

Sucht bei Zahnärzten

Schluck um Schluck

**Kurswechsel im
Gesundheitswesen**

**Kommunikation
als Weg zum Erfolg**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

aktuell sollte einen die Behauptung, dass es in Deutschland kalt wird, schon auf Grund der vorangeschrittenen Jahreszeit nicht überraschen. Zumindest aus metereologischer Sicht!

Sozialpolitisch betrachtet bedarf eine solche Behauptung, die von Gegnern der neuen Bundesregierung schon vor Unterzeichnung des Koalitionsvertrags lautstark verkündet wurde, aber genauerer Analyse. Zumindest aus gesundheitspolitischer Sicht – und nur das kann hier Thema sein – ist der Vorwurf sozialer Kälte zu hinterfragen.

Der Rückblick auf die letzten Jahre deutscher Gesundheitspolitik hat, wie in den zm dokumentiert ist, kaum den Eindruck verschafft, dass die umgesetzten Reformen grundlegende Probleme unseres Gesundheitswesens nachhaltig lösen können. Letztlich handelte es sich fast immer um kurz- oder mittelfristige Kostenbremsen durch Umverteilungsmaßnahmen im System. Das, was auf uns zukommt, nämlich der notwendige Umgang mit wachsender Multimorbidität in einer überalternden Gesellschaft bei gleichzeitigem Wegbrechen der finanziellen

■ *Bricht über Deutschland jetzt der soziale Winter herein? Schon vor den ersten Maßnahmen der neuen Regierung beginnt der politische Streit um die Liberalisierung deutscher Gesundheitspolitik.*

Grundlagen, wurde diskutiert, aber nicht nachhaltigen Lösungen zugeführt.

Vor diesem Hintergrund klingt das Vorurteil, liberalisierende Denkansätze brächten soziale Kälte ein, wie eine Verzweiflungstat derer, die gerade vor einem politischen Scherbenhaufen stehen. Und es zeugt nicht gerade von Respekt vor der Wahlentscheidung der Deutschen und deren schon länger geäußerten Zweifeln an der Nachhaltigkeit gesundheitspolitischer Entscheidungen.

Unstrittig dürfte sein, dass die aus Bismarcks Zeiten stammende Struktur unseres Gesundheitssystems den künftigen Anforderungen nicht standhalten wird. Dass die Rechnung, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung allein aus lohnabhängiger Arbeit zu finanzieren, künftig nicht mehr aufgehen kann, ist inzwischen allgemein konsentiert.

Und wer Wege aus dieser Lage beschreitet, handelt angesichts des ansonsten drohenden Systemkollapses sicherlich nicht per se

unsozial. Pauschalierte Angriffe, dass die jetzt angedachten Kurskorrekturen unsozial seien, wirken entsprechend eher wie die absurde Fortsetzung eines verlorenen Wahlkampfes mit bereits vom Wähler abgestraften Mitteln.

Was passieren wird, bedarf selbstredend der kritischen Beobachtung und Begleitung. Aber Vorurteile helfen – auch jenseits parteipolitischer Positionen – wirklich niemandem.

Bleiben Sie kritisch!



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: vario Images



Foto: Schulz-IMAGO, Titelfoto: Mauritius images

Zum Titel

Trunksucht macht auch vor der Zahnarztpraxis nicht halt. Alkohol am Arbeitsplatz ist immer wieder ein Problem für Betroffene, ihre Familien und Kollegen. Hintergründe, persönliche Erfahrungen und Tipps vom Suchtexperten

Seite 34



Foto: zmi/km

Zum Jahresende können wieder steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten in Anspruch genommen werden, die die Steuerlast minimieren.

Seite 98



Foto: picture alliance

Die schwarz-gelbe Koalition ist sich einig geworden: Es soll einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik geben.

Seite 8



Foto: Quintessenz Verlag

Von der natürlichen zur „künstlichen“ Zahnwurzel – das war ein langer Weg. Eine Geschichte über Mut, Geschick und herausragende Pionierleistungen in der Implantologie bei gesellschaftlichem und fachlichem Gegenwind.

Seite 46



Foto: BMM/Charité

Eine große Ausstellung über 300 Jahre Zahnheilkunde in Berlin bietet das Medizinhistorische Museum der Charité.

Seite 108



Editorial	1	Medizin	
Leitartikel		Mortalität: Sterblichkeit bei Herzinfarkt und Schlaganfall rückläufig	64
Der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, über den Koalitionsvertrag	4	Gesunder Knoblauch: Ein Segen für Herz und Magen	66
Gastkommentar		Tagungen	
Die Fachjournalistin Dr. Jutta Visarius über schwarz-gelbe Gesundheitspolitik	6	Jahrestagung AKOPOM: Osteomyelitis des Gesichtsschädels	68
Das aktuelle Thema		Veranstaltungen	70
Koalitionsvereinbarungen: Kurswechsel in der Gesundheitspolitik	8	Formular Nebenwirkungen	80
Nachrichten	12	Persönliches	81
Politik und Beruf		Praxismanagement	
Europäischer Qualifikationsrahmen: Berufsbildung soll transparenter werden	20	Das Patientengespräch: Kommunikation als Erfolgsfaktor	82
Alters- und Behindertenzahnheilkunde: Mit Sachverstand und Engagement	22	Trends	84
Finanzierung des Gesundheitswesens: Suche nach dem Königsweg	24	EDV und Technik	
Hartmannbund: Talk im Sturm	26	Suchmaschinenmarketing: Zahnpflege per Mausclick – So werden Sie gegoogelt	86
Brief an die Bundeskanzlerin: Fairen Wettbewerb ermöglichen	28	Finanzen	
Gesundheit und Soziales		Versicherungsschutz als Ratingbestandteil: Regelmäßig Policen prüfen	92
Unabhängige Patientenberatung: Warten auf neue Perspektiven	30	Silber als Finanzinvestition: Interessante Anlage mit guten Chancen	94
Kongress Integrierte Versorgung: Prognosen für das Jahr 2020	32	Recht	
Titelstory		Steuern: Gestaltungsmöglichkeiten zum Jahresende	98
Sucht bei Zahnärzten: Schluck um Schluck	34	Internationales	
Zahnmedizin		EU-News	104
Geschichte der Implantologie: Vom Extensivimplantat zur Hightech-Schraube	46	Historisches	
Der besondere Fall: Dermoidzyste der Zunge	56	Medizinhistorisches Museum Berlin: Ausstellung 300 Jahre Zahnmedizin	108
zm Der aktuelle klinische Fall: Differentialdiagnose der chronischen Sinusitis: Kieferhöhlenkarzinom	60	Neuheiten	114
		Impressum	125
		Letzte Nachrichten	149
		Zu guter Letzt	152



Fotop: BZÄK

Gute politische Absichten

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

„Vertrag ist Vertrag.“ Diese Floskel hilft im alltäglichen Geschäftsleben eher selten. Selbst vor Gericht hat sie längst nicht immer Bestand. Noch weit komplizierter ist es in der Politik.

Die Koalition aus CDU, CSU und FDP hat ihren Koalitionsvertrag geschlossen. Vieles von dem, was in diesem Vertrag für den Bereich des Gesundheitswesens festgehalten wurde, ist begrüßenswert.

Aber es handelt sich, auch wenn das Schriftstück den Zusatz „Vertrag“ hat, um Absichtserklärungen, um nach außen getätigte Versprechen. Und Papier ist geduldig, heißt es im Volksmund. Schon deshalb werden wir Zahnärzte in den nächsten Monaten dazu beitragen, dass diese Koalitionsversprechen auf der politischen Tagesordnung bleiben, dass sie diskutiert und möglichst umgesetzt werden.

Da ist die Rede von der Novellierung der Approbationsverordnung, ein Anliegen, das wir Zahnärzte in jahrelanger Feinarbeit nach Abstimmung aller Beteiligten in den politischen Bereich gehoben haben. Jetzt steckt das Ansinnen im Prozess zwischen einem

durchaus willigen Bund und zögerlichen, weil auf Kosten- und Kapazitätsneutralität setzenden Ländern. Hier gilt es, Flankenschutz zu bieten, damit diese Diskussion voran kommt und möglichst bald konkrete Ergebnisse zeitigt.

Da werden im Koalitionsvertrag ein Moratorium und eine Überprüfung der elektronischen Gesundheitskarte versprochen. An den ersten Reaktionen der gesetzlichen Krankenversicherer ist bereits erkennbar, dass die Beharrlichkeit, mit

der wir auf die Unzulänglichkeiten der neu angestrebten Systematik aufmerksam gemacht haben, inzwischen – nolens volens – ernst genommen wird.

Aber eine politische Absicht bringt das Problem nicht vom Tisch. Hier wird bei gutem Willen etwas neu aufgerollt, der hoffentlich dazu führen wird, dass bisher gemachte und im großkoalitionären Regierungsalltag akzeptierte Kardinalfehler nicht noch einmal passieren.

Der Koalitionsvertrag verspricht eine Vereinfachung und Entbürokratisierung der Kostenerstattung. Er bestätigt, dass unsere Strategie, die GOZ-Novelle in die neue Legislaturperiode zu schieben, vollkommen richtig war.

„Die neuen Regierungsparteien haben mit ihrem Koalitionsvertrag Grundsätze der Freiberuflichkeit, die wir Zahnärzte für die Ausübung unseres Berufes brauchen, ausdrücklich bestätigt.“

Was die schwarz-gelbe Koalition jetzt an Entgegenkommen und Gesprächsbereitschaft an den Tag legen wird, werden wir mit Sachverstand und ohne Euphorie verfolgen.

Die neuen Regierungsparteien haben mit ihrem Koalitionsvertrag Grundsätze der Freiberuflichkeit, die wir Zahnärzte für die Ausübung unseres Berufes brauchen, ausdrücklich bestätigt. So der neue Bundesgesundheitsminister und ärztliche Berufskollege Philipp Rösler diese liberale Grundhaltung mit nach Berlin nimmt und es schafft, diesen Geist in seinem Ministerium zu implementieren, hat er sicherlich die Unterstützung der Heilberufe.

Aber auch dieser Minister weiß, welche schwierige Aufgabe er hier angenommen hat. Allen Absichtserklärungen zum Trotz wird sich auch ein unter neuer Führung stehendes Bundesgesundheitsministerium zwangsläufig um den Ausgleich von Interessen bemühen müssen. Und die ewigen Zweifler und Mahner haben sich bereits lautstark gemeldet, als die Koalitionsvereinbarungen noch nicht einmal unter Dach und Fach waren.

Wir werden sehen, ob guter Wille, bedachtes Arbeiten und eine glückliche Hand ausreichen, endlich neue, wirklich nachhaltige Wege für ein stabileres, auf mehr Eigenverantwortlichkeit und Liberalität setzendes Gesundheitssystem gehen zu können. Wo das erkennbar passiert, werden wir diesen Prozess unterstützen.

Denn eines muss allen Beteiligten endlich klar werden: Die Probleme sind dieselben geblieben und drängen mehr denn je. Was wir jetzt brauchen, ist Entscheidungsfreude, Tatkraft und ein gehöriges Maß an Zivilcourage, die als richtig erkannten Ziele endlich in nachhaltige Reformen zu gießen. Daran werden wir gern mitarbeiten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Dicke Bretter

Die Koalitionäre haben hart um die Passagen zum Gesundheitswesen gerungen und viele Einzelpunkte festgelegt, wie das dreijährige Moratorium zum Paragraphen 73b, die kritische Überprüfung des Paragraphen 116b, die Reduzierung des Morbi-RSA auf ein „notwendiges Maß“, die Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte, und anderes mehr. Vieles sind eher vage Absichtserklärungen wie Bürokratieabbau, eine Präventionsstrategie und ähnliches.

Dennoch – auch in vielen Punkten, die sich recht unbeschwert vereinbaren lassen, ist erheblicher Sprengstoff verborgen, wenn es an die Umsetzung geht, so in der Anpassung der GOZ an den aktuellen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung.

Dass dieses Vorhaben unaufschiebbar ist, gilt als unbestritten, es ist aber schon in der letzten Legislaturperiode gescheitert. Für die neue Regierung wird die Novellierung noch problematischer, fühlt sie sich doch sowohl der Zahnärzteschaft als auch der PKV verbunden. Die Zahnärzte fordern deutlich mehr Vergütung, die PKV bedarf einer Öffnungsklausel für Verhandlungen.

Auch wenn die schlechten Risiken weitgehend in der GKV versichert sind und die Alterung der Gesellschaft durch die Öffnung der GKV für Rückkehrer Anfang der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts noch kaum in der PKV durchschlägt, lässt sich mit hoher Sicherheit prognostizieren, dass sich allein aufgrund dieser Faktoren in naher Zukunft Druck auf die Beiträge aufbaut.

Um attraktiv zu bleiben, muss die PKV auf einer Öffnungsklausel bestehen, und die Bundeszahnärztekammer wird wieder um jeden Cent mit aller Härte kämpfen. Auch die Abkoppelung der vertragszahnärztlichen Vergütung von der Grundlohnsummenentwicklung dürfte wie seinerzeit bei den Krankenhäusern zu Problemen führen. Dies alles



Foto: Fotolia

wird aber mit gutem Willen aller Beteiligten zu regeln sein.

Das dickste Brett wird die Überführung der GKV in ein neues System mit einem festgeschriebenen Arbeitgeberbeitrag, einem einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag, einem höheren, kassenvariablen Zusatzbeitrag, mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten,

der Bundespressekonferenz. Erst einmal bleibe alles so, wie es ist. Die einzusetzende Regierungskommission werde nächstes Jahr in aller Ruhe tagen und dann werde man weitersehen. Er stehe für sozialen Ausgleich. Jürgen Rüttgers hebt warnend die Hand, und zwar nicht nur wegen der NRW-Wahl im Mai. Die Sozialausschüsse sind in NRW heute zwar nicht mehr dominierend wie in

der Nachkriegszeit, aber auch nicht einflusslos. Auf dem Bundesausschuss der CDU haben schon CDA-Gewerkschafter wie Regina Görner warnend die Stimme erhoben. Als Schwarze im Vorstand der IG Metall weiß sie immerhin 2,5 Millionen Gewerkschafter hinter sich.

Ulrike Mascher, ehemalige Staatssekretärin und VDK-Vorsitzende, hat sofort angekündigt, dass sie jeden, der sich irgendwie noch bewegen kann, auf die Straße bringen wird, wenn die neue Regierung ihre Pläne verwirklichen will. Ohne zu unken, kann man schon jetzt prophezeien, dass eine Gesundheitsreform wie geplant Gewerkschaften und Behindertenverbände mobilisieren wird.

Wie diese Reform aussehen wird? Eins ist sicher, es wird auch in den nächsten Jahren keine Ruhe an der Gesundheitsfront geben. ■



Foto: privat

Auch auf Basis des neuen Koalitionsvertrags wird es in den nächsten Jahren keine Ruhe an der Gesundheitsfront geben, meint Dr. Jutta Visarius, Gesundheitspolitische Fachjournalistin in Berlin.

einem steuerfinanzierten sozialem Ausgleich und noch vielem mehr sein.

Das soll schlicht ein neues Gesundheitswesen werden, mit niederländischen und Schweizer Elementen, mehr Markt, mehr Eigenverantwortung. Die FDP und Teile der Union sind wild entschlossen, ein solches Modell so schnell wie möglich einzuführen. „Entwarnung“ erklärte Horst Seehofer schon auf der Vorstellung des Koalitionsvertrags vor

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Koalitionsvereinbarungen

Kurswechsel in der Gesundheitspolitik

Die Einigung kam erst kurz vor knapp: Bis zuletzt hat die neue schwarz-gelbe Regierung beim Koalitionsvertrag um das Kapitel Gesundheitswesen gerungen. Kernergebnis: Langfristig soll ein neues Finanzierungssystem kommen. Mit der genauen Ausgestaltung wird sich eine Expertenkommission beschäftigen. Auch in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung wird es etliche Neuerungen geben. Derweil geht der Richtungsstreit zwischen den Koalitionspartnern weiter.



Guido Westerwelle, Angela Merkel und Horst Seehofer bei der Vorstellung des Koalitionsvertrags in der Öffentlichkeit.

Der Koalitionsvertrag zwischen Schwarz-Gelb steht, die Würfel in Richtung Kurswechsel im Gesundheitswesen sind gefallen. Bis zuletzt hatten CDU, CSU und FDP zäh verhandelt – die Gesundheitspolitik war einer der dicken Knackpunkte, besonders deren Finanzierung. Schließlich verständigte man sich auf einen Kompromiss – mit deutlichen Änderungen am jetzigen System.

Das neue GKV-System soll nach dem Willen der Koalition auf drei Säulen ruhen: einem einkommensabhängigen Arbeitgeberanteil, der auf heutiger Höhe (sieben Prozent) eingefroren werden soll, einem einkommensunabhängigen Arbeitnehmeranteil (derzeit 7,9 Prozent) und einem Solidarausgleich. Der Arbeitgeberanteil soll eingefroren werden, um eine Entkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten zu erzielen, der Sozialausgleich zur Vermeidung sozialer Härten soll über Steuern erfol-

gen. Langfristig soll das bestehende Ausgleichssystem überführt werden in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie und regionalen Differenzierungsmöglichkeiten. Mit der Überführung des jetzigen Systems in diese neuen Strukturen soll sich eine Expertenkommission befassen. Vor 2011 soll jedoch nichts passieren, sowohl der einheitliche Beitrag in der GKV (derzeit 14,9 Prozent) als auch die Deckelung der Zusatzbeiträge auf ein Prozent sollen bleiben. Fest vereinbart wurde dieser Termin nicht, vor der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen im Mai 2010 wird jedoch keine Empfehlung der Kommission erwartet.

Die Formulierungen im Vertrag zur GKV-Finanzierung halten noch viele Fragen offen, die in den nächsten Wochen und Monaten kontroverse Diskussionen erwarten lassen. Erste Meinungsverschiedenheiten um das alte Thema Kopfpauschale oder Bürgerversi-

cherung zeichnen sich bereits ab. Nach dem Machtwort von Bundeskanzlerin Angela Merkel, dass der Gesundheitsfonds in seiner Grundstruktur erhalten bleiben soll, wird er nun nicht abgeschafft, sondern soll stark umgebaut werden. Merkel erklärte bei der Vorstellung des Koalitionsvertrags am 24. Oktober in Berlin, dass ein Sozialausgleich fällig werde, wenn die geltende Belastungsgrenze von einem Prozent des Bruttoeinkommens überschritten werde. Schon jetzt sei es den Kassen möglich, von ihren Versicherten Zusatzbeiträge zu erheben. Dieses System werde weiterentwickelt. Der FDP-Vorsitzende und Außenminister Guido Westerwelle betonte, man wolle ein Gesundheitswesen, das freiheitlich, wettbewerblich und solidarisch sei. Und der CSU-Vorsitzende und bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer unterstrich, dass sich vorerst in der Gesundheitspolitik nichts ändere.

Weitere wesentliche Punkte

Hier weitere wesentliche Punkte aus dem Kapitel „Gesundheit“ des Koalitionsvertrags:

- Der Wettbewerb der Krankenversicherungen soll als ordnendes Prinzip mit den Zielen Vielfalt, Effizienz und Qualität der Versorgung wirken. Krankenversicherungen sollen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden.

- Der Wechsel in die PKV soll wieder erleichtert werden, und zwar nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Der Basistarif soll beobachtet werden.

- Unterstrichen wird das Bekenntnis zur Freiberuflichkeit und zur Struktur der ambulanten Versorgung. MVZ sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern gehalten werden.

- Die Möglichkeiten der Kostenerstattung sollen ausgeweitet, bürokratische Hürden



Die Koalitions-Chefunterhändler Ursula von der Leyen, CDU, Philipp Rösler, FDP, und Barbara Stamm, CSU, bei der Vorstellung der Kompromisslösung der AG Gesundheit.

und Hemmnisse sollen abgebaut werden und dem Versicherten dürfen durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen.

■ Die Gebührenordnung für Ärzte wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst, wobei Kostenentwicklungen zu berücksichtigen sind. Bei der ärztlichen Vergütung soll eine Kurskorrektur erfolgen.

■ Die Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ist ein zentrales Anliegen.

■ Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Patienten sollen erweitert werden. Geprüft werden soll, wo weitere Mehrkostenregelungen und Festzuschüsse zum Tragen kommen können.

■ Die Patientenrechte sollen gebündelt und eine unabhängige Patientenberatung soll ausgebaut werden.

■ Vor einer weitergehenden Umsetzung soll bei der elektronischen Gesundheitskarte eine Bestandsaufnahme, Überprüfung und Bewertung des bisherigen Geschäftsmodells erfolgen, bevor über eine Weiterarbeit entschieden wird.

■ Die Gemeinsame Selbstverwaltung soll als tragendes Ordnungsprinzip bewahrt und an moderne Verhältnisse angepasst werden.

■ Die Versorgungsforschung soll systematisch ausgebaut werden.

Zahnmedizinische Versorgung

Der Koalitionsvertrag widmet der zahnmedizinischen Versorgung ein eigenes Kapitel. Hier die Zusammenfassung:

■ Es soll eine Ausrichtung auf Prävention, freiberufliche Strukturen und auf freie Arztwahl des Patienten erfolgen.

■ Auch bei der vertragszahnärztlichen Vergütung hat sich die Ausgabensteuerung über die Anbindung an die Grundlohnsumentenentwicklung überholt. Insgesamt müssen neue Regelungen gefunden werden. Regionale Besonderheiten sollen berücksichtigt werden. Die vertragszahnärztliche Vergütung in den neuen Bundesländern soll angepasst werden.

■ Die GOZ soll an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen.

■ Die Approbationsordnung für Zahnärzte soll novelliert werden.

Neue Lösungsansätze

Positiv reagierte die Zahnärzteschaft auf den zahnmedizinischen Passus der Koalitionsvereinbarungen. BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel sieht darin neue Lösungsansätze und hob besonders die Punkte Freiberuflichkeit, Approbationsordnung und GOZ-Novellierung hervor. Wenn sich die Koalition der Novellierung der GOZ annehme, so sei dies nicht zuletzt aktiver Patientenschutz. Als positive Signale wertete der Präsident den beabsichtigten Abbau bürokratischer Hemmnisse bei der Wahl der Kostenerstattung und die Überprüfung des Projekts der elektronischen Gesundheitskarte. Beim neuen Patientenschutzgesetz werde sich die BZÄK konstruktiv und kritisch einbringen.

Von einer richtigen Weichenstellung für die Zahnmedizin spricht die KZBV. Die Koalitionspartner hätten anerkannt, dass man für die zukünftige Entwicklung der Zahnarzhonorare generell eine neue Basis brauche. Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz betont: „Unsere Forderung nach einer Abschaffung der Budgets ist damit aufgenommen worden – ebenso die nach einer längst

überfälligen Anhebung der zahnärztlichen Vergütung im Osten an das West-Niveau.“ Mit dem Bekenntnis zu einer modernen Selbstverwaltung und zu freiberuflichen Versorgungsstrukturen schlugen die Koalitionäre die richtige Richtung ein. Positiv bewerte die KZBV zudem die Festlegung auf mehr Entscheidungsspielräume für die Versicherten. Sie komme nicht nur in der Betonung der freien Arztwahl, dem geplanten Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems und in der Ankündigung einer Entbürokratisierung der Kostenerstattung zum Ausdruck, sondern auch in der positiven Bewertung von Festzuschüssen, wie sie im Bereich Zahnersatz bereits eingeführt worden seien. Was die Zukunft der elektronischen Gesundheitskarte angehe, sei ein vernünftiges Zeichen gesetzt worden. Erfreut äußert sich der Bundesverband Freier Berufe (BFB) hinsichtlich des Bekenntnisses zur Freiberuflichkeit. Die erkennbare Weichenstellung des Vertrags zeige, dass die Politik vermehrt auf wirtschaftliche Dynamik ausgerichtet sei, durch die soziale Balance erst möglich werde.

Vielfältiges Echo

Geteiltes Echo kommt aus der Ärzteschaft. Während die Bundesärztekammer den Koalitionsvertrag als Chance für den Aufbau einer neuen Gesundheitskultur bewertet und die Entbürokratisierung begrüßt, sieht die KBV das neue Konzept mit gemischten Gefühlen. Licht und Schatten lägen eng beieinander. Einerseits sei eine Chance für einen echten Wettbewerb um die beste hausärztliche Versorgung vertan, weil der Hausärzteverband sein Monopol behalte, andererseits sei das tragende Prinzip der Freiberuflichkeit begrüßenswert. Der NAV-Virchow-Bund bezeichnet den geplanten Umbau der Finanzierung als mutigen und notwendigen Schritt, der Hartmannbund spricht hingegen von einer „Anleitung zum Weiter-Puzzeln“. Mehr Versorgungssicherheit und weniger Bürokratie fordert der Marburger Bund, die Deutsche Krankenhausgesellschaft unterstreicht den „ordnungspolitischen Wechsel mit Augenmaß“. Lob kommt auch von der PKV, vom

Verband forschender Arzneimittelhersteller und von den Apothekerverbänden.

Die Krankenkassenseite zeigt sich positiv bis distanziert-kritisch. So begrüßt der GKV-Spitzenverband die Absicht von Union und FDP, die konjunkturbedingten Finanzlücken durch Steuergelder zu schließen. Es sei aber auch wichtig, die Ausgabenseite in den Blick zu nehmen: Die Einnahmen der Pharmaindustrie, der Krankenhäuser und der Ärzte dürften nicht ungebremst steigen. Geschehe hier nichts, seien die Kassen gezwungen, Zusatzbeiträge zu erheben. Der AOK-Bundesverband begrüßt die Zusage, dass keine Kürzungen am Leistungsumfang der GKV erfolgen sollen und dass eine Regierungskommission eingesetzt werden soll. Die Probleme seien nicht gelöst, sondern nur verschoben, meint hingegen der vdek und kritisiert, dass Arbeitnehmer ihre Kostensteigerungen alleine tragen müssen. Und die DAK moniert heftig, dass sich die Koalition nun vom deutschen Sozialstaatsmodell verabschiedet habe.

Der Zankapfel bleibt

Die Gesundheitspolitik bleibt vorerst Zankapfel zwischen Union und FDP, wie diverse Schlagabtausche in den Medien zeigen. Der neue Gesundheitsminister Philipp Rösler fordert mehr Freiheit bei der Wahl der Therapie, des Arztes und der Krankenkasse und ist fest entschlossen, ein neues System auf den Weg zu bringen. Krankenkassen müssten wieder untereinander in Wettbewerb treten, müssten unterschiedliche Beiträge verlangen und unterschiedliche Leistungen anbieten können. Rösler setzt sich dafür ein, dass Ärzte wieder mehr Zeit für ihre Patienten haben sollen und von Bürokratie entlastet werden. Der CSU-Vorsitzende Horst Seehofer lehnt hingegen den von der FDP geforderten Radikalumbau des Gesundheitswesens strikt ab, die solidarisch verteilten Lasten stünden nicht zur Disposition. Er betont, dass es



Neues Team im BMG

Dr. Philipp Rösler, FDP, ist der neue Bundesgesundheitsminister. Der 36-jährige war zuvor Wirtschaftsminister in Niedersachsen und dort stellvertretender Ministerpräsident. Rösler wurde in Vietnam geboren und wuchs in Deutschland auf. Nach seinem Eintritt in die Bundeswehr als Sanitätsoffiziersanwärter studierte er dort Medizin und promovierte zum Dr. med. Bis zur Wahl in den niedersächsischen Landtag war er als Truppenarzt in Hannover tätig.



Foto: picture alliance

Das neue Team im BMG: Daniel Bahr, Philipp Rösler und Annette Widmann-Mauz.

Daniel Bahr (33), FDP, ist der neue Parlamentarische Staatssekretär im BMG, zuvor war er gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion. Neben ihm ist die bisherige gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion, Annette Widmann-Mauz (43), ebenfalls neue Parlamentarische Staatssekretärin.

Neuer beamteter Staatssekretär ist Stefan Kapferer (44), bisher unter Rösler Staatssekretär im niedersächsischen Wirtschaftsministerium. pr

keine endlosen Beitragserhöhungen geben könne, keine endlosen Leistungskürzungen und auch keinen unbegrenzten Zufluss von Steuermitteln. Letztlich komme es auf die richtige Balance zwischen Kostenminimierung und sozialer Fürsorge an. Die zweite Runde im Streit um die Gesundheitspolitik ist bereits in vollem Gange.

pr

Begrenzung der Gesundheitsausgaben**Ethisch vertretbare Rationierung wurde diskutiert**

Auf einem Symposium in Berlin hat der interdisziplinäre Forschungsverbund „Allokation“ im Beisein prominenter Vertreter aus Wissenschaft und Gesundheitswesen unter der Leitung des Tübinger Medizinethikers Prof. Dr. Georg Marckmann das Thema Rationierung diskutiert. Hierzu wurden sogenannte „Kostensensible Leitlinien“ (KSL) als ein Instrument vorgestellt, mit dem in einer medizinisch rationalen, ökonomisch sinnvollen und ethisch wie rechtlich vertretbaren Weise Mittel im Gesundheitswesen eingespart werden sollen. Die Leitlinien bieten die Möglichkeit, Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen explizit gegeneinander abzuwägen. Um die Stärken und Schwächen besser einschätzen zu können, wurden im Forschungsverbund



Foto: MEV

zwei exemplarische KSL für implantierbare Defibrillatoren und für Medikamente freisetzende Stents entwickelt.

Die Leitlinien basieren auf der Überlegung, dass Leistungsbegrenzungen so durchgeführt werden sollten, dass den Patienten ein möglichst großes Leis-

tungsspektrum erhalten bleibt. Maßnahmen, die den Patienten bei relativ hohen Kosten nur einen geringen Zusatznutzen bieten, sollten dagegen wegfallen. Bei der Erstellung der KSL wurde auf Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Studien herausgearbeitet, welche Patientengruppen mehr oder weniger

von einer teuren medizinischen Maßnahme profitieren. Patienten mit einem nur geringen Nutzenvorteil müssten, folgt man der Logik des Instruments, auf alternative Verfahren ausweichen. Sie bekämen die teure Maßnahme nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. Der Forschungsverbund „Allokation“ wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert. sf/sg/pm

Schätzung zur Kopfpauschale**100 Euro sind wahrscheinlich**

Bei der Einführung einer Kopfpauschale in der gesetzlichen Krankenversicherung ist mit Prämien in Höhe von 100 Euro zu rechnen. Die Pauschale dürfe Schätzungen des Duisburger Gesundheitsökonom Jürgen Wasem zufolge bei 100 oder 110 Euro liegen. Das berichtet das Deutsche Ärzteblatt unter Bezug auf einen Artikel in „Die Welt“: Die Hälfte der Gesundheitsaus-

gaben werde laut Wasem nach den Plänen der Koalition weiterhin über einen einkommensabhängigen Beitrag der Arbeitgeber finanziert. Das restliche Geld sollten dann die Versicherten einkommensunabhängig, also als Kopfpauschale, zahlen. Bei durchschnittlichen Ausgaben von heute 200 Euro im Monat entfielen damit 100 Euro auf die Versicherten. pr/DÄB

Vierer-Fusion zum 1. Januar 2010**Deutschlands größte IKK entsteht**

Die Verwaltungsräte der IKK Baden-Württemberg und Hessen, der IKK Hamburg, der IKK Sachsen und der IKK Thüringen beschlossen in Dresden die Fusion der vier Innungskrankenkassen zum 1. Januar 2010. Mit über 1,8 Millionen Versicherten entsteht dann die deutschlandweit größte Innungskrankenkasse (IKK). Mit einem flächendeckenden Geschäftsstellennetz in Baden-Württemberg, Hessen, Sachsen, Thüringen und Hamburg baue die IKK classic weiterhin auf individuelle Kundenberatung, hieß es in einer Pressemitteilung. Über 3 000 IKK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden in mehr als 180 Geschäftsstellen die Versi-



cherten wohnortnah betreuen. Die bisherigen persönlichen Ansprechpartner der Versicherten vor Ort änderten sich nicht. Anliegen würden fallabschließend in der Region geklärt. Die Zusatzleistungen der vier Innungskrankenkassen würden ab 2010 zusammengeführt. Die besten Extras der einzelnen Kassen stünden dann allen Versicherten der IKK classic bundesweit zur Verfügung. pr/pm

Neue Auswertung**Ausgabensteigerung durch den Fonds**

Eine interne Auswertung des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) zeigt: Seit der Gesundheitsfonds das erste Mal Anfang 2006 diskutiert worden ist, sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überdurchschnittlich gestiegen. Während die GKV-Ausgaben im Zeitraum Anfang 2001 bis Ende 2005 insgesamt um 5,0 Milliarden Euro beziehungsweise 3,6 Prozent gestiegen sind, zeigt sich im Vergleichszeitraum 2006 bis 2010 eine deutliche Ausgabenexpansion: Von Anfang 2006 bis Ende 2010 werden die GKV-Aus-



Foto: IS

gaben um 26,2 Milliarden Euro beziehungsweise 17,7 Prozent ansteigen. „Die Auswertungen zeigen, dass der Weg in den Gesundheitsfonds mit einem bisher einmaligen Ressourcenaufwand zulasten der Beitragszahler und zulasten des Bundeshaushalts verbunden ist“, kommentiert der Kieler Finanzwissenschaftler und Gesundheitsökonom Dr. Thomas Drabinski die Ergebnisse. sf/pm

Deutsche Bank fordert

Abkehr vom Sachleistungsprinzip

Der Chefökonom der Deutschen Bank, Prof. Norbert Walter, hat von der neuen Bundesregierung einen Kurswechsel



Foto: picture alliance

in der Gesundheitspolitik gefordert. Bleibe dieser aus, drohe dem Gesundheitssystem „der Kollaps“. „Eine radikale Reform weg vom Sachleistungsprinzip hin zu mehr Transparenz, Selbstbeteiligung und Wettbewerb zwischen den Anbietern ist notwendig“, sagte Walter auf einer Veranstaltung der Bank zur Zukunft der Gesundheitsbranche in Berlin. Der Patient müsse wissen und spüren, wie hoch die Kosten für seine Behandlung sind. Ansonsten setze sich die

noch immer vorherrschende „Vollkasko-Mentalität“ unter den Bürgern weiter fort. Mit dem Regierungswechsel bestehe die Chance auf einen „wirklichen Neubeginn“ in der Gesundheitspolitik, sagte er. Es sei richtig und überfällig, wenn unter Schwarz-Gelb in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung die private Vorsorge ausgebaut werden solle. Im Jahr 2050 sei etwa jeder zehnte Bundesbürger älter als 80 Jahre. Das führe dazu, dass die Gesundheits- und Pflegekosten „mächtig in die Höhe gehen“. Die sozialen Sicherungssysteme seien dieser Herausforderung nicht gewachsen. ck/ÄZ

KZV Berlin

Gegen Selektivverträge

Gemeinsam und entschlossen widersetzen sich die Berliner Zahnärzte den Selektivverträgen der Krankenkassen. Langfristig widersprechen diese dem Prinzip der freien Arztwahl und seien daher aus Sicht der Zahnärzteschaft nicht akzeptabel, kritisiert die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Berlin mit ihrem Vorstandsvorsitzenden Dr. Jörg-Peter Huse-



Foto: KZV Berlin

mann (Foto). Die Vertreterversammlung lehnt den Selektivvertrag der DAK, einiger Betriebskrankenkassen und der BIG direkt gesund mit der Indento GmbH und ihrem Onlineportal dent-net als kollegenfeindlich und patientenschädlich ab und hat dies in einer Resolution formuliert. Selektivverträge würden mittelfristig die seit Jahrzehnten in Form der Körperschaften erfolgreich entwickelten Strukturen der zahnärztlichen Selbstverwaltung zerstören. Eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Patienten könne, laut KZV Berlin, im Selektivvertrag nicht sichergestellt werden. Leidtragende seien am Ende die Patienten, heißt es in der Mitteilung weiter. sf/sg/pm

KZBV-Büro Berlin

Besuch aus Japan

Zu einem intensiven Informationsaustausch kam die japanische Wissenschaftlerin Mayumi Nomoura, PhD, MBA, Representative Director der Healthcare Research Inc., Yokohama, am 22. Oktober mit dem Stellvertretenden KZBV-Vorsitzenden Dr. Günther E. Buchholz im KZBV-Büro Berlin zusammen. Auf der Agenda standen Themen wie die Übernahme von Kosten bei Parodontalbehandlungen und beim Zahnersatz, der Aufbau des elektronischen Informationssystems in der Zahnmedizin und die elektronische Gesundheitskarte. Trotzdem die Wissenschaftlerin, die auch an der Privatuniversität Yokohama lehrt, schon mehrere verglei-

chende Studien zu Gesundheitssystemen in verschiedenen Ländern, darunter Deutschland, veröffentlicht hat, gab es bei ihr noch Aufklärungsbedarf bezüglich des Aufbaus der deutschen Sozialsysteme. Buchholz erläuterte die Be-



Foto: Lopata

ziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherung im Bereich von GKV und PKV. Von besonderem Interesse für Nomoura war – aufgrund seiner internationalen

Einmaligkeit – das System der KZVen. Auch Zahlungsflüsse und die Budgetierung wurden von Buchholz skizziert. Dass es innerhalb des Budgets auch zu einer Nichtbezahlung von Leistungen kommen kann, stieß bei der Wissenschaftlerin auf große Verwunderung. Buchholz ging weiterhin auf die befundbezogenen Festzuschüsse und deren Variabilität, die Möglichkeit von Zusatzversicherungen im Bereich der GKV, den Bema und die GOZ ein. Insgesamt, so das Fazit des Gastes aus Japan, werde das deutsche Gesundheitswesen als sehr komplex und auch kompliziert empfunden. Das Foto zeigt Dr. Buchholz mit Dr. Nomoura (r.) und deren Begleiterin. pr

Medizinische Versorgungszentren

Die Zahl steigt

Binnen Jahresfrist erhöhte sich die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bundesweit von 1 088 auf 1 325, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Berlin mitteilte. Die Versorgungszentren gibt es seit Anfang 2004. Der KBV-Vorsitzende Andreas Köhler nannte es eine richtige Entscheidung der schwarz-gelben Regierung, „dass nur zugelassene Ärzte und Krankenhäuser Geschäftsanteile von Medizinischen Versorgungszentren halten dürfen“. In ihnen seien rund 6 300 Ärzte tätig, davon fast 5 000 im Angestelltenverhältnis. „Sie müssen in ihren medizinischen Entscheidungen frei von Kapitalinteressen sein“, betonte Köhler. sf/dpa

Apollonia zu Münster

Stiftungspreis ausgeschrieben

Zum neunten Mal vergibt die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ im Jahr 2010 ihren Stiftungs-

preis für besondere Leistungen auf dem Gebiet der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. „Durch den Preis, der mit 15 000 EURO dotiert ist, will die Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe die präventionsorientierte Zahnheilkunde fördern und die Zahnheilkunde als präventives ärztliches Handeln im Ansehen der Bevölkerung verankern“, so der Stiftungsvorsitzende und Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Walter Dieckhoff.

pr/pm

■ **Bewerbungen sind bis spätestens 26.2.2010 an die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“, Herrn Ass. M. Schulte Westenberg, Geschäftsführer, Auf der Horst 29, 48147 Münster zu richten.**



Foto: Archiv Bulk

Für PKV-Versicherte

Impfung kostenfrei

Zur Impfung gegen die „Neue Grippe“ erklärt der Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), Volker Leienbach: „Der Verband der privaten Krankenversicherung unterstützt die Impfkampagne gegen die sogenannte Schweinegrippe.“ Die PKV beteiligt sich in allen Bundesländern an den Fonds zur Finanzierung der Impfung. Damit haben Privatversicherte den gleichen Anspruch auf kostenfreie Impfung gegen die neue Influenza wie gesetzlich Versicherte. Ärzte dürften dafür also keine gesonderte Rechnung stellen, weil mit dem Beitrag der PKV zu den Impffonds sämtliche Leistungen bereits bezahlt seien. Falls



Foto: MEV

einzelne Ärzte dennoch versuchen sollten, gesonderte Abrechnungen nach der Gebührenordnung zu stellen, sei dies nicht zulässig. Betroffene sollten dann ihre private Krankenversicherung informieren. sf/sg/PKV

Gesundheitsentwicklung seit Mauerfall

Überwiegend angeglichen

Unter dem Titel: „20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?“ legt das Robert

Koch-Institut (RKI) neue Ergebnisse zur Gesundheit der Bevölkerung vor. Der 300 Seiten umfassende Bericht gibt einen Überblick über die Gesundheitsgeschichte der BRD in den letzten 20 Jahren. Das Fazit des Berichts sei, dass sich nach 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung die Unterschiede in den meisten Bereichen deutlich verringert oder sogar angeglichen haben, so das RKI. sf/sg/pm



Foto: picture alliance

Pflegefall

Jeder Zehnte legt Betreuer fest

Jeder zehnte Deutsche hat bereits festgelegt, wer ihn im Krankheits- oder Pflegefall betreuen soll. Diese konkrete Person soll demnach vom Vormundschaftsgericht als Betreuer eingesetzt werden, wenn die Betroffenen einmal selbst wichtige Angelegenheiten nicht mehr regeln können. Wie eine repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsunternehmens GfK im Auftrag des Apothekenmagazins „Senioren Ratgeber“ ergab, hat jeder 13. Bürger

(7,7 Prozent) in einer Betreuungsverfügung auch bestimmt, wer keinesfalls einmal die Verantwortung für ihn übernehmen soll. Insgesamt haben 12,5 Prozent und damit jeder achte Deutsche eine entsprechende Verfügung verfasst. In die repräsentative Umfrage hatte das Nürnberger Marktforschungsunternehmen GfK 1 973 Männern und Frauen ab 14 Jahren einbezogen, darunter 247 Menschen, die eine Betreuungsverfügung haben. ck/dpa

Qualitätsmanagementsystem

Länderübergreifende Kooperation

Das 2006 von der Landes Zahnärztekammer Hessen entwickelte Zahnärztliche Praxismanagementsystem (Z-PMS) hat sich über die Landesgrenzen hinaus etabliert. Jetzt wurde die neue Domain www.z-qms.de freigeschaltet. Eine länderübergreifende Kammer-Kooperation bestehend aus den Zahnärztekammern Hessen, Niedersachsen und

Rheinland-Pfalz, hat im Sommer 2009 die Arbeiten an einem gemeinsamen Onlineportal abgeschlossen. Das Internetportal www.z-qms.de steht allen Zahnärztinnen und Zahnärzten zur Verfügung. Mit der Internetversion kann nun komfortabel eine persönliche Z-QMS-Lizenz heruntergeladen werden, die ständig online aktualisiert wird. sf/sg/pm

PKV

Das Neugeschäft bricht ein

Der privaten Krankenversicherung machen offenbar die Folgen der Gesundheitsreform von Ulla Schmidt (SPD) zu schaffen. Die Zahl der Versicherten sinkt laut einer Studie bei vielen Assecuranzen, weil Arbeitnehmer nachweisen müssen, dass sie drei Jahre hintereinander mehr als 48 600 Euro im Jahr verdienen, um überhaupt in die PKV wechseln zu können. Zwar hat die schwarz-gelbe Regierung bereits angekündigt, diese Regelung

das Blatt Manfred Poweleit, Chefredakteur des Branchen dienstes Map-Report. „Mit der erschwerten Wechselmöglichkeit hat sie der privaten Krankenversicherung das Wasser abgedreht.“ Rund ein Drittel aller Gesellschaften müssen nach einer Studie des Map-Reports mit Bestandsrückgängen kämpfen. So sank die Zahl der Versicherten bei der Allianz seit 2003 um 7,9 Prozent, das sind 62 145 Mitglieder weniger. Die Signal verlor im gleichen



Foto: Keystone

wieder zu lockern, doch wird diese Grenze 2010 vorerst sogar auf 49 950 Euro angehoben. Künftig soll ein Wechsel in die PKV aber auch dann möglich sein, wenn die entsprechende Einkommensgrenze ein Jahr lang überschritten wird. Stagnierende Löhne und eine stetig steigende Versicherungspflichtgrenze machten es vielen Arbeitnehmern indes unmöglich, den Sprung aus dem gesetzlichen System zu schaffen, berichtet die „Welt“. „Ulla Schmidt hat in der privaten Krankenversicherung einen Scherbenhaufen hinterlassen“, zitiert

Zeitraum 28 194 Kunden, die DKV 37 100, schreibt die „Welt“ unter Bezugnahme auf die Studie. Auch wenn Angaben zum Neugeschäft oft zurückgehalten werden, ließen die Bestandsverluste doch auf ein geringes Neugeschäft schließen, sagt Poweleit. Ins Gewicht fielen aber auch hauseigene, handwerkliche Fehler. „Viele Anbieter haben den Fehler gemacht und die Tarifvielfalt ausgebaut“, sagt Poweleit. Ziel: Junge Gesunde zum Schnäppchenpreis anzulocken. Doch ließen sich die vielen Tarife kaum mehr bewirtschaften. ck

GKV-Spitzenverband

Millionen Beitragsausfall durch Reform

Säumige Beitragszahler schulden den 184 gesetzlichen Krankenkassen rund 630 Millionen Euro. Dies geht aus einem Papier des GKV-Spitzenverbandes hervor. Die Beitragsausfälle betreffen den Zeitraum Anfang April 2007 bis Ende März 2009. Von der ausstehenden Summe entfallen 198,4 Millionen auf Mitglieder, die zuvor nicht krankenversichert waren, durch die Gesundheitsreform 2007 aber pflichtversichert wurden. Freiwillig Versicherte

sind mit 432 Millionen Euro im Beitragsrückstand. Laut GKV-Spitzenverband können oder wollen die Betroffenen nicht zahlen. Die über zwei Jahre verteilten Außenstände fielen bei einem GKV-Beitrags-Gesamtvolumen von mehr als 150 Milliarden Euro jährlich nicht nennenswert ins Gewicht. Dennoch seien viele Versicherer besorgt: Die Situation lasse „nichts Gutes für die Zukunft erwarten“, zitiert „Spiegel online“ einen Kassenvertreter. ck/dpa

Großbritannien

Patienten sollen Kliniken Feel-Good-Note geben

Britische Krankenhäuser sollen demnächst von ihren Patienten für ihren Feel-Good-Faktor benotet werden. Denjenigen, die den Kranken nicht genug Wohlfühlatmosphäre vermitteln, drohen Budgetkürzungen durch das Londoner Gesundheitsministerium.

Wie der britische Gesundheitsminister Andy Burnham in London sagte, werde im staatlichen Krankenhaussektor „nicht genug Wert auf das Ambiente“ und „das Rundherum“ gelegt. Zwar würden die Krankenhäuser des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) bereits seit Jahren auf Basis von Qualitätskriterien evaluiert. Aber, wendet Burnham ein, „die NHS-Kliniken haben zulange nach der Devise gehandelt, entweder akzeptiert der Patient alles, was er auf den Stationen erlebt, oder er bleibt unbehandelt“. Vom kommenden Jahr an werden NHS-Patienten

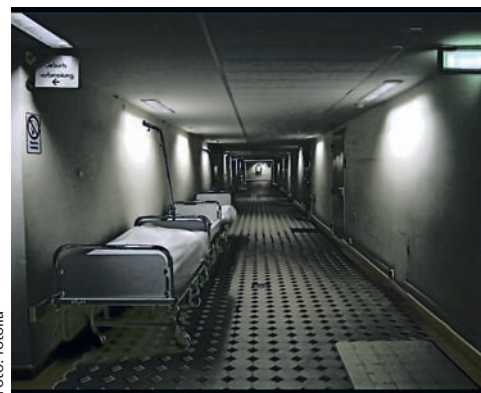


Foto: fotolia

daher zunächst versuchsweise kurz vor ihrer Entlassung gebeten, dem Klinik-Ambiente Schulnoten zu geben. Sind die Tagesräume hell und freundlich? Ist das Klinikpersonal höflich? Wie steht's mit den Umgangsformen der Chefarzte? Sind die Besuchszeiten großzügig genug? Krankenhäusern, die bei dieser Bewertung schlecht abschnitten, drohen Etatkürzungen durch das Gesundheitsministerium von bis zu vier Prozent jährlich. Die Fachärzte lehnen die Neuerungen weitgehend ab.

ck/ast

Hochschule**„Bachelor of Medicine“ in Oldenburg**

Die Universität Oldenburg will als erste deutsche Hochschule einen „Bachelor of Medicine“ einführen. Die Ärzte reagierten mit scharfer Kritik: Die Absolventen würden nach einer „Schmalspurausbildung“ auf Patienten losgelassen. In Niedersachsen sind



Foto: fotolia

bereits 94 Prozent aller Studiengänge im Zuge der Studienreform auf Bachelor und Master umgestellt. Die kleine Uni Oldenburg will die neuen Abschlüsse nun auch in der Medizin einführen. Geplant ist, zusammen mit der holländischen Universität

Groningen eine „European Medicine School Oldenburg-Groningen“ zu gründen. Bisher gibt es in der Stadt aber weder ein Uni-Klinikum noch eine medizinische Fakultät, berichtet die „Hannoversche Allgemeine Zeitung“. Die drei Krankenhäuser sollen als Ausbildungsstätte mit jährlich 40 Studienplätzen zusammengeschlossen werden. Im Wissenschaftsministerium in Hannover sieht man dem Blatt zufolge große Vorteile für Studierende: Die Absolventen könnten

problemlos den Studienort wechseln und leichter Stellen im Ausland annehmen. In Kürze wird die Entscheidung des Wissenschaftsrates erwartet. Stimmt er zu, können Studierende frühestens im Wintersemester 2011/12 starten. ck

IGES-Institut**Zweifel an Milliarden-Kassendefizit**

Die meisten gesetzlichen Krankenkassen können nach einer Studie im nächsten Jahr auch ohne zusätzliche Staatshilfe ihre Ausgaben decken. Zu diesem Ergebnis kommt eine Prognose des unabhängigen Forschungsinstituts IGES.

Danach drohe den Kassen 2010 statt des bisher erwarteten Minus von 7,5 Milliarden Euro ein Fehlbetrag von maximal fünf Milliarden Euro. Die Kassen könnten das Loch durch die in den vergangenen Jahren angesparten Rücklagen in gleicher Höhe stopfen, sagte IGES-Geschäftsführer Martin Albrecht dem „Handels-

blatt“. Der von der neuen Koalition geplante Rettungsschirm für die Krankenkassen sei deshalb überflüssig. Die ehemalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hatte ebenfalls von Rücklagen der Kassen in der Größenordnung von fünf Milliarden Euro gesprochen. sf/sg/dpa

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

BGW

Krankheitsrisiko durch nasse Hände

Wer oft nasse Hände hat, riskiert ein Ekzem oder eine Allergie, informiert die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Das Auswaschen hauteigener Fette aus der obersten Hautschicht durch häufigen Kontakt mit Wasser könne auf Dauer schädigen. Häufig nasse Hände führen bereits dazu, dass die Hautbarriere geschädigt werde. Seife, Reinigungsmittel oder andere Zusätze verstärken dies noch. „Wer insbesondere im Beruf nasse Hände kaum vermeiden kann, sollte sie

vorbeugend schützen und erste Anzeichen von Hautreizungen ernst nehmen“, empfiehlt Dr. Ute Pohrt, Leiterin des Fachbereichs Berufsdermatologie der BGW. Erste Symptome seien trockene, schuppige Hautstellen oder Rötungen. Bleibt die Haut weiter schädlichen Einflüssen ausgesetzt, schreitet die Entzündung voran: Die Hände sind geschwollen und rot, jucken stark. Es bilden sich Bläschen und schmerzhafte, schlecht heilende Risse. Die Gefahr, zusätzlich zu einem solchen Ekzem eine Allergie zu bekommen, sei groß. Abhilfe würden etwa Schutzhandschuhe schaffen. Nach der Arbeit sollten die Hände mit einer pH-hautneutralen Waschlotion gereinigt, abgetrocknet und zum Schluss mit einer pflegenden Creme behandelt werden.

sf/pm



Foto: CC

Neue Statistik

Mehr junge Komasaüfer in Kliniken

Jugendliche in Sachsen, Sachsen-Anhalt und im Saarland landen am häufigsten nach Trinkexzessen in der Klinik. Einer von 300 Jugendlichen im Alter von elf bis 17 Jahren wurde in diesen Bundesländern 2007 wegen Alkoholmissbrauchs stationär behandelt. Das ergibt eine Auswertung von Daten der statistischen Landesämter. Vergleichsweise wenige

waren es in den Metropolen Hamburg (einer von 700) und Berlin (einer von 600). Zu Bremen lagen keine Zahlen vor. Insgesamt nehmen die Probleme mit Alkohol bei Jugendlichen zu: In ganz Deutschland sind im vorvergangenen Jahr deutlich mehr alkoholisierte Minderjährige ins Krankenhaus gebracht worden als 2006. Im Durchschnitt kam einer von 350 Jugendlichen in die Klinik, weil er zu viel Alkohol getrunken hatte. Insgesamt gab es 17 000 Minderjährige, die mit der Erstdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ behandelt wurden.

ck/dpa



Foto: DAK

Brüssel

EU will gezielter gegen HIV vorgehen

Die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Europa soll bis 2013 deutlich zurückgehen. Dies ist das Ziel einer neuen EU-Strategie im Kampf gegen HIV/Aids. Erreicht werden soll dies durch eine gezieltere Verteilung der für Gesundheitsmaßnahmen zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

In der EU leben derzeit etwa 730 000 HIV-Infizierte. Die Rate der Neuinfektionen steige nach Angaben der EU-Kommission jährlich um etwa 50 000, so EU-Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou.

