrad II auf. Die Zähne 44 bis 46 reagierten alle positiv im Kälte-Provokationstest.

Im durchgeführten OPG (Orthopantomogramm) war eine etwa 1,5 cm x 1 cm große, unscharf begrenzte Osteolyse um die Wurzel des Zahnes 45 erkennbar (Abbildung 2).

Es folgte eine Inzisionsbiopsie des Tumors, deren histopathologische Begutachtung zunächst die Diagnose eines odontogenen ameloblastischen Fibroms ergab.

Daraufhin wurden eine Kürettage des Tumors sowie die Entfernung des Zahnes 45 durchgeführt. Die histopathologische Untersuchung des insgesamt 3,5 cm x 2,5 cm x 1,7 cm messenden Tumorpräparats bestätigte die Verdachtsdiagnose eines ameloblastischen Fibroms. Zur Absicherung wurden die Schnittpräparate zur referenz-pathologischen Begutachtung an das Knochentumorregister des DÖSAK



Abbildung 2: OPG präoperativ: periapikale Knochenosteolyse mit mesialer Wurzelanresorption und erweitertem Parodontalspalt; nebenbefundlich Extravasationszyste linke Kieferhöhle

Der aktuelle klinische Fall

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

(Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich, Prof. Dr. Jundt, Basel) versandt. Aus der Synopsis von Histologie, Immunhistochemie und radiologischem Erscheinungsbild diagnostizierte Prof. Jundt ein chondroblastisch differenziertes low-grade-Osteosarkom (Abbildung 3).

Auf der Basis der Diagnose eines malignen Tumors schloss sich nach abgeschlossenem Tumor-Staging (CT Kopf-Hals, PET, Röntgen-Thorax, Sono-Abdomen) die primäre Tumorresektion in Form einer Unterkieferkontinuitätsresektion (Abbildungen 4 und 5) sowie die supraomohyoidale Lymphknotenausräumung rechts an. Der entstandene Unterkieferdefekt wurde mit einer Titan-Rekonstruktionsplatte temporär überbrückt (Abbildung 6). Nach zwischenzeitlicher Nachresektion aufgrund eines tumorpositiven knöchernen Resektatrandes, wurde seitens der Pathologie die Entfernung des Tumors im Gesunden bestätigt und der Patient einer postoperativen Polychemotherapie entsprechend den Leitlinien für Osteosarkome zugeführt [www.awmf-leitlinien.de].

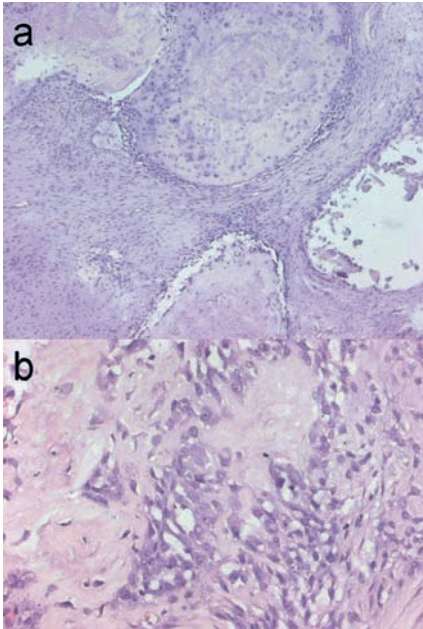


Abbildung 3: histopathologischer Befund: a Übersichtsaufnahme (HE x 2,5), b Detailaufnahme (HE x 20): primäres Osteosarkom des Kiefers, low-grade, überwiegend chondroblastisch differenziert. Teils chondromyxoid, teils chondroosteoid Matrix mit Übergang in atypische Knochenbildung. Die histologischen Abbildungen wurden freundlicherweise von Dr. Corinna Vogel, Institut für Pathologie der Universität Regensburg, zur Verfügung gestellt.

Diskussion

Das Osteosarkom (Synonym: Osteogenes Sarkom; ICD-O 9180/3) beschreibt einen seltenen malignen Knochentumor, dessen mesenchymale Zellen Osteoid oder immatures Knochen produzieren [Saito and Unni 2005].

Die Mehrzahl dieser Tumoren findet sich in den Metaphysen der langen Röhrenknochen, häufig im Kniebereich. Das Erkrankungsalter der Patienten liegt zumeist zwischen zehn und 20 Jahren. Osteosarkome im Kieferbereich besitzen einen Anteil von etwa sechs bis acht Prozent, wobei hier das durchschnittliche Erkrankungsalter in der dritten und vierten Lebensdekade liegt. Ober- und Unterkiefer sind zu etwa gleichen Anteilen betroffen. Als Prädilektionsstellen der Unterkiefertumoren gelten entsprechend dem präsentierten Fall der Korpus- und der Kieferwinkelbereich [Neville et al. 2009].

Klinisch klagten die betroffenen Patienten über lokale knochenharte Schwellungen sowie gelegentli-

chen Schmerzen oder Parästhesien im Bereich der Unterlippe, wenn der N. alveolaris inferior infiltriert ist. Häufig werden, wie auch im eigenen Fall, eine veränderte Zahnposition und eine zunehmende Zahnlockerung beschrieben. Prothesenträger berichten über Druckstellen und Passungenauigkeiten. In vielen Fällen sind die Symptome jedoch unspezifisch, weshalb die korrekte Diagnose häufig verzögert wird [Jasnau et al. 2008].

Das radiologische Bild ist sehr variabel und reicht von dichten Sklerosierungen bis hin zu transluzenten Befunden mit scharfer oder unscharfer Begrenzung. Wie beim eigenen Patienten werden gelegentlich Zahnresorptionen oder Erweiterungen des Parodontalspalts auffällig [Nakayama et al., 2005]. Als weitergehende Bildgebung zur Bestimmung der Tumorausdehnung, der Kalzifikation sowie der Weichgewebsbeteiligung wird eine Computertomographie oder eine Magnetresonanztomographie empfohlen.

Differentialdiagnostisch müssen bei palpativisch derben Kieferauftreibungen mit Zahnverdrängungen und -lockerungen vor allem andere benigne und maligne odontogene und nicht-odontogene Tumoren in Erwägung gezogen werden [Jundt und Prein 2000]. Beispielhaft seien hier das

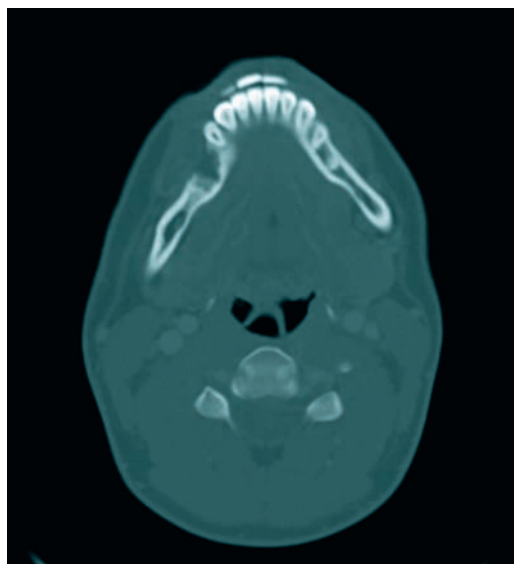


Abbildung 4: CT-Befund nach Kürettage und vor der ersten Resektion, axiale Schichtung: circa 1,5 cm x 0,7 cm großer Unterkieferdefekt regio 15-16, schlecht abgrenzbar

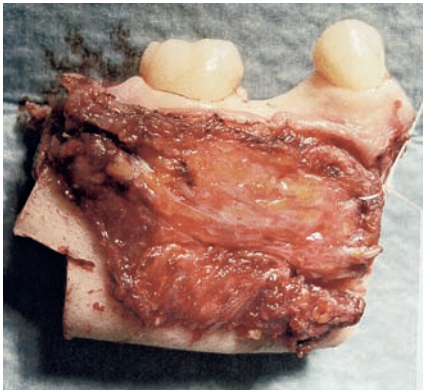


Abbildung 5: Unterkieferresektat von 44 mesial bis 47 distal reichend nach erster Tumorresektion

Osteom, das Osteoblastom, das ossifizierende Fibrom, das Chondrom, das Chondrosarkom, das desmoplastische Fibrom, die aneurysmatische Knochenzyste, das Ameloblastom oder das im vorliegenden Fall primär diagnostizierte ameloblastische Fibrom genannt. Auch zystische Veränderungen können zu Knochenaufreibungen und gelegentlich auch zu Zahnverdrängungen führen, jedoch imponieren diese klinisch als eher weich und komprimierbar. Als Hinweis auf ein malignes Geschehen gelten rasches Wachstum, zunehmende Zahnlockerungen, Zahnelongationen, Sensibilitätsstörungen sowie unverhältnismäßig starke Schmerzen. In diesen Fällen sollte umgehend eine biopsische Abklärung des Befundes erfolgen. Histopathologisch ist das Osteosarkom des Kiefers durch eine Osteoid-Produktion von malignen mesenchymalen Zellen gekennzeichnet. Daneben können die Tumorzellen, wie im eigenen Fall demonstriert, auch chondroides Material und fibröses Bindegewebe produzieren. Die meisten Kieferosteosarkome erscheinen im Vergleich zu den

Osteosarkomen des übrigen Skeletts relativ hoch differenziert mit geringen Zell- und Kernpolymorphismen. Je nach Anteil des Knochen-, Knorpel oder Bindegewebes wird ein osteoblastischer, chondroblastischer oder fibroblastischer Subtyp unterschieden [Jundt et al. 2006, Neville et al. 2009].

Während das Osteosarkom der Extremitäten und des Stammskeletts üblicherweise in Form einer neoadjuvanten Chemotherapie mit nachfolgender Resektion, histologischer Auswertung des Tumorsprechens und zusätzlicher adjuvanter Chemotherapie therapiert wird, wird das zumeist höher differenzierte Osteosarkom des Kiefers, so wie im

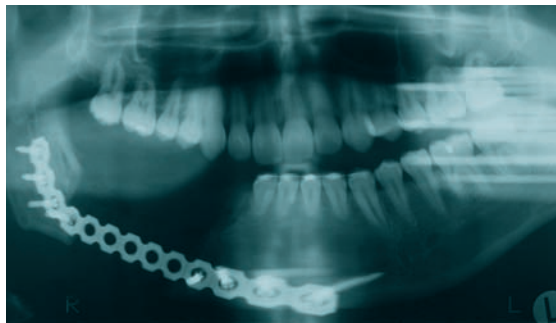


Abbildung 6: OPG nach erster Tumorresektion: temporäre Rekonstruktion mit Titan-Überbrückungsplatte. Zahn 43 wurde operativ mitentfernt. Bei Rezidivfreiheit ist eine knöcherne Rekonstruktion mit einem freien Beckenkammtransplantat nach etwa sechs Monaten geplant.

eigenen Fall geschehen, primär radikal mit Sicherheitsabstand (> 5 mm) reseziert [Smith et al. 2003, Jundt et al. 2004, Laskar et al. 2008]. Osteosarkome des Kiefers neigen primär zur lokalen Ausbreitung und metastasieren im Gegensatz zu den Extremitäten-Osteosarkomen erst im Verlauf, bevorzugt in die Lunge. Zudem scheint die Ansprechrate der Kieferosteosarkome auf die Chemotherapie geringer zu sein, weshalb eine präoperative Chemotherapie für den Patienten den Nachteil einer verzögerten Operation mit sich bringt [Patel et al. 2002, Jundt et al. 2004, Jundt 2006]. Einer postoperativen Chemotherapie wird hingegen ein zusätzlicher Benefit zugeschrieben [Laskar et al. 2008]. Bei high-grade-Osteosarkomen sollte eine neoadjuvante Chemotherapie in Erwägung gezogen werden, im Falle von positiven Resektionsgrenzen scheint eine postoperative Radiatio das Überleben zu

■ Als Ursache für Kieferaufreibungen muss neben Kieferzysten das gesamte Spektrum von odontogenen und nicht-odontogenen Tumoren in Erwägung gezogen werden.

■ Dieser Fall unterstreicht die Bedeutung einer Referenzpathologie insbesondere bei Knochtumoren des Kiefers.

■ Zunehmende Zahnverdrängungen, isolierte Zahnlockerungen und Sensibilitätsstörungen können auf einen malignen Knochtumor hinweisen.

■ Die Therapie der Kieferosteosarkome ist primär chirurgisch und unterscheidet sich damit von den Osteosarkomen des übrigen Skeletts.

verbessern [Laskar et al. 2008, Guadagnolo et al. 2009].

Aktuelle Angaben größerer Studien zur Prognose der Kieferosteosarkome bewegen sich zwischen Fünf-Jahres-Überlebensraten von 60 Prozent und 74 Prozent [Patel et al. 2002, Smith et al. 2003, Jasnau et al. 2008, Guadagnolo et al. 2009]. Als entscheidender positiver prognostischer Parameter gilt die Resektion des Tumors im Gesunden. Negative prognostische Faktoren umfassen zudem die fortgeschrittene Tumorgroße, die extragrathe Tumorlokalisierung, den osteoblastischen Subtyp sowie high-grade-Tumoren [Patel et al. 2002, Smith et al. 2003, Jasnau et al. 2008].

Dr. Tobias Ettl
Priv.-Doz. Dr. Dr. Oliver Driemel
Priv.-Doz. Dr. Dr. Ulrich Wahlmann
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
oliver.driemel@klinik.uni-regensburg.de
tobias.ettl@klinik.uni-regensburg.de



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



Die Literaturliste können Sie im Bereich Download auf www.zm-online.de abrufen oder in der Redaktion anfordern.

Lactose-Intoleranz

Milch kann Bauchschmerzen auslösen

Viele Menschen ahnen nicht, dass sie keinen Milchzucker vertragen. Hier steht, welche Symptome dafür typisch sind, und wie man sie in den Griff bekommt.

Mindestens jeder siebte Bundesbürger verträgt nur winzige Mengen an Milch- und Milchprodukten. Schuld daran ist der Milchzucker: Weil das zuständige Enzym Lactase fehlt, kann er im Dünndarm nicht gespalten werden, gelangt unverändert in den Dickdarm und wird von den dort ansässigen Bakterien vergoren. Diese als Lactose-Intoleranz oder auch als Milchzucker-Unverträglichkeit bezeichnete Störung hat unangenehme Folgen:

Es bilden sich Gase, die den Darm dehnen, und schließlich einen Blähbauch und krampfartige Bauchschmerzen verursachen. Zudem bindet Milchzucker im Dickdarm Wasser und sorgt so schnell für Durchfälle, ebenso wie die bei der bakteriellen Vergärung entstehenden organischen Säuren. Denn Lactose wird im Dickdarm von den Darmbakterien zu Milchsäure, Essigsäure, Wasserstoff und Kohlendioxid abgebaut.



Manchmal ist allein der Schuss Milch im Kaffee schuld an den Bauchschmerzen.



Das Angebot an Milchprodukten ist groß – nur nicht für jeden geeignet. Aber es gibt auch Produkte für Menschen mit Lactose-Intoleranz.

Müdigkeit, Depression und Kopfschmerzen

Viele Patienten klagen auch über Müdigkeit, Depressionen, Kopfschmerzen, Aggressionen oder innere Unruhe – Beschwerden, die meist nicht mit dem Verzehr von Milch in Verbindung gebracht werden. Weil die Symptome so unspezifisch sind, dauert es oft Jahre, bis die Patienten zum Arzt gehen und auf Lactose getestet werden. Dabei lässt sich die Störung einfach diagnostizieren, etwa mit dem Wasserstoff-Atemtest. Er beruht auf der Tatsache, dass ein gesunder Mensch keinen Wasserstoff produziert. Bei einer Lactose-Intoleranz bildet sich aber Wasserstoff durch die Vergärung des Milchzuckers, wird in die Atemluft abgegeben und kann demnach im Atem gemessen werden.

Ausprobieren, was geht

Die Lactose-Intoleranz betrifft übrigens 75 bis 80 Prozent der Weltbevölkerung: In

Russland ist jeder dritte, in China, Japan und Thailand fast jeder Einwohner betroffen. Meist ist die Unverträglichkeit genetisch bedingt: Mit drei bis fünf Jahren lässt die körpereigene Produktion des Milchzucker spaltenden Enzyms Lactase nach, so dass schon ein kleines Glas Milch Durchfälle verursacht.

Auch andere Ursachen sind möglich

Bei einer zweiten Gruppe Patienten steckt hinter dem Enzymdefekt eine schwere Darmerkrankung, wie Zöliakie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa oder Rota-Viren. Diese Krankheiten schädigen die Darmschleimhaut – und da die Lactase in den äußeren Schleimhautschichten gebildet wird, reichen kleine Entzündungsherde, um die Enzymaktivität zu reduzieren. Bekommt man die Grundkrankheit in den Griff, ist die Lactose-Intoleranz quasi ausgeheilt.

Umstellung erforderlich

Nach der Diagnose ist klar, was zu tun ist: Der Patient streicht für etwa zwei Wochen alle Milchzuckerquellen aus seinem Speiseplan. Danach lotet man langsam die individuelle Verträglichkeit aus. Je nach Restaktivität der Lactase vertragen die Patienten durchaus kleine Mengen an Milchzucker. Die Quellen zu finden, ist allerdings Detektivarbeit: Milchzucker versteckt sich in vielen Lebensmitteln, sei es in abgepackter Wurst, Fertigsoßen, Tütensuppen, Paniermehl oder paradoxerweise sogar manchmal in Medikamenten gegen Durchfall. Deshalb gilt es, die Zutatenliste genau zu studieren: Begriffe wie „Lactose, Milchzucker, Molken-, Milch- oder Vollmilchpulver“ weisen auf einen hohen Lactosegehalt hin.

Je fetter, desto besser

Im Gegensatz zu frischer Milch sind Sauermilchprodukte wie Joghurt, Quark und saure Sahne meist besser verträglich. Das liegt vor allem daran, dass Milchsäurebakterien den Milchzucker teilweise zerlegt haben. Je höher die Fettstufe, desto besser, denn desto niedriger ist der Lactosegehalt. Auch für manche Käsesorten gilt grünes Licht – Edelpilzkäse, Emmentaler, Raclett-, Trappisten- und Schafskäse enthalten nur Spuren an Lactose. Da Milch und Milchprodukte wichtige Calciumquellen sind, ist es gut, Sauermilchprodukte mit im Boot zu haben. Die Calciumversorgung sichern außerdem mit



Foto: SMP-PSL

Sehr gesund, aber manch einer muss den Milchshake mit einem Blähbauch bezahlen.

Calcium angereicherte Sojadrinks oder Fruchtsäfte sowie lactosefreie Spezialmilch, Joghurt, Quark und mehr. Sesam, Brokkoli, Spinat und manche Wintergemüse sind ebenfalls calciumreich. Generell lässt sich eine Lactose-Intoleranz mit Diät gut in den Griff bekommen. Und falls man mal nicht auf milchzuckerhaltige Speisen verzichten kann oder will, gibt es Lactasepräparate, die das fehlende Enzym ersetzen.

*Dorothee Hahne
Diplom-Oecotrophologin / Journalistin
Mozartstraße 9
50674 Köln
edhahne@aol.com*



Foto: CC

Oft beginnt die Lactose-Intoleranz am Ende der Stillzeit. Dann muss auf lactosefreie Ersatznahrung ausgewichen werden.

60 Jahre Deutscher Ärzte-Verlag

Auf Erfolgskurs

Mit ausdrücklicher Würdigung durch die Gesellschafter, einem Festvortrag des ehemaligen Spiegel-Chefs Stefan Aust, aber auch mit Kabarett und Musik feierte der Deutsche Ärzte-Verlag gemeinsam mit Vertretern aus Standespolitik, Wissenschaft und Industrie im Kölner Tanzbrunnen sein 60-jähriges Verlagsjubiläum.

Es war Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, der in seinem Grußwort stellvertretend für die Gesellschafter dem Verlag eine 60-jährige Erfolgsbilanz bestätigte. Das Kölner Unternehmen, das in langjähriger Vertragspartnerschaft für die Herausgeber Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung auch die zm verlegerisch betreut, startete im Gründungsjahr 1949 mit einem Stammkapital von 20000,- DM. Erstes Verlagsobjekt war das Deutsche Ärzteblatt, das offizielle Standesorgan für damals rund 50 000 deutsche Ärzte. Heute erscheint die anerkannte Fachzeitschrift wöchentlich mit einer Auflage von über 400 000 Exemplaren und ist Teil eines umfangreichen Fachverlagsprogramms.

Freie Meinung als oberstes Ziel

Damaliges Ziel der Gesellschafter war es, sicherzustellen, „dass die Ärzte in einer freien Presse und Literatur von allen Einflüssen ungehindert ihre Meinung publizieren dürfen“. Das sei, so vermerkte Dieter Weber stellvertretend für die Geschäftsführung des Verlags vor den geladenen Gästen, „noch heute Leitsatz des Deutschen Ärzteverlags“. Inzwischen ist das Unternehmen mit einem Gruppenumsatz von etwa 140 Millionen Euro und

rund 700 Mitarbeitern einer der führenden Fachverlage Deutschlands.

Die zm – laut Ärztepräsident Hoppe heute „die Fachzeitschrift für Zahnmediziner“ – waren als zahnmedizinisches Pendant des Deutschen Ärzteblattes erstes Objekt in einem Verlagszweig, der innerhalb der letzten Jahre deutlich ausgeweitet werden konnte: „Gerade auf dem Gebiet der Zahnmedizin hat sich der Verlag in den letzten Jahren durch die Übernahme, aber auch Eigenentwicklung zahnmedizinischer Periodika zu

einem der führenden zahnmedizinischen Fachverlage in der Bundesrepublik entwickelt“, stellte Dieter Weber fest.

Angesichts dieser Entwicklungsschritte erstellte Hoppe dem 60er-Jubilar ein äußerst positives Resümee: „Die zurückliegenden 60 Jahre hat der Deutsche Ärzte-Verlag als vertrauenswürdiger und fachkompetenter Ansprechpartner, wichtiger Wissensvermittler und unerlässliches Diskussionsforum für die Ärzteschaft erfolgreich genutzt. Seine Aufgabe, die Ärzteschaft zu unterstützen, wurde bis heute hundertprozentig erfüllt.“

Bissiges über Medien, Menschen und Moral

Dass derartige Erfolgskurse zur Zeit nicht gerade die Regel sind, zeigte Gastredner Stefan Aust in seinem anschließenden Gastvortrag „Dummes Geld und Massenwahn –

Anmerkungen über Medien, Menschen und Moral“ auf. Mit journalistisch teils drastischem Ausdruck („Gier frisst Hirn“, „Angst ist ein deutsches Schlüsselwort“) führte er das Publikum durch seine Analyse einer nach Schneeballsystematik gewachsenen Weltwirtschaftskrise und ihrer – auch medial tätigen – Protagonisten. Auch dem deutschen Gesundheitswesen blieben Austs Seitenhiebe nicht erspart: „Vielleicht ist unser Gesundheitssystem ja auch ein Schneeballsystem der Versorger, das sich später rächt, weil immer weniger für immer mehr bezahlen müssen?“ Provokant trübe Aussichten, die durch anschließende Unterhaltung für diesen Abend erfolgreich bekämpft werden konnten. mn



Eine Jubiläumsfeier und ihre Redner: Ex-Spiegel-Chefredakteur Stefan Aust mit Geschäftsführungsmitglied Dieter Weber (l.) und der Vertreter der Verlagsgesellschafter Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (r.)

Foto: DÄV

Symposien im Bundeswehrzentral Krankenhaus

Wenn die Zahnhäule frei liegen

Am 24. und 25. April 2009 lockten das 17. Symposium Parodontologie am Bundeswehrzentral Krankenhaus und die 15. Frühjahrstagung der „Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.“ (NAGP) erneut weit über 250 Teilnehmer an das Bundeswehrzentral Krankenhaus nach Koblenz.



Das Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz zählt zu einer der führenden Fachkliniken Deutschlands.

Schon seit Langem ist diese zivil-militärische Fortbildungsveranstaltung kein kleines Treffen von eingefleischten Parodontologen mehr, sondern eine Tagung, die ein praxisrelevantes Thema für alle Zahnärzte von parodontologischer Seite umfangreich mit Referenten aus ganz Deutschland bearbeitet. Immer mehr unserer Patienten beklagen sich über Dentinhypersensibilität: Wer kennt nicht dieses kurze, scharfe, störende, aber aushaltbare Schmerzgefühl, wenn eiskaltes Wasser morgens die Zähne vor der Zahnbürste erwischt oder man bei Minustemperaturen mit offenem Mund zu joggen beginnen möchte?

Dieses Problem gab es sicherlich schon zu allen Zeiten, wenn Menschen exzessiv ihre Zähne von Zahnbelag befreiten, um durch frischen Atem attraktiv und gesund zu wirken. Heutzutage ist es allerdings Zahn-

ärzten möglich, Parodontitis und Karies frühzeitig zu entdecken, zu behandeln und Nachsorge anzubieten, die auch von den Patienten angenommen wird. Dies hat einerseits den Effekt, dass spätere hohe prothetische und implantologische Kosten vermieden und keine Zähne gezogen werden. Andererseits werden wir immer häufiger mit Rezessionen, keilförmigen Defekten, Erosionen und Attritionen oder Abfraktionen an diesen Zähnen rechnen und auch hierfür Behandlungskonzepte entwickeln müssen.

Bindegewebestransplant – Schleimhauttransplantat

Unter der Leitung von Dr. Beate Schacher aus der Poliklinik für Parodontologie der Frankfurter Johann Wolfgang Goethe-Uni-

versität (Ärztl. Direktor Prof. Dr. P. Eickholz) startete der Vorkongresskurs zum Thema BGT (Bindegewebestransplant) und FST (Freies Schleimhauttransplantat).

Rund 50 Zahnärzte aus dem militärischen und zivilen Bereich hörten den einleitenden Vortrag zur Indikation von FST und BGT. Das operative Vorgehen Schritt für Schritt gezeigt, bildete den Kern der Fortbildung. Als Schlussbetrachtung der theoretischen Einführung demonstrierte Dr. Schacher klinische Erfolge und Misserfolge aus der parodontologischen Abteilung in Frankfurt. Das Fazit hier: deutlich stabilere und ästhetisch günstigere Ergebnisse auf Seiten des BGT.

