



Gender Dentistry

**GKV: Suche nach
soliden Strategien**

**Arzneimittelkosten:
Neue Debatten**



Foto: TK

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

als die Publizistin Alice Schwarzer vor dreieinhalb Jahrzehnten mit ihrem damaligen Aufreger-Buch „Der kleine Unterschied und seine großen Folgen“ die Rollenbilder der Geschlechter aufmischte, durchdachte die diskussionsbereite Intelligenz dieses vielleicht größte aller Themen vorrangig in soziologischen Bezügen.

Kaum jemand – vielleicht einmal abgesehen von Gynäko- und Urologen – näherte sich diesem Feld unter der Blickwarte geschlechtsspezifischer ausgerichteter Diagnose und Therapie in der Allgemein- oder gar der Zahnmedizin.

Heute sind die zunehmend offensiv erforschten und sich dadurch immer mehr verdichtenden Erkenntnisse geschlechtsspezifischer Medizin im Detail immer noch neu. Sie werden aber, anders als die gesellschaftliche Rollendiskussion vor Jahrzehnten, eigentlich nicht als epochal eingestuft – ein Zeichen dafür, dass sich im gesellschaftlichen Verständnis seitdem doch einiges geändert hat, manches „selbstverständlicher“ geworden ist und inzwischen einen anderen Stellenwert erhalten hat.

■ *Männer sind anders? Frauen auch? Die jüngsten Entwicklungen im Bereich der Gendermedizin deuten an, dass es in der Forschung individualisierter Behandlungsmethoden noch einiges zu tun gibt.*

In der Medizin hingegen stehen der Gender-Forschung ihre großen Zeiten noch bevor. Hier ist es nicht allein der soziologische Verständniswechsel, dass sich die Krankheitsbilder einer Gesellschaft gerade auch unter Berücksichtigung der Geschlechtsspezifik ändern, der zum Sammeln weiteren Wissens anspornt. Viel mehr ist es der sich durch wissenschaftlichen Fortschritt massiv ändernde Gesichtskreis, der das Denken immer schneller in neue Bahnen zu leiten scheint. Spannend und beachtenswert ist auf diesem Gebiet die wissenschaftliche Komplexität der Forschungsansätze. Es wird des Mit-einanders ganz verschiedener Disziplinen – von der Sozio- und Psychologie über die Anthro- und Molekularbiologie bis zu den unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen – bedürfen, um von heutigen Ahnungen zu gesicherten Erkenntnissen und dann letztlich konkreten therapeutischen Handlungsvorteilen zu gelangen.

Wiederum zukunftsweisend für die medizinische Versorgung dürfte auch sein, dass diese spezifiziertere Ausrichtung der Medizin mit ihrem Grundverständnis, dass Frauen und Männer, Kinder und alte Menschen jeweils anders therapiert werden müssen,

an dieser Stelle auch andere Grundlagen für eine individualisiertere Form der Therapie schaffen wird. Und dies nicht mehr auf Grund von Erfahrung oder gar Intuition, sondern basiert auf einem gesicherten Fundament wissenschaftlicher, schulmedizinischer Kenntnis. Zielgerichtete Medikamentierung ist dabei nur eins von vielen vorstellbaren Feldern, die in den kommenden Jahrzehnten – so die Gesellschaft es zulässt – den medizinischen Fortschritt vorantreiben.

Mit freundlichen Grüßen



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: TK, Titelfoto: zm/DÄV/Fotolia

Zum Titel

Jedes Geschlecht hat seine Besonderheiten. Gender Dentistry berücksichtigt diese Tatsache in zwei Dimensionen. Im Ergebnis verbessern die neu gewonnenen Erkenntnisse aus dem noch jungen Forschungsfeld die individuelle Behandlungsqualität im Sinne aller Patienten.

Seite 38



Foto: Andreas Klein - Fotolia

Was der Referentenentwurf zum GKV-Finanzierungsgesetz bringt: Die Aussichten

Seite 24

Editorial	1
Leitartikel	
BZÄK Präsident Dr. Peter Engel stellt klar, warum die Öffnungsklausel nicht akzeptiert werden kann	6
Nachrichten	8
Gastkommentar	
FAZ-Korrespondent Andreas Mihm sieht die Gefahr eines Systembruchs, wenn die PKV auf Gleichstellung mit der GKV pocht	16
Politik und Beruf	
Streit um Arzneimittelkosten: Einseitige Klientelpolitik oder mutige Sparoffensive	18
BZÄK-Beschluss: Keine GOZ-Novelle mit Öffnungsklausel	22

GKV-Finanzierungsgesetz: Ringen um Reformen **24**

Neuausrichtung im Gesundheitssystem: Suche nach soliden Strategien **28**

Aus den Ländern

19. ZÄT Mecklenburg-Vorpommern: Vom Kiefer bis zum Knie **32**

Zahnärztinnen in Hamburg: Großes Interesse an Kammer-Umfrage **34**

Gesundheit und Soziales


Palliativversorgung: Würdig sterben **36**

Titelstory

Gender Dentistry: Essenz der Divergenz **38**

Gendermedizin: Es dreht sich um den kleinen Unterschied **46**

Zahnmedizin

 Der aktuelle klinische Fall: Pleomorphes Adenom der kleinen Speicheldrüsen **50**

Highlight beim Deutschen Zahnärztetag: TED entscheidet **54**

 **Interaktive Fortbildung:** Der besondere Fall – schwierig, aber doch gelöst **58**

Ein besonderer Fall von Hyperdontie **60**

Labor-Kompositversorgungen bei einer sechsjährigen Patientin **66**

Foto: MEV



Smog, durch Emission oder Strahlung ausgelöst, macht krank. Das ist nur eines der Beispiele von Modekrankheiten, die das Repetitorium genauer betrachtet.

Seite 84

Foto: stockdisc



Interaktiv Punkte sammeln auf zm-online. Zwei spektakuläre Praxisfälle machen es möglich.

Seite 58



Foto: TdZ



Mit einer Idee fing alles an. Heute, 20 Jahre später, ist der Tag der Zahngesundheit eine feste Größe. Eine Erfolgsstory.

Seite 130

AK Epidemiologie und Public Health: Ziele und Methoden der epidemiologischen Erfassung **72**

Modellvorhaben der BKK Mobil Oil: Studie zur Effizienz der Kariesinfiltration **82**

Medizin

Repetitorium: Krankheiten, die gerade in Mode sind **84**

Aus für Diabetikerlebensmittel: Das glukozentrische Weltbild ist passé **90**

Rezensionen 94

Veranstaltungen 96

Formular Nebenwirkungen 110

Finanzen

Niedrige Zinsen: Schwierige Zeiten für Anleger **112**

Praxismanagement

Fehlermanagement: Aus Fehlern Verbesserungen entwickeln **116**

Qualitätsmanagement: QM ist, was man daraus macht **118**

Recht

Übernahme von Auszubildenden: Regelungen beachten **122**

Urteile **126**

EDV und Technik

Telematikkongress: Mehr Akzeptanz für eHealth **128**

Prophylaxe

Tag der Zahngesundheit: Noch nie so gesund im Mund **130**

Historisches

Henry Dunant: Von Mensch zu Mensch **132**

Persönliches 139

Neuheiten 140

Impressum 150

Letzte Nachrichten 181

Zu guter Letzt 184



Foto: BZÄK - Pietschmann

Keine Öffnungsklausel

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

was ist dieser Gesellschaft eigentlich die Gesundheit ihrer Bürger wert? Wer im ewigen Verhandlungsgeschichte um die Kostendämpfung im deutschen Gesundheitssystem diese Frage stellt, stößt oft auf ungläubige, manchmal sogar verblüffte Gesichter. Kaum jemand stellt in Abrede, dass die Menschen

immer älter, die Anforderungen an medizinische Versorgung und Pflege damit immer größer werden, dass medizinischer Fortschritt auch bezahlt werden muss und dass die Versicherungssystematik in Deutschland weniger ein Ausgaben- als Einnahmenproblem hat. Trotzdem wird gespart, immer mit Hinweis auf wirtschaftliche Notwendigkeiten. So geht es mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG), das in Rasenmähermethodik die bitter notwendige Anbindung der Heilberufe an die Grundlohnsummenentwicklung einfach mal um die Hälfte kürzt. Das dahinter stehende Prinzip scheint schlichten Gemüts zu sein: Irgendwie wird es schon weiter gehen.

Erstaunlich, dieses Unbekümmerte, das Regierungskommissionen, Politiker, Verwal-

tung wie auch Ökonomen an den Tag legen, wenn es um die Gesundheit ihrer Mitbürger geht. Dabei fehlt es ihnen gar nicht an Einsprüchen und sachlichen Warnungen. Bei der Anhörung zur Gesetzesnovelle haben auch wir Zahnärzte Stellung bezogen und vor systemischen Gefahren wie auch Fehleinschätzungen gewarnt. Wir sind gespannt, welche Spuren der Protest der Zahnärzteschaft im Gesetz hinterlassen wird.

Aber leider ist das GKV-FinG nur eine Schraube, an der zur Zeit im Gesundheitssystem eifrig gedreht werden soll.

Strukturell ebenso schwerwiegend ist der bisher weder dementierte, noch - trotz vermehrter Warnung - korrigierte Kurs, das zwischen PKV und GKV aufgeteilte deutsche Versicherungssystem sukzessive zu vereheitlichen. Hier scheinen sich die ehemalige Große Koalition und die derzeitige schwarzgelbe Bundesregierung in ihren Ambitionen nicht zu unterscheiden.

Und statt sich gegen solche Versuche zu wehren und sie vehement abzulehnen werden diese Übergriffe von den privaten Krankenversicherern durch aktives Einfordern kurzfristiger Vorteile wie beispielsweise die einbeziehende Gleichstellung im Arzneimit-

telgesetz auch noch eifrig unterstützt. Da hämmert sich jemand die eigene Daseinsberechtigung weg.

Dass die seit geraumer Zeit von der PKV beharrlich eingeforderte Öffnungsklausel ebenfalls in dieses Gefüge passt, ist dem klassischen Versicherer PKV offensichtlich ebenso egal. Zu beherrschend ist die Angst, im Zwei-Säulen-System der Krankenvollversicherung als Verlierer dazustehen. Der Versuch, vom klassischen „Payer“ zum „Player“ zu avancieren, indem man unterhalb der staatlich festgesetzten Gebührenordnung selektiv Verträge mit Zahnärzten abschließt, reißt eine Lücke in das System, vor deren Folgen gar nicht laut genug gewarnt werden kann (s. Bericht „Keine GOZ-Novelle mit Öffnungsklausel“ in dieser Ausgabe).

Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer hat jedenfalls in aller Deutlichkeit Stellung bezogen und deutlich gemacht, dass er die Öffnungsklausel mit ihren Folgen für freies Arztwahlrecht, flächendeckende Versorgung und Qualität nicht akzeptieren wird. Vielleicht sind die verfassungsmäßigen Schranken, die einen so radikalen Schritt eigentlich verhindern müssten, doch noch einleuchtend und Grund für den Gesetzgeber, das Modell eines einseitig beschränkten Wettbewerbs zu Lasten von Patienten und Zahnärzten besser ad acta zu legen. Gründe dafür gibt es genug.

Bleibt zu hoffen, dass die Novellierungsversuche für die seit Jahrzehnten überfällige GOZ nicht an diesem Punkt scheitern. Wir Zahnärzte können ein erneutes Abblocken auf den Stand der Achtziger Jahre vorigen Jahrhunderts nicht akzeptieren. Aber die Einführung einer Öffnungsklausel als Kompensation für berechnete Honoraranpassungen ist für uns absolut ausgeschlossen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Honorarstreit**Hausärzte fordern Köhlers Rücktritt**

Der Streit um die Bezahlung der Hausärzte eskaliert: Die Delegierten des Hausärztetages forderten den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, in Berlin zum Rücktritt auf. Die Ärzte folgten einstimmig einem Antrag der Landesverbände Bayern und Westfalen-Lippe, wie der Verband mitteilte.

mitgeteilt, das jährliche Honorar der Hausärzte vor Steuern und Abzügen sei im vergangenen Jahr um vier Prozent auf 200 164 Euro gestiegen, das der Fachärzte um sechs Prozent auf 202 725 Euro. Ihre Proteste und Praxis-schließungen vom Vortag werteten die Ärzte als Erfolg. Verbandschef Ulrich Weigoldt sagte: „Sie sind eine notwendige und wir-



Foto: Deutscher Hausärzterverband

Grund seien irreführende Veröffentlichungen der KBV, die mit unseriösen Statistiktricks den Eindruck erweckten, Haus- und Fachärzte würden im Geld schwimmen, Honorarsteigerungen seien deshalb nicht erforderlich. Die KBV hatte im August

kungsvolle Form der Reaktion auf die politische Absicht, die hausärztliche Versorgung der Patienten zu bedrohen.“ Die Ärzte wenden sich gegen das Vorhaben der Koalition, Honorarsteigerungen der Hausärzte künftig zu begrenzen. mp/dpa

Reformpläne zur Kostenerstattung**Nur als zusätzliches Angebot**

Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hat angekündigt, dass ein leichter Zugang zur Kostenerstattung für Kassenpatienten schon ab 2011 möglich sein soll. „Grundsätzlich wollen wir die Kostenerstattung nur als zusätzliches Angebot“, sagte Rösler. „Nicht jeder der Versicherten wird das Instrument nutzen wollen“, sagte er der „Rheinischen Post“. Bislang sei die Kostenerstattung für gesetzlich Versicherte

wenig attraktiv, weil die Patienten auf einem großen Teil der Rechnung sitzen blieben. „Den Versicherten werden derzeit zehn Prozent Verwaltungskosten abgezogen. Das wollen wir ändern und noch in das Reformgesetz, das am 1. Januar in Kraft treten soll, aufnehmen“, sagte er. Voraussetzung für eine echte Kostenerstattungsregelung seien transparente und nachvollziehbare Arztrechnungen. mp

Ärzte**Köhler akzeptiert Budgetierung**

KBV-Chef Dr. Andreas Köhler zeigt Verständnis für die neue Budgetierung des Honorarwachstums für Vertragsärzte durch die Bundesregierung. Die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen ließen nichts anderes zu. Der Honorarzuwachs für Vertragsärzte soll nach dem aktuellen Stand des Referentenentwurfs zum GKV-Finanzierungsgesetz auf 0,75 Prozent begrenzt werden. Zusätzlich solle es ein Honorarvolumen von voraussichtlich mehreren hundert Millionen Euro geben, die asymmetrisch auf die KVen verteilt werden, berichtete Köhler. KVen, die zuletzt schlechter abgeschnitten haben als die anderen, sollen nun mehr bekommen. Köhler erwartet allerdings „massive Verteilungskämpfe“ zwischen den KVen. Zudem sieht er das Honorarsystem für Vertragsärzte an der Grenze der Absurdität angekommen. „Wir bewegen uns im Bermudadreieck zwischen Fallzahl, Fallwert und der Steuerung der Leistungen, und wir machen uns etwas vor, wenn wir meinen, das



Foto: KBV

System noch im Griff zu haben“, sagte Köhler. Das Hauptproblem sei die Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Leistungen seit vielen Jahren. Die Patienten fragten mehr Leistungen nach, als bezahlt werden, darum müssten die Körperschaften immer neue Steuerungsmechanismen entwickeln, die aber – weil mehr Leistungen erbracht würden – umgangen würden. Die Folge: ein immer komplexeres System mit mehr Bürokratie. Köhler: „Der Schwarze Peter liegt dann bei den KVen.“ Köhler setzt dabei vor allem auf die übernächste Gesundheitsreform, die nach seiner Erwartung vor allem Änderungen bei den Strukturen der Versorgung bringen wird. sg/ÄZ

apoBank-Analyse**Mehr Ärztekooperationen**

Die eigene Praxis ist unter Ärzten die beliebteste Existenzgründungsform. Dies zeigt die aktuelle Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2008/2009 der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI). Die Analyse zeigt aber auch, dass vor allem in den alten Bundesländern



immer mehr Ärzte Kooperationen, zum Beispiel in Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxisgemeinschaften, eingehen. Im Berichtszeitraum ging fast jeder zweite Niedergelassene in den alten Bundesländern eine solche Kooperation ein, in den neuen Bundesländern hingegen entschieden sich nur 25,5 Prozent für diese Form der Zusammenarbeit. ck/pm

Zu teuer und zu bürokratisch

Arbeitgeberverband gegen Reform

Die Arbeitgeber mobilisieren gegen die geplante Gesundheitsreform der schwarz-gelben Koalition. Das Vorhaben komme die Unternehmen teuer zu stehen und bürde ihnen ungeheure Bürokratielasten auf, heißt es in einer Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes BDA. Außerdem bringe der Beitragsanstieg das Gegenteil dessen, „was die Koalition im Koalitionsvertrag versprochen hatte, nämlich für mehr Netto vom Brutto zu sorgen“. Positiv beurteilt der BDA, dass die Kostensteigerungen im Gesundheitssystem über die Zusatzbeiträge aus-

schließlich von den Kassenmitgliedern bezahlt werden sollen. Dennoch stößt die Neuregelung auf Kritik, weil die Unternehmen für den Sozialausgleich verantwortlich sein sollen und nicht die Krankenkassen. „Es müssten neue Prozesse geschaffen, neue Meldewege und -verfahren eingeführt werden, die Software umgestellt, die Mitarbeiter in der Entgeltabrechnung geschult, die Beschäftigten informiert und die Verdienstbescheinigung erweitert werden“, heißt es. Zudem steige das Haftungsrisiko des Arbeitgebers im Beitragsrecht. ck/dpa

Finanzentwicklung der GKV

Schlechter als im letzten Jahr

Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verläuft deutlich schlechter als im vergangenen Jahr. Während im 1. Halbjahr 2009 noch ein Überschuss von 1,2 Milliarden Euro verbucht werden konnte, betrug er im selben Zeitraum 2010 nur noch rund 112 Millionen Euro. Wie das Bundesgesundheitsministerium (BMG) meldet, rechnete der Schätzerkreis für das Gesamtjahr 2010 bislang mit einer Unterdeckung der Kassenausga-

ben durch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds in Höhe von 3,1 Milliarden Euro. Im ersten Halbjahr dieses Jahres standen Einnahmen in Höhe von rund 87,37 Milliarden Euro Ausgaben in Höhe von 87,25 Milliarden Euro gegenüber. Der zusätzliche Bundeszuschuss für konjunkturbedingte Mindereinnahmen in Höhe von 3,9 Milliarden Euro wurde dabei bereits berücksichtigt. Die Ausgaben der GKV sind im ersten Halbjahr 2010 um 4,2

Prozent je Versicherten gestiegen. Da der Schätzerkreis nach Angaben des BMG bei seiner letzten Jahresprognose von einem Anstieg von 4,9 Prozent ausgegangen sei, bewege man sich im Rahmen der Erwartungen. Dem stand aber – wegen des höheren Bundeszuschusses – ein Zuwachs der Kasseneinnahme von lediglich 2,2 Prozent gegenüber. mp/pm



Foto: IS

Versorgung auf dem Land

Grüne legen Positionspapier vor

Die Bundestagsfraktion der Grünen hat ein Positionspapier mit Strategien für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung auf dem Land vorgelegt. Sie setzt dabei auf integrierte Versorgungsverbände von Ärzten, Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen. Der Grüne Harald Terpe schlägt in dem Papier „Neue Wege gehen: Für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung in ländlichen Regionen“ Primärversorgungsteams vor, die den Kern regionaler Verbände bilden sollen. Dazu will Terpe rechtliche Hürden für die Beteiligung nichtärztlicher Fachkräfte abbauen. Gerade die Zunahme alter und multimorbider

Patienten in strukturschwachen Regionen mache multiprofessionelle Teams nötig, heißt es in dem Papier. So werde beispielsweise in der Region der Mecklenburgischen Seenplatte der Anteil von Menschen über 65 Jahre auf 42 Prozent der Gesamtbevölkerung steigen. Motor der Bildung von Versorgungsteams soll eine reformierte Bedarfsplanung sein, die von der reinen Arztplanung zu einer „alle Gesundheitsberufe umfassenden regionalen Versorgungsplanung“ ausgebaut werden soll. Deutschland müsse sich von der bisher geltenden „vollumfänglichen ärztlichen Zuständigkeit“ für viele Tätigkeiten in der Pflege verabschieden, fordert Terpe weiter. Es gebe keine „Belege aus der Versorgungsforschung, die dieses Maß begründen würden“, heißt es. Der Verantwortungsbereich qualifizierter Pflegekräfte solle dafür stark ausgeweitet werden und „in bestimmtem Umfang das Recht zur Erkennung und Therapie von Erkrankungen sowie zur Überweisung umfassen“, so Terpe. Die „Letztverantwortung“ solle aber in den Versorgungsteams bei Ärzten verbleiben. ck/ÄZ



Foto: Fotex-Rex Interstock

Urteil erwartet

Werbe-Slogans der PKV wohl rechtens

Die umstrittene Werbekampagne des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV) ist offenbar rechtens. Der Vorsitzende Richter am Landgericht Köln, Bernd Paltzer, deutete an, dass die einstweilige Verfügung gegen zwei Anzeigenslogans aufgehoben werde. „Auch als Wettbewerber kann man am Meinungsbil-

dungsprozess durchaus in schlagwortartiger Form teilnehmen“, sagte er dem „Handelsblatt“. Die PKV hatte mit zwei Werbetexten unter den Überschriften „Lieber versichert als verwaltet“ und „Ein schuldenfreies Gesundheitssystem? Haben wir.“ geworben. Die Wettbewerbszentrale hatte dies beanstandet. mp

Bundesgerichtshof (BGH)

Apotheken dürfen Geschenke machen

Apotheken dürfen ihren Kunden künftig kleine Geschenke machen. Rabatte in großen Dosen sind verboten, Gutscheine oder Geschenke von geringem Wert dagegen erlaubt. Wo die Grenze ist, bleibt nach der Entscheidung des obersten deutschen Zivilgerichtes BGH jedoch offen. Geschenke im Wert von fünf Euro seien aber unzulässig. Eine Erstattung der Praxisgebühr durch die Apotheke wäre damit beispielsweise nicht erlaubt. In sechs Parallelverfahren war vor dem BGH über die Zulässigkeit von Apotheken-Bonussystemen gestritten worden. Die Apotheken hatten ihre Kunden beim Erwerb von rezeptpflichtigen Arzneimitteln mit Rabatten, Gutscheinen oder Prämien geködert. Konkurrenten und Wettbewerbsschützer sahen darin Verstöße gegen die Arzneimittelpreisverordnung und das Heilmittelwerbegesetz. Der BGH prüfte allerdings nur, ob die Rabattsysteme der Apotheken nach



Foto: Fotex-R. Zorin

dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb unzulässig sind. Offen bleibt zunächst, ob die Preisbindungsvorschriften auch für Versandapotheken aus dem Ausland gelten. In einem der Fälle hatte eine Versandapotheke aus den Niederlanden ihren Kunden Rabatte von bis zu 15 Euro gewährt. Nach Ansicht des BGH müssten die Preisvorschriften auch auf solche Fälle anwendbar sein, sagte der Vorsitzende Richter des 1. Zivilsenats, Joachim Bornkam, bei der Urteilsbegründung. Jedoch gebe es ein entgegenstehendes Urteil des Bundessozialgerichts in Kassel. Die Frage wird nun dem Gemeinsamen Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes vorgelegt. mp/dpa

NRW-Ministerin Steffens

Für Erhalt der KVen

Die neue nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne) hat sich für den Erhalt der KVen ausgesprochen. Wer sie abschaffen wolle, müsse zeigen, wie ihre Aufgaben durch den Staat oder den Markt „einfacher, intelligenter und kostengünstiger“ wahrgenommen werden könnten.

Ihr Bekenntnis zu den KVen sei aber mit Forderungen an diese verknüpft: „Sie müssen sich den gewandelten Bedingungen anpassen, meiner Meinung nach

schneller als bislang und auch in einem intensiveren Dialog mit ihren Mitgliedern als bislang.“ Eine wichtige Herausforderung sieht die Ministerin in der Entwicklung von Versorgungskonzepten für ältere Menschen. Im Fokus müsse dabei die Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung der Selbstständigkeit stehen. „Ich denke da an die Vermeidung stationärer Aufenthalte durch die Optimierung der Behandlungsprozesse im ambulanten Bereich.“ mp/sg/ÄZ

Studie**Deutsche quälen wirtschaftliche Ängste**

Die Studie „Die Ängste der Deutschen 2010“ zeigt, dass Ängste im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen sind. Ausnahme ist das Thema Arbeitslosigkeit. Die Angst vor dem Jobverlust ist in Deutschland um vier Prozentpunkte gesunken und rutscht mit 61 Prozent von Platz 2 auf Platz 6 der Sorgenskala. Dagegen ist die Angst, im Alter ein Pflegefall zu werden, im letzten Jahr um sieben Prozent gestiegen und liegt nun bei 61 Prozent. „Mehr als zwei Drittel der Bundesbürger fürchten sich vor steigenden Lebenshaltungskosten und Wirtschaftsabschwung“, sagte Rita Jakli, die Leiterin des Infocenters der R+V Versicherung, die die Studie beauftragt hatte. Die Angst vor steigenden Lebenshaltungskosten ist um fünf Prozentpunkte gewachsen und setzt sich mit 68

Prozent an die Spitze der diesjährigen Rangliste. Jakli weiter: „Auf Rekordhöhe geschneit ist diesmal das Thema Umwelt. 64 Prozent der Bürger befürchten, dass die Zahl der Naturkatastrophen zunehmen wird – das sind so viele wie noch nie.“ Mit 67 Prozent fast ebenso hoch ist die Furcht vor einer Verschlechterung der Wirtschaftslage. „Alarmierende Nachrichten über Finanzmarktkrisen, Währungskrisen und Rettungsschirme für überschuldete EU-Staaten erschüttern das Sicherheitsbedürfnis der Bürger“, so Prof. Dr. Manfred Schmidt, Politologe an der Universität Heidelberg und Berater des R+V Infocenters. Zum 20. Mal hat das R+V-Infocenter in einer repräsentativen Studie rund 2.500 Bürger nach ihren 16 größten Ängsten befragt. mp/pm

Bevölkerungsumfrage**Die Deutschen sind sehr gesund**

Die große Mehrheit der deutschen Bevölkerung erfreut sich einer guten Gesundheit. Das ergab eine telefonische Befragung des Robert Koch-Instituts (RKI) mit 21 262 Teilnehmern aus allen Regionen. Regionale Unterschiede im Gesundheitszustand sind demnach gering. Die Jüngeren sind seltener chronisch krank als im ersten, kleineren Telefonsurvey 2003 angegeben. Der Anteil der sportlich sehr Aktiven hat

seitdem um vier Prozent zugenommen. Eine weitere positive Entwicklung: Es gibt weniger jüngere Menschen, die rauchen. „Personen mit niedrigem Bildungsstatus schätzen ihre Gesundheit seltener als sehr gut oder gut ein als diejenigen mit mittlerem oder oberem Bildungsstatus“, heißt es in der Mitteilung des RKI mit dem Bundesgesundheitsministerium und dem Statistischen Bundesamt. Eine weitere Erkenntnis: Ein Zehntel der Bevölkerung ist gesundheitlich erheblich eingeschränkt. Bei den über 65-Jährigen musste ein knappes Viertel innerhalb der letzten zwölf Monate ins Krankenhaus. mp/pm



Foto: CC

Brustkrebscreening**Ärzte und Kassen kooperieren stärker**

Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Verbesserungen in der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten beim Mammografie-Screening beschlossen. Die neuen Regelungen sind bereits zum 1. September in Kraft getreten. Der behandelnde Haus- oder Frauenarzt soll danach künftig auch mittels Telefonschaltung an den multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen. „Auf diese Weise wollen wir den Ärzten den Austausch mit den Kollegen erleichtern, indem wir ihnen zusätzliche Wege ersparen“, sagte KBV-Chef Andreas Köhler. Wenn eine Patientin entsprechende Angaben gemacht hat, übermittelt der Arzt die

medizinischen Informationen und die Diagnose außer an den behandelnden Hausarzt auch an den Frauenarzt. Das Berichtintervall, in dem die Ärzte Angaben zu den Wartezeiten, zu minimal-invasiven Biopsien und zur diagnostischen Bildqualität von Mammografien an die Referenzzentren schicken, ist künftig von einem Jahr auf drei Monate verkürzt. Weitere Änderungen beziehen sich unter anderem auf die (Re-)Zertifizierung der Dokumentationssoftware. ck/pm



Foto: Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Falsche Testsiegel**Netz-Apotheken täuschen Verbraucher**

Deutsche Apotheker warnen vor gefälschten Testsiegeln, die illegale Online-Apotheken nutzen, um Verbraucher zu täuschen und zu schaden. „Auch bekannte Testsiegel können von skrupellosen Betrügern im Internet nachgemacht werden“, sagt Heinz-Günter Wolf, Präsident der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA). Wolf: „Wenn die Kriminellen im Ausland sitzen, haben deutsche Behörden kaum Zugriffsmöglichkeiten. Wer Testsiegel missbraucht, fälscht auch Medikamente und gefährdet damit die Gesundheit und das Leben von

Menschen.“ „Spiegel Online“ und „Welt“ berichteten zuletzt beispielsweise über das Online-Portal „PillenVZ“, wo das bei vielen Verbrauchern bekannte Logo der Stiftung Warentest missbraucht wurde: Mit Verweis auf „Potenzmittelapotheken im Test“, Ausgabe 2/2010 wurde dem Portal angeblich die Note „sehr gut“ verliehen. Laut „Spiegel Online“ gab das Impressum der Seite eine Adresse in Panama an. Das internationale Wirtschaftsmagazin „The Economist“ berichtet, dass das Problem der Arzneimittelfälschungen weltweit zunimmt. ck/pm

Barmer GEK**Zehn Arztbesuche sind begründet**

Die Barmer GEK hat eine vertiefende Analyse des bereits im Frühjahr 2010 veröffentlichten Arztreportes vorgestellt: In dem hieß es, dass die Deutschen durchschnittlich 18 Mal pro Jahr zum Arzt gehen. Die näheren Untersuchungen ergaben nun, dass zehn Kontakte auf behandlungsintensive und häufig vorkommende Krankheiten und Ereignisse wie beispielsweise Pflegebedürftigkeit zurückzuführen sind. Viele Kontakte entfallen auf Patienten mit Hypertonie, Herzschwäche und Depressionen. Acht Arzt-Patienten-Kontakte ergeben sich aus geringen Anlässen, so die Studie. Barmer-Chefin Birgit Fischer: „Die Aufschlüsselung zeigt, dass es teilweise gute Gründe für die hohe Arztkontakt-



Foto: MEV

rate hierzulande gibt. Sie beweist aber auch, dass wir in einigen ambulanten Bereichen nachsteuern müssen. Wir werden die Versorgungsforschung deshalb weiter intensivieren.“ ck/pm

Bundesarbeitsministerium**Beitragsbemessungsgrenze soll sinken**

Das Bundesarbeitsministerium schlägt in einem Referentenentwurf vor, die Beitragsbemessungsgrenze zu senken. Begründet wird dies mit gesunkenen Bruttolöhnen und -gehältern – ein Nebeneffekt wäre der noch leichtere Wechsel in die PKV. Wie die „Süddeutsche Zeitung“ (SZ) schreibt, soll zu Beginn des kommenden Jahres die Beitragsbemessungsgrenze für die Krankenkasse erstmals seit 1949 sinken. Gesetzlich Krankenversicherte müssten danach nur noch bis zu einem Bruttoeinkommen von 3 712 Euro im Monat Beiträge zahlen. Derzeit liegt die Grenze bei 3 750 Euro. Dadurch wird es allerdings noch leichter, in die private Krankenversicherung zu wechseln.

Ein Angestellter darf die GKV 2010 dann bereits verlassen, wenn er mehr als 44 550 Euro verdient hat. Derzeit liegt die Hürde bei 45 000 Euro. Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat die Bundesregierung vor einer Absenkung der Obergrenze für die Beitragszahlungen an die gesetzlichen Krankenkassen gewarnt.

„Es wäre widersinnig, der GKV auf lange Sicht wertvolle Einnahmen zu entziehen und die Abwanderung in die private Krankenkasse geradezu zu provozieren“, sagte DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach der Zeitung. Um dies zu verhindern, sollte der reguläre Anpassungsmechanismus ausgesetzt werden. mp

KBV-Umfrage bei angehenden Ärzten

Work-Life-Balance wichtiger als Honorar

Die KBV und die Universität Trier haben über 12000 Medizinstudierende gefragt, was sie vom Arztberuf erwarten. Ergebnis: Die Work-Life-Balance und der Standort sind wichtiger als das Honorar. „Die jungen angehenden Ärztinnen und Ärzte wissen, dass ihre Arbeit gefragt ist. Sie haben das Privileg, sich später aussuchen zu können, ob sie in einer Klinik oder in einer Praxis arbeiten. Sie sind selbstbewusst und flexibel“, lautete das Fazit von KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller. Die Umfrage belegt aber auch, welche Tätigkeiten für Deutschlands Nachwuchsärzte wenig attraktiv sind: „Die Bereit-

schaft für eine Niederlassung als Hausarzt ist relativ gering“, erläuterte Studienleiter Privatdozent Dr. Rüdiger Jacob von der Universität Trier. Jacob: „Lediglich 38 Prozent der nächsten Medizinergeneration können sich dies vorstellen. Attraktiver ist hingegen eine Niederlassung als Facharzt. 75 Prozent der Studenten gaben an, sich vorstellen zu können, später eine eigene Praxis zu eröffnen.“ 50 Prozent der angehenden Ärzte erklärten, dass drohende Regressforderungen von Krankenkassen die Niederlassung unattraktiv machen. „Es darf nicht sein, dass das finanzielle Risiko von Arzneimittelver-

schreibungen Medizinstudenten von vornherein von der Niederlassung abhält“ betonte Müller. Zudem appellierte er: „Wir müssen die Tätigkeit als Vertragsarzt auf allen Ebenen für den Nachwuchs wieder attraktiver gestalten.“ Dass der Nachwuchs hoch motiviert von den Universitäten entlassen wird, aber im niedergelassenen Bereich oftmals die gewünschte Teamarbeit nicht möglich ist, führte Volker Hildebrandt vom Medizinischen Fakultätentag (MFT) aus: „Es gilt, den besonderen Vorstellungen von Frauen zu Arbeitsstrukturen besser zu entsprechen, denn sie stellen bald zwei Drittel der Absol-

venten.“ In der Umfrage gaben 96 Prozent der Studierenden an, dass sie sich eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie wünschen. Später in einer ländlichen Region zu arbeiten, können sich die wenigsten vorstellen.

ck/pm



Foto: proDente e.V.

Kalziumpräparate**Osteoporoseschutz versus Infarktrisiko**

Kalziumpräparate können, in größeren Mengen eingenommen, die Entstehung von Herzinfarkten und anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen. Dies zeigt eine aktuelle Auswertung mehrerer Studien an insgesamt 12 000 Teilnehmern. Kalziumpräparate sollten deshalb zurückhaltender und nur nach ärztlicher Rücksprache eingenommen werden, rät die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Um Knochenabbau vorzubeugen, sei eine ausreichende Kalziumzufuhr mit der Nahrung jedoch weiterhin unverzichtbar. „...eine ausreichende Kalziumzufuhr vor allem bei älteren Menschen ist zur Bruchprophylaxe äußerst wichtig“, sagt DGIM-Vorsitzender Professor Dr. med. Hendrik Lehnert, Lübeck. Kalzium könne sich aber auch in den Gefäßwänden ablagern. „Es ist dort Bestandteil der atherosklerotischen Plaques, die die Gefäße verengen und damit zur Ursache von Herzinfarkten und anderen



Foto: picture alliance

Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden“, erläutert der Experte. Eine übermäßige Zufuhr von Kalzium könne deshalb schaden. Bekannt ist dies von Patienten mit Nierenversagen, bei denen die zusätzliche Aufnahme von Kalzium diese Gefäßverkalkung fördert. Die Auswertung von insgesamt 15 Studien hat kürzlich ergeben, dass die Einnahme von Kalziumpräparaten – insbesondere ohne ergänzendes Vitamin D – das Risiko für Herzinfarkte um bis zu 30 Prozent erhöht. Auch die Häufigkeit von Schlaganfällen und die Sterberate waren in dieser Meta-Analyse aus Neuseeland und den USA tendenziell leicht erhöht. Eine zusätzliche Gabe von Kalziumpräparaten sollte nur dann erwogen werden, wenn die Kalziumzufuhr mit der Ernährung nicht ausreicht“, rät der Experte. Im Zweifelsfall sollten sich Patienten mit ihrem Hausarzt beraten. Die empfohlene Tageszufuhr von Kalzium liegt für Erwachsene zwischen 450 und 1000 Milligramm (mg). Zur Vorbeugung und Behandlung einer Osteoporose sind 1000 bis maximal 1500 mg empfohlen. sp/DGIM

Quelle: Bolland et al.: Effect of calcium supplements on Risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis; *BMJ* 2010; 341: c3691

Robert Koch-Institut**Grippe-Schutzimpfung empfohlen**

Zu Beginn der neuen Grippeperiode erinnern das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an die Grippe-Schutzimpfung. Die vergangene Grippeperiode hatte mit der Verbreitung eines neuen Influzavirus und

dem Höhepunkt der pandemischen Influzavirus-Erkrankungswelle Mitte November 2009 erneut gezeigt, wie unberechenbar Influzaviren seien. Nach Schätzung der AG Influzavirus des RKI gab es zwischen 2,5 und 3,4 Millionen zusätzliche Arztbesuche

Schönheitsoperationen**Botox-Boom in Deutschland**

Foto: picture alliance

Immer mehr Frauen und Männer lassen sich die Falten aus ihrem Gesicht entfernen. Im vergangenen Jahr sei die Zahl der Faltenbehandlungen mit Botox und Füllsubstanzen um 50 Prozent rasant auf fast 146 000 gestiegen, teilte die Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. (GÄCD) jetzt mit. Im Jahr 2008 wurden noch knapp 100 000 kosmetische Operationen gezählt. Während Frauen beim Falten glätten am häufigsten auf die Botox-Spritze setzen, lassen sich Männer lieber mit dem Laser behandeln. Bei Frauen wurden mehr als 130 000 Mal Botox und andere Substanzen unter die Haut gespritzt, bei Männern waren es nur 14 000 Mal. Dagegen wurden bei Männern in 43 000 Laser-Behandlungen Falten geglättet oder unschöne Verhornungen im Gesicht entfernt, bei Frauen waren es gut 38 000. Auch das Alter bei der ersten Faltenentfernung sinke im Vergleich zu den Vorjahren. An zweiter

Stelle der Schönheitsoperationen liegen nach Angaben der Gesellschaft bei Frauen Fettabsaugungen (knapp 17 000), gefolgt von Lidkorrekturen. Bei den Männern belegen Nasenkorrekturen (knapp 3500) den zweiten Platz, gefolgt von Tattoo-Entfernungen. Dass Männer sich nicht so oft für die Schönheit unters Messer legen wie Frauen, liege daran, „dass Männer gegenüber chirurgischen Eingriffen nicht so offen sind“, sagte Gensior. Frauen gingen eher auch aus praktischen Gründen zum Chirurgen. Lidkorrekturen seien ein Beispiel. „Frauen können sich bei schlaffen Oberlidern nicht mehr richtig schminken.“ Die Gesamtzahl der Schönheitsoperationen stieg nach GÄCD-Angaben im Jahr 2009 auf 171 000 – ein Plus von 20 Prozent. Zum Vergleich: In den USA ist nach Angaben der American Society for Aesthetic Plastic Surgery die Zahl der kosmetischen Eingriffe um 2 Prozent gesunken. Die aktuellen Zahlen der Operationen und Behandlungen in Deutschland gingen aus einer Befragung der 460 GÄCD-Mitglieder hervor. sp/dpa

Internet -[GÄCD](<http://www.gacd.de/>) -[Amerik. Gesellschaft für ästhet. Chirurgie]

aufgrund einer Influzavirus-Erkrankung. Medizinisches Personal, ältere Menschen über 60 Jahre, chronisch Kranke jeden Alters sowie Schwangere sollten gegen Grippe geimpft sein. sp/rki

Mehr Infos:
<http://www.impfen-info.de>



Foto: MEV

DGZMK

Mundschleimhaut- und Röntgen-Beratung

Mehr als 600 eingereichte Fälle von vermuteten Mundschleimhauterkrankungen zunehmender Qualität der Bilddokumentation und viele begeisterte und dankbare Zuschriften – das ist die

nem anonymisierten Befundbogen ein. Dieser kann von der Homepage der DGZMK heruntergeladen werden. Beides wird dann an das Büro der DGZMK in Düsseldorf online gesendet. .



Foto: stockdisc

Bilanz der Mundschleimhautberatung sowie der Röntgenberatung der DGZMK online nach zwei Jahren. Das Vorgehen ist so einfach wie effizient. Die Praxis sendet ein Bild, das einen unklaren Mundschleimhaut-Befund beziehungsweise einen Röntgenbefund zeigt, zusammen mit ei-

Empfehlenswert ist es, sich dazu eine Einverständniserklärung vom Patienten unterschreiben zu lassen. Auch diese findet sich auf der Homepage der DGZMK zum Download. Mundschleimhaut- sowie Röntgenbild werden an zwei Expertengremien weitergeleitet, zu denen auch Kollegen aus Österreich und der Schweiz gehören. Aus den Expertenmeinungen wird ein Empfehlungsschreiben generiert, das ebenfalls per Mail zeitnah der einsendenden Praxis zugeleitet wird. Die Expertengremien sind ehrenamtlich. sp/pm

mundschleimhaut@dgzmk.de,
roentgen@dgzmk.de

Bei Stillproblemen

Zu kurzes Zungenbändchen kappen

Es wird empfohlen, Säuglinge mindestens sechs Monate lang zu stillen. Aber nicht immer ist dieses möglich, denn in vielen Fällen verhindert ein zu kurz gewachsenes Frenulum linguae,



Foto: MEV

dass das Kind richtig saugen kann. In einer solchen Situation sollte das Zungenbändchen so früh wie möglich mit dem Skalpell gekappt werden. Bis zum vierten Monat kann dieses ohne Anästhetikum erfolgen, so schreiben Autoren in der MMW Nr. 28. Nach Aussagen der Autoren tritt eine angeborene Anomalie des Zungenbändchens zu 4,2 bis 10,7 Prozent auf. Diese Zahlen beziehen sich allerdings auf Untersuchungen in den USA, in Deutschland schätzt man sie vergleichbar ein. sp

PKV auf Abwegen

Kostensenkungen, die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) künftig bei neuartigen Präparaten aushandelt, sollen auch der Privaten Krankenversicherung (PKV) zugute kommen. Im Gegenzug beteiligt sich die PKV an Aufwendungen, die für die Bewertung von Kosten und Nutzen neuer Präparate und die Preisverhandlungen entstehen.

Die Koalition erfüllt damit der PKV einen großen Wunsch. Verbandschef Reinhold Schulte hatte schon im Sommer gewettert, wenn sich der Gesundheitsminister für alle Bürger zuständig fühle, dann könne er „die Arzneimittelpreise nicht nur für 90 Prozent der Betroffenen regeln und zulassen, dass die Kosten bei den Übrigen umso heftiger ausschlagen.“ Schulte verlangte eine Übertragung der Sparregeln auf die PKV. Nun hat er sie.

Doch ob das der PKV langfristig nützen wird, muss bezweifelt werden. Kurz- und mittelfristig werden die privaten Versicherer davon finanziell profitieren. Schon lange hatte sich die PKV als Zahlmeister gesehen, der ohnmächtig zusehen musste, wie Ärzte ihren Kunden teure Präparate verschreiben, die die Kassen längst aussortiert hatten.

Ohnmächtig deshalb, weil die PKV kaum über Steuerungselemente verfügt. Sie unterhält keine Vertragsbeziehungen mit Pharmaherstellern, Apothekern oder Ärzten sondern nur mit ihren Kunden. Für Vertragsverhandlungen mit Herstellern sind die einzelnen Anbieter zu klein. Ihr Verband darf aus kartellrechtlichen Gründen für zehn Prozent



Ulrich Baumgarten-vario images

der Bevölkerung zum Beispiel nicht tun, was die AOK für mehr als 30 Prozent der Versicherten macht: Rabattverträge abschließen. Die Zahlen sprechen für sich: Von 2007 bis 2008 stiegen die PKV-Ausgaben für Arzneien und Verbandmittel um 7,6 Prozent, die der GKV um 5,4 Prozent.



Foto: privat

Die Forderung privater Krankenversicherer nach – wenn auch nur partieller – Gleichstellung mit der GKV kann zum Systembruch führen, meint FAZ-Berlin-Korrespondent Andreas Mihm.

Dass das den Privatpatienten geholfen hat, ist zu hoffen. Dass es der Pharmaindustrie geholfen hat, ist sicher. Deren Proteste gegen die Neuregelung fallen entsprechend heftig aus. Seit Jahren kämpfen die PKV gegen eine gesetzliche Angleichung an die GKV. „Jetzt verhöhnt sie ihre eigene Politik und fordert – wo es den eigenen Gewinnen dient – genau das“, schimpft der Chef des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI), Bernd Wegener. Selbst wenn man das Beharren der Industrie auf dem Schlupfloch PKV in Betracht zieht – falsch ist das Argument Wegeners nicht. Wie groß muss der

wirtschaftliche Druck sein, damit die Privatversicherung für sich die gleichen Rechte wie für die GKV reklamiert? Kursierten in der Versicherungswirtschaft nicht schon Strategiepapiere, in denen die Überlebensfähigkeit des Modells der PKV in Zweifel gezogen wurde? Hatte die Branche nicht argumentiert, auch sie habe Anspruch auf einen Steuerzuschuss, wenn die GKV einen bekomme? Schließlich zahlten erstens auch Privatversicherte Steuern, und zweitens sei der milliardenschwere Zuschuss ja eigentlich zur Finanzierung der Kinderversicherung gedacht gewesen. Ging der Streit um die Gebührenordnung im Kern nicht um die Frage Anpassung an oder Abgrenzung von der GKV? So nachvollziehbar das Verlangen klingt, es führt zum Systembruch, wenn privat geführte, gewinnorientierte Versicherungsfirmen eine – wenn auch partielle – Gleichstellung mit der gesetzlichen Versicherung verlangen. Ob die PKV den Weg aus freien Stücken nimmt oder dazu aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen wird, ändert nichts am Befund: Es ist der falsche Weg. Es wäre besser gewesen, die Koalition hätte ihr Instrumente in die Hand gegeben, mit denen die Privatversicherer in Preisverhandlungen mit Pharmafirmen, Ärzten und Krankenhäusern selbst hätten nachweisen können, dass sie eigenständig eine gute, vielleicht sogar bessere Versorgung auf die Beine stellen können. Nun laufen sie Gefahr, Anhängsel der GKV zu werden.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Neuer Streit um Arzneimittelkosten

Einseitige Klientelpolitik oder mutige Sparoffensive

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) hatte die erste parlamentarische Hürde längst genommen. Doch ein Änderungsantrag der Regierungsfractionen sowie Gerüchte um vermeintliche inhaltliche Zuarbeit aus den Reihen der Pharmedia haben die Debatten im Bundestag noch einmal angeheizt.

Fortwährend starke Zuwächse bei patentgeschützten innovativen Arzneimitteln sind dafür verantwortlich, dass die Arzneimittel-ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland weiter steigen. Im Jahre 2009 lag der Anstieg bei 4,8 Prozent, die Arzneimittelausgaben beliefen sich damit im vergangenen Jahr auf stolze 32,4 Milliarden Euro. Nachzulesen sind diese Daten im „Arzneiverordnungs-Report 2010“, der Mitte September 2010 vorstellt wurde.

Die Herausgeber des Reports sehen nach wie vor ein großes Einsparpotenzial bei Generika, Analogpräparaten und Arzneimitteln mit umstrittener Wirksamkeit. Weil Pharmaunternehmen in Deutschland – wie sonst nur in Malta und Dänemark – die Preise für ihre Produkte selbst festlegen dürfen, sind patentgeschützte Arzneimittel und auch Generika hierzulande 50 bis 100 Prozent teurer als in anderen europäischen Ländern. Durch ein Absenken der Preise, beispielsweise auf schwedisches Niveau, könnten in diesem Bereich 9,4 Milliarden Euro eingespart werden.

Sparziel im Blick

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) will sich die schwarz-gelbe Bundesregierung diesem Sparziel zumindest schrittweise nähern: 1,7 Milliarden sollen 2011 eingespart werden, in den Folgejahren sollen es dann mindestens zwei Milliarden Euro werden. Neue Mechanismen der Preisgestaltung und der Kosten-Nutzen-Bewertung sollen das Preisniveau weiter dem europäischen Durchschnitt angleichen (siehe Info-Kasten).

Die erste Hürde hatten die 68 Seiten des AMNOG längst genommen: Nach der Zu-



Notwendige Kosten für hohen Aufwand? Patentgeschützte Arzneimittel und Generika sind in Deutschland oft 50 bis 100 Prozent teurer als in anderen europäischen Ländern.

Foto: Angen

stimmung der Bundesregierung zum Entwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) fand am 9. Juli 2010 die erste Lesung im Bundestag statt. Auf seiner Internetseite wirbt das BMG, das AMNOG helfe, „die Spreu vom Weizen zu trennen und keine Mondpreise mehr zu zahlen“. Das neue Gesetz schaffe die schwierige Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit und eröffne nachhaltige Perspektiven – damit den Patienten auch zukünftig die besten und wirksamsten Arzneimittel zur Behandlung von Krankheiten zur Verfügung stehen,

damit die Ressourcen der GKV geschont werden und damit die pharmazeutische Industrie verlässliche Rahmenbedingungen hat, die ihre Innovationsfähigkeit fördern und Arbeitsplätze sichern.

Damit erst gar kein Zweifel an der Radikalität des Rösler'schen Entwurfs aufkommt, lobte die FDP-Abgeordnete Ulrike Flach weiter: Nicht einmal Ulla Schmidt habe versucht, das Preismonopol der Pharmaindustrie zu brechen. Der FDP-Shootingstar hingegen habe die Konfrontation mit der mächtigen Lobby nicht gescheut.



Foto: picture alliance

Klinische Studien mit Probanden sind Teil der Nutzenbewertung.

Vorwurf der Klientelpolitik

Offensichtlich liegt der Regierungskoalition also viel daran, den reflexhaft geäußerten Verdacht zu vermeiden, Schwarz-Gelb betreibe einseitige Klientelpolitik. Doch seit einer Weile steht genau dieser Vorwurf erneut im Raum. Auslöser für den neuen Streit ist zum einen die Neugestaltung der Rabattverträge: Hier sollen künftig auch Krankenkassen uneingeschränkt dem Kartellrecht unterliegen.

Hiervon betroffen wären vor allem die großen Versorgerkrankenkassen. Bislang konnten sich beispielsweise mehrere AOK zusammenschließen und beim Aushandeln von Rabatten auf bestimmte Arzneimittel mit den Pharmaunternehmen ihre geballte Marktmacht nutzen. Nach Inkrafttreten des AMNOG müsste jede einzelne AOK eigene Ausschreibungen starten und stiege mit einer deutlich geschwächten Verhandlungsposition in den Ring.

Noch schwerer wiegt die Kritik der Opposition im Zusammenhang mit einem Änderungsantrag der Fraktionen der FDP und der CDU/CSU zum AMNOG. Dieser sieht vor, dass künftig nicht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), sondern das BMG selbst per Rechtsverordnung die Kriterien für die

Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln festlegt.

Die Opposition wirft der Koalition in diesem Zusammenhang vor, bei der Formulierung ihres Änderungsantrages aus einem entsprechenden Papier des Verbands Forscher der Arzneimittelhersteller (VFA) abgeschrieben zu haben. Ob die Verfasser des Dokuments tatsächlich inhaltliche Anleihen beim VFA genommen haben oder ob umgekehrt der VFA bei den schwarz-gelben Experten abgeschrieben hat, blieb selbst nach intensiver Debatte im Bundestag unklar.

Tatsache aber ist, dass sich einzelne Passagen der beiden Dokumente auffällig ähneln: In der geplanten Rechtsverordnung sei insbesondere festzulegen, „welche Grundsätze für die Bestimmung der Vergleichstherapie gelten, in welchen Fällen zusätzliche Nachweise erforderlich sind, unter welchen Voraussetzungen Studien welcher Evidenzstufe zu verlangen sind, sowie Übergangsregelungen für diejenigen Arzneimittel, für die bereits Studien begonnen oder abgeschlossen wurden“, heißt es wörtlich sowohl in dem VFA-Papier, als auch im schwarz-gelben Änderungsantrag.

Diskussion entfacht

Mit Mauschelei habe das nichts zu tun, verteidigte der Parlamentarische Staatssekretär der FDP Daniel Bahr in der Bundestagsdebatte am 14. September 2010 die Arbeit des BMG: Die Festlegung der Bewertungskriterien über eine ministerielle Rechtsver-

zm-Info

Arzneimittelkosten: Was sich durch das AMNOG ändert

Die Pharmaindustrie muss künftig den Nutzen neuer Arzneimittel nachweisen und deren Preis mit den Krankenkassen aushandeln. Hierbei gilt folgendes Prozedere:

- Die Pharmaindustrie muss die Wirksamkeit neuer Arzneimittel binnen eines Jahres nach Markteinführung in Studien nachweisen.
- Nach dem Wirksamkeitsnachweis muss die Pharmaindustrie mit dem GKV-Spitzenverband den Erstattungspreis aushandeln.
- Im Falle einer Nichteinigung legt eine Schiedsstelle den GKV-Erstattungspreis fest.

■ Neue Arzneimittel, die keinen erwiesenen Zusatznutzen gegenüber älteren Medikamenten haben, werden ohne Preisverhandlungen direkt in eine Festbetragsgruppe eingeteilt. Auch bei den Rabattverträgen sind Änderungen geplant. Künftig sollen Patienten ihr vertrautes Arzneimittel weiter bekommen können, auch wenn ihre Kasse einen Vertrag mit dem Hersteller eines anderen Präparates hat. Allerdings müssen die Patienten zunächst das Arzneimittel selbst bezahlen und bekommen nur einen Teil des bezahlten Betrages von ihrer Kasse erstattet.

ordnung sei auch in anderen Ländern wie Großbritannien oder Frankreich üblich. Um die Bewertungsprozesse zu beschleunigen, habe in der Vergangenheit auch die SPD darauf gedrungen, die Oberhoheit über die Bewertungskriterien beim BMG anzusiedeln.

Die Sozialdemokraten wiederum blieben bei ihrer Einschätzung, die FDP sei bei der Kosten-Nutzen-Bewertung vor der Pharmalobby eingeknickt: Es sei im Interesse der Pharmaindustrie, wenn – wie es die geplante Rechtsverordnung vorsehe – künftig nicht nur randomisierte kontrollierte Studien, sondern auch Anwendungserfahrungen mit einem Medikament bei der Nutzenbewertung berücksichtigt werden sollen. „Sie können nicht davon ausgehen, dass Sie Ein-

sparungen erzielen, wenn Sie die Wünsche der Pharmaindustrie zum Gesetz machen“, wetterte SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach.