Die meisten Ansteckungen erfolgen durch sexuelle Kontakte zwischen Gleichgeschlechtlichen. Weitere bedeutende Infektionsquellen bilden Einwanderer aus Hochprävalenzgebieten und die

Gruppe der iv-Drogenabhängigen. Besonders betroffen seien, laut Vassiliou, die osteuropäischen Staaten.

Die EU will künftig vor allem in Maßnahmen zur Vorbeugung und Testung von HIV-Neuinfektionen investieren. Geplant seien auch eine verbesserte Behandlung von Hochrisikogruppen und die Unterstützung besonders gefährdeter Regionen durch eine verstärkte Zusammenarbeit und den Austausch von Know-how und Gesundheitspersonal.

Für den Kampf gegen die Ausbreitung des HI-Virus stehen Mittel aus dem EU-Haushalt für öffentliche Gesundheit sowie aus den Fonds zur Förderung strukturschwacher Regionen bereit.

sf/ps

Schweinegrippe-Impfung

Nebenwirkungen an Arzt oder Apotheker melden

Wer sich in den kommenden Wochen gegen die sogenannte Schweinegrippe (Neue Grippe) impfen lässt, sollte seinen Arzt oder Apotheker über auftretende Nebenwirkungen informieren. Dies gilt besonders für Patientengruppen wie Kleinkinder und Schwangere.

„Soweit wir derzeit wissen, ist die Impfung gut verträglich. Um seltene Nebenwirkungen zu entdecken, bitten wir alle Patienten, ihren Arzt oder Apotheker über beobachtete Nebenwirkungen zu informieren“, so Professor Dr. Martin Schulz, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK). Auch bereits bekannte unerwünschte Wirkungen sollten

gemeldet werden, damit deren Häufigkeit oder Schweregrad künftig besser eingeschätzt werden können. Apotheken melden dann die Verdachtsfälle an die Geschäftsstelle der AMK, die eng mit den zuständigen Bundesoberbehörden zusammenarbeitet.

Die aktuelle Fachinformation des Impfstoffs Pandemrix® nennt unter anderem folgende unerwünschte Wirkungen: Schmerzen, Rötung und Hautreaktionen an der Injektionsstelle, Juckreiz, Durchfall, Erbrechen und Übelkeit, Bauchschmerzen, verstärkte Schweißsekretion, Fieber, Mattigkeit und grippeähnliche Beschwerden.

sf/ABDA

DGÄZ

Preis „Young Esthetics 2009“ verliehen

Die Deutsche Gesellschaft für ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) hat Dr. Jevgeni Viktorov aus Berlin für seine eingereichte herausragende Versorgung eines aufwändigen Patientenfalls mit dem „Young Esthetics“-Preis 2009 ausgezeichnet.



Foto: Dohlius

„Er hat einen sehr komplexen Fall vorgestellt“, sagte Wolfgang M. Boer, ehemaliger Generalsekretär der DGÄZ, der traditionell die Preisverleihung vornimmt und den Preis auch gestiftet hat.

„Kollege Viktorov hat die Herausforderung eines funktional und ästhetisch mangelhaften Oberkieferzahnzustandes bei zurückliegender protrusiver Entwicklung und begleitet durch starke parodontale Destruktion vorbildlich gelöst.“

sf/DGÄZ

European Workshop

Periodontal Education

Zu einem hochkarätigen Workshop hatten sich europäische Parodontologen in La Granja de San Idelfonso zusammengefunden, um in einem straffen Arbeitsprogramm vier wichtige Themenbereiche zu erörtern: 1. Parodontale Gesundheit und Versorgung in Europa, 2. Parodontale Ausbildung im Studiengang Zahnmedizin („undergraduate“), 3. Postgraduale Ausbildung im Fach Parodontologie sowie 4. Moderne Methoden in der parodontologischen Fortbildung. Neben 50 namhaften Professoren aus ganz Europa, waren sieben deutsche Hochschullehrer

vertreten. Ein kurzes Fazit aus den Workshops zeigte, dass die parodontale Gesundheit in Europa noch stark verbesserungswürdig ist. Viele aktuell tätige Zahnärzte seien auf den aktuellen Wissenstand zu bringen, wie aus einem Bericht der Arbeitsgruppen hervorgeht. Die Ergebnisse des „European Workshop in Periodontal Education“ werden von den Arbeitsgruppen zusammengefasst und in Kürze auf europäischer Ebene publiziert werden. Das Ziel ist eine Verbesserung der parodontalen und oralen Gesundheit der Menschen in Europa. sp/th

Europäischer Qualifikationsrahmen

Berufsbildung soll transparenter werden

Die EU will die berufliche Bildung europaweit transparent und vergleichbar machen. Dazu sollen in einem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) einheitliche Beschreibungen und Klassifizierungen von Kompetenzen bei Berufsbildern erfolgen. Das Ganze ist derzeit noch sehr theorielastig, wird aber langfristig starke Auswirkungen auf die Berufsbildung in Deutschland haben. Auch der Zahnarzt und sein Praxisteam sind betroffen.

Den Plänen zugrunde liegt eine Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rats vom 23. April 2008. Ziel soll sein, die grenzüberschreitende Mobilität von Arbeitnehmern zu erleichtern. Lernergebnisse aus allen Bildungsbereichen sollen verständlicher und international vergleichbarer werden. Dazu sollen die Leistungen der jeweiligen nationalen Bildungssysteme auf europäischer Ebene in acht Niveaustufen abgebildet werden – von der Hilfskraft bis zum Akademiker.

Die Umsetzung des EQR soll in allen EU-Staaten bis zum Jahr 2010 erfolgen, und zwar mit Hilfe nationaler Regelungen. Dazu soll das jeweilige nationale Qualifikationssystem an den EQR angekoppelt werden. Ab 2012 sollen dann alle ausgestellten beruflichen Qualifikationsbescheinigungen, Diplome und Europass-Dokumente einen klaren Hinweis auf das zutreffende Niveau des EQR enthalten.

Zu diesem Zweck haben sich das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Kultusministerkonferenz darauf verständigt, einen Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) zu erstellen und dazu die relevanten Akteure einzubinden.

Kompetenzen erwerben

Beim Qualifikationsrahmen geht es darum, welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen vorliegen (Outcome-Orientierung), und nicht, wo und in welchem System die Qualifikationen erworben wurden. Jedes Kompetenzniveau soll grundsätzlich auf verschiedenen Wegen erreichbar sein. Damit die Ergebnisse des deutschen Bil-

dungssystems EU-weit anerkannt werden können, ist es notwendig, die nationalen Bildungsleistungen im Deutschen Qualifikationsrahmen zu definieren. Derzeit ist eine Vielzahl von Akteuren daran beteiligt, den DQR zu erarbeiten, darunter Einrichtungen der Hochschulbildung, der Berufsbildung, die Sozialpartner und weitere Experten. Die Erarbeitungsprozesse werden über Fachtagungen, Expertenforen und über das Internet einer breiten Fachöffentlichkeit transparent gemacht.

Eine erste DQR-Matrix liegt seit Februar 2009 vor. Derzeit wird eine exemplarische Zuordnung ausgewählter Qualifikationen des

zm-Info

Zahnärztliche Einschätzung zum EQR

Die BZÄK-Koordinierungskonferenz der Referenten für ZFA der Landes Zahnärztekammern am 14. Oktober 2009 (Foto) hat sich intensiv mit dem EQR beschäftigt. Dr. Michael Sereny, Vorstandsreferent der BZÄK für die ZFA, führte aus, dass aufgrund des europäischen Integrationsgedankens und wegen der nationalen Vorgaben eine aktive Mitgestaltung durch die Zahnärzteschaft empfehlenswert sei. BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich unterstrich, dass ab 2012 alle nationalen Qualifikationsbescheinigungen (Zeugnisse) einen Verweis auf die EQR-Stufen erhalten müssen. Hierzu sei es notwendig, für die ZFA, ZMV, ZMF, ZMP und DH kompetenzbasierte Leistungskataloge zu entwickeln, die ergebnisorientiert ausgerichtet sind.

In den Diskussionen der Teilnehmer wurden folgende Punkte herausgearbeitet:

- Der DQR ist sehr theorielastig, deswegen erscheint eine praktische Umsetzung derzeit nur sehr eingeschränkt möglich zu sein.
- Vor allem in den unteren Niveaustufen hat der DQR-Entwurf das Problem der Trennschärfe.
- Der DQR wird wettbewerbliche Auswirkungen auf die Gewinnung von Arbeitskräften haben.
- Auch mit tariflichen Auswirkungen für die Arbeitgeber ist zu rechnen, vor allem, wenn die Qualifikationen in ein hohes Referenzniveau eingeordnet werden sollte.
- Der DQR birgt die Chance, die Attraktivität des Berufs der ZFA zu steigern und so Nachwuchsproblemen entgegenzusteuern.
- Mittelfristig muss darüber nachgedacht werden, die Musterfortbildungsordnungen der BZÄK und die Ausbildungsverordnung ZFA zu novellieren.



Foto: BZÄK



Foto: medical picture

Berufliche Bildung – auch die der ZFA – soll nach dem Willen der EU transparenter werden.

deutschen Bildungssystems erarbeitet, um die Handhabbarkeit der Matrix zu überprüfen und die Ergebnisse weiterzuentwickeln. Es geht darum, geschätzte 50 000 Qualifikationen in Deutschland abzubilden und dem DQR zuzuordnen. Ob es gelingt, alle Widersprüche auszuräumen, bleibt fraglich.

Die Erprobungsbereiche werden in vier Berufs- und Tätigkeitsfeldern vorgenommen:

- Metall- und Elektrobranche
- Handel
- IT-Bereich
- Gesundheit

Für jeden dieser Bereiche wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die die Qualifikationszuordnungen entsprechend der Matrix vornimmt. Die Sozialpartner haben weitere Sachverständige für ihre jeweiligen Arbeitsgruppen benannt. So sind im Bereich Gesundheit Vertreter der Bundesärztekammer und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände integriert. Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) hat parallel dazu eine Begleitgruppe eingerichtet, die der AG zuarbeitet, und der auch Berater aus der Zahnärzteschaft angehören.

Die Arbeitsgruppe Gesundheit nimmt derzeit für die rund 500 Qualifikationsgänge,

die im Gesundheitswesen existieren, eine Zuordnung entsprechend der acht Niveaustufen des DQR vor. Dazu gehören unter anderem die Qualifikationen von ZFA und MFA, Zahntechnikermeistern, Krankenpflegern, Physiotherapeuten, Medizinern und Zahnmedizinern.

Erschwert wird die Zuordnung dadurch, dass in den Ausbildungsordnungen die Qualifikationen häufig nicht kompetenzbasiert und ergebnisorientiert festgelegt sind. Vor allem in den unteren Niveaustufen ergeben sich Probleme der Zuordnung, da die Kompetenzgrenzen oft fließend sind.

Bis Januar 2010 sollen die Erprobungsarbeiten abgeschlossen sein.

■ *Der Bericht basiert auf einem Vortrag von Marcus Kuhlmann, Geschäftsführer des BFB, anlässlich der BZÄK-Koordinierungskonferenz der Referenten für ZFA der Landes Zahnärztekammern am 14. Oktober 2009 in Berlin.*

Runder Tisch zur Alters- und Behindertenzahnheilkunde

Mit Sachverstand und Engagement zum Ziel

Die Erschwernisse bei der zahnmedizinischen Behandlung alter und behinderter Menschen forciert anzugehen, das hatte sich der „Runde Tisch“ in der Berliner Vertretung der KZBV vorgenommen. Bundeszahnärztekammer und KZBV haben Experten zusammengeführt und ein Forum gebildet, das mit Know-how und großem Engagement ein politisches Konzept entwickelt, um die bestehenden erheblichen Defizite in der Versorgung dieser gesellschaftlichen Gruppen zu beseitigen.

„Es geht darum, das Zeitfenster für politische Aktivitäten zugunsten dieser Patientengruppen zu nutzen“, erklärte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer bei der Begrüßung der Teilnehmer aus Standespolitik und Wissenschaft zu dem ersten „Runden Tisch“ zum Thema „Alters- und Behindertenzahnheilkunde“. Bundeszahn-

der Zahnärzteschaft zu diesem Thema unterstützt und zu einem Parlamentarischen Abend (zm 99, Nr. 10 vom 16.05.2009) eingeladen hatten. Für die Körperschaften war die positive Resonanz auf diese gelungene Veranstaltung Anreiz genug, das Eisen weiter zu schmieden und konkrete Handlungsschritte auf den Weg zu bringen, um diese

München-Harlaching über entsprechende Projekte referiert. Charakteristisch für die zahnärztliche Behandlung Behinderter seien unter anderem höherer Zeitaufwand, kleinere Behandlungsintervalle und höherer Personalaufwand. Anforderungen also, die sich im derzeitigen Leistungsangebot der GKV nicht widerspiegeln.

Teamwerk Zahnmedizin

Wie eine adäquate Versorgung alter Menschen aussehen kann, veranschaulichte Dr. Haffner eindrucksvoll in seinem Bericht über das Modellvorhaben, das vom „Teamwerk Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen“ initiiert wurde. Es handelt sich hierbei um ein duales Konzept aus Therapie und Prävention. Die Umsetzung erfolgt dezentral durch Patenzahnärzte. Das Projekt zeichnet sich ferner durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Kompetenzzentren aus. Als Fazit beider Vorträge konnte festgestellt werden, dass die zahnärztliche Versorgung von Behinderten und alter Menschen keine identische Problemstellung aufweist, die Versorgungsstrecken aber durchaus vergleichbare Ansätze, insbesondere bei den Präventionsleistungen beinhalten.

Auf dieser Grundlage setzte die sehr engagiert und lebhaft geführte Diskussion am Runden Tisch auf. Hierbei kristallisierte sich schnell heraus, dass eine konstruktive Lösung voraussetzt, die Patientengruppen zielgerichteter zu erfassen, als dies mit dem Oberbegriff „Alters- und Behindertenzahnheilkunde“ möglich ist. Man verständigte sich daher für die weitere Diskussion darauf, die mobilen alten und behinderten Menschen, also solche, die noch in die Zahnarztpraxis kommen können, und die Gruppen, denen dies nur eingeschränkt oder überhaupt nicht möglich ist, gesondert zu betrachten. Dies erlaubt, einerseits die bestehenden Defizite bei der Versorgung zielgerichtet zu analysieren, andererseits die Versorgungsstrecke und damit auch die notwendigen gesetzgeberischen Aktivitäten exakter zu formulieren.

Als erstes Fazit konnte festgehalten werden, dass es ohne Änderungen des SGB V nicht gehen kann. Dies bezieht sich beispielsweise



Foto: Aventis-Lopata

Sie wollen die öffentliche Diskussion zur Alters- und Behindertenzahnheilkunde zielgerichtet fortsetzen: die Teilnehmer des Forums vor der Berliner Vertretung der KZBV.

ärztekammer und KZBV hatten in die Berliner Vertretung der KZBV eingeladen, um gemeinsam mit Hochschullehrern, Vertretern der Behindertenverbände, des Bereichs Alterszahnheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) konkrete Schritte zur Verbesserung der Versorgungssituation dieser Patientengruppen zu entwickeln und die bestehenden Defizite zu beseitigen.

Rückenwind vonseiten der Politik war vorhanden, nachdem die Bundestagsabgeordneten Zahnarzt Dr. Rolf Koschorrek und Dr. Hans Georg Faust den bisherigen Einsatz

gesellschaftlichen Gruppen am zahnmedizinischen Fortschritt partizipieren zu lassen. Den Status quo umriss Dr. Eßer folgendermaßen: „Im derzeitigen System der ambulanten zahnärztlichen Versorgung werden den besonderen Belangen von alten Menschen und Menschen mit Behinderungen allenfalls durch freiwillige Leistungsangebote Rechnung getragen.“

Zuvor hatten Dr. Imke Kaschke, 2. Vorsitzende der AG Behindertenbehandlung im BDO und im Management von Healthy Athletes der Special Olympics Deutschland aktiv, und Dr. Cornelius Haffner vom Klinikum

auf die Öffnung der bisherigen versicherungstechnischen Grenze für die Individualprophylaxe. Vorgeschlagen wurde eine Öffnung der IP-Leistungen ab 60 Jahren, gegebenenfalls verbunden mit ergänzenden Leistungsbeschreibungen im BEMA, etwa zur Versorgung von Zahnhalskavitäten. „Um hier die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten, ist eine Leistungserbringung außerhalb des Budgets geboten“, forderte Dr. Eßer die Politik auf, Farbe zu bekennen und für eine ausreichende wirtschaftliche Ausstattung für die dargestellten Versorgungstrecken zu sorgen.

Auch im Bereich der haus- und institutionsgebundenen Pflege erscheint es möglich, die in den Modellprojekten nachgewiesenen Erfolge, also Rückgang der Kariesprävalenz bei pflegebedürftigen beziehungsweise

nicht-mobilen Patienten, und die damit einhergehende Steigerung der Allgemeingesundheit nachhaltig auch im Praxisalltag zu etablieren. Vorschläge hierzu werden für die nächste Sitzung des Runden Tisches im Dezember von den Experten für diese Bereiche vorbereitet.

Mit der Einladung zur Fortsetzung der Diskussion verband Dr. Eßer im Namen von KZBV und Bundeszahnärztekammer das Ziel, im Dezember schon ein Konzept auf die Beine stellen zu können, das der Politik zur Vorbereitung auf die gesetzgeberischen Vorhaben der neuen Legislaturperiode rechtzeitig unterbreitet werden kann.

*Eugen Mann
Leiter der Vertragsabteilung der KZBV
Universitätsstraße 73
50931 Köln*

zm-Info

Langfristige Initiative

Die Mundgesundheit von immobilen Menschen und Menschen mit Behinderungen steht schon lange auf der politischen Agenda der zahnärztlichen Spitzenorganisationen. Die BZÄK hat diese Gesamtproblematik regelmäßig im Rahmen ihrer Koordinierungskonferenzen für die Kammerreferenten für Alters- und Behindertenzahnheilkunde diskutiert. Daraus resultierten konkrete Maßnahmen wie etwa das Arbeitspapier der BZÄK für eine adäquate zahnärztliche Versorgung behinderter und mobiler Patienten und deren sachgerechte Vergütung, der Leitfaden zur Alterszahnheilkunde oder das „Handbuch der Mundhygiene für Angehörige der Pflegeberufe“. In vielen Kammerbereichen wie etwa in Hessen, Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern oder Baden-Württemberg existieren kreative Initiativen und Projekte engagierter Zahnärzte und Verbände zur Behandlung dieser Patientengruppen. Immer geht es darum, neben angemessener medizinischer Versorgung und Therapie vor allem Strukturen im gesellschaftlichen Alltag zu schaffen, die die Patienten nicht ausgrenzen und isolieren, sondern ihrer besonderen Lebens- und Arbeitsweise gerecht werden.

Erreicht werden könne dies, so BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich, durch die Kontinuität präventionsorientierter Betreuung, das Ausnutzen der Ressourcen der Gruppen- und Individualprophylaxe über die Beschränkungen der GKV hinaus, die Berücksichtigung der Besonderheiten der zahnärztlichen Versorgung (Zuschlag bei der Honorierung), kombinierte ärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Versorgung dieser Patienten außerhalb des Budgets. Auch lägen inzwischen gut evaluierte wissenschaftliche Daten vor, die den Forderungen der Politik nach verlässlichen Informationen aus diesem Bereich nachkommen. Nun seien Bund und Länder gefordert, klare Rahmenbedingungen auf Bundesebene sowie bundeseinheitliche Regelungen zur Betreuung zu schaffen.

Das Interesse, das die Politik auf dem Parlamentarischen Abend im April 2009 zu diesem Thema bekundet hatte, lasse auf ein wachsendes politisches Problembewusstsein schließen. Jetzt gelte es, den einmal eingeschlagenen Weg auch in der neuen Legislaturperiode weiterzugehen. Die Initiative des „Runden Tisches“ wird von der BZÄK vollinhaltlich unterstützt. Eine wichtige Aufgabe sei, den Politikern neue Lösungsansätze zu präsentieren.

BZÄK

Finanzierung des Gesundheitswesens

Suche nach dem Königsweg

Auch nach dem Koalitionsvertrag bleibt die grundlegende Frage weiterhin unbeantwortet: Wie lässt sich zukünftig ein Gesundheitssystem effizient steuern und finanzieren, das einem drastischen Kostendruck ausgesetzt ist angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts, einer steigenden Lebenserwartung und stagnierenden Geburtenraten? Nun soll es eine Expertenkommission der Bundesregierung richten. Auf der Fachtagung „Künftige Anforderungen an Finanzierung und Vergütung im Gesundheitswesen des Bundesverbandes Managed Care e.V.“ (BMC) Ende Oktober in Berlin gab es kurz vor Ende der Koalitionsverhandlungen schon einen kleinen Vorgeschmack.

„Um es vorweg zu nehmen: Einen Königsweg gibt es nicht“, zog gleich zu Beginn der Veranstaltung Prof. Dr. Dr. Bert Rürup, Chefvolkswirt beim Finanzdienstleister AWD, jenen den Zahn, die glaubten, durch den ehemaligen Vorsitzenden des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die Antwort auf die ungelösten Kernfragen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Vielmehr zeichne sich Gesundheitspolitik durch ein „immerwährendes Nachsteuern“ aus, so Rürup. Auch dieses Mal sei nicht davon auszugehen, dass die neue Bundesregierung dem grundlegenden Umbau des GKV-Systems den Vorzug gegenüber „schrittweisen Reformen“ geben würde.

Ordnungspolitisches Neutrum

Das kühle Verhältnis Rürups zum Gesundheitsfonds ist bekannt. Für ihn löst der Fonds als „ordnungspolitisches Neutrum“ weder Probleme, noch ändere seine Abschaffung etwas an dem langfristigen Kostendruck, der auf der GKV lastet. „Steigende Gesundheitsausgaben als Folge der Präferenzänderung einer alternden Gesellschaft sind per se kein ökonomisches Problem“, so der ehemalige Wirtschaftsweisen. Erst wenn Ineffizienzen und fehlender Wettbewerb wachstums- und beschäftigungsfeindliche Signale setzten, entstünden die bekannten Defizite.

Rürup brach schließlich eine Lanze für die Gesundheitspolitik der letzten Jahre. Seit 2003 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungs-

gesetz „zarte Elemente des Wettbewerbsgedankens“ gesetzt wurden, habe sich vieles zum Besseren gekehrt und benötige lediglich weiterer Unterstützung, damit die Segmentierung des GKV-Systems überwunden



Foto: Fotolia

Die Frage nach dem Königsweg bei der Finanzierung des Gesundheitswesens bleibt offen.

werden könne. Gleicher Leistung müsse jedoch zwingend gleiches Honorar folgen. „Neben der Überwindung der sektoralen Budgetierung steht die einheitliche Leistungshonorierung auf der Tagesordnung. Gleiche Leistung, gleiches Honorar, unabhängig davon ob erbracht im Krankenhaus, im MVZ oder in der Praxis“, forderte der Ökonom. Ordnungspolitisch sieht Rürup in der Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht die Möglichkeit einer zukunftsfähigen Finanzierung des Gesundheitswesens – unabhängig davon, ob privatwirtschaftlich oder öffentlich organisiert.

Der Frage „Was ist eine generationengerechte Gesundheitsversorgung?“ ging Dr. Christian Hagist, Institut für VWL und Finanzwissenschaft der Universität Freiburg, nach. Er stellte die grundlegende Problematik der GKV als „fehlende Nachhaltigkeit der Finanzierung aufgrund des demografischen Wandels und des technischen Fortschritts“ dar. Zwischen den Jahren 2030 und 2050 würde die Baby-Boomer-Generation drastische Verwerfungen in den Sozialversicherungen auslösen. Der Altersquotient werde sich bis zum Jahr 2050 beinahe verdoppeln, während die Gesamtbevölkerung bis 2050 (bei gleichbleibender Fertilitätsquote von 1,4) voraussichtlich um über sechs Millionen Menschen sinken werde, so Hagist. Die unter der Leitung von Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Universität Freiburg, erarbeitete „Freiburger Agenda“ schlägt zur Lösung der „Nachhaltigkeitslücke“ einen Drei-Punkte-Katalog vor: das selektive Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, die Einführung der Kostenerstattung und eines absoluten (relativen) Selbstbehalts von 800 bis 1 000 Euro pro Jahr im ambulanten Bereich und die vollständige Ausgliederung bestimmter Leistungen, beispielsweise der Zahnmedizin. Damit wäre nach Hagist eine Gesundheitsversorgung möglich, „ohne die Solidarität bei den großen Lebensrisiken aufzukündigen“.

Das GKV-Sanierungsmodell von Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth, und Prof. Eberhard Wille, Universität Mannheim, steht für einen „fairen Wettbewerb mit gleichen Spießen für GKV und PKV“, sprich: Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung. Ulrich plädierte in seinen Vorschlägen für eine umlagefinanzierte sowie kapitalgedeckte Grundversicherung des Krankheitsrisikos mit kapitalgedeckter Voll- oder Zusatzversicherung. Einig waren sich alle Experten der Fachtagung, dass es einen Königsweg zur Lösung des bestehenden Finanzierungsdefizits in der GKV nicht gebe. Vielmehr komme es auf den richtigen Mix aus steuer-, beitrags- und privatfinanzierter Absicherung von Gesundheitsrisiken an.

Wolfgang Straßmeir
Stubenrauchstr. 17 A, 12161 Berlin

Hartmannbund

Talk im Sturm

Aus der Not eine Tugend machte der Hartmannbund (HB) bei seiner diesjährigen Hauptversammlung in Potsdam. Denn weder der angemeldete Bayerische Gesundheitsminister, Markus Söder (CSU), noch sein kurzfristig angekündigter „Ersatzmann“ Philipp Missfelder MdB (CDU), Bundesvorsitzender der Jungen Union Deutschlands, erschienen zur Eröffnungsveranstaltung. Grund: Koalitionsverhandlungen. Prof. Dr. Kuno Winn, HB-Vorsitzender, nutzte die nun reichlich vorhandene Zeit und lud die leider nicht anwesende gesundheitspolitische Politikprominenz zu einer fiktiven Talkrunde und Generalabrechnung aufs Podium.



Foto: Hartmannbund

Generalabrechnung mit der „alten Koalition“ beim Hartmannbund.

So nahmen sie denn alle Platz auf einer imaginären Hartmannbund-Talk-Couch als virtuelle Gäste; allen voran die imaginäre Ulla Schmidt, mit der es nach den Worten Winns „acht Jahre keinen Spaß gemacht hat, gegen sie Gesundheitspolitik zu machen“. Noch tief sitzt bei Winn seine Bestürzung über „einen ideologisch geprägten Weg in

die gesundheitspolitische Sackgasse“. Sichtlich erleichtert erschien der HB-Chef sowohl über die scheidende SPD-Gesundheitsministerin, als auch über den Einzug von Rudolf Henke, Vorsitzender des Marburger Bundes, in den Bundestag. Winn reichte ihm symbolisch auf dem Podium die Hand und versicherte ihm die berufspolitische Unterstützung des Hartmannbundes.

Schelte musste indes Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, beziehen, dem Winn „missliches“ Kommunikationsmanagement im Zweiklang mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft beim Thema Zuweiserprämien durch Kliniken bescheinigte. Auch der im Rahmen des diesjährigen deutschen Ärztetages angestoßenen Debatte um die Priorisierung medizinischer Leistungen attestierte der HB-Chef mangelhafte Vorbereitung und „mediale Ziellosigkeit“. Klare Adresse an die Bundesärztekammer: Freie Verbände und die verfasste Ärzteschaft sollten sich zukünftig strategisch besser abstimmen.

Als weitere Gäste der fiktiven Talkrunde durften sich die Spitzenvertreter des Deutschen Hausärztesverbandes, Dr. Wolfgang Hoppenthaller und Ulrich Weigelt, angesprochen fühlen. Von ihnen forderte Winn mehr Augenmaß in der Nutzung ihres politisch zugesprochenen Spielraums bei § 73b-Verträgen. Die Monopolstellung eines einzelnen Verbandes dürfe nicht in einem „demonstrativ exerzierten Alleinvertretungsanspruch“ enden. Auch die Bedrängung von Ärzten, die sich nicht einschreiben wollen, durch den Hausärztesverband müsse aufhören, mahnte der HB-Chef.

Zum Reizthema Honorarreform begrüßte Winn den KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas

Köhler im Kreis seiner imaginären Talkgäste. Trotz deutlicher Kritik zollte Winn dem KBV-Chef Anerkennung für die Verhandlungen über die Erhöhungen der Gesamtvergütungen. Dennoch sei das kollektivvertragliche Abrechnungssystem „komplizierter denn je“. In den nächsten Jahren würden fünf verschiedene Orientierungspunktwerte und zusätzlich qualitätsorientierte Zuschläge hinzukommen und den „Durchblick weiter erschweren“, so Winn. Für die Zukunft wünschte er sich von Köhler eine visionäre Weiterentwicklung des KV-Systems.

Zu schade, dass die Angesprochenen nicht selbst Stellung zu den Äußerungen Winns beziehen konnten. Die eine oder andere Erwiderung hätte der Veranstaltung keinen Abbruch getan.

Wolfgang Straßmeier
Stubenrauchstr.17 A
12161 Berlins

zm-Info

Hartmannbund fordert Systemwechsel

Die Delegierten der HB-Hauptversammlung sprachen sich in einem Leit Antrag für eine Generalsanierung des Gesundheitswesens in dieser Legislaturperiode aus. Darin enthalten sein sollen die konsequente Entkopplung der Beiträge von den Löhnen und die Steuerfinanzierung krankensicherungs-fremder Leistungen, die Einführung kapitalgedeckter Elemente zur Finanzierung des Gesundheitswesens und die Implementierung eines generellen Kostenerstattungssystems über alle Leistungsbereiche mit sozial verträglich gestaffelter prozentualer Selbstbeteiligung. Zum Koalitionsvertrag äußerte sich der HB-Chef, Prof. Dr. Kuno Winn: „Die zaghaften Ansätze zur Kostenerstattung, die lediglich in der gegenwärtigen Form gestärkt werden soll, und das Ignorieren der Notwendigkeit, konsequent die Beiträge von den Löhnen zu entkoppeln – das alles spricht momentan eher für ein Weiter-Puzzeln am bestehenden System.“

ws

zm-Info

Erfolgreiche Wiederwahl

Prof. Dr. Kuno Winn wurde von den Delegierten der HB-Hauptversammlung in Potsdam bestätigt. Er setzte sich knapp gegen Dr. Roland Quast durch. Dr. Klaus Reinhardt ist stellvertretender Bundesvorsitzender. Beisitzer wurden Angelika Haus, Dr. Astrid Bühren, Dr. Rudolf G. Fitzner, PD Dr. Volker Harth und Dr. Thomas Lipp. Als Vertreter der korporativen Mitgliedsverbände des Hartmannbundes wurde Dr. Norbert-Alexander Franz benannt.

ws

Brief an die Bundeskanzlerin

Fairen Wettbewerb ermöglichen

Selektivverträge generell und der Vertrag der DAK besonders sind im Berufsstand derzeit hochaktuell. Aus diesem Anlass haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), der Bundesverband der Freien Berufe (BFB), der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) und der Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) einen Brief an Bundeskanzlerin Angela Merkel gerichtet, den wir hier in gekürzter Form wiedergeben.



Foto: Fotex

Wurde schriftlich um die Wiederherstellung eines fairen Wettbewerbs mit austarieren Kräften gebeten: Bundeskanzlerin Angela Merkel.

Kernpunkt des Selektivvertrags der DAK sei die ausschließliche Versorgung der Patienten mit zahntechnischen Leistungen aus dem Ausland. Dabei scheine es, dass der Zahnersatz vor allem aus China und Singapur importiert werde. Den Versicherten werde ausländischer Zahnersatz – allerdings nur für die Regelversorgung – „zum Nulltarif“ angeboten und sie würden mit großem Nachdruck in den Selektivvertrag gedrängt. „Unter der Überschrift „Zahnersatz zum Nulltarif“ werden von Krankenkassen Versorgungsströme ins Ausland gelenkt“, heißt es im Brief. „Diese Entwicklung kann nicht dem Ziel der gesetzlichen Regelungen zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen entsprechen.“

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) habe sich für Wettbewerb im Gesundheitswesen ausgesprochen und mit dem Instrument der befundbezogenen Festzuschüsse ein Wettbewerbskonzept für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich vorgelegt. Damit sei für GKV-Versicherte die Teilhabe am zahnmedizinischen Fortschritt real geworden, da seitdem auch innovative Behandlungsmethoden bezuschusst werden. Zudem sei die Wahl- und Behandlungsfreiheit der Patienten erweitert worden, damit garantiere das Festzuschussystem ein hohes Versorgungsniveau in der Prothetik.

Der DAK-Selektivvertrag nun greife massiv in die freie Arztwahl der Patienten ein, versuche Patientenströme zu lenken und sowohl Zahnärzte, die den vorgelegten Vertrag nicht akzeptieren, wie zahntechnische Meisterbetriebe aus der Patientenversorgung zu drängen. Durch die vertragliche Verpflichtung, bestimmte Materialien und Behandlungssysteme etwa bei Implantatversorgungen zu verwenden und sich den Bezug über ein bestimmtes Labor vorschreiben zu lassen, würden die freie Therapieentscheidung und die Gesamtverantwortung des Zahnarztes als freier Beruf erheblich eingeschränkt und ausgehöhlt. „Das“, so heißt es, „kann nicht zum Wohle der Patienten sein. Dies sind keine fairen Wettbewerbsbedingungen, weder für den einzelnen Zahnarzt, noch für die zahntechnischen Meisterbetriebe, die vor Ort die richtige Lösung für unsere Patienten verfügbar halten müssen. Auch wird das leistungsfähige Zahntechnikerhandwerk in Deutschland mit jedem weiteren Selektivvertrag von der Versorgung sukzessive ausgeschlossen. Den Zahntechnikern in Deutschland droht ein unfairer Verdrängungswettbewerb durch ausländi-

sche Anbieter, die ausschließlich lukrative Leistungssegmente anbieten, ohne für ein flächendeckendes und umfassendes Versorgungsangebot sorgen zu können.“

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung dürfe deshalb nicht zum Spielball im Vertragswettbewerb der Krankenkassen werden. Die Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitswesens und die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge könnten nicht auf Krankenkassen übertragen werden, die miteinander im unregulierten Wettbewerb stehen, unterschiedliche Interessen verfolgen und nicht flächendeckend aufgestellt sind. „Deshalb sprechen sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), der Bundesverband der Freien Berufe (BFB), der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) und der Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) für den Erhalt der jeweiligen kollektiven Vertragsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die zahnmedizinische Grundversorgung aus.“

Die Versuche der Krankenkassen mit dem Mittel der Einkaufsmodelle den Patienten, wie auch Zahnärzte und Zahntechniker wieder zu steuern und zu kontrollieren, würden dem Festzuschusskonzept und noch mehr den Prinzipien von Wahlfreiheit, Eigenverantwortung und Qualitätsorientierung in der zahnmedizinischen Versorgung widersprechen. Da anzunehmen sei, dass weitere Krankenkassen mit vergleichbaren Verträgen in den Markt gehen werden, bitten die Unterzeichner die Bundeskanzlerin um faire Wettbewerbsbedingungen, die die freie Arztwahl der Patienten nicht einschränken und ihnen den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung gewährleisten. „Wir brauchen Rahmenbedingungen, die es den Zahnärzten ermöglichen, Diagnose und Therapieentscheidungen nach zahnärztlichem Fachwissen zu treffen und die es dem Zahntechniker-Handwerk ermöglichen, seine hohe Fachkompetenz und technische Leistungsvielfalt dem Zahnarzt zum Wohle der Patienten und zur Sicherung der umfassenden Versorgungsqualität vor Ort anbieten zu können.“ sg

Unabhängige Patientenberatung

Warten auf neue Perspektiven

Wie geht es weiter mit der Patientenberatung in Deutschland? Darüber diskutierten Experten auf einer Tagung der Bertelsmann-Stiftung und der Verbraucherzentrale Bundesverband in Berlin. Im Mittelpunkt stand die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“ – ein bisher erfolgreiches Modell, dessen Erprobungsphase aber im nächsten Jahr ausläuft.



Foto: MIEV

Kompetente Beratung – ein wichtiges Instrument auf dem Weg hin zum „mündigen Patienten“.

Über eines waren sich alle Experten der Tagung einig: Es soll weitergehen mit der „Unabhängigen Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)“ mit ihren inzwischen bundesweit eingerichteten 22 Beratungsstellen. Zum Hintergrund: Die GKV-Reform im Jahr 2000 hatte das Modellvorhaben auf den Weg gebracht. Seit 2006 wird das Modell von der UPD umgesetzt. Vom GKV Spitzenverband ist sie beauftragt, eine patientenorientierte Beratungsinfrastruktur in Deutschland zu erproben. Getragen wird sie vom Sozialverband VdK Deutschland e.V., von der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. und vom Verbund unabhängige Patientenberatung e.V. Im Jahr 2010 endet die gesetzlich festgelegte Modellphase und damit steht eine Entscheidung an, ob und in welchem Umfang das Beratungsangebot weitergeführt werden soll.

Lotsenfunktion

Astrid Burkhardt, Geschäftsführerin der UPD, betonte in der Berliner Diskussionsrunde die Lotsenfunktion ihrer Organisation durch das Gesundheitssystem. Die UPD diene Patienten sowohl als erste Anlaufstelle, aber auch als klärende Instanz nach einer langen Beratungsodyssee. Als besonders effizient habe es sich gezeigt, vor Ort verankert zu sein, um regionalbezogene Informationen weiterzugeben.

Monika Kücking vom GKV-Spitzenverband zeigte sich gespannt, wie sich die politischen Entscheidungen weiter entwickeln. Es lägen noch keine abschließenden Ergebnisse vor.

Sie hob den Nutzen von qualitativ hochwertiger und unabhängiger Beratung hervor, sprach sich aber gegen den Ausbau weiterer regionaler Strukturen aus. Eine anteilige Finanzierung der PKV an dem Modellvorhaben sei angebracht.

Die Neutralität der Beratung hob Dr. Stefan Edgeton vom Verbraucherzentrale Bundesverband hervor. Er unterstrich die solide und funktionstüchtige Beratungsstruktur der UPD, betonte das „Riesenpotential von Menschen“, die diesen Nutzen wollten und setzte sich für einen Ausbau der Regelfinanzierung ein.

Die Notwendigkeit, die Kompetenz des Patienten und Versicherten zu steigern, betonte Prof. Dr. Rolf Rosenbrock vom Sachverständigenrat Gesundheit. Dieses fundierte gesundheitspolitische Ziel habe der Sachverständigenrat bereits in seinem Gutach-

ten von 2001 gefordert. Länder wie Großbritannien oder die Niederlande seien hier schon weiter, der Ansatz der UPD mit ihrer neutralen Beratung sei richtig und sollte ausgebaut werden.

Auch der Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, sprach sich für die Sinnhaftigkeit einer neutralen und unabhängigen Instanz der Patientenberatung aus. Wichtig sei eine stärkere Regionalisierung. Jedoch vermisse er eine Rückkopplung auf der Metaebene – die Leistungserbringer wollten wissen, was in der Beratung vorgehe. Köhler sprach sich für eine Verankerung der Patientenberatung im SGB V aus, um Patienten besser zu schützen. pr

zm-Info

Neuer Bertelsmann-Gesundheitsmonitor

In der Gesundheitsberatung vertrauen drei Viertel der Bevölkerung (78 Prozent) unabhängigen Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung. Das zeigt der aktuelle Gesundheitsmonitor, den die Bertelsmann Stiftung anlässlich der Tagung in Berlin vorstellte. Demnach seien die Nutzer von unabhängigen Beratungseinrichtungen mit 60 Prozent deutlich häufiger zufrieden, als die der anderen Beratungseinrichtungen. Einrichtungen wie die von Krankenkassen, Ärztekammern oder Apotheken erreichten in puncto Zufriedenheit nur 43 Prozent und die der staatlichen Einrichtungen nur 30 Prozent. Zu den unabhängigen Einrichtungen gehören laut Monitor die Verbraucherzentralen (81 Prozent), unabhängige Patientenberatungsstellen (76 Prozent), Selbsthilfegruppen (71 Prozent) und Wohlfahrtsbeziehungsweise Sozialverbände (61 Prozent). Jeder Dritte sei der Ansicht, dass diese Stellen besonders kompetent seien (37 Prozent). Vor allem bei finanziellen und rechtlichen Fragen (47 Prozent) sowie bei Fragen zu Erkrankungen und Therapievorschlägen (38 Prozent) stünden sie hoch im Kurs.

■ Mehr zum Gesundheitsmonitor unter: www.bertelsmann-stiftung.de
Mehr zur UPD unter: www.unabhaengige-patientenberatung.de

Kongress Integrierte Versorgung

Prognosen für das Jahr 2020

Das Gesundheitswesen muss sich auf den demographischen Wandel einstellen und die Vernetzung der Leistungsanbieter weiter fördern, so das einmütige Fazit einer Podiumsdiskussion beim 6. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) am 22. Oktober 2009 in Berlin.



Foto: Fotolia

Auf die Folgen des demographischen Wandels muss sich auch die Integrierte Versorgung einstellen.

Während die Vertreter von Union und FDP im Berliner Regierungsviertel in zähen Verhandlungen um den Koalitionsvertrag rangen, war im unweit gelegenen Ernst-Reuter-Haus beim Bundeskongress der DGIV am 22. Oktober 2009 von Kontroverse nichts zu spüren. Anstelle eines hitzigen Schlagabtauschs verfolgte das Plenum, wie die Teilnehmer der Podiumsdiskussion einträchtig ihre vorhersehbaren Prognosen zur Entwicklung des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2020 formulierten und ihre Wünsche und Erwartungen an die neue Bundesregierung präsentierten.

Das Gesundheitswesen müsse sich darauf einstellen, dass der Anteil der über 60-jährigen von heute 26 auf 30 Prozent im Jahre 2020 ansteigen werde, erklärte Dr. Jürgen Heinzerling vom ZVEI-Fachverband Elektromedizinische Technik: „Wir müssen daher für mehr Nachhaltigkeit, Prävention und Vernetzung in der Gesundheitsinfrastruktur

sorgen.“ Das bedeute unter anderem auch, sich von der Einzelleistungsvergütung zu lösen und stattdessen Prozesse in der Gesundheitsversorgung zu vergüten.

Selbstmanagement

Auf die Folgen des demographischen Wandels machte auch Dr. Klaus Meyer-Lutterloh von der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung aufmerksam: „Ältere und chronisch kranke Patienten müssen zum Selbstmanagement befähigt werden. Derzeit sind die Compliance-raten beispielsweise bei Herzinsuffizienz, Diabetes oder psychischen Erkrankungen allerdings sehr schlecht, dieser Mangel verursacht Jahr für Jahr horrenden Kosten und unnötige Krankenhauseinweisungen.“

Vernetzung ist das Gebot der Stunde, darin waren sich alle Akteure auf dem Podium einig: „Medizinische Versorgungszentren

(MVZ) können als Keimzelle für Kooperationsprojekte im ambulanten Bereich einen wichtigen Beitrag leisten, die Versorgung speziell älterer und multimorbider Patienten zu verbessern“, meinte Dr. Harald Katzberg vom Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren (BMVZ). MVZ würden künftig auch auf dem Land die fachärztliche Versorgung prägen: „Ich denke da an Filialmodelle, in denen zum Beispiel montags der Augenarzt, dienstags der Urologe, mittwochs der Orthopäde Sprechstunde hält“, sagte Katzberg. Bislang kämpften die Betreiber von MVZ darum, innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung als gleichberechtigte Partner akzeptiert zu werden, „von der neuen Bundesregierung erwarten wir daher, dass MVZ nicht länger unnötige Steine in den Weg gelegt werden“. Katzberg bemängelte damit die geplante Auflage, dass die Inhabergesellschaft eines MVZ mehrheitlich aus Ärzten bestehen muss: „Diese Einschränkung verhindert den Aufbau größerer Strukturen.“ Der Betrieb von MVZ sei erst ab einer gewissen Unternehmensgröße interessant, „und wenn nun versucht wird, diese Strukturen künstlich klein zu halten, dann ist das daneben“, kritisierte Katzberg.

Auch sonst hofften die Diskutanten auf neue und effizientere Strukturen: „In zehn Jahren wird in ländlichen Regionen das „Schwester AGnES“-Konzept Standard sein. Das heißt, die Pflegeschwester führt Hausbesuche durch, an denen der Arzt dann per Videokonferenz teilnimmt. Bis 2020 werden wir daher auch flächendeckend mit der elektronischen Gesundheitskarte arbeiten“, prognostizierte Wolfgang Loos von der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed), obwohl viele Zuhörer im Plenum sich angesichts dieser ehrgeizigen Erwartung spöttisches Gelächter nicht verkneifen konnten.

„Die Telemedizin muss sich stärker an den Interessen der Anwender orientieren. Aktuell tummeln sich auf diesem Gebiet noch zu viele Informatiker“, meinte Loos. Es gebe bereits viele telemedizinische Projekte in Deutschland, „doch meist handelt es sich



Der Koalitionsvertrag zu MVZ:

Inzwischen liegt der schwarz-gelbe Koalitionsvertrag vor. Dazu heißt es bezüglich MVZ wörtlich: „Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.“ zm

um Inselfösungen und nicht um eine flächendeckende telematische Versorgung. Daher überstehen viele Projekte die Startphase nicht.“ Defizite beim Aufbau telemedizinischer Strukturen beklagte auch Meyer-Lutterloh: „Die bisherigen Planungen zur elektronischen Gesundheitskarte wecken den Eindruck, man beginne den Hausbau mit der Tür und dem Türschloss, anstatt zunächst ein Fundament und tragende Wände zu errichten.“

Telematik

Die Organisationen der Leistungserbringer in der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) haben sich offenbar bereits ganz ähnliche Gedanken über die telematische Infrastruktur in Deutsch-

land gemacht: Am 2. November 2009 veröffentlichten sie eine gemeinsame Erklärung, wonach eine Bestandsaufnahme des Projekts elektronische Gesundheitskarte (eGK) notwendig ist. „Es ist wichtig, dass wir endlich die Belange der Anwender in den Vordergrund stellen und die spezifischen Gegebenheiten in den einzelnen Versorgungssektoren“, erklärte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV. „Jetzt ist der richtige Zeitpunkt, über diese Neuausrichtung nachzudenken.“ Um die Patientenversorgung zu verbessern, bedürfe es neuer Strukturen der Zusammenarbeit und eine bundeseinheitliche und sichere Telematikplattform, erklärte Müller.

*Antje Soleimanian
Essener Str. 4
22419 Hamburg*

Gefangen in der Sucht

Mario Lips

Die erste Mutprobe, der feuchtfröhliche Abend in der Studentenkneipe, das gesellige Trinken bei einem Essgelage oder auf einer Party und schließlich der allabendliche „Entspannungs-Absacker“. Diese Trinkerkarriere hat nicht selten Folgen. Hier Zahlen, Daten, Fakten und mehr ...

Vor wenigen Monaten wagten drei Ärzte in einer TV-Reportage ein spektakuläres „Coming-out“: Vor einem Millionenpublikum erzählten sie offen über ihre Alkoholsucht, ihre Entwöhnungstherapie und die möglichen Gründe ihrer Abhängigkeit. Zahnärzte haben durch ihren Beruf teilweise ähnliche Risikofaktoren für eine Suchterkrankung wie andere Mediziner. Bei einem Blick in die Entzugskliniken wundert es daher kaum, dass ein entsprechender Anteil der Patienten als Zahnarzt praktiziert hat. Therapeuten beklagen die späte Bereitschaft suchtabhängiger Mediziner, Hilfe von außen anzunehmen. Eine frühe Intervention kann jedoch Folgeschäden gering halten.

Traumjob mit Tücken

Eigentlich ist der Zahnarztberuf ein Traumjob: Menschen helfen, freier Unternehmer sein und in der Chefrolle eines selbst gewählten Teams arbeiten – was kann man sich mehr wünschen. Doch was für Außenstehende wie der Himmel auf Erden scheint,

entpuppt sich manchmal als Altraum. Schwierige oder unzuverlässige Patienten, offene Rechnungen und die Verantwortung für die Praxismitarbeiter lasten gelegentlich schwer auf den Schultern des Einzelkämpfers Zahnarzt. Innerhalb seines Arbeitsumfeldes ist es ihm kaum möglich, den stetigen Druck abzubauen oder ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte eines Praxisinhabers zu finden. Nicht selten fängt in den Feierabendstunden das Grübeln an, verfolgen den Behandler Frusterlebnisse ins Privatleben. Zum „Runterkommen“ gönnt sich so mancher Gestresste Wein, Bier oder Hochprozentiges. Kaum jemand denkt dabei an die Gefahren, gegen die auch Mediziner und Zahnärzte

nicht gefeit sind: Alkoholismus ist ein schleichender Prozess, fast unbemerkt übernimmt der Alkohol die Kontrolle über die Betroffenen.

Alkohol als „soziales Schmiermittel“

Gesellschaftlich ist der Alkoholkonsum in allen sozialen Schichten akzeptiert – laut einer GfK-Umfrage von 2008 leben nur 18 Prozent der über 14-Jährigen absolut abstinent. Die entspannende und leicht enthemmende Wirkung des Alkohols, wird von vier Fünfteln der Deutschen geschätzt: Als „soziales Schmiermittel“ bekämpft er Schüchternheit und sorgt für fröhliche Runden. Und wenn



Keine typische Trinkerpersönlichkeit

Der eindeutig Alkoholranke ist dabei nur schwer auszumachen, denn Trinkmenge und Häufigkeit allein reichen nicht, um eine klare Diagnose zu erstellen. Vielmehr sind es immer parallel zutreffende Faktoren aus einem Fragenkatalog, die die Erkrankung definieren. Somit liegt es auch nahe, dass es keine typische Trinkerpersönlichkeit gibt. Ganz unterschiedliche Verhaltensweisen können das Krankheitsbild der Abhängigkeit prägen. Allen Kranken gemein ist jedoch, dass sie häufig einen übermächtigen Wunsch verspüren, Alkohol zu trinken. Ob dies bereits am Morgen sein muss, um ein Zittern der Hände in den Griff zu bekommen oder ob „nur“ in regelmäßigen Abständen ein Vollrausch angestrebt wird, macht in den Augen der Suchtexperten keinen bedeutsamen Unterschied.

