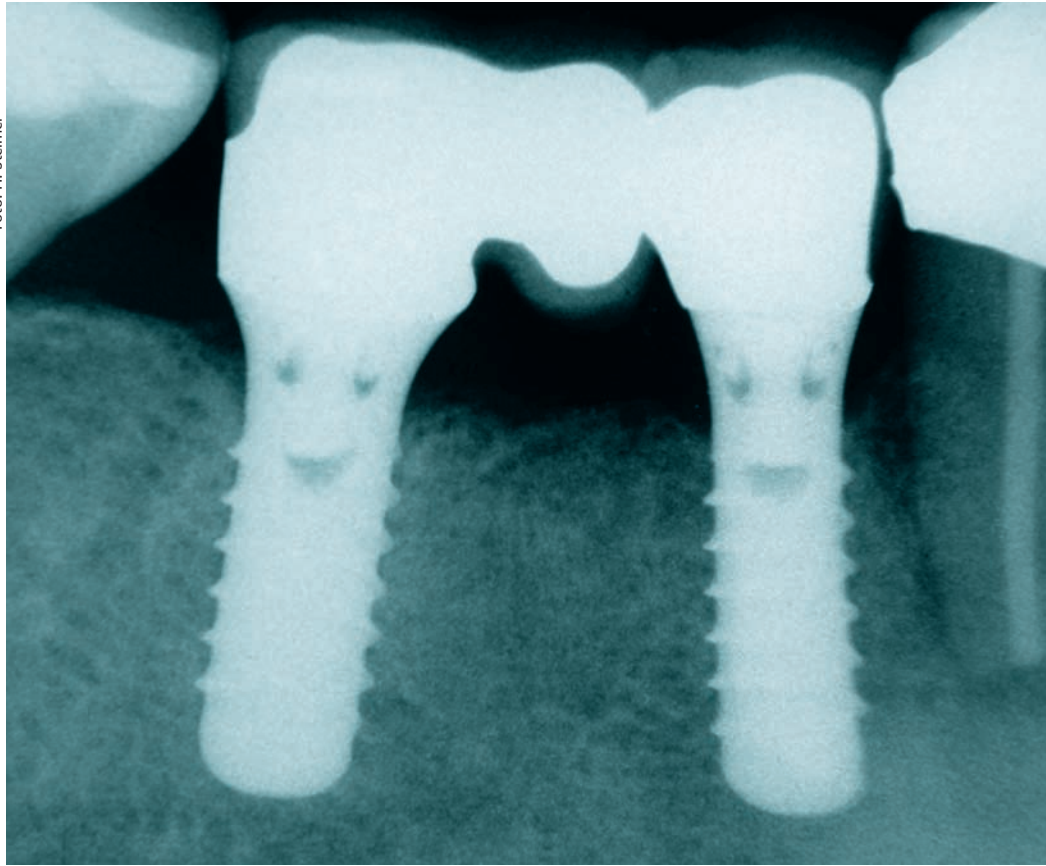


Fortbildungsteil 2/2009

# Zähne im Herbst des Lebens

Hilfswerk: Pilotprojekt  
für Migranten

Praxisverkauf: Den  
Zeitpunkt planen



## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Diskussion um die demografischen Perspektiven Deutschlands verschafft den Eindruck, wir müssten uns mit der Überalterung dieser Gesellschaft ebenso unweigerlich arrangieren wie mit der Tatsache des biologischen Alterns an sich: Keiner hat dagegen ein überzeugendes Rezept.

Individuell kann man mit der Erwartung, dass die Statistiker uns jedes Jahr ein paar Wochen an Lebenserwartung draufschlagen, ganz gut leben. Sicherlich: Wir müssen einiges dafür tun, wenn wir diese „zusätzliche“ Zeit auch genießen wollen. Und der sogenannte zweite Gesundheitsmarkt will uns einiges verkaufen, was dazu beitragen soll. Trotzdem: Das prospektive Plus an Lebenszeit nehmen wir gern an.

Was die medizinische Versorgung der zunehmend alternden Gesellschaft angeht, so werden wir all unseren Sachverstand brauchen, hier die richtigen Wege zu beschreiten. Aber auch volkswirtschaftlich muss bewusst werden, dass immer mehr ältere Menschen dem Gesundheitswesen zusätzliche Anstrengungen abfordern. Schon heute müssen wir uns auf die spe-

ziellen Bedürfnisse der in einer Altersgesellschaft lebenden Menschen von morgen einstellen.

Denn längst nicht alle Senioren erfüllen das in der Werbung immer wieder hochgehaltene Idealbild des sogenannten „Silver-“ oder „Best-Agers“. Multimorbidität, aber auch der – zwar zeitlich verschobene, aber doch vorhandene – „Verschleiß“ fordert besondere Aufmerksamkeit, schlüssige Therapieansätze und ein verstärktes Augenmerk dafür, dass die Patienten auch „compliant“ bleiben.

Glücklicherweise hat die zahnmedizinische Wissenschaft auch aus gerontologischer Warte erkennbare Fortschritte gemacht. Den einzelnen Menschen kann das beruhigen. Gesundheitspolitikern fordert es aus ökonomischer Sicht einiges ab. Steigende Kosten, bedingt durch medizinischen Fortschritt und durch die spezifischen Herausforderungen, die die wachsende Zahl älterer Menschen in medizinischer Versorgung und Pflege stellt, erfordern neue Denkweisen, kreative Modelle und die Bereitschaft zu ökonomischen Kraftakten.

■ Die zm-Redaktion wünscht Ihnen, Ihren Familien und Freunden ein frohes Fest, Gesundheit und ein gutes neues Jahr!  
(Dieses Motiv wurde uns eingesandt von der Praxis Dr. Heinz Steimer)

Im praktischen zahnärztlichen Alltag kann man darauf nicht warten. Die Notwendigkeit, nach bestem Wissen und Gewissen den spezifischen Anforderungen dieser Patienten gerecht zu werden, stellt sich heute. Was hier wissenschaftlicher State of the Art ist, beschreibt der Fortbildungsschwerpunkt in diesem Heft. Der politisch-volkswirtschaftliche State of the Art muss hingegen offensichtlich noch gefunden werden.

Mit freundlichem Gruß



**Egbert Maibach-Nagel**  
zm-Chefredakteur



Foto: PD, Titelfoto: Bilddatenbank24

#### Zum Titel

*Fit im Kopf, noch recht fit im Körper und möglichst auch fit im Mund – der Herbstfortbildungsteil beschäftigt sich in vier Beiträgen mit dem Thema „Zähne im Herbst des Lebens“.*

Seite 26



Foto: ABDA

*Individualisierte Medizin birgt Chancen und Risiken. Experten warnen vor einem Hype.*

Seite 20



Foto: pixtal

*Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung postulieren die Kassen als Grundlagen ihrer künftigen Arbeit. Die Solidarität hat jedoch Grenzen. Bei den Ärzten hört die der Kassen auf.*

Seite 16



Foto: CC

**Antiquarische Bücher sind nicht nur eine Erbauung für Auge und Seele. Sie können auch eine wertvolle Geldanlage darstellen.**

**Seite 82**



Foto: fotolia

**Wann ist Hepatitis C als Berufskrankheit anzuerkennen? Das Bundessozialgericht hat hierzu richtungweisende Urteile gesprochen.**

**Seite 88**



<b>Editorial</b>	<b>1</b>	<b>Tagungen</b>	
<b>Leserforum</b>	<b>4</b>	Gaba-Symposium: Erosionen in den Griff bekommen	<b>60</b>
<b>Leitartikel</b>		<b>Veranstaltungen</b>	<b>62</b>
BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel über die Rolle der PKV vom „Payer“ zum „Player“	<b>6</b>	<b>EDV und Technik</b>	
<b>Gastkommentar</b>		EU-Reform des Telekomsektors: Im Zweifel für den Angeklagten	<b>74</b>
Klaus Heinemann, freier Journalist, vermisst bei den Reformplänen den großen Wurf	<b>8</b>	<b>Akademisches</b>	
<b>Nachrichten</b>	<b>10</b>	Deutscher Zahnärztetag: Studententag wurde zum vollen Erfolg	<b>76</b>
<b>Das aktuelle Thema</b>		<b>Praxismanagement</b>	
GKV-Positionspapier: Die neue S-K(l)asse	<b>16</b>	Steuerliche Aspekte beim Praxisverkauf: Den richtigen Zeitpunkt planen	<b>78</b>
<b>Politik und Beruf</b>		<b>Finanzen</b>	
Bundeskongress: Privatmedizin mit zunehmender Bedeutung	<b>18</b>	Antiquarische Bücher: Ein (fast) vergessenes Sammelgebiet	<b>82</b>
Individualisierte Medizin: Warnung vor dem Hype	<b>20</b>	Kreditmanagement bei Banken: Interessenlage beachten	<b>86</b>
Expertenkongress: Qualität bekommt einen neuen Schub	<b>22</b>	<b>Recht</b>	
<b>Gesundheit und Soziales</b>		Hepatitis C: Beweissituation ist entscheidend	<b>88</b>
Hilfswerk Deutscher Zahnärzte: Ausbilden statt abschieben	<b>24</b>	<b>Internationales</b>	
<b>Titelstory</b>		CED-Vollversammlung: Delegation Ja – Substitution Nein	<b>90</b>
Fortbildungsteil 2/2009: Zähne im Herbst des Lebens	<b>26</b>	<b>Persönliches</b>	<b>92</b>
Der geriatrische Patient	<b>28</b>	<b>Bekanntmachungen</b>	<b>94</b>
Implantation beim alten Patienten	<b>36</b>	<b>Impressum</b>	<b>95</b>
Zahnmedizinische Probleme beim alten Patienten	<b>44</b>	<b>Neuheiten</b>	<b>96</b>
Psychologische Aspekte des Alterns	<b>50</b>	<b>Letzte Nachrichten</b>	<b>125</b>
<b>Zahnmedizin</b>		<b>Zu guter Letzt</b>	<b>128</b>
 Der aktuelle klinische Fall: Zementoblastom	<b>56</b>		

## Brötchen statt Blumen

■ Zum Beitrag „Alfred Kantorowicz und Gustav Korkhaus – Ein Thema, zwei Weltanschauungen“ in zm 19/2009:

Zu den beiden Kapiteln „Zur Karriere in der Nachkriegszeit“ und „Enttäuscht und verbittert“ möchte ich als letzter Oberarzt und langjähriger Vertrauter von Prof. Dr. Ernst Sauerwein, Bonn, einige wichtige Ergänzungen und Anmerkungen beitragen: Ich bin schon sehr erstaunt, dass in dem Kapitel „Zur Karriere in der Nachkriegszeit“ nicht einmal der Name Sauerwein im Zusammenhang mit Kantorowicz und Korkhaus auftaucht. War doch Ernst Sauerwein sozusagen der letzte Schüler (zusammen mit F. W. Overdiek, der später Direktor der Zahnerhaltung in Heidelberg wurde und meines Wissens noch als Zeitzeuge lebt) von „Kantor“, wie er damals von seinen Mitarbeitern genannt wurde. So schenkte Kantorowicz dem jun-

gen Sauerwein zu dessen Habilitation ein mittelalterliches Traktat über die Zahnheilkunde mit Widmung „Des Seins Gründe sind in stetem Fluß. Sie schwanken zwischen Deus und Diabolus. Und so ist es immer gewesen, auf diesen Seiten kannst Du's lesen.“ Später dann besuchte das Ehepaar Ernst und Loni Sauerwein das völlig verarmte Ehepaar Kantorowicz regelmäßig im universitätseigenem Wohnstift im Bonn gegenüberliegenden Königswinter. Damals in der Nachkriegszeit brachte man statt Blumen noch belegte Brötchen mit!

Aus vielen Gesprächen mit Ernst Sauerwein – besonders auch nach seiner Emeritierung – muss ich zur Masterarbeit von Dr. Rosemarie Mattern folgende wichtige Ergänzungen beitragen: Wohl hat der noch damals in der Türkei lehrende Alfred Kantorowicz 1946 den an ihn aus der Heimat antragenden Ruf auf seine alte Wirkungsstätte in Bonn abgesagt (frischer Herzinfarkt und aus anderen im oben genannten



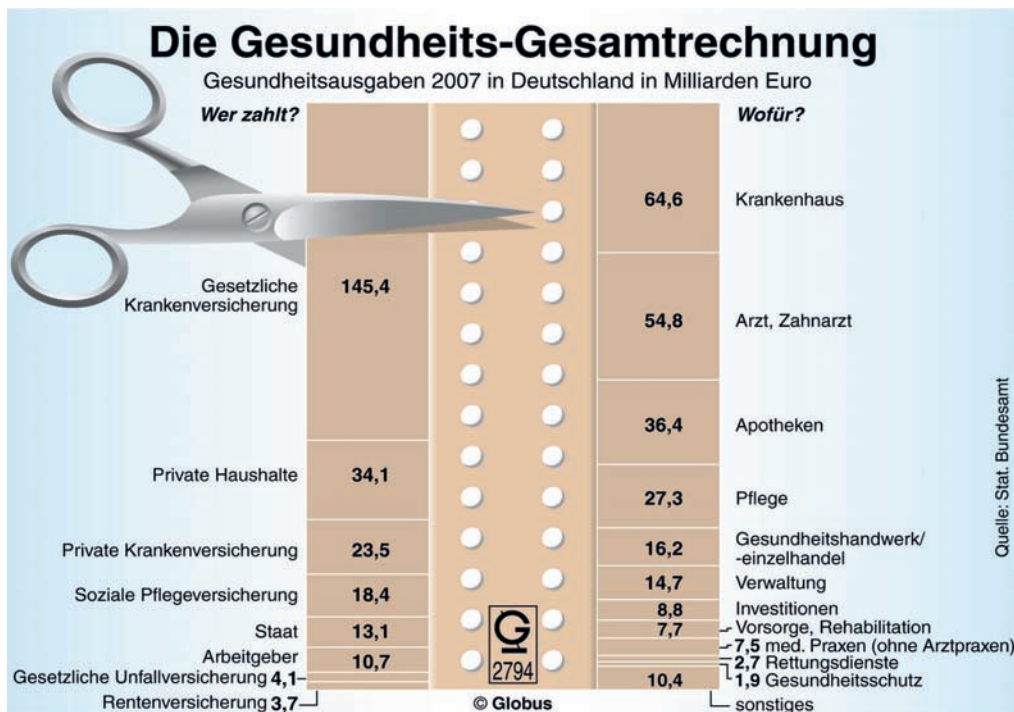
Foto: privat

Aula der Bonner Universitätszahnklinik 1967, Einführung von Prof. Dr. Schmuth: Rechts der junge Sauerwein (Jahrgang 16), links Schmuth, ganz links Frau Korkhaus

Beitrag aufgeführten Gründen). Jedoch verweigerte ihm 1950 sein Schüler Korkhaus, der seit 1948 Direktor der Universitätszahnklinik Bonn war, noch einmal für ein Jahr den Posten des Direktors zu bekleiden. Diese Möglichkeit war intern im zuständigen Ministerium dem heimkehrenden Kantorowicz eingeräumt worden, unter der Bedingung,

dass Korkhaus dazu freiwillig sein Plazet gebe.

Familie Kantorowicz war durch die erzwungene Zeit in der Türkei völlig verarmt (ein Sohn beging dort auf tragische Weise Selbstmord) und Kantorowicz hätte durch dieses Jahr eine einigermaßen anständige Pension erhalten. Korkhaus verweigerte diese Möglichkeit, weil er Angst hatte, dass der „Alte“, wenn er dann einmal auf dem Direktorenposten sei, nicht nach einem Jahr abtreten würde. Korkhaus selber war als Direktor ein Diktator mit gottähnlichen Allüren, wie es Sauerwein und F. W. Overdiek in Gesprächen und Briefen immer wieder beklagt haben. So mussten zum Beispiel seine Oberärzte und Assistenten seine Gäste in seine in der Eifel befindliche Jagdhütte fahren, ohne dass er sie dafür entlohnte. Für seine ausgedehnte Privatpraxis an der Universitätszahnklinik arbeiteten seine Untergebenen ohne Entgelt für ihn, zu Weihnachten bekamen diese jungen Wissenschaftler, die noch habilitierten und somit von ihm abhängig waren, ein kleines Geschenk auf der Weihnachtsfeier mit warmen



Worten! 1966, nachdem sich Korkhaus zum zweiten Mal – weit über die Pensionsgrenze – vertreten wollte, berief das zuständige Ministerium seinen damaligen Oberarzt und Vertreter Prof. Dr. Ernst Sauerwein zum kommissarischen Direktor und kurze Zeit später zum alleinigen Direktor der Universitätszahnklinik Bonn. Sauerweins Verdienst war es dann in den nächsten Jahren die einzelnen Fachgebiete mit eigenständigen Leitern zu besetzen (Schmuth – KFO –, Hupfauf – Prothetik – und Lehnert – Chirurgie –) und die Allherrlichkeit des gottähnlichen Direktors aufzulösen.

*Dr. Fritz Haun  
Osloerstr. 139  
53117 Bonn  
gfhaun@gmx.de*

## Back to the roots

■ Zum Beitrag „Alfred Kantorowicz und Gustav Korkhaus - Ein Thema, zwei Weltanschauungen“ in zm 19/2009:

Die gegenwärtige Situation der Kinder- und Jugendzahnpflege sollte Anlass sein, sich auf die Methoden des berühmten Prof. Kantorowicz zu besinnen. Kantorowicz erreichte entgegen der Interessenlage der niedergelassenen Kollegen eine Verstaatlichung der Schulzahnklinik. In dieser Bonner Schulzahnklinik wurden nicht nur „Löcher gezählt“ wie heutzutage, sondern auch behandelt und das während der Unterrichtszeit der Kinder. Im Bonner Raum erreichte er dadurch einen Sanierungsgrad von 93 Prozent. Dieses System wurde zum gesundheitlichen Vorteil der Kinder und Jugendlichen international erfolgreich kopiert. Der Vergleich mit der heutigen Zeit fällt demgegenüber katastrophal aus. Während die „moderne

Zahnheilkunde“ in höchsten Tönen gepriesen wird, sind die Erkrankungsraten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrations- und Hartz-IV-Hintergrund besorgniserregend. Nach den Statistiken der DAJ von 2005 betrug an der Spitze die Anzahl der nicht versorgten Zähne der Sechs- bis Siebenjährigen im Jahr 2004 beispielsweise in Bremen 60 Prozent, in Nordrhein 56,4 Prozent und im Saarland 54,6 Prozent. Dieser Zustand lässt nur den Schluss zu, dass der saturierten Kollegenschaft und ihren gewählten Vertretern das soziale Engagement auf dem Sektor der Kinder- und Jugendzahnheilkunde abhanden gekommen ist. Hier wird erfolgreich weggeschaut – es muss umgedacht werden.

*Peter Scharf  
Winterfeldtstr. 97  
10777 Berlin*

## Abgesichert

Zum Beitrag „Familiäre Anlagen“ in zm 19/2009:

Da gibt es bei Ihnen doch immer wieder Artikel über Zahnärztinnen und deren Aufholjagd und Gleichberechtigungsanspruch auch in der Zahnmedizin. Und dann liest man wieder so einen Satz: „Damit im Ernstfall, wenn er stirbt, Mutter und Kinder finanziell abgesichert sind.“ Vor zwei Jahrzehnten habe ich eine Risikolebensversicherung abgeschlossen, um Vater und Kinder abzusichern. Mit „feministischem“ Gruß

*Claudia Ruppert-Münnich  
ruppert-muennich@telemed.de*

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



Foto: BZÄK/zm

## Von der PKV zum „Player“

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

die Zahl derer, die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP Chancen für einen Neuanfang im Gesundheitswesen sehen, ist nach wie vor groß. Die wenig detaillierten Formulierungen des Vertrags geben das im Prinzip ja auch her.

Dass sich hinter dieser Hoffnung auf einen Paradigmenwechsel im System aber ganz unterschiedliche Positionen verbergen, liegt auf der Hand. Was eint, ist der Wunsch nach Veränderung. Allerdings haben Heilberufe und Krankenkassen nach wie vor sehr konträre Auffassungen, wohin die Reise gehen soll. Die in Aussicht gestellte Wiederaufnahme der GOZ-Novellierung begrüßen Zahnärzteschaft und private Krankenversicherer zwar gleichermaßen. Das ist dann aber auch schon alles, was uns an dieser Stelle verbindet.

Der Verband der Privaten Krankenversicherer hat anlässlich seiner jüngst veröffentlichten Jahreszahlen keinen Zweifel daran gelassen, was er anstrebt: Mit aller Macht will er die klassische Rolle als Versicherer verlassen. Man will aktiv Einfluss auf „Qualität, Mengen und Preise“ nehmen.

» **Öffnungsklauseln und damit mögliche Verhandlungsdisparitäten zwischen PKVen und einzelnen Zahnarztgruppen schaffen Grundlagen, die wir bei den GKVEn schon heute kritisieren.**

Spricht: Die Gebührenordnung als Maßgabe reicht den mit Sorge auf künftige Herausforderungen blickenden Versicherungskonzerne nicht mehr aus. Der PKV-Verband will im Gesundheitssystem vom „Payer“ zum „Player“ aufrücken. Die GOZ-Novelle soll, so hoffen die Privatversicherer, die Öffnungsklausel für separat abschließbare Verträge bringen.

Was das für die Heilberufe bedeutet, davon haben gesetzliche Krankenversicherer bereits eine Ahnung vermittelt. Die Selektivverträge nach § 73 c SGB V machen deutlich, was sich die Versicherer von dieser zusätzlichen Option staatlich gewünschten und geförderten Wettbewerbs versprechen: Auf den ersten Blick bieten die Vertragsangebote uns Zahnärzten vielleicht die Chance, im Wettbewerb mit anderen Kollegen besser aufgestellt zu sein. Und taktisches Ziel der gesetzlichen Versicherer ist es ja „nur“, sich durch zusätzliche Angebote aus dem einheitlichen Heer der Konkurrenten herauszuheben. Trotzdem: Was die GKVEn hier anbieten, ist eigentlich ärztliche oder zahnärztliche Leistung. Und nur da gehört es hin. Betriebswirtschaftlich wird das „Plus“ für die Versicherten im Rahmen von „Mischkalkulationen“ dort aufgefangen, wo es für die

Unternehmen verschmerzbar bleibt – im Zweifel bei den „Dienstleistern“. In der freien Wirtschaft läuft so etwas unter der Begrifflichkeit „Subunternehmertum“. Und wie selbstverständlich entscheidet der Vertragsanbieter auch, wo nötiges Material und Geräte beschafft werden. Letztlich wird hier im Bereich der Industrie derjenige den Zuschlag erhalten, der das kostengünstigste Ergebnis verspricht.

Alles Zukunftsmusik? Wir selbst haben es in der Hand, diese unerwünschte, einem freiberuflichem Denken mit Entscheidungs- und Therapiefreiheit zuwiderlaufende Entwicklung auszubremsen. Denn ohne unsere Unterschriften funktionieren diese Versuche zusätzlicher Durchökonomisierung nicht. Seien Sie sicher, unsere Patienten werden es uns danken, wenn wir selbst ihnen ohne vertragliche Restriktionen und individualisiert auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Lösungen inklusive etwaiger Alternativen vorschlagen. Und auch für kostengestaffelte Ansätze in der Prothetik braucht man keine vorgeschalteten Versicherer mit industriellen Partnern vielleicht ausländischer Provenienz.

Dass sich die GKV in den letzten Jahren mit Hilfe des Gesetzgebers in strammer Konsequenz auf den rein ökonomischen Pfad begeben hat, wissen wir und haben – zum Beispiel über Festzuschussysteme – entsprechende Konsequenzen gezogen. Dass wir jetzt auch aus PKV-Sicht mit ähnlichen Denkschemata umgehen müssen, macht die Situation nicht einfacher. Öffnungsklauseln und damit mögliche Verhandlungsdisparitäten zwischen PKVen und einzelnen Zahnarztgruppen schaffen Grundlagen, die wir bei den GKVEn schon heute kritisieren.

Dagegen müssen und werden wir uns wehren.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

## Kampf an zwei Fronten

Die Finanzlage der Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen darf getrost als desaströs bezeichnet werden. Folglich wird diese mit so vielen Hoffnungen gestartete Regierung zunächst einmal ihr Interesse und ihre Anstrengungen darauf konzentrieren, die Konjunktur anzukurbeln und zugleich weitere Belastungen für die öffentlichen Etats tunlichst zu vermeiden. Das legt auch den im Koalitionsvertrag angedeuteten Vorhaben im Bereich des Gesundheitswesens enge Fesseln an. Jedenfalls, soweit das den angestrebten Umbau des Finanzierungssystems betrifft. Andere Baustellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung können umgehend stillgelegt oder neu eingerichtet werden. Dazu zählt zum Beispiel die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Auf diesem Feld wurden bereits Unsummen versenkt, ohne eine wirklich praxistaugliche und den datenschutzrechtlichen Anforderungen genügende Lösung präsentieren zu können. Es kann nur dem Anliegen dienen, hier eine Atempause einzulegen.

Das gilt in gleicher Weise für die Überprüfung der Praxisgebühr. Da auf diesem Weg jedoch Milliardensummen den Krankenkassen zufließen, kann es mit einer bloßen Abschaffung nicht sein Bewenden haben. Schließlich wird den gesetzlichen Kassen für das kommende Jahr bereits ein Finanzierungsdefizit in Höhe von 7,5 Milliarden Euro prognostiziert. Das soll zwar etwa zur Hälfte ein nochmals steigender Steuerzuschuss ausgleichen, der Rest muss jedoch von den



Foto: MEV

Kassen selbst beschafft werden. Sie scheuen zwar das letzte Instrument des Zusatzbeitrags, da damit ein Sonderkündigungsrecht einhergeht, werden diesen Schritt aber wohl kaum vermeiden können.

Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) nimmt bewusst den Gang raus. Zunächst einmal wird sich eine zu berufende Regierungskommission mit den ihr gestellten Hausaufgaben beschäftigen. Dazu zählt das angestrebte Einfrieren des Arbeitgeberanteils, die Ablösung des prozentualen Bei-

Alle jene, die sich nach der letzten Bundestagswahl der Illusion hingaben, nun werde eine bürgerliche Koalition die Dinge schon richten, müssen ihre Einschätzungen neu sortieren. Die Widerstände vor allem aus Bayern gegen die Implementierung wirklich freiheitlicher Elemente sind erheblich. Obwohl auch die CSU den Koalitionsvertrag unterschrieben hat, sperrt sie sich gegen die Einführung von Kopfpauschalen. Seehofer darf in dieser Hinsicht nicht unterschätzt werden, hat er doch in der Zeit seiner Resortverantwortung in Bonn wie auch im Zusammenwirken mit Ulla Schmidt hinreichend bewiesen, dass er ein Überzeugungstäter ist.

Überzeugt vor allem davon, dass es gelingen kann, auf Dauer den Sozialausgleich im System der Gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen, obwohl dieser Ausgleich dort nicht hingehört. Unterschiede in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten müssen nun einmal ordnungspolitisch über das Steuersystem ausgeglichen werden. Das Krankenversicherungswesen hat andere Aufgaben, hat sich darauf zu konzentrieren, die Gesundheit der Bürger nach Möglichkeit auf einem angemessenen Niveau zu sichern.

Seine Bewährungsprobe wird der liberale Bundesgesundheitsminister folglich an zwei Fronten zu bestehen haben – der von Interessengruppen belagerten sowie jener Front, die quer durch die bürgerliche Koalition geht. Das kommende Jahr könnte bereits spannende Antworten bereit halten.



Foto: privat

**Unpräzise Formulierungen im Koalitionsvertrag und fehlende Finanzmittel zur Umstellung des Gesundheitssystems lassen den „großen Wurf“ in der angestrebten Gesundheitsreform unwahrscheinlich erscheinen, meint der freie Journalist und zm-Gastkommentator Klaus Heinemann.**

tragssatzes durch eine einheitliche Prämie mit einem automatischen Sozialausgleich, die Schaffung von Freiräumen für mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen und mehr Gestaltungsspielraum für Verträge zwischen den Partnern im System. Und nicht zuletzt wird sich die Politik der Aufgabe stellen müssen, die jahrzehntelang unveränderten Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte endlich an die Gegebenheiten anzupassen.



Gesundheitsprämie**Rösler für „automatischen Sozialausgleich“**

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hat zur geplanten Einführung einer Gesundheitspauschale einen „automatischen Sozialausgleich“ für Bedürftige angekündigt. Es müsse vermieden werden, „einen großen Teil der Pflichtmitglieder der Sozialversicherung zu Bittstellern zu machen. Folglich braucht man einen automatischen Sozialausgleich, den niemand extra beantragen muss“, sagte Rösler der „Zeit“. Er stellte zugleich klar, dass nicht berufstätige Ehepartner und



Foto: fotolia

Kinder auch künftig beitragsfrei bei den gesetzlichen Krankenkassen mitversichert bleiben. Mit der Ankündigung eines „automatischen Sozialausgleichs“ machte Rösler erstmals konkrete Angaben dazu, wie die von ihm geplante Prämie für jeden Versicherten in der Krankenversicherung umgesetzt werden soll. Kritiker hatten die Pauschale als unsozial bezeichnet. Der Minister wies die Kritik zurück: „Eine Prämie mit Sozialausgleich hilft, die Höhe der Sozialabgaben und die Kostenentwicklung zu entkoppeln. Und sie bringt mehr Wettbewerb zwischen den Kassen.“ Da der Sozialausgleich über Steuermittel angestrebt werde, führe dies zum Ausgleich zwischen Arm und Reich. Rösler dämpfte Hoffnungen auf eine schnelle Einführung seiner Pläne: „Wir müssen in dieser Legislaturperiode den Einstieg finden, das Ziel erreichen wir erst später.“

ck/dpa

Zusatzbeiträge**Kassen können Entscheidung schieben**

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Haushalte für 2010 erst Anfang des nächsten Jahres beschließen und können damit Entscheidungen über etwaige Zusatzbeiträge über den Jahreswechsel hinausschieben. Das folgt nach Aussage der „FAZ“ aus einem aktuellen Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes (BVA) an die Kassenvorstände. Zunächst dürften sie vorläufige Haushalte beschließen, hieß es demnach in dem Brief. Begründet wird die Frist damit, dass die Regierung zwar zusätzliche Steuer-

gelder für den Gesundheitsfonds in Aussicht gestellt habe, der formelle Bundestagsbeschluss aber noch ausstehe. Bis dahin müssten die Kassen aber ihre Haushalte der Aufsicht vorlegen. Müssten die Kassen ihre Haushalte jetzt beschließen, könnten sie diese Gelder nicht berücksichtigen, was in der Konsequenz für die Mehrheit der Versicherten Zusatzbeiträge bedeutete. In Kassenkreisen geht man dem Blatt zufolge davon aus, dass eine Reihe von ihnen schon 2010 Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben müsse. ck

Neues aus Bayern**Seehofer erklärt Prämie für beerdigt**

Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer (CSU) hat den gesundheitspolitischen Streit mit der FDP neu angeheizt. Er begrüßte die Ankündigung von Philipp Rösler (FDP), nicht berufstätige Ehepartner und Kinder auch künftig beitragsfrei versichern zu wollen, wertete dies aber als frühes Scheitern der FDP-Pläne eines Pauschalbeitrags unabhängig vom Einkommen.

„Zu dieser Entscheidung kann man ihm nur gratulieren, weil damit die deutsche Krankenversicherung solidarisch ausgerichtet bleibt“, sagte Seehofer. „Ich habe sogar eine doppelte Gratulation, weil er mit dieser Entscheidung das Ende der Kopfpauschale eingeleitet hat, die er durchsetzen will. Damit erfährt die von der



Foto: picture alliance

FDP favorisierte Kopfpauschale zum zweiten Mal nach 2004 ein Staatsbegräbnis.“ Damit löste er heftige Reaktionen bei FDP und CDU aus. Seehofers Begründung: „Wenn man mit dieser richtigen Entscheidung 20 Millionen nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder weiter von der Beitragszahlung ausnimmt, würde sich die Kopfpauschale für die übrigen 50 Millionen dramatisch erhöhen.“

ck/dpa

**Kommentar****Der Gang der Dinge**

Ob Taufe, Beerdigungen oder „schöne Nächte“, Horst Seehofer war schon immer für politische Festakte der besonderen Art zuständig. Als Helmut Kohls Gesundheitsminister hat er in den Neunzigern die Kostenerstattung und die Ausgliederung der GKV-Zahnersatzzuschüsse für nach 1978 Geborene erst aus der Taufe gehoben und schon zwei Jahre später wieder beerdigt. Mit Ulla Schmidt verlebte der CSU-Mann in der großen Koalition 2003 eine seiner schönsten Nächte. Daraus entstand eine der vielen „Jahundertreformen“.

Aber jetzt überschlägt sich der Ingolstädter: Die politischen Grund-

aussagen zur Einführung einer Gesundheitsprämie sind noch nicht einmal geboren, da erklärt sie Bayerns Staatschef schon für beerdigt? Vielleicht muss es auch der erfahrene Politiker Seehofer noch einmal hören: Schöne Nächte mag es geben. Ansonsten gilt es, die natürliche Reihenfolge einzuhalten: Erst wird gezeugt, dann geboren, dann getauft! Dann wird gelebt und erst danach wird, je nach Glück und Gesundheit, beerdigt.

Soviel Zeit muss auch ein quasi noch auf Koffern im BMG sitzender neuer Minister für die Ausgestaltung seiner Ideen bekommen.

Egbert Maibach-Nagel

Kostensteigerungen**Private erhöhen Beiträge**

Schlechte Nachrichten für Privatversicherte: Das Gros der PKV-Unternehmen plant für 2010 die Beiträge für die Krankenversicherung deutlich zu erhöhen. Nach einer Umfrage des Berliner „Tagespiegel“ wollen nahezu alle Versicherten die Beiträge nach dem Jahreswechsel heraufsetzen. Die Prämien schnellen nach oben, weil die PKV nach eigener Aussage mit erheblichen Kostensteigerungen zu kämpfen habe: So musste die Branche 2008 nach Angaben des PKV-Verbands 6,7 Prozent mehr für Ärzte, Medikamente und Krankenhauskosten ausgeben als im Vorjahr. Beispielsweise erhöhe die Debeka erstmals seit vier Jahren ihre Prämien um durchschnittlich fünf Prozent, berichtet das „Deutsche Ärzteblatt“. Beim Deutschen Ring liege der durchschnittliche Anstieg bei 5,5 Prozent. Die DKV setze die Beiträge durchschnittlich acht Prozent höher, dagegen müssten die Kunden der Allianz mit einer Beitragserhöhung von unter drei Prozent rechnen. Bei der Axa verteuerten sich die Prä-

mien im Schnitt um 3,9 Prozent, bei der Signal um 3,6 Prozent. „Diese Kostensteigerung geht deutlich über die Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus“, zitiert der „Tagespiegel“ den PKV-Verband. Grund für die Differenz: Ärzte und Kliniken stellten den Privatversicherern deutlich höhere Honorare in Rechnung als den gesetzlichen Krankenkassen. Die Versicherungsgesellschaften wollten das mittels eigener Gebührenverhandlungen ändern – bisher erfolglos. Zudem hätten sich einige Versicherte im vergangenen Jahr mit Beitragserhöhungen bewusst zurückgehalten, weil sie verhindern wollten, dass ihre Versicherten in den neuen Basistarif wechseln.

Die jetzt anstehenden Beitragserhöhungen könnten in Einzelfällen empfindlich hoch sein. „Auch Beitragssprünge von 20 oder 25 Prozent sind in Einzelfällen möglich“, warnt Jens Trittmacher vom Bund der Versicherten. ck

BMG**Orlowski folgt auf Knieps**

Ulrich Orlowski wird neuer Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesgesundheitsministerium (BMG) und damit Nachfolger von Franz Knieps. Als Unterabteilungsleiter im BMG war Orlowski bislang zuständig für Fragen der Krankenkassen, Kassenärzte, Arzneimittelversorgung und Aufsicht. Er gilt als unionsnah. ck

Neuer Posten**Faust geht zur AOK**

Der Arzt und ehemalige Vize-Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag, Dr. Hans Georg Faust (CDU), wird Berater des AOK-Bundesverbands. Er soll seine Expertisen bei Fragen rund um die Krankenhauspolitik einbringen.

Der Anästhesiologe verpasste nach drei Legislaturperioden diesmal den Einzug in den Bundestag. ck/ÄZ

Praxisgebühr abschaffen**KZBV unterstützt Anregung Zöllers**

„Die Praxisgebühr ist unsocial und präventionsfeindlich. Gerade im zahnärztlichen Bereich wäre ihre Abschaffung absolut zu begrüßen.“ Mit diesen Worten kommentierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz die Anregung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, über die Abschaffung der Praxisgebühr in der gesetzlichen Krankenversicherung nachzudenken. In der Zahnmedizin, so Fedderwitz, bräuchten die Versicherten über die Praxisgebühr jährlich mehr als 400 Millionen Euro an Subventionen für die gesetzlichen Krankenkassen auf. Die ur-

sprünglich damit verbundene Absicht, das ‚doctor hopping‘ einzudämmen, laufe aber in der zahnärztlichen Versorgung völlig ins Leere, weil ein ‚dentist hopping‘ ohnehin nie existiert habe. Zudem behindere die Gebühr die Bemühungen zur Verhinderung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten massiv, da sie gerade für sozial Schwache eine Barriere beim Zugang zur Zahnarztpraxis und zu regelmäßigen Kontrolluntersuchungen darstelle.

Für Fedderwitz resultiert daraus eine klare Forderung: „Die Praxisgebühr ist für Angstpatienten und Risikopatienten aus sozial schwachen Bevölkerungsgruppen ein großes Hinder-

nis. Gerade an die müssen wir aber rankommen, denn sie haben die größte Karieslast. Deswegen muss für die Zahnmedizin gelten: Weg mit der Gebühr, auf die Tür!“ KZBV



Foto: zm

Beratung**Neue EU-weite medizinische Hotline**

Unter der Telefonnummer 116 117 sollen Menschen, die in nicht lebensbedrohlichen Notfällen medizinische Dienste und Beratung benötigen, künftig überall in der EU Hilfe erhalten (siehe zm 19/09, S. 10). Ziel ist, den Anrufer mit einem kompetenten Beratungsdienst oder einem qualifizierten Arzt zu verbinden, der per Telefon medizinische Hilfs- oder Beratungsleistungen beispielsweise außerhalb der regulären Sprechzeiten anbieten kann. Nach dem Beschluss der EU-Kommission müssen die EU-Staaten sicherstellen, dass die nationalen Regulierungsbehörden für Telekommunikation die Nummer ab dem 15. April 2010 zuweisen können. Zum selben Zeitpunkt soll Opfern von Straftaten unter der 116 006 Unterstützung gewährt werden.

pr/ps



Foto: MEV

GKV-Beitragssatz**Kompromiss zeichnet sich ab**

Laut Medienberichten zeichnet sich zwischen Union und FDP zur künftigen Finanzierung des Gesundheitsfonds ein Drei-Säulen-Modell ab. Der Bund werde weiterhin mit einem Zuschuss die kostenlose Mitversicherung von Kindern sicherstellen und soziale Härten ausgleichen. Nach einem Bericht der „Berliner Zeitung“ solle der Arbeitgeberbeitrag bei sieben Prozent eingefroren werden. Die Versicherten sollen statt derzeit 7,9 Prozent des Bruttoeinkommens eine feste Pauschale plus einen einkommensabhängigen GKV-Beitrag zahlen. Dem Kölner IGKE-Institut zufolge reiche eine monatliche Pauschale von etwa 125 Euro pro Versichertem, um den Fonds nachzeitigem Stand zu füllen. Bei mitversicherten Ehegatten steige der Be-

trag auf 145 Euro. Für Geringverdiener wäre die Pauschale höher als ihr bisheriger Krankenkassenbeitrag, berichtet die Zeitung. Besserverdienende hingegen würden weniger Beitrag zahlen als bisher. Wer 1 000 Euro brutto verdient, müsse demnach monatlich mindestens 45 Euro mehr zahlen als bisher. Wer 2 000 Euro verdient, zahle hingegen 35 Euro weniger. Bei einem Einkommen von 3 000 Euro läge die Ersparnis schon bei 115 Euro. Für die Kopfprämie tritt vor allem die FDP ein, während die CSU sie zu verhindern versucht. Der Ersatzkassenverband VDEK legte unterdessen Berechnungen vor, wonach der Gesundheitsfonds schon 2009 nicht mit dem Geld auskommen werde: Rund 2,3 Milliarden Euro mache er minus. ck

Menschen mit Behinderungen**BZÄK fordert klare Konzepte**

Anlässlich des Internationalen Tages der Menschen mit Behinderungen am 3. Dezember forderte die BZÄK klare Rahmenbedingungen und tragfähige gesundheitspolitische Konzepte für die zahnmedizinische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe. Da die Behandlung von Menschen mit Behinderungen wesentlich zeit- und personalintensiver sei, solle diese in Zukunft außerhalb des Budgets erbracht werden, forderte BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich: „Zudem ist es höchste Zeit zu klären, wie die zahlenmäßig wachsende Patientengruppe der Pflegebedürftigen auch zukünftig zahnärztlich erreicht und versorgt werden kann. Deshalb muss auch über die Finanzierung der zahnärztlichen Betreuung in Pflege-

einrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, die im häuslichen Bereich betreut werden, neu nachgedacht werden.“ Zahlreiche regionale zahnärztliche Initiativen und Projekte der Landes-zahnärztekammern zeigten, wie eine präventionsorientierte zahnmedizinische Versorgung für diese Patientengruppe umgesetzt werden kann. Oesterreich: „Dieses Themenfeld verlangt aber aufgrund der zunehmenden Versorgungslast eine flächendeckende Lösung. Die Zahnärzteschaft wird hierzu ein Konzept vorlegen.“ Die BZÄK hat die Schirmherrschaft des Weltkongresses der IADH (International Association for Disability and Oral Health) für das Jahr 2014 übernommen.

sf/pm

Qualitätssicherungskonferenz des G-BA

## Zahnärzte erstmals beteiligt

Erstmals stand auch das Thema Zahnmedizin mit auf der umfangreichen Agenda der Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im November in Berlin. Die zahnärztlichen Besonderheiten zu diesem Komplex erläuterte in dem Workshop „Qualitätssicherung in der Pflege, in der Prävention und im vertragsärztlichen sowie vertragszahnärztlichen Bereich“ Dr. Peter Boehme, Sprecher der KZBV im Unterausschuss Qualitätssicherung. Er vertritt auch die BZÄK, die im G-BA zu bestimmten Fragen stellungnahmeberechtigt ist. In der Zahnmedizin gebe es einen eigenen ambulanten Sektor. Das sei auch sinnvoll, da hier nur wenige sektorenübergreifende Tätigkeitsfelder existierten. Deswegen müsse dieser Bereich auch bei der Qualitätssicherung vornehmlich sektorspezifisch betrachtet werden. Wohl aber gebe es Schnittstellen zwischen Medizin und Zahnmedizin, so etwa bei der Behandlung von Risikopatienten oder multimorbiden Patienten. Es werde sich zeigen, ob künftig hier sektorenübergreifende Aspekte zum Tragen kommen. Boehme betonte, dass Qualitätsförderung im zahnärztlichen Berufsstand eine

renübergreifende Aspekte zum Tragen kommen. Boehme betonte, dass Qualitätsförderung im zahnärztlichen Berufsstand eine



Foto: ZÄK Bremen

lange Tradition hat und erläuterte Eckpunkte wie die „Agenda Qualitätsförderung“ oder die Gründung der Zentralstelle Zahnärztliche Qualitätssicherung (zzq).

Zum Auftakt der Qualitätssicherungskonferenz hatte der G-BA die neue Bundesregierung aufgefordert, den Ausbau und die Verbesserung der flächendeckenden Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung konstruktiv zu begleiten und zu unterstützen. Unter anderem stellte der G-BA mit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) seine umfangreichen Daten zur Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern für das Jahr 2008 vor. pr

Zahnärztliches Qualitätsmanagement-System

## System nach DIN-Kriterien

Das seit 2006 deutschlandweit eingesetzte zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem (Z-QMS) erfüllt die grundlegenden Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008. Zu diesem Urteil kommt ein unabhängiges Gutachten, das der TÜV-Rheinland erstellt hat. Auftraggeber waren die Entwickler des Systems aus den Landeszahnärztekammern Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Überprüft wur-

de neben den Inhalten auch die Handhabbarkeit und die Anwenderfreundlichkeit des Systems. Ausdrücklich wird im Gutachten bestätigt, dass die Implementierung von Z-QMS in der zahnärztlichen Praxis „sogar ohne externe Beratung möglich ist“. Interessenten können sich unverbindlich unter [www.z-qms.de](http://www.z-qms.de) informieren und auch ein Demo-Video herunterladen. sg/pm

Neue Studie zeigt

## Hormontherapie doch vorteilhaft

Die umstrittene Hormontherapie für Frauen in und nach den Wechseljahren kann einer neuen Analyse zufolge unter Umständen das Leben verlängern. Allerdings beschränkt sich dieser Vorteil der Behandlung mit Geschlechtshormonen wie Östrogen auf „jüngere“ Frauen nach der Menopause. Das berichtet ein US-Wissenschaftlerteam um Shelley R. Salpeter vom Santa Clara Valley Medical Center (Kalifornien) in der November-Ausgabe der Fachzeitschrift „American Journal of Medicine“ (Bd. 122, Nr. 11). Sie hatten den Effekt der Hormontherapie bei rund 16 000 Frauen im Durchschnittsalter von 55 Jahren analysiert. Die Therapie gegen Symptome des Klimakteriums war 2002 durch eine größere Studie, die Women's

Health Initiative (WHI), in Verruf gekommen. Die neue Analyse, der die Daten von insgesamt 83 000 Patientenjahren der 16 000 Frauen zugrunde liegen, kam zu dem Ergebnis, dass die Vorteile der Hormonbehandlung bei Frauen „in jüngeren Jahren“, also um 55 Jahre, überwiegen und mögliche Nachteile ausgleichen. Das Sterberisiko in dieser Altersgruppe sank demnach um mehr als ein Viertel, verglichen mit unbehandelten Frauen. Dieses Ergebnis müsse jedoch im Licht der potenziellen Nutzen und Risiken der Hormontherapie interpretiert werden, schreibt Salpeter. Demnach reduziert die Therapie die Gefahr von Herzproblemen, Knochenbrüchen und Darmkrebs, erhöht aber das Risiko für Brustkrebs, Lungenembolien und Schlaganfälle. Unter dem Strich schein die Hormongabe das Sterberisiko jüngerer Frauen nach den Wechseljahren zu senken, darüber hinaus könne die Therapie die Lebensqualität zumindest in den ersten Jahren erhöhen. Die meisten Mediziner empfehlen Frauen, das individuelle Für und Wider der Hormontherapie mit ihrem Arzt zu besprechen. ck/dpa

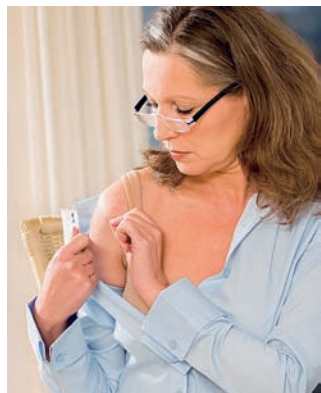


Foto: Bildagentur allesalltag

Robert Koch-Institut

## HIV-Infektionen

Die Zahl der HIV-Infektionen in Deutschland ist weiter auf hohem Niveau, so leben rund 67 000 Menschen nach einer Schätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) derzeit in Deutschland mit dem Aidserreger HIV im Blut. Etwa 3 000 von ihnen haben sich in diesem Jahr neu mit dem Im-

munschwäche-virus infiziert – das sind etwa genauso viele wie im Vorjahr. Bei rund 1 100 Infizierten brach in diesem Jahr die Krankheit Aids aus. Etwa 550 Erkrankte starben. Bei den Zahlen handelt es sich um Schätzungen. Die genauen Zahlen werden erst 2010 bekannt gegeben. ck/dpa

Implantologie

## DGI: Kooperation mit Japan gestartet

Die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) hat eine Kooperation mit der japanischen Gesellschaft für Implantologie (JSOI) gestartet. Auf der 39th Academic Conference of the Japanese Society of Oral Implantology in Osaka wurde der „Letter of Acknowledgement“ vor Ort von Prof. Takayoshi Kawazoe, dem Präsidenten der JSOI, unterzeichnet. DGI-Präsident Prof. Dr. Günter Dhom

hatte die Urkunde bereits in Deutschland unterschrieben. Beabsichtigt sind zunächst der regelmäßige Austausch von Referenten bei den jeweiligen Jahrestagungen der Gesellschaften, beginnend 2010. Weiter stehen Klinikprojekte auf der Agenda sowie Austausch und Wissenstransfer im Zuge der strukturierten Fortbildung, auch im Rahmen des Curriculums. ck/pm

Colgate und Caritas

## Rollende Zahnarztpraxis aus Hamburg geehrt

Für ihr gemeinsames Projekt, das Hamburger Zahnmobil, wurden jetzt die Caritas und Colgate mit dem „Innovatio-Sozialpreis 2009“ gewürdigt. Dieser Preis wird von der Bruderhilfe-Paxfamilienfürsorge gestiftet. Beide Partner hatten das Kooperationsprojekt im Februar 2008 gestartet und in der rollenden Zahnarztpraxis in den vergangenen zwölf Monaten 611 zumeist obdachlose Patien-

ten behandelt und 1 737 Kinder in 82 Einrichtungen aufgeklärt. Die Auszeichnung wurde vor Kurzem im feierlichen Rahmen in der Französischen Friedrichstadtkirche in Berlin verliehen. Insgesamt gab es 86 Einreichungen, neun wurden ausgezeichnet. Das Nachbarschaftsprojekt „Kölsch Hätz“ gewann den mit 13 000 Euro dotierten Hauptpreis. sp/pm

American Dental Association

## FDA soll Bleaching klassifizieren

Die American Dental Association (ADA) hat die U. S. Food and Drug Administration (FDA) aufgefordert, Bleachingchemikalien zu klassifizieren. Begründung: Bleaching außerhalb der Zahnarztpraxis ist gefährlich. Die Applikation der chemischen Bleachingmittel könne Zähne, Zahnfleisch und anderes Gewebe im Mund schädigen. Es gebe heute eine enorme Produktvielfalt, die dem Kunden direkt zur

Verfügung stehe, schreiben ADA-Präsident Dr. Ron Tankersley und Executive Director Dr. Kathleen O'Loughlin in einem Brief an die FDA. Wird das Bleaching außerhalb der zahnärztlichen Praxis durchgeführt – zum Beispiel in Einkaufszentren, auf Kreuzfahrtschiffen oder in Salons – habe der Kunde keine Sicherheit, was die Produktbestandteile, die Dosis oder die professionelle Qualifikation der Anbieter betrifft. ck/pm

Universität Bonn

## Braunes Fettgewebe zum Abspecken

Im Kampf gegen Übergewicht wollen Forscher dem Fett jetzt mit Fett zu Leibe rücken. Wissenschaftler der Universität Bonn haben einen neuen Signalweg gefunden, der die Produktion und Funktion sogenannter brauner Fettzellen anregt. Diese dienen Menschen und Tieren als eine Art natürliches Heizaggregat. Die Wissenschaftler schlagen vor, das braune Fettgewebe zu nutzen, um unerwünschte Fettpölsterchen einfach zu verbrennen. Sie vermuten, dass 50 Gramm braunes Fettgewebe ausreichen, um fünf Kilo Fett pro Jahr los zu werden. Die Ergebnisse ihrer

Forschung sind jetzt in der Zeitschrift „Science Signaling“ erschienen. Braunes Fettgewebe enthält massenhaft Mitochondrien, die wie Minikraftwerke arbeiten und unter anderem Fett verbrennen können. Normalerweise erzeugen sie dabei ähnlich



Foto: Fotolia

wie eine Batterie eine Spannung, die wiederum die Energie für zelluläre Prozesse liefert. Die

Mitochondrien der braunen Fettzellen aber haben einen Kurzschluss. Sie laufen daher permanent auf Hochtouren. Die freierwerdende Energie verpufft als Wärme. „Dieser Mechanismus ist auch so gewollt“, erklärte Professor Alexander Pfeifer vom Pharmazentrum Bonn. Säuglinge würden ohne diesen Mechanismus sehr schnell auskühlen. Aber auch Erwachsene haben in ihrer Nackenregion ein braunes Fettdepot. Bei stark übergewichtigen Personen ist dieses Depot nach Erkenntnissen der Forscher aber nur wenig aktiv oder fehlt ganz. Die Forscher aus Bonn,

Heidelberg, Köln, Martinsried und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) konnten nun zeigen, welche Signale den Körper zur Produktion brauner Fettzellen anregen. Eine Schlüsselrolle übernimmt dabei ein Signalweg, der von dem Enzym PKG gesteuert wird. Dieser Signalweg bewirkt, dass sich die Stammzellen des Fettgewebes zu braunen Fettzellen entwickeln. Mit der Aktivierung dieses PKG-Signalweges wollen die Forscher nun Fett mit Fett bekämpfen. (Fachartikelnummer DOI: 10.1126/scisignal.2000511) sp/dpa

GKV-Positionspapier

## Die neue S-K(l)asse

**Der GKV-Spitzenverband hat ein „Positionspapier für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen“ vorgelegt und damit die Leitlinien seiner Arbeit für die nächsten Jahre definiert. Die drei „S“ – Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung – bleiben demnach die Säulen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinzu soll allerdings noch ein viertes kommen: „S“ wie Selektivverträge.**

„Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung sind die Säulen der gesetzlichen Krankenversicherung, denn sie sichern die gute und wirtschaftliche Versorgung von 70 Millionen Menschen“ – so das Statement von Volker Hansen und Willi Budde, den alternierenden Vorsitzenden im Verwaltungsrat des Verbands. „Auf dieser Basis und durch die Ausweitung des Wettbewerbs zwischen den verschiedenen Akteuren muss die gesetzliche Krankenversicherung weiterentwickelt werden.“

### GKV pro Sachleistungsprinzip

Was das konkret bedeutet, kann man in dem gemeinsamen Positionspapier nachlesen: Darin warnen die gesetzlichen Krankenkassen etwa davor, dass ihre Mitglieder nach der geplanten Gesundheitsreform beim Arzt zunehmend in Vorkasse gehen müssen. Während die Koalition die Möglichkeiten der Kostenerstattung ausweiten will, halten die Kassen strikt am Modell der Sachleistung fest. Das Prinzip habe sich bewährt, heißt es.