Anschließend hieß es für alle Teilnehmer ran an die Schweinekiefer. Alle zuvor gesehenen Operationstechniken konnten nun von jedem Teilnehmer selbst und gegebenenfalls auch mehrmals mit der Unterstützung von Prof. Eickholz, Dr. Streletz, Dr. Eger und der Referentin umgesetzt werden.

Am nächsten Morgen eröffnete Oberarzt Dr. Thomas Eger aus dem Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz militärisch pünktlich das 17. Symposium Parodontologie. Oberstarzt Dr. Gerd Schindler, Referatsleiter Zahnmedizin aus dem Bundesministerium der Verteidigung, würdigte in seinem Grußwort den Stellenwert der Parodontologen als „Internisten unter den Zahnärzten“, so dass ein lebenslanger Erhalt der Dentition auch unter schwierigen Rahmenbedingungen möglich geworden ist. Dr. Margit Brecht-Hemeyer, Vorsitzende der Bezirkszahnärztekammer Koblenz, lobte das angenehme und kollegiale Flair in der „eingeschworenen“ Gemeinschaft der Parodontologen zum Nutzen der allgemeinen Kollegenschaft. Prof. Dr. Anton Sculean, Universität Bern, sprach als Vorsitzender die Grußworte im Namen der „Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie“ (NAGP) aus, die die lange Tradition der wichtigen zivilmilitärischen Zusammenarbeit in allen Nationen hervorhob.

Foto: Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

Ursache der Rezessionen und Dentinhypersensibilität

Oberstarzt Eger bearbeitete zum Einstieg in die Thematik im ersten Referat die fachlichen Grundlagen. Die Definition der Rezession als entzündungsfreier Rückgang der Gingiva wurde vorangestellt. Die Einteilung der Rezessionen in die Miller-Klassifikation sei die Grundlage der weiteren Therapiewahl. Die Ursachen für Rezessionen seien als multifaktoriell zu betrachten: So seien idiopathische Faktoren wie eine kieferorthopädische Behandlung, Habits wie Bruxismus oder Pressen und traumatische Einflüsse wie Verletzungen bekannt. Andererseits komme der Rolle der Gene, bezüglich Zahnform, aber auch Gingivadicke und -breite besonderes Gewicht zu. Ursachen keilförmiger Defekte und Erosionen seien physikalischer, chemischer, mechanischer



Foto: Eickholz

Faziale Rezessionen an den Zähnen 23 und 24

oder traumatischer Natur. Häufig verstärkten und bedingten sie sich gegenseitig. Persistierende Säureangriffe durch Ernährungsgewohnheiten in Kombination mit falscher Putztechnik und Bruxismus verur-

sachten freiliegendes Dentin und Erosionen, die später Plaqueakkumulationsstellen darstellen könnten.

Therapieoption oder Mogelpackung

Prof. Dr. Nicole Arweiler, Universität Freiburg, schloss mit Ihrem Vortrag zu medikamentösen und konservierenden Therapiemöglichkeiten von Dentinhypersensibilität und Erosionen an ihren Vorredner an. Ihr Konzept stützt sich im Wesentlichen auf drei Säulen: Durch eine Verhaltenstherapie in Form von Aufklärungsgesprächen und Ernährungsberatung könne der Patient zur Erosionsprävention geführt werden. So sei Reizkarenz, wie der Verzicht auf Konsum erosiver Getränke und Speisen, ein Schlüssel zum Erfolg. Wichtig für eine Abrasionsprävention ist die Umstellung der Putztechnik

sowie die Einhaltung einer Putzkarenz von mehr als einer halben Stunde nach dem Konsum säurehaltiger Speisen und Getränke. Funktionsanalyse und Schienentherapie kämen zahnärztlicherseits als Attritionsprävention hinzu.

Als zweite Säule stellte die Referentin aktuelle Ergebnisse aus der lokalen medikamentösen Therapie vor. Neue und vielerorts umworbene Produkte mit Hydroxylapatitzusätzen entbehrten bislang noch wissenschaftlicher Evidenz. Lacke auf Chlorhexidin-Basis eigneten sich nur zur Schaffung von Plaquefreiheit. Die klassischen Wirkstoffe wie Fluorid, Strontium, Kaliumnitrat oder Kaliumchlorid in Form von Gelen, Lacken, Pasten oder „Mousse“ für die häusliche und professionelle Verwendung sowie Desensitizer auf Oxalat- und Methacrylatbasis unterschieden sich untereinander nicht wesentlich in ihrer Wirksamkeit. Ein Raunen ging durch den Saal als die Referentin Studienergebnisse vorstellte, die kaum Vorteile der lokalen, medikamentösen Therapie im Vergleich zu einer Placebogruppe ergaben. Das Arzt-Patienten-Verhältnis spielt also eine große Rolle beim Therapieerfolg. Als letzte Säule wurde die klassische konservative Fülltherapie des Zahnhalses dargestellt.

Rezessionsdeckung - ein Kind der Moderne

Prof. Dr. Holger Jentsch, Universität Leipzig, betrachtete die historische Entwicklung von

chirurgischen Therapieverfahren zur Rezessionsdeckung. So veranschaulichte er, dass die Lösung grundlegender zahnmedizinischer Probleme vor allem von Zahnverlust und Karies die Menschheit Jahrtausende so gebannt hat, dass die Geschichte der Entwicklung von Rezessionsdeckungsverfahren erst in der Moderne geschrieben wurde. Der

gen nach zehn Jahren noch eine durchschnittlich 50-prozentige Wurzeldeckung. Ein interessanter Aspekt sei dabei das sehr individuelle Empfinden der Patienten nach Rezessionsdeckung: So würden partielle Rezessionsdeckungen durch den einen Patienten besser beurteilt als eine komplette Rezessionsdeckung durch den anderen.



Foto: privat

Honoratioren und Referenten der Tagung (von links nach rechts): Dr. Margit Brecht-Hemeyer, Dr. Eva Streletz, Dr. Thomas Eger, Dr. Beate Schacher, Prof. Dr. Anton Sculean, Prof. Dr. Holger Jentsch, Dr. Katrin Himmer, Prof. Dr. Nicole Arweiler und Prof. Dr. Peter Eickholz

Stellenwert von Ästhetik in der modernen Zahnmedizin und das Problem hypersensibler Bereiche hätten erst im letzten Jahrhundert die Erfordernis zur chirurgischen Intervention geschaffen. Entlang der Zeitachse wurde die erste echte Rezessionsdeckung für 1949 berichtet. Diverse Verschiebelappenverfahren wurden in den 60er-Jahren publiziert, das FST in Kombination mit der koronalen Verschiebelappentechnik wurde 1975 durch Bernimoulin beschrieben. Die 80er-Jahre waren der Beginn der BGT- und der Envelope-Technik. Die 90er-Jahre sind charakterisiert durch den Einsatz regenerativer Materialien und Techniken.

Beide Verfahren bald obsolet

Prof. Dr. Dr. Anton Sculean stellte anhand vieler klinischer Beispiele die Methodik der Rezessionsdeckung mit regenerativen Techniken vor. So sei allen eine nur begrenzte Knochenneubildung gemein. Es überwiege eine reparative Heilung. Als Fazit lieferten Schmelz-Matrix-Proteine zur Anregung der Zementneubildung in Kombination mit einem koronalen Verschiebelappen sehr gute Ergebnisse. Bei dünnem Gewebe empfehle sich zusätzlich ein BGT. Der Referent sieht aus seiner Warte das absehbare „Ende“ für GTR und FST bei Rezessionsdeckungen kommen. Einen gelungenen Abschluss des Tages bildeten nützliche Organisations- und Abrechnungshinweise zur plastischen Parodontalchirurgie von Dr. Eva Streletz, Heusenstamm. Sie ermahnte, die wichtige Rolle der professionelle Zahnreinigung und einsatzvorbereitende Prophylaxe bei den Soldaten für den Zahnerhalt zu lehren. Sie sei die schärfste Waffe im Kampf gegen Karies und Parodontopathien.

*Oberstabsärztin Sabine Müller
Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz
VIA/FZZ- Fachzahnärztliche
Ambulanz Parodontologie
Rübenacherstraße 170
56072 Koblenz*

Lebenszeit eines BGT

Dr. Katrin Himmer, Universität Frankfurt am Main, stellte zu diesem Thema Ergebnisse verschiedener Studien vor. Aktuelle Metaanalysen zeigten, dass das BGT bei der Reduktion der Rezession signifikant besser geeignet sei als die gesteuerte Geweberegeneration (GTR). Bei der Reduktion der Rezession durch einen koronalen Verschiebelappen erhöhten Schmelz-Matrix-Proteine aber zusätzlich die Langzeitstabilität. Langzeitergebnisse nach BGT/Envelope-Technik zeigten nach 6-22 Jahren Beobachtungszeit noch 82 Prozent Wurzeldeckung. In einer laufenden Studie zeigten erste Auswertun-

zm-Info

Ausblick 2009/2010

Weitere Termine der NAgP e.V. sind bereits bekannt: Am 12.09.2009 findet die 17. Herbsttagung in Würzburg zum Thema „Wie viel Plaque verträgt das Parodont auf Dauer? Langzeiterfolg durch unterstützende Parodontitistherapie“ statt.

Und das 18. Symposium Parodontologie wird am 14. und 15. Mai 2010 wieder in Koblenz zum Thema „Lifestyle: Auswirkungen für die Parodontologie“ ausgerichtet. ■

**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	Freie	S. 68	Praxismanagement	Freie	S. 70
Ästhetik	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	Prophylaxe	Freie	S. 69
	Freie	S. 69	Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62
Allgemeine Zahnheilkunde	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62		ZÄK Nordrhein	S. 62
	Freie	S. 69		RWTH Aachen	S. 68
Alterszahnheilkunde	ZÄK Saarland	S. 63		Freie	S. 69
Chirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62	Psychosomatik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	Qualitätssicherung	Freie	S. 69
Endodontie	Freie	S. 69	Recht	Freie	S. 70
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	Restaurative ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62
Funktion	Freie	S. 70		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62		Freie	S. 71
Helferinnen-Fortbildung	Freie	S. 71	Röntgen	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63
	ZÄK Nordrhein	S. 62	Schlafmedizin	Freie	S. 70
Hypnose	Freie	S. 68	Schmerztherapie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 64
Implantologie	DGZH	S. 68			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63			
Kieferorthopädie	DGOI	S. 68			
	Freie	S. 68			
Marketing	Freie	S. 69			
Oralchirurgie	Freie	S. 70			
Parodontologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63			
	APW	S. 68			

zm

Fortbildung der Zahnärztekammern

Seite 62

Kongresse

Seite 65

Universitäten

Seite 68

Wissenschaftliche Gesellschaften

Seite 68

Freie Anbieter

Seite 68

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:

zm *Veranstaltungs*  *Service*

Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

Deutscher Zahnärztetag 2009

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG

4. bis 7. November 2009
ICM München

Standespolitik-Praxis-Wissenschaft

PERIO-PROTHETIK

Standespolitisches Programm

Mittwoch, 04.11.2009
13.00 Uhr:
KZBV-Vertreterversammlung
Sheraton München Arabellapark

Donnerstag, 05.11.2009
09.15 Uhr:
KZBV-Vertreterversammlung – Fortsetzung
Sheraton München Arabellapark

19.00 Uhr:
**BZÄK/KZBV/BLZK/DGZMK:
Feierliche Eröffnung Deutscher
Zahnärztetag 2009**
Residenz München – Herkulesaal
Residenzstr. 1

Freitag, 06.11.2009
10.00 Uhr:
Bundesversammlung der BZÄK
The Westin Grand München
Arabellapark, Ballsaal

12.30 Uhr:
Gemeinsame Pressekonferenz
The Westin Grand München
Arabellapark, Raum Sydney

19.30 Uhr:
**Bayerischer Abend im
Löwenbräukeller**
Nymphenburger Straße 2

Samstag, 07.11.2009
09.00 Uhr:
Bundesversammlung der BZÄK – Fortsetzung
The Westin Grand München
Arabellapark, Ballsaal

Das wissenschaftliche Kongressprogramm findet vom **04. bis 07. November im ICM München**, Am Messesee 6, statt.

zm **Leser service**

Das komplette Programm zum Deutschen Zahnärztetag 2009 ist in den zm 11/2009 abgedruckt sowie als Download-Version unter <http://www.zm-online.de> erhältlich. Alle aktuellen Details zum Deutschen Zahnärztetag 2009 hat auch die BZÄK auf ihrer Website zusammengestellt unter: <http://www.bzaek.de>. Dort sind alle Angaben zum standespolitischen, wissenschaftlichen und Rahmenprogramm zu finden.

LZK Berlin/Brandenburg

PFÄFF BERLIN

Fortbildungsangebot des
Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Thema: Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde [185]
Moderator: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer – Greifswald
Erster Termin:
11.09.2009: 14.00 – 19.00 Uhr;
12.09.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
(insgesamt 24 Veranstaltungstage)
Gebühr: 5 200 EUR (4 680 bei Anmeldung bis zum 31.07.2009)
Kurs-Nr.: 4029.2

Thema: Strukturierte Fortbildung: Psychosomatik in der Zahnmedizin [74]
Moderatoren: Dr. Dietmar Oesterreich – Reuterstadt-Stavenhagen, Prof. Dr. Rainer Richter – Hamburg
Erster Termin:
11.09.2009: 14.00 – 19.00 Uhr;
12.09.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
(insgesamt 8 Veranstaltungstage)
Gebühr: 2 175 EUR (1 960 bei Anmeldung bis zum 31.07.2009)
Kurs-Nr.: 6025.1

Thema: Plastisch rekonstruktive Parodontalchirurgie: Kurs mit praktischen Übungen an Tierpräparaten [15]
Referent: Dr. Wolfgang Westermann – Emsdetten
Termin:
11.09.2009: 14.00 – 19.00 Uhr;
12.09.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 0411.1

Thema: Strukturierte Fortbildung: Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis [45]
Referent: Dr. Uwe Harth – Bad Salzfluren
Erster Termin:
11.09.2009: 14.00 – 19.00 Uhr;
12.09.2009: 09.00 – 18.00 Uhr
(insgesamt 6 Veranstaltungstage)
Gebühr: 1 485 EUR (1 340 bei Anmeldung bis zum 31.07.2009)
Kurs-Nr.: 1001.5

Thema: Strukturierte Fortbildung: Zahnärztliche Chirurgie [47]
Moderator: Prof. Dr. Andreas Filippi – Basel
Erster Termin:
18.09.2009: 14.00 – 19.00 Uhr;
19.09.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
(insgesamt 6 Veranstaltungstage)
Gebühr: 1 550 EUR (1 395 bei Anmeldung bis zum 31.07.2009)
Kurs-Nr.: 0603.0

Thema: Update Zahnheilkunde: Der prothetische Pfeiler; Reparatur bestehender Restaurationen; Tabakentwöhnung in der ZAP [8]
Referenten: Prof. Dr. Peter Pospiech – Homburg/Saar, Prof. Dr. Christof Dörfer – Kiel, Dr. Gregor Gutsche – Koblenz
Termin: 19.09.2009:
09.00 – 15.45 Uhr
Gebühr: 65 EUR
Kurs-Nr.: 4040.17

Thema: Direkte Komposite in Front- und Seitenzähnen (Hands-on-Kurs): Der Weg von einfachen Füllungen zu ästhetisch und funktionell perfekten Restitutions [19]
Referent: OA PD Dr. Jürgen Manhart – München
Termin:
25.09.2009: 14.00 – 19.00 Uhr;
26.09.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 495 EUR
Kurs-Nr.: 4032.1

Thema: Strukturierte Fortbildung: Prothetik [70]
Moderator: Prof. Dr. Peter Pospiech – Homburg/Saar
Erster Termin:
25.09.2009: 14.00 – 19.00 Uhr;
26.09.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
(insgesamt 8 Veranstaltungstage)
Gebühr: 2 725 EUR (2 460 bei Anmeldung bis zum 14.08.2009)
Kurs-Nr.: 0713.1

Auskunft und Anmeldung:
Philipp-Pfaff-Institut Berlin
Alßmannshäuser Straße 4-6
14197 Berlin
Tel.: 030/414725-0
Fax: 030/4148967
e-mail: info@pfaff-berlin.de

ZÄK Nordrhein

KHV

Fortbildung der Universitäten

Kurs-Nr.: 09353 9 Fp.
Thema: Prothetischer Arbeitskreis, 3. Quartal 2009
Referent: Univ.-Prof. Dr. Ulrich Stüttgen – Düsseldorf
Termin: 12.08. und 09.09.2009:
Beginn jeweils 15.00 Uhr
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8 40547 Düsseldorf
Teilnehmergebühr: 55 EUR

Fortbildungen für Zahnmedizinische Fachangestellte

Kurs-Nr.: 09253
Thema: Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe
Referentin: ZMF Andrea Busch – Köln-Weidenpesch
Termin: 14./15.08.2009:
Freitag 14.00 – 18.00 Uhr,
Samstag 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200 EUR

Auskunft und Anmeldung:

Karl-Häupl-Institut der
Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Straße 8
40547 Düsseldorf
Tel.: 0211/52605-0
Fax: 0211/52605-48

ZÄK Westfalen-Lippe**Zentrale Zahnärztliche
Fortbildung**

Termin: 28.08. und 29.08.2009:

Freitag 13.00 – 19.00 Uhr,
Samstag 09.00 – 16.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 131

Gebühr: ZA: 844 EUR

Thema: Moderne Endodontie

Referent: Dr. Carsten Appel

Ort: Akademie für Fortbildung,
Münster

Fortbildungspunkte: 16

Termin: 28.08. und 29.08.2009:

Freitag 15.00 – 19.00 Uhr,
Samstag 09.00 – 16.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 070

Gebühr: ZA: 376 EUR

Thema: Nichtchirurgische Therapie von Parodontitis; Im Rahmen der Kurzserie Parodontologie

Referent: Prof. Dr. Benjamin

Ehmke – Münster

Ort: ZMK-Klinik, Poliklinik für

Parodontologie Münster

Waldeyer Str. 40, 48149 Münster

Fortbildungspunkte: 14

Termin: 29.08.2009:

09.00 – 17.00 Uhr

Kurs-Nr.: DEZ 09 750 022

Gebühr: ZA: 269 EUR

Thema: Digitale Volumentomographie in der zahnärztlichen Praxis – eine Einführung

Referenten: Prof. Dr. Joachim

Jackowski – Witten,

ZA Peter Dirsch – Witten

Ort: Universitätszahnklinik Witten

Alfred-Herrhausen-Str. 50

58448 Witten

Fortbildungspunkte: 8

Termin: 02.09.2009:

15.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: DEZ 09 750 028

Gebühr: ZA: 65 EUR

Anzeige

Termin: 04.09.2009:

14.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 123

Gebühr: ZA: 226 EUR

Thema: Initiative der Zahnheilkunde plus (IZP)

Fachbereich Chirurgie und Implantologie

Praktischer Teil

Referent: Prof. Dr. Thomas

Weischer – Essen

Ort: Akademie für Fortbildung,

Münster

Fortbildungspunkte: 7

Auskunft:

Akademie für Fortbildung der
ZÄKWL

Auf der Horst 31

48147 Münster

(Frau Frank)

Tel.: 0251/507-600 oder -627

Fax: 0251/507-609

e-mail:

christel.frank@zahnarzte-wl.de

ZÄK Saarland

Termin: 09.09.2009:

15.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: ARB 09 710 715

Gebühr: ZA: 99 EUR

Thema: Arbeitskreis Ästhetische

Zahnheilkunde / Synoptische

Zahnheilkunde

Referent/in: Dr. Kianusch Yazdani

– Münster

Ort: Akademie für Fortbildung,

Münster

Fortbildungspunkte: 4

Termin: 09.09.2009:

15.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: DEZ 09 750 014

Gebühr: ZA: 65 EUR

Thema: Techniken der Parodonti-

stherapie

Referent/in: Dr. Inga Schäfer –

Münster

Ort: Dortmund,

Kongresszentrum Westfalenhallen

Rheinlanddamm 200

44139 Dortmund

Fortbildungspunkte: 4

Termin: 09.09.2009:

15.30 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: DEZ 09 750 018

Gebühr: ZA: 129 EUR

Thema: Zahnärztliche Chirurgie 1

– Zahntentfernung

Referent: Prof. Dr. Dr. Stefan

Haßfeld – Dortmund,

und Mitarbeiterteam

Ort: Dortmund,

Klinikum Dortmund-Nord

Klinik für MKG

Münsterstr. 240

44145 Dortmund

Fortbildungspunkte: 4

18. Saarländischer Zahnärztetag und 3. Grenzüberschreitender Fortbildungskongress der Euregio der Zahnärzte Saar-Lor-Lux-Rheinland/Pfalz (Simultanübersetzung deutsch/französisch)

Termin: 11./12.09.2009

Ort: Kongresshalle Saarbrücken

Hauptthema: Alterszahnheilkunde

Wiss. Leitung: Prof. Dr. Matthias

Hannig – Homburg/Saar,

Prof. Dr. Peter Pospiech – Hom-

burg/Saar

Begleitende Dentalausstellung**4. Tagung der Zahnmedizinischen Fachangestellten****Auskunft:**

ZÄK Saarland, Frau Wagner

Tel.: 0681/58608-18

Fax: 0681/5846153

mail: mail@zaek-saar.de

ZÄK Sachsen-Anhalt



17. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich – Bremen
Thema: Gesicht- und Kopfschmerzen – Polyvalenz in Diagnostik und Therapie
Termin: 18. – 20.09.2009
Ort: Wernigerode, Harzer Kultur- und Kongress-Hotel

Begrüßung und Eröffnung

9.30 Uhr Eröffnung der Dental-schau durch den Präsidenten der ZÄK Sachsen-Anhalt, Dr. Frank Dreihaupt
 10.00 Uhr Eröffnung der 17. Fortbildungstage durch den Präsidenten, Dr. Frank Dreihaupt

für Zahnärzte:

18.09.
Vorträge

Gesichts- und Kopfschmerzen – Polyvalenz in Diagnostik und Therapie

Einführung und Überblick
 10.20 Uhr V1 Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich, Bremen

Psychosomatische Aspekte bei Kopf- und Gesichtsschmerzen

10.30 Uhr V2 Prof. Dr. Ralf Nickel, Schlangenbad (angefragt)

Kopf- und Gesichtsschmerzen aus neurologischer Sicht

11.15 Uhr V3 Prof. Dr. Hartmut Göbel, Kiel

Neurochirurgische Therapiemöglichkeiten

12.00 Uhr V4 Dr. Uwe Neubauer, Bremen

Festvortrag – Konsens und Dissens im deutschen Gesundheitssystem
 14.00 Uhr RA Carlos A. Gebauer, Duisburg

Kopf- und Gesichtsschmerzen aus hno-ärztlicher Sicht

15.00 Uhr V5 Dr. Horst Luckhaupt, Dortmund

Kopf- und Gesichtsschmerzen aus mkg-chirurgischer Sicht

16.00 Uhr V6 Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich, Bremen

Augenärztliche Aspekte bei Kopf- und Gesichtsschmerz

16.30 Uhr V7 Dr. Roland Ritzel, Bremen

19.09.
Vorträge

Ätiopathogenese und Epidemiologie der craniomandibulären Dysfunktion

9.00 Uhr V8 Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer, Berlin

Grundsätze der multimodalen CMD-Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Schienentherapie

9.45 Uhr V9 Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer, Berlin

Interdisziplinäre Behandlungsstrategien bei akuter und chronischer Craniomandibulärer Dysfunktion aus Sicht der Physikalischen Medizin

11.00 Uhr V10 Prof. Dr. Michael Fink, Hannover

Chirurgische Eingriffe am Kiefergelenk – Indikationen und Fallbeispiele

11.45 Uhr V11 Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich, Bonn

Nervenschädigungen – Ursachen, Diagnostik, Therapie und Forensik

14.00 Uhr V12 Prof. Dr. Dr. Stefan Schulze-Mosgau, Jena

Therapie neuropathischer Gesichtsschmerzen

15.30 Uhr V13 Dr. Manfred Meyer, Bremen

Praktische Kurse/Seminare

„Hands-on bei CMD“

PK1a 14.00 bis 15.30 Uhr
 PK1b 15.45 bis 17.15 Uhr
 Prof. Dr. Michael Fink, Hannover

Einstieg in die Funktionsdiagnostik

PK2 14.00 bis 15.30 Uhr
 Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer, Berlin

Medikamentöse und nicht-medikamentöse Schmerztherapie in der zahnärztlichen Praxis

S1a 14.00 bis 15.30 Uhr
 S1b 15.45 bis 17.15 Uhr
 Doz. Dr. Dr. Volker Thieme / Dr. Manfred Meyer, Bremen

20.09.
Vorträge

Wenn die Mundhöhle brennt

10.00 Uhr V14 Doz. Dr. Dr. Volker Thieme, Bremen

Orofaziale Schmerzzustände als Gegenstand von Begutachtungen und forensischen Auseinandersetzungen

11.00 Uhr V15 Prof. Dr. Dr. Ludger Figgenger, Münster

Resümee

12.00 Uhr Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich, Bremen, Dr. Frank Dreihaupt, Präsident der ZÄK Sachsen

für Praxismitarbeiterinnen

18.09.
Vorträge

Aktuelles zur Abrechnung nach Bema, GOZ und GOÄ

11.00 Uhr HV1 Sylvia Wuttig, Heidelberg

Knacken und Schmerzen in den Kiefergelenken – Was tun?

14.00 Uhr HV2 Dr. Dr. Volker Thieme, Bremen

Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis – Ein Buch mit sieben Siegeln?