Neben den Alkoholabhängigen gibt es weitere zwei Millionen Deutsche, die sich durch einen massiven Alkoholmissbrauch in gefährliche Situationen bringen. Statistisch lassen sich die sozialen, psychischen und gesundheitlichen Folgen von Alkoholexzessen nur schwer erfassen. Die Todesursachenstatistik von 2005 verzeichnet mehr als 16 000 eindeutig alkoholbedingte Sterbefälle, das Statistische Bundesamt vermerkte

Foto: Bildmaschine

2007 etwa 21 000 Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss, bei denen 565 Menschen starben.

Kein risikoloser Alkoholkonsum

Doch diese Zahlen spiegeln nur die Spitze des Eisbergs wider, bei dem ein ausufernder Alkoholkonsum seine Opfer fordert. Um das Risiko des Alkoholgebrauchs abschätzen zu können, haben Experten verschiedene Konsumklassen definiert. Als risikoarm wird aktuell von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. bei Frauen ein Verzehr von weniger als zwölf Gramm, bei Männern von 24 Gramm reinen Alkohols pro Tag eingestuft.

Diese Menge ist mit 0,3 beziehungsweise 0,6 Litern Bier bereits erreicht. Mit zwei Flaschen Bier täglich setzen sich Männer bereits einem „riskanten Konsum“ aus, mit vier Flaschen liegen sie im Bereich des „gefährlichen Konsums“. Trotz immer wiederkehrender Studien, die eine positive Wirkung auf die Gesundheit durch geringe Mengen Alkohol proklamieren, warnen Experten vor dem Alkoholkonsum – eine risikolose Substanzmenge scheint es nicht zu geben.

Welche Faktoren den Alkoholkonsumenten zu einem Abhängigen machen, wird auch von Wissenschaftlern noch nicht vollständig verstanden. Dass dabei allerdings eine ganze Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein müssen, zeichnet sich schon länger ab.

Viele Faktoren führen zur Sucht

So begünstigen Defizite in der Persönlichkeitsstruktur, wie eine geringe Frustrationstoleranz oder ein mangelndes Selbstwertgefühl das Auftreten einer Suchterkrankung. Ebenso diskutiert werden erbliche Vorbelastungen: Genetiker fanden familiäre Häufungen von Substanzmissbrauch, bestimmte Genvarianten scheinen mit Suchterkrankungen assoziiert zu sein. Nicht zuletzt spielen auch das soziale Umfeld, die Erreichbarkeit der Substanz, Stress und andere psychische Belastungen eine große Rolle. Da einer Abhängigkeit immer ein längerer Entwicklungsprozess vorangeht, scheinen Gewöhnungsmechanismen und Veränderungen auf biologisch struktureller Ebene in die Suchtspirale hineinzuführen. Hirnforscher gehen davon aus, dass bestimmte Nervenzellgruppen bei der Suchtentstehung dauerhaft und irreversibel geprägt werden. Auch bei einer längeren Periode der Abstinenz behalten diese Zellverbände ihr „Suchtgedächtnis“. Ein vermeintlich harmloser Drink nach einer alkoholfreien Phase führt bei einem Suchtkranken somit zwangsläufig wieder in den Zustand der Abhängigkeit. Funktionell bildgebende Verfahren können heute auch experimentell zeigen, dass Veränderungen innerhalb empfindlicher Regelkreise im Gehirn bei Erkrankten zu finden sind.

es nicht gerade minderjährige Komatrinker sind, die bei ihren Exzessen ihr Leben aufs Spiel setzen, scheint die Öffentlichkeit an mäßigem, aber auch übermäßigem Alkoholkonsum wenig Anstoß zu nehmen. Alkohol ist seit Jahrhunderten in der abendländischen Kultur verwurzelt, über stärkere Restriktionen denkt niemand ernsthaft nach. Von Karneval bis Oktoberfest nutzt so mancher sein Recht auf freien Rausch und versucht so, kurzfristig dem tristen Alltag zu entfliehen. Doch für etwa 1 300 000 Menschen in Deutschland wird der gelegentliche Trip in eine vermeintlich sorgenfreie Welt zum Problem. Sie gelten nach einem psychiatrischen Bewertungssystem, dem DSM IV, als alkoholabhängig.

Zahnärzte ohne höheres Risiko

Wenn auch Dauerstress den zwanghaften Griff zur Flasche begünstigt, müssten viele Zahnärzte zur Hochrisikogruppe gehören. Doch eine in den USA 2005 veröffentlichte Studie gibt zumindest für amerikanische Zahnmediziner Entwarnung. Ihr Suchtrisiko entspricht ungefähr dem der Durchschnittsbevölkerung. Suchtexperten rechnen mit ähnlichen Verhältnissen in Deutschland. Damit bleibt dennoch auch bei seriösen Schätzungen von etwa zwei Prozent Alkoholkranken in der Bevölkerung die beachtliche Zahl von mehr als 1 300 süchtigen behandelnden Zahnärzten. Trotz großer Verantwortung sehen diese in der Regel kaum eine Alternative, als in ihrer vermeintlich ausweglosen Situation unkontrolliert weiterzumachen. Hilfsangebote, die speziell die Berufsgruppe der Zahnmediziner ansprechen, sind hierzulande noch Mangelware. Ganz anders stellt sich die Lage in Großbritannien dar: Seit mehr als 20 Jahren existiert ein „Dental Health Support Programme“, das Alkohol- und anderen Substanzabhängigen unter anderem vertrauliche Beratungen anbietet. Mehr als 1 000 Betroffene haben mittlerweile von diesem Angebot profitiert, dramatische Suchtverläufe konnten häufig verhindert werden.

Frühe Intervention wichtig

Als wichtig erwies sich die frühestmögliche Intervention, bevor Führerscheinentzug, Patientenbeschwerden oder eine offizielle Meldung an die Aufsichtsbehörde den Druck auf die Abhängigen weiter erhöhen. Daher ist das Programm nicht nur auf Hilfesuchende Zahnärzte ausgerichtet, sondern startet mit bestimmten Maßnahmen bereits nach Meldungen besorgter Beobachter. Auffällige Zahnärzte werden in behutsamen Gesprächen auf ihr problematisches Verhalten aufmerksam gemacht, gemeinsam mit Beratern werden individuelle Lösungsansätze erarbeitet. Erfolgsrezept des Programms



Foto: Fotex

Der heimliche hochprozentige Tropfen in der Schreibtischschublade. Kollegen und Mitarbeiter sollten sofort intervenieren.

sind kompetente Suchtspezialisten, die sich mit den Krisen und Täuschungsstrategien der Erkrankten auskennen.

Eine intensive Betreuung, ein maßgeschneidertes Behandlungsangebot und ein min-



Foto: DAK

Schnell hängt der Familienfrieden schief. Besser ist, den Betroffenen zu überreden, einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen.

destens zweijähriges „Monitoring“ geben den Betroffenen ausreichend Halt, um eine ruinöse Suchtkarriere zu stoppen. Ein landesweites Netzwerk mit lokalen Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen sichert überdies eine regelmäßige Austauschmöglichkeit für Suchtkranke.

Bedarf an Drogenberatern

Es gibt weder umfassende Studien noch konkrete Ansprechpartner für in Not geratene Zahnmediziner. Möglicherweise existieren genügend anderweitige Anlaufstellen, die auch für suchtkranke Zahnärzte ein adäquates Angebot bereithalten. Doch mit den spezifischen Problemen eines Praxisbetreibers müssen Behandlungswillige vorerst wohl noch ganz allein zurechtkommen.

Einen akuten Bedarf an Drogenberatern sieht Gerd Eisentraut, Pressesprecher der Landes Zahnärztekammer Hamburg, für seinen Bereich nicht: Die Zahl ihm bekannter Sucht-Fälle sei verschwindend gering. Bei entsprechenden Vorkommnissen überweise man die Betroffenen nach genauer Überprüfung an die gut funktionierenden Strukturen der Landesärztekammer.

Trotz zahlreicher Aufklärungskampagnen kämpfen Suchtkranke an vielen Fronten gegen Vorurteile. Fatal daran ist, dass dies den Druck auf Betroffene erhöht und ihnen das wichtige Bekenntnis zur eigenen Krankheit weiter erschwert.

Mythos des Selbstverschuldens

Eine ganze Ausgabe des „Nervenarzt“ widmete sich daher in diesem Sommer dem Thema Suchttherapie. Professor Karl Mann von der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin in Mannheim betonte darin, dass ein „Mythos des Selbstverschuldens“ bei Suchtkrankheiten scheinbar immer noch weit verbreitet ist. Auch gut belegbare Erklärungsmodelle zur Suchtentstehung aus der neurobiologischen Forschung ändern bislang wenig da-

ran, dass Abhängige weiterhin als „wilensschwache“ Menschen stigmatisiert werden. Für den Betroffenen haben derart tief verwurzelte Fehleinschätzungen auch ganz praktische Folgen: Private Krankenkassen übernehmen nicht automatisch die Kosten für die gesamte Behandlung der Abhängigkeit. In den Musterbedingungen der Krankenversicherungen heißt es (MB/KK §5 [1]b): „Keine Leistungspflicht besteht ... für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.“ Zwar weist Dirk Lullies vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. darauf hin, dass in der Regel auf Kulanzbasis einmalig eine Entwöhnung bezahlt wird und darüber hinaus auch die Rentenversicherung oder das Versorgungswerk die Therapie finanzieren. Doch spiegeln sich in dieser Regelung ein Stück weit auch die Ressentiments wider, mit denen Abhängige und ihre Therapeuten tagtäglich zu tun haben.

Verwurzelte Ressentiments

Selbst in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte zeigt sich, dass man den Therapiemöglichkeiten von Suchtkranken nicht ganz zu trauen scheint. Noch immer dürfen

Nahezu der ganze Körper wird geschädigt.

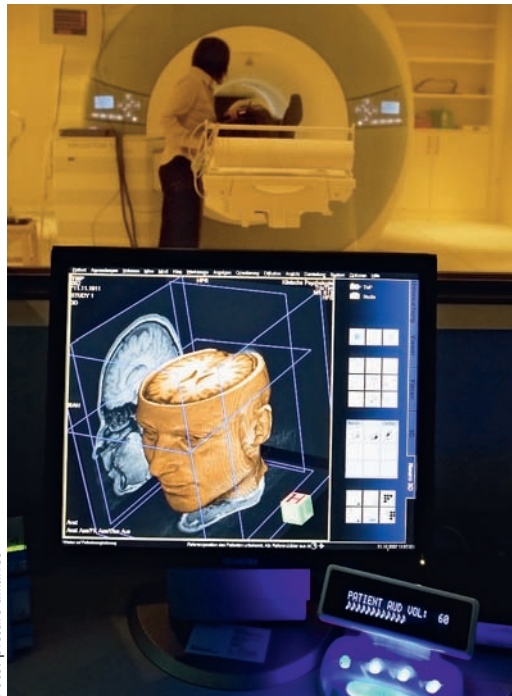


Foto: picture alliance

Modernste Methoden (hier das MRT) können auch die kleinsten Veränderungen am Gehirn aufzeigen.

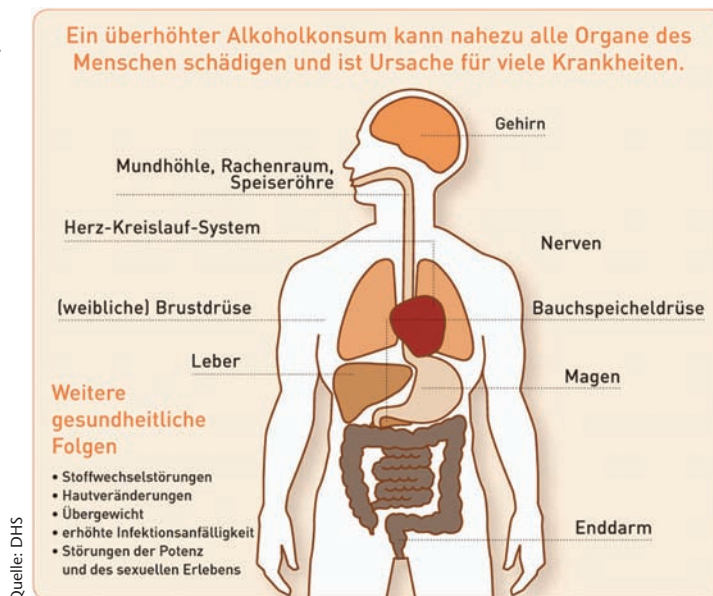
suchtkranke Ärzte mit einer Fünf-Jahres-Frist nach einer Entziehungskur nicht praktizieren (Dies gilt wortgleich auch laut Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte, § 18, 2 e). Beim 111. Deutschen Ärztetag im vergangenen Jahr wurde eine Forderung an das Bundesgesundheitsministerium gestellt, diese Bestimmung zu ändern und somit nicht weiterhin Therapieerfolge infrage zu

stellen. Das Ministerium stehe dem Änderungswunsch offen gegenüber und wolle in anstehenden Gesprächen mit der Bundesärztekammer über eine Neuregelung beraten, erklärt Ina Klaus, Pressereferentin des Gesundheitsministeriums.

Um tragische Suchtverläufe zu verhindern, aber auch um eine hohe Patientensicherheit zu gewährleisten, sollte medikamenten- und alkoholkranken Ärzten und Zahnärzten mit allen Mitteln geholfen werden. Dabei gilt es, zahlreiche Hürden abzubauen, die ihnen beim Kampf gegen ihre Sucht den Weg versperren.

Prävention im Studium

Genauso wichtig aber sind Präventionsmaßnahmen, die ein geschärftes Bewusstsein für die Gefahren eines Substanzmissbrauchs erzielen. Dass eine Aufklärung über Alkohol heutzutage bereits im Kindesalter notwendig ist, zeigen die häufigen Schockmeldungen über schwer betrunkene Teenager. Weniger bekannt ist hingegen, dass auch an den Universitäten Info-Kampagnen Sinn machen würden. Jüngere US-Studien mit bildgebenden Verfahren haben bewiesen, dass die Hirnentwicklung auch bei Anfang 20-Jährigen noch nicht abgeschlossen ist. Bereiche des Frontalcortex, die für kognitive Fähigkeiten und andere komplexe Steuerungsmechanismen zuständig sind, werden erst in der Adoleszenz vollständig ausgebildet. Bis zu einem Alter von 24 Jahren zeigen sich Menschen auch ohne anderweitige Prädisposition höchst gefährdet, in eine Abhängigkeit zu geraten. Da es bei Studentenpartys in der Regel auch feuchtfröhlich zugeht, müsste ein verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol schon bei der Ausbildung von Medizinern und Zahnärzten stärker gefördert werden. Wenn Suchtprävention und Psychohygiene einen festen Platz in den Lehrplänen der Gesundheitsstudiengänge finden würden, könnten vermutlich viele verheerende Suchtkarrieren vermieden werden. ■



Schicksalsbericht

Kampf eines alkoholabhängigen Zahnarztes



Foto: picture alliance

Die Gruppentherapie schafft eine familiäre Situation und hat schon vielen Betroffenen geholfen.

Arno K.* hat es geschafft: Seine Zahnarztpraxis in einer idyllischen Kleinstadt in Süddeutschland läuft gut, sein Team lobt das Betriebsklima und die Patienten mögen ihn. Das war nicht immer so. Vor mehr als zehn Jahren liefen ihm unzählige Patienten davon, Getuschel über seinen starken Alkoholkonsum machte die Runde. Viele in der Stadt wissen um K.s schwierige Zeiten, in denen die Alkoholsucht sein Leben bestimmte. Doch ein „Outing“ als trockener Alkoholiker vor der breiten Öffentlichkeit scheint K. zu riskant. „Sucht wird leider von vielen Menschen immer noch als Schwäche angesehen und das kann man sich als Zahnarzt einfach nicht leisten“, erklärt K. und bittet um Anonymität.

In jungen Jahren unterschieden sich K.s Trinkgewohnheiten kaum von denen seiner Altersgenossen: Seit dem 16. Lebensjahr liebte er es, Partys zu feiern und durch ein paar Gläser Wein seinem Ego auf die Sprünge zu helfen. Große Mengen Alkohol brauchte K. gar nicht, um in Stimmung zu

kommen – meist setzte die Rauschwirkung bei ihm schon recht früh ein. So trank K. sich von Fest zu Fest, während Schule, Bundeswehr und Studienzeit, ohne dass irgendwer die lauende Gefahr einer Sucht bemerkt hätte.

Alkoholkonsum stieg stetig

Erst als das Leben des mittlerweile Mitte 40-jährigen durch die Scheidung von seiner Frau aus den Fugen zu geraten schien, stieg auch sein Alkoholkonsum auf ein besorgniserregendes Maß an. Ein Berg von Schulden lastete jetzt auf seinen Schultern, seine Arbeitsmotivation erreichte den Nullpunkt. „Ich habe Alkohol immer auch als Medikament eingesetzt“, erläutert K. „Bei schlechter Laune diente er als Stimmungsaufheller, bei positiven Erlebnissen sollte er die Stimmung verstärken.“ Zum Pegeltrinker wurde K. nie, doch die Exzesse häuften sich. Eine Verkehrskontrolle mit überhöhtem Blutalkoholwert brachte K. erstmalig in Bedrängnis –

es wurde ihm bewusst, dass sein Handeln existenzielle Folgen haben könnte. Seinen Führerschein konnte er nur durch eine MPU-Prüfung (medizinisch-psychologische Untersuchung) zurück-erlangen, zudem stand ein möglicher Approbationsentzug im Raum, was ihm den Ernst der Lage vor Augen führte. Doch statt die Chance in der Krise zu nutzen, erfüllte K. mit nur minimaler Anstrengung die von oben auferlegten Bedingungen: Er besuchte pflichtgemäß die Anonymen Alkoholiker und absolvierte ambulant ein paar Therapie-stunden. „In dieser Zeit fehlte noch die Bereitschaft, mir helfen zu lassen“, sagt K. rückblickend. „Man darf auch nicht vergessen: Beim Alkoholmissbrauch ist immer eine Menge Selbsttäuschung im Spiel.“

Patienten blieben weg

Und so kamen nach einer längeren abstinenteren Zeit Phasen des kontrollierten Trinkens, die wieder in durchzechten Nächten bis Kneipenschluss endeten. Die Auswirkungen auf seine Arbeitswelt spiegelten sich in sinkenden Patientenzahlen wider: „Als Zahnarzt ist man auf das Vertrauen seiner



Foto: MEY

* Name von der Redaktion geändert

Patienten angewiesen. Das war schnell dahin, wenn sie meine Fahne vom Restalkohol rochen.“ Doch auch dies brachte K. nicht zum Umdenken – erst als er als Unfallverursacher erneut der Verkehrspolizei auffiel, realisierte er, wo er war: am Tiefpunkt seines Lebens. Auf Anraten eines Psychotherapeuten ließ er sich stationär in Hornberg in den Oberbergkliniken behandeln und konnte dort den Grundstein für einen Neuanfang legen. Es wurde ihm klar, dass der Alkoholmissbrauch ein unbewusster Selbstmord auf Raten ist. „Nachdem ich meiner Suchttherapeutin lange über all die Dinge erzählt hatte, die ich nicht will, kitzelte sie aus mir meinen innigsten Wunsch heraus: 'Ich will leben!'“ berichtet K. von einem seiner wichtigsten Therapiegespräche. Sechs bis acht Stunden therapeutische Behandlung pro Tag stehen auf dem Programm der Klinik, um den Suchtabhängigen mit sich selbst zu konfrontieren. Es ist ein hartes Stück Arbeit, dem Patienten zu helfen und bei ihm auch eine nachhaltige Veränderung zu erzielen. In der Regel gilt es nicht nur den Suchtmittelmissbrauch zu bekämpfen, sondern auch seine Ursachen zu ergründen.

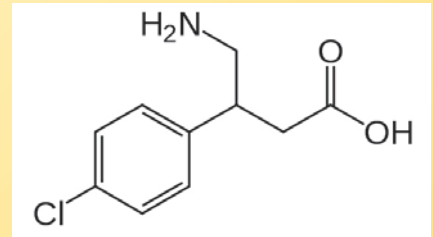
Probleme in der Familie

Bei K. zeigte sich schnell, dass ein familiäres Problem einen wesentlichen Anteil an der Entwicklung der Suchterkrankung hatte: „Ich habe meinen Vater nie akzeptiert, woll-



Baclofen – Wundermittel oder Placebo?

Es klingt zu schön, um wahr zu sein: Ein kostengünstiges, auf dem Markt etabliertes Medikament hat die überraschende Nebenwirkung, Abhängige von ihren Suchtgefühlen zu befreien. Ein erkrankter französischer Arzt probierte das Mittel im Selbstversuch aus und war von der Wirkung überwältigt. Euphorisch über den sensationellen Behandlungserfolg schrieb Olivier Ameisen ein Buch über seine Geschichte. Öffentlichkeitswirksam berichtete der 56-jährige kürzlich in zahlreichen Talkshows von seinem alkoholfreien Leben, das erst durch die als Muskelrelaxans vertriebene Arznei möglich wurde. Durch den Medienrummel dürften nun weitere Forschergruppen zu Untersuchungen ermutigt werden, das Mittel auf sein Potenzial



hin zu prüfen. Ob das „Wundermittel“ wirklich ein Durchbruch bei der medikamentengestützten Suchttherapie ist, bleibt fraglich. Eine laufende Studie an der Berliner Charité testet momentan Baclofen an einer kleinen Gruppe Alkoholkranker. Trotz positiver Zwischenbilanz dämpfen die beteiligten Wissenschaftler die Erwartungen: Ohne Psychotherapie werde man wohl auch in Zukunft nicht auskommen. ■

te nie werden wie er. Er war Alkoholiker.“ In einem Alter, in dem K.s Vater an den Folgen der Alkoholsucht verstorben war, scheint für K. der bedeutendste Schritt im Kampf gegen die Sucht getan. Noch zwei Jahre nach dem Klinikaufenthalt hat K. in ambulanten Therapiesitzungen das schwierige Verhältnis zu seinem Vater aufgearbeitet. Seit zehn Jahren ist K. trocken. Der regelmäßige Besuch der Anonymen Alkoholiker und einer Selbsthilfegruppe ehemaliger Oberbergklinik-Patienten geben ihm Kraft, ein alkoholfreies Leben zu führen. Für ihn ist klar: Jeder Trop-

fen steht für Selbstbetrug, Abstinenz ist der einzige Weg, die Krankheit im Zaum zu halten: „Ich besuche trotzdem noch ab und an unseren berüchtigten Kneipen-Stammtisch im Ort, aber mit zwei Spezi am Abend wird man da auch schnell zum Spielverderber.“ In der Regel meidet er diese „gefährlichen“ Situationen jedoch lieber, verbringt dafür mehr Zeit mit seiner neuen Ehefrau: „Wir gehen tanzen, fahren Motorrad und haben Spaß mit den Enkelkindern.“ Ob es ihm gelingen wird, trocken zu bleiben, wagt er nicht vorauszusagen: „Als Anonymer Alkoholiker lebt man für den Tag. Dass man vor Rückfällen sicher ist, kann niemand garantieren.“

Dr. Mario B. Lips
Wissenschaftsjournalist
Dudenstr. 34
10965 Berlin
mariolips@web.de



Foto: CC

Stress im Job: Die Überlastung kann nur kurzfristig „weggetrunken“ werden ... was aber keine Lösung ist.

zm Leserservice

Adressen von Suchtkliniken, Buchtipps und Internetseiten zum Thema können als Leserservice im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Gespräch mit dem Experten

Prof. Götz Mundle, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, arbeitet als Chefarzt an der Oberbergklinik Schwarzwald in Hornberg und ist ärztlicher Geschäftsführer der Oberbergkliniken. Seit Jahren ist er in der Suchtforschung tätig und hat umfangreiche Erfahrungen mit abhängigen Medizinern gesammelt. Im Interview mit Dr. Lips schildert er die besondere Situation seiner fachkundigen Patientenschaft.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Götz Mundle behandelt seit vielen Jahren suchtkranke Patienten und hat an der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen Studien zu Abhängigkeitserkrankungen geleitet. Mit zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen hat sich der 49-Jährige international einen Namen gemacht und ist neben seiner Tätigkeit als ärztlicher Geschäftsführer der Oberbergkliniken Mitglied im Ausschuss „Suchtmedizin“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg und im Ausschuss „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer. Als Chefarzt und Psychotherapeut der Oberbergkliniken ist Prof. Mundle regelmäßig mit Fällen von alkoholabhängigen Ärzten und Zahnmedizinern konfrontiert. Mit speziellen Therapiekonzepten werden die in Not geratenen Helfer in Berlin/Brandenburg, im Weserbergland und im Schwarzwald in Akutkliniken behandelt und auf ein suchtfreies Leben vorbereitet.

zm: Wie kam es dazu, dass vor allem die Oberbergkliniken als wichtiger Anlaufpunkt für suchtkranke Mediziner gelten?

Prof. Mundle: Das liegt in der Historie der Kliniken. Prof. Gottschaldt, Neurologe und Gründer der Einrichtung, war selbst an einer Alkoholsucht erkrankt und hatte erfolgreich eine Therapie durchlaufen. Aus seinen Erfahrungen heraus entwickelte er sein eigenes Konzept, das speziell auch auf die Ärzteschaft zugeschnitten war.

Die meisten Ärzte haben eine hohe fachliche Kompetenz. Auf der Strecke geblieben ist bei einigen jedoch im Verlauf der Berufskarriere die emotionale Kompetenz. Viele haben verlernt, ihre Emotionen und Frustrationen als wichtige Warnsignale wahrzunehmen und ihre Grenzen zu erkennen. Genau da setzen wir an: Wir müssen ran an den Menschen, versuchen mit seiner emotionalen Seite zu arbeiten.

zm: Trotz des Wissens um Suchtgefahren erkranken immer wieder tausende Ärzte. Woran liegt das?

Prof. Mundle: In der gesamten Arbeitswelt und somit auch im Gesundheitswesen ist in den vergangenen Jahren der Druck massiv gestiegen. Mehr Flexibilität und Produktivität werden verlangt, Praxen verlängern ihre Öffnungszeiten oder arbeiten auch am Wochenende. Viele Mediziner betreiben intuitiv ein gutes Stressmanagement, andere

müssen das mit externer Hilfe erst lernen. Sobald der Leistungsdruck von außen steigt, muss ein innerer Ausgleich gegeben sein. Fehlt der, gerät der Arzt in eine emotionale Schieflage, die unter anderem in einer Suchtproblematik enden kann.

zm: Sind Ärzte und Zahnärzte in puncto Suchtkrankheit also eine Hochrisikogruppe?

Prof. Mundle: Ich glaube nicht, dass es im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung bei Ärzten einen höheren Anteil an Suchtkranken gibt. Klare epidemiologische Studienergebnisse gibt es dazu leider nicht, aber ich widerspreche Aussagen, nach denen sieben bis acht Prozent der Ärzteschaft substanzabhängig erkrankt sind. Aus Fragebogenaktionen wissen wir, dass wie bei der Normalbevölkerung etwa zwei bis drei Prozent an einer Abhängigkeitserkrankung leiden.

zm: Was unterscheidet den Arzt vom „normalen“ Patienten?

Prof. Mundle: Ärzte haben ein großes Problem damit, zu sagen: „Ich brauche Hilfe! Ich bin krank.“ Das Idealbild des Arztes lässt Schwächen nicht zu und führt dazu, dass sie zu spät Hilfe annehmen. Der Anspruch, sich selbst behandeln zu können, verhindert lange ein Eingreifen von außen. Doch alleine kommt niemand aus der Suchtspirale heraus. Je früher ein Arzt Hilfe zulässt, desto

mehr Folgeschäden lassen sich vermeiden. Und unsere Erfolgsbilanz nach der Behandlung ist beachtlich: 80 Prozent der therapierten Ärzte genießen ein suchtfreies und vor allem zufriedeneres Leben. Therapie lohnt sich!

zm: Welche Besonderheiten gibt es bei der Therapie von Ärzten?

Prof. Mundle: Es braucht etwas Zeit, bis Mediziner den Rollenwechsel zulassen. Erst wenn sie akzeptiert haben, dass sie jetzt der Patient sind, können wir mit ihnen arbeiten. Danach unterscheidet sich die Therapie nicht von der all unserer anderen Patienten. Des Weiteren tut es vielen Ärzten gut, sich in Gesprächsgruppen auch mit Berufskollegen auszutauschen. Zu sehen: Ich bin kein Exot, andere Ärzte haben ein ähnliches Schicksal wie ich selbst. Speziell der Medikamentenmissbrauch ist hier auch immer ein wichtiges Thema. Denn der einfache Zugriff auf Arzneimittel sorgt bei Ärzten dafür, dass ein Drittel unserer Klientel auch in diesem Bereich ein problematisches Verhalten aufweist.

zm: Wie beurteilen Sie die Unterstützung suchtkranker Ärzte außerhalb Ihrer Kliniken?

Prof. Mundle: Da möchte ich die Arbeit unserer Ärztekammern loben. Seit etwa zehn Jahren sorgen Interventionskonzepte der Kammern dafür, dass Ärzte frühzeitig das Gespräch suchen, wenn ihre Situation auffällig wird. Bei einem vertraulichen Infodienst melden sich immer wieder Ärzte, die mit Beratern ihre Probleme diskutieren und im Bedarfsfall weitervermittelt werden. Ich würde mir wünschen, dass auch die Zahnärztekammern ein ähnliches Interventionskonzept aufstellen würden.

Zum Zweiten möchte ich einen Appell an die privaten Krankenversicherungen richten. Bislang ist die Entwöhnungstherapie keine Pflichtleistung der Kassen. Zwar wird in den meisten Fällen nach einem Antrag die Behandlung als Kulanzleistung einmalig bezahlt, doch bedeutet dies für viele Erkrankte eine weitere Hürde auf dem Weg in die Drogenfreiheit. Es ist längst überfällig, diese Therapie in eine Pflichtleistung umzuwandeln.

zm: Prof. Mundle, vielen Dank für das Gespräch. ■

Geschichte der Implantologie in Deutschland

Vom Extensionsimplantat zur Hightech-Schraube

Hans-Jürgen Hartmann

Die zahnärztliche Implantologie ist seit Langem nicht mehr aus dem Therapie-spektrum der Zahnheilkunde wegzudenken. In den vergangenen 30 bis 40 Jahren hat sich auf diesem Gebiet eine Entwicklung vollzogen, die man durchaus als eine der bedeutendsten in der Zahnmedizin bezeichnen kann. Was sich dabei an wissenschaftlichen und praxisnahen Ergebnissen ergeben hat, ist mutigen Pionieren zu verdanken, die aus der Empirie Implantate in die Kiefer der Patienten eingesetzt haben [13,35,52,53,70,87].



Abbildung 1:
eine typische
Osseointegration
in Großformat

Wer aber erinnert sich noch daran, welche Probleme es gegeben hat und wie lang und beschwerlich der Weg war, wenn er heute Implantate mit höchsten ästhetischen Ansprüchen einsetzt? Es ist gerade mal eine zahnärztliche Generation vergangen, seit zwischen Zahnärzten und Wissenschaftlern die Auseinandersetzung darüber entbrannte, ob überhaupt Fremdkörper (Abbildung 6), insbesondere metallische, in die Kiefer der Patienten eingesetzt werden dürften. Füllungstherapien, Brücken oder andere prothetische Leistungen in den Mündern der Patienten – das sei etwas völlig anderes, so merkten die Kritiker an, als wenn Zahnersatz auf metallischen Pfosten im Kiefer abgestützt wird [3,22,26,51,69].

In den Anfangsjahren begann unter den implantologischen tätigen Zahnärzten eine Auseinandersetzung um die Präferenz der Osseointegration [1,8] oder der fibroossären Einscheidung [22,23] sowie um die

Frage, welches biokompatible Material zu bevorzugen sei. Es boten sich hier Keramik (Abbildung 8) [4,20,80,92] oder Metall (Abbildung 6) an. Auch stellte man sich die Frage, wie Implantate mit natürlichem Zahnbestand denn zu versorgen seien.

Viel Diskussion um die Osseointegration

Bereits 1966 beschrieb Brånemark als erster Wissenschaftler den Begriff „Osseointegration“, der in die internationale Nomenklatur eingegangen ist (Abbildung 1) [7,9]. Schröder verstand unter dem Begriff „funktionelle Ankylose“ im Gegensatz zu Brånemarks „Osseointegration“ die dauerhafte funktionelle Belastung des Knochens mit dem Implantat (Abbildung 2). Ihre Untersuchungen markieren

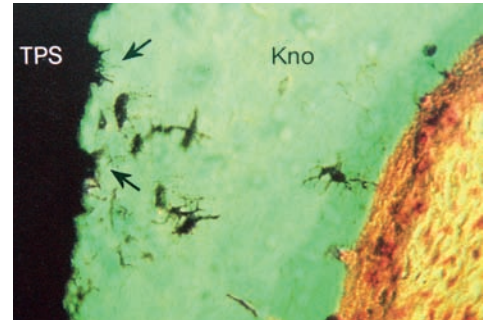


Abbildung 2: interimplantärer Spalt

den Beginn der modernen zahnärztlichen Implantologie [17,30,31,73].

Die fibroossäre Einscheidung wurde in den USA insbesondere durch Linkow in Verbindung mit Blattimplantaten favorisiert (Abbildungen 4+5), was zu einer heftigen Auseinandersetzung sowohl über das Design wie die Oberfläche führte. Die fibroossären eingeschiedenen Extensionsimplantate gehörten dennoch zu den ersten erfolgreich inserierten Implantaten überhaupt [22,23,52,53].

Nach einer großen Zahl von Tierversuchen wurden neue Erkenntnisse oder Versuchsdesigns mit diversen Materialien diskutiert [6,11,30,69,78,80], wobei heutige Prioritäten wie Frühbelastung, kongruente Implantatbettaufrbereitung, Verblockung oder gar implantologischer Erfolg völlig anders bewertet wurden. Bei den Extensionsimplantaten wurde zum Beispiel mit der Turbine oder dem Schnellaufwinkelstück eine Rille in den Knochen gefräst, die weit davon entfernt war, was wir heute unter knochenkongruenter oder atraumatischer Implantatbettaufrbereitung verstehen. Hitzeentwicklung oder Denaturierung des Knochens waren unvermeidlich [49,56,84].

Der Erfolg in der Implantologie war mehr von Zufälligkeiten oder von einem außerordentlich hohen chirurgischen Geschick geprägt als von programmierbarem Erfolg



Abbildung 3: Bonafitimplantate

EITHER ARCH PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

UPPER ARCH PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

LOWER ARCH PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

TUBER PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

RAMUS PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

SYMPHYSIS PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

MM DIMENSION NUMBERS (ABOVE IMPLANTS)
BOLD TYPE: mesiodistal implant length
 Numbers in parentheses:
 * = mesial implant + depth from ridge crest
 ** = central implant + depth from safely stop of ridge crest
 *** = distal implant + depth from ridge crest
 * Central depth numbers only used for symmetrical implants.

TISSUE-TAC TEXTURE - IONGUARD®

Generation Ten BLADE FORM SELECTOR

Patents and Patents Pending Copyright 1990 Printed in USA ORACIT 90-015

Abbildung 4: Blattimplantate nach Linkow

(Abbildung 7), obwohl auch heute noch Blattimplantate oder andere Extensionsimplantate ihre Funktion erfüllen [53,54,62].

Subperiostale Implantate

Grafelmann ist es zu verdanken, dass die Idee von Linkow nach Deutschland importiert wurde [22,23]. Er war es auch, der die erste Deutsche Implantologische Gesell-



Abbildung 6: multiple Implantate

schaft gegründet hat, die heute noch als älteste europäische Vereinigung in der Implantologie gilt. Unter seiner Führung und der der DGZI (Deutsche Gesellschaft für Implantologie) nahm dieser neue Fachbereich in Deutschland einen großen Aufschwung,

EITHER ARCH PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

UPPER ARCH PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

LOWER ARCH PRODUCT NUMBERS: *ONE STAGE **TWO STAGE

MM DIMENSION NUMBERS (ABOVE IMPLANTS)
BOLD TYPE: mesiodistal implant length
 Numbers in parentheses:
 * = mesial implant + depth from ridge crest
 ** = central implant + depth from safely stop of ridge crest
 *** = distal implant + depth from ridge crest
 * Central depth numbers only used for symmetrical implants.

TISSUE-TAC TEXTURE - IONGUARD®

STANDARD BLADE FORM SELECTOR

Patents and Patents Pending Copyright 1990 Printed in USA

Abbildung 5: weitere Blattimplantate nach Linkow

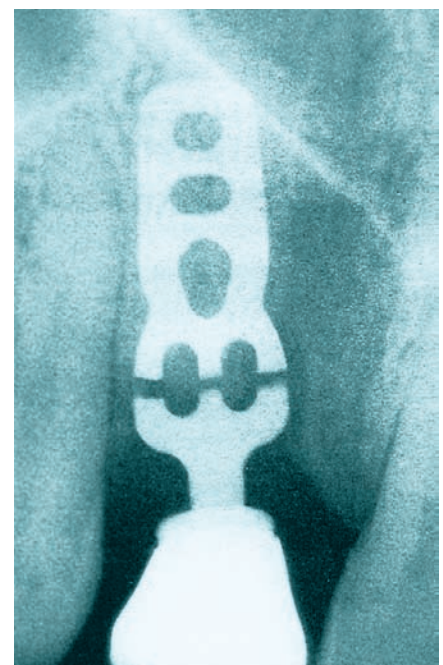


Abbildung 7: Blattimplantat in situ

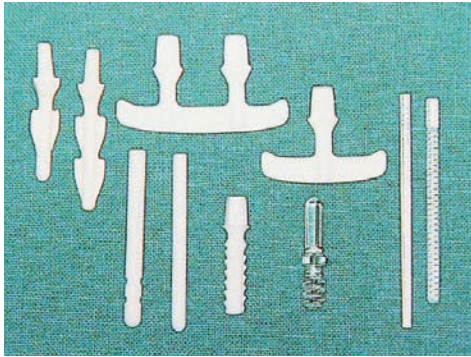


Abbildung 8: Keramikimplantate

wenngleich die Kritiken an der fibroossären Einschheidung und dem daraus resultierenden großen Knochenverlust nach Entfernung von Extensionsimplantaten nicht verstummen wollten [35,54,56,63,84]. Wenn die Indikation für Blattimplantate aufgrund zu geringer Platzverhältnisse nicht mehr gegeben war [12,82], so blieb immer

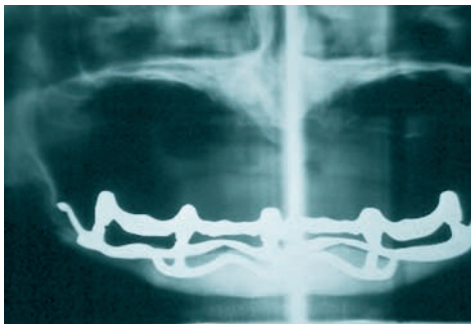


Abbildung 9: Gerüstimplantat

noch die Möglichkeit der subperiostalen Implantation [14], ein Verfahren, das auf Dahl, einen schwedischen Zahnarzt, zurückgeht, dem für die Umsetzung seiner Idee die Approbation entzogen wurde. Er erhielt sie dann später jedoch wieder zurück. Die subperiostalen Implantate gingen von



Abbildung 10: Nadelimplantat

der Voraussetzung aus, dass das Periost eine ausreichende Festigkeit aufweist und das Gerüst auf dem Knochen dauerhaft stabil zu lagern vermag, um als Basis für herausnehmbaren oder gar festsitzenden Zahnersatz zu gelten. In Deutschland waren es insbesondere Kanitz [36] und Myska, die sich der subperiostalen Implantologie verschrieben haben, wobei Myska mit einer Schraubenfixation des subperiostalen Gerüstimplantats eine Kombination zwischen enossaler und subperiostaler Implantation empfahl [61,63]. Der große chirurgische Aufwand, die erhebliche Belastung des Patienten, das Abdruckverfahren direkt über den offenen Knochen, sowie erhebliche zahn-technische Anforderungen, ein Gerüst spannungsfrei auf dem Knochen zu fertigen, ließen nur wenige Zahnärzte dieses Verfahren wählen. Dazu kam ein zweiter chirurgischer Aufwand, um das Gerüst dann schließlich einzusetzen. Heute ist die subperiostale Implantologie nur mehr Geschichte.

Enossale Implantate

Die ersten enossalen Implantate waren in ihrer Indikation als Spätimplantate anzusehen [8,9,52], das heißt, sie wurden erst dann als Therapiemöglichkeit gewählt, wenn keine andere konventionelle Therapieform mehr umgesetzt werden konnte oder aber die Patienten auf herausnehmbaren Zahnersatz verzichten wollten. Auch die Fixation totalen Zahnersatzes (Abbildungen 3,12,13,21) war eine bedeutende Indikation [1,4]. Der Gedankenansatz der Spätimplantation hatte zur Folge, dass der Alveolarfortsatz qualitativ und quantitativ eine schlechte Ausgangslage hatte [12,82], so dass schmale Blätter oder Schrauben geringeren Durchmessers inseriert werden mussten (Abbildungen 4,5,6,9,13,14) [63,70,79,87]. Einerseits wurde die geringe Quantität des Alveolarfortsatzes bei den Blättern durch die Länge kompensiert. Die geringe Breite konnte andererseits auch



Abbildung 11: Kronenaufbau bei einem Nadelimplantat

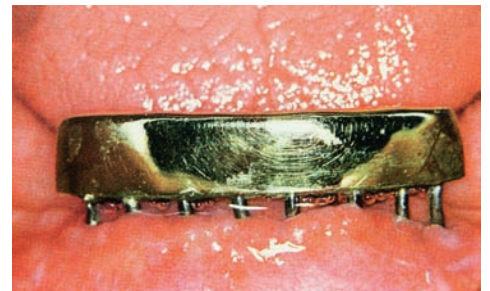


Abbildung 12: Goldbarren über einer Nadelstraße

mit kleinvolumigen Schrauben implantologisch versorgt werden. So entwickelten sich ausschließlich Schrauben mit einem geringen Durchmesser, die Chercheve [13] und Tramonte [89] in Frankreich und Italien erstmalig auf den Markt brachten und in Deutschland durch Heinrich eingeführt wurden [6,27]. Noch kleiner waren die Nadelimplantate, die in Form eines Tripodes für Einzelzahnkronen (Abbildungen 11+19) eingesetzt wurden, oder als Nadelstraßen mit einem Goldsteg verbunden zur Fixierung von Totalprothesen dienten [66]. Pruin favorisierte seine Nadelimplantation (Abbildung 15) aus Tantal [28,66], während Kirschner die transdentale Fixation oder die Fixierung eines traumatisch verlorengegangenen Frontzahnes durch einen kerami-



Abbildung 13: Tantal-schrauben



Abbildung 14: Unterkieferbrücke auf Bränemark-Implantaten

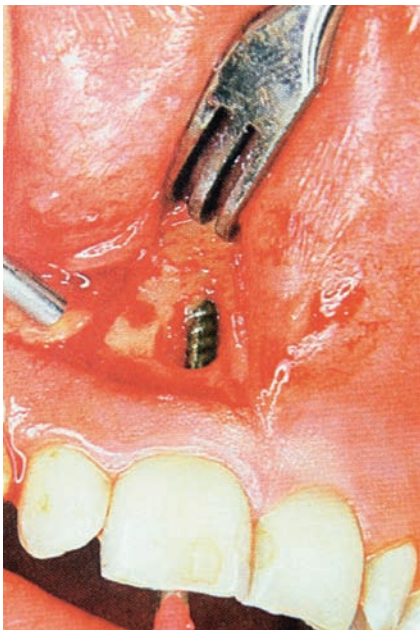


Abbildung 15: transdentale Fixation



Abbildung 16: Tübinger Sofortimplantat rechts, Münchner Modifikation links

schen „Kirschner-Stift“ (Abbildung 8) beschrieb. Beide Fixationsmöglichkeiten betrachteten den Zahn als Eintrittspforte in den Knochen. Durch die künstliche Verlängerung der Wurzel (Abbildung 15) erhielt der Zahn neue Stabilität [41]. Ein Verfahren, das auch heute noch verschiedentlich in den Praxen erfolgreich eingesetzt wird.

Die Sofortimplantation

Schulte war dann der erste, der die Idee der Sofortimplantation 1977 weltweit inaugurierte [25,75]. Das Tübinger Sofortimplantat war ein Keramikimplantat (Abbildung 16), das im Auftrag der Landesregierung Baden-Württembergs im Rahmen eines Sonderforschungsprogramms 1975 entwickelt wurde. Sein implantologischer Ansatzpunkt war, erstmalig sofort nach der Extraktion eines Zahnes, ein Implantat in die Alveole zu setzen. Mit einer knochenkongruenten Fräsung bereitete er nach der Extraktion ein Implantatbett auf, so dass zahn-analoge Implantate, im gleichen Durchmesser des Zahnes, eingesetzt werden konnten. Die Geburt der großvolumigen Implantate war damit vollzogen [16,76].

Schulte konnte beweisen, dass die Insertion der Implantate in die leere Extraktionsalveole den Alveolarkamm erhält. Das Weichgewebe lagert sich der keramischen Oberfläche an. Hart- oder weichgewebliche Atrophien waren nicht oder nur in sehr geringem Ausmaß zu beobachten [77]. Materialbedingte Probleme der Aluminiumimplantate (Abbildung 23) ließen die Kritiker einer Sofortimplantation nicht verstummen. Wurde das Implantat in die Knochenkavität eingeklopft, ging es bisweilen durch den Kompressionsdruck des Gewebes wieder verloren. Die Zementierung einer Krone mit einem kleinem Metallstift in den keramischen Körper hinein schuf Sollbruchstellen (Abbildung 17). Wenn allerdings die Implantate osseointegriert waren, worüber es wissenschaftlich gesehen keinen Zweifel gab, war die Entfernung außerordentlich schwierig und mit einem sehr großen Knochendefizit verbunden (Abbildung 18) [89]. Mit der Entwicklung der Sofort- und der

Abbildung 17:
Bruchstück
eines Tübinger
Sofortimplan-
tats



Spätimplantation waren zwei gegensätzliche Therapieansätze geschaffen, die heftig diskutiert wurden und Auslöser für einen dauerhaften wissenschaftlichen Disput über Abbauerscheinung, Osseointegration, Materialfragen, Biokompatibilität der Werkstoffe und letztlich prothetische Rekonstruktionsmöglichkeiten waren.

Ideenreichtum kam aus der Praxis

Es waren in erster Linie die niedergelassenen Zahnärzte, die mit immer neuen Ideen oder chirurgischem Geschick über Implantat-erfolge berichteten [69,89]. Diese Nische der Zahnmedizin, von einigen Kollegen als „Rotlichtbezirk“ der Zahnmedizin bezeichnet, hatte auch einen gesundheitspolitischen Aspekt. Je mehr über Erfolge in der

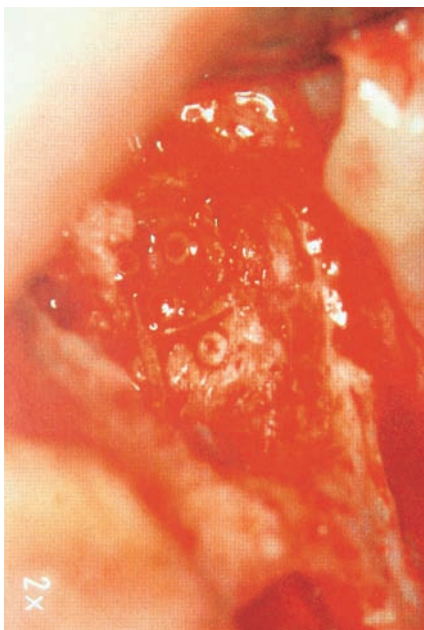


Abbildung 18: Knochenerosion nach einem missglückten Tübinger Implantat

Implantologie berichtet wurde, desto stärker wurde der Wunsch der Patienten. Und damit stellte sich die Frage der Bezuschussung durch gesetzliche Krankenkassen und/oder private Versicherungsgesellschaften.

Implantologie erhält politische Anerkennung

1988 wurde die Implantologie erstmalig in die heute noch gültige Gebührenordnung aufgenommen und erhielt damit nach ihrer wissenschaftlichen Anerkennung 1982 durch die DGZMK [88] auch ihre sozialpolitische Bedeutung. Es kam die Zeit der Einigungsbestrebungen und Leitlinien für die Implantologie, die von vielen als Marktlücke angesehen wurde. Schulte, Krekler und Hartmann (Abbildung 27) forderten einen einzigen Verband für die Implantologie. Diese Chance wurde vertan. Unter der Führung von Tetsch und Spiekermann wurde eine Konsensuskonferenz einberufen, um einen Abgleich der Standards zu erzielen, die wissenschaftlichen Ergebnisse einzubinden und ihre Aussagen fortzuschreiben [85].

Die Frage nach der Biokompatibilität

In den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts war die Diskussion um die Biokompatibilität noch nicht ausgestanden. Bränemark [8,9] hatte zwar Titan als Werkstoff vorgeschlagen, das aufgrund seiner Oberfläche die Osseointegration fördert. Tantal und Aluminiumoxydkeramik erfüllten aber die Bedingungen ebenso [17,20]. Jedoch im Design gab es unterschiedliche Ansätze, einerseits die Blätter, andererseits Schrauben mit einer hohen primären Stabilität und Zylinder, die in den Knochen hineingeklopft wurden (Abbildungen 4,5,8) [5,70,92]. Es war die Zeit der großen Entwicklungen, die aber auch vielfach eine Einbahnstraße waren [11,36,41,42,64,90].

Mit der Vorstellung der Intramobilität haben Koch und Kirsch (Abbildung 25) einen anderen wesentlichen Beitrag zur Implantologie geleistet [37,38,40,44]. In das Implantat wurde ein Kunststoffteil mit einer Schraube befestigt, so



Abbildung 19: Tübinger FRIALIT-Implantat

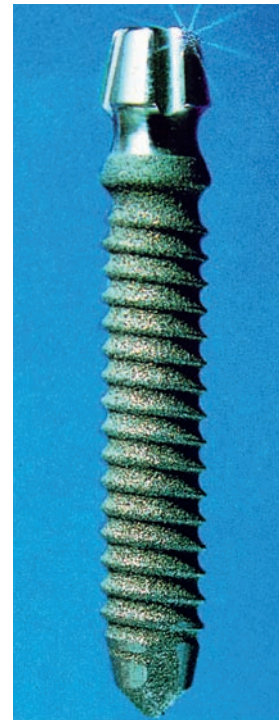


Abbildung 20:
Die TPS-
Schraube



Abbildung 21: Ledermannsteg

Abbildung 22:
HATI-Implantat



dass die Beweglichkeit des Zahnhalteapparats beim Kaudruck nachvollzogen werden konnte, eine Entwicklung, die viele neue Erkenntnisse gebracht hat. So übernahm der Puffer den Kaudruck und leitete ihn in das Implantat hinein (Abbildung 26), womit sowohl die Innengeometrie wie auch die äußere Oberfläche den Kaudruck übernahmen und das osseointegrierte Implantat vor Überlastungen schützten [31,40,60,67,91]. Die Verbindung des natürlichen Restzahnbestands mit Implantaten wurden über Brücken oder eher seltener als Einzelzahnversorgung gelöst, da das Vertrauen auf einen dauerhaften Verbund der Implantate mit dem Knochen nicht sehr groß war [2,19]. Wenngleich Schröder, Kirsch und Donath [17,19,39,73,74] mit der Plasmaflamebeschichtung eine Oberflächenvergrößerung (Abbildung 20) mit dem Ziel einer größeren Anlagerungsfläche für den Knochen empfahlen, ging die Diskussion über die richtige Oberfläche weiter, obwohl Ledermann den Nachweis führen konnte,

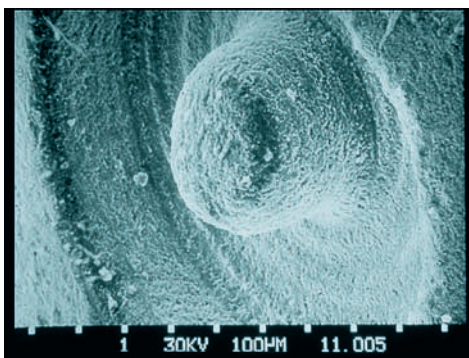


Abbildung 23: REM-Aufnahme eines Tübinger Implantats

dass beim Eindrehen von Schrauben Titanpartikel (Abbildung 24) in die umliegende Knochensubstanz abgeschert werden [30,47,63,71]. Er hatte zuvor die Sofortbelastung von interforaminär eingesetzten Schraubenimplantaten in Unterkiefer wissenschaftlich nachgewiesen (Abbildungen 20+21). Unter besonderen Voraussetzungen war damit neben der Einheilungsphase von einem Viertel- bis einem halben Jahr auch die sofortige Belastung von Implantaten möglich [46,47]. Diesem Wissenschaftler ist auch eine neue Oberfläche zu verdanken, die gestrahlt und geätzt wird und damit eine subtraktive Oberflächenvergrößerung zum Ergebnis hatte, anstelle der (additiven) Plasmaflamebestrahlung. Heute ist diese gestrahlte und geätzte Oberfläche bei allen Implantaten wiederzufinden und wird als Grundlage der weiteren Entwicklung mit reduzierter Einheilung oder bioaktiven Komponenten herangezogen.