„Nicht hinnehmbar“ ist aus Kassensicht zudem, dass gesetzlich Versicherte, die mit ihren Beiträgen die Einnahmehasis der Vertragsärzte bildeten, bei der Terminvergabe benachteiligt würden. Zur Vermeidung solchen „Fehlverhaltens“ bedürfe es „weiterer durchgreifender Instrumente zur Sanktionierung“. Denn: „Die Diskriminierung von gesetzlich versicherten Patienten in einzelnen Arztpraxen muss beendet werden.“

Alles in allem will man die 70 Millionen GKV-Versicherten von Einschnitten verschonen. „Die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen lehnen wir ab“, stellten Hansen und Budde stellvertretend klar. Vielmehr

müssten vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden, indem die Krankenkassen mehr wettbewerbliche Handlungsmöglichkeiten bekommen.

Mehr Wettbewerb bedeutet für die Kassen: mehr Selektivverträge. Geht es nach ihnen, wollen sie mehr „Verträge über die Qualität und den Preis für medizinische Leistungen und Versorgungsangebote mit einzelnen Ärzten, Arztgruppen oder auch Krankenhäusern“ abschließen. Einsparmöglichkeiten sieht der Verband insbesondere bei

*L'État c'est le GKV-Spitzenverband. Er will „schlechte Ärzte“ von der Versorgung ausschließen.*



Arzneimitteln und im Krankenhausbereich. Auch bei der oft unkoordinierten Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern könne man ansetzen, so die Kassen.

Angesichts eines erwarteten Defizits von knapp 7,5 Milliarden Euro 2010 forderten sie zum Ausgleich feste Staatsgelder. Dass die Steuerzuschüsse um 3,9 Milliarden erhöht werden sollen, wurde vor dem Hintergrund erwartungsgemäß begrüßt. Darüber hinaus verlangen die Kassen höhere, kosten-





Foto: ABDA

deckende Beiträge für Langzeitarbeitslose in Höhe von rund 4,9 Milliarden Euro jährlich durch den Bund. Für jeden Hartz IV-Empfänger erhielten sie nur jeweils 135 Euro im Monat – bei Durchschnittskosten von 260 Euro. „70 Millionen gesetzlich Versicherte haben ein Recht darauf, dass die Politik hier Farbe bekennt und die Finanzfragen der GKV bei einer Reform nicht wieder erneut ausspart“, so die Verwaltungsratsvorsitzenden.

Bei den Arzneimitteln und den knapp 2100 Kliniken müsse eine Gesundheitsreform her, um die Kosten zu drücken, und zwar ohne dass die Versorgung darunter leidet, forderten Hansen und Budde. Angesichts der Rekordausgaben für Arzneien von 29,2 Milliarden Euro 2008 verlangte der Verband auch verpflichtende Preisverhandlungen mit den Herstellern bei neuen, teuren Mitteln. Ziel: Preise und therapeutischer Nutzen in ein angemessenes Verhältnis zueinander stellen. Neue Klinikbehandlungen? Sollen generell nur noch bei nachgewiesenem Nutzen bezahlt werden. Das Kontra von Georg Baum,

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), ließ nicht lange auf sich warten: „Die Krankenkassen sollten lieber ihre Milliardenvermögen aus den Kellern holen und in die Versorgung geben, statt es den Krankenhäusern vom Krankenbett nehmen zu wollen.“

Ebenfalls ein großes Problem: der Ärztemangel auf dem Land. Erforderlich seien hier gezielte Honoraranreize für Niederlassungen. Da das jährliche Gesamteinkommen der Ärzte nach Abzug der Betriebs- und Personalkosten 2009 im Schnitt um 20 000 auf 1 62 000 Euro gestiegen sei, müssten künftige Steigerungen jedoch begrenzt werden. Mit anderen Worten: Kein Honorarplus mehr, wenn die Kasseneinnahmen konjunkturell bedingt stagnieren.

## Zuckerbrot und Peitsche

Für die bessere Qualität von ärztlichen Behandlungen müsse es Zuschläge geben, bei Qualitätsproblemen Abschläge. „Die Qualität der Leistungen, die zum Beispiel von Ärzten erbracht werden, muss in Zukunft bei der Berechnung der Höhe der Vergütung mit einbezogen werden“, heißt es bei Hansen und Budde. „Wer nachweislich dauerhaft schlechte Qualität bringt, muss perspektivisch von der Versorgung ausgeschlossen werden können“, resümierten die beiden. „Ziel muss es sein, das vertragsärztliche Niederlassungsverhalten auch über die Höhe des Honorars zu steuern“ – etwas

allgemeiner steht es im Positionspapier. „Der Verband warnt vor „einer nicht gerechtfertigten mehrfachen Dynamisierung der ärztlichen Vergütung. Die schlichte Bereitstellung immer neuer Finanzmittel für die ambulante ärztliche Versorgung löse keinesfalls die grundlegenden Probleme. Daher müsse die ärztliche Vergütung überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Gleichzeitig gelte es, ambulante und stationäre Versorgungsangebote stärker aufeinander abzustimmen.“

Im Umgang mit Arztfehlern verlangen die Kassen ein Gesetz für mehr Patientenrechte. Dies könne so weit gehen, dass künftig nicht mehr der Patient Mängel nachzuweisen hat, sondern der Arzt einen fehlerfreien Behandlungsablauf. ck

## zm-Info

### Der GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband ist der Verband aller 184 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Als Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V übernimmt er alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene und gestaltet in ihrem Interesse den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) besteht aus einem 41-köpfigen Gremium, in dem die gewählten Vertreter aller Kassenarten (AOK, BKK, Ersatzkassen, IKK, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenversicherung) die gesetzliche Krankenversicherung repräsentieren. „Die Entscheidungen über den einheitlichen Leistungskatalog der GKV müssen auch in Zukunft in einem transparenten Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss, der Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen erfolgen“, fordert der Verband in dem der Regierung vorgelegten Positionspapier.

■ Das vollständige Positionspapier des GKV-Spitzenverbands steht unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



„Sparen“ lautet eine weitere Devise der Kassen. Besonders bei Kliniken und Medikamenten soll der Hebel angesetzt werden.

Foto: MEV



Erster Bundeskongress

## Privatmedizin mit zunehmender Bedeutung

**Die Gesundheits- und Honorarreformen der zurückliegenden Jahre haben zahlreiche Ärzte und Zahnärzte verunsichert und frustriert. Die Privatmedizin gewinnt folglich mehr und mehr an Bedeutung. Auf dem 1. Bundeskongress Privatmedizin in Köln konnten sich Ärzte und Zahnärzte einen Überblick über aktuelle Entwicklungen in der Privatmedizin verschaffen.**

Der Wechsel von der schwarz-roten zur schwarz-gelben Koalition im Bundestag hat bei vielen Ärzten und Zahnärzten Hoffnungen geweckt, die sich möglicherweise nicht erfüllen werden. Dies mag vielleicht auch für die Novelle der zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ) gelten: „Ob mit der Verschiebung der GOZ-Novellierung in die neue Legislaturperiode die strittige Öffnungsklausel und die Absicht des Gesetzgebers, die neuen GOZ- und GOÄ-Novellen kostenneutral umzusetzen, weg vom Tisch sind, muss bezweifelt werden“, so Dr. Regina Klakow-Franck, Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer (BÄK) und Leiterin der Dezernate GOÄ und Qualitätssicherung auf dem 1. Bundeskongress Privatmedizin in Köln. Klakow-Franck äußerte zugleich erhebliche verfassungs- und europarechtliche Bedenken gegen die geplante neue Öffnungsklausel nach § 2a GOZ-E, die den Abschluss von Selektivverträgen, eine freie Preisgestaltung und die Lenkung der Patientenströme ermöglichen soll.

Das Angebot des Bundesgesundheitsministeriums und des Verbands der privaten Krankenversicherer (PKV), via Öffnungsklausel privatärztliche beziehungsweise -zahnärztliche Verträge jenseits der Gebührenordnungen auszuhandeln, führe zu einer Schwächung der individuellen Vertragsautonomie und zu Rosinenpickerei, betonte die Stellvertretende BÄK-Hauptgeschäftsführerin. Ferner beinhalte die Klausel das Risiko einer schleichenden Ablösung der Kostenerstattung durch die Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und PKV. Ärzte und Zahnärzte könnten zudem auch ohne neue Öffnungsklausel bereits freiwillig

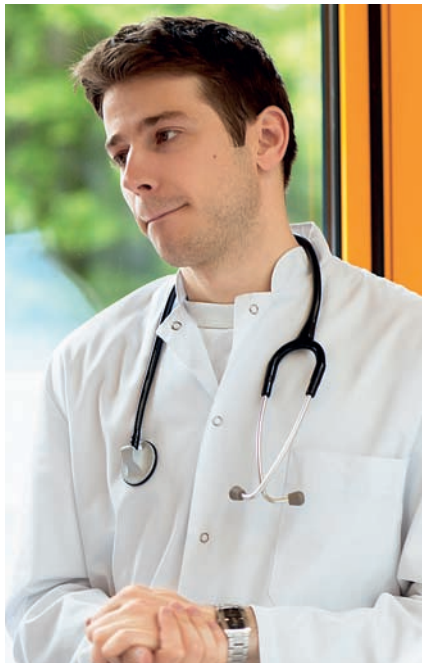


Foto: CC

*Verunsichert durch zu viele Reformen in der GKV, gewinnt die Privatmedizin für viele Ärzte an Bedeutung.*

lige Honorarvereinbarungen treffen. Wann die geplanten Novellen in Kraft treten könnten, sei unklar. „Vorrang hat auf jeden Fall die verschobene GOZ-Novelle“, so die Gebührenordnungsexpertin.

### Dauerkrise in der GKV

Derweil bemühen sich die privaten Krankenversicherer, den Kollateralschaden, der ihnen durch die Dauerkrise des GKV-Systems entstanden ist, so klein wie möglich zu halten. Zu schaffen macht den Versicherern vor allem der mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Basistarif. Je mehr PKV-Kunden vom Wechselrecht Gebrauch

machten, desto stärker müssten die Versicherer den Basistarif durch Erhöhung der Beiträge für die klassischen PKV-Tarife subventionieren, so Christian Weber, zweiter Stellvertretender Verbandsdirektor des Verbands der privaten Krankenversicherung. Die Zahl der Versicherten mit Basistarif sei allein zwischen Januar und September 2009 von 5 335 auf 11 394 gestiegen. Auch immer mehr Neukunden interessierten sich vornehmlich für „schlankere“ Tarife und weniger für eine Vollversicherung.

„Die Frage ist nicht, ob die PKV sich mehr in Richtung Voll- oder Zusatzversicherung entwickeln sollte“, so Weber. Vielmehr gelte es, den bestehenden Standard zu sichern. Hierfür benötige die PKV auch die Hilfe der Ärzte und Zahnärzte. Sie sollten zum Beispiel beim Serviceangebot der Tatsache Rechnung tragen, dass PKV-Patienten mit einem Basistarif keine „typischen“ Privatpatienten sind.

Rechtsanwalt Dr. Ingo Pflugmacher von der Sozietät Busse und Miessen in Bonn empfahl, Privatpatienten vor Behandlungsbeginn grundsätzlich über etwaige Zweifel an der Erstattungsfähigkeit der Therapiekosten durch die private Krankenversicherung aufzuklären, um sich vor Zahlungsausfällen zu schützen. „Brutale Aufklärung schafft Vertrauen und erspart den Anwalt“, so Pflugmacher.

Carsten Bischoff, Geschäftsführer der Go Dentis GmbH, wies zudem auf die Möglichkeit hin, eine Franchise-Partnerschaft im Rahmen eines Qualitätsnetzwerks einzugehen, um im Wettbewerb mit anderen Praxen bestehen zu können. Das Go Dentis-Netzwerk, eine Tochter der Deutschen Krankenversicherungs AG, verfüge bereits über 300 Partnerpraxen. Schwerpunkte des Konzepts bildeten eine professionelle Zahnprophylaxe und qualitätsgesicherter Zahnersatz „made in Germany“, so Bischoff. Ziel sei es, die Qualität und somit den Umsatz durch zertifizierte Prozesse in der Praxis und bei der Behandlung zu steigern. Das Go Dentis-Netzwerk wird – als eine spezielle Form von Selektivverträgen – von der Zahnärzteschaft kritisch gesehen.

Petra Spielberg  
Christian-Gau-Straße 24  
50933 Köln

Individualisierte Medizin

## Warnung vor dem Hype

**Wer träumt im Krankheitsfall nicht davon, durch speziell auf die eigene Physis abgestimmte medizinische Verfahren und Arzneimittel schnell und ohne Nebenwirkungen kuriert zu werden? Die präventive Gendiagnostik hilft, frühzeitige Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Schöne neue Welt? Geht es nach den enthusiastischen Befürwortern, sind wir mitten in einer neuen Revolution der Medizin. Bleibt allein die Frage nach der Finanzierung. Auf einer Tagung des Teltower Kreises in Berlin plädierten Experten dafür, Chancen und Risiken der individualisierten Medizin in verantwortbaren und realistischen Korridoren zu diskutieren.**



*Tabletteneinnahme individualisiert auf den eigenen Krankheitsfall zugeschnitten? Eine reizvolle Option, die neben Chancen aber auch Risiken birgt.*

Fotos: Fotolia

Unter Patentschutz stehende Blockbuster bescheren nicht nur pharmazeutischen Unternehmen Traumumsätze, sondern einer Vielzahl von Patienten Linderung ihrer Leiden. Doch ob auch in Zukunft das Heil in Pillen für Millionen steckt, wird derzeit unter dem Thema „Individuelle Medizin“ lebhaft diskutiert. Denn ungünstige genetische Konstellationen stellen für manchen Erkrankten den Therapieerfolg in Frage. Diesen und weiteren Fragestellungen gingen Experten auf dem 13. Symposium des Teltower Kreises unter dem Motto „Individualisierte Medizin – kollektive Verantwort-

ung. Was kann und soll das Solidarsystem leisten?“ am 5. November in Berlin nach.

### Unterschiedliche Wirkungen

Die Ursache dafür, dass bei gleicher Dosierung eines Medikaments Intensität und Dauer von Wirkungen und Nebenwirkungen von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein können, liegt häufig in der Variabilität der Funktion bestimmter Enzyme. Diese sind für den Metabolismus eines Arzneimittels verantwortlich. Nach Ansicht von Prof.

Dr. Ivar Roots, Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie der Charité, Berlin, lassen sich bereits heute für eine Reihe von Arzneimitteln unwirksame beziehungsweise nebenwirkungsträchtige Behandlungen durch Tests vermeiden: „Bei einer nach pharmakogenetischen Gesichtspunkten optimierten Arzneitherapie bekommt der Patient nur solche Medikamente, von denen eine Wirksamkeit bei ihm zu erwarten ist, und zwar in der für ihn optimalen Dosierung. Durch dieses Vorgehen lässt sich auch ein Teil der schweren Nebenwirkungen vermeiden. Das hilft auch Kosten zu reduzieren.“ Für ihn sei es ein „Gebot der Ethik“, die Rechte dieser Betroffenen auf individuelle Behandlung zu respektieren. Bislang sei die uralte ärztliche Erfahrung, dass Patienten sehr unterschiedlich auf Arzneimittel reagieren, jedoch in den Leitlinien noch nicht ausreichend abgebildet, bemängelte Roots. So gebe es sogenannte „Non-Responder“, bei denen ein Arzneimittel nicht wirkt, bei anderen dagegen könne die Wirkung zu stark ausgeprägt sein. Insbesondere Arzneimittelnebenwirkungen seien von individuellen Faktoren abhängig, die aber oft im Verborgenen lägen.

### Genauere Prüfung

Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), warnte vor einer Utopie, die allen Versicherten eine maßgeschneiderte Diagnostik und Therapie verspreche. Entscheidend sei für ihn die Frage, für welche Patientenkohorte beziehungsweise Indikationen Gentests durchgeführt werden sollten. Die erste Zulassung einer Kopplung eines Gentests mit einem Arzneimittel durch den G-BA werde der Markstein sein für die Zukunft, so Hess. „Deshalb werden wir uns die neuen Methoden der individuellen Medizin sehr genau anschauen. Sie unterliegen den gleichen Kriterien, die wir an alle Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anlegen. Der G-BA wird auch hier das komplette Instrumentarium anwenden“, so Hess. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer (BÄK), warnte ebenfalls vor übertriebenen Erwartungen: „Individual-



*Maßgeschneiderte Pillen für alle Versicherten – Experten und Ärzte zeigen sich kritisch, nicht nur aus Kostenaspekten, sondern aus Gründen der Ethik.*

lisierte Medizin ist nicht Luxus, sondern Fortschritt. Sie muss sich aber der Überprüfung ihres Wertes und ihres Sinns stellen“. Natürlich müsse dafür gesorgt sein, Patienten alles medizinisch Notwendige zur Verfügung zu

stellen. Die Schere zwischen wachsenden Möglichkeiten und geringer werdenden Mitteln gehe jedoch immer weiter auseinander. „Wir brauchen eine gesellschaftliche konsentrierte Priorisierung“, so der BÄK-Vize. Auch sieht Montgomery Probleme in der tatsächlichen Anwendbarkeit und industriellen Vermarktung von individualisierter Medizin. Er zog Parallelen zu den Arzneimitteln für seltene Erkrankungen, sogenannten „Orphan Drugs“, die „hochindividuelle Therapieverfahren darstellen, aber es gibt niemand, der sie anbietet, weil sie sich nicht lohnen“.

### **Balance suchen**

Eine Balance zwischen den Chancen und Risiken einer individualisierten Medizin suchte der Theologe Prof. Dr. Peter Dabrock, Phi-

lipps-Universität Marburg. Er sprach sich in seiner sozialetischen Reflexion dieses „Hypes um eine von Biomarkern dominierten Medizin“ für eine kritische und ergebnisoffene Diskussion über die Konsequenzen für Individuum und Gesellschaft aus. Er forderte eine öffentliche Debatte, die zu klären hätte, „ob die als realistisch eingeschätzten Ziele der individualisierten Medizin in der Gesellschaft akzeptiert werden oder nicht“. Sollte sich daraus eine gesellschaftliche Zustimmung ergeben, müsste in einem zweiten Schritt die Frage nach der kollektiven Verantwortung diskutiert werden.

Spätestens dann steht die Finanzierung dieser individuellen Leistungen auf der Agenda.

*Wolfgang Straßmeir  
Stubenrauchstr. 17 A  
12161 Berlin*

Expertenkongress in Berlin

## Qualität bekommt einen neuen Schub

**Angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung spielt die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eine wachsende Rolle. Regionale und populationsbezogene Modelle, Verzahnung und Vernetzung von Versorgung und transparente Strukturen sind dazu erforderlich – darin waren sich zumindest die Experten aus Wissenschaft und Gesundheitswesen auf dem 3. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit am 26. und 27. November 2009 in Berlin einig.**



Foto: Fotolia

Ältere Menschen und deren qualitätsgesicherte Versorgung stellen das Gesundheitswesen vor immer mehr Herausforderungen. Vernetzte Strukturen und regionale Belange sind gefragt, so die Expertenmeinung auf dem QS-Kongress in Berlin.

Akteure in Sachen Qualitätssicherung (QS) stärker zu bündeln, ihnen eine gemeinsame Plattform zu bieten und konkrete Schritte zu initiieren – so sieht Kongresspräsident Ulf Fink die Aufgabe des Nationalen Qualitätskongresses, der jährlich in Berlin stattfindet. Einigkeit bestand bei den in diesem Jahr geladenen Experten, dass angesichts der Herausforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einen neuen Schub bekommen hat. Aussagen im Koalitionsvertrag lassen darauf schließen, dass auch die neue Regierung das Thema fest im Blick hat und der Versorgungsfor schung einen eigenen Stellenwert einräumen will. Doch noch ist offen, wie die Politik das Thema angeht. Die Erwartungen sind groß, wie die Expertenbeiträge auf dem Kongress zeigten.

„Wir werden in Zukunft andere Patienten haben“, unterstrich der wissenschaftliche Leiter des Kongresses und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Prof. Dr. Matthias Schrappe, mit Verweis auf die Zunahme von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen. Wachsende Koordinierungsaufgaben stünden an.

### Populationsbezogen

Dazu seien genauere Informationen über regionale und vor allem strukturelle und populationsbezogene Bedarfe notwendig. Schrappe verwies auf die regionalen Unterschiede bei der medizinischen Versorgung in städtischen und ländlichen Regionen. Ein großes Problem seien strukturschwache Gebiete. Die Rollen von Hausarzt und Facharzt,

deren regionale Verteilung oder die Bedeutung von MVZ müssten darauf hin untersucht werden. Auch die Patientenstruktur habe sich geändert. Nicht mehr die Blinddarm-Operation beim 30-jährigen stelle heute ein Qualitätsproblem dar, sondern die Versorgung des 75-jährigen Diabetikers mit KHK und Herzinsuffizienz. Hier müssten spezielle QS-Indikatoren entwickelt werden. Ein Umdenken in den Köpfen sei angeraten: Qualitätssicherung habe bisher die Aufgabe eines „Reparaturbetriebs“ wahrgenommen, müsse aber künftig eine sehr viel aktivere Rolle übernehmen. An die neue Regierung stellte er die Forderung, Rahmenbedingungen aufzustellen, die den populationsbezogenen Wettbewerb in den Vordergrund rücken. Wenig Konkretes erfuhren die Kongressteilnehmer indes über die politischen Absichten zur Qualitätssicherung aus dem Bundesgesundheitsministerium. Man sei so kurz nach der Etablierung der neuen Mannschaft dort noch in der Planungsphase, berichtete Dr. Michael Dahlhoff, Unterabteilungsleiter Gesundheitsversorgung und Krankenhauswesen im BMG. Er verwies darauf, dass im Koalitionsvertrag Qualitätssicherung als ein zentrales Anliegen festgeschrieben sei.

### Mehr Bescheidenheit

Vor zu viel Euphorie warnte der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. Rainer Hess. Er sprach von einem schwierigen Weg und mahnte ein erforderliches Maß an Bescheidenheit an. Die ersten Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung seien eingeleitet. Der G-BA könne mit der Erarbeitung der QS-Richtlinien keine Strukturen ändern, wohl aber dazu beitragen, Qualität messbar und vergleichbar zu machen. Mit den Richtlinien wolle man keinen Systembruch erzwingen, sondern einen stufenweisen Übergang ermöglichen. Dabei seien die Nutzung von Synergien und die Vermeidung von Überbürokratisierung erforderlich. Hess skizzierte den Stand der Arbeiten an der sektoren-

übergreifenden QS-Richtlinie. Man habe sich auf Eckpunkte bezüglich der Grundstrukturen verständigt, und zwar auf Bundes- und Landesebene. Große Probleme gebe es noch bei der Erhebung und Festlegung des Datenflusses. E-Karte und eine elektronische Dokumentation seien aber eine Mindestvoraussetzung. Mit der vor Kurzem gefallenen Entscheidung für das AQUA-Institut in Göttingen sei jetzt auch festgelegt, welches unabhängige Institut mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragt sei.

## Physician Wellness

Eine Fülle von Aufgaben stünden nun auf der Agenda des AQUA-Instituts, wie dessen Leiter Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, gleichzeitig ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Heidelberg, berichtete. Dabei müsse der Fokus weit gefasst werden. Neben der Behandlung akut Kranker müssten auch Versorgungsbedarfe chronisch Kranker und von Menschen am Lebensende berücksichtigt werden. Auch die Patientenperspektive und Aspekte der

Lebensqualität müssten mit einbezogen werden. Nicht zu unterschätzen sei auch die Zufriedenheit von Ärzten, die sogenannte „physician wellness“, als wichtige Grundlage der Qualitätssicherung. Der Zugriff auf Routinedaten der GKV müsse ebenso geregelt sein wie die Verbesserung der öffentlichen Berichterstattung. Szecsenyi kündigte an, dass der Entwurf eines Methodenpapiers (Allgemeine Methoden für die wissenschaftliche Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung) in Kürze vorliege, erste Verfahren sollen im Januar 2010 vorgestellt werden. Auch die Krankenkassenseite hat die Qualitätssicherung fest im Blick, wie Dr. Christoph Gries, Geschäftsbereich Produktmanagement Gesundheitsökonomie bei der DAK, skizzierte. Dabei seien die Kassen interessiert an Langzeitergebnissen und Bewertungen über den gesamten Versorgungsprozess hinweg. Auch setze man sich für eine adressatengerechte Aufbereitung von Daten als Entscheidungshilfe für Patienten ein. Auf der Honorierungsseite sei auch an Pay-for-Performance-Modelle und an Qualitätsnachweise gekoppelte Einkaufsmodelle zu denken. pr

## zm-Info

### Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Unter dem Titel „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Sommer 2009 sein Gutachten vorgestellt. In dem 900 Seiten starken Papier gingen die Wissenschaftler auf Koordinationsdefizite der Versorgung ein. Vor allem die Segmentierung des ambulanten und des stationären Sektors und das Fehlen generationsspezifischer Perspektiven wurden bemängelt.

Unter anderem wurden spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen konstatiert. Laut Gutachten existieren nur sehr wenige Leitlinien, die sich auf multimorbide Patienten mit mehreren chronischen

Erkrankungen beziehen. Hier sollte verstärktes Engagement erfolgen. Die Wissenschaftler empfehlen zudem die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Primärversorgung, die von der Aus-, Fort- und Weiterbildung bis hin zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen reicht. Zu generationenspezifischen und regional ausdifferenzierten Modellen wurde dringend geraten.

Das Gutachten wurde auf dem 3. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit von Mitgliedern des Sachverständigenrats in Details vorgestellt und eingehend diskutiert. pr

■ Mehr dazu unter <http://www.svr-gesundheit.de>

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

## Ausbilden statt abschieben

Seit 2004 unterstützt das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) ein Pilotprojekt für Flüchtlinge und Migranten im Raum Bonn und Rhein-Sieg-Kreis. Im Rahmen dieses Projekts führt der Verein „Ausbildung statt Abschiebung“ (AsA e.V.) einen gezielten Förderunterricht für junge Migrantinnen und Migranten mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus im Alter von 14 bis 25 Jahren durch. Die Idee dahinter: Bildung und Sprache sind der beste Schutz vor Verarmung – sei es in Deutschland oder auch bei der Rückkehr ins Herkunftsland.



*Sprache ist der Schlüssel zur erfolgreichen Qualifikation – und der Lesekurs macht den jugendlichen Migranten offensichtlich Spaß.*

Bei diesem Projekt erhalten Schüler und Auszubildende aller Schulformen und Ausbildungsberufe kontinuierlich außerschulischen und auf ihre persönlichen Defizite abgestimmten individuellen Unterricht, um so ihre Schulleistungen zu verbessern und einen Abschluss zu erlangen. Zusätzlich zur Nachhilfe findet eine gezielte Sprachförderung in Kleingruppen im Rahmen eines Konversationskurses statt. Eine Schreibwerkstatt eröffnet den Schülern die Möglichkeit, ihre schriftlichen Fertigkeiten zu erweitern und zu festigen. Das Angebot umfasst wöchentlich 35 Stunden und erreicht 20 Jugendliche.

Vielen dieser Jugendlichen fehlt eine langfristige Lebensperspektive. Durch gezielte Hilfsmaßnahmen im Projekt werden die

Stiftung Hilfswerk  
Deutscher Zahnärzte



Zukunftsperspektiven der Betroffenen konkret verbessert. Sollten die Jugendlichen in Deutschland bleiben können, eröffnet ein Schulabschluss ihnen die Möglichkeit, einen Beruf zu erlernen. Falls eine Rückkehr ins Heimatland unumgänglich ist, bietet Bildung den sichersten Schutz vor Ausbeutung und Verarmung.

### Perspektiven am Arbeitsmarkt

Neben der konkreten Unterstützung von jungen Flüchtlingen bietet das Projekt aber auch eine arbeitsmarktpolitische Perspektive. Durch die verschiedenen Maßnahmen werden individuelle berufliche Ressourcen der Jugendlichen gefördert. Diese Potentiale können in den kommenden Jahren nach-

## zm-Info

### Zustiftung und Hilfe durch Zuwendung

Die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte unterstützt seit mehr als 20 Jahren über 900 Projekte und leistet Soforthilfe bei Naturkatastrophen. Allein im Jahr 2009 hat das Hilfswerk weltweit Projekte in Höhe von rund 746 000 Euro gefördert.

Die Arbeit des HDZ kann auch nachhaltig durch eine sogenannte Zustiftung gesponsert werden. Zustifter erhöhen mit Ihrer Geldspende das HDZ-Stiftungsvermögen. Die Vorzüge einer Spende in Form einer solchen Zustiftung sind deren Sicherheit und Dauerhaftigkeit. In einer Stiftung – wie der des Hilfswerks Deutscher Zahnärzte – ist der Stiftungszweck auf „ewig“ festgeschrieben. Jedes Jahr werden die

Erträge aus dem aufsummierten Stiftungskapital direkt in die HDZ-Projekte weitergeleitet und helfen, die Situation von benachteiligten Menschen in den ärmsten Ländern der Welt zu verbessern. Die gemeinnützige HDZ-Stiftung ist steuerbefreit, so helfen die Zinsen auch in voller Höhe!

■ **Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete. Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hannover (BLZ 250 906 08). Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000, Zustiftungskonto: 060 4444 000.**

Mehr dazu unter: [www.hilfswerk-z.de](http://www.hilfswerk-z.de)

*Im Einzelunterricht lassen sich die individuellen Lücken gezielt auffüllen.*



■ Baustein 1: Individueller Förderunterricht (jeder Schüler erhält einmal wöchentlich 1,5 Stunden, das ganze Schuljahr hindurch und auf seine persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten)

■ Baustein 2: Konversationskurs (Unterricht zur Sprachförderung in Gruppenarbeit mit fünf bis zehn Schülern)

■ Baustein 3: Schreibwerkstatt (wöchentliche Gruppenarbeit für fünf Schüler zum Erwerb schriftlicher Sicherheit in der deutschen Sprache)

haltig in den deutschen Wirtschaftskreislauf eingebunden werden, insbesondere in Berufsbereichen, in denen es zu personellen Engpässen kommen wird, wie beispielsweise in der Kranken- und Altenpflege.

Falls die Jugendlichen doch in ihre Herkunftsländer zurückkehren wollen, lassen sich die erworbenen beruflichen Kompetenzen zum wirtschaftlichen Aufbau in den jeweiligen Herkunftsländern nutzen. Die jungen Erwachsenen würden dazu beitragen, die regionalen Infrastrukturen zu stärken. Darüber hinaus könnten sie eine Brückenfunktion übernehmen, insbesondere für Firmen und Organisationen aus Deutschland, die in diesen Ländern tätig werden wollen. Die Jugendlichen haben dann eine berufliche Perspektive und sind nicht abhängig von sozialen Leistungen. Das Projekt hat somit auch eine entwicklungspolitische Komponente.

## **Individuelle Förderung**

Ziel des Projekts ist es, individuell auf die schulischen Defizite der Jugendlichen einzugehen, die sich insbesondere durch den Quereinstieg ins deutsche Schulsystem ergeben haben. Im Verlauf der Nachhilfe sollen Lernschwierigkeiten erkannt und abgebaut sowie persönliche Ressourcen konkret gefördert werden. Dabei spielt vor allem die Erweiterung der deutschen Sprachkompetenz eine zentrale Rolle. Durch die Verbesserung der Deutschkenntnisse steigen erfahrungsgemäß auch die



*Die Schreibwerkstatt vertieft schriftliche Sprachkenntnisse.*

Fotos: HDZ

schulischen Leistungen, so dass das Streben nach einem Schulabschluss erleichtert wird und somit auch die Chancen für eine mögliche berufliche Ausbildung wachsen.

Der Verein AsA will einen kontinuierlichen Förderungsprozess schaffen, beginnend beim Förderunterricht zur Begleitung während der Schulzeit, über die Bewerbungsunterstützung, bis hin zur Betreuung während der Ausbildung. Nur so ist eine nachhaltige positive Entwicklung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Verlauf der Unterstützung zu gewährleisten.

## **Drei Bausteine**

Aufgrund des Schwerpunkts „Sprachförderung“ besteht dieses Projekt aus drei wesentlichen Bausteinen:

Diese Aufgaben werden von Nachhilflehrern und Deutschlehrern ehrenamtlich durchgeführt. Eine pädagogische Honorarkraft wird mit einem Stundensatz von 12,50 Euro für insgesamt 576 Projektstunden honoriert. Personalkosten, Computerwartung und Software, sowie anteilige Miete, Porto, Telefon, Material- und Verköstigungskosten hat das HDZ in den letzten fünf Jahren mit rund 80 Prozent getragen, das entspricht 42770 Euro.

*Dr. Klaus Winter  
Vorsteher des Hilfswerks Deutscher Zahnärzte  
Am Paradies 87  
37431 Bad Lauterberg*

Alterszahnheilkunde

# Zähne im Herbst des Lebens


Die Demographieentwicklung wird auch für Zahnarztpraxen zur Herausforderung. Immer mehr ältere Patienten leben mit immer mehr eigenen Zähnen – allerdings auch mit mehr parodontalen Problemen oder altersbedingten Zahnschäden. Zahnärztliche Therapieverfahren wurden bereits darauf abgestellt, diese Patientenklientel und ihre Spezialsituation zu berücksichtigen. Vier Beiträge zum Thema „Zähne im Herbst des Lebens“ benennen diese Herausforderungen und zeigen Möglichkeiten und Wege auf, sich gesondert auf diese Patientenbelange einzustellen.



Verantwortlich für den  
Fortbildungsteil:

Prof. Dr. Elmar Hellwig  
Prof. Dr. Detlef Heidemann  
Susanne Priehn-Küpper



A photograph of two elderly people sitting on a park bench in a forest. The person in the foreground is wearing a dark coat and a light-colored hat, looking towards the right. The person behind them is also wearing a dark coat and a hat. The background is a dense forest with trees and foliage, suggesting an autumn setting. The lighting is soft and natural.

Zur Einführung in die Thematik beschreiben Dr. **Dag Schütz**, Witten, und Prof. Dr. **Ingo Füsgen**, Velbert, den geriatrischen Patienten mit seinen physiologischen Veränderungen und möglicher Polymorbidität sowie die daraus resultierenden beziehungsweise parallel verlaufenden zahnärztlichen Problemfelder. Die Autoren fordern eine regelmäßige Hygienevermittlung und Instruktionen des Pflegepersonals. Beide Geriatriker bemängeln den derzeitigen Stand der Gerostomatologie und setzen sich für eine intensive und schnelle, möglichst flächendeckende Umsetzung des State of the Art ein.

Wie die zahnärztliche Versorgung in der Geriatrie aussehen sollte, beschreiben **Christian Bär**, Prof. **Thomas Reiber** und Prof. **Ina Nitschke**. Sie geben einen allgemeinen Überblick über die sehr heterogene Patientengruppe und formulieren Empfehlungen für den Umgang mit älteren Patienten in der Praxis und im stationären Bereich. Sie weisen auf geriatrische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf das stomatognathe System hin. Ihr Plädoyer: Haben Sie Geduld! Viel Geduld!

Auch der älter werdende Patient legt heute viel Wert auf Ästhetik. Wer es sich leisten kann, zieht festsitzenden Zahnersatz der herkömmlichen Vollprothese vor. Immer mehr ältere Patienten erhalten sich eigene Zähne. Von daher geht es in der Praxis zunehmend um die Versorgung eines Lückengebisses. Mit diesem Thema beschäftigt sich ein Beitrag aus Frankfurt, in dem **Dr. Christoph Klaus Müller** und Prof. **Georg-Hubertus Nentwig** die Implantation bei alten Patienten reflektieren. Ihr Fazit: Das kalendarische Alter spielt keine Rolle für den Erfolg einer Implantation – aber man sollte die Behandlung entspannter und minimalinvasiv gestalten.

Abschließend macht Prof. Dr. **Renate Deinzer** aus Gießen die Leser mit den psychologischen Problemen des alternden Menschen vertraut. Sie appelliert an den Behandler, Verständnis für altersbedingte Verhaltensmuster sowie veränderte Emotionen dieser Patientengruppe zu haben. Sie zeigt, dass diese Entwicklungen höchst individuell verlaufen, und das jeweilige Einstellen auf den Senior-Patienten erfordern. sp

Auch für den diesjährigen zm-Fortbildungsteil können Sie Fortbildungspunkte sammeln.

Die Fragen finden Sie bei [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) unter @-Fortbildung

# Der geriatrische Patient

Dag Schütz, Ingo Füsgen

**Analog dem demographischen Wandel in unserer Gesellschaft nimmt auch in den Arztpraxen der Anteil älterer Patienten zu. Es gilt also, sich verstärkt auf diese Klientel einzustellen. Die Mehrzahl der Bevölkerung erreicht die 7. Lebensdekade in relativer Gesundheit und bewahrt diese bis kurze Zeit vor dem Tod. Dies ändert nichts daran, dass mit zunehmendem biologischen Alter das gleichzeitige Nebeneinander drohender Leiden und bestehender Krankheiten häufiger wird.**

Dieses vielfache Kranksein kann ein einzelnes Organ betreffen (Organpolyopathie); andererseits können die verschiedenen Diagnosen alle Grenzen zwischen den traditionell organbezogenen Paradigmen der Medizin überschreiten. Für diese Patientengruppe, den geriatrischen Patienten, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und ganzheitliche Betrachtungsweise in Diagnostik und Therapie gefordert.

**Der geriatrische Patient ist durch verschiedene Merkmale charakterisiert [Füsgen, 1999]:**

- biologisches Alter,
- mehrere behandlungsbedürftige Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität),
- veränderte, oft unspezifische Symptomatik,
- verlängerte Krankheitsverläufe und verzögerte Genesung,
- veränderte Reaktion auf Medikamente (Pharmakokinetik und -dynamik),
- Demobilisierungssyndrome und
- psychosoziale Symptome.

Darüber hinaus werden die einzelnen Erkrankungen in ihrer Bedeutung von psycho-

sozialen Faktoren bestimmt und modifiziert. Innerhalb der Medizin hat sich die Geriatrie als wichtiges Gebiet mit ganzheitlicher Sicht in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation des alternden und alten Menschen erwiesen. Weniger Berücksichtigung fand in den letzten Jahrzehnten das zahnärztliche Arbeitsgebiet. Dabei ist der Mundraum auch im Alter für die Lebensqualität von entscheidender Bedeutung.

Obwohl in der Literatur bereits Anfang der 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts eine gerontostomatologische Teildisziplin (Alterszahnheilkunde, Gerostomatologie, Gerontostomatologie, zahnärztliche Geriatrie) beschrieben wurde [Sauerwein, 1983], ist bisher keine flächendeckende, koordinierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den anderen Medizinbereichen erfolgt. Wenn in Zukunft die zunehmende Zahl geriatrischer Patienten erfolgreich und unseren humanen Vorstellungen entsprechend behandelt werden soll, dann wird der ganzheitliche Ansatz unter Einbezug aller medizinisch beteiligten Fachgebiete umgesetzt werden müssen und dies bedeutet auch den Einbezug des Zahnarztes.

## Zuerst einen Überblick gewinnen

Um einen raschen Überblick über den Zustand des Patienten zu erhalten, kann der Arzt diesen bitten, sich zu setzen, wieder aufzustehen und umherzugehen. Er wird untersuchen können, inwiefern die Bewegungen und motorischen Funktionen des Patienten harmonisieren. Er wird anschließend Gehör und Sehvermögen des Patienten kontrollieren, indem er ihn einige Zeilen aus einer Zeitung lesen lässt.

Bestehen Zweifel über die Verwertbarkeit der Angaben des Patienten, sei es aufgrund eines dementiellen Syndroms, oder einer Bewusstseinsstrübung, ist ein kurzer Gedächtnis- und Orientierungstest erforderlich. Meist gelingt ein derartiger Test durch



Trauer um den langjährigen Lebensgefährten – der Gang zum Friedhof hält die Gesundheit auf Trab, aber der Kummer nagt gleichzeitig an ihr.

Foto: MEV



oral:	akute und chronische Parotitis
systemisch:	Mumps; Sjögren-Syndrom; Diabetes mellitus; Immundefizitsyndrome; Sklerodermie; Sarkoidose; Lupus; Alzheimer-Erkrankung; Dehydration
Medikamente:	Im Vordergrund steht die anticholinerge Nebenwirkung vieler Medikamente.
Kopf und Nacken:	Radiatio

Tabelle 1: Ursachen für einen trockenen Mund im Alter

Erkundigungen nach der Tagesbeschäftigung, beispielsweise ob der Patient liest oder nicht, welche Zeitung oder welche Illustrierte er vorzieht, welches Buch er zuletzt gelesen hat, ob er fernschaut, was sein bevorzugtes Programm ist, ob er die Tageschau ansieht oder wer Bundeskanzler beziehungsweise Bundespräsident ist. Ergeben sich in diesem kurzen Überblick Hinweise auf Funktionsdefizite, sollte unbedingt Kontakt mit dem Hausarzt aufgenommen

gen und älteren davon betroffen [Ship, 2002]. Die Ausgangsbasis dafür sind physiologische Altersveränderungen. Deutliche physiologische Veränderungen existieren im Bereich der großen Mundspeicheldrüsen, wo es mit zunehmendem Alter zur Umwandlung des Drüsen- in Fettgewebe kommt. Die kleinen Speicheldrüsen in der Mund- und Rachenschleimhaut hingegen werden im Alter zunehmend durch Bindegewebe ersetzt. Durch beide Prozesse sinkt

und Schluckprobleme, Zahnfleischentzündungen, Sprechprobleme, Schlafstörungen) sein oder auch den Ernährungsstatus entscheidend beeinflussen [Ship, 2002]. Für die Funktion und den Halt von totalem Zahnersatz ist ein uneingeschränkter Speichelfluss von großer Wichtigkeit. Hyposalivation und Xerostomie sind typische Begleiterscheinungen der Multimedikation älterer Patienten. Levy und Mitarbeiter (1988) geben einen Anteil von 50,9 Prozent nicht hospitalisierter älterer Patienten (über 65 Jahre) an, bei denen aufgrund der Medikation prinzipiell eine mehr oder weniger ausgeprägte Hyposalivation zu erwarten ist. In einer gleichartigen Untersuchung von Baker und Mitarbeiter (1985) bei Patienten in Pflegeheimen fanden die Autoren sogar einen Anteil von 73,9 Prozent von Patienten mit potentiellen Salivationsstörungen. Die Behandlung besteht in der Reduzierung der Dosis oder im Absetzen der anticholinerg wirkenden Medikamente beziehungsweise im Ansetzen von Substanzen ohne diese Nebenwirkung. Empfohlen wird auch das wiederholte Befeuchten des Mundes mit kleinen Trinkmengen, die Verwendung von künstlichem, polysaccharidhaltigem Speichel oder das Lutschen beziehungsweise Kauen von sauren Substanzen („Lemon-Sticks“) [Hager, 2009].



*Im Alter ist leider häufig Übergewicht ein Handicap für Herz, Kreislauf und Gelenke.*

men werden. Gleichzeitig sind dies auch Hinweise, inwieweit der Patient noch selbstständig eine Zahnprophylaxe beziehungsweise Reinigung der Zähne durchführen kann.

## Häufige Symptome beim älteren Patienten

### Der trockene Mund

Eine häufig gehörte Klage im Alter ist die Mundtrockenheit. Die Prävalenz dafür steigt mit zunehmendem Alter und wahrscheinlich sind über 30 Prozent der über 65-jährigen

die funktionelle Kapazität der Speichelproduktion mit zunehmendem Alter ab. Der Speichelfluss ändert sich allerdings im Gegensatz dazu unter „Normalbedingungen“ bis ins höhere Alter hinein wenig [Hager, 2009]. Treten jedoch zusätzliche belastende Faktoren wie Medikamente oder Erkrankungen hinzu (Tabelle 1), dann erschöpft sich die funktionelle Reservekapazität rascher, und es kann sich schnell eine quälende Mundtrockenheit einstellen. Diese Mundtrockenheit kann Ausgangspunkt für weitere Erkrankungen und Probleme (wie Karies, Candidiasis, Geschmacksstörungen, Kau-



*Fröhlich sein ohne Zähne, das ist in unserer Kultur kaum möglich.*

Foto: CC

## Mundgeruch (Halitosis)

Der bei älteren Menschen recht häufige Mundgeruch lässt nicht unbedingt auf mangelnde Mundhygiene oder soziale Probleme schließen. Vielfach ist die viele Mitmenschen sehr störende „Duftnote“ auch Anzeichen einer schweren systemischen Erkrankung. In etwa 50 bis 90 Prozent der Fälle liegen die Ursachen der Halitose in der Mundhöhle [Durham, 1993]. Andernfalls kann dieses leicht wahrnehmbare Symptom auch als ein Hinweis auf eine zuvor nicht diagnostizierte, systemische Erkrankung genutzt werden (Tabelle 2).

Diagnostisch muss ergründet werden, ob eine Infektion vorliegt, oder ob besondere physiologische, pharmakologische oder metabolische Ursachen zugrunde liegen können. Vermeintlich schlechter Geruch kann auch bei psychogenen Störungen wie zum Beispiel Depressionen, Schizophrenie und Schlaganfall und bei Hypochondern auftreten. Oft steht eine spezifische Geruchsnote im Vordergrund. So geht die Leberzirrhose einher mit einem Geruch nach „faulen Eiern“, bei leukämischen Patienten erinnert der „Foetor ex ore“ an geronnenes Blut, und bei urämischen Patienten ist der Geruch nach Fisch oder Urin vorherrschend, während diabetische Patienten süßlich aus dem Mund riechen.

Atmet der Patient bei zusammengepressten Lippen nur durch die Nase aus und ist der Mundgeruch dann vorhanden, handelt es sich in der Regel um eine systemische Erkrankung. Stellt man hierbei nichts fest, lässt man den Patienten anschließend mit zugehaltener Nase atmen. Wenn man hierbei Mundgeruch registriert, handelt es sich meist um eine im Mund-Rachen-Raum liegende Ursache. Wichtig ist auch zu ergründen, wann der Mundgeruch zum ersten Mal auftrat, zu welchen Gelegenheiten und Tageszeiten er am stärksten ist, welche Nahrungsmittel bevorzugt werden, ob eine Diät durchgeführt wird und welche Medikamente eingenommen werden.

Das Management der systemischen Halitosis besteht in der Behandlung der

oral:	Karies; mangelnde Mundhygiene; traumatische Ulcerationen; Zahnabzesse; Herpes-Infektionen; Aphthen; Gingivitis; Periodontitis; Candidiasis; Diabetes mellitus; Mundkrebs; Xerostomie
respiratorisch :	Sinusitis; Fremdkörper; Tuberkulose; Empyeme; nasale, pharyngeale, pulmonale Abzesse oder Karzinome; Bronchiektasen; Pneumonose
hepatisch:	Zirrhose; Leberversagen; Gallenblasendysfunktionen
systemisch:	Hungern; Siögren-Syndrom; Vitaminmangel; Dehydratation; Alkohol; Leukämie; Bluterkrankungen; Diabetes mellitus (Ketoazidose)
renal:	Urämie
gastrointestinal:	Ösophagusreflux; Hiatushernie; fett- und fleischreiche Ernährung; Magenkarzinom; Pylorusstenose; Malabsorptionssyndrom; Darminfektionen

Tabelle 2: orale und systemische Ursachen der Halitosis

Grunderkrankung, wobei die Mundhygiene nicht vergessen werden sollte. Bei Mundgeruch aufgrund von Ernährung sollte eine fettarme, nicht vegetarische Diät mit frischem Gemüse und Obst gewählt werden. Patienten mit Xerostomie (wie durch Anxiolytika, Antidepressiva, Antiparkinsonika, Antipsychotika, narkotisierende Analgetika, Antihistaminika, Anticholinergika und Antihypertensiva, durch Erkrankungen der Speicheldrüse, systemische Erkrankungen, Mundatmung, Fazialisparese, Dehydrierung, Vitaminmangel, Menopause, Chemotherapie oder Strahlentherapie) kann durch Speichelsubstitute, Kaugummikauen oder

den Speichelfluss anregende Medikation – eventuell mit Pilocarbin – geholfen werden. Mundduschen, die durch ihren hohen Alkoholgehalt austrocknend wirken, sollten bei Älteren gemieden werden.

## Multimorbidität

Charakteristisch für das Auftreten von Krankheiten bei Älteren sind Multimorbidität und chronischer Verlauf. Multimorbidität bedeutet dabei nach der Definition von Schubert (1974): „Das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer signifikanter Erkrankungen, die behandlungsbedürftig sind.“ Wegen der großen klinischen und pathologischen Bandbreite der Multimorbidität sind Diagnostik und Therapie beim alten Patienten immer eine ausgesprochene Individualmedizin. Die zahlreichen Variationen und Kombinationsmöglichkeiten der gleichzeitig registrierten Krankheiten und Leiden ergeben ein individuell sehr unterschiedliches Bild. Dabei haben die chronischen Erkrankungen eine besondere Bedeutung. In der Regel ist mit zunehmendem Alter mit einem höheren Grad einer Multimorbidität zu rechnen. Die Vielfalt unterschiedlichster akuter und latenter pathologischer Erscheinungsbilder macht es häufig schwer, nicht einer Polypragmasie zu verfallen, sondern eine hierarchisch geordnete und mehrdimensionale Diagnostik und Therapie adäquat durchzuführen. Multimorbidität bedeutet nicht von vornherein, dass alle



Foto: MEV

Meistens sind es die älteren Frauen, die sich – wenn auch körperlich nicht mehr ganz so fit – ihres Lebens erfreuen.



Foto: MEV

*Zärtlichkeiten auch jenseits der 50: aber bitte ohne Mundgeruch!*

Krankheiten gleichzeitig behandelt werden müssen. Es ist vielmehr notwendig, Schwerpunkte zu setzen. Dies fordert aber alle in der medizinischen Betreuung des alten Patienten Beteiligten auf, an Diagnostik und Therapie mitzuwirken und sich interdisziplinär abzustimmen.

## **Zerebrovaskuläre Erkrankung und Parodontitis**

Parodontitis ist eine häufige Begleiterkrankungen der Älteren, soweit noch Zahnbestand vorliegt. Zerebrovaskuläre Erkrankungen zeigen eine deutliche Altersabhängigkeit mit Anstieg ab dem 60. Lebensjahr auf. Für Parodontalerkrankungen wurde in einer Reihe von Untersuchungen ein enger Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Prozessen, systemischen arteriosklerotischen Vorgängen, kardiovaskulären Erkrankungen und Risikofaktoren dafür nachgewiesen [Yu, 2008].

Chronische infektiöse Parodontalerkrankungen werden zunehmend auch für zerebrovaskuläre Ereignisse verantwortlich ge-

macht. Eine bakterielle Meningitis oder eine Neuroborreliose zeigt einen unzweifelhaften Zusammenhang zwischen Infektereignis und dem zerebralen Ereignis auf [Leiguarda, 1988]. Für eine differenziertere Betrachtung ist bei den zerebrovaskulären Erkrankungen eine Eingruppierung nach ihrer Ursache sinnvoll.

### **Man unterscheidet:**

- kardiale Embolien
- Mikro- und Makroangiopathien
- Stenosen der Hirnversorgenden Arterien
- andere oder unbekannte Ursachen

Eine Parodontitis kann das Risiko um das Zwei- bis Dreifache erhöhen [Dörfer, 2004]. Entscheidend hierbei ist die Frage, über welchen möglichen pathophysiologischen Mechanismus es zur Schädigung kommt. Hier konnte in Untersuchungen der Neurologischen Klinik, Universität Heidelberg, gezeigt werden, dass in der Gruppe mit kardioembolischen Ereignissen und in der Gruppe der Ischämien unklarer Genese eine hohe Assoziation zum Schweregrad der Parodontitis besteht [Grau, 2004]. Ein Zusammenhang mit Stenosen der hirnversorgenden Gefäße bestand nicht. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass der Entstehungsmechanismus, wie bei infektgetriggerten kardiovaskulären Ereignisse über die endotheliale Dysfunktion abläuft [Amar, 2003; Wu, 2000]. Bei ausgeprägter Parodontitis sollte deshalb unbedingt eine Zusammenarbeit mit dem Hausarzt angestrebt und die Risikokonstellation für kardiale und zerebrovaskuläre Erkrankungen deutlich gemacht werden.