15.30 Uhr HV3
 ZA Ralph Buchholz, Burg, Andrea Kibgies, Magdeburg

Ganztagesseminar: „Service inbegriffen!“ Die Zahnarztpraxis als Dienstleistungsunternehmen
 11.00 bis 17.00 Uhr HS1
 Katrin Rinke, Karlstein

19.09.
Vorträge

Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Chirurgie

9.30 Uhr HV4 Univ.-Prof. Dr. Dr. Stefan Schulze-Mosgau, Jena

Umgang mit dem schwierigen Patienten – der psychosomatische Patient

11.00 Uhr HV5
 Dr. Horst Freigang, Berlin

Der atypische Gesichtsschmerz

14.00 Uhr HV6
 Dr. Horst Freigang, Berlin

Karies- und Parodontitisrisiko – Ermittlung und Monitoring

15.30 Uhr HV7
 ZA Ralph Buchholz, Burg

Workshops und Seminare

Evidenzbasierte Therapieansätze der Physiotherapie bei craniomandibulären Dysfunktionen (CMD)

9.00 bis 10.30 Uhr HS2
 Dagmar Sensse, Magdeburg

Rückenschule für das zahnärztliche Team in der Praxis

11.00 bis 12.30 Uhr HS3
 Dagmar Sensse, Magdeburg

Anmeldungen bitte schriftlich über ZÄK Sachsen-Anhalt

Postfach 3951
 39014 Magdeburg
 Frau Einecke: 0391/73939-14
 Frau Bierwirth: 0391/73939-15
 Fax: 0391/73939-20
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder bierwirth@zahnaerztekammer-sah.de

Kongresse

■ September

FDI Annual World Dental Congress

Termin: 02. – 05.09.2009

Ort: Singapur

Auskunft: FDI World Dental

Federation

13, chemin du Levant,

l'Avant Centre,

021210 Ferney-Voltaire, France

Tel.: +33 4 50 40 50 50

Fax: +33 4 50 40 55 55

e-mail: info@fdiworlddental.org

www.fdiworlddental.org

16. Sommersymposium des Mittel-deutschen Landesverbandes für Zahnärztliche Implantologie

Hauptthema: Implantate – oberflächlich betrachtet und unpasslich

Termin: 03. – 05.09.2009

Ort: Dessau

Auskunft: Nina Henkel, Project Manager, boeld communication
Bereiteranger 15

81541 München

Tel.: 089/18 90 46-19

Fax: 089/18 90 46-16

e-mail: nhenkel@bb-mc-com

www.bb-mc.com

6. Jahrestagung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der DGI

60. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK-Heilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

18. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Themen: Möglichkeiten und Grenzen der zahnärztlichen Chirurgie im Zeitalter der Implantologie; Professionspolitik; Aus der Praxis für die Praxis

Termin: 04. – 06.09.2009

Ort: Rostock-Warnemünde,

Hotel Neptun

Standespol. Leitung: Dr. Dietmar Oesterreich – Stavenhagen

Wissensch. Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Sümnick – Greifswald

Auskunft: ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin

Tel.: 0385/59 108-0

Fax: 0385/59 108-20

www.zaekmv.de

(begleitend: am 5.09.2009

17. Fortbildungstagung für ZFA

im Kurhaus Warnemünde)

NordDental Hamburg

Termin: 05.09.2009

Ort: Hamburg Messe

Auskunft: www.norddental.de

Infodental Düsseldorf

Termin: 11./12.09.2009

Ort: Düsseldorf

Auskunft:

www.infodental-duesseldorf.de

DGCZ-Jahrestagung

(mit 17. Masterkurs)

Thema: Digitaltechnik öffnet neue Türen

Veranstalter: DGCZ (Deutsche Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde e.V.)

Termin: 11./12.09.2009

Ort: Dresden

Hotel Maritim Congress Center

Auskunft: DGCZ

Karl-Marx-Str. 124

12034 Berlin

Tel.: 030/76764388

sekretariat@dgcz.org

Akademie ZA Karlsruhe

Tel.: 0721/9181200 oder

fortbildung@za-karlsruhe.de

DGOI-Kongress

Themen: 1. Implantologie ohne Augmentation?; 2. Digitalisierung der Implantologie

Veranstalter: DGOI

(Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie)

Termin: 17. – 19.09.2009

Ort: Kongresszentrum Karlsruhe

Auskunft: Frau Barbara Balduf

Bruchsaler Str. 8

76703 Kraichtal

Tel.: 07251/618996-0

Fax: 07251/618996-26

17. Fortbildungstage der ZÄK Sachsen-Anhalt

Thema: Gesichts- und Kopfschmerzen – Polyvalenz in Diagnostik und Therapie

Termin: 18. – 20.09.2009

mit Programm für Praxismitarbeiterinnen am 18./19.09.2009

Ort: Harzer Kultur- und Kongress-Hotel Wernigerode

Wiss. Leitung: Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich – Bremen

Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt

Frau Einecke

Große Diesdorfer Str. 162

39110 Magdeburg

Tel.: 0391/739 39 14

e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

24. Bundeskongress des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.

Veranstalter: Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Termin: 18. – 20.09.2009

Ort: Hannover Congress Centrum

Auskunft: www.vmf-online.de

Weimarer Forum für Zahnärztinnen und ZoRA-Night

Motto: Kompetenz durch Verbundenheit

Termin: 18. – 20.09.2009

Ort: Weimar

Auskunft: www.zora-netzwerk.de

dental informa 2009: Fachmesse für Zahnarztpraxis und Labor

Themen: Dreidimensionale Diagnostik; CAD/CAM-Systeme für Labor und Praxis; Individualprophylaxe; Endodontie

Veranstalter: Veranstaltergemeinschaft der Niedersächsischen

Dentalfachhändler und Fachausstellungen Heckmann GmbH

Partner: ZÄK Niedersachsen

Termin: 19.09.2009

Ort: Hannover-Messegelände

Auskunft:

www.heckmannmbh.de/

dih_home_de

Notfalltag des AK für Zahnärztliche Anästhesie (IAZA)

Termin: 19.09.2009

Ort: Universitätsklinik Mainz

Auskunft: DGZMK

(Deutsche Gesellschaft für Zahn-,

Mund- und Kieferheilkunde e.V.)

Liesegangstr. 17a

40211 Düsseldorf

Tel.: 0211/61 01 98-24

Fax: 0211/61 01 98-11

mail: dgzmk.springer@dgzmk.de

www.dgzmk.de

www.apw.online.com

ZÄT der Kammern Niedersachsen und Bremen

Thema: ZMF- und Prophylaxe-Kongress

Termin: 26.09.2009

Ort: CongressCentrumBremen

Auskunft: ZÄK Niedersachsen

Ansgar Zboron

Zeißstraße 11a, 30519 Hannover

Tel.: 0511 / 83391-303

Fax: 0511 / 83391-306

e-mail: azborn@zkn.de

www.zkn.de

Ostseesymposium 2009

Thema: Endodontie erfolgreich! Aufklärung, Anwendung, Abrechnung

Veranstalter: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Landesverband Schleswig-Holstein

Termin: 26.09.2009

Ort: Mövenpick Hotel Lübeck, Willy-Brandt-Allee 1-5, 23554 Lübeck

Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.

c/o Dr. Andreas Sporbeck

Rathausallee 70

22846 Norderstedt

e-mail: fvdz-sh.de

■ Oktober

7. Symposium „Implantologie International – Palma de Mallorca“

Veranstalter: Medical Consult GmbH

Thema: Moderne Konzepte in der Augmentationschirurgie

Termin: 01. – 03.10.2009

Ort: Melia de Mar *****

Illetas – Mallorca

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

Dental Workshop und Schauspielhaus Zürich

Veranstalter: Carl Zeiss AG
Termin: 01. – 04.10.2009
Ort: The Dolder Grand
 Kurhausstraße 65, 8032 Zürich
Auskunft: Miriam Ladner
 Tel.: +41 (0)55 254 75 61
 e-mail: m.ladner@zeiss.ch
 www.zeiss.ch/academy

2. Frankfurter Somnologie-Symposium

Thema: Interdisziplinäre Schlafmedizin: Quo vadis?
Veranstalter: AGZSH, AGZST, MTK Hofheim, Poliklinik für Kieferorthopädie am Carolinum, IZS
Termin: 07.10.2009:
 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Zahnärztliches Universitätsinstitut „Carolinum“, Poliklinik für Kieferorthopädie, ZZMK Haus 29, 2. Etage, Hörsaal
 Theodor-Stern-Kai 7
 60596 Frankfurt/M.
Auskunft:
 e-mail: s.kopp@unitybox.de

39. Int. Jahreskongress der DGZI

Thema: Komplikationen und deren Management in der oralen Implantologie
Veranstalter: DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Termin: 09./10.10.2009
Ort: Hilton Hotel München Park
 Am Tucherpark 7
 80538 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

33. Jahrestagung des Arbeitskreises Forensische Odontostomatologie (AKFOS)

Termin: 10.10.2009
Ort: Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
Auskunft: Dr. D. Klaus Röttscher – Speyer
 e-mail: roetzsch.klaus.dr@t-online.de

Arthroscopic and Open Temporomandibular Joint Surgery

Thema: Basics and New Horizons: A Hands-on Human Cadaver Dissection Course organized by S.O.R.G.
Leitung: Prof. Dr. Dr. G. Undt, Wien
Termin: 11. – 14.10.2009
Ort: Wien
Auskunft: Frau Kerstin Braun
 S.O.R.G. Foundation
 Tel.: 07461/70 62 16
 e-mail: kerstin.braun@klsmartin.com
 www.sorg-group.com

XIX. Dental World 2009

Veranstalter: Dental Press Hungary Ltd.
Termin: 15. – 17.10.2009
Ort: Budapest
Auskunft:
 e-mail: info@dental.hu
 www.dentalworld.hu/en

36. Kongress stotternder Menschen

Veranstalter: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Termin: 15. – 18.10.2009
Ort: Köln
Auskunft: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
 Zülpicher Str. 58
 50674 Köln
 Tel.: 0221/1391106
 Fax: 0221/1391370
 e-mail: info@bvss.de
 www.stottern-der-kongress.de

4th Computer Aided Implantology Academy International Congress & 18th Turkish Prosthodontics and Implantology Association International Congress

Thema: Computer gestützte Operationstechniken, minimal-invasive Implantologie, CAD/CAM-Systeme, technische Fortschritte der letzten Jahre (besonders digitale Bildbearbeitung)
Termin: 16./17.10.2009
Ort: Istanbul
Auskunft:
 e-mail: info@tpidakademi.com

9. Jahrestagung des Landesverbandes Bayern im DGI e.V.

Termin: 16./17.10.2009
Ort: Regensburg
Auskunft: DGI GmbH
 Henkestr. 91
 91052 Erlangen
 Tel.: 09131/92 00 70
 Fax: 09131/92 00 72
 e-mail: info@dgi-gmbh.com

Interdisziplinäres Symposium zur Problematik der Schlafstörungen

Thema: Interdisziplinäres Symposium zur Problematik der Schlafstörungen unter Berücksichtigung des Zwerchfells
Veranstalter: Universität Greifswald
Termin: 17.10.2009
Ort: Alfred Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald
Auskunft: Tagungsbüro
 Tel.: 03834/86-71 10
 Fax: 03834/86-71 13
 e-mail: kieferorthopaedie@uni-greifswald.de

2. Implantologisch-Ästhetisches Gipfeltreffen

Veranstalter: Nemris GmbH & Co. KG
Termin: 23./24.10.2009
Ort: Best Western Premier Hotel Sonnenhof, Lam (Bayern)
Auskunft: Nemris GmbH & Co.
 Tel.: 09947/90418-0
 Fax: 09947/90418-10
 e-mail: info@nemris.de
 www.nemris.de

Novembertagung der Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Themen: Arzneimitteltherapie in der Zahnarztpraxis, Endodontie – die Füllung des Wurzelkanals
Termin: 31.10.2009
Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Ebene 05/Raum 300
Auskunft: Westfälische Ges. für ZMK-Heilkunde e.V.
 Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner
 Polikli. für Zahnärztliche Prothetik
 Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
 Tel.: 0251/83 47 084
 Fax: 0251/83 47 182
 e-mail: weersi@uni-muenster.de

8. Jahrestagung des Landesverbandes Niedersachsen im DGI e.V.

Termin: 30./31.10.2009
Ort: Hannover
Auskunft: DGI GmbH
 Henkestr. 91
 91052 Erlangen
 Tel.: 09131/92 00 70
 Fax: 09131/92 00 72
 e-mail: info@dgi-gmbh.com

Im Rahmen der 43. Medizinischen Woche Baden-Baden:

ICCMO-Vortragstagung und Workshop

Thema: Vortragstagung: Die Lüscher-Farbdagnostik zur Messung der emotionalen Ursachen der Symptome der Mundfunktionsstörungen; Workshop: Cranio-Mandibuläre Orthopädie – Die CMD und ihre Auswirkung auf die Körperperipherie
Veranstalter: ICCMO (International College of Cranio-Mandibular Orthopedics)
Termin: Vortragstagung am 31.10.2009: 11.00 – 13.00 Uhr; Workshop am 01.11.2009
Ort: Baden-Baden
Auskunft: www.iccmo.de
 www.medwoche.de/anmeldung.html

■ **November****9. Keramik-Symposium (mit Workshop CAD/CAM)**

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e.V. (AG Keramik.)
Termin: Keramiksymposium 04.11.2009: 14.00 – 18.30 Uhr; Workshop CAD/CAM: 05.11.2009: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: München
 Keramiksymposium: Europäische Akademie BLZK, Fallstr. 34; Workshop: Poliklinik Zahnärztl. Prothetik, Goethestr. 70
Auskunft: AG Keramik
 Postfach 100117, 76255 Ettlingen
 Tel.: 0721/9452929
 Fax: 0721/9452930
 e-mail: info@ag-keramik.de
 www.ag-keramik.eu

Symposium „Frühkindliche Karies – Standortbestimmung und Präventionsstrategien“

Veranstalter: WHO-Kollaborationszentrum „Prävention oraler Erkrankungen“ (WHOCC) am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Jena

Tagungspräsidentin: Prof. Dr. Susanne Kneist

Termin: 07.11.2009

Ort: Dorint Am Goethepark Weimar

Auskunft: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Sylvia Braunsdorf
Tel.: 03641/3533275
www.conventus.de/ecc

1. Gemeinsame wissenschaftliche Tagung der deutschen endodontischen Fachgesellschaften

Termin: 12. – 14.11.2009

Ort: Hotel Dorint Pallas Wiesbaden, Auguste-Viktoria-Straße 15 65185 Wiesbaden

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341/484 74-202
Fax: 0341/484 74-290
www.dgendo.de

19. Brandenburgischer ZÄT

Thema: Kinder- und Jugendzahnmedizin

Termin: 13./14.11.2009

Ort: Cottbus

Auskunft: LZK Brandenburg
Frau Margit Harms
Postfach 10 07 22, 03007 Cottbus
Tel.: 0355/381 48-25
e-mail: mharms@lzkbb.de

26. Jahrestagung BDO

Veranstalter: BDO – Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Termin: 13./14.11.2009

Ort: Palace Hotel 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

Herbsttagung der Akademie für MKG-Chirurgie

Hauptthema: MKG-Chirurgie – Quo Vadis? Beiträge zu Inhalt, Struktur und Strategie in Klinik und Praxis

Termin: 13./14.11.2009

Ort: Steigenberger Hotel Drei Mohren, Augsburg

Auskunft: boeld communication
Bereiteranger 15
81541 München
Tel.: 089/18 90 46-19
Fax: 089/18 90 46-16
e-mail: nhenkel@bb-mc.com
www.bb-mc.com

Zahnärztliche Fortbildungstage

Rust (für Ärzte und Assistentinnen)

Themen: Prophylaxe Teamtag; Herbsttagung Rust – Zukunft Zahn von A-Z

Veranstalter: ÖGZMK Burgenland in Zusammenarbeit mit dem ZAFI (zahnärztl. Fortbildungsinstitut); Dr. Herbert Haider (ÖGZMK), Dr. Edzard Johann Stadler, DDr. Franz Karl Tuppy (ZAFI)

Termin: 13./14.11.2009

Ort: Seehotel Rust / Neusiedler See

Auskunft: Ärztezentrale Med.Info
Helfersdorferstr. 4
A-1014 Wien
Tel.: (+43/1) 53116-48
Fax: (+43/1) 53116-61
e-mail: azmedinfo@media.co.at

MEDICA

41. Weltforum der Medizin

Termin: 18. – 21.11.2009

Ort: Düsseldorf Messe – CCD

Auskunft: MEDICA Deutsche Ges. für Interdisz. 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

MosExpoDental

Termin: 18. – 21.11.2009

Ort: Moscow, Gostiny Dvor exhibition Center

Auskunft:
e-mail: info@mosexpodental.com
www.mosexpodental.com

Sächsischer Fortbildungstag für Zahnärzte und das Praxisteam

Thema: Patient „Mensch“ – Psychosomatik in der Praxis

Termin: 21.11.2009:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Stadthalle Chemnitz

Auskunft: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen
Schützenhöhe 1, 01099 Dresden
Tel.: 0351 8066-102
Fax: 0351 8066-106
e-mail:
fortbildung@lzk-sachsen.de

6. Jahrestagung Mitteldeutscher Arbeitskreis Ästhetische Chirurgie

Termin: 27./28.11.2009

Ort: Weimar

Auskunft: Sylvia Braunsdorf
Conventus GmbH
Markt 8, 07743 Jena
Tel.: 03641/35 33 275
Fax: 03641/35 33 21

2. Saarbrücker Symposium CMD/Orofaziale Schmerzen

Veranstalter: Saarbrücker Qualitätszirkel CMD/Orofaziale Schmerzen

Termin: 28.11.2009

Ort: Hotel Mercure Süd an der Goldenen Bremm
Zinzingerstr. 9
66117 Saarbrücken

Auskunft: Dr. Horst Kares
Grumbachtalweg 9
66121 Saarbrücken
Tel.: 0681/89 40 18
Fax: 0681/58 47 075
e-mail: horst@dr-kares.de

6. Int. Jahrestagung der DGÄZ

Thema: Interdisziplinäres okklusales Risikomanagement – Behandlungsplanung und mehr – Vortrag und Video-Demo mit Dr. John Kois (Takana, USA)

Veranstalter: Z.a.T. Fortbildungs GmbH

Termin: 28./29.11.2009

Ort: Kur- und Kongresssaal Rottach-Egern

Auskunft: Z.a.T. Fortbildungs GmbH, Adelfhofstr. 1
83684 Tegernsee
Tel.: 08022/70 65 56
Fax: 08022/70 65 58

■ Dezember

42. Jahrestagung der DGFDT

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie zusammen mit der AG für Prothetik und Gnathologie der Österr. Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Termin: 04./05.12.2009
Ort: Maritim Hotel, Bad Homburg
Tagungsthema: Computerunterstützte Funktionsdiagnostik und -therapie
Auskunft: www.DGFDT.de

3rd Pan-European Dental Congress

Termin: 09. – 11.12.2009
Ort: Kiev (Ukraine)
Auskunft:
 Tel.: +7(495)250 05 28
 e-mail: info@pedc2009.com

■ Februar

ICCMO-Kongress in Berlin

Veranstalter: ICCMO
 (International College of Cranio-Mandibular Orthopedics)
Termin: 04. – 07.02.2010
Ort: NH-Hotel,
 Berlin-Friedrichstraße
Tagungsthema: Die Craniomandibuläre Orthopädie
Auskunft:
 e-mail: info@iccmo.de
 www.iccmo.de

11. Internationales KFO-Praxisforum 2010

Thema: Kieferorthopädische Erfahrungskonzepte aus Klinik und Praxis für die Praxis – Interdisziplinäre Netzwerke – die KFO der Zukunft (48 Punkte)
Termin: 27.02. – 06.03.2009
Ort: Hotel Zermatter Hof,
 Zermatt/Schweiz
Auskunft: Dr. Anke Lentrodt
 Eidelstedter Platz 1
 22523 Hamburg
 Tel.: 040/5703036
 Fax: 040/5706834
 e-mail: info@dr-lentrodt.de
 www.dr-lentrodt.de

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC-Seminar

Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich, problemorientiert
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curricularentwicklung und -forschung
Termin: 21.08. und 22.08.2009:
 Freitag 08.30 bis 19.30 Uhr,
 Samstag 08.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR
 oder Sirona-Gutschein
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde im Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

Auskunft/Anmeldung:
 Tel.-Hotline: 0175/400 47 56
 Tel.: 0241/80 88-733 oder -110
 Fax: 0241/80 82-468
 e-mail: jrotgans@ukaachen.de
 www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGZH

Regionalstelle Niedersachsen

Thema: Curriculum Z4:
 Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose I
Termin: 21.08. und 22.08.2009:
 Freitag 14.00 – 20.00 Uhr,
 Samstag 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Denta-Line,
 Kastanienallee 1, 31224 Peine
Fortbildungspunkte: 13
Referent/in: Dr. H. Freigang
Kursgebühr: 450 EUR
 (425 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft:

Ute Neumann-Dahm
 DGZH-Regionalst. Niedersachsen
 Regierungsstr. 24
 39104 Magdeburg
 Tel.: 0391/60 33 50
 Fax: 0391/620 99 63
 www.dgzh-niedersachsen.de

DGOI

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Curriculum Implantologische Fachassistenz „2+1“
Termin: 18./19.09.2009 bis 20./21.11.2009 (Kursreihe 7)
Ort: Karlsruhe, Herne,
 Baden-Baden
Kursgebühr: Mitglieder DGOI:
 1 150 EUR;
 Nichtmitglieder: 1 400 EUR

Auskunft und Anmeldung:

Frau Semmler
 Mo. bis Fr. 8.15 bis 12.15 Uhr
 Bruchsaler Str. 8
 76703 Kraichtal
 Tel.: 07251/61899-615
 Fax: 07251/61899-626

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Regenerative Parodontaltherapie: Gewusst wie, wo und wann?
Termin: 29.07.2009
Ort: Frankfurt
Referent: Eickholz
Kursgebühr: 140 EUR;
 (110 EUR DGZMK-Mitglieder,
 90 EUR APW-Mitglieder)

Auskunft: Birgit Barten
 Akademie Praxis und Wissenschaft
 Liesegangstr. 17a
 40211 Düsseldorf
 Tel.: 0211/669673-30
 Fax: 0211/669673-31
 e-mail: apw.barten@dgzmk.de
 http://www.apw-online.de
 http://www.dgzmk.de

Freie Anbieter

In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt, ein entsprechender Vordruck ist bei der zm-Redaktion erhältlich. Die Formblätter sollten mindestens acht Wochen vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Kurzfristig zugesandte Veröffentlichungswünsche können nicht berücksichtigt werden. Die Redaktion

Thema: Abrechnung parodontalchirurgischer Leistungen
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis für MKG-Chirurgie
Termin: 04.09.2009:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Fortbildungsräume der Praxis
Sonstiges: Ref.: ZMV Birgit Sayn
Kursgebühr: 100 EUR + MwSt.
Auskunft: Ina Grothe
 Stresemannstr. 7
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99

Thema: Möglichkeiten computergestützter Implantatplanung
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis für MKG-Chirurgie
Termin: 08.09.2009:
 19.00 – 21.30 Uhr
Ort: Fortbildungsräume der Praxis
Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ulrich Stroink, ZTM Dominik Kruchen
Kursgebühr: 25 EUR + MwSt.
Auskunft: Ina Grothe
 Stresemannstr. 7
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99

Thema: Implantologie Workshop für Helferinnen
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis für MKG-Chirurgie
Termin: 09.09.2009:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Fortbildungsräume der Praxis
Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ulrich Stroink, Roger Bremer, Astra Tech
Kursgebühr: 95 EUR + MwSt.

Auskunft: Ina Grothe
Stresemannstr. 7
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/875508-0
Fax: 0211/875508-99

Thema: CAD/CAM-Keramik –
„System Basiskurs für Zahnärzte“
(Hands-on-Kurs)

Veranstalter: absolute Ceramics
Schulungszentrum GmbH,
München

Termin: 11.09.2009

Ort: absolute Ceramics Schulungs-
zentrum GmbH, Weinstr.4 (Mari-
enplatz), 80333 München

Sonstiges: Ref.: Dr. Jan Hajtó, Dr.
André Hutsky, Dr. Uwe Pompl, Dr.
Anna Theiss; Kurs-Nr.: AC-B-Z 01
Kursgebühr: 415 EUR pro Person
+ MwSt.

Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die kom-
plette Kursbeschreibung und das
Anmeldefax
Tel.: 06221/6499710
(bei Buchungsfragen)
089/203594670
(bei Fragen zu Kursinhalten)
Fax: 06221/64997120

Thema: QS 4: Die richtige Strategie
bestimmt den Erfolg

Veranstalter: Dr. Walter Schneider
Team GmbH

Termin/Ort: 11.09. München,
25.09. Holzgerlingen, 23. 10.
Frankfurt/Main, 04.12. Düsseldorf

Auskunft: Dr. Walter Schneider
Team GmbH,
Max-Eyth-Straße 42
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031/46 18 70
Fax: 07031/46 18 77
www.solutio.de

Thema: Fortgeschrittenenkurs:
„Bewährtes und sicheres Manage-
ment des Hart- und Weichgewe-
bes“ mit Hands-on

Veranstalter: Camlog Biotechnolo-
gies AG

Termin: 11.09.2009

Ort: 31785 Hameln, Praxis Dr.
Alexander Lück

Sonstiges: Ref.: Dr. Alexander Lück
Kursgebühr: 300 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies
AG, Tel.: 07044/9445-632

Thema: Live-OP-Kurs: „Chirurgi-
sche Maßnahmen bei Grenzindi-
kationen und Problemen“

Veranstalter: Camlog Biotechnolo-
gies AG

Termin: 11./12.09.2009

Ort: 55131 Mainz, Klinikum der
Johannes Gutenberg Universität
Mainz

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr.
Wilfried Wagner, PD Dr. Dr. Bilal
Al-Nawas, Dr. Dr. Marcus Oliver
Klein, Dr. Joachim Wegener, ZT
Dieter Mozer

Kursgebühr: 590 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies
AG, Tel.: 07044/9445-609

Thema: Vorhersagbare Ästhetik im
Frontzahngebiet mit adhäsiver
Vollkeramiktechnik

Veranstalter: Z.a.T. Fortbildungs
GmbH

Termin: 11./12.09.2009

Ort: Istanbul, Praxis Dr. Gürel
Sonstiges: Zweitägiger Arbeitskurs
in Istanbul; exklusiver DGÄZ-Kurs
mit Dr. Galip Gürel

Kursgebühr: 1 990 EUR + MwSt.