Der Bundestagsabgeordnete der CDU/CSU-Fraktion Johannes Singhammer konterte: „Wie soll das Verfahren denn anders ablaufen? Auch das muss man einmal feststellen: Die Alternative ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss sich eine Verfahrensordnung gibt, die später durch das Ministerium genehmigt wird. Das wird dadurch nicht besser.“ Und sein Fraktionskollege Jens Spahn pflichtete ihm bei: „Bis jetzt ist es so geregelt, dass die Verfahrensordnung vom BMG genehmigt werden muss. Sie steht also schon heute unter der Fachaufsicht des Ministeriums. Faktisch ändert sich nicht besonders viel.“

Böse Zungen behaupten indes, die Pharmalobby sei vor allem deshalb so zufrieden mit den umstrittenen Plänen, weil sie das Ministerium für leichter beeinflussbar halten als den unabhängigen G-BA. Dem widersprach Spahn: „Die Frage, wie der Nutzen eines Arzneimittels bewertet wird, ist eine Werteentscheidung, auch eine Werteentscheidung der Gesellschaft, und diese sollten wir uns als Politik zumindest im Grundsatz nicht völlig aus der Hand nehmen lassen. Das wäre apolitisch.“

Antje Soleimanian
Freie Journalistin aus Hamburg



Das BMG will in Zukunft die Kriterien für Kosten-Nutzen-Bewertungen festlegen.

BZÄK-Beschluss

Keine GOZ-Novelle mit Öffnungsklausel

Die aktuelle Diskussion zur Öffnungsklausel, die im Zusammenhang mit der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) seit Frühjahr – relativ unerschwellig und daher von der Öffentlichkeit nicht sonderlich wahrgenommen – verlaufen ist, nimmt neue Formen an. Auf einer außerordentlichen Vorstandssitzung am 14. September hat sich der Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) in einem Beschluss deutlich gegen eine Öffnungsklausel ausgesprochen.

Die Bundesregierung habe es sich – untermauert durch den Koalitionsvertrag – zur Aufgabe gemacht, „die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei Kostenentwicklungen zu berücksichtigen“. Dieses Vorhaben würde durch Verankerung der sogenannten „Öffnungsklausel“ konterkariert, heißt es im Beschluss des BZÄK-Vorstandes.

Deshalb fordert die BZÄK die Bundesregierung zu einem klaren Bekenntnis gegen die „Öffnungsklausel“ in der GOZ auf. Bis zur Entscheidung über diese Frage müsse der Novellierungsprozess ausgesetzt werden. Die Bundeszahnärztekammer betont, dass eine Gebührenordnung mit einer „Öffnungsklausel“ mit ganz erheblichen Gefahren für Patienten und Zahnärzte verbunden ist. Wenn diese Klausel nicht verhindert werden könne, sei „eine so geänderte GOZ für den Berufsstand nicht akzeptabel“. Dann wäre die alte GOZ – obwohl fachlich und betriebswirtschaftlich seit Jahren überholt – beizubehalten, heißt es seitens der BZÄK.

Aushöhlung der Patientenrechte

Ergänzend zu diesem richtungsweisenden Beschluss wurde ein 5-Punkte-Papier verabschiedet, das gemeinsam mit der Bundesärztekammer an die politischen Entscheidungsträger versendet wurde.

Mit der „Öffnungsklausel“ soll es zukünftig Zahnärzten nach Ansicht der PKV möglich sein, über eine Separatvereinbarung direkte Verträge mit Privatversicherern abzuschließen. Damit könnten zahnärztliche Leistungen pauschaliert und außerhalb der zahnärztlichen Gebührenordnung abgerechnet



Foto: BZÄK

*Absage an eine Öffnungsklausel:
BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel*

werden. Befürworter der Öffnungsklausel – allen voran die Private Krankenversicherung – führen als vermeintliche Vorteile die Argumente „mehr Wettbewerb“ und „Kostensparnis“ an.

Die Bundeszahnärztekammer als Berufsvertretung der deutschen Zahnärzteschaft spricht sich deutlich gegen die „Öffnungsklausel“ aus, da sie fairen Wettbewerb de facto verhindere, Patientenrechte wie die freie Arztwahl aushöhle und die Behandlungsqualität ernsthaft gefährde.

„Der deutsche Gesetzgeber hat bisher ganz bewusst das Gesundheitswesen nicht dem freien Markt überlassen und mit öffentlichen Gebührenordnungen – wie der GOZ – eine funktionierende und passgenaue Regelung geschaffen. Die Öffnungsklausel würde diese Funktion der GOZ konterkarieren“, so BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. Als Vertretung der deutschen Zahnärzteschaft strebt die Bundeszahnärztekammer, so Engel, eine gemeinsame Lösung mit der Politik an, „in der Behandlungsqualität, freier Wettbewerb und Patientenrechte mit einer kostenbe-

wussten und effizienten zahnmedizinischen Versorgung in Übereinstimmung gebracht werden können“.

Mit dem gemeinsamen Positionspapier „5 gute Gründe gegen eine Öffnungsklausel“ zeigen BZÄK und BÄK im Detail die Nachteile einer solchen Regelung auf und machen erneut auf eine novellierte Gebührenordnung als Alternative aufmerksam:

Die Gründe gegen eine Öffnungsklausel

1. Weniger Patientenrechte – mehr Abhängigkeit

Die Öffnungsklausel ist nicht nur europä- und berufsrechtlich bedenklich. Sie schränkt vor allem das verfassungsrechtlich gesicherte Anrecht der Patienten auf freie Arztwahl ein. Der Grund: Die Patienten werden auf Vertragsärzte ihrer Krankenversicherung festgelegt und können den Arzt ihres Vertrauens nicht mehr frei wählen. Daran ändert auch die „Freiwilligkeit“ des Beitritts in derartige Verträge nichts. Die Amtlichen Gebührenordnungen GOZ und GOÄ verfolgen das Ziel, zum Schutz des Patienten die Informationsasymmetrie zwischen (Zahn)arzt und Patient auszugleichen. Diese gesetzgeberische Wertung würde durch die Öffnungsklausel konterkariert.

2. Mehr ruinöser Wettbewerb – weniger Behandlungsqualität

Die Befürworter der Öffnungsklausel führen immer wieder das Argument „mehr Wettbewerb“ und „Kostensparnis“ als vermeintliche Vorteile an. Die Realität sähe aber anders aus: Ruinöser Preiswettbewerb zwischen (Zahn)ärztinnen und (Zahn)ärzten und immenser Kostendruck würden die

Qualität der Behandlung und der eingesetzten Werkstoffe ernsthaft gefährden. Nachdem die PKV-Unternehmen bereits mehr Geld für Verwaltung und Provisionen ausgeben als etwa für den gesamten Bereich der Zahnmedizin, ist zu erwarten, dass die eingesparten Kosten lediglich versicherungsintern in die Verwaltung und Steuerung der Abläufe einfließen würden, ohne die Behandlungsqualität zu verbessern oder beim Patienten anzukommen.

3. Weniger (zahn)ärztliche Selbstverwaltung – mehr Preiskartelle

Die Öffnungsklausel zerschlägt die zuverlässigen Strukturen der (zahn)ärztlichen Selbstverwaltung, da (zahn)ärztliche Leistungen durch vertragliche Vereinbarungen mit der PKV pauschaliert – und damit außerhalb der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte - vergütet würden. Bundesweite Vertragsnetze großer Versicherungsunternehmen kämen Preiskartellen gleich. Diese Marktmacht könnte ausgenutzt werden, um einseitig die Preise zu bestimmen. Die Zahnärzte und niedergelassenen Ärzte kämen wegen des von den Versicherungsunternehmen gelenkten Patientenstroms mehr und mehr in Abhängigkeit. Da bei Vertragsbeendigung ein Neuaufbau des Patien-

tenstamms notwendig würde, bliebe den niedergelassenen (Zahn)ärztinnen und (Zahn)ärzten nichts anderes übrig, als sich dem Preisdiktat der Privaten Kassen zu unterwerfen. Eine solche Machtasymmetrie würde die (zahn)ärztliche Versorgung zu Lasten der Patientinnen und Patienten in Deutschland gefährden. Sie hätte mit eigentlichem Wettbewerb und Marktwirtschaft im Gesundheitswesen gar nichts mehr gemein.

4. Mehr Konzentration – weniger (zahn)ärztliche Versorgung in der Fläche

Der durch die Öffnungsklausel entstehende Kostendruck und ruinöse Wettbewerb würde Konzentrationsprozesse zu Lasten einer flächendeckenden (zahn)medizinischen Versorgung in Deutschland auslösen. Kleine Praxen außerhalb der Ballungsräume hätten es immer schwerer, wirtschaftlich zu überleben. Dies birgt die Gefahr, dass mittelfristig ganze Landstriche ohne (zahn)ärztliche Versorgung wären. Der Weg zum Zahnarzt würde damit immer länger, wie dies bei anderen Fachärzten bereits häufig zu beklagen ist. Darunter würden vor allem ältere und pflegebedürftige und auch Menschen mit Behinderungen leiden.

5. Novellierung der GOZ statt blindem Aktionismus

Gesundheit ist ein übergeordnetes Gut. Der deutsche Gesetzgeber hat daher bewusst das Gesundheitswesen nicht dem freien Markt überlassen. Amtliche Gebührenordnungen sichern die ordnungsgemäße Erfüllung der dem Freien Arztberuf/Zahnarztberuf im Allgemeininteresse übertragenen Aufgaben und tragen zur Erhaltung der Volksgesundheit bei. Über existenzsichernde Mindesthonorare wird ein ruinöser Preiswettbewerb im Berufsstand verhindert und die Qualität im deutschen Gesundheitswesen gesichert. Zugleich schützen stets aktualisierte Gebührenordnungen für die Freien Berufe die Patientinnen und Patienten durch Festlegung von Höchstsätzen vor finanzieller Überforderung und erfüllen damit eine Verbraucherschutzfunktion. Gerade in einem sich stärker am Markt orientierenden Gesundheitswesen ist diese Doppelschutzfunktion von GOZ und GOÄ für Patientinnen und Patienten sowie für Zahnärzte/Ärzte unverzichtbar. Öffnungsklauseln, die es PKV-Unternehmen erlauben würden, die Gebührenordnung zu umgehen, wären ein riskanter Schnellschuss und würden diese Schutzfunktionen unterlaufen. zm/BZÄK

GKV-Finanzierungsgesetz

Ringen um Reformen

Nach dem vehementen Protest des Berufsstandes signalisiert die Koalition jetzt doch noch Bewegung: Die längst überfällige Strukturreform der vertragszahnärztlichen Versorgung soll offenbar nächstes Jahr angepackt und 2012 in Kraft treten, der – wenngleich noch abgespeckte – Ost-West-Angleich schon 2012 kommen. Unter diesen widrigen Bedingungen ein wahrhaft achtbares Ergebnis.



Foto: proDente e.V.

Nur wer das System grundlegend reformiert, garantiert auf Dauer die Qualität und Sicherheit der zahnmedizinischen Versorgung.

Das geschlossene Auftreten des zahnärztlichen Berufsstandes, sein klares Nein zum Referentenentwurf hatten augenscheinlich Wirkung. „Wir wollen zeigen, dass wir zu unserem Versprechen im Koalitionsvertrag stehen“, bekannte der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn (CDU), nach der Koalitionsklausur zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) am 5. September in Berlin. Und erklärte, dass die Vergütung der Zahnärzte in Ostdeutschland nun doch früher als geplant auf Westniveau angehoben werden soll.

Harte Verhandlungen

Früher, das heißt, ab 2012 statt wie ursprünglich beabsichtigt erst 2013 oder 2014. In zwei Jahren erhalten somit die

Zahnärzte in Berlin vier Prozent, die in den anderen ostdeutschen Ländern fünf Prozent mehr Honorar. Was einer Angleichung um die Hälfte der Vergütungsdifferenz entspricht. 80 Millionen Euro will die Koalition dafür veranschlagen.

Ein Plan B existiert offensichtlich mittlerweile auch in Sachen Entbudgetierung. Wobei die Regierung klarstellt: Die Budgets sind nicht vom Tisch. Vorgesehen ist wie gehabt, die Zuwächse vorerst auf höchstens 50 Prozent der Grundlohnsummensteigerung zu begrenzen. Es macht jedoch die Runde, dass 2012 echte strukturelle Reformen anstehen. Dem Vernehmen nach erfolgen jene Änderungen allerdings nicht mehr mit den aktuellen Beschlüssen, sondern erst danach mit dem Gesetz zur ambulanten Versorgung – im Rahmen eines für 2011 fest vereinbarten

Gesetzesvorhabens, auf das auch im abschließenden Text des GKV-FinG hingewiesen wird. Kraft des Einsatzes der Zahnärzteschaft, insbesondere der KZBV, will Schwarz-Gelb außerdem davon absehen, die Leistungen der Individualprophylaxe und der Früherkennung zu deckeln.

Die einzig richtige Entscheidung, wie BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel und der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz finden. „Nicht ohne Grund hält Deutschland seit Jahren den ersten Platz eins in der Kariesprävention – dieser Erfolg geht ganz klar auf die Prophylaxemaßnahmen der Zahnärzte zurück“, verdeutlicht Fedderwitz. „Der enorme Kariesdecline ist anhand der großen DMS-Studien über die Jahre hinweg dokumentiert und lässt sich sehr gut ablesen.“ Engel bestätigt: „Bezogen auf die Mundgesundheit der Bevölkerung halten wir es für sehr gefährlich, die Ausgaben in der Prävention zu beschränken. Hier bei der alten Regelung zu bleiben, ist sicherlich eine gute Entscheidung.“

Um die Inhalte wird de facto weiter heftig gerungen. Schriftlich liegt bislang nur der Referentenentwurf vom 25. August vor. Ein Entwurf, aus dem im Gegensatz zur vorherigen Diskussionsfassung bekanntlich sämtliche Strukturreformen wieder gestrichen wurden – wobei der für die Vertragszahnärzte relevante Artikel 2 übrigens ganze zwei (zugegebenermaßen lange) Sätze umfasst.

Sonderzug nach Pankow

Gesetzt den Fall, Spahns Zugeständnisse finden den Weg ins Gesetz, hat die Politik ihr Versprechen gleichwohl nur halb eingelöst. Allenfalls wird die Angleichung vorgezogen, die Punktwertdifferenz aber nicht aufgehoben – unterm Strich dieser Unterschied also weiter betont. Der Sonderzug fährt immer noch nach Pankow. 20 Jahre nach der Wiedervereinigung sind die Zahnärzte damit der einzige Berufsstand, den die ehe-

malige Grenze noch teilt und diskriminiert. Ein Zustand, der die Kollegen in den fünf östlichen Bundesländern und Berlin extrem belastet. Als Praxischef wie als Arbeitgeber: Praxiskosten, Einrichtung und Ausstattung sind in Brandenburg schließlich nicht billiger als in Bayern. Und die ZFA in Sachsen? Sie hat das Leben hinter der Mauer vielleicht selber gar nicht mehr erlebt und will zu Recht genauso viel verdienen wie ihre Kollegin aus dem Saarland.

Es geht ums Ganze

„Auch die mündlichen Konzessionen reichen definitiv noch nicht aus, um den Notwendigkeiten einer zukunftsweisenden und sicheren zahnmedizinischen Versorgung gerecht zu werden“, bescheinigt der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer, im Vorstand zuständig für die Verträge. „Um diesen Herausforderungen zu begegnen, brauchen wir eine Strukturreform – die, davon gehen wir aus, jetzt als Gesetzesvorhaben schriftlich verankert und 2011 in Angriff genommen wird.“ In der Anhörung im BMG brachte Eßer daher nochmals die Defizite des vorliegenden Entwurfs auf den Punkt. „Unter den Leistungsträgern sind wir Zahnärzte die einzigen, die nach wie vor unter der Budgetierung und einem fehlenden Ost-West-Angleich leiden. Mit Blick auf eine an der Prävention und am

medizinischen Fortschritt orientierten Zahnheilkunde ist das Ergebnis für uns und für unsere Patienten nicht zufriedenstellend.“ Wichtig ist der KZBV nun, bei den präventiven Leistungen eine Punktwertbeschränkung zu verhindern. Erster Erfolg: Die gemeinsame Positionierung mit den Ersatzkassen steht. Dennoch: „Bei der Strukturreform geht es ums Ganze – wir können und wollen nicht nachgeben“, stellt Eßer klar.

Die Kritik reißt nicht ab

Die herbe Kritik am Referentenentwurf reißt auch bei den anderen Playern im Gesundheitswesen nicht ab. Alle – bis auf die betüdelte Pharmabranche – machen mobil: Krankenkassen, Ärzte, Verbände. Während die Hausärzte etwa ihre Privilegien via 73 b gesichert sehen wollen, warnen die Ost-KVen vor einem asymmetrischem Honorarplus. Das sind nicht die einzigen Probleme, die den Medizinern zu schaffen machen: „Wir stehen kurz vor dem Chaos“, gesteht KBV-Chef Dr. Andreas Köhler am 4. September im Interview mit der „Frankfurter Rundschau“. „Freie Arztwahl, weltweit umfassendster Leistungskatalog und sehr dichte ambulante und fachärztliche Versorgung. In Kombination mit dem Sachleistungsprinzip folgt daraus ein komplett überreguliertes Vergütungssystem“, führte Köhler aus – und räumte nichtsdestotrotz im selben Atemzug ein, dass „150 000 Ärzte noch immer jeden Monat ihr Geld bekommen und wir 526 Millionen Behandlungsfälle im Jahr abrechnen“. Also alles roter? Nein, denn im Fokus der Reform müsse es vielmehr darum gehen, die strukturellen Defizite zu beseitigen, sagte Köhler. Und zählte auf: die stetig steigenden Krankheitsfälle, die von den Kliniken übernommenen, aber nur zum Teil beglichenen Leistungen, das Kostenplus in den Praxen, der prognostizierte flächendeckende Ärztemangel ab 2015. Köhler hält deswegen seine Forderung nach extra 2,6 Milliarden Euro aufrecht – und für durchaus statthaft. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ist ganz bei ihm. Den Eindruck erwecken zumindest seine Äußerungen im „Deutschen Ärzteblatt“. Für die Regierung ist es, so der Minister, „ein wesentlicher



Foto: picture alliance

Thema Ost-Westangleich:
20 Jahre nach der Wiedervereinigung
muss auch hier die Mauer weg.



*Sündenbock
Philipp Rösler.
Sein Entwurf evozierte
böse Kritik, viel gemeckert
wurde auch in
den eigenen Reihen.*

der Reform erst später beschlossen werden könnten. „Die Beratungen haben gezeigt, dass der Zeitplan für die Finanzierungsreform steht“, sagte die Parlamentarische BMG-Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU).

Weiter im Plan

Viele von der CSU angesprochene Fragen hätten sich geklärt. FDP-Gesundheitsexpertin Ulrike Flach bestätigte: „Wir sind weiter im Plan.“

Sei's drum. Die Zahnärzte werden die Kontroverse nutzen, um auf die Dringlichkeit einer substanzialen Reform in ihrem Sektor hinzuweisen. Eßer: „Wir lassen uns nicht beirren. Innovative Konzepte wie das zur Alters- und Behindertenzahnheilkunde lassen sich nur realisieren, wenn die vertragszahnärztliche Versorgung richtig reformiert wird.“



*Worum es bei dem
GKV-FinG geht?
Um nichts weniger als
die Zukunft der
Zahnmedizin.*

zm-Info

Bewegung durch Protest

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) hatten sich nach Bekanntwerden des Referentenentwurfs unverzüglich abgestimmt und in einem gemeinsamen Brief die Politiker von Schwarz-Gelb dazu aufgerufen, die Chance zu einer echten Reform der vertragszahnärztlichen Landschaft nicht zu vertun. Sie forderten alle Beteiligten „nachdrücklich auf, zu den im Vorfeld geäußerten politischen Aussagen auch tatsächlich zu stehen und die erforderlichen Reformmaßnahmen kurzfristig umzusetzen“, so der von allen KZV-Vorsitzenden unterzeichnete Appell. Zugleich wurden vonseiten der KZVen und der KZBV intensive Gespräche mit Politikern der Koalitionsparteien geführt. In einer gemeinsamen Stellungnahme bewerteten KZBV und BZÄK den Referentenentwurf und legten der Politik erneut die Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im vertragszahnärztlichen Sektor dar.

Punkt neben den kurzfristigen Sparmaßnahmen im ambulanten Bereich endlich eine echte Honorarreform anzustoßen. Ziel ist eine einfache, transparente und leistungsgerechte Honorierung.“ Was das im Klartext für ihn heißt, verdeutlichte er indes noch im selben Absatz: „Die Honorarsteigerungen in der ambulanten Versorgung werden 2011 und 2012 auf 0,75 Prozent begrenzt.“

Widerspruch aus Bayern

Einsparungen, Kürzungen, höhere Beiträge, das sind die Maximen des Referentenentwurfs. Außer beim Sozialausgleich und Zusatzbeitrag. Genau hier lässt Bayern grüßen: Die CSU sperrt sich nämlich gegen den Kompromiss der drei Parteivorsitzenden aus der Koalition, einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag einzuführen. „Eine Pauschale

mit Sozialausgleich ist bürokratisch und verursacht erhebliche zusätzliche Verwaltungskosten“, sagt CSU-Mann Max Straubinger. Er kündigte an, die Pläne bei der „Fraktionsbefassung“ abzulehnen. Parteikollege Johannes Singhammer regte an, eine Mindesthöhe zu prüfen, damit die Kosten des Einzugs die Einnahmen nicht übersteigen: „Wir brauchen eine Kappungsgrenze nach unten!“ Hintergrund: Die Kassen hatten argumentiert, der Zusatzbeitrag könnte durch Inkasso- und Mahnkosten aufgezehrt werden. Arbeitgeber monieren überdies die höheren Versicherungsbeiträge, weil sie die Arbeitskosten in die Höhe treiben. Die Gewerkschaften halten die einseitige Belastung der Arbeitnehmer für ungerecht. Und die Opposition? Setzt unerschütterlich auf die Bürgerkasse. Das BMG versucht derweil Bedenken zu zerstreuen, dass strittige Teile

Neuausrichtung im Gesundheitssystem

Suche nach soliden Strategien

Die liberal-konservative Gesundheitspolitik befindet sich mitten in einem Wettbewerbsprozess um Strategien, Ideen und Konzepte. Diesen Prozess muss sie mit sich selbst, der Opposition, den gesundheitspolitischen Fachkreisen und den Medien austragen. Ob sich aus diesem Wettbewerbsprozess auch ein Paradigmenwechsel für das Gesundheitssystem ergibt, lässt sich derzeit noch nicht beantworten. Eine Analyse auf Basis aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen.



Foto: pressfoto



Foto: ddp images-AP-Markus Schreiber

Gelingt mit den schwarz-gelben Konzepten und der Politik von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen? Diese Frage bleibt noch offen.

Die liberal-konservative Gesundheitspolitik sucht nach einer soliden Strategie für das Gesundheitssystem der nächsten Jahrzehnte. Dabei gilt es, bestehende Strukturelemente des Gesundheitssystems (wie die GKV/PKV-Systemgrenze) neu zu bewerten und andere Elemente (wie die Gesundheitsprämie beziehungsweise den Zusatzbeitrag) neu zu entdecken.

Zur Strategiefindung gehört es auch, ungeliebte Elemente aus dem Gesundheitssystem (wie etwa Hausarztverträge) zu verdrängen.

Kurzum, die liberal-konservative Gesundheitspolitik befindet sich mitten in einem Wettbewerbsprozess um Strategien, Ideen und Konzepte. Ob sich daraus auch ein Paradigmenwechsel für das Gesundheitssystem ergibt, lässt sich derzeit noch nicht beantworten.

Denkmuster aufbrechen

Paradigmenwechsel bedeutet allgemein, dass bisher vorherrschende Denkmuster eine Veränderung erfahren. Im Gesundheitssystem gibt es eine Reihe von Denkmustern, die oft auch mit mythologischen und ideologischen Inhalten gefüllt werden. Traditionell ergeben sich daraus emotionale Diskussionen, die häufig mit dem Ziel geführt werden, bessere und innovativere Lösungen für das Gesundheitssystem zu bewirken. Verändern sich Denkmuster hin zu besseren und innovativeren Lösungen, so kann ein Paradigmenwechsel stattfinden. Denkmuster können sich aber auch hin zu schlechteren und staatsnahen Lösungen entwickeln. Auch das kann ein Paradigmenwechsel sein, wie er vor allem in den letzten fünf Jahren zu beobachten war. Die-

ser Paradigmenwechsel führte zum Beispiel dazu, dass immer höhere Steuersubventionen in die GKV eingestellt, angebots- und nachfrageseitige Monopole und Monopsonie vom Gesetzgeber unterstützt und insgesamt die Staatsnähe des Gesundheitssystems immer weiter ausgebaut wurde, zum Beispiel, indem der Gesetzgeber einen kollektiven Besitz an Finanzmitteln geschaffen (Gesundheitsfonds) und sich selbst auch noch mit dessen Verteilung beauftragt hat (Bundesversicherungsamt und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich).

Gegenwärtig sind es vor allem vier Strukturelemente, die sich im Gesundheitssystem für einen Paradigmenwechsel eignen:

- die Beitragsfinanzierung in der GKV,
- das Sachleistungsprinzip,
- die Selbstbeteiligung
- und der Zentralismus.

Beitragsfinanzierung in der GKV

Die Diskussion um eine Veränderung der Beitragsfinanzierung der GKV folgt dem Ziel, die Finanzierung nachhaltig auszugestalten. Nachhaltigkeit ist ein Prinzip, bei dem alle Versicherten nach ihren finanziellen Möglichkeiten an der Finanzierung der GKV derart beteiligt werden, dass ein auf Dauer funktionsfähiges medizinisches Versorgungssystem für alle Menschen und alle Generationen gewährleistet werden kann. Ein Paradigmenwechsel gelingt nur dann, wenn die Beitragsfinanzierung der GKV in eine „Gesundheitsprämie“ umgewandelt wird. Gelingt mit dem „GKV-Finanzierungsgesetz“ ein Paradigmenwechsel? Der Gesetzgeber plant, die Beitragsfinanzierung der GKV durch ein weiterentwickeltes Modell des Zusatzbeitrags zu ergänzen. Ein Paradigmenwechsel findet nicht statt, da vier wichtige Kriterien für die Einführung einer Gesundheitsprämie nicht erfüllt sind: Erstens, der Gesundheitsfonds wird nicht in eine Gesundheitsprämie überführt, sondern weiter ausgebaut. Zweitens, nicht jeder Erwachsene zahlt eine Gesundheitsprämie, sondern nur Mitglieder. Drittens, die Bemessungsgrundlage für einen sozialen Ausgleich umfasst nicht alle Einkünfte. Viertens,



Foto: MEV

Die Rolle der Hausarztverträge steht auf dem Prüfstand.

die Administration des sozialen Ausgleichs obliegt nur in Ausnahmefällen den Krankenkassen.

Sachleistungsprinzip

Das Sachleistungsprinzip der GKV gewährleistet für den einzelnen Patienten, dass er medizinische Dienstleistungen und Produkte

ohne Preis- und Mengenbegrenzung in Anspruch nehmen kann. Für alle anderen Lebensbereiche gilt dies nicht. Dort wird die individuelle Inanspruchnahme über das Produkt aus Preis und Menge gesteuert.

In der Gesundheitswirtschaft gelingt ein Paradigmenwechsel nur dann, wenn medizinische Dienstleistungen und Produkte für den Patienten nicht nur einen Preis bekommen, sondern auch das Produkt aus Preis und Menge Eingang in das individuelle Entscheidungskalkül findet. Das heißt, die Ausstellung einer Patientenquittung führt genauso wenig zu

Erforderlich ist es, die Finanzierung des Gesundheitssystems auf soliden Boden zu stellen.



Foto: MEV

einem Paradigmenwechsel wie ein separierter Übergang zu einer Kostenerstattung, bei der der GKV-Patient eine Rechnung über die Behandlungs- und Therapiekosten ausgestellt bekommt und die Kosten von seiner gesetzlichen Krankenkasse zu 100 Prozent erstattet bekommt. Ein Paradigmenwechsel, das heißt die Ablösung des Sachleistungsprinzips, gelingt nur dann, wenn Patientenquittung und Kostenerstattung mit einem neuen Selbstbeteiligungssystem verknüpft werden.

Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung bedeutet, dass der Patient bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und Produkte eine pekuniäre Beteiligung selbst zu tragen hat, die unmittelbar an die Kosten der Inanspruchnahme gekoppelt ist. In der GKV gibt es derzeit nur sehr schwach wirksame Ansätze einer Selbstbeteiligung, die weniger steuernde Wirkungen haben als vielmehr eine zusätzliche Finanzierungsquelle für die Krankenkassen darstellen. Die bekannteste Selbstbeteiligung ist die Praxisgebühr von zehn Euro je Quartal. Bekannt sind auch andere Formen einer Zuzahlung, bei der zum Beispiel der Patient für Arzneimittel 10 Prozent des Apothekenabgabepreises zuzahlen muss (mit zahlreichen Sonderregelungen). Ein Paradigmenwechsel gelingt nur dann, wenn ein neues Zuzahlungssystem implementiert wird, bei dem jede Inanspruchnahme einer medizinischen Dienstleistung und jeder Erwerb eines Produktes eine Zuzahlung auslöst, die prozentual an die jeweili-



Foto: MEV

Mit zehn Euro Praxisgebühr ist es nicht getan. Neue Modelle der Selbstbeteiligung sind gefragt.

gen Kosten gekoppelt ist. Dabei könnten die Prozentsätze gleich hoch sein (zum Beispiel zehn Prozent) oder auch regressiv an die Höhe der Behandlungs- und Therapiekosten gekoppelt sein (zum Beispiel absinkend auf ein Prozent für Behandlungs- und Therapiekosten ab 1 000 Euro).

Zentralismus

Die deutsche Gesundheitswirtschaft wurde in den letzten zehn Jahren immer stärker zentral geplant. Die Zunahme des Zentralis-

mus führt zu einer ineffizienten Verteilung der Finanzmittel, zu steigenden Verwaltungs- und Administrationskosten und damit zu einer Verschwendung von Finanzmitteln in Milliardenhöhe. Dadurch steigt die finanzielle Belastung von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und allen Steuerzahlern.

Ein Paradigmenwechsel ist in diesem Bereich äußerst schwierig, da sich der Gesetzgeber sukzessiv wieder selbst „entmachten“ müsste: Zentralstaatliche Einrichtungen wie der Gesundheitsfonds müssten zurückgebaut werden. Bundesweite Regelungen (zum Beispiel der einheitliche Beitragssatz von 15,5 Prozent) müssten durch regionale Lösungen oder wettbewerbliche Regelungen abgelöst werden und das Misstrauen in effiziente Lösungen durch Vertragsverhandlungen müsste dem Vertrauen in wettbewerbliche Vertrags- und Verhandlungslösungen weichen.

Wie gesagt: Ein Paradigmenwechsel in diesem Bereich ist äußerst schwierig, vor allem, weil davon auch die Vergütungs- und Qualitätsstrukturen ebenso betroffen wären wie die Frage nach einer Neudefinition der Leistungskataloge in der medizinischen Versorgung.

Resümee

Dennoch: Gelingt kein Paradigmenwechsel in diesen vier Bereichen, so ist zu erwarten, dass die Gesundheitswirtschaft im Zuge der demografischen und politischen Veränderungen in den nächsten 20 Jahren weiter aufgegeben und letztendlich einem zentral geplanten Regime der Rationierung und Priorisierung weichen wird. Darunter werden vor allem einkommensschwache Patienten („Gesundheitsarmut“), aber auch die Freiberuflichkeit der Heilberufe leiden.

*Dr. Thomas Drabinski
Institutsleitung
Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)
Brandkuhle 11
24107 Kiel
drabinski@ifmda.de
www.ifmda.de*



Im Sinne der demografischen Entwicklung der nächsten 20 Jahre sind strukturelle Reformen dringend angeraten.

Foto: MEV

19. Zahnärztetag Mecklenburg-Vorpommern

Vom Kiefer bis zum Knie

Die Kieferorthopädie (Kfo) und ihre Schnittstelle zu den anderen zahnmedizinischen Fachbereichen waren Generalthema des 19. Zahnärztetages in Mecklenburg-Vorpommern. Auswirkungen von Fehlstellungen, aber auch umfangreiche Restaurationen im Zusammenspiel der Fächer schafften in Warnemünde vor wieder einmal voll besetztem Plenum praxisnahe Einsichten interdisziplinärer Relevanz.

Gegenüber Journalisten bezeichnete Landes Zahnärztekammerpräsident und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich es als Miteinander oraler und allgemeinmedizinischer Gesundheit, im Falle insbesondere



Klare Worte an die Politik, lebhaft Diskussionen in der Fortbildung: Dr. Dietmar Oesterreich und das Plenum auf dem Zahnärztetag in Warnemünde.



Fotos: Curth

psychosomatischer Störungen auch als diagnostisches Feld zwischen „Zähnen und Seele“. Die Zahnärzte selbst beschäftigte das Thema auf ihrem Zahnärztetag vom 3. bis 5. September in dezidiert fachspezifischer Weise: Das Spektrum reichte vom Diskurs zur Kfo-Behandlung Erwachsener im parodontal geschädigten Gebiss über die Möglichkeiten der präprothetischen Kfo bei Erwachsenen bis zur Darstellung interdisziplinärer Lösungen sagittaler, transversaler und vertikaler Kfo-Probleme von Jugendlichen und Erwachsenen. Gerade angesichts der multivalenten Ansätze gingen die Argumentationen so weit, dass moderne Kfo zunehmend „zum unverzichtbaren Bindeglied verschiedener Disziplinen“ wird, betonte beispielsweise Prof. Dr. Christopher Lux (Heidelberg). Was in den Fachvorträgen immer wieder

Anlass für die Teilnehmer war, praxisrelevant „nachzuhaken“ und Schlüsse für den Arbeitsalltag zu ziehen, interessierte die Medien aus anderer Perspektive: In einer abgestimmten Präsentation verdeutlichten Kammerpräsident Oesterreich, die wissenschaftliche Leiterin des Zahnärztetages Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon (Rostock) und Schmerztherapeut Dr. Frank Bartel im Pressgespräch den Zusammenhang zwischen oraler und allgemeiner Gesundheit.

Kfo-Behandlungen seien, so Stahl de Castrillon, nicht nur zahnmedizinisches Behandlungsfeld bei Kindern und Jugendlichen, sondern längst auch bei Erwachsenen. Gerade die Klärung von Zahn- und Kieferfehlstellungen sei in der Therapie von craniomandibulären Dysfunktionen und anderen Krankheitsbildern wie Parodontitiden immens wichtig, „um der Ursache für gesundheitliche Probleme auf den Grund gehen zu können“. Stahl de Castrillon: „Leider findet die Kfo-Prävention durch die derzeit gültigen Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen kaum Gehör, so dass viele Zahn- und Kieferfehlstellungen bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben und kostenaufwändige und komplexe Behandlungen notwendig machen.“ Hier sei der derzeitige gesetzliche Ansatz falsch.

Darüber hinaus seien diese Fehlstellungen Ursache für systemische Erkrankungen wie Rückenschmerzen, machte Schmerztherapeut Bartel anschaulich. Deren Chronifizierung und die Verkettung von pathomorphologischen und somato-psychischen Beschwerden behindere die Ursachen-Erkennung: „Schmerzlokalisierung und Ursprungsort stimmen nicht immer überein“, erklärte der auch als Mannschaftsarzt des FC Hansa Rostock tätige Mediziner. Die Synchronität der Abläufe, die sozusagen „vom Kiefer bis zum Knie“ verlaufe, spreche für die Prüfung durch orofaciale Regulationstherapie.

Keine Basis für Gleichheit

Das ist eine Denkart, die unter Medizinern immer mehr Verständnis, unter Krankenversicherern und Gesundheitspolitikern aber wenig Gegenliebe findet. Kein Wunder in einem Gesundheitswesen, das auf Sparkurs ist. Auch die aktuelle Gesundheitsreform sei, so Oesterreich, nichts anderes als „Kostendämpfung reinen Wassers“. Dabei sei gerade die Zahnmedizin innerhalb der GKV mit einem von ehemals 15 bis 18 auf inzwischen sieben Prozent gesenkten Kostenanteil alles andere als „der Kostentreiber“ des Systems. Für ihn sei es unverständlich, dass auch 20 Jahre nach der Wiedervereinigung unter den Heilberufen die Zahnmediziner als einzige noch keine Honorar-Anpassung der östlichen Länder auf Westniveau erhalten hätten. Die jetzt in Aussicht gestellte Anpassung betrage mit insgesamt fünf Prozent die Hälfte des Erforderlichen und sei für 2012/2013 versprochen, also mit letzter Wirkung erst nach der kommenden Bundestagswahl. Eine sichere Basis sei das nicht, kritisierte Oesterreich.

Dass die geplante GOZ-Novelle in gleichem Fahrwasser verlaufe, sei angesichts zahnmedizinischer Notwendigkeiten kritisch zu sehen: „Absolutes ‚no-go‘ ist in diesem Zusammenhang die von der PKV geforderte Öffnungsklausel.“ Hier werde man sich massiv zur Wehr setzen müssen. mn

Zahnärztinnen in Hamburg

Großes Interesse an Kammer-Umfrage

Der Anteil der Frauen unter den Zahnärzten wird immer größer. Und damit treten die besonderen Umstände, unter denen sie ihren Beruf ausüben, immer mehr in den Blickpunkt der Standespolitik. Die Zahnärztekammer Hamburg hat auf Initiative ihrer Vorstandsreferentin für Zahnärztinnen, Dr. Anja Seltmann, eine Umfrage durchgeführt, mit der erste Daten über die Situation der Zahnärztinnen im Stadtstaat gesammelt wurden.

Mit einem Thema, das immer mehr in den Blickpunkt der beruflichen Standesvertretung tritt, befasste sich die ZÄK-Hamburg auf ihrer Wochenend-Klausur in Warnemünde: der wachsende Anteil der Frauen unter den Zahnärzten. Die schon vor Monaten zur Vorstandsreferentin für Zahnärztinnen ernannte Hamburger Zahnärztin Dr. Anja Seltmann hatte eine schriftliche Umfrage initiiert, mit der erste Daten über die berufliche und private Situation der Zahnärztinnen in der Hansestadt gesammelt werden konnten. Mit einer Quote von 44 Prozent lag der Rücklauf der insgesamt 744 Fragebögen beachtlich hoch. Nicht zuletzt die vielen Bemerkungen auf den sorgfältig auszufüllenden Fragebögen zeigen, dass die Kammer hier ein Fass geöffnet hatte, das unter Überdruck stand. Viele Zahnärztinnen teilten schriftlich ihre Freude darüber mit, „dass endlich mal jemand Notiz von ihnen nimmt“.

Die strukturellen Merkmale der Zahnärztinnen vorab: Interessiert waren Frauen zwischen 24 und 68 Jahren. Unter ihnen arbeitet mit 26,2 Prozent ein relativ hoher Anteil als Angestellte. Dies dürfte ein Trend sein, der sich in den kommenden Jahren noch verstärken wird. Mehr als ein Drittel der selbstständig tätigen Zahnärztinnen arbeitet in einer Einzelpraxis, 25,6 Prozent in einer Gemeinschaftspraxis und 13,1 Prozent in einer Praxisgemeinschaft. Bemerkenswert: ein nicht unbeträchtlicher Anteil (38 Prozent) der derzeit angestellten Tätigen plant die Selbstständigkeit.

Fragt man Zahnärztinnen nach ihren Tätigkeitsschwerpunkten, wird oft die Kinderzahnheilkunde als „Spitzenreiter“ vermutet. Weit gefehlt, jedenfalls in Hamburg: Die Befragten beschäftigen sich zwar mit Kindern (37 Prozent), aber eben auch mit Implantologie (39 Prozent), Pardodontologie (38 Prozent) und Endodontie (39 Prozent,



Zahnärztin Dr. Anja Seltmann initiierte die Umfrage unter Hamburger Zahnärztinnen.

Mehrfachnennungen waren möglich). Ästhetik mit 22 Prozent sowie Naturheilkunde und Funktionsdiagnostik mit jeweils elf Prozent fielen bei den Nennungen dagegen ab. Der Schwerpunkt Angstpatienten wurde gar nur von vier Prozent der Befragten angekreuzt, immerhin doppelt so viele Zahnärztinnen nannten Prophylaxe als Schwerpunkt.

Besser organisiert

Ein weitere Hypothese: „Frauen interessieren sich nicht für die Standespolitik“? Das Umfrage-Ergebnis bot hier keine Überraschung. Nur fünf Prozent der Zahnärztinnen sind in der Berufspolitik aktiv. Die Absicht, sich zu engagieren, signalisieren 7,1 Prozent der Befragten, grundsätzliches Interesse an der Standespolitik bekunden sogar 61,5 Prozent. Hier ist noch gewaltiges



Fotos: Eisentraut

Diskutierten die Befragung Hamburger Zahnärztinnen (v. l.): Dr. Helmut Pfeffer, Dr. Anja Seltmann, Dr. Thomas Einfeldt, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Konstantin von Laffert und Dr. Thomas Clement

Potential abrufbar. 16,3 Prozent der Zahnärztinnen sind übrigens bereits neben dem Beruf in Kirche, Schule und Fachverbänden engagiert.

Zahnärztinnen ohne Kinder haben in der Regel kein Problem, die Fortbildung in den Alltag einzubeziehen. Zahnärztinnen mit Kindern dagegen tun sich oft schwer. Sie äußerten eine Reihe von zeitlichen Alternativen, an denen Fortbildung aus ihrer Sicht besser organisiert wäre. Frauen sind Netzwerker – die befragten Zahnärztinnen wünschen sich dies auch im beruflichen Kontext. Knapp jede dritte Zahnärztin vermisst so ein regionales Netz, in dem berufliche und auch mal nicht-berufliche Themen besprochen werden können.

Schwierigkeiten beim Wiedereinstieg

Jede zweite Befragte ist Mutter von einem oder mehreren Kindern. 30 Prozent der Zahnärztinnen mit Kindern klagen laut der Untersuchung darüber, Schwierigkeiten beim Wiedereinstieg in den Beruf erlebt zu haben. Die Sorgenpalette ist lang: finanzielle Einbußen, Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung, mangelndes Verständnis von Chefs und Kollegen sowie unflexible Arbeitszeiten werden immer wieder genannt. Dazu zählt auch, dass in den meisten Fällen der ehemalige Patientenstamm nicht mehr vorhanden ist. Die berufstätigen Mütter klagten durchgängig insbesondere in den freien Antworten, dass die Unterbringung der Kinder schwierig ist. Es wundert nicht, dass die Mütter unter den Zahnärztinnen ihre Belastung durch Beruf und Familie als „groß“ oder „sehr groß“ bewerten. Mütter arbeiten offenbar eher weniger Stunden, wenn sie wieder in die Praxis kommen. So gaben 73 Prozent der befragten Zahnärztinnen ein geringeres Einkommen nach der Geburt der Kinder an. ■

*Gerd Eisentraut
Zahnärztekammer Hamburg*

Palliativversorgung

Würdig sterben

Sterben ist Teil des Lebens. Leben vor dem Tod. Pro Jahr sterben in Deutschland etwa 800 000 Menschen. Hochbetagte, aber auch Kinder und Erwachsene mit lebensverkürzenden Erkrankungen. In ihrer allerletzten Lebensphase leiden viele unter starken Schmerzen und fühlen sich allein gelassen. Ihre Bedürfnisse standen im Zentrum bei der Erarbeitung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“. Ihr Anliegen: Mit veralteten Vorstellungen aufzuräumen und das Thema Sterben in die gesellschaftliche Mitte zu rücken.



Foto: CC

Sterben als letzter Lebensabschnitt. Das Thema darf nicht verdrängt oder ausgeklammert werden, fordern die Träger der Charta. Sie kritisieren, dass ein Sterben in Würde, Tod und Trauer, weder in der Politik, noch in öffentlichen Diskussionen angemessen berücksichtigt werden.

Entstanden ist das deutsche Charta-Projekt vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative, die als Budapest Commitments auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) im Jahr 2007 vereinbart wurde. Auf Bundesebene teilen sich die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK) die Trägerschaft, unterstützt durch die Robert Bosch Stiftung sowie die Deutsche Krebshilfe. Insgesamt waren 150 Experten beteiligt. Im Ergebnis sind

fünf Leitsätze entstanden (siehe Info-Kasten). Sie bieten Orientierung für die Weiterentwicklung einer Palliativmedizin, die sich an die tatsächlichen Bedürfnissen unheilbar kranker und sterbender Menschen richtet. BÄK-Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe erläuterte in Berlin bei der Vorstellung der Ergebnisse des „Charta-Prozesses“ die Beweggründe der Ärzteschaft, die Palliativmedizin zu stärken und weiter auszubauen. „Die Erkenntnis, dass Ärzte nicht alles heilen können, förderte 2004 die Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung ans Licht.“

Medizinhistorisch betrachtet ist die Palliativmedizin (Definition der WHO) oder auch Palliative Care (Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.) die eigentliche „Urmedizin“. Sie konzentriert sich nach dem Gebot „Lindern statt Heilen“ auf den ganzen Menschen, nicht nur auf seine Krankheit(en). Für den ärztlichen Nachwuchs sei diese Sichtweise eingängiger, als etwa für seine eigene Generation, sagte Hoppe.

Tötung auf Verlangen - kein deutsches Thema

„Wir finden, die Themen ‚Tötung auf Verlangen‘ und ‚Ärztlich assistierter Suizid‘ gehören in Deutschland nicht auf die gesundheitspolitische Agenda“, so Hoppe weiter. Beides sei mit dem ärztlichen Berufsethos schlicht nicht vereinbar. In einigen europäischen Ländern gelten andere Regeln. So ist in der Schweiz „Beihilfe zum Suizid“ nur dann strafbar, wenn dies aus selbstsüchtigen Gründen geschieht. In den Niederlanden existiert seit 2001 ein Gesetz, das Ärzten ermöglicht, unter Einhaltung gesetzlich vorgeschriebener Sorgfaltskriterien straffrei aktive Sterbehilfe zu leisten. Auch Belgien hat 2002 ein Gesetz beschlossen, das die Lebensbeendigung auf Verlangen durch Ärzte ermöglicht. Eine von der Deutschen Hospizstiftung vor einigen Jahren in Auftrag gegebene Umfrage spiegelt die Meinung der Deutschen zu dem sensiblen Thema: Danach befürworteten 35 Prozent die aktive Sterbehilfe, während sich 56 Prozent für Palliativmedizin und Hospizarbeit aussprechen. „Im 19. Jahrhundert war der Tod zu Hause ein von allen gefühlter und durchlebter Abschluss“, sagte Annette Widmann-Mauz, parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Berlin. Ihr Haus verfolge die Verbesserung in der Pflege. Es biete jedoch nur die Rahmenbedingungen. Die Durchführung obliege den Organisationen, Verbänden und den Menschen an der Basis, so Mauz. Dafür



„Wir Ärzte setzen uns dafür ein“, so BÄK-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe (oben rechts), „Schwerstkranken und Sterbenden (...) Bestebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders entgegen zu setzen.“



Foto: privat

„Die Frage des Commitments der Beteiligten, war uns am wichtigsten“, sagt DGP-Präsident Prof. Christof Müller-Busch.

müssten mehr Personen qualifiziert werden. Zum Beispiel auch jene, die wieder in den Arbeitsmarkt einsteigen möchten.

Konkret geht es um Zeit, Zuwendung und um eine andere gesellschaftliche Einstellung zum Thema „Sterben“, erklärte Dr. Birgit Weihrauch, DHPV-Vorstandsvorsitzende (Foto oben links). Fachkräfte und Ehrenamtliche seien zukünftig gefordert, stärker zu kooperieren. Ein Palliativ-Netzwerk ist interdisziplinär: Haus- und Fachärzte, ambulante Pflege-, Hospiz-, und palliative Beratungsdienste, Apotheker, Physiotherapeuten, Pflege-Einrichtungen, stationäre Hospize und kirchliche Organisationen arbeiten darin eng zusammen, betonte Weihrauch.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die SAPV-Richtlinie (§ 132d Abs. 2 SGB V) wurde 2007 vom Gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA) erlassen. Damit sind normative Grundlagen zur Umsetzung von regionalen Palliative Care Strukturen geschaffen worden. Doch von einer flächendeckenden Umsetzung ist man weit entfernt: Von den etwa 180 Millionen Euro, die im Gesundheitsfond 2008 für Palliative Care vorgesehen waren, wurden gerade drei Millionen abgerufen. Die drei Träger fordern einstimmig: Um der Palliativversorgung Impulse zu geben, braucht es eine nationale Strategie unter Moderation des Bundes. Das schafft das Bewußtsein vom politisch Verantwortlichen bis zum einzelnen Bürger. sf

zm-Info

Leitsätze der Charta

- **Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen.**
- **Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende Betreuung.**
- **Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine angemessene, qualifizierte und bei Bedarf multiprofessionelle Behandlung und Begleitung.**
- **Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse behandelt und betreut zu werden.**
- **Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, dass etablierte und anerkannte internationale Standards zur Palliativversorgung zu seinem Wohl angemessen berücksichtigt werden.**

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

Essenz der Divergenz

Sara Friedrich

Die zahnärztliche Berufsausübung in Deutschland verläuft dynamisch. Sie entwickelt sich seit ihren Anfängen unter dem Einfluss gesellschaftlicher Veränderungen, dem medizinischen Fortschritt und staatlicher Eingriffe in das Versorgungssystem. Unter dem Begriff „Gender Dentistry“ ergänzt seit kurzem auch eine geschlechtsbezogene Sicht den zahnmedizinischen Fächerkanon. Die gewonnenen Erkenntnisse tragen zur Verbesserung von Prävention, Diagnose und Therapie bei. Zudem erklären sie die Relation zwischen Geschlecht und Verhalten.

Der Begriff „Gender Dentistry“ erzielt in der Google-Suche mehr als 1,8 Millionen Treffer. Doch in Deutschland steht die geschlechtersensible Betrachtung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde noch ganz am Anfang. Als Baustein in der Lehre ist das Fach Zukunftsmusik. Doch der zahnärztliche Nachwuchs wird von dem zusätzlichen Wissen profitieren. Das ist die Einschätzung von Privatdozentin Dr. Christiane Gleissner von der Klinik für Zahnerhaltung und Parodontologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) präsentiert auf seiner Homepage www.bmg.bund.de ein eigenes Kapitel zum Thema „Frauen und Gesundheit“. Ein Pendant dazu – „Männern und Gesundheit“ – existiert dagegen nicht.

„Jedes Geschlecht hat seine Besonderheiten. Es gibt nicht nur biologische Unterschiede, (...) wesentliche Unterschiede sind auch durch die jeweilige Rolle in Familie und Gesellschaft geprägt. Beides hat Einfluss auf die gesundheitliche Situation.“

BMG-Homepage,
Kapitel „Frauen und Gesundheit“

„Anders als häufig kolportiert, ist geschlechterbezogene Medizin aber keine Medizin für Frauen, sondern eine Medizin für beide Geschlechter“, kritisiert Dr. Gleissner. Genau genommen berücksichtigt Geschlechterbezogene Medizin nicht nur die unterschiedliche Biologie (englisch: sex) und Psyche, sondern auch soziologische Aspekte einschließlich der gesellschaftlichen Rollenzuschreibungen (englisch: gender). Das gilt auch innerhalb der Zahnheilkunde für die Gender Dentistry.

Eine Erkenntnis dominiert: Gerade im medizinischen Bereich ist eine genaue Trennung

Weibliche Hormone: Unter dem Lichtmikroskop atemberaubend schön, beeinflussen die Botenstoffe die Mundgesundheit von Frauen auch auf unschöne Weise. Eine Pubertätsgingivitis beruht etwa auf lokalen gingivalen Entzündungen, die durch Hormonspiegelschwankungen hervorgerufen werden.

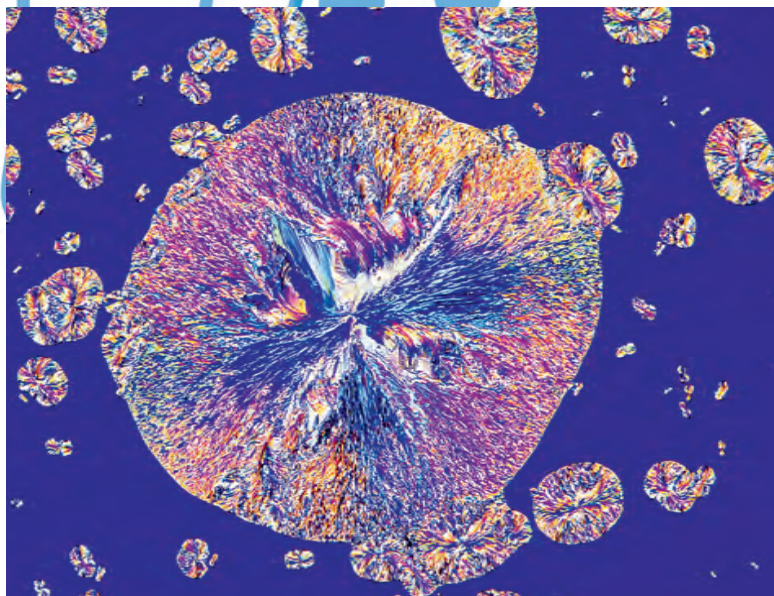
Fotos: DocStock-kage mikrofotografie

zwischen biologischem und sozialem Geschlecht selten möglich. Vielmehr nehmen beide Faktoren in unterschiedlichem Grad Einfluss auf Entstehung, Therapie und Prävention von Erkrankungen.

Der Einfluss von „sex“ und / oder „gender“ stellt sich nach Ansicht von Gleissner auch in der Zahnmedizin in vielen Bereichen. Dazu zählen nicht nur Zahnverlust und Parodontiden. Die derzeit vorliegenden Informationen zu Geschlechterunterschieden stammen aus Querschnittsuntersuchungen in der Zahnheilkunde und liefern die Datenbasis.

Geschlechtsspezifischer Kariesbefund

Die Ergebnisse der vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) machen etwa deutlich, wie sich der Kariesbefund bei Mädchen und Jungen, respektive Frauen und Männern unterscheidet: Während im Alter von 12 Jahren noch keine Geschlechterunterschiede zu finden sind, haben bereits 15-jährige weibliche Jugendliche signifikant mehr Karies als gleichaltrige Jungen.