## **Kognition, Parodontitis und Demenz**

Bei kognitiven Problemen besteht insgesamt eine deutliche Altersabhängigkeit. Für unsere Gesellschaft ist dabei das besondere Problem die altersabhängig auftretende Demenz und hier insbesondere die Alzheimer-Demenz. Aus Untersuchungen der letzten Jahre wissen wir, dass das Vorliegen von Parodontalerkrankungen und hier insbesondere der Parodontitis eine enge Verbindung

mit der Kognition aufzeigen. Eine höhere kognitive Leistungsfähigkeit ist direkt verbunden mit einem niedrigen Grad von Parodontopathien [Yu, 2008].

Japanische Forschergruppen weisen bereits seit einigen Jahren auf den engen Zusammenhang von Zahnlosigkeit und Demenz hin. Die Untersuchungen von Dienel aus Deutschland zeigen auf, dass Zahnlosigkeit ein eigenständiger, vom Alter unabhängiger Risikofaktor für eine Alzheimer-Demenz ist [Dienel, 2006]. Da aber der Anteil der Zahnlosen mit über 50 Prozent auch bei den Nicht-Dementen sehr hoch ist, ist der Risikofaktor „Zahnlosigkeit“ allerdings nur wenig spezifisch für die Alzheimer-Demenz. Umgekehrt aber sind zahlreiche noch vorhandene Zähne im Alter zumindest statistisch offenbar ein Schutzfaktor vor Alzheimer. Zahlreiche noch vorhandene Zähne scheinen aber nicht in gleicher Weise wie bei der Alzheimer-Demenz Schutz vor ischämischen Insulten und vaskulärer Demenz zu bieten. Hier kommt anscheinend der



Viele Medikamente heißt auch viele Interaktionen, die Beachtung finden sollten.

Foto: MEV

„Entzündungs-Hypothese der Parodontitis“ eine vermehrte Bedeutung zu.

In der Diskussion bezüglich des Zusammenhangs Zahnlosigkeit und Alzheimer-Erkrankungen wird darauf verwiesen, dass Zahnlosigkeit eine enge Verbindung mit der Ernährung hat. Hier wäre interessant, inwieweit eine fachgerechte zahnprothetische Versorgung mit Einfluss auf die Ernährung auch Konsequenzen bezüglich dementieller Probleme hat. Studien stehen hier allerdings noch aus.

## Endokarditis und Parodontitis

Die häufigste Assoziation zwischen einer infektiösen Erkrankung des Mundraumes im weiteren Sinne ist die Endokarditis. Durch die entzündliche Eintrittspforte gelangen Keime durch hämatogene Streuung bis in das Herz und setzen sich dort an den Herzklappen fest. Durch verschiedene Virulenzfaktoren kommt es zur Besiedlung der Herzklappen und zu thrombotischen Auflagerungen. Besonders betroffen sind die Mitralklappe und die Aortenklappe. Eine Besiedlung der Trikuspidalklappe ist sehr selten. Der entstandene turbulente Fluss sorgt für thrombotische Auflagerungen, die im Verlauf weiter eine Ansiedlungsfläche für Mikroorganismen darstellen. Das absolute Risiko für das Auftreten einer Endokarditis nach einer Zahnbehandlung ist unbekannt. Dies liegt unter anderem daran, dass die Inkubationszeit bis zum Auftreten einer Endokarditis unbekannt ist. Vermutlich liegt sie zwischen sieben und vierzehn Tagen. [Starkebaum, 1977]. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Zahnbehandlung und Endokarditis ist bislang nie nachgewiesen worden. Das absolute Risiko einer Endokarditis nach Zahnbehandlung liegt in der Normalbevölkerung bei 1:14 000 000 [Steckelberg, 1993] und sinkt bei entsprechender Vorschädigung der Herzklappen über den Zustand nach Klappenersatz oder nach einer bereits durchgemachten Endokarditis auf 1:95 000 [Pallasch, 2003]. Unter Berücksichtigung einer



Foto: MEV

Äußerlich noch sehr fit, aber er weiß, dass es besser ist, stressfrei mit dem Bus zu fahren.

kritischen Kosten-Nutzen-Analyse hat bezüglich der Prophylaxe einer infektiösen Endokarditis in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Empfohlen wird daher nur noch eine Prophylaxe bei Patienten, bei denen ein schwerer bis letaler Verlauf der infektiösen Endokarditis zu erwarten ist (Tabelle 3) [Naber 2007]. Insgesamt ist festzustellen, dass die Inzidenz der infektiösen Endokarditis trotz häufigerem Vorkommen vorgeschädigter Herzklappen im Alter insgesamt geringer ist als beim

Zustand nach Klappenersatz  
(mechanisch und biologisch)

nach rekonstruierten Klappen mit  
alloprothetischem Material besonders  
in den ersten sechs Monaten

Zustand nach Endokarditis

angeborene Herzfehler, insbesondere  
zyanotische und operierte Herzfehler

operativ versorgte Herzfehler mit  
alloprothetischem Material in den  
ersten sechs Monaten

Zustand nach Herztransplantation

Tabelle 3: Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit eines schweren oder letalen Verlaufes einer infektiösen Endokarditis (modifiziert nach Naber):

jüngeren Patienten. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislauforschung kommt in ihrem Positionspapier zu dem Schluss, dass eine alltägliche Parodontitisprophylaxe einen hohen Stellenwert haben dürfte, da über 80 Prozent der Endokarditiden ohne einen vorherigen Eingriff auftreten [Naber, 2007].

In den letzten Jahren konnte nachgewiesen werden, dass Infektionen generell auch die Gefäße „attackieren“. Hierzu zählt insbesondere die Parodontitis. In der CORODONT-Studie (The coronary event and periodontal disease), zeigte sich dass die bakterielle Gesamtmenge bei Koronarpatienten signifikant höher ist als bei altersgleichen Kontrollpatienten. Als wichtigste Keime

sich im oftmals übersehenen Anfangsstadium lediglich erhöhte Nüchternblutzuckerwerte. Im weiteren Verlauf können sich die relative Insulinansprechbarkeit und der Insulinmangel zum absoluten Insulindefizit entwickeln. Das frühzeitige Erkennen und konsequente Behandeln des Diabetes mellitus trägt entscheidend dazu bei, wann diabetestypische Spätkomplikationen auftreten. Die Hauptrolle spielt hier der vom Diabetes Betroffene selber, der nur durch grundsätzliche Lebensstiländerungen, zum Beispiel Gewichtsreduktion, moderate Bewegung oder Anpassung der Ernährungsgewohnheiten das Fortschreiten beeinflussen kann. Die Führung und Therapie des Diabetikers ist aber ein ganzheitlich medizi-

selbst durch eine verhältnismäßig hohe Dosis Insulin nur ein geringer bis gar kein Blutzucker senkender Effekt erreicht wird. Häufig betroffen sind Patienten, bei denen bereits ein Metabolisches Syndrom besteht. Auf dem Kongress der amerikanischen Diabetes-Gesellschaft stellte die Arbeitsgruppe um Taylor (2008) eine Studie vor, die den zahnärztlichen Einfluss auf Infekte des Mundraumes beschreibt. In einer Untersuchung an 46 Patienten konnte gut dargestellt werden, dass die Behandlung des Diabetes mellitus auch beim Zahnarzt stattfindet. Die zahnärztliche Verbesserung der Mundgesundheit durch Sanierung von Infektfoki führte in der Beobachtungsgruppe zu einer signifikanten Senkung des HbA1c um 0,67-1 Prozent und zu einer Minderung der Proteinurie. Aber nicht nur kurzfristig besteht ein Nutzen in der Parodontitisbehandlung des Diabetikers. Es konnte eine signifikant erhöhte Mortalität bei Patienten im fortgeschrittenen Diabetesstadium mit begleitender Parodontitis nachgewiesen werden [Saremi, 2005]. Die Rolle der Mundhygiene ist somit zweifelsohne notwendig, um einen langfristigen Behandlungserfolg zu erzielen. Auf der anderen Seite werden Entzündungsprozesse durch erhöhte Blutzuckerwerte unterhalten [Pickup, 1998]. Die Behandlung des Diabetes mellitus beim älteren Patienten ist ein typisches Beispiel, wie wichtig es ist, dass besonders chronisch kranke Patienten multidisziplinär eingebunden werden müssen.

*Zahnärzte haben für viele Fragen immer ein offenes Ohr.*



Foto: prodente

wurden der *Actinobacillusactinomycetem comitans* und *Prevotella intermedia* isoliert. Hinweise, inwiefern die Taschentiefe einen Einfluss hatte, bestanden jedoch nicht. Möglicherweise besteht eine positive Beeinflussung des Infarkttrisikos in einer Kürettage oder Antibiotikainstillation beim Zahnarzt [Spahr, 2006].

## **Diabetes mellitus und Zahnstatus**

Im fortgeschrittenen Alter findet sich überwiegend der Typ-2 Diabetes. Etwa 15 Prozent der Älteren sind betroffen. Der Typ-2 Diabetes beim Älteren ist geprägt durch einen in der Regel langsamen Verlust der Insulinsensitivität und -produktion. So zeigen

nisches Problem, das auch den Zahnarzt mit einschließt. Entgleisungen des Blutzuckers haben dabei besondere Bedeutung, da sie für den älteren Patienten häufig mit Komplikationen verbunden sind.

Entgleisungen des Blutzuckers entstehen häufig durch akut auftretende Infekte. Klinisch am häufigsten sieht man hyperglykämische Entgleisungen nach Aufflammen eines Harnwegsinfekts oder auch einer Pneumonie. Andere Foki sind eher selten. Auch entzündliche Veränderungen im Mundraum beeinflussen nachhaltig den Glukosestoffwechsel. Im Rahmen eines Infektereignisses ist die insulingesteuerte Glukoseaufnahme in den Skelettmuskel verringert [Lang, 1992]. Es entsteht passager eine relative Insulinresistenz, das bedeutet, dass

## **Gastritis und Parodontitis**

Die verminderte basale und stimulierte Säuresekretion im Alter kann zu einer arthritischen Gastritis führen. Im Alter nehmen die Durchblutung der Mucosa sowie die Sekretion von Prostaglandinen, Glutathion, Bikarbonat und Schleim ab. Auch bei gesunden alten Menschen ist die Magenschleimhaut deshalb weniger widerstandsfähig.

Der Keim *Helicobacter pylori* ist für einen großen Teil von entzündlichen Erkrankungen von Magen und Bulbus duodeni verantwortlich. Bei einem positiven Nachweis erfolgt eine Eradikationsbehandlung mittels zweier Antibiotika und einem Protonen-

Zeit nach erfolgreicher Eradikation	Zahngesunde	Entzündungen am Zahnhalteapparat
1 Jahr	3,5 %	13,2 %
2 Jahre	5,7 %	18,4 %
3 Jahre	6,3 %	30,5 %

pumpeninhibitor für sieben Tage. Nach einer erfolgreichen Eradikation kommt es aber in den darauf folgenden Jahren nicht selten zu Re-Infektionen. Wahrscheinlich besteht ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Re-Infektion und dem Zahnstatus. Sheu und Mitarbeiter beobachteten den Verlauf bei 359 Patienten, nachdem eine erfolgreiche Eradikationstherapie durchgeführt worden war. Bei Patienten mit einer Zahnerkrankung, insbesondere mit einer Parodontitis trat innerhalb des ersten Jahres bei 13,2 Prozent der Fälle eine Re-Infektion auf. Bei Patienten mit gesundem Gebiss trat diese aber nur in 3,5 Prozent der Fälle auf. Auch im zweiten und im dritten Jahr konnte

ein deutlicher Unterschied beobachtet werden [Sheu, 2007].

Es bestand im gesamten Beobachtungszeitraum ein nahezu vierfach erhöhtes Rezidivrisiko. Zusätzlich muss bei dieser Studie aus geriatrischer Sicht bedacht werden, dass es sich im Durchschnitt um jüngere Patienten gehandelt hat. Unter Berücksichtigung des deutlich schlechteren Zahnstatus bei älteren Menschen, insbesondere bei denjenigen, die ihre Mundhygiene nicht mehr selbstständig durchführen können, ist die Re-Infektions-Wahrscheinlichkeit noch höher. Folgerichtig sollte bei jedem Patienten mit einer *Helicobacter pylori* assoziierten Gastritis auch der Zahnstatus kritisch überprüft

werden, beziehungsweise vom Zahnarzt auch einmal anamnestisch bei entsprechenden Befunden nachgefragt werden.

## Qualitätsgerichtete Gerontostomatologie

Die Voraussetzungen für eine qualifizierte und erfolgreiche gerontostomatologische Arbeit, gerade für den geriatrischen Patienten in der zahnärztlichen Praxis, ist seit Jahren definiert worden [Banger, 1995], aber sie werden bisher nicht flächendeckend umgesetzt (Tabelle 4).

## Zusammenfassung

Routinemäßige zahnärztliche Aufgabe sollten besonders beim älteren, geriatrischen Patienten ernst genommen werden:

- Erläuterung und Hinweise zu Zahn- und Mundpflege einschließlich Zahnersatz
- Hygienevermittlung am Patienten, besonders an Familienmitgliedern oder Pflegepersonal in Krankenhäusern oder Heimen
- Hinweise an Patienten bezüglich der Notwendigkeit der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen auch auf dem Gebiet des Mundes und der Zähne.

Dr. med. Dag Schütz  
 Prof. Dr. med. Ingo Füsgen  
 Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke  
 3. Med. Klinik des Klinikverbundes Kliniken St. Antonius und St. Josef Wuppertal  
 Tönisheiderstraße 24  
 42553 Velbert  
 e-mail: dag@schuetz-online.org

in den interdisziplinären Fächern der Medizin und der Randgebiete einschließlich medizinische Soziologie und Geriatrie
über die spezifische Anamneseerhebung bei Älteren
Erfahrungen in klinischer Pharmakologie (Multimorbidität, Multimedikation, Pharmakointeraktionen, Chronopharmakologie); Neben- und Wechselwirkungen; altersbezogene Besonderheiten
Erfahrungen von Krankheitserscheinungen im Bereich der Mundhöhle und ihrer Grenzgebiete für Differentialdiagnose
im Ablauf von Erkrankungen, vor allem bei besonderer Auswirkung für den Gesundheitszustand altersbezogener Besonderheiten

Tabelle 4: Kenntnisse für eine qualifizierte gerontostomatologische Arbeit



### Dr. med. Dag Schütz

Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Lehrstuhls für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke  
 Oberarzt der 3. Med. Klinik/Geriatrie Elisabeth Krankenhaus Velbert, Klinikverbund St. Antonius und St. Joseph in Wuppertal, ärztlicher Direktor: Univ.-Prof. Dr. Ingo Füsgen  
 \*1970 Meinerzhagen i. Westfalen  
 2000 Assistenzarzt  
 2006 Facharzt für Innere Medizin  
 2007 Facharzt für Kardiologie  
 Zusatzweiterbildung Notfallmedizin  
 2008 Oberarzt an den geriatrischen Kliniken in Velbert und Wuppertal  
 2009 Gebietsbezeichnung Geriatrie  
 Mitgliedschaft in verschiedenen nationalen und internationalen geriatrischen und internistischen Fachgesellschaften  
 Publikationen und Vorträge zu geriatrischen Themen insbesondere Infektiologie, Elektrolytstörungen und Mundhygiene



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.



# Implantation beim alten Patienten

Georg-Hubertus Nentwig, Christoph Klaus Müller

**Die implantologische Versorgung des älteren Patienten gewinnt mehr und mehr an Bedeutung. Über 20 Prozent der deutschen Bevölkerung ist bereits 65 Jahre alt oder älter, Tendenz steigend (Statistisches Bundesamt, 2008).**



Foto: Archiv der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Implantologie des ZZNK Carolinum, Frankfurt/Main



Abbildung 1:  
typisches periorales  
Erscheinungsbild des  
älteren Menschen

Nach der Deutschen-Mundgesundheitsstudie aus dem Jahre 2005 (DMS IV) weisen Menschen über 65 Jahre eine höhere Inzidenz für Parodontalerkrankungen und Wurzelkaries auf. Im Durchschnitt fehlen 14,2 Zähne, und 22,6 Prozent der Patienten sind zahnlos. Hervorzuheben ist, dass von 1997 nach der DMS-III und in der DMS-IV bis 2005 der prozentuale Anteil dieses Patientenkollektivs mit implantatgetragener Zahnersatz von 0,7 Prozent um das 3,7-fache auf 2,6 Prozent gestiegen ist.

## Hintergründe des Alterns

Alter ist nicht gleich Alter. Von manchen Autoren wird unterschieden zwischen dem biologischen Alter anhand des Organismuszustands, dem psychischen Alter anhand geistiger Funktionen und Einstellungen und dem sozialen Alter anhand sozialer Rollen und Verhaltensweisen [Schäfers, 2001]. Es sollte berücksichtigt werden, dass der Prozess des Alterns individuell sehr verschieden verläuft. Die Veränderungen im Alter sind einerseits systemischer Natur, andererseits muss aber beachtet werden, dass die Merkmalsvarianz zwischen den Individuen sehr groß ist. Und auch innerhalb einer Person

können sich biologisches Alter (der körperliche und geistige Zustand) und kalendarisches Alter bezogen auf verschiedene Funktionen unter Umständen stark unterscheiden [Haigh, 1993; Böning, 1989]. Charakteristisch für den Prozess des Alterns ist eine Abnahme der Muskelkraft. Bis zu einem Alter von rund 30 Jahren steigt diese an, fällt dann jedoch kontinuierlich ab. Nach einer Studie von Poljakov (1991), durchgeführt

an Arbeitern verschiedener Altersstufen, besitzt ein Arbeiter im Alter von 70 bis 79 Jahren nur noch circa 80 Prozent der durchschnittlichen Muskelkraft eines 20- bis 29-jährigen. Zittern, mangelnde Beweglichkeit der Gelenke und nachlassender Tastsinn führen zu Einbußen in der Feinmotorik älterer Menschen [Poljakov, 1991].

Wie der gesamte menschliche Organismus unterliegt auch das orofaziale System irreversiblen und fortschreitenden Alterungserscheinungen. Während des Alterungsprozesses kommt es zu einer generalisierten Atrophie der Muskulatur, die im Bereich des M. masseter eine Reduktion des Muskelquerschnitts von bis zu 40 Prozent ausmachen kann. Entsprechend verringert sich die Muskelkraft beim Kauen. Die Schleimhaut der zahnlosen Kieferkammabschnitte verliert an Feuchtigkeit und Elastizität. Daraus resultiert eine geringere mechanische Belastbarkeit. Weiterhin sind die Kiefergelenke im Alter anfälliger für degenerative Erkrankungen. Durch die Lockerung des Bandapparats und die Abflachung der Gelenkgrube gewinnen sie an Bewegungsspielraum [BZÄK, 2002; Müller & Nitschke, 2002]. Oft wird eine Mundtrockenheit beobachtet, die jedoch

Abbildung 2:  
Klassifikation zur  
Bewertung des  
Allgemeinzustands

Grad	Beschreibung
P1	gesunder Patient
P2	Patient mit einer Systemerkrankung ohne funktionelle Beeinträchtigung: z. B. durch orale Medikation behandelter Diabetes mellitus Typ II, HIV-Infektion ohne Symptome der Erkrankung AIDS, adäquat eingestellte Hypertonie, milde chronisch obstruktive Lungenerkrankung
P3	Patient mit ausgeprägter Systemerkrankung, die funktionelle Beeinträchtigungen mit sich bringt: z. B. insulinabhängiger Diabetes mellitus, schwere chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, nicht eingestellter Bluthochdruck trotz der Gabe von 2 oder 3 Antihypertensiva
P4	Patient mit einer schweren Systemerkrankung, die lebensgefährlich werden kann
P5	sterbender Patient mit einer Lebenserwartung von weniger als 24 Stunden
P6	hirntoter Patient

Graphik: Neukam, Wichmann & Wittfang

### Fortgeschrittenes Lebensalter: Verlust an Lebensqualität

**Ziel: Wiedergewinn von Kaufunktion und Jugendlichkeit**

### Hohes Lebensalter: Verlust an Vitalität, Multimorbidität

**Ziel: Sicherung der Kaufunktion, vertretbarer Pflegeaufwand**

meist auf die Medikation von Antihypertensiva oder Antidepressiva zurückzuführen ist [Ciancio, 1997]. Die Altersveränderungen im Bereich des Alveolarknochens werden generell mit einem Substanzverlust beschrieben. Nach dem Wolff'schen Transformationsgesetz reduziert sich an mechanisch nicht beanspruchten Stellen die Knochen substanz, zum Beispiel nach Zahnverlusten. Der Knochen bildet das Minimum an Substanz für die benötigte Funktionalität. Die senile Atrophie scheint ein multifaktorielles Geschehen zu sein, bei dem zum Beispiel die Ernährung, die genetische Disposition, Kalzi-

wachsenen liegen. Im Vordergrund stehen dabei Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Muskel- und Skelettkrankheiten sowie bösartige Neubildungen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Hypertonie, Herzinsuffizienz, ischämische Herzerkrankungen, zerebrovaskuläre Krankheiten, Diabetes mellitus, Störungen des Lipidstoffwechsels, Arthrose, Dorsopathien und chronische Lungenerkrankungen. Es ist festzustellen, dass der größte Anteil an multimorbiden und schwerbehinderten Patienten in Deutschland älter als 65 Jahre ist. Laut Angaben des statistischen Bundesamtes

eingriff mit prothetischen Alternativen handelt, sollte sich das Augenmerk bei Risikopatienten zunächst auf die Behandlung der Grunderkrankung richten und eine Implantation erst bei stabilen allgemeinmedizinischen Zuständen erwogen werden [Neukam, Wichmann & Wiltfang, 2007]. Die Überlebensrate von Implantaten kann bei Patienten von verschiedenen systemischen Faktoren beeinflusst werden. Dazu zählen unter anderem Rauchen, ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus, eine postmenopausale Östrogen therapie und Medikamente, die den Knochenmetabolismus beeinflussen wie Steroide und Bisphosphonate [Moy, Medina, Shetty & Aghaloo, 2005; Beikler & Flemmig, 2003; Hwang & Wang, 2007]. Das Alter allein stellt kein Risiko für eine Implantation dar [Zarb & Schmitt, 1994]. Lediglich Begleiterkrankungen und Medikationen, die vermehrt bei älteren Patienten auftreten, aber auch bei jüngeren Menschen vorkommen, können den Therapieerfolg einschränken.

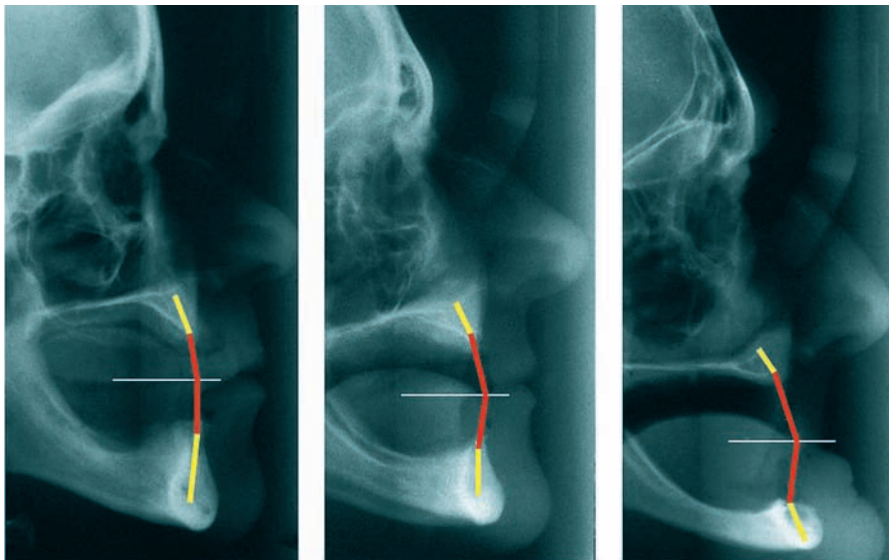


Abbildung 4: Relation der Implantatbasis: Die Rekonstruktionshöhe verändert sich mit zunehmender Atrophie zuungunsten der Implantatverankerung.

ummangel und Hormone eine Rolle spielen [Baylink, Wergedal, Yamamoto & Manzke, 1974; Bras, 1990; Wical & Swoope, 1974].

## Allgemeinerkrankungen und Risiken im Alter

Aus dem Gesundheitsbericht der Bundesrepublik Deutschland von 2002 geht hervor, dass bei älteren Menschen die Prävalenz- und Inzidenzzahlen in den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Er-

machen diese über 50 Prozent der Schwerbehinderten aus [Statistisches Bundesamt, 2008]. Nach der ASA-Klassifikation werden Patienten entsprechend ihrem Allgemeinzustand in sechs Stufen, P1 - P6, eingeteilt (Abbildung 2). Eine Implantation ist bei den Stufen P1 und P2 bedenkenlos möglich. Bei Stufe P3 ist eine intensive allgemeinmedizinische Betreuung notwendig, um durch den Eingriff und die Folgebehandlungen diesen Patienten nicht zu schaden. Da es sich bei der dentalen Implantation um einen Wahl-

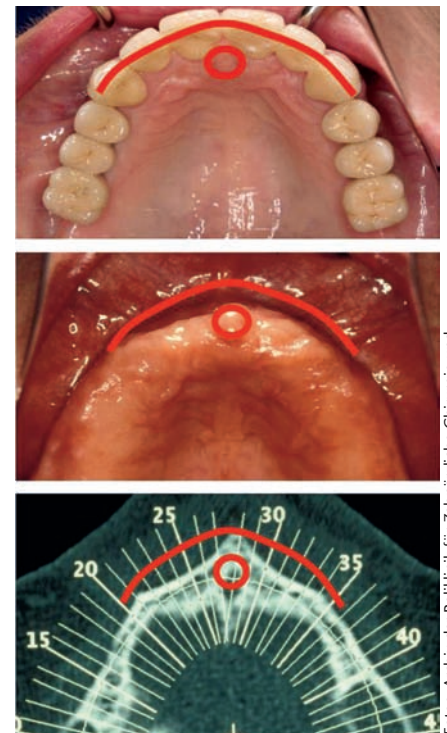


Abbildung 5: vestibulär-transversaler Atrophieverlauf beim zahnlosen Oberkiefer-Frontbereich

Fotos: Archiv der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Implantologie des ZMK Carolinum Frankfurt/Main

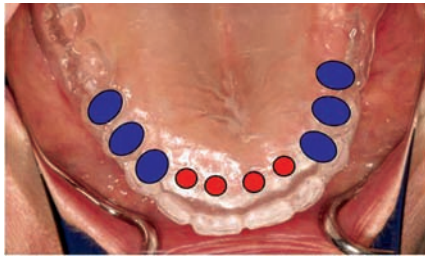


Abbildung 6: günstige (blau) und ungünstige (rot) Implantatpositionen in Bezug auf die vorhandene Kieferbasis beim zahnlosen atrophierten Oberkiefer

## Planung der Implantologie-Therapie

(chirurgisch/prothetisch)

Am Anfang der implantologischen und prothetischen Planung sollte in einem persönlichen Gespräch erörtert werden, welche Bedürfnisse und Erwartungen der Patient an eine neue Versorgung hat. Darauf basierend können dem Patienten realistische Therapievarianten unter Erläuterung der Vor- und Nachteile angeboten werden.

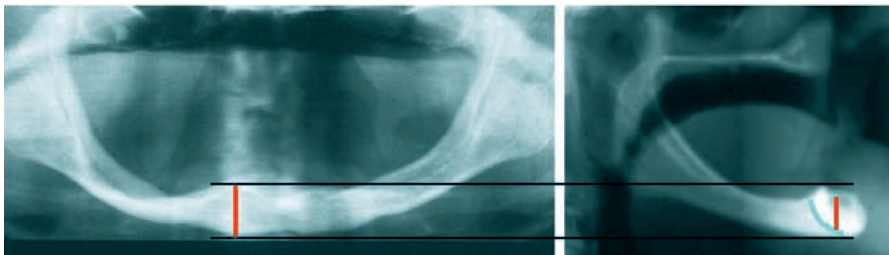


Abbildung 8: vertikale Dimension (OPG) und real verfügbare Insertionstiefe sowie Profilverlauf (FRS)

Zu unterscheiden ist zwischen Patienten, die trotz eines höheren kalendarischen Alters bei guter Kondition sind und eine möglichst vollständige kaufunktionelle Restitution – meist auf der Basis eines festsitzenden

kommt der Evaluation der verbliebenen Kieferbasen, alleine und in ihrer bimaxillären Relation, eine entscheidende Rolle zu. Der Bezug zur Okklusionsebene muss dabei stets im Auge behalten werden. Die Situation

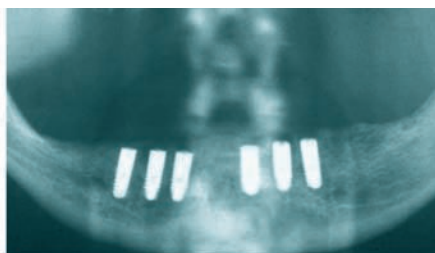
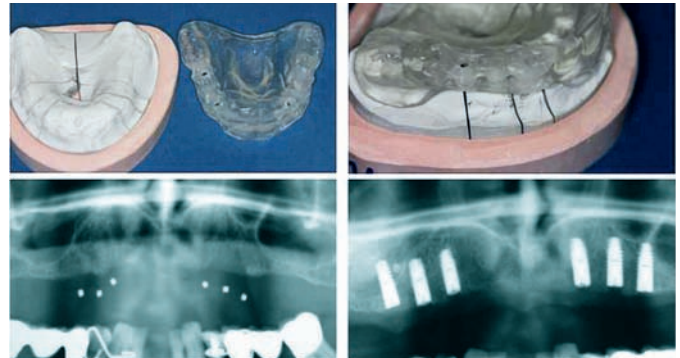


Abbildung 9: intraoperative Übertragung der Implantatposition über das Prothesenduplikat unter okklusaler Positionskontrolle durch den Patienten; postoperatives Ergebnis

Abbildung 7:  
oben: Sägeschnittmodell; vorbereitete Positionierungsschablone  
unten: präoperative Schablonaufnahme, postoperatives Kontrollbild (rechts wurde eine Sinusbodenaugmentation durchgeführt)



Zahnersatzes – anstreben, und solchen, bei denen der fortgeschrittene biologische Alterungsprozess lediglich die Sicherung der Kau- und Sprechfunktion als Therapieziel zulässt (Abbildung 3).

Es sollte darauf geachtet werden, dass der Therapieplan mit seinem zeitlichen Ablauf verstanden wird sowie dass die finanzielle Belastung und mögliche Risiken eines chirurgischen Eingriffs bewusst gemacht werden [Stanford, 2007].

Bei zahnlosen Patienten, die hier im Mittelpunkt der Betrachtung stehen sollen,

lässt sich individuell gut mittels einer Fern-Röntgen-Seiten-Aufnahme (FRS) überblicken, bei der vorhandene Kunststoffprothesen in korrekter Bisslage die Kieferrelation sichern. Die sich mit fortschreitender Atrophie ändernden Hebelverhältnisse und die damit verbundene Zunahme der mechanischen Belastung im Bereich der Implantat-Abutment-Verbindung macht Abbildung 4 deutlich.

## Zahnloser Oberkiefer

Eine klinische „Landmarke“ stellt die Position der Papilla incisiva dar, die beim Bezahnten hinter den Palatalfächern der Zähne liegt. Je weiter sie beim Unbezahnten nach rostral wandert, desto stärker ist in transversaler Relation der Verlust der facialen Knochensubstanz einzuschätzen. Erst ab dem Eckzahnbereich reduziert sich dieser Knochenverlust; in Höhe der Crista zygomatico-alveolaris ist er neutralisiert (Abbildung 5).

Im Frontzahnbereich gesetzte Implantate stehen daher häufig zu weit palatinal, was zur Einschränkung des Funktionsraums der Zunge führen muss (Phonetik).

Hilfreich ist es, ein Prothesenduplikat aus klarem Kunststoff als Set-Up zu verwenden, um die Diskrepanz Frontzahnbogen – Kieferbasis abschätzen zu können. Die in Abbildung 6 eingezeichneten Markierungen lassen die günstigeren Implantatpositionen in den Regionen 3, 4 und 5 anstelle der Frontregionen erkennen.

Dieses Prothesenduplikat lässt sich auch als Röntgenschablone verwenden, wenn in die zugehörigen Basen der Zähne 3, 4 und 5 kleine Metallmarker eingearbeitet werden und damit ein Orthopantomogramm

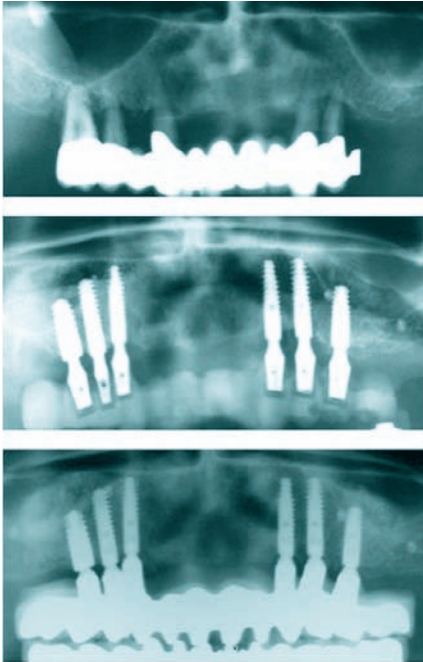


Abbildung 10: Sofortimplantation / Sofortversorgung des Oberkiefers bei gleichzeitig beidseitig durchgeführtem Sinuslift: Stabilisierung der Implantate durch sofortige starre Verblockung

(OPG) erstellt wird. Mithilfe von Röntgen-schablonen der Implantathersteller (im entsprechenden Vergrößerungsmaßstab) können dann vertikale und horizontale Relation der Implantatpositionen beurteilt und gegebenenfalls ein Augmentationsbedarf des Kieferhöhlenbodens festgestellt werden. Die transversale Relation lässt sich konventionell nach dem bekannten Verfahren der Schleimhautdickenmessung und Übertragung auf die positionsanalogen Sägeschnitte des Modells bestimmen. Schließlich kann das Duplikat nach Reduktion der Kunststoffanteile vestibulär (Lappenbildung) als Positionierungsschablone für die Implantate intraoperativ genutzt werden (Abbildung 7).

## Zahnloser Unterkiefer

Das bevorzugte Implantatareal, die Regio interforaminalis, lässt sich analog zum Oberkiefer durch eine Röntgenübersichtsaufnahme mit eingesetztem Prothesenduplikat und eingearbeiteten, zahnpositionsanalogen Metallmarkierungen in vertikaler und horizontaler Relation erfassen. Das transversale Knochenangebot kann meist nicht mehr über ein Sägeschnittmodell ermittelt werden, da ein ausreichend dimensionierter Alveolarfortsatz fehlt. Zu dessen Beurteilung ist die FRS-Aufnahme hilfreich

(Abbildung 8). Darauf kommt überdies die lingual zurückweichende Kieferbasis zur Darstellung, was gleichzeitig eine Einschränkung der auf dem OPG ausgemachten vertikalen Relation bedeuten kann (Perforationsgefahr zum Mundboden).

Da die exakte Fixierung der Positionsschablone (Prothesenduplikat) aufgrund der reduzierten Basis im Unterkiefer schwierig ist, sollte diese durch den Patienten selbst mittels eingesetzter Oberkieferprothese in Okklusionsposition gehalten werden; die Bohrkanäle erreichen von vestibulär her den freigelegten Kieferkamm (Abbildung 9). Zunehmend wird von einer dreidimensio-

den OP-Situs übertragen zu können. Eine entscheidende Rolle spielt hierbei die exakt reproduzierbare Positionierung der Schablonen (zum Beispiel über Hilfsimplantate). Fast alle namhaften Implantathersteller bieten heutzutage systemspezifische Hardware an.

## Chirurgische Aspekte

Durch die generell nachlassende Elastizität des Gewebes im Alter kann es zu ausgedehnten Hämatomen kommen, die nach kaudal abwandern. Eine schonende Weichgewebspräparation, womöglich nicht über die mukogingivale Grenze hinaus, wäre hier

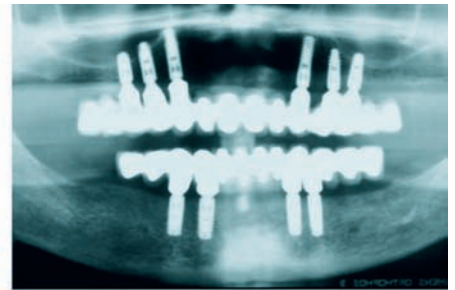


Abbildung 11: festsitzende Versorgung des zahnlosen Patienten: OK- und UK-Front als Brückenglied mit basalem „Ovate-Pontic-Design“ (Ästhetik/Phonetik)

nen Erfassung der Kieverhältnisse unter Beurteilung von Relation und Struktur heute Gebrauch gemacht mittels Computertomographie (CT) oder Digitaler Volumentomographie (DVT). Unerlässlich hierbei ist die Einbeziehung der angestrebten prothetischen Endlösung von Anfang an, um mittels Softwareprogrammen die Position der Implantate planen und über entsprechende Schablonen mit eingearbeiteten Hülsen in

zu empfehlen. Bei länger bestehender Zahnlosigkeit, aber auch altersbedingt ist die Spongiosastruktur meist reduziert, was besonders im Oberkiefer die Primärstabilität der Implantate beeinflusst. Eine mehr kondensierende (Handinstrumente) statt spanabhebende Präparationsweise unter Verwendung von Implantaten mit konischem Gewindegrund verbessert das finale Eindrehmoment. Im Unterkiefer muss dagegen



Abbildung 12: teleskopretinierter OK-Zahnersatz: gute Hygienefähigkeit, perfekte Funktion und Ästhetik, gute Unterstützung des Lippenprofils



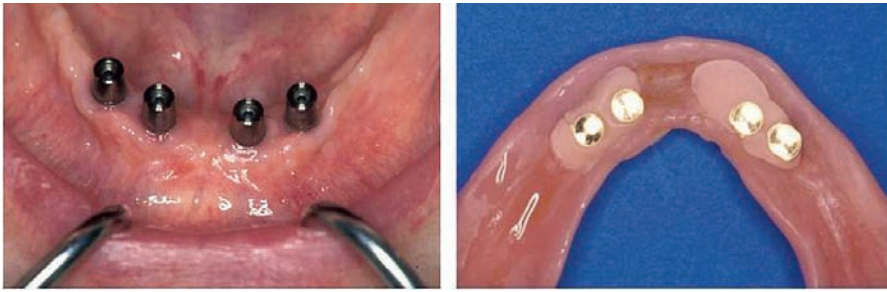


Abbildung 13: Retentionsicherung durch präfabriziertes Konusssystem im Rahmen einer Sofortversorgung (SynCone®, Ankylos-System, Friadent)

– speziell in der intraforami-nalen Region – häufig mit kortikalisähnlichen Strukturen der Kieferbasis gerechnet werden, was eine komplett spanabhebende (maschinenangetriebene Bohrer) Präparation unter Einschluss eines formgebenden Gewindeschneiders erfordert. Ein Hitzetrauma (Eindrehen rau strukturierter Implantate!) wird hier dank der reduzierten Trophik kaum toleriert.

Die Kriterien für eine prothetische Sofortversorgung (Eindrehmoment > 35 Newtonzentimeter) sind im Unterkiefer meist erfüllbar. Im Oberkiefer kann durch die sofortige starre Verblockung über das Provisorium ein „schwächeres“ Implantat im Verbund geschient werden (Abbildung 10).

## Prothetische Aspekte

Grundsätzlich sind festsitzende von herausnehmbaren prothetischen Konzepten zu unterscheiden. Dabei befindet sich jedoch die teleskopierende Brücke von ihrer Effizienz her näher bei der festsitzenden (verschraubten oder zementierten) Brücke als bei einer implantat-retinierten Prothese. Als „Re-

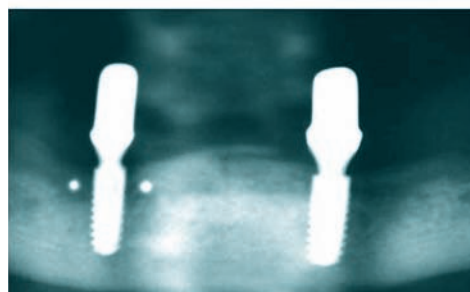


Abbildung 14: konusgestützte Retention der UK-Prothese auf zwei Implantaten

gelversorgung“, sowohl für festsitzende als auch für teleskopierende Brücken, empfehlen wir unseren zahnlosen Patienten sechs Implantate im Ober- und vier Implantate im Unterkiefer (Abbildung 11).

Von ihrer Hygienefähigkeit und Reparaturfreundlichkeit her steht die teleskopierende Brücke an erster Stelle. Einer ihrer großen Vorteile ist ferner, dass sich große Partien fehlender alveolärer Strukturen ersetzen lassen und somit vorzügliche ästhetische Ergebnisse erzielt werden – auch in Bezug auf die Unterstützung des Lippenprofils (Abbildung 12).

Der verständliche Wunsch vieler zahnloser Patienten nach festsitzendem Zahnersatz stößt in der Praxis dann auf Schwierigkeiten, wenn eine oder mehrere der nachfolgend genannten Voraussetzungen fehlen:

- Bereitschaft zu invasiven Eingriffen (bei Augmentationsbedarf)
- Finanzielles Engagement
- Fähigkeit und Motivation zur manuellen Hygiene der Gesamtkonstruktion

Ein Problem, das in Zukunft noch mehr evident werden wird, als es heute bereits in Erscheinung tritt, besteht in der Erfahrung, dass bei alten Menschen die Motivation, insbesondere aber die nötige manuelle Fähigkeit zur Durchführung komplexer Hygienemaßnahmen abnimmt. Eine „Rückbaufähigkeit“ festsitzender Rekonstruktionen hin zu implantatretiniert-abnehmbarem und somit leichter reinigungsfähigem Zahnersatz (Pflegepersonal) sollte daher von Anfang an bedacht werden.

## Lösungsansätze für kompromittierte Patienten

Die Industrie bietet bei ihren Implantatsystemen häufig präfabrizierte Komponenten zur Retentionsicherung an, die zudem in den vorhandenen Zahnersatz integrierbar sind. Als Beispiele seien genannt: Locator-Systeme, Magnet-Abutments, präfabrizierte Konusysteme (SynCone®). Der einfache Behandlungsaufwand wirkt sich auch finanziell günstig aus. Der Reinigungsaufwand ist einfach (Abbildung 13).

Der Einsatz von nur zwei Implantaten zur Retentionsicherung des UK-Zahnersatzes

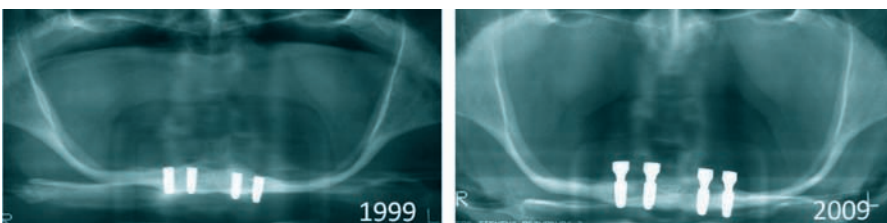


Abbildung 15: Beispiel eines hochatrophen zahnlosen Unterkiefers, versorgt mit Achtmillimeter-Implantaten

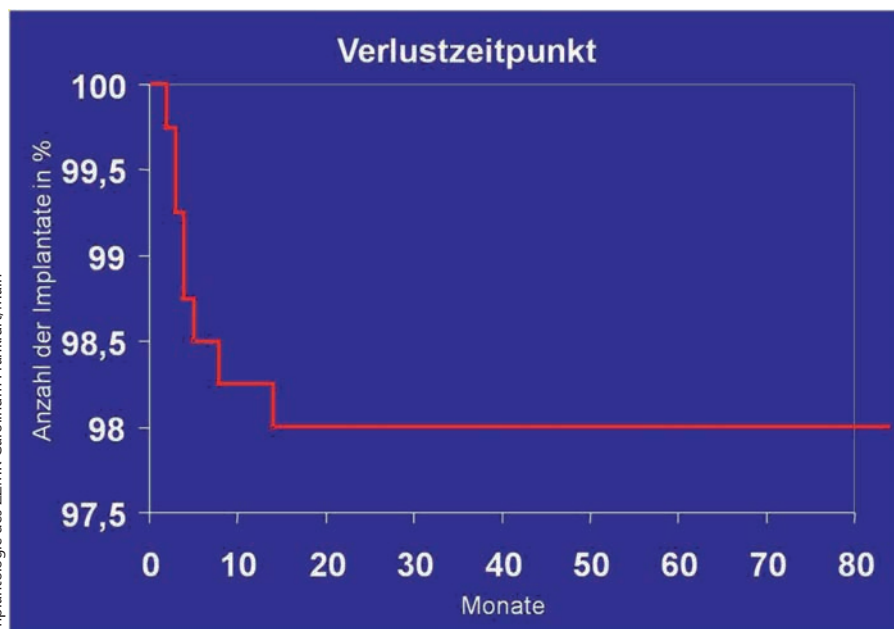


Abbildung 16: Kaplan-Meier-Überlebensstatistik

empfiehlt sich als gering invasiver Einsatz in erster Linie bei Patienten mit bereits deutlich reduzierter Kaukraft unter Verwendung von suffizienten Retentionselementen wie Stegen oder Konuskronen, wobei wir galvanotechnisch hergestellte Konuskronen aufgrund der einfacheren Hygiene und der idealen Retention bevorzugen (Abbildung 14).

Bei erheblicher Atrophie der Kieferbasen wird zu diskutieren sein, ob nicht ein präimplantologischer Kammaufbau mittels Beckenknochen durchzuführen ist. Dieser für den älteren Menschen aufwendige Eingriff (Hospitalisation) kann für den Unterkiefer dann umgangen werden, wenn noch eine Resthöhe von sieben bis acht Millimetern vorhanden ist und kurze Implantate mit einer stabilen Implantat-Abutmentverbindung zur Verfügung stehen (Abbildung 15).

## Eigene Datenlage

Eine eigene retrospektive Analyse der Überlebensrate von Implantaten bei älteren Patienten (> 70 Jahre) der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Implantologie der Universitätsklinik Frankfurt am Main zeigte eine Überlebensrate von 98 Prozent. Das Patientenkollektiv bestand aus 121 Individuen mit 400 gesetzten Implantaten (Ankylos, Friadent). Der durchschnittliche Beobachtungszeitraum betrug 6,3 Jahre. Darunter waren 322 Standardimplantationen, 34 laterale Augmentationen und 44 Implantationen mit externem Sinuslift. Nach der Einheilungsphase, die je nach Aufwand begleitender Augmentationen sechs Wochen bis sechs Monate dauerte, wurde vor der definitiven prothetischen Versorgung ein Knochentraining durchgeführt. Dazu werden die Patienten nach der Freilegung der Implantate für sechs Wochen mit einem okklusalen reduzierten Provisorium versorgt und auf eine Diät mit weicher Kost gesetzt. Alle Patienten wurden in einem jährlichen Recall kontrolliert.

Von den 400 inserierten Implantaten gingen acht Implantate verloren. Aus der Kaplan-Meier-Überlebensstatistik ist erkennbar, dass sieben Verluste (87,5 Prozent) sich innerhalb der ersten Monate nach der Implantation ereigneten (Abbildung 16). Diese waren auf eine fehlende Osseointegration oder eine Infektion während der Einheilphase zurückzuführen.

Die prothetische Versorgung wurde bei 211 Implantaten feststehend und bei 189 Implantaten herausnehmbar gelöst. Insgesamt wurden 2,87 Kaueinheiten pro Implantat ersetzt.

Allgemeinanamnestisch fiel auf, dass unsere Patienten gesünder waren als der Bundesdurchschnitt der über 65-Jährigen [Müller, Eissa & Nentwig, 2008].

„Junggebliebenen“ Patienten im Rentenalter ist die suffiziente prothetische Versorgung des stomatognathen Systems wichtiger als morbiden. Sie führt generell zu einer Verbesserung der Lebensqualität, nicht nur zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme. Beobachtungen in Altersheimen zufolge nehmen morbide Patienten eine insuffiziente prothetische Versorgung als ein Teil des natürlichen Alterungsprozesses hin [Priehn-Küpper, 2002]. Das Alter selbst jedoch scheint keinen Einfluss auf die Überlebensrate von Implantaten zu haben.

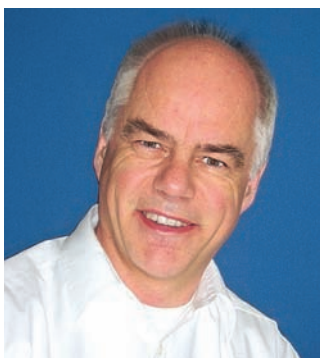
Ähnliche Studien anderer Autoren kamen zu vergleichbaren Ergebnissen. So publizierte Jemt bereits 1993, dass von 238 gesetzten Implantaten bei Patienten über 80 Jahren sechs Implantate nach Freilegung und drei weitere zu späteren Zeitpunkten verloren gingen. Die Überlebensrate betrug demnach 96,2 Prozent [Jemt, 1993]. Eine weitere retrospektive Studie von Grant (2007) untersuchte 160 Implantate bei Patienten über 79 Jahren. Dabei betrug die Überlebensrate 99,4 Prozent mit lediglich einem Verlust [Grant & Kraut, 2007]. Bryant konnte bei einer Überlebensrate von 92 Prozent bei 190 gesetzten Implantaten keinen signifikanten Unterschied zu einer Kontrollgruppe jüngerer Patienten finden [Bryant & Zarb, 1998].

## Fazit

Mit der immer älter werdenden Bevölkerung steigt auch die Anzahl älterer Patienten, die eine implantologische Versorgung

in Erwägung ziehen. Der Alterungsprozess eines Menschen ist dabei nicht vom kalendarischen Alter, sondern vielmehr von der individuellen Konstitution als Parameter für das biologische Alter eines Menschen abhängig. Allgemeinerkrankungen und Medikationen, die ein Risiko für eine erfolgreiche Implantation in sich tragen, kommen bei älteren Menschen häufiger vor als bei jüngeren. Der zu planende Zahnersatz sollte die Hygienefähigkeit, die Geschicklichkeit, die Funktion und die Ästhetik auch im Hinblick auf den weiteren Alterungsprozess beachten. Kurze Implantate oder eine DVT gestützte Implantation reduzieren häufig die Invasivität eines Eingriffs, wenn dadurch augmentative Verfahren umgangen werden. Sind größere chirurgische Eingriffe unvermeidbar, können diese in mehreren Sitzungen erfolgen oder es kann eine Behandlung in ambulanter Intubationsnarkose erwogen werden. Im Hinblick auf den Erfolg einer Behandlung scheint die Überlebensrate von Implantaten bei älteren Patienten der Überlebensrate bei jüngeren Patienten in nichts nachzustehen. Das kalendarische Alter spielt demnach für den Erfolg einer implantologischen Versorgung letztlich keine Rolle.

*Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig  
Dr. Christoph Klaus Müller  
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie  
und Implantologie  
ZZMK (Carolinum) der J. W. Goethe-  
Universität Frankfurt am Main  
Theodor Stern-Kai 7, Haus 29  
60590 Frankfurt am Main  
c.mueller@med.uni-frankfurt.de*



### Prof. Dr. Georg-H. Nentwig

*1979 Assistent an der Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie LMU München, 1982 Zahnarzt für Oralchirurgie, 1986 Habilitation, 1988 C2-Professur an der Poliklinik für Kieferchirurgie München, seit 1991 Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie des ZZMK der Universität Frankfurt am Main (2002 Umbenennung in Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Implantologie), 2003 Fellow of The Royal College of Surgeons, London (Faculty of General Dental Practitioners)*



**Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.**

# Zahnmedizinische Probleme bei alten Patienten

Christian Bär, Thomas Reiber, Ina Nitschke

**Durch den steigenden Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung werden ältere Menschen den Alltag in Zahnarztpraxen in den kommenden Jahren immer stärker prägen. Mit zunehmender Gebrechlichkeit der Betagten und Hochbetagten sollte sich die zahnmedizinische Behandlung in der Praxis in eine zahnmedizinische Betreuung wandeln, die teilweise auch außerhalb der Praxis stattfinden muss.**

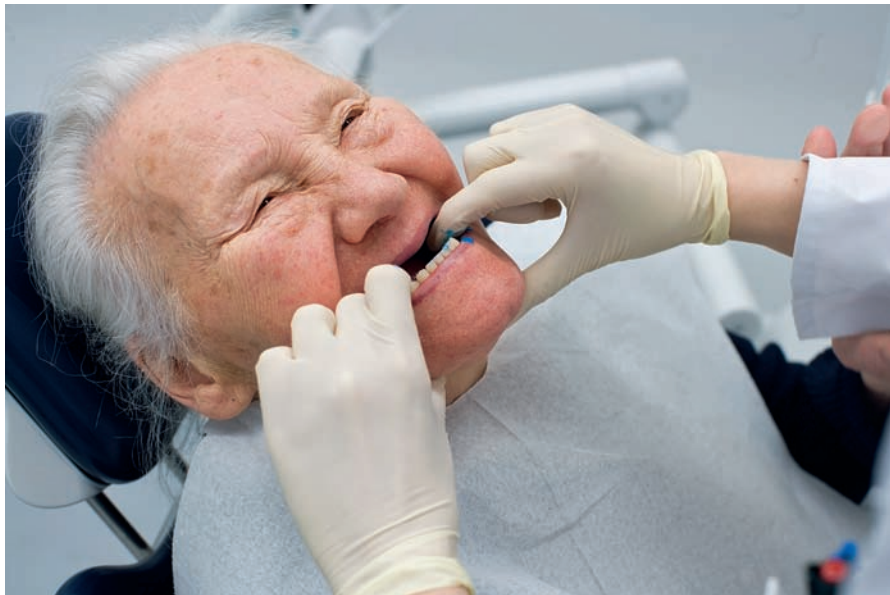


Foto: Karlheinz Oester

*Die Behandlung von hochbetagten Menschen mit reduzierter zahnmedizinisch-funktioneller Kapazität erfordert vom Zahnarzt Fachwissen auf dem Gebiet der Seniorenzahnmedizin, Geduld und Kompromissbereitschaft.*

Die Seniorenzahnmedizin betreut nicht das Alter zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern begleitet einen kontinuierlich fortschreitenden Prozess, das Altern beziehungsweise das Älterwerden der Menschen. Unter Berücksichtigung der Lebenssituation und des Allgemeinzustands der Senioren weist die Seniorenzahnmedizin auf die inter- und multidisziplinären Zusammenhänge und Fragestellungen, die durch ein orales Wohlbefinden beeinflusst werden, intensiv hin.