Auskunft: Z.a.T. Fortbildungs
GmbH
Adelhofstr. 1, 83684 Tegernsee
Tel.: 08022/7065-56
Fax: 08022/7065-58

Thema: Einführung in die Kieferor-
thopädie mit Richtlinien und Früh-
Behandlung – 1. Kurs des Curricu-
lums Kieferorthopädie

Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberu-
fe, Herne

Termin: 11./12.09.2009:
jeweils 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Rolf Hinz
Kursgebühr: 780 EUR inkl. MwSt.

und Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Akademie
Schulstr. 30, 44623 Herne

Ansprechpartn.: Renate Dömpke
Tel.: 02323/9468-300
Fax: 02323/9468-333

Thema: Damon 3 (Ormco®) – In-
tensivseminar mit Patienten,
Praktischer Power-Workshop

Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberu-
fe, Herne

Termin: 12.09.2009:
9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise
Kursgebühr: 720 EUR inkl. MwSt.

und Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Akademie
Schulstr. 30, 44623 Herne

Ansprechpartn.: Renate Dömpke
Tel.: 02323/9468-300
Fax: 02323/9468-333

Thema: Prophylaxe im Kindes-
und Jugendalter

Veranstalter: Haranni Academie
Fortbildungszentrum für Heilberu-
fe, Herne

Termin: 12.09.2009:
9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Stefan
Zimmer

Kursgebühr: 450 EUR inkl. MwSt.
und Tagungspauschale

Auskunft: Haranni Academie
Schulstr. 30, 44623 Herne
Ansprechpartn.: Renate Dömpke
Tel.: 02323/9468-300
Fax: 02323/9468-333

Thema: Ästhetische Zahnheilkun-
de – „Vollkeramische Inlays und
Teilkronen mit dem absolute Cera-
mics System“ (Hands-on-Kurs)

Veranstalter: absolute Ceramics
Schulungszentrum GmbH,
München

Termin: 12.09.2009

Ort: absolute Ceramics Schulungs-
zentrum GmbH, Weinstr. 4 (Mari-
enplatz), 80333 München

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Roland
Frankenberger; Kurs-Nr.: E-ÄZ 04
Kursgebühr: 515 EUR pro Person
+ MwSt.

Auskunft: unter www.absolute-ce-ramics.com finden Sie die kom-
plette Kursbeschreibung und das
Anmeldefax

Tel.: 06221/64 99 710
(bei Buchungsfragen)
089/20 35 94 670

(bei Fragen zu Kursinhalten)
Fax: 06221/64 99 71 20

Thema: Die Abrechnung von Suprakonstruktionen
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis für MKG-Chirurgie
Termin: 12.09.2009: 10.00 – 13.30 Uhr
Ort: Fortbildungsräume der Praxis
Sonstiges: Ref.: ZMV Birgit Sayn
Kursgebühr: 100 EUR + MwSt.
Auskunft: Ina Grothe Stresemannstr. 7, Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99

Thema: Fortgeschrittenen-Kurs: Synoptische minimalinvasive Konzepte in der Implantologie und Parodontologie – Vorteile der multidisziplinären Teamarbeit
Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG
Termin: 12.09.2009
Ort: 33378 Rheda-Wiedenbrück, Praxis Dr. Behnam Shakibaie-M.
Sonstiges: Ref.: Dr. Behnam Shakibaie-M.
Kursgebühr: 495 EUR
Auskunft: Camlog Biotechnologies AG, Tel.: 07044/9445-632

Thema: Fortgeschrittenen-Kurs Chirurgie
Veranstalter: Astra Tech Dental
Termin: 12.09.2009
Ort: Wiesbaden
Sonstiges: geeignet für erfahrene Implantologen und Umsteiger;
 Kursleiter: Dr. Dr. Buch, Prof. Dr. Dr. Grötz, Dr. Dr. Küttner
Auskunft: telefonisch: 06431/9869229 (Fr. König) 06431/9869227 (Fr. Neugebauer) 06431/9869213 (Fr. Weidenfeller)
 Fax: 06431/9869230
 mail: fortbildung@astratech.com
 www.astratechdental.de

Thema: Fortgeschrittenen-Kurs Chirurgie
Veranstalter: Astra Tech Dental
Termin: 12.09.2009
Ort: Oppenheim
Sonstiges: geeignet für erfahrene Implantologen und Umsteiger;
 Kursleiter: Dr. Till Gerlach, Dr. Claas Ole Schmitt
Auskunft: telefonisch: 06431/9869229 (Fr. König) 06431/9869227 (Fr. Neugebauer) 06431/9869213 (Fr. Weidenfeller)
 Fax: 06431/9869230
 mail: fortbildung@astratech.com
 www.astratechdental.de

Thema: Assistenz-Kurs für ZFA
Veranstalter: Astra Tech Dental
Termin: 12.09.2009
Ort: Stuttgart
Sonstiges: geeignet für erfahrene Implantologen, die ihre Kenntnisse schwerpunktmäßig vertiefen möchten;
 Kursleiterin: Kirsten Ferrer
Auskunft: telefonisch: 06431/9869229 (Fr. König) 06431/9869227 (Fr. Neugebauer) 06431/9869213 (Fr. Weidenfeller)
 Fax: 06431/9869230
 mail: fortbildung@astratech.com
 www.astratechdental.de

Thema: Behandlungsplanung, Trepanation des Zahnes, Optische Hilfsmittel, Koffer-Dam, Instrumente, Notfallendodontie – 1. Kurs des Curriculums Endodontie
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 12.09.2009: 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Tomas Lang, Dr. Ljubisa Markovic
Kursgebühr: 495 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Akademie Schulstr. 30, 44623 Herne
 Ansprechpartn.: Renate Dömpke
 Tel.: 02323/9468-300
 Fax: 02323/9468-333

Thema: Kieferorthopädische Diagnostik im Magnetfeld – noXrayCeph
Veranstalter: Orthotec
Termin/Ort: 12.09.2009 Wiesbaden, 26.09.2009 Wiesbaden, 09.10.2009 Wiesbaden, 16.10.2009 Wien/Österreich, 23.10.2009 Wiesbaden, 30.10.2009 Zürich/Schweiz
Sonstiges: Zertifikat: Kephalmetrie im Magnetfeld; 8 Punkte; 2D und 3D-Analyse, integrierte Kieferbewegungsmessung, Abrechnung der 3D-Analyse, Bisslagebestimmung rechts
Kursgebühr: 315 EUR
Auskunft: Dr. Brandt, Frau Klug Kaiser-Friedrich-Ring 71 65185 Wiesbaden
 Tel.: 0611/86846
 Fax: 0611/8120005
 e-mail: info@noXrayCeph
 www.noXrayCeph.com

Thema: Assistenz-Kurs für ZFA
Veranstalter: Astra Tech Dental
Termin: 12.09.2009
Ort: Heidelberg
Sonstiges: geeignet für erfahrene Implantologen, die ihre Kenntnisse schwerpunktmäßig vertiefen möchten;
 Kursleiterin: Dr. Kerstin Merkle
Auskunft: telefonisch: 06431/9869229 (Fr. König) 06431/9869227 (Fr. Neugebauer) 06431/9869213 (Fr. Weidenfeller)
 Fax: 06431/9869230
 mail: fortbildung@astratech.com
 www.astratechdental.de

Thema: Praxismanager/in mit IHK Lehrgangszertifikat
Veranstalter: Feldmann Consulting @ KG
Termin: 14.09., 15.09., 16.09., 23.09., 24.09. und 25.09.2009: jeweils 08.30 – 18.00 Uhr
Ort: Kronenstr. 11 76275 Ettlingen
Sonstiges: unterstützt durch das Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds; 54 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 2 350 EUR + MwSt., 1 645 EUR + MwSt. für Teilnehmer aus Baden-Württemberg
Auskunft: Feldmann Consulting @ KG
 Nicole Feldmann
 Wilhelmstr. 1, 76275 Ettlingen
 Tel.: 07243/7254-0
 Fax: 07243/7254-20

Thema: Praxismarketing – „Wettbewerb und neue Versorgungsformen – Chance oder Risiko für den 'Freien Beruf'“
Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München
Termin: 16.09.2009
Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstr. 4 (Marienplatz), 80333 München
Sonstiges: Ref.: Frank Preuss; Kurs-Nr.: E-PM 01
Kursgebühr: 45 EUR + MwSt.
Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax
 Tel.: 06221/64 99 710 (bei Buchungsfragen) 089/20 35 94 670 (bei Fragen zu Kursinhalten)
 Fax: 06221/64 99 71 20

Thema: Die Zahnarztpraxis vor Gericht
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 16.09.2009: 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS Akademie Georg-Wilhelm-Str. 7 10711 Berlin-Wilmersdorf
Sonstiges: Fortbildungspunkte 2; Anmeldung erbeten
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft: DENS Akademie Potsdamer Str. 12-13 14163 Berlin
 Tel.: 030/804965-20
 Fax: 030/804965-21
 www.dens-berlin.com

Thema: Chirurgische Therapie-möglichkeiten der Rhonchopathie bei Schnarchern und beim Schlaf-Apnoe-Syndrom
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis für MKG-Chirurgie
Termin: 16.09.2009: 19.00 – 21.00 Uhr
Ort: Fortbildungsräume der Praxis
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Adam Kurzeja
Kursgebühr: 45 EUR + MwSt.
Auskunft: Ina Grothe Stresemannstr. 7 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99

Thema: Die drei wichtigsten Komponenten in der Zahnarztpraxis: Kommunikation, Führung und Selbstorganisation
Veranstalter: Initiative „Erfolg in der Zahnarztpraxis“ e.V.
Termin/Ort: 16.09.2009 Düsseldorf, 09.09.2009 Hamburg, 14.10.2009 München, 17.10.2009 München, 28.10.2009 Stuttgart, 31.10.2009 Stuttgart, 04.11.2009 Wiesbaden
Sonstiges: Fortbildungspunkte 5 (bei den meisten KZVen)
Kursgebühr: 70 EUR + MwSt. (für Vereinsmitglieder kostenlos)
Auskunft: Initiative „Erfolg in der Zahnarztpraxis“ e.V. Wolfgang Apitz Geschwister-Scholl-Str. 6 24340 Eckernförde
 Tel.: 04351/7260-40
 Fax: 04351/7260-42
 www.dens-berlin.com

Thema: CAD/CAM – Design Workshop

Veranstalter: CORONA Lava™

Fräszentrum Starnberg

Termin: 16.09.2009 + 14.10.2009:
14.00 Uhr

Ort: Starnberg

Kursgebühr: kostenfrei

Auskunft: Corona Lava™

Münchner Str. 33

82319 Starnberg

Tel.: 08151/555388

Fax: 08151/739338

e-mail: info@lavazentrum.de

www.lavazentrum.com

Thema: Ästhetische adhäsive Restaurationen – State of the Art –, Exklusiver Frontzahnkurs

Veranstalter: Dentsply

Termin: 17. – 19.09.2009

Ort: Geneva Smile Center

2 Quai Gustave Ador

CH – 1207 Genf

Sonstiges: Ref.: Dr. Didier Dietschi; Fortbildungspunkte: 28; maximal 20 Teilnehmer

Kursgebühr: 1 580 EUR inkl. Tagesverpflegung

Auskunft und Anmeldung:

praxisDienste

Seminarorganisation

Brückenstr. 45

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

(bei Fragen zu Inhalten:)

Service-Line für Deutschland:

08000-735000 (gebührenfrei)

Thema: RAYID – Familiensystematik (Geburtsreihenfolge) Kurs 5

Veranstalter: Aufwind

Consulting GmbH

Termin: 17. – 19.09.2009

Ort: Schlehdorf in Obb.

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 20 Punkte

Kursgebühr: 650 EUR steuerfrei

Auskunft:

Dr. Martina Obermeyer

Aufwind Consulting

Kocheler Straße 1

82444 Schlehdorf am Kochelsee

Tel.: 08851/6156-91

Fax: 08851/6156-90

e-mail: info@aufwind.org

Thema: Implantatprothetik mit dem chirurgischen Konzept der roten Ästhetik – Lappen und Nahttechniken (mit Hands-on)

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG

Termin: 18.09.2009

Ort: 50259 Pulheim,

Praxis Dr. Michael Hohl

Sonstiges: Ref.: Dr. Michael Hohl,

Dr. Kornelia Maag-Hohl

Kursgebühr: 350 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies

AG, Tel.: 07044/94 45-609

Thema: Top-Seminar: Keine Leistung wird mehr vergessen

Veranstalter: Dr. Walter Schneider

Team GmbH

Termin: 18.09.2009

Ort: Holzgerlingen

Sonstiges: Ref.: Alma Ott

Kursgebühr: 390 EUR pro Person,

Teampreis 690 EUR

Auskunft: Dr. Walter Schneider

Team GmbH, Max-Eyth-Str. 42

71088 Holzgerlingen

Tel.: 07031/461870

Fax: 07031/461877

www.solutio.de

Thema: Spezial-Kurs

Veranstalter: Astra Tech Dental

Termin: 18.09.2009

Ort: Forchheim

Sonstiges: geeignet für erfahrene Implantologen, die ihre Kenntnisse schwerpunktmäßig vertiefen möchten;

Kursleiter: Dr. Markus Schlee

Auskunft: telefonisch:

06431/9869229 (Fr. König)

06431/9869227 (Fr. Neugebauer)

06431/9869213 (Fr. Weidenfeller)

Fax: 06431/9869230

mail: fortbildung@astratech.com

www.astratechdental.de

Thema: ITMR Symposium

Funktion und CMD; Myozentrik

und Ästhetik; Workshops Neural-

therapie u. EFT

Veranstalter: Institut für Temporo-

Mandibuläre Regulation (IMTR)

Termin: 18./19.09.2009

Ort: Eisenach, Thüringer Hof

Kursgebühr: 330 EUR inklusive

Tagungspauschale

Auskunft: IMTR

Schuhstr. 35, 91052 Erlangen

Tel.: 09131/205511

Fax: 09131/22390

www.itmr-online.de

Thema: Endodontie – „Endo endlich erfolgreich! Ein professionelles Konzept: Praktischer Intensivkurs Teil II – Aufbaukurs“ (Hands-on-Kurs)

Veranstalter: absolute Ceramics

Schulungszentrum GmbH,

München

Termin: 18./19.09.2009

Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstr. 4 (Mari-

enplatz), 80333 München

Sonstiges: Ref.: Dr. Helmut

Walsch; Kurs-Nr.: E-EN 05

Kursgebühr: 895 EUR pro Person

+ MwSt.

Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com

finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das

Anmeldefax

Tel.: 06221/649971-0

(bei Buchungsfragen)

089/203594670

(bei Fragen zu Kursinhalten)

Fax: 06221/649971-20

Thema: Wieder Spaß an hochwertiger Endodontie – ein praxisgerechtes Erfolgskonzept!

Veranstalter: Westerburger

Kontakte

Termin: 18./19.09.2009

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Uwe

Radmacher

Kursgebühr: 900 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte

Schloss Westerburg,

56457 Westerburg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02663/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Ausbildung zur SGS-

zertifizierten Praxismanagerin

Veranstalter: DentalSchule –

Institut für zahnmedizinische Fort-

bildung GmbH

Termine: 18./19.09., 25./26.09.,

09./10.10., 16./17.10.,

30./31.10., 06./07.11.2009;

freitags 15.00 – 20.00 Uhr,

samstags 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: Dipl.-Ing. Marion

Brühning, ZMF Anne-Katrin

Meyer, Dipl.-Sozialwirtin Gesine

Scheunemann, Vera Thenhaus;

Modul 1: EDV-Schulung, Modul

2: Persönlichkeitsentwicklung,

Modul 3: Praxismarketing/Praxis-

management, Modul 4: Hygiene-

management, Modul 5: Qualitäts-

management

Kursgebühr: 2 200 EUR + MwSt., Prüfungsgebühr: 364 EUR + MwSt.

Auskunft: DentalSchule

Papenreye 55, 22543 Hamburg

Tel.: 040/35715991

Fax: 040/35715993

e-mail: info@dentalchule.de

www.dentalchule.de

Thema: Grundlagen-Kurs

Chirurgie

Veranstalter: Astra Tech Dental

Termin: 19.09.2009

Ort: Marburg

Sonstiges: geeignet für Einsteiger

in die Implantologie; spezieller

Kurs für chirurgische Themen;

Kursleiter: MKG Ulf Hallfeldt

Auskunft: telefonisch:

06431/9869229 (Fr. König)

06431/9869227 (Fr. Neugebauer)

06431/9869213 (Fr. Weidenfeller)

Fax: 06431/9869230

mail: fortbildung@astratech.com

www.astratechdental.de

Thema: Fortgeschrittenen-Kurs

Chirurgie & Prothetik

Veranstalter: Astra Tech Dental

Termin: 19.09.2009

Ort: Saalfeld

Sonstiges: geeignet für erfahrene

Implantologen und Umsteiger;

Kursleiter: Dr. J. U. Wiegner,

Dr. H. U. Reuter

Auskunft: telefonisch:

06431/9869229 (Fr. König)

06431/9869227 (Fr. Neugebauer)

06431/9869213 (Fr. Weidenfeller)

Fax: 06431/9869230

mail: fortbildung@astratech.com

www.astratechdental.de

Thema: Langzeiterfolge protheti-

scher Behandlungskonzepte

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis

für MKG-Chirurgie

Termin: 19.09.2009:

10.00 – 16.00 Uhr

Ort: Fortbildungsräume der Praxis

Sonstiges: Ref.: Dr. Helmut

Stevelling, Prof. Dr. Dr. Claus Udo

Fribemeier, ZTM Dominik

Kruchen, Roger Bremer, Astra

Tech GmbH

Kursgebühr: 130 EUR + MwSt.

Auskunft: Ina Grothe

Stresemannstr. 7

40210 Düsseldorf

Tel.: 0211/875508-0

Fax: 0211/875508-99

Unfallversicherung**Für Ehrenamtler kostenlos**

Wer sich im Bereich Gesundheit oder Wohlfahrt ehrenamtlich engagiert, ist per Gesetz kostenfrei unfallversichert. Dies gibt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bekannt. Dies gilt nicht für Ehrenamtsträger, die sich in anderen Bereichen engagieren. Diese müssen angemeldet sein und für sie müssen Beiträge

entrichtet werden. Über 23 Millionen Menschen üben in Deutschland ein Ehrenamt aus, davon viele in den Bereichen Gesundheit und Wohlfahrt.

Der beitragsfreie Unfallversicherungsschutz im Wohlfahrtsbereich gilt für alle unentgeltlichen Tätigkeiten und sogar für solche, bei denen Aufwandsentschädigungen, zum Beispiel für Selbstkosten, gezahlt werden. Die Versicherung deckt nicht nur das Unfallrisiko bei der ehrenamtlichen Arbeit ab, sondern auch auf dem Hin- und Rückweg. Stößt dem Ehrenamtler

etwas zu, so trägt die BGW die Kosten für eine medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation. Ist seine Erwerbsfähigkeit dauerhaft gemindert, sichert sie ihn mit einer Rente ab. sg/pm

Gesetzliches Krankengeld**Auch für Selbstständige**

Gesetzlich versicherte Selbstständige werden beim Krankengeld normalen Arbeitnehmern gleichgestellt. Nach einem Bundestagsbeschluss können sie ab der siebten Krankheitswoche anstelle der oftmals teureren „Wahltarife“ künftig das gesetzliche Krankengeld beziehen. Alternativ dazu haben sie aber auch weiterhin die Option, bei ihrer Krankenkasse die zu Jahresbeginn eingeführten Tarife für Selbstständige und Freiberufler in Anspruch zu nehmen. Einen Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Krankheitstag gibt es jedoch nach wie vor nicht mehr. sg/dpa



Foto: DAK

Praxismanagement**Praxisnachfolger über Internet**

Wer auf der Suche nach neuen Praxisräumen, Praxisnachfolgern oder Mitarbeitern ist, dem bietet das neue Web-Portal „meinepraxis.de“ eine Anlaufstelle.

Laut einem Bericht der Ärztezeitung bietet das Internetportal ein kostenloses Forum für Anbieter und Sucher von Arztpraxen, Arztstellen oder Kooperationen und seit drei Monaten einen Infoplatz, der Praxisinhabern unterschiedliche Versicherungsmöglichkeiten vorstellt.

In dem Portal könnten auf der Suche nach einem Nachfolger auch begleitend Anzeigen geschaltet werden. sf/ÄZ

Kündigungen**Was ist zu beachten**

Immer wieder stehen Praxischefs vor der Situation, dass eine Mitarbeiterin das Arbeitsverhältnis von sich aus kündigt oder man selbst einen solchen Schritt in Erwägung ziehen muss. Dabei sind zahlreiche juristische Feinheiten zu berücksichtigen.

Der NAV-Virchow-Bund hat hierzu ein umfassendes Merkblatt herausgegeben, das helfen soll, langwierige Rechtsstreitigkeiten, Ärger im Praxisteam und finanziell ungünstige Folgen zu vermeiden. Folgende Punkte werden darin unter anderem thematisiert:

- ordentliche/außerordentliche Kündigung
- befristete Arbeitsverhältnisse
- Kündigungsfristen
- Kündigungsschutz
- Kündigung in der Schwangerschaft/Elternzeit
- Abfindung

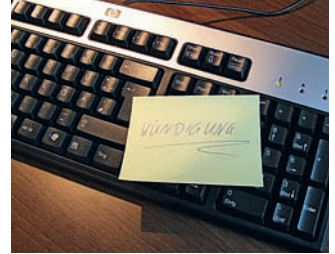


Foto: znh/km

- Rückzahlung von Weihnachtsgeld und Fortbildungskosten
- Resturlaub
- Beteiligung des Betriebsrates sg/pm

Das umfangreiche Merkblatt kann schriftlich oder telefonisch in der Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes bestellt werden und ist für Mitglieder als pdf-Dokument kostenfrei und in Papierform für 1 Euro erhältlich. Nicht-Mitglieder zahlen 4 Euro.

NAV-Virchow-Bund
Abteilung Service
Postfach 10 26 61
50466 Köln
Tel.: (0221) 973005-0
Fax: (0221) 7391239
E-Mail: info@nav-virchowbund.de

Überstundennachweis**Nicht ohne Bestätigung**

Private Aufzeichnungen genügen nicht als Nachweis von Überstunden. Das entschied das Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz in Mainz in einem Urteil. Der Arbeitgeber müsse die Auf-

zeichnungen gegenzeichnen, oder der Mitarbeiter müsse zumindest beweisen können, dass der Arbeitgeber die Überstunden gebilligt habe. Das Gericht wies mit seinem Urteil die Zahlungs-

klage eines Zeugwarts eines Amateur-Sportvereins ab. Dieser verlangte für angeblich fast 1600 geleistete Überstunden zwischen 2004 und 2007 eine Nachzahlung von 16 000 Euro. Allerdings konnte er nur private Aufzeichnungen vorlegen. sg/pm

Landesarbeitsgericht
Rheinland-Pfalz
55116 Mainz
AZ.: 6 Sa 337/08



Foto: Fotolia

NAV-Virchow-Bund

Musterverträge für Kooperationen

Seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes im Januar 2007 stehen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zahlreiche Kooperationsmöglichkeiten offen. Doch in der Ärzteschaft gibt es Unsicherheiten: Welche Kooperationsform passt am Besten zu mir und meinen beruflichen Zielen? Welche juristischen und berufsrechtlichen Vorgaben muss ich beachten? Wie gieße ich einen Kooperationsvertrag in eine rechtlich wasserdichte Form? Der NAV-Virchow-Bund stellt seinen Mitgliedern exklusiv Musterverträge zu verschiedenen Kooperationsformen zur Verfügung. Vertragsmuster sind Bestandteil der Rechtsberatung und

daher nur Mitgliedern des NAV-Virchow-Bundes zugänglich. Neu in dieser Reihe ist jetzt der „Vertrag über die Errichtung einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft in Form von Jobsharing“ erschienen. Jobsharing bedeutet, dass sich zwei Ärzte einen Vertragsarztsitz teilen. Dieses Modell, das eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung erlaubt, eignet sich zum Beispiel für junge Ärztinnen mit Kindern. Häufig wird diese Kooperationsform auch von älteren Ärzten genutzt, um in einem gesperrten Planungsbereich einen Praxismachfolger zu etablieren. Die Musterverträge können in der Kölner Geschäftsstelle kostenlos als Datei, für 1 Euro in Papierform oder für 5 Euro auf CD-ROM bestellt werden. sg/pm



Foto: MEV

NAV-Virchow-Bund
Abteilung Service
Postfach 10 26 61
50466 Köln
Tel.: (0221) 973005-0
Fax: (0221) 7391239
E-Mail: info@nav-virchowbund.de

Bundesarbeitsgericht zu Kündigungen

Konkrete Abmahnung nötig

Arbeitgeber müssen vor einer ordentlichen Kündigung mit einer Abmahnung deutlich machen, welches Verhalten sie von Arbeitnehmern künftig erwarten. Eine Abmahnung müsse eine Warnfunktion haben und deutlich machen, dass bei erneuter Pflichtverletzung das Arbeitsverhältnis in Gefahr ist, urteilte das Bundesarbeitsgericht in Erfurt im Fall eines Pressefotografen.

Der Fotograf hatte mit seiner Kündigungsschutzklage vor dem höchsten deutschen Arbeitsgericht Erfolg. Er habe zwar gegen

seine Verpflichtung verstoßen, bei Erledigung seiner Arbeit angemessene Umgangsformen zu wahren, heißt es in der Urteilsbegründung. In vorausgegangenen Abmahnungen habe ihm der Arbeitgeber jedoch „keine hinreichend klaren und eindeutigen Verhaltensmaßregeln vorgegeben“. Deshalb sei der Arbeitgeber zuvor bereits zur Herausnahme der Abmahnungen aus der Personalakte verurteilt worden. sg/ÄZ

Bundesarbeitsgericht Erfurt
2 AZR 283/08

Leistungszulagen zur Teambotivation

Erfolge sichtbar machen

Das Zusammenspiel von Zahnarzt und Team ist eines der wichtigsten Kriterien für eine erfolgreiche Zahnarztpraxis. In einem guten Team kann sich einer auf den anderen verlassen – der Zahnarzt auf seine Mitarbeiter genauso wie diese sich untereinander. Leistungszulagen können eine Möglichkeit der Mitarbeitermotivation sein.



Für viele Mitarbeiter ist der Verdienst nicht das einzige Kriterium, um die Arbeit gern zu verrichten.

Motivierte Mitarbeiter zahlen sich aus: Zufriedenheit und Motivation bedeuten eine geringe Fluktuation und somit eine gewisse Konstanz, die sich mittel- und langfristig in einem positiven Image der Praxis widerspiegelt. Durch ein konstruktives Feedback an die Mitarbeiter sind diese motiviert, ihre eigenen Ziele und die der Praxis miteinander zu verbinden und umzusetzen. Nutznießer ist der Patient, der sich in einer Praxis, in der alle Mitarbeiter spürbar als Team zusammenarbeiten, menschlich und medizinisch gut aufgehoben fühlt.

