

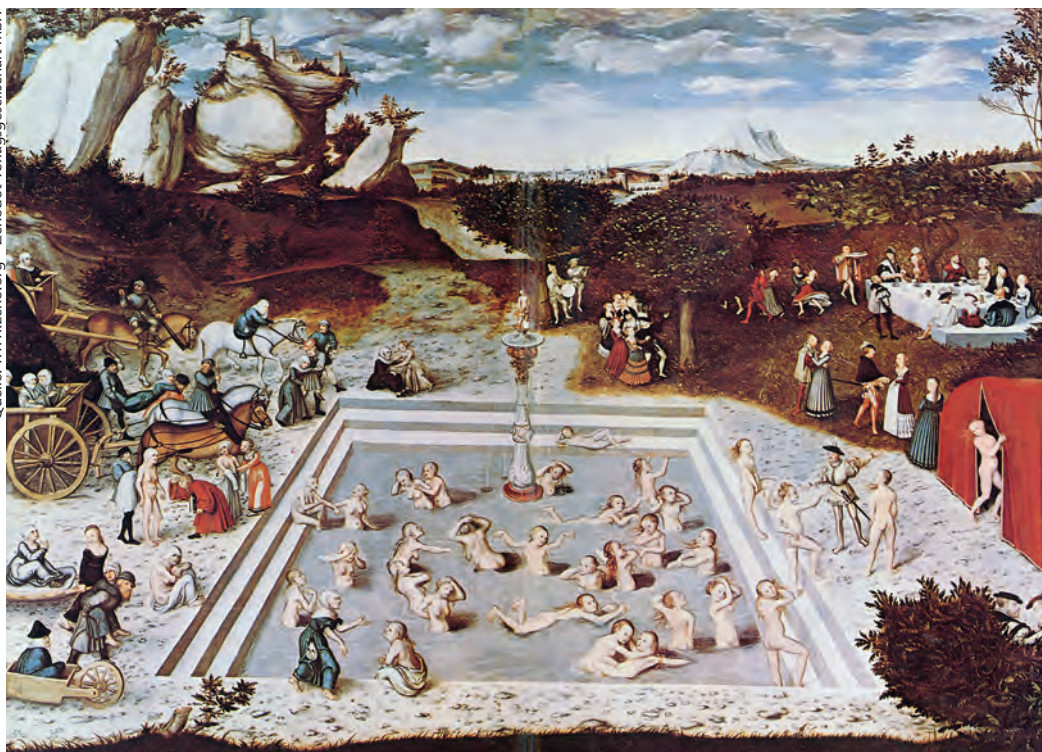
Anti-Aging-Medizin

Für immer jung

**Priorisieren: Begrenzte
Mittel und Leistungen**

**Gesundheitsreform
in den USA**

Quelle: www.zeno.org – Zenodot Verlagsgesellschaft mbH



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

alt werden ohne alt zu werden? Dieses scheinbare Paradoxon hat sich in den Jahrzehnten steigenden Wohlstands unserer Gesellschaft zu einem erstrebenswerten Ziel vieler Menschen entwickelt. Ein undurchschaubares Knäuel aus Angebot und Nachfrage hat einen Spezialbereich medizinischer Forschung, Entwicklung und Praxis geschaffen, dessen Methoden von Heilberuflern auf der Suche nach klaren Abgrenzungen ihres Tuns immer häufiger ethisch hinterfragt werden. Die Forderung nach „ewiger Jugend“ impliziert Grundsatfragen, die ein ganz anderes Selbstverständnis ärztlichen Handelns schaffen als nur das angestammte des Heilens, der Gesundheitsvorsorge und des *Primum nihil nocere*. Dabei geht es weniger um den Umgang mit altersbedingter Multimorbidität. Dieses Thema ist wertheimmanente Herausforderung im klassischen Sinn wohlverstandener medizinischer Versorgung. Sie muss medizinisch erarbeitet werden, die Gesellschaft muss sich auf die Folgen vorbereiten und das Ihre tun, qualitative Standards zu erhalten und Vorkehrungen zu treffen, dass

■ *Der Wunsch nach ewiger Jugend ist, wie Lucas Cranach der Ältere mit seinem Gemälde des „Jungbrunnens“ andeutet, keine Erfindung unserer Zeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Bereich des „Anti-Aging“ sind es schon.*

die Versorgung Kranker auf dem heute erreichten Niveau erhalten werden kann. Aber die innerhalb eines Jahrhunderts auf das Doppelte gestiegene Lebenserwartung der Menschen in den Industriekulturen der westlichen Welt bedeutet viel mehr. Sie hat eine Eigendynamik entwickelt, die ganz andere Bedürfnisse und Bestrebungen erzeugt hat. Der in einer zunehmend alternden Gesellschaft immer mehr erkennbare Hang „ewig jung zu bleiben“ – „ewiges Leben“ ist bereits zu wenig – provoziert medizinische Denk- und Handlungsweisen, die nach Ansicht mancher Ethiker das bisherige Selbstverständnis weit übersteigen. Kulturell verschwimmen bereits Begrifflichkeiten, rekrutieren sich „neue“ Werte: Wo immer weniger junge Menschen leben, werden Gesundheit, Glück und Erfolg anscheinend zu Symbolen der Jugendlichkeit. Dem Alter verbleibt das schöne Gegenteil. Wachsende Erkenntnisse der Medizin lassen sich nicht ausbremsen. Um so wichtiger ist

es aber, dass jeder, der heute über „Anti-Aging“ redet, im Hinterkopf behält, dass die Suche nach „ewiger Jugend“ nicht durch die Würdelosigkeit des Alters erkaufte werden kann und darf.

Eine Gesellschaft, die so denkt, verliert an Wert.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: MEV, Titelfoto: PhotoAlto-Flonline

Zum Titel:

Ewig jung und immer fit! Die Anti-Aging-Medizin verspricht viel und kann so manches, aber ist das Machbare auch wünschenswert? Woran wir denken, wenn wir von Vitalität im Alter reden und wie wir das Alterwerden als Chance begreifen können.

Seite 26



Foto: HDZ

In dieser Ausgabe berichten ehemalige Helfer über ihre Zeit bei einem zahnärztlichen Hilfswerk.

Seite 114

Editorial

1

Leitartikel

Der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, über Kosten und Einsparungen im Gesundheitswesen

4

Gastkommentar

Der gesundheitspolitische Fachjournalist Klaus Heinemann über die Qualitäten von Gesundheitsminister Philipp Rösler

6

Nachrichten

8

Politik und Beruf

Beske-Studie zur Priorisierung: Begrenzte Mittel, begrenzte Leistungen

16

Reform der Krankenkassenfinanzierung: Missglückter Alleingang

18

Aus den Ländern

Hessischer Heilberufetag: Vertrauensschutz – ein hohes Gut

20

Jahresempfang der Kammern Brandenburgs: Wünsche an die Politik

22

56. Zahnärztetag Westfalen-Lippe: So voll war es noch nie

24

Titelstory

Anti-Aging-Medizin: Für immer jung

26

Zahnmedizin

Der besondere Fall: Lingualtechnik zur Therapie bimaxillärer Engstände

36

Der aktuelle klinische Fall: Kutane atypische Mykobakteriose

40

Obstruktive Speicheldrüsenerkrankungen: Diagnostik

44

Deutscher Zahnärztetag: Wissenschaftliches Programm

54

Medizin

Schwierige Diagnostik: Hyperaldosteronismus

58

Gemeinsames Krebsregister: Häufigkeit gestiegen

60

Norovirus: Gefahr lauert auf jeder Türklinke

62

Formulare

68, 97

Fachforum

70

Veranstaltungen

76

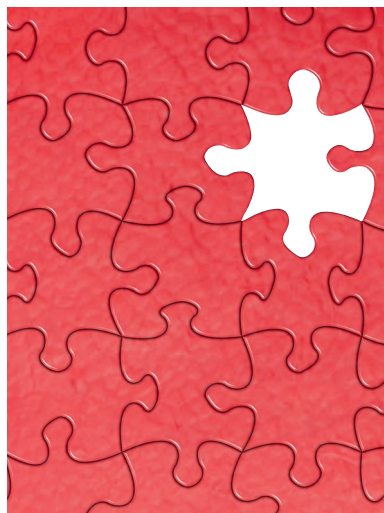


Foto: MEV

Auf der Suche nach dem Passenden: Warum man bei der Zusammenstellung des Praxisteam darauf achten sollte, dass die Teammitglieder einander ergänzen.

Seite 100



Foto: ddpimages

Ist nach dem Alleingang von Markus Söder (CSU) schon wieder Schluss mit der „Epoche der Brüderlichkeit“? CSU-Parteichef Horst Seehofer versucht zu schlichten, denn die Kollegen im Bundestag sind sauer und bitten Söder zum Gespräch nach Berlin.

Seite 18



Foto: Gustavo Alabiso/Freelens Pool

Das Norovirus – alljährlich kommt es wieder und lässt Magen und Darm erkranken. Unverzichtbare Prophylaxe ist die Händehygiene – auch in der Zahnarztpraxis.

Seite 62

Finanzen

Offene Immobilienfonds:
Verunsicherte Anleger **94**

Praxismanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement:
Am besten topfit bis zur Rente **98**

Erfolgreiche Teamzusammenstellung:
Die Mannschaft ist der Star **100**

Recht

Urteile **104**

EDV und Technik

Windows optimieren:
Mehrwert ohne Zusatzkosten **106**

Prophylaxe

DGK-Frühjahrstagung:
Gelebte Vernetzung **108**

Internationales

Gesundheitsreform in den USA:
Ein Sieg der Vernunft **110**

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte:
Kariesprophylaxe in Nord-Samar **114**

Zahnärzte ohne Grenzen:
Für DWLF im Einsatz in Indien **116**

Dental Volunteers for Israel:
Freiwillig Zahnärztin in Jerusalem **118**

Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V.:
Bilanz nach einer Dekade **120**

Zahngesundheit in Europa: Deutsche
bevorzugen Niedergelassene **122**

Impressum **121**

Letzte Nachrichten **157**

Zu guter Letzt **160**





Foto: KZBV

Vorbild und Vorreiter

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, Eigentlich sind unsere berufspolitischen Ziele in Berlin bekannt. Und eigentlich sind die daraus entwickelten Forderungen im BMG auch anerkannt. Eigentlich will Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler die große nachhaltige Gesundheitsreform und keine Kostendämpfungspolitik. Eigentlich. Nun will Rösler an die Arzneimittelkosten – mit Rezepturen, die manch einer einem FDP-Minister gerade nicht zugetraut hätte. Zweifellos ist die Lage ernst, denn Experten erwarten für 2011 ein GKV-Defizit von bis zu 15 Milliarden Euro. Das geplante Einsparvolumen von 1,5 Milliarden Euro muss also ein Zeichen setzen. Röslers Blick auf die Pharmapreise scheint richtig, ja überfällig. Jeder, der selbst sah, wie viel günstiger bisweilen eine beispielsweise aus Portugal reimportierte Pille über den Apothekencounter geht, musste sich zunehmend wundern. Ein Blick in die Statistik bestätigt die Vermutung. Ja, für die Pharmabranche galt bisher: noli me tangere! Wer es versuchte, wie die seinerzeit noch jung im Amt agierende Ulla Schmidt, konnte mit einem Scheck abgefunden und ruhig gestellt werden – ein Sündenfall für Politik und Pharmedien gleichermaßen. Unklar ist derzeit, ob die Kostendämpfungs-ideen auf die Arzneimittelpreise beschränkt bleiben. Oder ob das politische Rasiermesser – diesmal von Schwarz-Gelb – erneut angelegt wird. Vergessen wir nicht: Horst Seehofer ist der Vater von Budgetierung, (inzwischen wieder abgeschaffter) Zulassungsbeschränkung und anderer Sünden. Aufhören lässt jedenfalls der jüngst aus Koalitions-kreisen vernommene Ruf nach einem umfas-

„Kostenexplosion in der GKV? Dass es auch anders geht, haben wir Zahnärzte in Sachen Bonusheft und Festzuschussmodell bereits erfolgreich bewiesen.“

senden Solidarbeitrag für das kränkelnde Gesundheitswesen. Da der von einigen Krankenkassen erhobene Zusatzbeitrag nicht nur die Versicherten verärgert, sondern die Kasenlandschaft daraufhin in hektische Bewegung versetzt hat, da der Finanzminister den Schmalhans ausgerufen hat, ist der begerliche Blick wohl wieder einseitig gerichtet. Dabei ist eindeutig belegt, dass die Werkzeuge der Kostendämpfung die Ausgabenentwicklung allenfalls kurzfristig positiv, die Versorgungsstrukturen langfristig jedoch deutlich negativ beeinflusst haben. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Koalition die Rationierungsdebatte erneut aufwärmen will – war man sich in der letzten Legislatur doch überparteilich einig, die strikte Budgetierung aufzuheben. Ein Blick auf die Entwicklung der zahnärztlichen Versorgung in der GKV in den vergangenen 30 Jahren zeigt auch Rösler, wie es gehen kann. Dieser Sektor ist Vorbild, Vorreiter und mahnendes Beispiel zugleich: Mit willkürlichen, unberechtigten und besonders hinsichtlich der Folgen für die Patientenversorgung schädlichen Punktwertabsenkungen hat die Gesundheitspolitik keinen Blumentopf gewinnen können. Die Mengensteuerung klappte in der Hand der Selbstverwaltung besser. Grundlegende Strukturveränderungen wie Mehrkostenregelung und Festzuschüsse ermöglichten eine zukunftsorientierte Versorgung – nachweislich ohne Mengenzuwächse zum Wohle der Patienten. Mit den Erfolgen aus Individual- und Gruppenprophylaxe im Rücken haben wir Zahnärzte gezeigt, wie mutige Strukturveränderungen nachhaltige Wirkung entfalten können: Lag der Anteil der GKV-Ausga-

ben für die zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz 1976 noch bei über 15 Prozent, kratzen die Ausgaben heute bereits die Sieben-Prozent-Grenze. Zum Vergleich: Der Anteil für Arzneien, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken stieg laut KZBV-Jahrbuch in dieser Zeit von gut 15 auf über 17, in den neuen Ländern auf knapp 20 Prozent. Wer die jährlich 18 Arztbesuche der Versicherten beklagt, sollte im Hinterkopf haben, dass das nicht mal im Ansatz auch für die Zahnarztpraxis gilt. Im Gegenteil: Hier haben die Empfehlungen zum zweimaligen Zahnarztbesuch pro Jahr eine Verbesserung der Versorgung bei sinkenden GKV-Kosten bewirkt – ohne die Bevölkerung zu überfordern. Der KZBV-Vorstand führt derzeit konstruktive Gespräche mit dem BMG und man zeigt sich aufgeschlossen für unsere Vorschläge. Eigentlich kein Wunder, wir haben schließlich der Politik selbstbewusst angeboten, im Rahmen der vom Gesetzgeber anzugehenden Entbudgetierungen für die Mengenentwicklung eine gestaltende Mitverantwortung zu übernehmen. Wir haben die Wege dafür aufgezeigt und von der Vertreterversammlung dazu das Mandat erhalten. Dabei berücksichtigen wir ausdrücklich die von den KZVen eingeforderte wieder zu stärkende Regionalkompetenz. Natürlich fragt die Politik, wie man eine Steuerung der Mengenentwicklung in der GKV zielsicher angehen kann. Nun, die ausgestaltete Regelungskompetenz auf Landesebene schafft das allemal besser als ohnmächtige planwirtschaftliche Spielchen. Nach all den Jahren struktureller Fehlentwicklungen und nicht angepasster Rahmendaten, die zu massiven Verwerfungen der Gesamtvergütungen geführt haben, muss die Ausgangslage neu justiert werden. Mit anderen Worten: reset auf null. Dann kommen wir auch mit der Menge klar! Die KZBV wird dafür die politische Überzeugungsarbeit leisten und die dazu nötigen Zahlen ungeschminkt auf den Tisch legen. Als Vorbild und Vorreiter.

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Die wirkende Kraft

Es ist schon ein unschätzbare Vorteil, von seinen Gegnern nicht für voll genommen zu werden. Das gilt im Sport wie in der Politik. Manchmal auch in der Beziehung. Aus dieser Position deutlichen Understatements fällt es dem Akteur leicht, durch einen vergleichsweise harmlosen Vorstoß den größtmöglichen Effekt zu erzielen.

Da haben Politiker der Opposition, aber auch Angehörige der Regierungsmannschaft nachgerade Veitstänze aufgeführt ob der angeblichen politischen Untätigkeit des amtierenden Bundesgesundheitsministers Philipp Rösler. In engem Schulterschluss mit ihrer jeweiligen journalistischen Entourage wurden dem FDP-Politiker entweder Vetternwirtschaft im Ministerium, Klientelpolitik in der Amtsausübung oder – bei vergleichsweise entspannter Betrachtungsweise – zumindest Defizite in der politischen Wahrnehmung vorgeworfen.

Mögen politisches Verhalten und mediale Präsenz der Opposition aus SPD und Grünen noch nachvollziehbar sein, so ist es die Rolle des bayerischen Unionsablegers längst nicht mehr. Auch diesen Politikern muss doch – selbst wenn sie zur Nachwuchsmannschaft gehören – geläufig sein, was ihr jetziger Regierungschef in seiner Rolle als Gesundheitsminister (früher) und gesundheitspolitischer Verhandlungsführer (später) angerichtet hat. Die Ära des Gesundheitspolitikers Horst Seehofer ist, was die Inhalte

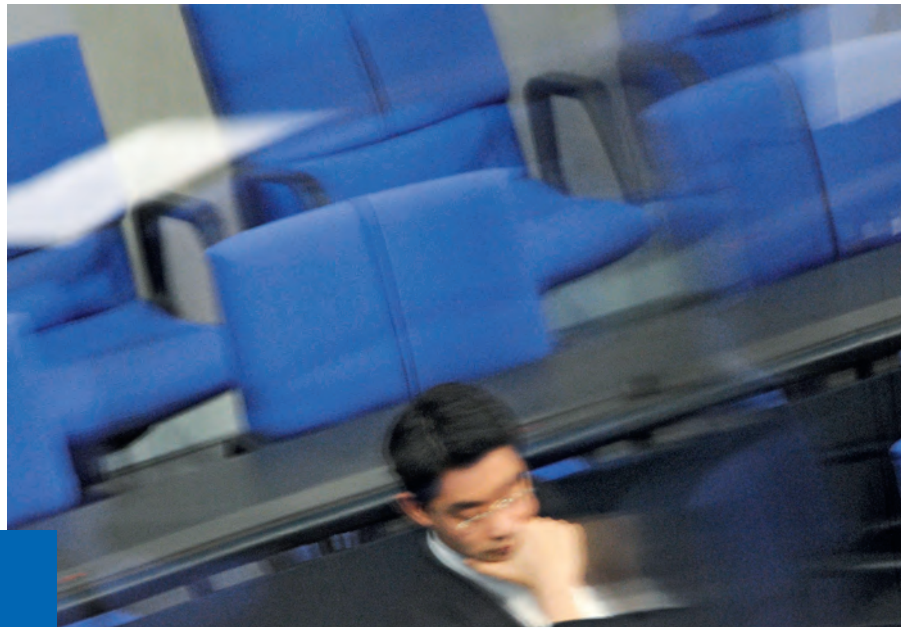


Foto: picture alliance

und Ergebnisse anbelangt, noch längst nicht kritisch aufgearbeitet worden.

Und dann die enervierenden Statements eines theoretisierenden und arrogant-näselnden sogenannten SPD-Sozialexperten Lauterbach. Was hat dieser für TV-Kameras omniprésente Mann nicht schon an Unsinn abgesondert, an den er sich garantiert am nächsten Tag nicht mehr erinnern kann. Ist ja auch nicht so wichtig in diesem schreck-

tionell. Es stellt jedoch zugleich erstmals seit Jahrzehnten den Versuch dar, einen – oder gar den – Kostentreiber im Gesundheitswesen an die Kette zu legen.

Das Gesundheitswesen ist zwar nicht mit der wettbewerbsorientierten freien Wirtschaft zu vergleichen. Dazu fehlt es an nahezu allen Kriterien: Zwangsbeiträge finanzieren das System, die Leistungen der GKV sind zu über 90 Prozent gesetzlich festgelegt, es gibt keine wirklich freien Vertragsverhandlungen zwischen gleichstarken Partnern mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgung.

Alles das weiß der so deutlich unterschätzte Minister. Und natürlich weiß er auch um die Herausforderungen, die eine dramatisch alternde Gesellschaft für ein System bedeutet, das sich aus Zwangsabgaben einer schrumpfenden Zahl an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten finanziert. Ein stark wachsender Teil der Bevölkerung zahlt überhaupt keine Sozialbeiträge. Sollen folglich die Lasten in diesem System zunehmend von jenen getragen werden, die noch einen Job haben? Oder ist doch die Umsteuerung auf die Finanzierung durch ein Steuersystem, dem alle unterworfen sind, gerechter?

Das ist nur eine der Schlüsselfragen, die in der laufenden Parlamentsperiode zu lösen sind. Und dabei sollte sich der Bundesgesundheitsminister in gleicher Weise nicht irritieren lassen durch die aufgeregten elektronischen Medien wie bisher auch. Denn nur in der Ruhe liegt die Kraft, die letztlich wirkt.



Foto: Privat

Philipp Rösler wird gemeinhin unterschätzt. Während politische Gegner und Medien den Gesundheitsminister scharf attackieren, geht Rösler ruhig seiner Arbeit nach, meint Klaus Heinemann, gesundheitspolitischer Fachjournalist.

lichen Berliner Betrieb, der nur noch in der Lage ist, einen Hecheljournalismus zu betreiben. Wer nachdenkt, hat verloren.

Alles das und mehr kann einem politischen Talent wie Rösler nur zugutekommen. Das, was er – dem nachgerade eine zwanghafte Nähe zur Pharmaindustrie unterstellt wird – jetzt im geschmeidigen Frontalangriff gegen deren Lobby auf den Weg bringt, gebiert allgemeine Verblüffung. Oder verschlagenes Schweigen jener, die sich er tappt fühlen. Das, was Rösler im ersten Schritt vorhat, ist alles andere als sensa-

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Vorschläge des BMG**NC soll weg – „Landarztquote“ soll her**

Als Rezept gegen den Ärztemangel hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) einen leichteren Zugang zum Medizinstudium und eine „Landarztquote“ für Medizinstudenten vorgeschlagen. „Ich plädiere für eine Abschaffung des Numerus clausus und für eine stärkere Berücksichtigung von Auswahlgesprächen“, sagte er der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“

(FAS). Allein der Notendurchschnitt sage noch nichts darüber aus, ob jemand ein guter Arzt werde.

Zugleich warb er für mehr Studienplätze im Fachbereich Medizin – er sehe schon jetzt eine Überversorgung mit Ärzten in Ballungszentren,

beziehungsweise eine spürbare Unterversorgung im ländlichen Raum. Die Union befürwortete die Pläne: „Wir begrüßen die Vorschläge und sollten uns in der Koalition noch vor der Sommerpause auf Eckpunkte einigen“, sagte CDU-Gesundheitspolitiker Jens Spahn der „Welt“. Der SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach sagte dagegen in der „Passauer Neuen Presse“: „Wenn der Facharzt in der Stadt mehr verdient als der Hausarzt auf dem Land, nutzen auch neue Auswahlverfahren und Quoten nichts.“ Wichtiger sei es, die Hausärzte besser zu bezahlen und die Zahl der Studienplätze zu erhöhen. Auch der niedersächsische Wissenschaftsminister Lutz Stratmann (CDU) lehnte den Vorschlag ab: „Quoten helfen uns überhaupt nicht weiter“. Das Problem seien die Arbeitsbe-

dingungen von Ärzten. „Wenn alle Absolventen eines Medizinstudiums hinterher auch den Beruf ergreifen würden, hätten wir keinen Ärztemangel, nicht einmal einen Landärztemangel.“

Ärzteteilpräsident Frank Ulrich Montgomery nannte Röslers Vorschlag zwar „vernünftig“, aber nicht ausreichend. Auch er forderte die Kommunen auf, die Arbeitsbedingungen für Land-



Foto: Hans-Guenther Oed – vario images

ärzte zu verbessern. „Die Gemeinden müssen auch die Infrastruktur schaffen, damit ein Arzt abwechselnd in verschiedenen Dörfern Sprechstunden abhalten kann.“ Auch die Zusammenarbeit zwischen Praxen und Kliniken sei verbesserungswürdig. Für eine finanzielle Stärkung der Allgemeinmedizin sprach sich der Chef des Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt, aus. Ein angehender Hausarzt müsse kalkulieren können, wie viel Geld er bekommt, ohne finanzielle Sicherheit werde kaum noch ein Arzt „das Wagnis einer Praxisgründung auf dem Land“ eingehen. „Hausärzte arbeiten derzeit mehr und verdienen weniger als Fachärzte“, beklagte Weigeldt. Zudem gingen immer mehr Absolventen eines Medizinstudiums lieber zu Behörden, Krankenkassen und der Industrie. sf/ck/dpa

Bessere Rahmenbedingungen für Praxen**KZBV fordert gesicherte zahnärztliche Versorgung auf dem Land**

„Dass der Bundesgesundheitsminister sich des Problems der medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten annimmt, ist begrüßenswert“, kommentierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz die Diskussion um die Einführung einer Landarztquote. „Auch die zahnärztliche Betreuung muss langfristig gesichert werden – durch die richtigen Rahmenbedingungen für die Praxen.“

Bei der zahnärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, so Fedderwitz weiter, zeichneten sich für die wohnortnahe Patientenbetreuung in den neuen Bundesländern angesichts der ungünstigen Altersstruktur der Zahnärzte ähnliche Risiken ab, wie im ärztlichen Bereich. „Um die jungen Zahnärzte in Zukunft aufs Land zu bekommen, wird es leider nicht ausreichen, die Voraussetzungen für den Einstieg in den Beruf durch eine Aufhe-

bung des Numerus Clausus oder Subventionen bei der Praxisgründung zu verbessern.“ Bei den derzeitigen Kapazitäten der Universitäten könne man ohne Verlust an Qualität ohnehin nicht deutlich mehr Studenten ausbilden.

Fedderwitz: „Die jungen Kolleginnen und Kollegen brauchen Rahmenbedingungen, unter denen sich ihre Praxis dauerhaft und langfristig trägt. Sonst gehen sie nicht in die Niederlassung.“ Besonders die Betreuung der wachsenden Zahl alter und pflegebedürftiger Patienten sei aufgrund der größeren Entfernungen gerade im ländlichen Raum eine Herausforderung.

Fazit Fedderwitz: „Um die zahnärztliche Versorgung auf dem Land morgen zu sichern, müssen heute die Voraussetzungen geschaffen werden. Die Politik muss nicht warten, bis das Kind im Brunnen ist.“ ck/pm

KBV und Kassen**RLV werden aufgewertet**

Ab 1. Juli werden Regelleistungsvolumen (RLV) vor den freien Leistungen abgerechnet. „Es ist uns gelungen, die Basisversorgung zu stärken und die RLV zu stabilisieren. Wir haben den Finanzfluss umgekehrt und auf diese Weise die Berechnung der RLV gerechter gestaltet“, betonte KBV-Chef Andreas Köhler.

Ein wichtiger Vorsatz für 2010 sei somit umgesetzt. Ab 1. Juli werde aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erst die Finanzierung der RLV sichergestellt und dann erst die Vergü-

tung für bislang freie Leistungen berechnet. Zur Steuerung dieser Leistungen würden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QVZ) eingeführt.

Es gebe laut Köhler aber weiterhin große regionale Spielräume: „Die Konvergenzphase für regionale Sonderregelungen ist bis 31. Dezember 2011 verlängert worden.“ Die Regelung kommt laut KBV vor allem Ärzten zugute, die die Basisversorgung abdecken, aber nur wenige Leistungen außerhalb der RLV abrechnen können. ck/pm

Statistisches Bundesamt

263 Milliarden Euro für Gesundheit

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind weiter angestiegen. 2008 lagen sie insgesamt bei rund 263 Milliarden Euro, wie das Statistische Bundesamt mitteilte. Auf jeden Einwohner entfielen rund 3 210 Euro. Die Ausgaben stiegen demnach gegenüber 2007 um 9,9 Milliarden Euro oder um 3,9 Prozent.



Foto: Martin Leissi-VISUM

Die Berechnung erfasst neben den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auch alle weiteren gesundheitsbezogenen Aufwendungen, die etwa von der privaten Krankenversicherung oder den privaten Haushalten selbst geleistet werden.

Größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen war laut Statistik die gesetzliche Krankenversicherung. Sie trug 2008 mit 151,5 Milliarden Euro rund 57,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben – ein Anstieg um 4,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Auf die private Krankenversicherung entfielen 9,5 Prozent der Gesundheitsausgaben.

Überdurchschnittliche Ausgabenanstiege gab es bei den Leistungen für Prävention und Gesundheitsschutz, die sich auf 10,7 Milliarden Euro erhöhten. Dieser Anstieg ist den Statistikern zu-

folge unter anderem auf höhere Ausgaben bei Schutzimpfungen und Früherkennungsmaßnahmen zurückzuführen. Auch die Ausgaben für Arzneimittel stiegen gegenüber 2007 deutlich um 1,6 Milliarden auf 43,2 Milliarden Euro.

Die Aufwendungen machten laut Statistik 10,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes aus. Schon jetzt sei abzusehen, dass dieser Anteil durch den Rückgang der Wirtschaftsleistung wegen der Krise für das Jahr 2009 auf über elf Prozent wachsen werde.

Abgestimmtes Gesamtkonzept erforderlich

Union will Patientenberatung ausbauen

Nach dem Willen von CDU/CSU soll die „Unabhängige Patientenberatung Deutschlands“ (UPD) in die Regelversorgung überführt und die Zahl der Beratungsstellen von 22 auf bis zu 40 erhöht werden. Bedingung sei aber, dass bereits vorhandene und neu zu schaffende Bera-

tungsangebote „in einem Gesamtkonzept“ aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt würden, heißt es in einem Arbeitspapier der Arbeitsgruppe Gesundheit der Unionsfraktion. Die zweite Modellphase der „Unabhängigen Patientenberatung“ läuft Ende 2010 aus.

Frankfurt

DGZMK gründet Arbeitskreis Ethik

Der Arbeitskreis Ethik der DGZMK hat sich in seiner Gründungsversammlung am 19. März in Frankfurt am Main in den Räu-



Foto: DGZMK

men der Landes Zahnärztekammer Hessen offiziell konstituiert. Zum Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Dominik Groß, Aachen, gewählt. Seine Stellvertreter sind Prof. Dr. Ina Nitschke, Universität Leipzig und Vorsitzende der DGAZ, Dr. Peter Weißhaupt, niedergelassener Zahnarzt in Iserlohn, sowie Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK.

Der neue Arbeitskreis hat die Aufgabe, ethische Aspekte der Zahnmedizin zu klären und das Problembewusstsein für diese Fragestellungen innerhalb des Faches zu wecken. Die Gründung geht auf eine Initiative des amtierenden DGZMK-Vorstands zurück. „Wissenschaft ist die Basis zahnärztlichen Handelns und Ethik zeigt sich im Handeln“, sagte Vizepräsident Dr. Wolfgang Bengel in der Sitzung. pr/pm

■ *Alle Kolleginnen und Kollegen der DGZMK sind herzlich eingeladen, im neuen Arbeitskreis Ethik mitzuarbeiten. Bitte melden sich unter: dgzmk@dgzmk.de oder telefonisch unter: 0211/610198-0 (Frau Schatten).*

Kassen und Pharmaindustrie

Widerstand bei Generikareform

Krankenkassen und Arzneimittelhersteller sprechen sich gegen die geplante Reform der Rabattverträge für Generika aus. In ungewöhnlicher Einigkeit griffen beide Seiten das Vorhaben von Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) an. Patienten sollen nach dem Willen Röslers künftig trotz der Exklusivverträge zwischen Kassen und einzelnen Her-

stellern die freie Auswahl von Medikamenten haben. Wie die „Financial Times Deutschland“ (FTD) berichtet, stießen die neuen Pläne auf Widerstand. Zwar bietet die Regelung zusätzliche Absatzmöglichkeiten, diese seien aber minimal und „absolut unkalkulierbar“, sagte ein Sprecher des Branchenverbands Pro Generika. Auch die Barmer GEK und die AOK beklagten mangelnde Planungssicherheit der Hersteller. Das gemeinsame Votum gilt als selten, verfolgen Kassen und Hersteller ansonsten doch völlig gegensätzliche Interessen. Während die Kassen an den Rabattverträgen für Generika festhalten wollen, würden die Hersteller die Verträge am liebsten ganz kippen. mp/pm



Foto: vario images

Arzneimittel

Neue Rabattverträge für Versicherte

Ab dem 1. April werden sich viele Versicherte in Deutschland an andere Arzneimittel gewöhnen müssen, weil neue Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen in Kraft treten. Darauf macht der Deutsche Apothekerverband (DAV) aufmerksam. So kündigten die AOK (80 Wirkstoffe, 24 Millionen Versicherte), die Techniker Krankenkasse (TK) (89 Wirkstoffe, sieben Millionen Versicherte) sowie die GWQ Service Plus AG im Auftrag von 36 Krankenkassen (44 Wirkstoffe, vier Millionen Versicherte) neue Rabattverträge an. Allein die AOK beziffert ihr Sparvolumen für 2010 mit 520 Millionen Euro. Die TK will bis zu 100 Millionen Euro

sparen. Die Rabatte gelten für mehr als 900 Medikamente von 23 Herstellern, unter anderem gegen Bluthochdruck, Depressionen und Infektionen.

„Die Generika-Rabattverträge haben sich als ein wirksames Instrument erwiesen, mit dem die stetig steigenden Kosten für Medikamente zumindest gedämpft werden können“, urteilte TK-Chef Norbert Klusen.

Der Bundesverband der Arzneimittelhersteller spricht sich indes gegen Rabattverträge aus. Laut Daten des Marktforschungsinstituts IMS Health sei die Häufigkeit von Therapiewechseln durch Rabattverträge sprunghaft angestiegen. mp/sg/pm/dpa

Rösler

Pharma-Sparpaket schon ab August

Die Bundesregierung will Teile ihres Arzneimittel-Sparpakets schon zum 1. August umsetzen. Darauf einigten sich Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) und die Koalitionsfraktionen. Fünf Monate früher als geplant sollen die Zwangsrabatte für innovative Medikamente von sechs auf 16 Prozent erhöht werden, berichtet die FAZ. Zugleich sollen die Arzneimittelpreise bis Ende 2013 auf dem Niveau vom 1. August 2010 eingefroren werden. Die übrigen geplanten Maßnahmen zur Verringerung der Arzneimittelkosten – darunter verpflichtende Preisverhandlungen zwischen Kassen und Herstellern und eine Nachweispflicht für

die Produzenten, dass ihre Arzneien einen zusätzlichen Nutzen haben – sollen erst Anfang 2011 in Kraft treten. Durch das Vorziehen der höheren Zwangsrabatte und das Preismoratorium können laut BMG in diesem Jahr fast 500 Millionen Euro gespart werden. Die gesamte Pharmareform soll Einsparungen von rund zwei Milliarden Euro im Jahr bringen. SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles bezeichnete Röslers Vorhaben als „Mogelpackung“. Das Sparpaket sei „verkappter Pharma-lobbyismus“, denn Pharmakonzerne dürften ihre Medikamente weiter zu „astronomischen Preisen“ auf den Markt bringen. mp/pm

Gebührenordnung für Ärzte

BÄK erstellt neues Leistungsverzeichnis

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat ein komplett neues Leistungsverzeichnis für die ärztliche Gebührenordnung (GOÄ) erarbeitet und jede Position neu bewertet – nach eigenen Angaben betriebswirtschaftlich belegt und auf aktueller Datengrundlage. Die GOÄ, Grundlage für die Rechnungstellung privatärztlicher Leistungen, wurde seit 1996 nicht mehr an den medizinischen und technischen Fortschritt angepasst, die letzte gründliche Überarbeitung geschah vor 28 Jahren.

Grundlage des Konzepts sei die Aktualisierung und Neustrukturierung des Gebührenverzeichnisses. Ziel der BÄK: nicht nur den State of the Art des ärztlichen Leistungsspektrums, sondern auch Qualität und Fortschritt der Medizin im neuen Verzeichnis abzubilden. Dafür hatten 160 ärztliche Berufsverbände und Fachgesellschaften Leistungspositionen für ihre Fachge-

biete gelistet, sagte der Vorsitzende des Gebührenordnungsausschusses der BÄK, Theodor Windhorst, dem Deutschen Ärzteblatt (DÄ). Für die anschließende Bewertung jeder einzelnen Leistung in der neuen GOÄ habe man nach Schweizer Vorbild ein BWL-Modell auf eigenständiger aktueller Datenlage entwickelt, in das allein für die Kalkulation der neuen operativen Leistungen Schnitt-Naht-Zeiten mit mehr als 800 000 Datensätzen aus 140 deutschen Kliniken aller Versorgungsstufen eingeflossen seien. Generell habe man den Arztanteil jeder Leistung stärker gewichtet.

Die GOÄ-Reform dürfte dem Blatt zufolge allerdings frühestens Anfang 2011 von der Politik in Angriff genommen werden. Zuvor müsse noch die GOZ reformiert werden. Was für die Zahnärzte beschlossen wird, gelte als präjudizierend für die GOÄ-Novellierung. ck/DÄ

Koordinierungskonferenz der GOZ-Referenten

Prognos-Gutachten bestätigt

Die Koordinierungskonferenz der GOZ-Referenten in Berlin hat das von der Prognos AG zur Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) erstellte Gutachten bestätigt. Das Gutachten „Bewertung einer Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) – Kalkulation auf der Basis betriebswirtschaftlicher Grundsätze“ war auf der Bundesversammlung der BZÄK im November 2009 kontrovers diskutiert und teilweise sogar in Frage gestellt worden. Einstimmig urteilen jetzt die GOZ-Referenten:

„Das zur Leistungsbewertung der Leistungen der HOZ erstellte Gutachten der Prognos AG wird bestätigt. Die auf der Bundesversammlung 2009 dagegen erhobenen Behauptungen sind nicht geeignet, die Ergebnisse in Frage zu stellen. Die Behauptungen sind betriebswirtschaftlich falsch und inkonsistent.“ Parallel zur Koordinierungskonferenz wurde im Bundestag von MdB Dr. Rolf Koschorrek erstmals die Frage der GOZ eingebracht und im Plenum diskutiert. ck/pm

Sachverständigenrat kritisiert

Heilberufe: zu langsam akademisiert

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen fordert die Öffnung der Medizinischen Fakultäten für alle therapeutischen Disziplinen. So solle die Tätigkeit in den nichtärztlichen Therapieberufen künftig wissenschaftlich besser fundiert sein. Dazu gehörten etwa Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. Zumindest die Leitungs- und Lehrkräfte sollten auch zur Forschung befähigt werden, um Wirksamkeit, Angemessenheit und Kosteneffizienz der Therapiemaßnahmen sicherer beurteilen zu können, subsumiert der „Tagespiegel“ die Forderungen. In den USA beispielsweise sei der Master heute schon Voraussetzung, von 2020 an sogar der Doktorgrad,



Foto: MEV

um Physiotherapie ausüben zu dürfen. In Deutschland dagegen gehöre diese Behandlung, wie auch Ergotherapie und Logopädie, zu ärztlich verordneten „Heilmitteln“. Die Ausbildung für nichtärztliche therapeutische Berufe, etwa für die Hebamme, finde oft noch auf Fachschulniveau statt. Das müsse sich ändern, weil die Ansprüche an diese Tätigkeiten wachsen, hieß es auf einer Tagung des Charité-Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter“. Um chronisch Kranken und Behinderten Autonomie und Lebensqualität möglichst lange zu erhalten, seien die Fachkenntnisse eines gut ausgebildeten interprofessionellen Teams erforderlich. Für Pflegekräfte werden seit etwa zwei Jahrzehnten Dutzende von Studiengängen an Fachhochschulen eingerichtet, berichtet die Zeitung. Die nicht-ärztlichen therapeutischen Berufe zögen mit der Akademisierung nur langsam nach: Erst seit 2001 gebe es die ersten Studiengänge zum Beispiel für Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Hebammen. mp/pm

Petitionsausschuss

Mehr Geld für häusliche Krankenpflege

Der Petitionsausschuss der Bundesregierung hat sich für verbesserte gesetzliche Rahmenbedingungen für die häusliche Krankenpflege ausgesprochen. Ziel der Petition ist es, dass die Pflege auch dann geleistet wird, wenn keine ärztliche Behandlung erforderlich ist, aber ein Bedarf an Grundpflegeleistungen oder hauswirtschaftlicher Versorgung besteht. Zur Begründung heißt es in der Petition, dass aufgrund

des medizinischen Fortschritts und der Einführung der Fallpauschalen Patienten heute früher aus dem Krankenhaus entlassen werden. Zahlreiche Behandlungen und Operationen seien zudem in den ambulanten Bereich verlagert worden. Das habe dazu geführt, dass Heilungs- und Genesungsphasen in der privaten Wohnung von den Betroffenen selbst finanziert werden müssten. ck/sf/pm

Medicproof

PKV plant eigenen Pflege-TÜV

Die private Krankenversicherung (PKV) will in die Kontrolle und Bewertung von Pflegeheimen einsteigen. „Wir wollen die Prüfungsarbeit mit eigenem hochqualifizierten Fachpersonal erfüllen“, sagte ihr Vorsitzender Reinhold Schulte. Seit Anfang des Jahres baue der Verband unter dem Namen „Medicproof“ eine entsprechende Abteilung beim medizinischen Dienst der PKV auf, sagte er der „Süddeutschen Zeitung“.



Ab 2011 werde man in der Lage sein, zehn Prozent der gesamten Prüflast von jährlich 23.000 Einrichtungen zu tragen. Das entspreche dem Marktanteil der PKV unter den Pflegeversicherten. Damit steuert die Verband auf einen Konflikt mit den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu, die den Pflege-TÜV weitgehend alleine betreiben. Der medizinische Dienst der Privaten würde mit dem der GKV konkurrieren. mp

Kongress „Zahnheilkunde 2010“

Brüllmann erhält Forschungspreis

„Qualität auf alle Fälle“ – so lautete das Motto auf dem Kongress „Zahnheilkunde 2010“ der in Mainz unter der Federführung von Dr. Michael Rumpf, Präsident der Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz (ganz rechts), eröffnet wurde. „Ein wichtiges Ziel dieses Kongresses ist es, neue und innovative Behandlungsmethoden vorzustellen, die die Zahnmedizin von morgen bestimmen werden“, erklärte der Wissenschaftliche Leiter des Kongresses, Prof. Dr. Berndt d’Hoedt (ganz links). Rumpf und der rheinland-pfälzische Finanzminister Dr. Carsten Kühl (Zweiter v. l.) überreichten

den „Martin-Herrmann-Forschungspreis 2010“ dem Zahnmediziner Dr. Dan Brüllmann (Dritter v. l.). Seine Forschungsarbeit „Automatische Detektion von Wurzelkanaleingängen“ beweist, wie mithilfe einer speziellen Software und Kamera Wurzelkanäleingänge der Zähne zuverlässig und schnell identifiziert werden können. Der junge Wissenschaftler wurde bereits 2004 für eine Arbeit mit diesem Preis ausgezeichnet. Rumpf und Kühl riefen gerade die jungen Zahnmediziner auf, zum Wohle der Patienten neue Behandlungsansätze zu entwickeln. sf/pm



Foto: Bernhard Bertram

GKV-Leistungen**Barmer will Prävention ausweiten**

Die Barmer GEK will die Prävention stärker in den Fokus der Gesundheitsversorgung rücken und entsprechende Leistungen in der GKV ausbauen. Gefordert sei eine nachhaltige Strategie.

„Nicht allein im medizinischen Fortschritt stecken die größten Gesundheitsreserven unserer Gesellschaft, sondern in ausreichend Bewegung und ausgewogener Ernährung“, stellte die Chefin der Barmer GEK, Birgit Fischer, fest. Sie will Präventionsleistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ausbauen. Dafür brauche es aller-



dings klare politische Zielvereinbarungen, eine bessere Koordination der Träger und zielgruppengenaue Angebote.

Auch müssten sich Bund, Länder und Gemeinden besser vernetzen und mit den Kassen und übrigen Sozialversicherungsträgern auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen, betonte Fischer.

ck/pm

Hausarztverträge**Zweifel an Rechtmäßigkeit von 73 b**

Zweifel an der juristischen Haltbarkeit, Kassen zum Abschluss von Hausarztverträgen zu zwingen, hat Verfassungsrechtler Prof. Rainer Pitschas von der Verwaltungshochschule Speyer. Paragraf 73 b SGB V verstößt nach seiner Auffassung gleich gegen verschiedene Gesetze.

Durch die Hausarztverträge sei nicht nur das Recht der Versicherten auf freie Arztwahl partiell eingeschränkt, sondern auch die Berufszugangs- und Berufsausübungsfreiheit. Zudem sieht Pitschas die europäische Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit berührt. Ganz besonders

fragwürdig findet er den 73 b im Zusammenhang mit dem europäischen Vergaberecht. Der Gesetzgeber hätte „die Ausschreibungspflicht der Kassen unter Anwendung des Vergaberechts bei der Auftragserteilung zur hausarztzentrierten Versorgung vorsehen müssen“.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) sieht die Einwände gelassen. „Verfassungsrechtliche Bedenken gegen Artikel des Sozialgesetzbuches werden oft nicht bestätigt“, sagte Dr. Ulrich Orłowski, Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung im BMG, in Speyer. mn/ÄZ

Osteoporose**Ärzte wenden Leitlinien zu selten an**

Nur zehn bis 20 Prozent der deutschen Osteoporose-Patienten erhalten eine leitlinien-gerechte medikamentöse Therapie. Zu diesem Ergebnis kommen Experten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Besonders schlecht dran sind ältere Menschen. So erhalten noch 31 Prozent der 50- bis 64-jährigen Frauen mit Osteoporose eine medikamentöse Therapie, aber nur 19 Prozent der über 75-jährigen Frauen, vermeldet der Dachver-

band Osteoporose (DOP), ein Zusammenschluss der deutschsprachigen Patientenorganisationen mit Sitz in Marburg.

Die DOP-Leitlinie können Interessierte nachlesen unter www.osteoporose-dop.org. Eine gedruckte Version ist gegen Einsendung eines mit 1,45 Euro frankierten DIN-A5-Rückumschlags sowie zwei 55 Cent-Briefmarken anzufordern bei: Dachverband Osteoporose (DOP), c/o Deutsches Grünes Kreuz, Stichwort: Osteoporose-Leitlinie, Schuhmarkt 4, 35037 Marburg. sp/pm

Studienquelle:

Günther, K.P. et al.: *Umsetzung der Osteoporoseleitlinien in Orthopädie und Unfallchirurgie – Ergebnisse eines Expertenworkshops der DGOU, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie 147, 542–546, 2009.*

Magen- und Darm-Krebs**Neues endoskopisches Verfahren**

Krebserkrankungen in Magen, Speiseröhre und Enddarm lassen sich jetzt auch durch einen minimalinvasiven Eingriff entfernen. Mit einer neuen Technik, die derzeit in Deutschland Fuß fasst, können selbst größere Schleimhauttumore mit Hilfe eines Endoskops abgetrennt werden. Experten stellten das Verfahren auf dem 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren (DGE-BV) in Hannover vor. „Eine Endoskopische Submusa-Dissektion (ESD) ist immer dann möglich, wenn die Krebserkrankung noch auf die Schleimhaut beschränkt ist“, erläutert Tagungspräsident Professor Dr. Jürgen Hochberger, der

das Verfahren am St. Bernward Krankenhaus in Hildesheim durchführt. Der Eingriff erfolgt über ein hochflexibles, kleinfingerdickes Endoskop in leichtem Sedierungsschlaf. Zunächst markiert der Arzt die Ausdehnung des Tumors. Dann spritzt er mit einer feinen Nadel Flüssigkeit unter die Schleimhaut. Der Tumor wird dadurch vom Untergrund abgehoben. Dann kann er ihn von den Seiten her in einem Stück entfernen. Entwickelt wurde die ESD in Japan. „Dort ist der Magenkrebs sehr viel häufiger als in Deutschland und eine Früherkennung durch Magenspiegelung seit vielen Jahren üblich“, berichtet Professor Hochberger. sp/pm

Universität Freiburg**Masterstudiengang „Palliative Care“**

Die Medizinische Fakultät der Universität Freiburg startet zum Wintersemester 2010/2011 mit dem neuen Masterstudiengang „Palliative Care“. Der berufs begleitende Teilzeitstudiengang mit onlinegestützten Selbstlernphasen und Präsenzlernen ist als praxisorientiertes Weiterbildungsstudium im Fachgebiet der Palliativversorgung für Postgraduierte aus unterschiedlichen medizinischen und psychosozialen Disziplinen angelegt. Je nach erstem Hochschulabschluss beträgt die Regelstudienzeit vier bis sechs Semester. Palliative Care ist die internationale Bezeichnung für das Konzept einer umfassenden palliativen, also lindernden Betreuung von Menschen, die unter einer unheilbaren, fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankung leiden. Der

Studiengang soll zentrale Kompetenzen der Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaften, Ethik und des Organisationsmanagements vermitteln. Darüber hinaus werden Handlungskompetenzen für die Analyse, Entwicklung und Gestaltung zeitgemäßer palliativer Versorgungsstrukturen gefördert. Auf hohem Niveau werde eine international qualifizierende wissenschaftliche Weiterbildung geboten, heißt es in der Presseverlautbarung. Absolventen können sich individuell spezialisieren: Entweder für Aufgaben in Management und Praxis der stationären und ambulanten Palliativversorgung oder für Tätigkeiten in der Aus- und Weiterbildung oder in Wissenschaft und Forschung. Näheres bei: eva.opitz@pr.uni-freiburg.de sp/pm

WHO-Studie**Fünf Jahre höhere Lebenserwartung**

Die weltweite Lebenserwartung könnte mit einem energischeren Kampf gegen fünf entscheidende Gesundheitsrisiken um knapp fünf Jahre gesteigert werden.

Das geht aus einem kürzlich in Genf veröffentlichten Bericht der Weltgesundheitsorganisation WHO hervor. Untergewicht bei Kindern, ungeschützter Geschlechtsverkehr, Alkoholkonsum, Bluthochdruck sowie der

Mangel an sauberem Wasser, Sanitäreinrichtungen und Hygiene verursachten ein Viertel der etwa 60 Millionen Todesfälle pro Jahr. Die zehn größten vermeidbaren Risiken drücken die Lebenserwartung laut WHO weltweit um knapp sieben Jahre, in Afrika um mehr als zehn Jahre. Im Bericht werden die Auswirkungen von 24 gesundheitsbezogenen Risiken wie Luftverschmutzung, Rauchen und Unterernährung untersucht. Die Zahlen stammen aus dem Jahr 2004; neuere sind laut WHO nicht verfügbar. Die Bedeutung der Risikofaktoren zu kennen, werde Regierungen bei gesundheitspolitischen Entscheidungen helfen, heißt es in dem Bericht. sp/dpa



Foto: zm

Konsensuspapier Implantologie

Neuer Leitfaden zu Komplikationen und Behandlungsfehlern beim Implantieren

Die 5. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) erstellte unter Federführung des Bundesverbands der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) Mitte Februar ein Papier, das als Leitfaden im Umgang mit Behandlungsfehlern und Komplikationen in der Implantologie dienen soll.

In die EuCC werden gleichermaßen Praktiker und Hochschulvertreter aus Deutschland und Europa berufen, die ihre besondere Erfahrung in die Diskussion einbringen beziehungsweise

als Experten im Umgang mit dem jeweiligen Thema gelten. „Niemand beschäftigt sich gerne mit Komplikationen oder Behandlungsfehlern. Es ist aber angesichts der steigenden Zahl an Implantationen in Deutschland und Europa an der Zeit, auch offen über solche Probleme zu sprechen, weil nur so neue Behandlungsfehler vermieden und überholte Therapiekonzepte verändert werden können“, begründet BDIZ EDI-Präsident Christian Berger die Themenwahl „Umgang mit Komplikationen und Behandlungsfehlern“. Der BDIZ EDI stellt das Jahr 2010, das mit dem Experten-Symposium in Köln eingeleitet wurde, unter dieses Generalthema.

Das erarbeitete Konsensuspapier 2010 definiert und beschreibt insbesondere Komplikationen, die in der intraoperativen Phase entstehen können und soll implantologisch tätige Zahnärzte in Deutschland und Europa unterstützen, schwerwiegende Verletzungen zu vermeiden. Es schlägt

zudem konkrete Maßnahmen im Fall einer Verletzung vor.

Die Insertion dentaler Implantate gilt als sicheres chirurgisches Verfahren. Chirurgische Komplikationen, die vor allem bei ungünstigen anatomischen Verhältnissen und/oder bei reduziertem Knochenangebot auftreten, können zur Verletzung von benachbarten Geweben und Strukturen führen.



Eine sachgerechte prothetische Versorgung erfordert eine ausreichende präoperative Planung unter funktionalen Aspekten. Biologische und mechanische Grenzen müssen berücksichtigt werden. Durch Knochenersatzmaterial verursachte Komplikationen können anatomische Defekte vergrößern.

Das Konsensuspapier beschäftigt sich mit den folgenden Bereichen, in denen Komplikationen auftreten können:

1. Nervus alveolaris inferior
2. Nervus mentalis
3. Mundboden
4. Nachbarzähne
5. Sinus maxillaris
6. Knochenersatzmaterial

Der Konsensus basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Publikationen zum Umgang mit Komplikationen in der oralen Implantologie.

Grundsätzlich wird festgestellt, dass bereits vor dem Beginn implantologischer Behandlungen eine ausreichende Fortbildung auf diesem Gebiet notwendig ist. Alle Komplikationen sollten dokumentiert und im Team besprochen werden, heißt es in dem Papier. sp/pm

Beske-Studie zur Priorisierung

Begrenzte Mittel, begrenzte Leistungen

Das Problem der GKV ist bekannt: Immer weniger Beitragszahler finanzieren immer mehr Älteren die Versorgung. So kann es nicht weitergehen, meinte Prof. Fritz Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) bei der Präsentation seiner neuen Studie in Berlin. Seine Empfehlung: Priorisieren! Die Ärzte stehen hinter ihm, aber in der Politik kommen die Forderungen erfahrungsgemäß nicht so gut an.

„Die Medizin ist in der Lage, mehr zu leisten als die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten zahlen kann – das ist heute schon Realität“, erläuterte Beske die vertrackte Situation. Mit seiner neuen Studie „Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln“ will er darum einen Weg aufzeigen, wie man auch mit limitierten Ressourcen die Versorgung sicherstellen kann. Trotz steigendem Leistungsbedarf und schrumpfendem Finanzvolumen der GKV. Denn spätestens wenn die geburtenstarken Jahrgänge in zehn Jahren in den Ruhestand gehen, werde das in der GKV zur Verfügung stehende Finanzvolumen über den Leistungsumfang entscheiden. Beske: „In Zukunft bestimmen die vorhandenen Mittel über die Verwendung. Deshalb ist es notwendig, die Beitragsgerechtigkeit zu definieren.“

Keine andere Maßnahme werde seiner Ansicht nach ausreichen, um die künftigen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen

zu finanzieren. Selbst die derzeit von der Politik geplanten Steuerzuschüsse stünden in Zukunft nicht mehr zur Verfügung. Die Politik müsse der Realität daher ins Auge sehen. „Die Diskussion um eine Priorisierung wird aber von der Regierung völlig ignoriert“, so Beske. In anderen Industrienationen wie etwa Schweden oder Norwegen werde bereits seit Jahren nach Wegen gesucht, welche medizinischen Leistungen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels noch von der Solidargemeinschaft bezahlt werden können. Beske: „Wir werden in Deutschland nicht umhinkommen, ähnliche Schritte zu gehen.“

Statt heimlich budgetiert ...