## Inanspruchnahmeverhalten

Es ist bekannt, dass mit zunehmendem Alter die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen steigt und dass auch der Zahnarztbesuch

zunehmend nur noch unregelmäßiger, seltener oder gar nicht mehr erfolgt. 91 Prozent der über 70-jährigen berichten, regelmäßig zum Arzt zu gehen. Die Zahl der Kontakte lag im Durchschnitt bei etwas mehr als sechs Besuchen pro Quartal [Linden et al., 1996]. Eine reduzierte allgemeine Gesundheit und die wachsende Multimorbidität sind Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen. So konsultieren ältere Menschen, die viel Zeit für Arztbesuche und viel Geld für Medikamente aufbringen, eher weniger den Zahnarzt [Kiyak und Reichmuth, 2005].

Als Risikogruppe für eine unzureichende Inanspruchnahme konnten Menschen mit folgenden Merkmalen identifiziert werden: Bonusheft nicht existent, keine eigenen

natürlichen Zähne, eine niedrige Bildungsstufe, regelmäßige Zahnarztbesuche zur Vorsorge werden als nicht sehr wichtig eingestuft und männliches Geschlecht [Born et al., 2006].

Ambulant oder stationär betreute Senioren partizipieren nicht an der guten zahnmedizinischen Versorgungsstruktur in Deutschland. Lediglich 34,1 Prozent aller Pflegebedürftigen hatten einen Zahnarztbesuch in den letzten fünf Jahren [Knabe und Kram, 1997]. Dafür benötigten 62,7 Prozent der Pflegebedürftigen einen speziellen Krankentransport. 12,4 Prozent waren gar nicht transportfähig. Sie benötigten eine Behandlung in der Pflegeeinrichtung. Aber nur 23,4 Prozent der Pflegebedürftigen bekamen bereits jemals eine Behandlung in der Einrichtung, nur in 15,1 Prozent der Fälle war dies eine Routinekontrolle.

Die Autorengruppe konnte zeigen, dass von 242 stationär Pflegebedürftigen in Sachsen, Berlin und Nordrhein-Westfalen nur 18,6 Prozent ein zahnmedizinisches Bonusheft besaßen. Davon hatten jeweils 36 Prozent einen Anspruch auf einen Bonus von 20 Prozent oder 30 Prozent zum befundorientierten Festzuschuss. Die Zeitspanne zum letzten Zahnarztbesuch war bei diesen Pflegebedürftigen mit Bonusheft geringer, lediglich 18,6 Prozent der Bonusheftinhaber gaben an, den Zahnarzt länger als zwölf Monate nicht aufgesucht zu haben (stationäre Pflegebedürftige ohne Bonusheft ergaben 51,3 Prozent).

In unseren Praxen sollten wir unterschiedliche Verfahren mithilfe der Abrechnungsprogramme zur Verfügung haben, die uns – nach Alter und Wohnort geschichtet – ermöglichen, spezielle Risikopatienten aus unserem Patientengut herauszufiltern. Diese benötigen dann, besonders wenn es sich um Senioren handelt, eine ihrer Situation angepasste Ansprache durch das zahnmedizinische Team. Nitschke prägte den Begriff des „gerostomatologischen Wohl-







So sollte das Umsetzen einer Patientin aus dem Rollstuhl in den Behandlungsstuhl nicht stattfinden, da keine Absicherung der Patientin bei einem Sturz möglich ist.

sich für ihre Praxis individuell auf diese sehr heterogene Patientengruppe einstellen.

**Dabei sollte Folgendes thematisiert werden:**

- konzentrationsfördernde Umgebung am Behandlungsstuhl oder im separaten Besprechungsraum
- Transparenz der Behandlungstermine
- kognitiv an den Senior angepasste Gesprächsführung
- Berücksichtigung von Schwerhörigkeit und eingeschränkter Sehfähigkeit
- an die Belange der Senioren angepasste Kommunikationsmittel, Broschüren und Flyer
- Nutzung der Kommunikationsfähigkeit einer Mitarbeiterin, die besonders offen dem Altern gegenüber ist (zum Beispiel geduldig, ruhig)
- klare, überschaubare Kostenvereinbarung mit dem zu erwartenden Patientenanteil auf einem eigenen Blatt
- von Beginn an versuchen, offensichtliche und versteckte Entscheidungsträger wie Verwandte, andere Vertrauenspersonen oder Betreuer in den Therapieentscheidungsprozess einzubeziehen
- Terminvergabe nach den Wünschen des Patienten und nicht nach der optimalen Praxisauslastung
- Recall-Regelungen ausführlich auf- und abklären
- Praxispektrum intern vor der Nachfrage durch Patienten klären (wie Hausbesuche mit mobiler Ausrüstung, Betreuung eines Seniorenheims, Narkosemöglichkeit)
- Aktualisierung der Anamnese bei jeder Befunderhebung
- Aktualisierung der Daten zur ärztlichen Versorgung bei jeder Befundaufnahme

„fühlfaktors“ einer zahnärztlichen Praxis. Dieser wird geprägt durch die Erreichbarkeit der Praxis, den Umgang des Praxisteams mit den Senioren und den Hilfsmitteln, die in der Praxis zur Verfügung stehen.

## Erreichbarkeit einer seniorenrechtlichen Praxis

Wer viel Umgang mit gebrechlichen Senioren (vierte Lebensphase) hat, kann nachvollziehen, dass nicht die zahnärztliche Behandlung an sich der Grund des Nichterscheins ist, sondern der psychische und physische Aufwand, der betrieben werden muss, um die Praxis zu erreichen. Dabei können es für Gesunde kaum wahrzunehmende Hinderungsgründe sein, wie eine schlechte Busanbindung, ein einseitiges Treppengeländer, eine steile Treppe ohne Fahrstuhl oder die schlechte Beleuchtung des Weges, die es verhindern, dass sich der Betagte auf den Weg macht. Mit einem Arm in einem Dreieckstuch und einer Brille ausgerüstet, deren eines Glas mit Butterbrotpapier und das andere mit Klarsichtfolie abgedeckt ist, sollte der Zahnarzt einmal folgendes „Experiment“ wagen: von der Busstation oder dem Parkplatz in seine Praxis gelangen, durch

die Praxis gehen, die Toilette aufsuchen und die Praxis wieder verlassen. Die Verantwortlichkeit des zahnmedizinischen Teams, das Senioren gern behandeln möchte, beginnt nicht erst hinter der Praxiseingangstür. Auch sollten gebrechliche Senioren einmal gefragt werden, wie ihnen der Besuch erleichtert werden könnte.

## Umgang mit Senioren

In einer seniorenrechtlichen Praxis ist es sinnvoll, wenn alle Mitglieder des zahnmedizinischen Teams gezielt für die Besonderheiten im Umgang mit Senioren geschult sind und

*Die verminderte Sehfähigkeit und das Vergessen der Lesebrille können durch konfektionierte Lesebrillen in der Praxis aufgefangen werden.*



Foto: Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.

## Hilfsmittel

Die Ausrüstung einer seniorengerechten Praxis hat viele Details, die hier nur angerissen werden können, die aber meist leicht in den Praxisalltag integrierbar sind. Folgende Hilfsmittel sollten vorhanden sein: konfektioniertes Hörgerät und konfektionierte Lesebrillen, Vakuumkissen, Zahnbänkchen, Kopfstütze für den Rollstuhl, Stirnlampe.



*Multimedikation kann den Zahnarzt vor mehrere Probleme stellen, die zur Rücksprache mit dem Hausarzt des Patienten führen sollten.*

## Zahnmedizinische Prävention

Gesunde Zähne – ein Leben lang, ist ein Motto, dem sich die Zahnärzteschaft verpflichtet fühlt. Dabei gilt es zum einen zu beachten, dass viele Senioren die zahnmedizinischen Prophylaxeangebote nicht kennen oder nicht richtig wahrnehmen können, da sie sich durch die Aufklärungsbroschüren nicht angesprochen fühlen. Jung, hübsch und gesund in Bild und Schrift, dargeboten durch ein junges Zahnarzt-Team, scheint für den gebrechlichen Älteren nicht ein Angebot für ihn und seine Altersgruppe zu sein. Zum anderen muss der Zugang in der Prophylaxesitzung anders gewählt werden als bei jungen Patienten. Wenn eine junge Prophylaxeassistentin dem älteren Herren, der jahrzehntelang seine Zähne geputzt hat, einen langen Vortrag zur Verbesserung seiner Reinigungsfähigkeiten hält, kann es zu Reibungsverlusten kommen, die unnötig sind. Dem Geschick sowie dem Wissen der Mitarbeiterin entsprechend und in Abhängigkeit von den kognitiven Fähig-

keiten des Seniors wird eine Aufklärung oft sinnvoll sein. Manchmal ist auf eine intensive Instruktion und Motivation zu verzichten, da das Vorführen der eigenen Defizite den Senior in seiner allgemeinen sozialen Rückzugsstrategie bestärkt. Abgesehen von dem Verlust eines Patienten in der Praxis ist der Rückzug der älteren Menschen aus einem aktiven Alltag auch aus sozial-gesellschaftlichen Gründen nicht wünschenswert.

Da regelmäßige Prophylaxeangebote oft nicht mehr wahrgenommen werden, weisen betagte und vor allem Hochbetagte, die der Zahnarzt dann meist erst nach einem medizinischen Ereignis wieder sieht (wie in einer Rehabilitationsklinik mit Zustand nach einem Schlaganfall) mitunter massiv desolante Gebisszustände auf. Prävention in der Praxis sollte regelmäßig in Abhängigkeit von der Mundhygienefähigkeit vier Mal im Jahr stattfinden. Einige Senioren haben die Vorteile eines gepflegten Mundes erkannt und nehmen von sich aus die präventiven Leistungen einmal monatlich in Anspruch. Praxen mit diesen motivierten Patienten verfügen in der Regel auch über einen hohen gerostomatologischen Wohlfühlfaktor.

## Therapie

### Multimorbidität, Multimedikation und Adaptationsfähigkeit

Ein älterer Patient mit einem guten Allgemeinzustand kann in der zahnärztlichen Praxis, ähnlich einem jungen

Patienten viel zahnmedizinische Therapie erhalten. Patienten mit zunehmender Gebrechlichkeit sind schwieriger zu behandeln, da deren Voraussetzungen für eine sehr gute Therapiefähigkeit eingeschränkt sind. Auch scheint die Adaptationsfähigkeit an Zahnersatzerneuerungen oder -veränderungen oft eingeschränkt, wobei es heute kaum möglich ist, im Vorfeld die Adaptationsfähigkeit eines Patienten individuell und zuverlässig festzulegen. So ist gerade bei geriatrischen Patienten eine vorsichtige und zurückhaltende Planung im Bereich der Prothetik zu befürworten. Was ist ein geriatrischer Patient? Ein geriatrischer Patient hat mindestens zwei chronische Krankheitsdiagnosen, die behandlungsbedürftig sind und aus denen auch eine Pflegebedürftigkeit hervorgeht.

Die steigende Multimorbidität hat jedoch auch eine steigende Anzahl verordneter Medikamente zur Folge. Die Zahlen aus dem aktuellen Arzneimittel-Verordnungsreport zeigen, dass Menschen über 70 Jahre im Durchschnitt drei Arzneimittel pro Tag erhalten. Jeder Dritte dieser Altersgruppe bekommt fünf bis acht verschiedene Medikamente und ungefähr jeder Sechste sogar mehr als 13. Dazu kommen im Schnitt noch ein bis zwei nicht rezeptpflichtige Mittel [Glaeske et al., 2008]. Viele dieser Präparate besitzen auch zahnmedizinisch relevante Fernwirkungen im orofazialen System. Eine große Anzahl von Hinweisen zu unerwünschten Wirkungen in der Mundhöhle ist den Beipackzetteln zu entnehmen. Die vielen beschriebenen Nebenwirkungen hal-



*Der Besuch der Praxis kann bei Immobilität erschwert sein.*

ten die Senioren auch öfter davon ab, die Verordnung des Arztes umzusetzen. Die Nebenwirkungen reichen von Gingivahyperplasien unter Phenytoin-, Nifedipin- und Ciclosporineinnahme bis hin zu Mundtrockenheit zum Beispiel durch Beta-Blocker oder bei oralen Antidiabetika. Acetylsalicylsäure ist als Analgetikum kein Mittel der ersten Wahl, jedoch sollte darauf hingewiesen werden, dass ein synergistischer Effekt mit einigen Antidiabetika eine Hypoglykämie auslösen kann [Wahl, 1996].

Candida-Infektionen unter Steroidinhalationen stellen ein Problem bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder chronischem Asthma bronchiale dar, und der zunehmende Einsatz von Methotrexat in der Rheumatologie bedingt das häufigere Auftreten einer nekrotisch-ulzerösen Stomatitis.



Foto: A1PIX

*Praxis-Voraussetzungen zur Behandlung von immobilen Patienten werden immer wichtiger.*

Die Blutgerinnung durch Cumarin Derivate (Marcumar®, Falithrom®), Antagonisten des Vitamin K (Herabsetzung der Synthese der in der Leber gebildeten Blutgerinnungsfaktoren (II, VII, IX, X)), kann beeinflusst werden. Diese Präparate werden häufig in Zusammenhang mit einem erhöhten Thrombose- oder Embolierisiko verordnet. Die Thrombozytenaggregation kann durch Clopidogrel oder Acetylsalicylsäure beein-

### Tipps zur Therapieentscheidung:

- Vertrauensperson, Betreuer sofort und direkt in den Entscheidungsprozess einbeziehen
- rechtzeitiges Umsteigen von festsitzendem zu abnehmbarem Zahnersatz
- chronische Krankheiten verschlechtern sich
- Reparaturfähigkeit beachten
- Abänderbarkeit beachten
- Zahnersatz hygienefähig gestalten
- Prothesen beschriften
- manchmal ist weniger mehr

flusst werden. Diese werden häufig nach Stent-Operationen, aber auch bei Schlaganfällen verordnet. Auf keinen Fall ist das eigenständige Absetzen dieser Präparate durch den behandelnden Zahnarzt erlaubt, ohne vorher Rücksprache mit dem verordnenden Arzt genommen zu haben [Schmelzeisen, 2001].

Seit 2003 rückte verstärkt die Gruppe der Bisphosphonate in den Blickpunkt, diese sind in Deutschland unter anderem zur Therapie der Osteoporose, des Multiplen Myeloms oder der Tumor-assoziierten Hyperkalzämie zugelassen. In jüngster Zeit mehren sich Hinweise auf Bisphosphonat-assoziierte Knochennekrosen im Kieferbereich (BONJ – bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw), die klinisch sehr den Symptomen einer Osteoradionekrose ähneln und sehr therapieresistent sind. Diese entstehen vor allem, wenn Bisphosphonate intravenös in hohen Dosen und über einen längeren Zeitraum verabreicht werden [Grötz und Kreusch, 2006].

Die hier aufgeführten Medikamente sollen lediglich eine exemplarische Auswahl darstellen und auf die Notwendigkeit der Anamnese hinweisen, die bei älteren Patienten mit jeder Befunderhebung aktualisiert werden sollte. Die aus der Medikamentenanamnese resultierenden Therapierichtlinien sind den aktuellen Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu entnehmen (www.

dgzmk.de/Zahnaerzte/Wissenschaft-forschung/Stellungnahmen.html).

## Partizipative Therapieentscheidung

Senioren sind über mehrere Jahrzehnte Experten für das eigene Leben, ihr Zahnarzt begegnet ihnen als ein Experte für Zahnmedizin. Diese beiden Experten sind sich jedoch nicht immer einig. Es ist sinnvoll, die Position des alten Patienten zu akzeptieren und seine Erfahrung in einer partizipativen Therapieentscheidung zu berücksichtigen. Rund zwei Drittel der Senioren bevorzugen, dass der Arzt vorrangig mit dem Patienten zusammen eine Entscheidung zur Therapie trifft. Knapp 30 Prozent möchten selber ent-

Zahnarzt das Aufwand-Nutzen-Verhältnis beachtet werden. Hierbei ist nicht der finanzielle Aufwand gemeint, sondern der psychische und physische Aufwand, den ein älterer Patient auf sich nimmt, um die zahnärztliche Praxis zu erreichen (wie Transport organisieren durch ein Familienmitglied). Chronische Erkrankungen verschlechtern sich meistens, was vom Zahnarzt in seiner Therapieempfehlung zu berücksichtigen ist. Auf dem Weg zur partizipativen Therapieentscheidung kann es jedoch schwierig sein, dies zu kommunizieren, ohne dass der Zahnarzt durch die Konfrontation mit den zukünftigen Auswirkungen des Krankheitsbildes den Patienten unnötig belastet.

## Vom festsitzenden zum abnehmbaren Zahnersatz

Durch die Präventionsleistungen in der Zahnmedizin verfügen immer mehr ältere Menschen über eigene Zähne. Teilweise sind sie bis ins hohe Alter mit den eigenen Zähnen und einem festsitzenden Zahnersatz versorgt. Sollte dann jedoch im hohen Alter, zum Beispiel dem neunten Lebensjahrzehnt, die Versorgung mit einem abnehmbaren Zahnersatz notwendig werden, ist die Adaptationsfähigkeit oft nicht ausreichend, um eine reibungslose Eingliederung zu gewährleisten. Es ist daher zu fordern, dass der Zahnarzt langfristig plant und abzuschätzen versucht, ob er den Patienten sein Leben lang wirklich ohne abnehmbaren Zahnersatz versorgen kann. Sollte dies nicht zutreffen, ist ein rechtzeitiges Umsteigen auf einen anfangs kleinen abnehmbaren Zahnersatz vorzuziehen, der dann nach Bedarf erweitert werden kann.

## Tipps zur Zahnersatzgestaltung

Bei betagten und hochbetagten Patienten ist besonders darauf zu achten, dass der Zahnersatz stabil sowie solide gefertigt und leicht handhabbar ist. Dabei sollte mit dem Zahntechniker gezielt abgesprochen werden, wie die Prothesenaußenflächen hygienisch zu gestalten sind. Nötige Veränderungen am Zahnersatz, wie bei Verlust eines

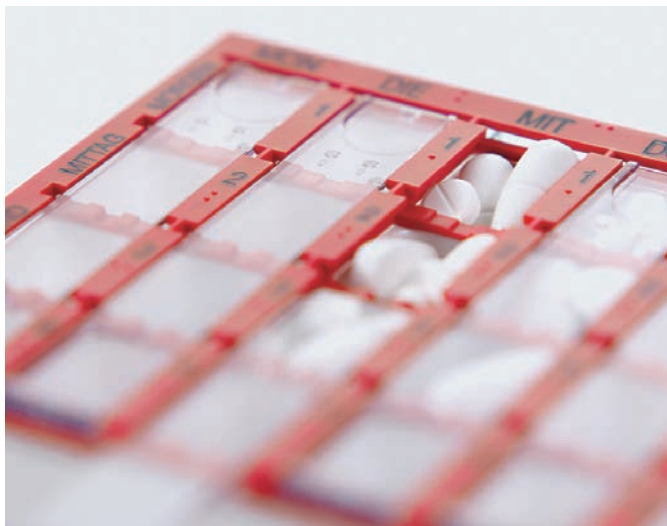
Zahnes, sollten einfach durchführbar sein. Teleskopierende Verankerungselemente haben sich hierbei sehr bewährt. Bei demenziell Erkrankten und bei Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen kann es sinnvoll sein, den Namen in die Prothese einzuarbeiten. Dies kann bei der Neuanfertigung als auch im Rahmen einer Reparatur erfolgen. Bei den Demenzerkrankten ist es sinnvoll, ein einfaches Duplikat der Prothesen (Reserve-Duplikat) zu fertigen. Bei Verlust kann dann das Duplikat Hinweise aussagen. Neuanfertigungen sind mit einem Duplikat einfacher, als wenn der Zahnarzt bei den unkooperativen Patienten ohne jeglichen Anhaltspunkt tätig werden soll. Entsprechend der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität (siehe zm 05/2009) ist ein zahnmedizinisches Betreuungskonzept entsprechend der Belastbarkeitsstufe für jeden Patienten aufzustellen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass bei den geriatrischen Patienten der Belastbarkeitsstufe 4 (nicht mehr belastbar) ein nettes Gespräch für den Patienten oft hilfreicher ist als eine Veränderung am Zahnersatz, die er nicht mehr adaptieren kann oder die ihm sogar weh tut. Hier muss der Zahnarzt oft auch mit dem Kompromiss leben, dass er zahnärztlich hochwertiger arbeiten könnte, bei diesem geschwächten Patienten dies aber nicht möglich ist. Die Kompromisse sind manchmal für den Zahnarzt schwer zu schließen, da er die Vielfalt der prothetischen Möglichkeiten vor Augen hat und den hohen Standard der zahnmedizinischen Versorgung dem Patienten gern zugute kommen lassen möchte. Die Behandlung von demenziell Erkrankten wird die Zahnärzte zukünftig immer mehr vor Probleme stellen. Im Rahmen einer oft notwendigen Grundsanierung wird eine Versorgung unter Vollnarkose oft nicht zu verhindern sein. Besteht in der Praxis nicht die Möglichkeit, eine Therapie unter Narkose durchzuführen, sollte der Zahnarzt ein Netzwerk zur Verfügung haben, damit er den Angehörigen den Weg zeigen kann, wo diese Behandlungsmöglichkeit verfügbar ist. Im Kontakt zu Hausärzten und Psychiatern sollte jeder Zahnarzt auch die Information weiterleiten, dass nach der Diagnose-



Foto: Okapia

Die Verantwortung des Praxisteam beginnt vor der Praxistür.

scheiden, wobei die Entscheidung mit dem Arzt zusammen getroffen wird, und der Rest bevorzugt allein für sich über die Therapie zu entscheiden [Rosén et al., 2001]. Der Zahnarzt sollte anbieten, dass der Senior zum Auf- und Abklärungsgespräch eine ihm vertraute Person mitbringt. So kann der Vertraute, der mit dem Senior eine Entscheidung trifft, die zahnmedizinischen Gründe direkt und nicht mit Kommunikationsverlust über den Patienten erfahren und mit den direkt erhaltenen Informationen vom Zahnarzt die Entscheidungsfindung besser unterstützen. Ist ein gesetzlicher Betreuer vorhanden, muss er in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden. Bei der zahnmedizinischen Therapieentscheidung sollte besonders bei gebrechlichen Senioren vom



Multimedikation und Multimorbidität erfordern eine intensive Anamneseerhebung bei jedem Befundtermin.

Foto: MEV

stellung Demenz, die Aufforderung durch den Arzt an den Patienten und seine Familie erfolgen sollte, den Zahnarzt aufzusuchen. Jede noch vorhandene Kooperation im Anfangsstadium der Erkrankung kann helfen, den Patienten noch auf einem hohen Standard durchzusaniieren. Bei Fortschreiten der Erkrankung sollten dann nur regelmäßige Präventionssitzungen in kurzen Abständen erfolgen (Erhaltungstherapie). Wird der Demente erst Jahre nach der Diagnosestellung zum Zahnarzt gebracht, sind oft nur noch radikale Lösungen im Rahmen einer Narkose möglich.

Bei allen Therapieentscheidungen ist eine mangelnde bis fehlende Adaptationsfähigkeit abzuschätzen beziehungsweise einzuplanen. Neben den kognitiven Einschränkungen im Alter, ist bei der Therapieentscheidung auch besonders bei einer Zahnersatzversorgung darauf zu achten, dass der Zahnersatz einfach zu pflegen sowie zuverlässig durch den Patienten ein- und auszuliefern ist. Den Blick auf die Hände sollte der Zahnarzt nicht vergessen, so dass er die Art der Halteelemente richtig planen kann.

## Zusammenfassung

Die Versorgung der sehr heterogenen Patientengruppe „Senioren“ erfordert über die Zahnmedizin hinaus viel Wissen zu den geriatrischen Krankheitsbildern und zu deren Einflüssen auf das stomatognathe System. Weiterhin sollte der gerostomatologisch tätige Zahnarzt sich und sein Team auf die Gebrechlichkeiten einlassen und mit Geduld den älteren Patienten gegenüberstehen. Es ist dabei aber auch anzumerken, dass es viele sehr nette und treue Patienten unter den Senioren gibt.

Christian Bär  
 Prof. Dr. med. dent. habil. Thomas Reiber  
 Prof. Dr. med. dent. habil. Ina Nitschke, MPH  
 Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und  
 Werkstoffkunde  
 Universität Leipzig  
 Nürnberger Str. 57, 04103 Leipzig  
 christian.baer@medizin.uni-leipzig.de



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.



### Christian Bär

2001 – 2006 Studium der Zahnmedizin an der Universität Leipzig  
 2006 – 2008 Vorbereitungsassistent in einer Privatpraxis in Wolfen  
 seit 2007 – Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Seniorenzahnmedizin der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig  
 seit 2008 – Angestellter Zahnarzt in Wolfen

# Psychologische Aspekte des Alterns

Renate Deinzer

*Der folgende Artikel zu psychologischen Aspekten des Alterns verfolgt das Ziel, die Leserinnen und Leser mit grundlegenden Erkenntnissen der psychologischen Altersforschung vertraut zu machen. Er beruft sich dabei – soweit nicht anders vermerkt – auf einige einschlägige Übersichtsarbeiten aus diesem Bereich [Lehr, 2007; Oerter und Montada, 2002; Wahl et al., 2008; Luo und Craek, 2008].*



Ganz explizit fokussiert der Beitrag das hirngesunde Altern. Diese Form des Alterns stellt bis in das Alter der Hochbetagten (über 90-Jährigen) die Normalform des Alterns dar (Abbildung 1).

## Methoden der Entwicklungsforschung

Bevor man sich mit den Ergebnissen der Altersforschung vertraut macht, ist es wichtig, einige methodische Hintergründe zu verstehen, über die sich auch manch widersprüchlicher Befund erklären lässt. Grundsätzlich stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung, altersassoziierte Veränderungen zu analysieren: die Längsschnitt- und die Querschnittuntersuchung. Während bei der Querschnittuntersuchung zu einem Zeitpunkt verschiedene Altersgruppen untersucht und miteinander verglichen werden, wird bei einer Längsschnittuntersuchung ein und dieselbe Kohorte über mehrere Jahre, in sehr seltenen Fällen sogar Jahrzehnte begleitet. Ein Großteil früherer Befunde zur Altersforschung entstammt Querschnittuntersuchungen. Diese Untersuchungen haben den erheblichen Nachteil, dass altersassoziierte Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen möglicherweise mehr ein Effekt der unterschiedlichen Entwicklungsbedingungen verschiedener Generationen sind, als altersbedingte Veränderungen darzustellen. Abbildung 2 verdeutlicht, welche Verzerrungen hierdurch entstehen können. Obwohl in allen vier abgebildeten Generationen längsschnittlich betrachtet ein Anstieg der betref-

Foto: MEV

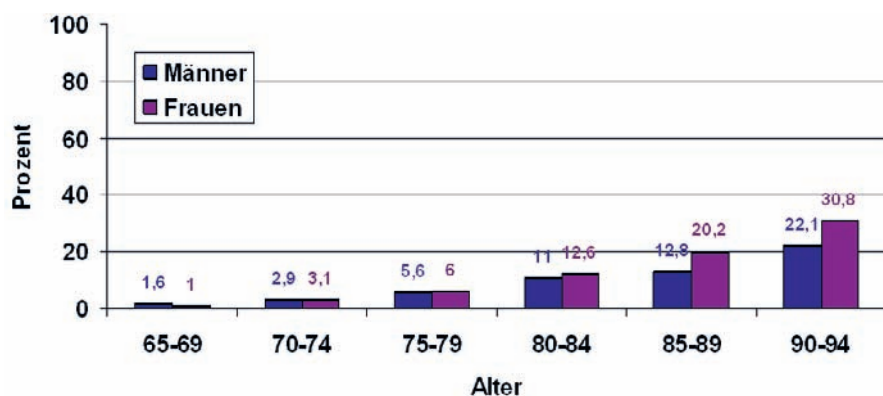


Abbildung 1: Prävalenz von Altersdemenz: Auch bei den Hochbetagten stellen die Personen ohne Altersdemenz die Mehrheit. Datenschätzungen auf der Grundlage von Metaanalysen (Daten von Lobo et al., 2000, zitiert nach Weyerer, 2005)

fenden Fähigkeit bis zum Alter von 20 Jahren verzeichnet werden kann, um dann ein stabiles Niveau zu erreichen, entsteht aufgrund der Generationenunterschiede im Querschnitt der Eindruck eines altersbedingten Abfalls der betreffenden Messwerte. Eine weitere Interpretationsschwierigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass sich mit dem Alter auch Populationsveränderungen ergeben. In der Gruppe der 65-Jährigen sind eben nicht mehr alle Personen des betreffenden Geburtsjahrgangs vertreten, da einige gestorben, zur Teilnahme an Untersuchungen nicht mehr fähig, verzogen und mehr sind. Man muss davon ausgehen, dass solche Populationsveränderungen nicht unsystematisch erfolgen, sondern der Effekt bestimmter Randbedingungen sind, die sich dann ebenfalls verzerrend auf die altersassoziierten Daten auswirken können. Abbildung 3 veranschaulicht dieses Phänomen für ein fiktives Beispiel, bei dem systematisch die Personen mit den niedrigsten Messwerten aus der Population ausscheiden. Betrachtet man hier die Mittelwerte, entsteht der Eindruck einer altersbedingten Zunahme der Messwerte. Dieser verzerrende Effekt selektiver Populationsveränderungen kann in Längs- wie in Querschnittsuntersuchungen gleichermaßen auftreten. Ganz allgemein gilt: Eine wissenschaftliche Analyse altersbedingter Veränderungen ist mit einer hohen Interpretationsunsicherheit verbunden. Da wir das Alter der Personen nicht im randomisierten kontrollierten Versuch zuweisen können, können wir nie

sicher sein, ob nicht andere Faktoren als das Alter für die beobachteten Altersunterschiede verantwortlich sind. Einig ist man sich allerdings heute in der entwicklungspsychologischen Forschung, dass längsschnittliche Analysen querschnittlichen Daten vorzuziehen sind, da sie eine eindeutiger Interpretation erlauben. Zugleich sind gute längsschnittliche Studien naturgemäß aufgrund des hohen Untersuchungsaufwandes eher selten. Soweit wie möglich referiert der vorliegende Artikel solche längsschnittlichen Daten.

## Veränderungen der Intelligenz

Gerade auf der Basis erster querschnittlicher Untersuchungen zur Entwicklung der Intelligenz entstanden in der frühen Entwicklungspsychologie des Alterns die sogenannten Defizitmodelle des Alterns. Diese gehen davon aus, dass im Alter nicht nur mit einem Abbau körperlicher Fähigkeiten, sondern auch mit psychischem Abbau gerechnet werden muss. Neuere Untersuchungen zeigen allerdings, dass sich dann kaum mehr eindeutige altersassoziierte Intelligenzverluste dokumentieren lassen, wenn Entwicklungen längsschnittlich untersucht und außerdem Faktoren wie Bildung oder eine spätere Demenz kontrolliert werden. Auffällig sind dagegen veränderte Entwicklungsverläufe in unterschiedlichen sozialen Schichten. Diese deuten darauf hin, dass einem altersassoziierten Intelligenzverlust

möglicherweise bestimmte, mit der sozialen Schicht verbundene Faktoren vorbeugen, wie beispielsweise eine höhere kognitive Aktivität oder höhere kognitive Anforderungen, denen Personen höherer sozialer Schichten möglicherweise ausgesetzt sind. In jedem Fall sprechen die Schichtunterschiede im Entwicklungsverlauf dagegen, Intelligenzverluste im Alter ohne weiteres als altersbedingt zu interpretieren.

## Gedächtnisleistungen im Seniorenalter

Dass man im Alter vergesslich wird, ist eine weit verbreitete Annahme. Ganz sicher gilt dies bei demenziellen Erkrankungen, die im Alter gehäuft auftreten. Von einem allgemeinen Abbau von Gedächtnisleistungen im Alter (der also die unterschiedlichen Gedächtnisleistungen gleichermaßen betrifft) kann aber noch nicht einmal mehr bei Demenzerkrankungen ausgegangen werden, erst recht nicht im Falle des hirneingebundenen gesunden Alterns. Statt dessen zeigen verschiedene, hier allerdings fast immer querschnittliche, Analysen, dass das Alter als erklärender Faktor in den Hintergrund tritt, wenn andere Faktoren kontrolliert werden, wie eine veränderte Verarbeitungsgeschwindigkeit, Begabung, Übung, Gesundheit, Motivation. Die meisten Studien, die altersassoziierte Gedächtnisveränderungen analysieren, vergleichen Senioren mit Studierenden. Es liegt auf der Hand, dass diese beiden Gruppen sich nicht nur im Alter, sondern auch hinsichtlich der Anforderungen unterscheiden, die alltäglich an ihr Gedächtnis gestellt werden. Während bei alten Menschen viele Prozesse bereits automatisiert sind und damit der Erwerb neuer Gedächtnisinhalte nur noch wenig geübt wird, stehen Studierende in der Pflicht, eben dies tagaus tagein zu tun. Und tatsächlich zeigt sich, dass bei Älteren erhebliche kognitive Reserven mobilisiert werden können, die dazu beitragen können, dass ihre Gedächtnisleistungen denen Junger gleichwertig, gelegentlich sogar überlegen sind. So haben Ältere häufig per se zunächst eine schlechtere Lerntechnik als Junge und profitieren besonders von einer Strukturierung

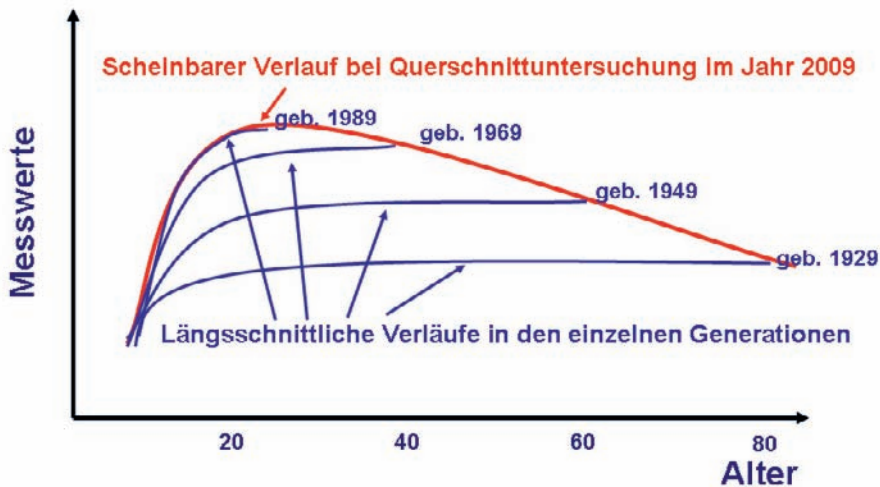


Abbildung 2: Beispiel für den verzerrenden Effekt des Generationenfaktors in entwicklungspsychologischen und -physiologischen Querschnittuntersuchungen: In allen untersuchten Generationen lässt sich ein Anstieg der Messwerte bis zum 20. Lebensjahr feststellen und dann ein stabiler Verlauf auf gleichem Niveau. Da aber die Generationen ein unterschiedliches absolutes Niveau erreichen, entsteht in der Querschnittuntersuchung im Jahr 2009 der Eindruck, die Messwerte würden ab dem 20. Lebensjahr abnehmen.

der Lerninhalte und der Vermittlung von Mnemo-Techniken. Interessant sind auch Daten, die eine große Diskrepanz zwischen den im Labor untersuchten Gedächtnisleistungen und den Gedächtnisleistungen im Alltag dokumentieren. So zeigen ältere Personen im Alltag bessere prospektive Gedächtnisleistungen, das heißt sie halten beispielsweise besser Termine ein, erinnern sich besser an Dinge die noch zu tun sind, als Junge. Im Labor dreht sich dieser Effekt um. Dies ist ein Hinweis darauf, dass gerade bei Gedächtnisleistungen die motivationale Komponente eine erhebliche Rolle spielen könnte. Auch durch alleiniges Ermutigen Älterer hinsichtlich ihrer Gedächtnisfähigkeiten können bereits erhebliche Effekte auf die nachfolgende Leistung erreicht werden. Unabhängig davon muss berücksichtigt werden, dass Ältere mehr Zeit für die Informationsaufnahme benötigen und offensichtlich weniger bereit, möglicherweise auch in der Lage sind, kognitive Energien für komplexe Gedächtnisprozesse zur Verfügung zu stellen. Auch zeigen sie sich beim Lernen störanfälliger als Junge. Schließlich sollte bedacht werden, dass Gedächtnisleistungen und -einschränkungen in unterschiedlichen Gedächtnisdomänen auch sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Soweit altersassoziierte Veränderungen

beobachtet werden, betreffen sie nicht alle Bereiche der Gedächtnisleistung gleichermaßen.

Allgemein wird heute bei den beiden kognitiven Leistungsanteilen, Intelligenz und Gedächtnis, davon ausgegangen, dass altersassoziierte Veränderungen weniger veränderten Fähigkeiten und mehr einer veränderten Motivation älterer Personen, verändertem Training, aber auch veränderten Zielsetzungen zuzuschreiben sind. So geht man davon aus, dass die selbst eingeschätzte verbleibende Lebenserwartung in erheblichem Maße die persönlichen Investitionen in verschiedene Leistungsbereiche mit bestimmt. Wer nicht damit rechnet, dass er neu erworbenes Wissen noch wird anwenden können, ist auch zum Neuerwerb weniger zu motivieren.

### Veränderungen der Persönlichkeit beim Altern

In der heutigen Persönlichkeitsforschung geht man davon aus, dass sich die Persönlichkeit eines Menschen entlang von fünf Dimensionen beschreiben lässt: Extraversion (gesprächig, energiegeladener, bestimmter), Verlässlichkeit (verlässlich, mitfühlend, freundlich), Gewissenhaftigkeit (organisiert, verantwortungsbewusst, vorsichtig),

emotionale Stabilität (stabil, ruhig, zufrieden), Offenheit für Erfahrungen (zum Beispiel kreativ, intellektuell, offen). Diese fünf Dimensionen der Persönlichkeit bleiben bis ins hohe Alter nachweisbar. Es kommt also nicht zu einer Aus- oder Entdifferenzierung der Persönlichkeit. Weiterhin bleiben diese Persönlichkeitsmerkmale in hohem Maße stabil über die Zeit und zwar sowohl was das Verhältnis zu Gleichaltrigen betrifft (wer im Alter von 20 als besonders gewissenhaft auffiel, wird voraussichtlich auch im Alter von 80 zu den gewissenhafteren seiner Altersgruppe gehören). Auch bleiben die Auslenkungen über die Zeit in etwa die gleichen, das heißt, man bewegt sich über die Lebensspanne in etwa auf gleichem Niveau hinsichtlich der verschiedenen Persönlichkeitsmerkmale. Gerade die neueren Wachstumstheorien des Alterns legen nahe, dass es hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsmerkmale sogar zu Gewinn und Wachstum kommt, beispielsweise bei der Selbst- und Emotionsregulation.

### Emotionen im Alter

Auch hinsichtlich des nächsten wichtigen psychologischen Bereichs, den Emotionen, lassen sich keine Defizite mit dem Alter erkennen. Eher scheint es so zu sein, dass ältere Personen ein komplexeres Emotionserfinden haben als jüngere, auch wenn sie möglicherweise zu einem verstärkten Verbergen von Emotionen neigen. Zugleich verfügen sie oft über eine stärkere Emotionskontrolle und investieren auch mehr Energien in diese, beispielsweise um trotz objektiver Einschränkungen eine positive Affektivität zu stützen. Physiologisch weisen sie denn auch eher geringere emotionsspezifische Reaktivitäten auf, zeigen weniger Angstreaktionen auf vergleichbare Stimuli und vor allen Dingen auch weniger Angst vor dem Tod als Personen im mittleren Erwachsenenalter. Die Rahmenbedingungen des Alterns sind allerdings oft begleitet von einer stärkeren Vereinsamung der Personen, die gelegentlich als eine Ursache altersassoziiertes depressiver Erkrankung interpretiert wird. Eine differentialdiagnostische Abgrenzung von kognitiven Defiziten, die auf eine



beginnende Demenzerkrankung, auf eine Depression oder auf allgemeine Alterungsprozesse zurückgeführt werden, ist für die adäquate Behandlung der betroffenen Person von größter Bedeutung.

### **Fazit I: Alter als Psychodiagnose**

Betrachtet man die vier genannten wichtigen Bereich der Psyche, kognitive Leistungsfähigkeit, Gedächtnis, Persönlichkeit, Emotionen, und die vorliegenden Befunde zur altersassoziierten Veränderung so scheint eines gewiss: Alter ist keine Psychodiagnose! Auf der Basis des Alters lassen sich also die psychologischen Eigenschaften eines Menschen nicht vorhersagen. In der Tat zeigen sämtliche Befunde, dass die Unterschiede innerhalb einer Altersgruppe um ein Vielfaches größer sind als die Unterschiede zwi-

schen Altersgruppen. In den kognitiven Leistungsbereichen Intelligenz und Gedächtnis ergeben sich zudem geringe Assoziationen mit dem chronologischen Alter, wenn Umwelt, Bildung, Komplexität des Arbeitsplatzes, persönliche Interessen und mehr kontrolliert werden. Bis ins hohe Alter kann eine hohe behaviorale aber auch neuronale Plastizität nachgewiesen werden, die zu dem englischen Bonmot „Use it or lose it“ geführt hat. Es scheint die Verwendung kognitiver Kapazitäten zu sein, ihr regelmäßiges Training, das wesentlich mehr über den Entwicklungsverlauf aussagt als das chronologische Alter. Soweit sich Defizite im Alter feststellen lassen, sind sie häufig mit einer späteren Demenz oder einer aktuellen Depression assoziiert. Bei allen Analysen auch beim Umgang mit alten Personen muss auch berücksichtigt werden, dass sich deren Zielsetzungen und Motivationslagen

ganz grundlegend von denen jüngerer unterscheiden können, was sich dann eben auch im Investment für verschiedene Aufgaben und Anforderungen niederschlägt. Deutliche körperliche und soziale Veränderungen tragen hierzu das Ihre bei. Auf der Basis des Vorgenannten nimmt die heutige Entwicklungspsychologie die Entwicklung im Alter zunehmend auch als einen intentionalen, vom Individuum selbst gesteuerten Vorgang wahr. Dabei stellt das höhere Lebensalter besondere Anforderungen, die sich auch als Entwicklungsaufgaben formulieren lassen, die nicht nur im höheren Lebensalter bestehen. Nach dieser Auffassung wird eine Entwicklung immer dann erfolgreich im Sinne von hohem Wohlbefinden sein, wenn es gelingt, sich stets neu an sich verändernde Rahmenbedingungen anzupassen. Dabei werden die eigenen Zielsetzungen überdacht und im Bedarfsfall auch

modifiziert. Unabwendbar sind für die meisten Älteren Veränderungen der körperlichen Funktionstüchtigkeit, verschiedener Umweltfaktoren (wie Mobilität, Wohnlage), der sozialen Rahmenbedingungen (wie veränderte Rollen, Verlust von Netzwerkpartnern). Allein hier ist bereits eine erhebliche Anpassungsleistung zu vollbringen. Maßgeblich für den Anpassungserfolg ist eine realistische Einschätzung des jeweils Erreichbaren und damit auch eine flexible Anpassung jeweiliger persönlicher Ziele an diesen Rahmen.

## Fazit II: Konsequenzen für die zahnärztliche Praxis

Welche Konsequenzen ergeben sich nun für den Umgang mit älteren Patienten in der zahnärztlichen Praxis? Zunächst gilt es zu akzeptieren, dass das chronologische Alter keinerlei Vorhersage über psychische Grundfunktionen erlaubt. Man wird also nicht umhin kommen, sich mit der Individualität des einzelnen alten Menschen ganz genauso wie mit der Jüngerer auseinanderzusetzen.

Neurologische Veränderungen in der Informationsverarbeitung, die beispielsweise die Verarbeitungsgeschwindigkeit betreffen können, sollten bei der Behandlung und Beratung Älterer mit bedacht werden. Auch dürften gerade Ältere von einer guten Strukturierung und einer gelungenen didaktischen Aufbereitung zahnärztlich zu vermittelnder Informationen profitieren (die allerdings Jüngeren auch nicht vorenthalten werden sollte). Eine jüngst publizierte Stu-



### Prof. Dr. Renate Deinzer

Psychologiestudium und Promotion in Trier, Habilitation in Düsseldorf zum Thema „Stress und Parodontitis“ seit 2007 Leitung des Instituts für Medizinische Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen  
 Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsverhalten und Psychoneuroimmunologie am Beispiel von Erkrankungen im ZMK-Bereich  
 Mitglied der DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie  
 Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie

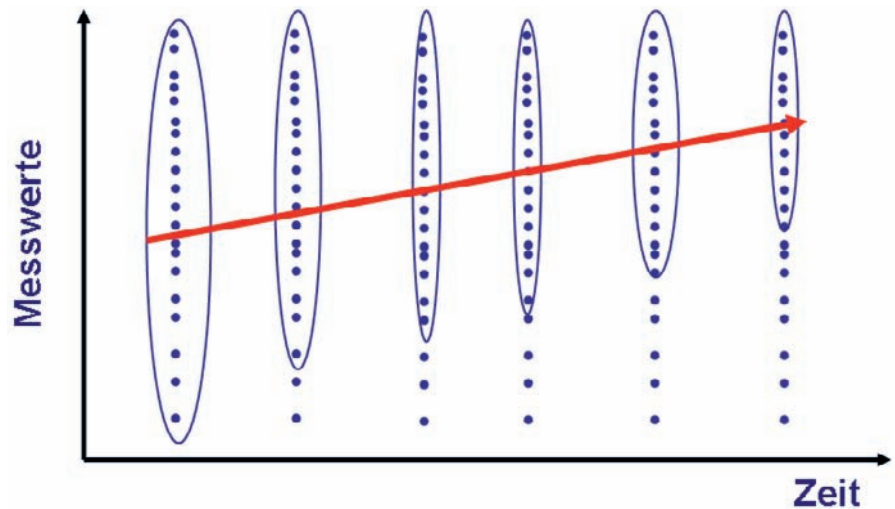


Abbildung 3: Beispiel für den verzerrenden Effekt von selektiven Populationsveränderungen in entwicklungspsychologischen und -physiologischen Studien: Die Population verändert sich über die Zeit in systematischer Weise, wodurch sich die erhobenen Mittelwerte des Messwerts mit verändern, obwohl de facto jedes Individuum auf dem gleichen Niveau bleibt.

die zum parodontitisrelevanten Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland [Deinzer et al., 2009] zeigt ein erstaunliches Resultat. Obwohl Parodontalerkrankungen in der Gruppe der Senioren deutlich häufiger auftreten als im mittleren Erwachsenenalter [Hoffmann, 2006] und obwohl Aufklärung und Motivation ein fester Bestandteil der Parodontitisbehandlung sind, sind Senioren über Parodontitis deutlich schlechter informiert als jüngere Erwachsene. Dieser Effekt lässt sich nicht einfach über mögliche kognitive Einbußen erklären, zeigt er sich doch unabhängig von der Schulbildung der Betroffenen. Plausibler ist hier die Annahme, dass ein Defizit in der Aufklärungsarbeit mit älteren Patientinnen und Patienten zugrunde liegt, das in der Zukunft überwunden werden sollte.

Als eine wesentliche Hilfe bei der Erreichung der Entwicklungsaufgabe der flexiblen Zielanpassung können realistische Zielvorgaben ärztlicherseits wirken. So kann es für eine alternde Person hilfreicher sein, realistisch darauf vorbereitet zu werden, dass sie nie wieder so wird kauen können wie vor 30 Jahren, als ihr eben dies in dem Wunsch, sie zu ermutigen, zu versprechen und damit die Anpassung an die veränderten oralen Bedingungen zu erschweren.

## Zusammenfassung

Alter ist keine Psychodiagnose. Hierauf deuten Befunde der Intelligenz-, Gedächtnis-, Persönlichkeits- und Emotionsforschung hin. Vielmehr gilt auch im Alter, dass Entwicklungen höchst individuell verlaufen und verschiedenen Einflussfaktoren jenseits chronologischer Alterungsprozesse unterliegen.

Prof. Dr. Renate Deinzer  
 Institut für Medizinische Psychologie  
 FB 11 – Justus-Liebig-Universität Gießen  
 Friedrichstraße 36  
 35392 Gießen  
 renate.deinzer@psycho.med.uni-giessen.de



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

*Das Zementoblastom*

# Eine benigne Raumforderung im Corpus mandibulae

Deniz Demir, Daniel Baumhoer, Christian Walter, Wilfried Wagner



Abbildung 1: klinischer Befund zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung mit dezenter Schwellung im Bereich der Zähne 35 und 36

Ein 27-jähriger Mann stellte sich auf Überweisung seines Hauszahnarztes mit der Bitte um weitere Abklärung einer leichten Schwellung im Unterkiefer der Regio 37 in unserer Klinik vor. Der Patient gab an, dass er diese Schwellung schon vor einigen Monaten beim Abtasten bemerkt habe, der Befund aber zunehmend palpationsdolent geworden sei, was ihn jetzt zur Abklärung

der Schwellung bewegen habe. Bei der klinischen Untersuchung (Abbildung 1) ließ sich eine für den Patienten mit einem unangenehmen Gefühl einhergehende knöcherne Auftreibung der Mandibula der Regio 35-38 palpieren. Eine Sensibilitätsstörung der Unterlippe lag nicht vor. Die Zähne waren bis auf den wurzelkanalbehandelten Zahn 37 vital, zeigten weder einen erhöhten

Lockerungsgrad noch eine Wanderung oder eine parodontale Schädigung auf. Die intraorale Schleimhaut war intakt und unauffällig. Eine alio loco durchgeführte Panoramaschichtaufnahme (Abbildung 2) zeigte eine unklare inhomogene Raumforderung. Zur weiteren Abklärung und Operationsplanung wurde eine digitale Volumentomographie durchgeführt (DVT; Abbildung 3), bei der sich ein rund 2 x 2 cm großer osteolytischer Befund, der von röntgendichten Strukturen durchsetzt war, zeigte. Der Zahn 37 wies eine periapikale Aufhellung bei Zustand nach Wurzelfüllung etwa 1,5 Jahre zuvor auf und Zahn 36 zeigte eine deutliche Resorption der mesialen Wurzel. Insgesamt stellte sich der Befund im DVT glatt begrenzt mit einem dünnen Randsaum dar, ohne Ausläufer oder mottenfraßähnliche Defekte zum umgebenden Knochen.

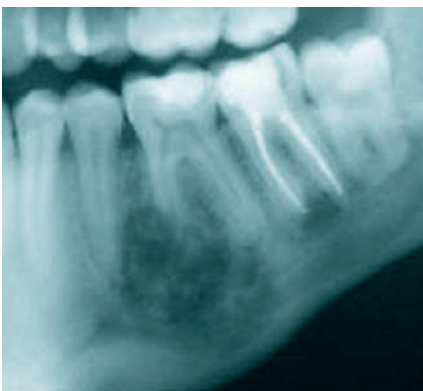


Abbildung 2: präoperative Panoramaschichtaufnahme mit in regio 35-36 liegender zirkumskriptor Aufhellung und darin befindlichen gesprenkelten, unregelmäßigen Verschattungen, bei Anresorption der mesialen Wurzel des Zahnes 36: Eine klare Abgrenzung des Desmodontalspalts an der mesialen Wurzel im distalen Bereich ist nicht mehr möglich.

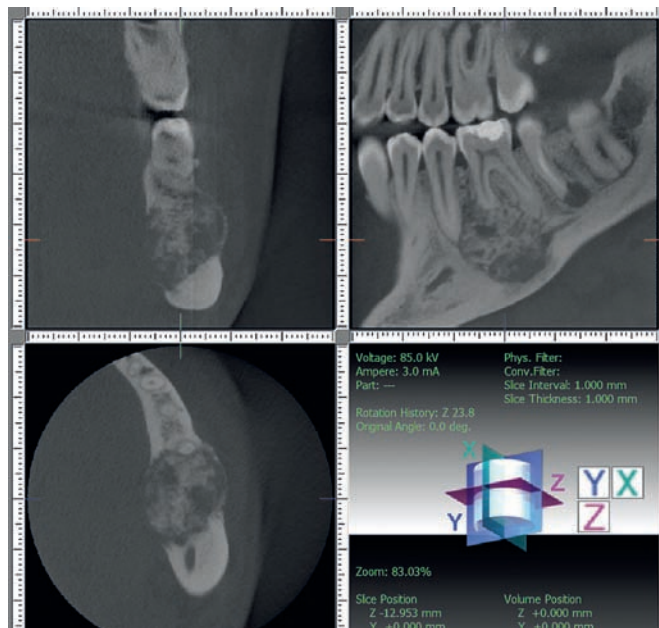


Abbildung 3: In der präoperativ angefertigten digitalen Volumentomographie zeigt sich die Ausdehnung des Befunds, die lingualseitig unter der Nervebene liegt und hier bereits die Kompakta komplett aufgelöst hat. Deutlich zu erkennen ist die vestibulo-orale Auftreibung der Mandibula.