Erfolgsfaktor Mitarbeiter

Die Realität sieht allerdings oft etwas anders aus: Laut einer Umfrage des Gallup Instituts fühlen sich 67 Prozent der Arbeitnehmer in Deutschland kaum noch an ihr Unternehmen gebunden und machen daher eher, so das Institut, „Dienst nach Vorschrift“. Woraan dies liegt – darüber kann trefflich spekuliert werden. Ziel jeder Mitarbeiterführung sollte darum sein, persönliche Leistungs- und Motivationssysteme aufzubauen. Ein Praxisinhaber, der seine Verantwortung als Führungskraft als essentiellen Beitrag zur Motivation des Teams anerkennt, kann so aus einem „Dienst nach Vorschrift“ einen „Dienst aus Leidenschaft“ erzeugen.

Lob kostet kein Geld

Engagierte und innovative Unternehmer wissen, dass Geld allein Angestellte nicht ausreichend motiviert. Vielmehr wollen sie als Person und Arbeitskraft von ihren Chefs und ihren Kolleginnen geschätzt werden. Unzufriedenheit entsteht meist durch mangelndes Lob und fehlende Anerkennung für die geleistete Arbeit. Dabei ist genau das der entscheidende Motivationsfaktor. Denn diverse Studien belegen, dass jeder zweite Deutsche von Glückserlebnissen berichtet, wenn er gelobt wird oder eine Würdigung seiner Leistungen erfährt. Damit ist jedoch nicht gemeint, dass der Vorgesetzte seine Mitarbeiter permanent loben soll, denn diese können sehr wohl zwischen einem pflichtbewussten Schulterklopfen und einem authentischen Lob unterscheiden.

Foto: MEV



Der Patient soll sich so wohl wie möglich in der Praxis fühlen – eine angenehme Ausstrahlung des Praxisteams gehört dazu.

Leistungszulagen

Um den Mitarbeitern einen zusätzlichen Anreiz für gute und innovative Leistungen und Ideen zu geben, haben sich leistungsbezogene Zulagen bewährt. Mit der Einführung eines transparenten Zulagensystems

können Konzentration und Engagement des Teams oder einzelner Mitarbeiter nachhaltig positiv beeinflusst werden. Das System übt hierbei eine Art „Steuerungsfunktion“ aus. Man unterscheidet individuelle und kollektive Prämien, die dem Team zuteilwerden (können):



Anerkennung, die auf dem Gehaltsnachweis sichtbar wird: Leistungszulagen können ein schöner Anreiz sein, sich noch mehr für den Betrieb einzusetzen.

- American Dental Systems GmbH**
Seite 25
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 91
- BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG**
Seite 19
- Brasseler GmbH & Co.KG**
2. Umschlagseite
- Carestream Health Deutschland**
Seite 7
- Champions-Implants GmbH**
Seite 39
- Coltene/Whaledent GmbH & Co.KG**
Seite 63
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 11
- Dentsply Friadent**
Seite 29
- DGI GmbH**
Seite 15
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 9
- Doctorseyes GmbH**
Seite 67
- Euronda Deutschland GmbH**
Seite 45
- F1 Dental Systeme GmbH**
Seite 47
- ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**
Seite 49
- InteraDent Zahntechnik GmbH**
Seite 37
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 55
- Korte Rechtsanwälte**
Seite 91
- Kuraray Europe GmbH**
Seite 43
- Medentis Medical GmbH**
Seite 13
- MIB GmbH**
Seite 69
- orangedental GmbH & Co.KG**
3. Umschlagseite
- proDentum Dentaltechnik GmbH**
Seite 41
- R-dental Dentalerzeugnisse GmbH**
Seite 83
- Semperdent Dentalhandel GmbH**
Seite 53
- SIRONA Dental Systems GmbH**
4. Umschlagseite
- Steinbeis-Transfer-Institut**
Seite 73
- teamwork media Verlags GmbH**
Seite 59
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 87
- Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co.KG**
Seite 5
- Voco GmbH**
Seite 27
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 51
- ZM-Jahresband**
Seite 57

Einzelbonus

Der Einzelbonus bestimmt zunächst die Zulage für eine bestimmte Person oder für einen bestimmten Arbeitsplatz in der Praxis. Er ist meist gekoppelt an ein Ziel, das es zu erreichen gilt. Das kann ein Mitarbeitergespräch sein, in dem man in einem offenen und fairen Dialog die Arbeitssituation des Betroffenen erörtert. Hierbei werden die Arbeitsleistung und das Arbeitsverhalten anhand mit dem Mitarbeiter vorher festgelegter Kriterien diskutiert und bewertet. Liegen beide, Arbeitsleistung und Arbeitsverhalten, über den Kriterien, wird dies mit einem Bonus, der ebenfalls vorher festgelegt und bekannt gegeben wird, belohnt. Der Bonus wird dann monatlich als Zulage neben dem Festgehalt ausbezahlt.

Teamzulage

Vor der Einführung sollte das Leistungszulagensystem konkretisiert werden. In einem ersten Schritt können etwa folgende Fragen geklärt werden:

- Welche Verhaltensweisen sollen besonders in den Fokus gerückt werden?
- Welche Auslastung soll zum Beispiel in der Prophylaxe erreicht werden?

Die Teamzulage hat sich bewährt bei der Anerkennung von Team-Leistungen, die letztlich zwar von einzelnen Mitarbeitern oder Ärzten allein ausgeführt werden, insgesamt aber stark durch eine reibungslose Gesamtleistung – beginnend mit der Terminierung am Empfang bis hin zur Beratung oder Bestätigung aus der Assistenz – geprägt sind. Ausgezahlt wird dieser entweder nach Köpfen oder alternativ, bei vielen Teilzeitmitarbeiterinnen, anteilig nach der Arbeitszeit. Wesentlich ist, dass alle Mitarbeiter an der Zulage beteiligt sind, die beraten oder für eine erfolgreiche Einbestellung zuständig sind. Das bedeutet, dass auch Auszubildende vom Teamerfolg profitieren.

Verteilungsschlüssel

Geklärt werden muss dann sowohl der zu verteilende Betrag wie auch der Verteilungs-



Foto: BKK

Es gibt viele Wege der Teammotivation, ein gemeinsamer Kochkurs etwa kann das Wir-Gefühl stärken.

schlüssel innerhalb des Teams. Als Verteilungsschlüssel sollte zum einen die Arbeitszeit – in Abgrenzung zur Teilzeitkraft – sowie zum anderen auch die Berufserfahrung sowie die Einflussmöglichkeit der einzelnen Mitarbeiter beim Erreichen des Teilziels stehen. Und schließlich sollte auch besprochen werden, ob die jeweilige Prämie als Gehalt ausbezahlt wird, oder ob der Mitarbeiter die Sonderprämie etwa als Tankgutschein erhalten möchte.

Führungskonzept

Das Leistungszulagensystem ist als Teil eines generellen Führungskonzepts anzusehen. Auf der Basis von Freundlichkeit und gegenseitigem Respekt im Umgang miteinander kann diese individuelle Mitarbeiterförderung natürlich durch weitere Team bildende und motivationssteigernde Maßnahmen und Verhaltensregeln ergänzt werden. Kon-

flikte trägt man hinter verschlossenen Türen aus, Kritik in sachlicher und konstruktiver Form möglichst unter vier Augen. Regelmäßige Teammeetings und eventuell interne Praxisworkshops sind ideal, um die eigenen Ziele zu formulieren und zu kontrollieren. Hier können sich Zahnarzt und Mitarbeiter kreativ in die Praxisabläufe einbringen, relevante Themen besprechen und verbindliche Lösungswege erarbeiten. Das Gemeinschaftsgefühl kann außerdem durch gemeinsame Freizeitaktivitäten als besonderes Erlebnis für das gesamte Team gefördert werden. Ein gemeinsames Abendessen oder ein gemeinsamer Kochkurs etwa können die Motivation effektiv fördern.

*Franco Tafuro
Grelckstraße 36
22529 Hamburg*

Schnelle Internetverbindungen

Vom Bummelzug zum Express

Ein leistungsfähiger Internetzugang ist in vielen Zahnarztpraxen Wunschdenken. Vor allem in ländlichen Gegenden verlaufen Ausflüge ins World Wide Web oft im Bummelzugtempo. Das soll sich jetzt ändern: Die Bundesregierung will bis Ende 2010 in ganz Deutschland schnelle Verbindungen an den Start bringen und bis 2014 drei Viertel der Deutschen mit Verbindungen von mindestens 50 Megabit pro Sekunde versorgen.

Die „Frequenzbereichszuweisungsplanverordnung“, auf die sich Bund und Länder am 12. Juni einigten, zeigt auf, wie die Republik bis in entlegene Ecken mit Breitband-Internetverbindungen versorgt werden soll. Durch die Digitalisierung im Rundfunk,

für die Pläne. Das Ländergremium erwartet vom Bund unter anderem, dass er die Umstellungskosten, die bei Kultur- und Bildungseinrichtungen entstehen, erstattet. Das dafür nötige Geld soll die Versteigerung der brachliegenden Sendefrequenzen in die



Für Zahnärzte wäre die Nutzung der „digitalen Dividende“ ein Schritt in Richtung schnellere Internetverbindung.



Foto: MEV

Bestehendes Problem: leistungsschwache Internetzugänge in ländlichen Gegenden

möglichst große Frequenzblöcke genutzt werden können, um eine maximale Breitbandigkeit beim Endkunden zu erreichen“, sagte er dem Branchendienst „Teltarif“.

Für die etwa fünf Millionen Deutschen, die bisher noch keinen Breitbandanschluss haben, bedeutet die Freigabe der Rundfunkfrequenzen eine deutliche Verbesserung. Die Nutzung der digitalen Dividende wird aber nicht zu einer Angleichung von Stadt und Land führen. Denn selbst wenn die von der Regierung angestrebten 50 Megabit pro Sekunde erreicht werden, sind die Übertragungsraten im Vergleich zu den Ballungsgebieten nur halb so groß.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

werden nicht mehr genutzte Rundfunkfrequenzen frei. Hintergrund: Die digitale Ausstrahlung der Programme benötigt im Vergleich zur terrestrischen nur noch einen Bruchteil der Frequenzbreiten. Die „digitale Dividende“ kann stattdessen für mobile Internetverbindungen eingesetzt werden. Die Regierung sieht das vor allem als Chance für periphere Regionen, in denen Telekommunikationsunternehmen den teuren Ausbau des DSL-Netzes meiden.

Schwere Geburt

Bund und Länder hatten lange miteinander um eine Einigung gerungen. Erst nachdem die Finanzierung des Projekts geklärt war, beendete der Bundesrat seine Blockadehaltung und gab am 12. Juni grünes Licht

Staatskasse spülen. Der Verkauf ist für Ende des Jahres, spätestens aber Anfang 2010 geplant und wird von der Bundesnetzagentur abgewickelt. Mobilfunkanbieter wie Vodafone und T-Mobile haben bereits ihr Interesse an den Frequenzen geäußert. Sie hatten schon in der Vergangenheit immer wieder die Freigabe der „digitalen Dividende“ gefordert.

Der Verband der Anbieter von Telekommunikations- und Mehrwertdiensten (VATM) reagierte ebenfalls erfreut, wies aber auch auf Risiken hin. So müsse die Bundesnetzagentur Vergaberegeln festlegen, die eine optimale Frequenznutzung ermöglichen, forderte Geschäftsführer Jürgen Grützner. „Die Unternehmen haben sich bereit erklärt, die Frequenzen in ländlichen unversorgten Gebieten so zu verwenden, dass

zm-Surftipp

Geteiltes Leid

Die „Initiative gegen digitale Spaltung“ ist die größte unabhängige Breitbandinitiative in Deutschland. Die überregional agierende Interessengemeinschaft fordert die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit schnellen und bezahlbaren Internetanschlüssen. Infos zum Thema stellt die Initiative auf ihrer Internetseite zur Verfügung.

■ <http://www.geteilt.de>

Bankauskünfte

Bankgeheimnis noch nicht passé

Der „gläserne Bürger“ ist nach Meinung vieler Experten längst Realität. Aber gilt das auch für den Informationsaustausch von Bankinstituten untereinander?



Foto: MEV

Nur wer ein sogenanntes 'berechtigtes Interesse' vorweisen kann, bekommt eine Bankauskunft erteilt.

Bekanntlich regeln die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Bankinstitute die wesentlichen Bereiche der Kunde-Bank-Beziehung. Dazu gehört auch der Abschnitt innerhalb der AGB, der unter der Überschrift „Bankgeheimnis und Bankauskunft“ nicht nur wichtige Einzelheiten zum Informationsaustausch der Banken untereinander, sondern auch zum Informationsaustausch zwischen Banken und Kunden anderer Kreditinstitute enthält. In Zeiten zunehmender Verunsicherung vor allem über das Ausmaß nahezu unkontrollierter Datenflüsse ist es für Zahnärzte wichtig, sich mit diesem Thema sorgfältig auseinander zu setzen und mögliche Maßnahmen zu ergreifen, um die Kontrolle über wichtige persönliche oder betriebliche Daten zumindest weitgehend zu behalten.

So gilt laut den AGB der Banken zumindest grundsätzlich, dass Kreditinstitute „zur Verschwiegenheit über alle Kunden bezogenen Tatsachen und Wertungen verpflichtet“

sind, von denen sie Kenntnis erlangen (Bankgeheimnis). Danach dürfen sie Informationen über Kunden nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies verlangen oder wenn der Kunde selbst eingewilligt

hat beziehungsweise wenn die Bank zur Erteilung einer Bankauskunft berechtigt ist.

Nur allgemeine Aussagen

Darüber hinaus, auch dies wird in den AGB festgehalten, enthalten Bankauskünfte „allgemein gehaltene Feststellungen und Bemerkungen über die wirtschaftlichen Verhältnisse des Kunden, seine Kreditwürdigkeit und Zahlungsfähigkeit“. Weiterführende betragsmäßige Angaben über Kontostände oder über Vermögenswerte sowie über die Höhe von Kreditinanspruchnahmen haben in einer Bankauskunft also nichts zu suchen.

Sehr wichtig ist auch jener Abschnitt der Banken-AGB, der sich mit den Voraussetzungen zur Erteilung von Bankauskünften befasst. So sind Banken befugt, „über juristische Personen und im Handelsregister eingetragene Kaufleute Bankauskünfte zu erteilen, sofern sich die Anfrage auf ihre geschäftliche Tätigkeit bezieht“. Auskünfte werden aber nicht erteilt, wenn der jeweiligen Bank eine „anders lautende Weisung“ des Kunden vorliegt.



Kundenrelevante Bemerkungen in einer Bankauskunft:

- Es werden geringe/angemessene Umsätze getätigt.
- Das Konto wird auf Kreditbasis/Guthabenbasis geführt.
- Wir haben einen Blankokredit/mit Sicherheiten gedeckten Kredit zur Verfügung gestellt.
- Es werden regelmäßige/vorübergehende Überziehungen beansprucht.
- Die angefragte Person gilt als vertrauenswürdig/weitgehend vertrauenswürdig.
- Die finanziellen Verhältnisse erscheinen uns angespannt/geordnet.
- Für den angefragten Betrag ist der Kunde derzeit nicht gut/gut.
- Verpflichtungen des Kunden sind nach unserer Kenntnis bisher reguliert/weitgehend reguliert worden.
- Die Geschäftsverbindung gibt Anlass/keinen Anlass zu Beanstandungen.

Ausnahme: Behörden

Bankauskünfte über andere Personen, also vor allem über Privatkunden und Vereinigungen, erteilen Banken nur dann, wenn diese „generell oder im Einzelfall ausdrücklich zugestimmt haben“. Darüber hinaus wird eine Bankauskunft grundsätzlich nur erteilt, wenn der Anfragende ein „berechtigtes Interesse an der gewünschten Auskunft glaubhaft dargelegt hat“ und kein Grund zu der Annahme besteht, dass schutzwürdige Belange des Kunden der Auskunftserteilung entgegenstehen“. Auch der Empfängerkreis ist klar definiert: Bankauskünfte werden nur eigenen Kunden und anderen Kreditinstituten für „deren Zwecke oder die ihrer Kunden“ erteilt. Dies schließt natürlich nicht aus, dass auch Behörden unter den genannten Voraussetzungen ebenfalls Zugriff auf Kundeninformationen erhalten können. Im Ergebnis sollte Zahnärzten also klar sein, dass der Austausch von Kundendaten einerseits zwar möglich ist, andererseits aber durch sie selbst mithilfe entsprechender Strategien in weitgehend geordneten Bahnen verlaufen kann. Nochmals: Dies gilt nicht im Hinblick auf Datenanforderungen vor allem von Behörden, die auf der Basis

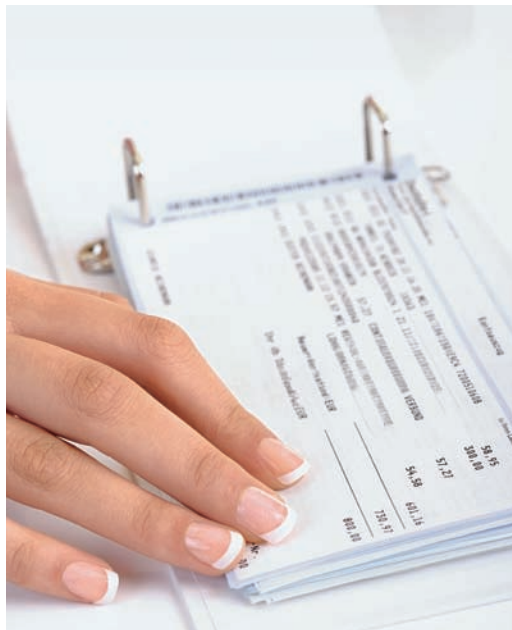


Foto: MEV

Konkrete Aussagen über Kontostand oder Zugänge und Abbuchungen sind bei Bankauskünften, mit Ausnahme von Behörden, nicht erlaubt.

gesetzlicher Bestimmungen oder richterlicher Anordnungen zustande kommen können.

Auskunftsstrategie klären

Eine Strategie kann natürlich auch darin bestehen, dass Zahnärzte ihrer Bank kategorisch untersagen, Auskünfte etwa bei Anfra-

gen von Geschäftspartnern, die sich für die Zahlungsfähigkeit des Zahnarztes beispielsweise bei einer beabsichtigten Investition in dessen Praxisausstattung interessieren, zu beantworten. Dies ist zwar möglich, dürfte bei genauer Prüfung aber kaum angemessen sein, da der Anfragende bei einem solchen Verhalten schnell den Eindruck gewinnen kann, dass der Zahnarzt als sein Geschäftspartner über keine ausreichende Kreditwürdigkeit verfügt. Als unmittelbare Folge daraus droht ein Ende der Geschäftsverbindung, bevor sie möglicherweise richtig begonnen hat. Sinnvoller dürfte vielmehr ein gesteuertes Vorgehen sein, in dem der jeweilige Bankmitarbeiter vom Zahnarzt gebeten wird, Auskunftsanfragen zunächst mit ihm zu bereden und Fall für Fall zu entscheiden, ob und in welchem Umfang eine Auskunftserteilung auch tatsächlich erfolgt. Durch eine derartige

Einzelfallentscheidung ist der Zahnarzt in der Lage, zu entscheiden, ob auch er das zur Auskunftserteilung erforderliche „berechtigte Interesse“ nachvollziehen kann und will.

Michael Vetter
Franz-Lehar-Str. 18
44319 Dortmund



Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte ruft alle Kolleginnen und Kollegen dazu auf, einen jährlichen Beitrag von zehn Euro – am besten per Dauerauftrag – zugunsten des Stiftungskapitals zu leisten.

Zehn Euro für mehr Menschlichkeit

Bankverbindung:
Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hannover
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000
Konto für Zustiftungen: 060 4444 000
BLZ 250 906 08

www.hilfswerk-z.de

Bargeldloser Zahlungsverkehr

Die Tücken des Systems

Immer mehr verschwindet das Bargeld aus dem täglichen Leben. Die Rechnungen für Strom, Wasser oder Telefon werden per Überweisung, Abbuchung oder Einzugsverfahren bezahlt. In den Geschäften zücken viele Kunden ihre Plastikkarten. Und das Zahlungssystem SEPA sorgt für schnelleren Geldtransfer innerhalb Europas. Doch allzu leicht passieren Fehler und das Geld erreicht den Falschen. Dann ist es wichtig zu wissen, was zu tun ist.



Foto: MEV

Karte durchziehen – fertig. Bequem, aber nicht immer ohne Tücken geht es zu in der Welt bargeldlosen Zahlens.

Banken und Sparkassen wickeln innerhalb der EU (inklusive Schweiz, Liechtenstein, Island und Norwegen) jährlich rund 73 Milliarden unbare Zahlungsvorgänge ab (Stand: 2006). Fehler sind dabei an der Tagesordnung. Wie leicht schleicht sich ein Zahlendreher bei der Eingabe der Kontonummer ein oder es verrutscht ein Komma und statt 100 Euro werden 1 000 Euro vom Konto abgebucht. Wie schnell beim Ausfüllen der Überweisung ein Dreher bei der Kontonummer passiert, weiß wohl jeder, der sich mit Bankgeschäften auskennt.

Sowohl Kunden als auch Sachbearbeitern in Banken und Sparkassen unterlaufen Fehler. Zum Glück lässt sich so mancher Schaden im Nachhinein noch reparieren – jedenfalls jetzt noch. Für den Geldtransfer innerhalb

Deutschlands gelten zurzeit noch die alten Regeln. Parallel dazu wickeln Banken und Sparkassen Überweisungen seit dem 1. Januar 2008 bereits im Einheitlichen Europäischen Zahlungsverkehrsraum SEPA (Single Euro Payment Area) ab.

Für grenzüberschreitende Überweisungen innerhalb der EU gelten schon die neuen

Passiert im Urlaub ein Malheur mit der Geldkarte sollte man sich sofort an seine Bank wenden und das Konto sperren lassen.



Foto: CC

Regeln. Statt Kontonummer und Bankleitzahl müssen sich die Kunden dann mit einer 22-stelligen IBAN (International Bank Account Number) und dem BIC (Bank Identification Code) herumschlagen. Für Frank-Christian Pauli, Banken-Referent beim Verbraucherzentrale Bundesverband in Berlin, eine ständige Fehlerquelle. Einen festen Termin, ab wann nur noch SEPA-Regeln gelten sollen, gibt es noch nicht. Bis dahin laufen beide Modelle parallel.

Überweisungen

Grundsätzlich kann eine Überweisung widerrufen werden, solange das Geld noch nicht beim Empfänger gut geschrieben ist. Allerdings weist die Bank das Geld meist noch

am selben Tag an, so dass Eile geboten ist. Es kann passieren, dass der Kunde aus Versehen eine so ungewöhnlich hohe Summe anweist, dass es der Bank hätte auffallen müssen. Bemerkt die Bank das Versehen jedoch nicht und rückt der Empfänger das Geld nicht mehr heraus, haftet die Bank nicht, denn sie ist nicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zu überprüfen, ob die Überweisungssumme angemessen ist oder nicht. Zurückbuchen geht nur mit viel Glück. Dem Kunden bleibt nur die Chance, der Bank per Telefon oder Fax eine Gegenweisung zu erteilen. Betroffen sind dabei vor allem die Nutzer des Online-Bankings. Hier werden die Überweisungen so schnell bearbeitet, dass eine Korrektur fast nicht mehr möglich ist. Besser stehen die Aussichten auf eine Rückbuchung bei Überweisungen auf

Papier. Per Gesetz sind die Banken dazu verpflichtet, Überweisungen innerhalb von drei Arbeitstagen auszuführen. Dabei wird der Tag, an dem der Auftrag erteilt wurde, nicht mitgerechnet. Läuft der Auftrag innerhalb derselben Bank, wird die Zeit für eine Korrektur knapp. Denn den Instituten stehen nur ein bis zwei Tage für die Abwicklung zur Verfügung. Bis zu fünf Tage haben Banken Zeit, eine Überweisung ins EU-Ausland zu transferieren.

Im Eifer des Gefechts kann es passieren, dass die Kontonummer einer falschen Person zugeordnet wird. Dann ist die Bank am Zug. Läuft die Überweisung mit einem Beleg, muss sie Kontonummer und Empfängername miteinander abgleichen. Entscheidend dabei ist der Name des Adressaten. Der

Kunde jedenfalls hat dabei keinen Nachteil. Erreicht sein Geld den Falschen, muss die Bank für Ausgleich sorgen. Und fehlt auf der Überweisung die Unterschrift des Kunden und die Bank führt den Auftrag dennoch aus, bekommt der Kunde sein Geld zurück. Bei der SEPA-Regel sollten Kunden mit den neuen Buchstaben- und Zahlencodes allerdings besonders gut aufpassen. Denn bei SEPA hat die IBAN Priorität. Falsche Angaben wie zum Beispiel ein Zahlendreher gehen zu Lasten des Verbrauchers.

Aber: Am 1. November 2009 tritt das neue Zahlensystem in Kraft. Dann kann der Überweisende einen Auftrag nicht mehr widerrufen, nachdem die Bank ihn angenommen hat.

Lastschrift

Es gibt zwei Arten von Lastschriften:

■ Abbuchungsauftrag

Hierbei erteilt der Kunde seiner Bank den Auftrag, die an ihn gerichtete Lastschrift von seinem Konto abzubuchen. So legt zum Beispiel der Stromversorger die Erlaubnis zur Lastschrift bei seinem Institut vor. Es informiert die Bank des Kunden und der fällige Betrag wird abgebucht. Diesen Auftrag kann der Kunde jederzeit widerrufen. Hat er aber den Auftrag einmal erteilt, gibt es für ihn keine Möglichkeit mehr, das Geld zurückzuholen. Es bleibt ihm nichts anderes übrig, als sich in diesem Fall mit seinem Stromversorger direkt auseinanderzusetzen.

■ Einzugsermächtigung

Mit diesem Verfahren arbeiten immer noch viele Geschäfte. Kunden, die dort mit der EC-Karte bezahlen wollen, legitimieren statt mit einer PIN mit ihrer Unterschrift die Abbuchung einer bestimmten Summe von ihrem Konto. Dabei bleibt ihnen aber die Möglichkeit, die Abbuchung sechs Wochen lang widerrufen zu dürfen. Ob die Rückforderung dabei zu Recht besteht oder nicht, spielt keine Rolle. Die Bank muss diesen Auftrag ausführen. Dabei gilt die Sechswochenfrist nicht – wie irrtümlich verbreitet – ab dem Auftragsdatum sondern sie beginnt erst mit dem Zugang des vierteljährlichen Rech-

nungsabschlusses. War die ganze Abbuchung unberechtigt, kann der Kunde auch noch länger als sechs Wochen reklamieren.