Besonders auf dem Land beeinträchtigt die heimliche Budgetierung bereits heute die Qualität der Versorgung, führte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler aus: „Wo ich lebe, wird entscheidend sein bei der Frage, ob still-



Foto: Cusp/F1online

Welche medizinischen Leistungen in Zukunft noch solidarisch finanziert werden, sollte nicht im Hinterzimmer, sondern im gesellschaftlichen Diskurs geklärt werden.

schweigend rationiert wird oder nicht. Und das ist ungerecht.“

Anstatt die Verteilung in Form einer impliziten Rationierung in die Arztpraxis zu tragen und das Arzt-Patienten-Verhältnis damit zu belasten, müsse die Problematik im gesellschaftlichen Diskurs offen thematisiert werden. „Auch Versicherte sehen die Zukunft der ambulanten Versorgung skeptisch“, betonte Köhler.

Köhler: „Wir werden zukünftig immer weniger in der Lage sein, jedem alles zu finanzieren, was im heutigen Leistungskatalog enthalten ist. Begrenzte Mittel bedeuten eben auch begrenzte Leistungen. Daran führt kein Weg vorbei.“ Ärzte spürten diese Logik in ihrem täglichen Arbeitsleben schon heute schmerzhaft. Köhler: „Sie werden an allen Ecken und Enden durch Budgets, andere Maßnahmen zur Mengensteuerung und überbürokratische Vorschriften geknebelt und können ihren Patienten nicht mehr immer und in jedem Fall eine dem medizinischen Stand der Erkenntnisse entsprechende, leitliniengerechte Behandlung zukommen lassen.“



Priorisierung kann ein gerechtes und probates Mittel zur Verteilung knapper gesundheitlicher Leistungen sein – sofern sie offen geschieht, argumentieren Ärzte.

Foto: Corbis

Dass es im gesamten Gesundheitswesen, nicht nur in der GKV, um die gerechte Zuteilung vorhandener Mittel geht, betonte Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Wie man einzelne Gesundheitsfelder nach Dringlichkeit – also Priorität – ordne, sei vielmehr eine ethische Frage.

... besser gerecht verteilt ...

Fuchs: „Es geht darum, die vorhandenen Kapazitäten sinnvoll einzusetzen und einen Beitrag zur gerechten Verteilung zu leisten. Die Basis dafür sind gesellschaftlich konsentrierte Kriterien.“ Es sei sinnvoll zu überlegen, nach welchen Verfahren begrenzte Mittel Patienten zugeteilt werden könnten. „Es ist kein Problem, Versorgungsfelder nach Prioritäten zu ordnen“, so Fuchs. Die BÄK habe



Die Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) unter der Leitung von Prof. Fritz Beske „Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln“ steht in einer Kurzfassung im Netz: www.igsf.de/html/pm98-100.HTM

vor zwei Jahren in ihrem „Ulmer Papier“ die Diskussion um eine Priorisierung angeregt, erinnerte Fuchs.

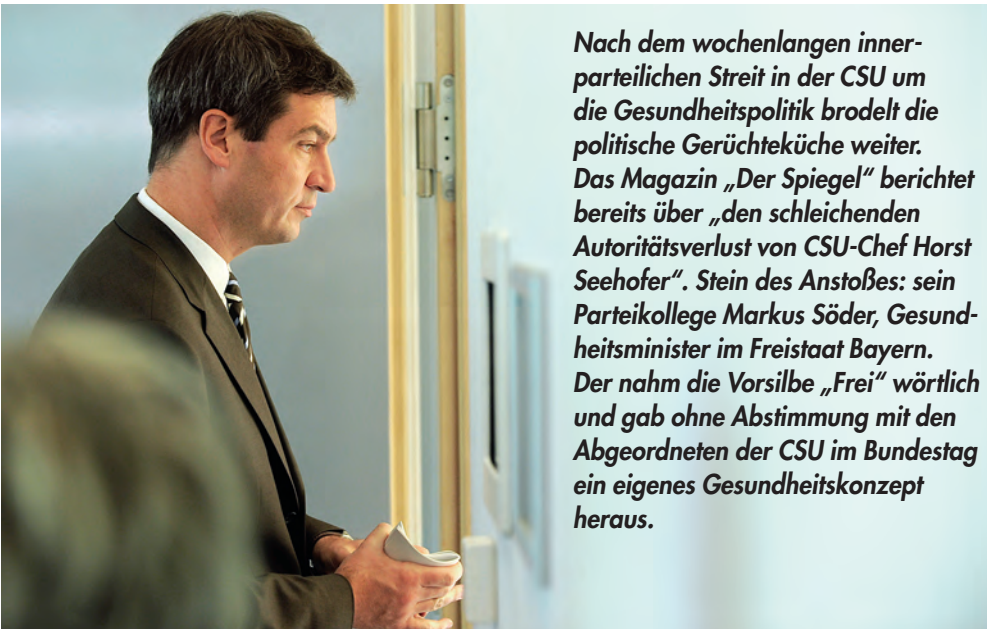
Ein universelles Leistungssystem sei hingegen nicht mehr zu verantworten. Priorisierung regle aber nur die Verteilung – die Finanzierungsfrage sei damit nicht geklärt. „Die Priorisierung ist Angebot an die Gesellschaft, wie man mit Knappheit umgehen kann“, erläuterte Fuchs. „Der Weg dorthin wird lange dauern, das ist keine Akutlösung.“

... oder ganz gestrichen

„Wenn Sie Mittel sparen wollen, müssen Sie Leistungen herausnehmen“, sagte Beske und ging damit freilich weit über die Forderungen Köhlers und Fuchs' hinaus, die auf eine gerechtere Verteilung setzten statt auf den Ausschluss von Leistungen. ck

Reform der Krankenkassenfinanzierung

Missglückter Alleingang



Nach dem wochenlangen innerparteilichen Streit in der CSU um die Gesundheitspolitik brodelt die politische Gerüchteküche weiter. Das Magazin „Der Spiegel“ berichtet bereits über „den schleichenden Autoritätsverlust von CSU-Chef Horst Seehofer“. Stein des Anstoßes: sein Parteikollege Markus Söder, Gesundheitsminister im Freistaat Bayern. Der nahm die Vorsilbe „Frei“ wörtlich und gab ohne Abstimmung mit den Abgeordneten der CSU im Bundestag ein eigenes Gesundheitskonzept heraus.

Foto: picture alliance

Bei den Plänen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen herrscht bei den Koalitionspartnern weiter Dissens. Bekannt war, dass die CSU eine, nach den Vorstellungen von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) angedachte, einkommensunabhängige Gesundheitsprämie (Kopfpauschale) ablehnt. Neu dagegen ist die Dimension, die der innerparteiliche Streit über einen Gegenvorschlag in den Reihen der CSU erreicht hat. Der jüngste Auslöser: ein Alternativkonzept – öffentlich vorgestellt von Söder genau 24 Stunden nach einer Klausurtagung der CSU-Gesundheitspolitiker, an der der Minister übrigens nicht teilgenommen hatte.

Die Eckpunkte des „Söderschen Konzepts“: Anders als im Koalitionsvertrag ist darin keine Kopfpauschale vorgesehen. Stattdessen will der CSU-Politiker den Beitrag künftig aus zwei Teilen zusammensetzen. Das Gros der Kosten, von Söder als „Bundesbeitrag“ bezeichnet, soll von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen mit je sieben Prozent gezahlt werden und via Gesundheitsfonds rund 90 Prozent der Krankenkassenausgaben decken. Beitragssteigerungen würden dazu nach wie vor

auch die Arbeitgeber treffen – wenn auch nicht mit derselben Härte, wie die Arbeitnehmer. Die sollen die übrigen zehn Prozent des Finanzvolumens aus eigener Tasche finanzieren. Im Gegensatz zu den Plänen Röslers und den Vorgaben des Koalitionsvertrags will Söder die Eigenleistung der Versicherten aber nicht über einkommensunabhängige Pauschalen einziehen lassen. Vielmehr soll sich auch dieser Beitrag an der Höhe des Einkommens orientieren und von der jeweiligen Krankenkasse frei bestimmt werden. Mit dem Konzept wolle man den Krankenkassen einen Teil ihrer Beitragsautonomie zurückgeben. Zudem würden regionale Unterschiede berücksichtigt, hieß es.

Fehlende Absprachen

Nach der Veröffentlichung des Konzepts hagelte es Kritik aus den eigenen Reihen. Der Tenor: Die CSU-Bundestagsabgeordneten wurden von Söder nicht in die Ausarbeitung des Alternativvorschlags eingebunden. Es habe keinerlei Absprachen gegeben. Dem CSU-Gesundheitsexperten Wolfgang Zöllner platzte nach Bekanntwerden des Konzepts der Kragen: Er warf Söder „Selbst-

darstellung per Alleingang“ vor. Auch der Sozialexperte der CSU-Landesgruppe in Berlin, Max Straubinger, zeigte sich verärgert. Gegenüber der „Passauer Neuen Presse“ erklärte er: „Die Bürger haben einen Anspruch darauf, dass Probleme gelöst und nicht der Bekanntheitsgrad eines Landesministers gesteigert wird. Das Problem hat einen Namen und der lautet Söder“, kritisierte Straubinger. Nach seiner Einschätzung funktioniere die Zusammenarbeit zwischen der CSU in Berlin und München in vielen Ressorts reibungslos – jedoch nicht im Bereich Gesundheit. Markus Söder ginge es vor allem um Schlagzeilen. Der Vorschlag sei ein veralteter CSU-Vorschlag aus dem letzten März. Die Partei hatte im vergangenen Jahr eine Kommission für die Gesundheitsreform unter der Leitung von Söder eingesetzt. Seitdem habe es aber erst zwei Sitzungen gegeben, ergänzte Straubinger. Die CSU-Bundestagsfraktion hat Söder für ein Gespräch zur Aussprache am 19. April nach Berlin eingeladen. Laut Agenturberichten hat er zugesagt.

Schadensbegrenzung

CSU-Chef Horst Seehofer hatte erst kürzlich eine „Epoche der Brüderlichkeit“ ausgerufen, um innerparteiliche Konflikte zu schlichten. Nach Söders Vorstoß versuchte er nun gemeinsam mit dem Landesgruppenvorsitzenden Hans-Peter Friedrich (CSU), den Schaden in dem noch jungen Zeitalter zu begrenzen, um einen frühen Abschluss der Epoche zu verhindern. Seehofer forderte ein sofortiges Ende der Querelen. Die CSU-Anhänger hätten „für solche öffentlichen Debatten kein Verständnis“. Alle wichtigen Themen würden „unter starker Einbeziehung der Landesgruppe diskutiert“, erklärte er in München. Auch Friedrich versuchte zu beschwichtigen: „Es ist ein Vorschlag, eine Gedankenskizze. Es gibt da keine endgültigen Entscheidungen.“ Zugleich räumte er ein: „Den Kommunikationsprozess finde ich suboptimal.“

Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn (CDU), wies das CSU-Konzept zurück. Er erklärte gegenüber der „Rheinischen Post“: „Für die Unionsfrak-



Gehört: Mit lauten Tönen und markigen Worten wettet Markus Söder mitunter auch gegen eigene Parteikollegen und fängt sich so den Ruf eines „Anti-Diplomaten“ ein.

tion ist der Koalitionsvertrag die Grundlage unseres Handelns. Und der sieht aus guten Gründen den Einstieg in einkommensunabhängige Beiträge vor.“ Man solle die Regierungskommission „endlich mal in Ruhe an der Sachfrage arbeiten lassen“, anstatt jede Woche ein neues Fass aufzumachen. Der Vorstoß von Söder wirkt sich auf den Erfolg und das Image der gesamten Partei aus. „Die Durchsetzungskraft der CSU in Berlin hängt entscheidend von der Geschlossenheit der CSU insgesamt ab“, konstatierte Unionsfraktionsvize Johannes Singhammer. Die CDU befürchtet, dass sich die aktuellen Geschehnisse auch noch auf den Land-

tagswahlkampf in Nordrhein-Westfalen auswirken könnten.

Das Bundesgesundheitsministerium hält das neue CSU-Konzept zudem für ungeeignet. Die Einnahmen der Krankenkassen blieben so auch künftig von den Einkommen abhängig und damit konjunkturempfindlich, erklärte eine Sprecherin des Ministeriums. Gesundheitsstaatssekretär Daniel Bahr (FDP) sagte, die Vorschläge der CSU seien bereits in den Koalitionsverhandlungen abgelehnt worden. Bahr erklärte im Gespräch mit der Deutschen-Press-Agentur: „Mit dem CSU-Konzept kommen milliardenschwere Mehrbelastungen auf die Versicherten zu, ohne

dass dadurch die Finanzierung stabiler wird.“

FDP-seitig äußerte auch die gesundheitspolitische Sprecherin Ulrike Flach gegenüber der Leipziger Volkszeitung ihre Kritik an dem vorgestellten Konzept: „Söders Versuch, hinter den Koalitionsvertrag zurückzufallen, wird scheitern.“ Ein Treffen von Rösler und Söder in Berlin brachte keine Annäherung. Letzterer betonte dabei erneut seine Ablehnung gegenüber der von der FDP favorisierten Kopfpauschale. Söder: „Das Modell hat enorme bürokratische Hürden und ist sozial ungerecht.“

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) wies abermals Befürchtungen zurück, die Gesundheitsreform werde unsozial. Merkel: „Dieses Gesundheitssystem, wie wir es verändern wollen, wird solidarischer sein, als das, was wir heute haben.“

In der CSU berät nun erst einmal die Gesundheitskommission unter Leitung von Söder weiter – auf Bundesebene sitzt die Regierungskommission zur Gesundheitsreform unter der Führung von Rösler zusammen. Als einzige CSU-Politikerin innerhalb dieser Instanz erhält Bundesverbrauchermministerin Ilse Aigner – als verlängerter Arm nach Bayern – eine Schlüsselrolle für den Einfluss der Interessen ihrer Partei bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik. sf

Hessischer Heilberufetag

Vertrauensschutz – ein hohes Gut

Der 3. Hessische Heilberufetag stand ganz im Zeichen des Vertrauensschutzes. Unter dem Motto „Heilen braucht Vertrauen und Verantwortung – für ein geschütztes Verhältnis zwischen Patient und Therapeut“ warben die sieben hessischen Heilberufskörperschaften am 17. März 2010 in Wiesbaden eindringlich dafür, Ärzten und Therapeuten den gleichen gesetzlich verankerten Schutz zuzubilligen wie beispielsweise Politikern, Anwälten und Journalisten.

Das BKA-Gesetz und dessen hessische Übersetzung, das Hessisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (HSOG) sehen vor, die Schweigepflicht von Ärzten und Therapeuten aufzubrechen. Es geht um die Legalisierung von Datensammeln und

trauensschutz zusteht“, sagte er, „solange sie jedoch per Gesetz nicht von Online-Durch- und Wohnraumuntersuchungen ausgenommen sind, müssen wir dies als Angriff auf die ärztliche Schweigepflicht verstehen.“

„Diese Eingriffsmöglichkeiten des Staates weichen das Berufsgeheimnis von Ärzten und Psychotherapeuten auf und führen zu einem dramatischen Vertrauensverlust bei den Patienten in dem geschützten Raum im Rahmen der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis“, ergänzte Dr. Michael Frank, Präsident der Landes Zahnärztekammer.

Der Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Jürgen Hardt, ließ bei seiner Moderation der Diskussion keinen Zweifel an der Entschlossenheit

der hessischen Heilberufe, auf eine gesetzliche Wiederherstellung des Vertrauensschutzes zu dringen. „Psychotherapie braucht absolute Vertraulichkeit, weil der innere Dialog des Menschen vernehmbar wird, wenn Patienten rückhaltlos über sich reden. Aber die freien Heilberufe sind nicht nur dem Patienten, sondern auch dem Gemeinwohl verpflichtet.“

Die Präsidentin der hessischen Apothekerkammer, Erika Fink, machte unmissverständlich deutlich: „Das HSOG muss korrigiert werden! Die ärztliche und psychotherapeutische Schweigepflicht ist ein wichtiges und hohes Gut, das es zu schüt-

zen gilt. Erst recht nach dem jüngsten Urteil des Bundesverfassungsgerichts, wonach die Vorratsdatenspeicherung verfassungswidrig ist, muss auch das HSOG neu überdacht werden.“

Konträre Positionen

Mit den beiden Hauptrednern, dem früheren Bundesinnenminister Gerhart Baum (FDP) und dem hessischen Minister des Innern und für Sport, Volker Bouffier (CDU), stiegen zwei Verfechter konträrer Positionen in den „Ring“. Während sich der ehemalige Bundesinnenminister vehement dafür einsetzt, den Zugriff des Staates auf seine Bürger sowie exponierte Berufsgruppen weitestmöglich zu beschränken, rechtfertigt Hessens amtierender Innenminister Bouffier den Eingriff des Staates auch in den bisher geschützten Raum der therapeutischen Beziehung als zur Gefahrenabwehr unumgänglich. Die Freiheit des Einzelnen fände dort seine Begrenzung, wo die Freiheit des Nächsten eingeschränkt würde.

Nach der Veranstaltung musste sich der aufmerksame Zuhörer eingestehen, dass das Verständnis von Freiheit durchaus in der subjektiven Betrachtung des Einzelnen liegen mag. So endete das Wortgefecht der beiden Politikveteranen ohne Sieger und Besiegten. Der Hessische Heilberufetag, dessen dritte Veranstaltung innerhalb von zwei Jahren erneut erfolgreich zu Ende ging, entließ seine Besucher nachdenklich und angeregt zugleich.

Annette C. Borngräber
Landeszahnärztekammer Hessen
Rhonestr. 4
60528 Frankfurt



Dr. Michael Frank, Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen, kam als Vertreter der Zahnärzteschaft zum Heilberufetag.



Foto: Pompetzki/KZVH

Die beiden Hauptredner, der hessische Minister des Innern und für Sport, Volker Bouffier (CDU), und der frühere Bundesinnenminister Gerhart Baum (FDP) sowie Moderator Jürgen Hardt, Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (v.l.n.r.)

Datenverwerten, von Abhören und Verwanzen, von Ausspionieren des Internets und des Wohnraums, auch schon bei einem Anfangsverdacht. Die ärztliche und therapeutische Praxis scheint kein geschützter Raum mehr für Arzt, Therapeut und Patient.

Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer, unterstrich die elementare Bedeutung des Vertrauens zwischen Patient und Therapeut. „Dass der Patient sich seinem Arzt rückhaltlos anvertrauen kann, ist Grundlage jeder erfolgreichen Behandlung. Ärztinnen und Ärzte gehören daher per se zu den Berufsgruppen, denen ein besonderer Ver-

Foto: LZKH

Jahresempfang der Kammern des Landes Brandenburg

Wünsche an die Politik

Erstmals gab es im Land Brandenburg einen gemeinsamen Jahresempfang der Wirtschafts-, Freiberufs- und Heilberufekammern. Das Motto der Veranstaltung – „Horizonte 2010“ – spiegelte die Zuversicht im Hinblick auf die kommenden Monate wieder. Im Potsdamer Hotel Dorint Sanssouci hatten die annähernd 500 geladenen Gäste aus Wirtschaft, Politik, Kultur, Sport und dem öffentlichen Leben Brandenburgs und Berlins Gelegenheit, neue Kontakte zu knüpfen und bestehende zu pflegen.

Für die Heilberufekammern nutzte der Präsident der LZKB, Dipl.-Stom. Jürgen Herbert, den Anlass, Wünsche an die Politik zu äußern. Der Wunsch nach einem grundsätzlichen Neuanfang im medizinischen Bereich stand dabei an erster Stelle. „Alle wollen gesund sein und dafür möglichst wenig bezahlen“, so Herbert. Dieses Begehren habe die Politik aufgegriffen und mit Gesetzen en masse reagiert. „Deshalb ist der medizinische Bereich heute zum Teil irrwitzig überreguliert. Es gibt in Deutschland sicher niemanden mehr, der unser Sozialgesetzbuch noch komplett überblickt.“ Wahrscheinlich entspringe daher auch das Misstrauen zwischen Ärzten, Krankenkassen und Politik. Einen Schlüssel zur Lösung sieht er in einem Bürokratieabbau, „in dem nicht nur immer wieder die gesuchten Wirtschaftlichkeitsreserven stecken. Der Bürokratieabbau hilft uns darüber hinaus bei der Beseitigung des strukturellen Ärztemangels im Land und sichert eine flächendeckende medizinische Versorgung. Mehr Vertrauen und weniger Bürokratie – das sind meine Hoffnungen nicht nur für 2010!“

Der Jugend eine Zukunft aufzeigen

In den weiteren Reden spielten insbesondere die Stärkung der regionalen Wirtschaft sowie der Freien Berufe eine Rolle. Ein vorsichtiger Optimismus machte sich breit, was die Wirtschaftslage betrifft. Es habe sich bewährt, dass in Brandenburg die



Fotos: Zadow/LZKB

Rund 500 Gäste kamen zum Jahresempfang der Wirtschafts-, Freiberufs- und Heilberufskammern nach Potsdam.

Unternehmen Bodenständigkeit beweisen. Stehen Wirtschaft und das gesamte gesellschaftliche Leben auf soliden Füßen, könne auch der Jugend eine Zukunft im eigenen Land aufgezeigt werden. An die Landesregierung erging der Appell, die duale berufliche Ausbildung weiter zu stärken. Einer qualifizierten Schulbildung – im Land Brandenburg werden 2010 erstmals seit der Wende wieder Lehrer und Erzieher eingestellt – können eine kompetente betriebliche Ausbildung oder ein Studium im

oder vielmehr ihre Mitglieder wesentlich dazu beigetragen haben, dass Brandenburg auf einen stabilen Arbeitsmarkt verweisen und sogar einen Zuwachs an Beschäftigung verzeichnen könne. Auf diese Stärken sollten sich alle Beteiligten besinnen und diese weiter ausbauen. In diesem Sinne warb abschließend der SPD-Fraktionsvorsitzende Frank-Walter Steinmeier für seine Wirtschaftstour durch das Land. Er bat um engagierte Mitarbeit und ehrliche Kritik, um tragfähige Konzepte für ganz Deutschland entwickeln zu können, „denn die Menschen sollen auch in Zukunft von ihrer Arbeit leben können“. Die SPD setze dabei auf nachhaltiges Wachstum aus ökologisch innovativer Produktion, so Dr. Steinmeier.



SPD-Fraktionsvorsitzender Frank-Walter Steinmeier, Ministerpräsident Matthias Platzeck, der Präsident der Freien Berufe, Thomas Schmidt, sowie LZKB-Präsident Jürgen Herbert (v.l.n.r.)

Jana Zadow
Landes Zahnärztekammer
Brandenburg
Parzellenstr. 94
03046 Cottbus

56. Zahnärztetag Westfalen-Lippe

So voll war es noch nie

Mit über 3 600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern prägte der Zahnärztetag der Kammer Westfalen-Lippe ganz und gar das Stadtbild von Gütersloh. Pünktlich hatte die Stadtverwaltung die gesamte Innenstadt frühlinghaft geschmückt und so bot sich ein einladender Anblick für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Teams, die zu Seminaren und Vorträgen in die Stadthalle strömten.

Die neuesten Konzepte zur Erhaltung von Zähnen und der damit verbundene Gewinn an Lebensqualität – das war das Generalthema, das Tagungspräsident Prof. Dr. Bernd Klaiber, Würzburg (o. r.), mit hochkarätigen Referenten besetzt hatte, die die Teilnehmer mit ihren spannenden Vorträgen zwei Tage lang in den Bann zogen. So wie Dr. Gabriel Krastl, Basel, neueste Methoden zur Zahnerhaltung bei verunfallten Zähnen zeigen konnte, versetzte Prof. Andreas Filippi, Basel, seine Zuhörer ins Staunen, indem er demonstrierte, wie er aus einem Achter einen Sechser macht und wie er die Lücke einer Nichtanlage des Zweiers mit einem Milchzahn schließt. Diese Methode der Zahntransplantation erfährt derzeit eine Renaissance und hat im Gegensatz zum Implantat den Vorteil, dass das Implantat zur Einheilung Knochen benötigt, das Autotransplantat nicht, weil es sich den Knochen „drumherum“ selbst „baut“, wie Filippi erklärte. Er legte Wert darauf, dass die Entscheidung zur Transplantation immer



Mit über 3 600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern brach diese Jahrestagung der ZÄK Westfalen-Lippe alle Rekorde aus den Vorjahren.

eine Entscheidung des gesamten Teams bedeutet. Mit der Demonstration einer Kryotransplantation machte er Geschmack auf die Zahnmedizin von morgen. Die Wichtigkeit des Tagungsthemas unterstrich auch Dr. Klaus Bartling (o. l.), Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe: „Die Zahnerhaltung fordert uns

heute mehr denn je in der Behandlung. Die Therapiekonzepte berücksichtigen die individuellen Wünsche unserer Patienten nach einem gesunden Gebiss mit eigenen Zähnen. Und auch die Gestaltungsmöglichkeiten in der Kostenerstattung nehmen zu. Untersuchungen belegen, dass die Bevölkerung der zahnärztlichen Prävention als Grundprinzip der Zahnerhaltung den höchsten Stellenwert einräumt. Durch erfolgreiche Fortbildung verbessern wir Zahnmediziner nicht nur die orale, sondern darüber hinaus die allgemeingesundheitliche Situation der Patienten.“ Friedrich Nowotny (o. m.), früherer Vorsitzender der ARD, erinnerte in seiner Festrede daran, dass angesichts zunehmender Wahlmüdigkeit und unüberschaubarer politischer Machtkämpfe die Staatsgewalt noch immer vom Volk ausgehe und ermutigte: „Wir sind das Volk!“ Er warnte allzu experimentierfreudige Politiker auch mit Blick auf die Europäische Union nachdrücklich davor, den Sozialstaat in seinem verfassungsbedingten Grundrechtskern verändern zu wollen. sp

Fotos: Stefan Möllers



53 000 Euro-Scheck für Frauenhaus auf Haiti

Im Rahmen des Zahnärztetages haben die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZVWL) und die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe einen Scheck in Höhe von 53 500 Euro für ein Hilfsprojekt in Haiti übergeben. Die Spende nahm

die Borkener Zahnärztin Astrid Schneider entgegen, die jetzt in die Hauptstadt von Haiti, Port-au-Prince, reisen wird. Dort unterstützt sie schon seit Jahren ein Frauenhaus. Aufgrund des schweren Erdbebens im Januar 2010 sind inzwischen mehr als 400 Mütter mit ihren Kindern in der Einrichtung untergebracht. Nun kann die Zeltstadt einer besseren Unterkunft weichen und für ausreichend Wasser, Nahrung und Kleider gesorgt werden. Schneider übernahm den Scheck mit ihrem Adoptivsohn Rudi aus Tahiti (v.l.n.r.: Dr. Burkhard Branding, Rudy und Astrid Schneider, Dr. Klaus Bartling). ■





Foto: Roland Magunia - ddp

Älterwerden als Kompetenzphase – dafür stehen prominente Lebensläufe. Reich an Jahren und Erfahrung und noch fest im gesellschaftspolitischen Leben verwurzelt: Altbundeskanzler Helmut Schmidt (91).



Foto: picture alliance

Fachliche Kompetenz und ganz viel Ausstrahlung: die österreichische Schauspielerinnen und Filmproduzentinnen Senta Berger (68)

Für immer jung

Otmar Müller

Die Anti-Aging-Medizin ist eine der jüngeren Disziplinen. Immer mehr Menschen wünschen sich medizinische Unterstützung im Kampf gegen Falten und nachlassende Leistungsfähigkeit. Die Medizin hat reagiert und bedient diese Wünsche. Der Übergang von seriöser Medizin zu unhaltbaren Versprechungen ist allerdings fließend – je nach dem, was genau unter „Anti-Aging“ verstanden wird. Die Fragen, was gesundes und vitales Altern ausmacht und wie man das Älterwerden auch als Lebenschance begreifen kann, berühren dabei auch ethische Aspekte und das Selbstverständnis des Arztes.

Es ist gerade mal gut hundert Jahre her, da lag die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland bei knapp über 40 Jahren. Nicht behandelbare Infektionskrankheiten und eine hohe Säuglingssterblichkeit sorgten für ein entsprechend kurzes Leben. Mit dem Fortschritt der Medizin hat sich diese Situation dramatisch gewandelt – heute Geborene leben im Schnitt bereits rund doppelt so lang. Viele Menschen erreichen das Rentenalter bei guter Gesundheit und genießen den letzten Lebensabschnitt – sie sind aktiv, treiben Sport, reisen und engagieren sich für Gesellschaft oder Familie.

Doch die längere Lebenserwartung hat auch ihre Schattenseiten. Chronisch degenerative Alters- und Zivilisationskrankheiten machen das letzte Lebensdrittel für viele Menschen beschwerlich. Herz-Kreislauf-Leiden, Rheuma oder Diabetes sind die typischen Krankheiten des Alters und stören das Bild von den „fitten Alten“.

Die Lösung des Problems liegt nahe: Anti-Aging-Medizin. „Dem Alter ein Schnippen schlagen und möglichst lange aktiv und lebensfroh bleiben – der verständliche Wunsch vieler Menschen nach einem Jungbrunnen hat zu einem wahren Anti-Aging-Boom in Deutschland geführt“, heißt es in

einer Pressemitteilung der Bundesärztekammer zum 34. Interdisziplinären Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“. Ihre Befürworter halten diesen Teilbereich der Medizin für eine der wichtigsten Innovationen im Medizinbetrieb der letzten Jahre. Kritiker sehen in der Anti-Aging-Medizin eine dem Zeitgeist folgende Lifestyle-Medizin, die das Alter zur Krankheit erklärt.

Kein homogenes Fachgebiet

Der Begriff der Anti-Aging-Medizin wird gegenwärtig von Vertretern verschiedener Fachrichtungen und von ganz unterschiedlichen Sparten des Gesundheitsmarktes belegt, ohne dass er ein homogenes Fachgebiet darstellt. Unter diesem Sammelbegriff werden nicht nur verschiedene medizinische Disziplinen wie Endokrinologie, plastische Chirurgie oder Sportmedizin subsumiert, sondern auch eine kaum noch überschaubare Anzahl von Therapien und Produkten, die eigentlich den Bereichen Wellness, Kosmetik oder Paramedizin zuzuordnen wären.

Dementsprechend vielfältig sind auch die Definitionen von Anti-Aging. Im Einführungskapitel des „Kursbuch Anti-Aging“, das im renommierten Thieme-Verlag er-



Foto: picture alliance

In Sachen Literatur macht ihm keiner was vor: Deutschlands „Literaturpapst“ Marcel Reich-Ranicki (89).



Foto: picture alliance

Auch neben jüngeren Kolleginnen wie Beyoncé immer noch ein Hingucker: die „Queen of Rock'n Roll“ Tina Turner (70)

schiene ist, postuliert der Mitherausgeber Günther Jacobi, ein hohes Alter sei nur in Leistungsfähigkeit erstrebenswert. Anti-Aging-Medizin sei demnach das „Bestreben, beim Älterwerden funktionstüchtig zu bleiben“. In einer Publikation des Journal of Gerontology wird Anti-Aging-Medizin hingegen definiert als „jede Intervention, die eine Entwicklung von altersabhängigen Erkrankungen sowie andere altersbedingte Veränderungen herauszögert, welche nicht offiziell als Krankheiten betrachtet werden“. Die „American Academy of Anti-Aging Medicine“ wiederum verspricht sehr explizit,

mit ihren Methoden Alterserscheinungen rückgängig zu machen – und etwa die geistige Leistungsfähigkeit heraufzusetzen, Falten zu beseitigen und die Potenz zu steigern.

Medizin gegen das Altern

Die unterschiedlichen Ausprägungen der Anti-Aging-Medizin reichen von fast schon absurden Versprechungen eines unbegrenzten, beschwerdefreien und omnipotenten Lebens bis hin zu einer reduzierten Selbstdefinition als reine Präventivmedizin mit dem Ziel, den Körper fit und gesund zu

erhalten – und so das biologische Alter „herabzusetzen“.

Gibt man den Begriff „Anti-Aging“ bei Google ein, erhält man rund 22 Millionen Treffer. Ein milliardenschwerer Markt. In einer Gesellschaft, in der Jugend und Leistungsfähigkeit einen immer höheren Stellenwert erhalten, lassen sich mit Angeboten gegen das Altern gute Geschäfte machen. Gerade im Internet wird die Angst der Menschen mit fragwürdigen Therapieangeboten bedient, werden nutzlose Pillen oder fragwürdige Behandlungen angeboten.

Dr. Bernd Kleine-Gunk, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging-Medizin, will sich von solchen Angeboten abgrenzen und nennt die Ziele einer seriösen Anti-Aging-Medizin (AAM): „Die Anti-Aging-Medizin ist eine anspruchsvolle medizinische Disziplin und erfordert fachübergreifende Kenntnisse. Im Kern geht es uns darum, mithilfe präventiver Maßnahmen ein möglichst gesundes und vitales Altern zu ermöglichen. Hauptrisikofaktoren für die großen Volks- und Zivilisationskrankheiten wie Arteriosklerose, Osteoporose, Diabetes, Demenz und Krebs – soviel ist heute bekannt – sind in erster Linie die Alterungsprozesse. Die genannten Erkrankungen sind zwar altersassoziiert, aber nicht schicksalhaft. Sie lassen sich über Faktoren



Fotos: MEY



Im Alter „funktionstüchtig“ zu bleiben – dabei helfen geistige wie auch körperliche Fitness. Mobil und gelassen älter zu werden, ist eine Frage des Lebensstils.

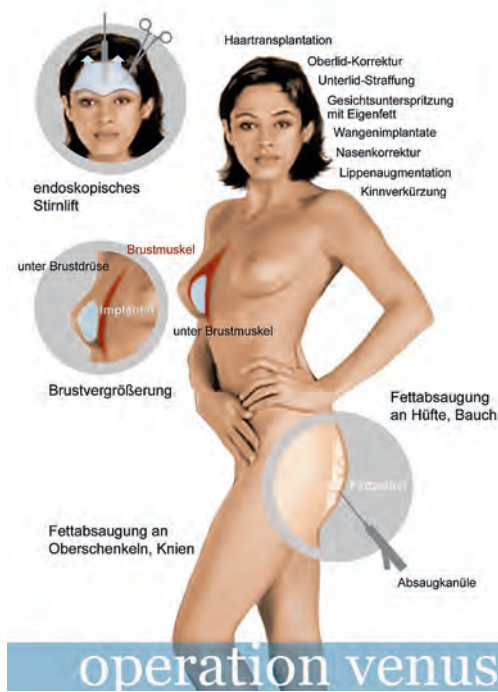


Foto: mediXtra infografikdienst

operation venus

Auf dem Weg zur Selbstverwirklichung? Für manche Menschen geht das nicht ohne die Mittel und Wege der plastischen Chirurgie.

wie Ernährung, körperliche Betätigung, Lebensstil und auch über die Gabe von Nahrungsergänzungsmitteln, Hormonen oder Pharmaka beeinflussen. Genau dies ist der Ansatz der Anti-Aging Medizin in ihrer seriösen Form.“ Es sei die Aufgabe der AAM, so Kleine-Gunk, die Biologie des Alterns weiter zu erforschen und auf diesen Erkenntnissen aufbauend mit gezielten Strategien gegen die Degeneration im Alter vorzugehen.

Beim Lebensstil ansetzen

Für Kleine-Gunk fängt Anti-Aging demzufolge nicht im Arztzimmer, sondern bereits beim Lebensstil des Patienten an. Wer glaubt, er müsse weiter rauchen, brauche seine Ernährung nicht umstellen und könne auch künftig auf Sport verzichten, dem könne auch ein Anti-Aging-Mediziner nicht helfen. Kleine-Gunk sieht hier zunächst eine Bringschuld des Patienten: „Basis für ein gesundes Altern ist der vernünftige Lebensstil – und dazu gehört für mich neben einer ausgewogenen Ernährung auch der Verzicht auf Nikotin- oder Alkoholabusus. Wenn ich das meinen Patienten sage, muss der ein oder andere schon erst mal schlucken.“



Foto: Claude Cortier - OKAPIA

Botoxspritzen sollen der Haut ein jugendliches und frisches Aussehen zurückgeben.

Wenn aber diese Grundsatzfrage geklärt und eine entsprechende Bereitschaft vorhanden sei, könne die AAM mit verschiedenen Therapien beginnen, beispielsweise mit Nahrungsergänzungsmitteln. Gegen Arteriosklerose habe sich etwa die regelmäßige Einnahme von Omega3-Fettsäuren als wirksam erwiesen, erklärt Kleine-Gunk. Eine hochdosierte Vitamin-E-Therapie habe hingegen in zwei Studien positive Ergebnisse für die kognitive Leistung und Alzheimerprävention gezeigt. Ein weiterer Ansatz zur Prävention altersbedingter Erkrankungen ist die Pharmakotherapie, bei der beispielsweise mit Statinen der Fettstoffwechsel verbessert werden soll.

Hormone als Jungbrunnen

Eines der umstrittenen Angebote der seriösen Anti-Aging-Medizin ist die Hormonersatztherapie. Dass im Alter die Konzentration verschiedener Hormone deutlich sinkt, ist seit Langem bekannt. Neben den weiblichen und männlichen Geschlechtshormonen sind dies auch das Nebennierenrindenhormon DHEA, das Zirbeldrüsenhormon Melatonin und das Hypophysenvorderlappenhormon Somatotropin (Human Growth Hormone – HGH). Die Anti-Aging-Medizin

behauptet nun, dass der Hormonspiegel nicht etwa sinkt, weil der Mensch altert, sondern umgekehrt – der Mensch altert also angeblich, weil der Hormonpegel sinkt. Die Hormonersatztherapie soll somit das Absinken des Hormonspiegels verhindern und den Alterungsprozess aufhalten.

Die Anhänger dieser sogenannten neuroendokrinen Theorie berufen sich auf die langen positiven Erfahrungen der Hormonersatztherapie in den Wechseljahren von Frauen. Die gezielte Östrogen- und Gestagensubstitution lindert bekanntlich nicht nur die klimakterischen Beschwerden, sondern hat unter anderem auch positive Effekte auf den Knochenstoffwechsel. Daher galt die Hormonersatztherapie lange Zeit auch als geeignetes Mittel zur Osteoporoseprophylaxe. Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Hormonersatztherapie sind kaum beachtet worden.

Dies wird von einer Vielzahl an Wissenschaftlern mittlerweile deutlich anders beurteilt. Neuere Studien, insbesondere die amerikanische WHI-Studie (Women's Health Initiative), haben ergeben, dass bei vielen Studienteilnehmerinnen das Risiko für Brustkrebs, Herzinfarkt oder Thrombosen durch die Östrogengabe deutlich erhöht war. Allerdings seien die Ergebnisse, je nach Art der Auswertung, widersprüchlich gewesen, meint Kleine-Gunk. „Die ambivalente Studienlage zwingt uns zu einer differenzierteren Betrachtung der Hormonersatztherapie. Der individuelle Fall muss abgewogen werden. Wenn therapiert werden muss, sollte

zm-Info

Interview mit Dr. Bernd Kleine-Gunk, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging-Medizin

■ **In Würde altern – heißt das nicht auch, die nachlassende Leistungsfähigkeit zu akzeptieren? Wofür braucht man eine Medizin gegen das Altern?**

Anti-Aging ist vielleicht ein etwas unglücklicher Begriff. Es geht natürlich genauso wenig darum, gegen das Altern zu sein, wie Antibiotika gegen das Leben sind. Im Gegenteil: Anti-Aging-Medizin (AAM) ist eine Medizin, die ein gesundes, vitales Altern in Würde überhaupt erst möglich machen soll. Und in Würde zu altern heißt für mich eben auch, ohne die typischen altersbedingten Krankheiten wie beispielsweise Osteoporose oder Arteriosklerose zu leben, die oft auch verbunden sind mit Schmerz, Invalidität und vorzeitigem Tod. Warum sollte ein Mensch darauf verzichten wollen?

■ **Kritiker werfen der AAM vor, sie pathologisiere einen ganzen Lebensabschnitt und fördere den Zeitgeist, dass nur die Jugend wertvoll sei.**

Insbesondere die amerikanische Anti-Aging-Bewegung hat mit ihrem teilweise reißerischen Marketing ewig wärender Potenz und Leistungsfähigkeit den Boden der wissenschaftlichen Medizin verlassen. Wir grenzen uns als Deutsche Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging-Medizin von solchen Auswüchsen, die eben auch unter „Anti-Aging“ firmieren, ganz eindeutig ab. Weder propagieren wir „forever

young“, noch wollen wir das Altern pathologisieren oder gar diskriminieren. Im Gegenteil: Wir beschäftigen uns auf positive Weise mit der Zukunft des Alterns. Denn die Menschen bleiben immer länger geistig fit und leistungsfähig, haben Lebenserfahrung und stehen mit 65 oder 70 noch voll im Saft. Das ist ein Riesenzugewinn, das die Gesellschaft nutzen sollte. Heute wird noch diskutiert, ob die Verlängerung



Foto: Privat

der Arbeitszeit von 65 auf 67 Jahre zumutbar ist – möglicherweise ändert sich das in den nächsten Jahrzehnten und die Menschen wollen dann ganz freiwillig ihr Können und ihre Erfahrung länger weitergeben.

■ **Wo sehen Sie die Grenzen? Wie lang kann ein Mensch mithilfe der AAM beschwerdefrei und leistungsfähig leben?**

Übertriebene Versprechungen führen zu vorhersehbaren Enttäuschungen. Das hat auch die Anti-Aging-Medizin erfahren müssen. Auf der Grundlage des heutigen medizinischen Wissens liegt die genetisch bedingte Altersgrenze bei rund 120 Jahren. Ich denke, dass es innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte Normalität wird, bis zu 80 Jahre und möglicherweise auch darüber hinaus gesund und beschwerdefrei alt zu werden.

Die Fragen stellte Otmar Müller

im Niedrigdosisbereich gearbeitet werden.“ Kleine-Gunk nimmt die Bedenken gegen die Hormonersatztherapie ernst und verdeutlicht, dass die Postmenopause keinesfalls eine „Hormonmangelkrankung“ sei, die eine zwangsläufige Hormongabe erfordere. Die Hormonersatztherapie sei vielmehr eine pharmakologische Intervention, bei der das Nutzen-Risiko-Verhältnis sehr genau abge-

wogen werden müsse. Gleiches gelte für die Androgensubstitution des Mannes oder die Gabe von Wachstumshormonen.

Mit Botox gegen das äußere Alter

Wo Arzneimittel und Hormone versagen und man das Altern des Körpers nicht ver-

bergen will, bekommt die plastische Chirurgie ihre Chance. Botoxspritzen und plastische Chirurgie sollen der Haut ein jugendliches frisches Aussehen zurückgeben und das tatsächliche Alter eines Menschen verschleiern. Auch diese Therapieformen gehören zur Anti-Aging-Medizin. Wo eine Nachfrage vorhanden ist, reagiert die Medizin und bietet ein entsprechendes Angebot – so funktioniert nun mal der Markt.

Doch spätestens hier sehen Kritiker Anti-Aging in einem Grenzbereich der Medizin. Im Rahmen des Symposiums „Medizin als Mittel gegen das Altsein?“ beanstandete etwa der Freiburger Medizin-Ethiker Prof. Giovanni Maio vom „Institut für Ethik und Geschichte der Medizin“ eine allzu unkritische Sichtweise der AAM. Tatsächlich betreibe diese eine Pathologisierung des Alters, da eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit bereits als fehlende Gesundheit, und daher als zu behandelnde Krankheit betrachtet werde. „Die sogenannte Anti-Aging-Medizin ist ein prägnantes Beispiel für den grundlegenden Wandel der modernen Medizin. Statt Krankheiten zu verhindern und zu behandeln, stehen Ärzte immer öfter im Dienst der Selbstverwirklichung eigentlich gesunder Menschen. Als neue medizinische Leitideen gelten der souveräne und autonome Patient sowie eine kundenorientierte Dienstleistung des Arztes.“ Gerade der Boom der AAM werfe

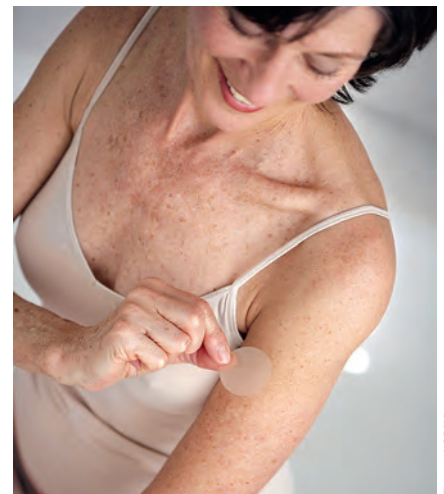


Foto: ATPX

Die Hormonersatztherapie für Frauen in den Wechseljahren ist nicht unumstritten.



Nahrungsergänzungsmittel wie etwa Omega-3-Fettsäuren haben sich zur Vorbeugung von Arteriosklerose als wirksam erwiesen.



Viagra – der „kleine Helfer“ für den Mann

die grundsätzliche Frage auf, was der eigentliche Auftrag der Medizin sei und ob alleine der Wunsch eines Patienten die Grundlage eines guten und richtigen Handelns in der Medizin sein könne.

Altern wird zur Krankheit

Indem Anti-Aging-Maßnahmen von Ärzten angeboten und durchgeführt werden, wird ein bislang als natürlich empfundener Alterungsprozess zum krankhaften Zustand er-

klärt, sagt Maio, der auch im Ausschuss der Bundesärztekammer für ethische Grundsatfragen sitzt. Nicht zuletzt mache sich die Medizin so zum Komplizen eines Zeitgeistes, der Jugendlichkeit und Leistungsfähigkeit auf ein Podest erhebe und eine negative Sicht auf das Alter immer weiter verstärke.

Mit der Anpreisung von Anti-Aging-Mitteln suggeriere die Medizin den Menschen, dass sie auch im Altsein noch so sein können – und sollen – wie Menschen im mittleren

Lebensabschnitt. Denn genau dies geschehe, so Maio, im Zuge der Anti-Aging-Medizin: Die Merkmale, die für den mittleren Lebensabschnitt spezifisch sind, werden im Zuge der Anti-Aging-Medizin auch auf die nächste Lebensphase übertragen. Was für den mittleren Lebensabschnitt „gut“ ist, muss in dieser Logik auch für das Lebensalter des Älteren gut sein.

Maio sieht in der Entwicklung eines solchen Leitbildes vom leistungsfähigem Alten eine große Gefahr. Die AAM werde einen hohen Konformitätsdruck auf all jene ausüben, an denen das Alter eben nicht spurlos vorübergeht, die im Alter schneller müde werden, deren Gedächtnisleistung langsam nachlässt.

Hirndoping für die Leistungsfähigkeit

Immer stärker wird das Leitbild unserer Gesellschaft von Leistungsoptimierung und maximaler Effizienz geprägt. Und das beginnt nicht erst im Alter. Englisch als Fremdsprache im Kindergarten, eine möglichst schnelle und somit verkürzte Schulzeit oder ein Blitzstudium sind die nach außen sichtbaren Zeichen eines gesellschaftlichen Wandels. Das Anforderungsprofil an Studenten und Berufstätige wird immer höher. Wer bei diesem hohen Leistungspensum nicht „multitaskingfähig“ ist und die verschie-



Bereits in jungen Jahren wird das Leitbild in der Gesellschaft schon von Leistung und Effizienz geprägt.

Foto: MEV

zm-Info

Interview mit Prof. Dr. Giovanni Maio, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Freiburg

■ Die Menschen wollen auch im Alter eine hohe Lebensqualität. Was haben Sie gegen die Angebote der Anti-Aging-Medizin?

Eine hohe Lebensqualität ist ein berechtigter Wunsch, gegen den überhaupt nichts spricht. Auch nicht dagegen, dass die Medizin den Menschen hilft, damit sie im Alter gut leben können. Das Problem fängt erst dann an, wenn die Anti-Aging-Medizin sagt: Wir haben etwas gegen das Altern gefunden. Gegen das Alt-Aussehen oder das Alt-Fühlen. Wenn sie sagt, dass mithilfe ihrer Produkte ewige Jugend, Leistungsfähigkeit oder Potenz möglich sind. Denn dann wird das Alter letztlich durch die Anti-Aging-Medizin medikalisiert und auch diskriminiert.

■ Aber die Nachfrage auf der Patientenseite ist doch vorhanden. Das ist doch nicht die Schuld der Medizin, oder?

Indem die Medizin Mittel anpreist, durch die Ältere wieder jugendlicher aussehen oder leistungsfähiger werden, macht sie sich zur Komplizin einer Gesellschaft, die im Altsein nur noch eine Schwundstufe des Menschen sieht. Die Anti-Aging-Medizin sorgt also mit dafür, dass das Altsein nur dann akzeptiert wird, wenn der Mensch trotzdem jung aussieht und leistungsfähig ist. Davon abgesehen geht es auch um eine ganz fundamen-

tale Frage: Welchen Weg will die Medizin gehen? Wenn Ärzte anfangen, ihre Patienten immer mehr wie Kunden zu behandeln und deren „Nachfrage“ zu bedienen, dann wird aus dem Arztberuf ein Dienstleistungsgewerbe. Anti-Aging-Mediziner argumentieren gerne, dass sie die Wünsche ihrer Patienten inhaltlich nicht bewerten oder gar prüfen wollen. Die sehen eine Nachfrage und bedienen sie mit einem entsprechenden Angebot. Damit wird

meiner Meinung nach das Arzt-Patienten-Verhältnis völlig auf den Kopf gestellt. Der klassische Leitbegriff der ärztlichen Hilfe wird absolut entwertet und wandelt sich zu einer profanen Dienstleistung.

■ Sie plädieren also für eine grundsätzlich andere Betrachtungsweise des Alters?

Richtig! Im Gegensatz zum Defizitmodell ließe sich das Altsein auch als Kompetenzphase betrachten, als eine Lebensphase, in der zwar bestimmte Fähigkeiten, etwa das Gedächtnis, nachlassen, in der aber gleichzeitig neue Kompetenzen entstehen. Dem Defizitmodell ließe sich somit ein Erfüllungsmodell entgegensetzen, ein Modell, das das Leben als ein zunehmendes Vollwerden betrachtet.

Die Fragen stellte Otmar Müller



Foto: Privat

densten Anforderungen von Studium, Familie, Beruf oder Freizeit nicht erfüllt, greift notfalls auch auf medizinische Hilfe zurück. Hirndoping, auch Neuro-Enhancement genannt, ist die pharmakologische Nachhilfe für den eigentlich völlig gesunden Körper. Ritalin gehört – neben verschiedenen Aufputschmitteln wie etwa Ephedrin – zu den beliebtesten Medikamenten: Es ist relativ leicht zu bekommen und erhöht die Konzentration und Leistungsfähigkeit eines Erwachsenen um ein Vielfaches. Der Nachteil:

Es hat ein hohes Suchtpotenzial. Bereits nach einer kurzen Zeit lässt sich der „positive“ Effekt nur noch mit immer höheren Dosen aufrechterhalten – bis der Körper zusammenbricht.

Ein Blick in die USA zeigt, dass dort Neuro-Enhancement bereits weit verbreitet ist – unter Studenten, Wissenschaftlern oder Börsenmaklern. Und nicht nur dort: Als das renommierte Wissenschaftsmagazin „Nature“ vor zwei Jahren 1 400 Menschen aus 60 Ländern befragte, gab jeder Fünfte

an, Medikamente zu nehmen, die die Aufmerksamkeit, die Konzentration oder das Gedächtnis verbessern.

Anti-Aging für den Kopf

Laut einer anonymen Umfrage der Deutschen Angestellten Krankenkasse haben hochgerechnet zwei Millionen Deutsche schon mindestens einmal versucht, ihren Kopf chemisch aufzurüsten. Etwa 800 000 tun dies sogar regelmäßig. Eine Gruppe von Wissenschaftlern hat sich, gefördert von der Bundesregierung, drei Jahre lang dem Phänomen Neuro-Enhancement in Deutschland gewidmet – mit erschreckenden Einsichten. Einer von ihnen ist Dr. Mathias Berger, Ärztlicher Direktor der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Uniklinikums Freiburg. Er befürchtet, dass „Gehirndoping“ massenhafte Auswüchse annehmen könnte. Das Internet verringere die Hürden, an leistungssteigernde Medikamente zu gelangen, sagt Berger. Und diese Entwicklung mache auch vor älteren Menschen nicht halt. Der Wunsch, im Alter „optimal leistungsfähig zu sein“, lasse auch sie zu solchen Mitteln greifen. Die Konsequenz dieser Anti-Aging-Medizin für den Kopf: Der Druck auf andere ältere Menschen, ihr Gehirn aufzupeppen, werde künftig „sicher extrem steigen“, prophezeit Berger, sobald deren geistige Frische nachlasse.

Wertewandel

Die Medizin – und nicht nur die Anti-Aging-Medizin – muss sich nun fragen, wie sie mit einem solchen gesellschaftlichen Wandel umgehen will. Der Medizin-Ethiker Maio sieht einen fundamentalen Wandel der Werte in der Medizin und fordert deshalb eine kritische Diskussion innerhalb der Profession. Letztendlich aber muss sich auch jeder Arzt selber fragen, ob und inwieweit er an einer Gesellschaft mitarbeiten möchte, die für immer jung sein will.

Otmar Müller
Gesundheitspolitischer Fachjournalist
mail@otmar-mueller.de

Der besondere Fall

Lingualtechnik zur Therapie bimaxillärer Engstände bei Erwachsenen

Britta A. Jung, Philipp Schulz, Heiner Wehrbein

Ein 46-jähriger Patient stellte sich im Rahmen einer Erstuntersuchung mit dem Wunsch nach ästhetischer Korrektur seiner Zahnfehlstellung und Verbesserung der intraoralen Hygienefähigkeit vor.

Die klinische Untersuchung ergab intraoral ein konservierend und prothetisch versorgtes Gebiss. Der kieferorthopädische Befund zeigte im frontalen Ober- und Unterkiefer ausgeprägte Engstände mit starken Abrasionen der Inzisalkanten (Abbildung 1a). Insbesondere imponierte die extreme Lückeneinengung für die Zähne 11, 21 und 31. Zahn 16 war zu diesem Zeitpunkt nur provisorisch versorgt. Es lag eine neutrale Verzahnung im Eckzahn- und Molarenbereich vor. Röntgenologisch war eine geringgradige parodontale Destruktion mit generalisiert

horizontalem Knochenabbau im Bereich des Oberkiefers sichtbar (Abbildung 1b). Die Auswertung des Fernröntgenseitenbildes zeigte eine neutrale Bisslage.

Behandlungssystematik

Der Patient wünschte eine möglichst wenig sichtbare Behandlung, da er beruflich im Kundendienst tätig war. Das Behandlungskonzept sah im Einzelnen folgende Behandlungsmaßnahmen vor:

- Präorthodontische Parodontaltherapie zur Behandlung der marginalen Entzündung
- Orthodontische Behandlung mit Lingualapparat (Incognito T. O. P. Service, Bad Essen, Deutschland; Abbildung 2 a bis c) und folgenden Behandlungszielen:
 - Transversale Zahnbogenausformung
 - Auflösen der Frontengstände mit Einstellung 11, 21 und 31
 - Intrusion der Unterkieferfront
- Postorthodontische Phase (Abbildung 3a bis b) mit permanenter Retention (3–3 Kleberetainer, Tiefziehschienen)



Abbildung 1: klinischer (a) und radiologischer (b) Anfangsbefund: intraorale Fotoaufnahmen zeigen eine nahezu neutrale Verzahnung im Seitenzahnbereich und bimaxillären Engstand im frontalen Bereich mit unregelmäßigem Gingivaverlauf sowie ausgeprägten Dreh- und Kippständen. Das OPG zeigt ein konservierend und prothetisch versorgtes Gebiss. Die Zähne 16 und 27 sind endodontisch versorgt.