Der eigentliche Durchbruch für die Einzelkronenversorgung aber kam mit der Sofortimplantation durch Schulte [75,86]. Bei der Extraktion von einwurzeligen Zähnen konnte nach Implantation nur eine Einzelkrone eingesetzt werden. Damit begann der eigentliche Weg, der uns heute zur ästhetischen Rekonstruktion geführt hat.

Die Sofortimplantation im Seitenzahnbereich mit der Insertion von keramischen Implantaten zur Einzelzahnversorgung war von wenig Erfolg gekrönt. Damit konkurrierten – damals und auch noch heute – zahnanaloge Implantate mit kleinvolumigen Schraubenimplantaten aus der alten Indikation der Spätimplantation.

Die 80er waren die Forschungsjahre

In der Mitte der 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts begann die intensive Forschung über das hart- und weichgewebliche Verhalten von Implantaten. Die Wissenschaftler und Firmen überboten sich mit neuen Erkenntnissen, neuen Designs und neuen Methoden. Knochenkongruente Implantatbetaufbereitung, Innenkühlung, die prothetische Rekonstruktion von Einzelzahn-

versorgungen oder die Verblockung zwischen dem natürlichen Zahnsystem und Implantaten wurden weiterentwickelt [2,55,68].

Ziel der Betrachtung der subtraktiven Oberflächen waren sicherere und kürzere Einheilzeiten und programmierbare Erfolgsaussichten. Das Schraubendesign hatte sich inzwischen neben dem Zylinder durchgesetzt. In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, auf eine bemerkenswerte Entwicklung in der DDR hinzuweisen. Graf und Knöfler beschrieben, ohne Kontakt zum Westen rein auf sich gestellt, eine völlig neue Oberfläche, die in der Mitte der 80er-Jahre als „Ticer-Oberfläche“ in die Wissenschaft einging. Sie erodierten die Titanoberfläche und schafften damit ein der gestrahlten und geätzten Oberfläche vergleichbares Relief [21,42,43].

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse und die weiterentwickelten technischen Fortschritte waren die Basis für neue Möglichkeiten in der Einzelzahnimplantologie, die sich im Laufe der Jahre immer mehr durchsetzte. Dazu musste die Verbindung zwischen Implantatkörper und Abutment verbessert werden. Die rotationsgesicherte Innengeometrie wurde geschaffen. Mit dem HATI (Abbildung 22) und dem FRIALIT-2 (Abbildung 23) wurden Implantate inauguriert, die rotationsgesichert form- und kraftschlüssig waren. Die Einzelzahnversorgung konnte damit sicherer gestaltet werden als mit äußerem Sechskant oder einer aufwendig konstruierten verschraubten Einzelzahnversorgung. In der Arbeitsgruppe um Matthis, Frischherz und Ledermann entstand das HATI-Implantat [48], das auf der Entwicklung der neuen Ledermann-Schraube aufbaute, während Hartmann (Abbildung 27) mit dem FRIALIT-2 das Tübinger Sofortimplantat zur Grundlage nahm [24].

Die Innengeometrie heutiger Implantate in vielen Designs mit unterschiedlichen Ausfertigungen orientiert sich ausschließlich an der Präzision oder der Mikrobeweglichkeit zwischen Implantatkörper und Aufbau, die wiederum für den Knochenabbau um die Implan-

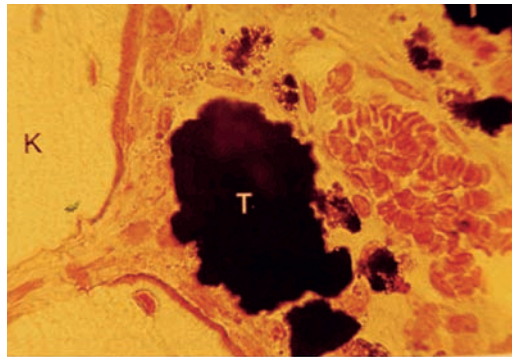


Abbildung 24: Dieses Titanmaterial im Gewebe stammt von einem Implantat.

tate verantwortlich ist. Mit einteiligen Implantaten wird versucht, dem entgegenzuwirken, was uns aber wieder zu den Anfängen der zahnmedizinisch enossalen Implantation führt.

Da Spalräume kaum vermieden werden können, wurden sie nach innen gelegt. Nentwig und Moser entwickelten bereits 1986 das NM-Implantat zu einem Zeitpunkt, als der Begriff platform switching noch nicht geprägt war [14,59,63]. Aus dem NM-Implantat entstand später das Ankylos-Implantat. Designbedingt wird auch

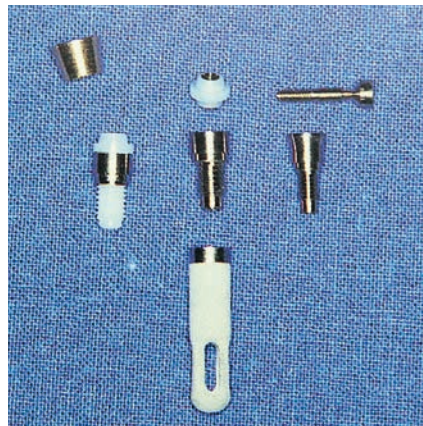


Abbildung 25: IMZ-Implantate

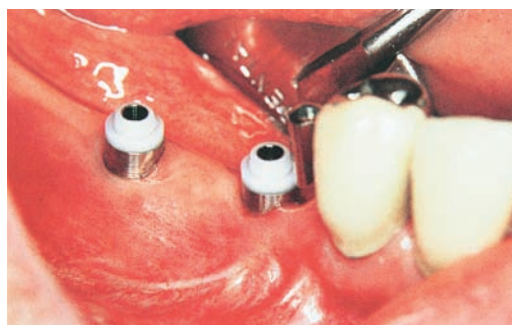


Abbildung 26: IMZ-Implantat

das Astra-Implantat mit einem reduzierten Kronenaufbau geliefert.

Die Materialfrage für Implantate wurde mit den keramischen Implantaten neu aufgelegt, diesmal auf der Basis von Zirkoniumdioxid [57]. Diese haben eine bemerkenswerte Ähnlichkeit mit den früheren Implantaten nach Brinkmann oder Sandhaus, die allerdings aus Aluminiumoxyd (Abbildung 8) bestanden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sie bessere Ergebnisse bieten, als wir sie aus der früheren Phase der Keramikimplantate kennen [45].

Die dritte Dimension

Eine völlig neue Entwicklung sind 3D-Verfahren, um die Implantatposition und damit die präimplantologische Diagnostik zu verbessern. Auf dem Gebiet des CT, der Bildfassung und der Umsetzung in reale oder präzise Positionsbestimmungen wird noch einige Entwicklung notwendig sein, um auch den Forderungen nach einer sofortigen Belastung der Implantate mit ähnlichen Erfolgsaussichten wie in der konventionellen Implantologie nachzukommen [72].

Sofortbelastung und Sofortimplantation sind altbewährt und wissenschaftlich fundiert. In den Anfangsjahren von Bränemark und Schröder, Schulte und Ledermann steckten die gezielten Erkenntnisse um Oberflächen oder Osseointegration, um ästhetische Rekonstruktionen, Frühbelastung und präzise Diagnostik in den Kinderschuhen. Sie wussten nichts über GTR- oder GBR-Maßnahmen [10,32], Knochentransplantationen in Kieferareale, Membrantechnologien oder BMP-Materialien, um die

Knochenquantität zu verbessern. Sie konnten nur die vorgegebenen Verhältnisse nutzen und zielten vornehmlich ab auf die Funktion. Sie legten jedoch die Grundlagen für die Ästhetik, die heute von vielen Autoren in das Zentrum ihrer Betrachtungen gestellt wird. Damit schließt sich der Kreis. Vieles, was heute vermeintlich als neu angepriesen wird, hat seine tatsächlichen Ursprünge in Erkenntnissen, in empirischen Erkenntnissen der Pioniere der

ersten Generation. Wir können ihnen nur dankbar sein, dass sie es – entgegen allen Warnungen und Verleumdungen – gewagt haben, Fremdkörper in den Kieferknochen einzusetzen, um darauf Zahnersatz abzustützen. Auf ihre Erfahrung können wir nicht verzichten.

Blick in die Zukunft

Es sei an dieser Stelle gestattet, auch einen Blick in die Zukunft zu werfen.

Diagnostik ist notwendig und wird deshalb weiterentwickelt. Die Ansprüche der Patienten an Ästhetik können nicht in allen Fällen befriedigt werden und stoßen technisch wie auch finanziell an gewisse Grenzen. Das Material, sei es Titan oder Zirkoniumdioxid, ist körperverschmelzbar. Daher sollten auch Hinweise auf Allergisierung unterlassen werden und nicht zu Auseinandersetzungen über Marktanteile verkommen.

Neben aller Technik und Wissenschaft bleiben letztlich der Zahnarzt und der Patient als Individuen erhalten. Wichtig ist aber noch viel mehr: so zum Beispiel die Ausbildung, die Kooperation und Kommunikation mit dem einzelnen Patienten und dessen Bedürfnisse oder die Koordination des implantologischen Teams. Die Universitäten, wissenschaftlichen Gesellschaften und Landeszahnärztekammern haben viel dazu beigetragen, dass der einzelne Zahnarzt entsprechend dem heutigen Standard implantologisch ausgebildet wird. So sehr die Weiterentwicklung zu begrüßen ist, so sehr muss der einzelne Zahnarzt auch verantwortlich seine eigenen Grenzen erkennen. Die Implantologie soll eine sehr erfolgreiche Therapie bleiben. Derjenige, der noch nicht erfahren ist, sollte sich indikationsgerecht weiterentwickeln. Titel alleine sind kein Garant für den Erfolg.

Hans-Jürgen Hartmann
Midgardstr.18
82327 Tutzing
hartmann.tutzing@t-online.de

zm Leser service

Die Literaturliste kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.



Dr. Philippe D. Ledermann, Zahnarzt in eigener Praxis, Bern, Entwickler des TPS-Schraubenimplantats und des HATI-Implantats und des SPI-Implantats



Prof. Egon Brinkmann, Zahnarzt in eigener Praxis, Oldenburg, Entwickler des Pfeilstift-implantats und Mitautor der BioloXimplantate



Prof. Willi Schulte, ehemaliger Ärztlicher Direktor der Abteilung für zahnärztliche Chirurgie und Parodontologie der Universität Tübingen, Entwickler des Tübinger Sofort-implantats und Mitentwickler des FRIALIT-2 Implantats



Prof. Hubertus Spiekermann, ehemaliger Direktor der Abteilung für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen



Dr. Hans-Jürgen Hartmann, Zahnarzt in eigener Praxis, Tutzing, Mitentwickler des FRIALIT-2 Implantats



Prof. Peter Tetsch, ehemaliger ärztlicher Leiter der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie der Universität Mainz



Dr. Axel Kirsch, Oralchirurg in eigener Praxis, Filderstadt, Entwickler des IMZ-Implantats und des Camlog-Implantats

Ein Dank für die freundliche Überlassung der Fotos geht an den Quintessenz-Verlag, Prof. Tetsch, Dr. Ledermann und Dr. Kirsch.

Der besondere Fall

Dermoidzyste der Zunge

Thomas Mücke, Frank Hölzle, Andrea Tannapfel

Vorliegender Fall stellt eine außergewöhnliche Situation dar und ist auch für den niedergelassenen Zahnarzt von großem Interesse.

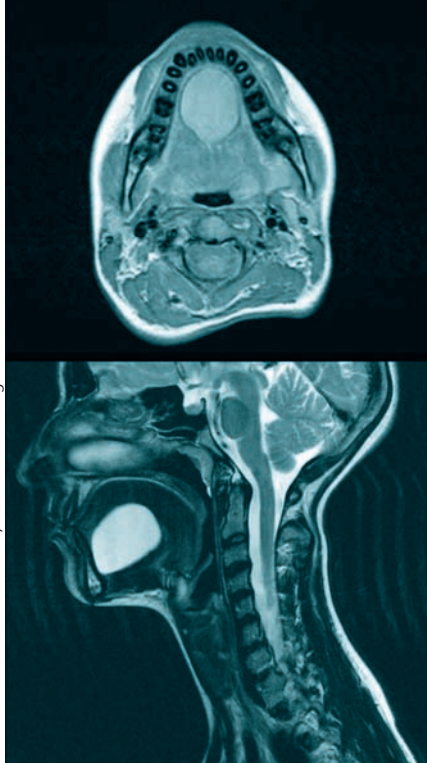


Foto: Professor Dr. Lofthar Heuser, Institut für Radiologie der Ruhr-Universität Bochum

Abbildung 1: MRT in der T2 gewichteten Sequenz bei klinischer Vorstellung der Patientin: Die Raumforderung zeigt ein expansives Verhalten im Zungenkörper mit Übergang in den Mundboden.

Eine 16-jährige Patientin wurde aufgrund einer Schwellung im Bereich der Zunge in unsere Klinik überwiesen. Die Patientin stellte sich zunächst mit zunehmenden Schluckbeschwerden bei ihrem Hausarzt vor, der zunächst unter dem Verdacht auf eine allergische Reaktion die Patientin in unsere Klinik überwies.

Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich bei reizloser und intakter Mund- und Zungenschleimhaut eine Schwellung der Zunge mit einer tastbaren, prall-elastischen ovalären Raumforderung im Zungenkörper der Patientin, insbesondere der Zungenunterseite. Der Mundboden der Patientin wies

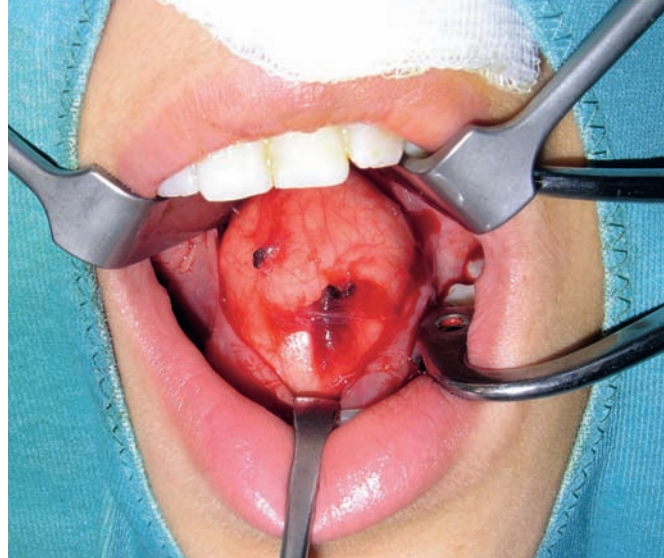


Abbildung 2: intraoperative Situation nach vorsichtiger Präparation und Darstellung der Raumforderung in der Zunge

Foto: Mücke

eine geringe Schwellung auf und die Carunculae sublinguales zeigten keine Entzündungszeichen bei klarer Sekretion.

Die Patientin hatte eine geringe Schwellung bereits vor einer Woche bemerkt, diese

jedoch nicht ernst genommen. Ein Zusammenhang zur Nahrungsaufnahme oder der Hinweis auf eine anderweitig ausgelöste allergische Reaktion bestand nicht. Klinisch zeigte sich keine regionäre Lymphknotenvergrößerung. In der durchgeführten MRT

Abbildung 3: exstirpierte und kranial eröffnete Raumforderung mit Entleerung von weißlich-cremiger Flüssigkeit



Foto: Mücke

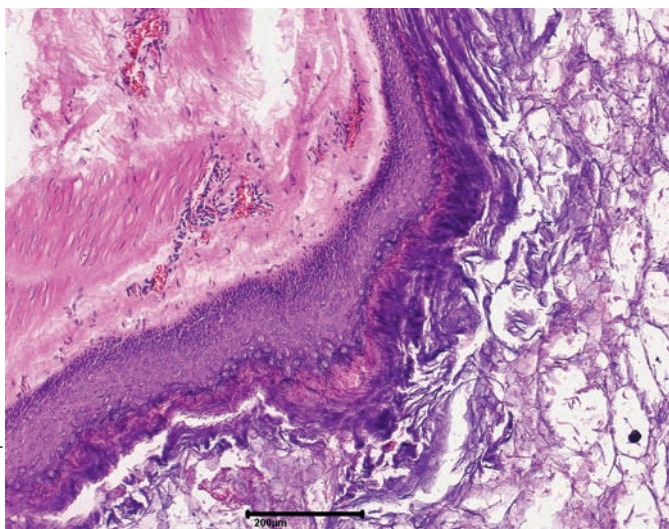


Abbildung 4 Histologische Darstellung der Zystenwand. Es zeigt sich ein verhornendes Plattenepithel mit reichlich abgeschilferten Hornanteilen.

des Kopfes stellte sich ein großer flüssigkeitsgefüllter raumfordernder Prozess in der Zunge mit Übergang in den Mundboden dar (Abbildung 1).

In einer Intubationsnarkose wurde der Befund von intraoral dargestellt (Abbildung 2). Die Raumforderung konnte in der Zunge vom umliegenden Weichgewebe gut

abgegrenzt und in toto enukleiert werden (Abbildung 3). Im Anschnitt des Präparats entleerte sich ein weißliches, eierschalenfarbendes, teigiges Sekret (Abbildung 3), so dass sich der Verdacht auf das Vorliegen einer Dermoidzyste erhärtete.

Histologisch bestätigte sich die klinische Verdachtsdiagnose mit einer typischen Wandtextur, die neben einem Plattenepithel auch Hautanhangsgebilde aufwies (Abbildung 4).

Diskussion

Dermoidzysten im Bereich der Zunge und des Mundbodens stellen eine seltene Erkrankung dar. In einer repräsentativen Studie mit einem Patientenkollektiv von über 1495 Fällen zum Auftreten von Dermoidzysten in allen Körperregionen waren 103 Patienten im Kopf-Hals-Bereich

erkrankt (6,9 Prozent) [New et al., 1937]. Während die Lokalisation im Bereich des lateralen Augenbrauendrittels an der Sutura frontozygomata relativ häufig vorkommt, stellt das Auftreten innerhalb des Mundbodens und in der Zunge eine eher seltene Lokalisation dar (1,6 Prozent) [New et al., 1937].

Der klinische Begriff der Dermoidzysten kann in drei histologische Zystenformen unterteilt werden: erstens die Epidermoidzyste, die von einem Plattenepithel ausgekleidet wird, jedoch keine Hautanhangsgebilde wie Talgdrüsen, Haarfollikel oder Ähnliches aufweist, zweitens die Dermoidzyste, die typischerweise subepithelial spezialisierte Anhangsgebilde aufweist, und drittens das Teratom, das im Gegensatz zu den vorher beschriebenen weitere

Die Prädilektionsstellen liegen aufgrund der embryonalen Verschmelzung der Gesichtswülste häufig in der Mittellinie sowie im Gesichtsbereich an den embryonalen Fusionslinien der knöchernen Strukturen oder weichgewebigen Verschmelzungszonen (zum Beispiel der Muskulatur), wie der Sutura frontozygomata, der Nasenwurzel, der Fontanelle oder am Hals (Abbildung 5) [New et al., 1937; Al-Khateeb et al., 2009].

Klinisch sind die Dermoidzysten trotz ihres langsamen Wachstums aufgrund ihrer oberflächlichen Lage mit einer tastbaren indolenten und verschieblichen Schwellung auffällig. Meist werden die Patienten durch eine kloßige Veränderung der Sprache auf die Raumforderung innerhalb der Zunge aufmerksam, oder eine infektiös bedingte

Tipp für die Praxis

- Dermoidzysten sind eine seltene Erkrankung, die jedoch im Kopf-Hals-Bereich in typischer Lokalisation vorkommen können.
- Neben der Dermoidzyste müssen als gutartige Veränderungen die Ranula, ein gestauter submuköser Drüsenangang, die Ductus thyreoglossus-Zyste, das zystische Hygrom sowie andere gutartige mesenchymale Tumore (Lipome, Neurofibrome und so weiter), aber auch bösartige mesenchymale Veränderungen in Betracht gezogen werden.
- Die chirurgische Therapie und die histologische Aufarbeitung ist auf Grund der Entartungsmöglichkeit unabdingbar.



Foto: Mücke

Abbildung 5: Klinische Präsentation einer Dermoidzyste im Bereich der Nase. Es zeigt sich eine Schwellung im Bereich des Nasenrückens mit Übergang auf die Nasenspitze, die Hautintegrität ist durch die Kommunikation der Zyste mit der äußeren Haut unterbrochen.

unterschiedlich differenzierte Strukturen aus den drei Keimblättern umfasst (zum Beispiel Muskel-, Knochen-, Nervengewebe, Speicheldrüsen und viele mehr).

Die Entstehung der Dermoidzyste in der Zunge ist bisher nicht geklärt. Die Pathogenese im Kopf-Hals-Bereich ergibt sich aus einer Versprengung von Epithelresten, aus denen die Dermoidzysten entstehen.

plötzliche Zunahme der Schwellung erzwingt das Aufsuchen ärztlicher Hilfe. Eine Lymphadenopathie liegt in der Regel nicht vor [New et al., 1937]. Differenzialdiagnostisch müssen die Ranula [Macdonald et al., 2003], ein gestauter submuköser Drüsenangang, die Ductus thyreoglossus-Zyste [Sathish et al., 2008], das zystische Hygrom [Mosca et al., 2008], das Lymphangiom

[Hong et al., 2009; Jeeva Rathan et al., 2005], sowie andere gutartige mesenchymale Tumore (Lipome, Neurofibrome und so weiter) [Saravanan et al., 2009; Stewart, 1981], aber auch bösartige Tumoren im Bereich der Zunge abgegrenzt werden.

Die Dermoidzyste ist als epitheliale Zyste prinzipiell gutartig, kann jedoch entarten und darf daher nicht als harmlos angesehen werden [Devine et al., 2000]. Die Therapie stellt die chirurgische Entfernung dar, auch wenn zum Zeitpunkt der Diagnose keine Beschwerden vorliegen. Die komplette Untersuchung der Mundhöhle durch die Inspektion und Palpation ist die Grundlage der Diagnosefindung dieser seltenen Erkrankung.

Dr. Thomas Mücke
Priv. Doz. Dr. Dr. Frank Hölzle
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München
Ismaninger Str. 22
81675 München
e-mail: th.mucke@gmx.de

Prof. Dr. Andrea Tannapfel
Institut für Pathologie
Ruhr-Universität Bochum
Bergmannsheil Bochum
Bürkle de la Camp-Platz 1
44789 Bochum

Differentialdiagnose der chronischen Sinusitis maxillaris

Kieferhöhlenkarzinom auf Basis eines invertierten Papilloms

Cristian T. Räder, Martin Kunkel

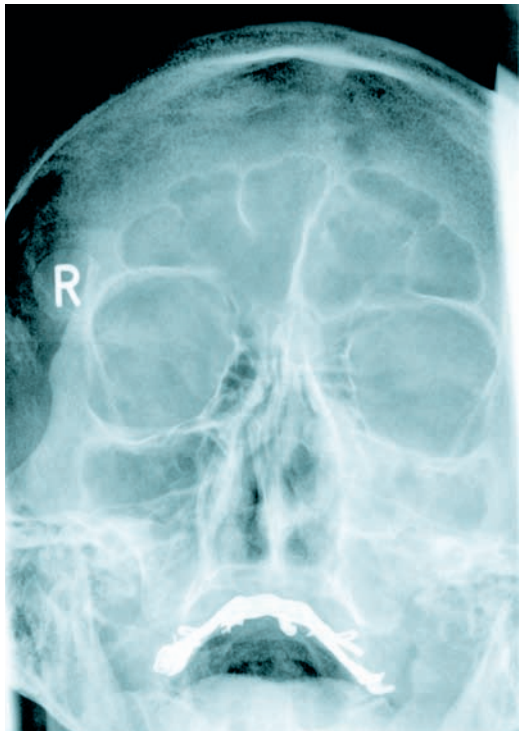


Abbildung 1: Nasennebenhöhlenaufnahme mit deutlicher Verschattung der linken Kieferhöhle

Ein 82-jähriger Patient stellte sich mit einem erstmals vor rund acht Wochen bemerkten, seit drei Wochen zunehmenden Taubheitsgefühl im Bereich der linken Wange und Oberlippe zunächst in einer Klinik für Innere Medizin vor, nachdem sein Allgemeinzustand unter Appetitlosigkeit und Schwächegefühl deutlich eingeschränkt war. Unter Annahme einer cerebralen Ischämie erfolgte dort die stationäre Aufnahme zur weiterfüh-

renden Diagnostik. Eine NNH-Aufnahme zeigte das Bild einer linksseitigen Sinusitis maxillaris mit kompletter Verschattung (Abbildung 1). Die anderen Nasennebenhöhlen stellten sich frei dar. Die nachfolgende MRT-Untersuchung erbrachte keinen Nachweis eines frischen cerebralen Insultes. Es zeigte sich jedoch eine ausgedehnte, destruierend wachsende Raumforderung der linken Kieferhöhle, die bereits die Orbita infiltriert hatte und auch kontinuierlich in die Nasenhaupthöhle vorwuchs (Abbildung 2).

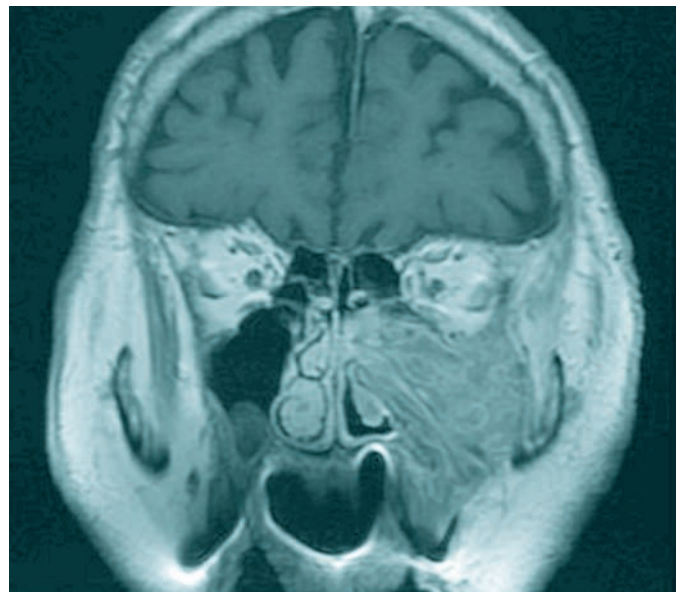
Unter dem Verdacht einer Neoplasie der Kieferhöhle wurde der Patient anschließend zur weiteren Therapieplanung unserer Klinik zugewiesen. Die gebietsbezogene radiologische Basisdiagnostik ergab keine dentogenen infektiösen Ursachen. Allerdings war auch auf dem Ortho-pantomogramm eine



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

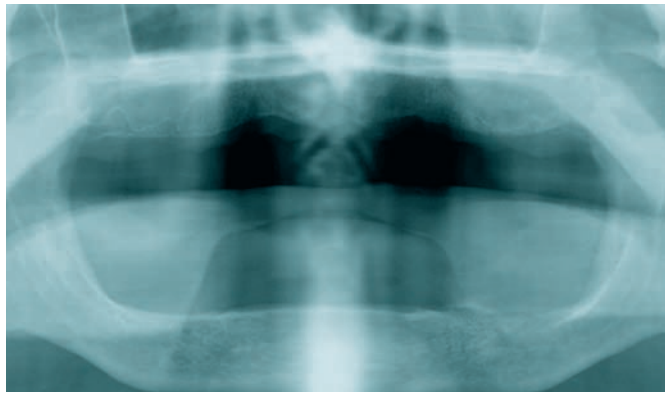
einseitige Verschattung im Bereich der linksseitigen Kieferhöhle erkennbar (Abbildung 3), die typischerweise ohne andere Informationen als Sinusitis gedeutet worden wäre. Die erweiterte radiologische Diagnostik mittels Computertomographie zeigte dann das gesamte Ausmaß des Tumorgeschehens in der linken Kieferhöhle mit Arrosionen der Kieferhöhlenwände linksseitig und Einbruch in die Orbita, den Siebbeinkomplex und den Retromaxillärraum (Abbildungen 4a+b). Regional zeigten sich in der Sonographie mehrere vergrößerte zervikale Lymphknoten. Zur

Abbildung 2: Magnetresonanztomographie, coronare Schnittebene: ausgedehnte invasiv wachsende Raumforderung der linken Kieferhöhle, die bereits die Orbita infiltriert und auch kontinuierlich in die Nasenhaupthöhle vorwächst



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

Diagnosesicherung wurde eine Biopsie im Bereich der vestibulären Kieferhöhlenwand vorgenommen. Abbildung 5 zeigt den Durchbruch der Tumormassen durch die Kieferhöhlenwand. Korrespondierend zum klinischen Aspekt eines papillomatösen Gewebes (Abbildung 6) wurde der Befund in der Schnellschnitt-Diagnostik zunächst als invertiertes Papillom gewertet. Die weitere Aufarbeitung des Gewebes ergab dann aber das Bild eines gut differenzierten, verhornenden Plattenepithelkarzinoms (Abbildung 7). Der Patient konnte sich unter voller Information über die Belastungen einer kurativ intendierten, multimodalen Therapie mit radialchirurgischer operativer Sanierung und nachfolgender Radio-Chemotherapie letztlich nicht zu einem radikal-chirurgischen Vorgehen entschließen, sondern entschied sich gemeinsam mit seinen Angehörigen zu einem palliativen Vorgehen.



*Abbildung 3:
Das Orthopantomogramm zeigt im Seitenvergleich beider Kieferhöhlen eine Verschattung der linken Kieferhöhle. Ein dento-gener Fokus ist nicht erkennbar.*

Diskussion

Das invertierte Papillom ist ein benigner Tumor und zählt mit einem Anteil von 0,5 bis 4 Prozent und einer jährlichen Inzidenz von 0,75 bis 1,5/100 000 zu den eher seltenen Tumoren des Nasen- und Nasennebenhöhlensystems. Am häufigsten tritt dieser

Tumor bei Männern in der fünften und sechsten Lebensdekade auf, in der Regel (91 bis 99 Prozent der Fälle) unilateral. Seinen Ursprung hat das invertierte Papillom meistens an der lateralen Wand der Nasenhaupthöhle, kann aber auch dem Nasenseptum oder den Nasennebenhöhlen, und dort vorzugsweise dem Sinus maxillaris, ent-

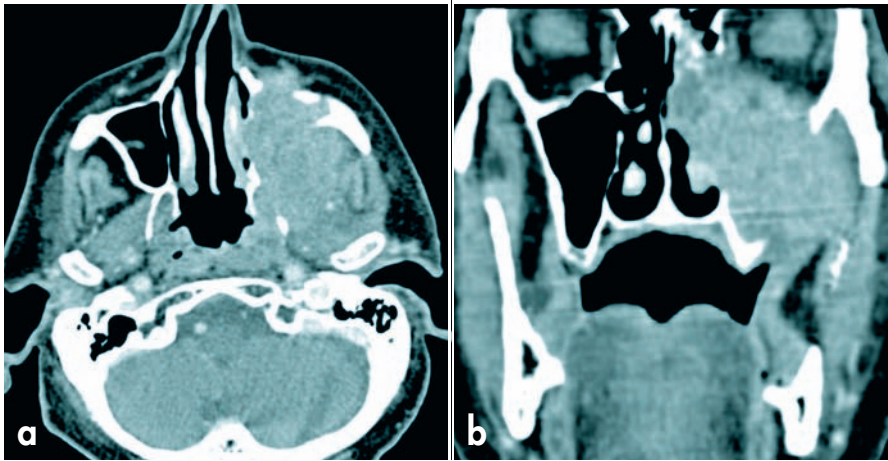


Abbildung 4a+b: Computertomographie: Sowohl auf der axialen Schnittebene (a) als auch in der coronaren Darstellung (b) ist das Wachstumsverhalten des Tumors mit weitgehender Destruktion der Kieferhöhlenwände und Ausbreitung zur Orbita und nach retromaxillär deutlich erkennbar.

springen [Salmone et al., 2008]. Obwohl es sich bei dem invertierten Papillom um einen benignen Tumor handelt, wird das klinische Verhalten doch durch ein lokal aggressives, destruierendes Wachstum mit großem Invasionspotential [Oikawa et al., 2003], häufigen Rezidiven [Vrabec, 1994] und vor allem durch eine relevante Tendenz zur malignen Entartung (7,1 und 3,6 Prozent) [Buchwald & Bradley, 2007] geprägt.

Die Entwicklung des invertierten Papilloms und auch die Transformation zum invasiven Karzinom bleibt typischerweise lange symptomlos und ist auch bei manifesten Karzinomen oft nur mit unspezifischen Beschwerden (Druckschmerz) verbunden, die patienten-

und behandlerseitig zumeist als rezidivierende Rhinosinusitiden interpretiert werden. Die Besonderheit des „einseitigen Schnupfens“ wird als Alarmsymptom in der Regel nicht bewusst wahrgenommen. Die für ein Kieferhöhlenkarzinom charakteristischen Symptome wie spontane, einseitige Blutungen, foetide Sekretion, Sensibilitätsstörungen des

zinoms, liegt in der diagnostischen Abgrenzung von entzündlichen Sinusitiden. Diese Abgrenzung betrifft speziell die Zahnheilkunde, da im Gegensatz zur „beidseitigen“, zumeist durch Funktionsstörungen der osteomeatalen Einheit verursachten Erkrankung, die „einseitige“ Sinusitis maxillaris recht häufig dentogenen Ursprungs ist. Patienten mit beidseitigen Sinusitiden werden daher ganz überwiegend primär dem hals-nasen-ohrenärztlichen Fachgebiet zugeleitet, während Patienten mit einseitigen Sinusitiden sehr häufig zunächst in der zahnärztlichen oder MKG-chirurgischen Praxis vorgestellt werden. Gerade bei der „einseitigen“ Sinusitis maxillaris stellt sich aber regelmäßig die Frage der Abgrenzung zum Kieferhöhlenkarzinom (oder invertierten Papillom), vor allem, wenn sich keine eindeutigen Ursachen für eine dentogen entzündliche Pathogenese finden. Auch im aktuellen Fall finden sich im OPG nur sehr diskrete röntgenmorphologische Zeichen des destruierenden Tumors (unscharfe KH-Wandungen im Seitenvergleich), die fehlenden dento-

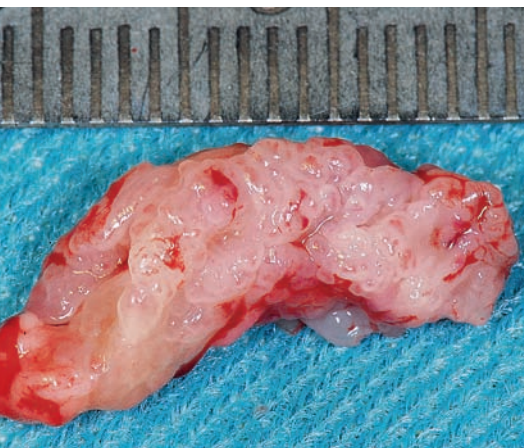


Abbildung 6: Das Resektat zeigt eine papillomatöse Oberfläche. Insofern war die Schnellschnitt-Wertung des Gewebes als invertiertes Papillom vom klinischen Aspekt gut nachvollziehbar.

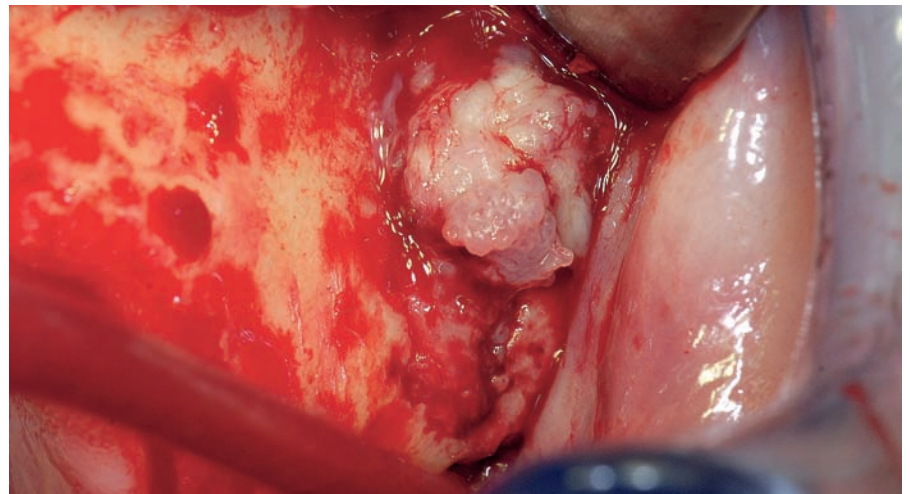


Abbildung 5: Intraoperativer Situs: Der Tumor durchbricht erkennbar die Kieferhöhlenwand und ist als blumenkohlartige Auftreibung erkennbar.

N. infraorbitalis oder Bulbusmotilitätsstörungen sind Zeichen der weit fortgeschrittenen Erkrankung, die dann häufig bereits an der Grenze der kurativen Behandlungsoptionen steht [Salmon et al., 2008]. Die zentrale Problematik des invertierten Papilloms, aber auch des Kieferhöhlenkar-

genen Ursachen (zahnloser Patient) einer einseitigen Sinusitis geben aber in jedem Fall Anlass zu weiteren Überlegungen und erweiterter Diagnostik.

Therapeutisch steht beim invertierten Papillom die chirurgische Entfernung im Vordergrund, wobei die hohe Rezidiv-

tendenz ein radikales chirurgisches Vorgehen rechtfertigt. Die Behandlung des fortgeschrittenen Kieferhöhlenkarzinoms erfordert praktisch immer multimodale Therapiekonzepte.

Mit der Erweiterung der Röntgendiagnostik durch die digitale Volumentomographie rückt die Kieferhöhle mit ihren pathologischen Befunden in das unmittelbare Blickfeld der zahnärztlichen Diagnostik. Damit überträgt sich dann aber auch die Verantwortung für das Erkennen relevanter pathologischer Befunde der Kieferhöhle auf das Fachgebiet der Zahnheilkunde.

*Dr. Cristian T. Räder
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer- und
plastische Gesichtschirurgie
Ruhr-Universität Bochum
Knappschaftskrankenhaus
Bochum-Langendreer
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
cristian.raeder@rub.de
martin.kunkel@rub.de*

Fazit für die Praxis

- Obwohl das invertierte Papillom eine benigne Erkrankung darstellt, zeichnet es sich durch ein lokal aggressives, destruierendes Wachstum aus und hat daher eine hohe Rezidivrate.
- Es besteht außerdem eine Tendenz zur malignen Transformation.
- Die klinische Symptomatik und nativradiologische Darstellung eines invertierten Papilloms und auch des Karzinoms der Kieferhöhle kann über eine lange Zeit von der Sinusitis maxillaris nicht sicher abgegrenzt werden.
- Die „charakteristischen“ Symptome wie Blutung, foetide Sekretion, Sensibilitätsstörungen des N. infraorbitalis oder Bulbusmotilitätsstörungen sind Zeichen der weit fortgeschrittenen Erkrankung.
- Bei einer einseitigen Erkrankung der Kieferhöhle ohne adäquate dentogene Ursache oder „einseitigem Schnupfen“ sollten grundsätzlich erweiterte diagnostische Maßnahmen, beispielsweise eine DVT-/CT-Darstellung oder eine endoskopische Untersuchung eingeleitet werden.

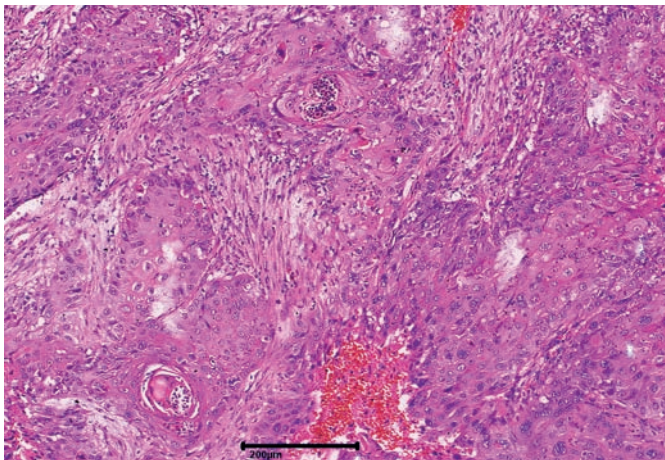


Abbildung 7: Histologisches Präparat: Es zeigen sich Anteile eines verhornenden Plattenepithelkarzinoms mit deutlich infiltrativem Wachstum. Die angrenzenden Epithelbezirke weisen deutliche Schichtungsstörungen und atypische Zellen im Sinne einer hochgradigen intraepithelialen Neoplasie auf. Die abschließende histopathologische Diagnose ergab ein Plattenepithelkarzinom auf der Basis eines invertierten Papilloms. Die Abbildung wurde von Prof. Dr. Andrea Tannapfel, Direktorin des Instituts für Pathologie der Ruhr-Universität Bochum, zur Verfügung gestellt.

Kardiovaskuläre Mortalität

Sterblichkeit bei Herzinfarkt und Schlaganfall rückläufig

Sowohl bei Herzinfarkten als auch bei Schlaganfällen ist ein spürbarer Rückgang der Sterblichkeit zu verzeichnen. Zwei Gründe machen die Mediziner hierfür verantwortlich: die Fortschritte der modernen Medizin und ein deutlich gesundheitsbewussteres Verhalten der Bevölkerung.



Foto: AOK-Mediendienst

Bei einem Herzinfarkt kann es nicht schnell genug ...

Zwar stehen Herz-Kreislaufkrankungen nach wie vor an der Spitze der Todesursachenstatistik, die kardiovaskuläre Mortalität geht bezogen auf die Gesamtbevölkerung aber kontinuierlich zurück, eine Entwicklung, die seit Jahren schon in den USA zu beobachten ist. Dort sterben nach wie vor rund ein Drittel der Menschen durch eine Herz- oder Gefäßerkrankung, peu á peu aber nimmt die kardiale Mortalität ab.

Dies gilt jedoch nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen. So ist bei Frauen im Alter von 35 bis 44 Jahren sogar ein Anstieg der Sterblichkeit durch kardiovaskuläre Ereignisse zu verzeichnen, berichtete Professor Dr. Carsten Tschöpe, Berlin, bei einem Praxis-Update in Düsseldorf. Die Rate kardial bedingter Todesfälle stieg nach seinen An-

... in die Klinik gehen zur umfangreichen Diagnostik.



Foto: MEV

gaben bei jungen Frauen in den USA zwischen 1997 und 2002 jährlich um statistisch signifikante 1,3 Prozent.

Der bevölkerungsweite Rückgang der kardiovaskulären Mortalität beruht den amerikanischen Erhebungen zufolge zu etwa der Hälfte auf dem vermehrten Einsatz strukturierter evidenzbasierter Therapieformen und zu rund 44 Prozent auf Änderungen des Risikofaktor-Profiles in der Bevölkerung.

Übergewicht – ein zunehmendes Problem

Vor diesem Hintergrund ist es aber fraglich, ob sich diese günstige Entwicklung in Zukunft fortsetzen kann. Denn vor allem die beeinflussbaren Risikofaktoren und insbesondere die Rate an Übergewicht und Adipositas haben in den USA massiv zugenommen, wobei zunehmend bereits Kinder und Jugendliche betroffen sind. So ist laut Tschöpe die Zahl übergewichtiger und adipöser Kinder zwischen dem sechsten und elften Lebensjahr in den USA von vier Prozent in den 70er Jahren auf 17 Prozent in den Erhebungsjahren 2003 bis 2006 gestiegen. „Inzwischen gelten in den USA über zwölf Prozent der Vorschulkinder als übergewichtig“, so der Berliner Kardiologe. Die für die USA erhobenen Daten sind in der Tendenz auch in Deutschland nachzuziehen, betonte er in Düsseldorf. So ist auch

Foto: AOK-Mediendienst



Wenn schnell reagiert wird, dann ...

hierzulande ein Rückgang der Mortalität aufgrund von Herzinfarkt und Schlaganfall zu verzeichnen, was wesentlich auf die erfolgreichen Bemühungen um die Prävention zurückgeführt wird. „Allerdings steigen vor allem bei jüngeren Menschen die Risikofaktoren derzeit wieder an, so dass wir davon ausgehen müssen, dass ohne weitere Prävention auch die KHK-Mortalität wieder zunehmen wird“, mutmaßte er. Studien belegen nach seiner Darlegung, dass auch in Deutschland 15 Prozent der Jugendlichen übergewichtig sind und dass das Ausmaß des Bewegungsmangels demjenigen bei amerikanischen Kids vergleichbar ist.

Depressionen als kardialer Risikofaktor unterschätzt

In ihrer prognostischen Bedeutung bei der KHK noch unterschätzt werden psychologischer Stress sowie depressive Verstimmungen. So hat beispielsweise die „Heart and Soul“-Studie ergeben, dass sich bei Patienten mit stabiler KHK eine Verschlechterung der Prognose ergibt, wenn diese unter Depressionen leiden. Die Rate kardiovaskulärer



Foto: DAK-Wigger

... können spätere kardiovaskuläre Komplikationen verhindert werden.

Komplikationen war laut Tschöpe bei depressiven KHK-Patienten um rund zehn Prozent höher als bei KHK-Patienten ohne depressive Verstimmung.

Die Befunde sollten praktische Konsequenzen haben: „Ein Screening für depressive Symptome sollte ein elementarer zusätzlicher Baustein bei der Betreuung von KHK-Patienten sein“, so der Mediziner. Bejaht der

Patient Fragen im Hinblick auf eine depressive Gemütsverfassung, so sollten eine umfassende Diagnostik und eine adäquate Therapie eingeleitet werden.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Foto: MEV



Warum Knoblauch so gesund ist

Ein Segen für Herz und Magen

Eine erfreuliche Nachricht: Seit 2005 ist die Zahl der Herzinfarkte in Deutschland um mehr als fünf Prozent zurückgegangen. Dennoch sind Krankheiten von Herz und Kreislauf die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern geblieben. Die wichtigsten Gründe sind hoher Blutdruck und gestörter Fettstoffwechsel. Und genau diesen beiden Risiken gegenüber erweist sich eine uralte Heil- und Gewürzpflanze als wirksamer Schutzfaktor. Der günstige Einfluss von Knoblauch-Extrakten auf Herz und Gefäße konnte jetzt in mehreren aktuellen Studien eindrucksvoll bestätigt werden.



Eine natürliche Wunderwaffe: Knoblauch dient seit jeher als Heilmittel für zahlreiche körperliche Leiden – besonders gut erforscht ist die Wirkung gegen Bluthochdruck.

Foto: Christian Jung/Fotolia

Es gibt kaum ein Volk, bei dem die Knoblauchpflanze keinen heilkräftigen Ruf hätte – und kaum eine Krankheit, gegen die sie nicht wirken soll: Die Ägypter setzten den Knoblauch gegen Herzbeschwerden und Würmer ein, bei den olympischen Athleten des antiken Griechenlands galt er als stimulierendes Dopingmittel. Die alten Germanen verehrten „klobalouh“ (althochdeutsch) als magische Zauberpflanze und im Mittelalter aß man die hoch aromatische Zwiebel gegen Pest und Cholera.

Die Körperteile, an denen der Knoblauch (*Allium sativum*) seine ihm von der Volksmedizin zugeschriebene Wirkung entfaltet, reichen von den Zähnen bis zur Blase und vom Herz bis zur Sohle. In Russland wird Knoblauch zur Bekämpfung der Parodontose ins Zahnfleisch massiert, spanische Mediziner empfehlen Knoblauchextrakte zur Behandlung von Harnwegsinfektionen bei Kindern und gegen Ruhr. Frauengruppen in

der Schweiz, den USA und Deutschland nutzen die Bakterien tötende und desinfizierende Wirkung des Knoblauchs bei der Behandlung von Ausfluss (eine geschälte Zehe wird in Mull gewickelt und in die Vagina gelegt), in alternativen Kreisen gilt Knoblauch-Ölmazerat als gutes Mittel gegen Fußpilz.

Nachweislich wirkungsvoll

Allheilmittel, die gegen so viele unterschiedliche Krankheiten helfen sollen, werden von der wissenschaftlichen Medizin meist mit Skepsis betrachtet. Im Falle des Knoblauchs schlägt aber die Geringschätzung in den letzten Jahren mehr und mehr in verdutztes Staunen um. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass viele der behaupteten Wirkungen tatsächlich nachweisbar sind und auf bestimmte Bestandteile des Knoblauchs zurückgehen. So schreibt Professor Dr. Edzard

Ernst, Lehrstuhlinhaber für Komplementärmedizin an der Universität Exeter in England in seinem Nachschlagewerk „Praxis Naturheilverfahren“: „Die wissenschaftliche Untersuchung von Knoblauch begann erst vor kurzem, aber heute ist er eines der am besten untersuchten (und meistverkauften) pflanzlichen Heilmittel“.

Seit 60 Jahren ist die antibiotische Wirksamkeit des Knoblauchs bewiesen: Damals gelang es, aus dem Knoblauch das so genannte „Allicin“ zu isolieren, eine Substanz, die gegenüber Typhusbakterien etwa fünfmal stärker wirkt als Penicillin. Mittlerweile steht fest, dass Knoblauch auch Viren und Pilze bekämpft, den Blutzuckerspiegel senkt und eine antithrombotische (Blutgerinnsel verhindernde) Wirkung entfaltet. Sein regelmäßiger Verzehr hat vermutlich auch eine schützende Wirkung gegen Darmkrebs.

Am intensivsten untersucht ist die Fähigkeit von Knoblauch, den Blutdruck zu senken. Diese Wirkung von Knoblauch zeigen zwei voneinander unabhängig durchgeführte Meta-Analysen. Eine australische Forschergruppe um Dr. Karin Ried analysierte die Ergebnisse von elf placebokontrollierten Studien. Das Ergebnis: Bei Patienten mit erhöhtem Blutdruck bewirken die untersuchten Knoblauchpulver-Zubereitungen eine Senkung des systolischen Blutdrucks um 8,4 mmHg gegenüber Placebos. Der diastolische Blutdruck wurde um 7,3 mmHg gesenkt. Je höher der Blutdruck zum Studienbeginn lag, umso stärker fiel der senkende Effekt des Knoblauch-Extrakts aus [BMC Cardiovasc. Disord. 2008 Jun 16;8:13].

Die zweite Meta-Analyse von Dr. Kurt M. Reinhart et al. aus Hartford (Connecticut) ergab bei Patienten mit Blutdruckwerten über 140 mmHg sogar noch deutlichere Effekte: Hier lagen die Werte systolisch um 16,3 mmHg und diastolisch um 9,3 mmHg niedriger als bei Placebogabe [Ann. Pharmacother. 2008 Dec;42(12):1766–71].