SEPA: Ab dem 1. November 2009 gibt es auch für Lastschriften SEPA-Regeln. Verbraucher sollen vor der Abbuchung benachrichtigt werden, um Einspruch erheben zu können. Danach bleiben ihnen acht Wochen, um die Abbuchung rückgängig zu machen. Allerdings müssen sie diese Absicht begründen.

EC-Karte

Ob im Supermarkt, beim Zahnarzt, im Restaurant oder in der Boutique, überall gehört das Bezahlen mit der EC-Karte kombiniert mit der PIN zum Alltag. Die Kunden sollten sich darüber im Klaren sein, dass bei



Der komplette Alltag wird mittlerweile davon bestimmt, mit Karte bezahlen zu können, wie hier etwa an der Tankstelle.

Eingabe der PIN – anders als bei der oben genannten Einzugsermächtigung der fällige Betrag sofort vom Konto abgebucht wird. Wird dabei eine Summe aus Versehen zweimal abgebucht, besteht selbstverständlich ein Anspruch auf Erstattung. Gerät die Karte in falsche Hände und wird sie missbraucht, stehen die Gerichte inzwischen mehr auf der Seite der Kunden. Es gibt keine generelle Regelung. Die Richter entscheiden im Einzelfall. Doch weist der Bundesverband deutsche Banken darauf hin: Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung spricht jedoch der Beweis des ersten Anscheins grundsätzlich dafür, dass der Karteninhaber die PIN auf der EC-Karte oder gemeinsam mit dieser verwahrt hat (BGH WM 2004, 2309). Der

Karteninhaber hat daher für einen anderen, von der Annahme des Anscheins abweichenden Verlauf konkrete Tatsachen vorzulegen. Mit anderen Worten: Nach Ansicht des Bankenverbandes liegt die Beweislast immer noch beim Kunden.

Kreditkarte

Der Kauf mit der Kreditkarte ist endgültig und kann nicht widerrufen werden. Kommt es zu Missverständnissen oder erweist sich die gekaufte Ware als mangelhaft, muss der Kunde mit dem Verkäufer verhandeln. Gut geführte Geschäfte zeigen sich meistens kulant und schreiben den Betrag für die zurück gegebene Ware dem Kartenkonto des Kunden gut.

Passiert es aber, dass zum Beispiel ein Kellner im Restaurant die Karte zweimal durchzieht und das Konto doppelt belastet wird, sollte sich der Karteninhaber sofort an seine Bank wenden. Je nach Bedingungen bleiben vier bis sechs Wochen Zeit dafür. Die Bank muss die Buchung dann stornieren.

Wer seine Karte sofort als gestohlen meldet, haftet nicht mehr für Schäden, die nach der Meldung entstanden sind. Für Missbrauch, der vor der Meldung geschah, ist der Kunde meistens bis zu einem Betrag von 50 Euro in der Haftung. Zur Kasse bittet die Bank für die gesamte Summe

nur dann, wenn der Karteninhaber grob fahrlässig gehandelt hat. Bei Einkäufen im Internet liegt die Nachweispflicht beim Händler. Im Streitfall muss er beweisen, dass der Kunde bei ihm eingekauft hat. Generell gilt: Wird die Karte gestohlen oder besteht Verdacht auf Missbrauch, sollte der Kunde seine Karte sofort sperren lassen.

SEPA: Zahlkarten wie die EC-Karte können schon jetzt europaweit eingesetzt werden. In Zukunft wird es viele neue Anbieter von Zahlkarten geben.

Marlene Endrueit
m.endrueit@netcologne.de

Informationen gibt es im Internet unter: www.kartensicherheit.de/sos-infopass

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Ein Trend zur geplanten Behandlung im Ausland

Die Zahl der Behandlungen im EU-Ausland übersteigt nach wie vor nicht die Ein-Prozent-Marke. Allerdings scheinen sich zunehmend mehr Patienten gezielt für eine medizinische Versorgung bei ausländischen Leistungserbringern zu entscheiden. Dies legt eine Studie der Techniker Krankenkasse Hessen nahe. Der Wunsch nach finanziellen Einsparungen spielt dabei eine wesentliche Rolle.

Rund 680 000 Deutsche lassen sich jährlich im EU-Ausland behandeln. Das sind knapp ein Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten. Zu diesem Ergebnis kommt die Landesvertretung Hessen der Techniker Krankenkasse (TK) in einer aktuell herausge-

Betriebskrankenkasse (SBKK) ihre Aufwendungen für Leistungen im europäischen Ausland für 2008 mit 0,5 Prozent der Gesamtleistungsausgaben an. In den vorhergehenden drei Jahren waren es nach Angaben der SBKK 0,6 Prozent.



Prozent (bezogen auf 2 100 befragte Mitglieder) gewesen, berichtet die TK. Die Auslandsbehandlungen fanden überwiegend in Spanien, Österreich, Frankreich, Italien, der Schweiz sowie Tschechien, Ungarn und Polen statt. Dabei handelte es sich vorwiegend um ambulante Leistungen, wie der Besuch eines Allgemeinarztes, Arznei- oder Heilmittelverordnungen und Kuren sowie – an siebter Stelle – Zahnersatz. Nach Hochrechnungen der TK auf die gesamte GKV dürfte es sich bei den Zahnbehandlungen um eine Größenordnung von mindestens 75 000 Inanspruchnahmen im EU-Ausland jährlich handeln.

Die Gründe für Auslandsbehandlungen seien vielfältig, heißt es

in der Studie. Als wichtigste Motive konnte die Kasse den Wunsch nach einem im Vergleich zu Deutschland höheren Behandlungskomfort (14 Prozent) und nach finanziellen Einsparungen bei Leistungen ausmachen, die hierzulande zuzahlungspflichtig sind, wie Zahnersatz (13 Prozent). Danach folgte die Inanspruchnahme neuer Behandlungsverfahren (sieben Prozent) sowie die Wahl von Behandlungen, die von der Schulmedizin in Deutschland nicht anerkannt werden (sieben Prozent). Als Gründe nannten die Befragten auch das gezielte



Foto: dpp ADAC-TourPress

Wie schnell ist er passiert – der Unfall auf der Urlaubsreise. Nach Angaben der TK-Studie gingen 2007 rund 60 Prozent der Auslandsbehandlungen auf Notfälle zurück.

gebenen Studie („TK-Ergebnisanalyse zu EU-Auslandsbehandlungen 2007“). Für die Untersuchung hatte die Kasse eine Befragung unter ihren 34 000 Mitgliedern durchgeführt und die Antworten von 12 000 Teilnehmern auf Deutschland hochgerechnet. Wenngleich die Ergebnisse der Studie nicht unbedingt als repräsentativ gelten können, entsprechen sie in etwa den bislang bekannt gewordenen Zahlen zu EU-Auslandsbehandlungen, die sich alle in einer Größenordnung von maximal ein Prozent bewegen. So gibt beispielsweise die Siemens

Gezielte Entscheidung

Neu an der TK-Studie ist, dass sich offensichtlich immer mehr Versicherte gezielt dafür entscheiden, medizinische Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen. Nach Angaben der Kasse gingen 2007 etwa 60 Prozent der Behandlungen auf einen Akutbeziehungsweise Notfall zurück. 40 Prozent der Leistungsansprüche waren dagegen geplant und wurden nach dem Prinzip der Kostenerstattung abgerechnet. Vier Jahre zuvor seien es lediglich sieben



Patienten gehen aber auch ganz gezielt wegen spezieller Beschwerden zur Behandlung ins Ausland – dieser Trend lässt sich laut TK-Studie zunehmend feststellen.

im EU-Ausland selbst tragen müssen. Hohe zusätzliche Kosten seien in einem Drittel der Fälle auch der Hauptgrund für eine Unzufriedenheit mit der Auslandsbehandlung gewesen, schreibt die TK. 21 Prozent der Befragten hätten sich zudem schlechter behandelt gefühlt als im deutschen Gesundheitssystem.

Verträge mit Leistungserbringern im EU-Ausland könnten nach Meinung der TK dazu beitragen, diese Hindernisse abzubauen. Auch die Siemens BKK sieht hierin einen sinnvollen Weg: „Es wird hoffentlich nicht mehr lange dauern, bis deutsche Krankenkassen mit europäischen Ärzten, Krankenhäusern sowie Heil- und Hilfsmittellieferanten flächendeckende Verträge schließen werden“, so Günther Lorff von der SBKK in München. Lorff spricht sich zudem für die Bildung von privatrechtlich organisierten europaweiten Gesundheitsunternehmen nach dem Vorbild der Kfz-Versicherung aus, die auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften Leistungen gewähren sollen.

*Petra Spielberg
Christian-Gau-Straße 24
50933 Köln*

Aufsuchen europäischer Spezialisten (fünf Prozent) und Spezialkliniken in Grenzregionen (drei Prozent).

Die Techniker Krankenkasse folgert daraus: „Zunehmende Tendenzen zu Kostendämpfung und Eigenleistungen im deutschen Gesundheitssystem (zum Beispiel Arzneimittel, Zahnbehandlungen, Kuren und Heilmittel) in Kombination mit der steigenden Qualität der medizinischen Behandlung im EU-Ausland könnten die Inanspruchnahme von EU-Auslandsbehandlungen begünstigen.“

Für eine zukunftsweisende Entwicklung des europaweiten Gesundheitsmarktes wäre es aus Sicht der TK notwendig, europaweite Qualitätsstandards zu etablieren. Zudem

hinderten derzeit noch fehlende Informationen viele Patienten daran, Gesundheitsdienstleistungen in der EU in Anspruch zu nehmen. „21 Prozent der Menschen glauben, dass sie keinen Anspruch auf eine medizinische Behandlung im EU-Ausland haben und 13 Prozent sind sich nicht sicher“, so Denise Jacoby, Sprecherin der TK.

Finanzielle Risiken

Hinzu kämen finanzielle Risiken, ungeklärte Haftungszuständigkeiten sowie sprachliche Schwierigkeiten. So haben der Studie zufolge mehr als vier Fünftel der Befragten einen Teil der Kosten für die medizinische Leistung

150 Jahre „Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“

Eine zahnärztliche Organisation schreibt Geschichte

Dominik Groß, Karin Groß, Gereon Schäfer

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) blickt im August 2009 auf eine 150-jährige Vereinsgeschichte zurück. Doch was in der Rückschau wie eine klassische Erfolgsgeschichte anmutet, stellte sich im Gründungsjahr 1859 noch völlig anders dar:



Ernst Stuck 1938 vor deutschen Zahnärzten im Reichstags Sitzungssaal in der Krolloper

Zu jener Zeit praktizierten im gesamten Gebiet des Deutschen Bundes gerade einmal 250 Zahnärzte. Dagegen waren um 1850 allein im Königreich Preußen rund 2 000 Wundärzte und mehr als 3 000 Ärzte tätig, die allesamt auch zur Zahnbehandlung berechtigt waren. Die kleine Zahl der deutschen Zahnärzte musste sich ihre Klientel zudem mit nichtapprobierten ‚Zahnkünstlern‘ teilen, die keine reguläre Ausbildung durchlaufen hatten und die Preise der Zahnärzte regelmäßig unterboten. Doch auch die Qualifikation der Zahnärzte wurde vielfach angezweifelt. Dies lag vor allem daran, dass die zahnärztliche Ausbildung – anders als die des Arztes – nicht an den Nachweis des Abiturs und an ein universitäres Studium gebunden war.

Gerade die Geringschätzung des Zahnarztberufs durch die akademische Ärzteschaft und die staatlichen Behörden machte den zeitgenössischen Zahnärzten daher zu schaffen. Als sich zum Beispiel der Berliner Hofzahnarzt Blume 1836 um den Titel eines Hofrates bewarb, wurde sein Gesuch mit folgender Begründung zurückgewiesen: „Die Zahnärzte nehmen, die Hebammen ausgenommen, den letzten Rang unter den Heilpersonen im Staat ein, der ihrem bescheidenen Wissen und Wirken auch nur angewiesen werden kann.“ Zu einem ähnlichen Ergebnis kam das Medizinalkollegium in Königsberg noch im Jahr 1865: „Die Zahnärzte gelten im allgemeinen nicht als wissenschaftlich gebildete Männer, und mit Recht.“

Aufruf zur Vereinigung

Vor diesem Hintergrund nimmt es nicht wunder, dass die deutschen Zahnärzte besonders frühzeitig den Entschluss fassten, sich berufspolitisch zu organisieren. Im Februar 1859 erschien in der ersten und bis dahin einzigen deutschen Fachzeitschrift „Der Zahnarzt“ folgender Aufruf des Lüneburger Zahnarztes David Fricke:

„Die Zahnärzte selbst haben sich von der Stufe des ärztlichen Handlangers zur Selbstständigkeit wissenschaftlicher Heilkünstler heraufgeschwungen und fühlen, dass sie das errungene Gebiet nicht nur behaupten, sondern auf demselben weiter vordringen müssen [...] Man wird zu einem Stande, der ehemals nicht des besten Rufes sich erfreut hat, Vertrauen gewinnen, und dadurch wird der Weg geebnet werden, auf welchem nur allein die Früchte jenes Strebens der Menschheit zu Theil werden können. Von diesem Gesichtspunkte aus dürfte eine im grossen durchgeführte Assoziation also auch in sozialer Beziehung des günstigsten Erfolges nicht ermangeln [...] In dieser Hoffnung und in Anerkennung der Nothwendigkeit, dass vorläufig Einer der Gleichgesinnten die Initiative ergreift, erlaube ich mir die Kollegen des gesammten Deutschen Vaterlandes zu einer Vereinigung in dem oben angedeuteten Sinne einzuladen. Diejenigen geehrten Herren Kollegen, welche an einer solchen Vereinigung persönlich Theil zu nehmen oder ihr wenigstens auf andere Weise förderlich zu sein gedenken, wollen mir gefälligst in portofreien Briefen bis zum 30. April des Jahres Ort und Zeit bestimmen, wo und wann ihnen eine Zusammenkunft am wünschenswerthesten sein würde. Am ersten Mai sollen dann die eingegangenen Stimmen gezählt, und auf Grund der Stimmenmehrheit soll unverzüglich ein Termin zur Versammlung behufs Konstituierung eines Vereins Deutscher Zahnärzte ausgeschrieben werden“ [Zahnarzt 14 (1859), S. 39–41].

DEUTSCHE ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE

August 1934

Band 1, Heft 1

ZUM GELEIT

Schritt für Schritt erkämpft sich die deutsche Zahnheilkunde ihren Platz an der Seite der großen Allgemein-Medizin. Die Tatsache des Zusammenschlusses aller wissenschaftlichen Organisationen zu einer achtunggebietenden und aktionsfähigen

DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE

ist ein wichtiger Schritt zu diesem großen Ziele. Zugleich aber bedeutet er ein Programm im Sinne einer vertieften und erweiterten modernen deutschen Zahnheilkunde, die nur gedeihen kann, wenn sie sich in beruflicher Hinsicht zum Einheitsstande der deutschen Zahn-, Mund- und Kieferheilkundigen zu entwickeln vermag. Die in dieser Willensrichtung neu geschaffenen Presseorgane sollen nun für die Zukunft die Träger dieses Einheitsgedankens für Wissenschaft und Praxis sein. Ich wünsche der Monatsschrift auf ihrem neuen Weg ein rechtes Gelingen. Darüber hinaus aber, daß jeder deutsche Zahnarzt das kleine finanzielle Opfer bringen möge, unsere wissenschaftlich fundierte deutsche Zahnheilkunde durch den regelmäßigen Bezug der Monatsschrift zu stützen und damit zugleich der deutschen Wissenschaft seinen Dank abzustatten, ohne deren gründliche Forschungsarbeit seine Berufsarbeit schlechthin unmöglich wäre.

Leipzig, August 1934

Erste Ausgabe der Zeitschrift „Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“

parasitären Karies-Theorie, und Wilhelm Conrad Röntgen trat mit den bald nach ihm benannten Strahlen an die Öffentlichkeit – eine Entdeckung, von der auch die wissenschaftliche Zahnheilkunde entscheidend profitieren sollte.

Abitur als Voraussetzung zum Zahnmedizinstudium

Doch trotz vereinter Bemühungen gelang es CVdZ und VbDZ erst im Jahr 1909, die Einführung des Abiturs als verbindliche Studienvoraussetzung für das Fach Zahnheilkunde durchzusetzen. Als 1919 schließlich in den ersten Einzelstaaten des Deutschen Reiches – vor allem dank der Initiative des Vereinspräsidenten Otto Walkhoff (siehe Abbildung links) – die zahnärztliche Doktorwürde (Dr. med. dent.) eingeführt wurde, bedeutete dies nicht nur einen berufspolitischen Erfolg, sondern auch eine deutliche Aufwertung des Zahnarztberufs und der wissenschaftlichen Zahnheilkunde. Mit der Promotionsmöglichkeit stieg auch die Zahl der Studenten der Zahnmedizin in kürzester Zeit deutlich an: Waren noch 1920 im Deutschen Reich lediglich 4459 Zahnärzte registriert, so betrug ihre Zahl fünf Jahre später schon 9137. 1923 wurde den deutschen Zahnärzten zudem die Möglichkeit zur Habilitation eingeräumt. Erfolglos blieben dagegen auch weiterhin die Versuche, mit den nichtapprobierten ‚Zahnkünstlern‘, die seit 1908 die Bezeichnung ‚Dentisten‘ führten, zu einer Kommisslösung zu gelangen.

Deutsche Gesellschaft für Zahn- und Kieferheilkunde

1926 schloss sich der CVdZ mit dem ‚Vereinsbund Deutscher Zahnärzte‘ zum ‚Zentralverein – Deutsche Gesellschaft für Zahn- und Kieferheilkunde‘ (DGZK) zusammen. Diese Maßnahme war nötig geworden, weil der zwischenzeitlich gegründete ‚Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands‘ mehr und mehr die Führung in interessenpolitischen Fragen übernommen hatte und den Vereinsbund somit seiner eigentlichen Funktion beraubte.

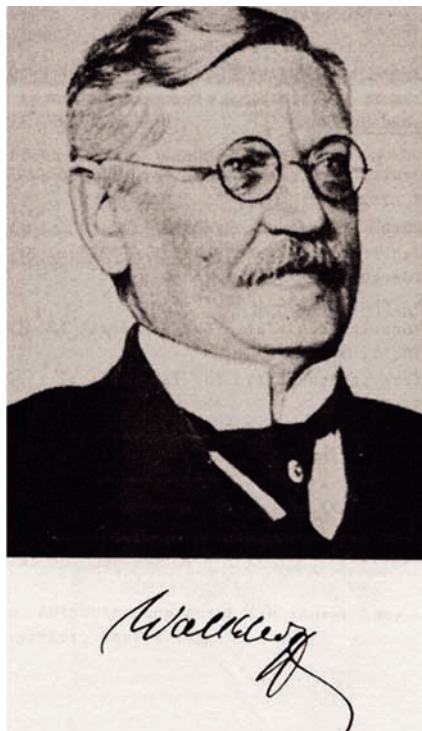
Quelle: Groß

Der Central-Verein deutscher Zahnärzte

Am 1. August 1859 riefen 26 deutsche Zahnärzte im Rahmen einer Gründungsversammlung in Berlin den „Central-Verein deutscher Zahnärzte“ – den „Vorläufer“ der DGZMK – ins Leben. Mit den ‚Mitteilungen des Central Vereins deutscher Zahnärzte‘ schuf der erste Präsident des Vereins, Dr. Moritz Heider, innerhalb eines Jahres zudem ein eigenes Publikationsorgan, das durchaus hohen wissenschaftlichen Anforderungen genügte. Die jährlich veranstalteten Tagungen fanden rasch große Beachtung, und die Zahl der Vereinsmitglieder nahm langsam, aber kontinuierlich zu (siehe Abbildung S. 88). Breiten Raum innerhalb der Vereinsarbeit nahmen zudem der Kampf gegen die wachsende Zahl nichtapprobierter Zahnkünstler (siehe Abbildung S. 86) und die Maßnahmen zur Verbesserung der zahnärztlichen Ausbildung ein.

Als 1891 der ‚Vereinsbund Deutscher Zahnärzte‘ (VbDZ) gegründet wurde, beschränkte sich der CVdZ in zunehmendem Maße auf wissenschaftliche Belange, während der Vereinsbund vor allem die berufspolitisch relevanten Themen aufgriff. Doch gerade in der Frage der zahnärztlichen Ausbildung kam es auch in der Folgezeit zu gemeinsamen Initiativen. Vor allem nach 1880 erlebte die Zahnheilkunde in Deutschland eine bemerkenswerte Dynamik: So nahm etwa

die Zahl der zahnärztlichen Vereine und damit der Organisationsgrad der Zahnärzte in Deutschland zwischen 1880 und 1910 merklich zu. Willoughby Dayton Miller, von 1900 bis 1906 Vorsitzender des CVdZ, wurde mit seinem weltweit beachteten Buch über „Die Mikroorganismen der Mundhöhle“ zum Begründer der chemisch-



Vereinspräsident Otto Walkhoff [Abbildung aus G. Rohmeier: Otto Walkhoff (1860-1934): Leben und Werk, Würzburg (Diss. med.) 1985]

Foto: zm

Die zahlenmäßige Entwicklung der Zahnkünstler/Dentisten und der Zahnärzte in Deutschland

Jahr	Zahl der Zahnärzte	Jahr	Zahl der Zahnkünstler/ Dentisten
1878	438	1878	735
1890	696	1890	2100
1895	1071	1895	3500
1909	2667	1909	5000
1914	4000	1914	8500
1926	8300	1926	14500
1937	16319	1937	20000
1949*	11921	1949	12050
1952*	14342	1952	14595
1958*	31285**	1958	75

*Alte Bundesländer (außer Saarland und Berlin)

** Einschließlich fortgebildete Dentisten

Quelle: Groß

Entwicklung der Dentisten und Zahnärzte 1878 – 1958

1933: Die erste DGZMK

Die überwiegend wissenschaftlich orientierte DGZK wurde bereits nach sieben Jahren erneut reorganisiert: Auf Initiative des nationalsozialistischen ‚Reichszahnärztführers‘ Ernst Stuck kam es 1933 nach der Machtübernahme durch Adolf Hitler zur Gründung der ‚Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde‘ (siehe Foto S. 84). Gleichzeitig wurde eine neue Satzung verabschiedet, die Stuck unter anderem das Recht zur Berufung und Absetzung des Vereinsvorsitzenden zubilligte. Eine wesentliche Aufgabe der neu strukturierten DGZMK sollte es sein, „einen wissenschaftlichen Führerstamm heranzubilden, der Träger der großen wissenschaftlichen und allgemeinen Gesichtspunkte des Faches ist, und dessen Aufgabe es ist, die jüngere Generation mit dem Geiste echter Wissenschaft und eines echten priesterlichen Arzttums zu durchdringen“ [Dt. zahnärztl. Wschr. 37 (1934), S. 19]. Bereits die Wortwahl deutet an, dass das nationalsozialistische Gedankengut vor den Zielen des zahnärztlichen Dachverbandes nicht Halt machte.

Der Deutsche Zahnärztetag

In jedem zweiten Jahr sollte aus Anlass des ‚Deutschen Zahnärztetages‘ eine große Tagung für Mund-, Zahn- und Kieferheil-

kunde erfolgen [Dt. zahnärztl. Wschr. 36 (1933), S. 1193; auch Marezky/Venter (1974), S. 209]. Zudem wurden neben der freiwilligen Teilnahme an Fachveranstaltungen auch sogenannte Pflichtfortbildungen eingeführt, deren Durchführung dem neu gegründeten Reichsfortbildungsausschuss oblag. Dagegen stellte

Jahrestagung der DGZMK 1968 in Köln: der designierte Präsident Eugen Fröhlich (links) im Gespräch mit dem amtierenden Generalsekretär Hugo Forstmann (rechts) und dem amtierenden Präsidenten Gerhard Steinhardt (Bildmitte)

Foto: Manfred Strabburg



man das aktuelle Vereinsorgan, die ‚Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde‘, 1933 ein. Als Vereinszeitschrift wurde 1934 die ‚Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde‘ ins Leben gerufen (siehe Abbildung S. 85). Sie sollte „Wissenschaftler und Praktiker“ in der Forschung verei-

nen und der „Deutschen Wissenschaft dienen, die in ihrer höchsten und schönsten Form ein Dienst am Volke, am leidenden Menschen“ sei.

Der 2. Weltkrieg brachte das Aus der Gesellschaft

Das Ende des Zweiten Weltkriegs brachte das vorübergehende Aus der Gesellschaft. Die Aufteilung des deutschen Territoriums in Besatzungszonen, aber auch das von den Alliierten verfügte Vereinsverbot waren verantwortlich für die Tatsache, dass die DGZMK nach dem Ende des Krieges zunächst nicht fortbestand.

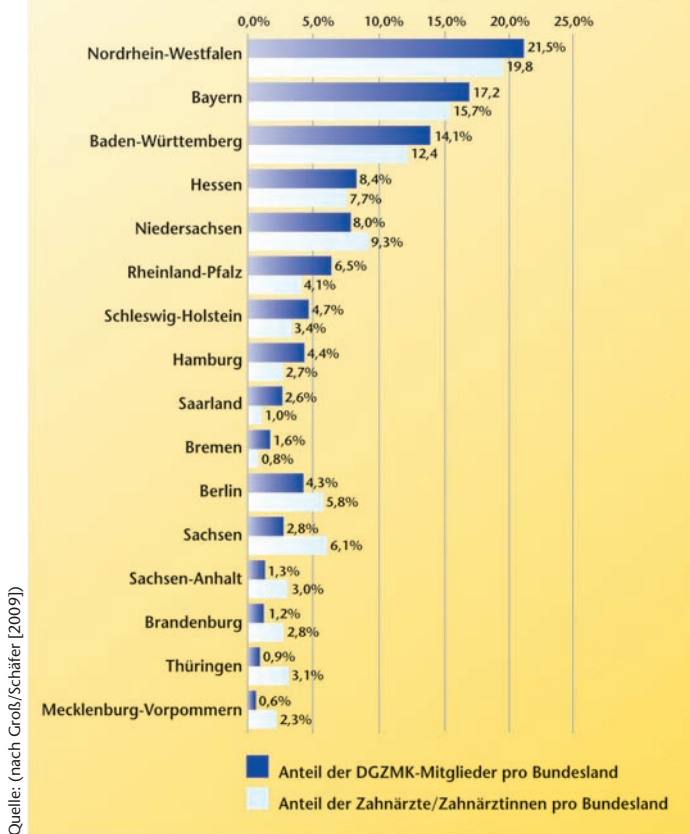
Erst 1949 gelang ihre Rekonstituierung mit zunächst 280 Mitgliedern. Gleichzeitig fand die Gesellschaft wieder zur einstigen Selbstständigkeit zurück.