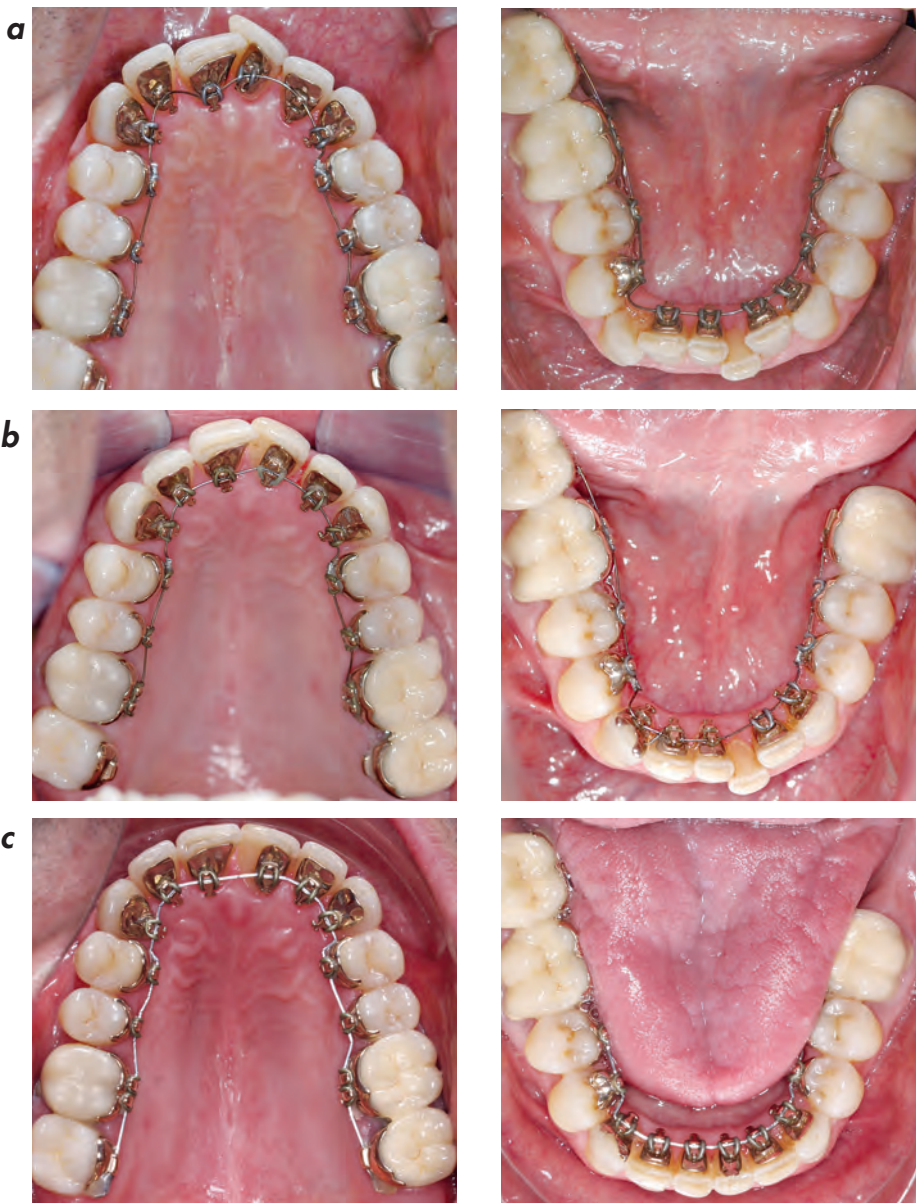


Abbildung 2: Behandlungssequenz mit Lingualtechnik: Ober- und Unterkiefer nach dem Eingliedern der Brackets (a): Aufgrund der starken Rotation von Zahn 31 konnte zu Beginn noch kein Bracket geklebt werden. Auf Zahn 21 wurde ein Bracket in reduzierter Form geklebt.

b: nach rund sechs Monaten Behandlung

c: kurz vor Abschluss der aktiven orthodontischen Behandlung

Diskussion

Platzmangel und Engstände sind die häufigste Zahnstellungsanomalie im menschlichen Gebiss [Stauer und Landmesser, 2004]. Besonders bei erwachsenen Patienten besteht eine verstärkte Nachfrage nach einer Zahnkorrektur durch eine kieferorthopädische Apparatur im nicht sichtbaren Bereich [Fritz et al., 2002; Fuck et al., 2005]. Behandlungsmethoden, beispielsweise die

klassische Multibandbracketapparatur von vestibulär, gefertigt aus Stahl oder Keramik, werden vielfach ästhetisch anspruchsvollen Patienten nur wenig gerecht. Für solche Patienten bietet die Lingualtechnik eine gute therapeutische Alternative. Im Vergleich zur labialen Straight-wire-Technik bestehen bezüglich Indikations- und Kontraindikationsstellung [Scuzzo und Takemoto, 2003; Gormann und Smith, 1991] nur wenige Unterschiede.

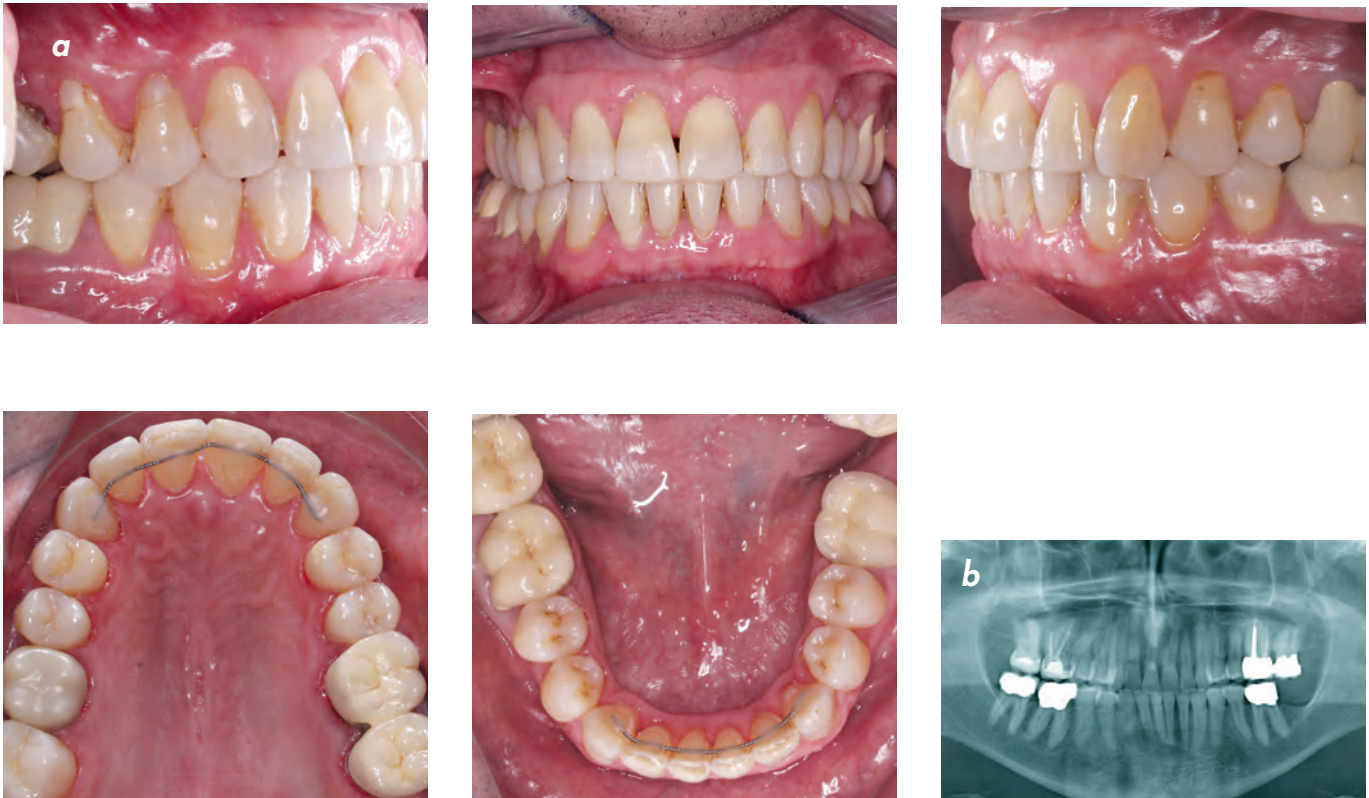


Abbildung 3: klinischer (a) und radiologischer (b) Endbefund: Behandlungsabschluss nach zwei Jahren: Beide Zahnbögen sind ausgeformt. Vollständige Auflösung des Engstandes in der Ober- und Unterkieferfront mit Harmonisierung des Gingivaverlaufs. Zur Langzeitretention wurde ein 3–3 Kleberretainer in Kombination mit Tiefziehschienen verwendet. Das OPG zeigt keine Anzeichen von Wurzelresorptionen.

Im stark parodontal reduzierten Gebiss ist jedoch anderen Kraftsystemen wie zum Beispiel der Segmentbogentechnik den Vorzug zu geben [Diedrich, 1990, 1993; Schwindling, 1991].

Zur Auflösung von frontalen Engständen oder von Platzmangel im Allgemeinen gibt es unterschiedliche Lösungsansätze: transversale Dehnung und Streckung in sagittaler Richtung, Distalisieren von Seitenzähnen, Extraktion von Zähnen oder die approximale Schmelzreduktion.

Im vorliegenden Patientenfall erfolgte die Platzgewinnung für die Ausformung der Frontzahnsegmente im Ober- und Unterkiefer durch Protrusion und transversale Zahnbogenausformung. In beiden Kiefern wurden die frontalen Engstände schrittweise durch ein stufenweises Einligieren der ersten Bögen (Abbildung 2a bis b) aufgelöst. Zahn 31 wurde daher zunächst nicht in die Lingualapparatur eingebunden.

Expansionsstops auf den ersten Bögen (.014 Niti) ermöglichten zusätzlich unter Ausnut-

zung der friktionsfreien Hilfsslots der Unterkieferfrontzahnbrackets ein schonendes Ausformen des oberen und des unteren Zahn Bogens. Intermaxilläre Gummizüge (up-and-down elastics) auf Kompositbuttons von vestibulär ermöglichten während der Endphase der aktiven orthodontischen Behandlung eine optimale Interkuspitation.

Als nachteilig wurden vom Patienten die Einengung des Zungenraumes durch die linguale Apparatur und die dadurch verursachten Irritationen empfunden. In den ersten zehn Tagen nach Eingliederung berichtete er von Schwierigkeiten bezüglich Aussprache und Phonetik. Irritationen auf der Zungenseite im posterioren Bereich (erster und zweiter Molar) konnten durch einfache Kompositverkleidungen im Bereich der Bogenenden umgangen werden.

Die nach Ausformen der Zahnbögen deutlich imponierenden Abrasionen der Schneidezähne wurden kurz vor Entfernung der Apparatur durch subtraktive Maßnahmen (Finieren und Politur mittels Sof-Lex

Scheiben) ästhetisch verbessert, jedoch ohne den Charakter der Dentition zu stark zu verändern.

OÄ Dr. Britta A. Jung
Univ.-Prof. Dr. Dr. Heiner Wehrbein
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Poliklinik für Kieferorthopädie,
Augustusplatz 2
55131 Mainz
brjung@uni-mainz.de

Praxis Dr. Philipp Schulz, Dr. Christof Urbanek
Bebenburgstr. 9
91301 Forchheim

zm Leser service

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

Seltene Infektionserkrankung der Kopf-Hals-Region

Kutane atypische Mykobakteriose

Daria Pakosch, Marcus Stephan Kriwalsky, Martin Kunkel



Abbildung 1: klinischer Aspekt der Schwellung mit umschriebener Rötung und teilweiser Verkrustung im Bereich der linken Wange

Ein neunjähriges Kind wurde wegen einer über drei Monate langsam progredienten Hauteffloreszenz im Bereich der linken Wange vorgestellt. Konkret lag ein schmerzloses, kutanes Infiltrat teilweise mit aufgelagerten Hautschuppen vor, das zur Tiefe hin strangartig auslief (Abbildung 1). Palpatorisch ließ sich neben dem recht derben intrakutanen oberflächlichen Anteil auch eine Fluktuation im subkutanen Anteil der Läsion erkennen. Im Rahmen der intraoralen Untersuchung ergab sich kein Hinweis auf eine dentogene Infektion, insbesondere zeigte sich keine Ursache einer chronisch granulierenden Parodontitis nach Partsch. Die Zähne waren in gutem Pflegezustand, nicht perkussionsempfindlich und reagierten auf Kälteprovokation sensibel. In der Panoramaschichtaufnahme wurde kein radiologisches Korrelat einer Infektion erkennbar.

Sonographisch zeigten sich eine echoarme Raumforderung im Unterhautfettgewebe, die eine dorsale Schallverstärkung aufwies (Abbildung 2), als Korrelat des klinisch liquiden Anteils und eine echoreiche Läsion in

der Tiefe der Wange. Daneben fielen ausgedehnte Lymphknotenkonglomerate insbesondere submandibulär auf (Abbildung 3). Insgesamt war die Befundkonstellation zwar charakteristisch für eine atypische Mykobakteriose, allerdings handelte es sich hier um eine Verdachtsdiagnose, die üblicherweise eine histologische und mikrobiologische Sicherung erfordert hätte. Insofern wurden den Eltern auch die Exstirpation eines Lymphknotens und die Punktion des Wangenbefunds vorgeschlagen. Die Eltern lehnten allerdings eine operative Intervention ab, so dass probatorisch eine antibiotische Therapie mit Clarithromycin eingeleitet wurde.

Unter dieser Therapie bildete sich die kutane Läsion deutlich zurück, so dass die Diagnose der Mykobakteriose ex juvantibus als gesichert gelten kann. Allerdings persistierte der größte der submandibulären Lymphknoten. In der Folge wurde dieser Lymphknoten selektiv exstirpiert. Die intraoperative Morphologie (Abbildung 4) war dabei erneut charakteristisch für eine atypische Myko-

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.

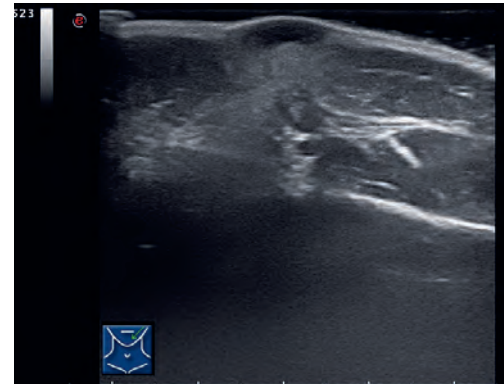


Abbildung 2: sonographischer Aspekt der Wangenläsion: Unter der intradermalen Infiltration stellt sich ein echoarmer (flüssigkeitsgefüllter) Raum dar. Zur Tiefe hin zeigt sich eine Strukturverdichtung. Diese Konstellation ist typisch für eine beginnende kutane Fistelbildung aus einem befallenen Lymphknoten.

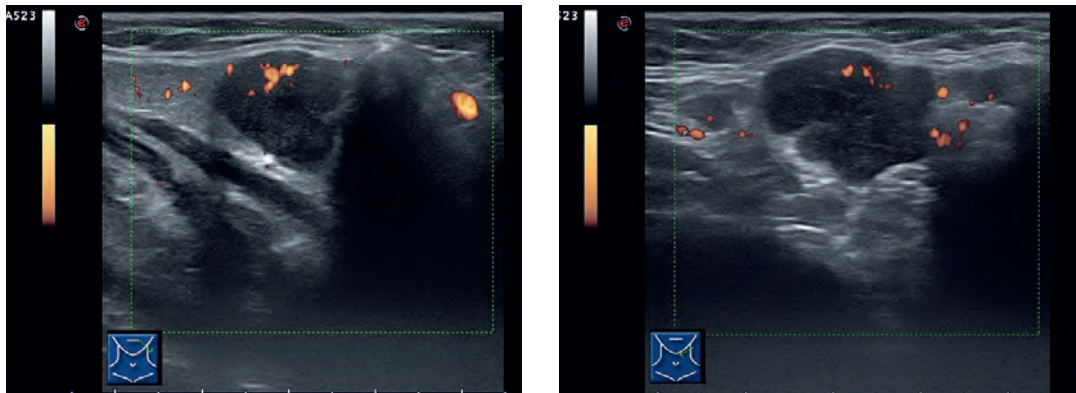


Abbildung 3:
sonographischer Aspekt der
submandibulären Lymph-
knoten: Hier zeigt sich ein
scharf begrenzter aber
echoarmer Lymphknoten,
teilweise mit erhaltener
Binnenstruktur. Die
Kontur weist zahlreiche
Aufwölbungen auf.

bakteriose, und es ergab sich histologisch eine epitheloidzellig-granulomatöse und floride nekrotisierende Lymphadenitis.

Zwar konnte zu diesem Zeitpunkt keine Mykobakterien-DNA mehr nachgewiesen werden, allerdings entsprach die Histomorphologie dem Residualzustand einer therapierten Mykobakteriose. Abschließend wurde ein zweiter Therapiezyklus mit Clari-

thromycin eingeleitet, um auch eventuelle residuale Keime in anderen zervikalen Lymphknoten zu beseitigen.

Diskussion

Die Inzidenz der atypischen Mykobakteriose im Kindesalter steigt zwar weltweit an [Chang et al., 2006], ist aber in den west-

lichen Ländern als kutane Manifestation immer noch ein seltenes Krankheitsbild. Bei Kindern ist die atypische Mykobakteriose im Gegensatz zu Erwachsenen nicht typischerweise mit einem Immundefizit assoziiert. Das klinische Bild der kutanen atypischen Mykobakteriose im Kindesalter ist von einer lokalen schmerzlosen Schwellung mit Rötung und teilweise livider Verfärbung sowie

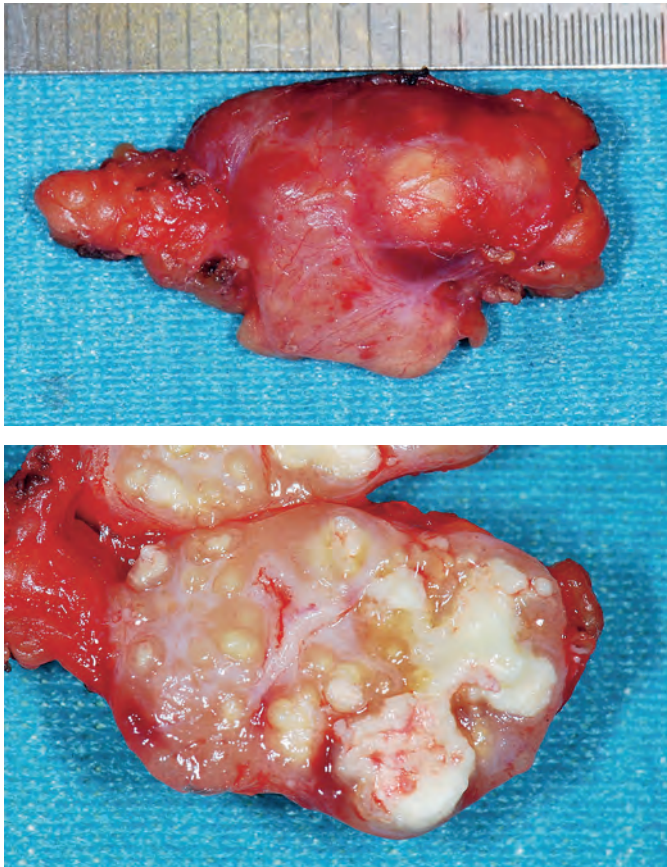


Abbildung 4: Resektat nach der Lymphknotenexstirpation: a: Die Abbildung zeigt den exstirpierten Lymphknoten in toto. Analog der sonographischen Darstellung findet sich eine unregelmäßig aufgewölbte Oberfläche. b: Im Anschnitt des Resektats sind multiple granulomatöse Bereiche zu sehen. Der Befund erinnert an die „käsig Nekrose“ der klassischen Tuberkulose.

Fazit für die Praxis

- Bei einer zervikalen Lymphknotenschwellung im Kindesalter sollte immer auch an eine atypische Mykobakteriose gedacht werden.
- Ursachen chronischer kutaner Infiltrate können neben einer dentogenen Infektion (Partsch) auch die atypische Mykobakteriose (vor allem bei Kindern) und ein kutanes malignes Lymphom (vor allem bei älteren Patienten) sein.
- Da die Anzucht der Erreger einer atypischen Mykobakteriose mehrere Wochen in Anspruch nimmt, müssen die Diagnose und die erste klinische Behandlung oft auf dem klinischen Bild basieren.
- Clarithromycin ist heute eine wichtige Säule der medikamentösen Behandlung der atypischen Mykobakteriose. Eine chirurgische Sanierung kann bei therapierefraktären Befunden erforderlich werden.

der Ablösung oberflächlicher Hautschichten geprägt. Eine Beteiligung sämtlicher zervikaler Lymphknoten ist möglich, jedoch werden vor allem Lymphknotenbefunde submandibulär und submental beobachtet [Chang et al., 2006]. Diese bevorzugte Lokalisation wird durch den Eintritt der ubiquitär vorkommenden Mykobakterien über die Mundhöhle bei Kindern erklärt [Mandell et al., 2003]. Daneben gehören auch Hautläsionen zu den möglichen Eintrittspforten [Moergel et al., 2004].

Während früher die chirurgische Intervention bei der kutanen atypischen Mykobakteriose noch größere Bedeutung hatte, ist mit der hohen Erfolgsrate des Clarithromycins

die primäre antibiotische Therapie vor allem bei umschriebenen Läsionen heute Therapie der ersten Wahl [Lindeboom et al., 2007]. Gerade bei einer Hautläsion im Bereich konvexer Hautareale, wie hier der Wange, wären sichtbare Narbenbildungen als Folge der chirurgischen Therapie unvermeidbar. Insofern bleibt die operative Intervention in diesen Lokalisationen auf therapierefraktäre Befunde beschränkt.

Bei der Wahl der individuellen Therapie sollte neben dem klinischen Befund auch die Compliance des Patienten berücksichtigt werden, da eine antibiotische Therapie mehrere Monate andauert und engmaschige Kontrollen erfordert. Vor allem gastrointestinale Symptome (Magenschmerzen, Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen) aber auch eine orale Mukositis werden unter der Langzeittherapie beobachtet. Da gelegentlich auch Blutbildveränderungen mit einer Leukopenie oder Thrombopenie und daneben eine Vielzahl seltener Nebenwirkungen auftreten können, sollte diese Therapie immer in kompetenter pädiatrischer Hand bleiben.

Wichtig ist an dieser Stelle noch, dass bei der alleinigen antibiotischen Therapie eine definitive Diagnose nur aus dem Verlauf heraus erkennbar wird. Engmaschige Kontrollen sind daher zwingend erforderlich, um bei einem Progress unmittelbar weitere diagnostische Maßnahmen einzuleiten.

Daria Pakosch
 Dr. Dr. Marcus Stephan Kriwalsky
 Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
 Klinik für Mund-, Kiefer- und plastische
 Gesichtschirurgie
 Ruhr-Universität Bochum
 Knappschafts Krankenhaus
 Bochum-Langendreer
 In der Schornau 23-25
 44892 Bochum
 daria.pakosch@rub.de
 marcus.kriwalsky@ruhr-uni-bochum.de
 martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de



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



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

Aktuelle Aspekte

Diagnostik der obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen

Christian Naujoks, Christoph Sproll et al.

Die Sialolithiasis ist die häufigste Ursache einer obstruktiven Sialadenitis der großen Kopfspeicheldrüsen. Aufgrund der anatomischen Lage und dem Beschwerdebild stellen die Zahnärztin oder der Zahnarzt häufig die erste Anlaufstelle für die Patienten dar. Aus diesem Grund stellen wir in diesem Übersichtsartikel den aktuellen Stand der diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Behandlung von obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen vor. Dieser Beitrag widmet sich vornehmlich den diagnostischen Möglichkeiten. Die aktuellen Therapiekonzepte obstruktiver Speicheldrüsenerkrankungen werden in einer der nächsten Ausgaben dargestellt.

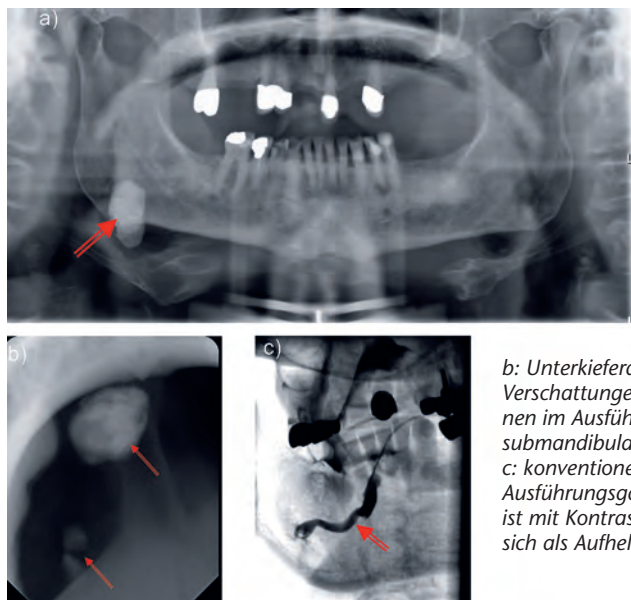


Abbildung 1: konventionelle Röntgenaufnahmen zur Diagnostik von Speichelsteinen:
a: OPG mit einer großen Verschattung im Sinne eines Speichelsteines der Glandula submandibularis rechts (roter Doppelpfeil)

b: Unterkieferaufbissaufnahme mit zwei Verschattungen im Sinne von Speichelsteinen im Ausführungsgang der Glandula submandibularis (rote Doppelpfeile)
c: konventionelle Sialographie: Der Ausführungsgang der Gl. submandibularis ist mit Kontrastmittel gefüllt und stellt sich als Aufhellung dar (roter Doppelpfeil).

Fundierte Kenntnisse über die aktuellen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten dieser Erkrankung sind essentiell, damit die Patienten einer optimalen Diagnostik und Therapie in einem spezialisierten Zentrum zugeführt werden können. In den letzten Jahren wurden die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten entscheidend weiterentwickelt. Insbesondere kam es zu einem Wandel des Therapiekonzepts, weg von der rein operativen Therapie im Sinne einer operativen Drüsenentfernung, hin zu drüsenerhaltenden Therapien mittels minimal invasiver Methoden.

Allgemeine Grundlagen

Obstruktive Sialadenitiden stellen die häufigsten nicht-neoplastischen Erkrankungen der Speicheldrüsen dar und können durch Konkremete (Sialolithiasis), fibromuzinöse Plaques, Gangstenosen, Fremdkörper, intraduktale Raumforderungen, anatomische Varianten oder Malformationen verursacht werden. Dies führt zu einer mechanischen Obstruktion und somit zu einer Stase des Speichelflusses [Brown et al., 1997]. In 60 Prozent ist eine Sialolithiasis die Ursache einer Obstruktion der Speicheldrüsenausführungsgänge [Koch et al., 2008].

Symptomatik:

Typisch für diese Patienten sind häufig bereits über Monate oder Jahre bestehende, rezidivierende schmerzhafte Schwellungen im Bereich der betroffenen Drüse. Die durchschnittliche Beschwerdedauer bei der Diagnosestellung beträgt 2,4 Jahre [Zenk et al., 1999]. Aber auch eine solitäre Schwellung ohne Schmerzen sollte an eine Obstruktion beziehungsweise eine Sialolithiasis denken lassen. Pathognomonisch für eine obstruktive Sialadenitis ist dabei der enge zeitliche Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Beschwerden und der Anregung der Speichelsekretion beispielsweise durch Nahrungsaufnahme – die sogenannte „Speichelsteinkolik“ [Escudier, 1998; Zenk et al., 1999]. In der Regel ist die Schwellung nur temporär und innerhalb von Stunden oder Tagen rückläufig. Bei längerem Krankheitsverlauf kann es zu einer persistierenden Schwellung im Bereich der betroffenen Drüse kommen. Im Falle einer akuten Entzündung kann sich eitriges Sekret aus dem Ostium des jeweiligen Ausführungsganges entleeren [Zenk et al., 1999]. Abszesse, phlegmonöse Entzündungen, sialokutane oder sialoorale Fisteln sind mögliche Komplikationen einer Sialadenitis [Paul et al., 1995].

Die Sialolithiasis ist mit 60 Prozent die häufigste obstruktive Ursache für eine einseitige Entzündung oder Schwellung der großen paarigen Kopfspeicheldrüsen [Koch et al., 2008] und stellt die häufigste Indikation zur operativen Entfernung der Glandula submandibularis dar [Goh et al., 1998]. Die Inzidenz für ein symptomatisches Speichelsteinleiden wird in neueren Studien zwischen 27,5 und 59 Fällen pro 1 000 000 Einwohner und Jahr beziffert [Escudier et al., 1999]. Die Gl. submandibularis ist mit rund 80 bis 90 Prozent am häufigsten betroffen, gefolgt von der Gl. parotis (rund fünf bis zehn Prozent) und der Gl. sublingualis (rund zwei bis fünf Prozent) [Lustmann et al., 1990; Bodner, 1993]. Sehr selten kommen Steine in den kleinen Speicheldrüsen vor. Speichelsteine treten etwas häufiger bei Männern als bei Frauen auf. Das Haupterkrankungsalter liegt zwischen der dritten und der sechsten Lebensdekade [Haubrich,

1976]. In seltenen Fällen (drei Prozent) können bereits im Kindesalter Sialolithiden in einer Speicheldrüse auftreten [Nahlieli et al., 2000]. In unserem Patientenkollektiv war ein sechsjähriges Mädchen die jüngste Patientin mit einem präpapillär liegenden Konkrement in der Glandula submandibularis. Obwohl gelegentlich von großen Speichelsteinen mit einem Durchmesser von bis zu 7 cm berichtet wird, beträgt die mittlere Steingröße zum Zeitpunkt der Diagnose in den Bereichen der Glandula submandibularis und der Glandula parotis 3,2 mm beziehungsweise 4,9 mm [Marchal et al., 2001; Marchal et al., 2002]. Die Größenzunahme eines bestehenden Steines wird mit 1 mm pro Jahr angegeben [Rausch et al., 1970].

mit 1,5 mm und 2,7 mm angegeben [Hettwer et al., 1968; Zenk et al., 1998]. In histologischen Untersuchungen von Zenk und Mitarbeitern wie auch in sialographischen Untersuchungen von Hettwer et al. konnte gezeigt werden, dass sowohl beim Ductus Stenon als auch beim Ductus Wharton das Ostium die engste Stelle darstellt (0,5 mm), zudem liegt im Bereich des Durchtritts durch den M. buccinator eine weitere Engstelle des Ductus Stenon (1,2mm) vor. Obwohl Ätiologie und Pathogenese der Sialolithiasis derzeit noch nicht abschließend geklärt sind, scheinen allgemeine Risikofaktoren eine Steinbildung zu begünstigen. Neben Obstruktion zählen reduzierter Speichelfluss, Dehydratation, Nikotinabusus

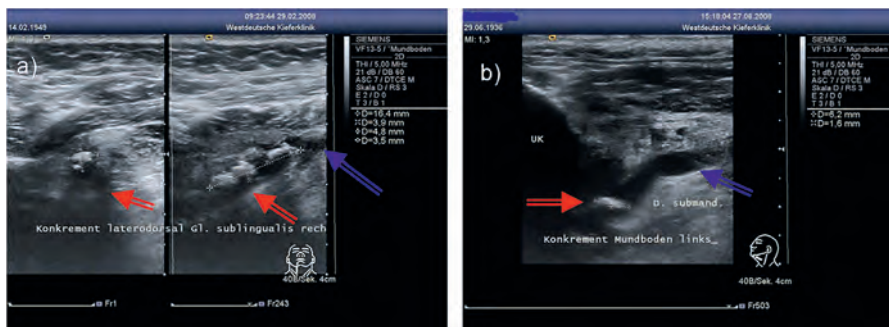


Abbildung 2: a: sonographische Darstellung eines echoreichen Konkrements mit dorsaler Schallauslöschung von circa 16 mm x 5 mm Ausdehnung der Glandula submandibularis rechts (rote Doppelpfeile), Aufstauung des Ductus Wharton vor dem Konkrement (blauer Doppelpfeil) b: Darstellung eines echoreichen Konkrements von 6 mm x 2 mm Ausdehnung im Bereich des linken Mundbodens unmittelbar vor dem Ostium (roter Doppelpfeil) und der prästenotischen Aufstauung des Ductus Wharton als echoarmes Areal (blauer Doppelpfeil)

Die Steine der Glandula submandibularis befinden sich in neun Prozent der Fälle im intraparenchymatösen Gangsystem, in 57 Prozent im Hilusbereich und in 34 Prozent im distalen Gangsystem. Im Vergleich dazu liegen die Steine in der Glandula parotis zu 23 Prozent im intraparenchymatösen Gangsystem, zu 13 Prozent im Hilusbereich und zu 64 Prozent im distalen Anteil des Stenonschen Ganges [Iro et al., 2003]. In der Literatur finden sich – je nach verwendeter Untersuchungsmethode – unterschiedliche Angaben über die Größe der Gangdurchmesser. So wird der Durchmesser des Ausführungsganges der Gl. submandibularis (Ductus Stenon) mit 1,4 mm und 1,7 mm beziehungsweise des Ausführungsganges der Gl. parotis (Ductus Wharton)

und pH-Wertveränderungen im Speichel zu den anerkannten Risikofaktoren [Escudier, 1998]. Ein kausaler Zusammenhang mit systemischen Erkrankungen oder anderen Steinleiden, beispielsweise Steinleiden der abführenden Harn- und Gallenwege, konnte auch in neueren Studien nicht nachgewiesen werden [Zenk et al., 1999]. Die Speichelsteine setzen sich aus einer organischen und einer anorganischen Komponente zusammen, die in unterschiedlichen Verhältnissen auftreten. Die organischen Anteile sind hauptsächlich Glykoproteine, Mukopolysaccharide und Zellreste [Aschby, 1995], wobei die anorganische Komponente hauptsächlich aus Kalzium, Magnesium, Phosphaten und Kalzium-Karbonaten besteht. Diese anorganischen

lonen bilden in Abhängigkeit von der Kalzium- und Phosphationenkonzentration entweder Apatit (bei niedriger Ca- und P-Konzentration) oder Whitlockit (bei hoher Ca- und P-Konzentration) [LeGeros, 1991], wobei Whitlockit vorwiegend im Kern eines Steines vorkommt [Yamamoto et al., 1984; Mishima et al., 1992].

Entstehung der Speichelsteine:

Obwohl mehrere Hypothesen über die Pathogenese der Speichelsteine bestehen, ist diese nicht vollständig geklärt. Generell geht man davon aus, dass die Steinbildung in zwei Phasen verläuft. In der ersten Phase wird ein zentraler Kern gebildet, auf den sich in der zweiten Phase Schichten von organischem und anorganischem Material auflagern [Rausch et al., 1970]. Eine Hypothese basiert auf der Existenz von intrazellulären Mikrosteinen, die zusammen mit dem produzierten Speichel in das Gangsystem sezerniert werden und dann dort als Nidus für eine fortschreitende Kalzifizierung dienen [Epivatianos et al., 1987]. Mehreren Arbeitsgruppen gelang es, solche Mikrokalzifizierungen in Sekretionsvesikeln von Speicheldrüsen unterschiedlichen Ursprungs nachzuweisen [Westhofen et al., 1984; Epivatianos et al., 1987; Epivatianos et al., 1989].

Eine weitere Hypothese bezeichnet intraductal bestehende Schleimpfropfen, sogenannte „Mucus-Plugs“, als Keim für die weitere Kalzifizierung und somit Steinbildung. Kürzlich veröffentlichten Marchal und Mitarbeiter eine weitere Hypothese der Steinpathogenese, die von einer retrograden Einwanderung von Nahrungsbestandteilen oder Bakterien aus der Mundhöhle in den Drüsenausführungsgang ausgeht. Diese retrograd eingewanderten Substanzen fungieren in der Folge als Nidus für weitere Kalzifikationen. Als Beweis führen Marchal et al. einen Fallbericht an, bei dem sich der entfernte Stein histologisch als eine Kalzifikation um einen pflanzlichen Nidus darstellte [Marchal et al., 2001]. Letztendlich scheint die Kombination aus lokalen anatomischen/pathologischen Gegebenheiten, physiologischen und biochemischen Faktoren, die zur Ausfällung lithogener Substanzen durch Veränderung der

Speichelszusammensetzung führen, für die Speichelsteinbildung verantwortlich zu sein [Grases et al., 2003].

Diagnostik

In nur 1,2 Prozent der Fälle wird ein Speichelstein als Zufallsbefund ohne Symptomatik diagnostiziert, beispielsweise im Rahmen einer zahnärztlichen Röntgen-

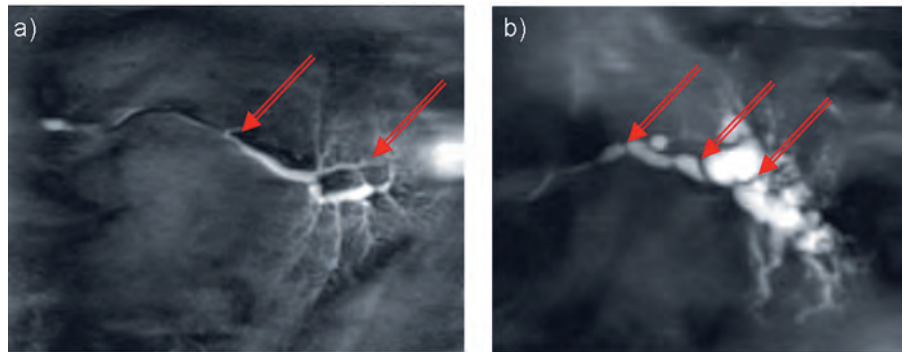


Abbildung 3: MR-Sialographie: a: kontrastmittelfreie Darstellung des Gangsystems (weiß) der Gl. parotis, Normalbefund mit Darstellung der feinsten Gänge im Drüsenparenchym (Gänge II. und III. Ordnung). b: Gangsystem einer Gl. parotis mit multiplen Stenosen/Strikturen (rote Doppelpfeile) und typischer prästenotischer Gangdilatation

untersuchung (Abbildungen 1a und 1b) [Lustmann et al., 1990; Zenk et al., 1999]. Weitau häufiger erfolgt die Diagnosestellung nach dem erstmaligen Auftreten einer „Speichelsteinkolik“ mithilfe verschiedener diagnostischer Verfahren. Die typische Anamnese der Sialolithiasis bestehend aus enger zeitlicher Verknüpfung von Speichelsekretionsanregung mit dem Auftreten einer schmerzhaften Schwellung im Bereich einer Speicheldrüse. Dies sollte den Verdacht auf einen Speichelstein lenken und weitere diagnostische Maßnahmen sollten sich anschließen. Als diagnostische Basisverfahren kommen neben der klinischen Untersuchung konventionelle Röntgenaufnahmen (Orthopantomogramm, Mundbodenübersicht), die Sonographie und mit Einschränkungen die konventionelle Sialographie (Röntgenkontrastdarstellung des Gangsystems) zur Anwendung. In den letzten Jahren neu entwickelte diagnostische Verfahren wie beispielsweise die Computertomographie oder die Magnetresonanztomographie werden mittlerweile vermehrt eingesetzt. Einen besonderen Vorteil bietet

die moderne Speichelgangsendoskopie (SGE), die sowohl zur Diagnosestellung als auch zur Therapie angewendet wird.

Da für die Therapieplanung die Kenntnis der Anzahl der Steine, deren Lokalisation und Wandadhärenz sowie deren Form und Größe von entscheidender Bedeutung sind, ist häufig die Anwendung mehrerer diagnostischer Verfahren unumgänglich. Entscheidend ist die richtige Auswahl des

geeigneten Diagnoseverfahrens, da jedes einzelne Vor- und Nachteile birgt, die es zu beachten gilt.

Im letzten Jahr wurde von einer Expertenkommission eine Klassifikation (LSD-Klassifikation) bezüglich der obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen veröffentlicht (Tabelle 1). Diese basiert auf der Präsenz oder Abwesenheit eines Steines, einer Stenose und/oder einer Dilatation, und soll die endoskopischen, die MR-sialographischen sowie die konventionell sialographischen Befunde objektivieren und vergleichbar machen. In der Zukunft soll anhand der Klassifikation die Auswahl des geeigneten therapeutischen Verfahrens erleichtert werden [Marchal et al., 2008].

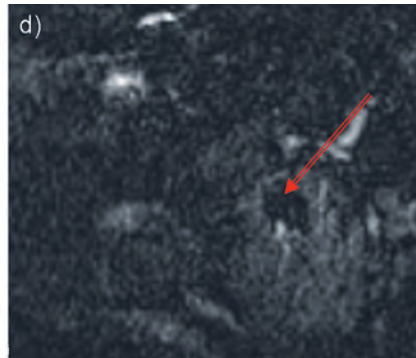
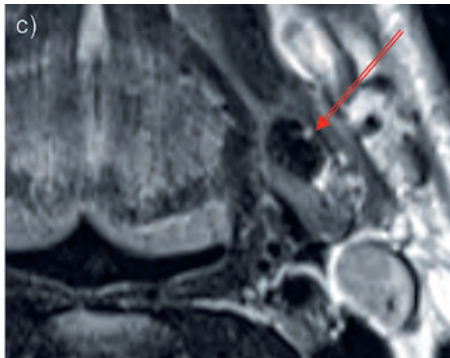
Diagnostische Verfahren

Klinische Untersuchung:

Bei Verdacht auf eine Sialolithiasis sollte zunächst eine bimanuelle Palpation der Speicheldrüse und gegebenenfalls des Mundbodens erfolgen. Die Palpation eines Steines im Mundboden gelingt problemlos

bei ausreichender Steingröße im Verlauf des Ductus Wharton. Schwieriger bis unmöglich ist – aufgrund der anatomischen Lage – die Palpation eines Steines im Bereich des Ausführungsganges der Gl. parotis, des Ductus Stenon [Rausch et al., 1970; Iro et al., 1992]. Bei einer akuten Entzündung der Speicheldrüse sollte neben der palpatorischen Steinsuche auch auf Fluktuation geachtet werden, um eine Abszedierung

ventioneller Röntgenaufnahmen nachweisbar [Rausch et al., 1970]. Insbesondere die Differentialdiagnose zu Phlebolithen, verkalkten intravaskulären Thromben, verkalkten Lymphknoten und atherosklerotischen Gefäßveränderungen kann sich oft schwierig gestalten [Hopkins, 1969]. Somit sollte diese Methode im Rahmen des Screenings nur dann angewendet werden, wenn keine alternative Methode zur Verfügung steht.



c: axiale Darstellung eines großen Konkrements in der Glandula submandibularis links (dunkles Areal mit rotem Doppelpfeil)
d: sagittale Darstellung des gleichen Konkrements der Gl. submandibularis (dunkles Areal mit rotem Doppelpfeil)

der Speicheldrüse zu erkennen und rechtzeitig die adäquate Therapie einzuleiten. Aufgrund der ausgeprägten Schmerzsymptomatik gestalten sich die Palpation der Drüse und insbesondere das Exprimieren von Speichel häufig schwierig. Beim Exprimieren des Speichels ist auf seine Beschaffenheit zu achten. Bei einer putriden Sekretion ist von einer akuten Entzündung der Drüse auszugehen und der Patient umgehend in eine Fachklinik zu überweisen. Flockige Ausfällungen im Sinne von „Mucus-Plugs“ und eine verminderte oder verdickte Speichelsekretion lassen auf eine obstruktive Störung im Bereich der Speicheldrüse schließen.

Konventionelle Röntgenaufnahmen:

Mit konventionellen Röntgenaufnahmen ist eine Darstellung von schattengebenden Konkrementen möglich. Es kommen hauptsächlich die Panoramaschichtaufnahme (OPG) und die Mundbodenübersichtsaufnahme in Betracht (Abbildungen 1a und 1b). Aufgrund des hohen anorganischen Anteils sind Konkremente häufig nicht schattengebend und nur in 20 Prozent mittels kon-

Diesen Aufnahmen ist die Zufallsdiagnostik von Steinen vorbehalten.

Computertomographie:

Die Computertomographie ist ein häufig bei Speichelsteinen angewendetes Diagnoseverfahren. Ergebnisse dieser Untersuchung sind aber nur aussagekräftig im Falle von großen Steinen und wenn eine Schichtdicke vom 1 mm nicht überschritten wird. Neben der, verglichen mit den anderen Methoden, hohen Strahlenbelastung ist die fehlende Beurteilbarkeit des Gangsystems und der Ganganomalien als entscheidender Nachteil zu nennen. Des Weiteren ist die präzise Lokalisation eines Steines nicht möglich [Avrahami et al., 1996]. Da mit der Sonographie und der MR-Sialographie alternative Verfahren zur Verfügung stehen, die ohne Strahlenbelastung des Patienten eine komplette Darstellung des Gangsystems ermöglichen, sollte auf die Computertomographie in der Speichelsteindiagnostik nur in Ausnahmefällen zurückgegriffen werden.

Ultraschall (Sonographie):

Die Ultraschall-Untersuchung ist ein nicht-invasives, weit verbreitetes und kosten-

günstiges Verfahren für die Speicheldrüsen- und Speichelgangsdarstellung [Rinast et al., 1989; Jager et al., 2000]. Vorteilhaft ist, dass weder Kontrastmittel verwendet werden muss noch eine Strahlenbelastung für den Patienten entsteht. Die meisten krankhaften Veränderungen der großen Speicheldrüsen lassen sich mit der Sonographie sehr gut detektieren. Bei einer akuten Entzündung der Speicheldrüsen kann die Sonographie klären, ob es sich um eine Entzündung durch eine Obstruktion des Gangsystems mit einer prästenotischen Dilatation des Ganges handelt oder ob größere oder kleinere Einschmelzungsareale (Abszesse) vorhanden sind. Bei chronischen Entzündungen der Speicheldrüsen sind die Drüsen meist weniger angeschwollen, das Drüsengewebe ist durch die lange dauernden Entzündungsreize deutlich in der Funktion verändert und zeigt sich im Ultraschallbild durch die Einwanderung von Entzündungszellen aufgelockert. Oftmals finden sich vergrößerte Lymphknoten innerhalb der Drüse bei lang anhaltendem Geschehen. Ist für die Entzündung der Drüse ein Steinleiden verantwortlich, so kann mithilfe der Sonographie die Lokalisation und Ausdehnung des Steines ermittelt werden: im Drüsengewebe, in den kleinen intraglandulären Ausführungsgängen, im Hilusbereich oder im Hauptausführungsgang. Mit hochauflösenden Schallköpfen sind Steine ab einer Größe von 1,5 mm nachweisbar, wenn sie gut mineralisiert und somit echogen sind (Abbildung 2) [Iro et al., 2003]. Der Nachweis von Konkrementen hingegen kann problematisch sein, insbesondere wenn diese nur gering mineralisiert sind. Dann kann es erforderlich sein, durch Sialogoga die Speichelproduktion anzuregen, um so eine prästenotische Dilatation des Ganges zu provozieren und damit indirekt die Lage der Obstruktion beziehungsweise des Sialolithen darzustellen. In einer Untersuchung von Jager et al., in der die Magnetresonanztomographie mit der Sonographie verglichen wurde, erwies sich die Sonographie mit einer Spezifität und Sensitivität von 80 Prozent bezüglich des Auffindens eines Speichelsteines der MR-Sialographie unterlegen [Jager et al., 2000]. Ein weiterer Nach-

teil der Sonographie ist, dass die Qualität der Sonographie sehr von der Erfahrung des Bedieners abhängt und dem Operateur keine interpretierbaren Bilder liefert, außer er führt die Sonographie selbst durch.

Konventionelle Sialographie:

Bei Verdacht auf eine obstruktive Erkrankung der Speicheldrüsen ist die konventionelle Sialographie ein weiteres, weit verbreitetes Diagnoseverfahren, das eine sehr hohe



Abbildung 4: a: Speichelgangdilatoren und Bougieinstrumente unterschiedlicher Größe beginnend bei 0000 aufsteigend bis zur Größe 8

b: Speichelgangdilatoren (obere zwei Instrumente) und unterschiedliche Bougieinstrumente

Detailauflösung bietet. Diese Untersuchung ist eine Kontrastdarstellung des intra- und extraglandulären Gangsystems. Dabei wird der Speichelgang mit einem Katheter sondiert und retrograd mit einem röntgendichten, nichtionischen Kontrastmittel aufgefüllt, um dann unter Röntgendurchleuchtung dargestellt zu werden. Somit werden nicht nur Steine dargestellt, sondern auch die morphologische Struktur des Gangsystems wird abgebildet (Abbildung 1c). Da sich die Steine häufig nur indirekt durch Kontrastmittelaussparungen darstellen, sind falsch positive Befunde möglich, beispielsweise durch Lufteinschlüsse. Neben einer nicht vermeidbaren Strahlenexposition von etwa $60\text{cGy}\cdot\text{cm}^2$ sind die Möglichkeiten einer allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel bis hin zum anaphylaktischen Schock, Schmerzen während der Untersuchung, Gangperforation sowie Infektionen als Nachteile zu nennen [Cockrell et al., 1993]. Des Weiteren besteht die Möglichkeit frei flottierende Steine tiefer in das Gangsystem hinein zu schieben und damit eine mögliche endoskopische Bergung zu erschweren [Marchal et al., 2003].

Aus diesen Gründen ist die konventionelle Sialographie heutzutage nur mehr selten indiziert [Schratter et al., 1994] und beschränkt sich mittlerweile auf die Sialadenitisdiagnostik symptomatischer Patienten, bei denen weder sonographisch noch kernspintomographisch pathologische Befunde erhoben werden konnten [Schroder et al., 1998]. Aber auch in diesen Fällen wird die konventionelle Sialographie zunehmend

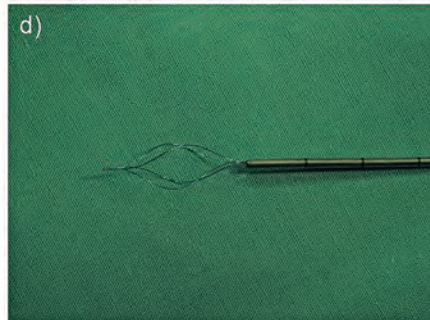
von der diagnostischen Speichelgangsendoskopie (SGE) abgelöst.

Magnetresonanztomographie-Sialographie:

Die Magnetresonanztomographie-Sialographie (MR-Sialographie) ist das jüngste Verfahren zur Abbildung der Speichelgänge. Diese Methode wurde 1996 durch Lomas und Mitarbeiter publiziert [Lomas et al., 1996] und in den letzten Jahren derart modifiziert, dass heutzutage eine sehr gute Bildqualität erreicht werden kann [Schroder et al., 1998]. Speziell gewichtete T2-Sequenzen werden in Kombination mit einer Unterdrückung des Fettsignals zur Darstellung des Flüssigkeitssignals der speichelgefüllten Innenräume der Drüse verwendet. Insbesondere Untersuchungen in 3-Tesla Hochfeldgeräten zeigen eine besonders hohe Kontrastauflösung wegen des hohen Signal-zu-Rausch-Verhältnisses. Mittels dieses Verfahrens ist eine räumliche Darstellung des gesamten Gangsystems möglich (Abbildung 3a) [Jager et al., 2000]. Trotz der Erstbeschreibung vor über zehn Jahren und den vielen Vorteilen dieser Methode wird sie bisher klinisch kaum angewendet. Insbesondere die Tatsache, dass diese Untersuchung

nur an speziellen Zentren möglich ist, führte dazu, dass bisher vergleichsweise wenige wissenschaftliche Studien zur Validierung des Verfahrens durchgeführt wurden. Die Vorteile dieses schmerzfreien Verfahrens liegen in der Detailauflösung, der Objektivierbarkeit der Beurteilung und der genauen Lokalisationsmöglichkeit einer Obstruktion, ohne dass der Patient einer Strahlenexposition ausgesetzt wird oder eine Sondierung

[Schroder et al., 1998]. Ein weiterer Vorteil dieser Untersuchungstechnik ist, dass die Anatomie des Gangsystems nicht beeinflusst wird und eine exakte Abgrenzung der Gänge und Obstruktionen möglich ist. Dies ist insbesondere im Rahmen der Stenosedagnostik wichtig, da es entscheidend für die Therapie ist ob die Stenose kurz- oder langstreckig ist und ob sie solitär oder multipel auftritt. Bei der konventionellen



c: Überblick über das Endoskopieequipment für eine interventionelle SGE
d: geöffnetes Steinextraktor mit vier Drähten an der Endoskopspitze, Ø 0,4 mm im geschlossenen Zustand

des Ganges zur Applikation eines Kontrastmittels notwendig ist. Lediglich die allgemeinen Kontraindikationen für MRT-Untersuchungen wie Herzschrittmacher, Ferromagnetische Implantate, Zahnspangen oder Platzangst limitieren dieses Verfahren. Neben den allgemeinen Kontraindikationen sind die limitierte Verfügbarkeit, der hohe Kostenaufwand und die etwas schlechtere Auflösung im Vergleich mit der konventionellen Sialographie als Nachteile dieser Untersuchung zu nennen [Becker et al., 2000]. Trotz der genannten Nachteile hat sich diese radiologische Untersuchungsmethode als ein effektives Diagnostikum im Rahmen der Sialolithiasis erwiesen [Becker et al., 2000; Jager et al., 2000]. In einer Studie, in der die Kernspinalographie mit der Sonographie und der digitalen Subtraktionssialographie verglichen wurde, konnte gezeigt werden, dass die MR-Sialographie zur Beurteilung des zentralen Speicheldrüsenangangs mit Darstellung von Strikturen (Abbildung 3b), Dilatationen, Ganganomalien, intraduktalen Steinen (Abbildungen 3c und 3d), Gangabbrüchen und Gangverlagerungen sehr gut geeignet ist

Sialographie kann es nämlich durch die Applikation des Kontrastmittels zu einer Dilatation des Gangsystems kommen, während bei der Sonographie durch das Aufdrücken des Schallkopfes die Gänge häufig komprimiert werden [Huisman et al., 2001]. Durch eine zweiphasige Aufnahmetechnik, vor und nach Stimulation der Speichelsekretion, ist mit der MR-Sialographie eine Funktionsanalyse der Drüse möglich.

Speichelgangsendoskopie (SGE):

Die Sialoendoskopie wurde erstmals Anfang der 90er-Jahre beschrieben [Gundlach et al., 1990; Katz, 1991]. Ursprünglich als ein rein diagnostisches Verfahren vorgestellt, kann sie mittlerweile kombiniert als ein gleichzeitig diagnostisches und therapeutisches Verfahren im Rahmen von obstructiven Erkrankungen der Speicheldrüsen angewendet werden [Marchal et al., 2000]. Dieses minimalinvasive Verfahren schließt die diagnostische Lücke zur Differenzierung von Steinen, Gangstrikturen und entzündlichen Veränderungen, da diese direkt visualisiert werden können. Um die diagnostische Strahlenbelastung bei Kindern bei Verdacht auf eine Sialolithiasis oder bei unklaren uni-

lateralen rezidivierenden Drüenschwellungen zu reduzieren, stellt die diagnostische Endoskopie eine gleichwertige Alternative zu den konventionellen radiologischen Verfahren dar [Faure et al., 2007; Faure et al., 2008; Quenin et al., 2008]. Des Weiteren wird die Speichelgangsendoskopie auch als adäquates Diagnostikum bei der juvenilen rezidivierenden Parotitis eingesetzt [Quenin et al., 2008].

Im Jahr 2008 wurde von einer Expertenkommission eine Klassifikation (LSD-Klassifikation) der obstruktiven Speicheldrüsener-

krankungen veröffentlicht. Diese basiert auf der Präsenz oder Abwesenheit eines Steines (L = Lithiasis), einer Stenose (S = Stenosis) und/oder einer Dilatation (D = Dilatation), und soll die endoskopischen, die MR-Sialographischen sowie die konventionell sialographischen Befunde objektivieren und vergleichbar machen. In der Zukunft soll anhand der Klassifikation die Auswahl des geeigneten therapeutischen Verfahrens erleichtert werden [Marchal et al., 2008].