Wissenschaftlich belegt

Den Einfluss von Knoblauch-Extrakt auf die Blutfette nahm die Arbeitsgruppe von Dr. Igor Sobenin vom Nationalen Kardiologischen Forschungszentrum Moskau unter

die Lupe. Sie registrierte bei ihren 42 männlichen Patienten (Alter 35 bis 70 Jahre) nach der zwölfwöchigen Einnahme eines Knoblauch-Präparates eine Senkung des Gesamtcholesterins um 7,6 Prozent und des „bösen“ LDL-Cholesterins um 11,8 Prozent. Die Werte des „guten“ HDL-Cholesterin stiegen dank Knoblauch-Medikation um 11,8 Prozent an [Journal of Atherosclerosis and Thrombosis, 2008;15(6):334–338].

Zur Prophylaxe von Herz- und Kreislaufproblemen eignen sich Knoblauchpräparate aus der Apotheke offenbar auch bei Gesunden. Regelmäßig eingenommen, hält Allium sativum die Gefäße länger geschmeidig und wirkt so altersbedingten Veränderungen entgegen.

Das Forschungsteam von Professor Dr. Gustav G. Belz am Zentrum für Kardiovaskuläre Pharmakologie in Mainz hat kürzlich die Auswertung einer randomisierten, kontrollierten, doppelblinden und prospektiven Studie über die Einnahme von 900 mg Knoblauchtrockenpulver pro Tag über drei Jahre hinweg abgeschlossen. Zur Beurteilung der Elastizität von Arterien und ihre

unbehandelte Studienteilnehmer gleichen Alters. Risikobelastete Personen mit bestehendem Bluthochdruck, wenig sportlicher Betätigung oder hoher Stressbelastung am Arbeitsplatz profitieren besonders deutlich von der Knoblauchmedikation. Besonders deutlich entfaltet Knoblauch seine der Arteriosklerose vorbeugende Wirkung bei den 60- bis 80-Jährigen. Empfohlen wird eine Zubereitung, deren tägliche Dosierung etwa vier frischen Knoblauchzehen entspricht.

Intensiver Geruch

Während die Küche von Spanien oder Italien, Böhmen oder Ungarn, Griechenland oder der Türkei ohne Knoblauch kaum vorstellbar ist, ist sein typischer Geruch der wichtigste Grund, weshalb die aromatische Pflanze in Deutschland von vielen Menschen gemieden wird. Es ist nämlich nicht allein der Atem, der den Genuss knoblauchhaltiger Speisen verrät: Knoblauchduft wird nicht nur durch die Lunge, sondern vor allem durch die Haut „ausgeatmet“.

Es kursieren viele Empfehlungen, wie man den typischen Knoblauchgeruch, wenn auch nicht verhindern, so zumindest ein wenig mildern könnte. Manche empfehlen nach dem Essen einen starken Kaffee oder ein Glas Milch. Andere befürworten das Kauen von frischer Petersilie. Nach Ansicht vieler Franzosen dämpfen größere Mengen Rotwein den intensiven Geruch. Spanier schwören dagegen auf das Kauen von Gewürznelken oder ein paar Kaffeebohnen. Ein Löffel Honig soll ebenfalls helfen. Die beste Empfehlung lautet jedoch: Genießen Sie Knoblauchgerichte zu zweit oder in einer fröhlichen gemeinsamen Runde! Wenn jeder vom Tzatziki oder vom gespickten Lamnbraten gegessen hat, nimmt man bei den Anderen die Knoblauchfahne nicht mehr wahr.

*Lajos Schoene
Medizinjournalist
Gerstäckerstr.9
81827 München*

zm-Info

450 v. Chr

...bereiste der griechische Historiker Herodot Ägypten und berichtete darüber, dass die mit dem Bau der Pyramiden beschäftigten Arbeiter große Mengen an Rettichen, Zwiebeln und Knoblauch verzehrt hätten. Innerhalb von 20 Baujahren sei allein dafür ein Betrag von 1 600 Silbertalenten (umgerechnet etwa 10 Millionen Euro) für die etwa 360 000 Bauarbeiter aufgewendet worden. Die großen Knoblauchmengen waren vor allem dazu nötig, um die Bauarbeiter vor fieberhaften Krankheiten zu schützen. thy

Durchblutung wurde bei 325 gesunden Frauen und Männern (Alter: 50 bis 70 Jahre) die so genannte Pulswellengeschwindigkeit gemessen. Das Ergebnis: Gesunde Erwachsene, die drei Jahre lang ein Knoblauchpräparat eingenommen haben, besitzen eine deutlich elastischere Hauptschlagader als

Jahrestagung AKOPOM

Osteomyelitis des Gesichtsschädels und ihre Sonderformen

Die 30. Jahrestagung des Interdisziplinären Arbeitskreises Oralpathologie und Oralmedizin (AKOPOM) vom 21. bis 23. Mai dieses Jahres in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden stand unter dem Leitthema „Osteomyelitis des Gesichtsschädels und ihre Sonderformen“ und widmete sich speziell der Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose.

Die beiden Hauptvorträge, gehalten von Priv.-Doz. Dr. Torsten Hansen, Pathologie Mainz, und Sebastian Höfert, MKG-Chirurgie Recklinghausen, erfuhren eine große Resonanz durch die Besucher. Hansen wies in seinem Vortrag darauf hin, dass inzwischen mehr als drei Millionen Patienten weltweit mit Bisphosphonaten, vor allem mit den potenten nitrogenhaltigen Pyrophosphat-Analoga und meist wegen einer malignen Grunderkrankung, seltener wegen einer Osteoporose, behandelt worden sind. Histologisch liegt bei der Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose eine diffuse Osteonekrose mit florider Osteomyelitis und verstärkter osteoklastärer Knochen- /Kollagen 1-Resorption vor. Weiterhin ist eine Besiedlung mit Aktinomyzes israeli charakteristisch. Dagegen finden sich bei einer infizierten Osteoradionekrose typischerweise eine zellarme Gefäßhyalinose und flächige Nekrosen. Neben den morphologischen Veränderungen stellte Hansen auch die verschiedenen derzeit diskutierten Pathoge-

nese-Konzepte zur Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose vor.

Sebastian Höfert beschrieb in seinem Referat die klinischen Aspekte der Erkrankung. Nach den Therapieempfehlungen der American Society of Oral and Maxillofacial Surgery steht in frühen Stadien die konservative Therapie im Vordergrund (Mundhygiene, Antibiose), bei fortgeschrittener Erkrankung ist neben einer oberflächlichen Wundkürtage meist eine chirurgische Intervention erforderlich. Essentiell ist in der Nachsorge der Patienten die Einbeziehung des Onkologen, der die Bisphosphonat-Therapie durchgeführt hat beziehungsweise durchführt, um das weitere Prozedere hinsichtlich der Tumorthherapie abzustimmen.

Die beiden Hauptvorträge wurden durch eine kleine Fallserie, die Dr. Sven Otto, LMU München, vorstellte, ergänzt. Er befasste sich mit dem seit 1896 bekannten Vincent-Zeichen, einer Beeinträchtigung der Funktion des Nervus alveolaris inferior im Rahmen von entzündlichen Prozessen des Unterkiefers. Otto berichtete von sieben Patienten,



VORPROGRAMM

59. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie

30. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin

43. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie

**21. bis 23. Mai 2009
Wiesbaden**

Tagungsleitung:
Univ.-Prof. Dr. Dr. T.E. Reichert
Univ.-Prof. Dr. Dr. M. Kunkel
Priv.-Doz. Dr. D. Schulze



die als Initialsymptom der Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose über ein Taubheitsgefühl der Unterlippe klagten.

Die weiteren Vorträge des wissenschaftlichen Programms des AKOPOM beschäftigten sich mit Pathogenese, Früherkennung und Prognose des oralen Plattenepithelkarzinoms.

Aus der Reihe hochwertiger Beiträge ist unter anderen der Vortrag von Katrin Hertrampf aus der Kieler MKG-Chirurgie hervorzuheben, der die aktuellen (Zwischen-)Ergebnisse einer Studie zum Kenntnisstand der niedergelassenen Zahnärzte über die Früherkennung des oralen Plattenepithelkarzinoms und die Diagnostik seiner Vorläuferläsionen zum Thema hatte. Im Vergleich mit Studien, die in anderen, vornehmlich angelsächsischen Ländern durchgeführt worden sind, lässt sich konstatieren:

zm-Info

Klinisch-oralpathologischer Förderpreis

Anlässlich der 30. Jahrestagung des AKOPOM wurde erneut ein Vortrag ausgezeichnet, der Ergebnisse einer gemeinsamen Studie aus den Disziplinen Pathologie und Klinik präsentierte. Den von der DGZMK gestifteten und mit 1 500 Euro dotierten Preis erhielt die Erlanger/Lüneburger Arbeitsgruppe Schwarz, Brunner, Fischer und Driemel für ihren Vortrag „Die Bedeutung von Wachstumsfaktorrezeptor-Tyrosinkinasen bei oralen Plattenepithelkarzi-

nomen im Vergleich mit anderen Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Hals-Bereichs“. Diese Studie lieferte deutliche Anhaltspunkte dafür, dass orale Plattenepithelkarzinome, obwohl sie sich morphologisch nicht von anderen Plattenepithelkarzinomen unterscheiden, vermutlich eine andere Biologie aufweisen als andere Tumoren des Aerodigestivtraktes und daher eine eigene Entität darstellen. ■

Die deutschen Zahnärzte sind in ihrem Wissen über Früherkennung, Symptomatik und Prognose des oralen Plattenepithelkarzinoms ihren Kollegen in anderen Ländern ebenbürtig, in einigen Bereichen sogar überlegen.

Fluoreszenzdiagnostik

Über die Anwendung der Fluoreszenzdiagnostik (Vision Enhanced Lesion: VEL-Scope) in der Untersuchung von Mundschleimhautläsionen berichtete Dr. Dr. Martin Scheer von der Kölner Universitätsklinik für MKG-Chirurgie. Die Methode war zur Bewertung von Hyperkeratosen, oralen Plattenepithelkarzinomen und entzündlichen Veränderungen eingesetzt worden. Auch wenn die Sensitivität mit 100 Prozent außerordentlich hoch ist, muss auf die unzureichende Spezifität (80 Prozent) für neoplastische Läsionen hingewiesen werden. Fazit: VEL-Scope befindet sich derzeit noch im Stadium der klinisch-praktischen Evaluation und kann bislang nicht zur Differenzierung von Läsionen empfohlen werden.

Wie im vergangenen Jahr wurde ein AKOPOM-Workshop zur oralen Bürstenbiopsie angeboten. Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel, Bochum, Priv.-Doz. Dr. Dr. Oliver Driemel, Lüneburg, und Prof. Dr. Hartwig Kosmehl,

Erfurt, stellten die aktuellen Möglichkeiten der Früherkennung des Mundhöhlenkarzinoms und seiner Vorläuferläsionen vor und diskutierten die Anwendung der verschiedenen Methoden in der zahnärztlichen Praxis. Die Teilnehmer hatten Gelegenheit, selbst Bürstenabstriche zu entnehmen, zu färben und auszuwerten.

Tagung 2010

Die 31. Jahrestagung des AKOPOM wird traditionell als Gemeinschaftstagung mit der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie (AgKi) am 13./14.05.2010 nach mehreren Jahren Wiesbaden wieder im traditionsreichen Bad Homburg stattfinden. Neben dem Hauptthema „Prognostische Parameter bei Karzinomen des oberen Aerodigestivtraktes“ sind Präsentationen zu freien Themen vorgesehen (Abstractformular unter www.akopom.de, Anmeldeschluss: 15.11.2009).

*Dr. Stephan Schwarz
(Kassenführer des AKOPOM)
Pathologisches Institut
Universitätsklinikum Erlangen
Krankenhausstr. 12
91054 Erlangen
stephan.schwarz@uk-erlangen.de*

Mitgliedschaft

Der AKOPOM lädt nicht nur oralpathologisch interessierte ärztliche und zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen zur Mitgliedschaft ein, sondern es sollen all diejenigen angesprochen werden, die sich mit der Diagnostik und Therapie oraler Erkrankungen in ihrer täglichen Praxis befassen. Der Arbeitskreis setzt sich dafür ein, den Stellenwert der oralen Medizin in Forschung und Praxis zu stärken und möchte zum Selbstverständnis des Zahnarztes als Facharzt für orale Medizin beitragen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 25 Euro, bei Einzugsermächtigung 15 Euro. Für Studenten der Medizin und der Zahnmedizin sowie Kollegen im Ruhestand ist die Mitgliedschaft kostenlos. Aufnahmeantrag: www.akopom.de

*Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
(1. Vorsitzender des AKOPOM)
Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie
Ruhr-Universität Bochum
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de*

*Priv.-Doz. Dr. Dr. Oliver Driemel
(Schriftführer des AKOPOM)
Abteilung für Mund-, Kiefer- und plastische
Gesichtschirurgie
Städtisches Klinikum Lüneburg
Bögelstr. 1
21339 Lüneburg
oliver.driemel@klinik.uni-regensburg.de*



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Rheinland-Pfalz	S. 71	LZK Rheinland-Pfalz	S. 71	
	ZÄK Nordrhein	S. 72	ZÄK Nordrhein	S. 72	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74	LZK Berlin/Brandenburg	S. 73	
	Freie	S. 77	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74	
Anästhesie	IAZA	S. 76	ÖGZMK	S. 77	
Arbeitssicherheit	LZK Rheinland-Pfalz	S. 71	Freie	S. 78	
Ästhetik	ZÄK Bremen	S. 71	Kieferorthopädie	ZÄK Nordrhein	S. 72
	KZV Baden-Württemberg	S. 71		LZK Berlin/Brandenburg	S. 73
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74		Freie	S. 77
Chirurgie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74	Osteopathie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 73
EDV	LZK Hessen	S. 74	Parodontologie	ZÄK Niedersachsen	S. 71
Endodontie	ZÄK Niedersachsen	S. 71		ZÄK Nordrhein	S. 72
	KZV Baden-Württemberg	S. 72	Praxismanagement	LZK Rheinland-Pfalz	S. 71
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 73		KZV Baden-Württemberg	S. 72
	Freie	S. 77		ZÄK Nordrhein	S. 72
Funktion	ZÄK Nordrhein	S. 72		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 73		Freie	S. 77
	LZK Hessen	S. 74	Prophylaxe	LZK Berlin/Brandenburg	S. 73
	Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Nordrhein	S. 72		Freie
Hygiene	ZÄK Nordrhein	S. 72	Prothetik	ZÄK Niedersachsen	S. 71
Hypnose	LZK Berlin/Brandenburg	S. 73		ZÄK Nordrhein	S. 72
Implantologie	ZÄK Niedersachsen	S. 71		Freie	S. 78
			Qualitätsmanagement	LZK Rheinland-Pfalz	S. 71
				ZÄK Nordrhein	S. 72
			Qualitätssicherung	ZÄK Bremen	S. 71
			Recht	ZÄK Nordrhein	S. 72
			Restaurative ZHK	ZÄK Nordrhein	S. 72
				LZK Hessen	S. 74
				Freie	S. 78
			Röntgen	Freie	S. 77
			Zahnerhaltung	ZÄK Bremen	S. 71

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 71

Kongresse Seite 74

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 76

Freie Anbieter Seite 77

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Mehr als nur drei Streifen. Aktuelles Wissen rund um die Konstanzprüfung
Referent: Gerald König
Termin: 27.11.2009:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 149 EUR
Kurs-Nr.: 990050

Thema: Zahnhartsubstanzverlust, nicht immer kariös. Entstehung, Prävention und Therapie
Referent: Prof. Dr. Brita Willershäusen-Zönnchen
Termin: 04.12.2009:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 3
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 95010

Thema: Aesthetics under your control – White Aesthetics. Intensivkurs Funktion und Vollkeramik
Referent: Dr. Thomas Schwenk / Dr. Marcus Striegel
Termin: 26. – 27.02.2010:
 Fr: 14.00 – 19.00 Uhr
 Sa: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 12
Gebühr: 648 EUR
Kurs-Nr.: 10501

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:
 Zahnärztekammer Bremen
 Frau Ordemann / Herr Hogrefe
 Universitätsallee 25
 28359 Bremen
 Tel.: 0421/33303-77
 Fax: 0421/33303-23
 e-mail: r.ordemann@zaek-hb.de
 oder t.hogrefe@zaek-hb.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Augmentative Verfahren mit autologen Knochentransplantaten – mit Sicherheit zum Implantaterfolg
Referent: Dr. Jochen Tunkel
Termin: Mi, 18.11.2009,
 14.00 – 18.00 Uhr;
Gebühr: 72,- EUR
Kurs Nr.: Z 0977 (4 Punkte)

Thema: Endodontie – Lichtblicke für die Kanalarbeit
Referent: Prof. Dr. Knut Merte
Termin: 27. – 28.11.2009
 Fr, 14.00 – 18.00 Uhr,
 Sa, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 420,- EUR
Kurs Nr.: Z 0979 (13 Punkte)

Thema: Parodontales Debridement – Mechanische antiinfektiöse Therapie zwischen Wissenschaft und Praxis
Referent: PR Dr. Gregor Petersilkal
Termin:
 Mi, 2.12.2009, 14.30 – 19.00 Uhr;
Gebühr: 325,- EUR (Teamgebühr 1 ZA + 1 ZFA)
Kurs Nr.: Z/F 0981 (5 Punkte)

Thema: Prothetikfalle Kiefergelenk – Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Manual / Physiotherapeut
Referent: Dr. Ulf Härtner / Werner Rörig
Termin:
 Fr, 4.12.2009, 14.00 – 18.00 Uhr;
Gebühr: 185,- EUR
Kurs Nr.: Z 0983 (5 Punkte)

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Mein erstes Implantat – Chirurgischer Folgekurs (Hands-on)
Referent: Herr Dr. Köttgen
Termin: 25.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 5 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098135
Kursgebühr: 210 EUR

Thema: Z/QMS in der praktischen Anwendung
Referent: Frau Christmann, Herr Salm
Termin: 02.12.2009:
 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Molktering 17, 65189 Wiesbaden
Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098384
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Z/QMS EDV-Grundlagen
Referent: Herr Dr. Dausch
Termin: 02.12.2009:
 17.00 – 19.00 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Molktering 17, 65189 Wiesbaden
Sonstiges: 3 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098382
Kursgebühr: 80 EUR

Thema: „Hätte ich doch ...“ – Die richtige Antwort im richtigen Moment
Referent: Frau Nemeč
Termin: 02.12.2009:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 6 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098362
Kursgebühr: 210 EUR

Thema: GOZ-Abrechnungseminar „Implantologische Leistungen und Suprakonstruktion“
Referent: Herr Dr. Otte
Termin: 09.12.2009:
 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: LZK
Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098138
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Dreidimensionale Bildgebung in der Implantologie (zahnärztliche Fortbildungsreihe: Oralchirurgisches Kompendium)
Referent: Herr Prof. Dr. N. Behneke, Frau PD Dr. Dr. A. Behneke
Termin: 09.12.2009:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098116
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: BuS-Workshop Arbeitssicherheit
Referent: Frau Christmann, Herr Salm
Termin: 16.12.2009:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 5 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098312
Kursgebühr: 160 EUR

Auskunft und Anmeldung:
 LZK Rheinland-Pfalz
 Frau Albrecht, Frau Faltn
 Langenbeckstraße 2
 55131 Mainz
 Tel.: 06131/9613660
 Fax: 06131/9613689

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Ästhetik unter your control – Diagnose – Planung – Erfolg
Referent: Dr. Thomas Schwenk, Nürnberg
 Dr. Marcus Striegel, Nürnberg
Termin: 27./28.11.2009
Gebühr: 725 EUR
Kurs-Nr.: 09/126

Thema: Mitarbeiter motivieren Mitarbeiter
Referent: Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Sabine Nemeč, Langensfeld
Termin: 4./5.12.2009
Gebühr: 325 EUR
Kurs-Nr.: 09/420

Thema: Die Revision von Wurzelkanalbehandlungen
Referent: PR Dr. Karl-Thomas Wrbas, Freiburg
Termin: 11.12.2009
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 09/127

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



Zahnärztliche Kurse im Karl-Hüpfel-Institut

Kurs-Nr.: 09113 9 Fp
Thema: „Möge der Ultraschall weiter mit Ihnen sein“ – Ultraschallbehandlung in der Parodontologie, ein bewährtes Konzept
 Seminar mit Demonstrationen und praktischen Übungen für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. Michael Maak, Lemförde
Termin: 2.12.2009, 12.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 280 EUR, 190 EUR (ZFA)

Kurs-Nr.: 09087 P 15 Fp
Thema: Augmentation Teil 2 Modul 15–16 des Curriculums Implantologie
Referent: Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich, Bonn; Prof. Dr. Walter Lückner, Bonn; Dr. Dr. Markus Martini, Sankt Augustin

Termin: 4. – 5.12. 2009, Fr: 14.00 – 18.00 Uhr; Sa: 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 09126 P 8 Fp
Thema: Moderne Präparations-techniken Update
Referent: Dr. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf
Termin: 9.12.2009, 14.00 – 20.00 Uhr;
Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.: 09130 6 Fp
Thema: Prothetikfalle Kiefergelenk Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Manual/Physiotherapeut (Beachten Sie auch Kurs 09129)
Referent: Dr. Ulf Gärtner, Köln
 Werner Röhrig, Köln
Termin: 9.12.2009, 14.00 – 19.00 Uhr;
Teilnehmergebühr: 200 EUR

Kurs-Nr.: 09105 8 Fp
Thema: Parodontologie – Ein Update für die Praxis. Mukogingivale Parodontalchirurgie Praktischer Arbeitskurs -Teil 3 (Beachten Sie auch die Kurse 09103 und 09104)
Referent: Dr. Christian Sampers, Düsseldorf
 Dr. Rainer Erhard, Wuppertal
Termin: 11.12.2009, 14.00 – 20.30 Uhr;
Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.: 09119 T 13 Fp
Thema: Wirtschaftlichkeit der Praxis optimieren- persönliche Zufriedenheit steigern. QM für Newcomer – Team Power I (Beachten Sie auch Kurs 09120)
Referent: Dr. Gabriele Brieden, Hilten
Termin: 11.–12.12.2009
 Fr: 14.00 – 18.00 Uhr;
 Sa: 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 290 EUR, 190 EUR (ZFA)

Kurs-Nr.: 09146 5 Fp
Thema: Okklusionsschientherapie – Theoretische Grundlagen, klinisches und labortechnisches Vorgehen
Referent: Prof. Dr. Peter Ottl, Rostock
Termin: 11.12.2009, 14.00 – 18.00 Uhr;
Teilnehmergebühr: 120 EUR

Kurs-Nr.: 09148 8 Fp
Thema: Prävention und Selbsthilfe am Arbeitsplatz. Beschwerdefreiheit für das zahnärztliche Team durch Just-Five
Referent: Manfred Just, Forchheim
Termin: 11. – 12.12.2009, Fr: 14.00 – 18.00 Uhr; Sa: 9.00 – 13.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 300 EUR, 150 EUR (ZFA)

Kurs-Nr.: 09140 8 Fp
Thema: Organisation des Infektschutzes in der Zahnarztpraxis (Beachten Sie auch Kurs 09139)
Referent: Dr. Richard Hilger, Kürten
Termin: 12.12.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR, 75 EUR (ZFA)

Kurs-Nr.: 09147 P 9 Fp
Thema: Die klinische Funktionsanalyse – eine Schnittstelle zur erfolgreichen Behandlung von CMD-Patienten. Demonstrationen und Arbeitskurs
Referent: Prof. Dr. Peter Ottl, Rostock
Termin: 12.12.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 320 EUR

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 09339 4 Fp
Thema: Angestellte/r Zahnarzt/ärztin, Assistent/in oder Praxispartner/in, Seminar für niedergelassene Zahnärzte/innen, die „Verstärkung“ suchen und Seminar für Zahnärzte/innen, die ihre Zukunft planen wollen. (Das Seminar berücksichtigt die aktuellen gesetzlichen Regelungen)
Referent: ZA Lothar Marquardt, Krefeld
Termin: 2.12.2009, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 09338 4 Fp
Thema: Die leistungsgerechte Abrechnung prophylaktischer Leistungen nach Bema und GOZ unter besonderer Berücksichtigung der Abdingung (Die aktuelle Gesetzeslage ist Grundlage des Kurses)
 Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: ZA Lothar Marquardt, Krefeld

Termin: 9.12.2009, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 09337 4 Fp
Thema: Das Beratungsverfahren nach § 18 der nordrheinischen Verfahrensordnung. SIE fragen – WIR antworten. Seminar für neu niedergelassene Zahnärzte
Referent: Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
 Dr. Wolfgang Schnickmann, Neunkirchen-Seelscheid
Termin: 16.12.2009, 14.00 – 18.00 Uhr;
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Duisburg

Kurs-Nr.: 09433 3 Fp
Thema: Socket Preservation versus Sofortimplantation – Wege zum ästhetischen Frontzahnimplantat
Referent: Dr. Arndt Happe, Münster
Ort: Franky's im Wasserbahnhof Alte Schleuse 1 45468 Mülheim
Termin: 2.12.2009, 15.30 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich.

Essen

Kurs-Nr.: 09472 2 Fp
Thema: Gerontoprothetik
Referent: Priv.-Doz. Dr. Anne Wolowski, Münster
Ort: Johanniter in Essen Henrici-Straße 101 45136 Essen
Termin: 2.12.2009, 15.30 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich.

Fortbildung für Zahnmedizinische Fachanstelle

Kurs-Nr.: 09269
Thema: Röntgeneinstelltechnik. Intensivkurs mit praktischen Übungen
Referent: Gisela Elter, ZMF, Verden
Termin: 2.12.2009, 14.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 09290

Thema: Abrechnung implantologischer Leistungen – Assistenz in der zahnärztlichen Implantologie

Referent: Dr. med. habil. Dr. Georg Arentowicz, Köln

Termin:

2.12.2009, 14.00 – 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 80 EUR

Kurs-Nr.: 09256

Thema: Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe

Referent: Andrea Busch, Köln-Weidenpesch

Termin: 4. – 5.12.2009,

Fr: 14.00 – 18.00 Uhr;

Sa: 9.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 200 EUR

Kurs-Nr.: 09285

Thema: Den Spaß entdecken, Patienten von unseren Selbstzahlerleistungen zu überzeugen und zu begeistern. Personal Power II (Beachten Sie auch Kurs 09284.)

Referent: Dr. Gabriele Brieden, Hilden

Termin: 4. – 5.12.2009,

Fr: 14.00 – 18.00 Uhr;

Sa: 9.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 195 EUR

Kurs-Nr.: 09282

Thema: Perfektes Team – Behandlung und Verwaltung

Referent: Katja Knieriem-Lotze, ZMF, Hann. Münden
Susanne Rettberg, ZMV, Göttingen

Termin:

5.12.2009, 9.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 09286

Thema: Praxisrelevante Kommunikations-Strategien.

Nur für ZMF/ZMP

Referent: Dr. phil. Esther Ruegger, Hergiswil (CH)

Termin:

9.12.2009, 13.00 – 17.45 Uhr

Teilnehmergebühr: 120 EUR

Kurs-Nr.: 09276

Thema: Prophylaxe beim Kassenspatienten nach IP1 bis IP4

Referent: ZA Ralf Wagner, Langerwehe
Daniela Zerlik, Roetgen

Termin: 11. – 12.12.2009,

Fr: 15.00 – 19.00 Uhr

Sa: 9.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 220 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der

Zahnärztekammer Nordrhein,
Emanuel-Leutze-Str. 8,
40547 Düsseldorf

Tel.: 0211/526 05–0

Fax: 0211/526 05–48

**LZK Berlin/
Brandenburg****Fortbildungsangebot des
Philipp-Pfaff-Institutes Berlin**

Thema: Craniomandibuläre Orthopädie – Aszendierende und deszendierende Funktionsstörungen im Kiefergelenk und Bewegungsapparat [15]

Referent: Dr. Annette Diehl;
Dr. Uta Laukens; Annette Wiemann – Berlin

Termin:

Fr, 27.11.2009; 14:00 – 19:00 Uhr

Sa, 28.11.2009; 9:00 – 17:00 Uhr

Gebühr: 385 EUR

Kurs-Nr.: 6046.0

Thema: Mini-Implantate in der Kieferorthopädie [14]

Referent: OA Dr. med. dent.
Benedict Wilmes – Düsseldorf

Termin:

Fr, 04.12.2009; 14:00 – 19:00 Uhr

Sa, 05.12.2009; 9:00 – 17:00 Uhr

Gebühr: 445 EUR

Kurs-Nr.: 0921.0

Thema: 14. Berliner Prophylaxetag | Vortragsblock [8]

Referent: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer – Greifswald; Prof. Dr. Hans-Curt Flemming – Duisburg; Prof. Dr. Christof Dörfer – Kiel; Dr. Benjamin Schüz – Berlin; PD Dr. Rainer Seemann – Konstanz

Termin: Sa, 05.12.2009;

09:00 – 16:15 Uhr

Gebühr: 119 EUR

Kurs-Nr.: 3050.0

Thema: Strukturierte Fortbildung: Implantologie [86]

Referent: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz – Berlin

Termin:

Fr, 12.2.2010; 14:00 – 19:00 Uhr

Sa 13.2.2010; 9:00 – 17:00 Uhr

(insgesamt 11 Veranstaltungstage)

Gebühr: 3.125 EUR (Frühbucher-rabatt möglich)

Kurs-Nr.: 2014.6

Thema: Curriculum Endodontie [96]

Referent: Prof. Dr. Michael Hüls-mann – Göttingen

Termin:

Fr, 19.2.2010; 14:00 – 19:00 Uhr

Sa, 20.2.2010; 9:00 – 17:00 Uhr

(insgesamt 12 Veranstaltungstage)

Gebühr: 3325 EUR (Frühbucherra-batt möglich)

Kurs-Nr.: 4036.1

Thema: Strukturierte Fortbildung: Manuelle und Osteopathische Medizin in der ZHK [86]

Referent: Dr. Dirk Polonius – Aschau im Chiemgau

Termin:

Fr, 19.2.2010; 14:00 – 19:00 Uhr

Sa, 20.2.2010; 9:00 – 18:00 Uhr

So, 21.2.2010; 9:00 – 14:00 Uhr

(insgesamt 11 Veranstaltungstage)

Gebühr: 2545 EUR (Frühbucherra-batt möglich)

Kurs-Nr.: 1020.2

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

Referent: Dr. Horst Freigang – Berlin

Termin:

Fr, 26.2.2010; 14:00 – 20:00 Uhr

Sa, 27.2.2010; 9:00 – 18:00 Uhr

(insgesamt 12 Veranstaltungstage)

Gebühr: 2775 EUR (Frühbucherra-batt möglich)

Kurs-Nr.: 6030.2

Auskunft und Anmeldung:

Philipp-Pfaff-Institut Berlin
Aßmannshäuserstraße 4 – 6
14197 Berlin

Tel.: 030/4 14 72 5–0

Fax: 030/4 14 89 67

E-Mail: info@pfaff-berlin.de

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Thema: GOZ-Spezial Training TEAM
Referent: ZMV Christine Baumeister, Haltern
Termin: 12.12.2009:
 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: ZA: 190 EUR, ZFA: 95 EUR
Fortbildungspunkte: 8
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 078

Thema: Management von Zahnunfällen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Prof. Dr. Anderas Filippi, Basel
Termin: 12.12.2009:
 10.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: ZA: 404 EUR
Fortbildungspunkte: 8
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 103

Thema: Arbeitskreis Implantologie
Referent: Dr. Martin Grieb, Lippstadt
Termin: 16.12.2009:
 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA: 99 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: ARB 09 710 002

Thema: Ästhetische Zahnheilkunde. Im Rahmen der Kurzserie Ästhetik
Referent: PD Dr. Jürgen Manhart, Holzkirchen
Termin: 18. – 19.12.2009:
 Fr: 11.00 – 19.00 Uhr
 Sa: 09.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: ZA: 696 EUR
Fortbildungspunkte: 17
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 145

Thema: Z-PMS 2007 Anwenderfortbildung – Vertiefender QM-Workshop Fehler und Reklamationen erkennen und mit System beheben (TEAM)

Referent: Dozententeam der ZÄKWL
Termin: 18.12.2009:
 09.00 – 16.30 Uhr
Gebühr: ZA: 278EUR, ZFA: 199 EUR
Fortbildungspunkte: 8
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 762 111

Auskunft:
 Akademie für Fortbildung der ZÄKWL
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 (Herr Bertram)
 Tel.: 0251/507-600
 Fax: 0251/507-609
 dir.bertram@zahnaerzte-wl.de

LZK Hessen



Thema: Neue Trends der restaurativen Therapie im Milch- und Wechselgebiss
Referent: Prof. Dr. Norbert Krämer / Prof. Dr. Roland Frankenberger
Termin: 25.11.2009:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Frankfurt-Niederrad
Gebühr: 115 EUR inkl. 19 Prozent MwSt.

Thema: EDV-Kompaktkurs für Zahnarztpraxis
Referent: Britta Jöckel-Wagner
Termin: 11.12.2009:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Frankfurt-Niederrad
Gebühr:
 285 EUR inkl. 19 Prozent MwSt. pro Team (1 ZA + 1 ZFA)
 115 EUR inkl. 19 Prozent MwSt. je weiterer ZFA/ZAH aus dem gleichen Team

Thema: Klinische (manuelle) Funktionsdiagnostik. Vorgehen, Diagnosen, Therapieprinzipien. Grundkurs (Teil I) und Aufbaukurs (Teil II)
Referent: Prof. Dr. Ulrich Lotzmann
Termin:
 Teil I: 21.11.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
 Teil II: 28.11.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Frankfurt-Niederrad
Gebühr: 295 EUR inkl. 19 Prozent MwSt. je Kurs
 500 EUR inkl. 19 Prozent MwSt. Paketpreis

Auskunft und Anmeldung:

Landes Zahnärztekammer Hessen/
 Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH
 Frau Tanja Kaiser
 Rhonestraße 4,
 60528 Frankfurt a. Main
 Tel: 069/4272 75184
 Fax: 069/4272 75194
 e-mail: kaiser@fazh.de

Kongresse

■ November

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

Nose, Sinus & Implants
Veranstalter: Oemus Media AG
Termin: 20./21.11.2009
Ort: Berlin, Palace Hotel und Charité

Auskunft: Oemus Media AG
 Tel.: 0341/48474-308
 Fax: 0341/48474-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

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 11
 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

3. Nationaler Präventionskongress Satellitensymposium: Prävention Bisphosphonat-assoziiierter Kiefernekrosen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Termin: 28.11.2009.
 11.00 – 12.30 Uhr
Ort: Deutsches Hygiene-Museum Dresden
Vorsitz: PD Dr. med. habil. Christoph Schindler (Institut für Klinische Pharmakologie, Technische Universität Dresden)

2. Saarbrücker Symposium CMD/Orofaziale Schmerzen

Veranstalter: Saarbrücker Qualitätszirkel CMD/Orofaziale Schmerzen
Termin: 28.11.2009
Ort: Hotel Mercure Süd an der Goldenen Bremm
 Zinzingenstr. 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 okklu-sales 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 Kongressaal Rottach-Egern

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

(Fachliche Leitung: Dr. S. Fath)

Termin: 15./16.01.2010

Ort: Estrel Convention Center, Berlin

Auskunft: Quintessenz Verlag, Kongress-Service
Konturstr. 18, 12099 Berlin
Tel.: 030/76180-624/-628
Fax: 030/76180-693
www.quintessenz.de/bzaet

4. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Linguale Orthodontie

Termin: 15. – 17.01.2010

Ort: Düsseldorf

Auskunft:
www.dglo-jahrestagung.de

■ 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

4. Hamburger Zahnärztetag

Thema: „Aktuelle prothetische Konzepte“

Termin:

22.01.2010: 14.00 – 18.00 Uhr,

23.01.2010: 09.30 – 16.00 Uhr

(für Mitarbeiterinnen:

22.01.2010: 13.00 – 17.45 Uhr)

Ort: Hotel Empire Riverside, Hamburg

Fortbildungspunkte: 12

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:

Zahnärztekammer Hamburg –

Fortbildung

Postfach 740925

22099 Hamburg

(Frau Westphal)

Tel.: 040/733405-38

pia.westphal@zaek-hh.de

(Frau Knüppel)

Tel.: 040/733405-37

susanne.knueppel@zaek-hh.de

Fax: 040/733405-76

www.zahnaerzte-hh.de

3rd Pan-European Dental Congress

Termin: 09. – 11.12.2009

Ort: Kiev (Ukraine)

Auskunft: info@pedc2009.com

www.pedc2009.com

■ Januar**24. Berliner Zahnärztetag,
20. Berliner Zahntechnikertag,
39. Dt. Fortbildungskongress für die ZFA**

Themen: „Zahnärztliche Grundversorgung im Praxisalltag“

(Wiss. Leitung: Prof. Dr. M. Noack,

Prof. Dr. M. Kern)

„Zahntechnik – innovativ und alltagstauglich“

(Fachliche Leitung: ZTM S. Wit-

kowski, ZTM R. Struck)

„Den Alltag bewältigen! Die tägliche Herausforderung an das Praxisteam“

57. Winterfortbildungskongress**Braunlage 2010**

Thema: Zahnmedizin im Spannungsfeld zwischen Zahnerhalt und Zahnersatz: Neues aus der Parodontologie und Implantologie

Termin: 27. – 30.01.2010

Ort: Maritim Hotel Braunlage

Auskunft/Anmeldung:

ZK Niedersachsen

Zahnärztliche Akademie Nieders-

achsen,

Zeißstraße 11a

30519 Hannover

Tel.: 0511/83391-311 oder -313

Fax: 0511/83391-306

www.zkn.de

14. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Thema: Ästhetische Gesichtschirurgie
Termin: 27. – 30.01.2010
Ort: Neues Kongresshaus, Bad Hofgastein, Salzburg
Auskunft:
 Ärztezentrale Med.info
 Helferstorferstraße 4
 A-1014 Wien
 Tel: 0043-1-53116 48
 Fax: 0043-1-53116 61
 e-mail: azmediainfo@media.co.at
 www.mkg-kongress.at

18. Zahnärztetag Sachsen-Anhalt

Thema: „Kranio-mandibuläre Dysfunktion“
Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Dr. Dr. Klaus Louis Gerlach – Magdeburg
Referenten: Prof. Dr. Stefan Kopp – Frankfurt/Main, Dr. Gernot Plato – Rendsburg
Termin: 30.01.2010:
 09.30 – 13.30 Uhr
Ort: Magdeburg, Herrenkrug Parkhotel
Auskunft/Anmeldung:
 ZÄK Sachsen-Anhalt
 Postfach 3951
 39014 Magdeburg
 Frau Einecke: 0391/739 39 14
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

■ 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 Cranio-mandibuläre Orthopädie
Auskunft:
 e-mail: info@iccmo.de
 www.iccmo.de

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

Thema: Standards in der Prothetik – unter Evidenz- und Kosten Gesichtspunkten

Referenten: Prof. Dr. Petra Scheutzel – Münster, Prof. Dr. Bernd Wöstmann – Gießen, Dr. Josef M. Sobek – Hamm

Termin: 06.02.2010:
 09.00 – 13.30 Uhr
Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Ebene 05/Raum 300
Auskunft: Westfälische Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V.
 Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger
 Polikli. für Zahnärztliche Prothetik
 Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
 Tel.: 0251/8347084
 Fax: 0251/8347182
 e-mail: weersi@uni-muenster.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. – 06.03.2010
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

■ März

1st International Orthodontic Meeting

Termin: 07./08.03.2010
Ort: Dubai, United Arab Emirates
14th UAE International Dental Conference & Arab Dental Conference & Exhibition – AEEDC Dubai 2010
Termin: 09. – 11.03.2010
Ort: Dubai, United Arab Emirates
Auskunft / Conference Registration:
 Jeanette M. Sales
 Tel.: 00971 4 362 4717 Ext:110
 Fax: 00971 4 362 4718
 e-mail: jeanette.sales@index.ae
 www.aeedc.com

11. Expodental

Veranstalter: IFEMA International
Termin: 11. – 13.03.2009
Ort: Madrid
Auskunft:
 e-mail: ifema@t-online.de

56. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Thema: Zahnerhaltung = Lebensqualität. Aktuelle präventive und restaurative Konzepte
Tagungspräsident: Prof. Dr. Bernhard Klaiber – Würzburg
Termin: 17. – 20.03.2010
Ort: Gütersloh
Auskunft: Akademie für Fortbildung der ZÄKW (Frau Frank)
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
 Tel.: 0251/507-601
 Fax: 0251/507-609
 christel.frank@zahnaerzte-wl.de

17. Schleswig-Holsteinischer Zahn-Ärztetag

Thema: Der Schmerzpatient
Termin: 27.03.2010
Ort: Holstenhallen in Neumünster
Auskunft: KZV Schleswig-Holstein
 Frau Martina Ludwig
 Tel: 0431/3897-128
 Fax: 0431/3897-100
 Programm unter:
 www.z-sh.de/zaet2010

■ April

21. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für ZFA in Schluchsee

Thema: Das Praxisteam – Die Basis für eine erfolgreiche Parodontologie
Termin: 16.04.2010
Ort: Schluchsee
Auskunft:
 Tel.: 0761/4506-343
 Fax: 0761/4506-450
 ingrid.stoicov@bzk-freiburg.de

35. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Parodontologie – Die Basis einer erfolgreichen Zahnmedizin
Termin: 16./17.04.2010
Ort: Titisee
Auskunft:
 Tel.: 0761/4506-343
 Fax: 0761/4506-450
 ingrid.stoicov@bzk-freiburg.de

20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V.

Thema: AltersZahnMedizin zwischen Demenz und Drittem Frühling
Termin: 24.04.2010
Ort: Kiel
Auskunft: www.dgaz.org
17. Internationales Frühjahrs-Zahn-Seminar Meran
Tagungsmotto: „Die Oberkieferfront – eine Herausforderung“
Termin: 29.04. – 01.05.2010
Wiss. Leitung: Univ. Prof. DDR.
 Siegfried Kulmer – Innsbruck
Ort: Kurhaus Meran,
 Freiheitstr. 37, I-39012 Meran
Auskunft:
 Verein Tiroler Zahnärzte
 Sekretariat: Christine Kapplmüller
 Anichstr. 35, A-6020 Innsbruck
 Tel.: (+43/512) 504-27189
 Fax: (+43/512) 504-27616
 e-mail: office@vtz.at
 www.vtz.at/meran

■ Mai

17. Schweizer Dental Schau 2010

Thema: Quo vadis Dentalmarkt? Was tun, wenn Kunden nicht mehr so richtig investieren wollen?
Termin: 27. – 29.05.2010
Ort: Basel
Auskunft: info@dental2010.ch
 www.dental2010.ch

Wissenschaftliche Gesellschaften

IAZA

Workshop

Thema: Von der Sedierung bis zur Narkose
Referent: PD Dr. M. Daubländer u.a.
Termin: 16. 01.2010,
 9.00 – 16.30 Uhr
Ort: Hörsaal der Universitätsmedizin Mainz, Augustusplatz 2,
 55131 Mainz

Fortbildungspunkte: 9

Gebühr: 190 EUR (Nichtmitglieder), 170 EUR (IAZA-Mitglieder), 170 EUR (Assistenten), 120 EUR (Studenten)

Auskunft: consiglio medico GmbH
Hinkelsteinerstraße 8
55128 Mainz
Fax: 06131 33 77 55
e-mail: info@conmedmainz.de

ÖGZMK**Wintersymposium der Zweigstelle Niederösterreich in Kooperation mit der ÖGI und NÖFA**

Thema: Tipps und Tricks in der Implantologie

Referent: Dr. Hannes Gruber

Termin: 15. – 16.01.2010

Ort: ARTIS Hotel am Semmering

Auskunft: Ärztezentrale Med.info
Helferstorferstraße 4

A-1014 Wien

Tel: 0043-1-53116 48

Fax: 0043-1-53116 61

e-mail: azmediainfo@media.co.at

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: Zertifizierte Fortbildung zur Erlangung der Sachkunde in der 3-D-Röntgendiagnostik (DVT-Fachkundekurs)

Veranstalter: Dentinic Privatklinik der Zahnmedizin & Ästhetik

Termin:

Teil 1: 21.11.2009, 9.00 – 17.00 Uhr

Teil 2: 6.3.2009, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Dentinic Institut für Fortbildung, Seminarraum, Klammstr. 7, 82467 Garmisch-Partenkirchen

Sonstiges: Ref.: Dr. med. Dr. med. dent. Helge Martens, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie / PD Dr. med. Dr. med. habil. Lorenz Jäger, Facharzt für Radiologie

Kursgebühr: 950 Euro + MwSt. (insgesamt für beide Kurse)

Auskunft: Dentinic Privatklinik der Zahnmedizin & Ästhetik
Dentinic Institut für Fortbildung
Frau Eve Eveillard
Tel.: 08821/93600
e-mail: martens@dentinic.de

Thema: ONE-WEEK. Die Abrechnungseinsteigerwoche in der Haranni Academie

Veranstalter: Haranni Academie
Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 30.11. – 04.12.2009:

jeweils 09.00 – 16.30 Uhr

Ort: Haranni Academie

Sonstiges: Ref.: Angelika Doppel-

Kursgebühr: 980 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale

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

Thema: Spange & Co. – „Was tun, wenn's mal nicht läuft?“

Veranstalter: Haranni Academie
Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 04.12.2009:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Academie

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise
Kursgebühr: 450 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale, 280 EUR für Assistenten mit KZV-Nachweis

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

Thema: Die kostenlose Praxisanalyse – Reklamation als Geschenk

Veranstalter: Haranni Academie
Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 04.12.2009:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Academie

Sonstiges: Ref.: ZWV Christine Baumeister

Kursgebühr: 220 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale, 180 EUR für jede weitere Person aus derselben Praxis

Auskunft: Haranni Academie,
Frau Renate Dömpke,
Schulstraße 30, 44623 Herne
Tel.: 02323/9468 300
Fax: 02323/9468 333

Anzeige

Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen. Einsteiger- und Abufbauseminar

Veranstalter: Haranni Academie
Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 05.12.2009:

9.00 – 13.00 / 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Academie

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise

Kursgebühr: 200 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale

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

Thema: Die Aufstellung des KFO-Behandlungsplanes und das Verhalten im Gutachterverfahren

Veranstalter: Haranni Academie
Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 11.12.2009:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Academie

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Rolf Hinz

Kursgebühr: 390 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale

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

Thema: Intraorale Protrusions-schiene zur Therapie von Schlafapnoe und Schnarchen. Aktualisierter Kompaktkurs von A (wie Apnoe) bis Z (wie Zahnärztliche OSAS-Therapie).

Kompaktkurs in Kleingruppen mit Theorie und praktischen Übungen (Protrusionsbiss-schiene, FRS-Auswertung, Polygrafie, Schienen-DEMO)

Veranstalter: IZS – Idsteiner Praxis für Zahnärztliche Somnologie

Termin: vier Termine, jeweils Samstag 9.00 – 17.00 Uhr

12.12.2009, 30.01.2010,

20.02.2010, 30.03.2010

Ort: Zahntechnik Al Dente,

Höhenweg 10, 65510 Idstein

Sonstiges: 11 Fortbildungspunkte

Ref.: Dr. J. Langenhan

Kursgebühr: 300 EUR inkl. Imbiss und CD/Skripte

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Jürgen Langenhan, IZS

Bahnhofstraße 35, 65510 Idstein

Tel.: 06126/ 98 9667

Fax: 06126/ 98 9669

e-mail: dr.j.langenhan@gmx.de

Thema: Quadhelix, Palatinal- und Lingualbogen & Co.. Praktischer Arbeitskurs für Techniker und Anwender

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 16.12.2009:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Academie

Sonstiges: Ref.: Dr. Thomas Hinz
Kursgebühr: 380 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale

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

Thema: Möglichkeiten und Grenzen einer minimalinvasiven Implantologie

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis für Kiefer- und Gesichtschirurgie Dr. Dr. Biermann, Dr. Dr. Stroink, Prof. Dr. Dr. Fritzemeier, Dr. Dr. Schmitt

Termin: 16.12.2009:

15.00 – 19.00 Uhr

Ort: 40210 Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ulrich Stroink, PD Dr. med. dent. Frank Schwarz in Kooperation mit der Firma Straumann

Kursgebühr: 85 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Gemeinschaftspraxis für Kiefer- und Gesichtschirurgie Stresemannstr. 7, 40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/875508-0
Fax: 0211/875508-99
www.kieferchirurgie.org

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

Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München

Termin: 18.12.2009

Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstr. 4 (Marienplatz), 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 + MwSt.

Auskunft: komplette Kursbeschreibung und Anmeldefax unter www.absolute-ceramics.com
Tel.: 06221/6499710
(bei Buchungsfragen)
Tel.: 089/203594670
(bei Fragen zu Kursinhalten)
Fax: 06221/64997120

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

Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München

Termin: 19.12.2009

Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstr. 4 (Marienplatz), 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 komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax

Tel.: 06221/6499710

(bei Buchungsfragen)

089/203594670

(bei Fragen zu Kursinhalten)

Fax: 06221/64997120

Thema: Berufskrankheit Perfektionismus: Fluch oder Segen?

Veranstalter: KomMed Ute Jürgens

Termin: 09./10.01.2010

Ort: Lilienthal

Sonstiges: 16 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.

Auskunft: Ute Jürgens, KomMed Peter-Sonnenschein-Str. 59 28865 Lilienthal

Tel.: 04298/469977

Fax: 04298/469978

e-mail: KomMed@freenet.de

www.kommed-coaching.de

Thema: The Art of Endodontic Microsurgery

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 15./16.01.2010

Ort: 56457 Westerbürg

Sonstiges: Ref.: Dr. Marco Georgie, Dr. Dr. Frank Sanner

Kursgebühr: 1.000,- EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte Schloss Westerbürg, 56457 Westerbürg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02663/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Ja? Nein? Vielleicht? –

Gekonnt Entscheidungen treffen

Veranstalter: KomMed Ute Jürgens

Termin: 19./20.1.2010

(alternativ: 28./29. 8.2010)

Ort: Lilienthal

Sonstiges: 16 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.

Auskunft: Ute Jürgens, KomMed Peter-Sonnenschein-Str. 59 28865 Lilienthal

Tel.: 04298/469977

Fax: 04298/469978

e-mail: KomMed@freenet.de

www.kommed-coaching.de

Thema: 59th International Alpine Dental Conference. Plastic peri-

odontal surgery, Zirconia in dentistry, Immediate loading on single

and multiple implants

Veranstalter: International Dental Foundation IDF

Termin: 16. – 23.01.2010

Ort: Hotel Annapurna, 1850 Courchevel, Frankreich

Sonstiges: Ref.: Dr. Otto Zuhr, Dr.

Irena Sailer, Dr. Marco Degidi

Kursgebühr: ZA: 465 £,

ZFA: 225 £, Techniker: 275 £

Auskunft: IDF, Kerry Zonia,

53 Sloane Street, London SW1X9SW,

Tel.: 0044/2072350788

Fax: 0044/2072350767

e-mail: kerry@53sloanestreet.com,

idf@idfdentalconference.com

www.idfdentalconference.com

Thema: Fitness-Programm

Prophylaxe: Spezialisten vermitteln Know-how (In drei Schritten zum

Prophylaxe-Profi)

Veranstalter: Hu-Friedy

Termin/Ort:

21./22./23.01.2010 Bremen;

04./05./06.02.2010 Aachen;

25./26./27.02.2010 Hannover

Sonstiges: drei aufeinander folgende jeweils eintägige Fortbildungen;

Teil 1: Fitnessprogramm für die

Handinstrumentierung, Teil 2:

Fitnessprogramm für die maschi-

nelle Instrumentierung, Teil 3:

Fitnessprogramm für Werbung,

Abrechnung und Organisation;

alle Kurse sowohl einzeln als auch

im Block buchbar

Referenten: Evelyn Krauß, ZMF;

Kerstin Krüger, Dentalhygienikerin

Anna Pohla, Dentalhygienikerin;

Kerstin Degen, ZMF; Carmen

Klüver, Dentalhygienikerin;

Martina Weidinger-Wege, ZMV

Auskunft und Anmeldung: praxis-

Dienste Fortbildungen GmbH

Brückenstr. 45

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

Thema: 2. Kurs Parodontologie: Chirurgische Therapie

Veranstalter: Praxis Dr. Heinz &

Dr. Greven

Termin: 22. – 23.1.2010

Ort: 22081 Hamburg

Sonstiges: Theorie, Live-Operationen, praktische Übungen.