Die dzz kommt aus Bayern

1950 wurde die bereits 1946 zunächst als Organ der Bayerischen Landeskammer gegründete ‚Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift‘ zum Publikationsorgan der DGZMK

erklärt und damit eine wichtige Voraussetzung einer erfolgreichen wissenschaftlichen Tätigkeit geschaffen. In der Folgezeit konnte die DGZMK ihre Stellung als führende Fachgesellschaft der deutschen Zahnärzte festigen. 1952 gelang die vollständige Wiederaufnahme der im Zweiten

Anteil der Zahnärzte/Zahnärztinnen pro Bundesland, verglichen mit Anteil der DGZMK-Mitglieder pro Bundesland (Stand: 2008) (nach Groß/Schäfer [2009])



Anteil der Zahnärzte/
Zahnärztinnen pro
Bundesland, vergli-
chen mit Anteil der
DGZMK-Mitglieder
pro Bundesland
(Stand: 2008)

Weltkrieg abgerissenen internationalen Beziehungen. Auch in Bezug auf den Dualismus zwischen den Zahnärzten und den Dentisten kam es nun zu einer Einigung: In der ersten Legislaturperiode des Bundestages wurde das ‚Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde‘ vom 31. März 1952 angenommen. Der Dentistenberuf wurde auf den ‚Aussterbeetat‘ gesetzt. Bereits zugelassene Dentisten konnten im Gegenzug unter gewissen Voraussetzungen in den Zahnärztestand aufgenommen werden. Aufgrund jener Übergangsregelung stieg die Zahl der Zahnärzte binnen kurzer Zeit stark an. Um dem dadurch bedingten Zuwachs an Mitgliedern und den damit verbundenen organisatorischen Aufgaben gerecht zu werden, reagierte die DGZMK mit einer Erweiterung des Vorstandes von sieben auf neun Personen.

In der Mitte der 1960er Jahre setzte in den Reihen des Vorstands eine Diskussion über die künftige Programmatik der Gesellschaft ein (siehe Foto S. 86). Trotz anerkannt guter Jahrestagungen und trotz des ungebrochenen Engagements der Verantwortlichen fiel die Zahl der Mitglieder 1968 nach 20 Jahren erstmals unter 8 000.

Akademie Praxis und Wissenschaft

Als wegweisend erwies sich in dieser Situation der Entschluss, eine Tochtergesellschaft zu konstituieren, die der systematischen Fortbildung des praktischen Zahnarztes auf wissenschaftlicher Basis dienen sollte. Zu diesem Zweck wurde 1974 die Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) ins Leben gerufen. Im Rahmen der APW wurden den Mitgliedern der DGZMK Fortbildungskurse angeboten. Die neue Einrichtung stieß von Anfang an auf großes Interesse. Die hohe Akzeptanz der APW verhalf auch der DGZMK zu einer neuerlichen Aufwärtsentwicklung: 1982 wurden erstmals wieder mehr als 8 000, 1989 mehr als 9 000 Mitglieder gezählt.

Eine weitere Zäsur in der Geschichte der DGZMK stellte die Wiedervereinigung Deutschlands dar. Die politische Wende bot nicht nur die Chance auf einen freien wissenschaftlichen Austausch, sondern ermöglichte den ostdeutschen Zahnärzten nunmehr auch den Eintritt in die Fachgesellschaft. Obwohl der erhoffte Zustrom von Mitgliedern aus Ostdeutschland ausblieb –

bis heute sind Zahnärztinnen und Zahnärzte aus den neuen Bundesländern in der DGZMK unterrepräsentiert (siehe Abbildung S. 87) –, stellte sich die Gesellschaft am Ausgang des 20. Jahrhunderts als moderne und zukunftsorientierte Organisation dar. Der Geschäftsverteilungsplan der DGZMK von 1997 führte neben der APW bereits sieben (Fach-)Gesellschaften, fünf Arbeitsgemeinschaften, sechs – teilweise in-

bau der mit ihr assoziierten beziehungsweise verbundenen Organisationen und die mit 4000 Mitgliedern stark aufstrebende Akademie Praxis und Wissenschaft. In der Fort- und Weiterbildung wurden mit der Zertifizierung und dem modularen System neue Wege beschritten. Die Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde und die Etablierung eines von Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztlicher Bundesverei-

ethischer Fragen für das Selbstverständnis der deutschen Zahnärzteschaft – angefangen von der Forderung nach Anschluss an die international etablierte Spezialdisziplin ‚Ethik in der Zahnheilkunde‘ bis hin zur aktuellen Diskussion der Rolle des 1948 verabschiedeten Genfer Gelöbnisses. Schließlich galt und gilt es den geschlechtsspezifischen Veränderungen innerhalb der deutschen Zahnärzteschaft Rechnung zu tragen: 2002 schlossen schließlich erstmals mehr Frauen als Männer das Studium der Zahnheilkunde ab, und mittlerweile übersteigt auch der Anteil der weiblichen Promovierten im Fach Zahnheilkunde denjenigen der Männer. Doch obwohl der Frauenanteil unter den deutschen Zahnärzten bereits bei rund 40 Prozent angelangt ist – bei deutlich steigender Tendenz –, beträgt die Quote der weiblichen Mitglieder in der DGZMK lediglich 27 Prozent. Auch in den Vorständen der DGZMK und der assoziierten Organisationen sind Frauen nach wie vor deutlich unterrepräsentiert. Für die DGZMK ist die verstärkte Integration und Förderung weiblicher Mitglieder folglich eine Zukunftsfrage von übergeordneter Bedeutung – nicht allein aufgrund der bestehenden Verantwortung gegenüber den jungen, künftig mehrheitlich weiblichen Kollegen. Und so ist die Entwicklung der DGZMK zwar durchaus eine Erfolgsgeschichte – aber zugleich auch die Geschichte einer Organisation, die sich fortwährend neuen Herausforderungen gegenüber sieht, die eben diesen Erfolg auf die Probe stellen.

Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. med. Dr. med. dent.
Dominik Groß
Dr. med. Karin Groß
Dr. med. Gereon Schäfer
Institut für Geschichte, Theorie & Ethik der
Medizin der RWTH Aachen
Universitätsklinikum Aachen
Wendlingweg 2
52074 Aachen
dgross@ukaachen.de

Literatur:
Dominik Groß, Gereon Schäfer, *Geschichte der DGZMK (1859-2009)*, Berlin: Quintessenz 2009

Mitgliederbewegung des CVdZ von 1859 bis 1891.

Jahr	Anzahl der Mitglieder
1859	21 ^a
1861	84 ^b
1865	106 ^c
1867	99 ^d
1868	125 ^e
1869	127 ^f
1871	125 ^g
1872	129 ^h
1874	139 ⁱ
1875	128 ^j
1876	134 ^k
1878	134 ^l
1879	126 ^m
1880	136 ⁿ
1881	155 ^o
1882	153 ^p
1883	131 ^q
1884	144 ^r
1885	144 ^s
1891	156 ^t

Mitgliederbewegung des CVdZ von 1859 bis 1891

Quelle: Groß

terdisziplinäre – Arbeitskreise und mehrere Kommissionen an, die alle wesentlichen Bereiche der wissenschaftlichen Zahnheilkunde abdeckten.

In den ersten zehn Jahren des neuen Millenniums bewies die DGZMK schließlich die Fähigkeit, das Erbe der Gründungsväter des ‚Central-Vereins deutscher Zahnärzte‘ den aktuellen fachlichen, gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen anzupassen. Dies zeigt bereits der Blick auf die 2002 verabschiedete, in mehreren Punkten veränderte Satzung, die nun auch eine Reihe außerordentlicher Mitgliedschaften zulässt und sich expressis verbis der Beratung politischer Gremien geöffnet hat; Ausdruck einer dynamischen Weiterentwicklung sind aber auch die wachsende Zahl und die unterschiedliche konzeptionelle und inhaltliche Ausrichtung der Publikationsorgane der DGZMK, der Aus-

nigung und Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gemeinsam ausgerichteten ‚Deutschen Zahnärzteschaft‘ versinnbildlichen ihrerseits den gezielten Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Standespolitik. Die von der DGZMK vertretene zunehmende Orientierung der Zahnheilkunde an der Medizin – programmatisch greifbar in der neuen Schreibweise ‚Zahn-Medizin‘ – gehört ebenfalls zu den Entwicklungen der vergangenen zehn Jahre. Damit eng verbunden ist die Forderung nach einer Reform der zahnärztlichen Ausbildung, die sich längst zu einem Dauerbrenner entwickelt hat.

Die weibliche „Großmacht“

Eine weitere Novität des letzten Dezenniums ist die stärkere Betonung historischer und

zm – Zahnärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
Behrenstraße 42
D-10117 Berlin
Tel.: +49 30 280179-40
Fax: +49 30 280179-42
E-Mail: zm@zm-online.de
www.zm-online.de

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
Stefan Grande M.A., (Praxismanagement, Finanzen, Recht) sg;
E-Mail: s.grande@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, M.A., (Politik, EDV, Technik, Leitung Online), ck;
E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Sara Friedrich, M.A. (Volontärin), sf; E-Mail: s.friedrich@zm-online.de
Meike Patzig, M.A. (Redaktionsassistentin), mp;
E-Mail: m.patzig@zm-online.de

Layout/Bildbearbeitung:

Piotr R. Luba, lu; Caroline Götzger, cg; Kai Mehnert, km

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.

Mitgliedern einer Zahnärztekammer empfehlen wir, sich bezüglich einer Änderung der Lieferanschrift direkt an die Bundeszahnärztekammer unter Tel. +49 30 40005122 zu wenden.

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.

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.: +49 2234 7011-0
Fax: +49 2234 7011-255 oder -515
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:

Norbert Froitzheim
E-Mail: Froitzheim@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement:

Nicole Ohmann, Tel. +49 2234 7011-218
E-Mail: Ohmann@aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. +49 2234 7011-243
E-Mail: Pinsdorf@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten:

Nord/Ost: Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Mitte/Südwest: Dieter Tenter
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775
E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Süd: Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414
E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. +49 2234 7011-270
E-Mail: Graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. +49 2234 7011-278
E-Mail: Krauth@aerzteverlag.de

Datenübermittlung Anzeigen:

ISDN +49 2831 396-313, +49 2831 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. 51, gültig ab 1. 1. 2009.

Auflage Lt. IVW 2. Quartal 2009:

Druckauflage: 82 333 Ex.

Verbreitete Auflage: 81 196 Ex.

99. Jahrgang

ISSN 0341-8995

DGK-Praktikerpreis



Dr. med. Vanêssa de Moura Sieber (GABA GmbH), Dr. Katharina Bücher (Preisträgerin), Prof. Dr. Christian Hirsch (DGK-Präsident) (v.l.n.r.)

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) hat anlässlich ihrer Jahrestagung in München den DGK-Praktikerpreis an Dr. Katharina Bücher aus München verliehen. Dr. Bücher erhielt die Auszeichnung für ihre Fallpräsentation „Erhalt stark kompromittierter Traumazähne – Chancen und Limitationen“. Der Preis wird jährlich mit Unterstützung der GABA GmbH, Spezialist für orale Prävention, vergeben.

Prof. Dr. Christian Hirsch, Präsident der DGK, begründete die Preisvergabe: „Der Vortrag von Frau Dr. Bücher überzeugte nicht nur durch gut aufbereitete und nachvollziehbar illustrierte Fallpräsentationen, sondern auch durch seine gelungene Synthese von Praxisbezug und wissenschaftlichem Hintergrund.“ Komplexe Frontzahntraumata seien einerseits für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ein einschneidendes Ereignis und stellten andererseits hohe

Anforderungen an die behandelnden Zahnärzte. Dr. Andrea Engl, Direktorin Medizinische Wissenschaften bei GABA, unterstrich die Bedeutung des Kindes als Patient für die Arbeit der GABA: „Durch zahlreiche nationale und internationale Präventionsprojekte sowie durch unsere Kommunikationsarbeit verfolgen wir das Ziel, Eltern und Zahnärzten Informationen über das Kind und seine Bedürfnisse im Bereich orale Prävention zu vermitteln. Unsere Unterstützung des DGK-Praktikerpreises soll ebenfalls zu diesem Anliegen beitragen.“

sp/pm

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen
Tel.: 030/280179-52
Fax: 030/280179-42
Postfach 080717, 10007 Berlin
e-mail: zm@zm-online.de

Günter Preuß verabschiedet, Herbert Pfennig folgt nach

Bei der Vertreterversammlung der apoBank am 19. Juni 2009 in Neuss wurde der langjährige Vorstandssprecher Günter Preuß verabschiedet, der in den Ruhestand geht.

Preuß wurde 1995 in den Vorstand der apoBank berufen, wo er seit 2004 als Vorstandssprecher eine der kräftigsten Wachstumsphasen der apoBank wesentlich mitgestaltete.

Der ebenfalls scheidende Aufsichtsratsvorsitzende Dr. Wilhelm Osing würdigte Preuß' Engagement. Preuß habe die apoBank kräftig ausgebaut, ihre Marktanteile und auch die Rentabilität erhöht. Von ihm seien die wesentlichen Impulse ausgegangen, die die apoBank zu einer Bank im Gesundheitswesen mit einem unverwechselbaren Profil entwickelt hätten.

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, zeichnete den scheidenden Vorstandssprecher mit dem Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft aus. Zudem wurde Preuß im Hinblick auf seine großen Verdienste um die Weiterentwicklung des Instituts zum Ehrenmitglied der Bank ernannt.

Zum 1. Juli 2009 übernahm Herbert Pfennig (54) die Funktion des Vorstandssprechers der apoBank. Pfennig war zuvor stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Frankfurter Sparkasse, deren Vorstand er seit 2004 angehörte. Die Berufsjahre davor



Günter Preuß



Herbert Pfennig

waren durch eine erfolgreiche Karriere bei der Dresdner Bank mit prominenten Führungsfunktionen im In- und Ausland geprägt.

sg

Fahndung

Kriminalpolizeiinspektion Saarbrücken

Knochenfund einer unbekanntenen Person – Prothesenfund



Am 23. April 2009 wurden im Bereich Perl-Besch/Saarland Knochen einer unbekanntenen Person gefunden. Bei deren Bergung fand sich ebenfalls eine Oberkiefervollprothese und eine in zwei Fragmente zerbrochene Unterkieferteilprothese. Kiefer, Zähne, Kieferfragmente oder Zahnfragmente waren nicht aufzufinden. Beide Prothesen bestehen vom Aspekt aus einer Kunststoffbasis und Kunststoffzähnen, sowie einem Metallzahn. Die Konstruktion der Unterkieferteilprothese lässt annehmen, dass zum Zeitpunkt ihrer Anfertigung die Zähne 43, 44 und 46 (oder 47) noch vorhanden waren. An beiden Prothesen zeigen sich Zahnstein und Verfärbungen, möglicherweise durch Tabakrauch verursacht. Die Abrasion der Prothesenzähne erscheint gering. Die Halteelemente regio 43 und regio 46 sind vom Aspekt nicht individuell gegossen, sondern eher Fertigteile/Halbzeuge, mögli-

cherweise aus Aluminium. Der Metallprothesenzahn 47 und das Halteelement regio 46 erscheinen hierbei als ein zusammenhängendes Fertigteil/Halbzeug. Die Oberkiefervollprothese zeigt sich in regio 17 und 16 stark eingeschliffen. Dies lässt vermuten, dass der Zahn in regio 46 zur Tragezeit der Unterkieferteilprothese erheblich elongiert war. Die Prothesenzähne 27 und 37 sind nicht aufgestellt. Die Oberkiefervollprothese zeigt palatinal einen Metallring der typischerweise zu einem Prothesensauger gehört.

Die Kriminalpolizei bittet um Mithilfe bei folgenden Fragen:

**Wer kennt die Person, der diese Prothesen eingegliedert wurden?
Wer erkennt die abgebildeten Prothesen und/oder hat sie angefertigt?**

Hinweise erbeten an:

**Landespolizeidirektion
Kriminalpolizeiinspektion
Saarbrücken
Alte-Brauerei-Straße 3
66740 Saarlouis
Herrn KOK Jürgen Mahren
Tel.: 06831/901-318
Fax: 06831/901-305
Kriminalpolizeiinspektion@polizei.slpol.de**

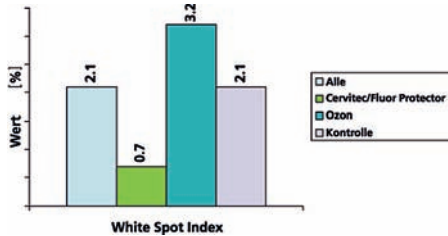
Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 94

Ivoclar Vivadent

Prävention von White-Spot-Läsionen

Während der kieferorthopädischen Behandlung mit Multi-bracket-Apparaturen treten häufig Initial-Läsionen auf. In einer an der Universität Bern durchgeführten Studie wurde untersucht, wie wirksam Ozon einerseits und ein chlorhexidinhaltiger Cervitec/Fluor Protector kombiniert mit einem Fluoridlack andererseits zur Prävention von White-Spot-Läsionen sind (Kronenberg et al. 2009). Das Ergebnis: Die Anwendung einer Kombination von Chlorhexidinlack und Fluoridlack beugt der Bildung von White-Spot-Läsionen deutlich besser vor als die Anwen-



dung von Ozon. Bei den getesteten Präparaten handelte es sich um das chlorhexidinhaltige Cervitec und um Fluor Protector mit Fluorid. Beide Produkte stammen von Ivoclar Vivadent. Als Ozonquelle diente HealOzone von KaVo.

Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen, Jagst
Tel.: 0 79 61 / 889 - 0
www.ivoclarvivadent.de
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de

CAMLOG

Bissregistrierpfosten für Implantate



Die neuen Camlog Bissregistrierpfosten sind für die implantatgestützte Erfassung und Übertragung der Kieferrelation entwickelt worden. Sie erlauben die Herstellung eines präzisen Bissregistrats auch bei limitierten okklusalen Platzverhältnissen und bei ungenügender Restbeziehung. Die farbcodierten Pfosten haben eine prothetische Höhe von 8,1 mm. Zur Bissregistrierung werden die Kappen für Bissnahme verwendet oder es wird ein verblocktes Bissregistrat ohne

Kappen hergestellt. Ein Verblocken der Bissregistrierpfosten mit Kunststoff ist insbesondere bei stark reduziertem Restzahnbestand oder bei zahnlosen Patienten zum Erreichen einer optimierten Abstützung des Bissregistrats zu empfehlen. Die Verblockung ist auch bei divergierenden Implantaten möglich, was durch eine – im Vergleich zur Tube-in-Tube-Verbindung – verkürzte Pfosten-Implantatverbindung erreicht wird.

CAMLOG Vertriebs GmbH
Maybachstraße 5
71299 Wimsheim
Tel.: 0 70 44 / 94 45 - 100
Fax: 08 00 / 94 45 - 000
http://www.camlog.de
E-Mail: info.de@camlog.com

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

MICRO-MEGA

Praktikables Endofeilen-System



Mit Revo-S hat Micro-Mega ein neues Endofeilen-System herausgebracht, das die Behandlung von Wurzelkanälen vereinfacht, sicherer macht und die Behandlung verkürzen kann. Es besteht aus nur drei Feilen, die eine komplette Wurzelkanalbehandlung ermöglichen. Optional können weitere drei Feilen zur Erweiterung des Apex eingesetzt werden. Revo-S besitzt einen asymmetrischen Querschnitt, der die Feile unter Drehung in Oszillation versetzt und somit ein Vordringen im Wurzelkanal erleichtert. Flexibilität und Bruchfestigkeit konnten ebenfalls erreicht werden. Gleichzeitig bietet die asymmetrische Feile während der Drehung mehr Platz zum Abtransport des Debriss. Kooperationen mit Spezialisten

aus den Universitäten Halle und Freiburg belegen die Praktikabilität des Revo-S Systems. Micro-Mega bietet Seminare an, die in Theorie und Praxis die Anwendung des Revo-S Systems vermitteln. Die Seminare finden an folgenden Terminen statt: am 29.9. in Berlin, am 12.11. in Wiesbaden, am 2.12. in Hamburg und am 9.12. in Freiburg. Nähere Infos sind bei Dr. Stephan Gruner, Country Manager von Deutschland und Österreich, erhältlich (Tel.: 0160/97364634).

MICRO-MEGA GmbH & Co. KG
Hafenstraße 1
77694 Kehl
Tel. 0 60 81 / 44 390
Fax: 0 60 81 / 44 39 25
http://www.micro-mega.com
E-Mail: stephan.gruner@micro-mega.com

Hu-Friedy

Neuer Zahnchirurgie-Katalog

Hu-Friedy hat seinen Hauptkatalog überarbeitet und veröffentlicht zusätzlich einen speziellen Zahnchirurgie-Katalog. Dieser enthält eine übersichtliche Zusammenstellung innovativer Entwicklungen für die Zahnchirurgie und die Mikrochirurgie, die aus der engen Zusammenarbeit von Hu-Friedy mit international führenden Experten erwachsen sind. Im Hauptkatalog finden Zahnarztpraxen und Dentalkliniken mehr als 2400 Artikel und Dienstleistungen,



mit denen der Praxisalltag einfacher und die Versorgung der Patienten besser wird.

Hu-Friedy
Rudolf-Diesel-Straße 8
69181 Leimen
Tel.: 0 62 24 / 97 00 - 70
Fax: 0 62 24 / 97 00 - 97
http://www.hu-friedy.de
E-Mail: info@hufriedy.eu

GABA

Materialien online abrufbar

Alle Materialien der Pressekonferenz der European Federation of Periodontology (EFP) auf der Europerio 6 2009 in Stockholm sind nun unter www.gaba.com/europerio online abrufbar. Ebenso sind hier sämtliche Materialien des Gaba-Symposiums zum Thema Halitosis zu finden. Zu beiden Veranstaltungen sind auch audiovisuelle Beiträge verfügbar. Themen der Pressekonferenz waren unter anderem der Zusammenhang zwischen parodontalen Erkrankungen und einer frühzeitigen Sterbewahr-

scheinlichkeit. Am Nachmittag des gleichen Tages fand auf der Europerio 6 das Gaba-Symposium zum Thema Halitosis statt. Dort ging es um Ätiologie, Messbarkeit und Behandlung von Halitosis, den möglichen Zusammenhang von bestimmten Bakterien-Spezies und oral bedingtem Mundgeruch sowie um den Zusammenhang von Biofilmen und Halitosis.

GABA International
Grabetsmattweg
CH-4106 Therwil
Tel.: +41 61 415 60 78

IFG

ParoPerio Kongress in Köln

Anfang Mai fand der 1. ParoPerio Kongress der Internationalen Fortbildungsgesellschaft (IFG) aus Timmendorfer Strand als Gemeinschaftsveranstaltung mit dem Privatinstitut für Parodontologie und Implantologie München (IPI) statt. Mehr als 1 000 Teilnehmer erlebten in Köln einen Kongress rund um Parodontologie und PerioProthetik. An zwei Tagen wurde ein vielschichtiges Programm geboten, das Themenbereiche wie „Behandlungsplanung und Entscheidungshilfen“, „Furkationsbefallene Molaren“ oder „Platformswitching in der Implantologie zur Erhaltung der parodontalen Strukturen“ umfasste. Mit Standing Ovationen kürten die Teilnehmer das Referat von Prof. Dr. Alexander Gutowski, der aus 35 Jahren Praxiserfahrung über den „Kombiniert-festsitzend-abnehmbaren Zahnersatz

mit Teleskopen auf natürlichen Pfeilern und Implantaten im parodontal reduzierten Gebiss“ berichtete. Für die Organisation der Veranstaltung waren Wilhelm Hakim, geschäftsführender Gesellschafter der IFG (Foto) sowie Dr. Wolfgang Drücke mit ihrem Team verantwortlich. Der nächste Kongress der IFG findet am 20./21. November 2009 in Hamburg statt.

IFG
Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH & Böse
Dentale Spezialitäten GmbH
Wohldstraße 22
23669 Timmendorfer Strand
Tel.: 0 45 03 / 77 99 33
Fax: 0 45 03 / 77 99 44
<http://www.best-practice-2009.de>
<http://www.ifg-hl.de>
E-Mail: hakim@ifg-hl.de



KaVo

Leistungspakete für Praxiseinsteiger

Mit KaVo „GO“ – der Gründer Offensive erhalten Existenzgründer Preisnachlässe auf definierte Produkte. Mit KaVo Einheiten und Präzisionsinstrumenten können Zahnärzte von Beginn an auf Qualität und Ergonomie achten. Zur weiteren Ergänzung der Praxisausstattung bietet KaVo Systeme im Bereich Diagnostik und Bildgebung an. Existenzgründer profitieren auch bei diesen Produkten von Preisnachlässen. Therapiegeräte wie der KEY 3+ Laser oder das HealOzone Gerät ermöglichen vielfältige Behandlungsmöglichkeiten sowie Sparpotenziale in der Anschaffung über KaVo „GO“. Um die Sonder-



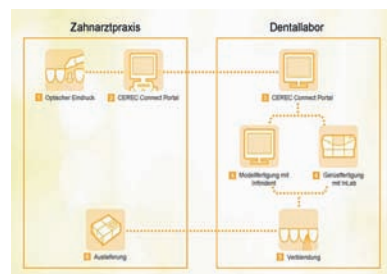
konditionen nutzen zu können, ist es nicht erforderlich, Behandlungseinheiten zu kaufen.