Gender-Aspekte bei Mundschleimhauterkrankungen

Erkrankungen der Mundschleimhaut unterscheiden sich bei Männern und Frauen sowohl hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens als auch ihres Verlaufs. Offensichtlich spielen dabei nicht nur biologische Unterschiede sondern auch soziale Aspekte eine Rolle. Etwa die Rauch- und Trinkgewohnheiten. Während bei Frauen die Anzahl der Raucherinnen über alle Altersstufen betrachtet gleich bleibt, und bei der Altersgruppe der bis zu 25-jährigen sogar zunimmt, nimmt die Zahl der männlichen Raucher ab. Dies korreliert mit der Inzidenz von Tumoren im Mund-Rachen-Bereich. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts ist die bei Männern mit 7 800 Neuerkrankungen im Jahr annähernd konstant. Bei Frauen dagegen nimmt sie mit 2 800 Neuerkrankungen im Jahr deutlich zu. Wenn man Vorläuferläsionen betrachtet, haben Männer insgesamt häufiger Leukoplakien als Frauen. Bei der proliferierenden verrukösen Leukoplakie (siehe Foto rechts), einer Form, die in etwa Dreiviertel aller Fälle in ein Plattenepithelkarzinom übergeht, sind jedoch zu 80 Prozent Frauen betroffen. Bei immunologisch vermittelten Erkrankungen wie dem oralen Lichen planus, dem Lupus erythematodes und dem Sjögren-

Syndrom ist die Prävalenz bei Frauen deutlich höher als bei Männern und der Verlauf unterschiedlich. Eine Langzeitbeobachtung von 241 Patienten mit oralem Lichen planus zeigte, dass Frauen ein bis zu 70-mal höheres Risiko hatten, ein Karzinom zu entwickeln, als die gesunde Allgemeinbevölkerung. Bei Männern



war das Risiko nur 14-mal höher. Die Ursachen für die unterschiedliche Inzidenz und den Krankheitsverlauf sind noch nicht bekannt. Beim Lupus erythematodes scheinen hormonelle Faktoren eine Rolle zu spielen. Bei allen immunologisch vermittelten Erkrankungen werden auch genetische und virale Einflüsse sowie Lebensgewohnheiten und individuelle Immunkompetenz als Kofaktoren diskutiert.

Dr. Christiane Nobel
Charité – Universitätsmedizin Berlin
christiane.nobel@charite.de

Die ungünstige Situation setzt sich fort bis ins hohe Alter: 65-jährige Frauen sind deutlich öfter von kompletter Zahnlosigkeit betroffen als Männer. Dieser Fakt verwundert zunächst, da Frauen und Mädchen ihre Zähne besser pflegen und häufiger zu Kontrolluntersuchungen gehen. Deshalb geht die Suche nach Gründen über eine schlechte Mundhygiene hinaus. Denkbar ist der Einfluss der Hormone. Die chemischen Sendboten des Körpers werden in den vier Lebensperioden einer Frau in unterschiedlichem Maß ausgeschüttet und haben starke Auswirkungen auf die Mundgesundheit. (siehe Abbildung Seite 38) Das wäre eine biologische Erklärung. Aus der Gender-Perspektive würde hier nach dem Einfluss von Essstörungen und/oder Depressionen gefragt. Eine Schlüsselrolle spielen dabei die eingesetzten Medikamente. Der Grund: Sie vermindern die Speichelfließrate.

Geschlechtsspezifische Immunantwort

„Es ist bekannt, dass Frauen über eine effektivere Immunantwort verfügen. Dies könnte zumindest teilweise die geringere Prävalenz von Parodontalerkrankungen erklären“ berichtet Gleissner. Es sei daher sinnvoll, Strategien zu entwickeln, um Männer für zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen zu gewinnen. (siehe Vorschläge auf Seite 41) „Interessant ist auch die Beobachtung, dass sich für Frauen, die orale Antikonceptiva einnehmen, das Risiko, einen Dolor post extractionem nach der Entfernung der dritten Molaren zu entwickeln, verdoppelt“, erklärte Gleissner. Der Einfluss der Geschlechtshormone auf die parodontale Wundheilung ist aber noch weitgehend unklar. Hier besteht Forschungsbedarf. Dass auch die zahnmedizinische Forschung und Lehre nicht gänzlich frei von Rollenzuschreibungen ist, zeigt sich aus Sicht der Wissenschaftlerin an einem Beispiel: Eine öffentliche fachliche Positionierung zu einer Fragestellung mit Bezug zur „Menopause“ wird eher als eine Aufgabe „für die Kolleginnen“ betrachtet. Ein spannender Forschungsansatz ist darüber hinaus die systematische Erfassung des Einflusses der Geschlechtshormone auf die Mundgesundheit bei Männern und Frauen.



Männliche Hormone: Unter dem Lichtmikroskop gleichermaßen schön anzusehen, wie ihre weiblichen Vertreter, haben sie jedoch nach dem aktuellen Forschungsstand keinen vergleichbaren Einfluss auf die Mundgesundheit des Mannes.

Quelle: Charité-Universitätsmedizin Berlin, Bereich Oralmedizin

Es sei wichtig, die vielfältigen Wirkungen auf die oralen Gewebe wie Mucosa, Speicheldrüsen, Knochen und Kiefergelenk auf ein wissenschaftliches Fundament zu stellen und mögliche Wechselwirkungen mit der Allgemeinmedizin zu identifizieren. Ebenfalls noch unerforscht ist die Auswirkung von Depression und Stress auf die Mundgesundheit, Fähigkeit und Willen des Einzelnen zur Durchführung präventiver Maßnahmen und Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Und: Inwieweit beeinflusst das Geschlecht des Behandelnden, respektive des Behandelten die Diagnose, die empfohlene Therapie und die tatsächlich durchgeführte Therapie? Einige Antworten liegen bereits vor. Für die Zukunft gilt es, bestehendes Wissen zu bündeln, um dann daraus neue Fragen abzuleiten. „Geschlechterbezogene Zahnheilkunde stellt die interdisziplinäre Herausforderung dar, den unterschiedlichen Bedürfnissen von Jungen und Mädchen, Frauen und Männern während des gesamten Lebens im zahnmedizinischen Umfeld gerecht zu werden. Sie ist ein weiterer, wichtiger Baustein einer präventionsorientierten Zahnheilkunde“, fasst Gleissner zusammen.

Im Juni 2010 wurde die Deutsche Gesellschaft für geschlechterbezogene Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGGZ) gegründet. Das Gremium versteht sich als Portal für Gender Dentistry. Der Austausch bestehenden Wissens sowie die Thematisierung sich daraus ergebender Fragestellungen werden zentrale Aufgaben sein.

Geschlechtsspezifische Patientenaufklärung

Auch bei der Aufklärung werden geschlechtsspezifische Besonderheiten wichtiger. Dr. Heike Müller ist Fachanwältin für Medizinrecht in einer Stuttgarter Kanzlei. Im Gespräch mit den zm erklärt die Juristin: „Für den Zahnarzt ist es wichtig zu wissen, dass Männer andere Interaktionen zwischen einzelnen Krankheiten aufweisen als Frauen und teilweise unterschiedliche Risiken und Nebenwirkungen bestehen.“ Diese Unterschiede sollten sich auch auf Inhalt und Umfang der erforderlichen Aufklärung auswir-

ken. Da die Patientenaufklärung dem medizinischen Kenntnisstand zum Zeitpunkt der Behandlung entsprechen muss und die zahnmedizinische Geschlechterforschung noch in den „Kinderschuhen“ steckt, besteht in der Regel noch keine Pflicht, über geschlechtsspezifische Besonderheiten aufzuklären. Nicht zuletzt aus ästhetischen Gründen muss den weiblichen Patienten die Notwendigkeit einer Behandlung offenbar mit weniger Nachdruck vermittelt werden, als dies bei Männern der Fall ist. Verhält sich ein Patient nicht compliant, ist es mitunter sinnvoller, die Behandlung abzubrechen. Zahnärztinnen schrecken vor derart drasti-

schon Maßnahmen allerdings eher zurück als Männer, so die Erfahrung der Anwältin. Sie verweist darauf, dass jeder Zahnarzt gem. § 2 Abs. 4 MBO-Z nach dem Grundsatz der Behandlungsfreiheit die Behandlung abbrechen kann, wenn das Vertrauensverhältnis zerstört ist (siehe Info-Kasten).

Frauen betreiben mehr Gesundheitsvorsorge

Die Statistik zeigt, dass die Herren der Schöpfung bei der Gesundheitsvorsorge hinterher hinken. „Wenn Frauen ein gesundheitliches Problem haben, gehen Sie nach zwei Tagen zum Arzt, bei Männern dauert das zwei Wochen“, spitzt Prof. Ingo Froböse vom Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule in Köln die divergierenden Herangehensweisen beider Geschlechter zu. Dienliche Hinweise bietet auch der 10. DAK-Gesundheitsreport, der im Februar 2008 mit dem Schwerpunktthema „Männergesundheit“ erschienen ist. Die Autoren berichten, dass Männer mit Blick auf die kürzere Lebenserwartung als das gesundheitlich benachteiligte Geschlecht gelten müssen. Die subjektive Wahrnehmung der befragten Männer skizziert allerdings ein konträres Bild. So berichten Männer häufiger als Frauen, sich gesund und wohl zu fühlen. Zudem sind sie im Vergleich zu Frauen weniger bereit, sich als gesundheitlich eingeschränkt zu bezeichnen.

zm-Info

§ 2 Abs. 4 MBO-Z

...enthält ausdrücklich das Recht, eine Behandlung abzulehnen, wenn:

- a) ... eine Behandlung nicht sachgerecht und gewissenhaft durchgeführt wird
- b) ... die Behandlung nach pflichtgemäßer Interessenabwägung nicht zugemutet werden kann
- c) ... der Zahnarzt zu der Überzeugung kommt, dass das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht besteht. Davon bleibt die Verpflichtung unberührt, in Notfällen zu helfen.

Quelle: Ratzel/Luxenburger



Eine Behandlung abzulehnen fällt vielen Ärztinnen schwer.

„Wenn Frauen ein gesundheitliches Problem haben, gehen sie nach zwei Tagen zum Arzt, bei Männern dauert das zwei Wochen.“

Prof. Ingo Froböse, Universität Köln

Zur Erklärung ziehen die Autoren verhaltensbezogene Faktoren heran: Männer handeln, wenn es um ihre Gesundheit geht, grundsätzlich riskanter. Sie konsumieren mehr Alkohol und Tabakwaren. Sie essen häufig fettreicher und weniger gesund. Ein Ergebnis des Berichts lässt besonders aufforchen: Psychische - und Verhaltensstörungen durch Alkohol sind bei Männern die häufigste Krankenhaus-Diagnose. Ein Tatbestand, der auch für Zahnärzte im Umgang mit ihren männlichen Patienten relevant ist.

Der Dipl.-Psychologe Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. sucht Antworten auf die Frage: Wie kann man Männer im Hinblick auf ihr soziales Geschlecht für präventive Gesundheitsmaßnahmen gewinnen? Seine Antwort für das Spektrum der Zahnmedizin: „Männer für präventives Verhalten in der Zahnarztpraxis zu motivieren, ist gar

einzuwenden. Alter, Bildungsstand, kultureller Hintergrund und Kommunikationsfähigkeiten müssen einbezogen werden.“ Altgeld warnt: Broschüren zum Selbststudium sprechen den Mann nur mäßig an. Zielführender ist der Einsatz neuer Medien während der Wartezeit. Informatives Praxisfernsehen oder eine Computerecke im Wartezimmer mit voreingestellten Links seien hier nur als Beispiele genannt. „Hilfreich kann es auch sein, die Partnerin mit in die Motivationsstrategie einzubeziehen. Leichter ist das, wenn sie ebenfalls Patientin in der Praxis ist. Nach Parodontosebehandlungen kann eventuell auch ein gemeinsames Abschlussgespräch erfolgen, an dem die Partnerin teilnimmt“, empfiehlt Altgeld.

Der Psychologe ist überzeugt: Eine geschlechtergerechte Neuorientierung der Versorgungsforschung ist notwendig.

„Patientinnen und Patienten sind keine geschlechtlosen Wesen, die nur ihre Erkrankung in die Praxis tragen“.

Thomas Altgeld, Psychologe

Ein guter Weg: Trilaterale Gespräche gemeinsam mit der Partnerin erhöhen die Bereitschaft des Mannes, präventiv zu leben.

nicht so einfach. Es fängt oft schon damit an, wer die Präventionsfragen konkret anspricht. Die Zahnmedizinische Fachgesellschaft (...) oder der Zahnarzt selbst“, berichtet Altgeld.

Handlungsoptionen für den Praxisalltag

Gerade bei Männern in mittlerem Alter ist es ratsam, so die Empfehlung des Psychologen, diese Themen vom Zahnarzt selbst anzusprechen. So kann dieser quasi ein „ernstes Wort“ mitreden. Der Patient wiederum bekommt das Gefühl, dass das Thema Prävention einen wichtigen Stellenwert hat. Im Gespräch sollte auch Anerkennung vermittelt werden. Danach ist das Eis gebrochen. Jetzt ist die Zeit, um die Defizite bei der Prophylaxe anzusprechen. Grundsätzlich hat jeder Patient seinen eigenen Hintergrund. Altgeld: „Wichtig ist es bei der Prophylaxe, genauso wie in der Behandlung, auf die unterschiedlichen Ausgangslagen der Männer

„Genderfragen werden in der Medizin bislang als reine Frauenthemen verkannt. Fast alle Fortschritte in diesem Bereich wurden von engagierten Frauen aus Wissenschaft und Politik eingefordert“, lautet seine Begründung. Diese Erfolge sind erste Schritte auf dem Weg zu einer geschlechtersensiblen Struktur des Gesundheitswesens. Genderfragestellungen im Gesundheitssektor dürfen eben nicht ausschließlich auf Frauen reduziert werden. Diskursstrategien, Forschungsparadigmen und Fördergrundsätze des tendenziell patriarchal organisierten Medizinbereiches dominieren bisher. Diese Strukturen müssten aufgeweicht werden. „Im Ergebnis führt die Berücksichtigung von Geschlechterfragen zu einer besseren Behandlungsqualität“, resümiert Altgeld.

Neue Kompetenzzentren

Ein Beispiel für aktive Forschung ist das Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Die interdisziplinär ausgerichtete Einrichtung besteht seit Dezember 2009. Das Ziel ist, geschlechter-



Foto: Westend61-F1online

spezifisches Vorgehen als Qualitätskriterium in der Medizin zu etablieren. Die 24 Gründungsmitglieder arbeiten in den unterschiedlichsten medizinischen Fachgebieten. Das Institut strebt an, die Unterscheidungskriterien „gesund/krank“ und „jung/alt“ durch die Differenzierung „Mann/Frau“ gleichwertig zu ergänzen. Geplant ist, ein Netzwerk für geschlechtersensible Lehre, Forschung, Krankenversorgung und Weiterbildung zu entwickeln. Dabei soll die Lehre zunächst im Mittelpunkt der Arbeit stehen. Das Zentrum ist darüber hinaus bestrebt, den Terminus „geschlechtersensibel“ (siehe Info-Kasten rechts) zu festigen. Die Projektmitarbeiterin am Kompetenzzentrum, Nina-Catherin Richter, erklärt im Gespräch mit den zm: „Der Begriff „geschlechtersensibel“ wird konsequent verwendet und war eine bewusste Entscheidung, um die Mediziner für die Berücksichtigung der sozialen Aspekte zu sensibilisieren“. Das konzertierte Fernziel steht fest: Alle Fächer zu integrieren.

Zahnmedizin mit an Bord

Die Zahnmedizin wird durch Prof. Dr. Meike Stiesch, Leiterin des Instituts für Zahnärztliche Prothetik an der MHH vertreten. Die Wissenschaftlerin setzt auf eine frühe Integration interdisziplinärer Lehrkonzepte in die praktischen Behandlungskurse. Gegenüber den zm sagt sie: „In den letzten Jahren ist zunehmend deutlich geworden, dass Aspekte der geschlechtersensiblen Zahnheilkunde von großer Bedeutung für die zahnmedizinische Patientenversorgung, Lehre und Forschung sind.“

Als Gremiumsmitglied verfolgt Stiesch im Fachbereich Zahnärztliche Prothetik vier Ziele:

■ Qualitätskriterium

Eine Aufgabe besteht darin, geschlechterspezifisches Vorgehen als Qualitätskriterium für die Zahnmedizinische Diagnostik und Therapie zu etablieren.

■ Parameter für Studien

In epidemiologischen Studien mit Inhalten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde soll das Kriterium des biologischen Geschlechts

zm-Info

Das Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover verwendet den Terminus

Geschlechtersensibel

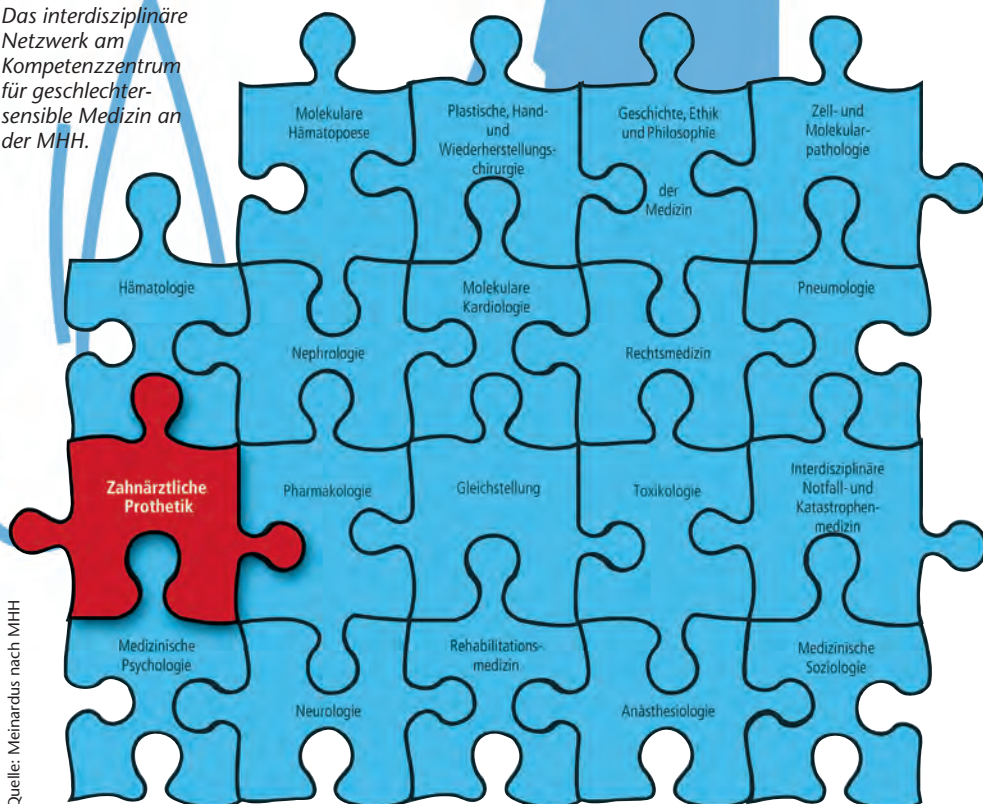
Dies ist der weitest mögliche Begriff und umfasst sowohl die biologisch-naturwissenschaftlichen Aspekte (= sex) als auch die (psycho-) sozialen (= gender). Zusätzlich greift er für die möglichen Geschlechterkonstellationen von Patientinnen, Patienten, Ärztinnen, Ärzten, Lehrenden und Studierenden.

Quelle: Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der MHH

neben Kriterien wie Alter oder Art der Erkrankung gleichwertig in die Erhebungen mit aufgenommen werden.

Das interdisziplinäre Netzwerk am Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der MHH.

Quelle: Meinardus nach MHH



■ Netzwerkbildung

„Ein weiteres Ziel der Beteiligung am Kompetenzzentrum besteht darin, dass die Zahnmedizin gemeinsam mit der Humanmedizin ein Netzwerk für geschlechtersensible Lehre, Forschung und Krankenversorgung aufbaut“, erklärte Stiesch. Hier könnten Synergieeffekte zwischen verschiedenen Zahn- und Humanmedizinischen Fachrichtungen im Hinblick auf einen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn zu geschlechterspezifischen Fragestellungen genutzt werden.

■ Publikationen

Das vierte Ziel ist die flächendeckende Publikation neuer wissenschaftlicher Ergebnisse in der geschlechtersensiblen Zahnmedizin. Auf diesem Weg kann Wissen sowohl anderen Zahnmedizinern, als auch weiteren medizinischen Fachrichtungen zugänglich gemacht werden.

Bereits jetzt besitzt Gender Dentistry spürbare Relevanz. Stiesch: „In der Patientenversorgung der Klinik für Zahnärztliche Prothetik spielt die geschlechtersensible Zahnmedizin eine zunehmend große Rolle“

Neben dem Einfluss des biologischen Geschlechts auf die Kariesprävalenz lassen sich auch Unterschiede zwischen Mann und Frau in Bezug auf die Häufigkeit der Entstehung von kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) belegen.

Geschlecht und CMD

Stiesch erläutert: „In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Frauen signifikant häufiger arthrogene oder myogene craniomandibuläre Dysfunktionen aufweisen als Männer.“ Diagnose und Therapie von CMD bilden an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik der MHH einen klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkt. Wichtig zu wissen: Ursächlich für das Auftreten von CMD sind nicht zuletzt unterschiedliche biologische oder soziodemographische Faktoren. Während bei Männern neben chronischen Allgemeinerkrankungen (z.B. Gicht, Arthrose) auch okklusale Faktoren einen signifikanten Zusammenhang mit CMD zeigen, sind bei Frauen primär allgemeine Arthrosen sowie hormonelle Faktoren Risikofaktoren für die Entstehung von CMD.

Aufnahme ins Curriculum

Mit Blick auf die Ausbildung erklärt die Professorin: „Die geschlechtergerechte zahnmedizinische Versorgung setzt auch die Integration geschlechterspezifischer Inhalte in das Curriculum des Zahnmedizinstudiums voraus.“ An der MHH werden entsprechende Inhalte zur geschlechterspezifischen Zahnheilkunde themenbezogen in den entsprechenden Vorlesungen vermittelt. Das gilt sowohl für den vorklinischen, als auch für den klinischen Studienabschnitt.

Stiesch ist überzeugt, dass „Mann/Frau“ gleichwertig in den Reigen der etablierten Kriterien „jung/alt“ und „gesund/krank“ integriert werden muss. „Das Ziel ist gut erreichbar, wenn bei neu aufgelegten epidemiologischen und klinischen Studien die Studienplanung entsprechend dieser Vorgaben (geschlechtersensible Kriterien) realisiert

zm-Info

Aktuelle Veranstaltungen

■ 15.-17.10.10, Nizza, Frankreich
7th World Congress on Men's Health,

■ 30.11.-03.12.2010, Tel Aviv, Israel
5th Congress of the International Society of Gender in Medicine,

Quelle: www.mh-hannover.de

wird.“ Bis valide Ergebnisse zur geschlechterspezifischen Zahnmedizin bezogen auf die relevanten klinischen Fragestellungen vorliegen, könnten aber noch einige Jahre vergehen.

Diagnostik und Therapie

In der Klinik für Zahnärztliche Prothetik werden geschlechtersensible Kriterien aktuell in groß angelegte Studien zur Erforschung epidemiologischer Faktoren der CMD einbezogen. Und auch in einer laufenden Studie zur Ätiologie der CMD werden geschlechterspezifische Inhalte berücksichtigt. Ergebnisse aus diesen Studien fließen unmittelbar nach Abschluss in die Behandlung von Patienten mit CMD ein.

Ebenfalls ein Thema: Im Bereich der Patientenbehandlung werden an der MHH personelle geschlechtersensible Faktoren, etwa die Art der Kommunikation berücksichtigt.

Die Zusammenarbeit mit den anderen Instituten hat einen hohen Stellenwert. „Wir kooperieren zur Zeit in diesem Themenbereich über das Kompetenzzentrum in erster Linie mit Instituten aus der MHH, eine weitere Vernetzung mit Zahnmedizinischen Kliniken anderer Standorte ist jedoch geplant“, erklärt die Professorin gegenüber den zm. Ein gutes Instrument sind gemeinsame Forschungsvorhaben.

Die könnten auch über internationale Kooperationen laufen, denn: Auch im englischsprachigen Ausland werden in den letzten Jahren zunehmend geschlechterbezogene Themen wissenschaftlich bearbeitet.

Fazit

Insgesamt stellt Gender Dentistry ein wichtiges Forschungsfeld der Zukunft. Viele Fragen gilt es noch zu klären. Der Ansatz berücksichtigt einen individualisierten Umgang mit Patienten und fügt sich so in den übergeordneten Themenkomplex „Personalisierte Medizin“ ein. Das Berufsbild des Zahnarztes korreliert mit der wissenschaftlichen Weiterentwicklung und dem Ziel, das therapeutische Vorgehen in der Zahnmedizin konsequent und nachhaltig zu verbessern. Nichts anderes verfolgt die Gender Dentistry. Im Sinne aller Patientinnen und Patienten zielt dieser noch junge Ansatz in seinem Kern auf eine bessere Behandlungsqualität und führt schließlich zu dem, was alle wollen: Gesundheit.

Daher ist es bedenkenswert, das Kriterium der Geschlechtersensibilität in die zahnmedizinische Forschung und Praxis einzubinden. Einerseits können so weitere wertvolle Erkenntnisse für die Diagnostik und Therapie in der Zahnheilkunde generiert werden. Andererseits ermöglicht das neue Wissen, im Sinne einer bedarfsgerechten Leistung zielgerichtet und effizient zu behandeln. ■



Noch steckt Gender Dentistry in den Kinderschuhen. Doch schon jetzt steht fest: Die Berücksichtigung von Geschlechterfragen führt letztendlich im Sinne aller Patienten zu einer besseren Behandlungsqualität innerhalb der Zahn- und Allgemeinmedizin.

Alles dreht sich um den kleinen Unterschied

Christine Vetter

Männer und Frauen trennt biologisch mehr, als man auf den ersten Blick meinen möchte. Nicht nur der Hormonhaushalt, auch der Stoffwechsel und das Immunsystem funktionieren bei Mann und Frau unterschiedlich. Das hat Konsequenzen für die Medizin: Während zum Beispiel Männer häufiger an Suchterkrankungen leiden, kämpfen Frauen überproportional oft mit Depressionen. Sie entwickeln zudem, anders als oft angenommen, häufiger einen Herzinfarkt als Männer, der sich allerdings auch mit anderen Symptomen bemerkbar macht.

Neue Medikamente wurden bis vor wenigen Jahren praktisch ausschließlich in Studien bei Männern geprüft. Die Ergebnisse wurden auf die Frauen übertragen, in der Annahme, der Stoffwechsel und damit auch der Metabolismus von Medikamenten funktionieren bei Mann und Frau weitgehend gleich. Inzwischen ist klar, dass es sich bei dieser Annahme um einen Irrtum handelt, was nicht zuletzt zur Etablierung einer eigenen Forschungsrichtung, der sogenannten Gendermedizin, geführt hat. Untersucht wird dabei, wie häufig bestimmte Krankheiten bei Mann und Frau auftreten, wie sie sich in ihrer Symptomatik unterscheiden und wie der männliche respektive der weibliche Organismus auf bestimmte Therapieformen reagiert.

Nicht nur die Hormone machen den Unterschied

Ihren Ursprung nahm die Gendermedizin dabei in den Neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts in den USA. Dort wurde in Forscherkreisen zunehmend moniert, dass es nur unzureichende Daten zur Krankheitssituation der Frau gibt, zu der Krankheitsverteilung beim „schwachen Geschlecht“ und zu der Effektivität von Arzneimitteln bei Frauen. Europa und speziell Deutschland zog nach: So gibt es inzwischen ein Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM), das am Berliner Universitätsklinikum Charité angesiedelt ist und von Professor Dr. Vera Regitz-Zagrosek geleitet wird.

Banal ist die Feststellung, dass Unterschiede im Hormonhaushalt bei Mann und Frau bestehen und dass Östrogene die Frau und Testosteron den Mann dominieren. Von den Hormonen abgesehen, gibt es noch weitaus mehr Unterschiede und das beginnt schon bei den physiologischen Parametern. So sind Männer im Durchschnitt größer und haben ein höheres Körpergewicht als Frauen. Ihr Körper hat im Mittel einen geringeren prozentualen Fettanteil, dafür aber einen höheren Wasseranteil, was ein unterschiedliches Verteilungsvolumen bei Arzneimitteln nach sich ziehen kann. Dies hat Konsequenzen auf die Wirksamkeit sowie die erforderliche Dosierung von Medikamenten. Außerdem ist die Muskelmasse bei Männern meist größer, ebenso wie das Herzminutenvolumen, während bei der Frau in aller

Regel eine höhere durchschnittliche Herzfrequenz vorliegt.

Die unterschiedlichen physiologischen Parameter haben durchaus Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus: Medizinisch bedeutsam ist zum Beispiel, dass Immunantworten bei Frauen meist etwas stärker ausfallen als beim Mann. Das hat eine stärkere Neigung zu Entzündungsreaktionen zur Folge und erklärt, warum die Inzidenz von Autoimmunerkrankungen bei Frauen im Allgemeinen höher ist als bei Männern.

Herzinfarktrate bei Frauen höher

In ihren Anfängen hat sich die Gendermedizin vor allem mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und speziell mit dem Herzinfarkt be-

	♀	♂
Lebenserwartung (Jahre)	81,3	75,5
Körpergröße (cm)	165	177
Körpergewicht (kg)	66,7	80,8
Fettanteil (%)	26 – 34	20 – 25
Wasseranteil (%)	53 – 46	64 – 53
Herzvolumen (ml)	400 – 600	700 – 800
Herzminutenvolumen (l/min.)	3	5
Herzfrequenz (Schläge/min.)	80	72
Erythrozyten (Mio./µl)	4,5	5
Hautoberfläche (qm)	1,6	1,8
Muskelmasse (%)	35	45

Abbildung 1: Für alle Bereiche der Medizin eine immanant wichtige Tatsache: Mann und Frau unterscheiden sich in ihren physiologischen Parametern.

Quelle: C. Gleissner



Foto: TK

Frauen mit der Diagnose „Herzinfarkt“ werden im Durchschnitt später als Männer in eine Klinik eingewiesen. Bei ihnen wird der Infarkt häufiger übersehen, weil sie über andere Symptome klagen als Männer.

fasst, galt dieser doch als Männerdomäne. Das hat sich inzwischen als medizinischer Irrtum erwiesen. Klar ist vielmehr, dass weit aus mehr Frauen einen Herzinfarkt entwickeln als Männer. Es sterben zudem deutlich mehr Frauen am Infarkt, wenngleich dies im Mittel um einige Jahre später als beim Mann der Fall ist.

Dass die Infarkthäufigkeit bei Frauen lange unterschätzt wurde, liegt unter anderem daran, dass die Symptomatik bei Mann und Frau deutlich unterschiedlich ist. Während Männer vor allem Schmerzen in der Brust und im linken Arm entwickeln, klagen Frauen im Fall des Falles häufiger über Schmerzen zwischen den Schulterblättern, über Oberbauchbeschwerden und über Übelkeit. Das hat zur Folge, dass der Infarkt eher unbeachtet bleibt. Zudem werden Frauen mit Infarkt im Mittel später in die Klinik eingewiesen. Häufiger als bei Männern ist das

eine nicht auf Herzerkrankungen spezialisierte Klinik, so dass sie deutlich später eine effektive Behandlung erfahren – ein Aspekt, der seinerseits die höhere Infarktsterblichkeit bei Frauen erklären kann. Immerhin versterben in Europa 55 Prozent der Frauen, aber nur 45 Prozent der Männer an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.

Depressionen – eine Frauenkrankheit

Auch bei Schlafstörungen, Angsterkrankungen und Depressionen haben Frauen die Nase vorn: So treten Depressionen bei Frauen mit einer Lebenszeitprävalenz von 21 Prozent, bei Männern dagegen nur von 13 Prozent auf. Frauen geben in Studien häufiger an, sich niedergedrückt, freudlos und antriebslos zu fühlen und greifen deutlich öfter als Männer zu Psychopharmaka. Die dagegen reagieren eher verärgert, gereizt und aggressiv. Ebenfalls wissenschaftlich erwiesen: Männer weisen eine um bis zum Dreifachen erhöhte Sterberate durch Suizid beziehungsweise durch Unfälle gegenüber Frauen auf. Sie zeigen zudem häufiger als Frauen ein Suchtverhalten. An erster Stelle steht hier die Sucht nach Alkohol. Andererseits nehmen sie seltener psychotherapeutische und psychiatrische Hilfe in Anspruch. Die Unterschiede werden im Wesentlichen auf andere hormonelle Gegebenheiten zurückgeführt. In der Kindheit finden sich Auffälligkeiten bei Depressionen gleichermaßen bei Mädchen wie bei Jungen. Von entscheidender Bedeutung sind dabei Östrogene, Progesteron, Glukokortikoide und auch diverse Neurotransmitter.

Doch auch der andersartige Umgang mit Krankheitssymptomen, der ebenfalls zum Teil auf hormonellen Unterschieden, aber auch auf einer unterschiedlichen Hirnorganisation und anderen kognitiven Bearbeitungsstrategien beruht, kann im Einzelfall eine Rolle spielen. So wurde anhand der funktionellen Bildgebung nachgewiesen, dass Männer und Frauen bei der Verarbeitung von Emotionen teilweise andere Strategien anwenden und verschiedene neuronale Netzwerke nutzen.



Foto: TK

Bei der Einnahme von Arzneien tragen Frauen ein potenziell höheres Risiko für Nebenwirkungen als Männer.

Arzneimittel-Wirkung und Verträglichkeit

Der „kleine Unterschied“ macht sich aber auch bei der Wirkung sowie bei der Verträglichkeit von Arzneimitteln bemerkbar: So wurden zum Teil geringere Metabolisierungsraten bei Frauen beschrieben, was höhere Plasmakonzentrationen nach sich zieht und damit ein potenziell höheres Nebenwirkungsrisiko zur Folge hat. Andererseits weist die Leber – nicht zuletzt gesteuert durch Testosteron – bei Mann und Frau eine divergierende Enzymausstattung auf. So arbeiten die Alkoholdehydrogenase wie auch das P-Glykoprotein bei Männern mit einer höheren Aktivität, was zusammen mit der höheren Körperwassermenge erklärt, warum Männer im allgemeinen Alkohol besser vertragen und rascher abbauen als Frauen. Ähnlich verhält es sich bei Arzneimittelabbauenden Enzymen und speziell dem CYP 3A4 des Cytochrom P450-Systems, über das zahlreiche Medikamente metabolisiert werden. In der Leber der Frau ist CYP 3A4 besonders aktiv, was Auswirkungen auf die Wirksamkeit wie auch die Verträglichkeit bestimmter Wirkstoffe haben kann. Die Zusammenhänge bekräftigen unter anderem Beobachtungen, wonach

Frauen ganz allgemein bei der Einnahme von Arzneimitteln häufiger als Männer Nebenwirkungen entwickeln, ein Aspekt, der sich in den Beipackzetteln bislang aber nicht widerspiegelt.

Darüber hinaus haben Forschungsprojekte aus dem Bereich der Gendermedizin unterschiedliche Empfindlichkeiten bei Zielstrukturen von Medikamenten und speziell bei Rezeptoren zwischen den Geschlechtern aufdecken können. Dies betrifft unter anderem das Herzreizleitungssystem wie auch das ZNS. Die Forschungsarbeiten stecken in diesem Bereich zum Teil aber noch in den Kinderschuhen. Schuld ist nicht zuletzt die Tatsache, dass Medikamentenprüfungen bei Frauen im gebärfähigen Alter nicht unproblematisch sind.

Die Differenzen bei den physiologischen Parametern, die letztlich auch unterschiedliche Krankheitsdispositionen nach sich ziehen, sind dabei zum großen Teil genetisch bedingt. An diesem Punkt aber kommt dann doch der „kleine Unterschied“ zwischen X- und Y-Chromosom zum Tragen. So sind laut Regitz-Zagrosek auf dem X-Chromosom rund 1500 Gene zu lokalisieren, die wichtige Funktionen im Herz-Kreislauf-System, bei der Hirntätigkeit und im Immunsystem besitzen. Dieses Chromosom liegt bei Frauen in doppelter Ausführung vor, so dass es für diese Gene offenbar eine Art Reserverpool gibt. Auf dem Y-Chromosom des Mannes wurden dagegen nur 78 aktive Gene gefunden, die vor allem Aufgaben im Bereich der Sexualfunktion besitzen. Diese Unterschiede könnten – zusammen mit der protektiven Wirkung der Östrogene auf das Herz – erklären, warum Frauen im Mittel trotz des häufigeren Auftretens von Herzinfarkten und anderen Erkrankungen doch eine um einige Jahre höhere durchschnittliche Lebenserwartung haben, als Männer.

Christine Vetter
Merkenicher Straße 224, 50735 Köln

zm Leser service

Ein weiterer Beitrag zum Thema („Arzneimittel bei Frauen“, erschienen in zm 20/2002) kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen werden.

Differentialdiagnose der Gaumenschwellung

Pleomorphes Adenom der kleinen Speicheldrüsen

Tobias Ettl, Katrin Kurz, Martin Gosau, Torsten E. Reichert

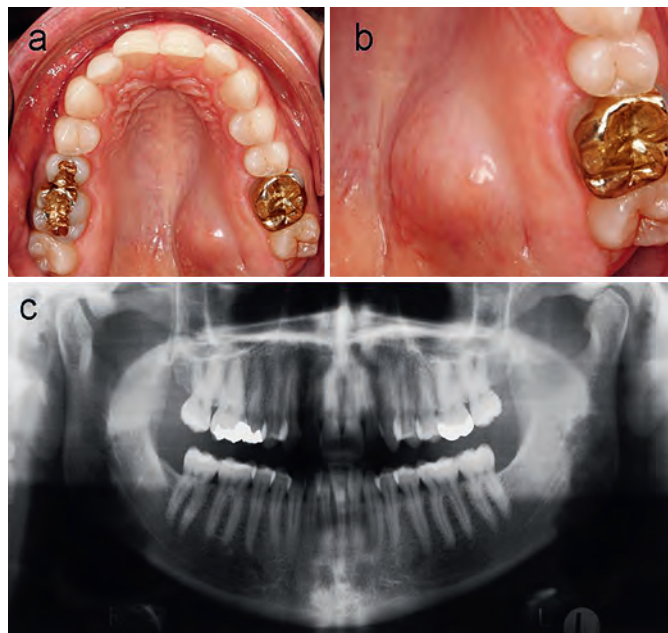


Abbildung 1: Klinisches Erscheinungsbild
a: Lokalisation der Schwellung am Übergang von hartem zu weichem Gaumen links lateral
b: gut abgrenzbare, kugelige Läsion mit glatter Oberfläche und erkennbarer Gefäßzeichnung
c: Das OPG zeigt einen prothetisch und konservativ suffizient versorgten Zahnstatus ohne odontogenen Fokus.

Eine 40-jährige Patientin wurde mit einer seit etwa zwei Jahren bestehenden und an Größe zunehmenden Schwellung im Bereich des linken Gaumens in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie vorstellig. Aufgrund der Verdachtsdiagnose einer „Speichelzyste“ war bei der Patientin trotz mehrmaliger HNO- und zahnärztlicher Untersuchungen keine chirurgische Therapie eingeleitet worden. In der klinischen Untersuchung zeigte sich intraoral eine im Durchmesser etwa 2 cm messende weiche, glatt begrenzte, gut abgrenzbare und nicht druckschmerzhafte Vorwölbung am Übergang vom harten zum weichen Gaumen links (Abbildung 1 a, b). Der Zahnstatus erwies sich als gepflegt, die angrenzenden Zähne 26 und 27 reagierten positiv im Kälteprovokationstest. Das durchgeführte Orthopantomogramm (OPG) war unauffällig (Abbildung 1 c).

Es folgte eine Inzisionsbiopsie der Läsion in Lokalanästhesie. Im Schnellschnitt und im paraffineingebetteten Material zeigten sich

umschriebene Anteile eines drüsig differenzierten Speicheldrüsentumors, wobei an diesem Gewebe noch nicht zwischen einem Adenom und einem adenoid-zystischen Karzinom differenziert werden konnte. Erst

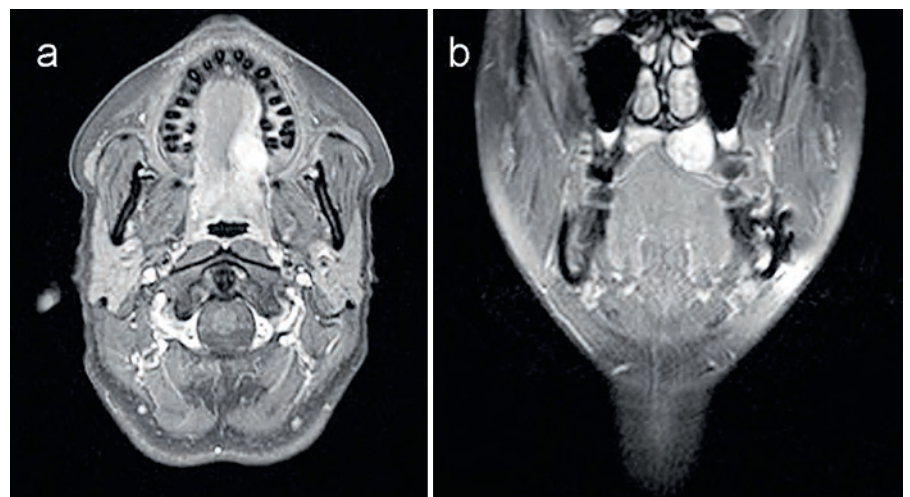


Abbildung 2: Magnetresonanztomographie T2 gewichtet
a: axial, b: coronar: 1,5 x 1,6 cm messende, glatt berandete und homogen kontrastmittelanreichernde Formation. Kein infiltratives Wachstum. Der linke Kieferhöhlenboden wird nach kranial verdrängt.



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

die zweite Probebiopsie ergab ein eindeutig gutartiges Tumorgewebe, vereinbar mit einem Basalzelladenom oder einem pleomorphen Adenom.

Zur Darstellung der Befundausdehnung wurde zusätzlich eine Magnetresonanztomographie durchgeführt. Diese dokumentierte eine 1,5 cm messende, verdrängend wachsende Raumforderung im linken Gaumenbereich mit Kontakt zum linken Kieferhöhlenboden im dorsalen Anteil (Abbildung 2).

Nach Abschluss der präoperativen Diagnostik erfolgte in Intubationsnarkose die Exzision des Tumors mit Sicherheitsabstand ohne knöcherne Resektion (Abbildung 3). Die Exzisionswunde wurde zur Sekundärheilung mit einer Gaumenschutzplatte abgedeckt. Das abschließende histo-pathologische Gutachten diagnostizierte mittels immun-histochemischer Zusatzuntersuchungen ein

pleomorphes Adenom der kleinen Speicheldrüsen ohne Anhalt für Malignität (Abbildung 4).

Diskussion

Schwellungen im Gaumenbereich können durch entzündliche und neoplastische Veränderungen hervorgerufen werden. So können Palatinalabszesse ihren Ursprung von benachbarten Zähnen, infizierten Zysten oder einer entzündeten Kieferhöhle nehmen. Klinisch finden sich dann neben einer raschen Größenprogredienz die klassischen

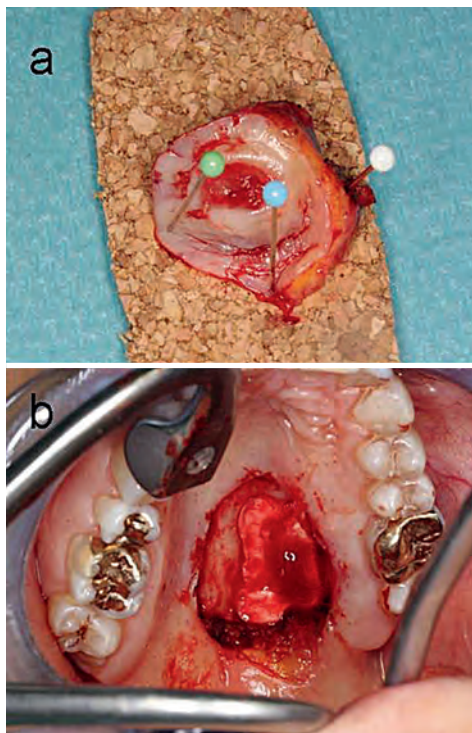


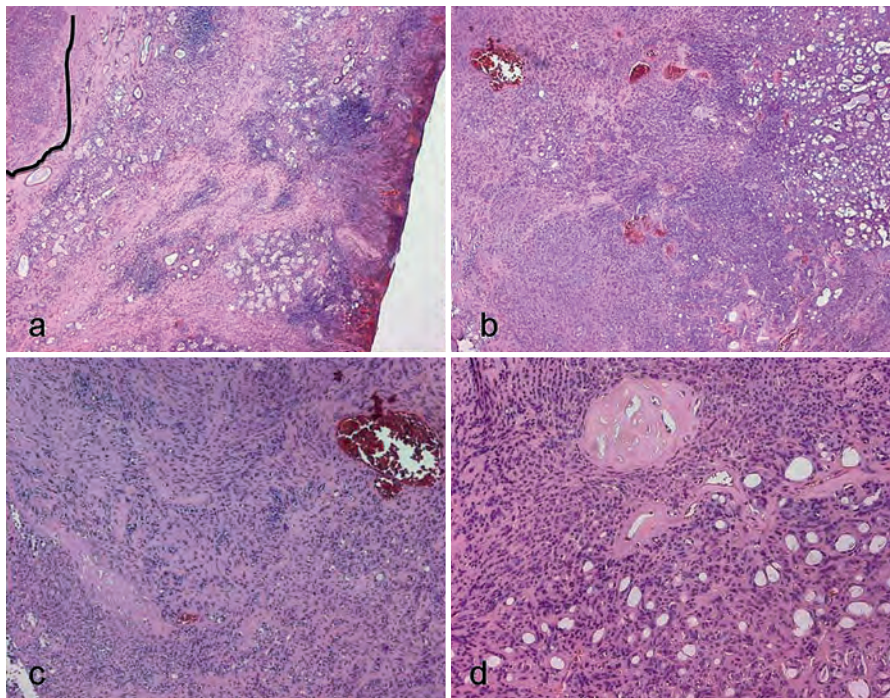
Abbildung 3: a: Resektat mit etwa 0,5 cm Sicherheitsabstand auf Kork, b: Resektionsdefekt nach Blutstillung und Einlage eines Kollagenvlies

lokalen und systemischen Entzündungszeichen. Die Überprüfung der Sensibilität und Perkussionsempfindlichkeit angrenzender Zähne dient als klinischer Hinweis auf eine odontogene Ursache [Schmelzle und Schwenger 2000]. Mittels Röntgendiagnostik (OPG, NNH) können periapikale und zystische Veränderungen sowie Sinusitiden dargestellt werden. Bei der vorgestellten Patientin sollte aufgrund des langen und schmerzlosen Wachstums eine Neubildung

in Erwägung gezogen werden. Neoplasien im Bereich des harten und weichen Gaumens nehmen am häufigsten ihren Ursprung in den kleinen Speicheldrüsen. Der klinische Befund der gut abgrenzbaren Läsion mit intakter Gaumenschleimhaut ohne Ulzeration deutete im eigenen Fall auf einen gutartigen Tumor hin, wobei speziell niedrig maligne Karzinome der kleinen Speicheldrüsen - etwa ein Azinuszellkarzinom oder ein niedrig malignes Mukoepidermoidkarzinom - bei ebenfalls langsamem Wachstum ein ähnliches Bild aufweisen können. Die bei Weitem häufigste benigne Neoplasie der kleinen Gaumensspeicheldrüsen ist das pleomorphe Adenom (Synonym: Bigner Misch tumor) mit einem Anteil von etwa 40 Prozent an allen Tumoren der kleinen Speicheldrüsen und einen Anteil von 65 bis 90 Prozent der benignen Tumore [Buchner et al. 2007, Dhanutai et al. 2009 a]. Betroffen sind am häufigsten Patienten zwischen 40 und 50 Jahren. Prädilektionsstelle ist mit circa 80 Prozent aller pleomorphen Adenome die Glandula parotidea. Bei Befall der kleinen Speicheldrüsen stellt der Gaumen, speziell der Übergang von hartem zu weichem Gaumen, wie im vorgestellten Fall, mit nahezu zwei Drittel der Fälle die häufigste Lokalisation dar [Buchner et al. 2007, Tian et al. 2010]. Vom klinischen Aspekt imponiert ein langsames, schmerzloses Wachstum der Läsion mit glatt begrenzter Oberflächenmucosa. Bei zunehmender Vergrößerung oder bei Prothesenträgern kann es zu Ulzerationen kommen.

Histopathologisch ist das pleomorphe Adenom durch eine strukturelle Pleomorphie aus epithelialen und myoepithelialen Zellen gemischt mit mukoidem, myxoidem oder chondroidem Stroma gekennzeichnet [Eveson et al. 2005]. Je nach überwiegendem Stromaanteil weisen die Tumoren daher eine eher derbe oder weiche Konsistenz auf. Letzteres hatten die Kollegen bei der Patientin an eine „Speichelzyste“ denken lassen.

Neben weiteren benignen Tumoren der kleinen Speicheldrüsen wie dem Basalzell-



Fotos: Dr. Katrin Kurz

Abbildung 4: Histologie
 a: In der Übersichtsaufnahme erkennt man am linken oberen Bildrand den Tumor in Abgrenzung zu entzündlich infiltriertem Speicheldrüsengewebe der Mundschleimhaut (HE 2,5 x).
 b: Zu erkennen ist die Heterogenität des Tumors mit soliden, teils pseudoglandulären und pseudozystischen Anteilen (HE, 2,5 x).
 c: epitheliale Tumorteile, teils chondroide Differenzierung und sklerosiertes Stroma in der Vergrößerung (HE, 5 x)
 d: ebenfalls epitheliale Tumorteile mit teils chondroide, pseudoglandulärer und pseudozystischer Differenzierung (HE, 10 x)

adenom oder dem Myoepitheliom müssen im Bereich des Gaumens aber auch Malignome wie das Mukoepidermoidkarzinom, das adenoid-zystische Karzinom oder das Azinuszellkarzinom differentialdiagnostisch beachtet werden. Besonders bei den Tumoren der kleinen Speicheldrüsen, so auch im Gaumenbereich, liegt der Anteil an Karzinomen bei 50 Prozent [Buchner et al. 2007, Neville et al. 2009, Tian et al. 2010]. Das pleomorphe Adenom besitzt zusätzlich die Besonderheit der malignen Entartung zu einem sogenannten Karzinom im pleomorphen Adenom. Die Transformationswahr-

scheinlichkeit liegt bei etwa 5 Prozent [Neville et al. 2009], steigt jedoch mit Dauer des Bestehens an. Es kommt dann zu einer kurzfristigen Größenzunahme eines lange vorbestehenden Tumors.

Weitere seltene Differentialdiagnosen von Gaumenschwellungen umfassen Weichgewebstumoren wie etwa Fibrome, Lipome, Neurofibrome oder auch Lymphome [Dhanuthai et al. 2009 b].

Entscheidend für die Diagnostik ist die Inzisionsbiopsie mit histopathologischer Begutachtung. Weiterführende Bildgebungen (CT, MRT) dienen vor allem der präoperativen Darstellung der Befundausdehnung. Bei begründetem Malignitätsverdacht sollte ein onkologisches Staging zur Detektion möglicher Regional- und Fernmetastasen eingeleitet werden.

Bei der von den Kollegen initial vermuteten „Speichelzyste“ handelt es sich um eine Extravasationszyste (Synonym: Mukozele), die durch eine Verletzung der kleinen Speichel-

gänge mit Mucin-Austritt in umgebendes Weichgewebe entsteht. Klinisch erscheint sie als bis zu 2 cm große kugelige, bläulich-glasig schimmernde, fluktuierende Mucosa-Schwellung. Prädilektionsstelle ist mit einer Häufigkeit von etwa 80 Prozent die Unterlippe, während Mukozelen des Gaumens sehr selten (rund 1 Prozent) sind. Klinisch können die Läsionen ein Wachstum von wenigen Tagen bis zu mehreren Jahren aufweisen, häufig berichten die Patienten jedoch über rezidivierende Schwellungen mit Rupturen und Flüssigkeitsaustritt [Neville et al. 2009].

Die Therapie eines benignen Speicheldrüsentumors besteht wie im Fall beschrieben in der Exzision der Läsion mit geringem Sicherheitsabstand. Bei Malignomen kann eine Oberkieferresection mit Lymphknoten-dissektion notwendig werden [Clauser et al. 2004].

Dr. Dr. Tobias Ettl
 Dr. Dr. Martin Gosau
 Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Universität Regensburg
 Franz-Josef-Strauß-Allee 11
 93053 Regensburg
 martin.gosau@klinik.uni-regensburg.de

Dr. Katrin Kurz
 Institut für Pathologie
 Universität Regensburg
 Franz-Josef-Strauß-Allee 11
 93053 Regensburg

Fazit für die Praxis

- Persistierende Gaumenläsionen müssen biopsiert und einer histopathologischen Untersuchung zugeführt werden.
- Schwellungen im Bereich des Gaumens, insbesondere am Übergang von hartem zu weichem Gaumen können ihren Ursprung in den kleinen Speicheldrüsen haben.
- Das pleomorphe Adenom kann durch eine weiche Konsistenz zystische Veränderungen vortäuschen.
- Auch benigne Speicheldrüsentumoren, vor allem pleomorphe Adenome, können maligne transformieren.



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

Highlight beim Deutschen Zahnärztetag

TED entscheidet

Markus Schlee

Behandlungstechniken können erlernt werden. Schnelles und sicheres Einordnen klinischer Situationen und das Entwickeln eines adäquaten Therapieplanes sind jedoch die Königsdisziplinen in der Zahnmedizin. Welche Therapiealternativen gibt es? Welche Risiken gehen die Beteiligten bei welcher Therapievariante ein? Im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages am 13.11.2010 in Frankfurt am Main soll folgender Fall in höchster Videoqualität komplett durchdokumentiert präsentiert werden. Per TED-Abstimmung werden die Teilnehmer an jedem entscheidungsrelevanten Schritt über das weitere Behandlungsprozedere abstimmen. Hier nun die Ausgangssituation. Wie würden Sie entscheiden?

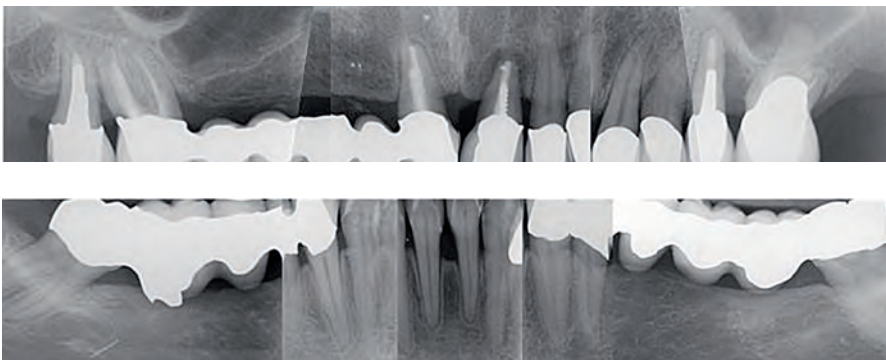


Abbildung 1: Röntgenstatus vom 14. Juli 2009

Gingiva seit der medikamentösen Begleittherapie einer Mastektomie nach Mama-CA im Jahr 2002.