13 Fortbildungspunkte

Kursgebühr:

Einzelbuchung 750 EUR + MwSt.

Gesamte Serie (4 Kurse) 2500

EUR + MwSt.

Auskunft: Praxis Dr. Heinz & Dr.

Greven, Mellmannweg 9,

22041 Hamburg

Tel: 040 / 656 1442

Fax: 040 / 656 811 54

e-mail: praxis@parodontologie-im-norden.de

Thema: Der Gutowski-Kongress

2010. Vollkeramikrestaurationen –

State of the Art

Veranstalter: Gutowski-Seminare.de

Termin: 22./23.01.2010

Ort: 81541 München, Paulaner

am Nockherberg

Sonstiges: Ref.: Dr. U. Blunck, Prof.

Dr. D. Edelhoft, u.a.

Kursgebühr: 695 EUR + MwSt.

Assist.: 395 EUR + MwSt.

Auskunft: Fiba GmbH

Herr Alexander Gutowski

Burggrafstr. 49

41061 Mönchengladbach

Tel.: 02161/200082

Fax: 02161/205057

Thema: Die Herstellung von Auf-

bisssschienen - Seminar für ZT

Veranstalter: Westerburger Kon-

takte

Termin: 22./23.01.2010

Ort: 56457 Westerbürg

Sonstiges: Ref.: Dr. Dieter Reusch,

ZTM Paul Gerd Lenze u.a.

Kursgebühr: 800 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte

Schloss Westerbürg, 56457 Wes-

terbürg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02663/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: 15. DeguDent Dental-Marketing-Kongress

Veranstalter: DeguDent GmbH

Termin:

22.01.2010, 13.00 – 16.00 Uhr:

Implantat-Prothetik-Kongress

„Drunter und Drüber“

22.01.2010, 17.30 Uhr:

Dental-Marketing-Kongress

„Inspiration“

Ort: Congress Center der Messe Frankfurt/Main

Sonstiges: gesamtes Paket: 11

Fortbildungspunkte

Auskunft: DeguDent GmbH

Frau Scheffel/Herr Maier

Postfach 1364, 63403 Hanau

Tel: 06181/ 595704

Fax: 06181/ 595750

andreas.maier@degudent.de

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden- Württemberg

Dr. Karl-Heinz Ehret
Pfählerstr. 7, 72574 Bad Urach
geb. 12. 10. 1945

Kontakt:
BZK Tübingen
Bismarckstr. 96
72072 Tübingen
Tel.: 0 70 71 / 9 11-0
Fax: 0 70 71 / 9 11 – 209/233

Bekanntmachungen

DGP

Außerordentliche Mitgliederversammlung

Eine außerordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. findet am

Samstag, **28. November 2009,**
16:45 Uhr

in der Mund-Zahn-Kiefer-Klinik
Heidelberg,
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg,
Raum 120, Ebene 2, statt.

Der Vorstand beruft gemäß Ziffer 8.8 der Satzung eine außerordentlich Mitgliederversammlung ein. Es sind Anpassungen der Satzung erforderlich, die keinen Aufschub dulden. Dem Vorstand ist es nicht möglich, die Änderungen von der ordentlichen Mitgliederversammlung am 5.11.2009 beschließen zu lassen. Satzungsänderungen können wegen ihrer Bedeutung nicht nachträglich als neuer Beschlussgegenstand auf die Tagesordnung gesetzt werden.

Professor. Dr. Ulrich Schlagenhauf,
Präsident der DGP

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13, 10115 Berlin

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

	Pat. Init. 	Geburtsdatum 	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat:																									
Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation): lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aufgetreten am: _____ Dauer: _____				<table border="1" style="width:100%; height: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.																									
1.				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
2.				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
3.				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
4.				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④		dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																									
				ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>																									
Allgemeinerkrankung: behandelt mit:				<table border="1" style="width:100%; height: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Anamnestische Besonderheiten: Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Arzneimittelabusus <input type="checkbox"/>																													
Sonstiges: Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gegen:																													
Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:																													
Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> (ggf. Befund beifügen) Todesursache:				<table border="1" style="width:100%; height: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):																													
Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM <input type="checkbox"/> , Hersteller <input type="checkbox"/> , Arzneimittel-Komm. Ärzte <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>																													
Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>																													
Name des Zahnarztes (evtl. Stempel)		Klinisch tätig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Datum:																									
Unterschrift																													

Dr. Christiane Goepel erhält die Tholuck-Medaille

Seit dem Jahr 1990 ist Dr. Christiane Goepel Geschäftsführerin der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ)“ – und seit dem 30. Oktober 2009 auch Trägerin der Tholuck-

phylaxe der Heranwachsenden in Deutschland eingesetzt.

Damit liefert die Empfängerin der Tholuck-Medaille auch das Musterbeispiel eines erfolgreichen Quereinstiegs, da sie stu-

dierte Pharmazeutin ist. Doch seit 1990, und somit seit fast 20 Jahren, ist Dr. Goepel hundertprozentig „zu Hause“ in der Zahngesundheitsaufklärung.

Sie sorgt für den Informationsaustausch mit den Mitgliedsorganisationen, schafft Plattformen zum Ideenaustausch und koordiniert epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe. Auch der Ausbau bundesweiter Fortbildungen durch praxisorientierte Workshops und spezielle Angebote für Zielgruppen in besonderen Lebenslagen, wie zum Beispiel



Foto: VFZ

Medaille des Vereins für Zahnhygiene e.V. (VFZ). Mit der Verleihung würdigte der Verein ihre Verdienste zur Förderung der Zahngesundheit in Deutschland. VFZ-Vorstandsvorsitzender Michael Mohr betonte anlässlich der Übergabe der Auszeichnung im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der LAGZ Bayern im oberbayerischen Kloster Seon ihren „unermüdlichen, klugen und weitsichtigen Einsatz“. Für die Zahngesundheit hierzulande erwies sie sich als „Volltreffer“, so Mohr, denn Christiane Goepel habe sich in herausragendem Maße für die Gruppenpro-

Migranten oder geistig Behinderte, zählen zu ihren Leistungen. Außerdem engagiert sie sich im Kampf gegen Nuckelflaschenkaries und installierte ein Internetportal, das speziell auf die Situation und Lebenswelt von Jugendlichen ausgerichtet ist.

Die Tholuck-Medaille ist nach dem Frankfurter Obermedizinalrat in Ruhe Dr. Hans-Joachim Tholuck benannt. Verliehen wird sie seit 1973 an Persönlichkeiten, die sich um die zahngesundheitliche Aufklärung und Erziehung verdient gemacht haben. pr/VfZ

Fortbildung zum Patientengespräch

Kommunikation als Erfolgsfaktor

Das Patientengespräch im Fokus. Zu diesem Thema gestaltete die 'Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe' ihre diesjährige Herbst-Fortbildung. Und einmal mehr wurde deutlich: Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient ist der Schlüssel zum Vertrauen, der Schlüssel zum Behandlungserfolg.

Nicht umsonst habe sich die Akademie dieses Thema als diesjährigen Fortbildungsschwerpunkt gewählt, machte Prof. Dr. Winfried Walther, Direktor der Akademie, deutlich. Im täglich zu bewerkstellenden Spannungsfeld des Zahnarztes aus eigenen Vorstellungen, fremden Patientenerwartungen und wirtschaftlichen Erwägungen sei es genau dies, worauf es ankomme: „Das Gespräch bringt es an den Tag. Der Patient kann erkennen, ob wir ihm helfen wollen oder nicht.“ So legte er die Messlatte eingangs der Fortbildung fest – und am Ende

waren sich die Besucher einig, sie war nicht zu hoch gelegt.

Prof. Dr. Michael Dick erläuterte, wie es überhaupt gelingen kann, eine helfende Beziehung aufzubauen. Schon lange sei wissenschaftlich fundiert, dass eine gute Patientenbeziehung über entsprechende Kommunikationsformen auf den Erfolg einer Therapie oder einer Behandlung bedeutsamen Einfluss hat. Dick bezog sich etwa auf die Arbeiten von Antonovsky (1997) und Engel (1977). Bei der Patientenbeziehung müsse man sich vor Augen halten, dass die Bezie-

hung von Arzt und Patient asymmetrisch ist: Das Hilfesuchen des Patienten beinhaltet eine Einschränkung dessen persönlicher Autonomie. Am Zahnarzt sei es, über die angemessene Kommunikation und die sich daraus entwickelnde Beziehung wieder eine Symmetrie herzustellen. Dies beinhaltet auch, den Patienten mit seinen lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu sehen, denn Stärken, Schwächen, Blockaden oder Ressourcen des Patienten beruhen auf dessen Erfahrungen, positiven oder belastenden. Optimalerweise versuche der Zahnarzt, Anschluss an diese Erfahrungen des Klienten herzustellen.

Beziehungsaufbau als Prozess betrachten

Wichtig sei es, sich klar zu machen, dass es sowohl beim Patienten als auch beim Behandler eine Ebene der Erfahrung gibt, die nicht offen zutage tritt, sondern die systematisch verdeckt wird und die den Behandlungserfolg verzögern oder verhindern kann. Dafür gebe es zwar gute lebensgeschichtliche Gründe, die Ebene sei im Behandlungsprozess aber nicht bewusst. Dennoch sei sie von Beginn an und ständig wirksam und könne die Handlungsmöglichkeiten einschränken. Prof. Dick: „Manchmal ist halt auch einfach der Wurm drin.“

Er stellte zudem eine Klassifizierung vor, die die Arzt-Patienten-Beziehung einstuft und die bei der Entscheidungsfindung helfen kann, in welche Richtung die Patientenbeziehung sich entwickeln soll:

■ Paternalistisches Modell:

Der Zahnarzt entscheidet für den Patienten und übernimmt die Verantwortung. Die Beziehung bleibt asymmetrisch.

■ Dienstleistungsmodell:

Der Zahnarzt richtet sich nach den Wünschen des Patienten. Die Patientenzufriedenheit steht im Mittelpunkt, der Patient entscheidet. Die Beziehung bleibt asymmetrisch.

■ Partnerschaftliches Modell:

Es herrscht eine symmetrische Kooperationsbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient. Der Zahnarzt ist medizinischer Experte, der Patient ist Experte für seine Lebensumstände. Die Verantwortung wird geteilt.



Wenn dem Patienten Freundlichkeit und Kompetenz signalisiert wird, bekommt er leichter den Eindruck, beim Zahnarzt seines Vertrauens zu sein.

Fotos: Fotolia

■ **Patientenorientiertes Modell:**

Die anderen Modelle werden je nach Situation angemessen und abwechselnd eingesetzt.

Doch wie fängt man eine Beziehung an, und wie erkennt man, dass sie stimmt? Dick legte Wert darauf, zu betonen, dass der Beziehungsaufbau als Prozess zu verstehen sei, um dem Patienten das Gefühl geben zu können, dass er an der richtigen Stelle ist. Entsprechend einer patientenzentrierten Beziehung sollten Mediziner daher über ein variables Repertoire verschiedener Rollen- und Beziehungsvarianten verfügen. Dick: „Die Experten- und die Arztrolle beherrschen Ärzte sehr gut. Die Rolle des Prozessbegleiters hingegen ist Vielen fremd.“ Um einen Kontakt herzustellen, brauche es Fähigkeiten wie Sensibilität, Gesprächsführungskennntnisse und Wahrnehmungsvmögen dem Patienten gegenüber. „Eine helfende Beziehung aufbauen heißt“, so bilanzierte Dick, „Anschluss zwischen der Erfahrungswelt des Patienten und der therapeutischen Kompetenz herstellen.“ Der Zahnarzt als Helfer benötige dazu eine authentische, wertschätzende und neugierige Haltung.



Zuhören können ist eine wichtige Grundvoraussetzung für den Zahnarzt, um eine Patientenbeziehung aufzubauen.

Zuhören – und dem Patienten Interesse zeigen

Prof. Dr. Anne Wolowski widmete sich in ihrem Vortrag ebenfalls der Kommunikation als Mittel, ein Patientenverhältnis aufzubauen. „Die sprechende Medizin hat hierzulande keine Lobby“, so Wolowski. Sie zitierte aus mehreren Studien, aus denen hervorgehe, dass das Gespräch mit dem Patienten hierzulande in den Praxen sehr vernachlässigt ist. So sei Deutschland „Kurz-Gesprächs-Europameister“, was bedeute, dass ein Patientengespräch im Durchschnitt acht Minuten dauert, die Zeit, die der Patient zur

Problemdarstellung hat, beträgt gerade mal sechs Sekunden im Schnitt, bereits nach 23 Sekunden wird der Patient vom (Zahn-)Arzt unterbrochen. „Zuhören lernen“ sind nach der Auffassung Wolowskis die Zauberwörter, mit denen es gelingen könne, eine bessere Patientenbeziehung zu gestalten. Und: gleichzeitig die Untugenden im ärztlichen Gespräch vermeiden. Als ein Beispiel führte sie an, Patientenprobleme zu bagatellisieren, also Probleme und Gefühle herunterzuspielen und als unwichtig zu bewerten. Dadurch fühle sich der Patient nicht ernst genommen. Stattdessen solle man sich im ärztlichen Gespräch auf die Tugenden konzentrieren, was damit beginne, dass es möglichst auf gleicher Augenhöhe stattfindet und dass Störungen ausgeschaltet sind oder, wenn vorhersehbar, angekündigt werden. Fachbegriffe sollten gegebenenfalls übersetzt oder erst gebraucht werden, wenn der Sachverhalt alltagsverständlich erklärt wurde. Generell solle dem Patienten, auch wenn es wegen Routineangelegenheiten oft schwer fällt, kontinuierliches Interesse gezeigt und ihm gegenüber eine offene Körperhaltung eingenommen werden. sg

Deutsche Rentenversicherung**Versicherungslücken klären**

Wer Lücken in seinem Versicherungsverlauf entdeckt, sollte die fehlenden Zeiten seinem Rentenversicherungsträger melden und die entsprechenden Nachweise beifügen. Hierauf weist die Deutsche Rentenversicherung Bund hin. Die Versicherten erhalten

nicht gemeldet. Diese Zeiten sind damit im Versicherungsverlauf nicht gespeichert. Auch kommt es vor, dass für Zeiten, in denen man krank oder arbeitslos war, keine automatische Meldung an die Rentenversicherung erfolgt ist. Fragen rund um die Kontenklärung beantworten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am kostenlosen Servicetelefon der Deutschen Rentenversicherung unter 0800 1000 4800 sowie in den Auskunfts- und Beratungsstellen.

sg/pm



Foto: Fotolia/Falko Maitte

den Versicherungsverlauf mit der ersten Renteninformation sowie nach Vollendung des 43. Lebensjahres in regelmäßigen Abständen von der Rentenversicherung zugesandt. Die Rentenversicherung weist darauf hin, dass, je länger man mit der Meldung

Zahnbehandlungen und Steuern**Über Absetzbarkeit aufklären**

Viele Patienten wissen es nicht: Übersteigen ihre Ausgaben für Brücken, Implantate oder kieferorthopädische Leistungen einen bestimmten Prozentsatz ihres Jahreseinkommens, können die Kosten als „außergewöhnliche Belastungen“ von der Steuer abgesetzt werden. Das beschreibt Paragraph 33 des Einkommensteuergesetzes. Klären Praxen ihre Patienten über diesen Vorteil auf, kann dies dazu beitragen, dass damit auch die Bereitschaft wächst, sich für höherwertigere Behandlungen zu entscheiden. Darauf verweist der Finanzdienstleister EOS Health. So muss beispielsweise eine Mutter mit einem Kind und einem monatlichen Gehalt von 2000 Euro brutto maximal 720 Euro jährlich für krankheitsbedingte Aufwendungen selbst tragen.

Beschäftigung von Ehegatten in der Praxis**Musterarbeitsvertrag erschienen**

Arztpraxen sind häufig Familienbetriebe. Oft ist es die Arzthelferin, die am Empfangstresen sitzt, Termine vergibt und sich um die Buchführung kümmert. Für ein Arbeitsverhältnis zwischen Eheleuten sollte es eine klare vertragliche Grundlage geben, die sorgfältig auf die

individuelle Situation der Vertragspartner zugeschnitten ist. Der NAV-Virchow-Bund hat jetzt zwei Musterverträge zur Beschäftigung von Ehepartnern entwickelt:

- den Ehegattenarbeitsvertrag sowie
- den Ehegattenarbeitsvertrag für geringfügig Beschäftigte.

Diese zeigen beispielhaft, welche Kriterien ein Arbeitsvertrag zwischen Ehepartnern erfüllen sollte – von üblichen Vertragsinhalten wie Tätigkeitsbeschreibungen, Arbeitszeiten und Kündigungsmodalitäten bis hin zu spezifischen Punkten wie der Bestimmung des Güterstandes.

Vertragsmuster sind Teil der Rechtsberatung und somit den Mitgliedern des NAV-Virchow-Bundes vorbehalten. Nach Auskunft des Leiters der NAV-Pressestelle, Klaus Greppmeier, können aufgrund einer Kooperation auch Mitglieder des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) die Verträge beziehen. Sie können in der Kölner Geschäftsstelle kostenlos als Datei, für einen Euro in Papierform oder für fünf Euro auf CD-Rom bestellt werden.

sg/pm

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



wartet, es umso schwieriger werden kann, fehlende Nachweise noch zu erhalten. Dies liegt nicht zuletzt an den immer kürzeren gesetzlichen Aufbewahrungszeiten von Unterlagen bei Krankenkassen, Arbeitsagenturen und Arbeitgebern.

Bei Versicherten wurden zum Beispiel des Öfteren die Zeiten des Schulbesuchs oder des Studiums ab dem 17. Geburtstag

apoBank

Vermögensverwaltung ausgezeichnet

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) ist für ihre private Vermögensverwaltung ausgezeichnet worden. Der Finanzdienstleister erhielt die Auszeichnung im Rahmen der im Oktober veröffentlichten Unter-



deutsche apotheker-
und ärztebank

suchung „Die beste Vermögensverwaltung“ von FOCUS-MONEY und n-tv.

Acht Kriterien wurden der Benotung zugrunde gelegt: Ganzheit-

lichkeit, Kundenorientierung/ Verständlichkeit, Risikoaufklärung, Kosten, Transparenz, Portfoliostruktur, Produktumsetzung und Steuern. Den Test und seine Auswertung führten das Institut für Vermögensaufbau (IVA) und die HESP Speidel Treuhand- und Steuerberatungsgesellschaft durch. Untersucht wurden die

Ergebnisse von insgesamt 44 Bankfilialen und Niederlassungen in Hamburg, Bremen, Düsseldorf, Frankfurt und München. sg/pm

Patienten-Coaching zur Förderung der Gesundheitskompetenz

Hohes Einsparpotential

Durch mangelnde Therapietreue (Non-Compliance) gehen dem Gesundheitswesen jährlich beträchtliche Summen verloren. Darauf verwies die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung (DGbG) unlängst auf einem Symposium in Berlin. Nach Angaben der DGbG betragen die Kosten etwa zehn bis zwanzig Milliarden Euro. Durch sogenanntes Patienten-coaching kann dafür gesorgt werden, dass diese Versicherten-gelder sinnvoll eingesetzt und nicht verschleudert werden. Patienten-Coaches sollen die aktive

Mitwirkung und das Selbstmanagement der Patienten anregen und stützen. Insbesondere das Versorgungsmanagement chronisch Kranker und Multimorbider stellt eine große Herausforderung dar. Es handelt sich hierbei um Kranke, die ungefähr vier Fünftel aller aufgewendeten Leistungen des Gesundheitssystems benötigen. Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, Leiter der Arbeitsgruppe Patienten-Coaching in der DGbG: „Das Gesundheitswesen ist überwiegend auf Post-crash-Interventionismus ausgerichtet. Die Förderung der Gesundheits-

kompetenz der Bürger im Rahmen sowohl der Gesunderhaltung als auch der Krankheitsbewältigung nimmt immer noch nicht die Rolle ein, die dieser Ansatz des Patientencoachings verdient.“

sg/pm

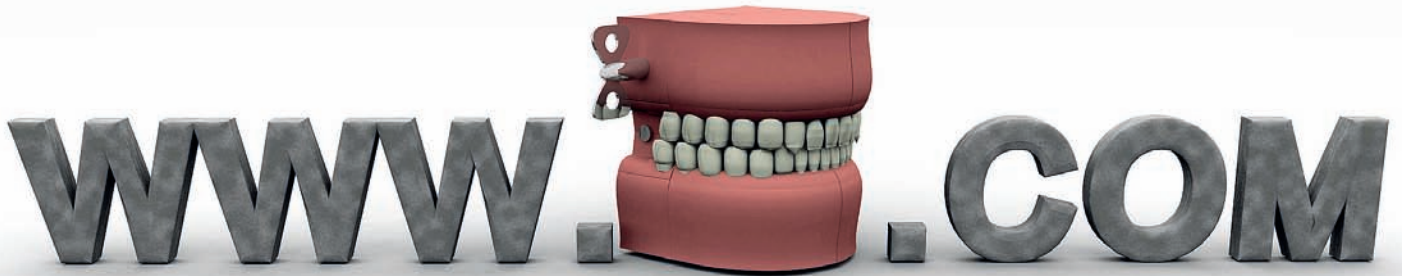


Foto: MEV

Zehn Tipps zum erfolgreichen Suchmaschinenmarketing

Zahnpflege per Mausklick- So werden Sie gegoogelt

Patientenwerbung über das Internet ist eine von vielen Möglichkeiten, Patienten zu gewinnen. Aber wie geht das, was verbirgt sich hinter Begriffen wie Suchmaschinenoptimierung – und wie kann der Zahnarzt davon profitieren? Bevor eine eigene Internetseite freigeschaltet wird, Anzeigen online geschaltet werden und generell vor allen werblichen Maßnahmen einer Zahnarztpraxis empfiehlt es sich, die Rechtsabteilungen der Kammern aufzusuchen. Dort erhält man kompetente Hilfe darüber, was wettbewerbsrechtlich erlaubt ist.



Die eigene Praxis-Homepage im Internet ist mittlerweile eine gängige Methode, neue Patienten zu gewinnen.

1. Die Initiative geht vom Patienten aus

Anders als in der klassischen Patientenansprache über Broschüren oder Informationsflyer, in denen der Zahnarzt wertvolle Patienteninformationen im Wartezimmer auslegt, wird im Internet der Patient selbst aktiv und steuert gezielt auf die gesuchte Praxis zu. Im ersten Schritt nutzt er eine Suchmaschine wie etwa Google oder Yahoo. Sie filtert grob anhand des Suchbegriffs. Im Anschluss daran wird der Interessent auf Spezialseiten wie Branchenverzeichnisse geleitet, die genauere Angaben bei der Suche in einem bestimmten Ort machen können.

2. Optimierung für Suchmaschinen

Der Interessent entscheidet sich immer für den Zahnmediziner, der seinen Suchkriterien am ehesten zu entsprechen scheint. Praxen ohne eigene Website befinden sich

hier klar im Nachteil. Aber auch die Online-Präsenz allein garantiert noch nicht das Aufeinandertreffen von Angebot und Nachfrage. Wer in der Ergebnisliste nach Eingabe des Suchbegriffs direkt auf der Startseite der Suchmaschine gelistet werden möchte, benötigt eine dauerhafte Suchmaschinenoptimierung. Dabei sollte überlegt werden, unter welchen Suchbegriffen (Keywords) man gerne gefunden werden möchte. Dafür ist ein gutes Gespür für die Informationsbedürfnisse des Zielpatienten, aber auch ein Verständnis für die Wirkungsweise von Suchmaschinenoptimierung unerlässlich. Spezielle Dienstleister helfen bei der eigentlichen Optimierungsleistung.

3. Branchenverzeichnisse nutzen

Besonders stark scheinen die Verbraucher ins Internet zu schauen, wenn es um die Suche nach einem Mediziner im eigenen Wohnumfeld geht. Das fand der Informa-

tionsdienstleister telegate media in seiner aktuellen Studie „So lokal sucht Deutschland“ heraus. Demnach dominiert die lokale Branchensuche über das Internet die Suche über das Telefonbuch und Ärzte werden sowohl stationär als auch mobil sehr häufig abgerufen. Die Kriterien Ort und Branche sind ganz wesentlich, um schnell den richtigen Zahnarzt zu finden. Da Suchmaschinen und Branchenverzeichnisse im Suchvorgang eng gekoppelt sind, bietet es sich an, einen Online-Brancheneintrag zu nutzen. Bei einer speziellen Anfrage zu einer bestimmten Behandlungsmethode kann die Suchmaschine sofort auf den Eintrag im Branchenverzeichnis verweisen.

4. Gekaufte Textanzeigen zur Kundengewinnung

Wer bei Google sucht, blickt bei den Ergebnissen auf zwei Spalten. Links listet die Suchmaschine alle Ergebnisse auf, die nach einem streng geheimen Auswahlverfahren,

dem Such-Algorithmus, erscheinen. Hier gibt es keinerlei werbliche Einflussnahme. Rechts befinden sich die „Textanzeigen“. Diese Anzeigen bezeichnet man als Google Adwords. Sie bestehen aus einem Kurztext, der die wesentlichen Vorteile der Praxis beschreibt und einem Link, der direkt auf die Website des Mediziners führt. Diese Anzeigen sind direkt buchbar und versprechen der Praxis unmittelbare Patientengewinnung. Möglich sind neben Text- aber auch Video-, Bild-, und Handy-Anzeigen. Auch andere Suchmaschinen betreiben ähnliche Werbeprogramme.

5. Werbung und wettbewerbsrechtliche Grenzen

Um in die Adwords-Anzeige zu gelangen, sollte ein Kurztext aufgesetzt werden, der wie beschrieben, die wesentlichen Vorzüge der Praxis prägnant, nicht aber markt-schreierisch, beschreibt. Durch Google Adwords in Kombination mit den richtigen Suchbegriffen kann ein Zahnarzt genau den Patienten erreichen, der gerade nach ihm sucht. Daher ist die Auswahl der Keywords von großer Bedeutung.

Wichtig: Je informativer und serviceorientierter dieser Text gestaltet wird, desto schneller fühlt sich der Patient angesprochen.

6. Kosten von Onlinewerbung

Bei Google Adwords beispielsweise kann der Zahnarzt ein tägliches oder monatliches Maximalbudget festlegen, das nicht überschritten werden darf. Der Vorteil gegenüber anderen Werbeformen: Er zahlt nur dann, wenn ein Interessent auch wirklich auf die Website klickt. Im Gegensatz zur klassischen Werbung beinhaltet diese Methode keine Streuverluste. Am Ende des Monats erhält der Arzt dann eine Klickstatistik, die aussagt, wie viel Interessenten über Google Adwords auf seine Website gelangt sind.

7. Auf Wissen von Internetexperten zugreifen

„Um Kunden über das Internet zu gewinnen, ist Suchmaschinenwerbung die Methode mit der höchsten Kosteneffizienz überhaupt,“ sagt Ulrich Zabel, Geschäftsführer der Branchensuchportale 11880.com und klicktel.de und Wiederverkäufer von Google Adwords. „Der Werbetreibende muss verstehen, was diese Form der Werbung für ihn – gerade mit begrenztem Budget – alles bewirken kann.“ Die Zusammenhänge zwischen Suchbegriffen, Bran-



Die Zahnärztekammern geben gerne Auskunft darüber, was bei einer Homepage wettbewerbsrechtlich erlaubt ist.

cheneinträgen und Adwords-Kopplung sind Ärzten oft nicht klar. Dies ist wichtig, um den werblichen Ursprung des späteren Patientenbesuches auch richtig nachvollziehen zu können. „Da vielen schlicht Wissen und Zeit fehlen, ihre werblichen Maßnahmen im Netz selbst durchzuführen, werden wir gerufen“, so Zabel.

8. Regeln für ein Top-Listing verstehen

Werbung über Google Adwords stellt meist eine Zusatzinvestition dar, bietet aber auch mehr Möglichkeiten zur inhaltlichen Differenzierung und ist sofort auffindbar. Da es in Ballungszentren wie etwa München oder Berlin eine Vielzahl von Zahnärzten gibt, ist anzunehmen, dass alle versuchen werden, eine möglichst gute Positionierung bei Google zu erwirken. Dieses natürliche Wett-

bewerbsverhalten steuert Google über ein Auktionsverfahren. Es ermittelt die Position der Adwords-Anzeige aus der Kombination des maximalen Preis-pro-Klick, also dem Preis, den der Zahnarzt maximal zu zahlen bereit ist, und einem Qualitätsfaktor. Dieser Faktor setzt sich aus der Klickrate der ausgewählten Keywords, der Relevanz des Anzeigentextes sowie der Qualität der Zielseite zusammen. Daher dürfte eine gute Platzierung beim Keyword „Zahnmedizin“ teurer sein als etwa bei „Bleaching“.

9. Auch Chancen für kleinere Budgets

Durch diese ausgeklügelten Richtlinien macht es die Suchmaschine gerade kleinen, spezialisierten Praxen möglich, auch mit wenig Budget eine attraktive Anzeigenposition zu erhalten und davon auch zu profitie-

ren. Es werden viele Messgrößen in die Waagschale geworfen, die einer stetigen Verbesserung des Ergebnisses dienen sollen, heißt es bei Google. Zum besseren Verständnis sei erwähnt, dass das beschriebene Auktionsverfahren ausschließlich für die Positionierung der werblichen Textanzeige innerhalb von Google, nicht auf die organische Suche zutrifft. Hier entscheidet der bereits eingangs erwähnte Algorithmus über die jeweilige Position der Webseiten, die bei der Eingabe bestimmter Suchwörter erscheinen.

10. Position laufend optimieren

Hat ein Zahnarzt nun die angestrebte Online-Position eingenommen und wird von vielen Patienten angeklickt, hat er sein werbliches Ziel vorerst erreicht. Das bleibt allerdings nicht immer so. Auf Basis des erklärten Auktionsverfahrens kann sich die Top-Position jederzeit verändern. Da die beschriebenen Kriterien dynamisch sind und permanent neu gewichtet und ausgelotet werden müssen. Alle sollen eine faire Werbechance erhalten. Der Zahnarzt muss also dafür sorgen, dass seine Online-Präsenz immer wieder an die veränderten Bedingungen angepasst wird. Nur dieser Optimierungsprozess führt langfristig zu mehr Patienten.

Silvia Hänig
Eichendorffstr. 22
85521 Ottobrunn

*Suchen und Finden:
Im Internet wird der
Patient selbst aktiv
und steuert gezielt
auf die gesuchte
Zahnarztpraxis zu.*

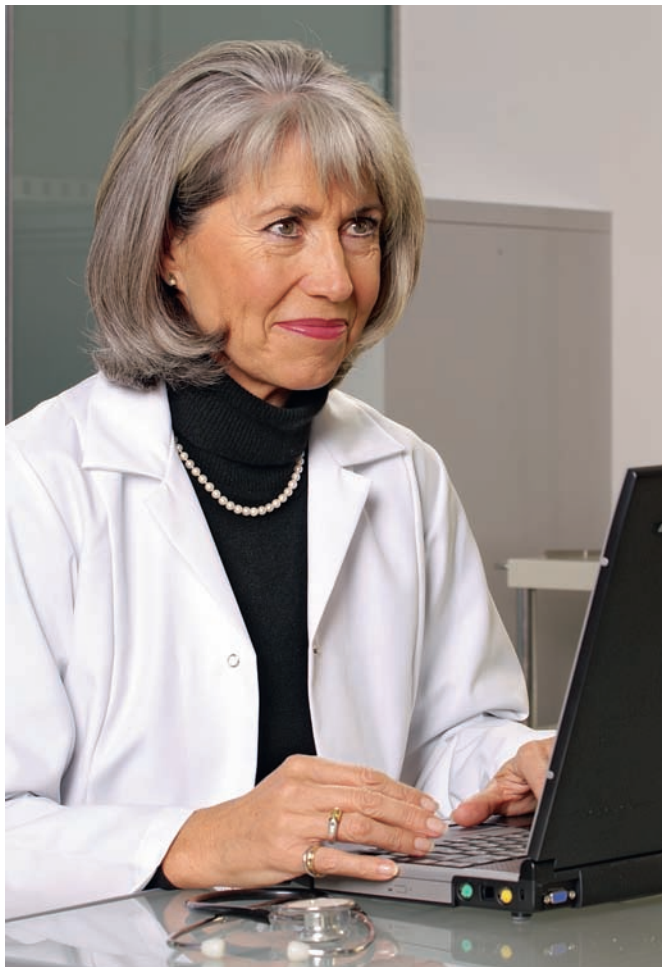


Foto: Fotex

Das kleine 1x1 der Onlinewerbung

Nummer	Fachbegriff	Erklärung
1.	Community	Menschen mit gemeinsamen Interessen, zum Beispiel die sogenannte social community
2.	Cost per Click	Preis, den ein Werbetreibender für den Klick auf seine Online-Anzeige zahlen muss
3.	Google Adwords	am rechten Rand des Google-Ergebnisfensters eingeblendete Anzeigen; sie erscheinen abhängig von den eingegebenen und gebuchten Suchwörtern
4.	Konversionsrate	Verhältnis einer Seite, auf der aus einer Aktion aus Besuchern Kunden wurden
5.	Keyword	vom Benutzer eingegebenes Suchwort
6.	Layout	graphischer Plan oder visuelle Darstellung einer Seite
7.	Link	Verweis von einer Datei auf eine andere – Verknüpfung verschiedener Internetseiten
8.	Lokale Suche	bezeichnet die gezielte Suche des Nutzers nach einem regionalen Dienstleister im Internet
9.	Microsite	werden häufig zur Suchmaschinen-Unterstützung von Webseiten eingesetzt und sind komplett auf den werblichen Internetauftritt zugeschnitten
10.	Mobile marketing	Werbung direkt auf dem mobilen Telefon
11.	Page impressions / Page views	Indikator dafür, wie viele Seitenaufrufe in einem bestimmten Zeitraum getätigt werden
12.	Pop-UP Fenster	Werbung, die direkt dann aufgeht, wenn jemand die Seite aufruft
13.	Site	verkürzter Begriff für Webseite
14.	Suchmaschinen-Marketing	Alle werblichen Aktivitäten im Zusammenhang mit Suchmaschinen (zum Beispiel Google Adwords)
15.	Suchmaschinen-Optimierung	Bewertungsverfahren einzelner Suchmaschinen.
16.	Sponsored link	gegen Bezahlung blenden Suchmaschinen bei den von Ihnen belegten Stichwörtern einen „Treffer“ auf Ihrer Seite ein
17.	Top-Platzierung	bezeichnet die vordere Position einer Seite (unter den ersten 10) bei Eingabe eines bestimmten Suchwortes in einer Suchmaschine
18.	User Generated Content	Inhalte auf Internetseiten, die von Besuchern eingebracht werden
19.	Verschlagwortung	bezeichnet den Vorgang, um einen Text einem oder mehreren „den Text kennzeichnenden“ Schlagwörtern zuzuordnen
20.	Web 2.0	Trendbegriff, der Interaktivität beschreibt
21.	Web-Portal	steht für einen Internetauftritt mit einem großen Angebot an Informationen und Daten
22.	Werbeeintrag	hierüber macht ein Unternehmen innerhalb eines Portals (zum Beispiel Branchenverzeichnis) auf sich aufmerksam; informierende Werbung (zum Beispiel Brancheneintrag) im Internet wird von Besuchern gut angenommen und ist die einzige Form, die Seiten finanzierbar macht

Versicherungsschutz als Ratingbestandteil

Regelmäßig Policen prüfen

Eine professionelle Praxissteuerung beinhaltet aus Bankensicht nicht ausschließlich betriebswirtschaftliche Kenntnisse und Fähigkeiten. Um der unternehmerischen Führungsverantwortung gerecht zu werden, sollten in regelmäßigen Abständen die diversen Praxis-Versicherungsverträge unter die Lupe genommen werden. Das sichert die Kreditwürdigkeit.

Seit der Übernahme der Zahnarztpraxis von seinem Vater vor sechs Jahren hat sich Roland S. an die zwei Mal im Jahr stattfindenden Gespräche mit dem für ihn zuständigen Kundenberater seiner Bank gewöhnt. Diese Gespräche, bei denen es vor allem um Einzelheiten und Verbesserungsmöglichkeiten des betrieblichen Ratings, also der Kreditwürdigkeit von S., geht, wurden von ihm selbst seinerzeit initiiert. Während sein Vater

tung durch das Bankinstitut, sondern auch wertvolle Hinweise seines Kreditgebers, die ihm schrittweise eine Verbesserung des Praxisratings und damit eine Verringerung seiner Kreditkosten ermöglichen sollten. Die bisherigen Erfahrungen geben S. durchaus Recht, da sich der für ihn zuständige Kundenberater durchaus konstruktiv zeigt, wenn es beispielsweise um die Optimierung des betrieblichen Zahlungsverkehrs durch



In den Beratungsgesprächen mit der Bank sollte der Zahnarzt auch immer seine unternehmerische Führungsverantwortung unter Beweis stellen.

den unmittelbaren Kontakt zur Hausbank eigentlich nur dann suchte, wenn ein Kreditwunsch unmittelbar bevorstand, bat S. sofort nach Übernahme der Praxis um die Verbesserung der gegenseitigen Kommunikation. Er versprach sich davon nicht nur eine intensivere betriebswirtschaftliche Beglei-

entsprechende Bankensoftware oder um Hinweise zur Verringerung von Privatentnahmen geht. Neben diesen und ähnlichen Beispielen zur Verbesserung der Geschäftsverbindung ist es S. durch diese relativ enge Kunde-Bank-Beziehung darüber hinaus tatsächlich gelungen, die jeweiligen Kreditkos-

ten in einem vertretbaren Rahmen zu halten und vor allem eine gewisse Transparenz zu erreichen, die ihn in die Lage versetzt, die Konditionsgestaltung der Bank weitgehend nachzuvollziehen.

Unternehmerische Führungsverantwortung

So brachte auch das letzte Gespräch für S. wertvolle Erkenntnisse, deren Umsetzung ihn möglicherweise viel Geld sparen helfen. Es geht um den Gesamtkomplex seiner betrieblichen Versicherungen, deren Umfang und Qualität nach Aussage des Bankmitarbeiters „wesentlicher Bestandteil des Praxisratings“ sind. S. hat sich mit diesem Thema in der Vergangenheit selbst so gut wie nicht beschäftigt. Zuständig ist vielmehr der jeweilige Ansprechpartner des Versicherers, bei dem S. vor allem die Inventar- und die Gebäudeversicherung abgeschlossen hat. Mögliche Anpassungen im Versicherungsschutz erfolgen nur dann, wenn einer der Versicherer, es bestehen Verbindungen zu insgesamt vier Unternehmen, von sich aus aktiv wird und um ein Gespräch bittet. Da S. bisher keine seiner Versicherungen, von geringen Ausnahmen einmal abgesehen, in Anspruch nehmen musste, gab es für ihn an dieser Vorgehensweise auch nichts auszusetzen. Er sah die strategische Ausrichtung seiner Praxispolicen daher zumindest bisher auch nicht als „wesentlichen Teil seiner Führungsverantwortung“, wie es der Gesprächspartner seiner Bank formulierte.

Die Aufarbeitung dieses Mangels verlief für S. während des Bankgesprächs daher auch nicht ohne Überraschungen. Wesentlicher Kritikpunkt seitens der Bank war vor allem die Unübersichtlichkeit der einzelnen Verträge, verursacht durch die erwähnte Vielzahl der beteiligten Versicherungsunternehmen. Dies wiederum führte zu Versicherungsverträgen, die dasselbe Risiko mehrfach absicherten. Außerdem stellte der Bankmitarbeiter fest, dass die abgesicherten Beträge in der seit Jahren nicht mehr geänderten Betriebsunterbrechungsversicherung längst nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten entsprachen. Wäre bei S. also ein Schaden entstanden, der eine vorübergehende

Foto: KfW

Schließung seiner Praxis zur Folge gehabt hätte, wäre er nicht darum herum gekommen, einen Teil seiner fortlaufenden Praxis-kosten, die sich während der vergangenen Jahre erhöht haben, selbst zu finanzieren. Auch mögliche Prämienvorteile, etwa durch die Konzentration verschiedener Versicherungen auf nur ein oder zwei Unternehmen, wurden von S. nicht wahrgenommen, da eine professionelle Kostenkontrolle, auf die S. in nahezu allen Praxisbereichen sonst großen Wert legt, in Versicherungsfragen nicht stattfand.

Konzentration auf wenige Versicherungsträger

S. hat mittlerweile die Konsequenzen aus dem Bankgespräch gezogen und das Thema „Versicherungen“ zur Chefsache erklärt. Die offensichtliche „Rüge“ seiner Hausbank und der damit verbundenen Gefahr, dort



Foto: Fotolia

Praxisinhaber sollten regelmäßig prüfen, ob sich an der aktuellen Situation der Praxis etwas geändert hat und der jeweilige Versicherungsschutz gegebenenfalls verändert werden muss.

zm-Info

Check-Liste

- Da neben dem Finanzrating als Maßstab für die betriebswirtschaftliche Seite der Praxis das qualitative Rating mit der Beurteilung wesentlicher unternehmerischer Fähigkeiten große Bedeutung besitzt, sollten sich Zahnärzte mit dessen Einzelheiten befassen und nicht ausschließlich das Finanzrating weiterentwickeln.
- Der dargestellte Fall zeigt, dass zum qualitativen Rating mit entsprechender Gewichtung auch der Umgang mit Praxisversicherungen gehören kann.
- Zahnärzte sollten daher im Rahmen ihrer Unternehmenssteuerung verbindliche Regeln etwa zur regelmäßigen Prüfung jeder einzelnen Police festlegen.
- Darüber hinaus sollte geklärt werden, in welchem Umfang die beteiligten Banken bei Detailfragen, vor allem zum Inhalt der jeweiligen Policen, eingebunden werden können. Je nach Kreditinstitut gibt es hier kompetente Ansprechpartner mit entsprechenden Erfahrungen in diesem Bereich.

seine Führungsqualitäten in Frage zu stellen, will S. kurzfristig entgegenwirken. Als erste Maßnahme wird er eine Bestandsaufnahme seiner Versicherungen durchführen und jede einzelne Police von einem unabhängigen Versicherungsmakler prüfen lassen. Im Ergebnis verspricht er sich davon nicht nur eine Optimierung seiner Prämien und des jeweiligen Versicherungsschutzes, sondern auch eine Konzentration der Versicherungen auf zwei, maximal drei Versicherungsunternehmen.

Darüber hinaus wird er ab sofort ein Mal im Jahr prüfen, ob sich an der aktuellen Situation seiner Praxis etwas geändert hat und der jeweilige Versicherungsschutz gegebenenfalls verändert werden muss. Klar ist außerdem, dass sich S. durch diese Maßnahmen letztlich auch eine weitere Verbesserung seines Kreditratings und damit seiner Kreditkonditionen erhofft.

Michael Vetter
vetter-finanz@t-online.de

Silber als Finanzinvestition

Interessante Anlage mit guten Chancen

Der Goldpreis hat die 1 000-Dollar-Marke in diesem Jahr bereits mehrfach überschritten. Viele Anleger kapitulieren vor dem hohen Preis. Noch gute Chancen, auch für kleinere Beträge Edelmetall als Sicherheitsreserve zu kaufen bietet Silber. Doch anders als bei Gold beeinflussen viele verschiedene Faktoren die Preisentwicklung des weißen Metalls.

Am 15. Oktober erreichte der Goldpreis seinen bis dahin höchsten Stand: 1 070,80 Dollar pro Unze (31,10 Gramm). In die Freude europäischer Goldbesitzer mischte sich ein wenig Trauer, denn den Grund für den Anstieg fanden Experten im schwächelnden Dollar beziehungsweise starken Euro. Für ihn bezahlen die Amerikaner 1,49 Dollar. Das bedeutet, dass der viel bejubelte Höchststand nur auf Dollar-Basis stattfand, in Euro gerechnet aber blieb er etwa zehn Prozent darunter. Übers Jahr betrachtet hat der Goldpreis bereits einige Turbulenzen hinter sich. Denn schon im März 2008 erreichte er einen Höchststand von 1 030,80 Dollar. Anschließend fiel er auf etwa 880 Dollar, um dann erneut anzusteigen. Silber, die kleine Schwester des gelben Metalls, hinkt hinterher. Der Preis entwickelte sich in der Vergangenheit sehr – wie die Experten sagen – volatil. Das heißt, er schwankte heftig. So stieg er im vergangenen Jahr auf über 20 Dollar je Unze, um dann auf die Hälfte dieses Wertes zu fallen. Inzwischen liegt er wieder bei 17,45 Euro (Stand: 19. Oktober 2009), Tendenz steigend. Wer also einen Teil seines Vermögens in Sachwerte investieren will, um sich vor einer möglichen Inflation zu schützen, kann den teuren Euro nutzen, um Silber zu kaufen. Eugen Weinberg, Rohstoffanalyst bei der Commerzbank in Frankfurt, steht dem edlen Metall positiv gegenüber: „Ob Silber eine gute Investition ist, ist eine Frage der Perspektive. Man bekommt relativ viel Silber für wenig Geld. Meiner Meinung nach ist es durchaus sinnvoll, Silber zu kaufen, weil es im Vergleich zu Gold günstig ist.“

Silberkurs hängt am Gold

Für Experten hängen die Kurse der beiden Metalle ganz klar zusammen. Weinberg: „Silber folgt Gold. Wenn der Goldpreis steigt, steigt der Silberpreis überproportional und umgekehrt fällt er auch tiefer.“ Den Grund dafür sieht er darin, dass beide Metalle seit Jahrtausenden für monetäre Zwecke gebraucht werden. Zwar hat Silber in den letzten Jahren diesen Status weitgehend verloren, doch Anleger setzen immer noch auf das Edelmetall. Ob Silber im Vergleich zu Gold teuer oder billig ist, lässt sich am Stand des Gold-/Silber-Koeffizienten ab-

lesen. Mitte Oktober lag er bei 60. Carsten Fritsch, Edelmetallspezialist bei der Commerzbank hält einen Koeffizienten von 40 bis 50 für realistisch.

Ein großer Unterschied zwischen den beiden Edelmetallen liegt in der Nachfrage. Rekrutiert sie sich bei Gold hauptsächlich aus Investoren und der Schmuckindustrie, bestimmt bei Silber die Industrie zu mehr als 50 Prozent die Nachfrage. Münzprägung und Fotografie fallen als Abnehmer inzwischen aus. Doch der Rohstoff beeindruckt mit physikalischen Eigenschaften, die ihn in vielen Bereichen unentbehrlich machen. Er ist extrem formbar, leitfähig und haltbar.



Silber ist ein viel geschätzter Rohstoff – in der Industrie, im Privaten und im Finanzwesen.

Darüber hinaus schätzen ihn die Mediziner wegen seiner keimtötenden Wirkung. Silber-Ionen töten Pilze, Viren und Bakterien. Das wussten sogar schon die Mediziner im Mittelalter. Für nützliche Zwecke entdeckt wurde es schon viel früher.

Bereits seit dem fünften Jahrtausend vor Christus verarbeiten die Menschen Silber. Für die Ägypter, Griechen, Römer und Germanen zählte es sogar mehr als Gold. Die Griechen verfügten über eine sehr ergiebige Mine und prägten um 600 vor Christus die ersten Münzen. Seine Bedeutung als Münzmetall behielt Silber bis ins 20. Jahrhundert hinein. Im 16. Jahrhundert entdeckten die Südamerikaner ihre Silbervorräte. Vor allem die mexikanischen und peruanischen Bergwerke erlangten wegen ihres Reichtums Weltruhm. Noch heute steht Peru vor Mexiko in der Produzenten-Rangliste an erster Stelle.



Foto: Fotolia

Erst die Silberauflage auf Glas macht den Spiegel zum Spiegel.

Industrie-Nachfrage groß

Seine Bestimmung in der Zukunft findet Silber vor allem in der Verwendung für langfristige Datenspeicher, elektronische Sensoren, spannungsstabile Batterien und vor allem als Hochtemperatur-Supraleiter. Ohne die Silberauflage auf Glas gäbe es keine Spiegel. Es findet sich in Kontakten, Katalysatoren, Solaranlagen. Batterien, die mit Silber statt mit Lithium arbeiten, können mehr Energie speichern. In den vergangenen zehn Jahren stieg die industrielle Nachfrage um 75 Prozent auf 450 Millionen Unzen.

Obwohl Silber in der Erde sehr viel häufiger vorkommt als Gold, wird es nicht separat gefördert. Vielmehr gilt es als Nebenprodukt bei der Gewinnung anderer Rohstoffe. Vor allem bei der Förderung von Gold, Zink, Kupfer und Blei kommt auch Silber zu Tage. Die spezielle Suche hat sich dank des niedri-

gen Marktpreises bislang nicht gelohnt. Die Fördermenge hängt also von der Nachfrage der Industrie nach den anderen Metallen ab. In Zeiten schwacher Konjunktur, wie in den letzten Monaten, nimmt die Nachfrage ab und automatisch verringert sich das Angebot an Silber.

Lohnen könnte sich eine eigenständige Förderung, wenn die Strichcodes zur Preisangabe auf Waren demnächst möglicherweise von silberhaltigen Mikrofunkchips abgelöst werden. Wird diese Technik weltweit einge-

tiert werden wollen und einen Teil ihres Vermögens in Edelmetallen anlegen wollen, können ihr Geld auf verschiedene Weise in Silber investieren:

■ Barren

Wer sich für Barren entscheidet, braucht unter Umständen viel Platz in seinem Safe. Ein Kilogramm Silber kostet derzeit etwa 400 Euro. Bei einer Anlagesumme von 10000 Euro stapeln sich 25 Barren. Allerdings fällt beim Kauf von physischem Silber in

Sammlern begehrt sind. Der Kniff dabei ist: Es wurden immer weniger Münzen geprägt als nachgefragt wurden. Nachprägungen aus früheren Jahren gibt es nicht, so dass Sammler sie heute in Auktionen oder bei Münzhändlern suchen müssen. Gilt eine Münze als Investment, steigt die Auflage. Dann entscheidet, wie zum Beispiel beim südafrikanischen Krügerrand in Gold, nur noch der Preis des Edelmetalls. Ein Sammleraufschlag wird dafür nicht gezahlt, für frühe Kookaburras aber schon.

In Deutschland erfreut sich das Ein-Unzen-Silberstück mit dem neuseeländischen Laufvogel Kiwi großer Beliebtheit. So kostete die australische Münze bei der Ausgabe in 2004 (Auflage: 1 502 Stück) und in der höchsten Qualität „polierte Platte“ 40 Euro. Heute hat sie die 100-Euro-Grenze überschritten. Vielleicht steht den Prägungen aus 2009 ja eine ähnliche Karriere bevor. Als lukrativ hat sich in den vergangenen Jahren ebenfalls der Kauf des chinesischen Panda erwiesen. Auch die in diesem Jahr emittierten Münzen haben schon eine Preissteigerung gegenüber dem reinen Silberwert erfahren. Unter den deutschen Münzen sind vor allem die Zehn-Mark-Gedenkmünzen aus den Jahren 1998 bis 2001 interessant. Damals befand sich der Silberpreis im Tief. Deshalb haben diese Münzen einen relativ hohen Silbergehalt von 92,5 Prozent. Wichtig ist es, vor dem Kauf unbedingt Preisvergleiche bei den verschiedenen Anbietern anzustellen. Leider fällt auch bei Münzen die Mehrwertsteuer in Höhe von 19 Prozent an. Für manche Münzen gilt der reduzierte Satz von sieben Prozent. Sie stehen auf einer Liste, die das Finanzministerium herausgibt.



Foto: Bildagentur Schapovalow

All die schönen Sachen – neben Gold hat auch Silber eine betörende Aura für viele Menschen.

setzt, könnte der Bedarf an Silber – so schätzt es jedenfalls das Fraunhofer Institut – um 50 Prozent steigen. Dann dürfte auch der Preis für das günstige Metall endgültig abheben. Die Vorräte reichen nach Angaben des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung, des Fraunhofer Instituts und der Bundesanstalt für Geowissenschaften noch für etwa 29 Jahre. Das Recycling von Silber könnte sich demnächst also auch lohnen.