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.com

Sirona

Finale Testphase für Cerec Connect

Mit einem großen Erprobertreffen hat Sirona die finale Testphase für Cerec Connect eingeläutet. In den verbleibenden Monaten bis zur Markteinführung Ende des Jahres prüft die gemischte Erproberrunde, bestehend aus neuen wie erfahrenen Cerec-Zahnärzten und inLab-Zahntechnikern, den vollständigen Workflow in Praxis und Labor auf Herz und Nieren: Von der digitalen Abformung im Patientenmund mit der Cerec Bluecam und der Cerec Connect-Software über den Versand der digitalen Modelldaten und Bestellung der Restauration beim zahn-technischen Labor via Cerec Connect Portal. Im nächsten Schritt bestellt der Zahntechniker im Bedarfsfall ein Modell, das im Stereolithographie-Verfahren zentral bei Sirona hergestellt und an das



Labor gesendet wird. Parallel dazu kann der Zahntechniker auf Basis der digitalen Modelldaten die bestellte Restauration mit dem inLab-System am PC im eigenen Labor bereits konstruieren, ausschleifen und sintern. Nach Eingang des Modells passt er die prothetische Arbeit wie gewohnt auf, verblendet sie und sendet sie zurück in die Praxis.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51 / 16 - 0
Fax: 0 65 21 / 16 25 91
<http://www.sirona.de>
E-Mail: contact@sirona.de

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

VOCO

Neues Befestigungssystem

Bifix SE ist ein neues dualhärten- des, selbstadhäsives Befestigungssystem auf Composite-Basis von Voco. Es dient der schnellen Befestigung von indirekten Restaurationen und Wurzelstiften und eignet sich für unterschiedliche Materialien wie Keramik, Zirkonoxid, Composite und Metall. Seine Verwendung erfordert keine zusätzlichen Haftvermittler oder Konditionierungsmittel. Dadurch entfallen zeitaufwendiges Ätzen und Bonden. Dank guter Haftwerte sorgt Bifix SE sowohl auf der Zahnhartsubstanz als auch auf Restaurationsmaterialien für einen sicheren Verbund zwischen Zahn und Versorgung. Aufgrund der minimalen Filmdicke wird die Passge-



naugigkeit der Restauration nicht beeinträchtigt. Bifix SE polymerisiert durch Licht- und chemische Härtung; daher eignet es sich für wandstarke oder opake Restaurationen und bei jeder Kavitätentiefe.

VOCO
Anton-Flettner-Straße 1 - 3
27472 Cuxhaven
Tel.: 0 47 21 / 719 - 0
Fax: 0 47 21 / 719 - 109
<http://www.voco.de>
E-Mail: info@voco.de

DENTSPLY DeTrey

Lernen von Professor Cantatore

Prof. Dr. Giuseppe Cantatore, einer der weltweit führenden Endodontologen, referiert auf Einladung von Dentsply DeTrey unter dem Titel „High-End-Aufbereitung und Warmobturation“ am 28. November 2009 in Essen. Zahnärzte, die bereits maschinell aufbereiten und thermoplastisch obturieren, lernen fortgeschrittene Techniken kennen – von der maschinellen Darstellung des Wurzelkanals über dessen Aufbereitung mit NiTi-Instrumenten bis hin zur thermoplastischen Obturation. Im Anschluss an einen reich bebilderten und durch eine Fülle an Studien gestützten Vortrag wird der Spezialist am Master-Mikroskop live demon-

trieren, wie man den Wurzelkanal maschinell aufbereitet und füllt. Neben der Präsentation und Diskussion von Fallstudien komplettiert ein praktischer Hands-on-Teil den Kurs. Die Veranstaltung findet von 13 bis 18 Uhr in englischer Sprache statt. Die Teilnehmerzahl ist limitiert; die Kursgebühr beträgt 279 Euro. Anmeldungen unter praxisDienste, Brückenstraße 45, 69120 Heidelberg, Telefon: 06221/6499710, Fax: 06221/64997120.

DENTSPLY DeTrey
DeTrey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 0 80 00 / 73 50 00 (gratis)
Fax: 0 75 31 / 583 - 265
<http://www.dentsply.de>
E-Mail: info@dentsply.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 6. 8. 2009 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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- CAMLOG** – Bissregistrierpfosten für Implantate (S.92)
- DENTSPLY DeTrey** – Lernen von Prof. Cantatore (S.94)
- GABA** – Materialien online abrufbar (S.93)
- Hu-Friedy** – Neuer Zahnchirurgie-Katalog (S.92)
- IFG** – ParoPerio Kongress in Köln (S.93)
- Ivoclar Vivadent** – Prävention von White-Spot-Läsionen (S.92)
- KaVo** – Leistungspakete für Praxiseinsteiger (S.93)
- MICRO-MEGA** – Praktikables Endofeilen-System (S.92)
- Sirona** – Finale Testphase für Cerec Connect (S.93)
- VOCO** – Neues Befestigungssystem (S.94)

Bundestagswahl

Wähler halten Gesundheitspolitik für entscheidend

Die Gesundheitspolitik ist für mehr als die Hälfte der Wähler entscheidend bei der Frage, wo sie ihr Kreuzchen bei der Bundestagswahl machen. Dies ergibt eine noch unveröffentlichte repräsentative Emnid-



Foto: fotolia/Rajewski

Umfrage. Zugleich verliere die Politik massiv an Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung, berichtet die „Wirtschaftswoche“, der die Studie nach eigenen Angaben vorliegt.

Mehr als 90 Prozent der Befragten gaben an, sie stünden den Aussagen der Volksvertreter zu den Themen Krankenkassen, Krankenhäuser und Co. äußerst misstrauisch gegenüber. Über 50 Prozent haben ein „eher geringes“, mehr als 40 Prozent ein „sehr geringes“ Vertrauen. Auf

die Frage, wie sich die Finanzkrise auf die Gesundheitsversorgung auswirke, antworteten 90 Prozent, dass sie mit höheren Zuzahlungen und höheren Krankenversicherungsbeiträgen rechnen. Auch der Gesundheitsfonds ist in den Augen der meisten Bürger nicht die letzte große Änderung im System. Gut 80 Prozent halten eine weitere Gesundheitsreform für erforderlich.

Emnid befragte im Auftrag der Central Krankenversicherung 1 000 Bundesbürger. ck

Reaktion auf BSG-Urteil

Ärzte für Abschaffung der Praxisgebühr

Die Bundesärztekammer hat sich für die Abschaffung der Praxisgebühr ausgesprochen. Die Zuzahlung sei „gesundheitspolitischer Unsinn“, sagte ihr Vizepräsident Frank Ulrich Montgomery. Die Praxisgebühr verursache riesige Verwaltungskosten und belaste das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt, sagte er der „Neuen Osnabrücker Zeitung“. Gesteuert werde durch die Zuzahlung nichts, vielmehr werde bei den Patienten „nur abkassiert“. Der Ärztezivizepräsident verlangte eine grundsätzliche

Überarbeitung der Gesundheitsreform, zu der auch die Einführung der Praxisgebühr gehört hatte. „Wir haben statt einer vernünftigen Finanzierung den absurden Gesundheitsfonds. Wir haben statt Wettbewerb der Krankenkassen einen staatlich festgesetzten Beitragssatz. Und wir haben statt niedrigerer Beiträge höhere Beiträge“, kritisierte Montgomery. Die Ärzte würden daher alles tun, damit die Gesundheitspolitik ein Thema im Bundestagswahlkampf werde.

ck/dpa

Patientenrechtegesetz

Kritik an SPD-Vorschlägen

Scharfe Kritik übt die Bundesärztekammer an einzelnen Vorschlägen aus der SPD-Bundestagsfraktion für ein Patientenrechtegesetz. Insbesondere prangert die BÄK die heimliche Rationierung an. Es sei heuchlerisch, einerseits eine fachgerechte Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Qualitätsstandards festschreiben zu wollen, andererseits aber die dafür notwendigen Finanzmittel immer weiter zu begrenzen, tadelte BÄK-Vize Dr. Frank Ulrich Montgomery die Vorarbeiten in der SPD für ein Patientenrechtegesetz. „Statt die heimliche und

implizite Rationierung endlich zuzugeben und nach einer Lösung für eine gerechte Verteilung der begrenzten Ressourcen zu suchen, soll es den Ärztinnen und Ärzten überlassen werden, für das Vorenthalten medizinischer Leistungen vor den Patienten gerade zu stehen“, kritisierte er.

Montgomery: „Diese Entscheidungslast widerspricht dem ärztlichen Ethos und schadet dem Patient-Arzt-Verhältnis empfindlich und vor allem nachhaltig.“ Notwendig sei vielmehr ein konsequenter Schutz der Patienten vor Rationierung und Zuteilungsmedizin. ck/pm

Stiftung Gesundheit warnt

Adress-Swindel bei Ärzten

Erneut sind Ärzte Ziel unseriöser Anbieter von Adressverzeichnissen. Die Stiftung Gesundheit warnt vor E-Mails, in denen der Eindruck erweckt werde, die Praxis habe einem Adress-Eintrag bereits zugestimmt. Einen wichtigen Hinweis auf Seriosität liefert nach Angaben der Stiftung meist das Impressum. „Wenn der Firmensitz im Ausland, beispielsweise auf den Seychellen oder in Rumänien liegt, sollte man hellhörig werden. Ist nur ein unzureichendes oder gar kein Impressum vorhanden, sollten Ärzte generell nicht reagieren“, empfiehlt Dr. Peter Müller, Vorstand der Stiftung Gesundheit. Damit Ärzte prüfen könnten, ob es sich um einen seriösen Anbieter handelt, hat die Stiftung eine Checkliste mit Fragen erstellt. Die Stiftung

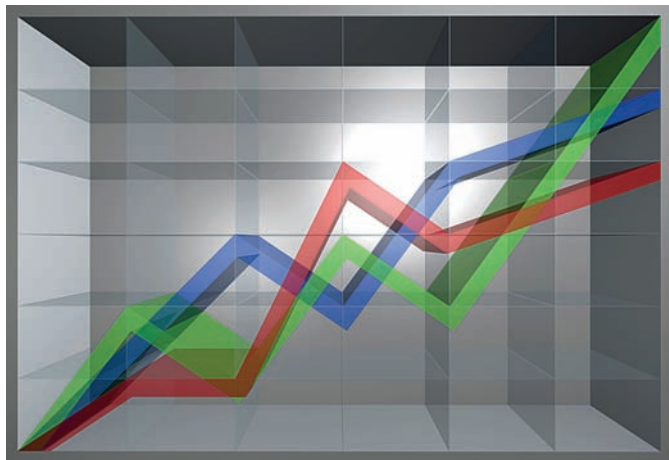


Foto: Noma Lila Vendel

Gesundheit warnt außerdem die betroffenen Ärzte davor, ungerechtfertigte Rechnungen zu begleichen. Das gezahlte Geld sei nur schwer zurückzuerhalten. Der Fall der Stebo Expert GmbH, an die viele Ärzte Geld überwiesen hatten, zeigte aber, dass dies nicht unmöglich sei. Nach juristischen Auseinandersetzungen erhielten 250 Ärzte ihre Zahlungen zurück, berichtet die Ärztezeitung. sf/ÄZ

Werbeausgaben der Kassen

Anstieg nach Gesundheitsfonds



Grafik: Fotolia

Nach dem Start des Gesundheitsfonds haben etliche große Krankenkassen ihre Werbeausgaben teils drastisch gesteigert. Dies berichtet die Berliner Zeitung und beruft sich dabei auf Zahlen des Marktforschungsinstituts Thomson Media Control. Demnach gab etwa die Barmer 3,96 Millionen Euro im ersten Halbjahr für Marketing aus, das sind 83 Prozent mehr als im Vorjahreszeitraum. Die meisten Mittel standen TMC Thomson zufolge mit 9,44 Millionen Euro im ersten Halbjahr 2009 der AOK zur Verfügung. Sie steigerte ihre Ausgaben um 28 Prozent. Die DAK gab 2,44 Millionen Euro (+36 Prozent) aus. Die Entwicklung hänge

direkt mit der Einführung des Gesundheitsfonds zusammen, das betonten die Krankenkassen auf Anfrage. Der mit dem Fonds eingeführte Einheitsbeitragsatz habe den Preiswettbewerb ausgehebelt und den Wettbewerb um den besten Service und die besten medizinischen Leistungen forciert. Nun wollen neue Mitglieder geworben werden. Gemessen an den Gesamtausgaben der Kassen sind die Werbeausgaben relativ gering. Die großen Kassen bleiben zudem unterhalb dessen, was ihnen gestattet ist. 2009 dürfen sie 3,78 Euro je Mitglied für Werbung investieren. Die AOK liegt nach eigenen Angaben bei 0,34 Euro pro Mitglied. sg

Favorit von Merkel

Hecken soll Schmidt ablösen

Der derzeitige Chef des Bundesversicherungsamts Josef Hecken (CDU), 49, soll im Falle einer schwarz-gelben Koalition nach der Bundestagswahl offenbar Bundesgesundheitsminister werden. Dies berichtete der „Stern“ unter Berufung auf Regierungskreise. Der frühere saarländische Sozial- und Gesundheitsminister

sei der Favorit von Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU). Durchkreuzen könnte die Pläne der Kanzlerin noch CSU-Chef Horst Seehofer, der den bayrischen Gesundheitsminister Markus Söder nach Berlin schicken will – ebenfalls als möglichen Nachfolger von Ulla Schmidt.

sg/ots

Bundeskartellamt fordert

Abschaffung des Gesundheitsfonds

Der Präsident des Bundeskartellamts, Bernhard Heitzer, hat die Abschaffung des Gesundheitsfonds gefordert. Der Fonds sei „ein planwirtschaftliches Instrument, das dringend eines Überdenkens bedarf“. „Allein dass der Fonds mit Steuergeldern subventioniert werden muss, um die politisch motivierte Beitragssatzstabilität zu halten, ist Anlass genug über eine bessere wettbewerbliche Ausgestaltung nachzudenken“, sagte Heitzer der „Berliner Zeitung“. Mehr Wettbewerb könne mehr zur Beitragsstabilität beitragen als jede planwirtschaftliche Steuerung. Dass der Fonds den Wettbewerb auf den qualitativen

Wettbewerb zwischen den Kassen reduziere, sei nicht ausreichend.

Heitzer stellt den Alleinvertretungsanspruch der KVen jedoch in Frage: „Die Ständeververtretungen der Ärzte sind mit ihren allumfassenden Aufgaben aus wettbewerblicher Sicht ein Anachronismus.“ Die Gesundheitspolitik habe die Aufgabe über Mindeststandards den Wettbewerb um den besten Preis zu initiieren. „Die Äußerungen zeugen von erschreckender Unkenntnis“, kommentierte eine Sprecherin des BMG die Einschätzung Heitzers. Die gesetzliche Krankenversicherung sei „kein Wirtschaftsunternehmen“. ck

Hamburg, Hessen und Westfalen-Lippe

Vier Prozent mehr für ZFA

Der Tarif für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) in Hessen, Hamburg und Westfalen-Lippe steigt um durchschnittlich vier Prozent. Auf das Ergebnis haben

sich der Verband medizinischer Fachberufe und die Arbeitgeber geeinigt.

Damit können die Praxismitarbeiterinnen in diesen Kammerbereichen mit einem Einstiegsgehalt von 1 436,50 Euro in Tätigkeitsgruppe I rechnen. Außerdem erhöhen sich die Ausbildungsvergütungen um 50 Euro auf 540 Euro im ersten Ausbildungsjahr beziehungsweise um jeweils 40 Euro auf 580 Euro im zweiten und 630 Euro im dritten Ausbildungsjahr. Der neue Tarifvertrag tritt rückwirkend zum 1. Juli in Kraft und läuft bis zum 31. Dezember 2010. ck/pm



Foto: proDente

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.

Motivationsidee geehrt

Die Klasse 8b des Shadow-Gymnasiums aus Berlin belegt den 1. Platz des diesjährigen „be-küssed“-Wettbewerbs der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ). Der Wettbewerb stand unter dem Motto „Wer erfolgreich für Zahnseide wirbt, gewinnt!“. Gesucht wurden die kreativsten Motivationsideen zum Gebrauch von Zahnseide.

werb ist Bestandteil der Seite www.be-kueded.de – einem Kommunikationskonzept für Jugendliche der 7. bis 10. Klassen. Ziel sei es, die Jugendlichen dazu anzuregen, sich mit Inhalten zum Thema Mundgesundheit auseinander zu setzen. Laut Goepel würden gesunde und gepflegte Zähne bei Jugendlichen vermehrt als erstrebenswertes Statussymbol betrachtet. Das Gewinner-



„Die eingereichten Arbeiten zeigen große Vielfalt und hohen Ideenreichtum“, so die Beurteilung von DAJ-Geschäftsführerin Dr. Christiane Goepel. Der Wettbe-

werb ist Bestandteil der Seite www.be-kueded.de – einem Kommunikationskonzept für Jugendliche der 7. bis 10. Klassen. Ziel sei es, die Jugendlichen dazu anzuregen, sich mit Inhalten zum Thema Mundgesundheit auseinander zu setzen. Laut Goepel würden gesunde und gepflegte Zähne bei Jugendlichen vermehrt als erstrebenswertes Statussymbol betrachtet. Das Gewinner-

■ Mehr unter:

www.be-kueded.de

Studie zu QM bei Ärzten

Verpflichtung wird nüchtern betrachtet

Die Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse hat im Auftrag der Stiftung Gesundheit eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zum Thema Qualitätsmanagement (QM) durchgeführt. Bei der in Zusammenarbeit mit dem TÜV SÜD durchgeführten Studie wurden bundesweit 985 Ärzte befragt. Unter dem Strich

werde die Verpflichtung zum QM mittlerweile nüchterner betrachtet, als noch vor einigen Jahren. Die Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, sofern sie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, befassten sich routinierter mit Qualitätsmanagement, heißt es in der Studie. Zudem hätten sich augenscheinlich bewährte Berater herauskristallisiert. Im Ergebnis sei QM weitgehend akzeptiert – das Gros der Praxen hätte sich des Themas angenommen. sf/pm

■ Mehr unter:

http://www.adp-medien.de/cms/uploads/media/Studie_QM_2009_1_.pdf



10. Berliner Wasserbetriebe Team-Lauf

Premiere der BZÄK-Staffeln



Foto: BZÄK

Unter den 20045 Teilnehmern des 5x5 km Staffellaufs der Berliner Wasserbetriebe (10.-12. Juni) befanden sich in diesem Jahr zum ersten mal auch zwei Staffeln der Bundeszahnärztekammer. Unterstützung erhielten die Teams von der Berliner Niederlassung der Apotheker- und Ärztekammer. Dr. Sebastian Ziller, Leiter der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung bei der BZÄK sagte nach dem Lauf: „Für uns als Berliner Repräsentanz war es eine spannende Erfahrung, an einem so tollen sportlichen Event teilzu-

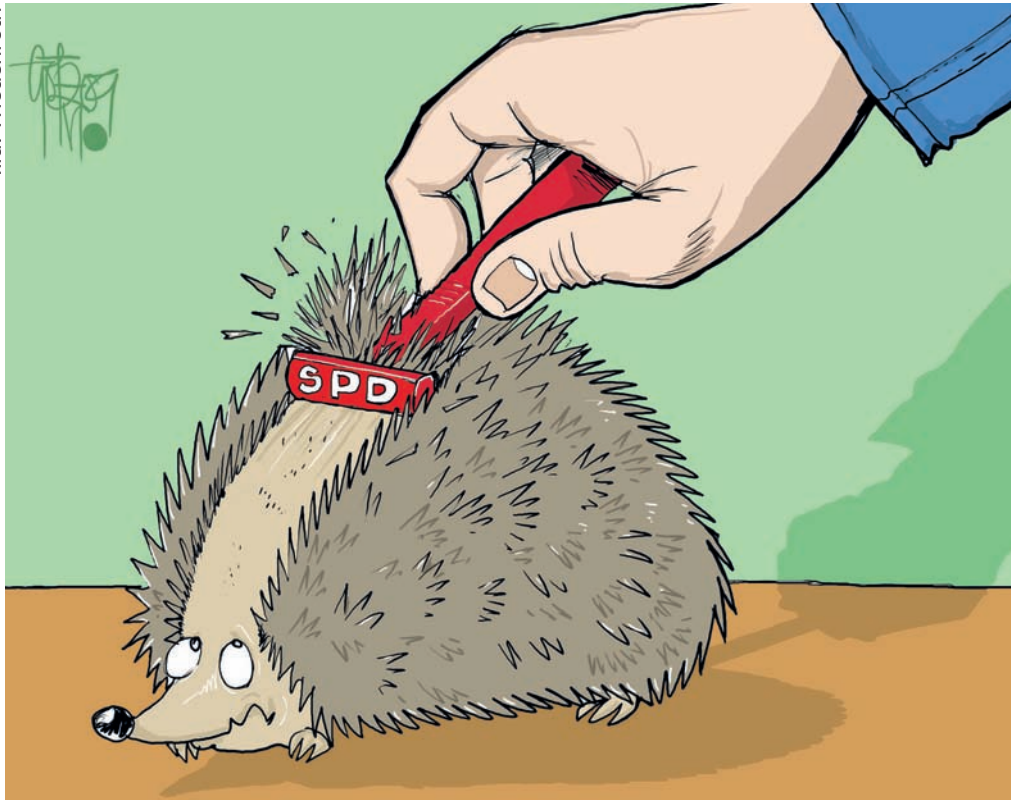
nehmen. Das ist gelebte Prävention und fördert das kollegiale Miteinander.“ Laut Ziller wolle die BZÄK auch im nächsten Jahr wieder mit zwei Teams an den Start gehen. Aufsehen erregte der Staffelstab des BZÄK-Damenteams. Die überdimensionale rote Zahnbürste sorgte bei den Zuschauern für Begeisterung. Der Lauf wurde in seiner 10. Auflage an drei Tagen unter teils schwierigen Wetterbedingungen und mit einer Rekordbeteiligung von 4009 Staffeln traditionell im Berliner Tiergarten ausgetragen. sf

Gesundheitsfachberufe

Akademische Ausbildung auf Probe

Der Bundestag hat die Änderung der Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten beschlossen. Ab jetzt können die Länder für diese vier Berufe probeweise eine universitäre Ausbildung einführen. Mit dem vorliegenden Gesetz werde „eine sinnvolle Erprobung akademischer Ausbildungsstrukturen in den therapeutischen Gesundheitsberufen und dem Hebammenberuf möglich“, sagte der Parlamentarische Staatssekretär

im BMG, Rolf Schwanitz. Nun könne eine akademische Weiterentwicklung der Berufe der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten erprobt werden. Die Modellvorhaben seien zeitlich begrenzt, eine Evaluation sei vorgesehen. Wichtig sei, dass die praktische Ausbildung erhalten bleibe. Der begleitende Unterricht jedoch könne in seinen theoretischen und praktischen Teilen neu gestaltet werden, um die Akademisierung auszuprobieren. ck/pm



Gestutzt und frisiert

Kolumne

Armer Olaf

Strapazieren wir doch mal unser Werbedechnis: Wer von uns kennt noch Olaf? Den Olaf aus den Fernsehwerbe-Clips der achtziger Jahre. Olaf hatte Husten, durfte nicht husten und bekam Hustensaft. Obwohl erwachsen, durfte Olaf das nicht selbst entscheiden. Olaf war ja krank, also nicht mehr mündig, sondern Mündel.

Was wollte uns diese Werbesendung sagen? War Olaf zu blöd, selbst zu entscheiden, was gut für ihn war?

Denken wir uns jetzt nicht all zu viel dabei! Was Olaf passierte, war normal, eine Art archaischer Gruppenzwang. Olaf war schwach, weckte also das Schutzbedürfnis seiner „Herde“.

Heißt heute: Wer krank wird, ist vor guten Ratschlägen nicht mehr sicher. Ist jemand verschnupft, wird sein gesamtes Umfeld zum Experten. Da weiß jeder was, hat schon mal was gehört, kennt jemanden, der jemanden kennt, der das schon mal hatte. Wer hustet, entdeckt überall Sachverständige – seien sie

wirklich, berufen, selbsternannt, gefühlt oder auch nur gewählt – im Kleinen wie im Großen.

Und da wir in unserer schnelllebigen Gesellschaft nicht mehr die Zeit haben, uns selbst zu kümmern, muss das – so ist es bei uns Deutschen üblich – offiziell und korrekt geregelt werden. Das Resultat sind Gesetze, die festlegen, dass Olaf seinen Hustensaft auch nimmt. Damit er statistisch korrekt das richtige Alter erreicht. Dafür braucht es eben viele Ge- und Verbote. Für alles und jeden. Auch für Olaf. Da wird aus Sorge Vorsorge, aus Ordnung Pflicht, schnell aus der ärztlichen die amtliche Verordnung. Da braucht es Controlling, Vereinheitlichung, Rationalisierung.

Aber stellen wir das ganze mal wieder auf den Boden: Olaf kriegt seinen Hustensaft, damals wie heute, weder von

der Politik noch vom Sachverständigenrat, schon gar nicht von seiner Krankenkasse. Vielleicht sollte Olaf doch besser zum Arzt gehen, meint

Ihr vollkommener Ernst

Gefährliche Rechner

Die Zahl akuter Verletzungen durch Kabel, Computer und angeschlossene Geräte hat sich nach Auskunft von US-Forschern von 1994 bis 2006 in den Vereinigten Staaten versiebenfacht. Der Studie zufolge verletzten sich von 1994 bis 2006 mehr als 78 000 Menschen in den USA durch Computer so stark, dass sie in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt werden mussten. Gefährdet sind demnach vor allem Kinder unter fünf Jahren und ältere Menschen über 60. Sie stoßen sich an den Geräten, stolpern und reißen Monitore herunter oder verletzen sich auch beim Heben. Besonders häufig waren Monitore in die Unfälle verwickelt: 2006 in jedem vierten Fall, 2003 sogar in jedem dritten. Nicht in die Untersuchung einbezogen sind Gesundheitsprobleme, die sich aus der längeren Benutzung von Computern ergeben können wie etwa Rückenschmerzen. sg/dpa

Schnelle Rechner

Erstmals gehören zwei deutsche Rechner zu den Top Ten der schnellsten Supercomputer der Welt. Beide stehen im Forschungszentrum Jülich. Der schnellste Rechner Europas JUGENE kam weltweit auf den dritten Platz. JUGENE schafft mehr als eine Billion Rechen-schritte pro Sekunde. Damit ist er rund 50 000-mal schneller als ein moderner PC. Die Maschine vom Typ IBM Blue Gene wird für komplexe Simulationen eingesetzt, etwa in der Materialforschung, der Umweltforschung und der Teilchenphysik. sg/äz