Das Medikamentenregime gliedert sich wie folgt:

- Standardchemotherapie (drei Monate)
- Trastuzumab (Herceptin®, HERA-Studie, therapeutischer humanisierter monoklonaler Antikörper gegen den Wachstumsfaktorrezeptor HER2/neu) für zwei Jahre
- dann Letrozol (Femara®, Aromatasehemmer, blockieren die Umwandlung von Androgenen in Östrogene) zur Brustkrebs-Rezidivprophylaxe bis heute.

Anamnese

Die 48-jährige Patientin stellte sich am 14. Juli 2009 in der Praxis vor. Sie strebte eine prothetische Neuversorgung an, da sie immer wieder Probleme mit zervikaler Karies, rezidivierender Parodontitis, Rezessionen und nun lockeren Zähne habe. Sie vermutete, an einer Xerostomie zu leiden und beobachtete eine generalisierte Rötung der

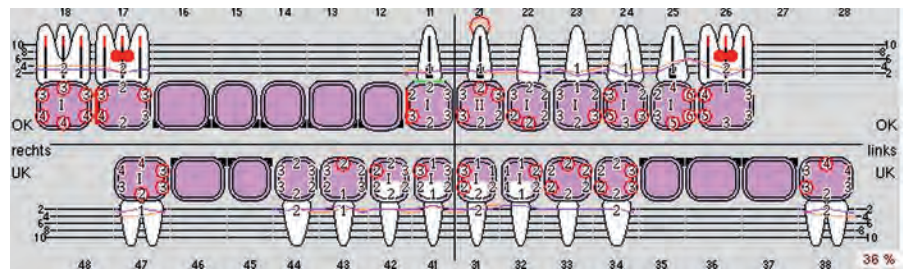


Abbildung 2: Grafische Darstellung des parodontalen Befundes vom 14. Juli 2009



Abbildung 3: Rezessionen im ersten Quadranten, positive Gewebsreaktion nach erster PZR



Abbildung 4: disharmonischer Gingivaverlauf und Metalltätowierung regio 12



Abbildung 5: Rezession regio 23

Des Weiteren leidet sie an einer Neurodermitis. Aus allgemeinmedizinischen Gründen will die Patientin jegliches gesundheitliche Risiko, das von Zähnen ausgeht, minimieren. Die Versorgung im Unterkiefer möchte sie, falls möglich, gerne erhalten, ihre ästhetischen Ansprüche sind hoch.

Befunde und Diagnosen

Die **Speichelfließrate** in Ruhe betrug 0,2 ml/min (Norm 0,3-0,4 ml/min), die stimulierte Speichelfließrate lag bei 0,22 ml/min und 1,1 ml/5min (Norm 2,0 ml/min) bei hoher Pufferkapazität. Damit ergab sich ein erhöhtes Kariesrisiko bei vorliegender Xerostomie. **Radiologisch** liegen folgende Diagnosen vor (Abbildung 1): Insuffiziente Wurzelfüllungen an 17, 18, 21, 26, Beherdung an 21, zervikale Karies an 11, 17, enge Wurzelproximität an 17, 18 und ein tiefer intra-alveolärer Knochendefekt an 25, 26.



Abbildung 6:
Dreh- und Kippstände
von Frontzähnen bei
vorhandener
Eckzahnführung

Der **parodontale Befund** ist in Abbildung 2 grafisch dargestellt. Die klinischen Fotografien (Abbildungen 3 bis 5) zeigen den Zustand nach der ersten professionellen Zahnreinigung.

Damit ergibt sich die Fragestellung:

Wie könnte eine unter allgemeinmedizinischen Kriterien sichere Versorgung ausse-

hen, die den Vorstellungen der Patientin in Bezug auf Ästhetik und Komfort entspricht?

Dr. Markus Schlee
Bayreuther Str. 39
91301 Forchheim

anmeldung@32schoenezaehne.de

Der besondere Fall – schwierig, aber doch gelöst



Wenn möglich, sollte sich die Zahnmedizinische Tätigkeit heute an evidenzbasierten Therapieleitlinien orientieren. Die beiden vorliegenden Praxisfälle verdeutlichen jedoch, dass es nicht für jede zahnärztliche Maßnahme wissenschaftlich fundierte Hintergrundinformation gibt.

Gerade im Bereich der sogenannten seltenen Erkrankungen müssen im Praxisalltag häufig Entscheidungen getroffen werden, die auf der Erfahrung des Behandlers aufbauen. Eventuell müssen sogar neue, bisher nicht erprobte klinische Verfahren zur Therapie eingesetzt werden. Gerade mit diesen individuell ausgerichteten Behandlungsmaßnahmen werden aber neue Erkenntnisse gewonnen, an denen sich andere Behandler orientieren können.

Wie geht man vor, wenn bei einem Kind überzählige Zähne vorhanden sind und aufgrund der Befunde nicht exakt abklärt kann, welche Zähne entfernt werden müssen? **Dr. Regina Doll** zeigt in dem dargestellten Fall eindrucksvoll, wie ein individuell adaptiertes chirurgisches Vorgehen kombiniert mit einer anschließenden kieferorthopädischen Behandlung zum Therapieerfolg führt.



Auch für diesen zm-Fortbildungsteil können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Die Fragen finden Sie bei www.zm-online.de unter Fortbildung.

Dr. Stefanie Feierabend stellt in dem zweiten Fall ein Therapieverfahren bei Zähnen mit Schmelzhypoplasien vor, mit dem ein neuer Weg durch die Anwendung moderner Materialien beschrrieben wird.

Hier besteht die Möglichkeit durch die Beobachtung zahlreicher, derartig behandelter Patienten eine gewisse wissenschaftliche Grundlage für eine Therapieempfehlung zu legen. Aber Resultate aus randomisierten, kontrollierten, prospektiven klinischen Stu-



dien als Grundlage für eine Therapieleitlinie mit hohem Evidenzlevel werden auch zukünftig sehr wahrscheinlich nicht generieren lassen.

So verdeutlichen beide Fälle, dass zahnärztliche Therapiemaßnahmen – selbstverständlich nach sorgfältiger Befundung und Aufklärung des Patienten- manchmal vom Behandler individuelle Entscheidungskraft erfordern, wenn man Erkrankungen mit geringer Prävalenz behandeln muss.



Foto: privat

Prof. Dr. Elmar Hellwig

**Verantwortlich für den
Fortbildungsteil:**

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

Ein besonderer Fall von Hyperdontie

Regina Doll, Peter Hofmann

Dentale Anomalien und speziell die Hyperdontie können im gesamten Gebiss auftreten und können die natürliche Zahn- und Gebissentwicklung beeinträchtigen. Sie tritt mit einer Häufigkeit von 0,2 bis 1 Prozent auf und häufiger bei Jungen als bei Mädchen. In den meisten Fällen handelt es sich um eine einzelne Zahnüberzahl dem sogenannten Mesiodens im Frontzahnbereich des Oberkiefers, der zwischen den beiden Inzisivi durchbricht. Generell ist bei überzähligen Zähnen die Entfernung die Therapie der Wahl.



Fotos: R. K. Doll

Abbildung 1: der Patient zu Beginn der Behandlung

Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen männlichen Patienten, geboren 1996, der erstmalig nach einem Frontzahntrauma im August 2000 in der Praxis erschien. Die Zähne 51 und 61 waren geringfügig perkussionsempfindlich und es war eine diskrete Sulkusblutung festzustellen.

Die Allgemeinanamnese des Patienten war unauffällig, die üblichen Kinderkrankheiten waren durchlebt, lediglich berichteten die Eltern über einen verzögerten Milchzahndurchbruch. Die Mundhygiene und die Ernährungslage waren unauffällig. Eine genetische Disposition in Bezug auf eine Hyperdontie liegt nicht vor. Der Patient stellt sich in regelmäßigen Abständen zur Kontrolle vor. Die Zähne 51 und 61 blieben auch bis zum Jahr 2004 reaktionslos. Im Jahr 2005



Abbildung 2: Ausgangssituation Orthopantomogramm: deutlich erkennbar der überzählige Schneidezahn

erschien der Patient erneut in der Praxis (Abbildung 1).

Bei eingehender Untersuchung der Mundhöhle zeigte sich ein kariesfreies Milchgebiss, jedoch waren die Zähne 52 bis 62 bereits verloren.

Allerdings zeigten sich die Zähne 12 bis 22 nicht im Durchbruch. Die Zähne 31 und 41 waren bereits durchgebrochen und die Zähne 32 und 42 befanden sich im Durchbruch, jedoch in linguale Position von 31 und 41. Auffällig war die extreme Kieferkammausdehnung in vestibulo-palatinale Dimension im Frontzahnbereich des Oberkiefers. Da der Patient mittlerweile neun Jahre alt war, wurde eine Röntgenaufnahme, ein Orthopantomogramm (OPG), zur Abklärung der Kieferrelation (Abbildung 2) angefertigt.

Das OPG zeigte eine regelrechte Zahnkeimanlage im Unterkiefer und in der Oberkieferseitenzahnregion. Lediglich die Oberkieferfrontzahnsituation zeigte Auffälligkeiten. Zahn 21 befand sich in Zahndurchbruchstellung, in regio 11 stellten sich zwei

Schneidezähne dar, wobei einer der Zähne cranial verlagert war. Außerdem ließ sich erahnen, dass palatinal noch ein zusätzlicher Zahn angelegt war.

Therapieplanung

Zur Abklärung der Situation war ein operativer Eingriff unumgänglich. Der operative Eingriff sollte aufgrund des Alters des Patienten in Intubationsnarkose erfolgen. Aus diesem Grund wurde der Patient vom Kinderarzt auf Narkosefähigkeit untersucht und es fand ein Vorgespräch mit einem Anästhesisten statt.

Klinisches Vorgehen

Es wurde ein Schnitt von Zahn 12 bis 23 auf dem Kieferkamm gelegt und die Schleimhaut abpräpariert (Abbildung 3). Wie schon auf dem OPG vermutet, konnte palatinal ein zusätzlicher Zahn dargestellt werden, der die Form eines Prämolaren hatte (Abbildung



Abbildung 3: operative Eröffnung der Region 12 bis 21. Zahn 12 befindet sich bereits im Durchbruch.

4). Nach der relativ problemlosen Entfernung des überzähligen Prämolaren musste nun eine Entscheidung getroffen werden, ob es sich bei dem zusätzlichen Inzisiven um einen überzähligen Zahn handelte, oder ob es vielleicht ein bereits auf dem Durchbruch befindlicher Schneidezahn war, der sich regulär einstellen würde. Um diese Entscheidung treffen zu können, war es notwendig, den weiter cranial liegenden Schneidezahn freizupräparieren und die mesiodistale Distanz der beiden Zähne zu vermessen und mit dem bereits im Durchbruch befindlichen Zahn 21 zu vergleichen.



Abbildung 8: die entfernten überzähligen Zähne



Abbildung 4: nach Eröffnung des Operationsgebietes. Die Situation zeigt einen palatinal liegenden überzähligen Prämolaren und einen nach mesial gedrehten zusätzlichen Inzisiven in regio 1.

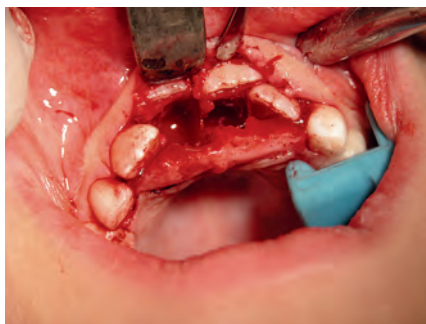


Abbildung 6: Situation nach Entfernung des überzähligen Inzisiven und Freilegung des Zahnes 11. Deutlich erkennbar: Die Größe des 11 entspricht der Größe von 21.

Außerdem musste die Schmelzbeschaffenheit des weiter cranial liegenden Zahnes beurteilt werden (Abbildung 5). Die Vermessung und der Vergleich mit Zahn 21 ergab, dass es sich bei dem cranial liegenden Zahn um den regulären Inzisiven handelte. Somit konnte der caudal liegende überzählige Zahn entfernt werden (Abbildung 6). Danach wurde der Kieferkamm digital komprimiert. Der Verschluss der Wunde erfolgte mit einfachen Knopfnähten. Um den Durchbruch für Zahn 22 zu erleich-



Abbildung 5: Situation nach Entfernung des überzähligen Prämolaren und Freilegung des cranial liegenden Zahnes 11



Abbildung 7: Operationssituation nach Naht

tern, wurde in der Region auf die Naht verzichtet (Abbildung 7).

In Abbildung 8 sind die beiden entfernten Zähne dargestellt. Der postoperative Verlauf war unauffällig. Der Patient erschien in regelmäßigen Abständen in der Praxis. Jedoch konnte drei Monate nach der OP immer noch kein Zahndurchbruch des Zahnes 11 festgestellt werden.

In einem zweiten Eingriff unter Lokalanästhesie wurde dann die Schleimhaut in regio 11 eröffnet, um den Zahndurchbruch zu

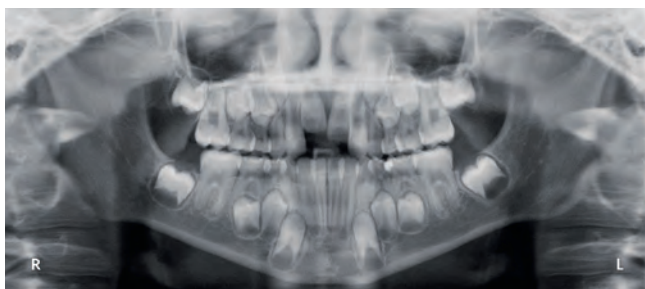


Abbildung 9: Orthopantomogramm nach Entfernung der überzähligen Zähne. Erkennbar ist, dass sich Zahn 11 nun auf dem regelrechten Durchbruchsweg befindet.



Abbildung 10: der Patient zum Zeitpunkt der Eingliederung der Dehnplatten

beschleunigen. Gleichzeitig wurde eine Resektion des Lippenbändchen durchgeführt.

Eine weitere Röntgenaufnahme wurde angefertigt (Abbildung 9). Sie zeigte einen mittlerweile regulären Zahndurchbruch der Oberkieferfrontzähne.

Der kleine Patient stellte sich im März 2006 erneut vor (Abbildung 10). Die Zähne 11 und 21 waren regelrecht durchgebrochen (Abbildung 11). Aufgrund des relativen Platzmangels und der Kieferrelationen wurden vom Ober- und Unterkiefer Abformungen angefertigt, um für die Kieferorthopädische Regulierung Dehnplatten herstellen zu können. Die Eingliederung der Dehnplatten erfolgten nach einer Woche mit der Anweisung, einmal wöchentlich zu dehnen (Abbildungen 12 bis 14).

Abbildungen 15 bis 18 zeigen die heutige Situation. Immer noch besteht ein Platzmangel. Mittlerweile sind alle Zähne durchgebrochen, weitere kieferorthopädische Regulierungsmaßnahmen sind in Planung.

Diskussion

Die Hyperdontie ist im **Milchgebiss** durchschnittlich bei 0,2 bis 1 Prozent der Kinder anzutreffen. Überzählige Zähne sind bei Jungen häufiger als bei Mädchen und überwiegend im Oberkiefer lokalisiert. Es sind



Abbildung 11: Situation vor Eingliederung der Dehnplatten. Der Durchbruch der Zähne 11 und 21 ist regelrecht erfolgt.

vor allem zusätzliche Schneidezähne, die meist unilateral lokalisiert sind und eine reguläre Zahnform aufweisen. Die Zahnüberzahl kommt im bleibenden Gebiss häufiger vor als im Milchgebiss. Exakte Prävalenzdaten sind schwierig zu gewinnen, da überzählige Zähne häufig durch Verlagerung oder aus Platzgründen nicht durchbrechen. Durch gegenseitige Behinderung von Zahnkeimen bei der Eruption kann eine Zahnüberzahl klinisch sogar als verminderte Zahnzahl erscheinen. Deshalb müssen Röntgen-Panoramaaufnahmen angefertigt werden, um die Zahnzahl beurteilen zu können. Dies führt dazu, dass Studienpopulationen meist aus dem selektierten Patientengut von Kliniken bestehen.

Im **permanenten Gebiss** findet man die Hyperdontie in rund 2,5 bis 3,5 Prozent und häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht, im Oberkiefer 8-mal so häufig wie im Unterkiefer. Bei rund der Hälfte aller überzähligen Zähne handelt es sich um einen Mesiodens. Er bricht in 75 Prozent der Fälle wegen Verlagerung nicht durch. Nach Mesiodentes stellen Paramolaren mit einer Morbidität von 0,1 Prozent und Distomolaren mit 0,1 bis 0,3 Prozent die häufigsten überzähligen Zähne dar.

Im Zusammenhang mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten wird Hyperdontie wesentlich häufiger beobachtet. Die Therapie sieht immer eine chirurgische Entfernung vor. Anomalien der Zahnzahl sind unbekannt. Es besteht aber die Annahme, dass sie auf



Abbildung 12: OK/UK-Situation nach Eingliederung der Dehnplatten

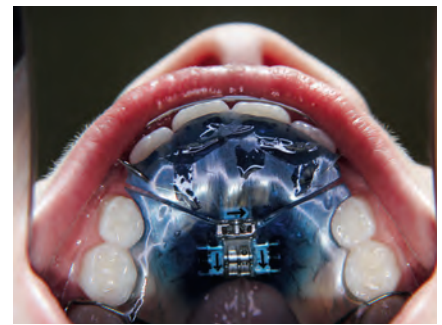


Abbildung 13: OK-Dehnplatte in situ



Abbildung 14: UK-Dehnplatte in situ

Störungen der Odontogenese durch Überbeziehungsweise Unterproduktion der Zahnleiste beruhen. Die Zahnüberzahl ist in der Regel mit Formanomalien verbunden.



Häufigkeit der Hyperdontie

Milchgebiss: 0,2 bis 2,0 Prozent

Bleibendes Gebiss: 0,1 bis 4,0 Prozent

Bevorzugt im OK: 80 bis 90 Prozent

Geschlechterverteilung:

Jungen: Mädchen 2:1

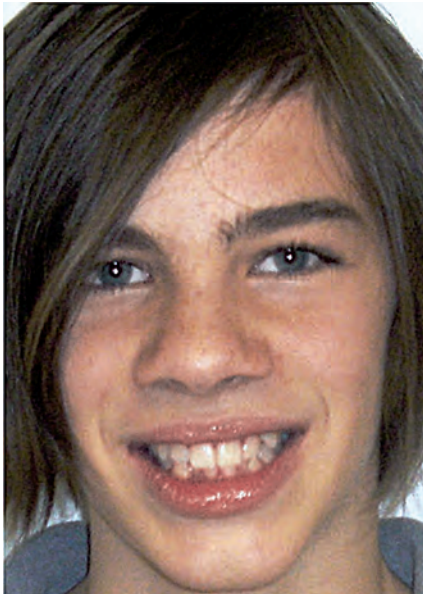


Abbildung 15: der Patient heute. Mittlerweile sind alle bleibenden Zähne durchgebrochen. Eine kieferorthopädische Regulierung mittels festsitzender Apparatur folgt.



Abbildungen 16 bis 18: orale Situation heute

Zu den Formen der Hyperdontie zählen:

■ **Mesiodens:** zapfenförmiger Zahn (Dens emboliformis), lokalisiert zwischen den oberen mittleren Schneidezähnen oder zwischen 1. und 2. Schneidezahn. Häufig bricht er durch Verlagerung und/oder aus Platzmangel nicht durch. Er kann bei genetischer Fixierung familiär gehäuft auftreten. Die operative Entfernung des retinierten Mesiodens ermöglicht in der Mehrzahl der Fälle die regelrechte Einstellung der permanenten Inzisivi.

■ **Paramolaren:** zusätzliche, meist im Oberkiefer zwischen den 1. und 2. oder 2. und 3. Permanenten Molaren lokalisierte, überwiegend einwurzelige Zähne.

■ **Distomolaren:** überzählige Zuwachszähne, die distal der 3. Molaren lokalisiert sind. Paramolaren und Distomolaren sind häufiger auch als zapfenförmige Zähne (Dentes emboliformis) angelegt. Durch ihre räumliche Anordnung können sie im Wurzelbereich mit den Molaren verwachsen (Dentes concreti). Wegen des erhöhten Kariesrisikos und aus kieferorthopädischen Gründen unterliegen sie der frühzeitigen Extraktion. Dabei ist die Gefahr der Verwachsung radiographisch in zwei Ebenen abzuklären.

■ **Kleidokraniale Dysplasie (Dysostosis cleidocranialis):** Krankheitsbild, bei dem es zu multiplen überzähligen Zahnanlagen kommt. Neben dem radiographischen

Nachweis der meist retinierten überzähligen Zahnanlagen ist ein Defekt der Schlüsselbeine typisch, der es Betroffenen ermöglicht, die Schultern so weit nach vorn zu führen, bis diese sich berühren.

Regina Doll und Peter Hofmann
Implantologische Zahnarztpraxis
Kinderzahnarztpraxis
Danziger Str. 3
78126 Königsfeld
dollhofmann@aol.com

zm Leser service

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



Regina Doll

1986 bis 1988 Ausbildung zur Zahntechnikerin, 1988 bis 1993 Studium der Zahnmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen, 1994 Approbation, seit 1997 selbstständig in eigener Praxis in Königsfeld im Schwarzwald, Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Paradontologie, 2007 Fortbildung zur Kinderzahnärztin, seit 2008 nebenberufliche Promotion an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, seit 2008 Tätigkeit als Unternehmensberaterin und Coach für Zahnarztpraxen und die Entwicklung von Marketingkonzepten für Zahnärzte

Labor-Kompositversorgungen bei einer sechsjährigen Patientin

Stefanie Feierabend, Karl Halbleib

Die vorliegende Falldarstellung zeigt eine non-invasive Behandlung zur qualitativ hochwertigen Versorgung einer heute siebenjährigen Patientin. Die junge Patientin leidet an einer Dentinogenesis imperfecta Typ II.



Entwicklungsbedingte Defekte der Zähne betreffen die Qualität (Hypomineralisation) oder die Quantität (Hypoplasie) der Zahnhartsubstanzen [Jälevik et al., 2000]. Ursachen für Störungen während der Bildung der Zahnhartsubstanzen können genetischen Ursprungs sein, wie zum Beispiel bei der Amelogenesis oder der Dentinogenesis imperfecta, und somit alle Zähne betreffen, oder zu verschiedenen Zeitpunkten während der Entwicklung hervorgerufen werden, so zum Beispiel bei der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) oder bei Turner-Zähnen, und dementsprechend nur einzelne Zähne betreffen [Pindborg, 1982; Jälevik et al., 2000].

Je jünger die Patienten sind, desto schwieriger stellt sich die zahnärztliche Behandlung dar. Fehlende Kooperation des Kindes sowie viele offene Fragen, was die bestmögliche und sinnvollste Versorgung ist [Willmott et al., 2008] sind dominierende Faktoren.

Falldarstellung

Im Winter 2007 stellte sich die damals fünfjährige Patientin mit ihrer Mutter in der Poliklinik für Zahnerhaltung in Würzburg mit dem Wunsch vor, die „hässlichen gelben Zähne“ schnellstmöglich zu behandeln, damit vor Schuleintritt die Hänseleien durch Gleichaltrige aufhören. Von einer funktionellen Einschränkung wurde nicht berichtet. Für das Mädchen war der Besuch in der Poliklinik der erste Zahnarztkontakt überhaupt. Die Mutter berichtete, dass zwei der Halbgeschwister ihrer Tochter (Kinder des Vaters) die gleichen „schlechten Zähne“ hätten. Bei ihnen habe man mit einer Versorgung bis zum Wachstumsabschluss gewartet. Da ihre Tochter aber unter den



Abbildung 1: klinischer Befund bei Erstvorstellung im Winter 2007

abfälligen Bemerkungen anderer Kinder im Kindergarten zu leiden habe, wünsche sie eine zeitnahe Versorgung. Der intraorale Befund zeigte ein stark abradiertes Milchgebiss (Abbildung 1), der Schmelz war fast vollständig von den Zähnen abgeplatzt und die Kauflächen waren plan. Extraoral war weniger eine verminderte Höhe des unteren Gesichtsdrittels als vielmehr das vermeintlich fehlende Lippenrot der Oberlippe auffällig. Auffälligkeiten

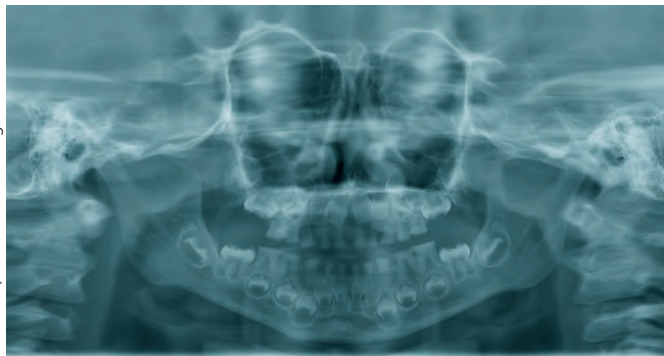


Abbildung 2: radiologischer Befund bei Erstvorstellung im Winter 2007: Auffallend sind vor allem das voluminöse Pulpakavum der noch nicht durchgebrochenen Zähne sowie die Obliteration desselben nach Durchbruch.

Foto: ZMK, Universität Würzburg



Abbildung 3: Oberkiefer-Aufsicht direkt vor dem Einsetzen der Komposit-Schalen

in der Anamnese wurden durch die Kinderärzte des Universitätsklinikums abgeklärt, in diesem Zusammenhang wurde eine Osteogenesis imperfecta assoziierte Dentinogenesis imperfecta ausgeschlossen, so dass es sich im vorliegenden Fall um eine Dentinogenesis imperfecta Typ II handelte.

Dies ist eine genetisch bedingte Erkrankung, die gewöhnlich autosomal dominant vererbt wird und beide Dentitionen betrifft. Zugrunde liegt ein Defekt des Dentin-Sialophosphoproteins (DSPP), das für die Bildung nicht-kollagener Proteine des Dentins verantwortlich ist. Klinisch ist die Zahnfarbe (gelb-



Abbildung 4: Unterkiefer-Aufsicht unmittelbar vor der Eingliederung: Das sehr kurze Zungenbändchen ist ein Nebenbefund, eine Durchtrennung zu einem späteren Zeitpunkt ist geplant.

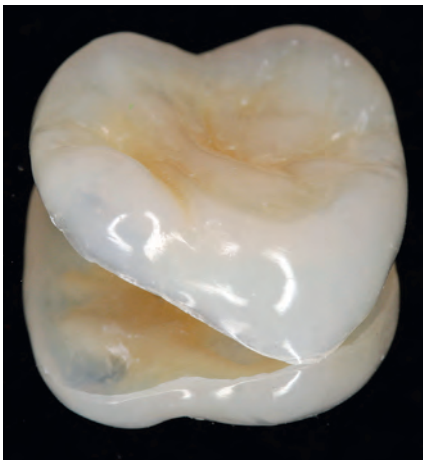


Abbildung 5: Kompositsschale: Die geringste Schichtstärke beträgt 0,3 mm.



Abbildung 6: Unterkiefer-Schalen vor dem Einsetzen auf dem Kontrollmodell

braun oder blau-grau) auffällig, nach Absplitterungen des Schmelzes kommt es zu einer sehr schnellen Attrition der Zähne [Schulte et al., 2007].

Das zu diesem Zeitpunkt angefertigte OPG (Abbildung 2) zeigte an den durchbrechen-

Abbildung 7: Die Irritationen beim Kieferschluss direkt nach der Eingliederung der Restaurationen sind deutlich zu erkennen.



den Sechsjahrmolaren die für diese Erkrankung typische Knollenform der klinischen Krone, das vor der Eruption noch vorhandene Pulpakavum sowie die (fast) vollständige Obliteration desselben nach dem Durchbruch der Milchmolaren.

Da bei der Erstvorstellung die Milchschneidezähne schon gelockert waren und ebenfalls der Durchbruch der Sechsjahrmolaren bevorstand, wurde die Therapie um einige Monate verschoben. Bedingt durch eine Erkrankung der Mutter entfielen die geplanten Kontrolltermine, so dass sich die Patientin erst über ein Jahr später erneut zur Untersuchung einfand. In der Zwischenzeit waren alle Sechsjahrmolaren durchgebrochen und von der typischen Schmelzabplatzung betroffen, allerdings noch ausschließlich im Bereich der Okklusalfächen. Zahn 21 war etwa zur Hälfte durchgebrochen, während sich 51 noch in situ befand, im Unterkiefer waren 31 und 41 durchgebrochen, 82 exfoliiert und 72 noch in situ (Abbildungen 3 und 4).

Therapieplanung

Primäres Ziel war die Erhaltung der durchbrechenden und teils schon geschädigten Zähne.

Da durch den fehlerhaften Verbund von Schmelz und Dentin jederzeit eine Abplatzung des Schmelzes stattfinden konnte, sollte der noch vorhandene und normal gebildete Schmelz in die Versorgung mit einbezogen werden. Eine Rekonstruktion der Okklusalfäche in der direkten Technik war alleine aufgrund der dafür notwendigen Zeit in Hinblick auf die Ausdauer



Abbildung 8: Oberkiefer-Aufsicht zwei Wochen nach dem Einsetzen der Kompositsschalen



Abbildung 9: Unterkiefer-Aufsicht zwei Wochen nach dem Einsetzen der Kompositsschalen

der Patientin nicht möglich. Ebenso erschien fraglich, ob damit ein funktionell zufriedenstellendes Ergebnis hätte erzielt werden können. Eine geringfügige Bisshebung war wünschenswert, um den Durchbruch der Frontzähne zu ermöglichen.

Da kaum Erfahrungen für laborgefertigte Versorgungen bei sehr jungen Patienten vorliegen, wurden zunächst Situationsmodelle erstellt. Die Modellanalyse ergab, dass eine vollständige Überkronung aller Flächen der Sechsjahrmolaren mit Komposit ohne Präparation mit einer Bisshebung von knapp drei Millimetern im Seitenzahnbereich bei mittelwertigem Einartikulieren aus konservierender und kieferorthopädischer Sicht die bestmögliche Versorgung darstellte.



Abbildung 10: Aufsicht auf die Cover-Denture-Prothese für den Unterkiefer: Der Prothesenzahn 85 musste aufgrund der Stellung des Zahnes 16 in mesio-distaler Länge verkürzt werden (siehe auch Abbildung 11).

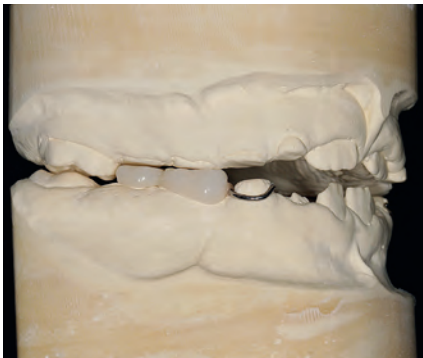


Abbildung 11: seitliche Ansicht der Modelle mit Prothese, 1. und 4. Quadrant

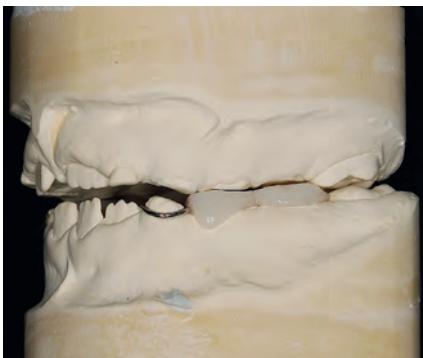


Abbildung 12: seitliche Ansicht der Modelle mit Prothese, 2. und 3. Quadrant

Klinisches Vorgehen

Die Abformung für die Herstellung der Meistermodelle erfolgte mit individuellen Löffeln und einem additionsvernetzenden Silikon. Die Modelle wurden aus Superhartgips erstellt und die zu versorgenden Zähne isoliert. Die räumliche Zuordnung

der Modelle erfolgte über eine einfache Bissnahme mit Wachs. Die Kronen, die eher die Form einer Schale besitzen (Abbildung 5), wurden aus einem Mikrofüller-Komposit (SR Adoro, Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) geschichtet. Dieses Komposit wird im zahntechnischen Labor ausschließlich für die Herstellung von Kronen, Brücken (mit und ohne Gerüst) und Verblendungen verwendet. Es hat einen Gewichtsanteil von 65 Prozent anorganischer Füllkörper, eine Biegefestigkeit von 120 bis 125 MPa sowie ein E-Modul von 7000 bis 7500 MPa.

Zwei Wochen nach der Abformung erfolgte die Eingliederung der Schalen. Da das Einprobieren keinen invasiven Vorgang darstellte, wurde

Abbildung 14: Frontalansicht nach Eingliederung der Komposit-Restaurationen und der Cover-Denture-Prothese: Zusätzlicher Halt der Prothese über zwei C-Klammern an den Milchzähnen.



es von der Patientin sehr gut akzeptiert. Eine zusätzliche Motivation erfolgte schon zu Beginn der Behandlung: Da die Patientin ihre Zähne und auch die „neuen Zähne“ auf dem Modell anschauen konnte (Abbildung 6), konnte sie erahnen, was in der anstehenden Sitzung passieren würde. Das Einprobieren nahm wenige Minuten in Anspruch, das Einsetzen selbst war in kurze Behandlungsintervalle gegliedert. Zum adhäsiven Verbund wurde ein Zwei-Flaschen-Adhäsivsystem in der etch-and-rinse-Technik (Optibond FL, KerrHawe SA, Bioggio, Schweiz, plus 37-prozentige Phosphorsäure) sowie ein dualhärtendes Komposit (Bifix, VoCo, Cuxhaven) verwendet. Das Einsetzen erfolgte aufgrund der Restaurationsform unter relativer Trockenlegung. Obwohl beim Einsetzen zum ersten Mal wirklich im Mund der Patientin gearbeitet wurde, tolerierte sie dies hervorragend.

Nach der Eingliederung zeigte die junge Patientin eine ausgeprägte Irritation beim Kieferschluss (Abbildungen 7 bis 9), so dass dieser zunächst als nicht reproduzierbar eingestuft und eine definitive Okklusionskontrolle auf den geplanten Recalltermin zwei Wochen später verschoben wurde.



Abbildung 13: klinische Ansicht mit Prothese

An diesem Termin berichtete die Mutter von der oben erwähnten Irritation, die aber nur einen Tag angehalten habe. Danach habe ihre Tochter mit Freude wieder gegessen. Auch das Sprechen oder Schlucken sei ihr nicht schwergefallen. Klinisch hatte sich die Situation so eingestellt wie im Artikulator simuliert. Eine Korrektur der statischen und dynamischen Okklusion war somit nicht notwendig. Auffallend war die nun sehr schnelle Eruption der übrigen Schneidezähne. Um einer ausgeprägten Intrusion der Sechsjahrmolaren sowie einer Zungenfehlfunktion durch die Non-Okklusion der Milchmolaren zu begegnen, wurden erneut Situationsmodelle erstellt. Da trotz der deutlichen Bisshebung nicht ausreichend Platz für eine Cover-Denture-Prothese in Ober- und Unterkiefer als Ersatz der klinischen Milchzahnkronen möglich war, wurde in diesem Fall der Unterkiefer wegen



Abbildung 15: Beispiel für eine Komposit-Laborrestauration bei MIH: Ausgangsbefund vor 2,5 Jahren, die okklusale-distale Kompositfüllung war verloren gegangen, zusätzliche Fraktur der palatinalen Höcker



Abbildung 16: klinische Situation direkt nach dem Einsetzen: Bisher ist die Situation unverändert.

der grazileren Gestaltungsmöglichkeiten gewählt (Abbildungen 10 bis 12). Die Eingliederung erfolgte drei Wochen später (Abbildung 13).

Der Zahnersatz bestand aus zwei Sätteln mit linguale Extension sowie einem Sublingualbügel. Die Okklusalfächen der verwendeten Prothesenzähne wurden abgeflacht, um eine bessere Kontaktsituation zum Oberkiefer herzustellen. Zur zusätzlichen Verankerung wurden zwei C-Klammern an den Milch Eckzähnen angebracht (Abbildung 14).

Die hier beschriebene Versorgung ist inzwischen seit über 18 Monaten in situ. Sie

ist exemplarisch für die Restaurationen unterschiedlicher Strukturanomalien, die inzwischen nach diesem Konzept behandelt wurden.

Nachfolgend sind weitere Indikationen sowie klinische und wissenschaftliche Aspekte zu dieser Thematik erläutert.

Epikrise

Nach den ersten positiven Erfahrungen mit Komposit-Laborversorgungen [Vitkov et al., 2006] bei jungen Patienten sowie einzelnen ähnlichen Fallberichten [Delgado et al., 2008; Harley et al., 1993; Hunter et al., 1997; Sengun et al., 2002; Stines, 2008] wurde die Indikation auf folgende Krankheitsbilder ausgedehnt: Amelogenesis imperfecta, Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation, Hypoplasien bei einem Frühgeborenen, Hypoplasien unbekannter Genese, Aufbau persistierender Milchzähne und Erosionen.

Die ältesten Arbeiten von uns eingegliedert Restaurationen sind nun drei Jahre in situ (Abbildungen 15 und 16), die neueste seit drei Monaten (Abbildungen 17 und 18). Außer einer kleinflächigen Chipfraktur, die mittels direkter Technik sofort repariert werden konnte, gab es bisher keine Misserfolge. Da diese Technik aber besonders bei sehr jungen Patienten angewendet wurde, bleibt abzuwarten, ob der Wunsch der einmaligen Behandlung eines einzelnen Zahnes bis zum Wachstumsabschluss zu erfüllen ist.

Da die behandelten Erkrankungen eine geringe Prävalenz und die strukturellen Veränderungen die unterschiedlichsten Ausprägungen zeigen, gibt es zu Indikationsstellung und Erfolg der Behandlung wenig Datenmaterial. Eine für die heutigen Qualitätsstandards ausreichend große Studienpopulation lässt sich nur durch große und dementsprechend teure Multicenter-Studien rekrutieren [Volz-Zang, 2006]. Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Aspekt ist die häufige Sorge der Eltern, mit ihrem Kind könne experimentiert werden [Genshtaler, 2004] Für Erkrankungen wie die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation gibt es inzwischen erste Daten zum Einsatz geeigneter Restaurationsmaterialien sowie

Alle Fotos: S. Feierabend



Abbildung 17: hypoplastische Amelogenesis imperfecta bei einem 12-jährigen Mädchen: Exemplarisch dargestellt ist die Versorgung des Zahnes 46.

der Häufigkeit notwendiger Zahnarztbesuche [Lygidakis et al., 2003; Fayle, 2003; Mejäre et al., 2005; Jälevik et al., 2002]. Aber auch hier wurden nur direkte Techniken evaluiert.

In vielen Fallberichten wird die Behandlung älterer Jugendlicher beschrieben, bei denen weder das Wachstum noch die Compliance eine derart große Rolle spielen wie bei wesentlich jüngeren Patienten. Auf der anderen Seite gibt es zunehmend Berichte über das immer frühere Auftreten der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation auch schon im Milchgebiss [Elfrink et al., 2008]. Der Behandlungsbedarf bei jüngeren Patienten wird daher sicherlich steigen.



Abbildung 18: Klinische Situation nach Eingliederung der Komposit-Krone an Zahn 46

Fundiertes Wissen über den adhäsiven Verbund von Restaurationsmaterialien an den hypoplastischen/hypomineralisierten Zahnhartsubstanzen fehlt für beide Dentitionen [William et al., 2006a; William et al., 2006b; Venezia et al., 1994; Saroglu et al., 2006]. Eine Weiter- oder Neuentwicklung von Therapieoptionen ist dementsprechend dringend notwendig.

Mit Keramik- oder Gussrestaurationen wurde bisher meist bis zum Abschluss des Wachstums beziehungsweise bis zum vollständigen Durchbruch gewartet [Daly et al., 2009]. Es wurde bisher meist empfohlen, die Zähne nicht vorher zu behandeln, um

den physiologischen Durchbruch und die Einstellung während der Wechselgebissphasen nicht zu behindern. Vergleichende Daten gibt es aber nicht. Kompositrestaurationen können jederzeit erweitert, repariert oder reduziert werden. Sie zeigen im Gegensatz zu den anderen Laborarbeiten eine deutlichere Abrasionstendenz und stehen daher der korrekten Einstellung eines Zahnes nicht im Weg.

Betrachtet man die notwendigen Faktoren

- non- oder minimal-invasive Behandlung
- kurze und unkomplizierte Behandlungszeiten

- Reparatur-/Erweiterungsfähigkeit

- Funktionalität

- Ästhetik,

so erfüllt die vorgestellte Versorgung alle Kriterien. Die Langlebigkeit kann bisher nicht abschließend beurteilt werden, auch wenn die bisherigen Ergebnisse vielversprechend sind.

Dr. med. dent. Stefanie Feierabend

*Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg
stefanie.feierabend@uniklinik-freiburg.de*

Karl Halbleib, Zahntechniker

*Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Pleicherwall 2
97070 Würzburg*

*N.I.C.E. Zahntechnik
Humboldtstr. 24
97209 Veitshöchheim
k.halbleib@gmx.de
www.nice-zahntechnik.de*

Dr. Stefanie Feierabend

*2000 bis 2005 Studium in Münster
2005 bis 2007 Wiss. Mitarb. in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universitätszahnklinik Würzburg
2006 Promotion
2007 bis 2010 Übernahme des Funktionsbereichs Kinderzahnheilkunde in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie in Würzburg, OÄ in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie Würzburg
seit 2010 Wiss. Mitarb. in der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*



Foto: privat

zm Leser service

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

Wissenschaftliche Mitteilung des Arbeitskreises Epidemiologie und Public Health (AKEPH) DGZMK

Ziele und Methoden der epidemiologischen Erfassung oraler Erkrankungen

Vorliegende wissenschaftliche Mitteilung des Arbeitskreises Epidemiologie und Public Health (AKEPH) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wurde bereits in der dzz 9/2010 veröffentlicht und erscheint hier mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzteverlags.



Foto: Kurhanj/Fotolia

Groß angelegte Studien werden gründlich geprüft, ob sie wirklich evidenzbasiert sind.

1. Präambel

Mittels epidemiologischer Studien werden Daten über die Häufigkeit, Schwere und Verteilung von Erkrankungen in Populationen oder in definierten Bevölkerungsgruppen erhoben. Epidemiologische Untersuchungen haben primär einen beobachtenden Charakter [4]. Durch wiederholte Datenerhebungen oder im Zusammenhang mit weiteren geeigneten Parametern können Feststellungen zu Veränderungen der Häufigkeit oder Schwere der Befunde wie auch zu den hiermit verbundenen Ursachen getroffen werden. Die orale Epidemiologie ermöglicht die Beurteilung von präventiven und therapeutischen Interventionen und kann als Grundlage von Kosten-Nutzen-Analysen dienen. Mithin kommt der Epidemiologie im medizinischen wie auch im gesundheitspoliti-

schen Kontext hohe Bedeutung zu. Dieser Bedeutung entsprechend sind an die Durchführung epidemiologischer Studien hohe methodische sowie qualitätssichernde Forderungen zu knüpfen. Die vorliegende wissenschaftliche Mitteilung des Arbeitskreises Epidemiologie und Public Health (AKEPH) in der DGZMK fasst diese Forderungen zusammen und orientiert sich dabei an Vorgaben der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie zur Guten Epidemiologischen Praxis (GEP) [4]. Zudem trägt sie grundsätzliche methodische Aspekte oralepidemiologischer Forschung zusammen und enthält konkrete Hinweise zur epidemiologischen Erfassung von Karies und Parodontitis als wichtiger, exemplarisch herausgegriffener oraler Erkrankungen. Damit soll die Wissenschaftliche Mitteilung einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Epidemiologie oraler Erkrankungen liefern. Der

Arbeitskreis beabsichtigt, in später folgenden Ausführungen entsprechende Hinweise zu Zielen und Methoden der epidemiologischen Erfassung weiterer oraler Erkrankungen wie Zahnstellungs- und Bisslageanomalien, Mundschleimhautveränderungen oder auch kranio-mandibuläre Dysfunktionen zu veröffentlichen.

2. Grundsätze epidemiologischer Studien

Planung, Durchführung, Auswertung und Interpretation epidemiologischer Studien haben eine Reihe verschiedener Anforderungen zu erfüllen. Diese sind in einer Stellungnahme der Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE) in einem Konsensus-Verfahren vieler beteiligter Fachgesellschaften erarbeitet worden [4]. Epidemiologische Untersuchungen müssen im Einklang mit Prinzipien der Ethik und des Datenschutzes [15] durchgeführt werden. Die Forschungsfrage ist explizit zu formulieren, da sich aus ihr Studiendesign und Erhebungsinstrumente, aber auch der Zeit- und Kostenrahmen der geplanten Untersuchung ableiten lassen. Dabei wird eine klare Abgrenzung von konfirmatorischen Studien, denen vor Beginn der Studie formulierte Hypothesen zugrunde liegen, und explorativen Fragestellungen empfohlen, welche die Prüfung nicht zuvor definierter Hypothesen beinhalten (Sekundäranalyse). Ein detaillierter und verbindlicher Studienplan mit Festlegung der Fragestellung und

der Arbeitshypothesen, des Studientyps, der Studienpopulation mitsamt Fallzahlab-schätzung und deren Rekrutierung, des Studienumfanga, der Zielvariablen, der Auswertungsstrategie sowie eines Zeitplans mit Festlegung der Verantwortlichkeiten ist zu erstellen [4, 13]. Ein- und Ausschlusskriterien sollen im Vorwege definiert und begründet werden. Empfohlen wird weiter eine Dokumentation von Gründen für die Nichtteilnahme oder den Abbruch der Studienteilnahme, um einen möglichen Selektionsbias auf Grund des Non-Responses abschätzen zu können.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung schließen die Schulung der an der Datenerhebung beteiligten Personen vor Beginn der Feldarbeitsphase ein. Für die Erhebung ist ihnen ein Erhebungshandbuch mit allen für die Datenerhebung erforderlichen Angaben zur Verfügung zu stellen.

Für die Befunddokumentation und -haltung ist vorab ein umfassendes Konzept zu erstellen. Die Überführung der erhobenen Daten in eine Datenbank soll zeitnah erfolgen. Auch die Auswertung der Daten soll nach einem zuvor erstellten Analyseplan zügig erfolgen. Mit Ausnahme von Längsschnittstudien soll die Auswertung jedoch erst nach Abschluss der Datenerhebung erfolgen.

Für umfangreichere epidemiologische Studien sind die vertraglichen Rahmenbedingungen schriftlich mit allen Kooperationspartnern zu vereinbaren. Dabei sollten unter anderem organisatorische, finanzielle, qualitätssichernde, methodische, rechtliche sowie publikationsrelevante Punkte bedacht werden. Aspekte der Unabhängigkeit der Forschung sowie das Recht auf Publikation der Studienergebnisse sollen berücksichtigt werden. Die Interpretation der Forschungsergebnisse einer epidemiologischen Studie ist originäre Aufgabe des wissenschaftlich verantwortlichen Leiters und der Autoren der jeweiligen Publikation. Ergeben sich aus den Forschungsergebnissen Konsequenzen von öffentlichem Interesse und Public Health-Belangen, so sollen diese explizit formuliert werden. Die Kommunikation muss für Nicht-Epidemiologen verständlich erfolgen.

3. Zur Methodik oral-epidemiologischer Studien

Untersuchungen zur Epidemiologie oraler Erkrankungen werden durchgeführt, um die Häufigkeit, Schwere und Verteilung oraler Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung oder in einzelnen Bevölkerungsgruppen festzustellen und in der Regel in geeigneten Indexsystemen abzubilden. Diese Aspekte werden als „deskriptive Epidemiologie“ erfasst. Die Verknüpfung von epidemiologischen Instrumenten und Daten mit Faktoren, denen eine Rolle bei der Erkrankungs-

heits- und Versorgungsforschung eine zunehmend wichtige Rolle.

Zur Qualitätssicherung in der oralen Epidemiologie sind Maßnahmen der Realibilitätsüberprüfung (Kalibrierung der Untersucher, Doppeluntersuchungen zur Feststellung intra- und inter-individueller Abweichungen) durchzuführen, welche der validen Erfassung von oralen Erkrankungs- und Versorgungsständen dienen. Angaben zum Stichprobenaufbau und ein Protokoll der Stichprobenausschöpfung können dazu beitragen, die Interpretation der Studienergebnisse abzusichern.



Kariesfreie Gebisse sind auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den vergangenen Jahren häufiger anzufinden.

entstehung oder -prävention zukommen kann, liefert Kenntnisse über die Erkrankungsätiologie („analytische Epidemiologie“). Schließlich werden die Instrumente der Epidemiologie in wissenschaftlichen Studien über die Effekte gezielter Maßnahmen zur Eindämmung oder Prävention oraler Erkrankungen angewandt („experimentelle“ oder „interventionelle Epidemiologie“).

Aus den Daten über Erkrankungsprävalenzen sind unmittelbar Fakten zur medizinischen Versorgung und zum Versorgungsbedarf ableitbar, und es können Kosten-Wirk-samkeit- oder Kosten-Nutzen-Analysen betrieben werden. Damit erhält die orale Epidemiologie auch als Basis der Gesund-

Wichtige Parameter zur Charakterisierung der untersuchten Bevölkerungskohorte sind das Geschlecht, das Alter, die geografische Zuordnung und der Sozialstatus der Untersuchten. Bei der Durchführung von klinischen Studien (analytisch-epidemiologischen Studien) müssen zusätzliche Faktoren wie Gewohnheiten der Probanden (z. B. Mundhygiene und Ernährung) sowie soziodemographische oder kognitive Parameter berücksichtigt werden, um relevante Ergebnisse zu erhalten.

3.1 Karies

Die Kariesepidemiologie trifft deskriptive Aussagen über die Kariesprävalenz, es werden Veränderungen der Kariesprävalenz oder der Schwere der Erkrankung beurteilt,

und es werden Daten über die Karies in speziellen Alters- oder Bevölkerungsgruppen geliefert. Prävalenzdaten werden in der Regel über Querschnittsstudien gewonnen. Die analytische wie auch die experimentelle Kariesepidemiologie untersuchen das Vorkommen von Karies in Abhängigkeit verschiedener Parameter wie zum Beispiel der Ernährung, der Mundhygienemaßnahmen oder Fluoridanwendungen.

Die Kariesbefunde im Kronenbereich werden im Allgemeinen nur visuell und keinesfalls durch Sondieren mit einer spitzen Sonde erhoben [32]. Es können mehrere Stadien von Initialläsionen und kariösen Kavitäten registriert werden. Das in der Kariologie am meisten gebräuchliche und seit Langem etablierte Erfassungsinstrument ist der DMF-Index [21]. Der Index kann zahnbezogen (-T) oder zahnflächenbezogen (-S) erfasst werden. Er stellt eine Summation kariös erkrankter sowie kariesbedingt gefüllter oder extrahierter Zähne beziehungsweise Zahnflächen dar und ermöglicht eine Beschreibung des Erkrankungsumfanges. Aufgrund seiner weit verbreiteten Anwendung werden vergleichende Betrachtungen zumeist auf Grundlage des DMFT-Indexes erstellt.

Epidemiologische Befunde für die erste Dentition werden – in kleinen Buchstaben – als dmft- beziehungsweise dmfs-Index angegeben. Die epidemiologische Erfassung der Kariesprävalenz bei Kindern erfolgt in der Regel getrennt für die erste oder die bleibende Dentition. Für verschiedene Fragestellungen kann jedoch auch die Angabe der gesamten Karieserfahrung (dmft + DMFT beziehungsweise dmfs + DMFS) angezeigt sein.

Kariöse Läsionen entstehen auffällig häufig in umschriebenen Phasen nach Durchbruch der ersten Dentition sowie der bleibenden Molaren in die Mundhöhle [7]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berücksichtigt diese Risikoverteilung mit der Empfehlung, kariesepidemiologische Daten für 5-, 12- und 15-Jährige zu erheben. Als weitere Altersgruppen zur Ermittlung der Karies-

prävalenz werden die 35- bis 44-jährigen Erwachsenen sowie die 65- bis 74-jährigen Senioren genannt.

Für internationale Vergleiche eignet sich laut WHO [32] die Gruppe der 12-Jährigen am besten, da sie in den meisten Ländern über die Schulsysteme einfach erreicht werden können. Bei Erfassung 15-jähriger Jugendlicher steht auch der zweite Molar bereits längere Zeit in der Mundhöhle.

Neben der Kronenkaries stellt die Registrierung der Wurzelkaries ein epidemiologisches Forschungsfeld dar, das im Zuge des



Die einer manifesten Karies mit Dentinbeteiligung vorausgehenden Erkrankungsstadien werden durch epidemiologische Untersuchungen oft nicht erfasst.

demographischen Wandels in den industrialisierten Ländern zunehmende Bedeutung erlangt. Voraussetzung für eine Wurzelkaries ist, dass Teile der Wurzeloberfläche frei von der Gingivabedeckung sind. An den freiliegenden Wurzeloberflächen werden kariöse Läsionen und Füllungen, zahn- oder zahnflächenbezogen, registriert. Eine grobe Erfassung benennt den Anteil an Personen, der mindestens eine Zahnwurzel mit Karieserfahrung aufweist. Genauere Betrachtungen addieren die Anzahl von Wurzelkaries

betroffener oder wegen Karies gefüllter Wurzeloberflächen und setzen sie in Beziehung zur Zahl freiliegender Wurzeloberflächen [19].

3.2 Parodontitis

Die Parodontalepidemiologie liefert einerseits deskriptive Daten zur Parodontitisprävalenz in definierten Populationen und andererseits analytische Daten (Risikofaktoren) für die Forschungsanstrengungen zur Parodontitisätiologie. Im Hinblick auf die Notwendigkeit eindeutiger Ergebnisinterpretationen steht die Frage einer klaren Fall-

definition im Vordergrund. Die Parodontalepidemiologie verfügt aber gegenwärtig über keine international konsentrierte Falldefinition [14], so dass epidemiologische Befunde zur Parodontitislast häufig nur mit eingeschränkter Aussagekraft interpretiert und methodisch häufig nicht direkt miteinander verglichen werden können. Es ist also notwendig, die vollzogenen Dokumentationsentscheidungen von Parodontalbefunden dezidiert kritisch zur Kenntnis zu nehmen, um klinischen und sozialmedizinischen Fehlinterpretationen vorzubeugen.

Die Parodontalepidemiologie hat in der Vergangenheit vor allem auf zwei klinische Parameter abgestellt, nämlich die Attachmentverluste (Clinical Attachment Loss, CAL) und die Sondierungstiefen (Probing Depth, PD), wobei in der Regel nur einer der beiden Parameter bei der Studiendurchführung in Anschlag kam. Erst jüngst wurde in der internationalen Parodontologie ein neues Klassifikationsmodell für die epidemiologische Forschung vorgeschlagen, das die gemessenen Befunde zu CAL und PD jeweils miteinander verknüpft [27].