Anlagevarianten

Anleger, die von den interessanten Zukunftsaussichten des weißen Metalls profi-

Deutschland im Gegensatz zu Gold 19 Prozent Mehrwertsteuer an. Nach einem Jahr Haltefrist bleibt bei einem Verkauf der Gewinn abgabenfrei. Denn Barren fallen unter die alte Spekulationsfrist. Allerdings sollte der Kurs bis dahin zumindest die Ausgabe für die Mehrwertsteuer aufgeholt haben.

■ Münzen

Für die Anlage nach Renditegesichtspunkten eignen sich Münzen nur eingeschränkt. Voraussetzung für eine Preissteigerung sind Seltenheit, gute Prägung und ein sehr guter Erhaltungszustand. Erst wenig beachtet gehört zum Beispiel der australische Kookaburra (Eisvogel) zu den Münzen, die heute bei



Vor allem die peruanischen Silber-Bergwerke erlangten wegen ihres Reichtums Weltruhm. Noch heute steht Peru vor Mexiko in der Produzenten-Rangliste an erster Stelle.

Foto: Fotolia

terlegt. Im Gegensatz zu einem Zertifikat ist der Gegenwert des Wertpapiers tatsächlich vorhanden. Im Insolvenzfall gelten die hinterlegten Barren als Sondervermögen, das nicht in die Konkursmasse fällt. Anleger, die sich von ihren ETC/ETF trennen wollen, können wahlweise Geld oder die Auslieferung des Silbers verlangen. Allerdings sollten sie dabei berücksichtigen, dass Aufschläge für Scheide-, Schmelz- und Transportkosten anfallen. Ob die verbriefte Menge Silber wirklich vorhanden ist, lässt sich nur schwer nachprüfen. Bis jetzt ist noch kein Betrugsfall bekannt geworden. Es gibt allerdings auch ETC oder ETF, die nicht mit physischem Silber besichert sind. Dann handelt es sich um Schuldverschreibungen, deren Risiko allein der Kunde trägt. Zu den be-

kannten mit physischem Silber besicherten ETC gehören der iShares Silver Trust oder der ZKB Silver ETF der Zürcher Kantonalbank.

Bislang noch nicht geklärt ist die Steuerfrage. Handelt es sich nach Meinung von Steuerexperten um ein Wertpapier, fällt beim Verkauf die Abgeltungssteuer an. Bei der Auslieferung der Barren aber würde die Spekulationsfrist von einem Jahr gelten. Danach wäre das Silber steuerfrei. Bislang liegt vom Finanzministerium noch keine endgültige Anweisung an die Finanzämter vor. Experten rechnen aber damit, dass die Abgeltungssteuer zum Zuge kommen wird, weil sich die meisten Anleger wohl das Geld auszahlen lassen werden. Auch wenn sich Einzelne doch für die Barren entscheiden, wer-

den sie die Abgeltungssteuer zahlen müssen. Neulinge sollten bedenken, dass gerade der Silberpreis stark schwankt und mehr als Gold von der konjunkturellen Lage abhängt.

■ Zertifikate

Neben ETC und ETF ohne physisches Metall als Sicherheit, können Anleger ihr Geld auch noch in Zertifikate stecken, die den Silberpreis, einen Index von Minenaktien oder andere Produkte rund um Silber als Basis haben. Dann gerät die Anlage aber zum Hasardeurspiel, das sich ausschließlich für Experten und Zocker eignet. Viele Kenntnisse und Mut zum Risiko verlangt auch der Kauf von Minenaktien.

■ Accessoires

Erbaulicher hingegen kann die Investition in das Gold des kleinen Mannes sein, wenn es sich um schöne Dinge handelt. Weniger wegen seiner herausragenden Eigenschaften und der Aussicht auf steigende Preise als vielmehr wegen seines schönen Glanzes erfreut sich Silber vor allem bei Schmuck und in der Tischkultur nach wie vor großer Beliebtheit. Gerade Ketten, Armreifen, Ringe und Ohrringe zeichnen sich häufig durch exzellentes Design aus. Entscheidend für den Preis sind die Gestaltung und die handwerkliche Verarbeitung. Liebhaber von Silberschmuck und -gerätschaften wie Besteck, Tablettts oder Schalen, wissen, dass erst der Stempel 925 den hohen Silberanteil bestätigt.

Die Preise für die Objekte dürften anziehen, wenn Experte Carsten Fristtsch mit seiner Prognose Recht behält: „Silber sollte in den nächsten ein bis zwei Jahren auf 20 Dollar je Unze steigen.“ Gleichzeitig warnt er aber auch vor einem Rückschlag: „Die Nachfrage aus dem Investmentbereich steigt. Die Spekulanten gehen verstärkt in den Markt. Wenn sie verkaufen, um Gewinne zu realisieren, kann der Preis vorübergehend auf 13 bis 14 Dollar sinken.“

Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de

Steuern

Gestaltungsmöglichkeiten zum Jahresende

Zahnärzte kennen das Problem. Jedes Jahr steht zum Jahresende das Gespräch mit dem Steuerberater an, und es werden Gestaltungsmöglichkeiten gesucht und besprochen, um die Steuerlast zu minimieren. Gut, wenn sich der Zahnarzt auf dieses wichtige Gespräch vorbereitet. Folgende Informationen und Tipps können dabei helfen.



Für das Jahr 2009 gilt zum ersten Mal die Abgeltungssteuer, bei der die Kapitalerträge nicht mehr in der Steuererklärung angegeben werden müssen.

Die meisten Zahnärzte ermitteln ihren Gewinn durch eine Einnahme-Überschuss-Rechnung. Für diese Gewinnermittlung gilt das Zu- und Abflussprinzip. Das bedeutet: Einnahmen werden im dem Jahr berücksichtigt, in dem sie dem Zahnarzt zufließen. Ausgaben werden in dem Jahr abgesetzt, in dem die Zahlung erfolgt. Der Zahnarzt hat nun die Möglichkeit, die Zahlungstermine zu verschieben, und das sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite. Dadurch ergibt sich für den Zahnarzt ein erheblicher Gestaltungsspielraum bei der Gewinnermittlung.

Der Gestaltungsspielraum ist geringer bei den Zahnärzten, die bilanzieren. Bei dieser Gewinnermittlungsart gilt, dass die Einnahmen dem Jahr zugeordnet werden, in dem

die Leistung erbracht wurde. Ausgaben werden in dem Jahr berücksichtigt, in dem die Rechnungslegung erfolgte. Dabei spielt es keine Rolle, wann die tatsächliche Zahlung stattfand.

Aber unabhängig davon wie der Zahnarzt seinen Gewinn ermittelt, gilt folgendes Grundprinzip: Bei gleichem zu versteuerndem Total-Gewinn bezahlt der Zahnarzt die wenigsten Steuern, der über den gesamten Zeitraum seiner beruflichen Tätigkeit jedes Jahr möglichst die gleiche Steuerprogression erreicht. Hingegen muss der Zahnarzt die meisten Steuern bezahlen, dessen zu versteuernder Gewinn starken jährlichen Schwankungen unterliegt.

Allein schon aus diesem Grund ist es sinnvoll, dass Zahnärzte sich um einen mög-

lichst gleichbleibenden regelmäßigen Jahresgewinn bemühen und legale Gestaltungsmöglichkeiten nutzen. Hinzu kommt noch der Zinsvorteil, der durch die Steuer-verschiebung entsteht. Bei den aktuell niedrigen Kapitalmarktzinsen fällt der zwar gering aus, ist aber vorhanden. Des Weiteren ist zu beachten, dass die Gestaltung nicht nur bei der Gewinnermittlung steuerliche Vorteile bringt, sondern auch bei anderen Einkunftsarten wie zum Beispiel bei Vermietung und Verpachtung oder bei den Sonderausgaben.

Steuerlast beeinflussen

Ermittelt der Zahnarzt seinen Gewinn durch die Einnahme-Überschuss-Rechnung kann er seine Steuerlast noch bis zum 31. Dezember dadurch beeinflussen, dass er die Einnahmen für das laufende Jahr reduziert. Honorarforderungen werden in das kommende Jahr verlagert, wenn die Rechnungsstellung so terminiert wird, dass die Zahlung auf jeden Fall erst im Jahr 2010 erfolgen kann. Zahnärzte, die bilanzieren, können eine solche Verschiebung nur erreichen, indem sie die Leistung erst im neuen Jahr erbringen.

Auch der Ausgabenbereich kann gestaltet werden. Laufende Ausgaben, wie etwa die Miete, können vorzeitig bezahlt werden und reduzieren damit den Gewinn im Jahr 2009. Begleitet der Zahnarzt die Fremdlaborrechnung noch im laufenden Jahr, bestellt und bezahlt er dieses Jahr noch Verbrauchsmaterial für die Praxis, lässt er Schönheitsreparaturen in den Praxisräumen durchführen, die er auch noch dieses Jahr bezahlt, spendiert er dem Kindergarten Mundhygieneprodukte oder spendet er für die Weihnachtsfeier des Turnvereins – all diese Maßnahmen mindern als Betriebsausgaben den laufenden Gewinn.

Um den gewünschten steuerlichen Effekt zu erreichen müssen jedoch folgende Punkte beachtet werden:

■ Handelt es sich um wiederkehrende Zah-

Foto: picture-alliance

lungen, wie etwa die Miete, muss der Zahlungsabfluss spätestens 10 Tage nach Ablauf des Jahres erfolgen. Maßgeblich ist also nicht das Datum des Überweisungsauftrags, sondern das Datum, an dem das Konto belastet wird.

■ Zahnärzte, die ihren Praxisgewinn mit der Einnahme-Überschuss-Rechnung ermittelten, müssen beachten, dass für alle anderen Zahlungen gilt, dass der Zahlbetrag auf jeden Fall im Jahr 2009 noch abfließen muss. Im Zweifelsfall sollte sich der Zahnarzt bei seiner Bank erkundigen, wann der Annahmeschluss für Überweisungen ist, damit diese noch im laufenden Jahr ausgeführt werden.

■ Im Zweifelsfall sollte die Zahlung nicht mit Überweisung sondern per Scheck erfolgen. Denn hier wird angenommen, dass die Zahlung zum Zeitpunkt der Scheckübergabe erfolgte.



Foto: Bildmaschine

Mietausgaben können vorzeitig bezahlt werden und reduzieren damit den steuerlichen Gewinn im Jahr 2009.

Spenden

Tue Gutes und spare Steuern! Spenden und Mitgliedsbeiträge können bis zu 20 Prozent des Gesamtbetrags der Einkünfte als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden. Nicht abziehbar sind jedoch Mitgliedsbeiträge beim Sport, bei kulturellen

Freizeitaktivitäten oder solche, die die Heimatpflege und Heimatkunde fördern. Für Spenden bis zu 200 Euro reicht der Bankbeleg als Nachweis. Eine Spendenquittung ist für die Steuer erst bei Beträgen über 200 Euro notwendig.

Spendet der Zahnarzt über den Höchstbetrag hinaus (20 Prozent des Gesamtbetrags



Foto: Bildmaschine

Handwerkerleistungen in eigengenutzten Wohnraum werden steuerlich gefördert.

der Einkünfte), geht der steuerliche Vorteil nicht verloren. Denn die Spende ist zeitlich unbegrenzt vortragsfähig und kann in einer nachfolgenden Steuerveranlagung berücksichtigt werden.

Reichensteuer

Es dürfte für die wenigsten Zahnärzte relevant sein, aber doch den einen oder anderen Kollegen betreffen. Wie bereits 2008 müssen auch im Jahr 2009 die steuerlichen Grenzen für die „Reichensteuer“ beachtet werden. Das bedeutet, dass Zahnärzte deren zu versteuerndes Einkommen über 250 000 Euro (bei Ehegatten 500 000 Euro) liegt, dieses mit 45 Prozent – statt dem Spitzensteuersatz von 42 Prozent – versteuern müssen. Gerade

diese Steuerzahler müssen prüfen, ob sie durch geeignete Maßnahmen unterhalb der Grenze gelangen, um den Steuersprung von drei Prozentpunkten zu vermeiden.

„Haushaltsnahe“ und Handwerkerleistungen

Haushaltsnahe Tätigkeiten in Privathalten und Handwerkerleistungen in eigenem Wohnraum werden steuerlich gefördert. Von Vorteil ist, dass diese Steuervergünstigungen die Steuerschuld direkt reduzieren. Sofern die Höchstbeträge ausgeschöpft werden können, ergibt sich daraus ein Steuersparpotenzial von beachtlichen 5 710 Euro. Die Möglichkeiten kurz zusammengefasst:

■ Für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse ermäßigt sich die Einkommensteuer auf Antrag um 20 Prozent der gezahlten Aufwendungen, höchstens um 510 Euro.

■ Bei Inanspruchnahme von Handwerkerleistungen für Renovierungs-, Erhaltungs- und Modernisierungsmaßnahmen im privat genutzten Wohnobjekt ermäßigt sich die Einkommensteuer ebenfalls um 20 Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch um 1 200 Euro. Jedoch werden nur die Lohn- und Anfahrtskosten berücksichtigt, sofern diese in der Rechnung gesondert ausgewiesen werden.

■ Für alle anderen haushaltsnahen Dienstleistungen sowie für die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen beträgt die maximal mögliche Ermäßigung beachtliche 4 000 Euro. Wobei auch hier 20 Prozent der Aufwendungen berücksichtigt werden.

Doch Vorsicht: Sämtliche Zahlungen für haushaltsnahe Aufwendungen, insbesondere auch Abschlagszahlungen oder Teil- und Anzahlungen, dürfen ausschließlich unbar (Überweisung, Dauerauftrag, Lastschrift) erfolgen und müssen durch eine Kopie des entsprechenden Kontoauszugs belegt werden. Damit führt jede Barzahlung – ohne jede Ausnahme – zwangsweise zum sofortigen Verlust des möglichen Steuerermäßigungsanspruchs.

Vorsorgeaufwendungen

Für einen Zahnarzt kann es von erheblichem steuerlichen Vorteil sein, noch Einmalzahlungen in die Basisversorgung (Rentenversicherung, Versorgungswerk, Rürup-Rente) vorzunehmen, sofern er die Höchstbeiträge bei den Vorsorgeaufwendungen noch nicht ausgeschöpft hat. Der Höchstbetrag an Einzahlungen in die Basisversorgung beträgt bei Ledigen 20 000 Euro, bei Ehegatten 40 000 Euro.

Also empfiehlt es sich, gegebenenfalls bei dem Versorgungswerk nachzufragen, ob die Möglichkeit besteht, mit einer Einmalzahlung die Beiträge aufzustocken. Der Zahnarzt sollte sich aber auch die damit verbundene (voraussichtliche) Rentenerhöhung mitteilen lassen.

Investitionsabzugsbetrag

Der Investitionsabzugsbetrag hat die frühere Ansparabschreibung ersetzt. Ein Zahnarzt kann den Abzugsbetrag für künftige Investitionen in Anspruch nehmen, wenn sein Praxisgewinn für das Jahr 2009 maximal 200 000 Euro beträgt. Diese Grenze gilt für Zahnärzte, die ihren Gewinn mit der Einnahme-Überschuss-Rechnung ermitteln. Für Zahnärzte, die bilanzieren, gelten andere Grenzen.

Der Zahnarzt kann 40 Prozent der geplanten Investitionskosten, maximal 200 000 Euro, als Abzugsbetrag gewinnmindernd geltend machen. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um neue oder gebrauchte Wirtschaftsgüter handelt. Es ist allerdings jedem Zahnarzt zu empfehlen, einen Kostenvoranschlag für die geplante Investitionen einzuholen.

Doch die Regelungen bezüglich dem Investitionsabzugsbetrag haben ihre Tücken. Deshalb sollten auch nur die Zahnärzte den Abzugsbetrag geltend machen, bei denen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die Investition getätigt wird. Kommt es nämlich nicht zu Investitionen, erhöht sich die Steuer rückwirkend für das Jahr in dem der Abzugsbetrag gebildet wurde. Und das wird teuer. Denn der Fiskus bekommt dann nicht nur die Steuernachzahlung, sondern darf sich auch noch über Nachzahlungszinsen freuen.

Sonderabschreibung

Erfolgt eine Investitionen, darf der Zahnarzt zusätzlich zur linearen oder degressiven Abschreibung eine Sonderabschreibung in Höhe von 20 Prozent der Anschaffungskosten geltend machen. Jedoch müssen hierfür

gewisse Maßgaben eingehalten werden. Deshalb sollte er mit seinen Steuerberater überlegen, ob es eventuell sinnvoll ist, die Anschaffung in das Jahr 2010 zu verlegen. Dann würde ein im Jahr 2009 gebildeter Investitionsabzugsbetrag für dieses Jahr den Gewinn senken und muss im Jahr 2010 gewinnerhöhend aufgelöst werden. Investiert der Zahnarzt direkt im Januar 2010, kann er für das ganze Jahr 2010 die lineare oder degressive Abschreibung und die 20-prozentige Sonderabschreibung in Anspruch nehmen.

Abgeltungssteuer

Für das Jahr 2009 gilt zum ersten Mal die Abgeltungssteuer. Danach müssen 25 Prozent auf private Kapitalerträge und Spekulationsgewinne an den Fiskus abgeführt werden. Das vereinfacht die jährliche Steu-

erklärung: Denn die Kapitalerträge müssen grundsätzlich nicht mehr in der Steuererklärung angegeben und nicht mehr dem individuellen Steuersatz unterworfen werden. Das erspart dem Zahnarzt die Mühe, die entsprechenden Unterlagen für den Steuerberater zu sammeln und reduziert die Steuerberatungsgebühren für die Ermittlung der Einkünfte aus Kapitalvermögen. Doch es gibt Ausnahmen. So müssen zum Beispiel die Kapitalerträge in der Steuererklärung erfasst werden, wenn ein Ehepartner dem Praxisinhaber ein Darlehen gewährt. Über die einzelnen Sonderregelungen sollte jeder Zahnarzt mit seinem Steuerberater sprechen.

Natürlich ist die Angabe der Kapitalerträge in der Steuererklärung freiwillig möglich. Das empfiehlt sich dann, wenn steuerliche Vergünstigungen beantragt werden oder der persönliche Grenzsteuersatz geringer ist als die Abgeltungssteuer von 25 Prozent.

Nicht entnommene Gewinne

Diese Gestaltungsmöglichkeit steht nur den Zahnärzten offen, die bilanzieren. Sie können ihren Gewinn im Unternehmen belassen (thesaurieren) und müssen diesen nur mit 28,25 Prozent versteuern. Werden die thesaurierten Gewinne später für private



Foto: picture-alliance

Spenden für karitative Zwecke können bis zu 20 Prozent des Gesamtbetrags der Einkünfte als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden.

Zwecke entnommen, muss der Zahnarzt diese mit 25 Prozent nachversteuern. Insgesamt betrachtet, steigt damit die Steuerbelastung. Deshalb ist es sehr fraglich, ob bei dieser Gestaltungsmöglichkeit überhaupt Vorteile für den Zahnarzt entstehen. Fazit: Zu beachten ist, dass alle diese Empfehlungen nur sinnvoll sind, wenn sie dem

Zahnarzt nützen. So sollte ein Zahnarzt Ausgaben nur dann tätigen, wenn diese tatsächlich notwendig sind und in der nächsten Zeit auch erforderlich wären. Denn die Steuerentlastung beträgt lediglich maximal 45 Prozent. Ergo muss der Zahnarzt mindestens 55 Prozent der Ausgaben selbst tragen.

Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Zahnärztin, Master of Business
Administration
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

Jürgen Stolz
Dipl.-Finanzwirt, Steuerberater,
IAS/IFRS-Accountant
Homberger Str. 72b
47441 Moers



Foto: picture-alliance

Noch ist es nicht zu spät, um steuersparende Überweisungen in Angriff zu nehmen.

Strategie gegen Antibiotikaresistenzen

Zielgerichtete Impfungen

Ein vernünftiger Einsatz von Antibiotika kombiniert mit zielgerichteten Impfungen könnte dazu beitragen, das Ausmaß von Antibiotikaresistenzen zu verringern. Studien zeigen, dass diese Strategie besonders bei Kindern sinnvoll ist, um der Pneumokokken-Meningitis oder durch Pneumokokken verursachten Mittelohrentzündungen vorzubeugen.

Hanna Nohynek von der Universität von Tampere in Finnland erklärte auf dem Europäischen Gesundheitsforum, dass es möglich ist, Synergien zu schaffen zwischen nationalen Programmen zur Kontrolle eines unnötigen Antibiotikaverbrauchs und Programmen mit einem Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff. Dadurch ließen sich die Resistenzen mindestens um das Zweifache senken – selbst bei jenen Bakterien, die üblicherweise weit verbreitete Infektionen bei Kindern und Erwachsenen auslösen.

„Ausgehend von der Wirksamkeit konjugierter Pneumokokken-Impfungen ist es notwendig, den Zugang zu Präventivmedizin – dazu gehören Impfungen – für alle Europäer zu verbessern“, empfahl Paolo Bonanni von der Universität von Florenz. Philippe Beutels von der Universität von Antwerpen in Belgien verwies zu-

dem auf die Kosteneffektivität der Pneumokokken-Impfung.

Pneumokokken-Erkrankungen bei Kindern unter fünf Jahren sind laut Weltgesundheitsorganisation weltweit die Hauptursache für Todesfälle, die durch Impfungen vermeidbar wären. Schätzungen zufolge sterben an Pneumokokken-Erkrankungen jedes Jahr weltweit bis zu einer Million Kinder.

Pneumokokken-Infektionen werden durch das Bakterium *Streptococcus pneumoniae* verursacht. Eine Ansteckungsgefahr besteht sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Die Bakterien besiedeln die Schleimhäute des Nasen- und Rachenraumes. Die Infektion verläuft üblicherweise symptomlos, erst bei geschwächter Immunabwehr kann die Krankheit ausbrechen. Pneumokokken-Erkrankungen können zu Sepsis oder Meningitis (Hirnhautentzündung) führen, zu Lungenentzündung oder akuter Mittelohrentzündung.

Derzeit stehen konjugierte und unkonjugierte Impfstoffe zur Verfügung, wobei die konjugierten Kindern bis zum vollendeten fünften Lebensjahr verabreicht werden können, die unkonjugierten ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr. pr/ps



Foto: Fotolia

zm-Info

European Health Forum Gastein

Das European Health Forum Gastein ist die wichtigste gesundheitspolitische Fachveranstaltung der Europäischen Union. Führende Experten aus Industrie, Wissenschaft sowie Patientenorganisationen und NGOs sowie zahlreiche prominente Gesundheitspolitiker präsentieren hier neue Konzepte und

nutzen das EHFG als Plattform für den Erfahrungs- und Meinungsaustausch auf internationaler Ebene. Ein Charakteristikum des Europäischen Gesundheitsforums ist sein breites Themenspektrum. Hier einige Highlights des diesjährigen Kongresses vom 30. September bis 3. Oktober 2009. zm

Krankenhäuser

Klassische Bettenburgen sind passé

Krankenhäuser, die als „Bettenburgen“ angelegt sind, sind nach Ansicht von Wirtschaftsfachleuten ein Auslaufmodell. Die Kapazitätsplanung von Krankenhäusern müsse sich künftig an den Behandlungsabläufen und nicht an der Zahl der Betten orientieren, fordern die Autoren einer internationalen Studie „Investitionen in das Krankenhaus der Zukunft“.

„Die Bevölkerung altert, es gibt immer weniger akute und dafür immer mehr komplexe Krankheitsbilder. Und auch die Behandlungsmethoden ändern sich fortlaufend“, so Martin McKee, Professor für European Public Health an der Londoner Hochschule für Hygiene und Tropenmedizin. Auf diese Veränderungen müssten Krankenhäuser in der Zukunft verstärkt eingehen, um langfristig effizienter wirtschaften zu können.

Im Mittelpunkt der Planung müssten Fragen stehen wie „Wie viele Operationen sind durchzuführen?“ oder „Wie viele Arzt-Patienten-Kontakte sind notwendig?“. Die Orientierung an diesen Kennzahlen sei zwar zweifel-

los komplizierter, führe aber beim laufenden Betrieb zu einer höheren Effizienz.

Angesichts hoher laufender Kosten sei es zudem in Einzelfällen sinnvoll, bestehende Einrichtungen abzureißen, um dort, wo es aus Versorgungsgründen – und nicht aus politischen Erwägungen – erforderlich ist, neue, moderne Häuser zu errichten. Flexibilität sei dabei das wichtigste Erfordernis, erklärte Steve Wright, einer der Verfasser und Vorstandsmitglied des European Center for Health Assets and Architecture. Das bedeute: Gebäudestrukturen mit kurzen Wegen für das Personal, verbesserte Möglichkeiten zur Teamarbeit und zur Umgestaltung von Behandlungszimmern und Operationssälen.

Kosten lassen sich nach Meinung von Bernd Rechel vom European Observatory on Health Systems and Policies in London auch durch eine größere Anzahl von Einzelzimmern sparen, da dies zu einer verbesserten Infektionskontrolle und zur Vermeidung von Medikamentenfehlern beitrage.

pr/ps

Krebsforschung**Ganzheitlicher Ansatz gefordert**

Experten fordern ein Umdenken bei der Finanzierung von Forschungsmodellen in der Krebsmedizin. So werden nach Meinung der Autoren einer Studie zur Rolle der Finanzierung und Politik bei der Entwicklung von Krebsmedikamenten öffentlich-private Partnerschaften in der internationalen Krebsforschung noch zu wenig genutzt.

„Obwohl Europa die Forschungsmittel seit 2004 beträchtlich er-

höht hat, ist die Struktur der Finanzierung immer noch unbefriedigend. In einigen Bereichen kommt es zu Doppelgleisigkeiten, andere werden hingegen vernachlässigt“, kritisierte Panos Kanavos, Professor für internationale Gesundheitspolitik am Sozialpolitischen Institut der London School of Economics. Innovative Finanzierungsmodelle seien in dessen erforderlich, um den zu erwartenden Anstieg an Krebserkrankungen in Europa bewältigen zu können, so das Ergebnis der Studie. Im Jahr 2020 werden Schätzungen zufolge 15 Millionen Europäer an Krebs erkrankt sein.

Die Autoren der Untersuchung fordern ferner ein Umdenken bei Regulations-, Preis- und Rückerstattungssystemen, um Anreize für die Krebsforschung zu setzen.

pr/ps



Foto: Fotolia

Neue EU-Staaten**Männer leben am ungesundesten**

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind in den zehn neuen EU-Staaten deutlich größer als in den alten EU-Staaten. Zwar sind in allen Ländern die Frauen im Durchschnitt gesünder und leben länger als die Männer, doch das Ausmaß des Unterschiedes variiert dabei beträchtlich.

Warum im Hinblick darauf die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den neuen EU-Staaten besonders groß sind, könne derzeit nicht abschließend beantwortet werden, sagte Carol Jagger, Professorin für Epidemiologie und Direktorin der Leicester Nuffield Research Unit an der University of Leicester auf dem Europäischen Gesundheitsforum in Bad Hofgastein. Als möglicher Grund gilt der gesundheitsge-



Foto: Fotolia/Paul West

fährdende Lebensstil der Männer: stärkerer Alkohol- und Nikotinkonsum sowie mehr Verkehrsunfälle im Vergleich zu Frauen. Eine EU-weite Studie „European Health Life Expectancy Information System“ soll genauere Antworten zu den Gründe für die signifikanten Unterschiede erforschen. Die Studie soll bis Ende Juni 2010 fertiggestellt sein.

pr/ps

Wirtschaftskrise**Bremse für die Innovationskraft der Pharmaindustrie**

Die Finanzierungsprobleme der Biotechnologiebranche könnten die gesamte Pharmaindustrie in Mitleidenschaft ziehen. Hierauf wiesen Fachleute auf dem Europäischen Gesundheitsforum in Bad Gastein hin.

Die vorwiegend mittelständischen Biotechnologieunternehmen würden besonders unter

der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise leiden, so Viola Bronsema, Geschäftsführerin des Branchenverbands BIO Deutschland. Dies könnte sich auch negativ auf die Forschungsaktivitäten und die Innovationskraft der Pharmabranche auswirken, da zahlreiche Konzerne dazu übergegangen seien, ihre Forschungsaktivitäten in kleinere Biotech-Unternehmen auszulagern. Durch veränderte Finanzierungsmöglichkeiten und den Trend zur personalisierten Medizin erhofft sich Bronsema dennoch positive Impulse für die Biotechbranche.

pr/ps



Foto: Via Martin Joppen

Integrierte Versorgung**Off überschätzt**

Eine reine Vernetzung von Anbietern von Gesundheitsleistungen führt nach Ansicht von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen kaum zu Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung. „Damit integrierte Versorgung zu Leistungssteigerungen führt und Effizienzgewinne bringt, müssen aus konventionellen Anbietern echte ‚Integrationsversorger‘ werden“, sagte Hans-Dieter Nolting, Geschäftsführer des Berliner Forschungsinstituts IGES, in Bad Gastein. Dazu gehöre, den beteiligten Ärzten Budgetverantwortung zu übertragen. Auch müsse das medizinische Fachpersonal in alle Entscheidungspro-

zesse eingebunden sein. So sollten Ärzte nicht nur Behandlungspfade festlegen dürfen, sondern auch über die Strukturen der integrierten Versorgung entscheiden dürfen. Wichtig sei es ferner, Transparenz über die Qualität der Leistungen und die Preise herzustellen.

pr/ps



Foto: Fotex



Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Zehn Euro für mehr

Menschlichkeit

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.



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

Medizinhistorisches Museum der Charité

Goldgefüllt und perlengleich – 300 Jahre Zahnmedizin in Berlin

Vor 180 Jahren wurde die Zahnheilkunde in Berlin mit der Einrichtung eines Studiums in akademische Bahnen gelenkt. Vor 125 Jahren wurde das Zahnärztliche Universitätsinstitut eröffnet und vor 90 Jahren wurde in Berlin der erste Zahnarzt promoviert: Anlass genug für das Medizinhistorische Museum der Charité, die Ausstellung „Goldgefüllt und perlengleich: 300 Jahre Zahnheilkunde in Berlin“ zu zeigen.



Foto: BMM Charité

Werbetafel für Biox-Zahnpasta – das Motiv dient gleichzeitig als Aufmacher für das Ausstellungsplakat.

Ein martialisches Gemälde empfängt den Besucher: Eine Reproduktion zeigt Theodor Rombouts „Zahnreißer“ bei der Arbeit. Einige Schaulustige sehen der Operation schauernd zu. Im Vordergrund liegen Instrumente, die die Schau in natura präsentiert: eine Mundsperrre etwa, die zum Offenhalten im 18. Jahrhundert benutzt wurde, wenn Zähne auszubrennen waren.

Jene Zahnreißer waren Handwerker. Berühmt war Johann Andreas Eisenbarth (1663 bis 1727), der auch Blasensteine, Brüche und Grauen Star operieren konnte und

mit Musikern und Schauspielern über Land fuhr. Der Staat reglementierte die Ausbildung solcher medizinischen Tausendsassas zunehmend, Zahnärzte in spe hatten sich vor einer gewählten Medizinerkommission einer Prüfung zu unterziehen. Von 1725 an bestimmte ein Medizinedikt, ein Privileg des preußischen Königs, wer eine Barbierstube eröffnen durfte.

Auf Distanz zum fahrenden Volk

So distanzten sich die ersten regelrechten „Zahn-Aerzte“ im 18. Jahrhundert vom fahrenden Volk. Zu ihnen zählte Philipp Pfaff (1713 bis 1766), preußischer Hofzahnarzt Friedrichs des Großen. Pfaff legte 1756 die „Abhandlung von den Zähnen“ vor, sie gilt heute als Fundament der wissenschaftlichen zahnmedizinischen Literatur.



Foto: Hans-Peter Theurich

Detail des Gemäldes „Der Zahnreißer“ von Theodor Rombouts, 17. Jahrhundert, Museum für Schöne Künste, Gent



Foto: Hans-Peter Theurich

Modellkasten mit kieferorthopädischen Apparaturen nach Angle, Anfang des 20. Jahrhunderts; Blue Island Speciality Co Manufacturers, Illinois, USA, Inv. Nr. 2008/40



Die Universitätszahnklinik in der Dorotheenstraße

Foto: BMM Charité

Pfaff beschrieb erstmals eine Überkappung vitalen Zahnmarks mit Gold.

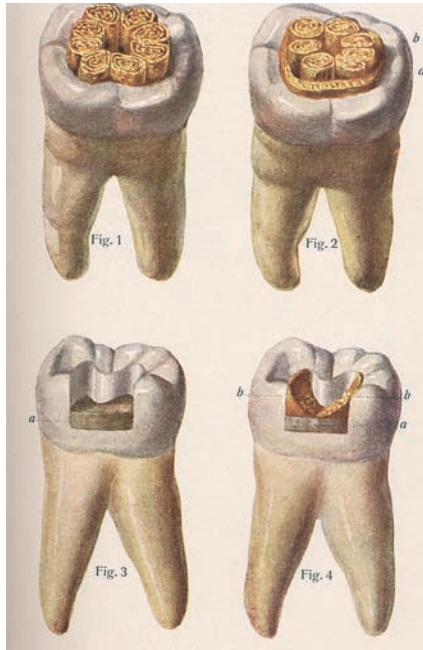
Die Erkenntnisse der Naturwissenschaft im 19. Jahrhundert aus Anatomie, Entwicklungslehre und Mikrobiologie beeinflussten die Zahnmedizin erheblich und wurden Teil des Faches. Von großer Bedeutung war die Anästhesie. Allmählich erhielt die Zahnheilkunde ihren Platz im Kanon der medizinischen Universitätsfächer: Am 20. Oktober 1884 wurde das Zahnärztliche Universitätsinstitut zu Berlin eröffnet.

Die Exponate der Schau reichen von frühem Zahnersatz, gefunden an einem Schädel aus dem 18. Jahrhundert in Berlin, bis zur hypermodernen Praxiseinrichtung. Die damaligen Ersatzzähne waren aus Nilpferdhauern, Aluminium oder – etwas eleganter – Bernstein. Eindrucksvolle Instrumente wie Stoßeisen lassen qualvolle Behandlungen ahnen. Erst in den 1840er-Jahren entwickelte der



Pelikane, 19. Jahrhundert, BMM Charité

Foto: Hans-Peter Theurich



Tafel mit Abbildungen von Goldfüllungen um 1900, aus: G. Preiswerk, Konservierende Zahnheilkunde, 1922

Foto: BMM Charité



Behandlungsstuhl mit Fußtrittbohrmaschine von 1910, Dentalhistorisches Museum Zschadraß

Foto: Hans-Peter Theurich



Karies im Kindergebiss um 1900, BMM Charité

Foto: Hans-Peter Theurich



Feldstuhl und Truppenbesteck aus dem Ersten Weltkrieg, Exponat aus dem Dentalhistorischen Museum Zschadraß

Foto: Hans-Peter Theurich



Behandlungsszene in der Konservierenden Abteilung der Universitätszahnklinik Berlin, 1907

Foto: BMM Charité



Goldklopfinstrumente, 20. Jahrhundert

Foto: BMM Charité

Engländer John Tomes Zangen, die den anatomischen Verhältnissen angepasst waren. Damals gab es an die vierzig Zahnärzte in Berlin für etwa 420 000 Einwohner. Ein Stadtplan zeigt, dass sich drei Viertel von

zm-Info

Ausstellung

Die Schau „Goldgefüllt und perlengleich“ läuft bis zum 28. Februar 2010 im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité, Charitéplatz 1, Berlin-Mitte.

Öffnungszeiten:

Dienstag bis Sonntag von 10 – 17 Uhr,
Mittwoch und Samstag bis 19 Uhr.

Weitere Infos unter www.bmm.charite.de

ihnen in der Friedrichstadt niedergelassen hatten, also in der Gegend zwischen Leipziger Platz und der Fischerinsel. Die ärmere Bevölkerung im Norden und Osten musste mit ganzen zehn Zahnärzten auskommen. Zahnmedizin war lange eine reine Männerdomäne, von 1908 an durften Frauen in Preußen in der Universität immerhin hospitieren.

Zahnmedizinische Versorgung im Krieg

Auf die zahnmedizinische Arbeitswelt im 20. Jahrhundert konzentriert sich der zweite Raum der Ausstellung: Ein Zelt mit einem Feldstuhl zeigt, wie die Versorgung der Soldaten im Ersten Weltkrieg stattfand. Wachsmodele und Fotos dokumentieren die schrecklichen Verletzungen durch Granat-

splitter. Sie konnten auf dem Schlachtfeld jedoch nur provisorisch versorgt werden, die eigentliche Behandlung begann erst Monate später im Reservelazarett. Eine Fotodokumentation zeigt, wie etliche Operationen ein zerstörtes Gesicht wieder einigermaßen herstellen konnten.

Behandlungsstühle aus 130 Jahren demonstrieren den Fortschritt von der gusseisernen Fußtrittbohrmaschine aus dem 19. Jahrhundert bis hin zur futuristisch anmutenden Liege mit Massagefunktion und fast unsichtbarer Bohreinheit unserer Tage.

*Judith Meisner
Südwestkorso 76
12161 Berlin
JudithMeisner@web.de*

Botschaften zur Eröffnung der Ausstellung

Die Leistung des Fachs im Spiegel der Zeit

Die Berliner Charité wollte zu ihrem 300-jährigen Jubiläum etwas Besonderes zeigen und hat für ihre Ausstellung das Thema Zahnmedizin ausgewählt. Vertreter von Wissenschaft und Standespolitik würdigten zur Eröffnung die Leistung des Fachs im Spiegel der Jahrhunderte.

Die Ausstellung schlage die Brücke von brachialen Methoden und berechtigten Ängsten zu „absoluter Hochleistungszahnmedizin, wie es der Direktor des Medizinhistorischen Museums, Prof. Dr. Thomas Schnalke, bei der offiziellen Eröffnungsfeier am 20. Oktober formulierte. Der Titel „goldgefüllt und perlengleich“ solle auch ein Zeichen setzen gegen die sonst üblichen Assoziationen verbunden mit Schmerzen und vielmehr die Leistungen des Fachs in Form, Funktion und Ästhetik übermitteln. Dass

den Fokus gestellt. Er selbst sei, gab er zu, mit den Zahnärzten „nicht immer glimpflich umgegangen“ in seiner zurückliegenden Funktion als Vorsitzender des Wissenschaftsrates und habe von ihr vor allem mehr Anstrengungen in der Forschung verlangt – er sehe allerdings auch, dass die „medizinischen Fächer dabei selbst beteiligt waren, dass die Zahnmedizin oft abgedrängt wurde“. Heute sei es an der Zeit, den einen oder anderen Gedanken wieder auszutauschen und dem Fach und damit auch

ren vor allem verloren hatten: Den Zahnärzten aus dem Ost-Teil sei die Ausbildungsstätte Schumannstraße genommen worden, den Zahnärzten in Mitte der Standort der „Zahnklinik Nord“, den Zahnärzten in der verbliebenen Klinik in der Alßmannshäuser Straße der nur halbwegs ausreichende Platz zum qualitativ hochwertigen Lernen – und dieser Klinik nun auch noch eine verlässliche Zukunft. Gewonnen hätten alle Berliner Zahnärzte mit dieser Ausstellung die Erinnerung an und die Verbundenheit mit ihrer großen gemeinsamen Geschichte: „Wir alle, auch diejenigen, die vieles – manche auch den Boden unter den Füßen – verloren haben, wir haben eine gemeinsame Geschichte, und ich sage bewusst und historisch nachprüfbar, eine ehrenvolle, eine verdienstvolle und nicht zuletzt deshalb eine erfolgreiche Geschichte.“ Der Forderung nach mehr Forschung müsse allerdings die derzeitige Realität durch politische Eingriffe entgegengestellt werden.

Die größte medizinische Disziplin

Welch Fundament Berlin für die deutsche Zahnmedizin war und ist, betonte auch Dr. Peter Engel, Präsident der Bundszahnärztekammer, die mit Beiträgen aus dem eigenen Museumsbestand die Ausstellung im Medizinhistorischen Museum ergänzt hat: Berlin sei vor 150 Jahren der Geburtsort des Zentralvereins der Deutschen Zahnärzte gewesen, aus der die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hervorgegangen sei – heute sei die Zahnmedizin die größte aller medizinischen Disziplinen. Mit einem kurzen Rückblick über die großen Forscher und auch Leistungen der deutschen Zahnmedizin betonte er, dass es kennzeichnend für die Entwicklung des Berufsstandes gewesen sei, dass er ohne jegliche politische Gängelei funktioniert und sich so eindrucksvoll weiterentwickelt habe: „Ich befürchte, die Berufspolitiker überschauen nicht wirklich alle Folgen ihrer Entscheidungen.“ So bedauerlich es sei, Recht habe doch Immanuel Kant mit seinem Satz: „Die Politik ist das Schicksal, und dem müssen wir uns stellen.“ pr/zahndienst.de



Prof. Einhäupl, Dr. Engel, Prof. Schnalke und Dr. Schmiedel bei der Eröffnung der Ausstellung (v.l.n.r.)

Foto: Dohlus

eine Berliner Tageszeitung sich nicht davon abhalten ließ, den Beitrag über die Ausstellung mit „au Backe“ zu verbinden, sei allerdings nachvollziehbar: Der größte Teil der Ausstellung zeige eben genau jene Bilder und Gerätschaften, die heute ein Schaudern hervorrufen – für ihre Zeit aber herausragende Innovationen waren.

Die Charité wolle zu ihrem 300-jährigen Jubiläum etwas Besonderes zeigen, sagte der Vorstandsvorsitzende der Charité-Universitätsmedizin, Professor Karl Max Einhäupl, und habe daher das Thema Zahnmedizin in

der Charité „wieder Glanz zu geben wie schon so oft in der Geschichte“. Die neue Ausstellung habe gute Chancen, auch zu einem Erfolg für die Zahnmedizin zu werden.

Bereicherung für die Berliner Zahnärzte

Das Thema „Zahnmedizin an der Charité“ griff Berlins Kammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel auf und bezeichnete die Ausstellung als eine Bereicherung für die Berliner Zahnärzte, die in den zurückliegenden Jah-

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 124

3M ESPE

Intraoralscanner offiziell eingeführt



Die ersten Pilotanwender hatten bereits im Laufe des Jahres Gelegenheit, den Chairside Oral Scanner Lava C.O.S. von 3M Espe zu erproben. Sie bestätigen einhellig, dass der Intraoralscanner hält, was der Hersteller verspricht. Und auch die ersten Studienergebnisse fielen positiv aus. So stellten Prof. Dr. Gerard Kugel, MSc, et al. von der Tufts University School of Dental Medicine (US-Boston) für die Frontzahnabformung eine reproduzierbare Präzision von < 5,8

µm bei einer Standardabweichung von 1,3 µm fest. Bei der Seitenzahnabformung betrug die Genauigkeit < 10,9 µm bei einer Standardabweichung von 3,5 µm. Mit der offiziellen Markteinführung des Lava C.O.S. kann jetzt jeder Zahnarzt von diesen Vorzügen profitieren. Der Scanner punktet nicht nur durch Anwenderfreundlichkeit und präzise Aufnahmen. Er ist gleichzeitig Teil des Systems der Lava Präzisions-Lösungen und entfaltet so sein ganzes Potenzial.

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

BEGO Implant Systems

Neue Gewebestanz

Anwendern der Bego Semados S- und RI-Implantate stehen nun Implantatdurchmesser bezogene Gewebestanz zur Verfügung. Die Gewebestanz kommen bei minimalinvasiven chirurgischen Eingriffen zum Einsatz, bei denen umfangreiche Schleimhautablösungen vor allem in ästhetischen Arealen unerwünscht sind. Die Stanzen sind analog den Implantatdurchmessern farblich markiert und für den Gebrauch mit dem Winkelstück vorgesehen. Sollte der manuelle Gebrauch bevorzugt werden, können die



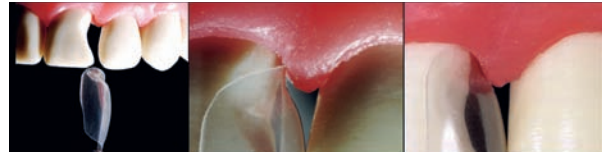
Schleimhautstanzen mit dem Bego Semados Ratschenadapter verwendet werden.

BEGO Implant Systems
GmbH & Co. KG
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 08 00 / 20 28 - 000
(kostenfrei)
Fax: 04 21 / 20 28 - 265
<http://www.bego-implantology.com>
E-Mail: wachendorf@bego.com

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

ADSystems

Matrizen für Diastema-Verschluss



Das „schwarze Dreieck“ ist für den Zahnarzt eine ästhetische Herausforderung. Eine minimaltraumatische Herangehensweise wird unter Verwendung der neuartigen Diastema-Verschlussmatrize von ADSystems erreicht. Sie hat eine gleichmäßige, aber trotzdem aggressive zervikale Krümmung. Diese ermöglicht eine Gestaltung der direkten Kompositfüllung, welche die Regeneration der Papille fördert. Der günstige Einfluss ist auf zwei Eigenschaften der Matrize zurückzuführen: Zum einen wird auf die üblichen Keile verzichtet, da diese Funktion die Papille übernimmt. Zum anderen ist die Matrize anatomisch geformt, mit ausgeprägten palatinalen, ap-

proximalen und fazialen Flächen. So kann die Matrize nach der Lichthärtung einfach entfernt werden. Ein approximales Finieren ist kaum oder nicht erforderlich. Das Diastema Trial Kit besteht aus fünf verschiedenen geformten Matrizen (Extreme Diastema und Diastema Closure Universal Upper Incisor, Diastema Closure Universal Flat Incisor, Average Curved Molar, Tall Curved Molar) und zwei unterschiedlichen Interproximatoren in dünner und mittlerer Stärke.

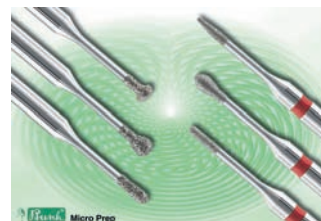
American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 0 81 06 / 300 - 300
Fax: 0 81 06 / 300 - 310
<http://www.ADSystems.de>
E-Mail: info@ADSystems.de

BUSCH

Minimalinvasiv präparieren

Die Diamant-Instrumente von Busch zeichnen sich durch schlanke, lange Instrumentenhälse und kleine Arbeitsteile aus und ermöglichen damit das minimalinvasive Präparieren von Fissuren-, Zahnals- und Approximalkaries. Sechs grazile Instrumentenformen in zwei Körnungen lösen nahezu jede „feine“ Aufgabe, selbst an schwer zugänglichen Stellen. Die schlan-

ken Hälse sorgen während des Schleifens für eine optimale Sicht auf das Behandlungsgebiet und ermöglichen unter Zufuhr von ausreichend Kühlflüssigkeit einen zügigen Spanabtransport. Sie vermitteln bei leichter Andruckkraft und einer Drehzahl von maximal 160 000 min⁻¹ ein neues und elastisches Schleifgefühl. Die Instrumente sind auch als „Micro Prep Set“ auf dem Steri Safe Bohrerständer erhältlich.



BUSCH & CO. KG
Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
Tel.: 0 22 63 / 860
Fax: 0 22 63 / 20 741
<http://www.busch.eu>
E-Mail: mail@busch.eu

DCI-Dental

Lupenbrille und Mini-OP-Licht

Der Einsatz der nur elf Gramm leichten Merident-Ultralight Lupenbrille bringt eine sichtbare Erhöhung der Produktivität, bessere Arbeitsqualität und ergonomischen Nutzen. Sie lässt sich mit einem Mini-Adapter einfach an nahezu jedes Brillengestell montieren. Der Arbeitsabstand ist von 30 bis 60 cm frei einstellbar. Die Lupe ist in sämtlichen Achsen auf die optischen Eigenschaften des Benutzers justierbar. Die patente Flip-up-Funktion stellt einen weiteren Komfort dar. Wahlweise zum Titan-Brillengestell wird eine Antifog-Schutzbrille angeboten, die ein Arbeiten mit Mundschutz ohne Beschla-



gen der Gläser ermöglicht. Eine Ergänzung ist das innovative LED DeLight zur schattenfreien Ausleuchtung der Mundhöhle. Das Mini-OP-Licht wiegt nur sechs Gramm und ist an Lupenbrillen vieler Hersteller adaptierbar.

*DCI-Dental Consulting GmbH
Kämpenstraße 6b
24106 Kiel
Tel.: 04 31 / 35 038
Fax: 04 31 / 35 280
<http://www.dci-dental.com>
E-Mail: info@dci-dental.com*

dentaltrade

Neuer Vertriebsleiter

Seit August 2009 ist Thomas Schröder als Vertriebsleiter bei dentaltrade für den Vertrieb und Außendienst verantwortlich. Mit Schröder hat den-



taltrade einen erfahrenen Vertriebsprofi gewonnen. Der gelernte Zahntechniker hat sein Metier von der Pike auf gelernt. Branchen- und Marktkenntnisse der Dentalindustrie hat der gebürtige Bremer während seiner über 15-jährigen Tätigkeit im Vertrieb erworben. Hier war Schröder unter anderem als Key-Account-Manager bei Nobel Biocare in den Segmenten CAD/CAM und Implantologie tätig. Im

Zuge des dynamischen Firmenwachstums wird Schröder den bundesweiten Ausbau des dentaltrade Außendienstes leiten und hier neue Impulse setzen. Neben der Beratung und Betreuung zu Innovationen und Angeboten von dentaltrade setzt Schröder auf den persönlichen Dialog: Eine konsequente Kundenorientierung soll ein Höchstmaß an Kundenzufriedenheit garantieren.

*dentaltrade GmbH & Co. KG
Grazer Straße 8
28359 Bremen
Tel.: 08 00 / 247 147 - 0
Fax: 04 21 / 247 147 - 9
<http://www.dentaltrade.de>
E-Mail: schallenberg@dentaltrade.de*

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

DÜRR DENTAL**Umstieg auf digitales Röntgen**

Die Speicherfolientechnik von Dürr Dental hat sich mehr und mehr zum Standardverfahren in der zahnärztlichen Röntgendiagnose entwickelt. Der VistaScan Mini kombiniert jetzt die gute Bildqualität der Dürr Dental PCS-Technologie mit einfacher Bedienung und kompaktem Design – und macht damit den Umstieg von "analog" auf "digital" interessant. Die dünne flexible Speicherfolie wird, geschützt in einer

Hygienehülle, im Mund platziert und belichtet. Nach der Wischdesinfektion wird die Speicherfolie direkt aus der Hülle in den Speicherfolienscanner eingeführt. Nach wenigen Sekunden erscheint das Bild auf dem Monitor. Indessen erfolgt bereits die Löschung der Bildinformation auf der Speicherfolie. Sie gleitet aus dem VistaScan Mini heraus und steht für die nächste Röntgenaufnahme bereit – dank ihrer Spezialbeschichtung mehrere hundert Mal.

DÜRR DENTAL AG
Höfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 395
Fax: 0 71 42 / 705 - 441
<http://www.duerr.de>
E-Mail: kiesele.f@duerr.de

DGZI**Bewährtes Modulkonzept**

Das erstmals mit dem aktuellen Kurs zum Curriculum Implantologie der DGZI angebotene neue Modulkonzept hat sich schon jetzt in der Praxis bewährt. Nun liegt der neue Modulkatalog auch in gedruckter Form vor und ist kostenfrei bestellbar. Der Lehrplan des Kurses orientiert sich nicht nur an den vorgegebenen Themen des Verbandes, sondern ermöglicht den Teilnehmern, sich entsprechend ihrer Bedürfnisse schon während des Curriculums fortzubilden. Die Lösung, die der DGZI-Vorstand hierfür fand, sind Wahlmodule. Nachdem normalerweise an acht Wochenenden ein festgelegter Lehrplan absolviert wer-

den musste, sind es nun nur noch fünf feste Pflichtwochenenden (Module), die jeder Teilnehmer für einen erfolgreichen Abschluss absolvieren muss. Die drei noch fehlenden Wochenenden (Module) sind aus vielen innovativen und praxisorientierten Spezialkursen frei wählbar. Die Aufsicht über die zu vermittelnden Lehrinhalte trägt nach wie vor die DGZI, was ein einheitliches hohes Niveau der curricularen Ausbildung sichert.