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die LSD-Klassifikation. Bei der Sialoendoskopie wird das speichelableitende Gangsystem der großen Speicheldrüsen mit dem Endoskop untersucht. Obstruktionen der Drüsenausführungsgänge können somit diagnostiziert und in der gleichen Sitzung – falls notwendig – auch therapiert werden (siehe interventionelle Speichelgangsendoskopie). Im Rahmen der diagnostischen Endoskopie können durch einen erfahrenen Untersucher der Drüsenhauptausführungsgang sowie

Bildqualität sowie der geringen Traumatisierung des Gewebes haben sich mittlerweile semirigide Endoskope durchgesetzt. Diese Endoskope sind neben dem optischen Kanal mit einem Arbeits- und einem Spülkanal ausgestattet [Nahlieli et al., 1994; Nahlieli et al., 1997; Nahlieli et al., 2000]. Anatomische Studien bezüglich des Speichelgangdurchmessers zeigten, dass der Durchmesser eines Endoskops 1,7 mm nicht überschreiten sollte, um somit iatrogenen Gangverletzungen vorzubeugen [Zenk et al., 1998; Koch et al., 2008].

Ein Vorteil der Sialoendoskopie ist, dass sie ambulant in einer örtlichen Betäubung durchgeführt werden kann und eine schmerzfreie sowie schnelle Behandlung darstellt. Eine diagnostische Speichelgangsendoskopie dauert im Mittel 26 ± 14 Minuten und eine interventionelle 73 ± 43 Minuten [Marchal et al., 2001]. Nur in Einzelfällen kann es notwendig sein, die Untersuchung in einer Sedierung oder kurzen Intubationsnarkose durchzuführen. Bei der Speichelgangsendoskopie erfolgt zunächst die Schleimhutanästhesie, gefolgt von der Infiltration der Papille mit einem Lokalanästhetikum. Nach Erreichen der vollständigen Anästhesietiefe erfolgt die Aufweitung des Ostiums, um das Endoskop über diese natürliche Engstelle in den Speichelgang einzuführen. Es existieren mehrere verschiedene Methoden, um das Ostium zu erweitern. In der Regel erfolgt eine Bougierung mit speziellen Speichelgangsdilatatoren und Bougierinstrumenten (Abbildungen 4a und 4b).

Bei extrem engen Papillen kann auch die von Chossegros und Mitarbeitern beschriebene „guide wire“-Technik zum Einführen des Endoskops in den Speichelgang angewendet werden. Dabei erfolgt zunächst die Einlage eines Führungsdrahtes („guide wire“) in den Ausführungsgang, über den dann spezielle Bougierinstrumente in das Ostium des Ganges eingeführt werden [Chossegros et al., 2006]. In seltenen Fällen kann auch eine Papillotomie notwendig sein, um das Endoskop in den Gang einzuführen. Nach erfolgter Aufdehnung des Ostiums werden extrem dünne Endoskope in den Gang eingeführt, die eine visuelle

Lithiasis:	
L0	Gang frei von Steinen
L1	flottierender Stein
L2a	fixierter Stein, vollkommen sichtbar, < 8 mm
L2b	fixierter Stein, vollkommen sichtbar, > 8 mm
L3a	fixierter Stein, partiell sichtbar, palpabel
L3b	fixierter Stein, partiell sichtbar, nicht palpabel
Stenose:	
S0	keine Stenose
S1	intraduktale diaphragmale Stenose
S2	solitäre Stenose des Hauptganges
S3	multiple oder diffuse Stenose des Hauptganges
S4	generalisierte Gangstenose
Dilatation:	
D0	keine Dilatation
D1	solitäre Dilatation
D2	multiple Dilatationen
D3	generalisierte Dilatationen

Tabelle 1: LSD-Klassifikation der obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen

die Gänge zweiter und dritter Ordnung beurteilt werden [Marchal et al., 2003]. Schwierigkeiten stellen die Biegung des Ductus Stenon um den M. buccinator und das Knie des Ductus Wharton im Bereich des M. mylohyoideus dar. Seit den Erstbeschreibungen Anfang der 90er-Jahre wurden diverse starre, halbstarre und flexible Endoskope mit unterschiedlichen Durchmessern entwickelt. Aufgrund der guten Manövrierfähigkeit, der guten

die Gänge zweiter und dritter Ordnung beurteilt werden [Marchal et al., 2003]. Schwierigkeiten stellen die Biegung des Ductus Stenon um den M. buccinator und das Knie des Ductus Wharton im Bereich des M. mylohyoideus dar.

Seit den Erstbeschreibungen Anfang der 90er-Jahre wurden diverse starre, halbstarre und flexible Endoskope mit unterschiedlichen Durchmessern entwickelt. Aufgrund der guten Manövrierfähigkeit, der guten

Inspektion des Ganges ermöglichen. Verengungen, Dilatationen, Steine und Stenosen können so diagnostiziert werden. Während der Endoskopie wird das Kollabieren des Gangsystems durch die kontinuierliche Spülung mit isotonischer Kochsalzlösung mit Lokalanästhetikazusatz verhindert, so dass der Untersucher eine gute Übersicht über die Gänge hat. Über den Arbeitskanal können Instrumente wie Zangen, Bohrer, Dilatationsballons und Steinfangkörbchen (Abbildungen 4c und 4d) in den Gang eingeführt und somit kleinere Steine entfernt, Proben entnommen oder Verengungen mittels Ballondilatation aufgedehnt werden [Capaccio et al., 2007]. Durch die temporäre Einlage von Stents kann das erzielte Ergebnis nach einer Ballondilatation gesichert werden.

Auch wenn das Verfahren der Sialoendoskopie technisch sehr anspruchsvoll ist, weist es in der Hand eines erfahrenen Untersuchers nur wenige interventionelle Risiken auf. Eine temporäre Parästhesie des N. lingualis durch den Zusatz von Lokalanästhetika zur Spüllösung wird in 0,5 Prozent der Fälle beschrieben [Nahlieli et al., 2000]. Weitere Nebenerscheinungen sind durch die Spüllösung bedingte postinterventionelle Schwellungen der untersuchten Drüse in nahezu 100 Prozent der Fälle, sowie postinterventionelle Gangstrikturen (zwei bis vier Prozent), Infektionen (zwei bis drei Prozent) und Blutungen (0,5 Prozent) [Nahlieli et al., 1999; Nahlieli et al., 2006]. Um diese Risiken so gering wie möglich zu halten, ist ein äußerst vorsichtiges Vorgehen ohne Traumatisierung des Gangsystems und der Papille notwendig. Kontraindikationen, die eine Sialoendoskopie verbieten, sind akut eitrige Sialoadenitiden, eine Schwangerschaft, medikamentöse Antikoagulation oder Erkrankungen, die eine Störung der Hämostase bedingen. Im Falle einer akuten Sialadenitis muss diese zunächst konservativ behandelt werden, um dann die Spiegelung im freien Intervall durchzuführen.

Fazit

Bei unklaren Schwellungen im Bereich der großen Speicheldrüsen, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer Anregung der Speichelsekretion stehen, sollte immer an eine Obstruktion gedacht werden, und mittels der oben beschriebenen Diagnoseverfahren abgeklärt werden. Insbesondere bei häufig rezidivierenden oder innerhalb von drei Monaten mittels konservativer Therapie nicht beherrschbaren Beschwerden, sollte der Einsatz weiterführender Diagnoseverfahren erfolgen. Der Palpationsbefund gibt erste wichtige Hinweise in der Differentialdiagnose, wobei insbesondere auf die Textur der Schwellung, palpable Steine und die Beschaffenheit des exprimierten Speichels zu achten ist. Da sich Steine nur in wenigen Fällen auf konventionellen Röntgenaufnahmen zeigen und die Differentialdiagnose häufig schwierig ist, sollten diese Aufnahmen nicht als Screeningverfahren eingesetzt werden. Ebenso sollte eine konventionelle Sialographie nur bei speziellen Fragestellungen oder wenn kein alternatives Verfahren vor Ort anwendbar ist, eingesetzt werden, da die Strahlenbelastung für den Patienten durch die Anwendung alternativer Verfahren vermeidbar und die Spezifität dieser Untersuchung gering ist. Des Weiteren können durch eine Sialographie Konkrement tiefer in das Gangsystem geschoben werden, und dadurch eine endoskopische Bergung unmöglich machen.

Trotzdem sind Form, Lokalisation, Anzahl und Größe der Konkreme für die Planung der weiteren Therapie einer Sialolithiasis entscheidend, und es sollte sich eine weitere bildgebende Diagnostik anschließen. Die Sonographie stellt aufgrund der hohen Sensitivität und Spezifität sowie den vielen Vorteilen ein adäquates Verfahren dar, um die oben genannten Informationen schnell und mit wenig Aufwand zu erlangen. Ein Nachteil der Sonographie ist die fehlende Reproduzierbarkeit der Informationen für den Behandler.

Dagegen ist die MR-Sialographie bei annähernd gleicher Sensitivität und Spezifität deutlich objektivierbarer und kann alternativ angewendet werden. Vorteile dieses

Verfahrens sind, dass das komplette Gangsystem abgebildet wird und die Gangstruktur nicht durch invasive Maßnahmen beeinflusst wird, beispielsweise durch die Kompression während einer Sonographie. Dies sind entscheidende Vorteile in der Diagnostik von Stenosen und Strikturen, da hier die Unterscheidung zwischen langstreckigen und kurztreckigen Stenosen wichtig ist, um die optimale Therapie auszuwählen. Nachteilig sind der hohe Kostenaufwand und die mangelnde Verfügbarkeit dieses Verfahrens.

Die Speichelgangsendoskopie schließt als minimalinvasives Verfahren die diagnostische Lücke zur direkten Differenzierung zwischen den einzelnen Gangpathologien (Stein, Stenose, Dilatation, Sialodochitis), da diese direkt visualisiert werden. Aufgrund der Vorteile dieses Verfahrens und der Möglichkeit einer direkten Intervention stellt die Speichelgangsendoskopie ein ideales Diagnoseverfahren im Rahmen der obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen dar.

Um die Patienten einer adäquaten Diagnostik zuzuführen und somit eine optimale Therapieplanung durchführen zu können, sollten Patienten mit obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen vorwiegend an spezialisierten Zentren behandelt werden. In einem weiteren Beitrag in einem der folgenden zm-Hefte werden die aktuellen Therapiekonzepte obstruktiver Speicheldrüsenerkrankungen dargestellt werden.

*Dr. Christian Naujoks
Dr. Dr. Christoph Sproll
PD Dr. Dr. Rita Depprich
Prof. Dr. Dr. Norbert Kübler
PD Dr. Dr. Jörg Handschel
Klinik für Kiefer und Plastische Gesichtschirurgie, Westdeutsche Kieferklinik
Universitätsklinik Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
christian.naujoks@med.uni-duesseldorf.de*



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

Wissenschaftliches Programm des Deutschen Zahnärztetages

Die gesamte Zahnmedizin unter einem Dach

Die große Gemeinschaftstagung der Deutschen Zahnmedizin öffnet vom 10. bis 13. November 2010 zentral in Frankfurt am Main ihre Tore. Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer sowie die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung werden flankiert durch die Fachtagung aller wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie ihrer assoziierten Gesellschaften, die sich in diesem Jahr wieder zu einer großen Fortbildungs-

tagung zusammengetan haben. Die Räumlichkeiten im Congress Center Messe Frankfurt machen es allen Teilnehmern möglich, viele Veranstaltungen zu besuchen, da die Wege kurz sind. Hauptthema ist die Interdisziplinarität unter dem Motto „Synergie – Synthese – Synopsis“ mit vielen besonderen Highlights wie einer 3D-Show zur Osseointegration, einem Fall mit PET-Abstimmung und der Gelegenheit, eine Live-OP mitzerleben. Hier das vorläufige Programm:



Frankfurt am Main 2010



ERÖFFNUNG

Freitag, 12. November 2010

KONGRESSERÖFFNUNG:
„Kommunikation der Zellen – die Osseointegration“
3D-Show – Faszination Praxis & Wissenschaft
Expertenteam: Hämmerle, Stadlinger, Terheyden

Der komplexe Fall:

Medizin – Zahnmedizin
(Vorsitz: Schliephake)
Der komplexe medizinische Fall

Zahnmedizin interdisziplinär
(Vorsitz: Wachtel)
Der komplexe parodontalrestaurative Fall

PRAXIS

AGKi / DGZPW

(Reichert, Schliephake, Schmidt-Westhausen, Setz, Wagner, Wenz, Zitzmann)

Atropher UK, Prothetik, Mundschleimhauterkrankungen

- Konventionelle Totalprothese u. Limitation
- Konventionelle präprothetische Chirurgie u. Bewertung
- Implantatproth. Therapie u. Bewertung
- Management Mundschleimhauterkrankungen
- Prothetische Probleme bei Mundschleimhauterkrankungen
- Implantatchirurgie Probleme bei Mundschleimhauterkrankungen

DGÄZ / DGCZ

(Benz, Edelhoft, Menzel, Meyer, Schlee, Schunke)

Funktion und Ästhetik

- Wie viel Funktion braucht die Ästhetik
- Max. Zahnerhaltung – min. Intervention
- Zahnfarbene Materialien – kritische Bewertung
- Rehabilitation interdisziplinär
- Gingiva-Rezessionen: bewährte vs. neue Therapiekonzepte
- Titan sichtbar – Deckung oder Explantation?
- Ästhetik auf Knopfdruck – Mensch vs. Maschine

ARoe / DGKFO

(Feiner, Fuhrmann, Hirschfelder, Kaeppler, Maager, Metzger, Schulze)

DVT und Bildverarbeitung

- 2D vs. 3D und CT vs. DVT
- Indikationsbereiche für DVT
- Wohin geht die 3D-Entwicklung?
- Virtuelle Planung Umstellungsosteotomien
- CT vs. DVT in der KFO
- Semi-automatisierte Messung von Paro-Knochendefekten
- Vergleich: Dosis-Panoramaaufnahmen und DVT

DGKFO / DGMKG

(Meyer-Marcotty, Korbmacher, Wangerin)

Asymmetrien – Diagnostik und Therapie

- Neue Technologien in der Bildgebung
- KFO-Therapiekonzepte
- Chirurgische Therapiekonzepte

DGK / IAZA

(Bertzbach, Bräu, Daubländler, Esch, Kant)

Sedierungsverfahren in der Kinderzahnheilkunde

- Konzepte und Techniken
- Nicht-pharmakologische Sedierung
- Prämedikation, Analgsedierung, Narkose
- Lachgasanwendung, Indikation u. Risiken

DGL

(Braun, Deppe, Frentzen, Gutknecht, Jänicke, Sculean, Sennhenn-Kirchner)

Laser-Zahnmedizin kontrovers

- Kariesdiagnostik: Laser vs. Röntgen
- Kariestherapie: Laser vs. Instrument
- Antibiose: Laser vs. Antibiotika und Desinfektion
- Chirurgie: Laser vs. Skalpell
- Zahnfleischtasche: Kürettage vs. Laser
- Periimplantitis: Desinfektion, Dekontamination

AGKi / DGMKG

(Diel, Grötz, Hafner, Heufelder, Jakob, Walter, Wilde)

Bisphosphonatnekrosen – BP-ONJ

- Knochenstoffwechsel und Pathomechanismen
- Osteologie und Onkologie
- Prävalenz und Inzidenz
- Diagnostik und Risikoprofil
- Früherkennung und adjuvante Therapie
- Therapie und Rehabilitation

Der komplexe Fall:

(Fortsetzung)

Medizin – Zahnmedizin
(Vorsitz: Schliephake)
Der komplexe medizinische Fall

Zahnmedizin interdisziplinär
(Vorsitz: Wachtel)
Der komplexe parodontalrestaurative Fall

PRAXIS

DGZ / DGZPW

(Edelhof, Frankenberger, Haller, Hellwig, Naumann, Pospiech, Wolfahrt)

Einzelzahnrestauration und Therapie-konzepte

- Differenzialindikationen
- Evidenz plastischer Füllungen und indirekter Restaurationen
- Evidenz Veneers
- Intrakanaläre Stiftverankerung – wann sinnvoll?
- Versorgung mit Vollkronen – ist die Krone out?

DGKFO / DGK / DGMKG

(Becker, Bernhart, Weber)

Dentitionsstörungen

- Genetische Aspekte
- KFO-Therapiekonzepte
- Chirurgische Konzepte

DGZS / DGMKG / DGKFO

(Heise, Hochbahn, Hübers, Konermann, Rose, Schlieper, Schwarting, Wiesend)

Schlafmedizin und Zahnmedizin

- Therapiespektrum erweitern
- Pathophysiologische Schlaf-Apnoe
- KFO-Konzepte bei Kindern
- Protrusionsschienen – Typen und Anwendung
- MKG-chirurgische Konzepte bei Schlaf-Apnoe
- Positionspapier, Leitlinien und Literatur

AKOPOM / AGKI

(Kosmehl, Kunkel, Reichert, Remmerbach, Scheifele)

Stellenwert der Bürstenbiopsie

- Klinik, Diagnostik präkanzeröser Läsionen / Konditionen
- Immunzytologie und Auswertung
- Oral CDX und Auswertung
- DNA-Zytometrie und Auswertung

AKEPH / DGAZ

(Ganß, Hassel, Jöhren, Schiffner, Schulte)

Neues aus der Epidemiologie für die Praxis

- Zahnarztphobie und Bewältigungsstrategie
- Handicap und Mundgesundheit
- Early childhood caries
- Basic Erosive Wear Index
- Oral Health Impact Profile

FORSCHUNG

DGP / DGZPW

- DFG Forschergruppe
- DFG Multicenterstudie: Antimicrobial Therapy Perio
- DFG Multicenterstudie: Verkürzte Zahnreihe
- EC Paro-Genetik-Konsortium
- SHIP-2 / SHIP-Trend

LEHRE

AKWLZ

(Ammann, Antes, Hahn, Meckel, Kordaß, u. w.)

- LOM in der Lehre
- Kritisches Denken
- Lernen im Web
- Wissensraum ZMK

Samstag, 13. November 2010

WIE WÜRDEN SIE ENTSCHIEDEN?

HDTV live-on-tape Präsentation mit TED-Beteiligung

Der komplexe interdisziplinäre Fall in der klinischen und honorarspezifischen Entscheidung

OP-Team: Schlee

Der komplexe Fall:

Zahnmedizin interdisziplinär
(Vorsitz: Kahl-Nieke)

Der komplexe multidisziplinäre Fall

Zahnmedizin interdisziplinär
(Vorsitz: Klaiber)

Der komplexe ästhetisch-restaurative Fall

Zahnmedizin interdisziplinär
(Vorsitz: Gaa)

Der komplexe rekonstruktiv-implantologische Fall

Trauma

(Al-Nawas, Berthold, Ebeleseder, Filippi, Franke, Gumpelmann, Kern, Lessig, Lux, Pohl, Sonntag, Splieth, Völker)

- Akutes Frontzahntrauma

DOs und DON'Ts:

- bei Avulsion und Dislokation
- bei Schienen verletzter Zähne
- bei Verletzung Kieferknochen
- bei Zahnfrakturen
- bei der Endodontie
- bei Milchzahnverletzung

- Frontzahnücke im Wachstumsalter

GOs und NO GOs:

- in der KFO
- in der Prothetik
- bei der Transplantation

- Prophylaxe Sportverletzungen Mundhöhle
- Klinische Symptome Kindesmisshandlungen
- Rechtliche Grundlagen Kindermisshandlungen

DGP / DGZ

(Kim, Ratka-Krüger, Schäfer, Schwarze)

Endo-Paro Wechselbeziehungen

- Strukturelle Grundlagen
- Endo-Paro Differentialdiagnostik und Therapie
- Paro-Endo Differentialdiagnostik und Therapie
- Paro-Prognose bei Endo-Behandlung

DGP / DGK / DGKFO

(Diedrich, Jepsen, Schacher, Schilke, Schlagenhauf)

Paro-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

- Aggressive Parodontitis – Was und wie oft?
- Hypophosphatasie – Relevanz, Risikoprofil
- PLS – Zahnverlust garantiert?
- Neutropenie: Konsequenzen Prävention und Therapie

DGFDT / AKPP

(Ernst, Lange, Nickel, Türp, Wolowski)

CMD – Psyche und Soma

- Zahnmedizinische Screeningverfahren
- Psychologische Screeningverfahren
- Gesprächsführung
- Therapieformen und Wirksamkeit
- Alternative Methoden Diagnostik, Therapie
- Evidenz und Phantasie

DGFDT / Orthopädie

(Ahlers, Annuciato, Danner, Fressmeyer, Hesse, Türp)

CMD – interdisziplinär

- Funktionelle und anatomische Grundlagen
- Neurophysiologische Beziehungen zwischen craniomandibulärem und cranio-vertebralem System
- Evidenz Wechselwirkung CMD und Orthopädie
- Orthopädische Untersuchungstechniken und Therapiestrategien
- Physiotherapeutische Behandlungstechniken und Therapiestrategien
- Funktionsdiagnostik und -therapie bei sich ändernden Befunden

AKOPOM / AFG

(Burckhardt, Driemel, Eckhardt, Novak, Schmidt-Westerhausen, Schmalz, Schwarz, Wagner)

Lichen-Erkrankung im Fokus

- Neue immunbiologische Erkenntnisse
- Werkstoffe und lichenoiden Veränderungen
- Histopathologische Diagnostik
- Differentialdiagnostik
- Lichenoiden hyperkeratotische Läsionen multimodale Analyse Bürstenbiopsie Präp.
- Klinik und morphologische Variabilität
- Aspekte medikamentöser Therapie
- Indikation oder Kontraindikation bei Implantationen

AKFOS

(Napierala, Grundmann)

Internationale Identifizierungsstandards

- Grundlagen
- Dokumentation
- Identifizierungssoftware
- Ante- und postmortale Zahn- und Röntgenbefunde

AKFOS

(Figgiger, Lessig, Röttscher)

Justitia und Behandlungsfehler

- Juristische Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit
- Kindesmisshandlung – was ist zu beachten?
- Verleihung des Gösta Gustafson Award

AFG / TAKRegMed

(Deschner, Frerich, Handschel, Kleinheinz, Miosge, Morszeck, Rotter)

- Parodontale Regeneration • Knorpelregeneration • Stammzellen und Regeneration Speicheldrüsen • Dentale Stammzellen und Regeneration
- Tissue Engineering von Fettgewebe • Knochenregeneration und pluripotente Stammzellen • VEGF – aktivierte Angiogenese, Knochenregeneration

BdZM / yd² young dentists

(Bäume, Chartres, Dhom, Frank, Gnoth, Grosse, Hahn, Heinitz, Honert, Jansen, Kordaß, Köttgen, Oesterreich, Rickoll, Rieforth, Schmidt, Timmermeister, Weitkamp)

- Zufriedenheitsstudie zum Studium • Wie lernen wir morgen?
- Arbeiten im Ausland • Master & Co • Alumni und Netzwerke
- Mein Weg zur Niederlassung

Schwierige Diagnostik

Hyperaldosteronismus als Ursache der Hypertonie

Ist eine Hypertonie schwer einstellbar, so muss immer auch an einen Hyperaldosteronismus als Ursache gedacht werden. Die Diagnostik des Krankheitsbildes, bei dem der Körper zu viel Aldosteron bildet, ist jedoch nicht einfach. Wann nach der Störung zu fahnden ist, geben nunmehr neue Leitlinien vor.

Der Hyperaldosteronismus ist die häufigste Ursache einer sekundären Hypertonie. Die Störung sollte frühzeitig diagnostiziert werden, da sie mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen verbunden ist und da die Behandlungsergebnisse bei lange bestehendem Hochdruck deutlich eingeschränkt sind. Darauf hat Professor Dr. Bruno Allolio aus Würzburg bei einer Ärztefortbildung in Düsseldorf aufmerksam gemacht. Querschnittsstudien belegen nach seinen Worten, dass bei mehr als zehn

Prozent der Menschen mit Bluthochdruck ein Hyperaldosteronismus die Ursache des Blutdruckanstiegs darstellt.

Vorsicht bei Hypertonie, die therapierefraktär ist

Vor allem bei der schwer einstellbaren Hypertonie ist an eine solche Möglichkeit zu denken, wobei gut bekannt ist, dass die betroffenen Patienten eine höhere Morbidität wie auch Mortalität aufweisen. Entspre-

chend einer neuen Leitlinie der „Endocrine Society“ sollte nach einem primären Hyperaldosteronismus (PHA) besonders bei Menschen mit einer Hypertonie im Stadium II, also bei Blutdruckwerten über 160-179/100-109 mmHg gefahndet werden. Ebenso aber auch bei Erkrankungen im Stadium III, also bei Werten von mehr als 180/110 mmHg. Auch wenn der Hochdruck sich therapierefraktär verhält oder wenn die Hypertonie mit einer spontanen oder Diuretika induzierten Hypokaliämie einhergeht, sollte eine gezielte Diagnostik eingeleitet werden. Denn neben der Hypertonie gehören die Hypokaliämie sowie die metabolische Alkalose zu den Hauptsymptomen des Hyperaldosteronismus.

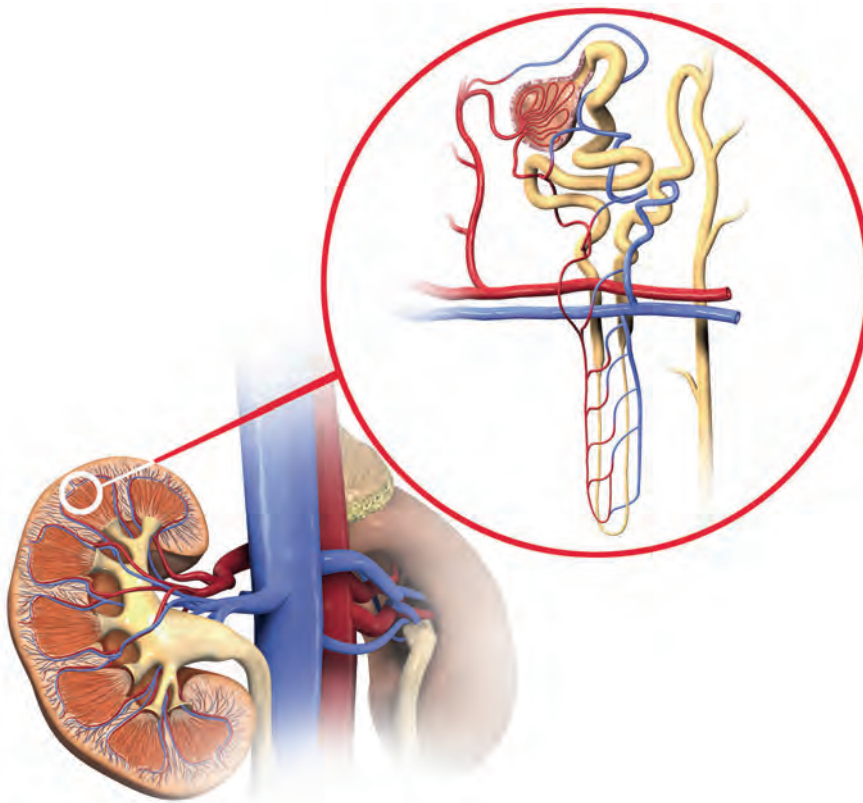
Als Screeningtest empfiehlt sich laut Allolio der Aldosteron/Renin-Quotient, der allerdings nicht unproblematisch ist. Denn die Einnahme des Wirkstoffs Spironolacton muss bereits vier Wochen vor der Durchführung des Tests beendet werden, die übrigen Antihypertensiva sollten eine Woche vorher abgesetzt werden. In der Zwischenzeit können Verapamil, Hydralazin und Prazosin zur Blutdrucksenkung eingenommen werden, da diese kaum Effekte auf die Aldosteronkonzentration haben.

Ist der Screeningtest positiv, so muss das Ergebnis nach Allolio in einem Bestätigungstest gesichert werden. Es bietet sich der Kochsalz-Infusionstest an, bei dem beim liegenden Patienten über vier Stunden lang zwei Liter einer physiologischen Kochsalzlösung infundiert werden. Gleichzeitig werden Blutdruck, Kalium und Herzfrequenz überwacht. Bleibt die Plasma-Aldosteronkonzentration unter der Infusion unter 5 ng/dl, so gilt die PHA als sicher ausgeschlossen, bei einem Wert über 10 ng/dl dagegen ist sie sehr wahrscheinlich.

Mittels einer Computertomographie sollte dann geprüft werden, ob sich Aldosteronproduzierende Adenome in der Nebenniere nachweisen lassen, wobei Allolio jedoch zu bedenken gibt, dass Adenome in der Größe unter einem Zentimeter mit dem Verfahren oft nicht darstellbar sind. „Die Diagnose-sicherung sollte unter Hinzuziehen eines Spezialisten erfolgen“, mahnte der Endokrinologe. Dies gilt vor allem für Patienten, bei



Regelmäßige Blutdruckkontrollen sind bei einem Hypertonus wichtig. Nicht immer greift eine Therapie, wie sich auch beim Hyperaldosteronismus zeigt.



Grafik: axel kock – Fotolia

Schema der Rückresorption in den Nierentubuli. Hier entsteht der renale Hypertonus.

denen eine Operation geplant ist. Bei ihnen sollte zuvor eine Nebennierenvenenkatheterisierung mit Bestimmung von Aldosteron und Kortisol durchgeführt werden, das allerdings nur in einem entsprechend versierten Zentrum.

Eine spezifische Therapie lohnt sich

Dass sich die aufwändige Diagnostik und die nachfolgende Therapie lohnen, verdeutlichte der Mediziner anhand einer italienischen Studie bei 54 PHA-Patienten, die sieben Jahre lang nachverfolgt wurden. Die Patienten wiesen zu Beginn der Studie eine drastisch höhere Prävalenz an kardiovaskulären Ereignissen wie Myokardinfarkten und Schlaganfällen auf, mussten deutlich häufiger revascularisiert werden und zeigten öfter anhaltende Arrhythmien als eine Vergleichsgruppe mit essentieller Hypertonie. Nach Einleitung einer spezifischen Therapie der PHA mittels Adrenalectomie oder Spiro-

nolacton reduzierte sich die kardiovaskuläre Gefährdung auf das in der Vergleichsgruppe zu beobachtende Niveau. „Die Studie belegt damit erstmals prospektiv anhand harter Endpunkte, dass sich eine spezifische Therapie des Hyperaldosteronismus prognostisch lohnt“, so Allolio.

Bereits in früheren Untersuchungen war gesehen worden, dass die PHA offenbar mit einem erhöhten kardialen Risiko verbunden ist, das sich durch die Behandlung nachhaltig bessert. So weisen die betroffenen Patienten eine vermehrte linksventrikuläre Masse auf, die sich unter der Therapie weitgehend zurückbildet. Es wurde ferner gezeigt, dass sich nach der operativen Entfernung des Adenoms eine deutliche Reduktion der zuvor therapieresistent erhöhten Blutdruckwerte einstellt und das unter Umständen bis hin zur Normotonie.

*Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln*

Gemeinsames Krebsregister

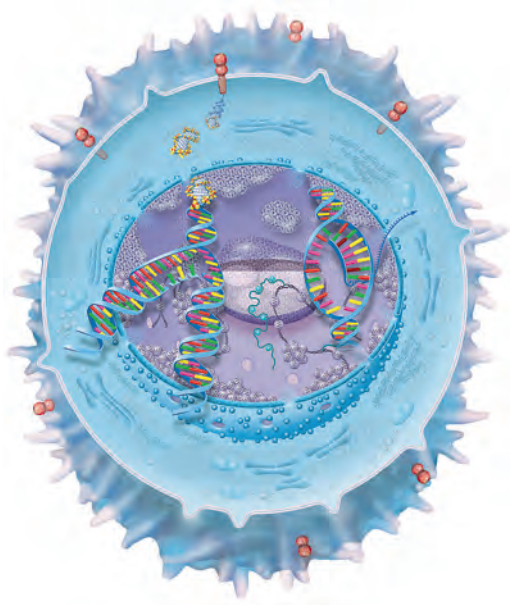
Krebshäufigkeit ist gestiegen

Der Jahresbericht des Gemeinsamen Krebsregisters hat für Deutschland aktuelle Zahlen vorgelegt. Demnach erkranken insgesamt jährlich rund 48 000 Männer und 41 000 Frauen an Krebs. Auch die Neuerkrankungsrate ist mit 588 gegenüber 480 je 100 000 bei Männern höher.

Nach Altersstandardisierung (Europabevölkerung) fällt der Unterschied mit 445 zu 296 je 100 000 in der Krebsbelastung für Männer noch deutlicher aus. Die Inzidenzraten sind seit Beginn der Registrierung stetig angestiegen, seit 2002/2003 deutet sich ein leichter Rückgang an. Bei Männern liegen sie auf dem gleichen Niveau wie

für Deutschland insgesamt, bei Frauen rund 10 Prozent darunter.

Das Lebenszeitrisko, an Krebs zu erkranken, beträgt bei Männern etwa 43 Prozent und bei Frauen liegt es bei etwa 33 Prozent, das heißt, jeder zweite bis dritte Mann und jede dritte Frau erkranken im Laufe ihres Lebens



Grafik: Frank Geister / medicapicture

Eine Krebszelle im Anschnitt

Verteilung der Krebsneuerkrankungen

	Männer	Frauen
Mund und Rachen	20,3	4,9
Speiseröhre	9,3	1,6
Magen	20,5	10,0
Darm	60,0	36,0
Leber	10,7	3,6
Gallenblase	3,9	5,0
Bauchspeicheldrüse	14,0	9,3
Kehlkopf	6,6	0,7
Lunge	68,4	19,1
Malignes Melanom	11,5	9,9
Sonstige Hauttumoren	65,2	43,3
Brustdrüse	0,9	86,1
Gebärmutterhals	-	10,9
Gebärmutterkörper	-	16,5
Eierstock	-	11,4
Prostata	97,4	-
Hoden	8,9	-
Niere	20,3	10,0
Harnblase	33,1	8,1
Gehirn	7,7	5,6
Schilddrüse	2,8	7,0
Hodgkin-Lymphom	2,3	2,1
Non-Hodgkin-Lymphome	12,5	9,4
Plasmozytom	5,4	3,7
Leukämien	12,9	8,1
Sonstige Lokalisationen	24,5	19,6
Insgesamt (ohne sonstige Hauttumoren)	444,6	296,4
Altersstandardisierte Raten je 100 000 (Europastandard)		

Quelle: Krebsinzidenz und Krebsmortalität, 2005-2006, Schriftenreihe GKR 1/2009

irgendwann an Krebs. Bei Männern bleibt das Krebserkrankungsrisiko bis zum Alter von 60 Jahren etwa konstant und fällt danach ab. Interessant ist, dass der Rückgang der Krebserkrankungen bei Frauen bereits zehn Jahre früher einsetzt. Mit 75 Jahren betragen die Erkrankungsrisiken noch 20 Prozent für Frauen beziehungsweise 30 Prozent für Männer.

Zum Einzugsgebiet des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR) gehört der nordöstliche Teil Deutschlands mit den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und den Freistaaten Sachsen und Thüringen. In die Inzidenzauswertungen gingen alle aus dem Einzugsgebiet des GKR ärztlich gemeldeten Krebsneuerkrankungsfälle der Diagnosejahre 2005 und 2006 ein sowie zusätzlich die sogenannten DCO-Fälle der Sterbejahre 2005 und 2006. Unter Krebs werden hier – wie international üblich – alle bösartigen Neubildungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs verstanden (C00-C97 ohne C44).

Krebserkrankungen in der Mundhöhle

Krebserkrankungen in der Mundhöhle und des Rachens umfassen bösartige Neubildungen der Lippe, der Zunge, des Mund-

bodens, des Gaumens, der Speicheldrüsen und des Rachens. Jährlich erkranken 2070 Männer und 599 Frauen an Tumoren im Bereich der Mundhöhle und des Rachens. Damit gehören sie bei den Männern zu den häufigeren Krebsarten (4,2 Prozent aller Krebsneuerkrankungen, 7. Rang). Bei Frauen treten sie seltener auf (1,4 Prozent, 18. Rang). Lediglich bei den Speicheldrüsentumoren sind Frauen und Männer mit jeweils etwa 80 Fällen jährlich gleich häufig betroffen.

Risiko für Oralkrebs

Das Risiko, an Mund- und Rachentumoren zu erkranken, beträgt bis zum 45. Lebensjahr etwa 1,7 Prozent bei Männern und 0,5 Prozent bei Frauen. Im Alter von 75 Jahren beträgt das Risiko nur noch 0,4 Prozent beziehungsweise 0,2 Prozent (Männer/Frauen). Das mittlere Erkrankungsalter ist mit 57,5 beziehungsweise 63,5 Jahren (Männer/Frauen) im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen niedrig. Die Erkrankungsraten nehmen bei Männern bis zum Alter von rund 55 Jahren kontinuierlich zu. Die höchsten Erkrankungsraten ergeben sich für Männer zwischen 50 und 65 Jahren. Danach sinken die Raten wieder. Im Alter zwischen 40 und 55 Jahren gehören Mund- und Rachentumoren zu den häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Männern.

Mehr als 50 Prozent aller Tumoren der Mundhöhle und des Rachens werden erst im Stadium 4 diagnostiziert, bei Tumoren im Rachenraum liegt diese Rate sogar viel höher (70 Prozent). Lippenkarzinome haben mit einem Anteil von über 70 Prozent im Stadium 1 die günstigste Stadienverteilung. Insgesamt haben Frauen eine bessere Stadienverteilung als Männer. Mit 37 Prozent bei Männern und 47 Prozent bei Frauen ist der Anteil der unbekanntesten Stadien sehr hoch.

sp/Micheelis

**Quelle: Gemeinsames Krebsregister.
Schriftenreihe des GKR 1/2009
(Textauszüge aus Originalbericht)**

Das Norovirus

Die Gefahr lauert auf jeder Türklinke

Über die Schweinegrippe reden alle, über das Norovirus kaum jemand.

Zu Unrecht, denn das berühmte-berühmte Virus geht wieder um. Das Robert Koch-Institut warnt eindringlich vor einer erneuten Epidemie des hoch-infektiösen Keimes.

Vor allem Kinder und alte Menschen sind davon betroffen.

Vielleicht haben wir uns schon daran gewöhnt, dass vor allem in der kalten Jahreszeit das Infektionsrisiko und die Erkrankungsrate steil ansteigen. Doch die Betroffenen sehen das ganz bestimmt mit anderen Augen. Bei einer Norovirus-Infektion kommt es nämlich plötzlich zu schwallartigem Erbrechen und wässriger Diarrhö. Nach zwölf bis 72 Stunden ist meistens der Spuk so schnell wieder vorbei, wie er gekommen ist, und die Erkrankung heilt in der Regel ohne Folgen aus. Die Infektionserkrankung grassiert überwiegend im Winter, wenn das Immunsystem vieler Menschen geschwächt ist. Bis Anfang Februar meldeten Gesundheitsämter fast 70 000 Infektionen an das RKI.

Der Erreger

Schon 1968 wurde das Virus zum ersten Mal nachgewiesen, als in Norwalk, einer amerikanischen Kleinstadt viele Bewohner an einer infektiösen Magen-Darm-Grippe erkrankten. Vier Jahre später identifizierten elektronenmikroskopische Untersuchungen es genau, und es bekam den Namen Norwalk-Virus, 2002 wurde es in Norovirus umbenannt. Es gehört zur Familie der Caliciviridae. Gemäß einer Festsetzung des

„International Committee on Taxonomy of Viruses“ (ICTV) erfolgt eine Unterteilung der humanen Caliciviren in die beiden Genera „Norovirus“ (NV) und „Sapovirus“ (SV). Das Virus ist viermal kleiner als das Grippevirus, aber hoch ansteckend – es reichen bereits zehn Partikel für eine Übertragung aus. Dann dauert es zwischen

sechs Stunden und zwei Tagen bis die Krankheit ausbricht. Bisher sind mehr als 25 verschiedene genetische Typen bekannt und ständig finden Wissenschaftler neue. Auch innerhalb des Genotyps sind die Viren extrem variabel.

Sie bestehen aus einem einzelnen kugelförmig gefalteten Strang des Erbmoleküls RNA. Wie die meisten RNA-Viren treten bei der Vermehrung verstärkt Mutationen auf. Zudem können die Erreger untereinander genetisches Material austauschen, was das Genom noch flexibler macht. Dadurch ist es kaum möglich, eine Immunität gegen den Erreger aufzubauen. Wer einmal eine Norovirus-Infektion hatte, kann sich jederzeit an einer anderen Variante des Virus erneut anstecken.

Auch Hausmittelchen, die das Immunsystem ankurbeln sollen, helfen hier nicht weiter: „Man kann sich nicht spezifisch gegen das Virus stärken“, sagt Virologe Klaus Ritter. Er rät vor allem Menschen mit geschwächtem Immunsystem, sich prophylaktisch zu schützen. Noroviren sind weltweit verbreitet und zählen auch in Deutschland zu den häufigsten Erregern infektiöser Gastroenteritiden.

Die Infektion

Tausende Deutsche haben im letzten Jahr aufgrund einer akuten Norovirus-Infektion zwei Tage oder mehr auf der Toilette verbracht. Doch weitaus gravierender als dieses vorübergehende Ereignis ist die Zahl von 75 Menschen, die in Folge der Erkrankung verstarben. „56 der Betroffenen waren über 79 Jahre alt“, sagt die Expertin Judith Koch vom Robert Koch-Institut und weist damit auf die Gefährlichkeit der Infektion für Kinder unter fünf Jahren und alte Menschen hin. „Eigentlich ist jeder Arzt verpflichtet, den Nachweis von Noroviren zu melden. Dennoch glauben wir, dass es eine hohe Dunkelziffer gibt. Denn bevor Betroffene einen Arzt aufsuchen, ist die Krankheit meist schon vorüber.“ Außerdem erfasst die Statistik nur Fälle, die labor-diagnostisch durch eine Stuhlanalyse belegt wurden.

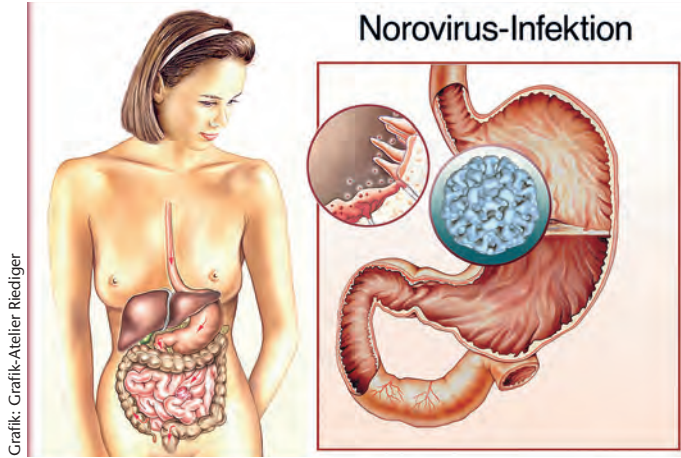
Foto: GaToR-CFX/Fotolia und Frank Geisler / medicalpicture

Gefahr besteht vor allem durch massiven Flüssigkeitsverlust. Dies trägt dazu bei, dass Norovirus-Erkrankungen die überwiegende Ursache von akuten Gastroenteritis-Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen, Krankenhäusern und Altenheimen sind. Bei Säuglingen und Kleinkindern stellen sie nach den Rotaviren die zweithäufigste Ursache akuter Gastroenteritiden dar.

Der Infektionsweg

Der neue Viren-Superstar ist besonders schwer zu entfernen, weil er eine hohe Umweltstabilität hat. Die Übertragung erfolgt fäkal-oral oder durch die orale Aufnahme virushaltiger Tröpfchen, die im Rahmen des schwallartigen Erbrechens entstehen. Das erklärt auch die sehr rasche Infektionsausbreitung innerhalb von Altenheimen, Krankenhäusern und Gemeinschaftseinrichtungen. Der Mensch ist das einzige bekannte epidemiologisch relevante Erregerreservoir.

Die direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist in erster Linie die Ursache für die hohe Zahl an Norovirus-Infektionen. Diese können aber auch von kontaminierten Speisen oder Getränken ausgehen. In Deutschland spielt diese Form der Übertragung aber keine große Rolle. „Das Virus verbreitet sich leicht, weil die Infektionsdosis sehr gering ist“, sagt Susanne Glasmacher vom Robert



Grafik: Grafik-Atelier Riediger

Das Schema zeigt den Aufenthaltsort des Virus im Körper. Der Mensch gilt als das einzig epidemiologisch relevante Erregerreservoir.

fahrtschiffen der Fall ist, setzen sich die Viren auf Türgriffen, Treppengeländern, Toiletten und Stühlen fest. Wir haben es hier mit einem klassischen Fall von Schmierinfektion zu tun“, so die Biologin. Wer mit Ausscheidungen oder Speichel von Patienten in Kontakt kommt, kann innerhalb von zwei Tagen krank werden. Noch bis zu 14 Tage nach der Erkrankung können die Viren übertragen werden.

Die hohe Infektionsrate ist durch die hohe Viruskonzentration im Stuhl und im Erbrochenen von Erkrankten, die niedrige infektiöse Dosis, die relative Umweltstabilität des Erregers und durch die nur kurz bestehende Immunität zu erklären.

Eine Kreuzfahrt, die ist lustig, so lautet die Regel. Doch oft reicht schon ein kranker Passagier, der den Keim mit an Bord bringt, um den erwarteten Glücks- in einen Horrortrip zu verwandeln. Da dieser Erreger auch außerhalb des Körpers resistent ist, überlebt

weltweit schon in diesem Jahr 700 von insgesamt 9 274 Passagieren auf sechs Schiffen daran erkrankt. Im Vorjahr grassierte das Virus auf mindestens 13 Schiffen. Auf einigen Kreuzfahrtschiffen kam es sogar zu einem mehrmaligen Ausbruch.

Die Therapie

Meist verläuft die Krankheit unangenehm, aber harmlos. Wen es erwischt hat, dem bleibt im wahrsten Sinne des Wortes nichts anderes übrig, als abzuwarten und Tee zu trinken. Tee oder salzhaltige Brühe, am besten gleich literweise konsumiert, gleichen dabei den Flüssigkeits- und Salzverlust aus. Symptomatisch können Antiemetika aus der Reiseapotheke – wie Vomex A – den unangenehmen Brechreiz dämpfen. Ansonsten helfen keine Pillen. Bettruhe ist in jedem Fall sinnvoll, damit der Patient schnell wieder zu Kräften kommt. Damit die Erreger sich nicht



Immer dort, wo viele Menschen auf relativ engem Raum zusammen sind, breitet sich das Norovirus sehr schnell aus. Besondere Gefahr besteht daher auch auf Kreuzfahrtschiffen.

Foto: MEV

Koch-Institut in Berlin. „Gerade wenn Menschen auf engem Raum zusammen sind und sich Toiletten teilen, wie es in Kindertagesstätten, Schulen, Großraumbüros, Krankenhäusern, Altenheimen, aber auch auf Kreuz-

er oft sogar das desinfizierende Schrubben der Putzkolonnen. Vor allem in den Wintermonaten macht sich das Norovirus auf Kreuzfahrtschiffen breit. Nach Auskunft der CDC (Centers for Disease Control) sind

weiter ausbreiten können, ist das gründliche Waschen der Hände nach jedem Toilettengang und vor jedem Essen eine conditio sine qua non. Auch Bettwäsche, Handtücher und Kleidung sind nach der Ansteckung

mit Noroviren befallen. Diese müssen deshalb mit mindestens 60 Grad gewaschen werden. Durch die lang anhaltende Ansteckungsgefahr sollte man auch zwei Wochen nach der Erkrankung nicht auf akribisches Händewaschen verzichten. Wer erst einmal Erbrechen und Durchfall hinter sich hat, kann nach und nach wieder anfangen zu essen – klare Suppen, Haferschleim, Zwieback, Toast. Wichtig: Erst mal keine Süßigkeiten und nichts Fettessen.

Die Prophylaxe

Verstärkt auf Sauberkeit zu achten ist die einzige Möglichkeit, das Virus einzudämmen. Gerade nach dem Toilettengang ist Händewaschen mit entsprechenden Desinfektionsmitteln oder zumindest Flüssigseife Pflicht. Auch, wenn man mit vielen Menschen zusammen oder mit Bus und Bahn unterwegs war, kann Händewaschen vorbeugen. Das gilt besonders nach Benutzung öffentlicher Toiletten oder Räumlichkeiten. Auch der Verzicht auf Händeschütteln hilft in diesen besonderen Zeiten mehr, als man denkt.

Die Folgen für die Zahnarztpraxis

Da eine Impfung nicht zur Verfügung steht, ist die konsequente Einhaltung der allgemeinen und besonderen Hygieneregeln, auch über den Hygieneplan hinaus – insbesondere in der symptomatischen Phase – wichtig. Zahnärzte und zahnärztliches Personal sind nämlich nicht nur Empfänger von pathogenen Mikroorganismen, sondern auch potenzielle Verteiler dieser Keime. Um



Foto: MEV

Mit regelmäßigem Händewaschen mit Seife kann man sich vor einer Ansteckung gut schützen. Zusätzlich sollten auch Handtücher mit mindestens 60 Grad gewaschen werden!



diesen wechselseitigen Möglichkeiten von Keimübertragungen an möglichst vielen Stellen einen Riegel vorzuschieben, werden die geforderten Hygienemaßnahmen im Sinne sowohl des Patienten als auch des Personalschutzes durchgeführt.

Das Tragen von Einmalhandschuhen, langärmeligen Schutzkitteln, eines mehrlagigen, nicht durchfeuchteten Mund-Nasen-Schutzes, ist nicht nur in diesen Fällen eine *conditio sine qua non*.

Konsequente Desinfektion

Eine konsequente Händedesinfektion und eine erhöhte Reinigungs-/Desinfektionsfrequenz von patientennahen Flächen im Wartebereich und in den Behandlungsräumen sowie von Toiletten, Waschbecken, Türgriffen, Bedienelementen, Tastaturen und mehr hilft, die Infektionsgefahr für Patient und Praxispersonal wirksam zu reduzieren. Bei sichtbarer Kontamination ist – um eine Antrocknung zu verhindern – eine sofortige Reinigung und Desinfektion durchzuführen. Zur Desinfektion sind nur Präparate mit nachgewiesener viruzider Wirksamkeit geeignet, denn Noroviren sind gegen viele Desinfektionsmittel resistent! Erkrankte Praxismitglieder dürfen ihren Dienst erst wieder aufnehmen, wenn nach Ausbleiben der Symptome 48 Stunden verstrichen sind. Patienten mit einer Verdachtsdiagnose sollten den Wartebereich erst gar nicht betreten und in einem gesonderten Raum auf eine Notfallbehandlung warten. Ist keine Sofortmaßnahme notwendig, werden sie gebeten, sich zur Weiterbehandlung erst zwei Tage nach dem Abklingen der klinischen Symptome zu melden. Auch sollten sie auf die notwendige Händedesinfektion hingewiesen werden. Wie so oft gilt auch innerhalb und außerhalb der Praxisräume: Weniger ist mehr! Vermeiden Sie deshalb unbedingt die gebräuchliche Begrüßungsform des „Händeschüttelns“ – auch wenn es schwerfällt!

*Dr. Gerd Basting
Giesebrechtstr. 8
10629 Berlin
g.basting@gmx.de*

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

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

Konservierende Zahnmedizin

Bisshebung mit direkter Adhäsivtechnik

Das Ziel der vorliegenden Studie war die Nachuntersuchung von klinischen Fällen nach drei Jahren, bei denen mit direkter Adhäsivtechnik Bisshebungen durchgeführt wurden bei Patienten mit massiven okklusalen Erosions- und Abrasionsdefekten.

Der Wiederaufbau verloren gegangener Zahnhartsubstanz an erosions- und abrasionsgeschädigten Gebissen stellt eine besondere Herausforderung dar, weil mit dem Abtrag der Zahnhartsubstanz in der Regel auch eine Änderung der Vertikaldimension im stomatognathen System einhergeht. Eine Rekonstruktion der Okklusalfächen

Weiterentwicklung der Komposit-Füllungsmaterialien werden inzwischen Produkte angeboten, für die zuverlässige klinische Langzeiterfolge nachgewiesen wurden. Dadurch hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen, Kompositmaterialien auch im Seitenzahnbereich für okklusionstragende Restaurationen zuzulassen. Damit könnte sich auch

tor aufzuwachsen, um eine neue, funktionell abgestimmte Okklusionsbeziehung zwischen Ober- und Unterkiefer herzustellen. Über diese neuen Kauflächen-gestaltungen werden auf einem Duplikatmodell Tiefziehschienen hergestellt, um diese im Mund des Patienten zum direkten Aufbau der Okklusalfächen mit Kompositen in Kombination mit der Adhäsivtechnik zu nutzen.

In den Jahren 2004 und 2005 wurden von der Autorengruppe auf diese Weise sieben Patienten versorgt. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war, das klinische Erscheinungsbild solcher Rekonstruktionen mit Bisshebung nach drei Jahren nachzuuntersuchen. Dazu wurden bei den Patienten (Durchschnittsalter: 36 ± 6 Jahre) insgesamt 87 Seitenzähne mit durch Erosion und/oder Abrasion bedingten, massiven okklusalen Zahnhartsubstanzverlusten mit Komposit okklusal wieder aufgebaut. Nach der Eingangsuntersuchung wurden die Ursachen für die erosionsbedingten Substanzverluste ermittelt und gegebenenfalls (bei Vorliegen einer Bulimie

oder gastro-ösophagealer Reflux-Problematis) medizinisch behandelt. Mit einer Schienenvorbehandlung für vier bis sechs Monate wurde überprüft, dass die angestrebten neuen Bisslagen von den Patienten akzeptiert wurden, um dann mit einer Tiefziehschiene, die am endständigen Zahn der Zahnreihe und im Frontzahnbereich auf der vorhandenen Zahnoberfläche abgestützt war, mit Komposit aufzubauen. Dazu wurde die natürliche Zahnhartsubstanz im Sinne der Etch&Rinse-Technik (Syntac, Ivoclar Vivadent) vorbehandelt, vorhandene Kompositfüllungen wurden zuvor mit einem Pulverstrahlgerät angeraut. Die einzelnen Okklusalfächen wurden alternierend in die neue Bisslage mit Komposit (Tetric Ceram, Ivoclar Vivadent) aufgebaut. Die Nachbarzähne wurden dabei geschützt, so dass jeder Approximalbereich mit Zahnseide gängig war.

Die klinische Nachuntersuchung nach drei Jahren erfolgte unter Verwendung der modifizierten USPHS-Kriterien durch drei Zahnärzte, die sich bei Unstim-

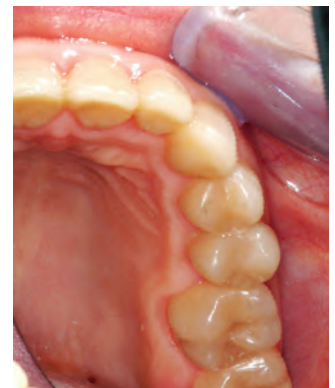


Weltweit wird auf dem Gebiet der Zahnmedizin geforscht und diese Forschungsergebnisse werden in internationalen Fachzeitschriften publiziert. Aber welcher Zahnarzt schafft es zeitlich, alle Veröffentlichungen zu lesen, selbst wenn sie noch so interessant sind? Deshalb haben Fachleute hier wichtige aktuelle Arbeiten, die auch für den täglichen Praxisablauf relevant sind, zusammengefasst.

muss daher bezüglich Langzeitstabilität, Funktion und Ästhetik den Ansprüchen der Patienten entsprechen. Traditionsgemäß wurden daher für die Therapie solcher Fälle VMK-Kronen oder Keramikoverlays eingesetzt, die vergleichsweise teuer und vor allem sehr invasiv sind. Durch die

für eine Bisshebung im erosions- und abrasionsgeschädigten Gebiss eine neue Indikationsstellung für diese Materialgruppe ergeben.