Die Parodontalepidemiologie hat sich in ihren empirischen Erhebungen prioritär auf die Erkrankungseinheit der „chronischen Parodontitis“ eingestellt, so dass regelhaft Untersuchungen erwachsener Personen im Zentrum der Dokumentation stehen. Hier hat sich bewährt, gemäß der Kohortenvorschläge der WHO [32] die Alterskohorte der 35- bis 44-jährigen für das jüngere Erwachsenenalter und die Alterskohorte der 65- bis

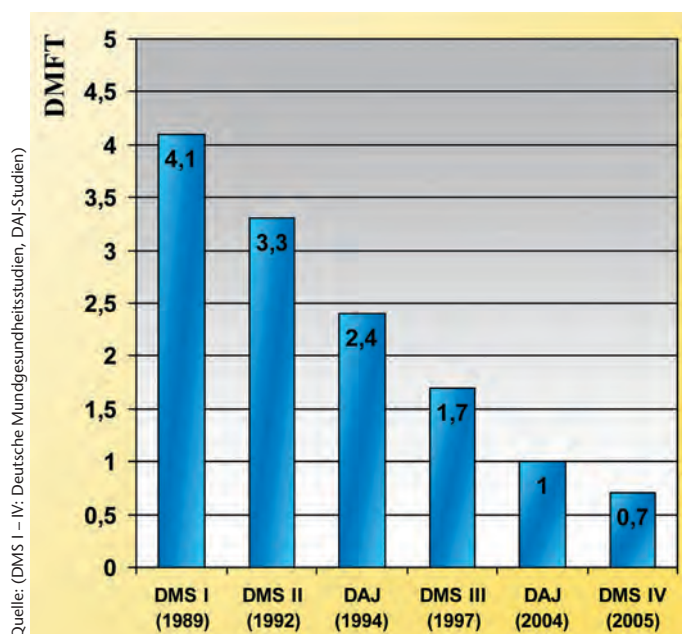
74-jährigen für das höhere Erwachsenenalter (Senioren) in Anschlag zu bringen. Eine klare Altersbegrenzung bei dem Vergleich parodontaler Befunde aus verschiedenen Studien ist methodisch von großer Bedeutung, da die Parodontitis stark altersassoziiert auftritt; entsprechend muss die Alterszugehörigkeit als möglicher Confounder bei der Interpretation parodontalepidemiologischer Befunde vermieden werden.

Die Parodontalepidemiologie wird zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen, da

- durch den zunehmenden Zahnerhalt in der Bevölkerung mehr Zähne „at risk“ für parodontale Destruktionen stehen werden,
- durch die Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Allgemeinerkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und mehr) und Parodontitis das medizinische und gesundheitspolitische Interesse an entsprechender Forschung zu nehmen wird,

- durch den demographischen Wandel mit der erheblichen Zunahme älterer und alter Menschen (absolut und relativ an der Gesamtbevölkerung) das parodontale Erkrankungsrisiko demographiebedingt eher ansteigen dürfte und

- aufgrund bestehender Unterversorgungen in der Bevölkerung mit parodontologischen Dienstleistungen der Wunsch nach



In den vergangenen Jahren konnte bei zwölfjährigen Kindern in Deutschland ein starker Kariesrückgang dokumentiert werden

Evaluationen und Zielgruppenanalysen ein verstärktes Public Health-Anliegen auslösen dürfte.

3.3 Sozialwissenschaftliche Fragekonzepte

Erhebungen zur Epidemiologie oraler Erkrankungen werden in der Regel als sozial-epidemiologische Studien geplant und durchgeführt, um zusätzlich zu den klinisch-zahnmedizinischen Variablen auch ausgewählte sozialwissenschaftliche Informationen zu erzeugen, mit deren Hilfe das orale

Morbiditätsgeschehen vertieft beschrieben und/oder erklärt werden kann. Diese sozialwissenschaftlichen Informationen werden dabei typischerweise über Frageinstrumente mündlicher oder schriftlicher Art generiert und umfassen meistens sowohl soziodemographische Strukturinformationen als auch Einstellungs- und Verhaltensinformationen der definierten Probandenpopulation(en).

Die inhaltliche Anlage einer Erhebung zur

Epidemiologie oraler Erkrankungen verlangt dementsprechend auch große Sorgfalt und Klarheit bei der Entwicklung und Auswahl der einzusetzenden sozialwissenschaftlichen Konstruktionen. Speziell im Hinblick auf die Soziodemographie existiert in Deutschland eine umfangreiche Forschung, auf deren Ergebnisse unbedingt auch bei der eigenen

sollte konsequent auf die Grundregeln der qualitativen Sozialforschung zurückgegriffen werden [12].

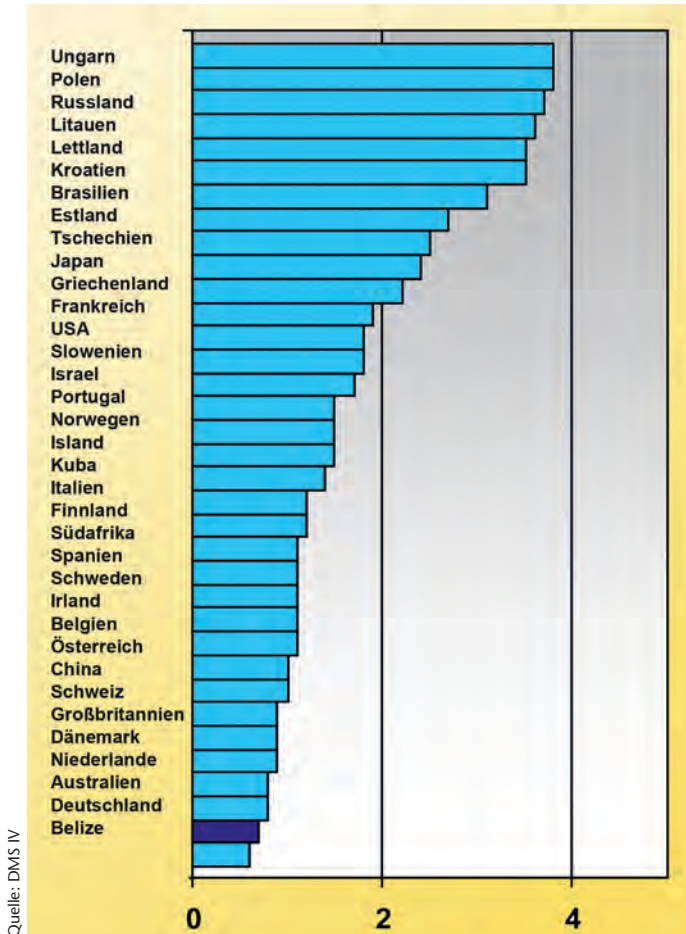
3.4 Public Health-Belange

Zur Planung neuer und Evaluierung eingeführter Maßnahmen der zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung sind Fragestellungen der Versorgungsforschung und Daten

[31]. Unter Einbeziehung soziodemografischer Informationen bei der Durchführung epidemiologischer Studien lassen sich Aussagen über die adäquate Ausrichtung von Mundgesundheitsprogrammen treffen.

Für die Zahnkaries wurden zur Beantwortung spezieller Public Health-Fragestellungen unterschiedliche Indizes vorgeschlagen. Unter Aspekten der kommunalen Gesundheitsplanung kann der DMF-Index allenfalls einen hinweisenden Charakter haben. Zur Planung und Implementierung zahnärztlicher Versorgungssysteme ist er kaum geeignet, weil die D-Komponente ohne weitere Differenzierung keinen Hinweis auf den Schweregrad und die Kariesprogression gibt. Der PUFA-Index hingegen wurde entwickelt, um zusätzlich zur Kariesbefundung eine Einschätzung der klinischen Konsequenzen unbehandelter Karies machen und damit den Umfang der Behandlungsnotwendigkeit abschätzen zu können [25]. Dabei bedeuten die Komponenten (P) = Pulpabeteiligung, (U) = Ulzeration, (F) = Fistelung und (A) = Abszess. Der Index eignet sich besonders für Regionen mit fehlender zahnmedizinischer Infrastruktur, in denen auf kommunaler Ebene die erforderlichen Behandlungselemente der Karies- und Kariesfolgentherapie (Bedarf an Restaurationen, Endodontie, zahnärztlicher Chirurgie) zusammenzustellen sind. Der FST-Index hingegen stellt auf die Funktionstüchtigkeit des Gebisses ab [30]. Mit diesem Index wird die Anzahl der gefüllten (F) und der gesunden (S, engl.: sound) Zähne (T) erfasst.

Epidemiologische Angaben zur totalen Zahnlosigkeit in Bevölkerungsgruppen haben ihren Stellenwert bei Public Health-Belangen. Sie zeigen als härtestes Kriterium, inwiefern zahnmedizinische Gesundheitsprogramme letztendlich effektiv sind. Sie sind besonders interessant, wenn man berücksichtigt, dass jede Ausweitung der Betreuung, auch die der präventiv orientierten, immer mit personellen Konsequenzen verbunden ist. Dabei ist gerade die Versorgungsdichte mit professionellem Personal – zumindest in der Vergangenheit – eindeutig assoziiert gewesen mit der Prävalenz der totalen Zahnlosigkeit [2].



Quelle: DMS IV

Standardisierte epidemiologische Erhebungskriterien ermöglichen die Vergleichbarkeit verschiedener Studien. Hier: Darstellung international erhobener DMFT-Werte bei 12-jährigen Kindern

Studienplanung zurückgegriffen werden sollte. Hier sind „Standarddemografien“ und etablierte Indexsysteme zur Erfassung der sozialen Schichtzugehörigkeit verfügbar, die auch fachsoziologischen Qualitätsanforderungen standhalten [1].

Bei komplexen Fragestellungen macht es sehr viel Sinn, mit geeigneten Vorstudien (Tiefeninterviews, narrative Interviews, teilnehmende Beobachtungen und mehr) die Beschaffenheit eines Problems in seinen Dimensionalitäten zunächst genau zu erkunden, bevor strukturierende Fragekonzepte durchformuliert werden. Hier

epidemiologischer Studien relevant. Sie erlauben die Zusammenstellung und Entwicklung geeigneter präventiver und therapeutischer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Bevölkerungen. Epidemiologische Verlaufsbeobachtungen ermöglichen insbesondere Einschätzungen zur Nachhaltigkeit eingesetzter Mittel. Vor dem Hintergrund der Prinzipien der Primary Health Care sollten Mundgesundheitsprogramme in der Bevölkerung für jeden zugänglich sein, die Gemeinschaft einbeziehen, auf Prävention fokussieren, geeignete Technologien verwenden und multidisziplinär angelegt sein

4. Kritische Betrachtungen

Für in der Zahnmedizin gebräuchliche Indexsysteme

In diesem Teil sollen gebräuchliche Indexsysteme der Zahnmedizin, deren Definition hier als bekannt vorausgesetzt wird, beispielhaft benannt und kritisch beleuchtet werden.

4.1 Kritische Betrachtung von Erfassungssystemen der Kariesepidemiologie

Die folgenden anhand des DMF-Indexes erstellten Hinweise zur Erfassung der Kronenkaries gelten für die erste wie auch die zweite Dentition. Die Erfassung der Kariesprävalenz kann als auf das Gebiss bezogene einfache Beurteilung in dichotomer Kategorisierung erfolgen (Ja-/Nein-Entscheidung über einen vorhandenen oder nicht vorhandenen Befund). Zumeist wird jedoch in Form des DMFT- oder des DMFS-Indexes eine quantifizierende Angabe ermittelt. Obwohl der DMFS-Wert das sensiblere Erhebungsinstrument darstellt, gibt die WHO dem DMFT-Index aus Gründen der besseren Standardisierbarkeit unter verschiedensten Untersuchungsbedingungen und damit besserer Vergleich-



Die Epidemiologie liefert Auskunft über Versorgungsbedarfe und ist damit Grundlage auch gesundheitspolitischer Weichenstellungen.

barkeit besonderes Gewicht [32, 33]. Es ist zu berücksichtigen, dass der DMF-Index ein Index ist, der einzig auf die Karies und ihre Folgen abstellt. So werden in ihn nur Zähne

oder Zahnflächen aufgenommen, welche aufgrund von Karies Defekte aufweisen, gefüllt sind oder fehlen. Das bedeutet, dass aufgrund von Nichtanlage oder anderen Ursachen fehlende Zähne wie auch aus anderen Gründen als Karies mit einem Restaurationsmaterial versehene Zähne bei der Indexerhebung nicht berücksichtigt werden. Fehlen bleibende Zähne, so wird in der Regel allerdings ein Fehlen wegen kariesbedingter Extraktion angenommen, sofern nicht eindeutige Aussagen der Untersuchten oder typische Konfigurationen (wie Fehlen aller ersten Prämolaren) andere Gründe plausibel erscheinen lassen.

Unter den Gesichtspunkten der Versorgungsforschung ist eine Differenzierung der DMF-Angaben in seine einzelnen Komponenten erforderlich. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Kariesprävalenz nicht mehr normal verteilt. Daher sind hier Berechnungen des DMF-Mittelwertes und der Standardabweichung zwar zu Vergleichszwecken sinnvoll, jedoch geben sie kein hinreichend exaktes Bild der Erkrankung. Besser geeignet sind bei schiefen Verteilungen Angaben der Häufigkeitsverteilung einzelner Befundungsgrade. Als weiteres

Instrument zur epidemiologischen Darstellung der Kariesprävalenz in Risikogruppen wurde der Significant-Caries-Index (SiC) vorgeschlagen [11].

In der Kariesepidemiologie ist die der Registrierung zugrunde liegende Definition der Zuordnung, an Karies erkrankt zu sein, zu beachten. So werden, Vorgaben der WHO folgend, oftmals erst kavitierende Läsionen mit Dentinbeteiligung als epidemiologisch zu erfassende kariöse Defekte definiert [32]. Diese Beschränkung wird zunehmend als unangebracht empfunden. Defekte mit Dentinbeteiligung stellen bereits ein fortgeschrittenes Stadium der Karies dar. Daher birgt dieses Vorgehen die Gefahr, dass bei rückläufiger Kariesprävalenz zunehmend höhere Anteile der tatsächlichen Karieserfahrung, initiale oder auf den Schmelz begrenzte Läsionen, nicht registriert werden. Aus diesem Grunde sollte auch das Vorkommen von nicht-kavittierenden kariösen Läsionen notiert werden. Zusätzlich kann eine Unterteilung in aktive oder nicht-aktive Läsionen erfolgen [26].

Eine Weiterentwicklung des Ansatzes, Läsionen epidemiologisch so früh wie möglich zu erfassen, stellen Bestrebungen dar, die für die Kariesdiagnostik definierten ICDAS-Kriterien (International Caries Detection and Assessment System) auch für die Epidemiologie nutzbar zu machen [18, 22]. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieses in vitro für die Karieserfassung an Okklusalfächen validierte Erfassungssystem mit seinem unter epidemiologischen Feldbedingungen erhöhten Zeitbedarf [10] durchsetzen wird. Auch für die Wurzelkaries kann und sollte zwischen aktiven und inaktiven Läsionen unterschieden werden [29].

4.2 Kritische Betrachtung von Erfassungssystemen der Parodontalepidemiologie

Als Erfassungssysteme stehen für die parodontalepidemiologischen Belange im Wesentlichen drei unterschiedliche Indexsysteme zur Verfügung: Das CPI-Modell der WHO [3], das CAL-Modell der AAP [5] und das CAL/PD-Modell der Working-Group von CDC/AAP [27]. Während das CPI-Modell

hinsichtlich der parodontalen Befunde (Grad 3 und Grad 4) ausschließlich auf Sondierungstiefen (Taschentiefen) ausgerichtet ist, basiert das CAL-Modell ausschließlich auf der metrischen Erfassung der Attachmentverluste mit einer zusätzlichen dichotomen Zuweisung hinsichtlich der Zahl der betroffenen Zahnflächen (lokalisiert versus generalisiert). Das CDC/AAP-Modell kombiniert metrische Befunde von Attachmentverlusten und Sondierungstiefen an mindes-



Im Zuge des Kariesrückgangs werden nicht kariöse Strukturveränderungen der Zähne – wie hier Erosionen – offensichtlich.

tens zwei Zähnen und ordnet spezifische Kombinationsmuster unterschiedlichen Schweregradzuordnungen (no or mild/moderate/severe) der parodontalen Erkrankung zu.

Im Kern stellen alle drei Indexsysteme dabei auf eine Maximalwertebetrachtung ab, indem der jeweils schwerste Befund die Fallbeschreibung einer Person bestimmt. Das methodische Problem, das sich aus dieser Vorgehensweise ergibt, wird unmittelbar deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass bei dieser Zählweise naturgemäß auch Personen in höhere Schweregradkategorien eingeordnet werden, die eventuell nur an ei-

nem Zahn oder nur an wenigen Zähnen entsprechende Parodontalbefunde aufweisen. Insofern verführen letztlich alle drei Indexsysteme zu einer Überschätzung von Parodontitislasten in untersuchten Populationen, da das Ausmaß, also die Anzahl der befallenen Zähne, unberücksichtigt bleibt. Es erscheint also für eine solide Interpretation von parodontitisbezogenen Daten geboten, neben der Prävalenz beziehungsweise dem Schweregrad (Severity) einer Parodontitis

zusätzlich klinische Informationen zur Anzahl der betroffenen Zähne (Extent) bereitzustellen. Nur dann entsteht ein angemessenes Bild über Art und Umfang parodontaler Destruktionsphänomene einer definierten Population, aus denen dann auch mögliche versorgungsrelevante Folgerungen abgeleitet werden können. Entsprechende Vorschläge zur Verknüpfung von „Severity“ und „Extent“, bei denen Kombinationsmuster aus Severity-Parametern (Taschentiefen, Knochenverluste, Blutungsneigung) mit der Sextantenverteilung in einem Gebiss zu einem „Disease Score“ zusammengefasst sind, wurden aktuell von Martin et al. vorgelegt [23]. Sehr bedeutsam für die Planung, aber auch das Lesen parodontalepidemiologischer Studien ist die Frage, ob die Befunde über ein full mouth-recording, ein partial mouth-recording oder über Indexzähne erhoben worden sind. Die Robustheit der erhobenen Befunde hängt deutlich von der gewählten Vorgehensweise ab und speziell das full

mouth-design vermittelt naturgemäß das höchste Exaktheitsniveau. Dennoch kann es auch forschungspragmatisch – etwa aus Zeitgründen – legitim sein, auf Teilbefunden auszuweichen [20].

Auch die Frage, an welchen Zahnflächen die Parodontalbefunde erhoben wurden oder werden sollen, ist eine Frage von großer forschungsstrategischer Bedeutung. Meist werden in parodontalepidemiologischen Studien nur bukkale Messpunkte gewählt, so dass es eher zu einer Untererfassung parodontaler Destruktionsphänomene kommt. Erst der zusätzliche Einbezug oraler Messpunkte ergibt ein genaueres Bild der

pathologischen Veränderungen am jeweiligen Zahnhalteapparat [17].

Ein weiteres Problem der parodontalepidemiologischen Erfassung liegt in der Tatsache begründet, dass – ähnlich wie in der Kariesepidemiologie – die Verteilungen parodontaler Befunde in einer Population beträchtliche statistische Schiefeilagen aufweisen können [24]. Entsprechend sollte eine gute parodontalepidemiologische Dokumentation unbedingt auch Informationen erzeugen, wie viele Personen von welchen Schweregraden zu CAL und/oder PD an wie vielen Zähnen betroffen sind; ausschließliche Mittelwertdarstellungen ergeben hier häufig ein falsches (artifizielles) Ergebnisbild.

Das Hauptproblem der parodontalepidemiologischen Forschung ist allerdings in der internationalen Uneinheitlichkeit der Falldefinitionen („Was ist eine Parodontitis?“) zu sehen. Ein Konsens ist hier bis heute leider nicht zu erkennen [14]. Entsprechend erscheint ein intensiver Austausch zwischen klinisch tätigen Parodontologen und parodontalepidemiologisch tätigen Forschern dringend geboten, um insbesondere die diagnostische Einordnung und die Prognostik parodontaler Befunde (wie populationsbasierte Behandlungsbedarfe) in einen epidemiologisch leistungsfähigen Interpretationsrahmen stellen zu können.

4.3 Kritische Betrachtung sozialwissenschaftlicher Erfassungssysteme

Für die Sozialschichtestufung werden verbreitet die Variablen „Schulbildung“, „berufliche Position“ und „Einkommen“ zu einem additiven Index verknüpft. Auf der Grundlage der addierten Punktezahlen wird dann der entsprechende Sozialstatus dem einzelnen Probanden zugeordnet. Für verschiedene Fragestellungen der Epidemiologie kann es aber von erheblichem Vorteil sein, wenn nicht mit diesen Indexwerten gerechnet wird, sondern nach den soziodemografischen Einzelvariablen selbst [16].

Eine methodisch nicht einfach zu lösende Herausforderung stellt die Entwicklung des eigentlichen Inhaltsfragebogens (zur Einstellungs- und Verhaltensmessung) dar. Befragungen sind grundsätzlich ein sozialer Prozess, der vom „Sender“ und „Empfänger“ gleichermaßen geprägt wird. Hier

sollte in erster Linie auf bereits eingesetzte Fragekonstruktionen (wie zum Mundhygieneverhalten) zurückgegriffen werden, soweit sie in der Forschungsliteratur dokumentiert sind und auch in Pretesten ihre Bewährungsprobe bestanden haben. Selbstverständlich wird man je nach Studienfragestellung aber häufig auch nicht um (neue) Eigenentwicklungen zur Abfrage herumkommen. Dazu bedarf es dringend einer angemessenen Orientierung an der sozialwissenschaftlichen Fachliteratur, um grobe methodische Fehler bei der Erstellung der Fragekonstruktionen zu vermeiden [6, 28].

Für die Besonderheiten der Gesundheitsforschung sollte auch berücksichtigt werden, dass in den letzten Jahren und Jahrzehnten seitens der Medizinpsychologie und Medizinsoziologie eine ganze Reihe von Erfassungsinstrumenten entwickelt worden ist, die sich empirisch gut bewährt haben und für einzelne Fragestellungen eine beachtliche Erklärungskraft beanspruchen können [9].

Als Beispiele seien hier genannt:

- Health Belief Model (HBM, Erfassungsinstrument zur subjektiven Wahrnehmung von Erkrankungswahrscheinlichkeit und Erkrankungsanfälligkeit)

- Health Locus of Control (HLC, Erfassungsinstrument der subjektiven Kontrollüberzeugungsmuster zu Krankheit/Gesundheit)

- Sense of Coherence (SOC, Erfassungsinstrument des subjektiven Kohärenzgefühls im Sinne von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von Krankheit/Gesundheit)

- Oral Health Impact Profile (OHIP, Erfassungsinstrument zu den subjektiven Beeinträchtigungen durch bestehende orale Gesundheitsprobleme, mundgesundheitsbezogene Lebensqualitätseinbußen).

4.4 Kritische Betrachtung von Erfassungssystemen für Public Health-Anwendungen

Der Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) wurde entwickelt, um große Bevölkerungsgruppen bezüglich des Behandlungsbedarfs, der Bestimmung der Behandlungsart und des hierfür benötigten Personals zu untersuchen [3]. Er wurde jedoch vielfach entgegen seiner Intention für deskriptive Querschnittsuntersuchungen



Die Bewertung epidemiologischer Parodontalbefunde wird durch die mit verschiedenen Indexsystemen verbundene Maximalwertbetrachtung erschwert

eingesetzt. Außerdem basiert seine Graduierung auf einem kontinuierlichen Parodontitisverlaufskonzept, und die partielle Erfassung des Schweregrads mit einem Stellvertreterzahn pro Sextant erschwert die Abschätzung von Prävalenz und Schwere der Erkrankung.

5. Veränderungen der non-kariösen Hartsubstanzen

Neben der Karies können die Zähne andere erworbene oder entwicklungsbedingte Veränderungen der Hartsubstanzen aufweisen. Für viele dieser Veränderungen sind Indizes vorgeschlagen worden. Im Zuge kontinuierlich rückläufiger Kariesprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen finden die nicht-kariösen Veränderungen zunehmend wissenschaftliches und therapeutisches Interesse. Dabei sei dahingestellt, ob dieses gesteigerte Interesse auf höheren Prävalenzraten beruht, ob die Veränderungen infolge rückläufiger Kariesprävalenzen eher erkennbar sind, oder ob das Bewusstsein für nicht-kariöse pathologische Veränderungen der Zahnhartsubstanzen gewachsen ist. Beispiele für weitere Indizes zur Zahngesundheit sind Fluoroseindizes oder aber Indizes zur Erfassung von Zahnschmelzverlusten verschiedener Ätiologie wie z. B. der BEWE-

Index (Basic Erosive Wear Examination) zum Screening von Erosionen [8].

Wissenschaftliche Mitteilung des Arbeitskreises Epidemiologie und Public Health in der DGZMK. Diese Wissenschaftliche Mitteilung ersetzt die frühere Stellungnahme 09/1996. Stand 05/2010.

Prof. Dr. Ulrich Schiffner
(Korrespondierender Autor)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum ZMK
Poliklinik für Zahnerhaltung und
Präventive Zahnheilkunde
Martinistr. 52
20246 Hamburg
schiffner@uke.de

Dr. Rainer A. Jordan, MSc.
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde
Abteilung für Zahnerhaltung und
Präventive Zahnmedizin
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
andreas.jordan@uni-wh.de

Dr. Wolfgang Micheelis, Dipl.-Sozw.
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Universitätsstraße 73
50931 Köln
w.micheelis@idz-koeln.de

zm Leser service

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

Mehrjähriges Modellvorhaben der BKK Mobil Oil

Studie zur Effizienz der Kariesinfiltration

Ulrich Schiffner

In einem mehrjährigen Modellvorhaben soll die Kosteneffizienz der Kariesinfiltration ermittelt und mit den Kosten für andere Versorgungsformen verglichen werden. Am Ende soll die Frage beantwortet werden, ob die neue Form der Behandlung von initialkariösen Defekten langfristig hilft, Kosten einzusparen.

Karies ist ein langdauernder Prozess an der Zahnoberfläche, der bereits weit vor dem Stadium der Kavitation beginnt [5, 6]. Karies in ihren frühzeitigen Stadien stellt jedoch in mehrfacher Hinsicht eine besondere Herausforderung für den Behandler dar. So erfordert die Diagnostik der noch nicht kavitierenden Initialkaries klinisch wie bei der Beurteilung von Röntgenbildern besondere Aufmerksamkeit, und ist eine frühe kariöse Läsion entdeckt, ergibt sich die noch spannendere Frage der optimalen Betreuungsstrategie.

Gerade wegen dieser Herausforderungen sieht die moderne Kariologie in der Erkennung und adäquaten Versorgung initialkariöser Defekte eine Schlüsselaufgabe. Jedoch gibt es hierfür keine allgemein und für jeden Patienten gültige Empfehlung. Vielmehr ist die optimale Behandlungsweise individuell anhand einer Reihe verschiedener Parameter, so dem aktuellen individuellen Kariesrisiko, festzulegen.

Die aktuelle epidemiologische Datenlage zur Kariesprävalenz zeigt für Kinder und Jugendliche in Deutschland einerseits einen sehr starken Kariesrückgang, andererseits aber auch, dass mindestens ebenso viele Zähne Initialkaries aufweisen, wie bereits von Dentinkaries betroffen sind [13]. Bei jungen Erwachsenen befindet sich etwa die Hälfte der bei ihnen festzustellenden unversorgten kariösen Defekte an Approximallflächen. Daher sind insbesondere Vorgehensweisen zur Erkennung und frühzeitigen Behandlung initialer Approximalkaries gefordert.

Grundsätzlich bestehen hierzu bislang im Wesentlichen zwei Behandlungsoptionen: Zum einen kann die Strategie eingeschlagen werden, die demineralisierten Areale



Foto: Andreas Schult

Infiltration einer initialen Approximalkaries an Zahn 45

durch Fluoridapplikationen wieder zu remineralisieren. Dies kann gelingen, sofern die betreffenden Zahnareale frei von Plaque gehalten werden. Diese Strategie ist jedoch stark verhaltensabhängig, und das Ausmaß des Fluoridierungseffektes ist nicht vorhersehbar. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche mit hohem Kariesrisiko [10]. Die gängige Alternative ist daher oft das invasive Vorgehen [7, 8]. Beim Legen der ersten Füllung wird jedoch approximal viel gesunder Schmelz entfernt [4].

Kariesinfiltration

Einen möglichen Ausweg, die bei initialer Approximalkaries bestehende therapeutische Lücke zwischen verhaltensabhängiger Fluoridanwendung und invasiver Füllung zu schließen, stellt das neu entwickelte Verfahren der Infiltration der Karies mit niedrig viskosen Kunststoffen dar [11]. Als Indikation der Kariesinfiltration werden initiale, nichtkavitierende Läsionen mit einer Ausdehnung bis in das erste Dentindrittel angegeben [11]. Erste klinische Studien zur Kariesinfiltration bestätigen inzwischen, dass das

Verfahren die Kariesentwicklung deutlich hemmt. Erfolgreich infiltrierte initialkariöse Läsionen vergrößern sich nicht [15]. In drei klinischen Studien bei unterschiedlich kariesaktiven Kollektiven konnten nach 12 bis 18 Monaten deutliche Reduktionen der röntgenologisch sichtbaren Kariesprogression von 60 bis 70 Prozent gegenüber unbehandelten Kontrollen sowie von rund 35 Prozent gegenüber Fluoridlackapplikationen nachgewiesen werden [3, 9, 14].

Gesundheitsökonomie

Das Verfahren der Kariesinfiltration ist soweit gesichert, dass es klinisch angewendet werden kann. Ob dieses Verfahren jedoch auch dazu beiträgt, langfristig Kosten für Füllungstherapien zu sparen, ist eine unbeantwortete Frage. Auch zu etablierten Kariespräventionsmaßnahmen liegen bislang erst wenige Untersuchungen über die Kosten-Nutzen-Effizienz vor [12]. Langfristig kommt jedoch kein Gesundheitssystem darum herum, Fragen nach der Kosteneffizienz der eingesetzten Mittel zu beantworten. Zur Beurteilung der ökonomischen Effizienz der Infiltrationsbehandlung bedarf es daher Studien, welche die Nachhaltigkeit der Maßnahme über längere Zeiträume und im Vergleich zu anderen üblichen Verfahren der Kariestherapie überprüfen.

Modellvorhaben

Mit einem Modellvorhaben der BKK Mobil Oil soll genau dies überprüft werden. Es gilt, die Effizienz der Infiltration initialkariöser approximaler Zahndefekte zu ermitteln und mit anderen Verfahren der Kariestherapie zu vergleichen. Für die Studie wird eine größere Patientenkohorte über einen Zeitraum von mehreren Jahren wissenschaftlich begleitet. Die Hälfte der Probanden ist an

Information der Betriebskrankenkasse Mobil Oil

Die BKK Mobil Oil möchte als Initiatorin des Modellvorhabens die gesundheitsökonomische Relevanz der Kariesinfiltration im Vergleich zu konventionellen Behandlungsansätzen untersuchen. Bestandteil des Vorhabens ist auch eine Aufklärungskampagne, die die Versicherten für das Thema Mundgesundheit und Approximalpflege sensibilisieren will. In diesem Zusammenhang wird auch die Wichtigkeit der jährlichen Vorsorgeuntersuchung deutlich gemacht, da diese Therapieform eine Früherkennung voraussetzt. Neben Informationen über

die effektive häusliche Zahnpflege wird das professionelle Prophylaxeangebot in den Praxen als wichtiger Bestandteil für die langfristige orale Gesunderhaltung empfohlen. Letzteres wird im Rahmen der Maßnahmen zur Präventionsförderung in dem Bonusprogramm fitforcash der BKK Mobil Oil honoriert. Die BKK Mobil Oil bietet das Modellvorhaben Kariesinfiltration ab dem 01. Oktober 2010 zunächst in den nördlichen Bundesländern Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen an. www.bkk-mobil-oil.de/leistungserbringer

mindestens einem Zahn mittels Kariesinfiltration versorgt. Die andere Hälfte der Patienten wird, nach jeweiliger Indikationsstellung durch den behandelnden Zahnarzt, mit Füllungen versorgt. Zur Beurteilung der

Kosten-Nutzen-Effizienz werden alle für die versorgten Flächen anfallenden Kosten wie die Erstversorgung und eventuell erforderliche Neu- oder Weiterversorgungen registriert. Zielparame- ter der Untersuchung ist

nicht primär die Effektivität der Infiltration, sondern die Kosteneffizienz. Die Studie soll noch in diesem Jahr durch Ausschreibung der BKK Mobil Oil an Vertragszahnärzte beginnen. Die infiltrierten Areale und Füllungen werden über einen Zeitraum von fünf Jahren, dem für derartige Studien üblichen Zeitrahmen [1, 2], beobachtet. Die Effizienz soll auch in Abhängigkeit vom jeweiligen Kariesrisiko, vom präventiven Verhalten oder in Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen ermittelt werden.

*Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Leiter der Studie
Zentrum ZMK, Poliklinik für Zahnerhaltung
und Präventive Zahnheilkunde
Martinistrasse 52, 20246 Hamburg
schiffner@uke.de*



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

Repetitorium

Krankheiten, die gerade in Mode sind

So manches heutzutage weit verbreitete Krankheitsbild war bei unseren Eltern und Großeltern gänzlich unbekannt. Beispiele sind die Fibromyalgie, oder auch das Burnout-Syndrom. Auffällig ist, dass von einigen Störungen, die noch vor zehn Jahren die Gemüter bewegt haben wie dem chronischen Müdigkeitssyndrom, inzwischen kaum mehr die Rede ist. Das legt die Vermutung nahe, dass es sich um Modekrankheiten handelt und gehandelt hat, um Störungen also, die seinerzeit en vogue waren, wenn Befindlichkeitsstörungen ein Name gegeben werden musste.

Burnout-Syndrom, Chronisches Müdigkeitssyndrom, Sick Building Syndrom, Fibromyalgie, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Übersäuerung des Organismus, Glutenunverträglichkeit, Pilzinfektion im Darm, Kopfschmerz durch Elektro-Smog – die Liste der Erkrankungen, die zu bestimmten Zeiten wie Pilze aus dem Boden schießen und in aller Munde sind, um einige Jahre später in Vergessenheit zu geraten und bestenfalls belächelt zu werden, ist lang.

Die „Modekrankheiten“ sind in ihrer Bedeutung oft nur schwer einzuschätzen. Wer will schon behaupten, dass Menschen, die an einer Fibromyalgie leiden, nicht ernsthaft erkrankt sind und enorme Schmerzen aushalten? Und wer will abstreiten, dass die Belastungen der Zivilisationsgesellschaft krank machen können und dass Elektrosmog bei dem einen oder anderen Zeitgenossen zu erheblichen Kopfschmerzen führen kann? Dennoch sind gelegentlich Zweifel angebracht, wenn von Monat zu Monat häufiger die Diagnose „ADHS“ gestellt wird oder wenn sich

Medizinisches Wissen ist für jeden Zahnarzt wichtig. Da sich in allen medizinischen Fachbereichen ständig sehr viel tut, soll mit dieser Serie das Wissen auf den neuesten Stand gebracht werden. Das zm-Repetitorium Medizin erscheint in jeder Ausgabe zum Ersten eines Monats.



Foto: Pressefoto TK

Abgespannt, müde, leistungsschwach ...

Pilzinfektionen im Darm quasi unkontrolliert wie eine Seuche verbreiten. Dann liegt der Verdacht nahe, dass es sich möglicherweise doch um Verlegenheitsdiagnosen handelt, die gestellt werden, wenn bestimmte Symptome der Patienten anderen Ursachen nicht zugeordnet werden können.

Ausgebrannt – das Burnout-Syndrom

Überlastet, gestresst, ausgebrannt – wer hat nicht zumindest ansatzweise gelegentlich das Gefühl gehabt, an einem Burnout-Syndrom zu leiden? Als Krankheitsbild wurde der Begriff des „Burnout“ in den 1970er-

det, welche sie, pflichtbewusst wie sie nun einmal sind, ordnungsgemäß zu erledigen versuchen. Die Konsequenz: Die Betroffenen verbringen mehr und mehr Zeit mit ihren beruflichen Aufgaben, bis diese schließlich zum allumfassenden Lebensinhalt werden. Es gibt keine Erholungsphasen mehr, nach und nach stellen sich Erschöp-

tungsgesellschaft durchaus positiv besetzt ist. Das kann erklären, warum das „Burnout-Syndrom“ inzwischen so etwas wie eine Modediagnose geworden ist, mit der man zum Ausdruck bringen kann, leistungsorientiert, gefragt und auch entsprechend erfolgreich zu sein.

Chronisches Müdigkeitssyndrom

Ganz anders wird das Problem der Müdigkeit von Menschen mit einem chronischen Müdigkeitssyndrom, auch Chronic Fatigue Syndrom (CFS) genannt, beschrieben. Die Betroffenen geben an, sich völlig antriebslos, quasi wie gelähmt zu fühlen, körperlich und geistig komplett erschöpft. Meist bestehen weitere Beschwerden wie Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel sowie Gelenksbeschwerden und vor allem Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Der Schlaf wird als nicht erholsam empfunden, schon kleine körperliche Belastungen werden als unerträgliche Anstrengung erlebt. Beschrieben wurde das Krankheitsbild, das vor allem um die Jahrhundertwende große Aufmerksamkeit in den Medien fand, schon früher. Als eigenständige Krankheit wurde es jedoch erst 1988 durch das amerikanische „Center of Disease Control“ klassifiziert. Den Schätzungen zufolge sind etwa 0,5 Prozent der Bevölkerung betroffen,



*... und trotz
gesunder Ernährung
schlägt der Schlaf
plötzlich zu:
Vielleicht ist die
Umwelt schuld.*

Jahren durch den Psychoanalytiker Herbert Freudenberger geprägt. Er beobachtete, dass vor allem Angehörige der Heilberufe überzufällig oft krank sind und sogar überproportional häufig früh berentet werden. Inzwischen ist das Burnout-Syndrom in aller Munde und wird fast schon synonym für eine Reaktion auf starke, überlastende, als negativ und krankmachend empfundene Stresssituationen benutzt. Dabei mehren sich Einrichtungen – von der seriösen Klinik bis hin zum Wellness-Hotel – die dem Stressgeplagte Zivilisationsmenschen therapeutische Unterstützung bei der Genesung vom Burnout bieten. Dessen Symptome sind vielfältig: Leitsymptom ist eine starke körperliche wie auch emotionale Erschöpfung, eine anhaltende physische und psychische Leistungs- und Antriebsschwäche, ohne dass der Betroffene selbst noch in der Lage wäre, auszuspannen und sich zu erholen.

Es erkranken in aller Regel Menschen, die hochengagiert ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen, die Spaß an der Arbeit haben und entsprechend viel Zeit auf den Job verwenden. Wie in einem Teufelskreis steigt die Belastung der Betroffenen an. Diese bekommen – nicht zuletzt aufgrund ihrer Tüchtigkeit – mehr und mehr Aufgaben aufgebür-

fung, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen ein. Typischerweise wird versucht, den sich zwangsläufig aus der Situation ergebenden Leistungsabfall durch noch mehr Arbeit zu kompensieren. Es kommt zu ersten gesundheitlichen Störungen, wie Schlafstörungen, Schwindel, einer erhöhten Reizbarkeit bis hin zu aggressivem Verhalten, depressiven Verstimmungen oder auch einem ausgeprägten Suchtverhalten im Hinblick auf Tabak und Alkohol.

Leistungsbereit und ausgeleert

Typisch ist auch, dass die Überlastung und der Stress, dem sich Menschen auf dem Weg in einen Burnout stellen, von diesen selbst nicht mehr verifiziert werden. Sie negieren sogar die Belastung, während gleichzeitig die Motivation und der Spaß an der Arbeit zurückgehen und das emotionale Erleben verflacht. Aus eigener Kraft finden die Betroffenen oft nicht den Weg aus diesem Dilemma. Ist das Burnout-Syndrom voll manifest, so brauchen sie im Allgemeinen professionelle Hilfe. Zu bedenken ist andererseits, dass die Störung mit einer hohen Leistungsbereitschaft des Betroffenen assoziiert wird und damit in unserer Leis-



Heißhunger auf Schokolade als Stressabbau vor dem Fernseher ist keine Lösung.

Foto: DAK/Wigger

allerdings wird davon ausgegangen, dass das CFS erheblich unterdiagnostiziert ist.

Damit die Diagnose gestellt werden kann, sollten folgende Kriterien vorliegen: eine schon länger als sechs Monate anhaltende Erschöpfung, deren Auftreten zeitlich konkret benannt werden kann, die also nicht schon lebenslang besteht, nicht wie beim Burnout, Folge einer Überlastung ist und sich nicht durch Ruhe bessert. Die Ursachen des CFS sind nicht genau bekannt. Diskutiert werden Infektionen als Auslöser immunologischer Veränderungen sowie einer Dysbalance im Zusammenspiel von Immun-, Hormon- und Nervensystem. Entsprechend schwierig gestaltet sich die Behandlung, denn eine kausale Therapie ist bislang nicht bekannt. Die Störung hält oft über Jahre an, kann sich dann allerdings spontan bessern und sogar völlig zurückbilden. Allerdings besteht ein hohes Rezidivrisiko.

Pilzinfektionen im Darm

Ein Krankheitsbild, das lange Zeit als Erklärung für die unterschiedlichsten Symptome herangezogen wurde, ist eine Pilzinfektion des Darmes. Ohne Zweifel gibt es Patienten, die eine manifeste Infektion mit *Candida albicans* oder anderen Vertretern der Hefepilze aufweisen und unter dadurch bedingten Symptomen leiden. Andererseits aber lässt sich *Candida albicans* bei etwa jedem dritten Menschen im Gastrointestinaltrakt nachweisen und das in aller Regel, ohne dass es dadurch zu Beschwerden kommt. Der Nachweis von *Candida*-Spezies im Darm ist deshalb nicht unbedingt als pathologischer Befund zu werten.

Gestellt wurde die Diagnose einer „Candida-Infektion des Darmes“ vor Jahren sehr häufig bei Menschen, die über unspezifische Symptome klagen, von Oberbauchbeschwerden über anfallsartig auftretenden Diarrhöen und Nahrungsmittelunverträglich-



Dauerbrenner Magen-Darmprobleme ...

lichkeiten bis hin zur Abwehrschwäche, allergischen Reaktionen, Müdigkeit und Gelenkschmerzen.

Als Ursache der Beschwerden wurde und wird eine Antibiotika- oder Kortisonbehandlung diskutiert, ebenso die Einnahme der Antibabypille, Stress, sowie eine ungesunde Ernährung mit dem bevorzugten Verzehr von Zucker und weißem Mehl. Vor dem Hintergrund der medizinisch wenig fassbaren Störung ist verständlich, dass die Diag-

nostik und Therapie von *Candida*-Infektionen des Darmes eine Domäne der Paramedizin darstellt. Diagnostiziert wird die Störung dabei oft mit kinesiologischen Verfahren, behandelt wird mit Antipilzpräparaten, Mitteln, die die Darmflora aufbauen sollen sowie mit dezidierten Ernährungsempfehlungen.

Übersäuerung des Körpers

So wie die Pilzinfektionen des Darmes in den vergangenen Jahren nach und nach aus den Schlagzeilen verschwunden sind, so hat als Thema die „Übersäuerung des Körpers“ mehr und mehr Raum gegriffen. Sie führt, so die Hypothesen, zu einem Ungleichgewicht im Säure-Basen-Haushalt des Organismus, der seinerseits Basis des Stoffwechsels darstellt. Als Symptome der Übersäuerung gelten allgemeine Störungen des Wohlbefindens, Antriebslosigkeit, das Gefühl, schlapp und energielos zu sein, ohne Tat- und Spannkraft.

Postuliert wird, dass solche Symptome auf eine Verschiebung des pH-Wertes der Flüssigkeiten im Körper in den sauren Bereich zurückgehen. Die Azidose soll durch eine ungesunde Ernährung bedingt sein und dazu führen, dass Schlacken nicht mehr entsorgt werden können und sich im Bindegewebe ablagern. Gefördert wird die Übersäuerung, so die Hypothesen, durch den zu häufigen Verzehr tierischer Eiweiße wie Fleisch, Wurstwaren, Fisch, aber auch Eiern und Milch, durch Weißmehlprodukte und Süßspeisen sowie durch kohlenäure-



... lassen den einen zu viel, den anderen zu wenig „laufen“.

haltiges Wasser, Kaffee, Limonaden, Alkohol und Nikotin. Aber auch Konservierungsstoffe, Geschmacksverstärker in Nahrungsmitteln, und sogar übertriebener Sport sowie „negative Gedanken“ werden beschuldigt, die Übersäuerung hervorzurufen. Entsprechend ist die Behandlung zu gestalten: Es wird der Verzehr von Gemüse, Kartoffeln, Obst und Salat propagiert, eine ausgeglichene Lebensweise mit viel Schlaf, Ruhe und „positiven Gedanken“.

Krank durch Elektromog

En vogue ist es derzeit auch, Gesundheitsbeschwerden durch Erdstrahlen und den allgegenwärtigen Elektromog zu erklären. Vor allem Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Nachtschweiß und Alpträume werden auf die „Verstrahlung“ unserer Umwelt zurückgeführt. Weitere Symptome sind Konzentrationsstörungen, Leistungsschwäche, Müdigkeit. Darüber hinaus werden immer wieder auch gravierende Erkrankungen wie etwa rheumatische Erkrankungen und bösartige Tumoren mit Elektromog assoziiert. Erst



Foto: enbe/fotolia.com

jüngst wurde jedoch in einer groß angelegten Studie der Verdacht ausgeräumt, Hirntumore könnten durch eine intensive Handynutzung und die damit verbundene Strahlung ausgelöst werden.

Sick-Building-Syndrom

Eine Störung, die offenbar infolge der aktuellen Diskussionen um den Elektromog etwas an Aktualität eingebüsst hat, ist das sogenannte Sick-Building-Syndrom, also die gebäudebezogene Krankheit. Es handelt sich um gesundheitliche Störungen, die direkt auf die Umgebung im Haus zurückgeführt werden. Häufig leiden die Betroffenen unter Kopfschmerzen, Atemwegsbeschwerden, Schleimhautreizungen und sogar manifesten Allergien oder einem Asthma bronchiale. Die Erkrankungen werden als Folgeerkrankung der durch das Gebäude beding-

ten Belastungen gesehen, wobei diese in aller Regel auf aus den Baumaterialien entweichende Schadstoffe zurückgeführt werden. Angeschuldigt als Ursache werden nicht selten vor allem in Büroräumen auch Keimbelastungen infolge mangelhafter Filtersysteme in Klimaanlage oder Schadstoffbelastungen zum Beispiel durch Drucker oder Kopiergeräte.

Klinisch durch medizinische Parameter konkret fassbar ist das Sick-Building-Syndrom im Allgemeinen nicht. Entsprechend dürftig sind die Therapiemöglichkeiten, wenn man von einem rigorosen Wechsel der häuslichen Umgebung – privat oder auch am Arbeitsplatz – absieht.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom

Ein Krankheitsbild, das von der Symptomatologie her deutlich besser zu fassen ist, aber ebenso wie die „Übersäuerung“ in jüngster Zeit einen regelrechten Boom erlebt hat, ist das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, kurz ADHS. Die Störung wird vor allem bei Kindern diagnostiziert, die durch ihr Verhalten auffallen. Zu den



Foto: GaToR-cfX/fotolia.com

Schimmel in den Wänden kann ernste gesundheitliche Folgen haben.

Repetitorium



Aus Sicht der Zahnmedizin

Modekrankheiten

Es handelt sich hierbei häufig um einzelne Symptome oder Symptomgruppen, die dann als neue Krankheit bezeichnet werden und sich unter Umständen plötzlich lawinenartig in der Bevölkerung verbreiten. Die Bezeichnung entsteht entweder aus der aktuellen Zeitströmung heraus, kann von bestimmten Interessengruppen lanciert werden oder den Versuch darstellen einer Symptomatik, die mit neuen technischen Entwicklungen oder Veränderungen des Lebensstils in Zusammenhang gebracht wird, erst einmal einen Namen zu geben. Auch neue „spezielle“ diagnostische Tools können parallel hierzu wie Pilze aus dem Boden schießen. Nur ein Teil dieser Erkrankungen findet letztendlich wirklich Einzug in die Diagnoseregister. Der größere Anteil verschwindet ganz oder wird als eine spezielle Verlaufsform anderen Erkrankungen zugeordnet. Problematisch sind dabei die ubiquitäre Verbreitung und das häufig kritiklose Übernehmen dieser Diagnosen im Rahmen der Anamnese. Wichtig für den Zahnarzt sind daher sowohl die eigene aktuelle Information bezüglich der Problematik und das kritische Nachfragen hinsichtlich der stattgehabten Diagnostik und der Qualifikation der Behandler. Unter Umständen ist die angegebene Diagnose auch nur das Ergebnis des verzweifelten Versuchs von Patient und Arzt, endlich einen Namen für die Beschwerden zu finden im Sinne einer „Verlegenheitsdiagnose“. Sollten sich hieraus jedoch Einschränkungen für die zahnärztliche Behandlung ergeben wie fragliche Verträglichkeit von Medikamenten oder Materialien oder eingeschränkte Belastungsfähigkeit für die Therapiemaßnahmen, so ist eine differenzierte Abklärung sowohl hinsichtlich somatischer als auch psychischer Erkrankungen sinnvoll. Möglicherweise kann so sogar eine Zuordnung zu einer bereits bekannten Diagnose erfolgen. Alternativ kann sich jedoch auch herausstellen, dass es sich letztendlich nur um eine temporäre Befindlichkeitsstörung handelt.

Im doppelten Sinne als Modekrankheit zu verstehen und eine hohe zahnmedizinische Relevanz aufweisend sind folgende Störungen zu beachten:

Essstörungen

Hauptursachen für die Häufigkeitszunahme von Essstörungen sind vor allem das durch den gesellschaftlichen Schlankeitswahn bedingte Diätverhalten, sowie widersprüchliche Rollenerwartungen an Frauen und auch – in noch geringerem Maße – an Männer. Gleichzeitig kommt es zu einer paradoxen medial vermittelten Mischung aus Glamourisierung und Stigmatisierung. So zählen einige Autoren die klassischen Essstörungen zu Modekrankheiten, wobei es sich jedoch um sehr ernst zu nehmende Erkrankungen handelt, die zahlreiche physische und psychische Folgen beinhalten und bei bis zu 15 Prozent der an einer Anorexie Erkrankten zum Tode führen.

Orale Manifestation von Essstörungen

Bei gestörter Nahrungsaufnahme kann es zu vielfältigen metabolischen, morphologischen und funktionalen Alterationen multipler Organe und Organsysteme kommen. Im Mund kann der Mangel an für den Körper notwendigen Faktoren (vor allem an Vitaminen) zu Atrophien der Mukosa, Glossitiden, Gingivitiden und Parodontitiden führen. Das oft gehäufte, auch selbstinduzierte Erbrechen hat nicht selten Zahnerosionen, eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit der Zähne sowie Karies zur Folge. Eine schmerzlose, nicht-entzündliche Sialadenose aufgrund einer peripher-autonomen Neuropathie ist bei Vorliegen von Essstörungen gehäuft zu beobachten. Sie führt neben der Schwellung auch zu einer oft verminderten Funktion der Speicheldrüse. Weitere oral zu findende Störungen können brennende Schmerzen im ganzen Mund, Glossodynie, manifeste Xerostomien und Dysgeusien sein.

PD Dr. Dr. Monika Daubländer
Universitätsmedizin KÖR der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
Augustusplatz 2, 55131 Mainz

Dr. Peer W. Kämmerer
Klinik für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
Augustusplatz 2, 55131 Mainz

charakteristischen Merkmalen gehören beispielsweise ein rascher Wechsel von Aktivitäten, motorische Unruhe und mangelnde Ausdauer beim Spielen, eine rasche Ablenkbarkeit, Konzentrationsschwächen, Vergesslichkeit und eine hohe Impulsivität, die sich nicht selten in aggressivem Verhalten den Weg bahnt.

Den Schätzungen zufolge sollen drei bis zehn Prozent aller Kindern Symptome eines ADHS aufweisen, wobei das Krankheitsbild schon im „Zappelphilipp“ beschrieben wurde. Erst seit einigen Jahren wird die Diagnose jedoch zunehmend bei Kindern gestellt. Grundlage der Störung soll eine erbliche Disposition sein, wobei die Veränderungen auf neurobiologischer Ebene als striatofrontale Dysfunktion erklärt werden.

Das ADHS ist nicht auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt, sondern wird – das ist noch ein vergleichsweise neuer „Trend“ –



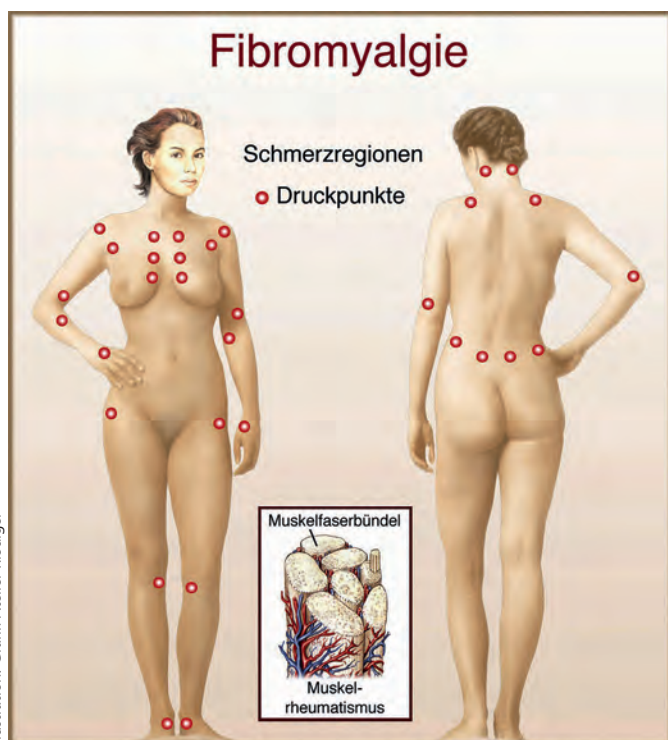
Foto: DAK

*Bewegung für Kinder ist gut;
Hyperaktive Kinder gibt es immer häufiger.*

inzwischen immer häufiger auch bei Erwachsenen diagnostiziert. Die Erkrankung kann dabei unterschiedliche Ausprägungen aufweisen, wobei die Betroffenen offenbar mit dem Alter lernen, mit der Störung besser umzugehen und/oder sie durch gezieltes Verhalten wie beispielweise das Marathonlaufen zu kompensieren.

Fibromyalgie – diffuser chronischer Schmerz

Ein ebenfalls ernstzunehmendes Krankheitsbild, das aber oft als Verlegenheitsdiagnose angegeben wird, ist die Fibromyalgie. Die



Überall Schmerzen
aber keine Organ-
und Gewebeschäden:
Hier kann eine
Fibromyalgie
dahinter stecken.