DGZI-Geschäftsstelle
Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 1 69 70-77
Fax: 02 11 / 1 69 70-66
<http://www.DGZI.de>
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de

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

DENTAURUM**Multimediale Orthocryl CD-ROM**

Mit der kostenlos erhältlichen Orthocryl CD-ROM von Dentaurum ist es möglich, schnell einen Einblick in die KFO-Zahntechnik zu erhalten. Das Besondere an dieser CD-ROM ist die Mediathek mit 17 Video-Clips und drei Bildergalerien. Von der Biegetechnik bis zur Politur einer Oberkieferapparatur wird jeder Arbeitsschritt in Filmsequenzen vorgeführt. Auch die Herstellung eines bimaxillären Gerätes und einer Aufbisschiene wird gezeigt. Nahaufnahmen demonstrieren, wie die Apparaturen Schritt für Schritt entstehen. Der Betrachter sieht, was üblicherweise beim Zuschauen verdeckt ist. Das Orthocryl Kunststoff-System ist ein Kaltpolymerisat, das aus den zwei Komponenten Pulver (Poly-

mer) und Flüssigkeit (Monomer) besteht. Durch die Verarbeitung der beiden Komponenten und den Einsatz der unterschiedlichen Farben können auf einfache Art und Weise individuelle KFO-Apparaturen gefertigt werden.

DENTAURUM
J. P. Winkelstroeter KG
Turnstraße 31
75228 Ispringen
Tel.: 0 72 31 / 803 - 410
Fax: 0 72 31 / 803 - 295
<http://www.dentaurum.de>
E-Mail: info@dentaurum.de

Discus Dental**Display für ZOOM Whitening Pen**

Mit Zoom ist Discus Dental Weltmarktführer im Bereich der Chairside Zahnaufhellung. Der Zoom Whitening Pen 5,25 Prozent Wasserstoffperoxid bietet zudem eine schnelle Lösung zur professionellen Aufhellung der Zähne. Er hat die Form eines Kugelschreibers, passt in jede Tasche und schmeckt angenehm nach Minze. Mit dem Zoom Whitening Pen Display lässt sich das Produkt nun ideal präsentieren – sei es an der Theke oder in der „Whitening Lounge“. Da eine Einwirkzeit von 30 Minuten ausreichend ist, eignet sich der Pen für Patienten, die viel unterwegs sind. Zudem trägt er dazu bei, das Bleachingergebnis aufrecht zu erhalten und ist auch für Pa-

tienten mit kleinem Geldbeutel attraktiv. Eine Doppelpackung reicht für 60 Anwendungen, eine Bleachingchiene wird nicht benötigt. Die Anwendung erfolgt durch einfaches Aufpinseln.

Discus Dental B.V.
Pforzheimer Straße 126a
76275 Ettlingen
Tel: 08 00 / 422 84 48
(kostenfrei)
<http://www.discusdental.com>
E-Mail: germany@discusdental.com

Oral Prevent

Neue Website zur Zahnprophylaxe

Seit kurzem ist die neue Website der Firma Oral Prevent online – ein Unternehmen, das zahnmedizinische Produkte für Praxishops entwickelt und vertreibt. Informationen rund um Prophylaxethemen, Sortiment und aktuelle Prophylaxe-Neuigkeiten finden interessierte Zahn-

mediziner dort ansprechend aufbereitet. Der Relaunch der bestehenden Seite ist Teil einer neuen Kommunikationsstrategie, die besonders die zahnmedizinisch interessierte Öffentlichkeit auf die Produkte von Oral Prevent aufmerksam machen will. Dazu Zahnarzt und Firmengründer Dr. Jens Thomsen: „Wir wollen unser Sortiment stärken, auch damit der Abverkauf der



Produkte in Prophylaxeshops der Zahnarztpraxen leichter vonstaten geht. Davon profitieren auch unsere Fachkunden.“

Oral Prevent Mundhygiene
Produkte
Handelsgesellschaft mbH
Bramfelder Straße 110A
22305 Hamburg
Tel.: 0 40 / 460 60 88
Fax: 0 40 / 46 23 16
<http://www.oral-prevent.de>
E-Mail: info@oral-prevent.de

Hager & Werken

Zähneputzen mit Ionen

Die Borsten der neuartigen Alpha-Ion Zahnbürsten enthalten unter anderem negativ geladene Siliziumionen, welche aus dem japanischen Shi Zen Stein gewonnen werden. Die Negativ-Ionen werden beim Putzvorgang abgegeben und ziehen so den positiv geladenen Zahnbelag an. Zusätzlich ist ein medizinisches Hydroxylapatit (mHAP) auf den Borsten enthalten. Das Mineral mHAP entspricht im Wesentlichen dem natürlichen Zahnschmelz und wird während des Putzens abgegeben. Es schließt Mikrorisse auf der Zahnoberfläche und gleicht Mineraldefizite durch Kalziumzu-

fuhr aus. Die Alpha-Ion Zahnbürste ist in drei Varianten erhältlich: Carebrush (türkisgrün) für eine bessere tägliche Zahnreinigung, Interbrush (pink) mit herausragendem Bürstenkranz für die Reinigung des Zahnzwischenraums und Periobrush (hellblau) für die Reinigung hypersensibler Zähne und bei gereiztem Zahnfleisch (Parodontitis) sowie nach einer Parodontosebehandlung.

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Ackerstraße 1
47269 Duisburg
Tel.: 02 03 / 99 269 - 0
Fax: 02 03 / 29 92 83
<http://www.hagerwerken.de>
E-Mail: info@hagerwerken.de

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

Hu-Friedy

Kleine bringen große Leistung

Mit den Micro-Mini-Five-Gracey-Küretten von Hu-Friedy sind selbst schwierige Stellen und tiefe, enge Parodontaltaschen gut zu erreichen. Die ultradünnen, extrem scharfen Schneidekanten der „Micro-Minis“ sind nur halb so lang wie die von Standard- und After-Five-Gracey-Küretten und um 20 Prozent schmäler als Mini-Five-Küretten. Sie ermöglichen präzise subgingivale Eingriffe bei nur geringer Dehnung und damit verminderter Traumatisierung des Gewebes. Auch hartnäckige Ablagerungen oder starke Beanspruchung stellen kein Hindernis dar, denn für den kraftvollen Abtrag von Konkrementen wurde der Schaft ver-



stärkt. Einer Handermüdung wird somit vorgebeugt. Zahnärzte können mit den neuen Küretten komfortabler arbeiten und die Behandlung für ihre Patienten schonender gestalten.

*Hu-Friedy Mfg. Co., Inc.
Zweigniederlassung Deutschland
Rudolf-Diesel-Straße 8
69181 Leimen
Tel.: 0 62 24 / 97 00 - 0
Fax: 0 62 24 / 97 00 - 97
<http://www.hufriedy.eu>
E-Mail: info@hufriedy.eu*

Ivoclar Vivadent

Zuwachs in der bluephase-Familie



Mit der bluephase 20i und C8 bringt Ivoclar Vivadent zwei neue Versionen des klassischen bluephase Polymerisationsgerätes auf den Markt. Die bluephase 20i steht für hohe Intensität, bluephase C8 für Wirtschaftlichkeit. Eines haben sie gemeinsam: Die integrierte „polywave“ LED, die wie ein Halogengerät ein breites Lichtspektrum von 380 bis 515 nm erzeugt. Somit ist die bluephase-Familie für alle Lichtinitiatoren und Materialien einsetzbar. Die akkubetriebene bluephase

20i vereint maximale Intensität von 2000 mW/cm² im Turboprogramm mit extrem kurzen Belichtungszeiten von bis zu fünf Sekunden. Dies gilt für helle und dunkle Composites – die Gingiva wird dabei nicht strapaziert. Das netzbetriebene bluephase C8 Polymerisationsgerät bietet ein gutes Preis-/Leistungsverhältnis. Dank parallelwandigem 10 mm Lichtleiter für ein großes Behandlungsfeld entfallen aufwendige Mehrfachbelichtungen. Der integrierte Ventilator für die Dauerkühlung verhindert minutenlange Wartezeiten.

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

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

DMG

Die Angst sitzt mit auf dem Stuhl

Bohrer, Schmerzen, Angst und Panik – diese Assoziationen verbindet fast die Hälfte von über 1000 Befragten mit dem Gang zum Zahnarzt. Das zeigt eine Umfrage im Auftrag von DMG. Da wundert es nicht, dass insgesamt 48 Prozent Angst vor der Zahnuntersuchung haben. Über die Hälfte der Befragten hat jedoch nur dann Angst, wenn gebohrt werden muss. „Es war unser Ziel, einen Weg zu finden, Karies auch ohne Bohren zu behandeln“, so Oberarzt PD Dr. Hendrik Meyer-Lückel, Uniklinik Kiel. Zusammen mit Dr. Sebastian Paris ist er maßgeblicher Entwickler der Kariesinfiltration. Beginnen-

de Karies kann dabei ohne Bohren, Schmerzen und fast ohne Verlust gesunder Zahnschmelz behandelt werden. Die Methode basiert auf einem flüssigen Kunststoff mit dem Markennamen Icon (Hersteller DMG), mit dem krankhafter Zahnschmelz aufgefüllt und verschlossen wird.



DMG

*Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Tel.: 08 00 / 364 42 62 (kostenfrei)
<http://www.bohren-nein-danke.de>
<http://www.dmg-dental.com>
E-Mail: info@dmg-dental.com*

M.I.S. Implant Technologies

Optimierte Knochenregeneration

Mit der neuen 4Bone RCM von MIS steht dem Zahnarzt eine Collagen-Dentalmembran zur Verfügung, die die Knochenregeneration optimal unterstützt. Dabei handelt es sich um eine resorbierbare, aus Schweinehaut gewonnene Collagen-Dentalmembran (RCM) zur Fixierung und Abdeckung. Hergestellt wird die 4Bone RCM mit einem neuartigen Verfahren zur Optimierung der Querverbindung. Es garantiert eine Barrierefunktion der Membran von vier bis sechs Monaten und ermöglicht bei Knochendefekten eine erstklassige Regeneration. Die mikroporöse Membran sorgt zudem für eine optimale Diffusion von Flüssigkeiten und Nährstoffen. In-vitro-Studien belegen, dass der Masseverlust der 4Bone RCM geringer ist und damit die Resorption länger dauert als bei anderen Mem-



brantechnologien. Die Ergebnisse belegen auch, dass sich die neue Dentalmembran für den Einsatz in periodontalen/dentalen OP-Verfahren eignet, etwa bei periodontalen Defekten, Implantaten, Knochendefekten oder der Randrekonstruktion im Zuge einer postoperativen Wundheilung.

*M.I.S. Implant Technologies
GmbH
Paulinenstraße 12A
32427 Minden
Tel.: 05 71 / 97 27 69 - 0
Fax: 05 71 / 97 27 69 - 1
<http://www.mis-implants.de>
E-Mail: service@mis-implants.de*

Kuraray

Ästhetisch hochwertige Komposite

Zur Produktlinie Clearfil Majesty von Kuraray gehören drei untereinander kombinierbare Komposite, mit denen alle Indikationen abgedeckt werden können. Mit dem ästhetischen Front- und Universalkomposit Clearfil Majesty Esthetic sind aufwendige Schichttechniken weitgehend passé. Seine Füllerpartikel ermöglichen eine zahnähnliche Lichtstreuung. Durch die daraus resultierende Farbadaptation lässt sich häufig mit der Applikation nur einer Farbschicht die natürliche Zahnsubstanz optisch naturgetreu nachbilden. Clearfil Majesty Posterior ist ein hochgefülltes Nanokomposit für eine zuverlässige und wirtschaftliche Füllungstherapie im Seitenzahnbereich. Die geringe Polymerisationsschrumpfung liegt bei weniger als 1,5 Vo-



lumenprozent. Clearfil Majesty Flow ist ein dünnfließendes und gleichzeitig hochgefülltes Hybridkomposit. Durch die ergonomische Applikationsspritze lässt sich das thixotrope Verhalten des Komposits präzise steuern. Zum Kennenlernen bietet Kuraray bis zum 30.11. ein Clearfil Majesty Intro Kit für 99 statt 219 Euro an.

Kuraray Europe GmbH
Industriepark Höchst
65929 Frankfurt
Tel.: 0 69 / 30 53 58 35
Fax: 0 69 / 30 53 56 35
<http://www.kuraray-dental.eu>
E-Mail: dental@kuraray.eu

WIELAND

Service-Hotline für Zeno-Produkte

Wieland hat seinen Kundenservice neu aufgestellt und vereint das Know-how rund um alle Produkte der Marke Zeno unter einer Service-Hotline. Damit bedient das Unternehmen den First- und Second-Level-Support. Die Ansprechpartner am Telefon sind erfahrene Zahntechniker und CAD/CAM-Spezialisten aus dem Bereich der Wieland Anwendungstechnik. Sie geben telefonisch oder via Internet mithilfe eines Netviewers Antworten und Lösungen zur Software von Scannern, zu den Fräsmaschinen der Zeno-Reihe sowie der Fräs-

maschine Zenotec T1. Um das Niveau der Kundenbetreuung hoch zu halten und auszubauen, hat Wieland in ein Servicezentrum investiert, dessen Support-Mitarbeiter kontinuierlich geschult werden. Der Kundenservice ist telefonisch unter 07231/3705 - 400 oder im Netz unter <http://www.wieland-dental.de/service> erreichbar.

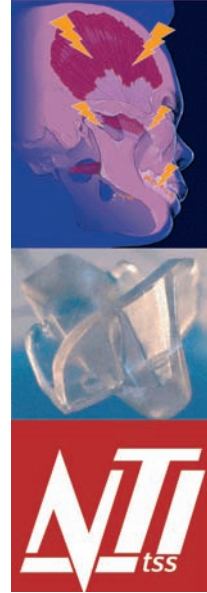
WIELAND Dental + Technik
GmbH & Co. KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 08 00 / 94 35 - 263
Fax: 08 00 / 37 05 00 - 0
<http://www.wieland-dental.de>
E-Mail: info@wieland-dental.de

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

Zantomed

NTI-tss Infonachmittage

Zantomed lädt Zahnmediziner und Zahntechniker zu einem NTI-Info-Nachmittag mit Häppchen und kleiner Weinprobe ein. Die Veranstaltungen finden am 2.12. in Stuttgart, am 9.12. in Düsseldorf und am 11.12. in Hamburg statt. Das NTI-tss (Nociceptive Trigeminal Inhibition – tension suppression system) ist eine Schiene, die dazu beiträgt, nächtliches Pressen, Knirschen und Mahlen von Zähnen zu vermindern oder zu vermeiden. Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Migräne und Nackenprobleme werden nachhaltig gelindert, Zahnschubstanz



und hochwertige Prothetik geschützt. Das NTI-tss reduziert durch Ausnutzung des körpereigenen Schutzreflexes des Trigeminal-Nervs nächtlich auftretende Muskelspannungen um bis zu 67 Prozent. Sie setzt direkt an der Ursache des Problems an und schafft wissenschaftlich bestätigt und nachhaltig Abhilfe. Interessierte Teilnehmer melden sich direkt bei Zantomed an.

Zantomed GmbH
Ackerstraße 5
47269 Duisburg
Tel.: 02 03 / 80 510 45
Fax: 02 03 / 80 510 44
<http://www.zantomed.de>
E-Mail: Info@zantomed.de

Dent-o-care

Konzept übernommen

Dent-o-care hat im Oktober das Konzept „empfohlen-geliefert“ von der whitecross GmbH übernommen. Das Konzept wurde vor etwa zwei Jahren für Zahnarztpraxen entwickelt, die den Aufwand eines eigenen Prophylaxeshops scheuen, aber sicherstellen möchten, dass ihre Patienten die empfohlenen Produkte einfach beziehen können. Die Produkte können entweder über das Internet oder zum Teil über eine Bestellkarte geordert werden. Mittels eines von der Praxis an den Patienten weitergegebenen Empfehlercodes erhält der Pa-



tient im Webshop einen Nachlass von acht Prozent auf die Produkte. Für die Praxis bedeutet dies primär einen Imagegewinn und eine intensivere Patientenbindung, darüber hinaus gibt es auch noch einen kleinen Bonus bei Einkäufen von Produkten für die Praxis bei Dent-o-care.

Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH
Rosenheimer Str. 4a
85635 Hoehenkirchen
Tel.: 0 81 02 / 777 28 41
Fax: 0 81 02 / 777 28 44
<http://www.empfohlen-geliefert.de>
E-Mail: info@empfohlen-geliefert.de

Sirona

Aktualisierte Bildverarbeitung

Sirona präsentiert eine umfangreiche Aktualisierung der Bildverarbeitung Sidexis XG und bietet den Anwendern damit einen signifikanten Mehrwert für die tägliche Arbeit. Die neue Version 2.5 von Sidexis XG umfasst Aktualisierungen von Sidexis XG, Implant Plus und dem Dicom-Export mit über 30 neuen Funktionen und über 120 Optimierungen, die die Arbeit erleichtern. Neu sind beispielsweise verbesserte Untersuchungsfunktionen zum Austausch von Untersuchungen. Digitale Prüfberichte für Abnahme und Konstanzprüfungen vereinfachen die Inbetriebnahme und wiederkehrende Aufgaben in der Praxis. Mit den aktualisierten Systemen in ImplantPlus können Implantatvorschläge patientengerecht visuali-



siert werden. Der Dicom-Import und -Export bietet viele neue Funktionen und beschleunigt den Austausch von Volumendaten. Die neue Sidexis XG-Version wird mit den digitalen Sirona-Röntengeräten ausgeliefert, kann aber auch als Update und Upgrade nachgerüstet werden.

*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*

Heraeus Kulzer

Rock'n Roll und Fortbildung

Im Oktober lud Heraeus Zahnärzte zu einer Dental-Fortbildung der besonderen Art in den Gewölbekellern des Hofbräukellers in München ein. Mit rund 60 Teilnehmern war die Veranstaltung schnell ausgebucht. Karl Sochurek, Zahnarzt aus München, referierte über das Thema „Komposit- und Adhäsivetechnologie in der täglichen Praxis, einfach, sicher, schnell und schön!“. Der Experte auf dem Gebiet der Komposittechnologie ist Autor von Lehrbüchern und Referent zahlreicher Fortbildungskurse und vermittelt den Teilnehmern viele prakti-



sche Tipps und Tricks. Als Höhepunkt des Abends spielte die Band „rocdoc“ von Karl Sochurek zwei Stunden lang Rock'n Roll und Blues-Musik.

*Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 35 29 99
Fax: 0 61 81 / 35 39 26
<http://www.heraeus-dental.com>
E-Mail: jenni.caputo@heraeus.com*

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

Zimmer

Implantologie-Fortbildung

„Zimmer Campus“ heißt die neue Fortbildungsreihe der Zimmer Dental GmbH. Im Mittelpunkt stehen Hands-on-Workshops: Auf den Tischen liegen chirurgische Handschuhe, Implantologie-Tray und Motor, Implantate, Arbeitsmodelle, sogar Schweinekiefer. Erfahrene Referenten aus der Praxis erläutern Konzepte und Abläufe und diskutieren mit den Zuhörern an konkreten Beispielen. Auf den bisherigen Veranstaltungen ging es um allogene Augmentation, Socket Preservation sowie gesteuerte Knochen- und Geweberegeneration (GBR/GTR); im nächsten Jahr wird die Campus-Reihe weitere aktuelle Themen aufgreifen. „Diese Art der Fortbil-



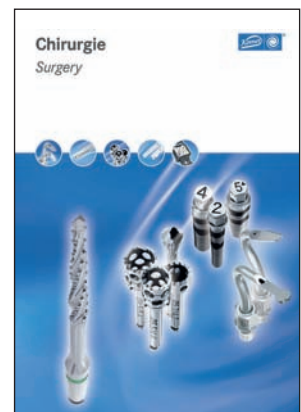
dung mit Betonung auf dem eigenen Tun und Abstützung durch ein dahinter stehendes Konzept wurde als hochwertig und nützlich für die Praxis eingestuft“, sagte Marketingleiter Robert Leonhardt.

*Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Straße 23
79106 Freiburg
Tel.: 07 61 / 15 647 - 0
Fax: 07 61 / 15 647 - 490
<http://www.zimmerdental.de>
E-Mail: info@zimmerdental.de*

KOMET/Gebr. Brasseler

Chirurgiebroschüre der großen Namen

In der Chirurgiebroschüre von Komet präsentieren namhafte Kollegen hochwertige Instrumente. Ihr Know-how haben sie mit der Komet-Abteilung für Forschung & Entwicklung gebündelt. Den Einstieg in die 56 Seiten starke Broschüre bilden diverse Schallspitzen: Dr. Ivo Agabiti aus Pesaro, Italien, steht mit seinem Namen für die innovative Sonosurgery, Dres. Schwenk und Striegel aus Nürnberg stellen Schallspitzen für die chirurgische Kronenverlängerung vor. Es folgen Seiten zu MaxilloPrep, den Systemen zur schonenden Knochengewinnung und -gestaltung nach Dr. Stefan Neumeyer, Eschlkam. Des Weiteren werden chirurgische Knochenfräser aus Hartmetall, Keramik, Stahl oder Diamant angeboten. Innengekühlte Instrumente, Trepanboh-



rer und Pilotbohrer für die Implantologie runden die Palette ab. Unter www.kometdental.de/Produktinfo/Chirurgie direkt aufzuschlagen oder zu bestellen.

*KOMET/Gebr. Brasseler GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 0 52 61 / 701 - 700
Fax: 0 52 61 / 701 - 289
<http://www.kometdental.de>
E-Mail: info@brasseler.de*

VOCO

Effiziente Seitenzahnversorgung



Voco hat mit x-tra fil ein Hybrid-Composite speziell für die schnelle und effektive Anwendung im Seitenzahnbereich entwickelt. Das lighthärtende Füllungsmaterial ermöglicht zahnfarbene, Kau-last tragende Restaurationen der Kavitätenklasse I und II. Damit ist x-tra fil eine langlebige und kostengünstige Alternative zu Amal-

gam-Füllungen. Aufgrund seiner zeitsparenden Verarbeitung bietet sich das Composite insbesondere für Patienten mit geringer Compliance an. Neben der Seitenzahnversorgung eignet es sich auch für den preiswerten Stumpfaufbau. Es ist in einer Universal-Farbe und sowohl in handlichen Dosierspritzen als auch praktischen Caps zur direkten Applikation erhältlich. Zudem gibt es x-tra fil nun in der wirtschaftlich attraktiven Großpackung (10 x 5-Gramm-Spritze).

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

CAMLOG

Kongress in Stuttgart

Nach den Internationalen Kongressen 2006 in Montreux und 2008 in Basel findet 2010 der 3. Internationale Camlog Kongress in Stuttgart unter dem Motto: „From science to innovations and clinical advances“ statt. Den Auftakt bilden Workshops mit theoretischer und praktischer Kenntnisvermittlung zu aktuellen Themen wie schablonengeführte Implantologie, 3-D-Planung, CAD/CAM-Technologie und Verfahren zur Optimierung des Weichgewebsmanagements. Unter anderem werden die Themenbereiche Fortschritte in der Implantologie sowie die Indikationen für Standard- und Plattform Switching-Verfahren dargestellt. Prothetische Vorgehens-



weisen und technische Lösungen mit ihren vielfältigen Facetten bilden einen weiteren Fokus. Im Kongressteil „meet the experts,“ wird der intensiven Diskussion zwischen Auditorium und Referenten Raum gegeben. Anmeldungen sind unter www.camlogcongress.com möglich, das Programmheft kann telefonisch unter 07044/9445-603 angefordert werden.

camlog foundation
Margarethenstraße 38
CH-4053 Basel
Tel.: +41 61 / 565 41 14
Fax: +41 61 / 565 41 01
<http://www.camlogfoundation.org>
E-Mail: foundation@camlog.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 7.12. 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:

- 3M ESPE** – Intraoralscanner offiziell eingeführt (S.114)
- ADSystems** – Matrizen für Diastema-Verschluss (S.114)
- BEGO Implant Systems** – Neue Gewebestützen (S.114)
- BUSCH** – Minimalinvasiv präparieren (S.114)
- Camlog** – Kongress in Stuttgart (S.124)
- DCI-Dental** – Lupenbrille und Mini-OP-Licht (S.115)
- dentaltrade** – Neuer Vertriebsleiter (S.115)
- DENTAURUM** – Multimediale Orthocryl CD-ROM (S.116)
- Dent-o-care** – Konzept übernommen (S.120)
- DGZI** – Bewährtes Modulkonzept (S.116)
- Discus Dental** – Display für ZOOM Whitening Pen (S.116)
- DMG** – Die Angst sitzt mit auf dem Stuhl (S.118)
- DÜRR DENTAL** – Umstieg auf digitales Röntgen (S.116)
- Hager & Werken** – Zahnputzen mit Ionen (S.117)
- Heraeus Kulzer** – Rock'n Roll und Fortbildung (S.122)
- Hu-Friedy** – Kleine bringen große Leistung (S.118)
- Ivoclar Vivadent** – Zuwachs in der bluephase-Familie (S.118)
- Komet** – Chirurgiebrochure der großen Namen (S.122)
- Kuraray** – Ästhetisch hochwertige Komposite (S.120)
- M.I.S. Implant** – Optimierte Knochenregeneration (S.118)
- Oral Prevent** – Neue Website zur Zahnprophylaxe (S.117)
- Sirona** – Aktualisierte Bildverarbeitung (S.122)
- VOCO** – Effiziente Seitenzahnversorgung (S.124)
- WIELAND** – Service-Hotline für Zeno-Produkte (S.120)
- Zantomed** – NTI-tss Infonachmittage (S.120)
- Zimmer Dental** – Implantologie-Fortbildung (S.122)

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 Medizinische und Zahnmedizinische Fachkommunikation:

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
Umlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Mitte: 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 Ärztekbank, 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 3. Quartal 2009:

Druckauflage: 82 967 Ex.

Verbreitete Auflage: 81 878 Ex.

99. Jahrgang

ISSN 0341-8995

- 3M Espe AG**
Seite 7, 29 und 55
- American Dental Systems GmbH**
Seite 5
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 81
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**
Seite 109
- Beycodent**
Seite 93
- Carestream Health Deutschland**
Seite 81
- Champions-Implants GmbH**
Seite 51
- Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG**
Seite 77
- CompuDENT Praxiscomputer GmbH & Co. KG**
Seite 115
- Dentaid GmbH**
Seite 83
- Dental Air Technic GmbH**
Seite 105
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 15
- Dentaurum Implants GmbH**
Seite 103
- Dentsply DeTrey GmbH**
4. Umschlagseite
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH Versandbuchhandlung**
Seite 123
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 19
- DGI GmbH**
Seite 21 und 75
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 31 und 35
- Doctorseyes GmbH**
Seite 73
- Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG**
Seite 37
- Dürr Dental AG**
2. Umschlagseite
- Dux Dental BV**
Seite 119
- Euronda Deutschland GmbH**
Seite 49
- F1 Dental Systeme GmbH**
Seite 95
- Hager & Werken GmbH & Co. KG**
Seite 27
- Heraeus Kulzer GmbH**
Seite 39
- Hu-Friedy**
Seite 79
- ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**
Seite 63
- InteraDent Zahntechnik GmbH**
Seite 45
- Ivoclar Vivadent AG**
Seite 89 und 91
- KaVo Dental GmbH**
Seite 9
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 25
- Korte Rechtsanwälte**
Seite 81
- Kuraray Europe GmbH**
3. Umschlagseite
- mectron Deutschland Vertriebs GmbH**
Seite 65
- Medentis Medical GmbH**
Seite 85
- Miele & Cie KG**
Seite 57
- NWD Nordwest Dental GmbH & Co.KG**
Seite 43
- Pharmatechnik GmbH & Co. KG**
Seite 53
- Quintessenz TV-Wartezimmer GmbH**
Seite 111
- R-dental Dental-erzeugnisse GmbH**
Seite 69
- Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**
Seite 113
- Semperdent Dentalhandel GmbH**
Seite 23
- SIRONA Dental Systems GmbH**
Seite 107
- Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine**
Seite 17
- Sun Dental Laboratories GmbH**
Seite 101
- Tri Hawks S.A.**
Seite 61
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 87
- Unilever Deutschland GmbH**
Seite 33
- Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co.KG**
Seite 11
- Voco GmbH**
Seite 41
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 59
- WhiteSmile GmbH**
Seite 13
- Wirtschaftsgesellschaft des Verbandes Deutscher Zahntechniker mbH**
Seite 99
- zantomed Handels GmbH**
Seite 67
- Zimmer Dental GmbH**
Seite 121
- 2s. Einhefter Deutscher Ärzte-Verlag GmbH-Versandbuchhandlung**
zw. Seite 96 und 97
- Vollbeilagen**
Anstalt Bethel-Stiftungen
v.Bodelschwingsche Anstalten Bethel
- Curadent Praxisbedarfs GmbH**
- Hygitech**
- Teilbeilage in PLZ 4 und 5**
Hager & Meisinger GmbH
- Teilbeilage in PLZ 6 und 7**
Pro-Idee GmbH & Co. KG

Genitalverstümmelung

Beschneidung unter Strafe stellen

Baden-Württemberg und Hessen wollen mit einem gemeinsamen Vorstoß im Bundesrat die Beschneidung von Frauen und Mädchen vor allem in Zuwandererfamilien unter Strafe stellen. „Die Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen ist eine schwerwiegende Misshandlung, unter deren Folgen die Opfer ihr Leben lang leiden“, erklärten Baden-Württembergs Justizminister Ulrich Goll und sein hessischer Kollege Jörg-Uwe Hahn anlässlich einer Konferenz der Justizminister in Berlin. Auch in Deutschland seien tausende Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund davon bedroht, Opfer ei-

ner solchen Tat zu werden. Daher sehe der neue Straftatbestand eine Mindestfreiheitsstrafe von zwei Jahren vor. Die neue rechtliche Regelung soll auch für solche Taten gelten, die im Ausland an Opfern begangen werden, die sonst in Deutschland leben oder dauerhaft wohnen. Der Gesetzentwurf sehe für den neuen Straftatbestand auch vor, dass die Verjährung bis zur Volljährigkeit des Opfers ruhe. Die Taten werden in vielen Fällen auf Veranlassung der Eltern an jungen Mädchen begangen, die davor zurückscheuen, die Taten anzuzeigen, solange sie minderjährig sind und bei ihrer Familie leben. sg/dpa

Studie

Arbeitnehmer klagen über hohen Druck

Männer greifen bei Überlastung eher zum Alkohol, Frauen vertrauen auf Entspannungsübungen. Doch trotz aller Strategien gegen Stress fühlen sich Beschäftigte vermehrt bei ihrer Arbeit überfordert und unter Druck ge-

dies erst auf 38 Prozent zu. Etwa jeder Vierte fühlt sich durch zunehmende Arbeitslast überfordert, gut jeder Dritte durch hohe Verantwortung. Auch Lärm und ungünstige Arbeitszeiten werden zunehmend als psychische Belastung empfunden. Dafür sank die Angst um den Arbeitsplatz: Äußerte sich 2004 noch fast jeder fünfte besorgt, traf dies jetzt nur noch auf jeden siebten Befragten zu.

Jeder vierte Beschäftigte fühlte sich auch durch Umstrukturierungsmaßnahmen belastet. Dabei schlägt sich der Leistungsdruck auch auf die Gesundheit und das Wohlbefinden nieder: Mehr als die Hälfte der Befragten leidet unter Rücken- und Gelenksbeschwerden; knapp die Hälfte klagte über Erschöpfung und bemängelte, dass sie nicht abschalten könne. ck/dpa



Foto: CC/MEV/km

setzt. Wie aus einer Studie des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen hervorgeht, klagten von den 2000 Ende vergangenen Jahres befragten Arbeitnehmern in NRW 41 Prozent über hohen Zeitdruck. 2004 traf

Seehofer zur Gesundheitsprämie

Nicht finanzierbar

Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer (CSU) hält die von der FDP anvisierte einheitliche Gesundheitsprämie für nicht finanzierbar. Einen festen Zusatzbeitrag müsse man durch einen Sozialausgleich flankieren, sagte der CSU-Chef der „Passauer Neuen Presse“.

Das Geld dafür sei aber im Bundeshaushalt nicht vorhanden.

„Wir führen da eine eigenartig schräge Diskussion: Viele, die finden, eine Steuerreform sei nicht finanzierbar, unterstellen gleichzeitig, dass man über den Bundeshaushalt einen sozialen Ausgleich für die Krankenkasse bezahlen kann. Wenn das eine angeblich nicht möglich ist, ist das andere erst recht nicht möglich.“ sg/dpa

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Kliniken behandeln mehr ambulant

Die knapp 2100 Kliniken in Deutschland haben im vergangenen Jahr rund 18 Millionen Patienten ambulant behandelt. Das ist mehr als die Zahl stationärer Fälle mit 17,5 Millionen, sagte der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum. Den Umsatz bezifferte Baum auf der Veranstaltung „KBV kontrovers“ auf 1,3 bis 1,9 Milliarden Euro. Insgesamt setzten die Kliniken etwa 60 Milliarden Euro um. Ohne ambulante Tätigkeit der Kliniken, so Baum, müssten viele Patienten jahrelang auf neue

Therapieoptionen verzichten, weil Arztpraxen Innovationen – anders als Kliniken – erst nach Erlaubnis durch den Gemeinsamen Bundesausschuss einsetzen dürften. ck/ÄZ



Foto: PD

Ärztmangel in Mecklenburg Vorpommern

Werben um Mediziner-Nachwuchs

Um den Wegzug von immer mehr Ärzten aus ländlichen Regionen zu bremsen, gehen das Land und die Rostocker Universität direkt auf den medizinischen Nachwuchs zu. Kürzlich informierten das Sozialministerium und Vertreter der Hochschule Studenten über das Berufsbild „Allgemeinmediziner in Mecklenburg-Vorpommern“.

Auch die Ärztekammer und die Krankenhaus-Gesellschaft beteiligten sich an der Aktion. Wegen der Überalterung des Berufsstandes werden vor allem jüngere Hausärzte händeringend gesucht. Die Krankenhäuser im Nordosten hätten ihre Weiterbildungskapazitäten zuletzt auf 90 Stellen aufgestockt, hieß es. sg/dpa

Elektronische Gesundheitskarte**Rösler gibt grünes Licht**

Die elektronische Gesundheitskarte wird kommen. Trotz anhaltender Bedenken will Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) den Weg für die weitere Verteilung der Karte frei machen. Das geht aus einem Brief von Rösler an seinen nordrhein-westfälischen Amtskollegen Karl-Josef Laumann (CDU) hervor. Das Schreiben zeigt, dass die Koalition wohl nicht das gesamte IT-Großprojekt sechs Jahre nach den ersten Beschlüssen stoppen will. Überprüft werden soll demnach insbesondere die Betreiber-gesellschaft gematik und die zähe Entwicklung des Projekts durch die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens.

Laumann begrüßte, dass sich Rösler für die Ausgabe der Basisversion entschieden habe. „Mit dieser Klarstellung haben alle Beteiligten und insbesondere die

Kassen endlich die nötige Planungssicherheit.“ Erleichtert zeigte sich die Industrie. Der Geschäftsführer des Branchenverbands Bitkom, Bernhard Rohleder, sagte: „Dem Start der Gesundheitskarte sollte jetzt nichts mehr im Wege stehen.“ Die Krankenkassen, so geht aus dem Brief hervor, sollen die geplante Überprüfung des IT-Großprojekts nicht zum Anlass nehmen, die Ausgabe der Karten in einer ersten Version zu stoppen. Die Kassen reagierten bislang zurückhaltend. Es blieben „Restunklarheiten“, sagte der Vorstandschef der AOK Rheinland, Wilfried Jacobs, der dpa. Die Chefin des Kassen-Spitzenverbands, Doris Pfeiffer, sagte der dpa: „Wir betrachten die Ankündigung der Regierung zur Bestandsaufnahme als Chance dafür, dem Projekt



Foto: pressfoto

im Sinne einer guten und günstigen Versorgung neuen Schwung zu verleihen.“ Kosten und Nutzen müssten in ein angemessenes Verhältnis gebracht werden. Die Techniker Krankenkasse betonte, damit sich die Millionen-Investitionen lohnten, müsse klar sein, dass Daten später online verschickt werden könnten. Mehrere große gesetzliche Kassen hatten die Verteilung in der Pilotregion Nordrhein gestoppt, wo bis Ende 2009 rund 100 000

Karten an die Versicherten ausgegeben werden sollen. Das Projekt sei angesichts der im Koalitionsvertrag vereinbarten Bestandsaufnahme zu unsicher. Die ihrerseits teilweise ebenfalls skeptischen Ärzte gaben sich optimistisch. „Die Ausgabe der Karte darf nicht gestoppt werden“, sagte Franz-Joseph Bartmann, der im Vorstand der Bundesärztekammer dafür zuständig ist. „Wir haben keine Alternative zur Karte.“ In seinem Schreiben äußert Rösler Verständnis dafür, dass Laumann jede Verunsicherung im Pilotbezirk vermeiden wolle. Er hoffe, mit diesen Klarstellungen dazu beigetragen zu haben, dass die notwendigen Maßnahmen ohne weitere Verunsicherung fortgesetzt werden könnten. Das bedeutet, dass die Karte aus seiner Sicht wie geplant zunächst am Nordrhein und dann bundesweit verteilt werden kann. sg/dpa

Kommentar**Das Moratorium bleibt**

Der neue Gesundheitsminister Philipp Rösler ist nicht zu beneiden: Noch nicht einmal richtig ins Amt eingezogen, werden ihm schon von allen möglichen Berufsverbänden, Lobbygruppen und Interessenvertretern die Baustellen im Gesundheitswesen dringlich ans Herz gelegt. Hohen Entscheidungsdruck gab es gleich bei der elektronischen Gesundheitskarte. Weil CDU und FDP in ihrem Koalitionsvertrag vereinbarten, die Karte auf den Prüfstand zu stellen, stoppten die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen die Kartenausgabe. Rösler schaltete schnell und gab

seinem Amtskollegen Laumann ein Signal, wonach die Kassen die Ausgabe weiterbetreiben können. Wie gesagt, ein Signal. Das bedeutet noch kein grünes Licht und keine freie Fahrt für die weitere Implementierung der Gesundheitskarte. Es gelten die Koalitionsvereinbarungen und das darin festgeschriebene Moratorium zur Karte. In ihm werden die vielen berechtigten Einwände – auch die der Zahnärzteschaft und ihrer beiden Landesorganisationen BZÄK und KZBV – noch einmal zur Sprache kommen müssen.

Stefan Grande

Repräsentative Forsa-Umfrage**Jeder Zweite hat Angst vor dem Krankenhaus**

Mehr als die Hälfte aller Bundesbürger (54 Prozent) fürchtet sich vor einem Krankenhausaufenthalt. Gut jeder Zehnte hat sogar große Angst davor. Vor allem gesetzlich Versicherte seien überdurchschnittlich besorgt. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Forsa-Umfrage unter 1 006 Personen im Auftrag der HanseMercur Versicherungsgruppe. Ganz oben auf der Liste stünden die Angst vor Behandlungsfehlern (65 Prozent) und erfolglosen Therapien (61 Prozent). 55 Prozent der Befragten beunruhigt die Vorstellung,

sich mit gefährlichen Keimen anzustecken oder Schmerzen zu erleiden (53 Prozent). 86 Prozent wünschen sich mehr Zuwendung durch die Ärzte. ck/dpa



Foto: PD

BZÄK, DGZMK und KZBV am Deutschen Zahnärztetag 2009

Zahnärzte fordern rasche Umsetzung der Koalitionsvereinbarungen

Eine rasche Umsetzung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Ziele für eine neue Gesundheitspolitik und die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland erwartet die deutsche Zahnärzteschaft von der neuen Bundesregierung. Anlässlich des Deutschen Zahnärztetages in München, der die gemeinsamen Interessen von Standespolitik, Praxis und Wissenschaft in der Zahnmedizin repräsentiert, begrüßen die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Kassen-

Vereinfachung der Kostenerstattung. Mehr Gelder für die Forschung und eine bessere personelle Ausstattung der Hochschulstandorte stehen für die Wissenschaft an erster Stelle der politischen Agenda.

Für die BZÄK ist eine an der Kostenentwicklung und neuen Leistungsbeschreibungen orientierte Novellierung der GOZ überfällig.

lichkeiten für die Versicherten. Die Agenda stimmt also. Aber es reicht nicht die Probleme auf der Tagesordnung zu haben, es müssen auch kurzfristig tragfähige Lösungen umgesetzt werden.

Die Kraft des Neuanfangs darf jetzt nicht in monatelanger Kommissionitis verpuffen. Was das Bekenntnis der Regierung zu mehr Wettbewerb angeht, fordern wir faire Wettbewerbsbedingungen, die die Behandlungsqualität sichern und einen ruinösen Preiswettbewerb verhindern. Ein Lippenbekenntnis reicht da nicht.“ Die DGZMK bekräftigt die vom Wissenschaftsrat 2005 erhobene Forderung nach mehr zahnmedizinischer Forschungsaktivität in Deutschland, erinnert die Politik aber an die gleichzeitig erhobene Forderung nach besserer finanzieller Unterstützung der Hochschulstandorte. DGZMK-Präsident Prof. Dr. Thomas Hoffmann: „Die DGZMK nimmt ihre Rolle als Motor und Koordinator der Zahnmedizin als integraler Bestandteil der Medizin weiter wahr. Es gilt dazu aber künftig, die Kräfte zu bündeln und für die Bereiche Lehre, Forschung und Medizinische Versorgung Exzellenzbereiche zu schaffen. Im kommenden Jahr will die DGZMK eine Arbeitsgruppe ‚Zukunft Zahnmedizin‘ etablieren, die vorwiegend junge Hochschullehrer der Zahnmedizin, Mediziner, Ethiker, Manager und Politiker zusammenbringt, um eine Kompetenzbasis zur Bewältigung der aufgeführten Schwerpunkte zu liefern. Dabei wird vom ebenfalls zu gründenden Arbeitskreis ‚Ethik in der Zahnmedizin‘ der DGZMK wertvolle flankierung erwartet.“ sg/pm

Die KZBV sieht im Koalitionsvertrag eine positive Weichenstel-

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG



Foto: BZÄK/Lopata

zahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sowie die Deutsche Gesellschaft für Zahn, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) das im Koalitionsvertrag bekräftigte Bekenntnis zur Freiberuflichkeit des Zahnarztes.

Gleichzeitig fordern sie baldiges Handeln bei den Novellierungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Approbationsordnung Zahnmedizin, der Angleichung der Ost-Honorare an das West-Niveau und der Aufhebung der Budgets sowie der

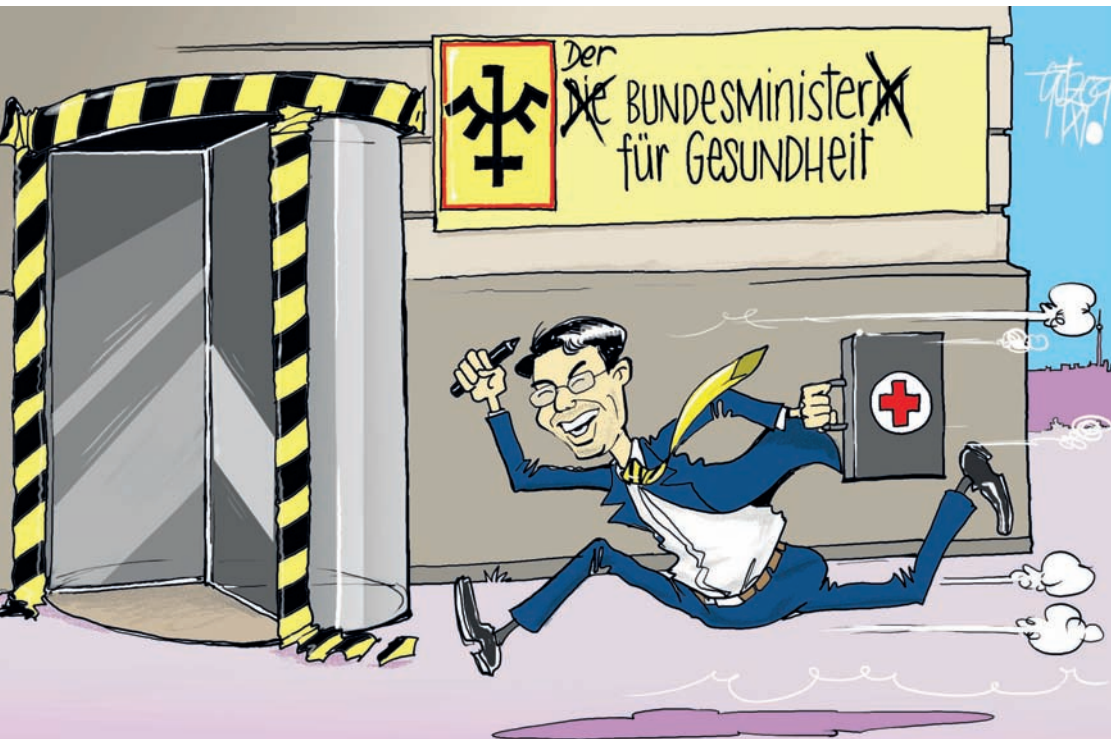
Dazu erklärt BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel: „Wir brauchen für die neue GOZ eine solide betriebswirtschaftliche Basis, die unter anderem den überfälligen Inflationsausgleich berücksichtigt und einen Leistungskatalog nach den Erfordernissen der modernen präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde schafft. Dabei müssen der medizinische Fortschritt sowie die demographische Entwicklung besondere Beachtung finden. Eine Öffnungsklausel mit der Mög-

lichkeit für die vertragszahnärztliche Versorgung. Dazu der Vorsitzende des Vorstandes, Dr. Jürgen Fedderwitz: „Die Fragen, die uns Vertragszahnärzten unter den Nägeln brennen, sind in das Koalitionspapier aufgenommen worden: die Anpassung der Ost-Honorare an das West-Niveau, die Abschaffung der Grundlohnsummenanbindung der Vergütung und damit das Ende der Budgets, die Vereinfachung der Kostenerstattung, aber auch die Einführung von mehr Wahlmög-

lichkeiten für die Versicherten. Die Agenda stimmt also. Aber es reicht nicht die Probleme auf der Tagesordnung zu haben, es müssen auch kurzfristig tragfähige Lösungen umgesetzt werden. Die Kraft des Neuanfangs darf jetzt nicht in monatelanger Kommissionitis verpuffen. Was das Bekenntnis der Regierung zu mehr Wettbewerb angeht, fordern wir faire Wettbewerbsbedingungen, die die Behandlungsqualität sichern und einen ruinösen Preiswettbewerb verhindern. Ein Lippenbekenntnis reicht da nicht.“

Die DGZMK bekräftigt die vom Wissenschaftsrat 2005 erhobene Forderung nach mehr zahnmedizinischer Forschungsaktivität in Deutschland, erinnert die Politik aber an die gleichzeitig erhobene Forderung nach besserer finanzieller Unterstützung der Hochschulstandorte. DGZMK-Präsident Prof. Dr. Thomas Hoffmann: „Die DGZMK nimmt ihre Rolle als Motor und Koordinator der Zahnmedizin als integraler Bestandteil der Medizin weiter wahr. Es gilt dazu aber künftig, die Kräfte zu bündeln und für die Bereiche Lehre, Forschung und Medizinische Versorgung Exzellenzbereiche zu schaffen. Im kommenden Jahr will die DGZMK eine Arbeitsgruppe ‚Zukunft Zahnmedizin‘ etablieren, die vorwiegend junge Hochschullehrer der Zahnmedizin, Mediziner, Ethiker, Manager und Politiker zusammenbringt, um eine Kompetenzbasis zur Bewältigung der aufgeführten Schwerpunkte zu liefern. Dabei wird vom ebenfalls zu gründenden Arbeitskreis ‚Ethik in der Zahnmedizin‘ der DGZMK wertvolle flankierung erwartet.“

Ausführlicher Bericht zum Zahnärztetag folgt im nächsten Heft



Illu.: Wiedenroth

Bürgermeister will weiter Bettler sein

Auch nach seiner Wahl zum Bürgermeister will ein indischer Bettler nicht seine Tätigkeit aufgeben. Dabei springe so viel Geld raus, dass er damit sowohl seine Familie als auch soziale Projekte seiner Gemeinde unterstützen könne. In einer guten Woche erbettle er umgerechnet gut 385 Euro, sagte der 56-Jährige, der noch nie einen festen Job hatte. „Das Geld, das ich durchs Betteln verdiene, versorgt meine ganze Familie und manchmal das ganze Dorf“, so der Bürgermeister und Bettler. „Nun bin ich verantwortlich für die Entwicklung meines Dorfes, und einen Teil meines Geldes werde ich dafür verwenden“, kündigte der Bettler einem Bericht der Online-Agentur Ananova nach an. „Ich bin sicher, dass sich einige gut fühlen, wenn dem ganzen Dorf geholfen wird.“ sg/áz

Mit neuem Schwung

Duschen – ohne Gesang

Venezuelas Bürger sollen nicht mehr unter der Dusche singen. Das fordert ihr Staatspräsident Hugo Chavez, der sich um die Energieressourcen seines Landes sorgt. „Einige Leute singen unter

der Dusche und verbringen dort eine halbe Stunde“, schäumte der venezolanische Präsident in einer Kabinettsitzung. Er werde die Energieverschwendung in seinem Land bekämpfen. „Drei Minuten

sind mehr als genug. Ich habe gezählt, drei Minuten, und ich stinke nicht.“ Die Situation der Energieversorgung im Land ist angespannt. Die steigende Nachfrage hat in den vergangenen Monaten zu flächendeckenden Stromausfällen geführt. sg/áz

Dritte Zähne nicht aufs Tablett

Wer seine dritten Zähne im Krankenhaus auf ein Essenstablett legt, darf sich nicht wundern, wenn sie verschwinden. Das hat das Landgericht Detmold (Nordrhein-Westfalen) geurteilt, wie ein Sprecher bestätigte. Eine Frau hatte Schadenersatz für ihr verloren gegangenes Gebiss gefordert. Die Dame hatte ihre dritten Zähne im Krankenhaus aufs Essenstablett gelegt. Das Personal räumte die Prothese dann mit dem Frühstück ab. Das Landgericht wies auch in zweiter Instanz die Erstattung von 750 Euro ab, die als Eigenanteil für ein neues Ersatzgebiss fällig waren. Die Mitarbeiter müssten auf Tablett nicht mit abgelegten Gebissen rechnen, hieß es. sg/dpa

Kolumne

Namen sind Diagnosen

Nun sind wir ja jeden Tag damit beschäftigt, Diagnosen zu stellen. Wir beugen uns über den Stuhl, begutachten fremde Mänder und Zähne und wissen im Allgemeinen doch recht gut, was wir tun als Zahnärzte.

Aber wir Mediziner sind nicht allein, mit dem Diagnose stellen, im weiteren Sinn. Auch die Angestellten vom TÜV tun es. Kfz-Mechaniker tun es. Jugendamtsmitarbeiter tun es. Journalisten tun es. Lehrer tun es sowieso. Insofern war ich gar nicht so erstaunt, als ich vor kurzem in einer Berliner Tageszeitung las: „Kevin ist kein Name, sondern eine Diagnose.“ Der dies sagte, ist Lehrer, und er tat dies kund vor dem Hintergrund einer Studie über mehr

■ *Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de*

oder weniger exotische Vornamen und damit verbundene Vorurteile. Ergebnis der Umfrage: Schillernde Mode-Vornamen wie etwa Kevin, Justin, Chantal oder Mandy würden eher mit bildungsfernen Unterschichten assoziiert. Dort, das belegt eine andere Studie, werden sie auch gern vergeben. Mag sein. Doch, so liebe sich fragen, was passiert, wenn die Namen auch aus dem Medizinischen übernommen werden? Müssen wir dann bei Namen wie etwa Pulpa oder Corona nicht nur den Zahnzustand diagnostizieren, sondern auch den sozialen Hintergrund?

Ihr vollkommener Ernst