In der wissenschaftlichen Literatur wird vorgeschlagen, die durch Schienenvorbehandlung abgesicherte neue Bisslage im Artikula-



migkeiten im Urteil auf einen Konsens einigten. Die Gesamtqualität der Restaurationen war gut und wurde mit überwiegenden „Alpha“-Beurteilungen – der besten Note – eingeschätzt. Nur die Randqualität zeigte einige Abweichungen mit 37 Prozent „Bravo“ für Randverfärbungen (leichte Verfärbung, durch Nacharbeiten entfernbar) und 45 Prozent „Bravo“ für Randintegrität (positive oder negative Stufe, die durch Nacharbeiten entfernt werden konnte). Nur eine Restauration zeigte röntgenologische Zeichen einer Füllungsrandkaries. Das Oberflächenverhalten und die Farbstabilität der Kompositrestaurationen wurden mit „Alpha“ bewertet. Die anatomische Form der meisten rekon-

struierten Okklusalfächen wurde auch nach drei Jahren mit „Alpha“ bewertet. Die 46 Prozent „Bravo“-Beurteilungen bezogen sich auf geringe Substanzverluste im Komposit durch Attrition, während nur zwei okklusale Rekonstruktionen Ausdehnungen des Kompositverlusts bis zur Zahnhartsubstanz aufwiesen und mit „Charlie“ eingestuft wurden. Zwei Zähne wurden von der Beurteilung ausgeschlossen, da sie kurz vor dem Nachuntersuchungstermin behandelt werden mussten.

Alle Zähne waren noch vital und zeigten keine Hinweise auf Hypersensibilitäten bei Überprüfung durch die Sonde oder im Luftstrom. Die parodontalen Gewebe waren entzündungsfrei

bis auf zwei Patienten mit einer Gingivitis und einen Patienten mit Attachmentverlust durch einen benachbarten, irregulär durchbrechenden Weisheitszahn.

Die subjektive Beurteilung durch die Patienten mit einer visuellen Analogskala zeigte hohe Zufriedenheit mit der Behandlung. Muskel- und Kiefergelenksprobleme traten nur bei einer Patientin auf, die bereits vor der Rekonstruktion bestanden, die allerdings weder stärker empfunden noch durch die Behandlung gelindert wurden. Alle Patienten würden die Behandlung ohne Bedenken anderen Patienten empfehlen.

Bisher gibt es nur wenige klinische Untersuchungen zur

okklusalen Rehabilitation mit Kompositen, da der umfangreiche Einsatz von Kompositen in okklusionstragenden Bereichen über viele Jahre kritisch gesehen wurde. Die Autoren der vorliegenden Studie kommen allerdings zu dem Schluss, dass direkte Kompositrestaurationen zur Wiederherstellung von stark abradieren Gebissen zumindest eine mittelfristig temporäre Versorgung mit einer non-invasiven und preiswerten Behandlungstechnik darstellen.

Quelle: Schmidlin PR, Fili T, Imfeld C, Tepper S, Attin T. Three-year evaluation of posterior vertical bite reconstruction using direct resin composites - A case series. Oper Dent 2009;34:102-108.

Konservierende Zahnmedizin

Selbst-ätzende Ein-Flaschen-Adhäsive: praktisch – aber auch wirksam

Das Ziel der vorliegenden Studie war zu untersuchen, ob die Produkte der selbst-ätzenden Ein-Schritt-Adhäsive tatsächlich als vorteilhaft in der Anwendung im Vergleich zu den Mehr-Schritt-Adhäsiven einzuschätzen sind.

Im Vergleich zu den Etch&Rinse-Adhäsiv-Systemen werden den selbst-ätzenden Adhäsiv-Systemen einige Vorteile zugeschrieben wie geringe Techniksensibilität und schnellere Arbeitsweise, weil die Arbeitsschritte des Anätzens mit Phosphorsäure und



Foto: Dr. Uwe Blünck

selbst-ätzenden Produkten zunächst die Zwei-Schritt-Applikation, also die getrennte Applikation eines Primers und eines Adhäsivs (auch Bonding genannt), angeboten, um dann sogenannte All-in-one-Adhäsive zu entwickeln, die aus Monomerlösungen bestehen, die alle vorbereitenden Arbeitsschritte – ätzen, primen und bonden – in einem erfüllen können. Diese werden sowohl als Zweiwie auch seit Kurzem als Ein-Komponenten-Produkte angeboten. Sie können somit direkt aus der Flasche zur Anwendung gebracht werden.

Dazu wurden in der vorliegenden Untersuchung

■ die Haftwerte zum des anschließenden Absprühens wegfallen. Weiterhin wird das Kollagenetzwerk zeitgleich mit der Demineralisation von Monomeren durchdrungen, wodurch sich eine optimal infiltrierte Hybridschicht bilden müsste. Schließlich werden auch weniger postoperative Sensibilitäten erwartet, weil durch milde selbst-ätzende Adhäsivsysteme Hydroxylapatit-Kristalle an der Dentinoberfläche zurückbleiben für eine mögliche chemische Bindung und die Schmierschicht-Pfropfen nicht wie bei einer Phosphorsäure-Ätzung herausgelöst werden, so dass weniger Dentinliquor-Fluss zu einer Reizung der A-delta-Fasern führen sollte.

In der Entwicklung der Adhäsivsysteme wurde auch bei den

Schmelz und Dentin im Mikro-Zugfestigkeitstest bestimmt, ■ die Kontaktflächen der Adhäsive zu den Zahnhartsubstanzen im Transmissions-Elektronenmikroskop ausgewertet und ■ die Arbeitsschritte der verschiedenen Produkte in ihrem zeitlichen Aufwand und bezüglich ihrer Technik-Anfälligkeit beurteilt.

Es wurden dazu neun selbst-ätzende Ein-Schritt-Adhäsive, davon zwei (Adper Prompt L-Pop und Xeno III), die für die Applikation angemischt werden müssen, und die bereits gebrauchsfertig angebotenen Produkte Absolute, Clearfil Tri-S Bond, G-Bond, Hybrid Bond, iBond GI, One-up Bond F Plus und OptiBond All-in-one getestet. Verglichen wurden

die Ergebnisse mit denen von Produkten, die in der wissenschaftlichen Literatur als sogenannter Goldstandard eingeschätzt werden, Clearfil SE-Bond, ein „Zwei-Schritt selbst-ätzendes“ Produkt, und OptiBond FL, ein „Drei-Schritt Etch&Rinse-Adhäsiv“.

Die Haftwerte des Etch&Rinse-Kontroll-Adhäsivs zeigten zwar die höchsten Werte, waren aber im Schmelz im Vergleich zu den Ergebnissen nur für Absolute und OptiBond AIO, im Dentin nur zu den Resultaten für Absolute und iBond GI statistisch signifikant unterschiedlich. Das bedeutet, dass die Haftwerte für die klinisch bewährten Kontroll-Adhäsive (OptiBond FL und Clearfil SE Bond) zu den Resultaten der anderen Ein-Schritt-ein-Flaschen-Adhäsive als gleichwertig einzuschätzen sind. Dies wird allerdings von den Autoren auf die große Anzahl der getesteten Produkte zurückgeführt, weil dadurch bei der statistischen Berechnung durch die vielen Vergleiche die Trennschärfe verloren geht.

Die Verbundzone zwischen Adhäsiv und Dentin war innerhalb der getesteten Adhäsivgruppen sehr unterschiedlich in Abhängigkeit von der Zusammensetzung und dem Säuregrad der jeweils eingesetzten Adhäsive. Die komplexe Mischung verschiedener Monomere in einem sauren Milieu stellt für die Ein-Schritt-ein-Flaschen-Adhäsive ein besonderes Problem dar, da es während der Applikation

durch das Verdunsten der Lösungsmittel leicht zu einer Phasenseparation der Monomergemische kommen kann. Um dies zu verhindern, müssen manche Systeme kräftig verblasen werden, wodurch eine sehr dünne, aber auch durch Sauerstoff inhibierte Adhäsivschicht entstehen kann, deren geringere Konversionsrate (Vernetzungsgrad) kritisch gesehen wird. Der pH-Wert eines Adhäsivs an sich lässt noch keine Rückschlüsse auf deren Wirksamkeit in der Haftung zum Schmelz in dem Sinne zu, dass saurere Lösungen eine bessere Ätzung und damit höhere Haftwerte erreichen können. So sind die Mikro-Zugfestigkeitstest-Werte von Clearfil Tri-S Bond höher als die für Adper Prompt L-Pop und Xeno III, obwohl es zu den milden selbst-ätzenden Adhäsiven (pH ~ 2) gehört.

Es wird in der Diskussion der Studie herausgestellt, dass die mechanischen Eigenschaften der Adhäsive bedingt durch deren Monomerstrukturen und deren Vernetzung durch die Aushärtung höheren Einfluss auf die Haftwerte haben als der Säuregrad. Aus der Tatsache, dass für die beiden Adhäsivsysteme Adper Prompt L-Pop und Xeno III, die beide vor der Applikation angemischt werden müssen, relativ große Standardabweichungen der Resultate und hohe Zahlen an Verlusten vor der Testung der Probenkörper im Mikro-Zugfestigkeitstest auftraten, schließen die Autoren auf eine höhere Tech-

nik-Sensibilität als für die Ein-Schritt-ein-Flaschen-Adhäsive. Die Auswertung der Transmissions-Elektronen-Mikroskopie zeigt in hoher Auflösung drei unterschiedliche Strukturen von Hybridschichten in Abhängigkeit vom pH-Wert der sauren Monomerlösungen. Die Dicke der Hybridschicht (von Monomeren durchdrungene Kollagenetzwerkstruktur) variiert dabei von 300 nm bis hin zu 5000 nm (5 µm), korreliert aber nicht mit den Haftwerten für die entsprechenden Adhäsive. Alle getesteten Adhäsive, also auch die Kontrollgruppen, zeigten Hinweise auf Nanoleakage. Dies bedeutet, dass alle Adhäsive zu einem gewissen Ausmaß permeabel für Wasser sind. Eine quantitative Aussage zum Nanoleakage war wegen der sehr inkonstanten Silberablagerungen in den Proben in dieser Studie nicht möglich. Die über der Hybridschicht liegende Adhäsivschicht variiert

ebenfalls stark, bedingt durch unterschiedliche Applikationsweisen. Wenn das aufgetragene Adhäsiv mit dem Luftbläser entsprechend der Arbeitsanleitung stark verblasen wird, ergeben sich Schichtstärken von 10 µm, während bei den Kontroll-Adhäsiven Schichtdicken von circa 50 µm gemessen wurden. Bedenken werden daher bei den Ein-Schritt-ein-Flaschen-Adhäsiven bezüglich der sicheren Aushärtung der Adhäsivschicht geäußert, die durch Sauerstoff beeinträchtigt werden kann. In den lichtmikroskopischen Untersuchungen der applizierten Ein-Schritt-ein-Flaschen-Adhäsive zeigten diese unterschiedliche Tröpfchenbildung während der Applikationsphase in Abhängigkeit von der Hydrophilie der jeweiligen Adhäsive. So kam es beim HEMA-freien G-Bond zu einer Phasenseparation, während die HEMA-haltigen Adhäsivsysteme Clearfil Tri-S-Bond und Xeno III Tröpfchenbildung durch

Osmose zeigten. Hybrid Bond, Absolute und iBond GI zeigten beide Phänomene. OptiBond AIO fiel durch Clusterbildung der Füllerpartikel auf.

Die Applikationszeiten der getesteten Adhäsive wurden für jeden einzelnen Arbeitsschritt gemessen und zusammengestellt. Die Auswertung ergab Zeiten von circa 36 s (G-Bond, One-up Bond F Plus, Absolute) für die „schnellsten“ Adhäsive, 42 und 44 s für Hybrid Bond und Clearfil Tri-S-Bond, sowie eine Gruppe von 55 bis 60 s (Xeno III und Adper Prompt L-Pop), zu der auch das Zwei-Schritt selbst-ätzende Produkt Clearfil SE Bond gehört. Längere Applikationszeiten von 71 beziehungsweise 76 s werden für OptiBond AIO und iBond GI benötigt, wobei das Etch&Rinse-Kontrollprodukt OptiBond FL natürlich mit 113 s für eine sachgerechte Applikation am längsten benötigt.

Die Autoren ziehen aus ihrer Studie folgende Schlüsse:

- „Simplifizierte“ Adhäsivsysteme sind nicht notwendigerweise auch als verbessert einzuschätzen.
- Bezüglich des Applikationsaufwands stellen nicht alle Ein-Schritt-ein-Flaschen-Adhäsive eine deutlich bessere Alternative zu den Mehr-Schritt-Adhäsiven dar.
- Vor allem die Tröpfchenbildung und deren Einfluss auf die Langzeit-Wirksamkeit der getesteten Adhäsivsysteme werden sich erst nach entsprechenden In-vitro-, aber vor allem nach klinischen Studien endgültig zeigen.

Quelle: Van Landuyt KL, Mine A, De Munck J, Jaecques S, Peumans M, Lambrechts P, Van Meerbeek B. Are one-step adhesives easier to use and better performing? Multifactorial assessment of contemporary one-step self-etching adhesives. J Adhes Dent 2009;11:175-190.

*OA Dr. Uwe Blunck
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abt. für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Abmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
uwe.blunck@charite.de*

Prophylaxe

Phytatzusatz in einer Mundspüllösung könnte Zahnsteinbildung vermindern

In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Zugabe von Phytat und Zink zu einer Mundspüllösung bei zweimaliger Anwendung am Tag die Konzentration von Kalzium im Speichel vermindert. Dies könnte die Zahnsteinbildung verringern.

Die Mineralisierung von Plaque und die damit im Zusammenhang stehende Zahnsteinbildung ist die Folge einer Übersättigung des Speichels mit Kalziumphosphaten, wie mit Hydroxylapatiten und Brushiten. Phytat ist ein sekundärer Pflanzenstoff, der vor allem in der Kleie von Getreidepflanzen und in Hülsenfrüchten vorkommt. Es dient dem Pflanzenkeimling der Speicherung von Phosphat und Kationen (unter anderem Kalzium-, Magnesium-, und Eisen(II)-Ionen) für die Wachstumsphase. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass Phytat beispielsweise die Bildung und das Wachstum von Hydroxylapatiten und Brushiten unterbrechen kann. Die Kalziumkomplexbildung von Phytaten wird dabei in Anwesenheit von Zinkionen verstärkt. Das stellt einen interessanten Ansatz

für die orale Anwendung von Phytaten zur Hemmung von Zahnsteinbildung und -wachstum dar, der in der hier vorgestellten Studie untersucht wurde. Ziel der Studie war herauszufinden, ob die ionenbindende Eigenschaft von Phytat in der Plaque nachweisbar ist und sich daraus möglicherweise eine therapeutische Option für die Verminderung der Zahnsteinbildung ableiten lässt.

25 Probanden nahmen an der Studie teil. Die Studie wurde in drei Phasen mit einer Dauer von jeweils drei Wochen unterteilt: eine Kontroll-, eine Placebo- und eine Testphase. In der Kontrollphase wurde keine Mundspüllösung verwendet, in der Placebophase eine kommerziell erhältliche Mundspüllösung ohne jegliche Zusätze und in der Testphase eine mit Zink und Phytat

angereicherte Mundspüllösung. Die Probanden haben zweimal täglich mit 20 ml der entsprechenden Lösung gespült. Am Ende einer jeden Phase wurde jeweils die sich in dieser Zeit gebildete Plaque durch einen Untersucher von den Zähnen entfernt und anschließend im Hinblick auf den Gehalt von Kalzium, Magnesium und Phosphat untersucht. Die Verblindung des Untersuchers wurde dadurch erreicht, dass die Patienten in beliebiger Reihenfolge die Test-, Placebo- und Kontrollphase durchführen konnten.

Die Menge von Kalzium, Phosphat und Magnesium in der Plaque verminderte sich in der Testgruppe signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe. Bei Kalzium und Phosphat war die Konzentration nach Verwendung der phytathaltigen Mundspül-

lösung um den Faktor drei niedriger im Vergleich zum Placebo. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Placebogruppe wurden nicht gefunden.

Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass eine phytat- und zinkhaltige Mundspülung zu einer Reduktion der Zahnsteinbildung führen kann.

Quelle: Grases F, Perello J, Sanchis P, Isern B, Prieto RM, Costa-Bauza A, Santiago C, Ferragut ML, Grontera G. Anticalculus effect of a trislosan mouthwash containing phytate: a double-blind, randomized, three-period crossover trial. *J Periodont Res* 2009; 44: 616-621.

Dr. Daniela Stephan
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Charité Centrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abt. für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Abmannshäuser Str. 4-6
141 97 Berlin
Daniela.Stephan@charite.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Zehn Euro für mehr Menschlichkeit

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte
für Lepra- & Notgebiete

dZI

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

Zehn Euro für mehr Menschlichkeit

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

www.hilfswerk-z.de



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 77	Implantologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 78
	KZV Baden-Württemberg	S. 79		KZV Baden-Württemberg	S. 79
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 80		ZÄK Nordrhein	S. 80
	ZÄK Nordrhein	S. 81		ZÄK Bremen	S. 82
Akupunktur	LZK Berlin/Brandenburg	S. 78	Kinderzahnheilkunde	KZV Baden-Württemberg	S. 78
Allgemeine ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 78		ZÄK Niedersachsen	S. 79
	KZV Baden-Württemberg	S. 78	Konservierende ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 77
Chirurgie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 77		ZÄK Bremen	S. 82
EDV	LZK Rheinland-Pfalz	S. 77	Notfallbehandlung	ZÄK Niedersachsen	S. 79
Endodontie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 77	Parodontologie	ZÄK Nordrhein	S. 80
	ZÄK Nordrhein	S. 80		ZBV Unterfranken	S. 81
Ergonomie	KZV Baden-Württemberg	S. 79		ZÄK Hamburg	S. 81
Fotografie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 78	Praxismanagement	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 77
Fortbildung für ZFA	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 77		LZK Rheinland-Pfalz	S. 77
	KZV Baden-Württemberg	S. 78		KZV Baden-Württemberg	S. 78
	ZÄK Nordrhein	S. 81		ZÄK Niedersachsen	S. 79
Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 77		ZÄK Bremen	S. 82
			Prophylaxe	KZV Baden-Württemberg	S. 78
			Prothetik	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 77
				LZK Berlin/Brandenburg	S. 78
				ZÄK Bremen	S. 82
			Qualitätsmanagement	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 77
				LZK Berlin/Brandenburg	S. 78
			Recht	KZV Baden-Württemberg	S. 79
				ZÄK Niedersachsen	S. 80
			Restaurative ZHK	KZV Baden-Württemberg	S. 78
			Röntgen	ZÄK Nordrhein	S. 81
				ZÄK Hamburg	S. 81

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 77**

Kongresse **Seite 82**

Universitäten **Seite 86**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 86**

Freie Anbieter **Seite 86**

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Gewinnsteigerung in der Zahnarztpraxis – Sofortmaßnahmen mit großer Wirkung
Referent: Dipl.-oec. Hans-Dieter Klein – Stuttgart
Termin: 18.06.2010: 13.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: ZA: 253 EUR, ZFA: 126 EUR
Fortbildungspunkte: 7
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 008

Thema: Arbeitskreis zahnärztliche Berufsausübung
Referent: Dr. Hendrik Schlegel – ZÄKWL
Termin: 23.06.2010: 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA: 109 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: ARB 10 710 008

Thema: Aktuelle Aspekte in der Teilprothetik: Konzepte, Materialien, Innovationen
Referenten: ZÄ Natalie Weber – Münster, ZA Marc Spägle – Münster
Termin: 23.06.2010: 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA: 65 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Gelsenkirchen, InterCity Hotel, Ringstr. 1-3, 45879 Gelsenkirchen
Kurs-Nr.: DEZ 10 750 024

Thema: Initiative Zahnheilkunde plus (IZP), Fachbereich Konservierende Zahnheilkunde, Theorie und Abrechnung
Referenten: Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle – Heidelberg, Dozententeam der ZÄKWL
Termin: 23.06.2010: 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: ZA: 139 EUR, ZFA: 69 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 060

Thema: Cpd Endo („Continuing professional development“) Teil 1
Referenten: Prof. Dr. Edgar Schäfer – Münster, Dr. Florian Tröger – Münster
Termin: 25.06.2010: 14.00 – 20.00 Uhr, 26.06.2010: 09.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: ZA: 500 EUR
Fortbildungspunkte: 11
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 086

Thema: Z-PMS 2007 Anwenderfortbildung – vertiefender QM-Workshop zu Kennzahlen und Zielvereinbarungen in der qualitätsorientierten Praxis
Referent: Dozententeam der ZÄKWL
Termin: 25.06.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA: 179 EUR, ZFA: 119 EUR
Fortbildungspunkte: 6
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 762 111

Thema: Diagnostik in der ZMK auf psychischer Ebene
Referent: Prof. Dr. Hans-Peter Jöhren – Bochum
Termin: 30.06.2010: 15.30 – 18.30 Uhr
Gebühr: ZA: 142 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 101

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Sonntagsfortbildung / Evidenzbasierte Konzepte in der regenerativen plastisch-ästhetischen Parodontalchirurgie (hands-on)
Referent: Prof. Dr. Anton Sculean – Bern
Termin: 18.04.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 108133
Kursgebühr: 270 EUR

Thema: Hygiene-Workshop / MPG-Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung
Referentin: Frau Christmann – Neustadt/Weinstraße
Termin: 21.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 108271
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: ZQMS in der praktischen Anwendung
Referenten: Frau Christmann – Neustadt/Weinstraße, Herr Salm – Friedberg
Termin: 05.05.2010: 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189 Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 108285
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: ZQMS-EDV-Grundlagen
Referent: Herr Dr. Dausch – Mainz
Termin: 05.05.2010: 17.00 – 19.00 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189 Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 108286
Kursgebühr: 80 EUR

Thema: ZQMS in der praktischen Anwendung
Referenten: Frau Christmann – Neustadt/Weinstraße, Herr Salm – Friedberg
Termin: 12.05.2010: 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189 Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 108287
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: ZQMS-EDV-Grundlagen
Referent: Herr Dr. Dausch – Mainz
Termin: 12.05.2010: 17.00 – 19.00 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189 Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 108288
Kursgebühr: 80 EUR

Thema: Implantate – Trigger für chronische Erkrankungen?

Referentin: Dr. Elisabeth Jacobi-Gresser – Mainz

Termin: 19.05.2010:
14.00 – 18.00 Uhr

Ort: LZK

Sonstiges: Aus der Kursreihe „Oralchirurgisches Kompendium“

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 108112

Kursgebühr: 160 EUR

Auskunft und Anmeldung:

LZK Rheinland-Pfalz
Frau Albrecht / Frau Faltin
Langenbeckstraße 2
55131 Mainz
Tel.: 06131/96136-60
Fax: 06131/96136-89

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Thema: Totalprothese von A bis Z [8+1+8+1 Fp]

Referent: Ernst O. Mahnke – Nienburg

Termin:
28.05.2010: 09.00 – 18.00 Uhr,
29.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 425 EUR
Kursnr.: 0708.3

Thema: Fotodokumentation in der kieferorthopädisch. Praxis [8+2 Fp]

Referent: Prof. Dr. Ralf Radlanski – Berlin
Termin: 29.05.2010:
09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 195 EUR
Kursnr.: 0913.1

Thema: Gelebtes Qualitätsmanagement – Praxisorganisation, Führung und Alltag optimieren [5+8 Fp]

Referent: Bernd Sandock – Berlin

Termin:
04.06.2010: 15.00 – 19.00 Uhr,
05.06.2010: 09.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: 255 EUR
Kursnr.: 5071.1

Anzeige

Thema: Abrechnung Parodontologischer Leistungen nach BEMA und GOZ [8 Fp]

Referent: Rainer Linke – Potsdam

Termin: 05.06.2010:
09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 185 EUR
Kursnr.: 0402.2

Thema: Unsere Zahnbilder im richtigen Licht – Digitale Fotografie in der Zahnarztpraxis [8+1 Fp]

Referenten: Peter Adamik – Berlin,
Dr. Dr. Annette Strunz – Berlin

Termin: 12.06.2010:
09.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: 155 EUR
Kursnr.: 6044.1

Thema: Update Zahnheilkunde 2010 [8 Fp]

Referenten: Prof. Dr. Nicole Arweiler – Freiburg, Dr. Edgar Hirsch – Leipzig, Dr. Wolfgang Westermann – Emsdetten

Termin: 12.06.2010:
09.00 – 15.30 Uhr

Gebühr: 75 EUR
Kursnr.: 4502.0

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

Thema: Prophylaxe für Patchwork-Zähne: Zahnersatz und Implantate

Referentin: Annette Schmidt – München

Termin: 23.04.2010
Gebühr: 225 EUR

Kurs-Nr.: 10/408

Thema: FIT für die Kinder- und Jugendprophylaxe

Referentin: Annette Schmidt – München

Termin: 24.04.2010

Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/409

Thema: Stift oder kein Stift? – Adhäsiv befestigt oder zementiert?

Referenten: Dr. Markus Kaup und Dr. Sven Duda – Münster

Termin: 24.04.2010

Gebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 10/115

Thema: Vollkeramische Restauration – Indikation

Referent: Dr. Michael Leistner – Freiburg

Termin: 28.04.2010

Gebühr: 190 EUR
Kurs-Nr.: 10/116

Thema: Bleaching – Trend in der modernen Zahnheilkunde

Referent: PD Dr. Karl-Thomas Wrbas – Freiburg

Termin: 30.04.2010

Gebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: 10/117

Thema: Der allgemeinmedizinische Risikopatient in der zahnärztlichen Praxis

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi – Basel

Termin: 07.05.2010

Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 10/118

Thema: Telefontraining: patientenbezogen und stressfrei in allen Situationen telefonieren!

Referentin: Brigitte Kühn – Tutzing

Termin: 07.05.2010

Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/410

Thema: Durchblick im Dschungel der Adhäsivsysteme

Referent: Dr. Uwe Blunck – Berlin

Termin: 08.05.2010

Gebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 10/120

KZV Baden- Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Grundlagen der Betriebswirtschaft für die Zahnarztpraxis

Referent: Dirk Nayda – Titisee-Neustadt

Termin: 21.04.2010

Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 10/113

Thema: Feinheiten der erfolgreichen Rezeptionstätigkeit
Referentin: Brigitte Kühn – Tutzing
Termin: 08.05.2010
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/411

Thema: Sicherheit in der Implantologie: Risikominimierung in der Zahnarztpraxis
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi – Basel
Termin: 08.05.2010
Gebühr: 475 EUR
Kurs-Nr.: 10/119

Thema: AVL-Kalkulation, GOZ-Abrechnung, PKV-Gutachterkonflikte und KFO-Erwachsenenbehandlung
Referent: Prof. Dr. Dr. Robert Fuhrmann – Halle
Termin: 21./22.05.2010
Gebühr: 525 EUR (Einzelpreis), 95 EUR (je weiteres Praxismitglied)
Kurs-Nr.: 10/308

Thema: Ehe- und Partnerschaftsvertrag
Referent: Dr. Claudio Nardi, Notar – Lössrach
Termin: 19.05.2010
Gebühr: 49 EUR
Kurs-Nr.: 10/535

Thema: Ergonomie in der Zahnarztpraxis – Optimale Patientenlagerung, ökonomische Arbeitsweise
Referent: Manfred Just – Forchheim
Termin: 22.05.2010
Gebühr: 325 EUR (Einzelpreis), 75 EUR (je weiteres Praxismitglied)
Kurs-Nr.: 10/309

Auskunft: Sekretariat des Fortbildungsforums Freiburg
 Tel.: 0761/4506-160 oder -161
 Anmeldung bitte schriftlich an:
 Fortbildungsforum / FFZ
 Merzhauser Str. 114-116
 79100 Freiburg
 e-mail: info@ffz-fortbildung.de
 www.ffz-fortbildung.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Prof. Dr. Hartmut Hagemann
Termin: 28.04.2010:
 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 85 EUR
Kurs Nr.: Z 1027 (5 Punkte)

Thema: Zauberhafte Kinder ohne Zaubertricks: Psychologisch-pädagogische Patientenführung in der Kinderzahnheilkunde
Referentin: drs. Johanna Maria Kant

Termin: 08.05.2010:
 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 235 EUR
Kurs Nr.: Z 1031 (8 Punkte)

Thema: Beraten mit Herz und Verstand: Patienten von der Qualität und dem Nutzen außervertraglicher Leistungen überzeugen
Referentin: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin: 19.05.2010:
 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 285 EUR
Kurs Nr.: Z/F 1032 (7 Punkte)

Thema: Bewährte Möglichkeiten der Diagnostik und initialen Therapie von Funktionsstörungen mit Aufbissbehelfen
Referentin: Theresia Asselmeyer
Termin:
 28.05.2010: 14.00 – 18.00 Uhr,
 29.05.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 295 EUR
Kurs Nr.: Z 1034 (14 Punkte)

Juristisch-wirtschaftliche Vortragsreihe 2010**Programm:**

Thema: Krisenfrüherkennung und Maßnahmen zur Liquiditätssicherung

Referenten: Hans-Heinrich Hemme, Fachberater für Zahnärzte, Deutsche Apotheker- und Ärztekammer; 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:

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

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

Kurs-Nr.: 10-01-043

Thema: Das richtige Analgetikum – Grundlagen für die rationale Entscheidung

Referent: Prof. Dr. Thomas Herdegen – Kiel

Termin: 21.04.2010: 14.30 – 18.30 Uhr

Ort: Heinrich-Hammer-Institut

Kursgebühr: 69 EUR für ZA, 103,50 EUR für kammerfremde ZA
Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 10-01-075

Thema: GOZ-Intensivseminar – Liquidation nach alter GOZ: Trotzdem überleben

Referenten: Dr. K. Ulrich Rubehn – Elmshorn, Dr. Holger Neumeyer – Ammersbek

Termin: 30.04.2010: 14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Heinrich-Hammer-Institut

Kursgebühr: 110 EUR für ZA, 165 EUR für kammerfremde ZA, 80 EUR für Mitarbeiterinnen
Sonstiges: 5 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

ZÄK Nordrhein**Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut**

Kurs-Nr.: 10046 P 13 Fp

Thema: Darstellung eines parodontologischen Behandlungskonzepts

Referent: Dr. Hermann Derks – Emmerich

Termin:

30.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr,
01.05.2010: 09.00 – 16.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 330 EUR

Kurs-Nr.: 10054

Thema: MS-PowerPoint-Kompetenztraining für ZA und ZFA
Referent: Heinz-Werner Ermisch – Nettetal

Termin: 05.05.2010: 14.00 – 21.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 150 EUR

Kurs-Nr.: 10034* 17 Fp

Thema: Einführung in die Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MSA I)

Seminar mit Demonstrationen

Referent: Prof. Dr. Axel Bumann – Berlin

Termin:

07.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr,
08.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: ZA: 420 EUR, Assistenten: 210 EUR

Kurs-Nr.: 10055

Thema: MS-PowerPoint-Kompetenztraining für ZA und ZFA – Teil 2

Referent: Heinz-Werner Ermisch – Nettetal

Termin: 07.05.2010: 14.00 – 21.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 150 EUR

Kurs-Nr.: 10073 P 15 Fp

Thema: Abschnitt IV des Curriculums Endodontologie Wurzelkanalbehandlung (3):

Bestimmung der Arbeitslänge, manuelle Wurzelkanalaufbereitung

Referent: Dr. Udo Schulz-Bongert – Düsseldorf

Termin:

07.05.2010: 14.00 – 18.00 Uhr,
08.05.2010: 09.00 – 15.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 10083 P 15 Fp

Thema: Augmentation Teil 1 Modul 7-8 des Curriculums Implantologie

Referenten: Prof. Dr. Norbert Kübler – Düsseldorf, Dr. Dr. Rita Antonia Depprich – Düsseldorf

Termin:

07.05.2010: 15.00 – 20.00 Uhr,
08.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 10953 9 Fp
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 18a, Absatz 1 der RÖV
Referenten: Prof. Dr. Peter Pfeiffer – Köln, Dr. Ulrich Saerbeck – Frechen
Termin: 08.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Veranstaltungsort: Universitätsklinik Köln, Hörsaal 2 des L79 (Bettenhaus), Kerpener Str. 62, 50937 Köln
Teilnehmergebühr: 80 EUR

Kurs-Nr.: 10035 TP 9 Fp
Thema: Arbeitssystematik bei der Patientenbehandlung
Referent: Dr. Richard Hilger – Kürten
Termin: 15.05.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 320 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 160 EUR

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 10303 4 Fp
Thema: Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 2 (Seminar für ZÄ und Praxismitarbeiter)
Referenten: ZA Lothar Marquardt – Krefeld, Dr. Hans-Werner Timmers – Essen
Termin: 05.05.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 10304 4 Fp
Thema: Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 3 (Seminar für ZÄ und Praxismitarbeiter)
Referenten: ZA Lothar Marquardt – Krefeld, Dr. Hans-Werner Timmers – Essen
Termin: 12.05.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Fortbildung für ZFA

Kurs-Nr.: 10232
Thema: Wechselwirkung von Ernährung und Mundgesundheit – Ernährungsberatung in der zahnmedizinischen Prophylaxe
Referentin: Beate Bettinger – Tübingen
Termin: 05.05.2010: 14.00 – 18.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 10234
Thema: Abrechnung implantologischer Leistungen – Assistenz in der zahnärztlichen Implantologie
Referent: Dr. med. habil. Dr. Georg Arentowicz – Köln
Termin: 12.05.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 80 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8 40547 Düsseldorf
 Tel.: 0211/526 05-0
 Fax: 0211/526 05-48

ZBV Unterfranken



Fortbildungsveranstaltungen

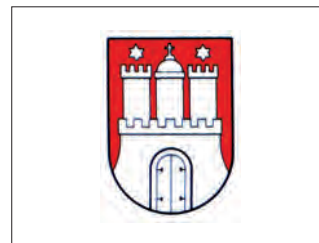
Thema: Das Bleichen von Zähnen
Referent: Prof. Dr. Christoph Benz
Termin: 04.05.2010: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Thema: Blanker Stahl oder weißer Schnee – Niedrigabrasive Pulverstrahltechnik in Parodontologie und Prophylaxe
Referent: PD Dr. Gregor Petersilka
Termin: 18.05.2010: 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-r.de

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Wissenschaftlicher Abend: Zahnerhalt oder Implantat bei Parodontitis?
Referent: Prof. Dr. Sören Jepsen, M. S. – Bonn
Termin: 03.05.2010: 20.00 Uhr s.t.
Kurs-Nr.: 39 kons

Thema: Therapie periimplantärer Erkrankungen
Referentin: Dr. Sonja Sälzer – Hamburg
Termin: 05.05.2010: 15.00 – 18.30 Uhr
Gebühr: 100 EUR
Kurs-Nr.: 31040 impl
Fortbildungspunkte: 5

Thema: Die parodontologische Ultraschallbehandlung – nur für Zahnärzte, DH, ZMF, ZMP
Referent: Dr. Michael Maak – Lemförde
Termin: 07.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: 21037 paro
Fortbildungspunkte: 10

Thema: Alles über volkeramische Restaurationen im Power Pack – der State-of-the-art für die Praxis
Referent: Prof. Dr. Lothar Pröbster – Wiesbaden
Termin: 07.05.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 08.05.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 420 EUR
Kurs-Nr.: 40178 kons
Fortbildungspunkte: 15

Thema: Sinuslift-OP – State of the Art. Live-OP und Hands-on Kurs
Referent: Dr. Dr. Werner Stermann – Hamburg
Termin: 08.05.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 200 EUR
Kurs-Nr.: 50055 impl
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 A RÖV mit Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother – Hamburg
Termin: 26.05.2010: 14.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 60 EUR
Kurs-Nr.: 70026 rö
Fortbildungspunkte: 9

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

ZÄK Bremen**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Guter Häuptling – Schlechter Häuptling
Erfolg steigern durch gute (Praxis-)Führung
Referent: Jörg Bauer
Termin: 21.04.2010:
15.00 – 20.30 Uhr
Ort: Bremer Rathaus, Kaminsaal,
anschl. Wein- und Schokoladen-
verkostung im Ratskeller inklusive
Fortbildungspunkte: 4
Gebühr: 295 EUR
Kurs-Nr.: 10503

Thema: Bewahren Sie Haltung
Vorbeugen ist besser als heilen
Referentin: Petra Balzer
Termin: 05.05.2010:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Gebühr: 59 EUR
Kurs-Nr.: 10002

Thema: Minimalinvasive Implantologie:
Grenzen und Möglichkeiten
(Der praktische Kurs: Implantat-
Update)
Referent: PD Dr. Frank Schwarz
Termin: 08.05.2010:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 10
Gebühr: 250 EUR
Kurs-Nr.: 10504

Thema: Totalprothesen von A – Z
Von „Rückwärtstherapie“ bis zur
Verzahnung von Praxis und Labor
Referent: Dr. Michael Maak
Termin: 28./29.05.2010:
jeweils 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 16
Gebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 10505

Thema: Dentale Werkstoffe:
Risiken und Nebenwirkungen
Wie die Krone zum Arzneimittel
wird und die Folgen

Referent: Prof. Dr. Reiner Hans
Herbert Biffar
Termin: 11.06.2010:
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 170 EUR
Kurs-Nr.: 10506

Thema: Achtung „Rasselbande“
Die Welt der „kleinen Patienten“
und ihre Herausforderung
Referentinnen: Elke Kenter,
Doris Müller
Termin: 15.06.2010:
19.00 – 21.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 2
Gebühr: 40 EUR
Kurs-Nr.: 10014

Thema: Aus der Trickkiste der
Kommunikation
Psychologie vom Feinsten
Referent: Herbert Prange
Termin: 18.06.2010:
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 111 EUR
Kurs-Nr.: 10004

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

Kongresse**■ April**

DGP-Frühjahrstagung
Thema: Zähne zeigen! Möglich-
keiten der rekonstruktiven
Parodontalchirurgie
Veranstalter: Deutsche Gesell-
schaft für Parodontologie e.V.
Termin: 23./24.04.2010
Ort: Langenbeck-Virchow-Haus
Berlin
Auskunft: Deutsche Gesellschaft
für Parodontologie e.V. (DGP)
Neufferstr. 1, 93055 Regensburg
Tel.: 0941/942799-0
www.dgparo.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
(DGAZ) e.V.**
in Kooperation mit der Zahnärz-
tekammer Schleswig-Holstein und
der Seniorenresidenz Domicil Kiel
Thema: AltersZahnMedizin
zwischen Demenz und Drittem
Frühling
Termin: 24.04.2010
Ort: Kiel
Tagungsleitung: Prof. Dr. Hans-
Jürgen Wenz – 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

Fortbildungstage des BVD
Veranstalter: Bundesverband
Dentalhandel e.V. (BVD)
Termin: 03./04.05.2010
Ort: Dresden
Auskunft: BVD
Unnauer Weg 7a
50767 Köln
Tel.: 0221/2409342
Fax: 0221/2408670
info@bvdental.de
www.bvdental.de

11. Kärntner Seensymposium

(mit Dentalausstellung)

Veranstalter: ÖGZMK Kärnten gemeinsam mit dem Zahnärztlichen Interessenverband (ZIV)
Themen: Implantatchirurgie, Komposittechnik, Ergonomie, Kieferorthopädie, Parodontologie, Fortbildung für Assistentinnen

Kongresspräsidenten:

DDr. Martin Zambelli (ÖGZMK Kärnten), DDr. Franz Tuppy (ZIV)
Termin: 06. – 09.05.2010

Ort: Casino Velden / Wörthersee**Auskunft:**

Zahnärztekammer Kärnten (Karin Brenner)
 Tel.: ++43 (0)50511-9020
 Fax: ++43 (0)50511-9023
 brenner@ktn.zahnaerztekammer.at

4th CAD/CAM & Computerized Dentistry International Conference**Thema:** The new era in Aesthetic Dentistry**Termin:** 13./14.05.2010**Ort:** The Address Hotel Dubai Marina, Dubai UAE**Auskunft:**

Tel: 00971/50/2793711 oder 00971/4/3616174
 Fax: 00971/4/3686883
 e-mail: info@cappmea.com
 www.cappmea.com/cadcam4

60. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie**31. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin**

Themen: Der Chirurgische Problempatient, Prognosefaktoren bei Karzinomen des oberen Aerodigestivtrakts

Termin: 13./14.05.2010**Ort:** Bad Homburg**Tagungsleitung:**

Univ.-Prof. Dr. Dr. H. Schliephake,
 Univ.-Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel

Auskunft:

boeld communication
 Bereiteranger 15
 81541 München
 Tel.: 089/189046-0
 Fax: 089/189046-16
 e-mail: agki@bb-mc.com
 www.kongress-bad-homburg.de

52. Fortbildungstagung der ZÄK Schleswig-Holstein

mit integrierter Fortbildung für ZFA und einer Dentalausstellung

Thema: Zähne – wie erhalten, wann ersetzen?**Veranstalter:** Zahnärztekammer Schleswig-Holstein**Termin:** 17. – 21.05.2010**Ort:** Congress Centrum Sylt, 25980 Westerland/Sylt**Auskunft:** Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Westring 496. 24106 Kiel

Tel.: 0431/260926-82

Fax: 0431/260926-15

e-mail: hhi@zaek-sh.de

www.zaek-sh.de

4. Jenaer Implantologierunde 2010**Termin:** 19.05.2010, 15.09.2010, 08.12.2010**Tagungspräsident:** Univ.-Prof. Dr.

Dr. Stefan Schultze-Mosgau

Ort: Universitätsklinikum Jena, Standort Lobeda**Auskunft:** Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH

Markt 8

07743 Jena

Tel.: 03641/3533261

Fax: 03641/353321

www.conventus.de

4. Mittelmeer-Symposium des BDIZ EDI**Thema:** Avoiding Treatment Errors – Managing complications

(Behandlungsfehler vermeiden – Komplikationen beherrschen)

Termin: 21. – 28.05.2010**Ort:** Belek/Antalya, Türkei**Auskunft:**

Geschäftsstelle des BDIZ EDI

An der Esche 2

53111 Bonn

Tel.: 0228/93592-44

Fax: 0228/93592-46

e-mail: office-bonn@bdizedi.org

www.bdizedi.org

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**23. Annual Meeting European Society of Dental Ergonomics (ESDE)****Thema:** An ergonomic way of sitting, looking and organizing in dental practice – an analysis of important aspects**Termin:** 04./05.06.2010**Ort:** Ghent University Hospital, Gent/Begien**Auskunft:** www.esde.org

e-mail: secretary-general@esde.org

oder über: Prof. Dr. drs. drs.

Jerome Rotgans (Präsident)

e-mail: jrotgans@ukaachen.de

2. Hirschfeld-Tiburtius-Symposium**Thema:** Gender Dentistry: Wissenschaft – Praxis – Psychologie**Veranstalter:** Dentista Club e.V. – Verband der Zahnärztinnen**Termin:** 05.06.2010**Ort:** Berlin,

Kaiserin-Friedrich-Stiftung

Sonstiges: Referenten seitens BZÄK,

IDZ, Uni Greifswald, Uni Mainz etc.

Kursgebühr: Mitglieder 80 EUR,

Nichtmitglieder 110 EUR,

Frühbucherrabatt bis 1.5.2010

Auskunft:

Büro des Dentista Club e.V.

Christstr. 29a

14059 Berlin

Tel.: 030/3082-4682

Fax: 030/3082-4683

info@dentista-club.de

17. Sommersymposium des MVZI im DGI e.V.**Tagungspräsident:** Prof. Dr. Dhom**Termin:** 10. – 12.06.2010**Ort:** Bautzen**Auskunft:** boeld communication

Bereiteranger 15

81541 München

Tel.: 089/189046-19

Fax: 089/189046-16

e-mail: nhenkel@bb-mc.com

DGFDT 2010 Wien

(Symposium der Dt. Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie mit der AG für Prothetik und Gnathologie der Österr. Gesellschaft für ZMK-heilkunde)

Tagungspräsidenten: Univ.-Prof.

Dr. Eva Piehlsinger, Univ.-Prof. Dr.

Wolfgang Freesmeyer

Termin: 11./12.06.2010**Ort:** Wien, Gesellschaft der Ärzte

(Billrothhaus)

Thema: CMD – eine Frage der

Haltung

Auskunft:

Wiener Medizinische Akademie
Alser Straße 4
A – 1090 Wien
Tel.: (+43/1) 4051383-19
Fax: (+43/1) 4051383-23
hedwig.schulz@medacad.org

Stuttgarter Zahnärztetag 2010

Thema: Back to the roots! Zahnheilkunde im Praxisalltag
Termin: 18./19.06.2010
Ort: Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle Stuttgart
Auskunft: Bezirkszahnärztekammer Stuttgart Albstadtweg 9 70567 Stuttgart
Tel.: 0711/7877-233
Fax: 0711/7877-238

10. Jahrestagung des Landesverbands Bayern im DGI e.V.

Thema: Risikoerkennung und Risikobeherrschung in der Implantologie
Termin: 18./19.06.2010
Ort: Oberstdorf Haus, Prinzregentenplatz 1, 87561 Oberstdorf
Auskunft: Praxis Dr. Schmidinger Monika Pangerl Bahnhofstr. 8 82229 Seefeld
Tel.: 08152/990918

Frühjahrsakademie der DGEndo

(nur für Mitglieder der DGEndo)
Termin: 18./19.06.2010
Ort: Universität Zürich, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ZZMK, Klinik für Präventivmedizin, Parodontologie und Kariologie (PPK), Plattenstr. 11, 8032 Zürich (Schweiz)
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V. Holbeinstr. 29 04229 Leipzig
Tel.: 0341/48474-202
Fax: 0341/48474-290
www.dgendo.de

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

7. Jahrestagung des Landesverbands Mecklenburg-Vorpommern im DGI e.V., gemeinsam mit dem Greifswalder Fachsymposium

Thema: Aktuelle Entwicklung in der zahnärztlichen Radiologie unter besonderer Berücksichtigung der dreidimensionalen Bildgebung und Navigation in der Implantologie – 2 D versus 3 D
Termin: 26.06.2010
Ort: Alfred Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald
Auskunft: Youvivo GmbH Karlstr. 60 80333 München
Tel.: 089/55052090
Fax: 089/55052092
e-mail: info@youvivo.com

Gutachterkonferenz Implantologie

im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie
Thema: Komplikationen und Misserfolge in der Implantologie
Termin: 26.06.2010
Ort: Stuttgart
Auskunft: Geschäftsstelle des BDIZ EDI An der Esche 2 53111 Bonn
Tel.: 0228/9359244
Fax: 0228/9359246
e-mail: office-bonn@bdizedi.org
www.bdizedi.org

Sommerakademie Kiel

Thema: Training in Forschungsmethoden für die zahnärztliche Implantologie
Termin: 28.06. – 02.07.2010
Ort: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für MKG-Chirurgie, Arnold-Heller-Str. 16, 24105 Kiel
Auskunft: Dr. E. Behrens
e-mail: e-w.behrens@t-online.de

Juli**MEDcongress**

37. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Termin: 04. – 10.07.2010
Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V. Postfach 700149 70571 Stuttgart
Tel.: 0711/720712-0
Fax: 0711/720712-29
e-mail: bn@medica-ev.de
www.medica-ev.de

28. Internationaler Kongress des Weltärztinnenbundes

Thema: Globalisierung in der Medizin – Herausforderungen und Chancen
Termin: 28.–31.07.2010
Ort: Münster
Schirmherrin: Dr. med. Ursula von der Leyen, Bundesministerin für Arbeit und Soziales
Auskunft: Deutscher Ärztinnenbund e.V. (DÄB) Wielandstr. 32, 10629 Berlin
Tel.: 030/88683748
mail: gundel.koebke@t-online.de
www.aerztinnenbund.de
www.mwia2010.net

August**8th International Dental Ethics and Law Congress**

Thema: Dentistry and Information Technology – Ethical and Legal Considerations
Termin: 18. – 20.08.2010
Ort: University of Helsinki – Biomedicum, Haartmaninkatu 8, Helsinki, Finnland
Veranstalter: International Dental Ethics and Law Society, University of Helsinki, Finnish Dental Association
Auskunft: Tavicon Ltd. Ms. Annikka Lampo
Tel.: 00358/3/2330430
Fax: 00358/3/2330444
ideals2010.congress@tavicon.fi
www.ideals.ac

September**47. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin**

Termin: 10./11.09.2010
Ort: Pforzheim, Hochschule
Auskunft: MedCongress GmbH Postfach 700149 70571 Stuttgart
Tel.: 0711/720712-0
Fax: 0711/720712-29
e-mail: mw@medcongress.de
www.medicacongress.de

DGP-ARPA-Herbsttagung

Thema: Parodontologie 2010: Exzellenz in der Forschung – Exzellenz in der Praxis
Termin: 17./18.09.2010
Ort: Ehemaliger Bundestag (WCCB) in Bonn

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGP) Neufferstr. 1 93055 Regensburg
Tel.: 0941/942799-0
www.dgparo.de

Ostseesymposium 2010

Thema: CMD – Diagnostik und Therapie
Digitales Röntgen für ZFA
Veranstalter: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V. Landesverband Schleswig-Holstein
Termin: 18.09.2010
Ort: Lübeck, Hotel Mövenpick
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V. Landesverband Schleswig-Holstein c/o Dr. Andreas Sporbeck Rathausallee 70 22846 Norderstedt
Tel.: 040/5224994
Fax: 040/5228698
e-mail: dr-sporbeck@live.de

18. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

mit Programm für Praxismitarbeiterinnen und Dental-Schau
Generalthema: Keramik in der Zahnmedizin
Termin: 19. – 21.09.2010
Ort: Wernigerode, Harzer Kultur- und Kongresshotel
Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt Große Diesdorfer Str. 162 39110 Magdeburg
Tel.: 0391/73939-14
Fax: 0391/73939-20
e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Veranstalter: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. zusammen mit dem Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Termin: 30.09. – 02.10.2010
Ort: Bonn
Abstracteinreichung: bis zum 01.06.2010
Auskunft: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. c/o Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn Stiftsplatz 12 53111 Bonn
Tel.: ++49(0)228 738366
Fax: ++49(0)228 738305
info@aktionsbueundnis-patientensicherheit.de
www.dkvf2010.de

ZÄK 2010 Wien

Österreichischer Zahnärztekongress 2010

Thema: Spezialisierung in der Zahnheilkunde – Risiko oder Chance?

Termin: 30.09. – 02.10.2010

Ort: Wien, Hofburg Kongress Zentrum
Tagungspräsident: Univ.-Doz. Dr. Werner Lill

Auskunft: Wiener Medizinische Akademie
Alser Str. 4
A – 1090 Wien
Tel.: ++43/1/4051383-19
Fax: ++43/1/4051383-23
hedwig.schulz@medacad.org

■ Oktober

10. Thüringer Zahnärztetag**10. Thüringer Helferinnentag****9. Thüringer Zahntechnikertag**

Dentalausstellung

Thema: ZahnMedizin 2010: Bewährtes – Trends – Innovationen

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Georg Meyer – Greifswald

Termin: 01./02.10.2010

Ort: Messe Erfurt

Auskunft: Landeszahnärztekammer Thüringen
Tel.: 0361/74321-07 oder -08
e-mail: fb@lzkth.de

40. Internationaler Jahreskongress der DGZI

Thema: Am Puls der Implantologie

Veranstalter: DGZI – Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie e.V.

Termin: 01./02.10.2010

Ort: Berlin, Maritim Hotel Berlin

Auskunft: Geschäftsstelle DGZI
Feldstr. 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 0211/1697077
Fax: 0211/1697066
www.dgzi.de

dental informa 2010

Veranstalter: Zahnärztekammer Niedersachsen

Termin: 09.10.2010:
09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Halle 2 auf dem Messegelände Hannover

Auskunft: Fachausstellungen Heckmann GmbH Hannover/Bremen
Herr Pennigsdorf
Tel.: 0511/89-30417
lars.pennigsdorf@fh.messe.de
Frau Knöchel
Tel.: 0511/89-30418
klaudia.knoechel@fh.messe.de
www.heckmannmbh.de

14th Dental World

Termin: 14. – 16.10.2010

Ort: Budapest

Auskunft: Dental Press Hungary
e-mail: info@dental.hu
www.dental.hu

14. BDIZ EDI Symposium

Thema: Behandlungsfehler und Komplikationen in der Implantologie

Termin: 15./16.10.2010

Ort: München

Auskunft: Geschäftsstelle des BDIZ EDI
An der Esche 2
53111 Bonn
Tel.: 0228/9359244
Fax: 0228/9359246
e-mail: office-bonn@bdizedi.org
www.bdizedi.org

51. Bayerischer Zahnärztetag**12. Deutscher Zahnärzte Unternehmertag**

Thema: Zähne erhalten – Möglichkeiten und Grenzen

Termin: 21. – 23.10.2010

Ort: München, The Westin Grand, Arabellapark

Auskunft: Bayerische Landeszahnärztekammer
Fallstr. 34

81369 München
Tel.: 089/72480-428

Fax: 089/72480-444

Anmeldung: Oemus Media AG

Tel.: 0341/48474-308

Fax: 0341/48474-290

blzk2010@oemus-media.de

■ November

9. Jahrestagung der DGEndo

Termin: 04. – 06.11.2010

Ort: Pullman Berlin Schweizerhof, Budapester Str. 25, 10787 Berlin

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.

Holbeinstr. 29

04229 Leipzig

Tel.: 0341/48474-202

Fax: 0341/48474-290

www.dgendo.de

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

Thema: Kinderzahnheilkunde

Veranstalter: Westfälische Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V.

Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner

Polikli. für Zahnärztliche Prothetik

Waldeyerstr. 30, 48149 Münster

Referenten: Prof. Dr. Dr. N. Krämer

– Gießen, Prof. Dr. Dr. H. J.

Staehe – Heidelberg, Prof. Dr.

Petra Scheutzel – Münster, Prof.

Dr. Ariane Hohoff – Münster

Termin: 06.11.2010:

09.00 – 13.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Zentrums

für Zahn-, Mund- und Kieferheil-

kunde, Ebene 05 / Raum 300

Auskunft: Ingrid Weers

Tel.: 0251/8347084

Fax: 0251/8347182

e-mail: weersi@uni-muenster.de

Deutscher Zahnärztetag 2010

Thema:

ZAHNMEDIZIN INTERDISZIPLINÄR

– Synergie, Synthese, Synopsis

Termin: 11.11. – 13.11.2010

Ort: Messe Frankfurt

22. Jahrestagung Arbeitskreis

Psychologie und Psychosomatik

43. Jahrestagung der DGFDT

Arbeitsgemeinschaft für Prothetik

und Gnathologie der österr. Ges.

für Zahn-, Mund- und Kieferheil-

kunde

Thema: CMD – Wieviel Psyche,

wieviel Soma?