**Der aktuelle klinische Fall**

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

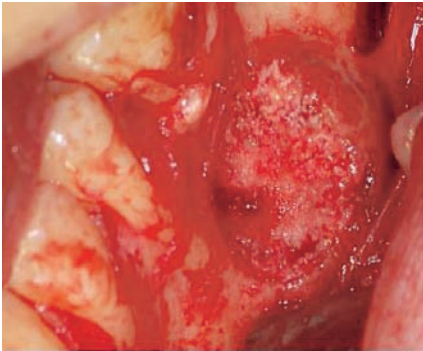


Abbildung 4: intraoperative Darstellung einer in Bezug zu Zahn 36 stehenden mineralisierten Masse, die keinen direkten Kontakt zum gesunden Nachbarknochen aufweist

In Intubationsnarkose erfolgte nach marginaler Inzision die Darstellung des Befunds (Abbildungen 4 und 5), der mit einem scharfen Löffel und rotierenden Instrumenten vom gesunden umliegenden Knochen herausgelöst und entnommen wurde. Intra-

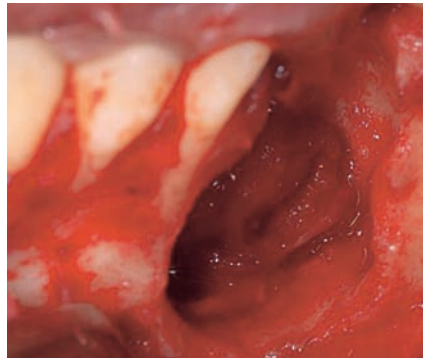


Abbildung 5: Zustand nach Entfernung des Befunds mit intaktem, am Boden der Resektionshöhle befindlichen, Nervus alveolaris inferior

operativ zeigte sich, dass der Knochenbefund die linguale Kompakta bereits perforiert hatte. Wie im DVT schon erkannt, war die Wurzel des Zahnes 36 resorbiert, so dass dieser und Zahn 37 intraoperativ entfernt wurden. Der teilretinierte Weisheits-

zahn 38 blieb auf Patientenwunsch in situ. Nach Einlage von Kollagen in die Defekthöhle wurde die Wunde verschlossen.

Histopathologisch wurde ein odontogener matrixbildender Tumor diagnostiziert (Abbildungen 6 und 7), der als Zementoblastom eingeordnet wurde. Anhaltspunkte für Malignität bestanden nicht.

## Diskussion

Das Zementoblastom ist ein seltener benigner ektomesenchymaler Tumor [Reichart et al., 2004], der weniger als ein Prozent aller odontogenen Tumoren ausmacht [Neville et al., 2009]. Er ist mit über 75 Prozent häufiger im Unterkiefer als im Oberkiefer lokalisiert und ist hier wiederum in absteigender Häufigkeit im Bereich vom ersten oder zweiten Molaren, Prämolaren und selten im Bereich der Frontzähne zu finden.

Die direkte Beziehung zu partiell resorbieren, aber meist vitalen Zähnen ist charakteristisch und diagnoseweisend für das Zementoblastom [Jundt und Reichart, 2008]. Etwa 70 Prozent aller Zementoblastome werden innerhalb der ersten drei Lebensdekaden diagnostiziert bei – mit

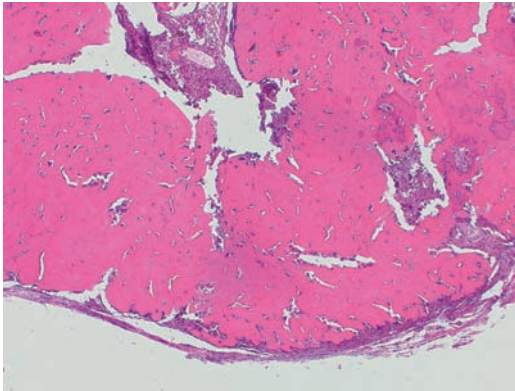


Abbildung 6: Platten mineralisierter, zementartiger Hartschubstanz, die sich zum ortständigen Knochen durch am unteren Bildrand erkennbares, bindegewebiges Stroma abgrenzen (Hämatoxylin & Eosin, 100x)

knapp 60 Prozent der Fälle – einer leichten Bevorzugung des männlichen Geschlechts [Jundt und Reichart, 2008]. Klinische Symptome können durchaus fehlen, neben lokalen Schwellungen im Bereich des Alveolarbogens und Schmerzen kann es auch zu Zahnlockerungen kommen. In seltenen Fällen wurde über Parästhesien und pathologische Frakturen berichtet. Radiologisch ist das Zementoblastom durch eine scharf begrenzte Osteolyse in unmittelbarem Kontakt zu einer Zahnwurzel charakterisiert. In Abhängigkeit vom Mineralisationsgrad kommt es initial zu Radioluzenzen mit zentralen fleckigen Opazitäten, die sich zu einer homogenen, knochendichten

Verschattung vergrößern. Im Bereich des Parodontalspalts kann es mineralisationsbedingt zu Oligerationen kommen, so dass dieser nicht mehr richtig abgegrenzt werden kann. Peripher grenzt sich der Befund mit einer meist gleichmäßig dünnen radioluzenten Zone gegenüber dem gesunden Knochengewebe ab.

Mikroskopisch sind zellarme Trabekel oder Platten mineralisierter, zementartiger Hartschubstanz mit irregulären Lakunen und basophilen Kittlinien zu erkennen, an deren Oberfläche teils kubische Zementoblasten aufgereiht sind. Das umgebende Stroma enthält Gefäße und zum Teil mehrkernige Riesenzellen und grenzt die Läsion vom ortständigen Knochen ab. Die Differentialdiagnose zu einem Osteoblastom kann rein histologisch schwierig bis unmöglich sein, so dass hier eine Korrelation zu den radiologischen Befunden zwingend notwendig ist, um die Lagebeziehung zu einer Zahn-

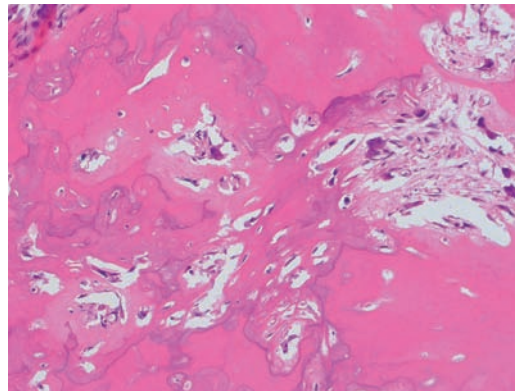


Abbildung 7: In stärkerer Vergrößerung kommen zahlreiche basophile Kittlinien sowie zentral mehrere mononukleäre Zellen (Zementoblasten) zur Darstellung (Hämatoxylin & Eosin, 200x).

wurzel eindeutig zu belegen. Osteosarkome zeigen im Gegensatz zu Zementoblastomen ein osteodestruktives Wachstum und zelluläre Atypien [Neville, 2009; Jundt, 2003]. Die Therapie besteht wegen des persistierenden Größenwachstums in der Regel aus der kompletten Entfernung mitsamt dem im Zusammenhang stehenden Zahn. Bei unvollständiger Resektion ist mit einer hohen Rezidivneigung zu rechnen [Jundt und Reichart, 2008].

## Fazit für die Praxis

- Typisches radiologisches Zeichen eines Zementoblastoms ist die zentrale Verschattung mit transluzentem Randsaum in unmittelbarer Beziehung zu einem Zahn, dessen Parodontalspalt häufig nicht richtig abgegrenzt werden kann.
- Die Diagnosestellung erfolgt in der Zusammenschau aus Histologie und klinisch-radiologischem Bild.
- Die Therapie der Wahl besteht in der kompletten Entfernung des Befunds mit dem im Zusammenhang stehenden Zahn.

Dieser Fall stellt einen typischen Verlauf eines Zementoblastoms dar mit längerer Anamnese und mit beginnender, initial nicht schmerzhafter Schwellung und mit typischen radiologischen Zeichen, womit nochmals auf die klinische Relevanz der Panoramaschichtaufnahme als Diagnostikum hingewiesen werden soll. Die definitive Diagnose kann nur in Zusammenschau von klinisch-radiologischem Befund und Histologie gestellt werden.

Dr. Dr. Deniz Demir  
Dr. Dr. Christian Walter  
Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner  
Klinik für Mund-, Kiefer-,  
Gesichtschirurgie  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Augustusplatz 2  
55131 Mainz  
Walter@mkg.klinik.uni-mainz.de

Dr. Daniel Baumhoer  
Institut für Pathologie  
Universitätsspital Basel  
Schönbeinstrasse 40  
4031 Basel (Schweiz)



Auch für diesen „Aktuellen klinischen Fall“ können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Mehr bei [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) unter Fortbildung.



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

*Gaba-Symposium beim Kongress der IADR-CED*

## Erosionen in den Griff bekommen

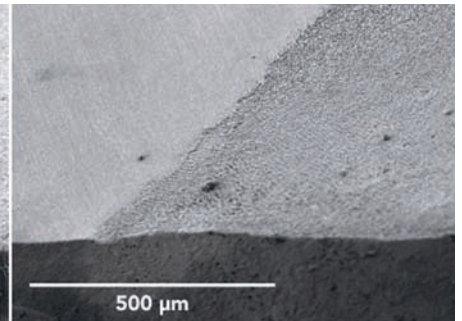
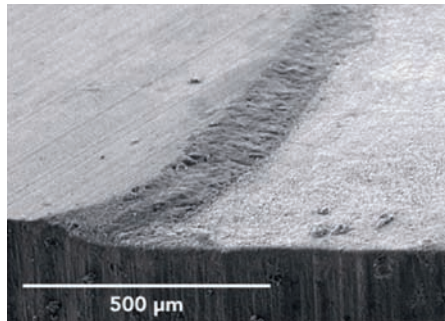
**Der jährlich stattfindende Kongress der International Association for Dental Research – Continental European Division (IADR-CED) ist eine internationale Veranstaltung von besonderer wissenschaftlicher Bedeutung, der eine ideale Plattform für den fachlichen Wissenstransfer darstellt. So startete Gaba parallel zum Münchner Kongress ein Fachsymposium, das mit einer Pressekonferenz begleitet wurde und Themen rund um exogene Noxen und Schäden der Mundgesundheit im Visier hatte.**



*Ein durch Erosion stark geschädigtes Gebiss*

nur gut für eine Beurteilung der Säureschäden bei geringem Zeitaufwand, sondern unterstütze den Zahnarzt auch bei der individuellen Planung präventiver Maßnahmen. Um den Zahnarzt bei der systematischen Erfassung von Risikofaktoren zu unterstützen, hat Gaba – basierend auf den entsprechenden relevanten wissenschaftlichen Publikationen und unter Einbeziehung von Experten – ein Set für die Risikodiagnose von Zahnerosionen entwickelt. Es ermöglicht die gezielte Evaluation unterschiedlichster Risikofaktoren und erleichtert die systematische Planung von Prophylaxe- und kausalen Therapiemaßnahmen. Dort, wo die kausale Therapie nicht möglich beziehungsweise nicht ausreichend ist, bestehe auch die Möglichkeit, den Verlust an Zahnhartsubstanz durch die regelmäßige Anwendung vor allem zinnhaltiger Produkte einzudämmen, wie in aktuellen Untersuchungen bewiesen wurde.

Vor jeder Restauration stehe der Verlust von Zahnschmelz, der einerseits durch Bakterien, andererseits aber auch durch Säureexposition erfolgen könne, wie sich Dr. Bärbel Kiene, Basel, in ihrem Beitrag ausdrückte. Sie machte deutlich, dass der anfänglich sehr dünne Schmelzabtrag, der nach Anlösen der Schmelzmatrix durch den Kau- oder Putzvorgang erfolgt, sich schließlich zu Dellen und Furchen entwickle, die bis ins Dentin hinein reichen können.



*Placebo versus zinnhaltige Zahnpflege*

### Beschichtung mit schwer säurelöslichen Substanzen

Die Folge sei ein massiver Abtrag der Zahnform unter Verlust von Bissfunktionen, abgesehen von ästhetischen Einschränkungen. Wie stark sich eine Erosion letztlich klinisch ausprägt, sei individuell sehr unterschiedlich, denn es gebe multiple Entstehungs- und Kompensationsmechanismen, die sich gegenseitig beeinflussen. All diese Vorgänge seien irreversibel. Die Biologin erklärte in diesem Zusammenhang, dass der

Diagnostik ein hoher Stellenwert zukommt. So sei die rechtzeitige Einleitung adäquater Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen für den Patienten von zentraler Bedeutung. Spätestens dann, wenn klinisch Defekte festgestellt werden, jedoch auch wenn es lediglich Anzeichen für ein erhöhtes Erosionsrisiko gibt, sollte eine intensive Diagnostik eingeleitet werden. Der von Bartlett, Ganss und Lussi [Bartlett et al., 2008] kürzlich vorgestellte Screening-Index (BEWE = Basic Erosive Wear Examination) eigne sich nicht

Professor Dr. Gottfried Schmalz, Regensburg, beantwortete die Frage nach Gesundheitsschäden durch Werkstoffe, die zu zahnärztlichen Restaurationen verwendet werden. Gerade im Zeitalter der Kompositkunststoffe, die vorwiegend im Front- und Prämolarenbereich, bei einigen Indikationen auch zur Füllung von Molaren-Läsionen verwendet werden, sind in den letzten Jahren immer wieder Zweifel an der Verträglichkeit dieser „weißen“ Füllstoffe laut geworden. Schmalz erklärte die Zusammen-



alle Fotos: Kiene

Die typische Putzläsion

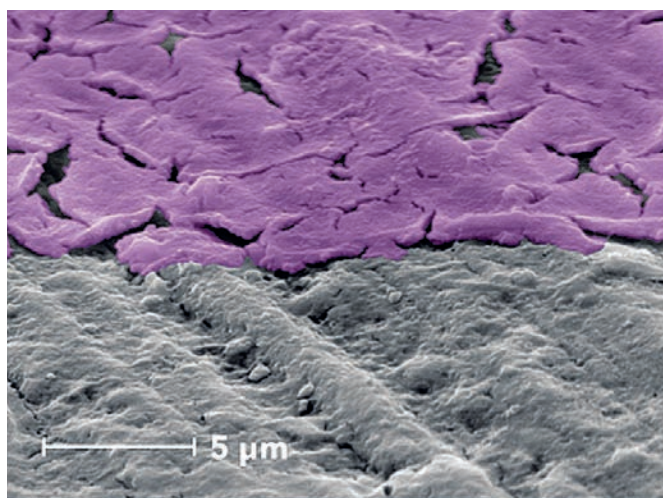
setzung der inzwischen sehr gut in großen Studien untersuchten Materialien, die zu über 80 Prozent aus anorganischen Bestandteilen bestehen. Er gab einen Überblick über die international dokumentierten Studienverläufe und kam zu dem Schluss, dass die neuen Materialien im Allgemeinen gut verträglich seien. Allerdings hätten sich in Einzelfällen vorwiegend bei zahnärztlichem Personal – hier ist die Exposition am größten – Nebenwirkungen gezeigt. Diese beschränkten sich auf allergische Erscheinungen wie Juckreiz, Haut- beziehungsweise Schleimhautschwellungen sowie Rötungen. Bei Patienten treten diese Erscheinungen mit weniger als 0,1 Prozent auf, sind also äußerst geringfügig anzusetzen. Bei zahnärztlich tätigen Personen ist diese Rate etwas erhöht und schlägt mit zwei bis drei Prozent zu Buche. Verglichen mit der Unverträglichkeitsrate gegenüber Kosmetika (10 Prozent) sei aber auch dies noch sehr niedrig, wie sich der Biokompatibilitätsspezialist ausdrückte.

### **Geringere Hydrophilie – weniger Nebenwirkungen**

Trotzdem seien Wissenschaftler ständig bemüht, so Schmalz, diese Risiken weiter zu minimieren, indem die Formulierungen der Füllstoffe weiter modifiziert und optimiert werden. Als Allergen gelten vorwiegend die Füllstoffe, die für die gute Verarbeitbarkeit des Materials verantwortlich zeichnen, jedoch hydrophil sind und sich somit im Laufe

der Zeit aus der Oberfläche herauswaschen lassen. Diese können dann in Körperzellen eindringen und hier im DNA-Stoffwechsel Veränderungen hervorrufen. Normalerweise jedoch sorgt der körpereigene DNA-Reparaturmechanismus für die schnelle Beseitigung eines derartigen Schadens, in ganz wenigen Fällen jedoch treten dann die oben beschriebenen Nebenwirkungen auf. Hier gilt es also Lösungen zu finden, die eine geringere Hydrophilie und damit geringere Lösbarkeit der Füllungsbestandteile ge-

der Bearbeitung und der Eingliederung berücksichtigt werden müssten. Die Ergebnisse vieler klinischer Langzeitstudien bestätigten zwar die hohe Stabilität von Zirkoniumdioxid-Keramik, auch bei der Verwendung als Brückengerüst, wiesen jedoch gleichzeitig auf eine erhöhte Zahl von Komplikationen zumeist in Form von Abplatzungen (chipping) hin, wenn das Material als Verblendkeramik zum Einsatz kommt. Letzteres habe sich jedoch bei neueren Materialien wieder gebessert. All diese Zwischenfäl-



Eine zinnhaltige Lösung legt sich wie ein Schutzfilm auf die Schmelzoberfläche.

währleisten. Schmalz machte deutlich, dass durchaus schon Materialien gefunden worden seien, die diese erwarteten Eigenschaften aufweisen, sie aber noch in Langzeitstudien ihre Eigenschaften unter Beweis stellen müssten, um im späteren Praxisalltag dann bestehen zu können.

Während Komposit-Werkstoffe in den meisten Fällen für kleinere Läsionen verwendet werden, haben in den letzten Jahren Keramikwerkstoffe das frühere alt bewährte Goldin-, -on- oder -overlay allein schon aus ästhetischen Gründen abgelöst. Diesen „weißen Stahl“ stellte Professor Dr. Daniel Edelhoff aus München den bei der Pressekonferenz anwesenden Journalisten vor. Das Material, das in Verbindung mit der CAD/CAM-Technologie seit Jahren erfolgreich in großem Maße zur Restauration defekter Zähne herangezogen wird, weise gegenüber Metallen und anderen Keramiktypen spezifische Eigenschaften auf, die unbedingt bei der Präparation, der Herstellung,

le seien meist multifaktoriell begründet, wie sich Edelhoff ausdrückte. In diesem Zusammenhang erwähnte er die extrem schlechte Wärmeverteilung und sagte, dass bei der Verarbeitung nie auf eine gute Wasserkühlung verzichtet werden sollte. Das Material sei durchaus für den Front- und Seitenzahnbereich einsetzbar, bei Brücken sollten aber möglichst zwei Glieder nicht überschritten werden. „Das gibt die Datenlage noch nicht her“, so der Zahnmediziner in München. Zur Frage der Befestigung von Zirkonoxidkeramiken wies Edelhoff auf die Abhängigkeit zur Präparationsgeometrie hin. Sein Tipp: Einzelkronen sollten konventionell, Brücken mit Adhäsiv oder Semiadhäsiv befestigt werden. Er empfahl, sich derzeit noch gegen Implantate aus dem „weißen Stahl“ zu entscheiden, seien sie doch Studien zufolge wenig osseointegrativ und aufgrund des geringen Durchmessers noch stark frakturgefährdet. sp



## Fortbildung im Überblick

<b>Abrechnung</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64	<b>Implantologie</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63
	KZV Baden-Württemberg	S. 64		ZÄK Nordrhein	S. 64
	ZÄK Bremen	S. 66		KZV Baden-Württemberg	S. 65
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67		ZÄK Schleswig-Holstein	S. 66
<b>Alterszahnheilkunde</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63		LZK Berlin/Brandenburg	S. 68
<b>Arbeitssicherheit</b>	LZK Rheinland-Pfalz	S. 65		DGOI	S. 71
<b>Ästhetik</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63		Freie	S. 73
	ZÄK Bremen	S. 66	<b>Kinderzahnheilkunde</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63
<b>Endodontie</b>	KZV Baden-Württemberg	S. 65		ZÄK Schleswig-Holstein	S. 66
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67		LZK Berlin/Brandenburg	S. 68
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68		Freie	S. 71
<b>Ernährung</b>	KZV Baden-Württemberg	S. 65	<b>Notfallbehandlung</b>	KZV Baden-Württemberg	S. 65
	ZÄK Bremen	S. 66		ZÄK Schleswig-Holstein	S. 66
<b>Funktion</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	<b>Parodontologie</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63
	KZV Baden-Württemberg	S. 64		ZÄK Niedersachsen	S. 64
	Freie	S. 71		KZV Baden-Württemberg	S. 65
<b>Helferinnen-Fortbildung</b>	ZÄK Nordrhein	S. 64		ZÄK Schleswig-Holstein	S. 66
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67	<b>Praxismanagement</b>	ZÄK Niedersachsen	S. 64
<b>Homöopathie</b>	ZÄK Niedersachsen	S. 64		KZV Baden-Württemberg	S. 65
<b>Hypnose</b>	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 66		ZÄK Schleswig-Holstein	S. 66
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68	<b>Prophylaxe</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63
	DGZH	S. 70		KZV Baden-Württemberg	S. 65
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 66
			<b>Prothetik</b>	ZBV Unterfranken	S. 66
			<b>Qualitätsmanagement</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67
			<b>Recht</b>	ZÄK Niedersachsen	S. 64
			<b>Röntgen</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 67
				LZK Berlin/Brandenburg	S. 67

**Fortbildung der Zahnärztekammern** **Seite 63**

**Kongresse** **Seite 68**

**Wissenschaftliche Gesellschaften** **Seite 70**

**Freie Anbieter** **Seite 71**

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



**Absender:**

---



---



---

**Veranstalter/Kontaktadresse:**

---



---



---



---

**zm**

Veranstaltungs



Service

**Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:**

**Kurs/Seminar Nr.:**

---

**Thema:**

---

**Datum:**

---

**Ort:**

---



## Zahnärztekammern

### ZÄK Westfalen-Lippe



#### Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

**Thema:** Z-PMS 2007 Anwenderfortbildung – vertiefender Workshop zum Zeitmanagement  
**Referenten:** Dozententeam der ZÄKWL

**Termin:** 29.01.2010:  
 09.00 – 16.30 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 278 EUR,  
 ZFA: 199 EUR

**Fortbildungspunkte:** 8  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 762 101

**Thema:** Arbeitskreis Ästhetische Zahnheilkunde / Synoptische Zahnheilkunde  
**Referent:** Dr. Kianusch Yazdani – Münster

**Termin:** 03.02.2010:  
 15.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 99 EUR

**Fortbildungspunkte:** 4  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 710 701

**Thema:** Z-PMS 2007 Anwenderfortbildung – vertiefender QM-Workshop zum Teamgespräch – lästige Pflicht oder Kür?  
**Referenten:** Dozententeam der ZÄKWL

**Termin:** 03.02.2010:  
 15.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 179 EUR,  
 ZFA: 119 EUR

**Fortbildungspunkte:** 4  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 762 102

**Thema:** Kiefergelenk und Okklusion in der täglichen Praxis, Teil 1  
**Referent:** Dr. Achim Siepen – Düsseldorf

**Termin:**  
 05.02.2010: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 06.02.2010: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 535 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 14  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 740 036

**Thema:** Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärztinnen und Zahnärzte  
**Referent:** Dr. Hendrik Schlegel – ZÄKWL

**Termin:** 05.02.2010:  
 14.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 102 EUR inkl. Skript, E-learn.: 92 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 740 038

**Thema:** So funktioniert Prophylaxe in der Praxis  
 – Die Zukunft der ZahnMedizin heißt Prophylaxe  
 – Ohne Praxisteam geht in der Praxis nichts

**Referent:** Dr. Klaus-D. Bastendorf – Eisingen  
**Termin:** 06.02.2010:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 389 EUR,  
 ZFA: 194 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 740 053

**Thema:** Z-PMS 2007 Einführungsveranstaltung für Zahnärztinnen/ Zahnärzte  
**Referenten:** Dozententeam der ZÄKWL

**Termin:** 06.02.2010:  
 09.00 – 12.30 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 199 EUR  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 762 000

**Thema:** Arbeitskreis Funktions-therapie

**Referenten:** Dr. Christian Mentler – Dortmund, Dr. Uwe Harth – Bad Salzuflen

**Termin:** 10.02.2010:  
 15.00 – 19.00 Uhr

**Gebühr:** ZA: 129 EUR

**Fortbildungspunkte:** 6

**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster

**Kurs-Nr.:** ARB 10 710 000

**Thema:** Arbeitskreis Implantologie

**Referent:** Dr. Martin Grieb – Lippstadt

**Termin:** 10.02.2010:  
 15.00 – 18.00 Uhr

**Gebühr:** ZA: 99 EUR

**Fortbildungspunkte:** 4

**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster

**Kurs-Nr.:** ARB 10 710 705

**Thema:** Arbeitskreis Kinderzahnheilkunde

**Thema:** Grundlagen der Heilung, Zahnrettung, Technik der Replantation, Prognose und Komplikationen, Folgenbehandlungen

**Gastdozent:** PD Dr. Yango Pohl – Bonn

**Moderator:** Dr. Peter Noch – Lünen

**Termin:** 10.02.2010:  
 15.00 – 17.30 Uhr

**Gebühr:** ZA: 89 EUR

**Fortbildungspunkte:** 4

**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster

**Kurs-Nr.:** ARB 10 710 707

Anzeige

**Thema:** Hat die Kürette ausgedient?

**Referentin:** Dr. Inga Schäfer – Münster

**Termin:** 10.02.2010:

15.00 – 18.00 Uhr

**Gebühr:** ZA: 65 EUR

**Fortbildungspunkte:** 4

**Ort:** Paderborn, Gaststätte „Zu den Fischteichen“, Dubelohstr. 92, 33104 Paderborn

**Kurs-Nr.:** DEZ 10 750 010

**Thema:** Initiative Zahnheilkunde plus (IZP)

Fachbereich Parodontologie  
 Praktischer Teil 1

**Referent:** Dr. Tim Alexander Joda – Hamburg

**Termin:** 12.02.2010:

15.00 – 18.00 Uhr

**Gebühr:** ZA: 229 EUR

**Fortbildungspunkte:** 5

**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster

**Kurs-Nr.:** 10 740 011

**Thema:** Arbeitskreis Alterszahn-Medizin

**Thema:** Gesund beginnt im Mund – gerade im Alter

**Gastdozent:** Dr. Dr. Karl-Peter Zwingmann – Coesfeld

**Moderatorin:** Dr. Renate Mehring – Ahaus

**Termin:** 10.02.2010:  
 15.30 – 18.00 Uhr

**Gebühr:** ZA: 29 EUR

**Fortbildungspunkte:** 3

**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster

**Kurs-Nr.:** ARB 10 710 700

**Thema:** GOZ-Spezial Training – mit Übungen zur vollständigen Berechnung  
**Referentin:** ZMV Christine Baumeister – Haltern  
**Termin:** 12.02.2010: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 196 EUR, ZFA: 98 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 740 050

**Thema:** Initiative Zahnheilkunde plus (IZP)  
 Fachbereich Parodontologie  
 Praktischer Teil 2  
**Referent:** Dr. Tim Alexander Joda – Hamburg  
**Termin:** 13.02.2010: 09.30 – 14.30 Uhr  
**Gebühr:** ZA: 229 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 7  
**Ort:** Akademie für Fortbildung, Münster  
**Kurs-Nr.:** 10 740 012

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

## ZÄK Niedersachsen



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept  
**Referent:** Dr. Michael Maak  
**Termin:** 15.01.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 285 EUR  
**Kurs-Nr.:** Z/F 1001 (10 Punkte)

**Thema:** Homöopathie für Zahnärzte Kurs IV  
**Referent:** Dr. Heinz-Werner Feldhaus  
**Termin:** 05.02.2010: 14.00 – 18.00 Uhr, 06.02.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 225 EUR  
**Kurs Nr.:** Z 1002 (13 Punkte)

**Thema:** Und dann war ich plötzlich Chef – Basisseminar für Praxisgründer  
**Referenten:** Dr. Marga Hütz, Cornelia Hedwig  
**Termin:** 06.02.2010: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 360 EUR  
**Kurs Nr.:** Z 1003 (9 Punkte)

### Juristisch-wirtschaftliche Vortragsreihe 2010

#### Programm:

**Thema:** Arbeitsrecht / Praxismietvertrag  
**Referent:** Dirk Rademacher, Fachanwalt für Arbeitsrecht  
**Termin:** 17.02.2010 S 1004

**Thema:** Betriebswirtschaftliche Grundlagen für die Zahnarztpraxis  
**Referenten:** Heinrich Abelmann, Fachberater für Zahnärzte, Deutsche Apotheker- und Ärztekbank; Dipl.-Finw. (FH), Dipl.Oec. Sven Fischer, Steuerberater  
**Termin:** 17.03.2010 S 1005

**Thema:** Erbrecht: Richtig erben und vererben – aber wie?  
**Referent:** Frank Schroeder, Fachanwalt für Erbrecht, Notar  
**Termin:** 14.04.2010 S 1006

**Thema:** Krisenfrüherkennung und Maßnahmen zur Liquiditätssicherung  
**Referenten:** Hans-Heinrich Hemme, Fachberater für Zahnärzte, Deutsche Apotheker- und Ärztekbank; Thomas Voeste, Geschäftsführer der Kock & Voeste GmbH, Spezialist in der Beratung von Zahnarztpraxen, Lehrbeauftragter der Uni Witten-Herdecke (bis 2007) und der FH Hamm  
**Termin:** 19.05.2010 S 1007

**Thema:** Die Haftung des Zahnarztes / Zahnärztliche Kooperationen  
**Referenten:** Frank Wahner, Fachanwalt für Medizinrecht; Dr. jur. Oliver Pramann, Rechtsanwalt  
**Termin:** 09.06.2010 S 1008

**Gebühren:** Buchung als Zyklus (alle 5 Seminare) 100 EUR, Einzelveranstaltung 30 EUR

Die Veranstaltungen finden mittwochs von 16.00 – 19.00 Uhr statt. 3 Fortbildungspunkte nach BZÄK pro Veranstaltung

**Veranstaltungsort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen

#### 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](http://www.zkn.de)

## ZÄK Nordrhein



### Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

**Kurs-Nr.:** 10080 P 15 Fp  
**Thema:** Einstieg in die Implantologie in der zahnärztlichen Praxis. Modul 1-2: Einstieg in das Curriculum Implantologie  
**Referenten:** Dr. med. habil. Dr. Georg Arentowicz – Köln, Dr. Johannes Röckl – Teningen b. Freiburg  
**Termin:** 08.01.2010: 14.00 – 20.00 Uhr, 09.01.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 480 EUR

**Kurs-Nr.:** 10070 P 15 Fp  
**Thema:** Abschnitt I des Curriculums Implantologie. Ziele und Grundlagen des Curriculums  
**Referenten:** Prof. Dr. Claus Löst – Tübingen, Prof. Dr. Paul R. Wesse-link – Amsterdam (NL)  
**Termin:** 15.01.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 16.01.2010: 09.00 – 15.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 480 EUR

### Fortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte

**Kurs-Nr.:** 10201  
**Thema:** Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe  
**Referentin:** Andrea Busch, ZMF – Köln-Weidenpesch  
**Termin:** 15.01.2010: 14.00 – 18.00 Uhr, 16.01.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 200 EUR

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

## KZV Baden-Württemberg



### Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

**Thema:** Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MSA-III)  
**Referent:** Prof. Dr. Axel Bumann – Berlin  
**Termin:** 15. – 17.01.2010  
**Gebühr:** 1 280 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/100

**Thema:** Bisshebung des Abrasionsgebisses mit Adhäsivtechnik  
**Referenten:** Prof. Dr. Thomas Attin – Zürich, Dr. Uwe Blunck – Berlin  
**Termin:** 16.01.2010  
**Gebühr:** 575 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/101

**Thema:** Sofortmaßnahmen zur Ertragssteigerung  
**Referent:** Dipl.-oec. Hans Dieter Klein  
**Termin:** 20.01.2010  
**Gebühr:** 190 EUR Einzelpreis; 45 EUR je weiteres Mitglied der Praxis  
**Kurs-Nr.:** 10/300

**Thema:** Prophylaxe für Schwangere und Kleinkinder  
**Referentin:** Iris Karcher – Freiburg  
**Termin:** 22.01.2010  
**Gebühr:** 95 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/400

**Thema:** PAR-Patienten professionell betreuen  
**Referentin:** Iris Karcher – Freiburg  
**Termin:** 22.01.2010  
**Gebühr:** 95 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/401

**Thema:** Gezielte Gesprächsführung – Perfekte Umgangsformen – Erfolgreicher Umgang mit Beschwerden  
**Referentin:** Gundi Brockmann – Weiden  
**Termin:** 29.01.2010  
**Gebühr:** 225 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/402

**Thema:** Mehr Sicherheit und Selbstbewusstsein durch patientenorientiertes Verhalten  
**Referentin:** Gundi Brockmann – Weiden  
**Termin:** 30.01.2010  
**Gebühr:** 225 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/403

**Thema:** Grundlagen der modernen Endodontie  
**Referent:** PD Dr. Karl-Thomas Wrbas – Freiburg  
**Termin:** 03.02.2010  
**Gebühr:** 125 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/102

**Thema:** Die Kompositfüllung von A bis Z  
**Referent:** Prof. Dr. Roland Frankenberg – Marburg  
**Termin:** 06.02.2010  
**Gebühr:** 475 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/103

**Thema:** Der Speichel und seine Funktion  
**Referentin:** Kristine Theurer – Neuenburg  
**Termin:** 19.02.2010  
**Gebühr:** 95 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/404

**Thema:** Professionelle Assistenz bei der Implantation  
**Referentinnen:** Iris Karcher – Freiburg, Petra Ranz – Sulzburg  
**Termin:** 20.02.2010  
**Gebühr:** 275 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/405

**Thema:** Grundmodul Notfalltraining für Zahnärzte/-innen und deren Assistenzpersonal  
**Referent:** LandesRettungsSchule Baden  
**Termin:** 24.02.2010  
**Gebühr:** 190 EUR (Einzelpreis), 45 EUR (je weiteres Praxismitglied)  
**Kurs-Nr.:** 10/301

**Thema:** Auswirkung von Ernährung, Mineralien und Vitaminen auf den Zahnhalteapparat  
**Referent:** Dr. Rudolf Meierhöfer – Roth  
**Termin:** 26.02.2010  
**Gebühr:** 125 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/406

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

## LZK Rheinland-Pfalz



### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** BuS-Workshop Arbeitssicherheit  
**Referenten:** Frau Christmann – Neustadt/Weinstr., Herr Salm – Friedberg  
**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 Faltin  
 Langenbeckstraße 2  
 55131 Mainz  
 Tel.: 06131/9613660  
 Fax: 06131/9613689

**ZÄK Bremen****Fortbildungsveranstaltungen**

**Thema:** GOZ I  
Grundlagen der GOZ-Abrechnung  
**Referentin:** Alma Ott  
**Termin:** 10.02.2010:  
13.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztekammer Bremen  
**Fortbildungspunkte:** 6  
**Gebühr:** 88 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10020

**Thema:** Kann denn Essen Sünde sein? Schluss mit den Klassikern der Ernährungsregeln  
**Referent:** Udo Pollmer  
**Termin:** 17.02.2010:  
13.00 – 18.30 Uhr  
**Ort:** Zahnärztekammer Bremen  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Gebühr:** ZÄ: 160 EUR,  
ZFA: 125 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10202

**Thema:** Aesthetics unter your control – White Aesthetics. Intensivkurs Funktion und Vollkeramik  
**Referent:** Dr. Thomas Schwenk/  
Dr. Marcus Striegel  
**Termin:**  
26.02.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,  
27.02.2010: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztekammer Bremen  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Gebühr:** 648 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10501

**Auskunft u. schriftliche Anmeldung:**

Zahnärztekammer Bremen  
Rubina Ordemann /  
Thorsten 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

**ZBV Unterfranken****Fortbildungsveranstaltung**

**Thema:** Dentales CAD/CAM heute: Technologien und Werkstoffe  
**Referentin:** Dr. Heike Rudolph – Ulm  
**Termin:** 09.02.2010:  
20.00 – 22.00 Uhr  
**Ort:** Salon Echter, Maritim Hotel, Würzburg  
**Kursgebühr:** 40 EUR

**Auskunft und Anmeldung:**

ZBV Unterfranken  
Dominikanerplatz 3d  
97070 Würzburg  
Tel.: 0931/32114-0  
Fax: 0931/32114-14  
www.zbv-uf.de

**ZÄK Schleswig-Holstein****Fortbildungsveranstaltungen am Heinrich-Hammer-Institut**

**Kurs-Nr.:** 10-01-052  
**Thema:** Erste Hilfe-Kurs – zur Erlangung des Teilnahmenachweises Maßnahmen im Notfall – mit 16 Unterrichtsstunden à 45 Min.  
**Referentin:** Evelyn Helth – Kiel  
**Termin:**  
08.01.2010: 09.00 – 16.00 Uhr,  
09.01.2010: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut

**Kurs-Nr.:** 10-01-010  
**Thema:** Curriculum Kinder- und Jugendzahnheilkunde 2009: Modul IV: Endodontologie, Stahlkronen, Kinderprothesen  
**Referent:** Prof. Dr. Christian Hirsch – Gardelegen  
**Termin:**  
08.01.2010: 13.00 – 19.30 Uhr,  
09.01.2010: 09.00 – 17.30 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** ab 455 EUR für ZA  
**Sonstiges:** 19 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-095  
**Thema:** Anwendung von Ultraschall- und Pulverstrahlgeräten bei der PZR  
**Referent:** Dr. Andreas Herold – Appen  
**Termin:** 09.01.2010:  
09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Praxis Dr. Herold, Eekhoff 3, 25482 Appen  
**Kursgebühr:** 220 EUR für ZFA, Mitarbeiter(in)

**Kurs-Nr.:** 10-01-017  
**Thema:** Wohin gehört der Unterkiefer – Frage der Zentrik  
**Referent:** Prof. Dr. Dr. Georg Meyer – Greifswald  
**Termin:** 13.01.2010:  
14.45 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 115 EUR für ZA  
**Sonstiges:** 5 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-046  
**Thema:** Zeitgemäße Parodontalbehandlung und ihre Realisation in der Praxis  
**Referent:** PD Dr. Rainer Buchmann – Dortmund  
**Termin:** 15.01.2010:  
13.00 – 20.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 155 EUR für ZA,  
125 EUR für ZFA, Mitarbeiter(in)  
**Sonstiges:** 7 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-001  
**Thema:** Curriculum Implantologie Tag 11 + 12 (WK 6 – APW): Weichgewebsmanagement und prothetische Suprastrukturen unter ästhetischen Aspekten  
**Referent:** Dr. Michael Stimmelmayer – Cham  
**Termin:**  
15.01.2010: 10.00 – 19.00 Uhr,  
16.01.2010: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** ab 495 EUR für ZA  
**Sonstiges:** 19 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-029  
**Thema:** Qualifizierung zur Praxismanagerin – Modul 1 (von 4) Die Aufgaben einer Führungskraft  
**Referent:** Jochen Frantzen – Rendsburg  
**Termin:** 16.01.2010:  
09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 210 EUR für ZFA, Mitarbeiter(in)

**Kurs-Nr.:** 10-01-034  
**Thema:** Dentale Trickkiste – Live  
**Referent:** Dr. Wolfram Bücking – Wangen im Allgäu  
**Termin:** 22.01.2010:  
14.30 – 20.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 175 EUR für ZA  
**Sonstiges:** 6 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-045  
**Thema:** Fit in der Praxis – Feldenkrais-Übungen für den beruflichen Alltag  
**Referent:** Jan-Olav Hinz – Schönbeek  
**Termin:**  
22.01.2010: 14.00 – 18.00 Uhr,  
05.02.2010: 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 150 EUR für ZA,  
115 EUR für ZFA, Mitarbeiter(in)  
**Sonstiges:** 11 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-009  
**Thema:** Provisorien, Schienen, Abdrucktechnik – Herstellung von Situationsabformungen und Provisorien  
**Referenten:** Dr. Eleonore Behrens – Kiel, ZTM Udo Gertler – Kiel, Kathlen Weber – Falkendorf  
**Termin:**  
26.01.2010: 09.00 – 17.00 Uhr,  
27.01.2010: 09.00 – 17.00 Uhr,  
03.03.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 685 EUR für ZFA, Mitarbeiter(in)

**Kurs-Nr.:** 10-01-008  
**Thema:** Angstabbau: Vom Gespräch über Suggestion zur Hypnose statt Narkose  
**Referent:** Dr. Albrecht Schmierer – Stuttgart  
**Termin:**  
29.01.2010: 14.30 – 19.00 Uhr,  
30.01.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 205 EUR für ZA,  
165 EUR für ZFA, Mitarbeiter(in)  
**Sonstiges:** 13 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-037  
**Thema:** Gelebtes QM – Lust statt Last  
**Referent:** Bernd Sandock – Berlin  
**Termin:**  
 29.01.2010: 15.00 – 18.00 Uhr,  
 30.01.2010: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 235 EUR für ZA,  
 185 EUR für ZFA, Mitarbeiter(in)  
**Sonstiges:** 10 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-030  
**Thema:** Qualifizierung zur Praxismanagerin – Modul 2 (von 4)  
 Effizientes Praxismarketing  
**Referent:** Jochen Frantzen – Rendsburg  
**Termin:** 30.01.2010:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 210 EUR für ZFA,  
 Mitarbeiter(in)

**Kurs-Nr.:** 10-01-035  
**Thema:** DVT-Kurs  
**Referenten:** Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang – Kiel, Dr. Kai Voss – Kirchbarkau, Dr. Dr. Stephan Becker – Kiel, Dr. Tobias Nitsche – Kiel, Barbara von Spreter – Kiel  
**Termin:** Teil 1: 30.01.2010:  
 10.00 – 18.00 Uhr,  
 Teil 2: 08.05.2010:  
 10.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Teil 1: ZMK Klinik, Casino, 9. Stock, Arnold-Heller-Str. 16, 24105 Kiel  
 Teil 2: Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 690 EUR für ZA  
**Sonstiges:** 16 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-038  
**Thema:** Endodontie der Zukunft – MTA (Mineral-Trioxyd-Aggregat)  
**Referent:** Dr. Thomas Clauder – Hamburg  
**Termin:** 03.02.2010:  
 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 165 EUR für ZA  
**Sonstiges:** 5 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-086  
**Thema:** Basisseminar Prävention für Zahnmedizinische Fachangestellte  
**Referent:** Dr. Falk Baus – Rendsburg  
**Termin:**  
 05.02.2010: 14.00 – 20.00 Uhr,  
 06.02.2010: 09.00 – 16.00 Uhr,  
 12.02.2010: 14.00 – 20.00 Uhr,  
 13.02.2010: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Praxis Dr. Baus, Schiffbrückenplatz 9, 24768 Rendsburg  
**Kursgebühr:** 590 EUR für ZFA,  
 Mitarbeiter(in)

**Kurs-Nr.:** 10-01-021  
**Thema:** Der richtige Einsatz von Schall- und Ultraschallgeräten bei der professionellen Zahnreinigung  
**Referentin:** Jutta Daus – Greifswald  
**Termin:**  
 05.02.2010: 15.00 – 19.00 Uhr,  
 06.02.2010: 09.00 – 13.00 Uhr  
**Ort:**  
 05.02.: Heinrich-Hammer-Institut,  
 06.02.: ZMK Klinik / ZMK Phantomsaal, Arnold-Heller-Str. 16, 24105 Kiel  
**Kursgebühr:** 265 EUR für ZFA,  
 Mitarbeiter(in)

**Kurs-Nr.:** 10-01-007  
**Thema:** Komplikationen und Misserfolge in der Parodontologie  
**Referentin:** Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger – Freiburg  
**Termin:** 06.02.2010:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 145 EUR für ZA  
**Sonstiges:** 8 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-019  
**Thema:** Prophylaxe und Prophylaxegespräche für die reiferen Patienten  
**Referentin:** Claudia Preuß – Bottrop  
**Termin:** 06.02.2010:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 110 EUR für ZFA,  
 Mitarbeiter(in)

**Kurs-Nr.:** 10-01-062  
**Thema:** GOZ-Seminar für Praxismitarbeiterinnen: Konservierende, endodontische und chirurgische Leistungen  
**Referentin:** Angela Starr – Kiel  
**Termin:** 10.02.2010:  
 15.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 45 EUR für ZFA,  
 Mitarbeiter(in)

**Kurs-Nr.:** 10-01-004  
**Thema:** Regenerative Maßnahmen in Parodontologie und Implantologie  
**Referenten:** Prof. Dr. George E. Romanos – New York (USA), Dr. Eleonore Behrens – Kiel  
**Termin:** 10.02.2010:  
 12.00 – 21.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 325 EUR für ZA  
**Sonstiges:** 11 Fortbildungspunkte

**Kurs-Nr.:** 10-01-026  
**Thema:** Gelebtes QM – Lust statt Last  
**Referent:** Bernd Sandock – Berlin  
**Termin:**  
 12.02.2010: 15.00 – 18.00 Uhr,  
 13.02.2010: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Heinrich-Hammer-Institut  
**Kursgebühr:** 235 EUR für ZA,  
 185 EUR für ZFA, Mitarbeiter(in)  
**Sonstiges:** 10 Fortbildungspunkte

**Auskunft:**  
 Heinrich-Hammer-Institut  
 ZÄK Schleswig-Holstein  
 Westring 496, 24106 Kiel  
 Tel.: 0431/260926-80  
 Fax: 0431/260926-15  
 e-mail: hhi@zaek-sh.de  
 www.zaek-sh.de

**LZK Berlin/  
 Brandenburg**

**PFAFF BERLIN**

**Fortbildungsangebot des  
 Philipp-Pfaff-Instituts Berlin**

**Thema:** Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz § 18 a RöV [8]  
**Referenten:** Dr. Veronika Hannak, Dr. Harald Potente, OA Dr. Christian Schleifele – Berlin  
**Termin:** 16.01.2010:  
 09.00 – 15.30 Uhr  
**Gebühr:** 95 EUR  
**Kurs-Nr.:** 3111.10

**Thema:** Strukturierte Fortbildung: Implantologie [86]  
**Moderator:** Prof. Dr. Dr. Volker Strunz – Berlin  
**Erster Termin:**  
 12.02.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,  
 13.02.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
 (insgesamt 11 Veranstaltungstage)  
**Gebühr:** 3 125 EUR  
**Kurs-Nr.:** 2014.6

**Thema:** Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz § 18 a RöV [8]  
**Referenten:** Dr. Veronika Hannak, Dr. Harald Potente, OA Dr. Christian Schleifele – Berlin  
**Termin:** 13.02.2010:  
 09.00 – 15.30 Uhr  
**Gebühr:** 95 EUR  
**Kurs-Nr.:** 3111.11

**Thema:** Curriculum Endodontie [96]  
**Moderator:** Prof. Dr. Michael Hülsmann – Göttingen  
**Erster Termin:**  
 19.02.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,  
 20.02.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
 (insgesamt 12 Veranstaltungstage)  
**Gebühr:** 3 325 EUR  
**Kurs-Nr.:** 4036.1

**Thema:** Strukturierte Fortbildung: Manuelle und Osteopathische Medizin in der ZHK [86]  
**Moderator:** Dr. Dirk Polonius – Aschau im Chiemgau  
**Erster Termin:**  
 19.02.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,  
 20.02.2010: 09.00 – 18.00 Uhr,  
 21.02.2010: 09.00 – 14.00 Uhr  
 (insgesamt 11 Veranstaltungstage)  
**Gebühr:** 2 545 EUR  
**Kurs-Nr.:** 1020.2

**Thema:** Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin [96]  
**Moderator:** Dr. Horst Freigang – Berlin  
**Erster Termin:**  
 26.02.2010: 14.00 – 20.00 Uhr,  
 27.02.2010: 09.00 – 18.00 Uhr  
 (insgesamt 12 Veranstaltungstage)  
**Gebühr:** 2 775 EUR  
**Kurs-Nr.:** 6030.2

**Thema:** Zahntrauma – Kompakt aktuell – effektiv – preisbezogen  
**Referent:** Prof. Dr. Andreas Filippi – Basel  
**Termin:** 26.02.2010:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 285 EUR  
**Kurs-Nr.:** 0601.1

**Thema:** Curriculum Kinder- und Jugendzahnmedizin [80]  
**Moderator:** Prof. Dr. Christian H. Splieth – Greifswald  
**Erster Termin:**  
 26.02.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,  
 27.02.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
 (insgesamt 10 Veranstaltungstage)  
**Gebühr:** 2 675 EUR  
**Kurs-Nr.:** 4020.4

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

## Kongresse

### ■ 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. Witkowski, ZTM R. Struck)  
 „Den Alltag bewältigen! Die tägliche Herausforderung an das Praxisteam“ (Fachliche Leitung: Dr. S. Fath)  
**Termin:** 15./16.01.2010  
**Ort:** Estrel Convention Center, Berlin  
**Auskunft:** Quintessenz Verlag, Kongress-Service  
 Komturstr. 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:** 15.01. – 17.01.2010  
**Ort:** Düsseldorf  
**Auskunft:**  
 www.dglo-jahrestagung.de

**8. Arbeitstagung der Sanitäts-offiziere: Zahnarzt im Sanitätskommando I**  
**Themen:** „Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisation mit Komposit“ (Prof. Dr. Bernd Klaiber – Würzburg)  
 „Prothetik und Chirurgie im Dialog“ (Prof. Dr. Ralph G. Luthardt – Ulm, OFA Prof. Dr. Dr. Alexander Schramm – Ulm)  
 „Neues aus der Zahnerhaltung und was kann ich im Alltag umsetzen?“ (Prof. Dr. Michael J. Noack – Köln)  
**Termin:** 20. – 22.01.2010:  
**Ort:** Congress Centrum Damp, Seeuferweg 10, 24351 Damp  
**Auskunft:** Sanitätskommando I, Abt. Gesundheitswesen  
 Dezernat 4 – Zahnmedizin  
 Feldstr. 213  
 24106 Kiel  
 Tel.: 0431/3847544  
 Fax: 0251/3847546  
 e-mail: Damp@compedens.com

**4. Hamburger Zahnärztetag**  
**Thema:** „Aktuelle prothetische Konzepte“ (mit Dentalausstellung)  
**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

**57. Winterfortbildungskongress Braunlage 2010**  
 der ZÄK Niedersachsen (mit Dentalausstellung)  
**Thema:** Zahnmedizin im Spannungsfeld zwischen Zahnerhalt und Zahnersatz: Neues aus Parodontologie und Implantologie  
**Termin:** 27.01. – 30.01.2010  
**Ort:** Maritim Hotel Braunlage  
**Programminformation:**  
 ZÄK Niedersachsen  
 Ansgar Zboron  
 Zeißstraße 11a, 30519 Hannover  
 Tel.: 0511/83391-303  
 Fax: 0511/83391-306  
 azboron@zkn.de  
 www.zkn.de

**14. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**  
**Thema:** Ästhetische Gesichtschirurgie  
**Termin:** 27.01. – 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:** Diagnostik und Therapie der craniomandibulären Dysfunktion  
**Wissenschaftliche Leitung:**  
 Prof. Dr. Klaus Louis Gerlach – Universitätsklinikum Magdeburg  
**Referenten:** Prof. Dr. Stefan Kopp – Frankfurt/Main, Dr. Gernot Plato – Rendsburg  
**Festvortrag:** Prof. Dr. Hans Herbert von Arnim – Speyer  
**Thema:** Gemeinwohl und seine Gefährdungen  
**Termin:** 30.01.2010:  
 09.30 – 13.30 Uhr  
**Ort:** Magdeburg, Herrenkrug Parkhotel  
**Auskunft/Anmeldung:**  
 ZÄK Sachsen-Anhalt  
 Postfach 3951, 39014 Magdeburg  
 Frau Einecke: 0391/73939-14  
 Frau Bierwirth: 0391/73939-15  
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder bierwirth@zahnaerztekammer-sah.de

## ■ Februar

### ICCMO-Kongress in Berlin

**Veranstalter:** ICCMO

(International College of Cranio-Mandibular Orthopedics)

**Termin:** 04.02. – 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 Kostengesichtspunkten

**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. Figgner

Polikli. für Zahnärztliche Prothetik

Waldeyerstr. 30

48149 Münster

Tel.: 0251/8347084

Fax: 0251/8347182

e-mail: weersi@uni-muenster.de

### 5. Internationales Wintersymposium

**Thema:** Implantologie in schwierigem Umfeld – wirtschaftlich und medizinisch

**Termin:** 20. – 27.02.2010

**Ort:** Zürs am Arlberg

**Auskunft:** Deutsche Gesellschaft

für Orale Implantologie

Bruchsalter Str. 8

76703 Kraichtal

Tel.: 07251/618996-0

Fax: 07251/618996-26

semmler@dgoi.info

www.dgoi.info

### 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

### 39. Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung

**Veranstalter:** Österreichische Gesellschaft für Kieferorthopädie

**Termin:** 06.03. – 13.03.2010

**Ort:** Kitzbühel – WKO Wirtschaftskammer Tirol

**Themen:** Vielfalt der Mikroschraubenverankerung, Damon oder nicht Damon, Schwierige Zahnbewegungen im Unterkiefer, ...