Störung ist charakterisiert durch nicht entzündliche, diffuse chronische Schmerzen, die meist von weiteren Beschwerden begleitet sind. Hierzu gehören Schlafstörungen, Müdigkeit und regelrechte Erschöpfungszustände und eine gewisse Steifheit der Glieder, die vor allem in den Morgenstunden besteht. Die Fibromyalgie wird oft dem sogenannten Weichteilrheumatismus zugeordnet, wenngleich keine entzündlichen Veränderungen bestehen. Viele Patienten geben zugleich vegetative Beschwerden an. Deren Palette ist fast unübersehbar groß und reicht von Herzklopfen über Atembeschwerden bis zum Haarausfall, einer erhöhten Infektanfälligkeit, Taubheitsgefühlen, Zahnschmerzen und einem Kloßgefühl im Hals. Auch ein Tinnitus kann auftreten, vermehrtes Schwitzen, Stimmungsschwankungen und sogar eine depressive Verstimmung. Die Schmerzen treten in wechselnden Körperregionen auf, ohne dass jedoch Organ- oder Gewebeschäden nachweisbar sind.

Diagnostiziert wird die Fibromyalgie anhand der Anamnese und der klinischen Untersuchung sowie dem Nachweis so genannter „Tender Points“ mit erhöhter Schmerzempfindlichkeit. Klar fassbare Ver-

änderungen zum Beispiel anhand von Röntgenbildern oder Laborparametern gibt es nicht. Die Erkrankung verläuft in aller Regel langsam schleichend, ihre Ausprägung ist sehr variabel. 90 Prozent der Betroffenen sind Frauen, wobei die Störung oft schon um das 30. Lebensjahr beginnt und ihren Höhepunkt in der Zeit um das Klimakterium herum zeigt. Die Ursache der Fibromyalgie ist bislang ungeklärt.

Eine Heilung der Erkrankung ist derzeit nicht möglich. Die Behandlung erfolgt weitgehend symptomatisch, wobei die physikalische Therapie sowie die Bewegungstherapie einen breiten Raum einnehmen, ebenso wie die Patientenschulung und kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze. Bei der medikamentösen Behandlung steht die Verordnung von Antidepressiva im Vordergrund, da diese die Schmerzschwelle erhöhen.

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

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

Aus für Diabetikerlebensmittel

Das glukozentrische Weltbild ist passé

Von wegen „Für Diabetiker geeignet“: Spezielle Diätprodukte für Diabetiker, die seit Jahrzehnten zum Standardprogramm von Apotheke, Supermarkt, Drogerie und Reformhaus gehören, sind überflüssig und verschwinden deshalb vom Markt.



Foto: Marija Kasalo - vario images

Diesen Anblick im Supermarkt wird es in Zukunft nicht mehr geben.

Ob im Reformhaus, in der Apotheke, der Drogerie oder im Supermarkt: Spezielle Lebensmittel für Diabetiker gehören überall zum Sortiment. Schokolade, Kekse, Kuchen, Müsliriegel, Konfitüren, Ketchup, Schaumwein – es gibt jede Menge Produkte, die laut Aufschrift „für Diabetiker geeignet“ sind. Damit ist nun bald Schluss. Im September 2010 wurde die mittlerweile veraltete Diätverordnung geändert und gleichzeitig das Ende der Diabetikerlebensmittel besiegelt. Die Produkte sind Ernährungsexperten schon lange ein Dorn im Auge. Sie stammen aus einer Zeit, in der das Zuckerverbot im Zentrum der Diabetesdiät stand. Die optimale Einstellung der Blutzuckerwerte galt nur für möglich, wenn Haushalts- und Traubenzucker, Maltodextrin oder Glukosesirup vom Speiseplan verbannt wurden.

Damit Diabetiker dennoch nicht auf ihre lieb gewordenen Schleckereien wie Schokolade, Eis und Kuchen verzichten mussten, entwickelte die Industrie spezielle Diabetikerlebensmittel. Anstelle von Zucker enthalten sie Fructose oder Zuckeralkohole wie Sorbit, Mannit oder Xylit. Diese Zuckeraustauschstoffe lassen den Blutzuckerspiegel weniger stark steigen als normaler Zucker.

Wenig Zucker ist erlaubt

Inzwischen verstaubt dieses glukozentrische Weltbild in der Mottenkiste. Man weiß heute, dass Diabetes mellitus keinesfalls nur eine „Zuckerkrankheit“ ist, sondern auch den Eiweiß- und insbesondere den Fettstoffwechsel betrifft. Entsprechend gewandelt haben sich die Therapieziele. Diabetologen

streben neben normalen Blutzuckerwerten auch normale Blutfett- und Blutdruckwerte sowie ein normales Körpergewicht an.

Diese Ziele lassen sich am besten mit einem Speiseplan verwirklichen, der den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung folgt: Man esse täglich reichlich Gemüse und Obst, Salat, Hülsenfrüchte und Vollkornprodukte, in Maßen fettarme Milch und Milchprodukte, Fleisch, Fisch und Eier sowie wenig Fett, Öl und Süßigkeiten. Wer sich daran hält, versorgt den Körper mit Vitaminen, antioxidativ wirkenden Substanzen sowie Ballaststoffen und schaufelt nicht ungebremst Fett- oder Zuckerkalorien in sich hinein. Für fette Snacks, Wurst, Käse, zuviel Alkohol und Salz ist in einer solchen Kost kein Platz.

Überflüssig, teuer und schädlich

An diesen Empfehlungen sollten sich Gesunde ebenso orientieren wie Diabetiker. Sie dürfen in Maßen alles essen, auch Zucker: 30 bis 50 g pro Tag sind erlaubt. Größere Mengen sind nicht ratsam, weil die Blutzuckereinstellung dann erschwert würde. Keinesfalls brauchen Diabetiker eine Extrawurst in Form von Diabetikerlebensmitteln, denn sie haben gegenüber normalen Lebensmitteln keine Vorteile. Im Gegenteil: Viele Produkte wie Diät-Schokolade, Pralinen oder Marzipan strotzen vor Fett und verstärken die Gewichtsprobleme vieler Diabetiker noch. Zudem handelt es sich meist um gesättigte Fettsäuren, die eine Erhöhung der Blutfette bewirken und das ohnehin erhöhte Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch steigern. Neben dem Fett steht die Fructose als bevorzugter Zuckeraustauschstoff in Diabetikerlebensmitteln in der Kritik. Das Institut für Risikobewertung (BfR) kommt zu dem Schluss, dass Fructose keine Vorteile



Süße Leckereien wie diese Diabetiker-Pralinen verschwinden aus den Verkaufsregalen.

Foto:MEV

hat und der Einsatz nicht zu empfehlen ist. Aktuelle Studien zeigen, dass eine hohe Fructoseaufnahme über verarbeitete Lebensmittel Übergewicht fördert. Offenbar stören hohe Fructosemengen die hormonelle Gewichtsregulierung, was die Entstehung des metabolischen Syndroms begünstigt. Problematisch sind außerdem die Angaben von Proteinheiten auf Diätlebensmitteln. Zuckeraustauschstoffe wirken sich anders auf den Blutzucker aus als andere Kohlenhydrate. Verlassen sich Diabetiker auf diese Angaben, laufen sie Gefahr, den Insulinbedarf falsch zu berechnen.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt das BfR, auf Auslobungen wie „für Diabetiker geeignet“ ganz zu verzichten. Sie sind falsch, irreführend und können leicht als Freibrief verstanden werden, zuviel von diesen Lebensmitteln zu essen.

Süßstoff als Alternative

Apropos zuviel: In größeren Mengen verursachen Zuckeraustauschstoffe unerwünschte Effekte. Weil der Dünndarm diese Substanzen nur in begrenztem Maße aufnehmen kann, gelangen sie in den Dickdarm

und werden dort von der Mikrobiota vergoren. Dabei entstehen Gase, die sich zum großen Teil als Blähungen bemerkbar machen. Andere Abbauprodukte der Zuckeraustauschstoffe können Wasser im Darm binden und ab einer bestimmten Dosis Durchfälle verursachen. Vor allem Fructose bereitet 30 bis 40 Prozent der Bevölkerung Probleme. Wegen einer Transportstörung gelangt sie unverdaut in den Dickdarm und verursacht Bauchschmerzen.

Eine gute Alternative zum Süßen ist Süßstoff: Saccharin, Cyclamat, Aspartam & Co liefern weder Kalorien noch beeinflussen sie die Blutzucker- oder Fettwerte. Immer wieder stehen sie jedoch im Verdacht, karzinogen zu wirken und Übergewicht zu fördern. Die heutige Studienlage gibt in beiden Punkten Entwarnung. Innerhalb der zugelassenen Höchstmengen sind Süßstoffe gesundheitlich unbedenklich und auch eine gewichtssteigernde Wirkung ist bislang nicht belegt. Im Gegenteil: Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hält den Einsatz von Süßstoffen zum Abnehmen für sinnvoll.

Lange Übergangsfrist

Die in Paragraph 12 der Diätverordnung genannten Anforderungen an diätetische Lebensmittel für Diabetiker sind jetzt zwar ersatzlos gestrichen. Das Aus für Diabetikerlebensmittel kommt dennoch nicht sofort: Bis 2012 dürfen Hersteller diese Produkte noch produzieren. Zum Kauf wird aber niemand gezwungen – Diabetiker sollten ihren Einkaufswagen lieber mit fettarmen, ballaststoff- und vitaminreichen Lebensmitteln füllen. Um die Auswahl zu erleichtern, fordern Experten des BfR eine einheitliche Nährwertkennzeichnung auf verpackten Lebensmitteln. Dazu gehören leicht verständliche Angaben nicht nur zu Brennwert, Eiweiß, Kohlenhydraten und Fett, sondern auch zu Gesamtzucker, gesättigten Fettsäuren, Ballaststoffen und Natrium oder Kochsalz.

*Dipl. oec. troph. Dorothee Hahne
Mozartstraße 9, 50674 Köln
hahne@hahne.redaktionsbuero.de*

zm-Info

Immer mehr Diabetiker

Dem Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2010 zufolge leben in Deutschland mehr als acht Millionen diagnostizierte Diabetiker – Tendenz steigend. Mit über 90 Prozent leidet der größte Teil der Patienten an Typ 2-, etwa 5 bis 10 Prozent an Typ 1-Diabetes.

Bei Typ 1-Diabetikern versagen die Inselzellen der Bauchspeicheldrüse innerhalb kurzer Zeit und stellen die Insulinproduktion ein. Typ 2-Diabetes entsteht dagegen, wenn eine genetische Veranlagung und ein ungünstiger Lebensstil mit Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung zusammen treffen. In der Folge entwickelt sich eine Insulinresistenz, die Körperzellen reagieren also weniger empfindlich auf Insulin. Mit der Zeit lässt die Insulinproduktion der Bauchspeicheldrüse außerdem immer mehr nach.

Besonders verbreitet ist Diabetes bei älteren Menschen; zwischen 18 und 28 Prozent der über 60-jährigen leiden daran. Doch auch bei den jungen Semestern häufen sich die Fälle: Schätzungen gehen deutschlandweit von rund 5000 Kindern und Jugendlichen mit Typ 2-Diabetes aus. Dazu kommen 15 000 unter 14-jährige Typ 1-Diabetiker; jährlich wächst diese Zahl um rund 2 200 Fälle.

Während Typ 1-Diabetiker von Anfang an Insulin brauchen, könnte etwa die Hälfte der Typ 2-Diabetiker ohne Medikamente auskommen und die Krankheit durch eine Änderung des Lebensstils in den Griff bekommen. An erster Stelle stehen gesunde Ernährung, Abbau von Übergewicht, spezielle Schulungen und mehr Bewegung. ■

Zahnbehandlungsphobie

Patienten mit Zahnbehandlungsphobien sind einer normalen ambulanten zahnärztlichen Therapie meist nicht zugänglich und werden oft in spezialisierten Praxen oder Kliniken unter Sedierung, Hypnose oder Vollnarkose therapiert. Die Zahnbehandlungsphobie geht für die Betroffenen mit einer Vielzahl von Einschränkungen und Folgeproblemen einher.

Betroffene suchen in der Regel erst aufgrund heftiger Zahnschmerzen oder bei einer dringend anstehenden Zahnbehandlung Hilfe. Grundsätzlich bräuchten diese Patienten eine psychotherapeutische Intervention um sie kurz- und langfristig wieder behandlungsfähig zu machen.

Das vorliegende Buch liefert auf über 80 Seiten einen praxisorientierten Leitfaden zur Behandlung von Patienten mit einer Zahnbehandlungsphobie. Es informiert über aktuelle Befunde zur Beschreibung, Epidemiologie und Entstehung dieses Krankheitsbildes. Zudem stellt es die psychosozialen und gesundheitlichen Folgeprobleme dar und beschreibt das diagnostische und evidenzbasierte, therapeutische Vorgehen. Der Hauptakzent liegt auf der praxisorientierten Beschreibung psychotherapeutischer (Kurz-)Interventionen. Sie reichen von der Einführung der

Patienten in die psychotherapeutische Behandlung bis hin zur konkreten Anwendung und Durchführung spezieller Techniken. Schritt für Schritt wird eine Kurztherapie vorgestellt, die von den Autoren entwickelt, deren Wirksamkeit wiederholt überprüft wurde und die inzwischen routinemäßig in einer Zahnklinik angeboten wird. Zahlreiche Fall-

beispiele und Arbeitsmaterialien veranschaulichen die Vorgehensweise und erleichtern die Umsetzung der therapeutischen Hinweise.

Das Buch weitet auch den zahnärztlichen Horizont und gibt einen tieferen Einblick in eine schwierige Patientengruppe. Neben psychologischem und psychiatrischem Fachpersonal kann es auch interessierten Zahnärztinnen und Zahnärzten sehr empfohlen werden.

Andreas Filippi, Basel

Zahnbehandlungsphobie
Gudrun Sartory, André Wannemüller
Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2010
ISBN: 978-3-8017-2221-0
Preis: 19,95 Euro

Fortschritte der Zahnerhaltung

Allein durch den Titel grenzt sich „Fortschritte der Zahnerhaltung“ von den klassischen Lehrbüchern der Zahnerhaltung ab. In diesem Buch werden in kompakter, aber nicht zu knapper Form die Weiterentwicklungen der Zahnerhaltung der vergangenen Jahre dargestellt. Es findet sich ein logischer Aufbau von der präventiven Zahnheilkunde und der Ka-

riesdiagnostik über verschiedene restaurative Maßnahmen hin zur Endodontologie, zusätzlich werden Aspekte wie Vergrößerungshilfen und Nachbarzahnverletzungen thematisiert.

Spezielle Kapitel finden sich auch zu den noch neueren Erkrankungen Halitosis und dentale Erosionen sowie der neuesten Entwicklung in der Therapie initialer Läsionen, der Kariesinfiltration.

Die reichhaltige Bebilderung zeigt eindrucksvoll die Praxisrelevanz der ausgesuchten Themen und trägt damit hoffentlich zu einem schnellen Wissenstransfer von der Forschung in die Praxis bei. Die Schlussfolgerungen be-

ziehungsweise klinischen Empfehlungen am Ende eines jeden Kapitels sind eine klare Standortbestimmung hinsichtlich einzelner Verfahren und Maßnahmen. Zusätzlich veranschaulichen leserfreundliche Diagramme, Tabellen und Flow-Charts Teilaspekte einzelner Kapitel. Auch wenn viele Kinder insbesondere in Notdiensten endodontisch be-

handelt werden müssen, so ist es fraglich, ob Therapien vorgestellt werden sollten, die meist in Entwicklungsländern durchgeführt werden. Eine Kürzung auf den praxisrelevanten Anteil wäre hier wünschenswert.

Dieses Buch wird für viele Leser wertvolle Anregungen und Ergänzungen geben, die Qualität zahnärztlicher Leistungen zu verbessern und damit auch die Zufriedenheit von Arzt und Patient zu steigern.

Dr. Stefanie Feierabend, Freiburg

Fortschritte der Zahnerhaltung
A. Lussi, M. Schaffner (Hrsg.)
Quintessenz Verlag, Berlin, 2010
ISBN: 978-3-86867-019-6
Preis: 118,00 Euro





Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Niedersachsen	S. 98	Kieferorthopädie	ZÄK Niedersachsen	S. 98
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100		KZV Baden-Württemberg	S. 101
Akupunktur	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102
Alterszahnheilkunde	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100		ZÄK Hamburg	S. 103
Ästhetik	ZÄK Niedersachsen	S. 98		Universität Frankfurt/Main	S. 107
	ZÄK Hamburg	S. 104		APW	S. 108
Chirurgie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 98
	APW	S. 108		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100
CMD	LZK Rheinland-Pfalz	S. 99		KZV Baden-Württemberg	S. 101
	ICCMO	S. 108		ZÄK Hamburg	S. 103
EDV	LZK Rheinland-Pfalz	S. 98	Notfallbehandlung	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102
Endodontie	ZÄK Hamburg	S. 104		ZÄK Hamburg	S. 103
Ergonomie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102	Parodontologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100
	ZÄK Hamburg	S. 103		KZV Baden-Württemberg	S. 101
Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 98		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 101	Praxismanagement	ZÄK Nordrhein	S. 97
	ZÄK Hamburg	S. 103		LZK Rheinland-Pfalz	S. 99
Hypnose	ZÄK Nordrhein	S. 97		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102
Implantologie	ZÄK Nordrhein	S. 97		ZÄK Hamburg	S. 104
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100	Prophylaxe	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100
	KZV Baden-Württemberg	S. 101		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102	Prothetik	ZÄK Nordrhein	S. 97
	ZÄK Hamburg	S. 103		ZÄK Niedersachsen	S. 98
	DGI	S. 108	Qualitätsmanagement	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 98
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100
			Recht	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 100
				KZV Baden-Württemberg	S. 101
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 101
			Restaurative ZHK	KZV Baden-Württemberg	S. 101
				RWTH Aachen	S. 107
			Röntgen	ZÄK Nordrhein	S. 97
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102
			ZFA	ZÄK Nordrhein	S. 97
				ZÄK Niedersachsen	S. 98
				KZV Baden-Württemberg	S. 101
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 102

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 97

Kongresse Seite 104

Universitäten Seite 107

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 107

Freie Anbieter Seite 108

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

Deutscher Zahnärztetag 2010



10. bis 13. November 2010
Congress Center Messe
Frankfurt am Main

Standespolitik-Praxis-Wissenschaft

Standespolitisches Programm:

■ Mittwoch, 10.11.2010,
13.00 Uhr
KZBV-Vertreterversammlung
Ort: Hotel Hilton Frankfurt, Raum
„Liberty“

■ Donnerstag, 11.11.2010
09.15 Uhr
**KZBV-Vertreterversammlung –
Fortsetzung**

20.00 Uhr:
**BZÄK/KZBV/DGZMK:
Feierliche Eröffnung Deutscher
Zahnärztetag 2010**

■ Freitag, 12.11.2010
09.00 Uhr:
Bundesversammlung der BZÄK
Ort: Messe Frankfurt, Raum Pano-
rama

12.00 Uhr:
Gemeinsame Pressekonferenz

14.00 Uhr:
**Bundesversammlung der BZÄK –
Fortsetzung**

■ Samstag, 13.11.2010
09.00 – 14.00 Uhr:
**Bundesversammlung der BZÄK –
Fortsetzung**

**Das wissenschaftliche Kongress-
programm** findet am 12. und
13. November im CCM Frankfurt/
Main, statt.



*Das komplette Programm zum
Deutschen Zahnärztetag 2010 ist
in den zm 18/2010 ab Seite 64
abgedruckt sowie als Download-
Version unter www.zm-online.de
erhältlich. Alle aktuellen Details
zum Deutschen Zahnärztetag
2010 auch unter: www.dtzf.de*

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.:10122 14 Fp
Thema: Hypnose in der Zahnarzt-
praxis
Referent: Dr. Rolf Pannewig, Ham-
minkeln
Termin: Freitag, 15. Oktober 2010
von 14.00 bis 20.00 Uhr
Samstag, 16. Oktober 2010 von
9.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 330 EUR

Kurs-Nr.: 10086 P 15 Fp
Thema: Modul 13–14 des Curricu-
lums Implantologie –
Nachsorge von Implantatpatienten
Referent: Prof. Dr. Thomas Wei-
scher, Essen
Termin: Mittwoch, 27. Oktober
2010 von 14.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 28. Oktober 2010
von 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.:1010123 9 Fp
Thema: Arbeitssystematik bei der
Patientenbehandlung
(Bitte beachten Sie auch den Kurs
10124.)
Referent: Dr. Richard Hilger, Kürten
Termin: Freitag, 29. Oktober 2010
von 9.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 320 EUR, Pra-
xismitarbeiter (ZFA) 160 EUR

Fortbildung der Universität

Düsseldorf

Kurs-Nr.: 10352 12 Fp
Thema: Prothetischer Arbeitskreis
Termine: Mittwoch, 13. Oktober,
Beginn: 15.00 Uhr, Mittwoch, 10.
November 2010, Beginn 15.00
Uhr
Mittwoch, 8. Dezember 2010, Be-
ginn 15.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Köln

Kurs-Nr.:10442 2 Fp
Thema: Indikation von bildgeben-
den Verfahren in der Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde unter
Bewertung des diagnostischen
Nutzens und des Strahlenschutzes
Referent: Dr. Ernst-Heinrich Helf-
gen, Troisdorf
Termin: Mittwoch, 27. Oktober
2010 von 17.00 bis 19.00 Uhr
Ort: Zentrum der Anatomie der
Universität Köln, Großer Hörsaal
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50937 Köln
Gebührenfrei. Anmeldung nicht
erforderlich.

Fortbildung für ZFA

Kurs-Nr.:10260
Thema: Praktischer Arbeitskurs zur
Individualprophylaxe
Referent: Andrea Busch, Köln
Termin: Freitag, 15. Oktober 2010
von 14.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 16. Oktober 2010 von
9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200 EUR

Kurs-Nr.:10255

Thema: Röntgenkurs für Zahnme-
dizinische Fachangestellte zum
Erwerb der Kenntnisse im Strah-
lenschutz nach RöV § 24 Absatz 2
Nr. 3 und 4 vom 30. April 2003
Referent: Dr. Regina Becker, Düssel-
dorf
Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
Dr. Andreas Künzel, Hilden
Termin: Freitag, 22. Oktober 2010
von 8.30 bis 17.45 Uhr
Samstag, 23. Oktober 2010 von
8.30 bis 17.45 Uhr
Sonntag, 24. Oktober 2010 von
8.30 bis 11.45 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.:10267

Thema: Übungen zur Prophylaxe
Referent: Gisela Elter, ZMF, Verden
Termin: Mittwoch, 27. Oktober
2010 von 14.00 bis 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 85 EUR

Kurs-Nr.:10279

Thema: Praxisorganisation war
gestern – Praxismanagement ist
heute
Referent: Angelika Doppel, Herne
Termin: Mittwoch, 27. Oktober
2010 von 15.00 bis 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 60 EUR

Kurs-Nr.:10269

Thema: Röntgeneinstelltechnik
Intensivkurs mit praktischen
Übungen
Referent: Gisela Elter, ZMF, Verden
Termin: Freitag, 29. Oktober 2010
von 14.00 bis 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 10290

Thema: Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis

Freiwilliges Fortbildungsangebot für zahnmedizinisches Hilfspersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung

Referent: Ass. jur. Katharina Dierks, Köln

Dr. Patrick Christian Köhrer, Neuss

Termin: Samstag, 30. Oktober 2010 von 9.00 bis 19.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 280 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der

Zahnärztekammer Nordrhein

Emanuel-Leutze-Str. 8

40547 Düsseldorf

Tel.: 0211/526 05-0

Fax: 0211/526 05-48

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Kompositfüllungen – „State of the Art“

Referent: Wolfgang-M. Boer, Euskirchen

Termin: 15.10.2010: 14.00 - 18.00 Uhr, 16.10.2010: 9.00 - 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: Z 1066

14 Fortbildungspunkte

Seminargebühr: 620 EUR

Anmerkung:

Eine Materialliste wird nach verbindlicher Anmeldung zugesandt.

Thema: Prävention bei Kindern und Jugendlichen up to date

Referent: Prof. Dr. Christian

Splieth, Greifswald

Termin: Mittwoch, 20.10.2010

von 14.00 bis 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: Z/F 1068

4 Fortbildungspunkte

Seminargebühr: 176 EUR

Thema: Abrechnung von A-Z für Berufseinsteiger, -umsteiger und -wiedereinsteiger – Teil 1

Referentin: Dr. Ute Matschinske, Münchenbernsdorf

Termin: Freitag, 22.10.2010 von

9.00 bis 16.00 Uhr

Kurs-Nr.: Z/F 1069

6 Fortbildungspunkte

Seminargebühr: 135 EUR

Thema: Prothetikfalle Kiefergelenk

– Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Manual/Physiotherapeut

Referent: Dr. Ulf Gärtner, Köln

Werner Röhrig, Köln

Termin: Freitag, 22.10.2010 von

14.00 bis 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: Z 1070

5 Fortbildungspunkte

Seminargebühr: 275 EUR

Thema: Abrechnung von A-Z für Berufseinsteiger, -umsteiger und -wiedereinsteiger – Teil 2

Referentin: Dr. Ute Matschinske, Münchenbernsdorf

Termin: Samstag, 23.10.2010 von

9.00 bis 16.00 Uhr

Kurs-Nr.: Z/F 1071

6 Fortbildungspunkte

Seminargebühr: 135 EUR

Thema: 7 Brücken für den Rücken

– Befreite Gelenke in Sekunden

Referent: Prof. Dr. Gerd Schnack, Allensbach

Termin: Mittwoch, 27.10.2010

von 9.00 bis 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: SZ/F 1072

9 Fortbildungspunkte

Seminargebühr: 187 EUR

Thema: Bewährte Möglichkeiten der Diagnostik und initialen Therapie von Funktionsstörungen mit Aufbissbehelfen

Referent: Theresia Asselmeyer, Hannover

Termin: Freitag, 29.10.2010 von

14.00 bis 18.00 Uhr/

Samstag, 30.10.2010 von 9.00 bis

18.00 Uhr

Kurs-Nr.: Z 10741

4 Fortbildungspunkte

Seminargebühr: 295 EUR

Anmerkung:

Eine Materialliste wird nach verbindlicher Anmeldung zugesandt.

Sonderseminar für ZFA

Thema: Seminar für Wieder- und Neueinsteigerinnen und ZFA, die ihr Basiswissen auffrischen möchten, um konkurrenzfähig zu bleiben

Referent: Solveyg Hesse, Otter

Termine: Freitag, 05.11.2010 von 8.30 bis 17.30 Uhr

Samstag, 06.11.2010 von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 10.11.2010 von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 24.11.2010 von 8.30 bis 17.30 Uhr

Donnerstag, 25.11.2010 von 8.30 bis 17.30 Uhr

Die Veranstaltung kann nur komplett gebucht werden.

Kursgebühr: 850 EUR

Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen

Zahnärztliche Akademie Nieder-

sachsen, ZAN

Zeißstraße 11a, 30519 Hannover

Tel.: 0511/83391-311 oder 313

Fax: 0511/83391-306

Aktuelle Veranstaltungstermine

unter www.zkn.de

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Hygiene-Workshop. MPG-Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung

Referentin: Sabine Christmann

Termin: 06.10.2010

Uhrzeit: 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Ort: Frauenklinik, Horsaal 2 (EG),

Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

Fortbildungspunkte: 4

Kursgebühr: 160 EUR

Kurs-Nr.: 108275

Thema: ZQMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung

Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm

Termin: 13.10.2010

Uhrzeit: 13:30 Uhr bis 16:30 Uhr

Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189

Wiesbaden

Fortbildungspunkte: 4

Kursgebühr: EUR 160

Kurs-Nr.: 108304

Thema: ZQMS EDV-Grundlagen – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung

Referent: Dr. Holger Dausch

Termin: 13.10.2010

Uhrzeit: 16.45 Uhr bis 19.30 Uhr

Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189

Wiesbaden

Fortbildungspunkte: 3

Kursgebühr: EUR 80

Kurs-Nr.: 108305

Thema: ZQMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung

Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm

Termin: 27.10.2010

Uhrzeit: 13:30 Uhr bis 16:30 Uhr

Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189

Wiesbaden

Fortbildungspunkte: 4

Kursgebühr: EUR 160

Kurs-Nr.: 108306

Thema: Die Behandlung von Frontzahntraumata – von der Replantation bis zur Zahntransplantation – ein modernes Therapie-

konzept

Referent: Dr. Matthias Burwinkel

Termin: 27.10.2010

Uhrzeit: 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Ort: LZK, Langenbeckstr. 2, 55131

Mainz

Fortbildungspunkte: 5

Kursgebühr: 160 EUR

Kurs-Nr.: 108115

Thema: BuS-Einführungsseminar für Praxisinhaber/innen
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 03.11.2010
Uhrzeit: 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Ort: Frauenklinik, Hörsaal 2 (EG), Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: EUR 160
Kurs-Nr.: 108122

Thema: Der verbissene Patient – Die komplexe Therapie der craniomandibulären Dysfunktion
Referent: Dr. Dietmar Hellmich
Termin: 10.11.2010
Uhrzeit: 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Ort: LZK, Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: EUR 160
Kurs-Nr.: 108262

Thema: ZQMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 17.11.2010
Uhrzeit: 13:30 Uhr bis 16:30 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189 Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: EUR 160
Kurs-Nr.: 108307

Thema: ZQMS EDV-Grundlagen – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin: 17.11.2010
Uhrzeit: 16:45 Uhr bis 19:30 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189 Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: EUR 80
Kurs-Nr.: 108308

Thema: Myofunktionelle Therapie und Bruxismus
Referentin: Sabine Fuhlbrück
Termin: 17.11.2010
Uhrzeit: 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Ort: LZK, Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: EUR 160
Kurs-Nr.: 108263

Thema: Praxisgründung sicher und gut – Intensiv-Workshop für Zahnärzte/innen
Referenten: Werner Renkes, Rainer Datz, Stefan Böhm, Christian Hausmann, Michael Reiß
Termin: 19. und 20.11.2010
Uhrzeit: 15:00 Uhr bis 19:00 Uhr und 09:00 Uhr bis 16:00 Uhr
Ort: LZK, Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: EUR 60
Kurs-Nr.: 108134

Thema: Der Praxisknigge
Referentin: Sybille David
Termin: 20.10.2010
Uhrzeit: 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Ort: LZK, Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: EUR 160
Kurs-Nr.: 108261

Thema: ZQMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 27.10.2010
Uhrzeit: 13:30 Uhr bis 16:30 Uhr
Ort: Handwerkskammer Wiesbaden, Bildungs- und Technologiezentrum 2, Moltkering 17, 65189 Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: EUR 160
Kurs-Nr.: 108306

Thema: BuS-Einführungsseminar für Praxisinhaber/innen
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 03.11.2010
Uhrzeit: 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Ort: Frauenklinik, Hörsaal 2 (EG), Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: EUR 160
Kurs-Nr.: 108122

Auskunft und Anmeldung:

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Implantatchirurgie – Kurs mit praktischen Anteilen
Referent: Dr. Martin Dürholt, Bad Salzuflen
Termin:
 26.11.2010: 15.00 – 19.00 Uhr
 27.11.2010: 09.00 – 15.30 Uhr
Gebühr: 399 EUR
Fortbildungspunkte: 14
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 143

Thema: Arbeitskreis Kinderzahnheilkunde. Erarbeitung zahnärztlicher Konzepte für Prophylaxe und Behandlung im Kindesalter
Thema: Implantologie bei Kindern? Indikation und Risiken
Referent: Gastdozent: Dr. Martin Grieb, Lippstadt
 Moderator: Dr. Peter Noch, Lüne-
Termin: 01.12.2010:
 15.00 – 17.30 Uhr
Gebühr: 89 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: ARB 10 710 767

Thema: Die chirurgische Kronenverlängerung: Chirurgische Verfahren, Perioprothetische Rekonstruktion
Referent: Dr. Raphael Borchard, Münster
Termin: 01.12.2010:
 14.00 – 18.30 Uhr
Gebühr: 249 EUR
Fortbildungspunkte: 6
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 114

Thema: Initiative Zahnheilkunde plus (IZP). Fachbereich Prothetik Praktischer Teil 1
Referent: Prof. Dr. Michael Augt-hun, Mülheim / Ruhr
Termin: 01.12.2010:
 15.00 – 19.30 Uhr
Gebühr: 229 EUR
Fortbildungspunkte: 7
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 124

Thema: Hat die Kürette ausgedient?
Referent: Dr. Inga Schäfer, Münster
Termin: 01.12.2010:
 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 65 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Gelsenkirchen, InterCity Hotel, Ringstr. 1-3,
 Tel: 0251/507627
Kurs-Nr.: DEZ 10 750 030

Thema: Schnarchen und obstruktive Schlafapnoe (OSA). Möglichkeiten und Grenzen bei der Therapie mit intraoralen Protusionsschienen. Ein praktisches Konzept für Zahnärztliche Somnologie
Referent: Dr. Jürgen Langenhahn, Idstein
Termin:
 03.12.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,
 04.12.2010: 09.30 – 15.00 Uhr
Gebühr: 339 EUR
Fortbildungspunkte: 11
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 095

Thema: MPG für Niedergelassene
Referent: Dr. Hendrik Schlegel, ZÄKWL
Termin: 03.12.2010:
 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 59 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 760 002

Thema: Arbeitskreis Parodontologie. Parodontologie in der täglichen Praxis
Referent: Dr. Daniel Lohmann, Krefeld
Termin: 08.12.2010:
 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 129 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: ARB 10 710 768

Thema: Sinusboden – Kurs mit Live OP
Referent: Dr. Martin Volmer, Münster
Termin: 08.12.2010:
 14.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 249 EUR
Fortbildungspunkte: 7
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 125

Thema: Techniken und Materialien des Knochenaufbaus
Referent: Dr. Michael Werner, Münster
Termin: 08.12.2010:
 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 65 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: DEZ 10 750 021

Thema: Überzeugende Prophylaxe-konzepte
Referent: ZMV Christine Baumeister, Haltern
Termin: 10.12.2010:
 14.00 – 19.30 Uhr
Gebühr: ZA 239 EUR, ZFA 119 EUR
Fortbildungspunkte: 7
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 076

Thema: BEB-Zahntechnik (Profi) Gegenüberstellung der alten und neuen BEB. Wir erklären Ihnen, wie Sie von der Neuen profitieren.
Referent: ZMV Daniela Fischer, ZÄKWL
Termin: 10.12.2010:
 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 199 EUR, ZFA 99 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 094

Thema: Arbeitskreis Alterszahnmedizin, Schmerztherapie beim alten Menschen
Referent: Prof. Dr. Stefan Evers, Münster
Termin: 15.12.2010:
 15.30 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 29 EUR
Fortbildungspunkte: 3
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 710 760

Thema: Arbeitskreis Implantologie
Referent: Dr. Martin Grieb, Lippstadt
Termin: 15.12.2010:
 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 99 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 710765

Thema: Vertiefender QM-Workshop für den Zahnarzt und sein Team. Fehler und Reklamationen erkennen und mit System beseitigen
Referent: Dozententeam der ZÄKWL
Termin: 17.12.2010:
 9.00 – 16.30 Uhr
Gebühr: ZA 278EUR, ZFA 199 EUR
Fortbildungspunkte: 8
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 726 116

Thema: Ergänzender Z-PMS 20007 Workshop für das Team.
Referent: Dozententeam der ZÄKWL
Termin: 18.12.2010:
 9.00 – 12.30 Uhr
Gebühr: ZA 60EUR, ZFA 60EUR
Fortbildungspunkte: 5
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 762 076

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

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Herbst-Meeting 2010
Referent: Prof. Dr. Elmar Hellwig, Freiburg
Termin: 23.10.2010
Gebühr: 140 EUR
Kurs-Nr.: 10/554

Thema: Richtig vorgesorgt? – Vollmacht, Patientenverfügung und Testament
Referent: Dr. Claudio Nardi, Lörrach
Termin: 03.11.2010
Gebühr: 49 EUR
Kurs-Nr.: 10/133

Thema: Kleine Laborarbeiten für die Zahnmedizinische Fachangestellte
Referent: Dr. Rolf-Dieter Baumgärtner, Teningen; ZTM Gerald Volz, Emmerdingen

Termin: 05./06.11.2010
Gebühr: 325 EUR
Kurs-Nr.: 10/420

Thema: Die Kraft des Denkens – Motivations- und Energietraining mit Shaolin-Methoden
Referent: Gerhard Conzelmann zusammen mit einem Shaolin-Mönch
Termin: 05./06.11.2010
Gebühr: 920 EUR Einzelpreis; 95 EUR je weiteres Mitglied der Praxis
Kurs-Nr.: 10/321

Thema: Die Revision von Wurzelkanalbehandlungen
Referent: PD Dr. Karl-Thomas Wrbas, Freiburg
Termin: 12.11.2010
Gebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: 10/134

Thema: Prophylaxe für Schwangere und Kleinkinder
Referentin: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 12.11.2010
Gebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 10/421

Thema: PAR-Patienten professionell betreuen
Referent: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 12.11.2010
Gebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 10/4232

Thema: Die optimale Assistenz in der kieferorthopädischen Praxis
Referent: Dr. Thorsten Sommer, Freiburg
Termin: 13.11.2010
Gebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: 10/423

Thema: Hartgewebsmanagement in der Implantologie Intensivworkshop
Referent: Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kiel
Termin: 19./20.11.2010
Gebühr: 580 EUR
Kurs-Nr.: 10/135

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 Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Moderne Isolation des zahnärztlichen Behandlungsfeldes Zahnisolation – klar, einfach, sicher und befriedigend!
Referent: ZA Enno Kramer, Norden
Termin: 03.11.2010: 14 bis 18 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2010-029

Thema: Praxisabgabeseminar
Referenten: RA Torsten Hallmann, Magdeburg
Ralph Buchholz, Burg
Christina Glaser, Magdeburg
Termin: 03.11.2010 von 14 bis 18 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 35 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-021

Thema: Berufseinsteigerseminar – Vorbereitung auf die Niederlassung
Referenten: RA Torsten Hallmann, Magdeburg, Ralph Buchholz, Burg, Christina Glaser, Magdeburg
Termin: 03.11.2010: 14 bis 18 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 35 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-027

Thema: Curriculum Parodontologie mit anschließendem Erwerb „Kammerzertifikat Fortbildung Parodontologie“
 Baustein 1: Anatomie, Ätiologie, Diagnostik, geschlossene Verfahren
Referenten: PD Dr. S. Reichert, Dr. U. Zimmermann, Dr. J. Klapproth, alle Halle
Termin: 05.11.2010 von 14 bis 18 Uhr und am 06.11.2010 von 9 bis 17 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Universitätsklinikum, Harz 42a
Gebühr: 2 500 EUR Kurspaket, 380 EUR Einzelkursgebühr
Kurs-Nr.: Z/2010-080

Thema: Gesunde Zähne von Anfang an – Der Beginn eines erfolgreichen Prophylaxe-Konzeptes
Referentin: Ute Rabling, Dörverden
Termin: 05.11.2010: 14 bis 19 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 100 EUR
Kurs-Nr.: H-45-2010

Thema: Curriculum Allgemeine Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (insg. 118 Punkte)
 Tageskurs Freitag – Dentoalveoläre Traumatologie
Referentin: Dr. Christine Berthold, Erlangen
Termin: 05.11.2010 von 14 bis 18 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Universitätsklinikum Kröllwitz, Ernst-Grube-Str. 40
Gebühr: Kurspaket 2 000 EUR, Einzelgebühr 85 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-072

Thema: Stift oder kein Stift? Adhäsiv befestigt oder zementiert? Aufbau tief zerstörter Zähne (mit praktischen Übungen)
Referenten: Dr. Markus Kaup, Dr. Sven Duda, beide Münster
Termin: 06.11.2010 von 9 bis 17 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 190 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-015

Thema: Notfallseminar für das Praxisteam (mit praktischen Übungen)
Referenten: Prof. Dr. med. Detlef Schneider, Dr. med. Jens Lindner, Dr. med. Matthias Lautner, alle Halle (Saale)
Termin: 06.11.2010 von 9 bis 14.30 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der MLU Halle-Wittenberg, Ernst-Grube-Str. 40, Kröllwitz
Gebühr: ZA 100 EUR, ZFA 70 EUR, Team (1 ZA/1 ZH) 150 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2010-016

Thema: Der Zahnarztberuf und das Strafrecht
Referentin: RA Dr. jur. habil. Marianne Langner, Magdeburg
Termin: 10.11.2010 von 14 bis 19 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Maritim Hotel, Riebeckplatz 4
Gebühr: 110 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-017

Thema: Ohrakupunktur und Körperakupunktur – Intensivkurs mit erweiterten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (auf der Stufe 1 aufbauender Kurs) – Stufe 2 –
Referent: Dr. med. Kai Bähne-mann, Berlin
Termin: 12.11.2010 von 14 bis 19 Uhr und am 13.11.2010 von 9.30 bis 16.30 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 280 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-019

Thema: Spannende und entspannende Kinderzahnbehandlung mit Hypnose und Akupressur
Referentin: Dr. med. Gisela Zehner, Herne
Termin: 12.11.2010 von 9 bis 18 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 185 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2010-018

Thema: Qualitätsmanagement für Praxismitarbeiterinnen
Referentin: Andrea Kibgies, Magdeburg
Termin: 12.11.2010 von 14 bis 18 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 50 EUR
Kurs-Nr.: H-46-2010

Thema: „Stress lass nach“ Seminar zum Thema Stressbewältigung souverän und zielorientiert bei Stress und Patientenbeschwerden
Referentin: Betül Hanisch, Freiburg
Termin: 13.11.2010 von 9 bis 16 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Ankerhof Hotel GmbH, Ankerstraße 2 a
Gebühr: 185 EUR
Kurs-Nr.: H-47-2010

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
Referent: Prof. Dr. med. Dr. dent. Edgar Spens, Halle (Saale)
Termin: 20.11.2010 von 9 bis 16 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-020

Thema: Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Professionelle Patientenführung durch die Praxismitarbeiterin
Referent: Dipl.-Psychologe Bernd Sandock, Berlin
Termin: 20.11.2010 von 9 bis 17 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 160 EUR
Kurs-Nr.: H-49-2010

Thema: Aktuelle Entwicklungen in der Prophylaxe Seminar mit praktischen Übungen für die Prophylaxemitarbeiterin/ ZMP
Referentin: Simone Klein, Berlin
Termin: 20.11.2010 von 9 bis 16 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 180 EUR
Kurs-Nr.: H-48-2010

Thema: Hygiene, Medizinprodukte und die praktische Umsetzung
Referenten: Dr. Jürgen Mikoleit, Hohenwarte, Ralph Buchholz, Burg, Dr. Claudia Kohlstock, Magdeburg
Termin: 24.11.2010 von 14 bis 19 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 145 EUR
Kurs-Nr.: H-50-2010

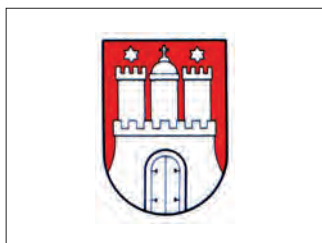
Thema: Skelettale Verankerung in der Kieferorthopädie – Gaumenimplantat statt Headgear und Minischraube statt prothetischem Lückenschluss (mit prakt. Übungen)
Referent: Prof. Dr. med. habil. Winfried Harzer, Dresden
Termin: 26.11.2010, 14 bis 18 Uhr 27.11.2010, 9 bis 14 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 300 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-022

Thema: Zahngesunde Ernährung
Referentin: Ottilia Wielvers, Wörrstadt
Termin: 27.11.2010 von 9 bis 15 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Ankerhof Hotel GmbH, Ankerstraße 2 a
Gebühr: 135 EUR
Kurs-Nr.: H-51-2010

Thema: Richtige Arbeitshaltung und Absaugtechnik für einen gesunden Rücken (Teamkurs 1 ZA + 2 ZFA)
Referent: Dr. med. dent. Ulrich Reiß, Hof
Termin: 27.11.2010 von 9 bis 17 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: ZA 210 EUR, ZH 180 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2010-023

Anmeldungen bitte schriftlich über Zahnärztekammer S.-A., Postfach 3951, 39014 Magdeburg, Telefon 0391/7 39 39 14 (Frau Einecke) bzw. 0391/7 39 39 15 (Frau Bierwirth) per Fax: 0391/7 39 39 20 oder e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder bierwirth@zahnaerztekammer-sah.de

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Wissenschaftlicher Abend. Zahntrauma - professionelle Behandlung in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel
Termin: 01.11..2010: 20.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 41 kons

Thema: Notfälle in der zahnärztlichen Praxis, lebensrettende Sofortmaßnahmen.
 Kurs III - Teamkurs
Referent: Oberfeldarzt Hans-Peter Daniel, Lütjensee
Termin: 03.11.2010: 15.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: ZA 80 EUR, Mitarbeiter 40 EUR
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 40195 Kons

Thema: Kofferdam - Teamkurs
Referent: Dr. Florian Bertzbach, Bremen
Termin: 06.11.2010: 9.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 240 EUR
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 21046 kons

Thema: Mini-Implantate zur Verankerung in der Kieferorthopädie. Kurs II für Fortgeschrittene: Biomechanik und klinisches Management
Referent: OA PD Dr. Benedict Wilmes, Düsseldorf
Termin: 06.11.2010: 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 260 EUR
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 40200 kfo

Thema: Sinuslifteingriffe
Referenten: Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch und Mitarbeiter
Termin: 10.11.2010
Gebühr: 150EUR
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 31041 chir
Thema: Wie zufrieden kann ich mit der Behandlung meiner Parodontitistherapie sein?
Referent: Dr. Sonja Sälzer, Hamburg
Termin: 10.11.2010: 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 70 EUR
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 20041 paro

Thema: Wellness für Rücken und Augen in der zahnärztlichen Praxis - Mühelos präziser sehen
Referent: Dr. Georg Kwiatkowski, Berlin
Termin: 12./13.11.2010: Fr 14.00 – 19.00 Uhr, Sa 9.00 - 16.00 Uhr
Gebühr: 300 EUR
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 40203 inter

Thema: Prävention und Therapie der Milchzahnkaries
Referent: Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Hamburg
Termin: 17.11.2010: 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 70 EUR
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 20040 kons

Thema: Perlen und Erfolgsfeatures der synoptischen Privatpraxis
Referent: Dr. Carl-Michael von Uexküll, Hamburg
Termin: 19./20.11.2010: Fr 14.30.00 – 18.30 Uhr Sa 9.00 - 16.00 Uhr
Gebühr: 420 EUR
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 50060 praxisf

Thema: Krieg oder Frieden? Vom Umgang mit Versicherungen und Beihilfestellen

Referent: Dr. Michael Cramer, Overath

Termin: 20.11.2010:

9.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: 140 EUR

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 21044 praxisf

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

Aufbau tief zerstörter Zähne - Kurs mit praktischen Übungen

Referent: Dr. Sven Duda, Dr. Markus Kaup, Münster

Termin: 20.11.2010:

9.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 300 EUR

Fortbildungspunkte: 10

Kurs-Nr.: 40206 proth

Thema: Lokale Knochentransplantation

Referenten: Prof. Dr. Dr. Tomas Kreusch und Mitarbeiter

Termin: 24.11.2010:

14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 300 EUR

Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: 31044 chir

Thema: Endodontie - praxisgerecht

Referent: Dr. Horst Behring, Dr. Clemens Bargholz, Hamburg

Termin: 24.11.2010:

14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 120 EUR

Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: 50058 kons

Thema: Hands-On-Kurs: Ästhetik und Funktion - Optimale Ergebnisse mit direkten Kompositen im Front- und Seitenzahnbereich

Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart, Holzkirchen

Termin: 26./27.11.2010:

Fr 14.00 – 19.00 Uhr

Sa 9.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 420 EUR

Fortbildungspunkte: 14

Kurs-Nr.: 40211 kons

Thema: Sinusstift-OP - State of the Art. Live-OP und Hands-on-Kurs

Referent: Dr. Dr. Werner Stermann, Hamburg

Termin: 27.11.2010:

9.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 200 EUR

Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: 50059 impl

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

Kongresse

■ 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: LZK 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.: 0211/16970-77

Fax: 0211/16970-66

www.dgzi.de

10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Schlafmedizin

Termin: 09.10.2010

Ort: Kongresszentrum Bremen

Auskunft: Porstmann Kongresse Alte Jakobstr. 77

10179 Berlin

Tel.: 030/284499-30

Fax: 030/284499-31

e-mail: info@dgzs.de

www.dgzs.de

dental informa 2010

Veranstalter: Zahnärztekammer Niedersachsen

Termin: 09.10.2010:

09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Halle 2 auf dem Messe-

gelände Hannover

Auskunft: Fachausstellungen Heck-

mann 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.heckmannngmbh.de

14th Dental World

Termin: 14.10. – 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 Unter-

nehmertag

Thema: Zähne erhalten –

Möglichkeiten und Grenzen

Termin: 21.10. – 23.10.2010

Ort: München,

The Westin Grand, Arabellapark

Auskunft: Bayerische

Landes Zahnärztekammer

Fallstr. 34

81369 München

Tel.: 089/72480-428

Fax: 089/72480-444

www.blzk2010.de

Anmeldung: Oemus Media AG

Tel.: 0341/48474-308

Fax: 0341/48474-290

blzk2010@oemus-media.de

Kongress „Lokale und systemische Risiken in der Implantologie“

Veranstalter: Prophylaxe Zentrum

Zürich (PZZ) und Zahnmedizi-

nisches Zentrum Zürich Nord

(ZZZN)

Termin: 23.10.2010

Ort: Universität Zürich Irchel

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Ulrich P. Saxer

Referenten: Prof. Dr. U. P. Saxer –

Zürich, Prof. M. Quirynen – Leu-

ven (B), Prof. J. Meyle – Gießen,

Prof. Dr. N. Zitzmann – Basel,

Prof. U. Frank – Freiburg/Brsg.,

Prof. R. Persson – Bern/Seattle,

Dr. U. Brodbeck – Zürich, Dr. E.

Gröchenig – Aarau, Dr. R. Sande-

rink – Zürich, Genf, Würzburg

Kursgebühr: ZA: sFr. 450,

DH: sFr. 300

Auskunft:

Tel.: +41 55 4153058

Sächsischer Fortbildungstag für

Zahnärzte und das Praxisteam

Thema: Bewahren und restaurieren

– Moderne Endodontie in der

Praxis

Termin: 23.10.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Stadthalle Chemnitz

Auskunft: Fortbildungsakademie

der LZK Sachsen

Schützenhöhe 11, 01099 Dresden

Tel.: 0351/8066-102, Fax: -106

e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

■ November

9. Jahrestagung der DGEndo

Termin: 04.11. – 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: -290

www.dgendo.de

Zahnärztliche Fortbildungstage

Rust für Ärzte und AssistentInnen

der ÖGZMK Burgenland

in Zusammenarbeit mit dem ZAFI

(zahnärztliches Fortbildungsinstitut)

Thema: „Prophylaxe Teamtag“ /

„Herbsttagung Rust – Lust auf

Rust“ / Schwerpunktthema u.a.:

Endodontie

Termin: 05.11. – 07.11.2010

Ort: Seehotel Rust / Neusiedler See

Veranstalter: Dr. Herbert Haider

(ÖGZMK Burgenland), Dr. Edzard

Johann Stadler, DDr. Franz Karl

Tuppy (ZAFI)

Information:

Ärztzentrale Med.info

Helferstorferstr. 4

A-1014 Wien

Tel.: +43/1/53116-48, Fax: -61

e-mail: azmedinfo@media.co.at

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. Figgene
Poliklinik für Zahnärztliche
Prothetik, Waldeyerstr. 30,
48149 Münster
Referenten: Prof. Dr. Dr. N. Krämer
– Gießen, Prof. Dr. Dr. H. J.
Staehele – 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.: 0251/8347-084
Fax: 0251/8347-182
e-mail: weersi@uni-muenster.de

SGI Jahrestagung

Thema: Von der biologischen
Basis zum klinischen Erfolg.
Brisante Fragen aus der aktuellen
Implantologie
Termin: 12./13.11.2010
Ort: Zürich in der Arena Filmcity,
Sihlcity
Auskunft und Anmeldung:
SGI/SSIO, Veronika Thalman
Marktgasse 7
CH-3011 Bern
Tel.: 0041/31/3124316
Fax: 0041/31/3124314
veronika.thalman@sgi-ssio.ch
www.sgi-ssio.ch

22. Jahrestagung Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik 43. Jahrestagung der DGFDT Arbeitsgemeinschaft für Prothetik und Gnathologie der österrei- chischen Gesellschaft für ZMK- Heilkunde

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 Pro-
thetik und Werkstoffkunde
Universitätsklinikum Münster
Waldeyerstr. 30
48149 Münster
Tel.: 0251/8347078
Fax: 0251/8347083
e-mail: wolowski@uni-muenster.de
www.akpp.uni-muenster.de

MEDICA

42. Weltforum der Medizin
Termin: 17.11. – 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

Anzeige

20. Brandenburgischer Zahnärztetag

Thema: Update Zahn-Mund-
Kieferheilkunde
Veranstalter: LZÄK Brandenburg,
KZV Brandenburg, Quintessenz-
Verlag
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Georg
Meyer – Greifswald
Termin: 19./20.11.2010
Ort: Messe Cottbus
Sonstiges: extra Fachprogramm
für ZFA
Auskunft: LZÄK Brandenburg
Margit Harms
Parzellenstr. 94
03046 Cottbus
Tel.: 0355/38148-25
e-mail: mharms@lzk.de
www.lzkb.de

24. Kongress des DGI e.V.

Thema: Misserfolge – erkennen
und beherrschen
Termin: 25.11. – 27.11.2010
Ort: Hamburg
Auskunft: Youvivo GmbH
Karlstr. 60, 80333 München
Tel.: 089/550520-90
Fax: 089/550520-92
e-mail: info@youvivo.com

1. Wissenschaftlicher Kongress für Aligner Orthodontie

Veranstalter:
Deutsche Gesellschaft für Aligner
Orthodontie e.V. (DGAO)
Termin: 26./27.11.2010
Ort: InterContinental Hotel Köln
Auskunft: DGAO-Tagungsbüro
Stephanie Schwarze
welcome@friebe-organisation.de

10. Keramik-Symposium

der AG Keramik in Kooperation
mit dem Jahreskongress der DGI
Thema: „10 Jahre visionär“ –
Vollkeramik in Klinik und Praxis
Termin: 27.11.2010:
09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Hamburg, Congress Center
(CCH), Am Dammtor/Marseiller
Str.
Referenten: Prof. Arnetzl – Graz,
Prof. Lauer – Frankfurt/Main,
Prof. Scherer – Genf, PD Dr. Holst
– Erlangen, Prof. Wöstmann – Gie-
ßen, Dr. Hugo – Schweinfurt, u.a.
Gebühr: 150 EUR,
Mitglieder AG Keramik 90 EUR,
Studenten 49 EUR
Auskunft: AG Keramik
Postfach 100117, 76266 Ettlingen
Tel.: 0721/945-2929, Fax: -2930
www.ag-keramik.eu

■ Dezember

The 1st Global Congress of Chinese Dentists

Termin: 02.12. – 04.12.2010
Ort: Xiamen, China
Auskunft: www.gccd2010.org
Tel.: +10/84556613-6617

2. Bundeskongress für Privat- medizin GOÄ/GOZ

Termin: 04.12.2010
Ort: Maternushaus Köln
Auskunft:
Tel.: 0221/139836-69
e-mail: info@bundeskongress-
privatmedizin.de
www.bundeskongress-privatmedi-
zin.de

3rd Pan-EURpean Dental Congress

Veranstalter: ERO-FDI
Termin: 09.12. – 11.12.2010
Ort: Kiev (Ukraine)
Auskunft:
Tel.: +74952500528
Fax: +74952503899

■ Januar

5. Hamburger Zahnärztetag

Thema: Endodontie – Zahnerhalt
um jeden Preis?
Termin:
28.01.2011: 14.00 – 18.30 Uhr,
anschließend „Get-together“
bis 22.00 Uhr,
29.01.2011: 09.30 – 16.15 Uhr
(Vorträge für ZFA am 28.01.2011:
14.00 – 18.30 Uhr, anschließend
„Get-together“ bis 22.00 Uhr)
Ort: Hotel Empire Riverside
Auskunft u. 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, Fax: -76
susanne.knueppel@zaek-hh.de
www.zahnaerzte-hh.de

■ Februar

DGP-Frühjahrstagung

Thema: Das Göteborger Konzept: 25 Jahre Implantieren im parodontal kompromittierten Gebiss. Wo stehen wir heute?