Termin: 13.11.2010 (im Rahmen

der Gemeinschaftstagung der

DGZMK vom 10. – 13.11.2010)

Ort: Frankfurt

Auskunft: PD Dr. Anne Wolowski

Poliklinik für Zahnärztliche Prothe-

tik und Werkstoffkunde

Universitätsklinikum Münster

Waldeyerstr. 30

48149 Münster

Tel.: 0251/8347084

Fax: 0251/8347083

e-mail: wolowski@uni-muenster.de

www.akpp.uni-muenster.de

MEDICA

42. Welforum der Medizin
Termin: 17. – 20.11.2010
Ort: Düsseldorf, Messe – CCD
Auskunft: MEDICA
 Deutsche Gesellschaft für
 Interdisziplinäre Medizin e.V.
 Postfach 700149
 70571 Stuttgart
 Tel.: 0711/720712-0
 Fax: 0711/720712-29
 e-mail: gw@medica-ev.de
 www.medica-ev.de

24. Kongress des DGI e.V.

Thema: Misserfolge – erkennen
 und beherrschen
Termin: 25. – 27.11.2010
Ort: Hamburg
Auskunft: Youvivo GmbH
 Karlstr. 60
 80333 München
 Tel.: 089/55052090
 Fax: 089/55052092
 e-mail: info@youvivo.com

Universitäten**RWTH Aachen****CEREC-Seminar**

Thema: Intensives HandsOn-Training
 im gesamten CEREC-Chair-
 side-Indikationsbereich, problem-
 orientiert
Organisation: Lehrauftrag Zahn-
 medizinische Curricularentwick-
 lung und -forschung
Termin: 28./29.05.2010:
 Fr., 8.30 bis 19.30 Uhr,
 Sa., 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR
 oder Sirona-Gutschein
Trainer: Prof. Dr. drs. Jerome
 Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung,
 Parodontologie und Präventive
 Zahnheilkunde des Universitätskli-
 nikums der RWTH Aachen,
 Pauwelsstr. 30
 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

Auskunft/Anmeldung:

Tel.-Hotline: 0175/4004756
 Tel.: 0241/8088-733 oder -110
 Fax: 0241/8082468
 e-mail: jrotgans@ukaachen.de
 www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Universität Düsseldorf

Thema: Kurs I für Einsteiger:
 Indikationen, Konzepte und Risiken
Termin: 29.05.2010:
 09.00 – 17.00 Uhr
Referenten: Prof. Dieter Drescher,
 OA PD Dr. Benedict Wilmes
Ort: Uniklinik Düsseldorf, UKD
Fortbildungspunkte: 8
Teilnahmegebühr: 380 EUR,
 Assistenten 280 EUR

Auskunft:

Dr. Benedict Wilmes
 Poliklinik für Kieferorthopädie
 Westdeutsche Kieferklinik, UKD
 Moorenstr. 5
 40225 Düsseldorf
 Tel.: 0211/8118-671 oder -160
 Fax: 0211/8119510

Universität Basel

Thema: Alterszahnmedizin – eine
 spezielle (rekonstruktive) Zahnme-
 dizin für alte Menschen?
Termin: 28.04.2010:
 16.00 – 20.30 Uhr
Kursleitung: Prof. Dr. C. P.
 Marinello, M.S. – Basel
Referenten: Prof. Dr. Ch. Besimo –
 Brunnen (CH), Dr. C. Luzi – Basel,
 E. Kundert – Basel
Ort: Basel, Schweiz
Kursgebühr: ZÄ: 400 CHF,
 Zahntechniker 200 CHF

Auskunft: Universitätskliniken für
 Zahnmedizin
 Klinik für Rekonstruktive Zahn-
 medizin und Myoarthropathien
 Sekretariat Prof. Dr. C. P. Marinello
 Hebelstr. 3
 CH-4056 Basel
 Tel.: 0041/61/2672631
 Fax: 0041/61/2672660
 mail: krz-zahnmedizin@unibas.ch
 www.unibas.ch/zfz

**Wissenschaftliche
Gesellschaften****DGI****15. Fortbildungsabend**

Thema: Neue Augmentations-
 plastiken – Interpositionsplastiken
 und osteoperiostale Lappen
Termin: 09.06.2010
Ort: Berlin, Charité, Zahnklinik,
 großer Hörsaal,
 Aßmannshäuser Str. 4-6,
 14197 Berlin
Referent: Prof. Dr. Dr. Hendrik
 Terheyden, Präsident der DGI e.V.
Kursgebühr: Nichtmitglieder
 20 EUR DGI-Mitglieder kostenfrei

Auskunft:

DGI-Landesverband (BBI)
 Prof. Dr. Dr. Volker Strunz
 Hohenzollerndamm 28a
 10713 Berlin
 Tel.: 030/860987-0
 Fax: 030/860987-19
 e-mail: strunz@dgi-ev.de

DZOI**Workshop**

Thema: „Flapless Surgery“ –
 Einblicke in eine revolutionäre
 Entwicklung der Zahnmedizin
Termin: 18. – 20.06.2010:
 jeweils von 09.00 – 17.30 Uhr
Ort: Göttingen
Leitung: Prof. Dr. Dr. Wilfried
 Engelke – Uni Göttingen
Kursgebühr:
 Mitglieder DZOI: 200 EUR,
 Nichtmitglieder: 330 EUR

Auskunft und Anmeldung:

DZOI-Geschäftsstelle
 Tel.: 08141/534456
 e-mail: office@dzoide
 www.dzoide

DGZI**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: DGZI-Curriculum Kurs 150
 „Problembewältigung in der
 zahnärztlichen Implantologie“
Termin: 28./29.05.2010
Ort: Berlin

Auskunft: DGZI – Deutsche
 Gesellschaft für zahnärztliche
 Implantologie e.V.
 Feldstr. 80
 40479 Düsseldorf
 Tel.: 0211/1697077
 Fax: 0211/1697066
 www.dgzi.de

Freie Anbieter

*In dieser Rubrik veröffentlichen
 wir einmalig Informations- und
 Fortbildungsveranstaltungen
 außerhalb der offiziellen Berufs-
 vertretungen und Wissenschaft-
 lichen 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 Veröffent-
 lichungswünsche können nicht
 berücksichtigt werden.*
 Die Redaktion

Thema: Ausbildung zur zertifizier-
 ten Dentalberaterin
Veranstalter: Intem Trainergruppe
 Seßler & Partner GmbH
Termin: 28.04., 12.05., 26.05.,
 09.06., 25.06. und 07.07.2010
Ort: Dortmund
Sonstiges: für Förderung durch
 Bildungsgutschein zugelassen;
 Ref.: Werner-Michael Brosch
Kursgebühr: 2450 EUR + MwSt.
Auskunft: Wissen-Schafft-Erfolg
 Institut für Dentalfortbildung
 GmbH
 Ackerstr. 5
 47269 Duisburg
 Tel.: 0203/985177333
 Fax: 0203/985177344
 e-mail: info@dentalchule.de
 www.dentalchule.de

Thema: Grundzüge der chirurgischen Taschentherapie – 3. Kurs des Curriculums Parodontologie

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungsz. für Heilberufe

Termin: 30.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr, 01.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Peter Cichon

Kursgebühr: 635 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

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

Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen.

Einsteiger- und AufbauSeminar

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungsz. für Heilberufe

Termin: 01.05.2010: 09.00 – 13.00 Uhr und 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise

Kursgebühr: 175 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

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

Thema: Ausbildung zur zertifizierten Dentalberaterin

Veranstalter: Intem Trainergruppe Seßler & Partner GmbH

Termin: 03.05., 17.05., 31.05., 14.06., 28.06. und 12.07.2010

Ort: Köln

Sonstiges: für Förderung durch Bildungsgutschein zugelassen; Ref.: Ernst Auschner

Kursgebühr: 2450 EUR + MwSt.
Auskunft: Wissen-Schafft-Erfolg Institut für Dentalfortbildung GmbH

Ackerstr. 5
47269 Duisburg
Tel.: 0203/985177333
Fax: 0203/985177344
e-mail: info@dentalschule.de
www.dentalschule.de

Thema: Clever telefonieren – ganz einfach und mit viel Erfolg. Die charmante Visitenkarte Ihrer Praxis

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungsz. für Heilberufe

Termin: 05.05.2010: 09.00 – 17.30 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne

Sonstiges: Ref.: Friedrich W. Schmidt

Kursgebühr: 320 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

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

Thema: Versiegelung von Zahnfissuren IP 5 Fortbildung. Zertifikat-

Kursus – die qualifizierte Mitarbeiter bei der Individualprophylaxe

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungsz. für Heilberufe

Termin: 05.05. und 18.06.2010: jeweils 09.00 – 17.30 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Stoltenberg, ZT Andre Büscher

Kursgebühr: 450 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. 50 EUR Kursskript und Prüfungsgebühr der ZÄK

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

Thema: Dental Wellness: Patienten mit Service begeistern!

Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Termin: 07.05.2010: 08.30 – 16.30 Uhr

Ort: Berlin

Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 45
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/649971-0
Fax: 06221/649971-20
e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Ernährung und Homöopathie: Einsatz in der Prophylaxe

Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Termin: 07.05.2010: 14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Frankfurt

Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 45
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/649971-0
Fax: 06221/649971-20
e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Ausbildung zur zertifizierten Dentalberaterin

Veranstalter: Intem Trainergruppe Seßler & Partner GmbH

Termin: 17.05., 31.05., 14.06., 28.06., 12.07. und 26.07.2010

Ort: Offenbach

Sonstiges: für Förderung durch Bildungsgutschein zugelassen; Ref.: Karin Hafen

Kursgebühr: 2450 EUR + MwSt.
Auskunft: Wissen-Schafft-Erfolg Institut für Dentalfortbildung GmbH

Ackerstr. 5
47269 Duisburg
Tel.: 0203/985177333
Fax: 0203/985177344
e-mail: info@dentalschule.de
www.dentalschule.de

Thema: Regenerative PAR-Behandlung

4. Kurs des Curriculums Parodontologie

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungsz. für Heilberufe

Termin: 28.05.2010: 14.00 – 18.00 Uhr, 29.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Peter Cichon

Kursgebühr: 635 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

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

Thema: Entspannter Umgang mit ängstlichen Patienten – eine Nische in der Zahnarztpraxis

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 29.05.2010

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Christian Bittner

Kursgebühr: 400 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte

Schloss Westerburg
56457 Westerburg
Tel.: 02663/91190-30
Fax: 02663/91190-34
www.westerburgerkontakte.de

Thema: Implantatchirurgie mit Live-OP

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 29.05.2010

Ort: Berlin

Sonstiges: Ref.: Dr. Jochen Scopp; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 383 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann

Dentaurum Implants GmbH
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803-409
e-mail: kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Thema: KFO Creativ – der etwas andere Kurs

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 29.05.2010

Ort: Freiberg (bei Dresden)

Sonstiges: Ref.: ZT Claudia Stößer

Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803-409
e-mail: kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Thema: Die Mundgeruchsstunde von A-Z – Konzepte für Ihre Praxis

Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Termin: 29.05.2010: 08.30 – 16.30 Uhr

Ort: Essen

Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 45
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/649971-0
Fax: 06221/649971-20
e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Prophylaxe im Kindes- und Jugendalter

Curriculum Kinderzahnmedizin

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungsz. für Heilberufe

Termin: 29.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Stefan Zimmer

Kursgebühr: 410 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

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

Thema: Damon 3 (Ormco) – Intensivseminar mit Patienten
Praktischer Power-Workshop zur Anwendung und Umsetzung der Damon 3 (Ormco)-Technologie in Ihrer Praxis

Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungsz. für Heilberufe

Termin: 29.05.2010:
09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise

Kursgebühr: 680 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

Auskunft: Haranni Akademie

Schulstr. 30
44623 Herne
Ansprechpart.: Renate Dömpke
Tel.: 02323/9468-300
Fax: 02323/9468-333

Thema: Impulsvortrag zum Thema „Führung und Personal in der Zahnarztpraxis“

Veranstalter: OPTI Zahnarztberatung GmbH

Termin/Ort:

31.05.2010 Köln;
01.06.2010 Frankfurt;
03.06.2010 Nürnberg;
04.06.2010 Leipzig;
07.06.2010 Hamburg;
jeweils von 18.00 – 20.00 Uhr

Sonstiges: 2 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 20 EUR

Auskunft:

OPTI Zahnarztberatung GmbH
Vogelsang 124351 Damp
Tel.: 04352/956795
Fax: 04352/956794

Thema: Ausbildung zur zertifizierten Dentalberaterin

Veranstalter: Intem Trainergruppe
Seßler & Partner GmbH

Termin: 01.06., 15.06., 29.06.,
06.07., 27.07. und 10.08.2010

Ort: Köln

Sonstiges: für Förderung durch
Bildungsgutschein zugelassen;
Ref.: Wolfgang von Gehlen

Kursgebühr: 2 450 EUR + MwSt.

Auskunft: Wissen-Schafft-Erfolg
Institut für Dentalfortbildung
GmbH

Ackerstr. 5
47269 Duisburg
Tel.: 0203/985177333
Fax: 0203/985177344
e-mail: info@dentalschule.de
www.dentalschule.de

Thema: Telefontraining

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 02.06.2010:
16.00 – 18.00 Uhr

Ort: DENS Akademie,
Georg-Wilhelm-Str. 7,
10711 Berlin (Wilmerdorf)

Sonstiges: Fortbildungspunkte 2;
Anmeldung erbeten

Kursgebühr: 35 EUR

Auskunft:

DENS GmbH, DENS Akademie
Berliner Str. 13
14513 Teltow
Tel.: 03328/334540
Fax: 03328/334547
www.dens-berlin.com

Thema: Prophylaxe II:
Prophylaxe ist noch viel mehr ...
Gesund im Untergrund von der Pike auf!

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 03. – .05.06.2010

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Annette Schmidt,
Irma Ilg

Kursgebühr: 990 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte
Schloss Westerburg

56457 Westerburg
Tel.: 02663/91190-30
Fax: 02663/91190-34
www.westerburgerkontakte.de

Thema: Top-Seminar: Keine Leistung wird mehr vergessen

Veranstalter: Dr. Walter Schneider
Team GmbH

Termin: 04.06.2010

Ort: Holzgerlingen

Sonstiges: Ref.: Alma Ott

Kursgebühr: 390 EUR pro Person,
690 EUR zwei Personen

Auskunft: Tanja Spatschek

Dr. Walter Schneider Team GmbH
Max-Eyth-Str. 42
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031/461869
Fax: 07031/461877

Thema: Einführung in die Manuelle Funktions- bzw. Strukturanalyse (MSA-I)

Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 04./05.06.2010

Ort: Frankfurt

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Axel
Bumann – Berlin

Kursgebühr: 690 EUR zzgl. MwSt.
inkl. Seminarverpflegung + Skripte

Auskunft: IFG mbH
Wohldstr. 22

23669 Timmendorfer Strand
Tel.: 04503/7799-33
Fax: 04503/7799-44
e-mail: info@ifg-hl.de
www.ifg-hl.de

Thema: Praktische Übungen am Typodonten unter Anwendung des tomas pin

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 04./05.06.2010

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Jürgen P. Bachmann;
18 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 795 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann /
Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803-409
e-mail: kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Thema: „EndoExcellence® – Endo Revision
Veranstalter: MTC® Aalen
Termin: 04./05.06.2010, 05./06.11.2010
Ort: Aalen, Microdentistry Training Center
Sonstiges: 16 Fortbildungspunkte; 2-Tages-Hands-on-Seminar; Nutzen des MTA's, Erlernen einer genauen Diagnosestellung, Was tun bei Perforation; Ref.: Dr. Josef Diemar
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.
Auskunft: MTC® Aalen
 Kursorganisation Stefanie Jungerth
 Ulmer St. 124
 73431 Aalen
 Tel.: 07361/3798-250
 Fax: 07361/3798-11
 e-mail: s.jungerth@mtc-aalen.de
 www.mtc-aalen.de

Thema: Zeitmanagement + Personalmanagement
Veranstalter: Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen
Termin: 05.06.2010
Ort: Bodenstedtstr. 7, 31224 Peine
Sonstiges: Tagesseminar von 09.00 bis 17.00 Uhr
Kursgebühr: 550 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Hense, Frau Stober
 Bodenstedtstr. 7
 31224 Peine
 Tel.: 05171/5078952
 Fax: 05171/16820

Thema: Dreidimensionale Bildgebungsverfahren und 3D-basierte schablonengestützte Implantatplanung für zahnmedizinisches Fachpersonal
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Dr. Dr. Stroink, Dr. Dr. Biermann, Dr. Dr. Clasen, Dr. Dr. Schmitt, Prof. Dr. Dr. Fritzeimer
Termin: 05.06.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: 40210 Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dirk Schulze, Dr. Dennis Rottke, Dr. Jonathan Fleiner – Uni Freiburg
Kursgebühr: 120 EUR + MwSt., inkl. Catering
Auskunft: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Stresemannstr. 7
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Thema: Implantatchirurgie mit Live-OP
Veranstalter: Dentaurum Implants
Termin: 05.06.2010
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Christian Vocke; 9 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 383 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum Implants GmbH
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Praxismanager/in mit IHK-Lehrgangszertifikat
Veranstalter: Feldmann Consulting® GmbH & Co. Beratungs KG
Termin: 07.06. – 18.06.2010
Ort: Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen
Sonstiges: Teilnehmer aus Baden-Württemberg erhalten einen Verbilligungszuschuss von 30 %, über 50 Jahre in Höhe von 50 %.
Fortbildungspunkte: 58
Kursgebühr: 2 350 EUR + MwSt.
Auskunft: Nicole Feldmann / Anna Münch
 Wilhelmstr. 1
 76275 Ettlingen
 Tel.: 07243/7254-0
 Fax: 07243/7254-20

Thema: Qualitätsmanagement in der Zahnarzt-, kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Praxis für Zahnärzte
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Dr. Dr. Stroink, Dr. Dr. Biermann, Dr. Dr. Clasen, Dr. Dr. Schmitt, Prof. Dr. Dr. Fritzeimer
Termin: 09.06.2010: 19.00 – 22.00 Uhr
Ort: 40210 Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ulrich Stroink, Dr. Mathias Höschel
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt., aus Überweiserpraxen 35 EUR
Auskunft: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Stresemannstr. 7
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Thema: Materialgerechte Präparation für Vollkeramikrestaurationen (Hands-on)

Veranstalter: biodentis GmbH / biodentis Schulungszentrum GmbH

Termin: 11.06.2010

Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum, Weinstr. 4 (Marienplatz), 80333 München

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Gerwin Arnetz; 10 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 555 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax

Tel.: 0800/9394956

(bei Buchungsfragen oder bei Fragen zu Kursinhalten)

Fax: 0341/35527330

Thema: „Wie sage ich es meinem Patienten?“ für das Praxisteam

Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Dr. Dr. Stroink, Dr. Dr. Biermann, Dr. Dr. Clasen, Dr. Dr. Schmitt, Prof. Dr. Dr. Fritzemeier

Termin: 11.06.2010:

15.00 – 19.00 Uhr

Ort: 40210 Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Kurt-Georg Scheible

Kursgebühr: 85 EUR + MwSt.

Auskunft: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Stresemannstr. 7

40210 Düsseldorf

Tel.: 0211/875508-0

Fax: 0211/875508-99

www.kieferchirurgie.org

Thema: Teamarbeit in der Implantologie unter chirurgischen und prothetischen Aspekten

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 11.06.2010

Ort: Hofstetten

Sonstiges: Ref.: Dr. Manfred Sontheimer, ZTM Elmar Beckmann; 5 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 125 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann

Dentaurum Implants GmbH

Turnstr. 31

75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Der Kongress: „Und was liebt der Zahn?“ Gold, Keramik, Komposit, Kleber ...

Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 11./12.06.2010

Ort: Köln, Hotel Maritim

Kursgebühr: 590 EUR zzgl. MwSt., Mitarbeiter/Innen 290 EUR

Auskunft: IFG mbH

Wohldstr. 22

23669 Timmendorfer Strand

Tel.: 04503/7799-33

Fax: 04503/7799-44

e-mail: info@ifg-hl.de

www.ifg-hl.de

www.der-kongress-2010.de

Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil I – Herstellung von Plattenapparaturen

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 11./12.06.2010

Ort: Baden (bei Wien)

Sonstiges: Ref.: ZT Martin Geller

Kursgebühr: 429 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil II – Herstellung von bimaxillären Geräten

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 11./12.06.2010

Ort: Münster

Sonstiges: Ref.: ZT Jörg Meier

Kursgebühr: 429 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Die gaumen- bzw. bügel-freie Teleskopprothese im Einstückgussverfahren aus CoCr

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 11./12.06.2010

Ort: Hagen

Sonstiges: Ref.: ZT Michael Martin

Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Ein integriertes Konzept zur kombiniert kieferorthopädi.-kieferchirurgischen Therapie von Dysgnathien

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 11./12.06.2010

Ort: Ispringen

Sonstiges: Ref.: PD Dr., D.M.D., D.D.S., Nezar Watted;

13 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 510 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31

75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Karteikartenlos arbeiten – Werkzeuge

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 09.06.2010:

16.00 – 18.00 Uhr

Ort: DENS Akademie,

Georg-Wilhelm-Str. 7,

10711 Berlin (Wilmerdorf)

Sonstiges: Fortbildungspunkte 2;

Anmeldung erbeten

Kursgebühr: 35 EUR

Auskunft:

DENS GmbH, DENS Akademie

Berliner Str. 13, 14513 Teltow

Tel.: 03328/334540

Fax: 03328/334547

www.dens-berlin.com

Thema: Mitarbeiterfortbildung

Damon-System (Ormco®)

Die Top-Assistenz für das Damon-System

Veranstalter: Haranni Academie

Fortbildungsz. für Heilberufe

Termin: 09.06.2010:

09.30 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise

Kursgebühr: 335 EUR, 560 EUR für

2 Mitarbeiterinnen aus derselben

Praxis, 230 EUR für jede weitere

Person inkl. Tagungspauschale,

zzgl. MwSt.

Auskunft: Haranni Academie

Schulstr. 30

44623 Herne

Ansprechpartn.: Renate Dömpke

Tel.: 02323/9468-300

Fax: 02323/9468-333

Thema: 3. Internationaler

CAMLOG-Kongress:

„From science to innovations and clinical advances“

Veranstalter: CAMLOG

Termin: 10. – 12.06.2010

Ort: Stuttgart, Liederhalle

Sonstiges: Workshops zur schablonengeführten Implantologie, 3-D-Planung, CAD/CAM-Technologie, Optimierung des Weichgewegemanagements;

Vorträge über den „state of the art“ der Dentalimplantologie

Auskunft: Programmheft als

Download unter:

www.camlogcongress.de

Tel.: 07044/9445-603

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

Dr. Hario Schneider
Stadtgraben 11
88677 Markdorf
geb. am: 26.07.1942

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

Dr. Dagmar Eschrich
Thannhäuser Str. 23
73497 Tannhausen
geb. am: 27.08.1940
Ausweis gültig ab: 19.05.1995

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

Dr. Hans-Jürgen Fabricius
Ostendstr. 7
69437 Neckargerach
geb. am: 08.07.1946
Ausweis gültig ab: 01.08.1981

Dr. Uta Kind
Neuenheimer Landstr. 56
69120 Heidelberg
geb. am: 12.06.1945

Kontakt:
BZK Karlsruhe
Joseph-Meyer-Str. 8-10
68167Mannheim
Tel.: 0621/38000-0
Fax: 0621/38000-170

Offene Immobilienfonds

Verunsicherte Anleger

Offene Immobilienfonds gehören eigentlich in das Depot eines sicherheitsbewussten Anlegers. Aber seit knapp zwei Jahren häufen sich die Negativschlagzeilen in dieser Branche. Es geht um Liquiditätsprobleme und Wertberichtigungen. Dennoch müssen gut informierte Anleger nicht in Panik geraten.



Foto: Ojo Images-F. Ionline

21,6 Prozent – so hoch war der größte Verlust, den je ein deutscher Immobilienfonds zu vermelden hatte. Anfang Februar gab die Anlagegesellschaft Aberdeen Asset Management bekannt, dass sie ihren Fonds Degi Global Business um 68,4 Millionen Euro abwerten musste. Bereits im Sommer 2009 sank der Wert des bei risikofreudigen Anlegern beliebten Fonds P2 Value von Morgan Stanley um 13,8 Prozent. Die Branche erlitt eine Schockwelle nach der anderen. Zwar handelt es sich beim Degi Global um einen Fonds, in den nur institutionelle Anleger investieren können – private Anleger können sich nur über Dachfonds beteiligen –, doch verschärft sich das Misstrauen bei den Anlegern gegenüber der ganzen Produktpalette. Kein Wunder, sind doch immer noch insgesamt sechs offene Immobilienfonds geschlossen. Das heißt, die Anteilseigner können Papiere dieser Fonds nicht direkt verkaufen: TMW Weltfonds, Axa Immoselect, Morgan Stanley P2 Value, Degi International, Degi Europa und Degi Global Business. Für diese Situation gibt es mehrere Gründe. Der erste ist natürlich eine Folge der Finanzkrise. Die Großanleger flüchteten aus den Immobilienfonds, weil sie unbedingt Liquidität brauchten, um Verluste auf anderen Gebieten auszugleichen. Vermögensverwalter haben die Fonds quasi zum Kurzparken missbraucht. Auch sie zogen ihr Kapital ab. Die Folge davon war die Schließung von elf Immobilienfonds Ende Oktober 2008. Wolfgang Kubatzki, Experte und Partner bei Feri Euro Rating in Bad Homburg, erklärt: „Der Hauptfehler war die Suggestion von Liquidität bei einer illiquiden Anlage.“ Das heißt, die Investoren parkten Kapital nur vorübergehend bei den Immobilien-

zm-Info

Verkaufen über die Börse

Anleger, die jetzt dringend Kapital benötigen, können Anteile an eingefrorenen offenen Immobilienfonds wieder in Bargeld umwandeln, indem sie sie über die Börse verkaufen. Allerdings müssen sie dort mit Abschlägen rechnen. Es lohnt sich, die verschiedenen Börsenplätze miteinander zu vergleichen. Denn, wo viel gehandelt wird, sind die Abschläge niedriger. Zu den umsatzstärksten Börsen zählen Frankfurt und Hamburg.

In offenen Immobilienfonds als Geldanlage sind die Objekte teilweise weltweit gestreut.

fonds, die eigentlich aufgrund ihrer Struktur nur für langfristige Engagements konstruiert sind. Ziehen nun zu viele Anleger ihr Geld ab, kann der Fonds nicht so schnell reagieren, denn Bürohäuser und Shopping-Center lassen sich nicht von heute auf morgen verkaufen. Da wird Bargeld knapp.

Fonds unter Druck

Der Gesetzgeber hat den Fonds im Investment-Gesetz genaue Vorgaben gemacht, wie viel flüssiges Kapital sie zu halten haben: Die Liquidität darf fünf Prozent des Fondsvermögens nicht unterschreiten. Die Höchstgrenze liegt bei 49 Prozent. Dass die Fonds geschlossen wurden, sagt nicht unbedingt etwas über ihre Qualität aus. Denn mangelndes Bargeld bedeutet ja nicht, dass die in den Fonds enthaltenen Objekte an Qualität und Wert verlieren. Die Fonds, die jetzt noch geschlossen sind, stehen unter Druck. Sie müssen sich Liquidität beschaffen. Das versuchen sie, indem sie sich über den Verkauf der Anteile frisches Geld beschaffen oder sie verkaufen Objekte. Der Degi Global hat es bislang nicht geschafft, sich mit frischem Geld zu versorgen. Sonja Knorr, Analystin für offene Immobilienfonds bei der Ratingagentur Scope in Berlin, sieht Gründe dafür in der Tatsache, „dass der Fonds viele Immobilien in einer Hochpreisphase erworben hat. Zudem ist der Anteil an Osteuropa-Immobilien sehr hoch. Diese Märkte waren zum Zeitpunkt der Ankäufe stark überhitzt und müssen derzeit mehr als andere europäische Märkte Anpassungen verkraften“. Zusätzlich verlor der Fonds den Hauptmieter eines Objekts und musste die Immobilie deshalb abwerten.

Objektverkäufe in Fonds

So problematisch stellt sich die Lage bei den anderen Fonds eher nicht dar. Sie versuchen ihre Liquiditätsprobleme zu lösen, indem sie Objekte verkaufen. Doch hängt die weitere Entwicklung – und das gilt auch für die geöffneten Fonds – von der Entwicklung auf den Immobilienmärkten ab. Dabei geht es zum einen um die Preise. Doch am stärksten beeinflusst die Miete die Rendite der Fonds.

In diesem Punkt üben die Mieter Druck aus. Sonja Knorr sagt: „Besonders betroffen sind jetzt die Fonds, bei denen in der aktuell schwierigen Marktphase wichtige Mietverträge auslaufen. Neue Mieter zu attraktiven Konditionen zu finden, ist jetzt besonders schwierig.“

Laut der Statistik des Bundesverbands Investment und Asset Management BVI laufen in diesem Jahr rund zehn Prozent der Mietverträge aus. Die Folgeverträge dürften zu schlechteren Konditionen abgeschlossen werden. Hinzu kommt, dass die Mieter selbst unter den Folgen der Krise leiden. So droht – laut Knorr – bei weiteren Flächen Leerstand aufgrund von Mieterinsolvenzen. Als ein Beispiel für einen derartigen Einbruch ist der Markt in Frankfurt zu sehen. Dort ist der Markt für Gewerbeimmobilien 2009 im Vergleich zu 2007 um 93 Prozent abgesackt. Jetzt stehen etwa zwei Millionen Quadratmeter Bürofläche leer. Das macht eine Leerstandsquote von 20 Prozent.

Leerstehende Immobilien

Doch nicht nur in Deutschland fallen Mieter aus. Weltweit gibt es Probleme. Im europäischen Raum rechnet der Immobilienspezialist Jones Lang LaSalle für 2010 nicht mit einer positiven Veränderung, zumal europaweit in diesem Jahr noch viele Gebäude fertiggestellt werden. Fazit: „Solange keine nachhaltige konjunkturelle Erholung durchschlägt, bleibt das Leerstandniveau hoch und die Spitzenmieten dadurch weiter unter Druck.“ Wann mit der Öffnung der jetzt noch geschlossenen Fonds zu rechnen ist, lässt sich – laut Expertin Knorr – jetzt noch nicht sagen. Aufgrund der Marktlage sieht sie Schwierigkeiten beim Verkauf der Objekte: „Problematisch ist dies insbesondere aufgrund der Tatsache, dass eventuelle Käufer über den Verkaufsdruck des Verkäufers informiert sind.“ Die Fondsmanager haben also keine leichte Aufgabe, müssen sie doch die Balance finden zwischen ausreichender Liquidität und der Absicherung der künftigen Performance.

Das Investment-Gesetz sieht jedenfalls nur eine befristete Schließung der Fonds von zwei Jahren vor. Sollte es einigen Fonds

nicht gelingen, bis dahin die Voraussetzungen für eine Wiedereröffnung zu schaffen, dürfen sie Objekte beleihen, um Liquidität zu schaffen. Sobald die Bedingungen angemessen sind, muss das Objekt verkauft werden, um das Sondervermögen, zu dem die Immobilien des Fonds ja gehören, wieder zu entlasten.

Diese Vorgänge muss die Gesellschaft der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) unverzüglich anzeigen. Wann es sich um angemessene Bedingungen für einen Verkauf handelt, steht zwar noch nicht fest, der Gesetzgeber will es jedoch noch präzisieren.

erscheint ihm zu lang. Der Gegenvorschlag lautet deshalb: nur ein Jahr ausschließlich für institutionelle Investoren. Der Grund: „Wir wollen die Interessen der Privatanleger schützen. Dazu gehört auch, dass Privatanleger, die kurzfristig Geld benötigen, nicht eingeschränkt werden.“ Eine Veränderung bei der Rückgabe der Anteile wird es wohl nur für Käufe nach Inkrafttreten der Reform geben.

Dass die derzeitige schwierige Situation noch anhalten wird, davon geht auch Feri-Experte Kubatzki aus. Er wartet ab, wie die einzelnen Fonds mit dieser Krise fertig werden: „Jetzt trennt sich die Spreu vom Weizen.“

abwägen, was er will. Er sollte bedenken, dass es sich um eine langfristige Anlage handelt.“ Neben der Sicherheit bringen offene Immobilienfonds aber noch weitere Vorteile: Im Vergleich zum Eigenheim oder Mietshaus handelt es sich bei einem Fonds um eine vergleichsweise flexible Anlage, die in der Vergangenheit stabile Erträge gebracht hat. Bei Fonds, die außerhalb Deutschlands anlegen, bleiben die Erträge zum Teil steuerfrei. Außerdem tut es einem Depot gut, wenn ein Teil des Kapitals in einem realen Wert steckt, der – zumindest was den Immobilienanteil angeht – vor hohen Inflationsraten schützt. Allerdings sollte der Anteil begrenzt sein. Und wer schon Besitzer eines Hauses ist, legt sein Geld sowieso anders an.



Auch Verbraucherzentralen halten Immobilienfonds trotz kleinerer Widrigkeiten nach wie vor für eine ziemlich sichere Anlageform.

Foto: MEV

Sicherheit über den Weg der Langfristigkeit

Sparer, die sich also für offene Immobilienfonds entscheiden, müssen sich den Fonds genau anschauen, bevor sie sich zum Kauf entschließen. Wichtig sind dabei Kriterien wie die Liquiditäts-, Leerstands- und Vermietungsquote, die Mieterstruktur, die Dauer der Mietverträge und die Anlageschwerpunkte. Selbst wenn die Rendite stimmt, sollte der Anleger auf keinen Fall die Gebühren außer Acht lassen. Bei den meisten Immobilienfonds fallen fünf Prozent Ausgabeaufschlag an. Dazu kommt noch eine Verwaltungsgebühr von etwa 1,5 Prozent pro Jahr. Diese Kosten mindern die Rendite. Ist die Entscheidung für einen Fonds gefallen, kann der Kauf auch über eine Internetbank oder einen Fondsvermittler geschehen. Dort gibt man sich mit bescheideneren Aufschlägen zufrieden. Allerdings sollte der Kauf nach dem Motto „Eile mit Weile“ erfolgen. Wolfgang Kubitzki von der Ratingagentur Feri meint: „Mit dem Kauf würde ich bis zur Jahresmitte warten.“ Er fürchtet, dass es noch eine Zeit lang bergab geht. Anleger, die das investierte Kapital nicht benötigen, sollten sich in Geduld üben, bis die Lage sich bessert.

Marlene Endroweit
m.endroweit@netcologne.de

Mindesthaltefristen und Kündigungsfristen

Auch Finanzminister Wolfgang Schäuble hat inzwischen auf die Schwierigkeiten bei den offenen Immobilienfonds reagiert. So will er Mindesthaltefristen für die Anteilsscheine einführen. „Künftig soll für alle Anleger eine zweijährige Mindesthaltefrist gelten, ergänzt durch Kündigungsfristen, die nach Wahl der Kapitalanlagegesellschaften zwischen sechs und 24 Monaten angesetzt werden können“, so der Wortlaut des Ministeriums. Der BVI, der die deutschen Fonds vertritt, bewertet diesen Vorschlag grundsätzlich positiv. Aber eine zweijährige Frist

Die gut aufgestellten Fonds werden die Krise gut überstehen. Zwar lag die Rendite im vergangenen Jahr nur bei rund zwei Prozent. In den Jahren davor erwirtschaftete die Branche zwischen vier und sechs Prozent. Doch die Inflationsrate verharrte bei null Prozent. Für dieses Jahr rechnet Kubatzki mit einer Null vor dem Komma mit leichter Tendenz in den negativen Bereich: „Wir durchlaufen zwei schwierige Jahre. Ab 2011 dürfte es wieder aufwärts gehen.“

Trotz aller Negativmeldungen hält Peter Lischke, Finanzexperte bei der Verbraucherzentrale Berlin, offene Immobilienfonds immer noch für eine gute Anlage, geeignet für sicherheitsbewusste Anleger: „Sie sind teuer, aber sicher. Der Anleger muss selbst

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

Hersteller (Adresse)																																	
Handelsname des Medizinproduktes	Art des Produktes (z.B. Prothesenbasismaterial, Füllungsmaterial, Legierung):																																
Modell-, Katalog- oder Artikelnummer	Serien-/Chargennummer(n)																																
Datum des Vorkommnisses	Ort des Vorkommnisses																																
Patienteninitialen	Geburtsjahr	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																															
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten (bitte ggf. Ergänzungsblatt benutzen)																																	
Zahnbefund:	<table border="0"> <tr> <td><u>18</u></td><td><u>17</u></td><td><u>16</u></td><td><u>15</u></td><td><u>14</u></td><td><u>13</u></td><td><u>12</u></td><td><u>11</u></td><td><u>21</u></td><td><u>22</u></td><td><u>23</u></td><td><u>24</u></td><td><u>25</u></td><td><u>26</u></td><td><u>27</u></td><td><u>28</u></td> </tr> <tr> <td><u>48</u></td><td><u>47</u></td><td><u>46</u></td><td><u>45</u></td><td><u>44</u></td><td><u>43</u></td><td><u>42</u></td><td><u>41</u></td><td><u>31</u></td><td><u>32</u></td><td><u>33</u></td><td><u>34</u></td><td><u>35</u></td><td><u>36</u></td><td><u>37</u></td><td><u>38</u></td> </tr> </table>	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>	<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>45</u>	<u>44</u>	<u>43</u>	<u>42</u>	<u>41</u>	<u>31</u>	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>
<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>																		
<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>45</u>	<u>44</u>	<u>43</u>	<u>42</u>	<u>41</u>	<u>31</u>	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>																		
Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:																																	
Art des Vorkommnisses (lokal/systemisch, z.B. Rötung, Ulceration, Geschmacksirritation, Ganzkörperbeschwerden)																																	
Lokalisation des Vorkommnisses																																	
Beschreibung des Verlaufes																																	
Behandlungsmaßnahmen																																	
Ergebnis	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>																																

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Am besten topfit bis zur Rente

Wirtschaftlich schwierige Zeiten setzen nicht nur Unternehmen, sondern auch deren Mitarbeitern zu. Die Krise schlägt auf die Gesundheit. In den Firmen stehen dafür bisweilen betriebsärztliche Checks oder Fitnesskurse zur Verfügung. Doch das allein reicht nicht mehr. Mehr als körperlich, fühlen sich Beschäftigte heute geistig erschöpft. Dafür müssen jetzt die Weichen im betrieblichen Gesundheitsmanagement gestellt werden.

Ein betriebliches Gesundheitsmanagement, bei dem sich der Betrieb an gesundheitsfördernden Maßnahmen wie etwa Yoga-Kursen beteiligt, kann helfen, den Krankenstand zu senken.

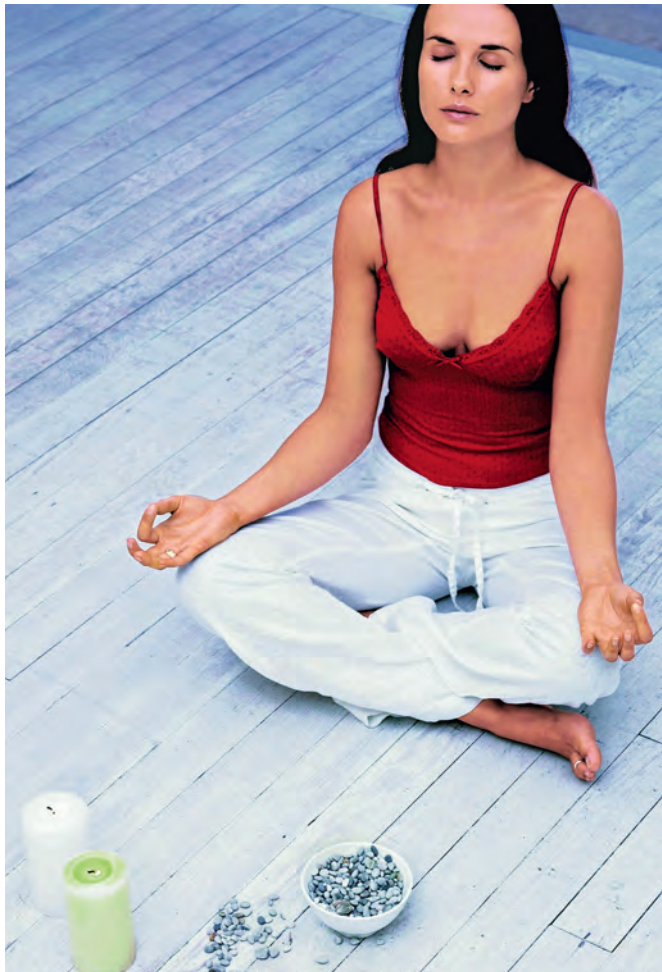


Foto: DAK

Glaubt man den Aussagen der Fachleute, steigt die Anzahl derer, die aufgrund von seelischen Krankheiten der Arbeit fernbleiben kontinuierlich an. Ein Arbeitnehmer ist im Durchschnitt 22,5 Tage krank wegen eines inneren Erschöpfungszustands und nur 15,7 Tage wegen einer Verletzung, so das wissenschaftliche Institut der AOK in einer Erhebung der Ausfallzeiten nach Krankheitsarten von 2008. Verglichen mit den körperlichen Gebrechen dauern Krank-

schreibungen verursacht durch psychische Probleme auch länger an. Eine beängstigende Entwicklung, zumal keine Entspannung der Arbeitssituation in Sicht scheint und Symptome psychischer Probleme im Vorfeld von dem Betroffenen gar nicht als solche wahrgenommen werden. Arbeitsbedingte Stressauslöser können aus Wahrnehmungen und Bewertungen entstehen, oder durch eine Emotion wie etwa dauerhafter Ärger mit dem Chef oder Kollegen.

Massenphänomen Burnout

Burnout ist zu einem Massenphänomen geworden. Jeder Neunte leide in Deutschland bereits darunter, schätzen die Betriebskrankenkassen. Psychische Störungen sind heute nachweislich der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit. Das ist auf die Individualisierung und Flexibilisierung der modernen Arbeitswelt zurückzuführen. Hier werden unentwegt Entscheidungen von den Mitarbeitern verlangt. Sie müssen für immer komplexere Aufgaben immer mehr Verantwortung übernehmen. Eine überbordende Flut von Mails und permanente Leistung „am Anschlag“ sind kräftezehrend und münden immer häufiger in einen Zustand des Ausgebranntseins. Eine tickende Zeitbombe, die schnell zu handfesten Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen kann. Ist der Mitarbeiter erst einmal psychisch erkrankt, wird er eine mehr oder minder lange Auszeit benötigen, in der dem Unternehmen wertvolles Know-how fehlt und Kosten entstehen.

Stress-Stabilität erlernen

Vor diesem Hintergrund ist das betriebliche Gesundheitsmanagement gefordert. Wo bisher noch Sportgeräte und der Besuch beim Betriebsarzt im Vordergrund standen, müssen jetzt Maßnahmen ergriffen werden, um psychischen Krankheiten vorzubeugen. Psychologen wie Dr. Petra Bernatzeder, Geschäftsführerin des Münchner Unternehmens Upgrade Human Resources, sprechen in diesem Zusammenhang von einer „neuen Präventionskultur“. „Um heute wirksam dem Stress begegnen zu können, muss eine präventive Arbeitsgestaltung stattfinden. Das heißt, Unternehmen sollten da ansetzen, wo es um Aufbau geht, nämlich beim Aufbau von Stress-Stabilität und mentaler Stärke.“

Tatsächlich offenbart die Praxis aber ein anderes Bild. Unternehmen agieren kapitalmarktgetrieben. Sie richten ihr Handeln auf kurzfristige Gewinne aus. Dafür müssen Mitarbeiter im Extremfall schon einmal kurzfristig ausgewechselt werden oder dauerhafte

Überlastung ertragen. Die Gesundheit als einen wesentlichen Produktivitätsfaktor zu sehen und langfristig im Betrieb zu etablieren, ist Vielen noch fremd. Eine Veränderung in Richtung Präventionskultur würde auch für das Management bedeuten, eine andere Personalpolitik zu betreiben, in der beispielsweise verstärkt Teamarbeit und dezentrale Entscheidungen im Fokus stehen könnten.

Altersgerechte Gesundheitsförderung

Vereinzelte Anzeichen im Markt deuten aber schon darauf hin, dass Unternehmen, die schon jetzt ein gezieltes Gesundheitsmanagement betreiben, davon profitieren. So ging aus einer kürzlich veröffentlichten Befragung der Initiative Gesundheit und Arbeit hervor, dass bei rund 82 Prozent der Unternehmen, die Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) einsetzen, eine stabilisierende Wirkung in Bezug auf die Belastbarkeit der Mitarbeiter in schwierigen Zeiten zu registrieren ist. Verantwortlich dafür seien vor allem die Verbesserungen am Arbeitsplatz und bei den Arbeitsabläufen, durch die der Krankenstand verringert werden konnte.

Alleinige Messgröße für ein erfolgreiches BGM sollte allerdings nicht nur die Verringerung der Krankentage sein. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und sich verändernder Erwerbsbiografien bewährt sich eine altersgerechte Gesundheitsförderung. Ältere Arbeitnehmer sind naturgemäß anfälliger für Krankheiten, erst recht, wenn sie dauerhaftem Druck aus-

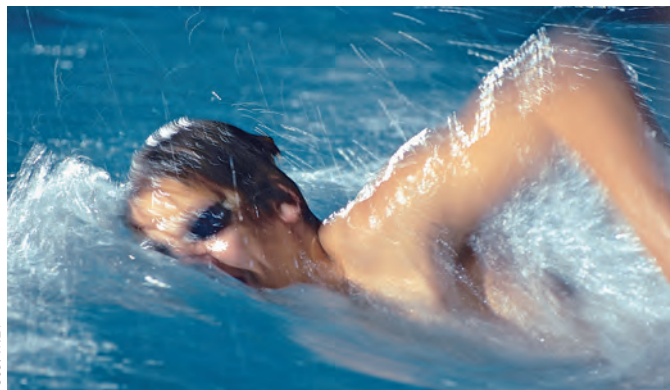


Foto: Axel Leschinski - Frontline

Massenphänomen Burnout: Viele Berufstätige leiden unter einem Gefühl des Ausgebranntseins und chronischer Motivationslosigkeit.

gesetzt sind. Meist arbeiten sie aber auch eigenverantwortlicher und selbstständiger als die jungen Kollegen, das heißt, Gesundheitsförderung sollte diese Voraussetzung berücksichtigen. Mitarbeiter müssen motiviert werden, um zu lernen, mit der eigenen Belastungssituation besser umzugehen. Der Arbeitgeber sollte den Rahmen dafür schaffen, damit sie sich aktiv und eigenverantwortlich eine verbesserte Problemlösungskompetenz erarbeiten. Denn wer gelernt hat, stressresistent zu sein und über mentale Stärke verfügt, bleibt geistig fit und psychisch gesund – sogar bis zur Rente.

*Silvia Hänig
Eichendorffstraße 22
85521 Ottobrunn bei München*



Gesundheitsförderungsprogramme, die auch von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden, sind bestens geeignet, Mitarbeitern ein betriebliches Gesundheitsmanagement zugutekommen zu lassen.

Foto: MEV

Erfolgreiche Teamzusammenstellung

Die Mannschaft ist der Star

Der Erfolg einer Praxis gründet auf Vertrauen. Vertrauen der Patienten in die Arbeit des Zahnarztes und indessen Team. Wichtig ist hierbei für den Zahnarzt als Führungskraft, das Team optimal zusammenzustellen.



Foto: picture alliance, MEV

Die deutsche Fußball-Nationalmannschaft wurde 1996 Europameister. Ihr damaliger Trainer Berti Vogts prägte den Satz, der für jede erfolgreiche Teamzusammenstellung gilt: Die Mannschaft ist der Star.

Dr. Jens Rowold von der Westfälischen Wilhelm-Universität in Münster hat in einer aktuellen Studie verschiedene Führungsstile überprüft. Sein Ergebnis: Arbeitsleistung, Arbeitszufriedenheit und die Bindung der Mitarbeiter an ein Unternehmen sind sehr abhängig vom gelebten Führungsstil. Den größten Erfolg verspricht der Führungsstil, den Rowold als „Austauschbeziehung“ bezeichnet. Die Beziehung zwischen Führungskraft und Mitarbeiter ist dabei gezeichnet von Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung – neben der Motivation durch die Führungskraft die Basis für ein erfolgreiches Team. Hierfür muss die Kommunikation offen und authentisch sein. Zahnarzt und Mitarbeiterin wissen zudem um die jeweiligen Stärken.

Zahnarzt als Allrounder mit Führungsaufgaben

Der langfristige Erfolg im Team beginnt bei der Führungskraft Zahnarzt. Er sollte – so schwierig das auch ist – als Allrounder agieren. Dazu zählt, dass er neben seiner Tätigkeit als Zahnarzt auch Praxismanager ist, der den direkten Patientenkontakt pflegt, seine Mitarbeiter führt sowie Personalentscheidungen trifft. Dies bedingt, dass er sein eigenes Verhalten reflektiert und einen Führungsstil etabliert.

Zentrale Fragen einer solchen Selbstbild-Analyse können beispielsweise sein: „Wer bin ich, was will ich und wie kann ich es erreichen? Welche Mitarbeiter habe ich, wie schätze ich ihr Verhalten ein und wie

kann ich das Team optimal aufstellen?“

Bei aller gebotenen Skepsis vor einer fahrlässigen Einengung, aber denkbar wäre etwa, Mitarbeiter grob in Kategorien einzuteilen, die jeweils für einen vorherrschenden Charaktertyp stehen, wie es das sogenannte DISG-Modell (siehe Infokasten) anbietet. Das Modell unterscheidet die vier Verhaltensdimensionen

- D = Dominant
- I = Initiativ
- S = Stetig
- G = Gewissenhaft,

wobei „Mischtypen“ eher die Regel als die Ausnahme sind.

Die vier Verhaltensdimensionen D-I-S-G

■ Menschen mit dominantem Verhaltensstil (D) sind motiviert, Probleme zu lösen und schnell Ergebnisse zu erzielen. Sie mögen Herausforderungen und stellen sich schnell auch einer unangenehmen Verantwortung.

■ Menschen mit initiativem Verhaltensstil (I) sind motiviert, andere zu überzeugen und zu beeinflussen. Sie sind offen und drücken ihre Gedanken und Gefühle meist optimistisch aus. In der Praxis können Sie Patienten und Kolleginnen unter anderem mit Ihrer kommunikativen Art begeistern.

■ Menschen mit stetigem Verhaltensstil (S) sind motiviert, ein berechenbares Umfeld zu schaffen. Sie sind geduldige und gute Zuhörer. Oft wird der Wert dieser „Arbeitsbienen“ erst bemerkt, wenn sie einmal fehlen. Sie werden oft unterschätzt.

■ Menschen mit gewissenhaftem Verhaltensstil (G) sind motiviert, hohe Standards zu erreichen. Sie achten auf Präzision und Genauigkeit. Prinzipien, die von diesen Mitarbeitern aufgestellt werden, können fast blind übernommen werden, wenn es auch manchmal „zu viel des Guten“ ist.

Mit dem Bewusstsein um die verschiedenen Verhaltenstypen und ihre spezifischen Merkmale können Zahnärzte im Laufe der Zeit

schnell erkennen, welcher Persönlichkeit sie sich gerade gegenübersehen und wie sie ihr eigenes Verhalten bestmöglich auf sie abstimmen. Dieser Lernprozess erfordert, manchmal auch über den eigenen Schatten zu springen und Rückschläge einzustecken. Dennoch empfiehlt sich diese Vorgehensweise, um im Team Vertrauen aufzubauen, die Mitarbeiter zu optimalen Leistungen zu motivieren und Patienten ein wertschätzendes Gefühl vermitteln zu können.

Auch die einzelnen Teammitglieder können anhand des DISG-Modells ihre eigenen Stärken und Schwächen sowie Ziele und Motivationsanreize analysieren und definieren. Mit dem Wissen um die verschiedenen Verhaltenstypen können sie nicht nur sich selber, sondern auch die anderen Teammitglieder besser einschätzen. Weshalb sagt Mitarbeiterin A nicht, was sie wirklich will und schweigt im Teammeeting? Wieso ist Mitarbeiterin B immer so beliebt? Und weshalb macht Mitarbeiterin C so oft „dusselige“ Fehler?

Das Bewusstsein über unterschiedliche Verhaltensstile fördert den respektvollen Umgang miteinander und legt somit den Grundstein für einen vertrauensvollen und reibungslosen Praxisalltag, den man auch im Außenverhältnis gegenüber Patienten spüren kann.

zm-Info

Das DISG-Profil

Das DISG-Profil basiert auf einem Modell zur Beschreibung menschlichen Verhaltens nach John G. Geier. Ziel ist die standardisierte Erfassung des Selbstbildes einer Person in Hinblick auf relevante Verhaltenstendenzen in einer bestimmten Situation. Die Erkenntnisse sollen Menschen dabei helfen, sich und ihr Verhalten besser zu verstehen sowie die Kommunikation und Kooperation mit anderen zu verbessern. Die dem DISG-Profil zugrunde liegende Theorie beruht auf der Arbeit des Psychologen William Moulton Marston (1928, *Emotion of Normal People*). Ein Team von Wissenschaftlern, unter anderem der Verhaltenspsychologe

Geier, entwickelte auf der Basis von Marstons Arbeit ein psychologisches Modell zur Erklärung menschlichen Verhaltens. Daraus entstand ein Profil mit Fragebogen zur Selbstausswertung und mit verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten. In das heutige DISG-Modell flossen außerdem theoretische Grundsätze von unter anderem Erich Fromm und Alfred Adler mit ein. Das DISG-Modell wurde immer wieder von verschiedenen Autoren übernommen und umbenannt, so dass es sehr unterschiedliche Versionen gibt.

■ **Quelle:** wikipedia

Die richtige Mischung

Es gibt weder den einzig wahren oder richtigen Führungsstil. Noch gibt es die perfekte Mischung von DISG-Persönlichkeiten. In Zahnarztpraxen finden sich häufig alle Typen des DISG-Modells wieder. Zwar können sowohl der Zahnarzt als auch die Mitarbeiter ihr Verhalten ändern und sich in ihren Fähigkeiten weiterbilden, jedoch lässt sich die Persönlichkeit wohl nicht grundlegend ändern. Für den Erfolg der Praxis ist es daher wichtig, die verschiedenen Positionen den einzelnen Persönlichkeiten zuzuweisen.



Foto: IS Crossmedia-FT online

Je präziser die Vorstellungen des Chefs bei Neueinstellungen sind, umso seltener ziehen sich Bewerbungsverfahren in die Länge.

Der überwiegend dominante Persönlichkeitstyp sucht Herausforderungen und besondere Aufgaben. Er möchte sich messen, seine Ideen in der Praxis umsetzen und entsprechend anerkannt werden. Dominante

Mitarbeiter arbeiten häufig für Chefs, die ihnen Freiräume lassen, eventuell auch zum „Laissez-faire“-Führungsstil neigen und die Führung leicht aus der Hand geben.

Initiative Mitarbeiter zeichnen sich durch gute und kreative Ideen aus und streben nach den Positionen mit besonderer Aufmerksamkeit. Sind bei Ihnen dominante oder gewissenhafte Verhaltensstile geringer ausgeprägt, benötigen Sie Unterstützung in der Umsetzung ihrer Ideen.

Stetige Mitarbeiter sind die Vertrauensbasen einer Praxis. Sie werten wenig, sind ausgleichend und haben stets ein offenes Ohr. Die ehemalige Berufsbezeichnung „Helferin“ ist

für die stetige Mitarbeiterin ebenso bezeichnend wie jene Beispiele: Die Kollegin muss einen früheren Bus bekommen und ein anderer muss dafür länger arbeiten? Kein Problem, die Stetige springt ein. Wer geht zum ängstlichen oder auch anspruchsvollen Patienten? Logisch! Stetige Mitarbeiter sind zwar eher zurückhaltend und wirken oft schüchtern. Wenn es um bekannte und bewährte Abläufe geht, ist auf die stetige Persönlichkeit als Zahnarzt oder Teammitglied Verlass. Ihr Engagement sollte auch gelobt werden, denn auf ihre Loyalität kann man sich verlassen. Gewissenhafte Mitarbeiterinnen arbeiten als Qualitätsmanager. Um die hohe Qualität nicht zu gefährden, haben sie wiederkehrende Prinzipien in ihre Arbeitsweise integriert und fordern deren Einhaltung nachdrücklich. Diese Mitarbeiter sind häufig an der Rezeption und in der Verwaltung eingesetzt. Sie wahren die Qualitätsstandards zum Beispiel in der Dokumentation und Abrechnung und sind sehr verlässlich.

Stellen richtig besetzen

Um die Treffsicherheit bei der Personalauswahl zu erhöhen, wenn es um eine Stellen-Neubesetzung geht, bietet es sich an, das DISG-Modell anzuwenden. Möglicherweise kann man so Missverständnisse und teure Fehlbesetzungen im Bewerbungsverfahren verringern. Die Segmentierung der Persönlichkeitsmerkmale ermög-

zm-Info

Erfolgreiche Teamzusammenstellung

Zahnärzte stellen ein erfolgreiches Team zusammen, indem sie

- ihr eigenes Verhalten gegenüber Mitarbeitern und Patienten analysieren,
- die Persönlichkeiten ihrer Mitarbeiter analysieren,
- die jeweilige Mitarbeiter-Persönlichkeit sehen und individuell auf sie eingehen,
- offene Stellen anhand des erforderlichen Persönlichkeitsprofils besetzen
- und die Mitarbeiter individuell motivieren und den Zusammenhalt fördern.

licht dem Zahnarzt, Mitarbeiter einzustellen, die das bestehende Team optimal ergänzen und zur Führungskraft sowie zur offenen Stelle passen.