**Wissenschaftliche Leitung:**

Univ.-Prof. DDr. Martin Richter –

Innsbruck, Univ.-Prof. Dr. H.-P.

Bantleon – Wien, Univ.-Prof. Dr. H.

Droschl – Graz

**Auskunft:**

Ärztzentrale Med.info

Helferstorferstraße 4

A-1014 Wien

Tel.: 0043-1-53116-38

Fax: 0043-1-53116-61

e-mail: azmediainfo@media.co.at

www.oegkfo.at

### 1st International Orthodontic

**Meeting**

**Termin:** 07./08.03.2010

**Ort:** Dubai, United Arab Emirates

**14th UAE International Dental Conference & Exhibition – AEEDC Dubai 2010**

**Termin:** 09.03. – 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

### 56. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

**Thema:** Zahnerhaltung = Lebensqualität. Aktuelle präventive und restaurative Konzepte

**Tagungspräsident:** Prof. Dr. Bernhard Klaiber – Würzburg

**Termin:** 17.03. – 20.03.2010

**Ort:** Gütersloh

**Auskunft:**

Akademie für Fortbildung der

ZÄKWL (Frau Brümmer)

Auf der Horst 31

48147 Münster

Tel.: 0251/507-627

Fax: 0251/507-619

annika.bruemmer@zahnaerzte-

wl.de

**11. Exponential**

**Veranstalter:** IFEMA International  
**Termin:** 11.03. – 13.03.2010  
**Ort:** Madrid  
**Auskunft:**  
 e-mail: ifema@t-online.de

**17. Schleswig-Holsteinischer Zahn-Ärztetag**

**Thema:** Der Schmerzpatient  
**Termin:** 27.03.2010  
**Ort:** Holstenhallen in Neumünster  
**Auskunft:** KZV Schleswig-Holstein  
 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

**DDHV-Fortbildungstagung 2010**

**Veranstalter:** Deutscher Dental-  
 hygienikerInnen Verband e.V.  
**Termin:** 17.04.2010  
**Ort:** ArabellaSheraton  
 Bogenhausen, Arabellastr. 5,  
 81925 München  
**Themen:** „Okklusion, Kiefergelenk  
 und Wirbelsäule / Zähne und ihr  
 Einfluss auf den Gesamtorganismus“ –  
 Dr. Hans-Jürgen Schmitter;  
 „Einfluss der Parodontitis-Behand-

lung auf Arterielle Gefäßsteifigkeit“  
 – Dr. Johannes Baulmann;  
 „Traditionelle Chinesische Medizin  
 / Zungendiagnostik: Befunde und  
 Ursachen“ – Dr. Oliver Gerlach;  
 6 Fortbildungspunkte  
**Gebühr:** Teilnehmer 240 EUR,  
 DH-Mitglieder und in Dtl. fortgebil-  
 dete DHs 180 EUR  
**Auskunft:** DDHV-Geschäftsstelle  
 Beatrix Baumann  
 Obere Bachgasse 20  
 93047 Regensburg  
 Tel.: 0941/91069210  
 Fax: 0941/997859  
 Beatrix.Baumann@gmx.de

**10. GZM-Netzwerkkongress**

**Thema:** Interdisziplinäre Parodon-  
 tologie = Parodontitis ist keine  
 Erkrankung der Mundhöhle,  
 sondern eine Systemerkrankung  
**Veranstalter:** Internationale Gesell-  
 schaft für Ganzheitliche Zahn-  
 Medizin e.V., Netz-Werk-Medizin-  
 Gesellschaft  
**Termin:** 23./24.04.2010  
**Ort:** Karlsruhe  
**Auskunft:**  
 info@netz-werk-medizin.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 Oberkiefer-  
 front – 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:** 27.05. – 29.05.2010  
**Ort:** Basel  
**Auskunft:** info@dental2010.ch  
 www.dental2010.ch

■ **Juni****CARS 2010 – Computer Assisted Radiology and Surgery.**

**24th International Congress and Exhibition**  
**Termin:** 23. – 26.06.2010  
**Ort:** University Medical Center,  
 Geneva, Switzerland  
**Auskunft:** CARS Conference Office  
 Im Gut 15  
 79790 Kuessaberg  
 Tel.: +49/7742-922-434  
 Fax: +49/7742-922-438  
 e-mail: office@cars-int.org  
 www.cars-int.org

**Wissenschaftliche Gesellschaften****DGZH****Regionalstelle Stuttgart**

**Thema:** Schnupperseminar für  
 Zahnärzte: Einführung in die me-  
 dizinische Hypnose für Zahnärzte  
 und Ärzte  
**Termin:** 14.01.2010:  
 20.00 – 22.00 Uhr  
**Ort:** DGZH-Regionalstelle  
 Stuttgart, Esslinger Str. 40,  
 70182 Stuttgart, 4. Stock  
**Fortbildungspunkte:** 2  
**Referent/in:** Dr. A. Schmierer



**Auskunft:** Marion Jacob  
DGZH-Regionalst. Stuttgart  
Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart  
Tel.: 0711/2363761  
Fax: 0711/244032  
e-mail: mail@dgzh-stuttgart.de  
www.dgzh-stuttgart.de

#### Regionalstelle Niedersachsen

**Thema:** NLP-Masterkurs M7:  
Sprachmodelle für Fortgeschrittene  
**Termin:**  
15.01.2010: 14.00 – 20.00 Uhr,  
16.01.2010: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** 13  
**Referentin:** Anke Handrock  
**Kursgebühr:** 450 EUR  
(425 EUR für DGZH-Mitglieder)

**Thema:** NLP-Masterkurs M8:  
Teileseminar  
**Termin:**  
26.02.2010: 14.00 – 20.00 Uhr,  
27.02.2010: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** 13  
**Referentin:** Anke Handrock  
**Kursgebühr:** 450 EUR  
(425 EUR für DGZH-Mitglieder)

**Auskunft:**  
Ute Neumann-Dahm  
DGZH-Regionalst. Niedersachsen  
Regierungsstr. 24  
39104 Magdeburg  
Tel.: 0391/603350  
Fax: 0391/6209963  
www.dgzh-niedersachsen.de

#### Regionalstelle Westfalen-Lippe

**Thema:** Z2 Grundlagen der  
zahnärztlichen Hypnose  
**Termin:**  
22.01.2010: 14.00 – 20.00 Uhr,  
23.01.2010: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** SR Seminare, 59320 Enniger-  
loh, Margarethenplatz 12  
**Referent:** Prof. Dr. Christian Rauch  
**Sonstiges:** Der Kurs wird als  
Z2-Kurs zur Erlangung des Zertifi-  
kats Zahnärztliche Hypnose  
(DGZH) anerkannt.  
**Kursgebühr:** 485 EUR  
(450 EUR für DGZH-Mitglieder)

**Auskunft:**  
Sekretariat Prof. Dr. Rauch  
Eckestr. 18, 59320 Ennigerloh  
Tel.: 02524/1515  
Fax: 02524/951518  
e-mail: zahnheilkunde@gmx.de

## DKGOI

### Fortbildungsveranstaltung

**Thema:** Minimalinvasive Implantolo-  
gie, Kursreihe 2  
**Termin:** 29./30.01.2010,  
12./13.02.2010, 12./13.03.2010  
**Ort:** Baden-Baden  
**Kursgebühr:**  
Mitglieder DKGOI: 1 900 EUR,  
Nichtmitglieder: 2 500 EUR

**Auskunft und Anmeldung:**  
DKGOI (Deutsche Gesellschaft für  
Orale Implantologie)  
Frau Semmler  
Mo. bis Fr. 8.15 bis 12.15 Uhr  
Bruchsaler Str. 8  
76703 Kraichtal  
Tel.: 07251/618996-15  
Fax: 07251/618996-26

## 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:** Blick hinter die Kulissen  
**Veranstalter:** Corona Lava™  
Fräszentrum Starnberg  
**Termin:** 27.01.2010: 14.00 Uhr  
**Ort:** Starnberg  
**Sonstiges:** Ref.: ZT Johannes  
Semrau  
**Kursgebühr:** kostenfrei  
**Auskunft:** Corona Lava™  
Münchner Str. 33  
82319 Starnberg  
Tel.: 08151/555388  
Fax: 08151/739338  
e-mail: info@lavazentrum.de  
www.lavazentrum.com

**Thema:** Jugendprophylaxe –  
Das Praxiskonzept  
**Veranstalter:** FZM e.V. Nürnberg  
**Termin:** 03.02.2010:  
14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Zahnärztehaus Nürnberg,  
3. Stock, Raum 34  
**Kursgebühr:** 50 EUR für Mitglieder  
FZM und AZ, 100 EUR für Nicht-  
mitglieder  
**Auskunft:** Förderkreis Zahnge-  
sundheit Mittelfranken (FZM) e.V.  
Neuselsbrunn 6, 90471 Nürnberg  
Tel.: 0911/28523-70  
Fax: 0911/28523-69  
www.fzm-ev.de

**Thema:** Craniosacraltherapie Kurs 1  
**Veranstalter:** Aufwind  
Consulting GmbH  
**Termin:** 04./05.02.2010  
**Ort:** Schlehdorf in Obb  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Martina Ober-  
meyer; 17 Punkte  
**Kursgebühr:** 650 EUR steuerfrei  
**Auskunft:** Dr. Martina Obermeyer  
Aufwind Consulting  
Kocheler Straße 1  
82444 Schlehdorf am Kochelsee  
Tel.: 08851/6156-91  
Fax: 08851/6156-90  
e-mail: info@aufwind.org

**Thema:** Das Konzept der kraniofa-  
zialis Orthopädie Teil I  
1. Kurs des Curriculums Zahnärzt-  
liche Funktionsdiagnostik und  
-therapie  
**Veranstalter:** Haranni Academie  
Fortbildungszentrum für Heilberu-  
fe, Herne  
**Termin:**  
05.02.2010: 10.00 – 18.00 Uhr,  
06.02.2010: 09.00 – 16.30 Uhr  
**Ort:** Haranni Academie, Herne  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Erich Würh  
**Kursgebühr:** 580 EUR inkl.  
Tagungspauschale zzgl. MwSt.,  
480 EUR f. Ass. mit KZV-Nachweis  
**Auskunft:** Haranni Academie  
Schulstr. 30, 44623 Herne  
Ansprechpartn.: Renate Dömpke  
Tel.: 02323/9468-300  
Fax: 02323/9468-333

**Thema:** Craniosacraltherapie Kurs 2  
**Veranstalter:** Aufwind  
Consulting GmbH  
**Termin:** 06./07.02.2010  
**Ort:** Schlehdorf in Obb  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Martina Ober-  
meyer; 17 Punkte  
**Kursgebühr:** 650 EUR steuerfrei

**Auskunft:** Dr. Martina Obermeyer  
Aufwind Consulting  
Kocheler Straße 1  
82444 Schlehdorf am Kochelsee  
Tel.: 08851/6156-91  
Fax: 08851/6156-90  
e-mail: info@aufwind.org

**Thema:** 29. Internationales Symposium für MKG-Chirurgen, Oralchirurgen und Zahnärzte  
**Veranstalter:** Prof. Dr. Dr. Esser  
**Termin:** 06. – 12.02.2010  
**Ort:** St. Anton am Arlberg, Österreich

**Sonstiges:** Themen: Implantologie, Lebensqualität, DVT, Bisphosphonate, freie Themen, Workshops, Aktualisierung im Strahlenschutz  
**Kursgebühr:** Teilnehmer: 300 EUR, Referenten: 200 EUR  
**Auskunft:** ICOS, ImplantatCentrum Osnabrück, Prof. Dr. Dr. Esser  
Am Finkenhügel 3  
49076 Osnabrück  
Tel: 0541/760699-0  
Fax: 0541/760699-10  
e-mail: mail@icosnet.de  
www.icosnet.de

**Thema:** Kinesiologie Kurs 1  
**Veranstalter:** Aufwind Consulting GmbH  
**Termin:** 11./12.02.2010  
**Ort:** Schlehdorf in Obb  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte  
**Kursgebühr:** 650 EUR steuerfrei  
**Auskunft:** Dr. Martina Obermeyer  
Aufwind Consulting  
Kocheler Straße 1  
82444 Schlehdorf am Kochelsee  
Tel.: 08851/6156-91  
Fax: 08851/6156-90  
e-mail: info@aufwind.org

**Thema:** Hart- und Weichgewebsmanagement  
**Veranstalter:** Dentaurum Implants GmbH  
**Termin:** 13.02.2010  
**Ort:** Berlin  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Stephan Kressin; 9 Fortbildungspunkte  
**Kursgebühr:** 295 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Irene Kunzmann  
Dentaurum Implants GmbH  
Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
Tel.: 07231/803-470  
Fax: 07231/803-409  
e-mail: kurse@dentaurum.de  
www.dentaurum.de

**Thema:** Kinesiologie Kurs 2  
**Veranstalter:** Aufwind Consulting GmbH  
**Termin:** 13./14.02.2010  
**Ort:** Schlehdorf in Obb  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte  
**Kursgebühr:** 650 EUR steuerfrei  
**Auskunft:** Dr. Martina Obermeyer  
Aufwind Consulting  
Kocheler Straße 1  
82444 Schlehdorf am Kochelsee  
Tel.: 08851/6156-91  
Fax: 08851/6156-90  
e-mail: info@aufwind.org

**Thema:** Sterben, Trauer, Tod – die alltägliche Begegnung  
**Veranstalter:** KomMed Ute Jürgens  
**Termin:** 16./17.02.2010 (alternativ: 23./24.11.2010)  
**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:** Logopädische Aufstellung und Individualisierung eines Konfektionszahns und eines Prothesensegments  
**Veranstalter:** Westerburger Kontakte  
**Termin:** 19./20.02.2010  
**Ort:** 56457 Westerburg  
**Sonstiges:** Ref.: ZTM Bernd van der Heyd, Dr. Diether Reusch, ZA Jan Strüder  
**Kursgebühr:** 800 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Westerburger Kontakte  
Schloss Westerburg  
56457 Westerburg  
Tel.: 02663/91190-30  
Fax: 02663/91190-34  
www.westerburgerkontakte.de

**Thema:** 5. Dentale weiße Welt  
**Veranstalter:** Flemming Dental  
**Termin:** 21. – 25.02.2010  
**Ort:** Kitzbühel, Österreich  
**Sonstiges:** 18 Fortbildungspunkte  
**Kursgebühr:** Teilnehmer: 999 EUR, Begleitpersonen: 590 EUR

**Auskunft:** Flemming Dental Service GmbH  
Sibylle Prister  
Hammerbrookstr. 90  
20097 Hamburg  
Tel.: 040/32102-402  
Fax: 040/32102-149  
e-mail: sibylle.prister@Flemming-Dental.com  
www.flemming-dental.de

**Thema:** Dentalfachberatung – Patientenberatung in der Zahnarztpraxis  
**Veranstalter:** FZM e.V. Nürnberg  
**Termin:** 24.02.2010: 14.00 – 22.00 Uhr  
**Ort:** Zahnärzthehaus Nürnberg, 3. Stock, Raum 34  
**Kursgebühr:** 50 EUR für Mitglieder FZM und AZ, 100 EUR für Nichtmitglieder  
**Auskunft:** Förderkreis Zahngesundheit Mittelfranken (FZM) e.V.  
Neuselsbrunn 6  
90471 Nürnberg  
Tel.: 0911/28523-70  
Fax: 0911/28523-69  
www.fzm-ev.de

**Thema:** Anwendertreffen  
**Veranstalter:** Corona Lava™ Fräszentrum Starnberg  
**Termin:** 24.02.2010: 18.00 Uhr  
**Ort:** Starnberg  
**Sonstiges:** Ref.: ZT Johannes Semrau  
**Kursgebühr:** kostenfrei  
**Auskunft:** Corona Lava™  
Münchner Str. 33  
82319 Starnberg  
Tel.: 08151/555388  
Fax: 08151/739338  
e-mail: info@lavazentrum.de  
www.lavazentrum.com

**Thema:** KFO-Abrechnung sattelfest – Einsteigerkurs  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG  
**Termin:** 24.02.2010  
**Ort:** Hamburg  
**Sonstiges:** Ref.: Dipl.kff. Ursula Duncker; 6 Fortbildungspunkte  
**Kursgebühr:** 229 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Sabine Trautmann  
Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG  
Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
Tel.: 07231/803-470  
Fax: 07231/803-409  
e-mail: kurse@dentaurum.de  
www.dentaurum.de

**Thema:** Modellgusskurs I – Grundkurs  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG  
**Termin:** 25./26.02.2010  
**Ort:** Ispringen (bei Pforzheim)  
**Sonstiges:** Ref.: ZTM Thomas Mensing  
**Kursgebühr:** 299 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Sabine Trautmann  
Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG  
Turnstr. 31  
75228 Ispringen  
Tel.: 07231/803-470  
Fax: 07231/803-409  
e-mail: kurse@dentaurum.de  
www.dentaurum.de

**Thema:** Blick hinter die Kulissen  
**Veranstalter:** Corona Lava™ Fräszentrum Starnberg  
**Termin:** 26.02.2010: 14.00 Uhr  
**Ort:** Starnberg  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Reinhard Kanzler  
**Kursgebühr:** kostenfrei  
**Auskunft:** Corona Lava™  
Münchner Str. 33  
82319 Starnberg  
Tel.: 08151/555388  
Fax: 08151/739338  
e-mail: info@lavazentrum.de  
www.lavazentrum.com

**Thema:** Herstellung einer Teleskopkrone aus emf mit der Spezialeinbettmasse rema® TT und der Legierung remanium® star  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG  
**Termin:** 26.02.2010  
**Ort:** Münster  
**Sonstiges:** Ref.: ZTM Carsten Haake  
**Kursgebühr:** 249 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Sabine Trautmann  
Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG  
Turnstr. 31  
75228 Ispringen  
Tel.: 07231/803-470  
Fax: 07231/803-409  
e-mail: kurse@dentaurum.de  
www.dentaurum.de

**Thema:** 1. Deutscher Halitosis-Tag  
**Veranstalter:** Quintessenz Verlag in Kooperation mit GABA  
**Termin:** 26./27.02.2010  
**Ort:** The Dahlem Cube, Seminaris CampusHotel Berlin  
**Sonstiges:** Wiss. Leitung: Prof. Dr. A. Filippi, PD Dr. R. Seemann, Prof. Dr. Ch. Benz

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

**Thema:** Typodontkurs IV –  
Spezial-Biegekurs  
**Veranstalter:** Dentaurum J.P.  
Winkelstroeter KG  
**Termin:** 26./27.02.2010  
**Ort:** Ispringen (bei Pforzheim)  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Oliver Bacher;  
18 Fortbildungspunkte  
**Kursgebühr:** 699 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Sabine Trautmann  
Dentaurum J.P. Winkelstroeter KG  
Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
Tel.: 07231/803-470  
Fax: 07231/803-409  
e-mail: kurse@dentaurum.de  
www.dentaurum.de

**Thema:** Implantationskurs an  
Humanpräparaten  
**Veranstalter:** Dentaurum Implants  
GmbH  
**Termin:** 27.02.2010  
**Ort:** Ulm  
**Sonstiges:** Ref.: Prof. Dr. T. M.  
Böckers, Dr. Joachim Hoffmann;  
9 Fortbildungspunkte  
**Kursgebühr:** 460 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Irene Kunzmann  
Dentaurum Implants GmbH  
Turnstr. 31, 75228 Ispringen  
Tel.: 07231/803-470  
Fax: 07231/803-409  
e-mail: kurse@dentaurum.de  
www.dentaurum.de

**Thema:** „Was haben Sie gesagt?“ –  
Wege zu einem schnelleren und  
besseren Verständnis des Patienten  
**Veranstalter:** KomMed Ute Jürgens  
**Termin:** 27./28.02.2010  
(alternativ: 14./15.08.2010)  
**Ort:** Lillenthal  
**Sonstiges:** 16 Fortbildungspunkte  
**Kursgebühr:** 290 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Ute Jürgens, KomMed  
Peter-Sonnenschein-Str. 59  
28865 Lillenthal  
Tel.: 04298/469977  
Fax: 04298/469978  
e-mail: KomMed@freenet.de  
www.kommed-coaching.de

## **Bekanntmachungen**

### **ZÄK Westfalen-Lippe**

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

**Samstag, dem 30. Januar 2010**  
um **9.00 Uhr s.t.** in **Münster**,  
Mövenpick Hotel Münster  
Kardinal-von-Galen Ring 65  
48149 Münster

statt. Die Sitzung ist gem. § 6 (2)  
der Satzung für Kammerange-  
hörige öffentlich.

Dr. Walter Dieckhoff, Präsident

### **Verlust von Kammerausweisen**

#### **LZK Baden- Württemberg**

Dr. Erich Kleinknecht  
Wernhaldenstr. 45  
70184 Stuttgart  
geb. 27.10.1950

Kontakt:  
BZK Stuttgart  
Albstadtweg 9  
70567 Stuttgart  
Tel.: 0711/7877-0  
Fax: 0711/7877-238

Dr. Roland Meint  
Steinbruchstr. 3  
72074 Tübingen  
geb. 09.12.1954

Kontakt:  
BZK Tübingen  
Bismarckstr. 96  
72072 Tübingen  
Tel.: 07071/911-0  
Fax: 07071/911-209/233

EU-Reform des Telekomsektors

## Im Zweifel für den Angeklagten

**Die auf europäischer Ebene diskutierte willkürliche Sperrung von Internetzugängen ist vom Tisch. Unterhändler des EU-Parlaments und der Mitgliedsstaaten einigten sich darauf, dass User, deren Zugang zum Netz blockiert werden soll, offiziell angehört werden müssen. Bis ein Vergehen bewiesen ist, gilt die Unschuldsvermutung.**

Nur in dringenden Fällen, beispielsweise bei Verdacht auf Verbreitung von Kinderpornografie oder Terroraktivitäten, soll auf die Anhörung verzichtet werden. Ausgelöst

– mittlerweile wurde das Gesetz von den französischen Verfassungsrichtern gekippt.

Auch für viele europäische Politiker kam eine solche Regelung auf Bündnisebene nicht

infrage: Sie beschneide die Rechte der Bürger zu stark.

EU-Telekomkommissarin Viviane Reding lobte den jetzigen Beschluss deswegen als einen Sieg für Rechte und Freiheiten.

Trotzdem bleibt die Regelung ein Kompromiss. Viele EU-Politiker hatten dafür plädiert, dass für eine Sperrung ein richterlicher Beschluss vorgewiesen werden muss.

Der Richtervorbehalt wurde aber nicht im Paket verankert, da er einen unzulässigen Eingriff in die Hoheitsrechte der Mitgliedstaaten dargestellt hätte.

Auf nationaler Ebene bleibt die Einführung eines Richtervorbehalts aber möglich. Die Beschlüsse für die Reform des 300 Milliarden schweren Telekomsektors treten Anfang 2010 in Kraft. Danach haben die Mitgliedstaaten bis Mitte

2011 Zeit, die Regelungen in nationales Recht umzusetzen.

### Kampf den Raubkopierern

Die Grünen im Europaparlament haben bereits angekündigt, dass sie die Umsetzung der Regeln genau verfolgen werden. Würde sich zeigen, dass Regierungen die Ausnahmeklausel missbrauchten, „müssen die Demokraten vor Gericht ziehen“, sagte der

belgische Grünen-Delegierte Philippe Lamberts. Auch der Europäische Verbraucherschutzbund (BEUC) will „ein Auge auf die Entwicklungen in allen Mitgliedstaaten haben“. Unter welchen Voraussetzungen Internetsperren erlaubt sind, war nur ein kleiner Teil des verhandelten Pakets. Mit dem Regelwerk will die EU die Entwicklung eines einheitlichen Telekommunikationsmarktes vorantreiben. Insgesamt enthält es die Überarbeitung von fünf rechtlichen Richtlinien zur Telekommunikationsregulierung.

### Verbraucher stärken

Unter anderem wurden die Verbraucherrechte von Telefon- und Mobilfunkkunden gestärkt. Sie sollen künftig innerhalb eines Tages den Anbieter wechseln und dabei ihre Telefonnummer mitnehmen können. Eine weitere Neuerung: Die Frequenzvergabe für mobile Breitbandnetze soll nach dem Willen der EU flexibler werden. Im Telekompaket wurde festgeschrieben, dass die durch die Umstellung auf digitales Fernsehen frei werdenden Frequenzen zur drahtlosen Internetversorgung genutzt werden können. Ziel ist es, ländliche Regionen mit leistungsfähigen Internetanschlüssen zu versorgen.

Geschaffen wurde das „Gremium Europäischer Regulierungsstellen für elektronische Kommunikation“ (GEREK). Seine Mitglieder – Vertreter der 27 nationalen Telekommunikationsaufsichtsbehörden – können mit der EU-Kommission ein Veto gegen nationale Regulierungsentscheidungen einlegen. Letztlich entschieden wird jedoch auf nationaler Ebene.

Susanne Theisen  
Freie Journalistin in Köln  
SusanneTheisen@gmx.net



Foto: MEV

Die Sperrklausel ist in der EU vom Tisch. Der Schritt, mutmaßlichen Raubkopierern nach drei Rügen den Saft abzudrehen, ging vielen zu weit.

wurde die Diskussion um die Sperrklausel, weil sich die EU-Politiker nicht auf ein Vorgehen bei Urheberrechtsverletzungen einigen konnten. Zum Hintergrund: Das von der französischen Regierung im Kampf gegen Raubkopierer verabschiedete Gesetz stieß in Brüssel auf Protest.

Die Führung in Paris wollte Internetprovidern nämlich das Recht einräumen, mutmaßlichen Raubkopierern nach drei Verwarnungen den Internet-Hahn abzudrehen

Deutscher Zahnärztag 2009

## Studententag wurde zum vollen Erfolg

Der Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V. (BdZM) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) luden im Rahmen des deutschen Zahnärztes 2009 in München zu einem speziellen Programm für Zahnmedizinstudierende und junge Zahnmediziner ein.



Gut besucht, aber ausschließlich von Studenten der klinischen Semester – der Studententag beim Deutschen Zahnärztag

Dieser Einladung folgten über 250 Studierende aus ganz Deutschland. Vorwiegend waren Zahnmedizinstudenten aus dem klinischen Teil anwesend. Damit stand der Samstag ganz im Zeichen der Nachwuchszahnmediziner. Inhalt des Studententages

**„Gehen Sie selbstbewusst an Ihre Arbeit heran, wir als Berufsstand müssen uns nicht verstecken!“**

*Dr. Dietmar Oesterreich*

waren unterschiedlichste Themenfelder, bei denen sowohl der wissenschaftlich-fachliche Bereich der Zahnmedizin Beachtung fand als auch das Thema Lehre an den Universitäten sowie ein umfassender berufspolitischer Komplex. Der Austausch von Ideen und Projekten, die an einzelnen deutschen Fakultäten laufen, stand ebenso im Fokus und initiierte interessante Diskussionen, einzelne Projekte spornten sogar zum Nachahmen an.

Nachdem die Teilnehmer durch David Rieforth, 1. Vorsitzender des BdZM und Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Präsident der

DGZMK, begrüßt worden waren, begann das Programm mit dem Vortrag „CAD/CAM-Vollkeramik“ von Prof. Dr. Daniel Edelhoff aus München. Den fachlichen Teil bestimmten zudem der Vortrag „Implantologie: Licht und Schatten – chirurgisch und prothetisch“ von Dr. Lutz und Dr. Schmitt aus Erlangen sowie der Abschlussvortrag „Implantattherapie“ von Dr. Markus Hürzeler aus München. Hürzeler gilt als erfahrener Praktiker und Hochschullehrer und konnte das Fachgebiet Implantologie spannend „rüberbringen“.

### Lernen heute – Lernen morgen

Ein wichtiger Aspekt der Veranstaltung war die Vorstellung von BdZM und DGZMK durch David Rieforth beziehungsweise Professor Hoffmann, wobei den Studierenden Einblicke in Historie und Arbeit des Verbands und der Fachgesellschaft gewährt wurden. Die beiden folgenden Vorträge



Prof. Kordaß erklärt e-learning.



Viele Studentenvertreter brachten sich aktiv in die Veranstaltung in München ein.

widmeten sich der Lehre an den Universitäten – unter dem Titel „Lernen heute – Lernen morgen“ stellte Prof. Dr. Bernd Kordaß aus Greifswald moderne Ansätze der zahnmedizinischen Lehre heute vor. David Rieforth (BdZM) und Art Timmermeister vom Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni (BdZA) näherten sich dem Thema im Anschluss über einige grundsätzliche Fragestellungen zur heutigen Lehrsituation und lieferten den Studie-

renden damit wichtige Denkanstöße, vor allem dazu, sich bewusst mit dem Thema auseinanderzusetzen und die Verbesserung der Lehre über die zahnmedizinischen Fachschaften und die kommende Zufriedenheitsstudie Zahnmedizinische Studierende (ZuZa) selbst zu beeinflussen.

### **Freiberuflichkeit bedeutet Rechte aber auch Pflichten**

Den berufspolitischen Themenkomplex leitete der Vortrag von Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), ein. Dr. Oesterreich versicherte den Anwesenden im Namen der BZÄK, welcher hohen Stellenwert die junge Generation schon heute für die Standespolitik einnimmt. Er erläuterte, welche Möglichkeiten und Chancen bereits von jungen Zahnmedizinern genutzt werden sollten, damit wichtige berufspolitische Aspekte der Zukunft, wie die Erhaltung der Freiberuflichkeit, aber auch das Ziel, endlich eine neue Approbationsordnung für das Zahnmedizinische Studium umzusetzen, erreicht werden können. Oesterreich zeigte Möglichkeiten auf für das Leben nach dem Studium und machte auf die Feminisierung des Berufsstandes aufmerksam. Er machte deutlich, dass in der demographischen Entwicklung eine Chance für die jungen Zahnmediziner liegt. „Der Berufsstand braucht

Konzepte für die „No-Goes“ und die Kompetenz, diese fachgerecht zu behandeln!“ forderte der Referent. Er rückte hiermit auch das Ethos der Gemeinwohlverpflichtung ins Visier, denn, so Österreich, „Freiberuflichkeit gibt zwar Rechte, aber bedeutet auch Pflichten!“

Die Zusammenarbeit der Bundeszahnärztekammer mit der jungen Generation spiegelt sich auch in dem Projekt Berufskunde 2020 wider. Jan-Philipp Schmidt, Vorsitzender des Bundesverbandes der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA) stellte das Projekt, das BdZA und BZÄK gemeinsam mit den Studierenden initiiert haben, vor und verwies dabei auf die Notwendigkeit, sich – neben dem Erwerb des

fachlichen Wissens im Studium – auch den wichtigen Aspekten der berufsbegleitenden Themen frühzeitig zuzuwenden.

Das Thema Fortbildung wurde dann auch noch einmal in dem Vortrag von Dr. Norbert Grosse aufgegriffen, der unter anderem die Arbeit der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) vorstellte.

Die Sitzungen der Zahnredaktion und der Arbeitsgruppe des Zahnmedizinischen Austauschdienstes (ZAD) rundeten das Programm des 5. Deutschen Studententages ab. sp/pm



Foto: BZÄK

„Der Staat hat uns mit der Selbstverwaltung die Chance gegeben, unsere Berufsausübung aktiv zu gestalten.“

BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich als Vertreter aus der Standespolitik

## zm-Info

### **Bundesverband der Zahnmed.-Alumni**

Nach der Gründung des Bundesverbandes der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA) am Anfang dieses Jahres ging pünktlich zum Deutschen Zahnärztetag 2009 im November in München die neue Website des BdZA, [www.bdza.de](http://www.bdza.de), online. Auf der Internetseite des Verbands können sich alle Interessierten über die Aktivitäten der Organisation für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte informieren. sp

Steuerliche Aspekte beim Praxisverkauf

## Den richtigen Zeitpunkt planen

**Für Zahnärzte, die ihre Praxis abgeben möchten, ist die steuerliche Belastung des realisierten Gewinns immer ein zentrales Thema. Denn erst wenn der Fiskus seinen Obolus erhalten hat, steht fest, über wie viel Geld der Zahnarzt verfügen kann. Dabei gibt es einige wichtige Punkte, die bei einem Praxisverkauf zu beachten sind.**



Foto: MEV

Lange genug praktiziert? Wer an die Abgabe der Praxis denkt, sollte dies gut planen.

### Veräußerungsgewinn

Der steuerliche Veräußerungsgewinn entspricht nicht dem Verkaufspreis. Der Fiskus legt bei der Besteuerung des Praxisverkaufs lediglich den Veräußerungsgewinn, nicht den Veräußerungspreis zugrunde. Dieser Veräußerungsgewinn ist deutlich niedriger und unterscheidet sich normalerweise erheblich vom Veräußerungspreis. Des Weiteren ist dieser Gewinn steuerlich begünstigt, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Damit der Zahnarzt nicht unnötig seine Steuerlast erhöht, sollen folgende Erläuterungen Aufschluss geben:

Zur Ermittlung des Veräußerungsgewinns sind von dem Veräußerungspreis (alles, was der Praxisinhaber für seine Praxis erhält) die Veräußerungskosten sowie die Buchwerte des übertragenen Praxisvermögens abzuziehen. Werden Wirtschaftsgüter des Praxisver-

mögens nicht mit veräußert, sondern in das Privatvermögen des Zahnarztes entnommen, ist der Veräußerungspreis der Praxis um den gemeinen Wert der entnommenen Wirtschaftsgüter zu erhöhen.

Beispiel (siehe Kasten): Ein Zahnarzt hat seinen PKW bisher im Praxisvermögen. Bei dem Praxisverkauf hat er nun die Möglichkeit, den PKW an den Erwerber der Praxis zu

veräußern. Dann würde der Verkaufswert des PKW den Veräußerungspreis der Praxis erhöhen. Will der Zahnarzt jedoch den PKW weiter privat nutzen, muss er sich den gleichen Veräußerungserlös anrechnen lassen, als wenn er den PKW einem Fremden verkauft hätte. Somit erhöht sich der Veräußerungspreis der Praxis rein rechnerisch (im Beispiel um 20 000 Euro), auch wenn tatsächlich gar kein Geld fließt. Gleiches gilt für andere, meist dem persönlichen Geschmack unterliegende Gegenstände, wie etwa Teppiche, Kunstgegenstände oder Schränke, die der Praxis entnommen und nun zu „Privatvermögen“ werden.

Jedoch ist zu beachten: Um die steuerliche Begünstigung des Veräußerungsgewinns nicht zu gefährden, dürfen keine wesentlichen Betriebsgrundlagen der Praxis (wesentlich sind stets der Patientenstamm und der Praxiswert) zurückbehalten werden, sondern müssen in einem einheitlichen Vorgang veräußert werden.

### Tatsächliches Übertragungsdatum entscheidet

Im Gegenzug reduzieren die Veräußerungskosten den Veräußerungspreis. Als Veräußerungskosten können alle Kosten, die durch die Veräußerung direkt entstehen, wie Kosten für ein Wertgutachten, Inserate, Beratungskosten, Notarkosten, et cetera bei der Ermittlung des zu versteuernden Gewinns steuerlich geltend gemacht werden.

Von dem Veräußerungspreis der Praxis sind zudem die Buchwerte der Praxis abzuziehen, wobei die Buchwerte zum Zeitpunkt des Praxisverkaufs maßgeblich sind (sogenannte Restbuchwerte). Steuerlich noch

#### Der zu versteuernde Veräußerungsgewinn errechnet sich beispielhaft folgendermaßen:

Veräußerungspreis, den der Übernehmer zahlt	320 000 Euro
+ gemeiner Wert der Wirtschaftsgüter, die in das Privatvermögen übernommen werden (im Beispielfall: PKW)	+ 20 000 Euro
gesamter steuerlicher Veräußerungspreis	340 000 Euro
./. Veräußerungskosten zum Beispiel Wertgutachten, Inserate, Makler	- 10 000 Euro
./. Restbuchwerte (ehemalige Anschaffungskosten ./. AfA)	- 30 000 Euro
steuerlicher Veräußerungsgewinn:	300 000 Euro

nicht abgeschriebene Praxisgüter gehen also dem Praxisverkäufer damit nicht verloren, sondern mindern den Veräußerungsgewinn.

Der ermittelte Veräußerungsgewinn ist in dem Kalenderjahr zu versteuern, in dem die Praxis veräußert wird. Dabei zählt nicht der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses oder der Zeitpunkt der Kaufpreiszahlung als Veräußerungszeitpunkt, sondern die tatsächliche Übertragung der Praxis. Rechtlich spricht man vom sogenannten „Übergang von Nutzen und Lasten“, also die Erlangung der wirtschaftlichen Verfügungsmacht wie etwa über den Patientenstamm oder die Akten. Eine vertraglich genaue Zeitpunktbestimmung, an dem die Praxisübergabe auch tatsächlich erfolgt sein muss, ist deshalb gerade bei Praxisveräußerungen zum Jahreswechsel wichtig. Denn es ist steuerlich ein Unterschied, ob eine Praxis mit Wirkung zum 31.12.2009 – und damit im Jahr 2009 – oder mit Wirkung zum 01.01.2010 – und damit im Jahr 2010 – veräußert wird!



Foto: Fotolia

## Veräußerungszeitpunkt

Den Veräußerungszeitpunkt taktisch geschickt zu bestimmen, spart besonders den Zahnärzten unnötige Steuerzahlungen, die ihren Gewinn bislang mit der Einnahme-Überschuss-Rechnung ermitteln. Denn spätestens zum Zeitpunkt des Praxisverkaufs (Übergabe), muss der Zahnarzt eine Übergangsbilanz aufstellen. Und da kommt es beim Übergang von der Einnahme-Überschuss-Rechnung zur Bilanzierung zu dem sogenannten „Übergangsgewinn“. Hier finden sich die Einnahmen, deren zugrunde



Foto: Fotolia

*Der 31.12. – wichtiger Stichtag für die steuerliche Berechnung eines Wirtschaftsjahres*

liegende Leistung bereits erbracht ist, deren Bezahlung aber erst später erfolgt. Hierzu zählen zum Beispiel die gesamten noch ausstehenden KZV-Zahlungen oder sämtliche offenstehenden Patientenrechnungen. Entsprechendes gilt für die Kosten. Das Pro-

blem besteht darin, dass der Übergangsgewinn dem laufenden Gewinn zugerechnet wird und somit das zu versteuernde Einkommen des Zahnarztes im Jahr des Praxisverkaufs erhöht. Dieser Übergangsgewinn wird als ganz normaler „laufender“ Gewinn auch nicht steuerlich begünstigt – wie etwa der Gewinn aus dem eigentlichen Praxisverkauf –, sondern mit dem „normalen“ persönlichen Steuertarif besteuert. Erschwerend kommt hinzu, dass bei einem gleichzeitigen Praxisverkauf der Übergangsgewinn nicht mehr auf 2 bis 3 Jahre verteilt werden darf. Diese Gestaltungsmöglichkeit

besteht nicht mehr, wenn Praxisverkauf und Übergangsgewinn im gleichen Jahr zusammenkommen.

Steuerlich ungünstigster Zeitpunkt für die Praxisveräußerung ist daher grundsätzlich der 31.12. eines Jahres, da es dann zu einer Zusammenballung der gesamten Gewinne und gegebenenfalls anderer Einkünfte kommt. Der laufende Praxisgewinn, zuzüglich des Übergangsgewinns, zuzüglich des Veräußerungsgewinns – da frohlockt der Fiskus und freut sich gegebenenfalls sogar über den dreiprozentigen Zuschlag der Reichensteuer. Denn üblicherweise hat der Zahnarzt in seinem letzten Berufsjahr noch einmal so richtig vollen Arbeitseinsatz gezeigt und den Spitzensteuersatz von 42 Prozent erreicht. Jeder weitere Euro an Hinzuverdienst ist etwa zur Hälfte mit Steuern belastet. Und dazu kommt nun auch noch der Veräußerungserlös.

Um diese Problematik zu umgehen, gibt es nun mehrere Lösungsansätze:

- In vielen Fällen ist es strategisch günstig, bereits zwei bis drei Jahre vor dem geplanten Praxisverkauf von der Einnahme-Überschuss-Rechnung „freiwillig“ auf die Bilanzierung umzustellen. Der Übergangsgewinn (durch Umstellung von der Einnahme-Überschussrechnung auf Bilanz) wird dann in einem anderen Jahr steuerlich berücksichtigt als im Jahr des anstehenden Praxisverkaufs. Zudem besteht jetzt ausdrücklich die Möglichkeit, den Übergangsgewinn auf zwei bis drei Jahre gleichmäßig zu verteilen und damit die Steuerlast erträglich zu gestalten.

- Notwendige Renovierungsarbeiten in der Praxis werden in dem Jahr durchgeführt, in dem der Praxisverkauf stattfindet und reduzieren damit noch den laufenden Gewinn dieses Jahres.

- Umfängliche Instandhaltungsarbeiten an vermietete Immobilien im Jahr des Praxisverkaufs reduzieren ebenfalls die Einkünfte des entsprechenden Jahres und mindern den persönlichen Steuersatz und damit die Steuerlast.

- Terminierung des Praxisverkaufs zu Beginn, gegebenenfalls sogar mit Wirkung zum 01.01. eines Jahres, damit in diesem Jahr keine laufende Praxisgewinne mehr in die Steuerberechnung einfließen.





*Nach erfolgreicher Praxisabgabe hat man endlich Zeit für sich selbst.*

Foto: Fotolia

## Steuerlicher Freibetrag

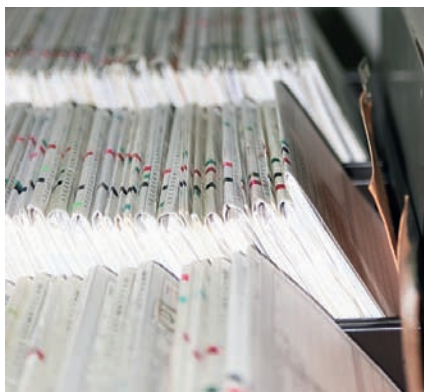
Aber die dargestellten Steuerersparnispotentiale sind nicht alles – es geht noch mehr. Denn, sofern gewisse Voraussetzungen gegeben sind, kann der Zahnarzt einen Freibetrag in Anspruch nehmen und muss dann den Veräußerungsgewinn seiner Praxis nicht voll versteuern. Diesen Freibetrag muss der Zahnarzt beantragen, erhält ihn nur einmal im Leben und muss zudem das 55. Lebensjahr vollendet haben oder dauernd berufsunfähig sein. Für die meisten Zahnärzte ist es daher sinnvoll, den Freibetrag in Höhe von 45 000 Euro beim Praxisverkauf zu nutzen. Allerdings gibt es den vollen Freibetrag nur bis zu einem Veräußerungsgewinn von maximal 136 000 Euro. Je höher der Gewinn aus der Praxisveräußerung, umso mehr reduziert sich der Freibetrag um den übersteigenden Betrag im Verhältnis 1:1. Ab einem Veräußerungsgewinn von 181 000 Euro gibt es also keinen Freibetrag mehr. Somit ist diese steuerliche Einsparmöglichkeit besonders für die Zahnärzte interessant, die kleinere Praxen oder Praxisanteile verkaufen.

## Ermäßigter Steuersatz oder Fünftelregelung

Neben dem Freibetrag kann der Zahnarzt noch eine zweite Steuervergünstigung in Anspruch nehmen, nämlich den „ermäßigten“ Steuersatz oder alternativ die sogenannte Fünftelregelung. Auch der „ermäßigte“ Steuersatz wird nur einmal im Leben

gewährt und kann vom Zahnarzt beantragt werden, sofern er das 55. Lebensjahr vollendet hat oder dauernd berufsunfähig ist. Dann braucht er den Veräußerungsgewinn – gegebenenfalls nach Abzug des Freibetrags – nur noch mit 56 Prozent des rechnerischen Durchschnittssteuersatzes zu versteuern. Für die Besteuerung des Veräußerungsgewinns werden bei dieser Alternative aber – egal wie hoch der rechnerische Durchschnittssteuersatz ist – mindestens 15 Prozent als Steuersatz zugrunde gelegt. Bei einem Veräußerungsgewinn von circa 200 000 Euro – und somit ohne Berücksichtigung des Freibetrags – bringt allein dieser „ermäßigte“ Steuersatz einem Zahnarzt rund 32 000 Euro mehr ins Portemonnaie (jeweils ohne Solidarzuschlag und Kirchensteuer).

Als weitere Alternative wird stets vom Gesetz her (also auch ohne besonderen Antrag) die Fünftelregelung gewährt. Hier-



*Der Patientenstamm – ein nicht unerheblicher Faktor für den Wert einer Praxis.*

bei wird der Veräußerungsgewinn rechnerisch auf 5 Jahre verteilt und dieser Gewinn (hält 1/5) dem „normalen“ persönlichen Steuersatz unterworfen. Die so ermittelte Steuer wird dann verfünffacht. Hört sich kompliziert an, bietet aber gerade in einem Jahr, in dem ansonsten Verluste anfallen (zum Beispiel bei vermieteten Immobilien aufgrund von Mietausfall und notwendigen Reparaturen) erhebliche steuerliche Einsparmöglichkeiten. Bei einem Veräußerungsgewinn von circa 200 000 Euro – und somit ohne Berücksichtigung des Freibetrags – und gleichzeitigen anderen steuerwirksamen Ausgaben von 30 000 Euro sorgt die Fünftelregelung immerhin für eine Steuerersparnis von rund 28 000 Euro (jeweils ohne Solidarzuschlag und Kirchensteuer).

## Was sonst noch zu beachten ist

Freibetrag, ermäßigter Steuersatz und Fünftelregelung – also die gesamten Tarifbegünstigungen – sind an die Bedingung geknüpft, dass der Zahnarzt seine gesamte Praxis verkauft. Ein Zahnarzt, der nur einen Teil seiner Praxis veräußert, zum Beispiel 50 Prozent an einen jungen Kollegen, kann die Steuervergünstigungen nicht in Anspruch nehmen. Den Veräußerungsgewinn aus dieser Teilveräußerung muss er als ganz „normalen“ laufenden Gewinn mit seinem normalen Steuersatz versteuern.

Als Ausnahme lässt der Fiskus nur gelten, wenn der verkaufte Praxisteil für sich genommen einen selbstständigen wirtschaftlichen Organismus darstellt, was zum Beispiel bei einem Praxislabor denkbar wäre.

Die Tarifvergünstigungen werden auch nur jenem Zahnarzt gewährt, der nicht Teile seiner Patienten zurück behält und nicht auf eigene Rechnung weiter behandelt. Beansprucht der verkaufende Zahnarzt zum Beispiel seine Privatpatienten weiterhin für sich, stehen ihm die steuerlichen Vergünstigungen nicht zu. Der Bundesfinanzhof (BFH) hatte bereits im Jahr 2001 entschieden, dass Ärzte die Steuervergünstigungen nur erhalten, wenn sie mit jenen Patienten, die sie nach dem Verkauf weiter behandeln, im Jahr der Abgabe weniger als 10 Prozent

Foto: Fotolia

des Praxisumsatzes erzielen. Dabei wird der durchschnittliche Umsatz der letzten drei Jahre vor dem Praxisverkauf zugrunde gelegt. Der Fiskus interpretiert dieses Urteil sogar soweit, dass ein Arzt keine neuen Patienten behandeln darf. Tut er es doch, riskiert er, dass er auf den Veräußerungsgewinn seiner Praxis den vollen Steuersatz zahlen muss.

Aber der ältere Kollege muss deshalb nicht untätig bleiben. Er kann jederzeit in einer Praxis – auch in seiner früheren – als angestellter Zahnarzt oder freiberuflicher Vertreter arbeiten, ohne dass er seine Steuervergünstigungen einbüßt. Ebenso darf er wieder eine Praxis vollkommen neu gründen, oder kaufen. Diese muss dann jedoch

an einem anderen Ort sein wie die alte Praxis, denn es muss sich um einen patientenfremden Wirkungskreis handeln. Finden sich hingegen räumliche Überschneidungen, muss der Zahnarzt eine Karenzzeit von zwei bis drei Jahren eingehalten. Beachtet er diese Maßgaben nicht, werden ihm die steuerlichen Vergünstigungen nachträglich wieder aberkannt.

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

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

### Wie sich die Gestaltung des Praxisverkaufs lohnt

Durch die geschickte Wahl des Veräußerungszeitpunktes und von zum Beispiel durchzuführenden Renovierungsmaßnahmen an vermieteten Immobilien lässt sich die gesamte Steuerlast im Jahr der Veräußerung (Steuerbelastung der sonstigen laufenden Einkünfte nach dem individuellen Steuersatz zuzüglich Steuerbelastung auf den begünstigten Gewinn aus dem Praxisverkauf) minimieren.

	Verkauf 31. Dezember	Verkauf 2. Januar	Verkauf 2. Januar mit Renovierung
Gewinn aus Praxisverkauf (unverheirateter Zahnarzt älter als 55 Jahre)			
Verkaufspreis	200 000		
Veräußerungskosten/BW	./ . 50 000		
<b>Veräußerungsgewinn</b> (vor Freibetrag und steuerlicher Vergünstigung beim Steuersatz)	<b>150 000</b>	<b>150 000</b>	<b>150 000</b>
Laufender Praxisgewinn	200 000		
Einkünfte aus Vermietung	20 000	20 000	20 000
Kosten aus Renovierung			-10 000
Sonderausgaben/Versicherungen	-10 000	-10 000	-10 000
<b>Einkommen</b> (ohne Veräußerungsgewinn)	210 000	10 000	0
Steuerliche Belastung auf dieses Einkommen	42% 80.000	ca. 18% 400	0% 0
Steuerliche Belastung auf den steuerpflichtigen Teil des Veräußerungsgewinn:	circa 22,5% 27 000	circa 20,1% 24 000	circa 16,45% (*) 19 600
Ersparnis bei der steuerlichen Belastung beim Veräußerungsgewinn:		- 3 000	-7 400
<b>gesamte steuerliche Belastung</b> (Angaben/Berechnung jeweils ohne SolZ und Kirchensteuer)	<b>107 000</b>	<b>24 400</b>	<b>19 600</b>

(\*) Steuersatz mit Fünftelregelung ist günstiger als der „ermäßigte“ Steuersatz von 19,8%

Antiquarische Bücher

## Ein (fast) vergessenes Sammelgebiet



Foto: Fotolia

In solch einem Raum lässt es sich gut lesen – und sich am geistig-ideellen wie auch am materiellen Wert der Buchschätze erfreuen.

Wer lesen will, kann heute zum Computer greifen. Dort gibt es Weltliteratur auf Abruf. In den Buchhandlungen stapeln sich die Bestseller nach dem Motto: heute hipp, morgen hopp. Bibliophile Menschen denken anders. Sie kaufen Bücher, um der Bücher willen – sei es des Inhalts wegen, aufgrund der besonderen Gestaltung oder weil es sich um ein besonders seltenes Exemplar handelt. Ihnen erschließen sich Welten, die dem schnellen Konsumenten verschlossen bleiben.

Still ist es in den weitläufigen Räumen des Antiquariats Heuberger in Köln-Deutz. Bis unter die Decke reichen die Regale gefüllt mit Büchern aus allen Epochen und zu unzähligen Wissensgebieten. Bibliophile wie Erwin Freiherr von Seherr-Thoss finden hier Schätze, die sie in einer der supermarkt-ähnlichen Buchhandlungen vergeblich suchen würden. Der pensionierte Bauingenieur, der für eine renommierte deutsche Baufirma jahrelang im Ausland gearbeitet hat, interessiert sich für die Geschichte der Länder, die er dank seines Berufs gründlich kennen lernen durfte: Iran, Afghanistan und Argentinien. Dabei geht es ihm weniger um

die luxuriöse Ausstattung oder die Seltenheit eines Buches, sondern vielmehr um die Inhalte. Bei Heuberger wird er fündig: „In den Ländern selbst gibt es kaum Literatur. Mir gefällt es sehr, dass ich hier zwei oder drei Stunden stöbern, mal einen Text anlesen und ein nettes Gespräch führen kann“, umschreibt der Sammler seine Freizeitbeschäftigung. „Die Menschen sammeln aus den unterschiedlichsten Gründen“, erzählt Roman Heuberger aus seiner jahr-

zehntelangen Erfahrung als Antiquar. Dass Sammler zu ihm ins Geschäft kommen, sich mit ihm über ihre Vorlieben unterhalten, kommt leider nur noch selten vor. „Vor 25 Jahren war das noch anders. Damals tauschte man sich aus, erzählte sich Geschichten über Bücher oder ich bekam einen Suchauftrag.“

### Antiquariate im Zeitalter des Internet

Doch die Zeiten haben sich geändert. Auch das Antiquariat findet inzwischen im Internet statt. Antiquare und Branchenfremde bieten Millionen Bücher in den unterschiedlichsten Qualitäten und Preisen an. Wer sich nicht auskennt, ist angesichts dieses Überangebots verloren. Allein unter 30 Millionen Büchern kann der Sammler wählen, wenn er das Zentrale Verzeichnis Antiquarischer Bücher ([www.zvab.de](http://www.zvab.de)) anklickt. Hier bieten 4 100 Antiquare aus 27 Ländern ihre Bestände an. Über die Qualität sagen diese Zahlen nichts aus. Antiquar Heuberger schätzt, dass rund 80 Prozent der Anbieter zur Gattung der Flohmarkthändler gehören. Dort finden Sammler Angebote zu jedem Sammelgebiet. Allerdings sollten sie schon genau wissen, was sie suchen und welchen Preis sie dafür zahlen wollen.