Termin: Februar 2011

Ort: Frankfurt

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGP) Neufferstr. 1

93055 Regensburg

Tel.: 0941/942799-0

www.dgparo.de

■ März

57. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Thema: Kopf- und Gesichtsschmerzen – eine interdisziplinäre Herausforderung

Tagungspräsident: Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich – Bremen

Termin: 30.03. – 02.04.2011

Ort: Gütersloh

Auskunft:

Akademie für Fortbildung der ZÄKWL

Auf der Horst 31

48147 Münster

(Herr Bertram)

Tel.: 0251/507-600

Fax: 0251/507-609

■ April

57. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Thema: Kopf- und Gesichtsschmerzen – eine interdisziplinäre Herausforderung

Tagungspräsident: Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich – Bremen

Termin: 30.03. – 02.04.2011

Ort: Gütersloh

Auskunft:

Akademie für Fortbildung der ZÄKWL

Auf der Horst 31

48147 Münster

DDHV-Fortbildungstagung 2011

Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Termin: 02.04.2011

Ort: München

Gebühr: 240 EUR, Mitglieder 180 EUR

Fortbildungspunkte: 6

Schriftliche Anmeldung:

DDHV-Geschäftsstelle, Weichselmühle 1, 93080 Pentling

Auskunft: Beatrix Baumann

Tel. 0941-91069210

Beatrix.Baumann@gmx.de

www.ddhv.de

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC-Seminar

Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich, problemorientiert

Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curricularentwicklung und -forschung

Termin: 23. – 26.11.2010:

8.30 bis 19.30 Uhr,

Seminargebühr: 1 000 EUR

oder Sirona-Gutschein

Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans

Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums 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 Frankfurt am Main

2. noXrayCeph Kongress

Thema: Innovative Diagnostik für die Kieferorthopädie

Veranstalter: Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main

Termin: 11.11.2010, vor dem Kongress der DGKFO/DGMKG

Ort: Universität Frankfurt am Main

Auskunft und Anmeldung:

Petra Klug 0611-86846

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGZH

Regionalstelle Stuttgart

Thema: Supervision mit Fallvorstellung per Video

Termin: 20.11.2010:

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart, 4. Stock

Fortbildungspunkte: 8

Referentin: Gudrun Schmierer

Kursgebühr: 180 EUR

Auskunft: Marion Jacob

Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart

Tel.: 0711/2363761

Fax: 0711/244032

e-mail: mail@dgzh-stuttgart.de

www.dgzh-stuttgart.de

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Thermoplastische Wurzelfüllung

Referent: Dr. Marco Georgi

Termin: 05./06.11.2010

Ort: Wiesbaden

Fortbildungspunkte: 14

Kursnummer: EA 04

Kursgebühr: 910 EUR;
(870 EUR DGZMK-Mitglieder;
850 EUR APW-Mitglieder)

Thema: Kieferorthopädie und Chirurgie – gemeinsame Wege zum Behandlungsziel

Referent: Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas

Termin: 19.11.2010

Ort: Frankfurt am Main

Fortbildungspunkte: 8

Kursnummer: CA 06

Kursgebühr: 440 EUR;
(410 EUR DGZMK-Mitglieder;
390 EUR APW-Mitglieder)

Thema: Aktuelle parodontale peri-implantäre Chirurgie

Referent: Dr. Raphael Borchard

Termin: 19./20.11.2010

Ort: Münster

Fortbildungspunkte: 16

Kursnummer: CP 05

Kursgebühr: 920 EUR;
(890 EUR DGZMK-Mitglieder;
870 EUR APW-Mitglieder)

Thema: 1x1 der Adhäsivtechnik

Referent: Prof. Dr. Roland Frankenberger

Termin: 26./27.11.2010

Ort: Marburg

Fortbildungspunkte: 12

Kursnummer: CR 06

Kursgebühr: 560 EUR;
(530 EUR DGZMK-Mitglieder;
510 EUR APW-Mitglieder)

Thema: APW Kontrovers - Heidelberger Kolloquium

Referent: Prof. Dr. Dr. H.J. Staehle

Termin: 04.12.2010

Ort: Heidelberg

Fortbildungspunkte: 8

Kursnummer: KO 01

Kursgebühr: 340 EUR;
(310 EUR DGZMK-Mitglieder;
290 EUR APW-Mitglieder)

Auskunft:

APW, Liesegangstr. 17a,
40211 Düsseldorf
Tel.: 0211/669673-30
Fax: 0211/669673-31
e-mail: apw.barten@dgzmk.de
http://www.dgzmk.de

DGI

LV Berlin-Brandenburg

16. Fortbildungabend

Thema: Periimplantitis

Referent: Prof. Dr. Herbert Deppe,
München, Prof. Dr. Dr. Volker
Strunz

Termin: 03.11.2010, 19.00 Uhr

Ort: Klinikum Benjamin Franklin
der Charité Berlin

Gebühr: 20 EUR, BBI-Mitglieder
kostenfrei

Auskunft und Anmeldung: BBI-Geschäftsstelle, 030 - 86098722,
strunz@dgi-ev.de

15. Jahrestagung

Thema: Rückblick, Augenblick,
Ausblick

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr.
Dr. Volker Strunz, Berlin

Termin: 04./05.03.2011

Ort: Hotel Berlin

Auskunft und Anmeldung:

BBI-Geschäftsstelle
Tel.: 030/86098722
strunz@dgi-ev.de

ICCMO

Ärztegesellschaft für Erfahrungs- heilkunde e.V.

Themen: Synergien in der CMD
Behandlung

Die Schleuderverletzung der HWS
- ein Thema für den Zahnarzt?

Guter Biss - guter Schlaf. Syner-

gien Zahn- und Schlafmedizin

Referenten: Prof. Neuhuber, Prof.
Hülse u.a.

Termin: 30.10. – 01.11.2010

Ort: Baden-Baden

Auskunft: ICCMO e.V.,
Schuhstr. 35, 91052 Erlangen
Tel. 09131/9790992,
Fax 09131/9790994,
sekretariat@iccmo.de

Freie Anbieter

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

Die Redaktion

Thema: 12 Uhr Behandlung –
garantiert gute Haltung und
einfachste Arbeitsbewegungen,
in 1,5 Tagen

Veranstalter: Dr. Wolf Nedder-
meyer, Zahnarzt/Oralchirurgie

Termin: nach Vereinbarung

Ort: Anmelderpraxis

Sonstiges: Der Kurs wird Kollegen
mit orthopädischen Beschwerden
besonders empfohlen – aber auch
zur Schmerzprophylaxe.

Kursgebühr: 2 Zahnärzte jeweils

525 EUR + MwSt.

Auskunft: www.feelbased.com

Thema: Praxismanager/in mit IHK-
Lehrgangszertifikat

Veranstalter: Feldmann Consulting

Termin: 15. – 24.11.2010

Ort: Kronenstr.11, 76275 Ettlin-
gen

Fortbildungspunkte: 58

Tagungsgebühr: 2 350 EUR

Auskunft: Frau Nicole Feldmann,
Frau Anna Münch

www.praxismanagerin.info

Tel. 07243/72540

Fax 07243/725420

Thema: Minimalinvasive Mini-
druckknopfimplantate für den
zahnlosen Kiefer

Veranstalter: Dr. med. Dr. med.

dent. Heinrich Bültemann-Hage-

dorn

Termine: 16.10.2010

Ort: Bremen

Kursgebühr: 195 EUR

Auskunft: Praxis Dr. Dr. Bülte-

mann-Hagedorn

Faulenstr. 54, 28195 Bremen,

Tel. 0421 - 382212

Fax 421 - 39099532

Praxis@MKG-HB.de

Thema: Competence in Implant
Esthetics and All Ceramics - Exper-
tenssymposium. Implantatprothe-
tik und Vollkeramik

Veranstalter: Ivolar Vivadent

Termin: 23.10.2010

Ort: Düsseldorf, Neuss
Kursgebühr: 248 EUR, Frühbucher
186 EUR

Auskunft: Ivolar Vivadent

Dr.-Adolf-Schneider-Str. 2

73479 Ellwangen

Tel. 07961 - 889205

Fax 07961 - 6326

Thema: Competence in Composi-
tes - Intensiv-Seminar: Adhäsive
und Composite Restaurationen

Referent: Dr. Markus Lenhard

Veranstalter: Ivolar Vivadent

Termin: 03.11.2010, 14.00 - 20.15

Uhr

Ort: Münster

Fortbildungspunkte: 6

Kursgebühr: 198 EUR, Frühbucher

149 EUR

Auskunft: Ivolar Vivadent

Dr.-Adolf-Schneider-Str. 2

73479 Ellwangen

Tel. 07961 - 889205

Fax 07961 - 6326

Thema: Curriculum Anthroposo-
phische Zahnmedizin

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft

Anthroposophischer Zahnärzte

Deutschlands (GaÄD)

Termin: 05. – 07.11.2010,

6 Wochenenden bis Mai 2013,

Ort: Kassel

Kursgebühr: 1 250 EUR

Anmeldung: GAÄD

Roggenstr. 82, 70794 Filderstadt,

Tel. 0711/7799714

Fax 0711/7799712

www.anthroposophischezahnnaerz-

te.de

Thema: Implantationskurs an

Humanpräparaten

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 06.11.2010

Ort: Berlin

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Renate

Graf, Dr. Friedhelm Heinemann;

9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 460 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Dentaurum Implants GmbH

Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Implantationskurs an Humanpräparaten
Veranstalter: Dentaurum Implants
Termin: 06.11.2010
Ort: München
Sonstiges: Ref.: Prof. Benner, Dr. Manfred Sontheimer; 9 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 460 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 Dentaurum Implants GmbH
 Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Praxismanger/in für die Zahnarztpraxis
Veranstalter: GO Consulting Praxis- und Qualitätsmanagement
Termin: 08. - 12.11.2010, 8.00 - 17.45 Uhr
Ort: Dachauer Str. 37, 80335 München
Kursgebühr: 2150 EUR, Verpflegung 150 EUR

Auskunft: GO Consulting
 Gabriele Oppeneberg
 Ismaninger Str. 55
 81675 München
 Tel. 089 - 26019301
 Fax 089 - 43746989
 www.go-consulting.de

Thema: Topfit in die Gesellenprüfung
Veranstalter: BEGO
Termin: 08. - 12.11.2010
Ort: Bremen
Sonstiges: Generalprobe mit Modellgussgerüst, Brücke, Teleskop
Kursgebühr: 200 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: BEGO
 Bremer Goldschlägerei
 Andrea Gloystein
 Wilhelm-Herbst-Str. 1
 28359 Bremen
 Tel.: 0421/2028372
 Fax: 0421/2028395
 e-mail: gloystein@bego.com
 www.bego.com

Thema: Fortbildung zur „Praxismanagerin“ (IHK)
Veranstalter: Frielingsdorf Consult GmbH
Termin: 08. - 12.11.2010
Ort: Köln
Sonstiges: Die Fortbildung endet mit einem lehrgangsinernen Test und IHK-Zertifikat; Förderung mittels Prämiegutschein oder NRW-Bildungsscheck möglich
Kursgebühr: 2100 EUR zzgl. MwSt. (Materialien und Prüfung inkl.)
Auskunft: Claudia König / Frielingsdorf Consult GmbH
 Kaiser-Wilhelm-Ring 50
 50672 Köln
 Tel.: 0221/139836-63
 Fax: 0221/139836-65
 e-mail: koenig@frielingsdorf.de

Thema: Elektronische Gesundheitskarte in der Praxis
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 10.11.2010:
 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS GmbH, DENS Akademie
 Georg-Wilhelm-Str. 7,
 10711 Berlin (Wilmersdorf)

Sonstiges: Anmeldung erbeten; 2 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft:
 DENS GmbH, DENS Akademie
 Berliner Str. 13
 14513 Teltow
 Tel.: 03328/3345-40, Fax: -47
 www.dens-berlin.com

Thema: Schlaftherapie mit der Protrusionsschiene SleepPlus
Veranstalter: bredent GmbH & Co. KG
Termin: 10.11.2010:
 14.00 – 18.00 Uhr,
 weitere Termine auf Anfrage
Ort: Senden bei Ulm
Sonstiges: Ref.: Dr. Margit Weiss; 5 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 170 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 bredent GmbH & Co. KG
 Andreas Bischoff, Leiter Marketing
 Weissenhorner Str. 2
 89250 Senden
 Tel.: 07309/872-390, Fax: -655
 Andreas.Bischoff@bredent.com
 www.bredent-medical.com

Thema: Zum perfekten Implantat gehört die perfekte Prothetik
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheier
Termin: 10.11.2010:
 15.00 – 18.30 Uhr
Ort: Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ulrich Stroink
Kursgebühr: 125 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 115 EUR, mit einer Helferin + 40 EUR, mit zwei Helferinnen + 70 EUR
Auskunft: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0, Fax: -99
 www.kieferchirurgie.org

Thema: Blick hinter die Kulissen – SPEZIAL
Veranstalter: Corona Lava™
 Fräszentrum Starnberg
Termin: 10.11.2010: 15.00 Uhr
Ort: Starnberg
Sonstiges: Ref.: ZT Johannes Semrau
Kursgebühr: kostenfrei
Auskunft: Corona Lava™
 Münchner Str. 33
 82319 Starnberg
 Tel.: 08151/555388
 Fax: 08151/739338
 e-mail: info@lavazentrum.de
 www.lavazentrum.com

Thema: Prothetik-Schulung „Teleskopie auf Keramikabutments“
Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH
Termin: 11.11.2010:
 18.00 – 21.30 Uhr
Ort: Herzogenaurach
Referent: Dr. Weigl
Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH, Gönül Öntas
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/500 85-151, Fax: -329
 gonul.ontas@nobelbiocare.com

Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer
Veranstalter: Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültemann-Hagedorn

Termin: 13.11.2010
Ort: Bremen
Kursgebühr: 195 EUR
Auskunft: Praxis Dr. Dr. Bültemann-Hagedorn
 Faulenstr. 54, 28195 Bremen,
 Tel. 0421 - 382212
 Fax 421 - 39099532
 Praxis@MKG-HB.de

Thema: 4. Implantologie-Tagung Kahla
Veranstalter: m&k gmbh
Termin: 13.11.2010
Ort: Zeiss-Planetarium Jena
Tagungsgebühr: 299 EUR, für die Hands-on-Kurse je 50 EUR
Auskunft: m&k gmbh, Bereich Dental
 mail@mk-webseite.de
 www.mk-webseite.de
 03 64 24 / 811-0
 03 64 24 / 811-21

Thema: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis Dres. H.-P. Schlien et al.
Termin: 24.11.2010,
 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Tagungszentrum Arcadion, Lennestr. 91, 58093 Hagen
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 45 EUR, Frühbucher 149 EUR
Auskunft: Ivolar Vivadent
 Dr.-Adolf-Schneider-Str. 2
 73479 Ellwangen
 Tel. 07961/889205
 Fax 07961/6326

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen

Ausweis Nr. 1418
 Dr. Eckhard Dasy

Ausweis 776
 Dr. Heinrich Klüsener

Ausweis 4707
 Dr. Kirsten Redecker

Kontakt:
 ZK Niedersachsen
 Frau Agnes Schuh
 Zeißstr. 11a, 30519 Hannover
 Tel.: 0051183391142
 Fax: 051183391116
 aschuh@zkn.de

LZK Baden-Württemberg

ZÄ Gabriele Ober
 Meisennest 11
 79206 Breisbach
 geb. 23.08.1964
 Ausweis gültig ab 01.09.1997

ZÄ Hannelore Riegger
 Am Affenberg 73
 78050 VS-Villingen
 geb. 02.05.1937

Dr. Hans Schlamp
 Sommerauweg 9
 78647 Trossingen
 geb. 06.03.1944

Dr. Joerg Augenstein
 Liegnitzer Str. 19
 75181 Pforzheim
 geb. 22.02.1947

Dr. Anne-Marie Welker-Möller
 Theodor.Heuss-Str. 55 a
 69226 Nussloch
 geb. 05.04.1946
 Ausweis gültig ab 08.06.1998

ZÄ Susanne Ouedraogo
 Hohenheimer Str. 9
 71144 Steinenbronn
 geb. 25.03.1958

Kontakt:
 BZK Freiburg
 Merzhauser Str. 114-116
 70100 Freiburg
 Tel.: 0761/4506-0
 Fax: 0761/4506-400

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

Kontakt:
 BZK Tübingen
 Bismarckstr. 96
 72072 Tübingen
 Tel.: 07071/911-0
 Fax: 07071/911-2097/233

Niedrige Zinsen, Furcht vor Inflation und neuer Rezession

Schwierige Zeiten für Anleger

Selten haben sich Anleger so unsicher gefühlt wie in diesen Wochen und Monaten. Die Zinsen dümpeln im Tief, und gleichzeitig wachsen die Ängste vor neuen Hiobsbotschaften aus der Wirtschaft. Viele Sparer sorgen sich deshalb um die Sicherheit ihres Vermögens. Auf eine lukrative Rendite möchten sie aber auch nicht verzichten.



Viele Sparer machen sich derzeit Sorgen um die Sicherheit ihres Vermögens.

Foto: CC

Zum Ende des Sommers gab es eine freudige Überraschung: Die Wirtschaftsentwicklung übertraf im zweiten Quartal 2010 alle Erwartungen: Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) legte um 2,2 Prozent gegenüber dem Vorquartal zu – der höchste Anstieg seit der Wende. Für das gesamte Jahr hoffen die Experten auf ein Wachstum von überragenden 3,3 Prozent nach 1,9 Prozent im Vorjahr. Ebenso gut sehen die Zahlen auf dem Arbeitsmarkt aus. Experten rechnen für 2011 mit weniger als drei Millionen Arbeitslosen. Die Inflationsrate lag im Juli in Deutschland

bei etwa 1,2 Prozent nach 0,9 im Juni. Für das vergangene Jahr verzeichnete das Statistische Bundesamt nur 0,4 Prozent. Derzeit ist die Tendenz leicht steigend. Grund dafür sind die wieder hohen Preise für Erdöl. Trotzdem bewegt sich die Inflationsrate im niedrigen Bereich. Im europäischen Bereich rangiert sie bei 1,6 Prozent. Die Europäische Zentralbank (EZB) hat die Basismarke bei zwei Prozent festgelegt. Für sie herrscht in Euroland Preisstabilität. Insgesamt betrachtet dürften die Deutschen sich eigentlich nur freuen und Optimismus verbreiten.

Allerdings fürchten Wirtschaftswissenschaftler, dass die Lage in den USA und in der EU nicht ganz so rosig aussieht. So hat die Konjunktur in den USA einen Dämpfer bekommen, der möglicherweise nach Europa schwappen wird, so dass auch die deutschen Glanzlichter verglimmen könnten. Dazu Dr. Sebastian Wanke, Experte für europäische Konjunktur bei der Deka Bank in Frankfurt: „Die niedrige Konjunkturdynamik Eurolands, die wir in der nächsten Zeit wohl beobachten werden, ist aber nicht allein ein hausgemachtes Phänomen. Vielmehr ist es momentan die fragil erscheinende US-Konjunktur, die Sorgen bereitet.“ Er macht vor allem die wieder negativen Entwicklungen auf dem amerikanischen Häuser- und Arbeitsmarkt dafür verantwortlich. Wie viele seiner Kollegen rechnet er nicht damit, dass die EZB die Zinsen in absehbarer Zeit anheben wird. Denn auch im nächsten Jahr dürfte die Inflationsrate nur moderat steigen.

Kurzfristige Bindung empfohlen

Für die Anleger bedeutet dies trotz guter Daten wenig rosige Aussichten. Sie tun sich weiterhin schwer mit der Geldanlage. Denn die Erträge vor allem aus langfristigen Anlagen bleiben niedrig. Das zeigt zum Beispiel die Umlaufrendite. Damit ist die durchschnittliche Rendite aller börsennotierten deutschen Anleihen mit mehr als drei Jahren Laufzeit gemeint. Sie liegt zurzeit bei nur 1,8 Prozent, so niedrig wie noch nie in den vergangenen 30 Jahren. Vor knapp eineinhalb Jahren rangierte sie noch bei 4,78 Prozent, ein Verfall von 55 Prozent. Max Herbst, Inhaber der FMH-Finanzberatung, meint dazu: „Für Sparer heißt es deshalb: Binde Dich nur kurzfristig und suche nach den besten

Angeboten.“ Das ist leichter gesagt als getan. Nur wenig attraktive Gelegenheiten werden die besonders sicherheitsbewussten Sparer finden. Wer auf Bundeswertpapiere setzt, muss sich mit bescheidenen Erträgen begnügen. Bundesschatzbriefe bringen je nach Laufzeit 1,44 beziehungsweise 1,64 Prozent Rendite. Die Tagesanleihe wirft zurzeit nur magere 0,22 Prozent ab. Die auch

Ebenfalls ohne Nebenkosten führen die Geldinstitute Tages- und Festgeldkonten. Auf ihnen parken die privaten Anleger ihre Spargroschen am liebsten. Zwar locken auch hier keine besonders attraktiven Konditionen. Doch lässt sich das Geld kurzfristig parken und für bessere Gelegenheiten wieder abheben. Tagesgeld steht sogar jederzeit zur Verfügung. Dabei lohnt sich ein Blick



Die Wall Street, Synonym für die US-amerikanische Konjunktur, die weltweit Auswirkungen hat.

Foto: CC

bei institutionellen Investoren begehrten börsennotierten Bundesanleihen locken vor allem mit ihrer Sicherheit. Die Rendite für die besonders bei privaten Anlegern begehrte Laufzeit von fünf Jahren liegt bei nur 1,2 Prozent – nicht mehr als der Inflationsausgleich.

Etwas weniger gefragt und dafür mit etwas mehr Rendite ausgestattet sind Zinspapiere aus anderen Bundesländern, von staatlichen Förderbanken oder auch Pfandbriefe. Sie bieten 0,2 bis zu einem halben Prozentpunkt mehr als die Bundesanleihen – sicher sind sie auch. Allerdings lohnt sich der Kauf erst ab einer Summe von 10 000 Euro. Bei dieser Größenordnung bringt der halbe Prozentpunkt einen Zusatzertrag von 250 Euro auf fünf Jahre gerechnet. Davon abziehen muss der Käufer die Gebühren. So berechnet die Börse Stuttgart bei Anleihekäufen bis zu 10 000 Euro eine Gebühr von 10,50 Euro. Bundeswertpapiere verkauft die Deutsche Finanzagentur aber gebührenfrei auch bei kleineren Beträgen.

auf die Tabelle. Die besten Konditionen bietet zurzeit die GE Capital Direkt mit einem Zinssatz von 2,25 Prozent pro Jahr. Die zum amerikanischen Konzern General Electric gehörende Bank ist am Einlagensicherungsfonds der privaten Banken beteiligt und seit Mitte Juli in Deutschland auf Kundenfang. Ihr folgt die britische Bank of Scotland mit 2,20 Prozent und die Comdirect Bank mit 2,10 Prozent. Die Liste beim Festgeld führt die estnische Big Bank AS an. Sie bietet für 10 000 Euro Anlagebetrag, ein Jahr fest, 2,50 Prozent, die niederländische NIBC Direct folgt mit 2,40 Prozent. Mit diesen Angeboten sind Sparer gut bedient. Es bleibt ihnen jedenfalls nach Abzug der Inflationsrate und Steuern noch ein Gewinn.

Anlagen nur in Höhe der Einlagensicherung

So mancher Anleger wird sich über die vielen fremden Namen bei den Banken mit den höchsten Zinsen wundern. Zurzeit drängen

Festgeldkonditionen für 10 000 Euro und 12 Monate Laufzeit

Institut	Zinssatz in Prozent	Zinsen in Euro
BIGBANK AS	2,50	250,00
NIBC Direct	2,40	240,00
GarantiBank	2,35	235,00
Akbank N.V.	2,35	235,00
DenizBank	2,25	225,00
DHB Bank	2,25	225,00
ICICI Bank UK PLC	2,10	210,00
CosmosDirekt	2,00	200,00
ISBANK GmbH	2,00	200,00
OYAK ANKER Bank	2,00	200,00

Quelle: FMH, Stand: 2. September 2010

Tagesgeldkonditionen für 1 000 Euro

Institut	Zinssatz pro Jahr in Prozent	Zinsen in Euro
GE Capital Direkt	2,25	5,63
Bank of Scotland**	2,20	5,50
Comdirect Bank	2,10	5,25
DAB Bank	2,10	5,25
Volkswagen Bank direkt	2,00	5,01
ING-DiBa**	2,00	5,00
NIBC Direct	2,00	5,00
Akbank N.V.	1,85	4,63
Santander Direkt Bank	1,75	4,38
GarantiBank	1,75	4,38

Quelle: FMH, **Neukunden bekommen zusätzlich einen einmaligen Bonus gutgeschrieben. Stand: 2. September 2010

viele ausländische Institute auf den deutschen Markt und locken mit attraktiven Konditionen heimische Kunden. Wem ein Name nichts sagt, sollte sich auf jeden Fall nach der Seriosität dieses Instituts erkundigen. Zuletzt machte die Noa-Bank mit interessanten Bedingungen von sich Reden. Inzwischen ist das Institut geschlossen. Die Einlagen sind durch die gesetzlich vorgeschriebene Einlagensicherung geschützt, maximal bis zu 50 000 Euro. Kunden, die mehr als diese Summe dort angelegt haben,

werden wohl auf den überschüssigen Teil ihres Geldes verzichten müssen. Die von Bundeskanzlerin Angela Merkel und dem damaligen Finanzminister Peer Steinbrück gegebene mündliche Staatsgarantie für alle Einlagen gilt in diesem Fall nicht. Die Probleme der Noa-Bank sind hausgemacht und haben mit der Finanzkrise nichts zu tun. Ab dem 1. Dezember 2010 soll die gesetzliche Sicherung auf 100 000 Euro angehoben werden, so lautet die EU-Vorschrift. Laut ING-DiBa Vorstand Martin Krebs „deckt die ge-

setzlich garantierte Sicherung damit 95 Prozent der Privatsparer ab.“ Max Herbst empfiehlt: „Anleger sollten bei einer Bank nie mehr anlegen, als durch die Einlagensicherung geschützt ist.“ In Deutschland gehören viele Banken dem Einlagensicherungsfonds der privaten Banken an. Danach sind 30 Prozent des haftenden Eigenkapitals pro Einleger geschützt. Er kommt dann zum Zuge, wenn das Guthaben des Kunden die gesetzlich geschützte Summe von derzeit 50 000 Euro überschreitet und zwar für den Teil des Kapitals, das über die Grenze hinausgeht. Volksbanken und Sparkassen haben eigene Sicherungssysteme, die die Einlagen ihrer Kunden zu 100 Prozent absichern.

Sparbriefe als Anlage

Damit die Sparer von steigenden Zinsen, die es bestimmt irgendwann wieder geben wird, profitieren können, sollten sie sich nicht zu lange festlegen – zwei bis drei Jahre reichen. In Frage kommen für diesen Zeitraum attraktive Sparbriefe wie zum Beispiel die der Big Bank. Sie zahlt für einen dreijährigen Brief 3,6 Prozent im Jahr. Die Einlagensicherung ist in diesem Fall auf 50 000 Euro begrenzt und der Sparer muss im Fall der Fälle seine Ansprüche in Estland durchsetzen. Wie schwierig das sein kann, zeigt das Beispiel der isländischen Kaupthing Bank. Auf der sicheren Seite ist der Kunde, wenn er sich für ein Institut mit deutscher Einlagensicherung entscheidet. In Frage kommen die Angebote der ICICI Bank mit 3,4 Prozent und die Santander Consumer Bank mit 3,33 Prozent.

Wer für eine längere Laufzeit anlegen will, sollte davon überzeugt sein, dass die Finanz- und Wirtschaftskrise andauert und die Zinsen sobald nicht steigen werden. Jederzeit aussteigen und das Geld zu attraktiveren Konditionen neu anlegen, erlauben neben Tagesgeld auch Bundesschatzbriefe. Bis zu 5 000 Euro pro Monat können Sparer vom Schuldbuchkonto abziehen.

Marlene Endrueit
Wirtschaftsjournalistin
m.endrueit@netcologne.de

Fehlermanagement

Aus Fehlern Verbesserungen entwickeln

Entsprechend der Formel „Unsere Stärken stärken – unsere Schwächen schwächen“ sollte man bei Fehlern nicht gleich den Kopf in den Sand stecken. Vielmehr sollten sie registriert werden, um sie zukünftig zu verhindern. Somit wird die Praxis durch Verbesserungen vorangebracht.

Häufig sehen wir viel zu sehr die „Löcher im Käse“ und registrieren zu wenig, was an Substanz und Stärken vorhanden ist. Um dem entgegenzusteuern, ist eine Reihe von Praxen bereits dazu übergegangen, in Teambesprechungen immer mit dem Thema zu beginnen „Was lief gut in letzter Zeit?“. Das motiviert, weil das Team sich das gemeinsam Erreichte bewusst macht und das Positive nicht als Selbstverständlichkeit untergeht. Dennoch sollte ein besonderes Augenmerk gerade auf Fehler gerichtet sein, denn sie können oft dazu verhelfen, Abläufe, die nicht rund laufen, zu optimieren.

Ein Fehler ist, allgemein ausgedrückt, die Abweichung von einem Standard. Dieser kann von außen vorgegeben werden, etwa in Form gesetzlicher Vorschriften, oder auch eine interne Festlegung sein. Praxisintern verursachte Fehler können in den unterschiedlichsten Bereichen auftreten: unvollständige Leistungseingaben, lange Wartezeiten für Patienten, Umstände, die Beschwerden durch Patienten auslösen, ein unzureichendes Terminmanagement. Oder lückenhafte Informationsweitergabe an Teil-

zeitkräfte, nachlässige Behandlungsvorbereitung, unvollständig ausgefüllte Auftragszettel für das Labor und unregelmäßige Mitarbeiterbelehrungen. Wir alle wünschen uns, dass uns und den anderen keine Fehler unterlaufen, wissen aber gleichzeitig, dass das unrealistische Wunschdenken ist. Daher gilt es, Instrumente einzusetzen, um mit Fehlern angemessen umzugehen, sprich: ein „Fehlermanagement“ zu etablieren.

Fehlern vorzubeugen, reduziert Reibungsverluste, damit Ärger und Stress, spart Zeit, somit Geld und trägt zur Zufriedenheit aller Beteiligten bei.

Zahnarztpraxen, selbstverständlich auch andere Teams und Unternehmen, unterscheiden sich in starkem Maße in ihrer Einstellung zu Fehlern und Kritik darin, wie sie mit diesen umgehen, das heißt, welche „Fehler- und Kritikkultur“ bei ihnen vorherrscht.

Wer ist schuld?

An dem einen Ende der Skala steht eine Kultur, in der beim Auftreten von Fehlern mit Vorliebe gefragt wird „Wer ist Schuld?“. Mitunter kann der Verursacher des Fehlers gar nicht ermittelt werden. Wenn aber der „Schuldige“ doch gefunden ist, hat er mit Konsequenzen zu rechnen oder es wird ihm wenigstens gesagt, dass er zukünftig darauf zu achten hat, diesen Fehler nicht zu



Im Team werden Fehler gemeinsam besprochen. Dabei ist die Frage „Was ist schuld?“, wichtiger als „Wer ist schuld?“

*Alles Ansichtsache:
Fehler können der Start für
positive Veränderungen sein.*



Foto: CC

wiederholen, im Extremfall ohne nachzufragen, wie er sich selbst diesen Fehler erklärt. Damit endet häufig die Fehleraufarbeitung. Diese Art des Umgangs mit Fehlern und den Mitarbeitern, die sie verursacht haben, kann dazu führen, dass bei Mitarbeitern eine Verunsicherung einsetzt und niemand mehr ohne weiteres bereit ist, zu gemachten Fehlern zu stehen, sondern sie vertuscht, mitunter mit der Folge, dass Fehler sich kontinuierlich fortsetzen. Der Amerikaner William Deming, ein Pionier des modernen Qualitätsmanagements, kam zu der Einschätzung, dass 95% der Fehler systembedingt und nur 5% individuell bedingt sind. Auch wenn diese prozentuale Verteilung nicht unhinterfragt auf Zahnarztpraxen übertragen werden sollte, bildet diese Aussage den Hintergrund für eine entgegengesetzte Kultur des Umgangs mit Fehlern, in der die Frage anders gestellt wird:

Was ist schuld?

Diese Fragestellung drückt aus, dass zunächst die Bedingungen verantwortlich gemacht werden, die zu Fehlern geführt haben, nicht der Einzelne. Fehler, die im ersten Moment wie individuelle Fehler aussehen,

können sich beim zweiten Hinschauen als strukturelle Fehler erweisen, etwa in Form fehlender Zuordnung von Verantwortlichkeiten, keiner klaren Festlegung von Prioritäten, unzureichender Absprachen, nicht eindeutig festgelegten Abläufen, zu wenig Zeit oder mangelnder Einarbeitung und Erfahrung. Hier werden Fehler vor allem zum Anlass genommen, diese Bedingungen zu analysieren und sie zu verändern, um zukünftigen Fehlern vorzubeugen und somit Verbesserungen durchzuführen, ohne dass der Verursacher eines Fehlers verheimlicht werden müsste. Bei einer derartigen Kultur wird ein Team konstruktiver und offener mit Fehlern umgehen und eher bereit sein, auch den persönlichen Anteil an einem Fehler einzugestehen. Einen solchen Stil zu entwickeln, kann allerdings ein längerer gemeinsamer Lernprozess sein.

Fehler systematisch erfassen

Fehler werden im Alltag zwar bemerkt, aber selten systematisch erfasst. Dies ist aber die Voraussetzung, um sie bearbeiten und ihnen zukünftig vorbeugen zu können.

zm-Info

Konzept Fehlermanagement

Zum Konzept eines konstruktiven Fehlermanagements gehören:

- eine konstruktive Einstellung des Teams zum Umgang mit Fehlern,
- die systematische Fehlererfassung,
- die Korrektur und Umsetzung von Maßnahmen zur Vorbeugung von Fehlern.

Zur systematischen Erfassung von Fehlern gibt es verschiedene Möglichkeiten. Eine ist die Verwendung eines Formulars „Was läuft nicht rund?“, das in die Behandlungszimmer und die Funktionsräume gelegt wird und auf dem Praxismitarbeiterinnen und Chefs auftretende Fehler, ihren Namen und Datum notieren. Eine dafür verantwortliche

Mitarbeiterin, beispielsweise die QM-Beauftragte, wertet die Eintragungen regelmäßig aus.

Statt in einem Papierformular können Fehler auch im Computer erfasst werden, wenn die Praxissoftware eine solche Möglichkeit bietet, zum Beispiel in Form einer Notizfunktion. Aus Erfahrung kann der Verfasser allerdings sagen, dass diese Variante nur zu empfehlen ist, wenn alle Teammitglieder einen schnellen Zugang dazu haben und wirklich auch bereit sind, ihn zu nutzen. Andernfalls sollte auf die Papiervariante zurückgegriffen werden.

Teamsitzungen zur Optimierung nutzen

Je nach Dringlichkeit werden die Fehler auf einer der nächsten Praxisbesprechungen erörtert: Woran liegt es, dass unsere Patienten häufig lange warten müssen? Weshalb sind immer wieder Zementreste an „sterilisierten“ Instrumenten? Erforderliche Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen sowie ihre umgehende Umsetzung im Praxisalltag werden festgelegt. In einem Fall kann eine erforderliche Maßnahme die Optimierung von Abläufen oder der Organisation sein, in einem anderen die systematische Analyse des Problems entsprechend den Schritten der Problemlösestrategie (vgl. Artikel „Arbeitsabläufe des Praxisalltags optimieren“ in zm3/2010) oder ein Anleitungsgespräch mit einer Mitarbeiterin. Manchmal ist es zusätzlich hilfreich, Fehler, die trotz mehrmaliger Besprechung immer wieder auftauchen, mit Hilfe einer „Wochenlosung“ zu reduzieren: Das kritische Thema wird auf einer Praxisbesprechung nochmals diskutiert; das Team vereinbart anschließend, bis zur nächsten Praxisbesprechung sehr bewusst und vor allem darauf zu achten, dass die getroffene Vereinbarung stabil umgesetzt wird; auf der nächsten Praxisbesprechung wird der Erfolg der Umsetzung dieser „Wochenlosung“ analysiert.

*Bernd Sandock
Dipl.-Psychologe
Spindelmühler Weg 22
12205 Berlin
info@sandock.de*

Qualitätsmanagement

QM ist, was man daraus macht

Die Uhr tickt: Bis zum 31. Dezember 2010 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, nach § 135a SGB V ein Qualitätsmanagement (QM) in den Zahnarztpraxen einzuführen, nachweisbar umzusetzen. Deswegen schicken verschiedene Anbieter unvermindert ihre Produktangebote in die Praxen. Unsere Autorin liefert einen Erfahrungsbericht aus QM-Seminaren und Praxistrainings.



Foto: Weitz

Qualitätsmanagement ist Teamwork. Um Reibungsverluste zu vermeiden sind regelmäßige Teamtrainings hilfreich.

Zwar haben sich mittlerweile viele Zahnarztpraxen mit dem Thema beschäftigt, Artikel und Bücher gelesen oder Seminare besucht. Praxen, die inzwischen ein Qualitätsmanagement eingeführt haben, berichten über positive Erfahrungen. Dennoch bestehen ab und an noch Fragen und Unsicherheiten.

In Gesprächen mit Seminarteilnehmern wird immer wieder deutlich, dass mancher Anbieter von Qualitätsmanagementsystemen die Unkenntnis zum Thema und insbesondere der Richtlinien in den Zahnarztpraxen zum Anlass nimmt, Systeme mit umfangreichen Dokumentationen, meist gekoppelt mit Zertifizierungen, zu verkaufen. Schade um die Zeit, das Engagement und Geld, das investiert wird und der Praxis nichts bringt, wenn sie nur das „Muss“ darin sieht. Und schön, wenn eine Praxis die Po-

tenziale und Chancen erkennt, die Qualitätsmanagement bietet. Ziel aller, die auf dem Markt zu diesem Thema Stellung beziehen, sollte sein, den praxisnahen Nutzen aufzuzeigen und keine Ängste zu schüren.

Werkzeug zur Optimierung

„Ich bin doch nur hier, weil ich muss“ ist eine häufige Aussage von Teilnehmern in Qualitätsmanagementseminaren. Sicher, seit November 2006 müssen alle Vertragszahnärzte die Qualitätsmanagement-Richtlinie erfüllen. Und tun das auch, meist unbewusst.

In §1 der Richtlinie 3 wird beschrieben, dass „Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung (also der Praxis) regel-

mäßig überprüft (...) und gegebenenfalls verändert werden sollen“, um eine „kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation“ zu erreichen. Diese Verbesserungen sollen die „Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten (also Praxisleitung und Mitarbeiter), insbesondere der Patienten“ erhöhen.

Dagegen ist doch nichts zu sagen. Dass wir in unseren Praxen von zufriedenen Patienten besser leben als von unzufriedenen, ist kein Geheimnis. Und stressfreie Arbeitsabläufe, ein gutes Betriebsklima und Anpassung an moderne Zahnmedizin sind Grundlagen für eine erfolgreiche und zufrieden stellende Praxisentwicklung.

Im Qualitätskreislauf und in §3 wird weiter beschrieben, dass die Praxis problemorientiert Änderungsmaßnahmen durchführen soll. Auch dies findet im Alltag bereits statt: Wenn es bei der Materialbestellung, der Terminvergabe oder Arbeitseinteilung hakt, wird im Team über Verbesserungen nachgedacht, gesprochen und werden Verbesserungen angeschoben. Damit ist man mittendrin im Qualitätsmanagement.

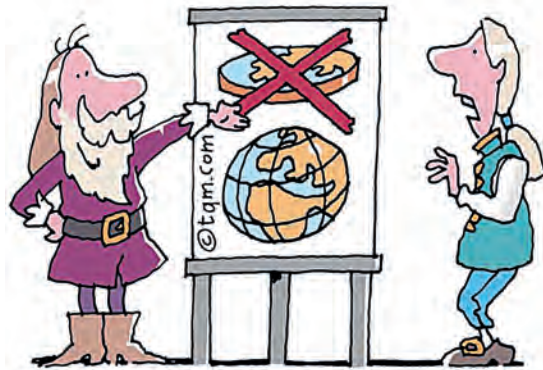
Nicht immer ist die Auseinandersetzung mit Dingen, die in der Praxis nicht so gut laufen, für alle Beteiligten einfach, angenehm und sofort von Erfolg gekrönt. Qualitätsmanagement bedeutet nicht, fertige Pauschallösungen parat zu haben, sondern die Knackpunkte zu erkennen und sich darum aktiv zu kümmern, um so eine individuelle und passende Verbesserung zu erreichen. Hilfreich ist es also, Qualitätsmanagement nicht als zusätzlichen Aufgabenbereich zu sehen, sondern als Werkzeug, mit dem der Praxisalltag besser beherrscht werden kann. Denken und Handeln im QM bedeutet, bewusst und gezielt die wichtigsten Abläufe in der Praxis zu gestalten. Dabei kann es sich um tägliche Behandlungsabläufe genauso handeln wie um Organisationsabläufe oder seltene, ungewöhnliche Situationen. Mit

QM ist man daher auch nie „fertig“, denn es gibt in der Praxis immer etwas zu verbessern.

Dokumentationsaufwand selbst regulierbar

Häufig fürchten die Praxen einen noch höheren und unnützen Dokumentationsaufwand. Dicke Aktenordner, gefüllt mit allen „notwendigen“ Dokumentationen werden auf dem Markt angeboten, „insgesamt über 3000 Seiten“ wurden als Qualitätsmerkmal eines „richtlinienkonformen Qualitätsmanagers“ angepriesen.

In §1 der Richtlinie 3 wird beschrieben, dass „Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung (also der Praxis) regelmäßig überprüft (und) dokumentiert“ werden sollen. Weiter wird gesagt, dass das individuelle Qualitätsmanagement für die



Man muss das Rad nicht neu erfinden, aber ein Perspektiv-Wechsel wirkt bisweilen Wunder.

Praxisleitung und die Mitarbeiter „nützlich, hilfreich und unbürokratisch“ sein soll.

Somit kann jede Praxis im Rahmen ihres Qualitätsmanagements für sich und Ihre Bedürfnisse bestimmen, wie sie die Dokumentationsvorgaben regelmäßig, unbürokratisch und nützlich interpretiert und umsetzt. Bestimmte Dokumentationen sind vorge-

schrieben, etwa die Dokumentationen beim Röntgen, der Hygiene oder den Mitarbeiterunterweisungen. Die Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben ihren Vertrags-Zahnärzten zu den gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen Dokumentationen entwickelt, die ständig rechtssicher aktualisiert werden.

Darüber hinaus kann selbst festgelegt werden, welche Checklisten in der Praxis benötigt und wie diese gestaltet werden. Sehr kleine Praxen mit einem überschaubaren und langjährigen Personalstamm werden sicher mit einer geringen Dokumentation der täglichen Routineabläufe eine gute Praxisorganisation führen können.

Große Praxen mit mehreren Behandlern, einer hohen Personalflektuation

oder Zweigpraxen benötigen einen entsprechend anderen Dokumentationsaufwand.

Wichtige Aspekte für die Dokumentation sind darüber hinaus:

- Organisation der Dokumentation (zum Beispiel Hängeregister und Mappen anstelle von Stehordnern; Strukturierung und Aufbewahrung)
- Archiv und Ablage (zum Beispiel je aktueller desto näher am Arbeitsplatz)
- Entsorgung (zum Beispiel auf allen Dokumenten/Dateien wird das Vernichtungsdatum genannt)
- Regelmäßiges Prüfen und Aussortieren (zum Beispiel: alle zwei bis drei Jahre)

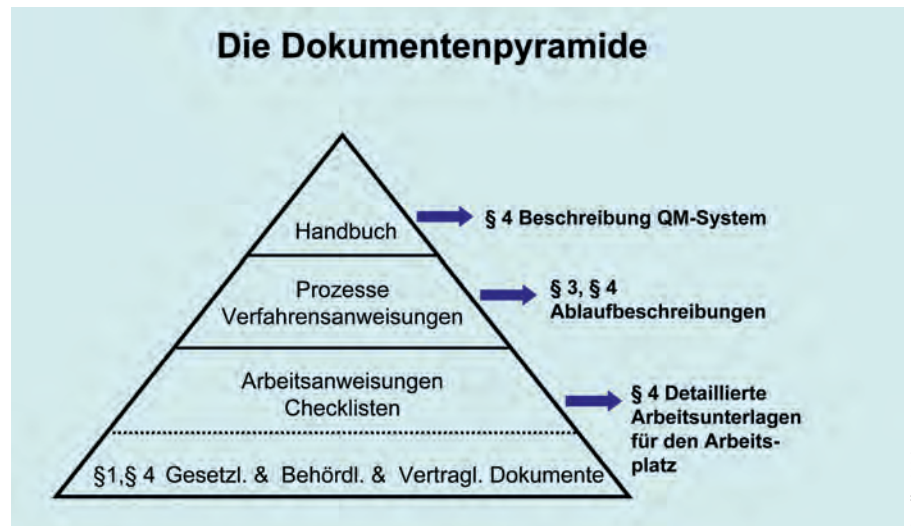
Viele fertigen QM-Systeme bieten eine Fülle von unterschiedlichen Dokumentationen an. Dabei wird oft mit Begrifflichkeiten wie Verfahrensanweisung, Standardarbeitsanweisung, Prozesse, Dokumenten-Identifikation gearbeitet, die in vielen Praxen unbekannt sind.

Auch hier gilt es zu entscheiden, in welchem Maß QM in der Praxis betrieben werden soll und entsprechend die Nomenklatur angeeignet werden muss. Entscheidet die Praxisführung, QM „nur“ nach der Richtlinie umzusetzen, ist eine Anpassung an diese Begrifflichkeiten nicht unbedingt erforderlich. Strebt eine Praxis womöglich eine ISO-Zertifizierung an, sollte sie sich tiefer in das „QM-Deutsch“ einarbeiten.

Sinn und Zweck von Handbüchern

Auch dazu hilft der Blick in die Richtlinie 3. In § 4 werden Instrumente genannt, die für die Umsetzung der Grundelemente des QM nach § 3 geeignet sind. Instrumente werden

Sehr viele Instrumente der QM-Richtlinie müssen in der Praxis eingesetzt werden, weil Gesetze und Bestimmungen dies vorschreiben: die Behandlungsrichtlinien, Bundesmantelverträge BMV-Z/EKV-Z, Röntgenverordnung, Datenschutz, Hygienemaßnahmen, Fortbildung nach § 95d SGB V



Der größte Teil der Dokumentationen ist durch Gesetze und Vorschriften vorgeschrieben. Je individueller die Praxisorganisation wird, umso mehr kann der Umfang der Dokumentation frei gestaltet werden.

im (Praxis-)Alltag immer dann eingesetzt, wenn sie gebraucht werden. Folgerichtig gibt es Instrumente, die in jeder Zahnarztpraxis eingesetzt werden, etwa Spiegel, Sonde, Pinzette, Abrechnungsprogramme oder Terminbücher. Und es gibt Instrumente, die selten oder nie verwendet werden.

oder Maßnahmen zur Patienteninformation und -aufklärung. Unter § 4 Absatz 2.1 findet sich das Praxishandbuch als Instrument für den Bereich Arbeitsprozesse und Praxisorganisation. Es dient also der Organisation der Praxis.

Ein Handbuch ist eine Beschreibung, eine Grunderläuterung, ein Exposé für einen bestimmten Leserkreis. In Hotelzimmern finden sich Mappen oder Hefte, in denen wichtige Informationen für Gäste zusammengefasst sind. Studenten erhalten bei der Immatrikulation Mappen mit verschiedenen Informationen zu und über die Universität. Diese Unterlagen entsprechen einem Handbuch. Ein Praxishandbuch funktioniert genauso: Die Praxis wird neuen Mitarbeitern und/oder Kollegen und/oder Patienten vorgestellt. Es ist zu überlegen, welche Gruppe vom Praxischef angesprochen werden soll und was die Leser über die Praxis wissen sollen. Häufig liegt eine ausführliche Praxisbeschreibung bereits vor, sie nennt sich etwa Homepage, Praxisflyer, Patienteninforma-

Quelle: Weitz

zm-Info

Fragen zum Praxis-Check

Zur Standortbestimmung der Praxis empfehlen sich folgende Fragen:

- Welche Anforderungen stellen meine Patienten/Mitarbeiter/Lieferanten an mich?
- Welche Anforderungen möchte und kann ich selbst erfüllen?
- Welches Ziel setze ich mir?
- Was mache ich als nächstes konkret und wie hoch ist der Aufwand dafür? Wen/Was benötige ich?
- Was habe ich schon, was brauche ich noch?
- Wie weit bin ich gekommen? Was wurde wann und wie erreicht?
- Bin ich mit dem Ergebnis zufrieden? Warum/Warum nicht?
- Kann ich mein Vorgehen/meine Ergebnisse nachweisen und nachvollziehen?
- Erfülle ich in ausreichendem Maße alle gesetzlichen und behördlichen Anforderungen?

tionsmappe, Checkliste zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Und damit nutzt man bereits das Instrument Handbuch zur Praxisorganisation.

Defizite können ans Licht befördert werden

Übersetzt man „Qualitätsmanagement“, so bedeutet dieses Wort: Das Erfüllen von Anforderungen planen, leiten, entscheiden und kontrollieren. Noch prägnanter zusammengefasst: Qualitätsmanagement heißt Fragen zu stellen, das heißt Erfragen, Nachfragen, Hinterfragen. Das ist im Grundsatz nicht schwer, im Einzelfall vielleicht ungewohnt. Und manchmal decken unangenehme Fragen Defizite auf.

Dieses Prinzip liegt auch dem Zahnmedizinischen Qualitätsmanagementsystem Z-QMS zugrunde (zum Beispiel Ausgabe Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz oder Zahnärztekammer Hessen). Anhand von Fragekatalogen arbeitet man alle relevanten Praxisbereiche ab, erstellt damit eine Ist-Analyse der Praxis, die zeitgleich bewertet wird. Ergibt sich Handlungsbedarf (fehlt etwa eine Mitarbeiterunterweisung, oder die Wartungsintervalle eines Gerätes müssen angepasst werden), kann dieser konkret umgesetzt werden. Dahinter stehen vielfältige Informationen, Dokumentationen, Musterformulare und Links zur Verfügung. In §135 SGB V erläutert der Gesetzgeber, dass die Umsetzung eines Qualitätsmanagements sichergestellt werden soll. Die Richtlinie 3 konkretisiert dies in §6: Vertragszahnärzte haben bis 2016 dem Gemeinsamen Bundesausschuss erstmalig den Umsetzungsstand der QM-Richtlinie in den zahnärztlichen Praxen vorzulegen. Dazu wählen die KZVen jährlich zwei Prozent ihrer Vertragszahnärzte aus, die den Berichtsbogen der KZBV auszufüllen haben. In diesem Berichtsbogen geben die Praxen an, welche Instrumente der Richtlinie „geplant“ wurden oder bereits „angewendet“ werden. Eine weitere Prüfung oder gar eine Vorort-Begleitung durch Mitarbeiter der KZV ist nicht vorgesehen. Man muss auch mit dem Berichtsbogen keine Dokumentationen einreichen und schon gar keine Zertifizierung

nachweisen. Mit diesem Hintergrundwissen kann die Praxis das Qualitätsmanagement durchaus entspannter angehen.

Im Alltag tauchen dennoch schnell Fragen nach dem „richtigen“ oder „falschen“ Vorgehen auf. Das ist der Zeitpunkt, an dem sich die Praxisführung und die QM-Beauftragten (sofern es sie gibt) über Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches informieren können. Qualitätszirkel, insbesondere überregionale Zusammenschlüsse ohne direkten Konkurrenzdruck, können hier einen guten Rahmen bieten. Darüber hinaus kann es für viele mit Führungsaufgaben betraute Mitarbeiter oder Zahnärzte hilfreich sein, eine individuelle Beratung durch Coaches oder anderweitige externe Anbieter in Anspruch zu nehmen. Diese Beratung kann in einer Supervision bei der Analyse der Praxissituation helfen, das Team bei einer Problemlösung begleiten und moderieren oder in konkreten Themen Lösungen mitentwickeln.

Fazit

Auch wenn die QM-Richtlinie zunächst die Anforderungen an die Praxis zu erhöhen scheinen, besteht doch kein Grund zur Aufregung. Die Anforderungen sind überschaubar und praxisnah umzusetzen. Die Vorteile, die ein gelebtes Qualitätsmanagement der Praxis bieten, überwiegen auf jeden Fall.

Regelmäßig erleichtert der niedrighschwellige Anspruch der Richtlinie den Einstieg in ein individuelles Qualitätsmanagement. Im Laufe der Zeit entwickeln sich dann Schwerpunktthemen, die die Entwicklung einer Praxis positiv beeinflussen. Der Entschluss für oder gegen ein bestimmtes Qualitätsmanagementsystem sollte gut überlegt sein, ähnlich wie die Entscheidung für eine Praxissoftware. Durch eine Zertifizierung stellt die Praxis ihr Qualitätsmanagement nach außen und innen dar. Dies führt zu einem Imagegewinn, wenn das zertifizierte System auch von allen Praxismitgliedern gelebt und umgesetzt wird.

*Stephanie Weitz
ZMV, QM-Auditor
Schulstr. 3, 68642 Bürstadt
praxis@zahnarzt-dr-weitz.de*

Übernahme von Auszubildenden

Regelungen beachten

Was sollten Praxisinhaber beachten, wenn sie ihre Auszubildenden in ein Arbeitsverhältnis übernehmen wollen? Unser Autor hat entscheidende Regelungen zusammengefasst.



Angesichts des prognostizierten Fachkräftemangels ist es gut, wenn Zahnarztpraxen vorsorgen und Auszubildende nach erfolgreicher Abschlussprüfung übernehmen können.