Wollen Sie frischen Wind in Ihre Praxis bringen und benötigen zur Unterstützung eine Mitarbeiterin die „freundlich Klartext“ mit Patienten und Kolleginnen reden kann, sollten Sie im Bewerbungs- oder auch Referenzgespräch nach dominant-gewissenhaften Verhaltensstilen suchen. Das Stellenprofil lässt sich, auch gemeinsam mit dem Team, klar beschreiben und ermöglicht eine schnelle und effiziente Bewerberauswahl. Ist es beispielsweise wichtig, dass die gesuchte fachärztliche Assistentin hohen Wert auf die präzise Ausführung der Behandlung legt, um gesundheitliche Schäden zu vermeiden, oder ist es wichtiger, dass sie etwa bei der Prophylaxe den Kunden gegenüber auch als gute Beraterin von außervertraglichen Leistungen auftritt? Mit Hilfe des DISG-Modells können speziellen Anforderungen verifiziert werden, so dass die Stellenanzeige optimal formuliert werden kann. Neben den erforderlichen fachlichen Kompetenzen können auch persönliche Stärken abgefragt werden, die über allgemeine „Teamfähigkeit“ und „Selbstständigkeit“ hinausgehen.

Dörte Kruse / Franco Tafuro
Grelckstraße 36
22529 Hamburg

Abrechnungsfehler von MVZs

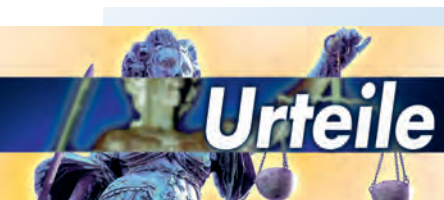
Zulassungsentzug gerechtfertigt

Begeht ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) schwere Abrechnungsfehler, so ist das MVZ selbst und nicht nur persönlich sein ärztlicher Leiter haftbar. Auch ein sofortiger Zulassungsentzug kann gerechtfertigt sein, urteilte das Landessozialgericht (LSG) in Berlin.

Einer davon eventuell abweichenden Haftungsfreistellung durch die Zulassungsgremien fehle es an der erforderlichen gesetzlichen Grundlage, so die Richter. Ein Widerruf der Anstellungsgenehmigung hinsichtlich des ärztlichen Leiters komme nur dann als milderer Mittel in Betracht, wenn die Pflichtverstöße allein durch diesen begangen worden wären. Der sofortige Vollzug sei durch ein besonderes öffentliches Interesse an der genauen Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gerechtfertigt, da ansonsten das Vertrauensverhältnis zwischen Krankenkassen, KVen und Vertragsärzten und

damit die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet wäre. Er sei zudem durch generalpräventive Aspekte gerechtfertigt, da MVZs unter anderem wegen der Vielzahl der in ihnen tätigen Mitarbeiter und der sich daraus ergebenden Gestaltungsmöglichkeiten eine besondere Mißbrauchsfahrer begründen. Gegebenenfalls müsse eine Auslauffrist für längere Behandlungen und für eine Überweisung zu anderen Ärzten zugebilligt werden. sg

LSG Berlin
Urteil vom 09.02.2010
AZ:L 7 KA 169/09



„Allen Menschen Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann“, besagt ein griechisches Sprichwort. Wie die Richter entscheiden? Hier einige Urteile, deren Kenntnis dem Zahnarzt den eigenen Alltag erleichtern kann.

Behandlungsvertrag

Jederzeit kündbar

Zahnärzte und Ärzte dürfen einen Behandlungsvertrag ohne Angabe von Gründen kündigen – auch wenn er über mehrere Jahre andauert. Dies bestätigte das Landgericht Berlin.

Der Behandlungsvertrag sei ein Dienstvertrag höherer Art und könne grundsätzlich von beiden Seiten jederzeit gekündigt werden. Ausnahmen seien nur dann gegeben, wenn die Kündigung für den Patienten nachweisbar zu unbilligen Härten führe oder wenn der Arzt für die betreffende

Behandlung eine „Monopolstellung“ habe. Das Gericht wies mit dieser Begründung die Klage einer Patientin samt Schmerzensgeldforderung zurück. ck/sg/ÄZ/adp

Landgericht Berlin
AZ: 20 U 49/07

Steuerbetrug

Approbation gefährdet

Wer als Arzt kontinuierlich Steuern hinterzieht, riskiert, dass ihm seine medizinische Zulassung entzogen wird. Dies ist die Konsequenz eines Urteils, das das Oberverwaltungsgericht (OVG) in Lüneburg getroffen hat.

Verhandelt wurde der Fall eines niedergelassenen Augenarztes. Dieser gab über zehn Jahre einen erheblichen Anteil seiner Einnahmen aus der Praxistätigkeit nicht an und verursachte dadurch einen Steuerrückstand von 877 000 Euro. Im Jahr 2007 wurde der Arzt wegen Steuerhinterziehung allein für die Jahre 2000 bis 2004 zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren auf Bewährung verurteilt. Wegen wiederholter

Straftaten wurde dem Arzt gemäß der Berufsordnung die Approbation entzogen, da er seinen Beruf „unwürdig“ und „unzuverlässig“ ausübe. Das OVG Lüneburg bestätigte den Entzug der Approbation. Begründung: Zwar führe nicht jedes Steuer- vergehen zu der Annahme, dass eine Berufsunwürdigkeit vorliegt, doch ein so schwerwiegendes und beharrliches steuerliches Fehlverhalten lasse die Annahme zu, der Arzt setze sich im eigenen finanziellen Interesse über die Interessen der Allgemeinheit hinweg. Schon aus diesem Grund sei er als Arzt untragbar. sg



Foto: Fotostock-Look

OVG Lüneburg
Urteil vom 04.12.2009
AZ: 8 LA197/09

Praxisausfallversicherung

Unfall-Leistungen nicht gewinnrelevant

Leistungen einer Praxisausfallversicherung unterliegen dann nicht der Einkommenssteuer, wenn die Ursache ein Unfall war. Begründung: Ein Unfall ist ein außerbetriebliches Ereignis.

Dies entschied der Bundesfinanzhof (BFH) in München. Verhandelt wurde der Fall einer Ärztin, die eine Praxisausfallversicherung abgeschlossen hatte. Leistungen aus dieser Versicherung waren dann fällig, wenn die Versicherungsnehmerin einen Unfall erleidet. Da dies der Fall war, erhielt sie auch Entschädigungsleistungen der Versicherung. Während die zu zahlenden Versicherungsprämien von der Ärztin als Betriebsausgabe geltend

gemacht wurden, gab sie die Versicherungsleistungen, die sie wegen des Unfalls erhielt, nicht als Praxiseinnahmen in ihrer Gewinnermittlung an. Das zuständige Finanzamt jedoch schlug die Versicherungsleistungen zunächst den Einkünften aus selbstständiger Arbeit zu. Der BFH aber entschied nun dagegen. sg/pm

BFH München
Urteil vom 19.05.2009
AZ: VIII R 6/07

Windows optimieren

Mehrwert ohne Zusatzkosten

Das Leben mit PC kann so einfach sein. Die Installation weniger Extra-Softwares macht Windows sicherer, schneller und erhöht den Spaßfaktor. Und das Beste ist: Die meisten Tools kosten den User keinen müden Cent.



Foto: Corbis Super RF/Flonline

Für die regelmäßige Reinigung des Computers von Datenmüll gibt es durchdachte Software, wie etwa den CCleaner.

Welche Programme schützen vor Viren-attacken? Wer liest unerlaubt mit, wenn der Rechner läuft? Wie hält man Ordnung auf der Festplatte? Gibt es Alternativen zu teuren Brennprogrammen à la Nero? Kann man über den Computer auch fernsehen? Fragen über Fragen, die sich auftun, wenn man seinen Rechner optimal einrichten will. Wie das geht, lesen Sie hier.

■ Absichern mit: AVG Anti-Virus, SpyBot, XPAntiSpy

Beim Schutz vor Viren, Spyware und Trojanern hilft PC-Besitzern die Software AVG Anti-Virus Free. Das Tool überprüft Suchergebnisse und führt regelmäßig Festplattenscans durch. Außerdem sucht AVG auf Wechselmedien wie USB-Sticks, externen Festplatten oder CDs nach potenziellen Gefahren. Nachteil: Der komplette Festplattenscan dauert bis zu zwei Stunden und kann den Rechner langsamer machen.

Wenn es mal schnell gehen soll, ist es ratsam, über den Menüpunkt „Computer-Scanner“ gezielt einzelne Dateien oder Ordner herauszusuchen, um sie durchleuchten zu lassen. Aufgepasst: Wer die kostenlose Version des Programms installiert hat, muss beim Download von Dateien längere Wartezeiten in Kauf nehmen und kann sich nicht an das Supportcenter wenden.

Nutzerdaten sind ein wertvolles Gut – aus diesem Grund haben Spionageprogramme Hochkonjunktur. Die Software SpyBot spürt Programme auf, die Informationen über das Surfverhalten des Nutzers ohne dessen Wissen weitergeben. Ganz nach dem eigenen Motto – „Search and Destroy“ (Suchen und Zerstören) – lokalisiert das Programm Malware und entfernt die Komponenten der Programme, die fürs Ausspionieren zuständig sind. Das gelingt nicht immer, manchmal ist die Software danach dauerhaft im Eimer.

Auf Wunsch verwischt das Programm die Spuren, die man im Internet hinterlässt. Vorteil: Werden die Nachweise über zuletzt besuchte Seiten, geöffnete Dateien, Cookies oder genutzte Programme gelöscht, haben Spione es schwerer, schnell etwas zu finden. Für viele ist Windows XP die größte Spyware aller Zeiten. Denn das Betriebssystem überträgt oft und gerne Nutzerdaten an den Hersteller Microsoft, ohne den User in Kenntnis zu setzen – welche und wie viele, weiß niemand. XP Antispy sorgt dafür, dass Windows XP nicht an den falschen Stellen aktiv wird und zum Beispiel Daten über die Nutzung des Mediaplayers weitergibt. An die Gestaltung des Programms muss man sich erst gewöhnen: In einer langen Liste sind die möglichen Spionage-Funktionen zusammengefasst, zum Beispiel „Identifikation des Media Players durch Internetsites nicht zulassen“. Grüne Häkchen markieren, dass eine Funktion deaktiviert wurde, rote, dass sie für die Deaktivierung vorgesehen ist. Kein Häkchen bedeutet, die Funktion ist weiterhin in Betrieb. Einstellungen, an denen Laien besser nichts ändern sollten, sind mit einem Schild markiert.

■ Aufräumen mit: CrapCleaner (CCleaner)

Diese Software beseitigt Datenmüll, der sich auf der Festplatte festsetzt und die Rechnerleistung mindert. Besonders beim Surfen häuft sich eine Menge Ballast an. Um das zu verhindern, können User im Startmenü des Cleaners auf der Registrierkarte „Windows“ festlegen, welche Daten regelmäßig beseitigt werden sollen. Zur Auswahl gehören temporäre Internet-Dateien, Cookies, zuletzt eingegebene Adressen und das Eingabefeld Verlauf, über das alle Daten und Passwörter, mit denen man sich auf einer Webseite einloggt, gespeichert sind. Hier Tabula rasa zu machen, verursacht zwar mehr Arbeit – bei jedem Login müssen die Daten erneut eingegeben werden –, ist aber sicherer. Eine weitere Funktion des CCleaner: Er erkennt automatisch, welche Anwendungen auf einem PC installiert sind. Je nach Wunsch kann man sie in den Reinigungsprozess einbinden, also zum Beispiel den Downloadverlauf oder die Internet-Caches des Browsers löschen.

Zentrales Schaltorgan des Windows-Betriebssystems ist die Registry. Fast alle Windowsprogramme legen hier Informationen ab. Nach einer gewissen Zeit empfiehlt es sich, alte und ungenutzte Einträge in der Datenbank aufzustöbern und zu entfernen – CCleaner erledigt das.

Im Menüpunkt „Extras“/„Autostart“ definieren User, welche Programme beim Einschalten des PCs automatisch aktiviert werden. Je mehr es sind, desto länger dauert der Vorgang. Per CCleaner können PC-Nutzer festlegen, welche Programme nicht mehr automatisch hochgefahren werden sollen.

■ Hören und sehen mit: CDBurner XP Pro, VLC Media Player und Zattoo

CDBurner XP Pro ist ein Alleskönner: Er erstellt alle Arten von CDs und DVDs – Blu-Ray und HD inklusive. Die Umwandlung und Erstellung von Audio-CDs kann in den Formaten MP3, OGG, WMA und WAV erfolgen. Der CDBurner XP Pro arbeitet mit dem Burn-Proof-Verfahren. Die Funktion verhindert, dass der verwendete Rohling unbrauchbar wird. Abgerundet wird das Programm durch ein leicht zu bedienendes Layoutprogramm für die Beschriftung der CDs und DVDs.

Eine Alternative zum Windows Media Player ist der VideoLAN Client (VLC) Media Player, geeignet zum Anschauen von DVDs, HD-Material und Internetstreams. Schon nach der ersten Inbetriebnahme spielt die Software viele verschiedene Audio- und Videoformate ab, unter anderem MP3, FLAC, AAC, AVI, MOV, FLV sowie Blu-Ray. So bleibt

den Anwendern die Suche nach anderen Codecs weitestgehend erspart. Ein weiteres Plus: die übersichtlich gestaltete Bedienoberfläche.

Fernsehen über den PC geht – ganz legal – über Zattoo.com. Im Angebot hat die Plattform die öffentlich-rechtlichen Sender, die Dritten Programme, Spartensender wie zdf_neo, arte sowie einige private und ausländische Sender, unter anderem Das Vierte, Tele 5, CNN oder Al Jazeera. Insgesamt können User, die den Zattoo-Player herunterladen, 105 Kanäle live empfangen – darunter sind aber auch viele Radiosender. Noch ist das Angebot in Deutschland kostenfrei, in Dänemark, wo Zattoo auch aktiv ist, müssen Nutzer hingegen dafür zahlen.

■ Kreativ sein mit: Paint.NET

An professionelle Bildbearbeitungsprogramme kommt diese Freeware zwar nicht ganz ran, aber trotzdem hat sie einiges zu bieten. Die Software erlaubt die Arbeit mit mehreren Ebenen und bietet bekannte Funktionen wie Pinsel, Pipette, Zauberstab, Einfärbetools und Stempel. Mit Paint.NET lassen sich zudem rote Augen korrigieren sowie Helligkeit, Kontrast, Farbton und -sättigung anpassen. Es gibt ein Text-Werkzeug, Effektefilter und verschiedene geometrische Optionen, mit denen man seine Fotos bearbeiten kann.

*Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net*



Umsonst Filme auf dem Laptop gucken? Kein Problem mit Zattoo.com.

DGK-Frühjahrstagung

Gelebte Vernetzung



Referenten aus Standespolitik, Wissenschaft und Praxis berichteten auf der Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) in Berlin über Ergebnisse, Trends und Herausforderungen in der Gruppenprophylaxe. DGK-Präsident Prof. Christian Hirsch erklärte in Bezug auf das Ziel der Veranstaltung: „Mit dieser Tagung wollen wir die Gruppenprophylaxe mit der kinderzahnärztlichen Praxis besser verknüpfen.“ Die Veranstaltung fand in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Berlin statt.

Nach einer Schweigeminute für die unerwartet verstorbene Zahnärztin Dr. Anja Hintze aus Dresden erklärte Hirsch: „Wir wollen die Personen zusammenbringen, die – jeder in seinem Bereich – einen wichtigen Baustein in der Gesamtaufgabe Kindergesundheit leisten.“ Zudem sei es wichtig, sich mit dem wissenschaftlichen Hintergrund von Gruppenprophylaxe zu beschäftigen. „Hier ist sicher noch Forschungsbedarf“, konstatierte Hirsch.

Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Zahnärztekammer Berlin begrüßte die Entscheidung, die Frühjahrstagung gemeinsam mit der LAG Berlin durchzuführen. So werde der Fokus einmal auf die Arbeit der hier „hochengagiert tätigen LAG“ gelegt. Die Berliner Kammer habe ihrerseits in den zurückliegenden Jahren viel für die Kindergesundheit getan, unter anderem sei vor einem halben Jahr ein gänzlich neues Konzept realisiert worden: der Berliner Kinderzahnpass. Schmiedel bat eindringlich, das Thema Kindesmisshandlung nicht aus den Augen zu verlieren. „Wir leben in einem zunehmenden Klima sozialer Kälte und Verrohung. Alle Kollegen sollten ihre Möglichkeiten nutzen, um gefährdeten Kindern zu helfen.“

Gewachsener Stellenwert

Die Anwesenheit eines „so hohen Standespolitikers wie Dr. Dietmar Oesterreich“ zeige, welchen Stellenwert das Thema Gruppenprophylaxe mittlerweile innerhalb des Berufsstandes hat.

Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, skizzierte in seinem Beitrag



(v.l.n.r.): Berlins Kammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel, Prof. Dr. Christian Hirsch MSc. (Präsident der DGK) und Rainer Grahl (LAG-Geschäftsführer)

zur Zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Deutschland die gesetzlichen Grundlagen und die strukturelle Situation der insgesamt 17 Landesarbeitsgemeinschaften. Gemäß dem Motto „Einheit durch Vielfalt“ ließen sich bei genauerer Betrachtung in der Realisierung des Auftrags gemäß § 21 SGB V Unterschiede ablesen, die den spezifischen Anforderungen geschuldet und durchaus gewollt sind. Beispielhaft berichteten Dr. Herbert Michel, Vorsitzender der Bayerischen LAGZ und Dr. Gudrun Rojas, ZÄD Brandenburg a. d. Havel, über ihre Erfahrungen zum Thema Gruppenprophylaxe.

Oesterreich betonte, dass neben dem Erhalt eines kariesfreien Gebisses bei allen Kindern mit naturgesunden Zähnen und der Risikoabsenkung des Karieszuwachses bei Kindern mit bereits erkrankten Zähnen ein weiterer Punkt bedeutend sei: ein positives Erleben von Mundgesundheit. Ein Ziel, das bereits bei der Gruppenprophylaxe im Kindergarten (drei bis sechs Jahre) Priorität habe.

Die Aufgaben der Gruppenprophylaxe veränderten sich mit der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung – zukünftig würden risiko-

gruppenorientierte Prophylaxestrategien einen Schwerpunkt bilden. Maßgabe müsse sein, Best-Practice-Modelle bundesweit zu implementieren, um einheitliche Standards zu gewährleisten. Bei allem Engagement des Berufsstandes dürfe nicht versäumt werden, die staatliche Verantwortung für die Mundgesundheitsprävention einzufordern: „Der Abbau von Stellen im öffentlichen Gesundheitsdienst ist kein Weg, den die Bundeszahnärztekammer kritiklos hinnehmen wird“, versicherte Oesterreich.

Unter der Überschrift „Gruppenprophylaxe mit oder ohne Fluoridierung?“ stellte Prof. Klaus Pieper Leiter der Kinderzahnheilkunde der Philipps-Universität Marburg aus Sicht der Wissenschaft die Ergebnisse einer großen Vergleichsstudie in Marburg und Osnabrück an Brennpunktschulen vor. Die Mundgesundheitswerte der Kinder mit Fluoridierung lagen der Studie zufolge bei rund 50 Prozent über denen der Vergleichsgruppe. Wie schwierig eine wissenschaftliche Bewertung der Gruppenprophylaxe ist, verdeutlichte Dr. Hendrik Meyer-Lückel, Kiel: „Die Wirkungszusammenhänge sind sehr komplex und erschweren die Beurteilung einzelner Faktoren.“ Generell müsse Mundgesundheitsförderung nach verhaltensmodifizierten und medikalen Komponenten unterschieden werden. Seiner Einschätzung nach ist es der effizienteste Weg, wenn „beaufsichtigtes konsequentes Zähneputzen durch die Lehrer“ erfolgt. Er räumte jedoch ein: „Im Hinblick auf Verbreitung und Bedeutung ist die Gruppenprophylaxe noch sehr wenig beforscht.“

Emotionales Lernen

Gelebte LAG-Gesundheitserziehung stellte Sybille van Os-Fingberg vor: Sie ließ die Teilnehmer – wie Kinder im LAG-Unterricht – in einer „Verhüllungsaktion“ in die Rolle von Zähnen schlüpfen, die mit Tüchern alias Speiseresten behangen waren und einen Bakterienangriff er- und überlebten. sf/bd

Gesundheitsreform in den USA

Ein Sieg der Vernunft

Gegen alle Widerstände hat US-Präsident Barack Obama seine Gesundheitsreform durchgeboxt. Die im Land stark umstrittene Reform hat die Hürde Repräsentantenhaus genommen. Damit hat Obama sein größtes innenpolitisches Ziel erreicht – selbst wenn wichtige Kernpunkte des ursprünglichen Konzepts nicht umgesetzt werden konnten.

Bis zuletzt mussten die Demokraten um die nötigen Stimmen bangen – doch es reichte tatsächlich: Das US-Repräsentantenhaus hat die umstrittene Gesundheitsreform mit 219 zu 212 Stimmen abgesegnet. Es ist eine historische Entscheidung. Und ein wichtiger Sieg für Präsident Obama. „So sieht der Wandel aus“, stellte Obama nüchtern fest. Die Abstimmung sei aber keineswegs ein Sieg für ihn oder die demokratische Partei gewesen, „sondern ein Sieg der Vernunft“.

Die Großreform soll in mehreren Stufen bis 2018 in Kraft treten und in den kom-

menden Jahren bis zu 32 Millionen unversicherten Amerikanern die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ermöglichen. Mit dem Gesetz wird erstmals eine Grundabsicherung für alle Amerikaner zur Pflicht. Wer sich versichern kann, aber nicht will, muss eine Strafabgabe von bis zu 2,5 Prozent seines Einkommens zahlen. Auch die Unternehmen werden in die Pflicht genommen: Sie werden zwar nicht direkt gezwungen, ihre Mitarbeiter selbst zu versichern – Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten müssen allerdings Strafgebühren zahlen, wenn ihre Angestellten

aufgrund eines niedrigen Einkommens staatliche Zuschüsse für ihre Versicherung benötigen.

Mehr Verbraucherschutz

Das Gesetz verbietet es künftig den privaten Versicherungen, Versicherungsnehmer wegen Vorerkrankungen abzulehnen oder bestehende Verträge zu kündigen, wenn eine mit hohen Kosten verbundene Krankheit eintritt. Diese Praktiken gingen in der Vergangenheit teilweise so weit, dass die Versicherungskonzerne systematisch nach Ausschlussgründen im Leistungsfall suchten. Die Konzerne dürfen auch keine Aufschläge mehr wegen des Geschlechts oder des Gesundheitszustands von Versicherten verlangen. Der Gesetzestext enthält zudem zahlreiche weitere Vorgaben zum Verbraucherschutz, die die Stellung der Versicherten gegenüber ihren Kassen stärken sollen.

Eine der Kernforderungen linker Demokraten – die Einrichtung einer staatlichen Krankenkasse als Konkurrenz zur privaten Versicherungswirtschaft – konnte Obama allerdings nicht durchsetzen. Stattdessen sollen die US-Bundesstaaten ab 2014 sogenannte Gesundheitsbörsen einrichten, an denen die Bürger Policen vergleichen und kaufen können.

Das öffentlich finanzierte Versicherungsprogramm Medicaid, das die Krankenversicherung der Ärmsten sichert, wird durch das Anheben der Einkommensgrenzen erheblich ausgeweitet. Studenten ohne eigenes Einkommen bleiben bis zum Alter von 26 Jahren bei den Eltern mitversichert. Mit all diesen Maßnahmen will die US-Regierung erreichen, dass künftig 95 Prozent der Bürger krankenversichert sind. Derzeit sind es 83 Prozent. Die rund 15 Millionen

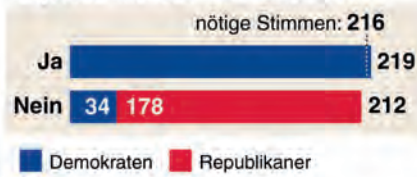


Fotos/Grafik: picture alliance

Mit der Verabschiedung der Gesundheitsreform in den USA hat Präsident Obama Geschichte geschrieben.

Obamas Gesundheitsreform passiert Abgeordnetenhaus

Abstimmungsergebnis im House of Representatives am 21. März 2010



Denkbar knapp ging die Abstimmung aus.

illegalen Einwanderer bleiben allerdings weiterhin von jeder Versicherungsmöglichkeit ausgeschlossen.

Zuschüsse für Geringverdiener

Die Finanzierung der Reform wird die USA in den nächsten zehn Jahren rund 940 Milliarden Dollar (696 Milliarden Euro) kosten.

Neben der Ausweitung des staatlichen Krankenversicherungsprogramms Medicaid treiben auch staatliche Zuschüsse für Geringverdiener die Kosten in die Höhe. So haben Familien mit einem Jahreseinkommen unterhalb von 88 000 Dollar (65 000 Euro) künftig Anspruch auf staatliche Unterstützung.

Die Finanzierung der Reform war – vor allem vor dem Hintergrund der immer noch zu bewältigenden Weltwirtschaftskrise – einer der Hauptstreitpunkte in der monatelangen politischen Auseinandersetzung zwischen Demokraten und Republikanern.

Einer Schätzung der US-Budgetbehörde zufolge wird die Reform allerdings langfristig Einsparungen bringen, die die Kosten übersteigen. Demnach wird erwartet, dass die Reform in den ersten zehn Jahren Einsparungen in Höhe von 138 Milliarden Dollar bringt, im zweiten Jahrzehnt sollen es sogar 1,2 Billionen Dollar sein. Zur kurzfristigen

Finanzierung der Reform sollen unter anderem höhere Sozialabgaben für Familien mit einem Einkommen oberhalb von 250 000 Dollar (184 500 Euro) beitragen.

Geschichte geschrieben

Mit der Verabschiedung der Gesundheitsreform hat Obama Geschichte geschrieben. Beinahe hundert Jahre lang sind amerikanische Präsidenten – von Theodore Roosevelt bis Bill Clinton – mit der Einführung einer Krankenversicherung für alle Amerikaner gescheitert. Obama hat mit der Verabschiedung des Gesetzes bewiesen, dass er nicht nur ein Präsident der Ankündigungen ist. Doch der innenpolitische Etappensieg hat einen hohen Preis: Die Reform hat das Land tief gespalten. Noch nie in der US-Historie ist ein derartig gesellschaftlich relevantes Gesetz ohne eine einzige Stimme aus den Reihen der Opposition verabschiedet wor-



Die Angst der Bevölkerung vor einem „sozialistischen Putsch“ wurde von den Reformgegnern gezielt geschürt.

den. Die hitzige und emotionale Debatte in der Kongresskammer führte drastisch vor Augen, wie ideologisch tief gespalten das Land in dieser Frage ist.

Das erbitterte Ringen um die Reform – auch innerhalb der demokratischen Partei – hat Obamas Ansehen bereits deutlich geschädigt, wie unlängst die schwerwiegende Niederlage bei der Senatsnachwahl in Massachusetts gezeigt hat. Die Republikaner hingegen bildeten in den vergangenen Monaten eine einheitliche Front und schafften es, eine gemäßigte Gesundheitsreform in der Bevölkerung zu einem sozialistischen Putsch zu stilisieren. Und sie verstanden es, die Ängste und die Unsicherheit im Land in eine Protestbewegung umzumünzen – die Geburt der „Tea-Party-Bewegung“.

Der Disput geht weiter

Passend zum chaotischen Entstehungsprozess des Gesetzes verlief dann auch noch das Finale. Nachdem die spannende Abstimmung im Kongress zunächst knapp, aber erfolgreich für die Demokraten verlaufen war, monierten die Republikaner umgehend verschiedene Verfahrensfehler. Ein letztes taktisches Manöver, denn es handelte sich nur um kleinere Fehler, die leicht zu korrigieren waren. So konnte die Gesundheitsreform – mit einer parlamentarischen Ehrenrunde im Abgeordnetenhaus – eine Woche später auch vom Senat endgültig verabschiedet werden. Mit der anschließenden Unterschrift Obamas ist das Gesetz in Kraft getreten.

Doch die Auseinandersetzung über die Reform ist damit noch nicht beendet. Die Generalstaatsanwälte von 14 Bundesstaaten

haben laut US-Medien unmittelbar nach der Unterzeichnung des Gesetzes Klage gegen die Reform eingereicht, weil sie sie für verfassungswidrig halten. Der Disput über das neue Gesetz wirft bereits jetzt seinen Schatten auf die bevorstehenden Zwischenwahlen im November, bei denen das Repräsentantenhaus und die Hälfte der Senatorensitze neu bestimmt werden. Die Republikaner haben angekündigt, die Gesundheitsreform zum Hauptwahlkampfthema zu machen und die demokratischen Abgeordneten, die dem Gesetz in letzter Minute doch noch ihre Zustimmung gegeben haben, im Wahlkampf öffentlich an den Pranger zu stellen.

Otmar Müller
Gesundheitspolitischer Fachjournalist
mail@otmar-mueller.de

American Dental Association

Anti-Reform-Aktion ohne Erfolg

30 000 Mitglieder des US-Zahnärzterverbands American Dental Association (ADA) hatten versucht, ihre Abgeordneten vor der Abstimmung im Repräsentantenhaus nochmals zur Ablehnung des „Health Bill“ aufzufordern. Die Aktion blieb ohne Erfolg. Hier ihre Kritikpunkte:

- Zu niedrige Honorare bei der Behandlung von Medicaid-Patienten: Wegen der niedrigen Honorare beteiligen sich nur wenige Zahnärzte (ADA 2007: weniger als 27 Prozent) an der Versorgung von Medicaid-Patienten – das habe entsprechenden Auswirkungen auf die Mundgesundheit. Die Erstuntersuchung eines Medicaid-Patienten erbringe nur etwa ein Drittel dessen, was Versicherungsgesellschaften wie etwa Delta, Blue Cross or Metlife erstatteten und sei nicht kostendeckend.
- Kritik gibt es an der Ausweitung von Medicare-Leistungen auf Einkommen, die 133 Prozent oberhalb der nationalen Armutsgrenze liegen.
- Eine Grundversorgung für Erwachsene und Medicaid-Neuberechtigte sei im Gesetz nicht vorgesehen.
- Ein Bürokratieabbau sei ebenso wenig erkennbar wie Initiativen zur Datenerhebung,

um die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung unter Medicaid zu verbessern.

- Bemängelt wird die finanzielle Regelung, mit der die Verbesserung der Zahngesundheit besonders Bedürftiger geregelt werden soll.
- Ablehnung der im Gesetz vorgesehenen Pilotprogramme und Mittel, die Nicht-Zahnärzten sogar chirurgische Eingriffe erlauben sollen. Stattdessen sollten laut ADA die Mittel für höhere Zahnarzt Honorare verwendet werden.
- Flexible Spending Accounts (FSAs) erlauben US-Arbeitnehmern, Rücklagen für Gesundheitsausgaben zweckgebunden und steuerfrei anzulegen. Die ADA kritisiert, dass dies durch das Gesetz eingeschränkt werden soll.
- Kritisiert wird der mangelnde Patientenschutz gegen das unregulierte Erstattungsgebaren von Versicherungen, wenn Leistungen nicht in der Gruppenkrankenversicherung des Arbeitgebers enthalten sind.
- Gerügt wird, dass das völlig außer Kontrolle geratene, kostentreibende Haftungsrisiko samt Schadenersatzklagen im (zahn)medizinischen Sektor im Gesetz nicht reformiert wird.

Carlheinz Swaczyna, Krefeld

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Kariesprophylaktische Maßnahmen in Nord-Samar

Über 7 000 Inseln gehören zum Staatsgebiet der Philippinen. Die viertgrößte heißt Samar. Das strukturschwache Eiland verfügt über kein allgemein zugängliches zahnärztliches Versorgungsnetz. Die Mundhygiene ist bereits bei Kindern und Jugendlichen mangelhaft. Die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) unterstützt vor Ort ein medizinisches Versorgungszentrum bei der Durchführung des Bugko Oral Health Care Programs (BOHCP).

Die Philippinen gehören nach Untersuchungen der zahnärztlichen Weltorganisation (FDI) die Mundgesundheit betreffend zu den Hochrisikogebieten. Insbesondere die

nen Zahnärzte praktizieren auf privater, für die Allgemeinheit nicht bezahlbarer Basis. Professionelle Unterweisungen in Mundhygiene oder zahngesunder Ernährung sind



Schulung der
Volunteers
im Rahmen
des BOHCP

Foto: HDZ

vermeintlichen Segnungen der westlichen Zivilisation haben die Mundgesundheit in den letzten Jahrzehnten in Wahrheit erheblich verschlechtert: Der zunehmende

nicht vorhanden. Ernährungs- und Putzgewohnheiten werden innerhalb der Familie weitergegeben, sofern diese überhaupt praktiziert werden. In der Gemeindehauptstadt Mondragon besteht schon seit Jahren in dem Dorf Bugko, etwa 30 Kilometer östlich der Provinzhauptstadt Catarman, eine medizinische Basisstation. Dieses von der deutschen Krankenschwester Sabine Korth geleitete „Primary Health Care Center“ befasst sich unter anderem mit der Verbesserung der Allgemeingesundheit im Rahmen prophylaktischer Maßnahmen. Beachtliche Erfolge konnten zum Beispiel mit einem Ernährungsprogramm bei unterernährten Kleinkindern erzielt werden. Unterstützt wird die Leiterin von ihrer Mitschwester Veronica und zehn freiwilligen Hilfsperso-

nen (Volunteers), die die englische Sprache in Grundzügen beherrschen und gleichzeitig in der Lage sind, der einheimischen Bevölkerung praktische und theoretische Kenntnisse zu vermitteln. Die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) unterstützt diese medizinische Einrichtung schon seit Jahren nachhaltig.

Bugko Oral Health Care Program (BOHCP)

Der sehr schlechte Mundgesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen ist einem fehlenden Mundhygieneverhalten, falschen Ess- und Trinkgewohnheiten sowie einem unzureichenden Fluoridangebot geschuldet. Mit einem relativ geringen materiellen Aufwand ist es möglich, mittels geeigneter kariesprophylaktischer Maßnahmen Verbesserungen herbeizuführen.

Die Kernpunkte des BOHCP beinhalten:

- Vermittlung theoretischer und praktischer Kenntnisse über Kariesprophylaxe und verhütende Maßnahmen bei Parodontalerkrankungen an freiwillige Helfer („Volunteers,“) zur Weitergabe an die einheimische Bevölkerung
- Unterweisung in richtiger Zahn- und Mundhygiene
- Anwendung lokaler Fluoridierungsmaßnahmen bei Kariesrisikopersonen
- Fluoridsupplementierung durch entsprechend angereichertes Speisesalz

Für die Volunteers wurde eine Präsentation über die Grundlagen von Karies- und Zahnfleischerkrankungen sowie deren Verhütung erstellt. Binnen einer Woche wurden die



Verzicht auf naturgesunde Kost kombiniert mit einem hohen Zucker- und Limonadenkonsum bei ungenügender Mundhygiene haben zu einem Anstieg der kariesbedingten Erkrankungen geführt.

Die Insel Samar ist von ausgeprägt ländlicher Struktur. Die wenigen niedergelasse-

Inhalte in zwei kleinen Gruppen à fünf Personen durchgearbeitet. Parallel dazu erfolgte eine Unterweisung in den drei verschiedenen Zahnpfutztechniken am Modell und gegenseitig.

Konzeptionierte Schulungen

Zur besseren Kontrolle/Motivation wurde das Anfärben der Zähne mit Plaquerevelatoren demonstriert und geübt. Die Teilnehmer haben das lokale Applizieren von Fluoriden am Patienten und die Erstellung eines Mundbefunds nach dem DMF-T-Index erlernt. Zum Abschluss des Kurses wurden die Fähigkeiten und Kenntnisse überprüft und ein Zertifikat ausgestellt. Durch eine großzügige Spende des Vereins für Zahnhygiene e.V. konnten 600 Zahnbürsten und Becher sowie fluoridierte Zahnpasta ausgegeben werden. Die Volunteers wurden in der KAI-Technik geschult. Wissenschaftlich unbestritten und abgesichert tragen Fluoride zu einem erheblichen Rückgang des Problems Karies bei. Besonders bei Karies-Hochrisiko-Personen zeigt ein lokales Aufbringen von Fluoriden in Gel- oder Lackform zusätzlich zu anderen Maßnahmen einen sehr guten Erfolg. Zum Einsatz kommen importierte Lacke sowie ein preiswertes, auf den Phi-

lippen erhältliches Fluoridgel-Schienen-System. Vorteil der Lack-Applizierung: Eine Wiederholung ist erst nach etwa drei Monaten nötig.

In Bugko existiert kein Trinkwassernetz. Die Versorgung mit Trinkwasser erfolgt in der Regel durch vor den Hütten installierte Handwasserpumpen, die praktisch mineralfreies Oberflächenwasser zu Tage bringen. Probenentnahmen und chemische Untersuchungen von fünf unterschiedlichen Entnahmestellen bestätigten die Vermutung, dass das Trinkwasser fluoridfrei ist. Werden beim Fisch (Hauptnahrungsmittel vor Ort) nicht die Gräten/Knochen mit verzehrt, ist die Fluoridaufnahme gleich Null. Fluoridtabletten werden unter anderem aus drogenprophylaktischen Gründen abgelehnt. Von den drei Hauptsupplementierungsarten Trinkwasser, Tabletten und angereichertes Speisesalz erweist sich somit nur letzteres als geeignet. Leider ist trotz zahlreicher Bemühungen auf allen Ebenen kein derartiges Salz auf den Philippinen und in den benachbarten Ländern zu erhalten, sodass zum jetzigen Zeitpunkt ein aufwendiger Import aus Deutschland erfolgen muss. Die an dem BOHCP beteiligten Haushalte erhielten als Grundversorgung kostenlos jeweils 500 Gramm fluoridiertes Salz zum Gebrauch in der Küche und am Speisetisch.



Foto: HDZ

Haupthaus des Medical Health Care Center in Bugko (Nord-Samar)

Ausblick

Die Ausstattung des Medical Care Center wie auch dessen verantwortliche Leitung in Zusammenarbeit mit den Volunteers dürften auf lange Sicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Mundgesundheit beitragen. Die laufenden Kosten halten sich in einem überschaubaren und vertretbaren Rahmen. Entscheidend wird in Zukunft die ständige Motivation und Remotivation der Bevölkerung durch die Verantwortlichen und deren Volunteers sein.

*Dr. Klaus de Cassan
Öffentlichkeitsreferent HDZ
drdecassan@ziis.de*

**HDZ-Spendenkonto:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ: 250 906 08
Konto-Nr.: 000 4444 000**

Zahnärzte ohne Grenzen

Für DWLF im Einsatz in Indien

Die Zahnärztin Dr. Kira Ohlbrecht reiste im Februar 2010 für Zahnärzte ohne Grenzen (DWLF) nach Indien, um freiwillig drei Wochen in einer Zahnstation für Waisenkinder zahnärztliches Engagement zu leisten. Da Zahnärzte eigentlich keine Arbeitserlaubnis haben, erfolgt die Arbeit unter der Schirmherrschaft des Christian Mission Service (CMS), der in Südindien 74 Kinderheime betreibt.



Viel zu tun: Dentalfluorose und Zahnstein dominierten die Diagnosen.

Die zwei Jahre alte und gut ausgestattete Zahnstation in Coonor ermöglicht eine Behandlung unter deutschen Hygienestandards – für die Kinder vor Ort ein Segen. Mit einem Zahnmobil können auch die bis zu vier Stunden entfernten Kinderheime angefahren werden. Reihenuntersuchungen und einfache Extraktionen bilden die Grenze des Machbaren. Insgesamt lag der Behandlungsbedarf bei 518 Personen in zwei Wochen – darunter auch Jugendliche und einige Erwachsene.

Massiv Zahnstein

Etwa 40 Prozent aller Patienten hatte eine Dentalfluorose, die man in all ihren Ausprägungen „bewundern“ konnte. An den bleibenden Zähnen hatten viele Kinder schon kurz nach Durchbruch der bleibenden Zähne massiv Zahnstein, reichlich Arbeit für Magdalena, eine Zahnmedizinische



Ein häufiges Bild bei den kleineren Patienten in Coonor: Dentalfluorosen

Fachangestellte der Universität Innsbruck, die vor Ort die Mundhygieneinstruktionen und Zahnreinigungen durchführte. Während im Milchzahngebiss einige zerstörte und entzündete Zähne gezogen werden mussten, überwogen im bleibenden Gebiss kleinere Füllungen das Behandlungsspektrum.

Bei den wenigen Erwachsenen, die zur

zm-Info

Einsatzorte

In Indien, der Mongolei, Nepal, Sri Lanka, Rumänien und Zambia hat DWLF Zahnstationen eingerichtet.

In den meisten Ländern genügt der DWLF Ausweis, da mit den Gesundheitsministerien ein Vertrag geschlossen oder andere Regelungen getroffen wurden. Reisetermine für die Mongolei:

- 1.) 20.06.2010 bis 11.07.2010
=> mehrere Plätze frei
- 2.) 18.07.2010 bis 08.08.2010
=> fast voll

Koordinatorin ist Tuul Sodnompil
Tel.: 0911/4752224)

■ www.dentists-without-limits.de



Behandlung kamen, standen Parodontitis und einzelne tief zerstörte Zähne im Vordergrund, alles Extraktionsfälle. Viele der Patienten hatten – wie bei uns auch – Angst vor der Behandlung, noch dazu bei einem Zahnarzt, der nicht die eigene Sprache spricht, aber alle waren sehr tapfer und geduldig und strahlten bereits einige Minuten nach der überstandenen Behandlung wieder.

Persönlich bereichernd

Der Einsatz für Zahnärzte ohne Grenzen hat sehr viel Freude gemacht; man konnte Land und Leute auf eine viel intensivere Art kennenlernen als ein gewöhnlicher Tourist. Eine persönliche Empfehlung: Jeder Kollege, der mit dem Gedanken an solch eine Tätigkeit spielt, sollte Initiative ergreifen und sich freiwillig sozial engagieren. Es lohnt sich für alle Beteiligten.

Dr. Kira Ohlbrecht
Ehrenstr. 13
40479 Düsseldorf
Kira.Ohlbrecht@web.de

■ Weitere Erfahrungsberichte finden Sie auf der Homepage von DWLF.

Spende

20 000 Euro für soziale Einrichtungen

Die Zahnärzte Dr. Michael Kornas und Andrea Kornas aus Bürstadt (Hessen) haben zwölf Einrichtungen ihrer Stadt mit Geldbeträgen von insgesamt rund 20 000 Euro bedacht. Die Summe entstand durch die Sammlung von Zahngold, das im Zeitraum von 2004 bis Oktober 2009 gesammelt wurde. „Viele der Patienten lassen das Zahngold bei einem Ersatz einfach hier“, erklärte Michael Kornas. So seien 95 Prozent aller Patienten auf Nachfrage bereit, ihren alten Zahnersatz für einen guten Zweck zu spenden, erklärt der Zahnarzt. Zwei Kilo Altgold gingen im Oktober 2009 an ein

Spezialunternehmen, das aus dem Material neue Zahnersatzlegierungen herstellt. Da die Goldpreise damals Höchststände erreicht hatten, war der Zeitpunkt günstig.

Neben den Schulen aus den Ortsteilen wurden die acht heimischen Tagesstätten bedacht. Vor dem Hintergrund der begrenzten öffentlichen Mittel kam die Spende für alle bedachten Einrichtungen gerade zum rechten Zeitpunkt. Die Spende trage dazu bei, die sozialen Einrichtungen in Bürstadt zu entlasten, erklärten die Redner bei der Übergabe der symbolischen Schecks. sf

Spende

Aus Altzahngold werden Teddys



Foto: M. Ellering

Die Gemeinschaftspraxis Dr. Peter Reber/ ZA Manfred Fischer hat 2 566 Euro an den gemeinnützigen Verein „Aktion Teddybär“ in Ahaus gespendet – ermöglicht durch Altzahngold ihrer Patienten. Der Erlös kommt Kindern in Notsituationen zugute. Als ersten Trost erhalten sie einen Bären, der von Schmerz und Kummer ablenken soll. Er

begleitet das Kind bei Untersuchung und Behandlung – zu Hause unterstützt er beim Verarbeiten des Unfallgeschehens. Reber: „Wir sind froh und dankbar, dass unsere Patienten die Arbeit der „Aktion Teddybär“ so tatkräftig unterstützen. Seit einigen Jahren haben wir auch in unserer Zahnarztpraxis immer ein paar der kleinen Teddybären vorrätig.“ Für Kinder ist der weiche Tröster aus Plüsch stets eine große Hilfe, erklärt Reber. Der Verein „Aktion Teddybär“ beliefert 35 Rettungswachen in Nordrhein-Westfalen. sf

■ www.aktion-teddy.de

Dental Volunteers for Israel

Freiwillig als Zahnärztin in Jerusalem

1980 hat die israelische Regierung die staatliche Unterstützung für zahnärztliche Behandlungen eingestellt. Die Mikrobiologin Trudi Birger – eine Überlebende des Holocaust – gründete daraufhin die Organisation „Dental Volunteers for Israel“ (DVI). Dr. Kirsten Probst, Mitarbeiterin am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik in Dresden, reiste im Februar 2010 nach Jerusalem, um für zwei Wochen als „Volontärin“ freiwilliges zahnärztliches Engagement bei DVI zu leisten. Fazit: für beide Seiten ein Gewinn.



Foto: K. Probst

Bereichernd: freiwilliges zahnärztliches Engagement in einem eindrucksvollen Umfeld

In der DVI-Zahnklinik in Jerusalem erhalten Kinder und Jugendliche im Alter von fünf bis 18 Jahren eine kostenlose zahnärztliche Behandlung. Die Patienten leben in sozial und finanziell benachteiligten Familien und werden vom Sozialamt der Stadt überwiesen. Die Klinik verfügt über sechs voll ausgestattete Behandlungseinheiten. Fünf davon stehen den internationalen Teams der freiwilligen Zahnärzte (Volontäre) zur Verfügung. An einer weiteren Einheit finden zahnärztliche Gesundheitsinstruktionen statt – inklusive präventiver Mundhygiene-Anweisungen durch eine Prophylaxeschwester. DVI strebt in seiner Philosophie über die zahnärztliche Behandlung hinaus eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ für die Patienten an. Die Klinik ist eine wohlütig arbeitende Organisation: 95 Prozent des Budgets werden durch Geld- und Sachspenden sowie private Hilfeinsätze organisiert. Verbrauchsmaterialien bezieht DVI aus Spenden.

Die Volontäre kommen aus allen Teilen der Welt – DVI bemüht sich daher, die Behandlungsabläufe zu standardisieren. Der Zahnärztliche Direktor stellt für jedes Kind einen Behandlungsplan auf. Nach initialer Mundhygieneanweisung und Ernährungsberatung müssen die Kinder und Jugendlichen zunächst beweisen, dass sie in der Lage sind selbstständig eine adäquate Mundhygiene aufrechtzuerhalten, bevor mit der zahnärztlichen Behandlung begonnen wird. Das Recall-Intervall beträgt sechs Monate. Die Behandlung erfolgt in der Regel unter Lokalanästhesie und Kofferdamm und umfasst Füllungstherapie, (erweiterte) Fissurenversiegelung, endodontische Therapie und Extraktionen. Füllungsmaterial der Wahl ist

Amalgam. Bei kleineren Kavitäten oder in der Front wird auch Komposit verwendet. Leitender klinischer Direktor bei DVI ist Roy Petel, B.Med.Sc. (Medical Science) und D.M.D. (Dental Medicine) der Universität Tel Aviv und Spezialist (Ausbilder) für Kinderzahnheilkunde an der Hebrew University und Hadassah School of Dental Medicine in Jerusalem. Er verfügt über jahrelange Erfahrung als Behandler in privater Praxis und besitzt eine Lizenz in Zahnärztlicher Hypnose.

Der Aufenthalt bei DVI bedeutete für mich auf außergewöhnliche Weise etwa Gutes mit Zahnmedizin leisten zu können.

Der fachliche und persönliche Austausch



Foto: P. Feldbrugge

(v.l.n.r.): ZÄ K. Hillmer und Dr. K. Probst (D), Dr. D. Sonksen und Dr. B. Dobrin (USA)

zm-Info

Für Interessenten

Die DVI-Klinik stellt dem freiwilligen Zahnarzt und seiner Familie während des Einsatzes (mindestens eine Woche Aufenthalt!) eine kostenlose Wohnung als „Gegenleistung“ zur Verfügung.

Arbeitszeiten der Klinik: Sonntag bis Mittwoch von 8.00 – 13.30 Uhr und Donnerstag von 8.00 – 12.45 Uhr. Freitag ab Sonnenuntergang bis Samstag Sonnenuntergang ist Sabbat, ein jüdischer wöchentlicher Feierbeziehungsweise Ruhetag. Debbie Fishman koordiniert die Termine für die freiwilligen Zahnärzte.

■ www.dental-dvi.co.il

■ international@dental-dvi.org.il

mit Kollegen aus der ganzen Welt waren enorm bereichernd. Wir alle sind in der Klinik sehr warmherzig aufgenommen und behandelt worden. Auch die Unterstützung bei der Planung privater Unternehmungen (zum Beispiel Tel Aviv, Bethlehem, See Genezareth) durch DVI war großartig.

Das Engagement Trudi Birgers prägt die Arbeit von DVI bis heute. Die Organisation erhielt 2009 vom israelischen Präsidenten Shimon Peres den President's Award for Volunteerism – die höchste Anerkennung, die eine israelische Freiwilligen-Organisation für ihre Dienste an der Gemeinschaft erhalten kann.

Dr. Kirsten Probst
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Kirsten.Probst@uniklinikum-dresden.de

Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V.

Bilanz nach einer Dekade

Mehr als 400 deutsche Helfer – meist Zahnärzte – haben sich seit dem Start vor zehn Jahren für die Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V. (AZHK) in Kenia engagiert. Mittlerweile wurden neun Zahnarztpraxen mit rein luftgesteuerten zahnärztlichen Behandlungseinheiten ausgerüstet. Eine gute Bilanz. Hilfe zur Selbsthilfe ist in puncto Zahnärztliche Versorgung dennoch weiterhin notwendig.



Hilfe zur Selbsthilfe: Die AZHK ermöglicht Waisenkindern eine Berufsausbildung durch Patenschaften.

Der Behandlungsbedarf in Kenia ist groß: Der Konsum zuckerhaltiger Softdrinks bewirkt bei mangelnder Mundhygiene eine massive Verschlechterung der Zahngesundheit – auch in Afrika. Die Behandlungen werden größtenteils durch einheimische Oral Health Officer durchgeführt. Deutsche Zahnärzte werden für mobile Einsätze in ländlichen Regionen gebraucht, wo stationär keine zahnärztliche Versorgung möglich ist. Verträge zur weiteren Umsetzung AZHK-finanzierter Programme konnten mit fünf zahnärztlichen Stationen abgeschlossen werden.

Im Januar wurden per Lufttransport drei weitere mobile Behandlungseinheiten im Wert von circa 60 000 Euro nach Kenia geflogen. Dadurch können nun in weiter entfernten Schulen, etwa in den Slums von Nairobi, auch Füllungen gelegt und Zähne erhalten werden. Außerdem haben Helfer vor Ort gespendete Zahnröntgengeräte in den Krankenhäusern von Kasarani, Nakuru und Nyabondo installiert – das Personal wurde in Anwendung und Strahlenschutz eingewiesen.

Ein Beweis für die Notwendigkeit von AZHK: Vor der Zahnarztstation des Elizabeth-Krankenhauses in Mukumu in der Nähe des Ka-

kamega-Forests saßen unerwartet mehr als 100 Patienten – die Helfer waren eigentlich nur zur Aufstellung von Cartgerät, Scaler und Autoclaven sowie zur Übergabe zahlreicher Instrumente und Materialien dorthin gefahren. Um den Bedarf zu decken, wurde hier die neunte Zahnstation mit einer Oral Health Officerin eingerichtet. Zudem finanziert die Organisation das Zahnmedizinstudium von zwei Franziskaner-Nonnen, die später die zahnärztliche Verantwortung der AZHK-Praxen übernehmen wollen.



400 deutsche Helfer haben sich bisher freiwillig für die AZHK engagiert.

Hilfe zur Selbsthilfe

Hilfe zur Selbsthilfe bedeutet für uns, dass wir die Kenianer unter Ausnutzung einheimischer Ausbildungsmöglichkeiten selbst

befähigen, eine qualifizierte zahnärztliche Behandlung durchzuführen. Die AZHK fördert den Aufbau von Lehrinrichtungen. Der medizinisch ausgerichteten Uzima-Universität in Kisumu, die in diesem Jahr ihren Lehrbetrieb aufnehmen wird, will man daher die zahnmedizinische Ausrüstung zur Verfügung stellen. Der Aufbau dieser Universität ist für Kenia sehr wichtig, da ein Zahnmedizinstudium bisher nur in Nairobi mit geringen Absolventenzahlen angeboten wird.

Die AZHK leitete ein Patenschaftsprojekt für Waisenkinder. Knapp 500 jungen Menschen werden die Schul- und Berufsausbildungen durch persönliche Paten oder durch die

zm-Info

Helfer gesucht

Für unsere Gruppenprophylaxeprogramme zu Aufklärung, Untersuchung und Behandlung von Schulkindern sowie für den mobilen Einsatz in ländlichen Regionen Kenias wird weiterhin dringend Unterstützung erbeten.

Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V.
Bahnhofstr. 21
99610 Sömerda
Tel.: +49 (0) 3634 621079
info@azhk.de
www.azhk.de

AZHK finanziert. Einige dieser Waisen haben die Ausbildung zum Zahntechniker für unsere eingerichteten zahntechnischen Laboratorien und zum Medical Engineer zur späteren Wartung unserer Behandlungseinheiten aufgenommen. Wir bitten weiterhin um Unterstützung für diese wichtigen Hilfsprojekte. Die AZHK finanziert sich vollständig aus Spenden, unter anderem auch durch Altgoldsammlungen.

Dr. Hans-Joachim Schinkel
1. Vorsitzender AZHK

Spendenkonto:
Vereinskonto: 140 046 798
Patenschaftskonto: 140 051 503
BLZ: 820 510 00
Sparkasse Mittelthüringen

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
Markus Brunner (Korrektorat, Veranstaltungen), mb;
E-Mail: m.brunner@zm-online.de

Layout/Bildbearbeitung:

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

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Egbert Maibach-Nagel

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderbeilagen liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

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

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. des Monats. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0
Fax: +49 2234 7011-255 oder -515
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Medizinische und Zahnmedizinische Fachkommunikation:

Norbert Froitzheim
E-Mail: froitzheim@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement:

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

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

Verlagsrepräsentanten:

Nord/Ost: Götz Kneiseler
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 Ärztebank, Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 52, gültig ab 1. 1. 2010.

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2009:

Druckauflage: 83 467 Ex.

Verbreitete Auflage: 82 360 Ex.

100. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Mundgesundheit in Europa

Deutsche bevorzugen niedergelassene Zahnärzte

Im Auftrag der Generaldirektion Gesundheit der Europäischen Kommission hat die belgische Firma TNS Opinion & Social im Herbst 2009 eine Umfrage zur Zahngesundheit in Europa durchgeführt, deren Ergebnisse als Studie von Eurobarometer im Februar 2010 veröffentlicht wurden. Die BZÄK hat dazu jetzt eine Kurzanalyse erarbeitet. Die erfreuliche Bilanz: Deutschland liegt fast immer im oberen Drittel des Rankings.