Um sich von der Masse zu distanzieren, haben sich renommierte Antiquare zu einer Art Genossenschaft zusammengeschlossen und eine eigene Seite gegründet. Unter [www.prolibri.de](http://www.prolibri.de) bieten 285 Händler rund



Foto: Vario Images

Alte Bücher, alte Schriften – für Sammler die reinste Freude.



Foto: Váro Images

*In Antiquariaten kann man herrlich in „alten Schinken“ stöbern.*



Foto: CC

*Liebhaber ziehen gebundene Ausgaben den Taschenbüchern vor.*

3,1 Millionen Warenpositionen an. Dabei handelt es sich um Bücher, Autographen, Grafik und andere Kunst auf Papier. Als Anbieter können nur Händler auftreten, die genügend Berufserfahrung mitbringen und sich bei den Beschreibungen an einen bestimmten Qualitätsstandard halten. Der Kunde findet einen Link zur Homepage des jeweiligen Händlers. So können Sammler direkt Kontakt zum Anbieter aufnehmen und sich bei ihm über sein Angebot im Detail informieren.

Besonders Einsteiger in das umfangreiche Sammelgebiet der antiquarischen Bücher profitieren vom Erfahrungsschatz renommierter Antiquare. Bei ihnen treffen sie auf das atmosphärische Umfeld und das Verständnis für ihre Leidenschaft.

### **Spezialisierung erhöht den Wert der Sammlung**

Den Einstieg in ihre Sammlung fanden die meisten über ein spezielles Interesse. Das

kann ein bestimmter Autor sein. Den Grundstock der eigenen Kollektion bilden vielleicht seine bekanntesten Werke, dann trägt man alles zusammen, was er jemals veröffentlicht hat. Häufig wächst mit den Kenntnissen über einen Schriftsteller auch das Interesse für dessen Umfeld. Statt der Taschenbücher kauft der Liebhaber gebundene Ausgaben, zum einen weil sie schöner aussehen, aber auch weil sie haltbarer sind. Denn schließlich will er bestimmte Texte immer wieder lesen. Um das Wissen



*Seltenheit, Zustand und Vollständigkeit bestimmen den Wert einer Büchersammlung.*

## 1,65 Millionen Dollar für ein Buch

Unabhängig von Trends und Moden gilt für Bücher das gleiche Prinzip wie in der bildenden Kunst: Spitzenqualität hat ihren Preis und findet immer ihre Käufer. Wer also Geld in Büchern anlegen will, deren Wert wächst, sollte sich an diese Bedingungen halten: Seltenheit, Zustand und Vollständigkeit. So mancher Bibliophile, der sich seinen Schrank mit Schätzen gefüllt hat, hat sich an die Liste der „Bücher, die die Welt verändern“ (Originaltitel: „Printing and the mind of man“) gehalten. Diesen Leitfaden der wichtigsten wissenschaftlichen Werke haben die Briten John Carter und Percy H. Muir zusammengetragen. Die darin enthaltenen Titel sind allesamt Raritäten. Nur selten taucht eines auf Auktionen auf und dann werden Höchst-



*Spitzenqualität hat ihren Preis und findet immer ihre Käufer.*

preise gezahlt. So auch für eines der berühmtesten Bücher der Welt: das erste anatomische Fachbuch „De humani corporis fabrica libri septum“ des Flamen Andreas Vesalius von 1543. Christie's in New York versteigerte es in einer besonders prachtvoll kolorierten Erstaussgabe am 18. März 1998. Geschätzt auf 400 000 bis 600 000 Dollar fiel der Hammer bei 1,65 Millionen. Das Buch gehörte zur Haskell F. Norman Bibliothek mit naturwissenschaftlichen Werken. Man munkelt, dass der größte Teil in den Besitz von Bill Gates gewechselt ist. Weniger üppige

Foto: Fotolia

zu vervollständigen, sucht der Kenner nach Sekundärliteratur, die sich mit dem Autor befasst, oder er weitet sein Interesse auf die Schriftsteller in seinem Umfeld aus. Vielleicht möchte er sich auch noch näher über die Orte informieren, an denen die Romane spielen. Und so weiter – eine Kollektion lässt sich in alle Richtungen ausweiten.

Mit den Vorlieben vieler Sammler kennt sich auch Karl-Heinz Knapfer, Gesellschafter und Geschäftsführer des Kölner Auktionshauses Venator & Hanstein gut aus: „Ich weiß von einem Herrn in Wien, der sammelte ausschließlich Bücher, in deren Titel es einen Druckfehler gab. Der sollte möglichst auch noch sinnentstellend sein.“ Sehr umfang-

reich dürfte die Auslese nicht gewesen sein. Umfassenderen Sammelgebieten widmet sich der Kölner Urologe Dr. Reiner Speck. Er hat eine inzwischen wohl international anerkannte Kollektion zeitgenössischer Kunst zusammengetragen, von der er in diesem Jahr einen Teil an die Rheingold-Sammlung verkauft hat. Seine etwa 40 000 Bände umfassende Bibliothek verfügt über rare Erstaussgaben, spätmittelalterliche Inkunabeln, Dichterhandschriften und Künstlerbriefe. Manche Bücher haben die jeweiligen Autoren ihm mit handschriftlicher Widmung übereignet. Seine Leidenschaft aber gilt dem französischen Schriftsteller Marcel Proust. Zusammengetragen hat er unter anderem unveröffentlichte Proust-Briefe, handkorrigierte Druckfahnen, Fotos und sogar eine letzte Locke des immer kränkelnden Dichters. Damit nicht genug: Zusätzlich verfügt er über die größte Sammlung von Schriften und Büchern über Francesco Petrarca. Es zeigt sich, dass eine Spezialisierung, die mit Sachkenntnis und Leidenschaft betrieben wird, Voraussetzung für eine qualitätsvolle Sammlung ist. Begehrte unter Sammlern sind nach wie vor Erstaussgaben berühmter Autoren. Allerdings interessiert sich kaum noch jemand für Goethe oder Schiller, deren Wert ist gefallen. „Der Geschmack der Sammler verändert sich“, weiß Knapfer aus seiner Erfahrung. So bleiben dekorative Grafik und alte Landkarten (Topografien) in Auktionen regelmäßig liegen.



*Im elektronischen Internet-Zeitalter haben Bücher mit Patina einen besonderen Reiz.*

Foto: CC

Foto: CC



*Begehrt unter Sammlern sind nach wie vor Erstaussgaben berühmter Autoren. Allerdings interessiert sich kaum noch jemand für Goethe oder Schiller, deren Wert ist gefallen.*

Foto: Fotolia

Ausgaben erzielten auf Versteigerungen zuletzt etwa 100 000 Euro. Zurzeit liegt das Interesse an medizinischen Büchern ziemlich brach. Deshalb gibt es seltene Kuriositäten zu moderaten Preisen wie zum Beispiel die „Heylsame Drecksapotheke“ von Chr. Franz Paullini von 1713 in der Auktion bei Venator & Hanstein (25. September 2009) für 350 Euro. Der Schätzwert betrug 600 Euro.

Deutlich höher steigen die Preise, wenn es um Künstlerbücher geht. Der Sammler und Nadelfabrikant F. B. Schmetz aus Herzogenrath bei Aachen trug eine kostbare Sammlung zusammen. Sie enthielt neben einigen sehr wertvollen Erstaussgaben vor allem Bücher, deren Einband von berühmten Buchbindern gestaltet worden sind. Dazu gehörte der wohl bedeutendste deutsche Buchbinder Ignatz Wiemeler. An manchen

Einbänden arbeitete er jahrelang. Er nahm keine Rücksicht auf Kosten und verwandte nur bestes Material. Für ihn bestimmte der Inhalt die äußere Gestaltung des Buchs – frei von Überladung und beeinflusst von der Schlichtheit des Bauhauses. In der Auktion bei Venator & Hanstein am 14. März 2008 erzielte zum Beispiel ein Band der Rupprecht-Presse von 1922, gedruckt auf Zanders-Bütten sagenhafte 20 000 Euro, geschätzt war das Buch auf 4 000 Euro.

## **Mit viel Liebe zum gedruckten Wort**

Höchstpreise dieser Art sind hierzulande derzeit eher die Ausnahme. Auktionator Knupfer bedauert, dass das antiquarische Buch bei den Deutschen kaum nachgefragt wird: „So kostete auf der Frankfurter Messe eine Ausgabe des Grimmelshausen 35 000 Euro. Das ist bereits ein Spitzenpreis für deutsche Literatur.“ Dagegen haben Engländer und Amerikaner eine viel innigere Beziehung zum gedruckten Wort. „Bei ihnen gehören Bücher zum Leben. Dort laufen auch die Antiquariate gut“, berichtet Knupfer. Da verwundert es nicht, wenn Sammler für die gesamte Erstaussgabe von Harry Potter bereits jetzt 70 000 bis 80 000 Euro bezahlen. Für die erste Veröffentlichung des Dichters Edgar Allen Poe sind auch 500 000 Euro nicht zu viel.

Antiquarin Gundel Gelbert glaubt, dass dem klassischen deutschen Antiquariat die Sammler wegsterben. Doch Kollege Knupfer sieht auch für jüngere Leute neue Sammelgebiete, die es zu entdecken gilt: „Viele junge Leute können die Schrift des 19. Jahrhunderts nicht mehr lesen. Sie können sich neuzeitlicheren Themen zuwenden wie zum Beispiel der Geschichte des Computers und des Internets.“ Als Grundstein eignet sich die Veröffentlichung des Universalgelehrten Gottfried Wilhelm Leibniz (1646 bis 1716) über seinen „Computer“. Er erfand die erste Rechenmaschine.

Marlene Endrueit  
m.endrueit@netcologne.de

## **zm-Info**

### **Tipps für angehende Sammler**

#### **Informationen**

Die besten Informationen liefert ein seriöser Antiquar. Er sollte Mitglied im Verband deutscher Antiquare sein. Auf Internetseiten wie [www.prolibri.de](http://www.prolibri.de) oder [www.antiquare.de](http://www.antiquare.de) findet man Adressen von Antiquariaten und viele weitere Informationen. Nützlich sind auch das Handbuch des Verbands Deutscher Antiquare und Ratgeber wie „Bücherlust“ von Wulf D. von Lucius oder das „Handbuch für den Buch- und Grafiksammler“ von Arnulf Liebing.

#### **Preise**

Experten empfehlen, vor dem Kauf eines bestimmten Buches verschiedene Angebote zu vergleichen. Handelt es sich um ein Spitzenstück, liegen die Preise im Internet meist zu hoch. In Auktionen fallen die Zuschläge häufig niedriger aus. Es ist kein Problem im Internet zu kaufen, wenn die Beschreibungen detailliert sind und der Preis moderat ist. Die Antiquare, die über [www.prolibri.de](http://www.prolibri.de) verkaufen, haben

sich selbst Regeln auferlegt, die ihre Seriosität bestätigen sollen.

#### **Qualität**

Experte Karl-Heinz Knupfer rät: „Es ist besser, für ein gutes Buch in hervorragendem Zustand so viel Geld auszugeben, wie drei schlechtere Exemplare zusammen kosten.“

#### **Austausch mit Gleichgesinnten**

Wer Bücher sammelt, möchte nicht nur übers Internet kaufen. Denn der Bücherkauf ist eine sehr sinnliche Angelegenheit. Und ein Besuch im Antiquariat lohnt sich schon wegen des Gesprächs mit dem Antiquar. Außerdem kann der Sammler dort die Bücher anschauen und in die Hand nehmen. Die Gelegenheit zum Austausch mit Gleichgesinnten bietet die Mitgliedschaft in Vereinen wie die Gesellschaft der Bibliophilen oder die Maximilian-Gesellschaft. Darüber hinaus gibt es in vielen großen Städten Vereinigungen der Buchsammler.

*Internes Kreditmanagement bei Banken*

## Interessenlage beachten

**Natürlich sind auch Kreditinstitute in Zuständigkeitsbereiche aufgeteilt. Die internen Rollenverteilungen im Kreditgeschäft der Banken sind für Zahnärzte allerdings nicht immer leicht zu verstehen, wie der folgende Fall zeigt.**

*Regelmäßige Gespräche mit der Bank sollten zum unternehmerischen Qualitätsmanagement eines jeden Praxisbetreibers gehören. Dies geht auch telefonisch.*



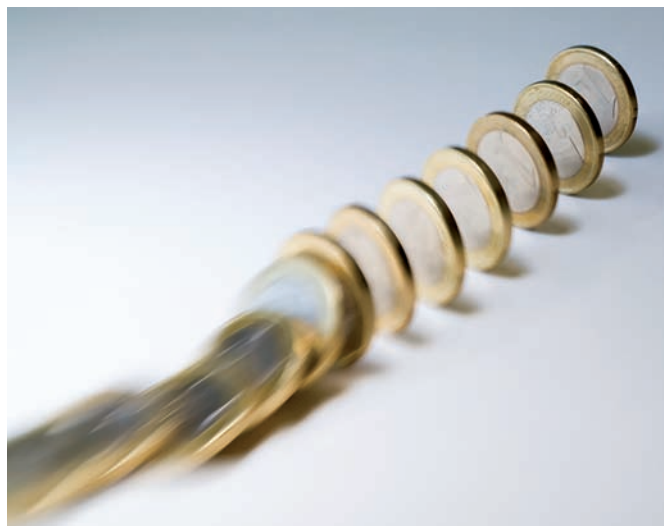
Foto: MEV

Keine Begründung, nur ein eher lapidarer Ausdruck des Bedauerns – so liest sich die schriftliche Ablehnung der seit Beginn der Bankverbindung einmal im Jahr üblichen Bitte von Gregor M., seinen Überziehungskredit auf dem Praxiskonto für sechs Monate von 25 000 auf 40 000 Euro zu erhöhen. Zum Hintergrund: M. benötigt diesen zusätzlichen Finanzierungsspielraum für die vor allem durch Sonderzahlungen an seine Mitarbeiterinnen und durch größere Praxisrechnungen verursachte erhöhte Inanspruchnahme seines Überziehungskredits. Während der vergangenen Jahre hat es diesbezüglich nicht ein einziges Mal Probleme mit dem seit dieser Zeit für ihn zuständigen Bankmitarbeiter gegeben. Nachdem die befriedigende Bonität von M. zu Beginn der Geschäftsverbindung zunächst anhand der wirtschaftlichen Zahlen der Praxis und der folgenden, im Monatsrhythmus erstellten betriebswirtschaftlichen Auswertungen festgestellt und immer wieder

bestätigt wurde, erfolgten die weiteren vorübergehenden Erhöhungen des Kreditrahmens fast wie ein „Dauerauftrag“. Einmal im Jahr vom Steuerberater angefertigte Liquiditäts- und Rentabilitätsprognosen unterstützten die Bankeinschätzung.

**„... sehen wir uns derzeit nicht in der Lage ...“**

Im erwähnten Bankschreiben wurde die fehlende Begründung um den Allgemeinplatz ergänzt, „... dass sich das Kreditma-



*Wichtig für den Kontoinhaber und seine Finanzpläne: Bei internen Umstrukturierungen von Banken können gewohnte Gesprächspartner wechseln.*

Foto: CC



Foto: MEV

*Eine Terminvereinbarung ist Voraussetzung, um gut vorbereitet und gelassen in ein persönliches Gespräch zu gehen, ohne sich vorher in eine Warteschlange einreihen zu müssen.*

nagement derzeit nicht in der Lage sieht, einer erneuten Ausweitung der Kreditverbindlichkeiten zuzustimmen“.

Einmal abgesehen davon, dass es zwischen M. und seinem Ansprechpartner in der Bank bisher üblich war, Probleme zunächst telefonisch zu bereden, wunderte sich M. über die offenbar geänderte Zuständigkeit: Während sein Kundenberater nach eigener Aussage zum Bankvertrieb gehört, ist gemäß dem Schreiben nun offenbar das Kreditmanagement zuständig. Dies wäre für M. natürlich noch hinnehmbar, wenn sich an der bisherigen Finanzierungspraxis nichts ändern würde. Danach sieht es nun allerdings nicht mehr aus: nach einem mittlerweile erfolgten Telefongespräch mit einem anderen Bankmitarbeiter (der eigentlich zuständige Kundenberater befindet sich im Urlaub) wurden M. die internen Zusammenhänge im Kreditgeschäft seiner Bank verdeutlicht. Danach wird das Kreditgeschäft von zwei Bereichen, dem Vertrieb und dem Kreditmanagement, getragen. Während der Vertrieb in erster Linie für Kreditumsatz und Kreditwachstum verantwortlich ist, liegt der wesentliche Aufgabenbereich des Kreditmanagements „im Erkennen und Verringern von Bonitätsrisiken“, so die etwas umständliche telefonische Erklärung. Beide Bereiche sind danach für die jeweilige Kreditvergabe gemeinsam zuständig, allerdings mit den genannten unterschiedlichen Schwerpunkten. Diese „unterschiedlichen Schwerpunkte“ sind für M. nun auch im persönlichen Bereich klar nachvollziehbar: Während der

Vertriebsmitarbeiter den Kunden auch als unmittelbaren Gesprächspartner kennt und die persönliche Zuverlässigkeit nicht nur durch die Auswertung betriebswirtschaftlicher Zahlen herleitet, orientiert sich der zuständige Mitarbeiter des Kreditmanagements nahezu ausschließlich an den ihm vorliegenden Unterlagen. Persönliche Kontakte zum Kreditnehmer sind nach wie vor die Ausnahme. Vor dem Hintergrund dieser bankinternen Rollenverteilung ist es aus Sicht von M. also durchaus verständlich, dass es im Vorfeld einer Kreditentscheidung oft zu intensiven Diskussionen der jeweiligen Bankmitarbeiter kommt, bevor letztlich eine Zusage oder Ablehnung des Kreditwunsches erfolgt.

### **Das persönliche Gespräch suchen**

Bei M. liegt der Fall offensichtlich ähnlich: Gab es während der vergangenen Jahre keinerlei Probleme in der Abstimmung zwischen Vertrieb und Kreditmanagement, scheint sich das Blatt nun zu wenden. Wie M. im Verlauf des erwähnten Telefongesprächs nämlich weiter erfuhr, ist der Kreditsachbearbeiter des Kreditmanagements nicht mehr bereit, Krediterhöhungen „quasi auf Zuruf“ zu genehmigen. Ab sofort muss jedes Mal ein neuer Kreditantrag gestellt und entsprechend vorbereitet werden. Für das eher unpersönliche Schreiben entschuldigt sich der Bankmitarbeiter. Er führt dies vor allem auf die urlaubsbedingte Abwesen-

heit seines Kollegen zurück, der den Versand dieses Schreibens „wohl verhindert und stattdessen mit dem Kunden telefoniert hätte“. Einer Krediterhöhung steht für ihn nach der Urlaubsrückkehr seines Kollegen übrigens nichts im Wege.

M. wird, Kreditverlängerung hin oder her, nun jedenfalls die Konsequenzen aus der Situation ziehen. Dazu gehört einerseits ein persönliches Gespräch mit seinem bisherigen Ansprechpartner über die zukünftigen Anforderungen an die weiterhin erforderlichen Krediterhöhungen und andererseits eine Intensivierung der Geschäftsverbindung mit seiner Zweitbank. Diese führt bisher, im Vergleich zur Hausbank von M., eher ein finanzielles Schattendasein. Das dürfte sich nun ändern, da M. sicherstellen will, dass ihm zumindest ein Kreditinstitut kurzfristig und, soweit möglich, auch weitgehend komplikationslos bei anstehenden Finanzierungen behilflich ist.

Michael Vetter  
vetter-finanz@t-online.de

## **zm-Info**

### **Check-Liste**

- Verlassen Sie sich, dies zeigt der Fall, grundsätzlich nicht auf bisher möglicherweise unbürokratische Finanzierungszusagen. Legen Sie vielmehr Wert auf verbindliche und nachvollziehbare Regelungen.
- Stellen Sie sicher, dass auch während der Abwesenheit Ihres regelmäßigen Ansprechpartners in der Bank dessen Vertreter in der Lage ist, Ihnen zu helfen.
- Versuchen Sie als Zahnarzt, sich die möglichen Interessenkonflikte zwischen Bankvertrieb und Kreditmanagement zu verdeutlichen, um Verständnis für beide Positionen zu gewinnen.
- Es kann vor diesem Hintergrund auch sinnvoll sein, nicht nur den Vertriebsmitarbeiter als unmittelbaren Ansprechpartner, sondern auch den zuständigen Mitarbeiter des Kreditmanagements persönlich kennenzulernen.



*Hepatitis C als Berufskrankheit*

## **Beweissituation ist entscheidend**

**Das Bundessozialgericht (BSG) hatte sich am 02.04.2009 mit der Frage zu beschäftigen, wann die Hepatitis C als Berufskrankheit anerkannt werden kann. Den obersten Sozialrichtern lagen mehrere Fälle zur Entscheidung vor. So klagten eine Krankenschwester, eine Zahnarzhelferin und ein Mitarbeiter einer Catering-Firma auf die Anerkennung als Berufskrankheit.**

Auch für Zahnärzte und deren Angestellte sind diese Urteile interessant, da es sich bei der Hepatitis C um eine Infektionserkrankung handelt, die sich jeder in einer Zahnarztpraxis Tätige durch die Arbeit zuziehen kann. Schließlich gibt es gegen die Erkrankung noch keine Schutzimpfung und das Virus wird fast ausschließlich durch den Kontakt mit dem Blut Infizierter übertragen. Zudem ist diese Erkrankung in der Berufskrankheiten-Verordnung der gesetzlichen Unfallversicherung verzeichnet. Entsprechend müsste die gesetzliche Unfallversicherung bei einer Hepatitis-C-Infektion in Leistung treten. Aber hierfür sind zwei Voraussetzungen zu erfüllen:

Zum einen erkennt die gesetzliche Unfallversicherung nur dann eine Erkrankung als Berufskrankheit an, wenn die Erkrankung – von Ausnahmen abgesehen – in der Berufskrankheiten-Verordnung aufgeführt ist. Dort findet sich im Abschnitt über Infektionskrankheiten die Berufskrankheit Nr. 3101. Es wird klargestellt, dass sich diese Berufskrankheit nur auf Versicherte bezieht, die im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig und der Infektionsgefahr besonders ausgesetzt sind. Weiter gehende Erläuterungen finden sich im Merkblatt zu der Berufskrankheit Nr. 3101. Hier werden als konkrete Erkrankungen verschiedene Formen der Hepatitis, der Tuberkulose und von HIV-Infektionen aufgeführt.

Die zweite Voraussetzung ist, dass sich der Versicherte die Erkrankung durch die Arbeit zugezogen haben muss. Wobei dieser Nachweis von dem Versicherten erbracht werden muss. Gelingt ihm dies nicht, braucht die gesetzliche Unfallversicherung auch nicht zu leisten. Und genau hier liegt das Problem bei den Infektionserkrankungen.

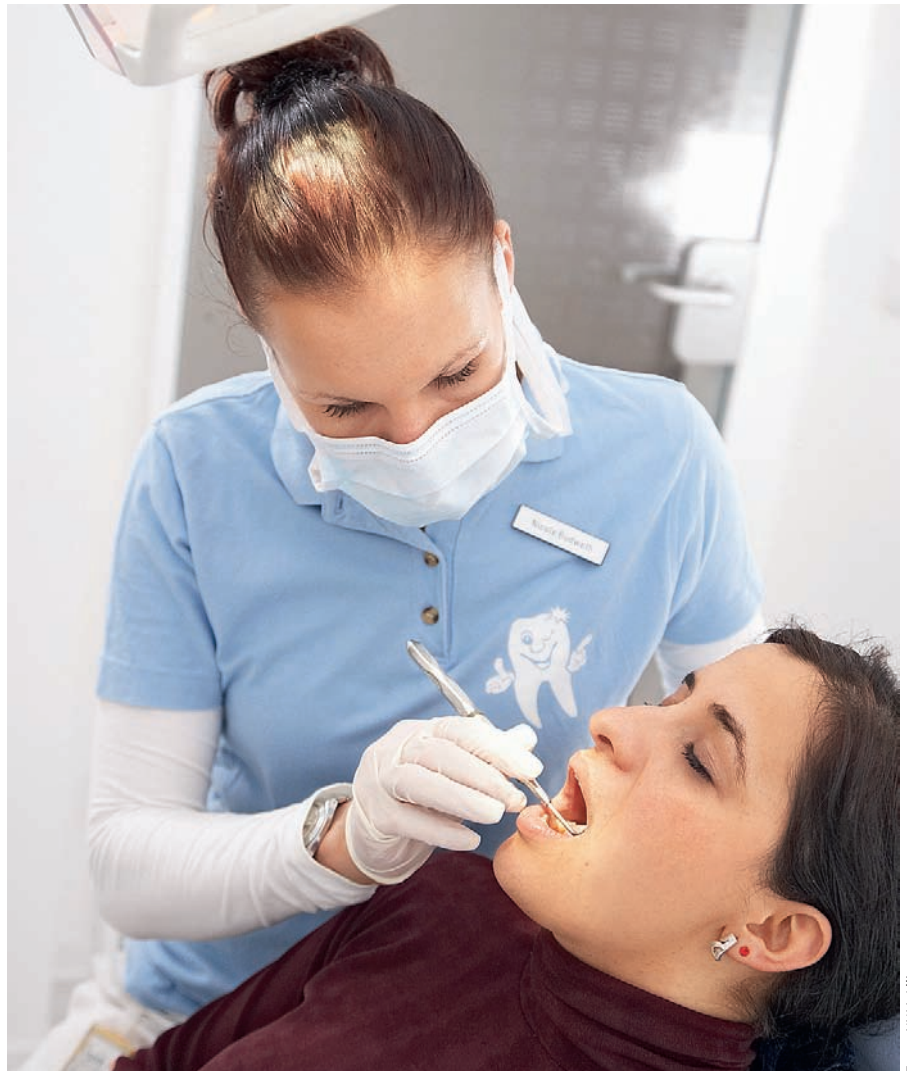


Foto: KKH-Allianz

*Gerade in (Zahn-)Arztpraxen ist das Risiko, an Hepatitis C zu erkranken, groß.*

### **Beruflicher Zusammenhang**

Wird eine Erkrankung durch ein bestimmtes Ereignis verursacht, ist die Zuordnung zu beruflich oder privat noch relativ einfach. Wie folgende Beispiele zeigen, prüfen aber auch hier die gesetzliche Unfallversicherung

und die Gerichte sehr penibel den beruflichen Zusammenhang. Rutscht zum Beispiel eine Praxismitarbeiterin im Sterilisationsraum aus und bricht sich das Bein, ist die berufliche Zuordnung ohne Zweifel und die gesetzliche Unfallversicherung ist zur Leistung verpflichtet. Passiert der Unfall jedoch auf der Toilette der Praxis, handelt es sich

## Gesetzliche Unfallversicherung

Anders entschieden die obersten Richter bei dem Beschäftigten einer Firma, die für das Catering in einer Klinik zuständig war. Beim Abräumen eines Tablett erlitt er eine Stichverletzung durch einen Spritzenaufsatz. Er erkrankte an Hepatitis C, wobei jedoch unklar blieb, ob er sich durch die Stichverletzung infiziert hatte. In diesem Fall forderten die Richter den Nachweis, dass sich der Beschäftigte durch genau diese Stichverletzung die Hepatitis-C-Infektion zugezogen hat. Da der Beschäftigte dies nicht konnte, verweherten die Richter die Anerkennung als Berufskrankheit.

Auch im Fall einer Zahnarzthelferin forderten die Richter, dass die Beschäftigte „die objektive Beweislast“ zu tragen habe und lehnten die Anerkennung als Berufskrankheit ab. Die Zahnarzthelferin war in der Praxis nur aushilfsweise und nur für vier Monate tätig. Während ihrer Tätigkeit wurde in der Praxis an zwei Tagen ein mit Hepatitis C infizierter Patient behandelt. Etwa ein Jahr später wurde bei der Zahnarzthelferin Hepatitis C festgestellt. Die Ursache konnte allerdings nicht mehr geklärt werden. Die Richter verweigerten die Anerkennung als Berufskrankheit, da die Zahnarzthelferin bei ihrer Arbeit nicht überdurchschnittlich häufig mit Hepatitis-kranken zu tun gehabt und außerdem nur kurze Zeit in der Zahnarztpraxis gearbeitet habe. Nach Ansicht der Richter bestand damit für sie keine erhöhte Infektionsgefahr und sie forderten daher einen Nachweis der beruflichen Ursache (Az.: B 2 U 7/08 R). Die Entscheidung der obersten Richter bedeutet, dass bei einer langjährigen Tätigkeit an Arbeitsplätzen mit erhöhtem Infektionsrisiko im Krankheitsfall die gesetzliche Unfallversicherung zahlen muss. Nur wenn die gesetzliche Unfallversicherung beweisen kann, dass die Krankheit nicht durch die Tätigkeit verursacht wurde, ist sie von ihren Verpflichtungen befreit.

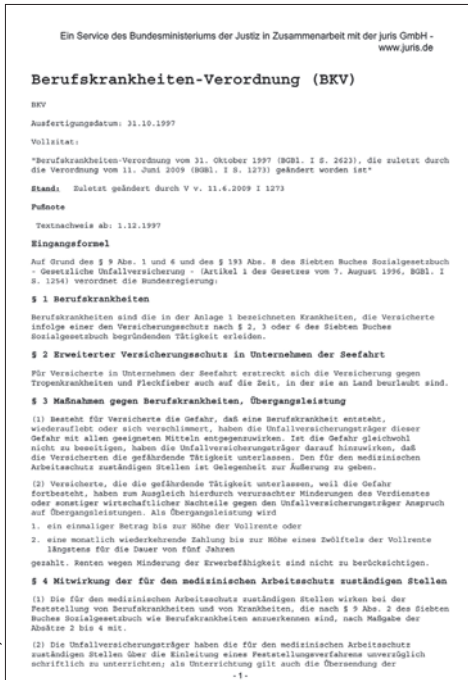
Dr. Sigrid Olbertz, MBA  
Zahnärztin, Master of Business Administration  
Mittelstr. 11a  
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

Berufskrankheit ab. Bei einem weiteren Fall – es handelt sich um einen Entsorger – steht die Entscheidung noch aus. Jedoch empfiehlt sich eine genaue Betrachtung der Urteilsbegründung. Bei der Krankenschwester sahen die Richter einen klaren Zusammenhang zwischen Beruf und Infizierung deshalb, weil sie jahrelang im Krankenhaus tätig und während dieser Zeit einem erhöhten Übertragungsrisiko ausgesetzt war. Sie hatte nicht in erhöhtem Maße mit Hepatitis-C-Infizierten zu tun, sondern musste lediglich während ihrer Tätigkeit im Krankenhaus häufig auch infizierte Patienten betreuen. Sie konnte auch nicht konkret nachweisen, dass sie sich das Virus während der Arbeit eingefangen hat, etwa durch einen Stich mit einer verseuchten Spritze. Trotzdem erkannte der Senat die Hepatitis-C-Infektion der Krankenschwester als Berufserkrankung an. Für die obersten Richter reichte es, dass die Krankenschwester über einen längeren Zeitraum einem erhöhten Risiko ausgesetzt gewesen war, weil sie infizierte Patienten betreute (Az.: B 2 U 30/07 R).



Foto: MEV

Als Berufskrankheit gilt nur, was eindeutig in einen Zusammenhang mit einer beruflichen Situation gebracht werden kann.



Die Berufskrankenverordnung ist maßgeblich für die Einordnung von berufsbedingten Krankheiten.

nicht um einen Arbeitsunfall und die gesetzliche Unfallversicherung muss bei bleibenden Schäden keine Unfallrente zahlen. Denn laut Gericht ist nur der Gang von und zu der Toilette geschützt. Hingegen ist das Verweilen hinter der Toilettentür dem privaten Bereich zuzuordnen und die Unfallversicherung ist nicht zur Leistung verpflichtet (LSG München, Az.: L 3 U 32/01). Entsprechend schwierig ist bei einer Infektionserkrankung der Nachweis zu erbringen, dass von einem engen Zusammenhang zwischen Job und Infizierung auszugehen ist. Denn hier lässt sich häufig nicht konkret nachweisen, dass die Krankheit durch ein bestimmtes Ereignis verursacht worden ist. Genau mit diesem Problem wandten sich die Betroffenen an die Bundesrichter. Diese entschieden, dass es völlig ausreiche, wenn die berufliche Tätigkeit den Versicherten im besonderen Maße einer Infektionsgefahr aussetzt. Aber auch hier differenzierten die Richter sehr genau. Lediglich bei der Krankenschwester fanden sie einen klaren Zusammenhang zwischen dem Beruf und der Infizierung. Bei der Zahnarzthelferin und bei dem Catering-Mitarbeiter konnten die Richter den Zusammenhang nicht herstellen und lehnten deshalb die Anerkennung als

*CED-Vollversammlung in Brüssel*

## Delegation Ja – Substitution Nein

**Für das Delegationsprinzip des Zahnarztes an sein Assistenzpersonal und gegen Substitution sprachen sich die Vertreter des Council of European Dentists (CED) auf ihrer jährlichen Herbstvollversammlung aus. Damit erteilte der Berufsstand auch auf europäischer Ebene der Aufwertung der Arbeit von nicht-zahnärztlichem Personal eine klare Absage. Neben weiteren Fragen der EU-Interessenarbeit standen mit Spannung erwartete Wahlen im Mittelpunkt: Der Österreicher Dr. Wolfgang Doneus wurde zum Präsidenten des CED gewählt.**



Am 20. November 2009 fanden sich 47 Delegierte aus 26 EU-Mitgliedstaaten der Europäischen Union zum jährlichen Herbsttreffen des Council of European Dentists (CED), des europäischen Dachverbandes der Zahnärzte, in Brüssel ein. Neben Überlegungen zur internen Organisation und der künftigen externen Kommunikation der CED-Verbandsarbeit standen zahlreiche aktuelle europapolitische Fragen auf der Tagesordnung.

So erteilten die europäischen Zahnärzte der in einigen EU-Mitgliedsstaaten geführten Diskussion, die Arbeit nicht-zahnärztlichen Personals weiter aufzuwerten, damit dieses quasi-zahnärztliche Tätigkeiten durchführen kann, eine eindeutige Absage. Ohne Gegenstimme wurde die unter der Federführung des CED-Vizepräsidenten Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Hamburg, formulierte EntschlieÙung „Delegation Ja – Substitution Nein“ von den europäischen Delegierten angenommen.

### Gesamtverantwortung beim Zahnarzt

Der CED unterstreicht in diesem an die europäische Politik gerichteten Antrag, dass die Gesamtverantwortung für die zahnärztliche Behandlung zu Recht allein beim Zahnarzt liegen muss. Der Antrag bringt dabei zum Ausdruck, dass im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung jegliche selbstständigen Behandlungen von Patienten durch nicht-zahnärztliche Gesundheitsberufe ohne

Fotos: BZÄK Brüssel



Die deutsche Delegation: ZA Ralf Wagner, KZBV, (vorne rechts, neben zwei finnischen Delegierten), Barbara Bergmann-Krauss, Florian Lemor, Dr. Peter Engel und Dr. Michael Frank, BZÄK (zweite Reihe, v.r.n.l.)



47 Delegierte aus 26 EU-Mitgliedstaaten trafen sich zur CED-Vollversammlung in Brüssel.

Der Überraschungskandidat Dr. Wolfgang Doneus (r.) aus Österreich ist neuer CED-Präsident. CED-Vize Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (l.) engagierte sich für das Delegationsprinzip.



Foto: BZÄK/Lopata

Foto: privat

Beaufsichtigung durch einen qualifizierten Zahnarzt abzulehnen sind. Unterstützung fanden ferner EntschlieÙungen zur besseren Infektionskontrolle und zur Nutzung von Amalgam.

Gegenstand intensiver Beratungen waren weitere ausgewählte binnenmarkt- und gesundheitspolitische Fragen. So tauschte man erste Erfahrungen mit der Umsetzung der europäischen Berufsanerkennungsricht-

linie aus. Mit Blick auf die in der Richtlinie festgelegten Ausbildungsinhalte der jungen Zahnärzte in Europa wurden zahlreiche qualitätssichernde Anpassungen gefordert. Großes Interesse fand auch das Grünbuch Arbeitskräfte des Gesundheitssektors. Mit dem Grünbuch hatte die Europäische Kommission vor dem Hintergrund einer alternierenden Gesellschaft im vergangenen Jahr die Diskussion über die Herausforderungen, vor denen die Arbeitskräfte des Gesundheitswesens stehen, angestoßen.

### **Spannende Neuwahlen**

Schließlich berichtete das Brüsseler Büro des CED über den aktuellen Stand der Beratungen über den Entwurf einer Richtlinie über grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen, die die Kostenerstattung ambulanter und stationärer Behandlungen in

einem anderen EU-Mitgliedstaat auf eine gemeinsame rechtliche Grundlage stellen soll. Für die größte Spannung sorgte erwartungsgemäß jedoch die Neuwahl des CED-Präsidenten. Diese war notwendig geworden, da der bisherige Amtsinhaber, der Portugiese Dr. Orlando Monteiro da Silva, sein Amt zur Verfügung gestellt hatte. Erst vor Kurzem war er zum Präsidenten Elect der World Dental Federation (FDI) gewählt worden. Zwei Kandidaten hatten den Hut in den Ring geworfen. Der langjährige CED-Schatzmeister Dr. Tom Feeney aus Irland trat gegen den österreichischen Überraschungskandidaten Dr. Wolfgang Doneus an.

In einem spannenden Wahlgang setzte sich Doneus, der bis 2006 bereits einmal als Präsident dem CED vorgestanden hatte, letztlich mit 26:21 Stimmen durch. Doneus wird nun erneut für drei Jahre die Geschicke des CED lenken. Als neuer Schatzmeister wurde

der Schwede Dr. Roland Svensson gewählt, der bereits zuvor dem Vorstand angehörte. Erstmals Mitglieder des CED-Vorstands sind der Bulgare Prof. Dr. Nikolai Sharkov und der Italiener Dr. Marco Landi. Wiedergewählt in den Vorstand wurde zudem der Spanier Dr. Francisco Rodriguez Lozano. Aus Deutschland nahm als Delegierter ZA Ralf Wagner von der KZV-Nordrhein neben Prof. Dr. Wolfgang Spekels an der Vollversammlung teil. Die Gelegenheit als Gäste vor den CED-Delegierten zu sprechen, nutzten schließlich der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, und der Vizepräsident der BZÄK, Dr. Michael Frank.

*Dr. Alfred Büttner  
Bundeszahnärztekammer  
Stellvertretender Leiter Büro Brüssel  
Avenue de la Renaissance, 1  
B – 1000 Bruxelles*

Deutscher Zahnärztetag 2009

## Ehrungen und Preise

Anlässlich des diesjährigen Deutschen Zahnärztetages wurden wieder eine Reihe wissenschaftlicher Preise verliehen.

vergeben. Dies war der Beitrag „Fluoroseprävalenz bei 15-Jährigen in drei Regionen mit unterschiedlichen Prophylaxepro-

Prüfungsformaten?“ wurden ZA Karl-Christian Wege, Dr. Constantin Eiffler, ZÄ Lydia Eberhard, Dr. Amelie Bäumer, ZA Nikos Giannakopoulos, OA PD Dr. Alexander Hassel, ZÄ Raluca Cosgarea, ZA Wolfgang Bömicke, ZÄ Nicoleta Corcodel, OA Dr.

disziplinären und fallorientierten eLearning-Moduls 'Zahnschmerzambulanz'“.

### IPJ-Poster-Award

Der IPJ-Poster-Award ging in diesem Jahr nach Halle an Dr. Susanne Schulz, Maximilian Haffner, Katja Krause, Prof. Hans-Günter Schaller, Dr. Stefan Reichert, Prof. Dr. med. Gernot Keyßer, Dr. Christoph Schäfer, Dr. Vera John und Dr. Christiane Gläser, für ihre Veröffentlichung „Molecular detection of periodontopathic bacteria in synovial fluid“ im Int Poster J Dent Oral Med 2008, Vol 10 No 04, Poster 430.

### Sensodyne-Poster-Award

Auch der Sensodyne-Poster-Award ging nach Halle an OA Dr. med. dent. Arne F. Boeckler, Carolin Ehring und Prof. Dr. med. dent. habil. Jürgen M. Setz für ihre Arbeiten „Retention performance of magnetic attachments on dental implants“ (Int Poster J Dent Oral Med 2008, Vol 10 No 01, Poster 391) und „Dental magnetic systems as prosthetic attachments on retained roots“ (Int Poster J Dent Oral Med 2008, Vol 10 No 01, Poster 397).

### Fotowettbewerb

Im diesjährigen Fotowettbewerb ergatterte Dr. Oliver Hartmann aus Köln den ersten Preis, der zweite Preis ging an Dr. Michael Schricker aus Straubing. Für den dritten Preis qualifizierte sich Dr. Wolfgang H. Knupfer aus Laichingen. Eine ehrenvolle Erwähnung erhielten auch die ebenfalls herausragenden Arbeiten von Dr. Petra Neuerer und Dr. Wolfgang Knupfer. sp



Prof. Thomas Hoffmann ehrt die Miller-Preisträger Prof. Dr. Peter Meisel, Dr. Careen Springmann und Prof. Dr. Thomas Kocher zusammen mit dem ehemaligen Generalsekretär Dr. Karl-Rudolf Stratmann (v.r.n.l.).

### Miller-Preis

Die höchste wissenschaftliche Auszeichnung, der Miller-Preis, ging an das Autorenteam Prof. Dr. Peter Meisel, Dr. Careen Springmann, Prof. Dr. Thomas Kocher, alle Greifswald, für ihre Arbeit mit dem Thema: „Der Einfluss von Magnesium auf die Parodontitis Ergebnisse einer Populationsstudie im Fünf-Jahres-Verlauf“.

### DZZ-Jahresbestpreis

Der DZZ-Jahresbestpreis wird für die beste Publikation, die innerhalb der letzten zwölf Monate in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift erschienen ist,

grammen“ von dem Autorenteam Prof. Dr. Klaus Pieper, Marburg, Dr. A. Neuhäuser, Marburg, Dr. N. Renner, Oberdorla, Dr. J. Abou-Fidah, Konstanz, Dr. K. Rasch, Göttingen, Dr. M. Kröplin, Heiligenstadt, P. Völkner-Stetefeld, Marburg, M. Heinz-Gutenbrunner, Marburg, und Dr. A. Jablonski-Momeni, Marburg.

### Dental Education Award 2009 der Kurt Kaltenbach Stiftung

Für ihre Arbeit mit dem Titel „Interdisziplinäre OSCE-Prüfung im vorklinischen zahnmedizinischen Studentenunterricht – eine Ergänzung zu herkömmlichen

Thomas Stober, OA Dr. Joachim Beck-Mußotter, OÄ Dr. Diana Wolf, ZÄ Theresa Kraus, ZÄ Jaleh Mahabadi, Dipl.-Ing. Stefan Rues, Dipl.-Ing. Falk Becker sowie Dr. Marc Schmitter, alle aus Heidelberg, mit dem Dental Education Award 2009 der Kurt Kaltenbach Stiftung geehrt.

Ebenso erhielt das Frankfurter Autorenteam PD Dr. Susanne Gerhardt-Szép, Prof. Dr. H.-C. Lauer, Prof. Dr. Detlef Heideemann, Dipl.-Kom. B. Schwalm, Andreas Lagan sowie Lars Kandsperger die Auszeichnung für die Gemeinschaftsarbeit „Konzeption und Implementierung des interaktiven, inter-

Foto: BZÄK/lopata

## Prof. Brinkmann ist tot

Mit großer Trauer gibt der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) den Tod von Prof. h.c. Dr. Egon L. W. Brinkmann bekannt. Der Gründervater des BDIZ ist am 2. November in Malaga/Spanien kurz vor Vollendung seines 90. Geburtstages an Herzversagen gestorben. Mit Professor Brinkmann verliert der BDIZ EDI seinen geistigen Vater und die



Foto: privat

Implantologie einen Wegbereiter für den Einzug der Implantologie in die zahnärztlichen Praxen. Schon früh, im Jahr 1969, widmete sich Egon Brinkmann der Einpflanzung von künstlichen Zähnen und gehört damit unbestritten zu den Pionieren auf dem Gebiet der oralen Implantologie. Brinkmann machte auf sich aufmerksam, als er 1973 mit Unterstützung der DGZMK den „Arbeitskreis für enossale Implantationsverfahren“ mitgründete. In vielen OP-Kursen und Seminaren machte er weit mehr als 1000 zahnärztliche Kollegen und Hochschulassistenten mit den verschiedenen Implantationsverfahren vertraut. Wie sehr der Praktiker die zahnärztlichen Praxen im Auge hatte, bewies Prof. Brinkmann 1973, als er die Klassifikation der Indikationsklassen in die enossale Implantologie einführte, die nach Überarbeitung bis heute als Standarderteilung

der zahnärztlichen Implantologie gültig sind. Die Konsensuskonferenz Implantologie hat sie als Indikationsklassen für die Regelfallversorgung später fortgeschrieben. 1976 kam Prof. Brinkmann mit keramischem Implantationsmaterial und der Sandhaus-Schraube in Berührung. Er führte die klinische Erprobung der keramischen Implantate der Bioloxgruppe durch und inserierte 1976 sein erstes Ankerimplantat. Brinkmann ist auch der Entwickler des Pfeilstiftimplantats. Durch den Bundespräsidenten der Bundesrepublik Deutschland wurde ihm die Erlaubnis erteilt, den von einer ausländischen Universität verliehenen Titel eines Ehrenprofessors zu führen. Es ist seinem Engagement zu verdanken, dass am 30. September 1989 der Bundesverband der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte in Deutschland (BDIZ) gegründet wurde. An seiner Seite standen 17 zahnärztlichen Kollegen, die (nach der 1988 erfolgten Anerkennung) als wissenschaftliche Behandlung die Implantologie durchführen und die Weichen für eine praxisorientierte Implantologie stellen wollten. Professor Brinkmann führte den BDIZ als 1. Vorsitzender seit der Gründung bis zum Jahr 1993. Anschließend stellte er sich als Generalsekretär bis 2002 in den Dienst des Verbands. Prof. Brinkmann war Träger der Ehrenmedaille des BDIZ und war Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI). Auch außerhalb des Berufsstandes wusste man seine Verdienste um die Implantologie zu schätzen. Am 22. Januar 2004 erhielt er in seiner Heimatstadt Oldenburg das Verdienstkreuz am Bande.

BDIZ EDI

## Identifizierung

### Skelettfund in Klein-Winternheim

Am 29.04.2008 um 10.40 Uhr wurde in Klein-Winternheim bei Mainz, Gemarkung „Der Weizel“, unweit der BAB-Anschlussstelle zur A 63 während Rodungsarbeiten in einem Grünflächengelände ein menschliches Skelett gefunden. Die menschlichen Überreste waren zunächst von einer mehrere Zentimeter dicken Erdschicht abgedeckt.

Die Umstände am Fundort begründen den Verdacht eines Kapitalverbrechens.

Die Knochenreste können – nach entsprechenden rechtsmedizinischen Untersuchungen – einer erwachsenen männlichen Person, zum Zeitpunkt des Ablebens zwischen 35 und 42 Jahre alt, zugeordnet werden. Die Liegezeit dürfte sich im Bereich mehrerer Jahre bewegen.

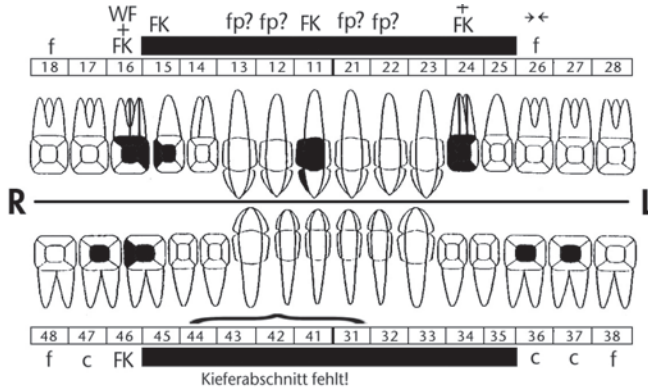
Aus der Gesichtsrekonstruktion des Toten zur visuellen Personenidentifizierung ergibt sich das nebenstehend abgebildete anzunehmende Erscheinungsbild zu Lebzeiten.

#### Fragestellungen:

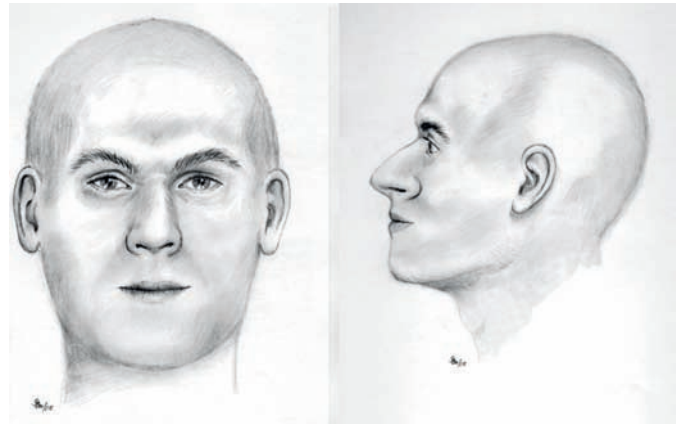
Ist die Identität dieser Person bekannt?

Liegen Patientenunterlagen zu dem unbekanntem männlichen Toten vor?

#### Zahnstatus im Zahnschema



f = fehlt, c = Karies, FK = Füllung Kunststoff, WK = Wurzelfüllung, fp = fehlt (post-mortal), -> <- = Lücke eingengt



Hinweis: Im Bereich der Haartracht (sowohl Deckhaar als auch Bart) kann die Darstellung stark vom letzten bekannten Erscheinungsbild abweichen.

18	retiniert (klinisch nicht sichtbar)	38	f
17	o.p.B.	37	c (o)
16	F (mob) zahnfarben, vermutlich Komposit, palatinale Wand fehlt, WF (mbp), unbekanntes röntgendichtes Material	36	c (o)
15	F (od), zahnfarben, vermutlich Komposit	35	o.p.B.
14	o.p.B.	34	o.p.B.
13	f, leere Alveole, Verlust vermutlich postmortal	33	o.p.B.
12	f, leere Alveole, Verlust vermutlich postmortal	32	o.p.B.
11	FK (dlab) / im Röntgenbild nicht eingestellt	31	nicht vorhanden, Alveole partiell erhalten
21	f, leere Alveole, Verlust vermutlich postmortal	41	nicht vorhanden, Alveole partiell erhalten
22	f, leere Alveole, Verlust vermutlich postmortal	42	nicht vorhanden, Alveole partiell erhalten
23	o.p.B.	43	nicht vorhanden, Kieferabschnitt fehlt
24	F (mopb), zahnfarben, vermutlich Komposit, WF (bp), unbekanntes röntgendichtes Material	44	nicht vorhanden, Kieferabschnitt fehlt
25	o.p.B.	45	o.p.B. / im Röntgenbild nicht eingestellt
26	f	46	F (od), zahnfarben, vermutlich Komposit / im Röntgenbild nicht eingestellt
27	aufgewandert, in Lücke gedreht, sonst o.p.B.	47	c (o)
28	o.p.B.	48	f

f = fehlt, o.p.B. = ohne pathologischen Befund, b = bukkal, o = okkusal, d = distal, m = mesial, p = palatinal, lab = labial, F = Füllung, c = Karies



DVT vom 30.10.2008: Rekonstruktion der Panorama-Schichtaufnahme (OPG)

#### Hinweise sind bitte an die

Kriminaldirektion Mainz  
Kommissariat 11  
Valenciaplatz 2  
55118 Mainz  
Tel.: 061 31/65-3815  
Fax: 061 31/65-3829  
Az.: 309019/29042008/1145  
Sb: Zgavec, KK

zu richten.

**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 Verfasseramen 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 IWV-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  
Uhlandstr 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**



## Industrie und Handel

Servicekupon  
auf Seite 101

3M ESPE

### Symposium Lokalanästhesie



Am 9. September 2009 fand in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie in München das Symposium „Lokalanästhesie – mehr Komfort mit einer adrenergisch reduzierten Articainlösung“ statt. Thematische Schwerpunkte waren die Bedeutung und der differenzierte Einsatz von Adrenalin in der Lokalanästhesie. Mit der Produktfamilie der Ubistesine unterstützt 3M Espe das Konzept der differenzierten Lokalanästhesie und bietet Zahnärzten eine

komfortable Lösung, um die Lokalanästhesie individuell auf den Patienten und die klinische Situation abzustimmen. Derzeit kann zwischen den drei unterschiedlichen Adrenalinkonzentrationen 1/100 000, 1/200 000 und 1/400 000 gewählt werden. Ausführliche Informationen und aktuelle Studienergebnisse zur klinischen Relevanz des Konzepts präsentierte PD Dr. Dr. Monika Daubländer, Oberärztin der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie der Universitätsmedizin Mainz.

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](mailto:info3mespe@mmm.com)

absolute Ceramics

### Verformbarer halbseitiger Löffel

Der neue halbseitige Löffel von absolute Ceramics ist eine gemeinsame Entwicklung des Unternehmens mit Clan Dental Products (Schreinemakers). Er ist thermoplastisch verformbar und ermöglicht dadurch eine Individualisierung. Zudem besitzt er eine Positionierungshilfe an der Front und ist bei Individualisierung nach GOZ Nr. 517 abrechnungsfähig. Die Kunden schätzen den Löffel wegen der Materialsparenden



Form, weil er sich gut festhalten lässt und die Positionierung sowie Stabilisierung erleichtert.

absolute Ceramics (biodentis GmbH)  
Weißenfelsers Straße 84  
04229 Leipzig  
Tel.: 08 00 / 93 94 95 6 (gratis)  
<http://www.absolute-ceramics.com>

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

Astra Tech

### PEERS-Förderpreise 2010

Das von Astra Tech gegründete Netzwerk PEERS schreibt die Förderpreise für das Jahr 2010 aus. Bereits zum zweiten Mal sollen hervorragende Leistungen in der Implantologie ausgezeichnet werden. In den Kategorien „Dissertation“, „Fallpräsentati-

Für den mit 3 000 Euro dotierten Dissertationspreis können Dissertationen eingereicht werden, die mit „summa cum laude“ oder „magna cum laude“ bewertet wurden. Einsendeschluss für alle Kategorien ist der 31. Juli 2010. Nähere Informationen zu den

# PEERS

GERMANY

on“, „Poster“, „Wissenschaftliche Publikation“ und „PEERS Implantatprothetik-Preis“ können sich Wissenschaftler und Zahntechniker um einen Preis bewerben. In den wissenschaftlichen Kategorien werden die besten Arbeiten zu einem aktuellen Thema der Implantologie mit klinischer Relevanz prämiert.

Bewerbungskriterien und zur Anmeldung können bei [peers.foerderpreise@astratech.com](mailto:foerderpreise@astratech.com) erfragt werden.

Astra Tech GmbH  
An der kleinen Seite 8  
65604 Elz  
Tel.: 0 64 31 / 98 69 214  
Fax: 0 64 31 / 98 69 321  
<http://www.astratechdental.de>  
E-Mail: [Katja.Geis@astratech.com](mailto:Katja.Geis@astratech.com)

ADSystems

### TTL-Lupenbrillen nach Maß

Das TTL-Lupensystem von ADSystems zeichnet sich durch hoch auflösende Optik, expansive Tiefschärfe sowie Tragekomfort aus. Die Lupen sind in die Brillengläser eingebracht, so dass die Okulare im optischen Pupillenabstand stehen. Dazwischen existieren keine Elemente, wodurch der Anwender eine hohe optische Qualität und ein weites Sichtfeld hat. Bereits mit einer TTL Galilei Lupe lassen sich die Leistungen steigern, doch noch mehr optische Qualität weist das TTL Prismen oder das TTL Kepler System auf: Damit werden kleinste Details im Arbeitsfeld sichtbar. TTL unterscheidet sich von anderen



Lupenbrillen durch die vielen Möglichkeiten der individuellen Einstellung: Deklinationswinkel, Pupillenabstand, Korrekturgläser und Arbeitsabstand.

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](mailto:info@ADSystems.de)



*BEGO Implant Systems*

## **Neue Biomaterialien**

Bego Implant Systems hat das Leistungsprogramm neben dem Knochenbearbeitungsset Osseo-Plus Transfer um Knochenersatzmaterialien und Kollagenmembranen erweitert. Synthetisches und bovines Knochenersatzmaterial sowie Kollagen Fleece und eine Kollagen Membran runden den Systemgedanken ab. Die anorganische Hydroxylapatit-Keramik Bego Oss steht als Granulat zur Verfügung. Das Knochenersatzmaterial ist zur dauerhaften Auffüllung oder Rekonstruktion von Knochendefekten und zur Volumenvermehrung bei

der Implantation geeignet. Das synthetische Knochenersatzmaterial Bego Oss S dient besonders dem Auffüllen von knöchernen Defekten und als Alternative zu bovinem Biomaterial. Die Bego Collagen Membrane und Collagen Fleece finden beim Abdecken von augmentierten Arealen Anwendung und helfen beim Wundverschluss. Infos sind unter der kostenfreien Hotline 0800/2028-000 oder bei den Regional-Vertriebsleitern erhältlich.

*BEGO Implant Systems  
GmbH & Co. KG  
Technologiepark Universität  
Wilhelm-Herbst Straße 1  
28359 Bremen  
Tel.: 04 21 / 20 28 - 267  
Fax: 04 21 / 20 28 - 265  
<http://www.bego-implantology.com>  
E-Mail: [wachendorf@bego.com](mailto:wachendorf@bego.com)*

*Carestream Health*

## **Neuer Sensor mit Wi-Fi-Kompatibilität**

Die Dental Systems Group von Carestream Health präsentiert ihren ersten Wi-Fi Röntgensensor: Mit einer Bildauflösung von 20 Linienpaaren pro Millimeter bietet der Kodak RVG 6500 Sensor Flexibilität und Mobilität. Weil es keine Kabelverbindung zwischen Sensor und PC gibt, wird der Arbeitsablauf nicht gestört und der Komfort für die Patienten verbessert. Die Wi-Fi-Technologie ermöglicht eine schnelle Bildübertragung und einen sofortigen Zugriff auf die Bilder. Der Sensor kann auf jedem PC eingesetzt werden und ist das erste dentale Radiographiesystem, das mit den Apple-Plattformen iPhone and iPod Touch kompatibel ist. Kunden können die RVG-



Mobilanwendung aus dem App Store von Apple herunterladen.

*Carestream Health Deutschland  
GmbH  
Hedelfinger Straße 60  
70327 Stuttgart  
Tel.: 0 08 00 / 45 67 76 54  
Fax: 07 11 / 20 70 73 31  
<http://www.kodakdental.com>  
E-Mail: [europedental@cshdental.com](mailto:europedental@cshdental.com)*

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

*ziterion*

## Zweiteiliges ZrO<sub>2</sub>-Implantat



Mit der Einführung des zweiteiligen Keramikimplantats zit-vario-z wird ziterion der Nachfrage nach einem subgingivalen Implantat aus ZrO<sub>2</sub>-Keramik gerecht, das alternativ zu subgingivalen Titanimplantaten eingesetzt werden kann. Mit wenigen Komponenten

bleibt es dem Anspruch des ziterion-Implantatsystems nach Einfachheit und Übersichtlichkeit treu. Alle Instrumente des ziterion-Implantatsystems sind zum subgingivalen zit-vario-z Implantat kompatibel. Studien haben nachgewiesen, dass das subgingivale zit-vario-z Keramikimplantat eine vergleichbare Osseointegration wie moderne Titanimplantate zeigt, jedoch eine höhere Festigkeit und ein überlegenes Weichgewebsverhalten aufweist.

*ziterion GmbH*  
 Bahnhofstraße 3  
 97215 Uffenheim  
 Tel.: 0 98 42 / 93 69 - 0  
 Fax: 0 98 42 / 93 69 - 10  
<http://www.ziterion.com>  
 E-Mail: [info@ziterion.com](mailto:info@ziterion.com)

*DENTSPLY DeTrey*

## Signifikant besserer Haftverbund

Das für Stumpfaufbau und Stiftsetzung zertifizierte Dentsply Core&Post System stand im Mittelpunkt einer aktuellen Vergleichsstudie unter Leitung von Dr. Guido Sterzenbach, Charité, Berlin. Beeindruckendes Ergebnis: Bei den in Zahnarztpraxen häufig verwendeten ER Dentin Post Coated Stiften von Komet Brasseler zeigte die Kombination mit Core X-flow und XP Bond aus dem Dentsply Core&Post System signifikant höhere Haftwerte als mit den von Komet Brasseler empfohlenen Komponenten DentinBuild und DentinBond. Das Core&Post System ist in einem Organisationstray übersichtlich angeordnet und enthält alle benötigten Komponenten. Dazu gehören als Kernelemente



Core X-flow als Stiftbefestigungs- und Aufbaumaterial und XP Bond mit Self Cure Activator (SCA). Der systematische Ansatz wurde von Zahnärzten für Zahnärzte entwickelt und sorgt dank der logischen Abfolge von fünf Schritten für strukturierte, wirtschaftliche Arbeitsabläufe.

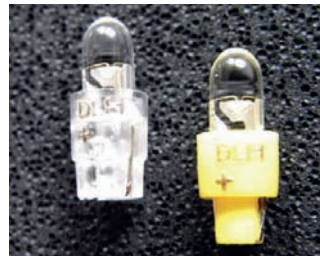
*DENTSPLY DeTrey*  
 DeTrey-Straße 1  
 78467 Konstanz  
 Tel.: 0 80 00 / 73 50 00  
 (kostenfrei)  
 Fax: 0 75 31 / 583 - 265  
<http://www.dentsply.de>  
 E-Mail: [info@dentsply.de](mailto:info@dentsply.de)

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

*Der Lampen Handel*

## LED-Licht für Hand- und Winkelstücke

Die neue Generation der LED-Lampen unterscheidet sich von ihren Vorgängern durch mehr Leistungsfähigkeit, höhere Zuverlässigkeit und weißes Licht. Diese LED-Lampen sind nun auch für Hand- und Winkelstücke



in Zahnarztpraxen erhältlich. Im Gegensatz zur bisher verwendeten Minilinsenlampe, die eine Lebensdauer von nur knapp 50

Stunden hatte, halten die neuen LED-Lampen bis zu 10 000 Stunden. Leuchtdioden sind außerdem unempfindlicher gegen Erschütterungen und erreichen durch die Verwendung von weißem Licht eine bessere Tiefenschärfe als Minilinsenlampen. Die Konturen einer Kavität sind dadurch deutlicher erkennbar, was präziseres Arbeiten ermöglicht und gleichzeitig das Auge entlastet.

*Der Lampen Handel*  
 Wiescher Weg 99  
 45472 Mülheim  
 Tel.: 08 00 / 166 22 11  
 Fax: 02 08 / 970 2 972  
<http://www.lampenhandel.com>  
 E-Mail: [info@LampenHandel.com](mailto:info@LampenHandel.com)

*Wrigley Oral Healthcare Programs*

## Innovatives Lehr- und Lernprogramm

Wrigley Oral Healthcare Programs startet mit SalivaDent ein neues Lehr- und Lernprogramm: Im Oktober 2009 erhielten Fortbildungseinrichtungen und Berufsschulen in ganz Deutschland folgende Materialien zum Thema „Speichel & Mundgesundheit“, die speziell auf diese Zielgruppen abgestimmt sind: Unterrichtsfolien in Form einer PowerPoint-Präsentation für Lehrer und Referenten sowie ein Skript zur Prüfungsvorbereitung mit Glossar und Übungsaufgaben für die Schüler/innen und Fortzubildenden. Jutta Reitmeier, Leiterin von Wrigley Oral Healthcare Programs Germany, ist davon überzeugt, dass SalivaDent die Präventionsorientierung in der Ausbildung und die Kompetenz des Praxispersonals stärken wird: „Wir haben dieses Programm speziell für das Fachpersonal



konzipiert, denn in der täglichen Praxis ist es vor allem die Helferin, die den Patienten das Thema Prophylaxe näher bringt. Da es eine derart fundierte Hilfestellung bislang noch nicht gab, haben wir gerne die Initiative ergriffen.“

*Wrigley Oral Healthcare Programs*  
 Biberger Straße 18  
 82008 Unterhaching  
 Fax: 0 89 / 66 51 04 57  
<http://www.wrigley-dental.de>

*EOS Health AG*

## Steuern sparen durch Aufklärung

Viele Patienten wissen es nicht: Übersteigen ihre Ausgaben beispielsweise 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 aktiv über diesen Vorteil auf, wächst die Bereitschaft, sich für eine höherwertige Behandlung zu entscheiden. „Gerade in Zeiten der Rezession sollten Zahnärzte ihre Patienten verstärkt

beraten, was die Finanzierbarkeit ihrer Behandlung betrifft“, sagt Uwe Schäfer, Vorstand der EOS Health AG, einer Finanzdienstleisterin im Gesundheitsmarkt. „Zusätzlich lohnt es sich, wenn Zahnarztpraxen ihren Patienten ermöglichen, ihre Privatrechnungen in Raten begleichen zu können. Bei solchen Praxen messen wir deutliche Sprünge beim Volumen ihrer Honorarnoten.“

*EOS Health AG  
Steindamm 80  
20099 Hamburg  
Tel.: 08 00 / 811 18 00  
Fax: 08 00 / 848 44 88  
http://www.eos-health.ag  
E-Mail: info@eos-health.ag*

*Dr. Ihde*

## Praxishygiene leicht gemacht

Damit die Hygienemaßnahmen nicht zur Last werden, ist das entsprechende Sortiment von Dr. Ihde Dental nicht nur auf die Anforderungen in der Zahnarztpraxis zugeschnitten. Die Produkte überzeugen auch durch Hautverträglichkeit und angenehme Düfte. Mit der Dr. Ihde Sprühdeseinfektion und den Dr. Ihde Hygiene-Tüchern erfolgt die Flächendesinfektion beispielsweise im Handumdrehen. Die VAH/DGHM zertifizierte Sprühdeseinfektion ist gebrauchsfertig und eignet sich zur Schnelldesinfektion von Instrumenten sowie kontaminationsgefährdeten Oberflächen und Gegenständen. Dabei trocknet sie schnell und rückstandsfrei. Die Lösung wirkt bakterizid, fungizid, tuberkulozid und virusinaktivierend, schont



jedoch die Haut. Dies gilt auch für die mit Desinfektionsmittel getränkten Hygiene-Tücher zur Reinigung und Desinfektion von kleinen Flächen, Möbeln, Geräten, Hand- und Winkelstücken in der Praxis.

*Dr. Ihde Dental GmbH  
Erfurter Straße 19  
85386 Eching  
Tel.: 0 89 / 31 97 61 - 0  
Fax: 0 89 / 31 97 61 - 33  
http://www.ihde-dental.de  
E-Mail: info@ihde-dental.de*

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

**American Dental Systems GmbH**  
Seite 19

**BAI-Edelmetall AG**  
Seite 93

**Biodentis GmbH**  
Seite 53

**Carestream Health Deutschland**  
Seite 93

**Champions Implants GmbH**  
Seite 49

**Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG**  
Seite 63

**Dental Air Technic GmbH**  
Seite 83

**dentaltrade GmbH & Co. KG**  
Seite 5 und 71

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank**  
Seite 57

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Spectator Dentistry**  
Seite 75

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung**  
Seite 97

**DGI e.V.**  
Seite 11 und 59

**DGOI Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie**  
Seite 81

**DGP e.V.**  
Seite 65

**DMG Dental-Material GmbH**  
Seite 9

**doctorseyes GmbH**  
Seite 70

**Euronda Deutschland GmbH**  
Seite 31

**ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**  
Seite 47

**Korte Rechtsanwälte**  
Seite 93

**Kuraray Europe GmbH**  
Seite 43

**medentis medical GmbH**  
Seite 13

**MIB GmbH Medizin-Information und Beratung**  
Seite 67

**Miele & Cie KG**  
Seite 15

**Nobel Biocare Holding AG**  
3. Umschlagseite

**R-dental Dentalerzeugnisse GmbH**  
Seite 69

**Sinol Deutschland**  
4. Umschlagseite

**Sirona Dental Systems GmbH**  
2. Umschlagseite

**STI der Steinbeis-Hochschule Berlin**  
Seite 73

**Tri Hawk S.A.**  
Seite 21

**Trinon Titanium GmbH**  
Seite 23

**Unilever Deutschland GmbH**  
Seite 41

**Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG**  
Seite 7

**Voco GmbH**  
Seite 35

**W&H Deutschland GmbH**  
Seite 55

**Teilbeilage in PLZ 7, 8 + 9**  
Baumgartner & Rath GmbH

**Teilbeilage in PLZ 1**  
J + K Chirurgische Instrumente GmbH

*Hager & Meisinger*

## Bone Management Symposium

Bereits zum dritten Mal hatten am 9./10. Mai 2009 Prof. Dr. Jochen Jackowski und OA Peter Dirsch zum German Bone Management Symposium an die Universität Witten/Herdecke eingeladen. Mehr als 200 Teilnehmer waren gekommen, um sich die Vorträge rund um Knochenaufbaukonzepte, strategische Pfeilvermehrung und die Nutzung von Hart- und Weichgewebe in der Implantation anzuhören. Am 26. und 27. Februar 2010 findet an der Universität Witten/Herdecke das 4th German Bone Management Symposium statt. Auch dabei können wieder diverse Techniken in prak-



tischen Übungen an Tierpräparaten selbst ausprobiert und diskutiert werden. Weitere Informationen und Anmeldungen sind im Internet unter [www.bone-management-event.de](http://www.bone-management-event.de) erhältlich.

*Hager & Meisinger GmbH*  
Hansemannstraße 10  
41468 Neuss  
Tel.: 0 21 31 / 20 12 441  
Fax: 0 21 31 / 20 12 222  
<http://www.meisinger.de>  
E-Mail:  
[sarah.poecheim@meisinger.de](mailto:sarah.poecheim@meisinger.de)

*Heraeus Kulzer*

## Fortbildung in der Flugwerft



Rund 70 Teilnehmer empfing Heraeus Anfang Oktober zur Dental Fortbildung im Deutschen Museum Flugwerft Schleißheim. Prof. Dr. Claus-Peter Ernst, Uni Mainz, eröffnete die Fortbildung mit dem Vortrag „Füllst Du noch oder restaurierst Du schon?“ Untermauert mit neuen Erkenntnissen zu Füllungsmaterialien erläuterte er die Vorteile von nano-optimierten Hybridkompositen. Im zweiten Vortrag „Moderne The-

rapiekonzepte in der Parodontologie und Implantologie“ nannte Dr. Dr. Ralf Smeets, Uniklinik Aachen, die Gefahren, die beim Einsetzen von Zahnimplantaten durch Parodontitis entstehen können. Anhand von Fallbeispielen führte er Möglichkeiten und Vorteile des Knochenersatzmaterials Ostim von Heraeus auf. „Das hydrophile, resorbierbare Hydroxylapatit besitzt eine nanokristalline Struktur und eine hohe spezifische Oberfläche. Es vagabundiert nicht im Körper, sondern wird abgebaut“, sagte Smeets.

*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](mailto:jenni.caputo@heraeus.com)

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

*Hint-Els directScan*

## Beratung zur digitalen Abdrucknahme

Mit der Entwicklung von Intraoralscannern wie dem Hint-Els directScan, der ab Frühjahr 2010 erhältlich sein soll, werden Zahnmediziner in den computergestützten Herstellungsprozess integriert. Daraus ergeben sich neue Herausforderungen hinsichtlich Hard- und Software sowie in der Zusammenarbeit mit den zahntechnischen Partnern. Deshalb bietet Hint-Els individuelle Beratungen rund um das Thema digitale Abdrucknahme. Ansprechpartner des neuen Beratungsservices ist Feri Nadj (Foto), der für Ver-



trieb, Marketing und Qualitätsmanagement verantwortlich zeichnet. Wer telefonisch oder per Mail Kontakt aufnimmt, kann beispielsweise verfahrenstechnische Fragen zum Thema Anwendung und Datenübermittlung erörtern, betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte oder konstruktionstechnische Aspekte klären.

*Hint-Els GmbH*  
Rübgrund 21  
64347 Griesheim  
Tel.: 0 61 55 / 89 98 - 0  
Fax: 0 61 55 / 89 98 - 11  
<http://www.hintel.com>  
E-Mail: [info@hintel.com](mailto:info@hintel.com)

*VOCO*

## Farbige Füllungen für Kinder

Mit Twinky Star hat Voco speziell für die Milchzahnrestauration ein modernes Füllungsmaterial in acht glitzernden Effektfarben entwickelt: Gold, Silber, Blau, Pink, Grün, Orange, Lemon und jetzt auch Brombeere. Das farbige Füllungsmaterial weckt das Interesse und erhöht die Kooperationsbereitschaft der Kinder, die auf diese Weise in den Behandlungsablauf einbezogen werden. Die Entscheidung, welche Farbe die Füllung bekommen soll, ermöglicht den kleinen Patienten eine aktive Beteiligung an der Behandlung und macht den Zahnarztbesuch zum angst- und stressfreien Erlebnis. Darüber hinaus entwickeln die Kinder ein nachhaltiges Interesse am Zustand und an der Pflege ihrer Zähne. Das lichthärtende, röntgenopake Twinky Star überzeugt



zudem mit guten Produkteigenschaften. Neben einem hohen Füllstoffgehalt, einer geringen Polymerisationsschrumpfung sowie einer guten Adhäsion und Randadaptation sind dies auch eine hohe Druckhärte, Biegefestigkeit und geringe Abrasion.

*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](mailto:info@voco.de)

Flemming Dental AG

## „5. Dentale weiße Welt“ in Kitzbühel

Mit der „5. Dentalen weißen Welt“ setzt Flemming Dental sein Fortbildungskonzept fort. Sie wird vom 21. bis 25. Februar 2010 in Kitzbühel stattfinden. Die Teilnehmer erwartet eine Mischung aus Vorträgen, Skifahren, Sport-Events und Abendveranstaltungen auch für Nicht-Skifahrer. Im Preis von 999 Euro für die Kongressteilnehmer sind das Hotel, Vorträge, Skipass, Abendveranstaltungen sowie das Rahmenprogramm enthalten. Begleitpersonen zahlen 590 Euro. Die Veranstaltung ist mit 18 Fortbildungspunkten bewertet. Weitere Informationen und Anmeldung unter [www.flemming-dental.de](http://www.flemming-dental.de) oder bei Albus Event telefonisch unter 0800/1314500.



Flemming Dental AG  
Hammerbrookstraße 90  
20097 Hamburg  
Tel.: 0 40 / 321 02 - 0  
Fax: 0 40 / 321 02 - 149  
<http://www.flemming-dental.de>  
E-Mail: [info@flemming-dental.com](mailto:info@flemming-dental.com)

Dent-o-care

## Kooperation mit praxisDienste

Dent-o-care, Spezialist für Prophylaxe- und Mundhygieneprodukte, und der Prophylaxe-Dienstleister praxisDienste haben in den Bereichen Marketing und Vertrieb eine enge Kooperation vereinbart. Die Zusammenarbeit wird unter anderem die gegenseitige Unterstützung im Bereich Werbung sowie gezielte Marketingmaßnahmen im Rahmen von praxisDienste-Veranstaltungen beinhalten. Weiterhin werden beide Unternehmen ihr Know-How nutzen, um beispielsweise bei der Beurteilung von Prophylaxe-Produkten Fakten aus der Handels- sowie auch aus der Anwenderseite einzubringen.



Michael Tendl, Prokurist bei Dent-o-care: „Mit dem Unternehmen praxisDienste haben wir einen Partner gefunden, der von der Größe, der Philosophie und nicht zuletzt auch der Position im Markt her perfekt zu uns passt. Auch unseren Kunden werden aus den sich hier entwickelnden Synergien garantiert Vorteile entstehen.“

Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH  
Rosenheimer Straße 4a  
85635 Höhenkirchen  
Tel.: 0 81 02 / 777 28 88  
Fax: 0 81 02 / 777 28 77  
<http://www.dentocare.de>  
E-Mail: [info@dentocare.de](mailto:info@dentocare.de)



**Absender (in Druckbuchstaben):**

---



---



---

Kupon bis zum 06.01.2010 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** – Symposium Lokalanästhesie (S.96)
- absolute Ceramics** – Verformbarer halbseitiger Löffel (S.96)
- ADSystems** – TTL-Lupenbrillen nach Maß (S.96)
- Astra Tech** – PEERS-Förderpreise 2010 (S.96)
- BEGO Implant Systems** – Neue Biomaterialien (S.97)
- Carestream Health** – Sensor mit Wi-Fi-Kompatibilität (S.97)
- Dent-o-care** – Kooperation mit praxisDienste (S.101)
- DENTSPLY DeTrey** – Signifikant besserer Haftverbund (S.98)
- Der Lampen Handel** – LED-Licht für Handstücke (S.98)
- Dr. Ihde** – Praxishygiene leicht gemacht (S.99)
- EOS Health AG** – Steuern sparen durch Aufklärung (S.99)
- Flemming Dental AG** – „5. Dentale weiße Welt“ (S.101)
- Hager & Meisinger** – Bone Management Symposium (S.100)
- Heraeus Kulzer** – Fortbildung in der Flugwerft (S.100)
- Hint-Els** – Beratung zur digitalen Abdrucknahme (S.100)
- VOCO** – Farbige Füllungen für Kinder (S.100)
- Wrigley** – Innovatives Lehr- und Lernprogramm (S.98)
- ziterion** – Zweiteiliges ZrO<sub>2</sub>-Implantat (S.98)

*Nordsee-Internat*

# Lernen am Meer

**Das Internat Campus Nordsee bricht mit neuem Konzept alte Strukturen auf: Schüler, Pädagogen und die Leitung arbeiten motiviert zusammen.**

Auf den Aufenthalt im Internat Campus Nordsee in Sankt Peter-Ording hat sich Marie\* sehr gefreut. „Das Meer in direkter Nähe: Das habe ich mir toll vorgestellt.“ Die 19-jährige Abiturientin lächelt, als sie von ihren ersten Vorstellungen des Internatslebens berichtet. „Aber die Nordsee ist ja häufig gar nicht da!“ An Ebbe und Flut hatte sie damals nicht gedacht. Marie hat sich vor vier Jahren für ein Leben im Internat entschieden. Der Grund: Sie war schlecht in der

Schule – wie viele ihrer jetzigen Mitschüler auch. Wie zum Beispiel Zahnarzttochter Laura\*. Bei ihr war die Versetzung zum zweiten Mal gefährdet. Das Nordsee-Internat haben die Schülerinnen gewählt, weil ihnen das Konzept sehr gut gefiel: „Man lebt zwar im Internat, geht aber auf eine staatliche Schule.“ Der Unterricht findet nicht im Internat selbst, sondern in den örtlichen Schulen statt. Aus diesem Grund sind nicht alle Internatsbewohner auf derselben



Foto: Markus Heimbach

*Eigene Zimmer für die Schüler der Oberstufe: Hier sind die Internatszöglinge für die Organisation des Tagesablaufs weitgehend selbst verantwortlich.*

Schule: Einige besuchen die Haupt- und Realschule, andere das Gymnasium. Es gibt sogar eine Grundschülerin, um die man sich hier fürsorglich kümmert. Die Trennung zwischen Schule und Internat wird von allen Schülern sehr geschätzt: Häusliche Probleme haben keinen direkten Einfluss auf die Situation in der Schule.

Eine Mutter, deren Sohn das Internat besucht, bestätigt allerdings, wie schwierig es sein kann, das

richtige Internat zu finden. „Das ist wirklich ein Dschungel“, betont die Frau. In diesem Fall hätte ihr zugesagt, dass die Kinder sowohl schulisch als auch sportlich und musikalisch gefördert werden.

„In unserem Internat entsteht dennoch kein elitärer Kreis aus Internatsschülern“, sagt Rainer von Bülow, kaufmännischer Leiter des Internats. Die etwa 120 Schüler müssen auch mit den „Dörflern“ auskommen. So werden die Be-

wohner Sankt Peter-Ordings im Jargon des Internats genannt. Da könnte allerdings der Zusammenhalt unter den Internatsschülern auf der Strecke bleiben. Dieser Herausforderung stellen sich von Bülow und der pädagogische Leiter Rüdiger Hoff aber gern. „Uns ist es vor allem wichtig, dass wir ein gutes Verhältnis zu unseren Schülern haben“, betont von Bülow. Um dieses zu pflegen, trifft sich die Internatsleitung jeden Montag mit Vertretern der Schülerschaft. Beim Mittagessen werden verschiedene Aspekte des Internatslebens besprochen. „Wir sind selbst manchmal ganz überrascht, welche Vorschläge von den Schülern kommen“, sagt Hoff. Man merkt dem pädagogischen Leiter an, dass er sich für die Angelegenheiten der Schüler begeistern kann. „Wir sind keine reine Aufbewahrungsanstalt“, bestätigt auch von Bülow. „Die Schüler müssen in den Ferien nach Hause fahren.“ Die enge Zusammenarbeit mit den Eltern gehört zum Konzept des Internats. Die Schüler werden im Nordsee-Internat an „der langen Leine“ gehalten. Das vorrangige Ziel ist es, sie zur Selbstständigkeit zu erziehen. Dazu beitragen soll die Wohngemeinschaft (WG) mitten auf dem Gelände. Schüler der Oberstufe haben die Möglichkeit, in eines der begehrten Zimmer zu ziehen. In dieser Wohnung sind die Jugendlichen für sich selbst verantwortlich: putzen, abwaschen, rechtzeitig aufstehen und den Schulalltag organisieren gehören dann zum Erwachsenwerden dazu. Nachmittags haben alle Schüler ein straffes Programm: Die Lernzeit von 16 bis 18 Uhr ist verbindlich. Unter Aufsicht müssen sie zwei Stunden lang in kleinen Gruppen ihre Hausaufgaben er-

ledigen und den Unterricht vor- und nachbereiten. Darüber hinaus gibt es den Förderunterricht. Selbst die Schüler scheinen begeistert zu sein. „Der Förderunterricht ist gut. Er bringt wirklich etwas, wenn man sich darauf einlässt“, meint die 15-jährige Sarah\*. Am Anfang habe sie noch viel Förderunterricht gebraucht. Nun sei dieser aber nur noch sporadisch notwendig. „Und wenn man mal kurzfristig Hilfe braucht, erhält man auch welche.“

Einer der pädagogischen Mitarbeiter weiß: „Die Schüler brauchen etwa ein halbes Jahr, bis sie hier ankommen.“ Die Eltern würden häufig Wunder erwarten, schmunzelt er. Manches Mal würden die Leistungen der Schüler aber zunächst schlechter. „Das ist dann oft ein Schock für die Eltern“, fügt der Pädagoge hinzu. Bei Sarah war dies zunächst auch der Fall. Jetzt steht die Schülerin bei einem Notendurchschnitt von 2,3 und hat ehrgeizige Ziele: Schließlich will sie später Musiktherapeutin werden.

Mit dem neuen pädagogischen Konzept versucht die Leitung, Schüler und Mitarbeiter stärker einzubinden und dadurch auch mehr zu motivieren. Letztendlich sei das Internat ein Produkt, an dem alle mitarbeiten müssten, betont Hoff. „Erfolgreich lernen – Impulse fürs Leben“ heißt das Motto des Internats. Und es zeigt Erfolg: Etwa 98 Prozent der Schüler erreichen ihren Abschluss.

Laura und Marie würden nach dem Abitur am liebsten in Sankt Peter-Ording bleiben. Allerdings wollen beide studieren: Zahnmedizin und Jura. Schweren Herzens werden sie das Internatsleben hinter sich lassen.

Sunna Gieseke

\* Name von der Redaktion geändert



Vertrag von Lissabon

## Engel erwartet neue Dynamik

Mit Inkrafttreten des Lissabon-Vertrags seien die Bedeutung des Europäischen Parlaments (EP) und der nationalen Parlamente bei der europäischen Gesetzgebung gestärkt worden, erläuterte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. Er sieht darin „einen weiteren Schritt auf dem Weg für ein demokratischeres und transparenteres Europa“.

Während das EP in vielen Politikbereichen volles Mitspracherecht erhalte, werde es in der Gesund-

heitspolitik jedoch zu Recht bei der Hoheit der Mitgliedstaaten für Organisation und Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme bleiben, sagte Engel. Allerdings gebe der Lissabon-Vertrag der EU neue Kompetenzen bei der Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren sowie bei Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit.

Engel: „Begrüßenswert ist auch, dass der Vertrag von Lissabon alle Mitgliedstaaten verpflichtet, sich besser zu koordinieren.“ Durch die Einführung der Mehrheitsentscheidung im Ministerrat werde Europa zudem in die Lage versetzt, schneller und effizienter zu handeln. „Dies darf jedoch nicht zur Aushöhlung der nationalen Kompetenzen im Zusammenhang der einzelnen Gesundheitssysteme führen“, warnte Engel. ck/pm



Foto: CC

IQWiG

## Sawicki soll gehen

Regierungskreise betreiben die Ablösung von Peter Sawicki, dem Chef des staatlichen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – es heißt, er sei zu kritisch gegenüber der Pharmaindustrie.

Wie der „Spiegel“ meldet, plädieren die führenden Gesundheitspolitiker der Unionsfraktion in dem Papier „Kernforderungen an eine schwarz-gelbe Gesundheitspolitik“ für eine Neuausrichtung des Kontrollinstituts.

Dazu gehöre auch ein Wechsel an dessen Spitze. Im Detail sei geplant, Sawicki nach Ablauf seines Fünfjahresvertrags 2010 zu ersetzen. Die Vertreter von

Krankenkassen und Ärzteschaft hätten zwar signalisiert, dass sie Sawicki gern im Amt belassen würden; doch die Deutsche Krankenhausgesellschaft habe in Absprache mit dem Gesundheitsressort bereits ihr Veto gegen eine Vertragsverlängerung angekündigt ck

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

Europaparlament zum Nichtraucherschutz

## Europäische Gesetzgebung abgelehnt

Das Europäische Parlament (EP) fordert einen stärkeren Schutz von Nichtrauchern, insbesondere von Kindern, vor Passivrauch. Eine europäische Gesetzgebung zum Nichtraucherschutz soll es nach Meinung des EP indes nicht geben. Dies beschloss das Parlamentsplenium in Straßburg. „Man muss nicht übertreiben und Raucher diskriminieren, aber gerade Personen, die ständigem Passivrauch ausgesetzt sind, sollten geschützt werden und dies langfristig“, so der CDU-Europaabgeordnete Karl-Heinz Florenz. Florenz bezeichnete die derzeitige Situation in Deutschland als eine Schande. „Es gibt einen Flickenteppich in den Bundesländern und vorhandene Gesetze werden nicht umgesetzt.“ Der gesundheitspolitische Sprecher der christdemokratischen Fraktion, Peter Liese, erklärte zur Ab-

stimmung: „Der Vorsitzende des Berufsverbands Kinderheilkunde in Deutschland, Dr. Wolfram Hartmann, hat Rauchen in Gegenwart von Kindern einmal als vorsätzliche Körperverletzung bezeichnet. Persönlich würde ich in der Wortwahl nicht so weit gehen, aber es ist unbestritten, dass Kinder ernsthafte gesundheitliche Schäden durch Passivrauch erleiden.“

Auch die EU-Gesundheits- und Sozialminister haben sich jetzt in Brüssel darauf geeinigt, in allen EU-Mitgliedstaaten bis 2012 Gesetze zum Schutz vor Tabakrauch zu erlassen. Die Minister empfehlen, entsprechende Maßnahmen zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz sowie in öffentlichen Räumen und Verkehrsmitteln zu erlassen. Ein besonderes Augenmerk soll dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Passivrauch gelten. Die Minister forderten ferner, Maßnahmen, die zu einem Nikotinverzicht animieren, wie Gesundheitswarnungen und farbige Abbildungen auf Zigarettenschachteln, zu verstärken.

pr/ps

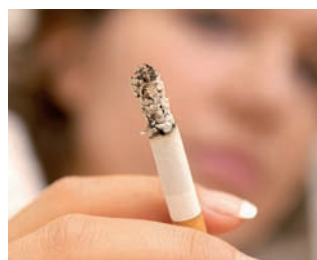


Foto: MEV

BMG-Service für Versicherte

## Kassenvergleich schürt Wettbewerb

Das BMG will gemeinsam mit den Verbraucherzentralen und der Stiftung Warentest gezielt den Service-Wettbewerb unter den Kassen anheizen – mit einer Informationskampagne für die Versicherten. Dazu wurden rund neun Millionen Karten in Personalausweis-Größe an GKV-Mitglieder verteilt, auf denen Krite-

rien wie gute Erreichbarkeit, kompetente Hilfe oder Kostenübernahme für alternative Medizin im Vergleich dargestellt sind. Zusätzlich haben die Verbraucherschützer und das BMG für die Versicherten Infos auf ihren Internetseiten zusammengestellt. ck

Neue IDZ-Information**Das Teamwerk-Projekt – Zahnmedizin in der Pflege**

Ein Modellprojekt zur Zahnmedizin in der Pflege, das Teamwerk-Projekt, stellt die neue IDZ-Information vom 7. Dezember 2009 vor. Beschrieben und analysiert wird die zahnmedizinische Betreuung von älteren Menschen in Münchner Pflegeeinrichtungen. Das Projekt wurde in Zusammenarbeit zwischen der Teamwerk-Gruppe, der AOK Bayern, dem Sozialreferat der Stadt München sowie der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) entwickelt. Dieses Modell findet auch im Gutachten 2009 „Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung

der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits als vorbildliches Projekt Erwähnung. Mittlerweile liegen Erkenntnisse vor, die zeigen, dass allein in den ersten beiden Jahren deutliche Verbesserungen des Mundgesundheitszustands der Betroffenen und sogar auch Kosteneinsparungen zu verzeichnen waren. Die Autoren des Beitrags und Initiatoren des Projekts sind Prof. Dr. Christoph Benz und Dr. Cornelius Haffner, Zahnklinik München. pr

■ **Exemplare der IDZ-Information können kostenlos angefordert werden: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Universitätsstraße 73, 50931 Köln, Tel: 0221/4001-141, Fax: 0221/404886, E-Mail: idz@idz-koeln.de. Der Text kann auch als PDF-Datei von der Internet-Homepage des IDZ (www.idz-koeln.de) heruntergeladen werden.**

Bundestag**Fraktionen küren Gesundheitssprecher**

Die fünf im Bundestag vertretenen Fraktionen haben ihre Gesundheitssprecher gekürt. Damit ist das gesundheitspolitische Personaltableau im Bundestag komplett – alle wichtigen Posten sind verteilt. Für die SPD hatte sich Karl Lauterbach in einer Kampf-Abstimmung gegen den Abgeordneten Peter Friedrich durchgesetzt. Seine Parteikollegin Carola Reimann übernimmt nun den Vorsitz im Gesundheitsausschuss. Ihre Stellvertreterin wird



Bild: Fotex

die Linke Kathrin Vogler. Die CDU hat mit Jens Spahn (29) einen der jüngsten Abgeordneten zu ihrem gesundheitspolitischen Sprecher gemacht. Spahn, der gegen Zahnarzt Dr. Rolf Koschorrek (CDU) das Rennen gewann, erbt den Posten von Annette Widmann-Mauz, die als Parlamentarische Staatssekretärin ins Bundesgesundheitsministerium wechselte. Ulrike Flach wird die Gesundheitssprecherin für die FDP und die Grünen setzen mit Birgitt Bender bei ihrer gesundheitspolitischen Sprecherin auf Kontinuität. Dr. Martina Bunge, die bisherige Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, folgt als neue Linken-Sprecherin auf Frank Spieth. ck/ÄZ

EU-Richtlinie zu Patientenrechten**Auf Eis gelegt**

Die EU-Gesundheitsminister haben sich bei ihrem Treffen am 1. Dezember in Brüssel nicht auf eine gemeinsame Position zur geplanten Richtlinie zu den Rechten von Patienten bei medizinischen Behandlungen im EU-Ausland einigen können. Dadurch wird sich das Inkrafttreten der Richtlinie auf unbestimmte Zeit verzögern. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hatte die geplante Richtlinie während des Treffens in Brüssel als „alternativlos“ bezeichnet. Es könne nicht im Sinne der Patienten sein, wenn der Europäische Gerichtshof weiterhin in Form von Einzelfallentscheidungen für Klarheit sorgen müsse, so Rösler. Die Gesundheitsminister von Großbritannien, Frankreich, Österreich, Belgien und Tschechien hatten die Haltung von Rösler unterstützt. Spanien, Portugal und Polen übten hingegen massive Kritik an den vorgeschlagenen Regelungen. Die spanische Regierung sorgt sich beispiels-



Foto: Fotolia

weise darum, dass die Richtlinie zu einer Verschiebung der Finanzlast zwischen den Staaten führen könne.

„Das Ergebnis trifft alle Patientinnen und Patienten in der EU und ist eine Schande für die Gesund-

heitsminister“, kommentierte Dagmar Roth-Behrendt, Expertin für Gesundheits- und Verbraucherschutz der SPD-Abgeordneten im Europäischen Parlament (EP) die Ratssitzung. Auch der gesundheitspolitische Sprecher der EVP, der größten Fraktion im EP, Peter Liese, bedauert den Ausgang der Gespräche: „Ausgerechnet am Tag des Inkrafttretens des Vertrags von Lissabon, haben die Gesundheitsminister eine große Chance verspielt, die Rechte jedes einzelnen Bürgers in Europa zu stärken.“

Die EU-Kommission hatte ihren Vorschlag für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte bei Auslandsbehandlungen am 2. Juli 2008 vorgelegt. Das EP hatte den Vorschlag am 23. April in erster Lesung mit einigen Änderungen verabschiedet. Die Richtlinie soll die Patientenmobilität in der Europäischen Union erleichtern und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei medizinischen Behandlungen fördern. Unter anderem ist geplant, Klarheit über die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen zu schaffen und europäische Referenznetzwerke für seltene Erkrankungen zu errichten. Außerdem sollen Patienten die Möglichkeit erhalten, Verordnungen EU-weit einzulösen. Die nationale Zuständigkeit der Staaten für die Organisation und Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen soll durch die Richtlinie nicht berührt werden.

In Brüssel wird nicht damit gerechnet, dass Spanien das Thema unter seinem EU-Ratsvorsitz im ersten Halbjahr 2010 neu anpackt. pr/ps

Basis-Rollout**Ausstattung der weiteren Staffeln ausgesetzt**

Nach dem Basis-Rollout in Nordrhein soll eine Bestandsaufnahme und ein Überdenken des gesamten Projekts „Elektronische Gesundheitskarte“ stattfinden. Das erklärte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Günther E. Buchholz mit Verweis auf einen Brief von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler. Wie die KZBV die Aussagen des Ministers interpretiert, soll der Basis-Rollout in der Region Nordrhein abgeschlossen, die Ausstattung der weiteren Staffeln jedoch bis Ende der Bestandsaufnahme ausgesetzt werden. „Bis dahin sind aus unserer Sicht keine weiteren Vorbereitungen der Praxen für den Basis-Rollout in den weiteren Regionen notwendig“, betonte Buchholz.

Bis zu dem entsprechenden Stichtag, der zwischen KZBV und Krankenkassen noch vereinbart werden muss, benötigt der Patient freilich im gesamten Bundesgebiet die Krankenversicherungskarte (KVK), wenn er zum Zahnarzt geht. Buchholz: „Die in Nordrhein bisher ausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten stellen noch keinen Versicherungsnachweis dar – nicht in Nordrhein, und in allen anderen Regionen sowieso nicht, weil die Praxen noch nicht ausgestattet sind.“



Foto: Medicalpicture

KZBV-Gespräch im BMG**Drei-Stufen-Modell mit Bahr erörtert**

In einem ersten Gespräch mit dem neuen parlamentarischen Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Daniel Bahr (FDP) hat der KZBV-Vorstand Ende November das auf der Delegiertenversammlung in München (4./5. November) beschlossene Stufenmodell mit den Forderungen der KZBV nach Angleichung der Osthonorare auf Westniveau, der Budgetab-

schaffung sowie der Einführung eines Festzuschussmodells für Füllungen vorgestellt (Foto v.l.n.r.: Dr. Jürgen Fedderwitz, Daniel Bahr, Dr. Wolfgang Eßer, Dr. Günter E. Buchholz).

Bahr, der nach wenigen Wochen Amtszeit auf die im Koalitionsvertrag gesteckten Ziele verwies, begrüßte die im zahnmedizinischen Bereich erzielten Erfolge in Sachen Mundgesundheit und erläuterte spezifisch das durch ein Moratorium und eine jetzt folgende genaue Bestandsaufnahme geprägte weitere Vorgehen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.



Foto: Lopata

KZBV

Köhler auf der KBV-Vertreterversammlung**Verantwortung für die Gesellschaft übernehmen**

„Fortschritt, Weiterentwicklung und Verbesserung eines im Kern guten Systems“ hat der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, auf der Vertreterversammlung seiner Organisation in Berlin gefordert. „Wir alle, die Politik und die gemeinsame Selbstverwaltung, teilen eine gesellschaftliche Verantwortung. Ich setze deshalb auf eine nachhaltige Entwicklung“, so Köhler. In seiner Rede an die Delegierten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bewertete Köhler die im Koalitionsvertrag formulierten gesundheitspolitischen Ziele der schwarz-gelben Regierung als grundsätzlich positiv. Wesentliche Forderungen der KBV seien dort berücksichtigt, etwa die Absage an ein zentralistisch gesteuertes System, der Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit und des Leistungskatalogs sowie die Teilhabe aller Versicherten an einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen

Versorgung, unabhängig von Einkommen und sozialem Status. Allerdings gebe es auch Schattenseiten in dem Regierungsabkommen. Scharfe Kritik übte er am Fortbestand der Regelung zur hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraph 73b SGB V. Das faktische Monopol des Hausärzterverbands auf entsprechende Verträge widerspreche fundamental dem geforderten Wettbewerb im Gesundheitswesen. „Für uns bleibt es die zentrale Forderung an die Bundesregierung: Dieser Paragraph muss dringend geändert werden!“, unterstrich Köhler. Als insgesamt zufriedenstellend stufte der KBV-Chef die bisherige Umsetzung der Reform der vertragsärztlichen Vergütung ein. Diese habe im Durchschnitt zu einem deutlichen Honorarzuwachs geführt. Den KVen sei es gelungen, die weitreichende Umstellung der Systematik in denkbar kürzester Zeit umzusetzen.

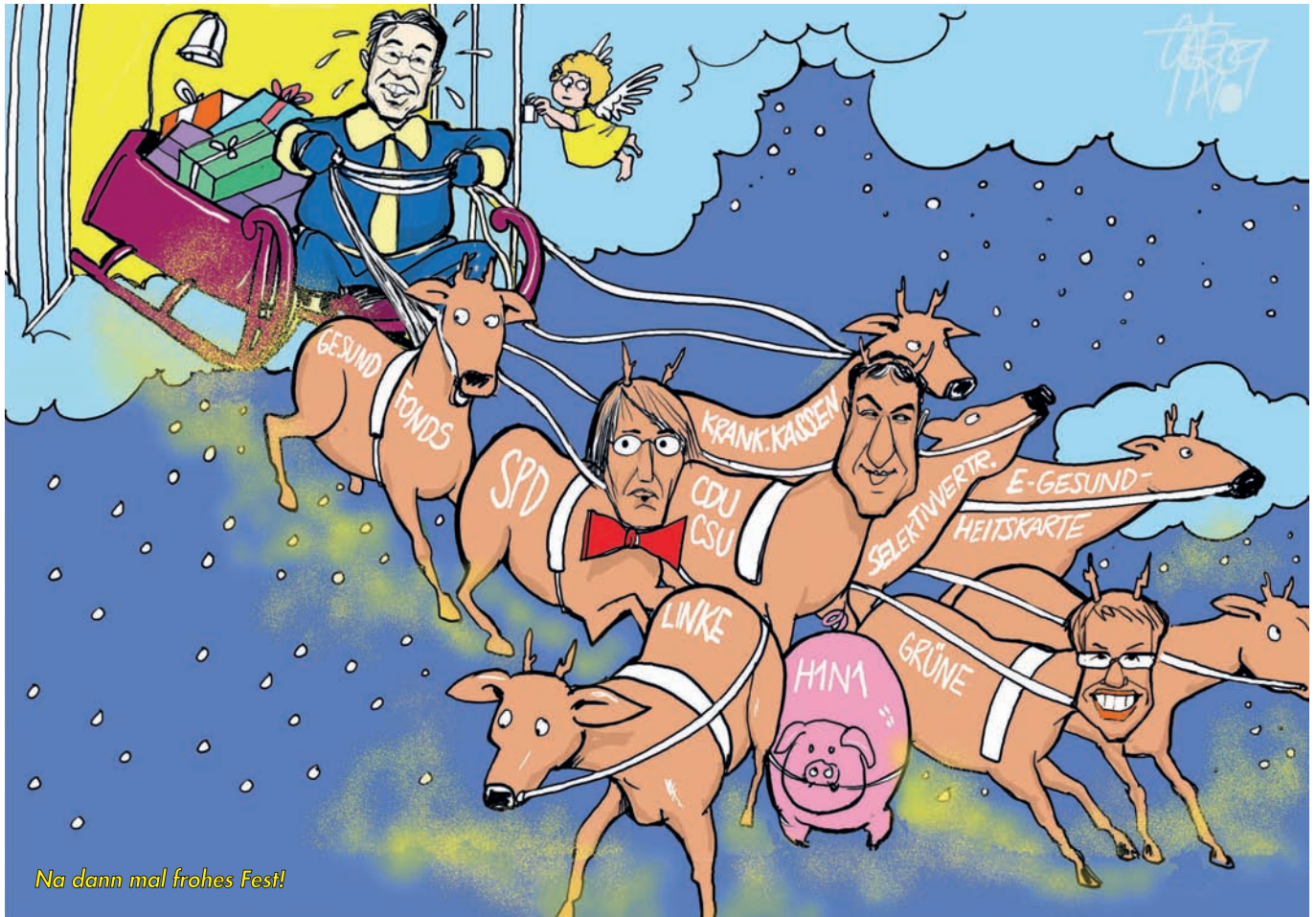
pr/pm

Konjunkturgipfel Im Kanzleramt**Oesingmann vertritt die Freien Berufe**

Um die Lage auf den Finanzmärkten, in der übrigen Wirtschaft und auf dem Arbeitsmarkt zu analysieren, lud Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel zu einem erneuten Treffen in ihren Amtssitz. BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann vertrat dabei die Freien Berufe. Im Fokus des Treffens stand die Kreditklemme. Oesingmann umriss die Auswirkungen der Wirtschaftskrise für die Freiberufler. Mit Blick auf den erschwerten

Zugang zu Krediten forderte Oesingmann eine verstärkte Einzelfallbetrachtung. Zudem unterstrich er, dass bei der Kreditvergabe an Freiberufler zukünftig verstärkt Faktoren wie Wissen, Persönlichkeitsstruktur und Marktprognose berücksichtigt werden müssten, was nach heutigem Vorgehen im Rahmen von Basel II zwar möglich sei, aber viel zu wenig praktiziert wird.

sf/pm



Na dann mal frohes Fest!

## Übers Budget gearbeitet – geehrt

Dr. Bernd Kardorff, Hautarzt in Mönchengladbach, hat das **Bundesverdienstkreuz** am Bande erhalten. Neben seinem ehrenamtlichen Engagement auch ausdrücklich deshalb, weil Kardorff mehr Patienten versorgt, als es der gedeckelten Vergütung entsprechen würde. „Er arbeitet in seiner Praxis wöchentlich 17 Stunden unentgeltlich, da er aufgrund der kassenärztlichen Budgettierung insoweit keine Vergütung erhält“, teilte die Stadt Mönchengladbach mit. „Jetzt ist es amtlich: Die vertragsärztliche Tätigkeit ist ein Ehrenamt“, kommentierte Dr. Heribert Hüren die Auszeichnung, Vorsitzender der Kreisstelle Mönchengladbach der Ärztekammer Nordrhein. sg/äz

## Ordentlich

Wussten Sie eigentlich, dass Sie große Chancen haben, das Bundesverdienstkreuz am Bande zu bekommen? Ich schlage Sie als Vertragszahnärzte hiermit alle öffentlich dafür vor! Vorausgesetzt, es stimmt, dass jetzt ein Arzt den Verdienstorden erhielt, weil er wegen Budgettierung unentgeltlich tätig war.

Ist das so, kann man sich das, was folgt, nicht mehr an den eigenen Fingern abzählen: Denn jetzt laufen in der Ordensfabrik Steinhauer & Lück in Lüdenscheid unweigerlich die Stanzen heiß.

Nun gut, die Hamburger und Bremer müssen den Orden aus Tradition ablehnen. Aber die Heilberufler der anderen Länder können sich schon mal die gute Jacke oder Kostümweste raussuchen: Künftig wird man Ihnen Ihren Beruf an der linken Brust ansehen. Dort trägt man das gute Stück!

Der Verdienstorden am Bande, verliehen in einem Rutsch in mehrfach-sechsstelliger Größenordnung?

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de)**

## Kolumne

Das hätte sich der alte Theo Heuss nicht träumen lassen, als er in den Fünzigern nach Möglichkeiten suchte, Deutschland eine Chance auf Vergleichbares für Ritter, Offiziere, Kommandeure und noch Größeres internationaler Klasse zu schaffen.

Meine Frau war natürlich gleich einen Schritt weiter. Sie sinnierte, ob sich meine quasi ehrenamtliche Tätigkeit oberhalb des Budgets auch steuerlich geltend machen ließe. Meine Antwort war

die übliche: Ich bin Zahnarzt, davon hab ich keine Ahnung. Also ein Fall für den Steuerberater. Machen sie ruhig schon mal einen Termin!

Und wenn Ihre langjährigen Patienten Ihnen künftig leuchtenden Blickes mit Hochachtung begegnen, dann liegt das nicht an Ihrer fachlichen Leistung. Nein, es zeigt nur, dass sie die Zeitung gelesen haben.

Ich sage Ihnen, jetzt sind wir wieder wer! Vorausgesetzt, die Budgettierung wird nicht abgeschafft!

*Ihr vollkommener Ernst*