Befragt wurden insgesamt 30 292 Personen in allen 27 EU-Mitgliedstaaten. Die Studie kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Nur 41 Prozent der Befragten haben noch alle eigenen Zähne. 32 Prozent gaben an, noch 20 oder mehr eigene Zähne zu haben. Spitzenreiter sind hier die skandinavischen Länder. Nur 38 Prozent der Befragten aus Deutschland gaben an, noch alle eigenen Zähne zu haben.
- Fast ein Drittel der Personen, die nicht mehr alle eigenen Zähne haben, tragen einen herausnehmbaren Zahnersatz.
- Nur vier Prozent der Befragten schämen sich für ihre schlechten Zähne und vermieden daher soziale Kontakte.
- 88 Prozent der Befragten erachten es als notwendig, einen Zahnarzt in der näheren Umgebung zu haben. In Deutschland sahen dies 94 Prozent der Befragten als wichtig an.
- 92 Prozent der Befragten gaben an, dass sie in Notfällen stets einen Zahnarzt aufsuchen können.
- 57 Prozent der Befragten haben in den vergangenen zwölf Monaten einen Zahnarzt aufgesucht. Neun Prozent hatten mehr als fünf Jahre lang keine zahnärztliche Behandlung und ganze zwei Prozent haben noch nie einen Zahnarzt besucht.
- 79 Prozent der Befragten bevorzugen die Behandlung durch einen niedergelassenen Zahnarzt oder eine private Zahnklinik im Gegensatz zu einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung. Spitzenreiter ist Deutsch-



Der EU-Ländervergleich zur Mundgesundheit fällt für Deutschland positiv aus: Es liegt fast immer im oberen Drittel des Rankings.

land. 99 Prozent der Befragten sprachen sich hier für die Behandlung durch einen niedergelassenen Zahnarzt aus.

■ Die Europäer besuchen vor allem aus präventiven Gründen den Zahnarzt. Nur ein Fünftel der Befragten suchte den Zahnarzt zu einer Notfallbehandlung auf.

Erhebliche Unterschiede in den Ländern

Der Ländervergleich zeigt, dass es zum Teil erhebliche Unterschiede bei der Zahngesundheit innerhalb der EU-Mitgliedstaaten gibt. Deutschland weist einen hohen Versorgungsgrad auf und liegt meist im oberen Drittel der Rankings. Erfreulich ist das hohe



Die zm berichten regelmäßig über die Belange der Zahnärzte in Europa sowie über neue gesundheitspolitische Entwicklungen in der Europäischen Union.

Vertrauen, dass gerade in Deutschland den niedergelassenen Zahnärzten und Zahnärztinnen entgegengebracht wird.

Unter dem Schlagwort Eurobarometer werden in regelmäßigen Abständen von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebene Meinungsumfragen aus allen EU-Mitgliedstaaten veröffentlicht. pr/BZÄK

■ Der 112-seitige Eurobarometerbericht, der nur auf Englisch zur Verfügung gestellt wird, ist im Internet unter folgender Adresse abrufbar. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf. Im Anhang der Studie sind die einzelnen Fragen (auch auf Deutsch) wiedergegeben.

3M Espe AG Seite 51 und 53	DGZI Deutsche Gesellschaft für Zahnärztl. Implantologie e.V. Seite 109	Maserati Deutschland GmbH/ M.P.I. Dental Group Seite 15	Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co.KG Seite 21
American Dental Systems GmbH Seite 23	Doctorseyes GmbH Seite 82	mectron Deutschland Vertriebs GmbH Seite 45	Voco GmbH Seite 67
APW Akademie Praxis & Wissenschaft Seite 125	Dux Dental BV Seite 65	Medentis Medical GmbH Seite 69	W & H Deutschland GmbH Seite 75
Bai Edelmetalle AG Seite 129	Euronda Deutschland GmbH Seite 73	MIB GmbH Seite 80	Zahnärzte.com Seite 81
BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG Seite 25	EVE Ernst Vetter GmbH Seite 85	Multivox Petersen GmbH Seite 83	4-seitiger Einhefter solutio GmbH zw. Seite 48 und 49
Beycodent Beyer + Co GmbH Seite 49	EVIDENT GmbH Seite 105	Nobel Biocare Holding AG Seite 33	
Brasseler GmbH & Co.KG 2. Umschlagseite	Financière de Participation/ Bisco Seite 111	OrgaControl Amusement Limited Seite 107	
Busch & Co KG Seite 117	Frank H. Meyer GmbH Seite 103	Permidental Zahnersatz Seite 37	
Champions-Implants GmbH Seite 61	Gaba GmbH Seite 29	Pharmatechnik GmbH & Co. KG Seite 55	2-seitiger Einhefter Cumdente Ges. für Dentalprodukte mbH zw. Seite 96 und 97
Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG Seite 5, 43 und 78	Girardelli Dental-Medizinische Produkte Seite 127	Philips GmbH Seite 35	
CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH Seite 115	GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG Seite 57 und 71	R-dental Dentalerzeugnisse GmbH Seite 19	
Dentaid GmbH Seite 90	ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH Seite 99	Semperdent Dentalhandel GmbH Seite 59	Vollbeilagen Dental-Union GmbH IFG Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH IMTEC EUROPE GmbH Kerr GmbH
Dental Online College GmbH Seite 113	IFG Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH Seite 77	Septodont Holding 3. Umschlagseite	
dentaltrade GmbH & Co. KG Seite 9	IMEX Dental + Technik GmbH Seite 17	SIRONA Dental Systems GmbH Seite 39	
Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH Seite 47	InteraDent Zahntechnik GmbH Seite 87	Southern Dental Industr. GmbH Seite 95	Teilbeilage in PLZ 3, 4, 5 und 6 F1 Dentalsysteme Deutschland GmbH
Dentsply DeTrey GmbH 4. Umschlagseite	Ivoclar Vivadent GmbH Seite 89	Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine Seite 91	
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung Seite 119	KaVo Dental GmbH Seite 7	TRI HAWK SA Seite 41	
Dexcel Pharma GmbH Seite 13	Kettenbach GmbH & Co. KG Seite 31	Trinon Titanium GmbH Seite 101	Teilbeilage in PLZ 4, 5 und 7 auslaufend Merzljak Werbe- und Verlagsgesellschaft mbH
DGI GmbH Seite 11	Keystone Dental GmbH Seite 79	Ultradent Products USA Seite 93	
	Kuraray Europe GmbH Seite 63		

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 130

Dentaurum

Für Servicequalität ausgezeichnet



Insgesamt nahmen 103 Unternehmen am diesjährigen Wettbewerb um das kundenorientierteste Unternehmen teil, den das „Handelsblatt“, die Agentur ServiceRating sowie die Unternehmensberatung Steria Mummert Consulting initiierten. Mit dabei war auch die Dentaurum-Gruppe aus Ispringen – das älteste Dentalunternehmen der Welt, das im

Jahr 2011 seinen 125. Geburtstag feiert. Das Familienunternehmen (Foto: die Inhaber Mark S. Pace und Petra Pace) schaffte es wieder unter die TOP 50 der kundenorientiertesten Dienstleister Deutschlands und wurde auf einen hervorragenden 26. Platz gewählt. Zusätzlich erhielt die Dentaurum-Gruppe einen Sonderpreis als Regionalsieger 2010 für das kundenfreundlichste Unternehmen im Rhein/Neckar-Raum.

Dentaurum Implants GmbH
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-104
Fax: 07231 803-342
www.dentaurum.de
E-Mail: maria.guerra-cubero@dentaurum.de

American Dental Systems

RC-Prep: Effizient und handlich

RC-Prep, das der chemisch-mechanischen Aufbereitung des Wurzelkanals dient, gibt es jetzt auch in Spritzenform. Die Glycolbasis von RC-Prep sorgt dafür, dass die feinen Wurzelkanalinstrumente besser in die Tiefe des Kanals gleiten können – ohne zu verkleben. Die klinische Wirksamkeit der RC-Prep-Lösung – Glycol, Harnstoffperoxid und EDTA in einer wasserlöslichen Basis – ist in der chemisch-mechanischen Wurzelkanalaufbereitung belegt: RC-Prep entfernt Pulpaverkalkungen effizient und erleichtert gleichzeitig das Arbeiten mit Reamern und Feilen. So-



wohl manuelle als auch motorbetriebene Instrumente lassen sich mit RC-Prep anwenden. Für den Einsatz von Apexlocatoren ist die RC-Prep-Lösung besonders geeignet, da sie eine zuverlässige Messung ermöglicht.

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
www.ADSsystems.de
E-Mail: info@ADSsystems.de

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

BEGO Bremer Goldschlägerei

Senior-Chef Joachim Weiß wurde 85

Joachim Weiss (Foto), der langjährige Chef der BEGO und ein Pionier der Dental-Branche, beging am 11. April 2010 seinen 85. Geburtstag. Im Jahre 1945 war Weiss in das Bremer Unternehmen eingestiegen, zunächst als kaufmännischer Lehrling. Bereits 1956 wurde er Teilhaber des Unternehmens und war dort insgesamt 63 Jahre lang mit großem Erfolg tätig. Auch heute noch ist Weiss der BEGO als Mitglied des Beirats eng verbunden. Joachim Weiss wurde zu seinem Abschied aus dem operativen Geschäft 2008 als „Grandseigneur der Dental-Branche“ und „echter hanseatischer Kaufmann“ gewürdigt.

Der Jubilar wurde unter anderem mit dem Award des Arbeitskrei-



ses für Management und Wirtschaftsforschung (AMW) an der Hochschule Bremen für sein Lebenswerk geehrt.

BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-261
Fax: 0421 2028-44261
www.bego.com
E-Mail: koenecke@bego.com

3M ESPE

„Schlagen Sie 3M ESPE?“

Bei dem Event mit dem Titel „Schlagen Sie 3M ESPE? – Produkte auf dem Prüfstand“ wurde rund 30 Zahnärzten die Möglichkeit geboten, die Haftkraft des in der eigenen Praxis bevorzugt verwendeten Adhäsivs mit der von Adper Easy Bond Selbstätzendes Adhäsiv zu vergleichen. Bei der Pilotveranstaltung dieser Veranstaltungsreihe in Nürnberg befestigten die Anwender zunächst das Compositematerial Filtek Supreme XT Universal Composite auf drei Schmelz- und zwei Dentinproben. Adper Easy Bond wurde auf Schmelz mit und ohne separaten Ätzschritt sowie auf Dentin und das mitgebrachte Adhäsiv auf Schmelz und Dentin



angewendet. Die Überraschung: Alle drei Teilnehmer mit den höchsten Haftwerten hatten mit dem Adhäsiv der siebten Generation von 3M ESPE die besten Werte – bis zu 28,6 MPa – erreicht.

3M ESPE
ESPE Platz, 82229 Seefeld
FreeCall: 0800 2753773
FreeFax: 0800 3293773
www.3mespe.de
E-Mail: info3mespe@mmm.com

Dentsply Friadent

Für vorhersagbaren Implantaterfolg

Vom 18. bis 20. März trafen sich mehr als 100 internationale Referenten sowie mehr als 2000 Zahnärzte aus 60 Ländern beim Dentsply Friadent World Symposium in Barcelona. Im Mittelpunkt standen Fragen zur besseren Vorhersagbarkeit des Implantaterfolgs.

Wann ist der richtige Zeitpunkt für die Implantatinserterion? Gibt es objektive Parameter bei der Beurteilung der Ästhetik? Wie relevant sind klinische Studien für die individuelle Therapieentscheidung? Diese im Fachkontrovers diskutierten Themen



standen im Fokus des wissenschaftlichen Programms. In Hands-on-Workshops konnten die Teilnehmer ihre praktischen Fähigkeiten erweitern. Von besonderem Interesse war hier das Thema „Guided Surgery mit ExpertEase“, den neuen Instrumenten für das Ankylos-System. Mit diesem sind die Vorteile der ExpertEase-Software, die vorhersagbare Behandlungsplanung, die präzise schablonengeführte Chirurgie sowie das tiefenstoppgesicherte Sleeve-On-Drill-Bohrersystem, nun auch für alle Ankylos-Anwender verfügbar. Den wissenschaftlichen Vorsitz hatten Prof. Lim K. Cheung (m.),



Universität Hongkong, Henry Salama (l.), DDS, Atlanta (USA), sowie Prof. Dr. Heiner Weber (r.), Universität Tübingen, inne. In ihren kurzen Statements betonten sie, dass es in der Implantologie immer mehr darum gehe, Chirurgie, Prothetik und die digitale Technik zusammenzubringen. Gefragt seien eine Verbesserung der Überlebensrate der Implantate, eine höhere



Stabilität und eine bessere Vorhersagbarkeit des Ergebnisses. Neben dem wissenschaftlichen Programm bestand für die Teilnehmer die Möglichkeit, sich in der Postergalerie und bei Kurzvorträgen darüber zu informieren, wie Kollegen ihre klinischen Fälle lösen.

*Dentsply Friadent
Friadent GmbH
Steinzeugstraße 50
68229 Mannheim
Telefon: 0621 4302-000
Telefax: +0621 4302-001
www.dentsply-friadent.com
E-Mail: info@friadent.de*

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

BISCO Europe

Spezialisten für Adhäsivtechnik



Als der Chemiker Dr. Byoung In Suh (Foto) BISCO im Jahre 1981 gründete, lag der Schwerpunkt des Unternehmens vor allem auf Forschung und Entwicklung. Seine Initialen B. I. S. und die Abkürzung CO (für engl. „company“ = Unternehmen) kombinierte er zu dem Firmennamen BISCO.

1991 war BISCO Vorreiter in der Adhäsivtechnik und bereitete da-

mit den Weg für Kernprodukte wie ALL-BOND 2 und ONE-STEP. Auf dem Firmengelände in Schaumburg, Illinois (USA), setzt BISCO modernste Einrichtungen und Verfahren ein, um neue Materialien zu entwickeln. BISCO fördert heute Spitzenleistung und stetigen Fortschritt mit seinen Kernkompetenzen.

Das gesamte Produktespektrum von BISCO besteht aus mehr als 800 Produkten, die in mehr als 60 Länder verkauft werden. Ab sofort sind BISCO-Produkte auch für in Deutschland praktizierende Zahnärzte erhältlich.

BISCO Europe
Tel.: 02451 971411
E-Mail: bisco.europe@fip-group.fr

DMG

Produkte mehrfach ausgezeichnet



Das amerikanische Fachmagazin „The Dental Advisor“ würdigt besonders empfehlenswerte Produkte mit seinen „Product Awards“ sowie dem Titel „Preferred Products“.

Auch 2010 sind unter den Gewinnern zahlreiche Produkte von DMG. Mit dem Product Award zeichnet der Dental Advisor die Top-Produkte ihrer jeweiligen Kategorie aus. Zwei DMG Bestseller konnten hier ihre Stellung behaupten: Luxatemp-Fluores-

cence als „Top Provisional Material“ und LuxaCore Z-Dual als „Top Core Material“.

Bei der Liste der Preferred Products – persönliche Favoriten von Herausgeber Dr. Farah und dem Editorial Board – konnte sich DMG fünfmal platzieren. Neben Luxatemp-Fluorescence und LuxaCore Z-Dual gehören auch das Präzisionsabformmaterial Honigum sowie die Total Etch-Adhäsivsysteme TECO und LuxaBond-Total Etch zu den Preferred Products.

DMG
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Kostenfreies Service-Telefon:
0800 3644262
www.dmg-dental.com
E-Mail: info@dmg-dental.com

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

Dexcel Pharma

Eine Frage der Konzentration

Chlorhexidin wird als Goldstandard zur Bekämpfung von Parodontitis eingesetzt. Zwei Darreichungsformen stehen zur Wahl: Eine Mundspüllösung enthält circa 0,2 Prozent Chlorhexidin und wird als Ergänzung zur häuslichen Mundhygiene empfohlen. Das entzündete Zahnfleisch wird kurzfristig supragingival erreicht. Der PerioChip dagegen enthält 33 Prozent Chlorhexidin und wirkt subgingival direkt am Entzündungsherd nach der Applikation in den Taschenfundus durch den Zahnarzt. Innerhalb eines Zeitraums von sieben bis zehn Tagen setzt der Chip den Wirkstoff frei und baut sich dabei biologisch ab. Bis zu zwölf Wochen



nach der Applikation unterdrückt PerioChip noch die Keimbesiedlung. PerioChip ist ein Antiseptikum und führt zu keinerlei Resistenzbildungen. Nähere Informationen, auch zu Studienergebnissen, sind online bestellbar.

Dexcel Pharma GmbH
Röntgenstr. 1
63755 Alzenau
Free Call: 0800 2843742
www.periochip.de
E-Mail: service@periochip.de

Dent-o-care

Neu für die Prophylaxe-Behandlung



Die Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH, Spezialist für Prophylaxe- und Mundhygieneprodukte, hat mit dem Prophylaxepulver Syc von OSSpray Ltd. ein besonderes Produkt ins Sortiment aufgenommen. Syc besteht aus Kalzium-Natrium-Phosphosilikat (Bio-

glas) und ist laut Hersteller das erste Prophylaxeprodukt, das drei Vorgänge in einem Arbeitsgang vereint: Desensibilisieren – Reinigen – Remineralisieren. Syc bietet dabei eine unmittelbare Desensibilisierung und Reinigung durch eine einfache und sehr schnelle Anwendung. Darüber hinaus bildet es Hydroxycarbonatapatit (HCA).

Syc überbietet nicht nur einfache herkömmliche Prophylaxepasten und Pulver-Wasserstrahl-Pulver. Syc spart auch Zeit und kann mit jedem gängigen Pulver-Wasserstrahl-Gerät verwendet werden.

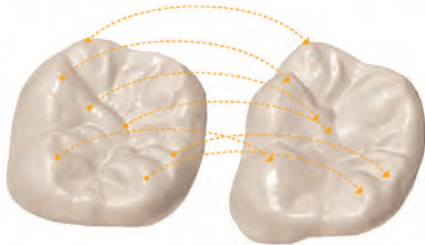
Dent-o-care
Dentalvertriebs GmbH
Rosenheimer Str. 4a
85635 Höhenkirchen
Tel.: 08102 7772888
Fax: 08102 7772877
www.dentocare.de
E-mail: info@dentocare.de

Sirona

Zähnerrekonstruktion nach Maß

Eine neue CEREC-Software von Sirona rekonstruiert die ursprüngliche Kaufläche individuell und naturgetreu nach der Formel für den genetischen Bauplan von Morphologie und Okklusion. Sie ersetzt das Konstruktionsverfahren „Zahndatenbank“.

Der Zahn des Menschen ist ebenso einzigartig wie sein Fingerabdruck. Unverwechselbare Merkmale lassen sich an allen Zähnen des humanen Gebisses nachweisen. Diese Erkenntnisse einer Forschergruppe um Prof. Dr. Albert



Mehl (Universität Zürich) und Prof. Dr. Volker Blanz (Universität Siegen) bilden die Grundlage für die neue CEREC-3D-Software V 3.80 von Sirona. Sie ermöglicht

Zahnärzten, selbst vollständig zerstörte Okklusalfächen naturgetreu zu rekonstruieren. Dabei kann das Programm anhand der Merkmale eines einzigen intakten Zahns des Patienten auf die natürlich angelegte Gestalt anderer Zähne schließen. Diese sogenannte biogenerische Kauflächen-gestaltung funktioniert bei sämtlichen Einzelzahn-Restaurationen und anatomischen Brücken.

Die biogenerische Kauflächen-gestaltung ersetzt in der CEREC-Software das bisherige Konstruktionsverfahren „Zahndatenbank“. Ab sofort lassen sich Kronen, Veneers und voll-anatomische Brücken genauso leicht herstellen wie Inlays und Onlays.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstr. 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0, Fax: -2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de

VOCO

Perfect Bleach im Komplett-Set

Effektiv, schonend und dauerhaft – mit Perfect Bleach bietet VOCO ein Home-Bleaching-System an, das den Anforderungen an eine zeitgemäße Zahnaufhellung auf einfache und kostengünstige Weise gerecht wird.

Die Aufhellung vitaler Zähne, die alters- oder ernährungsbedingt verfärbt sind, lässt sich mit Perfect Bleach ebenso schnell und effektiv erreichen wie das externe und interne Bleichen devitaler Zähne. Die Behandlung von Tetracyclinverfärbungen, oberflächlichen Schmelzverfärbungen durch Fluorose sowie von Verfärbungen aufgrund von Blutungen infolge von Traumen ist ebenfalls möglich. Perfect Bleach ist ein auf Carbamidperoxid basierendes Bleichgel, bei dem je nach Art und Grad der Verfärbung zwischen einer Konzentration von zehn oder 17 Prozent gewählt werden kann.

Das Perfect-Bleach-Komplettset enthält sechs 2,4-ml-Spritzen



Bleichgel, zwei Tiefziehfolien und eine 1,2-g-Spritze Block Out Gel LC für die Anfertigung der Zahnschienen, dazu Anwendungspiktogrammkarte, Farbskala zur Kontrolle des Behandlungserfolgs, Aufbewahrungsbox für die Zahnschienen und Kosmetiktasche. Das Patientenkit zur Fortsetzung der Anwendung enthält vier Spritzen à 2,4 ml Bleichgel, Anwendungspiktogrammkarte, Farbskala zur Kontrolle, Aufbewahrungsbox für die Zahnschienen und Kosmetiktasche.

VOCO GmbH
Postfach 767, 27457 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-0
Fax: 04721 719-109
www.voco.de
E-Mail: info@voco.de

B.T.I. Deutschland

Die Kunst der Oral-Rehabilitation

Nach den gut besuchten Seminaren in 2009 wird Dr. Eduardo Anitua (Foto) auch 2010 an vier Terminen nach Deutschland kommen. Der renommierte Referent vereinigt wissenschaftlichen Anspruch mit fundierten praktischen Erfahrungen. Er lässt biologische und biomechanische Aspekte in seine Therapie einfließen. In seinem Vortrag (in englischer Sprache) konzentriert er sich auf die hochaktuellen Themen: „Immediate loading – risk or predictable therapy“ sowie „The atrophic jaw – vertical and horizontal“. Die Besonderheiten seines Therapiekonzepts stellt er anhand eigener Studien- und Untersuchungsergebnisse sowie dokumentierter klinischer Fälle



vor. Diese Ganztageskurse finden am 29.05. in Berlin, am 12.06. in München, am 19.11. in Würzburg und am 20.11. in Essen statt.

*B.T.I. Deutschland GmbH
Mannheimer Str. 17
75179 Pforzheim
Tel.: 07231 42806-10
Fax: 07231 42806-15
www.bti-implant.de
E-Mail: info@bti-implant.de*

Hager & Werken

Hygienische Zungenreinigung

Die Bedeutung, die Zungenbeläge bei Halitosis haben, ist heute unbestritten: Zungenreinigung gegen Mundgeruch ist das Gebot der Stunde. Die Hygiene muss dabei an erster Stelle stehen. Deshalb ist der Zungenreiniger Tong-Clin De Luxe aus dem



miradent-Phylaxesortiment von Hager & Werken mit einer Schutzkappe ausgestattet. Die transparente Kappe erweist sich als besonders praktisch auf Rei-

sen, um das Borstenfeld vor Schmutz und Beschädigung zu schützen. Sie lässt sich leicht auf den Zungenreiniger stecken. Gleichzeitig sorgen Lüftungsschlitze dafür, dass Restfeuchtigkeit entweichen kann. Der Zungenreiniger selbst zeichnet sich durch seine Doppelfunktion von Bürste und Schaber aus. Mit dem kleinen Borstenfeld werden Ablagerungen auf der Zunge sanft gelöst, die anschließend mit der Schaberseite entfernt werden.

*Hager & Werken GmbH & Co. KG
Ackerstraße 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 99269-0
Fax: 0203 299283
www.miradent.de*

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

GlaxoSmithKline

Implantate-Starter-Kit

Die Notwendigkeit einer häuslichen Implantatnachsorge unter Einsatz von Chlorhexidin wurde bereits 2006 von einer Expertenrunde betont. Für die häusliche Nachsorge gibt es jetzt von GSK ein Starter-Kit. Es enthält eine Informationsbroschüre für Endverbraucher zu Implantaten, eine Flasche Chlorhexamed Zahnfleisch-Schutz Mundspül-Lösung 300 ml (0,06 Prozent CHX, 250 ppm Fluorid als Natriumfluorid), eine Interdentalbürste von Dr.BEST mit drei Ersatzbürsten sowie eine Leerfaltschachtel Chlorhexamed Direkt Gel als Erinnerungshilfe für den Kauf dieses apothekenpflichtigen Arzneimittels. Mit der beiliegenden Broschüre kann der Zahnarzt seinem Patienten neben wichtigen Informationen auch etwas Sinnvolles für die Anwen-



derung zu Hause mitgeben. Das Starter-Kit ist für fünf Euro pro Stück telefonisch oder beim GSK-Außendienst zu bestellen.

*GlaxoSmithKline Consumer
Healthcare GmbH & Co. KG
Bußmatten 1
77815 Bühl
Tel.: 07223 76-2681
E-Mail: juergen.berger@gsk.com
www.gsk-consumer.de*

Heraeus

Lokalanästhetikum Sopira Citocartin



Unter der neuen Dachmarke Sopira, die Heraeus bereits auf der IDS vorgestellt hatte, komplettiert der Hanauer Dentalhersteller mit dem Lokalanästhetikum Sopira Citocartin nun sein Rundum-Lösungspaket für die Lokalanästhesie.

Mit dem neuen Produkt geht das Unternehmen jetzt einen Schritt weiter. Dabei setzt Heraeus auf den bewährten Wirkstoff Articain, den Klassiker unter den Lokalanästhetika. Dieser Wirkstoff hat sich als schnell, sicher und

verlässlich in seiner Wirkung bewährt. Die Wirkdauer von 45 beziehungsweise 75 Minuten passt sich optimal an die individuellen Bedürfnisse des Patienten an, die schnelle und verlässliche Wirkung setzt nach ein bis drei Minuten ein. Das Anästhetikum ist parabenfrei und reduziert somit das allergene Potenzial.

*Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.com*

Kettenbach

Gewinner der Mailing-Aktion

Dass sich die Nutzung „ausgezeichneter“ Dentalprodukte doppelt lohnen kann, erlebten jetzt Kunden der Firma Kettenbach. Mit einer Mailingaktion befragte Kettenbach



bundesweit Zahnärzte, ob sie das Bissregistriermaterial Futar oder das Situationsabformmaterial Silginat aus dem Hause Kettenbach kennen beziehungsweise verwenden. Beide Produkte wurden vom amerikanischen Institut „The Dental Advisor“ geprüft und jeweils mit 4,5 von 5 möglichen Sternen ausgezeichnet.

Viele Zahnärzte haben sich gemeldet und am Gewinnspiel teilgenommen. Unter den ein-

gegangen Einsendungen wurden sieben Zahnarztpraxen per Losverfahren ermittelt, die jeweils einen TFT-Bildschirm als Gewinn aus dieser Aktion in Empfang nehmen konnten. Kettenbach gratuliert herzlich.

*Kettenbach GmbH & Co. KG
Postfach 11 61
35709 Eschenburg
Tel.: 02774 705-0
Fax: 02774 705-33
www.kettenbach.com
E-Mail: info@kettenbach.com*

Gesundheitszentrum an der Kirche St. Gereon

36 000 Euro für einen guten Zweck

Nicht nur starke Worte, auch starke Zahlen gab es beim dritten Kongress „Starke Worte“ des Gesundheitszentrums an der Kirche St. Gereon in Köln.

Leitthema der vom Kölner Implantologen Dr. Martin Schneider (Foto: l.) geleiteten Veranstaltung war „Evolution – Revolution“. Neben dem fachlichen Anspruch stand vor allem der Benefizgedanke im Vordergrund. Sämtliche Referenten verzichteten auf ihr Honorar, außerdem steuerten Sponsoren, darunter auch der Deutsche Ärzte-Verlag, einen Teil zur Spendensumme bei. Am Kongressende konnte ein Scheck in Höhe von 36122



Euro (Schneider: „Ein Rekordergebnis.“) an Dr. Florian Langenscheidt (Foto: r.), Schirmherr der Organisation „children for abetter world“, übergeben werden.

*Gesundheitszentrum an der Kirche St. Gereon GmbH
Christophstr. 7
50670 Köln
Tel.: 0221 9131040
Fax: 0221 9131042
www.gzg-koeln.de*

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

Tokuyama

Bonding-System mit 3D-Monomer

Bond Force ist ein selbst-ätzendes Ein-Komponenten-Adhäsiv, das Fluorid freisetzt. Jegliche Vorbehandlungen entfallen vollständig. Trotz einfachster Anwendung – Bond Force benötigt nur eine Applikation – überzeugt es mit herausragenden adhäsiven Eigenschaften. Nach der Applikation ist eine Trocknungsphase sowie eine Lichthärtung von jeweils zehn Sekunden erforderlich. Die außergewöhnliche Haftkraft basiert auf einem selbstverstärkten Monomer, das Mehrfachbindungen eingeht. Es bildet bereits vor der Lichthärtung Bindungen zum Apatit der Zahnoberfläche und den Kalziumionen der Zahn-



substanz. Diese Reaktion baut bereits vor der Lufttrocknung eine gleichmäßige, gelartige Bondingschicht auf. Nach der Lichthärtung bildet sich ein „3-Dimensionales Netzwerk“ – das für eine widerstandsfähige und reißfeste Adhäsivschicht sorgt.

Tokuyama Dental Deutschland
Siemensstr. 46
48341 Altenberge
www.tokuyama-dental.de
E-Mail: info@tokuyama-dental.de

Zimmer Dental

Gleixner neuer Geschäftsführer

Zum Jahresbeginn hat Thomas Gleixner (Foto) bei der Zimmer Dental GmbH die Aufgaben des Geschäftsführers übernommen. Der Diplom-Betriebswirt tritt die Nachfolge von Michael Putscher an. „Entscheidend für den Erfolg auf dem Implantatmarkt sind Service und absolute Kunden-
nähe“, weiß Gleixner aus seiner früheren Tätigkeit. Und deshalb sei der konsequente Ausbau der Kundenbetreuung vor Ort und der zentralen Beratung unabdinglich.

„Zimmer Dental ist ein Synonym für Beständigkeit und Zukunftsorientierung. Deshalb werden wir die erstklassige, langjährig erprobte Produktpalette von Implantatsystemen und Biomate-



rialien durch die Einführung innovativer Produkte und Lösungen fortwährend erweitern“, betont Gleixner.

Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Straße 23
79106 Freiburg
Tel.: 0761 15647-0
Fax: 0761 15647-490
www.zimmerdental.de
E-Mail: info@zimmer.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 7. 5. 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

- 3M Espe** – „Schlagen Sie 3M Espe?“ (S. 124)
- American Dental Systems** – RC-Prep: Effizient und handlich (S. 124)
- BEGO** – Senior-Chef Joachim Weiß wurde 85 (S. 124)
- Bisco** – Spezialisten für Adhäsivtechnik (S. 126)
- BTI** – Die Kunst der Oral-Rehabilitation (S. 128)
- Dentaurum** – Für Servicequalität ausgezeichnet (S. 124)
- Dent-o-care** – Neu für die Prophylaxe-Behandlung (S. 126)
- Dentsply Friadent** – Für vorhersagbaren Implantaterfolg (S. 125)
- Dexcel** – Eine Frage der Konzentration (S. 126)
- DMG** – Produkte mehrfach ausgezeichnet (S. 126)
- GSK** – Implantate-Starter-Kit (S. 128)
- Hager & Werken** – Hygienische Zungenreinigung (S. 128)
- Heraeus** – Lokalanästhetikum Sopira Citocartin (S. 128)
- Kettenbach** – Gewinner der Mailing-Aktion (S. 129)
- Sirona** – Zahnrekonstruktion nach Maß (S. 127)
- Starke Worte** – 36 000 Euro für einen guten Zweck (S. 129)
- Tokuyama** – Bonding-System mit 3D-Monomer (S. 130)
- VOCO** – Perfect Bleach im Komplett-Set (S. 127)
- Zimmer Dental** – Gleixner neuer Geschäftsführer (S. 130)

Auf dem Postschiff an Norwegens Küste

Es ist angerichtet

Eine kulinarische Reise – dabei denkt vermutlich jeder zuerst an Frankreich oder vielleicht auch an Italien. Kaum aber an Norwegen. Allerdings völlig zu unrecht.

Norwegen hat viel zu bieten: Fjorde, raue Landschaften und, nicht zu vergessen, die Polarlichter. Darüber hinaus hat das Land im Norden Europas in den vergangenen Jahren aber auch ein sehr hohes gastronomisches Niveau erlangt. Und wie man köstliche Gerichte zubereitet, kann man zum Beispiel auf einer kulinarischen Reise der Hurtigruten lernen – die ganz nebenbei auch als eine der schönsten Seereisen der Welt gilt.

Seit 115 Jahren verkehren die Schiffe der Hurtigruten zwischen Bergen im Süden und Kirkenes, dem entlegenen Ort in der Finn-

mark nahe der russischen Grenze. Es empfiehlt sich, die Reise durch das kulinarische Norwegen bereits in Kirkenes zu beginnen und im traditionellen Samen-Restaurant „Gappa“ fangfrischen norwegischen Lachs zu essen. Am Lagerfeuer gibt es ein heißes Getränk. Der Same Joseph erzählt seinen Gästen gerne Geschichten über sein Volk und singt mit ihnen die traditionellen Lieder – die Joik, die ähnlich wie Jodeln klingen.



Foto: Mai-Britt E. Svered

Ein weiteres kulinarisches Abenteuer gibt es einige Kilometer weiter außerhalb der Stadt zu erleben. Lars Petter Oie und seine Frau Guro Brandshang bieten Königskrabben-Safaris an. Die Reisenden erhalten warme Schwimmanzüge, die sich bequem über der Straßenkleidung tragen lassen. Mit dem Schiff geht es dann hinaus auf den Fjord. Dort taucht Lars nach den beeindruckenden Kreaturen: Die Königskrabbe kann ein Gewicht von bis zu 15 Kilogramm erreichen. Aber an diesem Tag hat Lars wenig Glück: Nur eine Krabbe findet er bei seinen Tauchgängen. Sie ist noch viel zu klein und wird wieder freigelassen. Dennoch gibt es, wie-



der an Land, Krabbenfleisch. Der Fang aus einem Käfig, den Lars mit einiger Mühe aus dem tiefen und kalten Fjord zieht, füllt die Eimer an Bord des Schiffes. Ein Blick reicht, um zu verstehen: Ein Bein der Tiere reicht fast aus, um einen Menschen zu sättigen.

An Bord der MS Midnatsol, einem der Schiffe der Hurtigruten, sitzen die Reisenden nach solchen Abenteuern buchstäblich am gedeckten Tisch. Von Kirkenes bis Bergen gibt es jeden Tag Neues über die norwegische Küche zu lernen. Neben besagten Königskrabben stehen unter anderem Rentierfilet und frischer Dorsch auf der Speisekarte. Mit viel Charme, Witz und Know-how erklären die Köche die Kniffe der norwegischen Küche.



Während der Fahrt läuft das Schiff zahlreiche Häfen an. Es ist in jedem Fall empfehlenswert, die erholsame Seereise regelmäßig für Landgänge zu unterbrechen. Das Nordkap ist ein unbedingtes Muss. Im Morgengrauen hat man einen fantastischen Blick auf den vermeintlich nördlichsten Punkt Europas. Ein weiteres Highlight ist der extrem schmale Trollfjord. Der zwei Kilometer lange Seitenarm des Raftsunds ist stellenweise nur 100 Meter breit, das Wendemanöver erfordert Zentimeterarbeit. Eines gilt es auf jeden Fall zu beachten: Seefest sollte man auch auf den Hurtigruten sein. Die Schiffe fahren zwar nur durch die Fjorde, aber bei Sturm kann es auch hier recht wacklig werden. Und dann nützt einem auch das schöne Essen nichts.

Sunna Gieseke

Informationen: Hurtigruten GmbH, Kleine Johannisstraße 10, 20457 Hamburg, Telefon: 040 376930, Fax: 040 36177, www.hurtigruten.de.



Foto: Christof Krackhardt

Tansania

Energiesparende Lehmöfen für den Umweltschutz

In Tansania werden heute noch 90 Prozent des Energiebedarfs durch das Verbrennen von Holz und Holzkohle gedeckt. Besonders in den Pare Bergen wird zweieinhalb Mal so viel abgeholzt wie nachwächst. Bodenerosion zerstört die Anbauflächen und verschärft die Armut. „Brot für die Welt“ hat im Projektgebiet den Feuerholzbedarf halbiert. Die üblichen offenen Herdstellen werden durch kostengünstige, energiesparende Lehmöfen ersetzt. Man nutzt die Sonnenenergie und verwendet umweltschonende Baumaterialien. Jedes Dorf legt eine Baumschule zur Wiederaufforstung an. Schon eine kleine Spende ermöglicht den Bau weiterer Lehmöfen. So kann dieses Erfolgskonzept Kreise ziehen. **Bitte helfen Sie mit!**

**Brot
für die Welt**
Ein Stück Gerechtigkeit

Postbank Köln
Konto 500 500-500
BLZ 370 100 50
Kennwort:
Gerechtigkeit

www.brot-fuer-die-welt.de

BZÄK zum Weltgesundheitstag

„Gesunde Städte brauchen gesunde Bürger“

Der Weltgesundheitstag 2010 steht dieses Jahr unter dem Motto „Gesunde Städte“. Dabei gehört die flächendeckende und wohnortnahe zahnmedizinische Versorgung laut Bundeszahnärztekammer elementar zur medizinischen Grundversorgung im städtischen Raum. Ein wesentlicher Schwerpunkt dabei: die Prävention. Elemente der Bevölkerungs-, Gruppen- und Individualprophylaxe in der zahnärztlichen Praxis müssten der BZÄK zufolge auf kommunaler Ebene noch besser vernetzt werden. Dies geschehe bereits durch das rege, oftmals ehrenamtliche Engagement von Zahnärzten, Lehrern, Erziehern und Pflegekräften, aber auch durch den Einsatz der kommunalen Selbstverwaltung. „Zahnmedizinische Prävention muss Teil einer auf gesunde Lebensverhältnisse ausgerichteten präventiven Gesamtstrategie der Kommunen sein“, betonte BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oester-

reich. „Dabei geht es um die Herstellung von Chancengleichheit beim Zugang zu präventiven und therapeutischen Ressourcen, um insbesondere Menschen in schwierigen sozialen Lebensverhältnissen zu erreichen.“

Eine besondere Herausforderung sieht die BZÄK in der Entwicklung risikogruppenspezifischer Prophylaxestrategien auf kommunaler Ebene. Die Einbeziehung von Senioren und Pflegebedürftigen sowie von Menschen mit Behinderungen sei ein absolutes Muss. „Nicht nur das erfolgreiche Engagement in der Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch die Umsetzung von Obleute-Konzepten in Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie durch Veröffentlichungen bevölkerungsweiter Aufklärungskampagnen, Informationen und Aktivitäten zeigen, dass die Zahnärzteschaft ihre gesamtgesellschaftliche Verantwortung wahrnimmt“, sagte Oesterreich. ck/pm

Jahrbuch Sucht

Deutschland beim Trinken an der Spitze

Die Deutschen sind beim Alkoholtrinken weltweit in der Spitzengruppe. Deutschland liegt nach Luxemburg, Irland, Ungarn und Tschechien mit 12 Litern reinen Alkohols der über 15-Jährigen im Jahr an fünfter Stelle, geht aus dem Jahrbuch Sucht hervor, das die Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen in Berlin vorstellte. Die Fälle von akutem Rausch seien vor allem bei Jugendlichen und Senioren drastisch gestiegen. Rund 1,5 Millionen Menschen sind dem Bericht zufolge

alkoholabhängig. Mehr als 70 000 vorzeitige Todesfälle gebe es pro Jahr durch Alkohol. Die Experten forderten eine groß angelegte Kampagnenaktion gegen Alkohol. ck/dpa



Foto: MEY

London

Britische Politiker kritisieren „hot beds“

Britische Gesundheitspolitiker werfen Ärzten vor, Patienten zu früh aus dem Krankenhaus zu entlassen. Das führt laut aktuellen Zahlen des Londoner Gesundheitsministeriums dazu, dass die Zahl der Wiederaufnahmen nach Entlassung in den vergangenen zehn Jahren um mehr als 50 Prozent gestiegen ist. Die Kliniken des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) stehen momentan unter großem Druck, effizienter zu arbeiten, Kosten zu sparen und Belegquoten zu maximieren. Das führt nach Angaben britischer Kli-

nikärzte vielerorts dazu, dass Patienten zu früh entlassen werden. Britische Medien sprechen von „hot beds“ (heiße Betten), da Patienten so schnell ein- und ausgecheckt werden. Durch die frühen Entlassungen sollen Belegquoten erhöht werden. Kehrseite der Medaille: Zwischen 1998 und 2008 stieg die Zahl jener Patienten, die bereits kurz nach ihrer Entlassung wieder in ein Krankenhaus aufgrund von Komplikationen aufgenommen werden mussten, um 52 Prozent. Derzeit werden laut offiziellen Statistiken in Großbritannien rund 500 000 NHS-Patienten innerhalb der ersten vier Wochen nach ihrer Entlassung wieder in eine Klinik aufgenommen. Es wird diskutiert, solche Kliniken finanziell zu bestrafen, die Patienten zu früh als „geheilt“ nach Hause schicken, obwohl sie eigentlich noch stationäre Betreuung benötigen. ast/sf



Foto: AOK Mediendienst

Mehr Anerkennung

BMG promotet Pflegeberufe

Einen neuen Blick auf die Pflege forderte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) auf der Pflegewirtschaftsmesse „Altenpflege 2010“ in Hannover. Laut Rösler verdienten gerade die Pflegeberufe mehr Wertschätzung und Anerkennung. Das BMG habe deshalb zu dem Thema die Aktion „Ich pflege, weil ...“ gestartet. Ziel sei, die Arbeitsinhalte der Pflegeberufe vorzustellen und auch denjenigen, die wenig mit dem Thema zu tun haben, Pflege als Zukunftsberuf nahezubringen. Im Rahmen der Aktion erläutern Pflegenden, warum sie den Beruf ergriffen haben. Wie Rösler

erklärte, lädt das BMG alle Pflegenden ein, sich an der Aktion zu beteiligen. Ihm zufolge arbeiten heute rund 810 000 Menschen in der Altenpflege, davon rund 70 Prozent in Pflegeheimen. In den letzten acht Jahren sei die Zahl der Beschäftigten in stationären Einrichtungen um 30 Prozent gestiegen, im ambulanten Bereich um 28 Prozent.

Rösler kündigte Änderungen bei der Ausbildung für die Pflegeberufe an: „Wir werden im Rahmen eines neuen Pflege-Berufsgesetzes die Ausbildung für die Pflegeberufe zusammenfassen und vereinfachen.“ ck/pm

Studie

2015 noch 50 Kassen am Markt

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen wird in den nächsten fünf Jahren kräftig sinken. Das prognostiziert die Wirtschaftsberatungsgesellschaft Ernst & Young in einer Studie. „Der ohnehin laufende Konzentrationsprozess wird sich noch mal beschleunigen“, zitiert die „Welt am Sonntag“ Studienautor Andreas Freiling. Bis 2012 werden laut seiner Prognose nur 100 der aktuell 169 Kassen übrig bleiben. Bis 2015 dezimiere sich die Zahl, die zu Beginn der 90er noch bei über 1000 lag, sogar auf nur noch 50. Besonders gefährdet: die meist kleinen Betriebskrankenkassen. Ihre Anzahl soll von heute 130 auf lediglich zehn heruntergehen. Grund für den Konsolidierungsdruck: die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Zum einen sei es im Gegen-

satz zu früher möglich, dass Krankenkassen pleitegehen. Zum anderen könnten die verbliebenen Anbieter seit dem Gesundheitsfonds und dem einheitlichen Beitragssatz erhöhte Kosten nicht mehr über Beitragssteigerungen ausgleichen. Kassen, die finanziell schwach auf der Brust sind, müssten steigende Kosten jetzt über unpopuläre Zusatzbeiträge eintreiben. Das aber wird Experten zufolge dazu führen, dass viele Mitglieder zu Konkurrenten abwandern und sich dadurch die Problemlage noch weiter verschärft. Wie das Blatt mit Blick auf die Studie berichtet, denkt fast jede zweite der 40 von Ernst & Young befragten Krankenkassen über eine Fusion nach. Für weitere ein Drittel sei ein Zusammenschluss zumindest eine Option. ck

IQWiG

Handbuch zu Krebsleitlinien erschienen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat ein Handbuch zur Adaptierung von Leitlinien zur Krebsbehandlung erarbeitet. Es soll Ländern dabei helfen, internationale Krebsleitlinien an ihren nationalen Versorgungskontext anzupassen.

Das Handbuch richtet sich an Wissenschaftler, die Krebsleitlinien entwickeln, sie in die Versorgung einführen sowie an Ärzte, die die Krebspatienten behandeln. Es war Teil eines inzwischen abgeschlossenen Projekts des Netzwerks Coordination of Cancer Clinical Practice Guidelines (CoCanCPG), in dem sich das IQWiG mit 15 anderen, interna-

tionalen Organisationen zusammengeschlossen hat. Hintergrund: Medizinische Leitlinien zur Behandlung von Krebs weichen dem IQWiG zufolge international stark voneinander ab und widersprechen sich teilweise sogar. Außerdem sind manche Leitlinien zu bestimmten Indikationen gleich mehrfach vorhanden, während andere unvollständig oder nur lückenhaft wissenschaftlich belegt sind. ck/pm



Foto: IQWiG.

Kommentar**Kraft des Systems**

Ex-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt dürfte von Ernst & Young begeistert sein: Von rund 1000 Kassen Anfang der 90er Jahre auf nur noch 50 im Jahr 2015 zu landen, erfüllt die von Rot-Schwarz gesetzten Zielvorgaben.

Es hat also geklappt. Per dirigistischem Wettbewerb schrumpft der Markt, der keiner ist, auf ein Maß, das zur Basis für eine systemisch wichtige Weichenstellung wird: Geht es „links“ ab Richtung Bürgerversicherung oder „rechts“ zum per Prämie gesteuerten Versicherungssystem? Die gegenwärtig per gekünsteltem Krankheits-

begriff als „Fusionitis“ bezeichnete Entwicklung selbst ist noch keine Vorbestimmung für die künftige Finanzierung des Systems. Aber wie lange wird das System es noch verkraften können, dass Krankenkassen zu immer größeren Einheiten verschmelzen, während die Seite der Leistungserbringer in kleinere Einheiten zerschlagen wird. Mag sein, dass das von einer SPD-Gesundheitsministerin so gewollt war. Ziel einer schwarz-gelben Bundesregierung kann es aber nicht gewesen sein.

Egbert Maibach--Nagel

Tag der Zahngesundheit 2010

Fokus auf Psychosomatik gesetzt

Der 20. Tag der Zahngesundheit trägt das Motto „Gesund beginnt im Mund – Lachen ist gesund“ und wird traditionell am 25. September begangen. Das Motto bietet erneut eine Vielzahl von Möglichkeiten, unterschiedliche Aktionen in ganz Deutschland durchzuführen – von Fotowettbewerben über Veranstaltungen zu Mundgesundheit allgemein bis hin zu Aufklärungsaktionen zum Themenfeld Psychosomatik. PD Dr. Anne Wolowski, von der Uni Münster und verantwortlich für den wissenschaftlichen Aspekt, will inhaltlich einen Bogen schlagen von der biologischen und psychosomatischen Seite des Lachens bis hin zu den Konsequenzen, wenn man nicht mehr richtig lachen kann. Wolowski: „Lachen hat nicht nur einen kommunikativen und sozialen Aspekt, es steigert unter an-

derem das Wohlbefinden, baut Stress ab, aktiviert nahezu 100 Muskeln am ganzen Körper und stärkt selbst das Immunsystem durch die Ausschüttung von Hormonen. Kaum auszudenken, welche Nachteile es mit sich bringen würde, wenn einem das Lachen vergeht, weil Betroffene sich ihrer Zähne schämen oder weil sie seelische Belastungen in den Kiefer-, Gesichtsbereich projizieren und daran in Form körperlicher Beschwerden leiden.“ Rund ein Viertel der Deutschen leidet unter psychosomatischen oder psychischen Erkrankungen. Somit sei auch der Zahnarzt mit diesen Krankheitsbildern konfrontiert, wobei der Zahn-, Mund- und Kieferbereich entsprechende Symptome zeigen könnte und sich hier typische Krankheitsbilder manifestieren könnten. sf

GKVen klagen

Milliardenschaden durch falsche Klinikabrechnungen

Den gesetzlichen Krankenkassen entsteht jedes Jahr ein Schaden von bis zu 1,5 Milliarden Euro durch falsche Krankenhausabrechnungen. Das geht aus einem internen Papier des Spitzenverbandes der GKV hervor. Wie das Deutsche Ärzteblatt meldet, fordern die Kassen darin Änderungen am bestehenden Prüfungssystem. Verluste in solchen Größenordnungen seien angesichts der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verantwortbar.

Die Kassen sind zur Prüfung der Krankenhausabrechnungen verpflichtet. Wenn Auffälligkeiten auftauche, etwa wenn Diagnosen nicht zusammenpassen, gehen die Versicherer dem weiter nach. Dies passiert dem Papier

zufolge bei zehn bis zwölf Prozent aller Abrechnungen. 40 Prozent davon stellten sich schließlich als fehlerhaft heraus.

Die Kliniken müssen in diesen Fällen zu viel berechnetes Geld an die Kassen zurückzahlen. Im Schnitt ist das dem Papier zufolge ein Betrag von 1 100 Euro. Es gibt aber auch „Extremfälle“: So habe etwa ein hessisches Krankenhaus 106 000 Euro zu viel für Beatmungsstunden berechnet. Eine andere Klinik habe eine Herztransplantation für 77 000 Euro in Rechnung gestellt, diese aber offenbar nicht durchgeführt. Gründe für die Mängel seien neben fehlenden Anreizen zur korrekten Abrechnung das komplizierte Abrechnungssystem. Die Häufigkeit der entdeckten

Fehler lasse aber auch den „Rückschluss zu, dass Krankenhäuser bisweilen zu missbräuchlichen Mitteln greifen“, heißt es in dem Papier.



Foto: MEV

Die Versicherer beklagen, dass Kliniken bei Abrechnungsfehlern lediglich das Geld an die Kasse zurückerstatten müssen, aber keine Sanktionen – wie etwa ein Bußgeld – zu befürchten haben. Die Kassen müssten dagegen für jede Prüfung, die keinen Abrechnungsfehler aufdecke, 300 Euro an das betroffene Krankenhaus zahlen. Dies gilt als „Aufwandsentschädigung“, weil die Kliniken für die Überprüfung Informationen zusammentragen müssen. Die Kassen fordern daher eine Gleichbehandlung von beiden Seiten. Wer nach der Rechnungsprüfung im Recht sei, sollte nach ihrem Willen 300 Euro zahlen. Dies wäre ein „Anreiz“ für die Kliniken, ihre Abrechnungen korrekt zu mache. mp/DÄ

Kassen in Bayern

Konflikt um 224 Millionen Euro

Zwischen den Krankenkassen in Bayern und ihrer obersten Aufsichtsbehörde, dem Bundesversicherungsamt (BVA), zeichnet sich ein Konflikt um mehrere Hundert Millionen Euro ab. Der neue BVA-Präsident Maximilian Gaßner besteht auf Rückzahlung zu hoher Vorauszahlungen aus 2009.

Zwar stehe die genaue Höhe der Forderungen noch nicht fest, berichtet die Financial Times Deutschland (FTD). „Gleichwohl haben die Krankenkassen im Rahmen ihrer Finanzplanung die Pflicht, für die erwartbare Rückzahlung eine entsprechende Vorsorge zu treffen“, heißt es in einem Brief Gaßners. Allein bayerische Kassen müssten bis zu 224 Millionen Euro zurückzahlen.

Die Rückforderungen sind eine Schlappe für Bayerns Landesregierung. Aus Angst, sein Land werde durch den neuen Gesundheitsfonds ausgeplündert, hatte der damalige Ministerpräsident Edmund Stoiber (CSU) 2007 die „Konvergenzklausel“ durchgesetzt. Diese sah vor, dass Bayern 2009 maximal 100 Millionen Euro zusätzlich in den Gesundheitsfonds einzahlen sollte. Stoiber sah in der Klausel einen Meilenstein zur Wahrung bayerischer Interessen.

Experten hielten die Ängste dagegen für übertrieben – wie sich inzwischen herausstellt zu Recht. Zwar schätzte das BVA im November 2008, der Fonds werde Bayerns Krankenkassen mit 324 Millionen Euro belasten. Zum Ausgleich erhielten sie deshalb 2009 wegen der Klausel 224 Millionen Euro extra – allerdings unter dem Vorbehalt einer Abrechnung Ende 2010. pr/mp/pm

Zusatzbeiträge

Kündigungswelle rollt weiter

Wegen anstehender Zusatzbeiträge wechseln offenbar Hunderttausende die Krankenkasse. Seit Jahresanfang gingen mehr als 250 000 Menschen zu einer Kasse, die keine Zusatzbeiträge erhebt, oder beantragten zumin-

dest den Wechsel. Das ergab eine Umfrage des „Tagesspiegel“ unter Krankenkassen.

Spitzenreiter bei der Gunst der Wechselwilligen ist demnach die Techniker Krankenkasse mit 130 000 neuen Mitgliedsanträgen. Die Barmer GEK habe seit Jahresanfang rund 100 000 neue Mitglieder gewonnen. Die IKK Brandenburg und Berlin zähle 4 500 neue Kunden und damit rund 74 Prozent mehr als im Vorjahr. Auch die AOK Berlin-Brandenburg habe seit des Jahres 16 000 neue Mitglieder bekommen. mp/ÄZ



Foto: MEV



„network-fishing“

Kolumne

Der Selbstversuch

Kleider machen Leute, heißt es. Dies gilt wohl auch für Berufskleidung. Und obwohl wir bei unserer Tätigkeit als Zahnärzte nicht eine so große Auswahl haben wie andere Freiberufler (Steuerberater etwa, oder Architekten), macht es doch einen Unterschied, ob wir uns dem Patienten im verblichenen Lacoste-T-Shirt, das wir vor zwanzig Jahren in der Türkei ergatterten, zeigen oder in etwas Zeitgemäßerem. Diese Sorge hat die Journalistin Meike Winnemuth offensichtlich nicht. Seit mehreren Monaten trägt sie nämlich das Gleiche, ein blaues Minikleid. Was für andere eher eine Not darstellt („Was zieh' ich heute nur an?"), ist für sie ein Projekt, bei dem es „auch“ um „die Erfahrung der Reduktion“ geht. Inspiriert wurde sie von anderen Künstlern, sagt sie. Bis November dieses Jahres noch möchte sie diesen Selbstversuch

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

andauern lassen. Ab und an wird ihr dabei selbst langweilig. Damit es dann nicht allzu eintönig wird, kombiniert sie in solchen Momenten das Kleid mit bunten Strümpfen oder langen Schals. Eine lustige Vorstellung ist es, sich eine andere Idee der Hamburgerin, wie man sein Aussehen variieren kann, für unsere Berufskleidung in der Praxis vorzustellen: So habe sie das Knopfloch unten an der einen Seite mit dem Knopf ganz oben verbunden. Sie glauben das alles nicht? Überzeugen Sie sich, im Internet gibt es dazu extra eine Seite: www.daskleineblaue.de heißt sie. Vielleicht kaufen Sie sich danach ein neues T-Shirt für die Praxis. Oder tragen monatelang das alte.

Ihr vollkommener Ernst

Zu dick für die Seefahrt

Immer mehr Norweger müssen als Seeleute aufgeben, weil sie zu dick für die Schifffahrt sind. Wie die Osloer Zeitung „Aftenposten“ berichtete, entzogen die Aufsichtsbehörden im vergangenen Jahr 511 Seeleuten die Arbeiterlaubnis an Bord, weil sie die gesundheitlichen Mindestanforderungen nicht mehr erfüllten. Das sei eine Steigerung im Vergleich zu 2008 um 20 Prozent, bei der Übergewicht eine zunehmende Rolle gespielt habe. Nach den norwegischen Regeln ist für Seeleute maximal ein Körpermassenindex von 35 zulässig. sg/ÄZ