Foto: proDente

Nach der Pflicht kommt die Kür. Mit dem Bestehen der Abschlussprüfung haben der Auszubildende sowie der ausbildende Betrieb das Ziel der Ausbildung erreicht. Weitere Verpflichtungen haben Arbeitgeber nicht. Denn kein Gesetz schreibt einem Unternehmen grundsätzlich vor, den ausgebildeten Berufsanfänger als Mitarbeiter zu übernehmen (einzige Ausnahme: siehe Ende des Beitrags). In vielen Fällen werden Arbeitgeber dies dennoch tun. Denn der (interne) Druck wird zunehmen, die Übernahmequote zu erhöhen. Ein Fachkräftemangel steht nämlich unweigerlich bevor.

In der Regel ist es das Ziel eines Auszubildenden, nach der Lehre in ein Arbeitsverhältnis übernommen zu werden. Auch für den Ausbildungsbetrieb hat oftmals eine Übernahme Priorität. Trotzdem gehen die Planungen und Erwartungshaltungen von

Betrieb und Auszubildendem häufig auseinander. Hier einige Anregungen, wie Arbeitgeber bereits im Vorfeld Missverständnisse vermeiden können:

■ Tipp 1: Übernahme kommunizieren

Über die Übernahmepläne sollte offen mit den Betroffenen kommuniziert werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, darzulegen, wie viele Arbeitsplätze zur Verfügung stehen. So beugen Arbeitgeber konfliktträchtigen Gerüchten vor.

■ Tipp 2: Rechtzeitig Bescheid geben

Arbeitgeber sollten ihren Auszubildenden individuell Bescheid geben, sobald feststeht, dass geplant ist, sie zu übernehmen. Arbeitgeber sollten all diejenigen, denen sie keinen Arbeitsplatz anbieten können, die Möglichkeit geben, sich frühzeitig bei ande-

ren Unternehmen zu bewerben. Auch damit beweisen Unternehmen, dass sie das Wohl ihrer Noch-Auszubildenden im Auge haben. Zu beachten ist, insbesondere in diesem Zusammenhang, dass sogenannte Hiobsbotschaften nicht kurz vor der Abschlussprüfung überbracht werden sollten.

■ Tipp 3: Frühe Auswahl treffen

Arbeitgeber sollten sehr frühzeitig diejenigen Kandidaten ermitteln, die sie sich in ihrem Unternehmen bestens vorstellen können. Damit geben Unternehmen diesen Azubis rechtzeitig eine aussichtsreiche Perspektive und verhindern gleichzeitig, dass ein leistungsstarker Fachkräfte-Nachwuchs ihrer Planung zuvorkommt und direkt nach der Ausbildung abwandert.

■ Tipp 4: Versprechen halten

Arbeitgeber sollten zudem nur Versprechen abgeben, die sie auch tatsächlich halten können. Dabei ist zu bedenken, dass eine Zusage zu einem Arbeitsplatz bereits einem mündlich vereinbarten Arbeitsvertrag entspricht. Das kann den Arbeitgeber – gerade wenn Zeugen bei einer Zusage zugegen waren – in große Schwierigkeiten bringen.

Rechtliche Aspekte

Urlaub, Probezeit, Befristung und Kündigungsschutz: Eine Übernahme wirft zahlreiche Rechtsfragen auf. Hier einige wichtige Punkte, auf die es ankommt.

■ Erneute Probezeit erwägen

Eine neue Probezeit ist zulässig. Unternehmen kennen ihre Auszubildenden bereits seit vielen Jahren. Das sollte Arbeitgeber allerdings nicht veranlassen, zu glauben: „Der wird das schon machen.“ Vielmehr sollte bedacht werden, dass die Ausbildungssituation in aller Regel mit dem harten Berufsalltag nicht vergleichbar ist. Arbeitgeber sollten deshalb die Möglichkeit einer erneuten Probezeit nach § 622 Abs. 3 BGB nutzen, die ihnen ohne Abstriche zusteht.

■ Arbeitsvertrag befristen oder nicht

Ein befristeter Vertrag ist möglich. Nach § 14 Abs. 1 Teilzeitbefristungsgesetz kann ein Arbeitsvertrag immer dann befristet werden, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Wenn Unternehmen einen befristeten Vertrag im Anschluss an eine Ausbildung anbieten, liegt ein solcher Grund ausdrücklich vor, da der Übergang des Auszubildenden in eine Anschlussbeschäftigung erleichtert wird.

Unternehmen können einen Arbeitsvertrag auch ohne Sachgrund nach § 14 Abs. 2 befristen. Das hat den Vorteil, dass sie den maximalen Zwei-Jahres-Zeitraum in Halbjahresabschnitte stückeln können, womit man als Arbeitgeber wesentlich flexibler bleibt. Eines sollte dabei allerdings beachtet werden: Diese Möglichkeit besteht nur, wenn Unternehmen nicht bereits zuvor einen befristeten Arbeitsvertrag mit dieser Person abgeschlossen hatten, etwa vor der Ausbildung. Die Ausbildung selbst stellt keinen befristeten Arbeitsvertrag dar, der einer sachgrundlosen Befristung im Wege stünde.

■ Resturlaub beachten

Der Resturlaubsanspruch bleibt erhalten. Bei der Frage des Urlaubs sind das Ausbildungsverhältnis und das Arbeitsverhältnis als Einheit zu betrachten (wenn es dazwischen keine Unterbrechung gegeben hat). Einen möglichen Resturlaub aus dem Ausbildungsverhältnis nimmt der Ex-Auszubildende also mit in sein neues Arbeitsverhältnis. Eine finanzielle Abgeltung des Auszubildenden-Urlaubs ist nach § 7 Abs. 4 Bundesurlaubsgesetz nicht möglich, auch nicht, wenn sich das Arbeitsverhältnis direkt an die Ausbildung anschließt.

■ Sofortiger Kündigungsschutz

Die neuen Arbeitnehmer genießen sofortigen Kündigungsschutz. Ein Kündigungsschutz begründet sich nicht nur aus der Betriebsgröße (in der Regel mindestens zehn Beschäftigte), sondern ist auch an die Voraussetzung geknüpft, dass der Beschäftigte mindestens sechs Monate lang bei seinem Arbeitgeber beschäftigt gewesen ist. Hier müssen Unternehmen das vorangegangene Ausbildungsverhältnis mit berücksichtigen.

Der Kündigungsschutz des „neuen“ Beschäftigten setzt im Falle einer Übernahme aus dem Ausbildungsverhältnis also unmittelbar ein.

■ Lohnfortzahlung bei Krankheit

Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bleibt erhalten. Nach § 3 Abs. 3 Entgeltfortzahlungsgesetz entsteht der Anspruch auf Entgeltfortzahlung erst nach vierwöchiger nicht unterbrochener Beschäftigung. Auch hier sind beide Arbeitsverhältnisse als Einheit zu betrachten und die Verpflichtung zur Entgeltfortzahlung bleibt ohne Unterbrechung bestehen.

Ungewolltes Arbeitsverhältnis

Wenn beide Seiten die Übernahme wollen, ist ein Idealfall erreicht. Allerdings kommt es auch vor, dass Arbeitgeber Auszubildende gegen ihren Willen übernehmen (müssen).

Fall A: Unternehmen übernehmen ihren Auszubildenden versehentlich.

Beschäftigt ein Unternehmen seinen Auszubildenden nach Bestehen der Abschlussprüfung weiter – und sei es auch nur für eine Stunde –, dann begründet der Arbeitgeber damit einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Der Fehler: Arbeitgeber haben durch ihr Handeln gezeigt (indem sie nicht verhindert haben, dass der ehemalige Auszubildende auch nach der Prüfung noch arbeitet), dass sie ihn weiterbeschäftigen wollen (auch wenn das eigentlich nicht stimmt).

Fall B: Ein Auszubildender wird automatisch übernommen.

Nach § 78a Betriebsverfassungsgesetz müssen Unternehmen Mitglieder der Jugend- und Auszubildendenvertretung übernehmen, wenn ihnen das zugemutet werden kann.

*Dietmar Kern
Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5
71638 Ludwigsburg
kern.wirtschaftspublizist@t-online.de*

zm-Info

Keine Übernahme, wenn...

In diesen Fällen kommt eine Übernahme nicht in Frage:

■ Wenn Arbeitgeber „über Bedarf“ ausgebildet haben und keine freie Arbeitsstelle zur Verfügung steht.

■ Wenn es zwischen Arbeitgeber und Auszubildenden einfach „nicht passt“ und Konflikte in naher oder fernerer Zukunft absehbar sind. Sollte er ursprünglich mal für eine bestimmte Stelle vorgesehen gewesen sein, dann sollte rechtzeitig für eine Alternative gesorgt werden. Arbeitgeber sollten hierbei unbedingt Fakten schaffen, bevor es zu spät ist.

Unternehmen können die Stelle auch dann von außen besetzen, wenn gerade ein Auszubildender in dem Unternehmen ausgebildet hat. Möglicherweise wird der Betriebsrat intervenieren. Arbeitgeber müssen seinen Ratschlägen aber nicht folgen.

Dennoch: Diese Art der Ablehnung sollte die Ausnahme bleiben. Denn auch eine Besetzung von außen ist mit Unwägbarkeiten verbunden. Zudem bedarf ein vollkommen neuer Mitarbeiter immer einer deutlich längeren Einarbeitungszeit als ein Ex-Auszubildender, der die Strukturen des Betriebs in der Regel bereits gut kennt.

■ Der Auszubildende selbst will nicht übernommen werden. Häufig ist damit der Wunsch verbunden, nach der Ausbildung noch zu studieren. Wichtig ist hier, dass der Arbeitgeber als Ausbildungsbetrieb davon rechtzeitig erfährt, um für die Zukunft planen zu können. Weitsichtige Unternehmer führen daher bereits zu Beginn des letzten Lehrjahres Orientierungsgespräche mit Ihren Auszubildenden – gerade dann, wenn einer Übernahme aus der Sicht des Arbeitgebers nichts im Wege steht.

Schallschutz für Mieter

Mindeststandard ausreichend

Ein Mieter kann – ohne besondere vertragliche Regelung – nicht erwarten, dass seine Wohnung einen Schallschutz aufweist, der einem gehobenen Stand entspricht. Der Bundesgerichtshof (BGH) entschied, dass es vollkommen ausreicht, wenn der Schallschutz den DIN-Vorschriften entspricht, die zur Zeit der Errichtung des Gebäudes galten.

Ein Mieter einer Wohnung in einem in den Jahren 2001/2002 errichteten Mehrfamilienhaus behielt wegen mangelhafter Trittschalldämmung zehn Prozent der Bruttomiete ein. Ein hinzugezogener Sachverständiger hatte eine Trittschallmessung durchführen lassen und festgestellt, dass die Anforderungen der DIN-Vorschriften erfüllt seien, die zur Zeit die Errichtung des Gebäudes galten. Jedoch handele es sich dabei um den reinen Norm-Schallschutz, der allgemein nicht der Qualität mittlerer Art und Güte entspreche.

Die Richter des BGHs entschieden, dass ein Wohnungsmangel wegen unzureichender Trittschalldämmung nicht vorliegt. Mehr als die Einhaltung der zur Zeit der Errichtung des Gebäudes geltenden DIM-Vorschrift zum Schallschutz kann der Mieter nicht erwarten.

BGH, Urteil vom 07. Juli 2010
AZ: VIII ZR 85/09

ZÄ Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen
sigrid.olbertz@web.de



„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.

Termin Erinnerung

Arzt nicht dazu verpflichtet

Ein Arzt ist nicht verpflichtet, einen Patienten an Termine für erneute Vorsorgeuntersuchungen zu erinnern. Das entschied das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz. Es sei überzogen, einem Arzt die Fürsorge für die Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen aufzuerlegen.

Das gelte auch dann, wenn ein konkreter Verdacht auf eine Erkrankung bestehe. Das Gericht hob mit seinem Urteil eine Entscheidung des Landgerichts Trier auf und wies die Klage einer Patientin ab. Die Klägerin hatte gegen ihre Frauenärztin Schmerzensgeld in Höhe von 150000

Euro geltend gemacht. Sie hielt ihr vor, nach einem ersten Verdacht auf eine Krebserkrankung nicht hinreichend zu weiteren Vorsorgeuntersuchungen gedrängt worden zu sein. Das Landgericht sah darin eine Pflichtverletzung und sprach der Klägerin ein Schmerzensgeld von 30000

Nachträgliche Festlegung von Zinsen

Korrekte Anpassung notwendig

Bei der nachträglichen Festlegung von Zinsen auf langfristigen Sparverträgen muss sich die Bank am Zinssatz für langfristige Einlagen orientieren. Das entschied der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Urteil.

Das Urteil betrifft Kunden mit Sparverträgen, deren Zinsanpassungsklausel der BGH bereits im Jahr 2008 wegen einer Benachteiligung der Kunden für unwirksam erklärt hatte. Nach dem damaligen Urteil ist eine variable Zins-klausel in einem Sparvertrag unwirksam, wenn sie kein Mindestmaß an Kalkulierbarkeit aufweist. Der entsprechende Zinssatz muss dann durch ergänzende Vertragsauslegung ermittelt werden, urteilte der BGH. Ein Ehepaar hatte einen langfristigen Sparvertrag – die Laufzeit betrug 20 Jahre – mit einer variablen Zins-klausel abgeschlossen. Am Ende der Laufzeit beanstandete das Ehepaar die Zinsberechnung der Sparkasse und verlangte eine höhere Verzinsung. Der BGH vertrat nun die Meinung, dass eine einseitige Bestimmung des Zinssatzes weder

für die Sparkasse noch für die Kunden in Betracht komme. Der Zinssatz sei hingegen durch ergänzende Vertragsauslegung zu ermitteln. Dabei ist die Anlagedauer, im vorliegenden Fall 20 Jahre, zu berücksichtigen. In seinem Urteil machte der BGH keine Vorgaben, wie hoch der zugrundezulegende Zinssatz sein soll. Er müsse sich jedoch an den Sparzinsen für langfristige Einlagen orientieren, welche in den Monatsberichten der Bundesbank veröffentlicht werden. Eine anderweitige Orientierung würde dem Sinn und Zweck eines langjährigen Sparvertrages nicht gerecht.

BGH, Urteil vom 13. April 2010
AZ: XI ZR 197/09

ZÄ Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

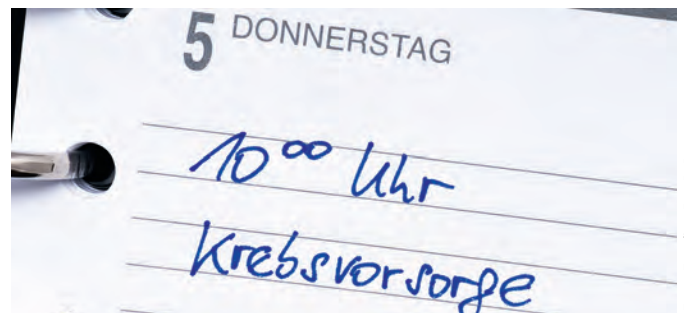


Foto: Fotolia - DocRaBe

Euro zu. Die Berufung der Ärztin hatte aber Erfolg. Die Koblenzer Richter befanden, es genüge, wenn ein Arzt auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen hinweise. Es sei dann Sache des Patienten, ob, wann und bei wem er die Untersuchungen vornehmen lasse. Eine Nachfrage des

bisher behandelnden Arztes könne einen Patienten sogar in Erklärungsnot bringen, wenn er sich beispielsweise für einen anderen Arzt entschieden habe.
mp/sg/dpa

OLG Koblenz
Urteil vom 26. Juni 2010
AZ: 5 U 186/10

Patientenaufklärung bei Routinefällen

Telefonische Aufklärung reicht aus

In einfach gelagerten Fällen können Ärzte ihre Patienten auch in einem telefonischen Gespräch über die Risiken eines bevorstehenden Eingriffs aufklären. Allerdings muss der Patient damit einverstanden sein, besagt ein aktuelles Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) in Karlsruhe.

Im Streitfall wurde ein drei Wochen altes Mädchen wegen eines Leistenbruchs operiert. Der Belegarzt hatte zuvor die Mutter in seiner Praxis aufgeklärt, während der Vater im Wartezimmer das Aufklärungsformular ausfüllte und später mit seiner Frau unterschrieb. Der Anästhesist telefonierte zwei Tage vor dem Eingriff mit dem Vater. Am Morgen vor der Operation unterzeichneten beide Eltern das Einwilligungsformular. Während der Operation kam es zu schweren atemwegsbezogenen Komplikationen, was zu bleibenden Schäden bei Motorik und Sprache führte. Mit ihrer Klage meinten die Eltern, sie seien unzureichend aufgeklärt worden und verlangten Schmerzensgeld und Schadenersatz. Wie schon die Vorinstanzen wies der BGH die Klage ab: Auch wenn bei minderjährigen Kindern beide sorgeberechtigten Eltern dem Eingriff zustimmen müssen, sei die Aufklärung nur eines Elternteils meist ausrei-

chend. Das gelte „jedenfalls in Routinefällen“, und wenn die Eltern nichts anderes verlangen.

Nur bei schweren Eingriffen „mit nicht unbedeutenden Risiken“ müsse sich der Arzt vergewissern, ob der erschienene Elternteil eine Ermächtigung des anderen hat, dürfe dann aber im Regelfall auf eine wahrheitsgemäße Auskunft vertrauen. Auch dürften sich die Ärzte darauf verlassen, dass sich die Eltern über die erhaltenen Informationen austauschen.

In einfachen Fällen reiche auch eine telefonische Aufklärung aus; denn wie im persönlichen Gespräch sei es auch hier möglich, persönliche Fragen zu beantworten. „Handelt es sich dagegen um komplizierte Eingriffe mit erheblichen Risiken, wird eine telefonische Aufklärung regelmäßig unzureichend sein“, urteilten die Richter. ck/sg/ÄZ

*BGH
Urteil vom 15. Juni 2010
AZ: VI ZR 204/09*



Foto: Fotolia - Leah-Anne Thompson

Telematikkongress

Mehr Akzeptanz für eHealth

„Telematik bringt mehrWERT“. Unter diesem Leitgedanken fand am 14. und 15. September die sechste eHealth Conference in Hannover statt. Ziel der Veranstaltung war es, die Akzeptanz für innovative Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnik im Gesundheitswesen zu fördern – sektorenübergreifend.

„Wir müssen angesichts der Zahl älterer und multimorbider Menschen und einer zunehmenden Spezialisierung der modernen Medizin eine bestmögliche Gesundheitsversorgung sicherstellen“, sagte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler in seinem Grußwort. „Dabei gilt es auch, den Zugang medizinischer Expertise in ländlichen Gebieten zu gewährleisten. Einen wichtigen Beitrag zur Lösung dieser Herausforderungen leistet die Gesundheitstelematik.“ Rösler weiter: „Um den „mehrWERT“ nutzen zu können, brauchen wir eine sichere Telematikinfrastruktur. Datenschutz und Praktikabilität der Anwendungen sind wichtige Voraussetzungen für die Realisierung in Praxen und Krankenhäusern.“ Genau vor diesem Hintergrund schilderten Ärztevertreter und Privatunternehmer aus den verschiedenen Sektoren auf der Konferenz ihre Ansätze und diskutierten über Herausforderungen.

Kommunikation vor Technik

„Telematik ist nicht in erster Linie eine technische Möglichkeit, vor allem erfordert sie eine gelungene Kommunikation und Kooperation der jeweiligen Partner“, sagte Dr. Christoph Seidel, Geschäftsbereichsleiter IT- und Unternehmensentwicklung am Städtischen Klinikum Braunschweig in seinem Vortrag „Architektur, Betrieb und Evaluierung des Befundportals am Klinikum Braunschweig“. Zusammen mit Peter L. Reichertz Institut der TU Braunschweig hat die Klinik eine Architektur zur papierlosen Kommunikation von Krankenhäusern und nie-

dergelassenen Ärzten in der Region erarbeitet. 2006 ging das Befundportal 1.0 online, 2008 folgte die Version 2.0. Ziel des Pilotprojekts: ein verbesserter Service des Klinikums als einer der medizinischen Hauptdienstleister in und um Braunschweig. „Wenn andere Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte in unserer Region zum Bei-



Foto: Stefan Rajewski [M] A. Meinardus

Technik ist nicht alles. Wichtig ist das Kommunikationskonzept dahinter, betonten die Telematikexperten auf der eHealth.

spiel Herzkathetersequenzen angefertigt haben, wurden die Daten früher auf DVD mit der Post an uns geschickt. Das verzögert die Entscheidung, ob ein Patient operiert werden muss oder nicht. Jetzt funktioniert die Übermittlung elektronisch und es kann schneller weitergehen. Voraussetzung ist natürlich, dass der Patient seine Einwilligung zur elektronischen Weiterverarbeitung seiner Daten gibt“, erklärt Seidel. Beim Blick auf die Nutzerzahlen zeigen sich allerdings Probleme: „Wir haben insgesamt 26 968 Befunde verschickt, aber nur 10 284 wurden abgerufen“, stellt der IT-Fachmann fest. Warum keine 100 Prozent? Vermutlich,

weil die Dokumente nach wie vor auch in Papierform verschickt werden. Der Grund: Nur so bekommen Mediziner Rechtssicherheit. Deswegen arbeitet das Klinikum Braunschweig daran, die juristisch vollwertige elektronische Signatur voranzubringen. Seidel: „Mit einer qualifizierten eSignatur kann man sich die Dokumentation auf Papier sparen – und nur das bringt eine wirkliche Ersparnis.“

Fortschritt und Sicherheitsbedenken

Die Ersatzkasse KKH-Allianz und Atos Origin stellten auf der eHealth Conference die Verknüpfung von elektronischer Gesundheitskarte (eGK) und dem elektronischen Personalausweis vor. Das Prinzip: Versicherte sollen sich via Internet mit dem ab November ausgegebenen Personalausweis authentifizieren und dann auf gespeicherte Daten der eGK zugreifen können. Möglich macht das ein Kartenlesegerät, das mit der eGK wie mit dem Personalausweis kommunizieren kann. Ab Oktober liefert die KKH das Lesegerät zusammen mit einem IT-Sicherheitskit kostenfrei an ihre Mitglieder aus. Mit dem Ziel, dass die Anwen-

der die Karten bald auch für die Zahlung ärztlicher Leistungen benutzen.

Enthalten sind drei verschiedene Lesegeräte mit den Sicherheitsstufen Basis, Standard und Komfort. Zum Start des eAusweises werden mehr als eine Million Basisgeräte verteilt – auf denen es allerdings weder eine Tastatur noch ein Display gibt. User müssen ihre PIN dann über die Computertastatur eingeben.

Wie unsicher das System hinsichtlich Datenschutz und Sicherheit ist, zeigte im August der Chaos Computer Club (CCC) mit dem ARD-Magazin „Plusminus“. Der CCC konnte auf dem Chip des Ausweises gespeicherte

Daten abfangen. Selbst Neutklässlern gelang es unter Zuhilfenahme von Lötkolben und Schraubenzieher, eine Apparatur zu basteln, die den Ausweis-Chip lahmlegte. Die KKH versicherte bei der eHealth Conference freilich, dass „der Schutz der Versichertendaten vor dem Zugriff Unbefugter“ oberste Priorität habe und durch ein spezielles Verschlüsselungsverfahren gewährleistet sei. Details zu diesem Verfahren seien allerdings noch nicht verfügbar.

Frust vermeiden

Mit innovativen und fantasievollen Mitteln Patienten erreichen, lautete das Thema von Stephan Albani, Kompetenzzentrum HörTech am Hörzentrum Oldenburg, in seinem Vortrag „Vom Hörscreening bis Web 3.0“. „In Deutschland werden nur 20 Prozent der Menschen erreicht, die von einer Hörhilfe profitieren würden“, führte er aus. Was un-

ter anderem daran liege, dass Hörgeräte gesellschaftlich stark stigmatisiert seien. Um Hemmschwellen abzubauen und Menschen zu einer Überprüfung ihres Gehörs zu bewegen, bietet HörTech einen wissenschaftlich zertifizierten Telefentest an. Für 99 Cent können Interessenten überprüfen, wie gut sie noch hören – „von Zuhause aus, in ihrer vertrauten Umgebung“, betont Albani.

So funktioniert's: Anrufern werden mehrere dreistellige Ziffernkombinationen genannt. Bei jeder Ansage wird gleichzeitig ein Rauschen eingespielt. Danach sollen die Ziffern über die Tastatur eingegeben werden. Ist alles richtig, steigt der Schwierigkeitsgrad beim nächsten Durchgang. Wurde eine Ziffer falsch eingegeben, wird die nächste Darbietung wieder leichter. Insgesamt gibt der Anrufer circa 27 Kombinationen ein, bevor er das Testergebnis erfährt. Mögliche Resultate sind: „Ihr Hörvermögen bei diesem Hörtest ist normal“, „Bei diesem Hörtest ver-

stehen die meisten Menschen etwas besser als Sie“, „Bei diesem Hörtest verstehen die meisten Menschen deutlich besser als Sie“.

„Danach stehen hörgeschädigten Menschen verschiedene Informationsportale zur Verfügung, auf denen sie sich über die nächsten Schritte informieren können“, erklärt Albani. Aber: „Mit herkömmlichen Webanwendungen ist das eine ziemlich langweilige Angelegenheit. Man kann im Prinzip nur auf statischen Webseiten stöbern. Im Web 3.0, das sich gerade entwickelt, könnte man das Thema viel nutzerfreundlicher aufbereiten. Zum Beispiel, indem man in einer virtuellen Animation Hörwelten erlebbar macht und den Leuten direkt zeigt, wie eine Hörhilfe ihre Lebensqualität steigert.“

*Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net*

■ <http://ehealth.gvg-koeln.de>

20 Jahre Tag der Zahngesundheit

Noch nie so gesund im Mund

Seit 20 Jahren feiert der gleichnamige Aktionskreis am 25. September den „Tag der Zahngesundheit“ und erinnert damit an die vielfältigen zahnärztlichen Prophylaxemaßnahmen an Schulen und Kindergärten im ganzen Jahr – übrigens immer unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund“. Aus den anfänglich hundert Events sind längst einige tausend geworden. Zeit, ein Resümee zu ziehen.



Resonanz. Die Nachfrage ist so groß, dass schon weit vor der Veranstaltung alles vergriffen ist. Worum es den Beteiligten von Beginn an geht: zu vermitteln, wie wichtig die Prävention ist und wie man Zahn-, Mund-

Wirksamkeit nachhaltig unter Beweis gestellt. „Damals wurden wir für diesen Paradigmenwechsel hin zu Prophylaxe und Prävention gescholten, heute dafür als Vorreiter im System gefeiert“, resümiert Oesterreich. „Fakt ist: Das Bewusstsein für die Bedeutung der Mundgesundheit und das Mundhygieneverhalten ist inzwischen auch in der breiten Bevölkerung verankert.“

Lachen ist gesund

Große Prophylaxe-Erfolge, verbunden mit großen Herausforderungen – darauf verweist auch das diesjährige Zusatzmotto „Lachen ist gesund“. Stichwort: psychosomatische Störungen. „Zahnärzte müssen damit rechnen, dass bei jedem dritten bis vierten Patienten eine psychosoziale Belastung, gegebenenfalls mit bereits körperlicher Symptomatik, eine Rolle spielt“, erläuterte PD Dr. Anne Wolowski, Uni Münster. „Psychosomatische Krankheiten sind omnipräsent – das Lachen ist den Betroffenen oft seit Jahren vergangen. Viele erleben einen enormen Leidensdruck, der sich noch dadurch verstärkt, dass sie als Simulanten abgestempelt werden.“ Ihr Tipp an den Zahnarzt: durch Aufklärung Tabus zu brechen und das somatische Beschwerdekonzept dahingehend erweitern, dass der Patient psychosoziale Einflüsse akzeptiert, um dann aktiv an der Heilung mitwirken zu können. Dass die Linie zwischen einer notwendigen medizinischen Behandlung und einer kosmetisch-ästhetischen Wunschleistung oft verschwimmt, betonte Dr. Michael Kleibrinker vom GKV-Spitzenverband. Er appellierte an die Zahnärzte, diese Grenzen zu erkennen und zu beachten: „Damit die Patienten auch weiterhin Grund zum Lachen haben.“ ck



Ja, Zähneputzen macht Spaß!
Kids feiern den Tag der Zahngesundheit.

Fotos: TdZ

und Kiefererkrankungen von vorneherein verhindern kann. 20 Jahre später ist der „Tag der Zahngesundheit“ in Deutschland eine feste Größe. Rund um den 25. September herum finden in Ländern, Städten und Gemeinden zahlreiche kreative Veranstaltungen statt – organisiert von Krankenkassen, Landesarbeitsgemeinschaften, Gesundheitsämtern und natürlich Zahnärzten. Was in diesen zwei Dekaden erreicht wurde? Zum Beispiel, dass laut der neuesten DAJ-Studie der Kariesindex (DMFT) bei den Zwölfjährigen seit 1994 von 2,44 auf 0,72 gefallen ist. Deutschland hält damit in dieser Altersgruppe weltweit Platz eins, was den Kariesrückgang betrifft. „Nie war die Mundgesundheit so gut wie heute“, bestätigt Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident der Bundeszahnärztekammer, auf der Auftaktpressekonferenz in Berlin. In Deutschland später als im internationalen Raum, dafür umso erfolgreicher, habe die Prävention in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ihre

Herbst 1991: Insgesamt 25 Organisationen aus Zahnärzteschaft und Krankenkassen gründen einen Aktionskreis, um an einem festen Tag im Jahr die Mundgesundheit in den Blick zu rücken. Info-Pakete werden geschnürt, Materialien zur Patientenaufklärung zusammengestellt und Flyer aufgelegt. Das Projekt erfährt eine ungeheure

100. Todestag von Henry Dunant

Von Mensch zu Mensch

„Zivilisation bedeutet, sich gegenseitig zu helfen von Mensch zu Mensch, von Nation zu Nation“, sagte Henry Dunant einmal. Aus dieser Grundüberzeugung schuf er eine politisch neutrale Hilfsorganisation, die heute auf der ganzen Welt aktiv ist: das Rote Kreuz. Dafür erhielt der Schweizer Humanist 1901 den ersten Friedensnobelpreis, neun Jahre vor seinem Tod am 30. Oktober 1910.



Foto: DRK Berlin

Die Brutalität der Schlacht von Solferino prägte den Schweizer Humanisten Henry Dunant. Zeitgenössisches Gemälde, The Art Archive, Museo del Risorgimento Turin

Wären die Geschäfte des jungen Unternehmers Henry Dunant besser gelaufen, das Rote Kreuz wäre vielleicht nie gegründet worden. Mit 30 Jahren wollte der am 8. Mai 1828 geborene älteste Sohn des wohlhabenden Genfer Kaufmanns und Ratsherren Jean-Jaques Dunant in Französisch-Algerien in großem Stil Land erwerben, Getreide anbauen und es vor Ort in eigenen Mühlen verarbeiten lassen. Aber: Die französische Kolonialbehörde verweigerte ihm die Konzession.

Um sein Geschäft endlich in Gang zu bringen, reiste der junge Schweizer deshalb im Juni 1859 in die Lombardei. Dunant wollte sich Unterstützung von oberster Stelle besorgen – er wollte bei Kaiser Napoleon III. vorsprechen. Im Gepäck hatte der Schwei-

zer, der seit 1858 auch französischer Staatsbürger war und Napoleon glühend verehrte, eine eigens verfasste Lobrede auf den Monarchen. Sein Vorhaben scheiterte jedoch, denn Napoleon führte gerade sein Heer an der Seite des Königreichs Piemont-Sardinien in den Krieg gegen Österreich. Zu einer Audienz kam es deshalb nicht, verändern sollte die Reise Dunants Leben aber doch.

Schicksalsort Solferino

Mit dem italienischen Ort Solferino ist die Erinnerung an eine der blutigsten Schlachten des 19. Jahrhunderts verbunden. Auf österreichischer und französisch-italienischer Seite standen sich am 24. Juni 1859

auf einer Frontlänge von 16 Kilometern 300.000 Männer gegenüber – 6 000 von ihnen starben, 10 000 galten als vermisst oder gefangen, 40 000 wurden verwundet und weitere 40 000 erkrankten aufgrund der katastrophalen sanitären Verhältnisse in den Tagen nach der Schlacht.

In dieses Kriegsgebiet geriet der Zivilist Henry Dunant – allerdings nicht so unbeabsichtigt und zufällig, wie er später beteuern sollte. Überwältigt von der Brutalität der Ereignisse schreibt er später: „Um jeden Mamelon, um jeden Hügel, um jeden Felsvorsprung werden hartnäckige Kämpfe geliefert, ganze Haufen von Toten sind auf den Hügeln, in den Hohlwegen aufgethürmt. Oesterreicher und Alliierte tödten einander auf den blutigen Leichnamen, sie morden sich mit Kolbenschlägen, zerschmettern sich das Gehirn, schlitzen sich mit Säbeln und Bajonetten die Leiber auf: Kein Pardon wird mehr gegeben, es ist ein Gemetzel, ein



Henry Dunant um 1865

Foto: DRK Berlin

Kampf wilder, wütender, bluthdürstiger Thiere, und selbst die Verwundeten vertheidigen sich bis zum Aeußersten; wer keine Waffen mehr besitzt, fasst seinen Gegner an der Gurgel und zerfleischt ihn mit den Zähnen.“

Angesichts des großen Leids nach der Schlacht entschloss sich Dunant zu bleiben. Zusammen mit den Frauen des Ortes Castiglione delle Stiviere, acht Kilometer von Solferino entfernt, organisiert er ein behelfsmäßiges Lazarett und lässt auf eigene Kosten Verbandsmittel und Medikamente kommen – trotzdem mangelte es an allem, um die Männer zu versorgen.

Dunant half, obwohl er ein Anhänger Napoleons war, verletzten Soldaten beider Seiten. Bald folgten die italienischen Helferinnen seinem Vorbild, wie er berichtete: „Die Frauen von Castiglione erkennen, dass es für mich keinen Unterschied der Nationalität gibt, und so folgen sie meinem Beispiel und lassen allen Soldaten, die ihnen völlig fremd sind, das gleiche Wohlwollen zuteil werden. ‚Tutti fratelli‘, sagten sie oft mit bewegter Stimme.“ Das sollte zu Dunants Grundsatz werden: „Tutti fratelli – Wir sind alle Brüder.“ Den österreichischen Soldaten gelang das oft nicht, sie wollten die Hilfe der vermeintlichen Feinde nicht annehmen. Immer wieder wehrten sie sich, rissen sich die Verbände vom Leib oder schossen – manchmal noch im Todeskampf – auf die Helfer. Dunant bat die französischen Militärs, ihm gefangene österreichische Ärzte zur Verfügung zu stellen, zu denen die verwundeten Soldaten mehr Vertrauen hatten. Und er tat noch mehr: Am 9. Juli erschien auf seine Initiative hin im „Journal de Genève“ ein Hilferuf für die Verwundeten von Solferino.

Sozial engagiert

Henry Dunants leidenschaftlicher Einsatz für die Kriegsoffer kam nicht überraschend. In seinem Elternhaus – wie in allen anderen wohlhabenden Familien Genfs – spielte Wohltätigkeit eine große Rolle. Sein Vater spendete einen Teil seines Einkommens für Bedürftige, betreute Waisenkinder und verwaltete die staatlichen Armengelder. Seine Mutter Anne-Antoinette widmete sich in



Dunants Heimatstadt Genf. Kreidelithographie von Laurent Deroy, undatiert, um 1850

Not geratenen Bewohnern des Genfer Arbeiterviertels Saint Gervais. Ihr Sohn begleitete sie regelmäßig.

Als Erwachsener erinnerte sich Dunant an ein prägendes Erlebnis aus seiner Kindheit. Als er einmal mit seinem Vater den Marinestützpunkt Toulon an der Mittelmeerküste besuchte, wurde er Zeuge des Leids der Verurteilten auf den Gefängnissschiffen. Das Gesehene nahm den kleinen Jungen sehr mit.

Karitative Arbeit gehörte auch zum Alltag des heranwachsenden Dunants. Er besuchte Sträflinge und las ihnen vor. Mit 18 wurde er Mitglied der „Genfer Gesellschaft für Almosenspenden“, er organisierte Benefizveranstaltungen und war 1852 unter den Gründern des „Christlichen Vereins Junger Männer“ (CVJM).

Vom Horror des Kriegs

Henry Dunant blieb mehrere Wochen im Krisengebiet und kehrte danach in die Schweiz zurück – geschockt von den schrecklichen Erlebnissen in Italien. In den Jahren 1860/61 schrieb er ein Buch über das Erlebte: „Eine Erinnerung an Solferino“. Im

ersten Viertel des Buchs beschreibt Dunant die Schlacht. Es wird deutlich: Er will die Leser packen und sie emotional erreichen. Seine Beschreibung des Krieges zielt nicht darauf ab, heldenhafte Taten zu feiern, sondern die Verluste begreifbar zu machen. Er schreibt: „Ein Sohn, der Liebling seiner Eltern, den eine zärtliche Mutter während einer langen Reihe von Jahren aufgezogen

und gepflegt, über dessen geringstes Unwohlsein sie sich erschreckt; ein schmucker Offizier, von feiner Familie geliebt, der Frau und Kinder zu Hause gelassen; ein junger Soldat, der beim Abmarsch in's Feld seine Braut verließ, oder wie wohl ein Jeder

eine Mutter, Schwestern, einen alten Vater daheim hatte, – da liegt er nun im Kothe, im Staube und in seinem Blute gebadet; (...) und sein Leib, der Gegenstand so langer Pflege, – jetzt geschwärzt, angeschwollen, zerstückelt, wird da, wie er ist, in eine kaum ordentlich gegrabene Grube geworfen, nur mit einigen Schaufeln Kalk und Erde bedeckt, und die Raubvögel schonen seiner Hände und Füße nicht, welche beim Abspülen der Erde (...) herausschauen aus dem Grabe.“





1864 fand die erste Genfer Konvention statt, hier festgehalten auf einem zeitgenössischen Stich.

wandte sich aber auch an die Frauen der Herrscher. Für die Damen der Gesellschaft, gefangen in biedermeierlicher Eintönigkeit, bot das humanitäre Engagement ein Betätigungsfeld – sie unterstützten den jungen Dunant eifrig. 1863 erschien das Buch schließlich in größerer Auflage und wurde zum Weltbestseller.

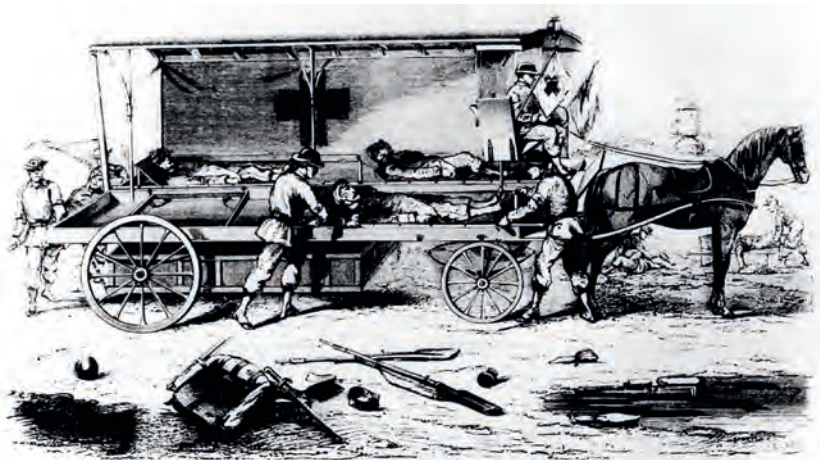
Menschlichkeit im Krieg

Dunants Bemühungen hatten Erfolg. Seine Vorschläge wurden schon im Februar 1863 umgesetzt, als das „Internationale Komitee der Hilfsgesellschaften für die Verwundetenpflege“ gegründet wurde – erst 1876 änderte die Organisation ihren Namen in „Internationales Komitee vom Roten Kreuz“. Dunant reiste für das Komitee durch Europa und rührte die Werbetrommel. Dank seiner Initiative trat vom 8. bis zum 28. August 1864 die Genfer Konferenz mit 28 Delegierten aus 16 Staaten zusammen. Am 22. August unterzeichneten zwölf von ihnen die „Konvention, die Linderung des Loses der im Felddienste verwundeten Militärpersonen betreffend“. Dazu gehörten: Baden, Belgien, Dänemark, Frankreich, Hessen, Italien, die Niederlande, Portugal, Preußen, die Schweiz, Spanien und Württemberg. Der Vertrag ist die erste aller Genfer Konven-

Einen größeren Teil nimmt die Beschreibung der katastrophalen Versorgung ein. Auch hier spart Dunant nicht mit Details, das Chaos vor Ort zu beschreiben: „Ein Soldat mit weit geöffneter Hirnschale, sank sterbend zusammen, indessen sein Hirn über die Steinplatten der Kirche floss; seine Unglücksgefährten stießen ihn mit den Füßen auf die Seite, weil er die Passage störte, ich schützte ihn in deinem letzten Todeskampfe und umhüllte sein armes Haupt, das sich noch schwach bewegte, mit einem Taschentuche.“

Was Dunant mit seiner auf Effekte bedachten Schilderung der Schlacht in Solferino bezweckte, wird auf den letzten Seiten klar. „Aber weshalb haben wir hier so viele schmerzliche und ergreifende Auftritte geschildert und vielleicht so manche peinliche Gefühle geweckt? Weshalb mit Vorliebe gerade solche erschütternde Gemälde mit einer fast gesuchten Ausführlichkeit vor den Augen der Leser ausgerollt? Auf diese so natürliche Frage sei es uns erlaubt, mit einer andern Frage zu antworten: Wäre es nicht möglich, freiwillige Hilfsgesellschaften zu gründen, deren Zweck ist, die Verwundeten in Kriegszeiten zu pflegen oder pflegen zu lassen?!“ Und etwas später: „Ist es endlich nicht in einer Zeit, in welcher man so viel von Fortschritt und Civilisation spricht und in welcher Kriege einmal nicht immer vermieden werden können, ist es da nicht dringend notwendig, Alles zu thun, um den Schrecken derselben zuvorzukommen, oder diese mindestens so viel wie möglich zu mil-

dern, und zwar nicht allein auf den Schlachtfeldern, sondern namentlich in den Spitälern?“ Jeder „einflussreiche Mann“ sollte Einfluss nehmen – nicht umsonst beschreibt Dunant deshalb am Ende von „Eine Erinnerung an Solferino“ das Engagement reicher Bürger und Adliger, die – durch das schlimme Schicksal der Soldaten bewegt – den Verwundeten helfen wollen, indem sie sie pflegen, Geld spenden oder ihre Häuser als Lazarette zur Verfügung stellen. Von seiner Schrift ließ Dunant zunächst 1 600 Exemplare drucken und verschickte sie an die Menschen, die das Sagen in Europa hatten: an Militärs und Politiker. Dunant



Chariot-rail destiné à recevoir les brancards des Sarraritains, en Allemagne.

Ambulanzwagen des Deutschen Roten Kreuzes im Deutsch-Französischen Krieg
Französische Zeichnung, 1870



Heiden am Bodensee heute. Dort verbrachte Dunant seine letzten Jahre.

tionen und Gründungsurkunde aller nationalen Rot-Kreuz-Organisationen. Mit ihrer Unterschrift erkannten die unterzeichnenden Staaten verwundete Soldaten als neutral an und verpflichteten sich, sie – gleich welcher Partei sie angehören – zu schützen und zu versorgen. Das schloss die Sicherheit der Helfer des Roten Kreuzes bei Angriffen mit ein.

Kodifizierte Regeln

Zum ersten Mal gab es damit kodifizierte Regeln für das Verhalten im Krieg, an die



Henry Dunant um 1900

sich alle militärischen Führungen hielten. Der Deutsch-Französische Krieg von 1870/71 war die erste Bewährungsprobe für das Abkommen – das es mit Bravour bestand. Die militärischen Führungen erkannten schnell, dass das Rote Kreuz eine unschätzbare Hilfe für alle Beteiligten war.

Eins der großen Vorbilder für Dunant war die englische Krankenschwester Florence Nightingale, die sich während des Krimkriegs (1853–1856) um die bessere medizinische Versorgung verwundeter Soldaten verdient gemacht und weltweit Anerkennung gefunden hatte (siehe Bericht in zm 15/2010, Seiten 102 ff.). Über sie sagte Dunant: „Wohl bin ich der Gründer des Roten Kreuzes und der Schöpfer der Genfer Konvention. Aber die Ehre, die mir deswegen zuteil geworden ist, habe ich mit einer englischen Frau zu teilen. Was mich während des Krieges von 1859 dazu brachte, nach Italien auf das Schlachtfeld von Solferino zu gehen und dort zu helfen, war das große Vorbild, das Florence Nightingale uns auf der Krim gegeben hatte.“

Gesellschaftlicher Abstieg

Zwischen Dunant und seinen Mitstreitern im Komitee – insbesondere mit dem amtierenden Vorsitzenden Gustave Moynier – kam es schnell zu Differenzen. Auch an anderer Stelle hatte Dunant zu kämpfen: Seine Aktiengesellschaft in Algerien, an der viele

Freunde und Kollegen beteiligt waren, geriet in Schwierigkeiten. Im Jahr 1867 musste er vor seinen Aktionären und Gläubigern den Bankrott eingestehen. Es kam noch schlimmer: In einem Prozess vor dem Genfer Zivilgericht wurde er des betrügerischen Bankrotts überführt und zur Entschädigung der von ihm getäuschten Aktionäre verurteilt – seine Heimat Genf war von nun an für Henry Dunant verbrannte Erde. Er verließ die Stadt und kehrte Zeit seines Lebens nie wieder zurück.



Foto: Henry-Dunant-Museum Heiden

Dunants Grabstätte in Heiden
Zeitgenössische Aufnahme

Aus dem Internationalen Komitee des Roten Kreuzes und dem CVJM wurde er daraufhin ausgeschlossen. Als Geschäftsmann gelang ihm nichts mehr – auch, weil Moynier und seine Gläubiger ihm immer im Nacken saßen und, wohin in Europa er auch ging, seinen Ruf schädigten. Die nächsten zwei Jahrzehnte vagabundierte er verarmt durch Europa. Zwar engagierte er sich für verschiedene Anliegen von der Sklavenbefreiung bis hin zur Errichtung einer Weltbibliothek,

aber nichts hatte Erfolg. Zeitweise lebte er als Clochard. Er schrieb über diese Zeit: „Auch ich gehörte zu denjenigen, die auf der Straße in kleinen Bissen ein Kreuzer-Brot verzehrten, die ihre Kleider mit Tinte aufschwärzen und dem Hemdkragen mit Kreide nachhelfen und durch deren Schuhsohlen das Wasser dringt. Unter solchen Umständen lernte ich die Armen wirklich beklagen.“

Von London aus schrieb er 1887 an seine Familie und bat um Hilfe. Sie bewilligte dem körperlich und psychisch Kranken eine monatliche Rente von 100 Franken. Bedingung war allerdings, dass er in die Schweiz zurückkehrte. So endete Dunants Odyssee in dem Schweizer Kurort Heiden oberhalb des Bodensees.

Ruhm und Ehre

Jegliche Anerkennung für seinen Beitrag zur Gründung des Roten Kreuzes wurde Dunant verwehrt. Sogar seine Bedeutung für das Inkrafttreten der Genfer Konvention 1863 und 1864 sprach man ihm ab. In den frühen Selbstdarstellungen der Organisation taucht sein Name kaum auf. In seinen Memoiren findet man wohl auch deshalb immer wieder Hasstiraden auf Moynier und seine anderen Gegner.

Erst in den 1890er-Jahren begann das Blatt, sich zu wenden. Ein Dorflehrer aus Heiden erkannte Dunant und sendete 1892 ein Telegramm an das in Rom tagende Internationale Komitee des Roten Kreuzes. Der Wortlaut: „Dunant lebt und ist in großer Not.“ Die Nachricht erregte kein großes Aufsehen. Zur Sensation wurde aber der Artikel, den der Schweizer Journalist Georg Baumberger im Sommer 1895 in Schweizer und deutschen Zeitungen über den Vergessenen veröffentlichte. Er katapultierte Dunant zurück ins Licht der Öffentlichkeit. Für den eben noch Ausgestoßenen hagelte es fortan Preise und Auszeichnungen, ihm wurden zahlreiche Geldspenden und Sonderrenten zugesprochen und auch seine Meinung war wieder gefragt.

Die höchste Auszeichnung erhielt er im Jahr 1901. Zusammen mit dem französischen Friedensaktivisten Frédéric Passy wurde ihm

zm-Info

Dunant-Jahr 2010

Zum 100. Todesjahr von Henry Dunant zeigt das Henry-Dunant-Museum in Heiden zwei Themen in einer Sonderausstellung von April bis November 2010: „Im Feld, von Solferino nach Guantanamo“ und „Kinderzüge in die Schweiz“. Das Dunant-Jahr 2010 verfolgt das Ziel, das humanitäre Werk Henry Dunants nachhaltig in Erinnerung zu rufen. Im Zentrum stehen kulturelle Anlässe, Ausstellungen und Begegnungen zwischen Menschen unterschiedlicher Nationen.

■ Mehr dazu unter:
www.dunant2010.ch/dunant-museum/

der erste Friedensnobelpreis verliehen. Das Preisgeld rührte er zeitlebens nie an. Verbittert und an Depressionen erkrankt, verbrachte er die Zeit bis zu seinem Tod im Oktober 1910 weiterhin zurückgezogen in einem Heidener Hospital.

Auf eigenen Wunsch wurde Henry Dunant ohne eine Trauerfeier beigesetzt. „Ich wünsche zu Grabe getragen zu werden wie ein Hund, ohne eine einzige von euren Zeremonien, die ich nicht anerkenne. Ich rechne auf eure Güte zuversichtlich, über meinen letzten irdischen Wunsch zu wachen. Ich zähle auf eure Freundschaft, dass es so geschehe“, schrieb er in seinem Testament. Und noch etwas hatte er verfügt: Mit seinem Vermögen sollten seine Gläubiger ausbezahlt werden. Der Rest des Geldes ging an seine Pfleger im Spital und an gemeinnützige Organisationen in Norwegen und in der Schweiz.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

■ Lesetipp:
Das Schlüsselerlebnis seines Lebens, die Schlacht von Solferino im Jahr 1859, beschrieb Henry Dunant in seinem Buch „Erinnerungen an Solferino“. Der Text steht unter www.drk-neureut.de/download/eine_erinnerung_an_solferino.pdf zur Verfügung.

Dr. Tamara Zinke verstorben

Am 26. August 2010 ist Dr. Tamara Zinke im Alter von 57 Jahren verstorben.

Frau Dr. Zinke war seit 1987 in der Gesundheitsverwaltung auf Bundesebene beschäftigt. Nach Einsätzen als Fachgebietsleiterin im damaligen Bundesgesundheitsamt sowie im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wechselte die Zahnärztin im Jahr 2001 zum Bundesministerium für Gesundheit. Dort war sie im Aufgabenbereich

„Zahnärztliche Versorgung“ als Referentin, zuletzt als stellvertretende Leiterin des Referates tätig. Vorstand und Mitarbeiter der KZBV haben Dr. Zinke in vielen Gesprächen und Verhandlungen als Menschen mit hoher Fachkompetenz, außerordentlichem Verantwortungsbewußtsein und großem Engagement kennen und schätzen gelernt. Wir werden Dr. Zinke in guter Erinnerung behalten.

Der Vorstand der KZBV

Prof. Rolf Bialas ist tot

Prof. Dr. Rolf Bialas, ist am 04. September 2010 verstorben. Er war von 1992 bis 2000 Vorsitzender des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV), und lebte in Hamburg.

Prof. Dr. Rolf Bialas zählte zu den prägenden Persönlichkeiten der Arbeitsgemeinschaft. Er gehörte ihrem Vorstand seit 1988, seit Ende 1992



Foto: ABV e.V.

Er setzte unter den Kolleginnen und Kollegen seiner Altersgruppe durch, dass auch ältere Ärztinnen und Ärzte durch eine erhebliche Solidarleistung des Berufsstandes versorgt werden konnten. Sein Nachfolger, Dr. Ulrich Kirchhoff: „Die berufsständischen Versorgungswerke werden ihm ein ehrendes Angedenken bewahren“.

zm

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 148

3M ESPE

Individuelle Lava Abutments



Ab sofort ermöglicht 3M ESPE die Fertigung individuell gestalteter Implantatabutments aus bewährtem Lava Zirkonoxid. Ein Höchstmaß an Flexibilität ist nicht nur durch die computergestützte Herstellung, sondern auch durch die Möglichkeit, diese für verschiedene wichtige Implantatsysteme zu realisieren, gewährleistet. Bei der Digitalisie-

rung des Kiefermodells samt Implantatposition und -angulation verwendet der Zahntechniker statt eines systemgebundenen Scan-Locators den universell einsetzbaren Lava Abutment-Link für Implantate mit zylindrischer Titan-Plattform. Dank eines Software-Updates dient der Scan sowohl als Grundlage für die Konstruktion des Abutments als auch der Restauration. Dies führt zu höherer Effizienz und kürzeren Herstellungszeiten.

3M ESPE
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Freecall: 0800 2753773
Freefax: 0800 3293773
www.3mespe.de
E-Mail: info3mespe@mmm.com

Garrison Dental Solutions

Multi-Retraktionsfaden-Stopfer

In Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt Dr. Robert Margeas (Iowa, USA), der aus zahlreichen Vortragsreihen bekannt ist, hat Garrison Dental Solutions einen besonderen Retraktionsfadenleger (TN010) mit zwei Spateln an je einem Instrumentenende entwickelt. Aufgrund der konstruktiven Zusammenarbeit wird das Instrument auch „Bob's Double Cord Packer“ genannt. Es hebt sich durch die zwei dünnen gezahnten Spatel mit unterschiedlichen Winkeln an einem Ende und die zwei nicht gezahnten besonders dünnen Spatel, ebenfalls in unterschiedlichen Win-

keln am anderen Instrumentenende, von herkömmlichen Fadenlegern ab.

Diese Anordnung ermöglicht es, das Instrument einfach im aktuellen Blickfeld zu drehen und den Faden vollständig um den Zahn zu legen, ohne den Blick abzuwenden. Ein besonderer Vorteil ergibt sich bei der Arbeit mit Lupe Brillen oder der Benutzung eines Mikroskops.

Garrison Dental Solutions
Carlstr. 50
52531 Übach-Palenberg
Tel.: 02451 971409
Fax: 02451 971410
www.garrisdental.eu
E-Mail: info@garrisdental.net

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

Astra Tech

Symposium in Frankfurt

Zum siebten Mal findet am 23. und 24. Oktober in Frankfurt/Main das Jahressymposium der Astra Tech GmbH statt. Vorträge über neueste Entwicklungen in der Implantologie und praxisbezogene Kurse bieten eine Mischung aus Theorie und Praxis. Das Jahressymposium richtet sich an Zahnärzte und Zahntechniker mit Erfahrung auf dem Gebiet der Implantologie. Am ersten Tag widmet sich zunächst das PIN-Forum (Praxisrelevant – Informativ – Nützlich) der Periimplantitis. Das Wissenschaftsforum steht im Zeichen patientengerechter Versorgungsalternativen. Am zweiten Tag bieten Workshops die Gelegenheit, praktische Kenntnisse zu vertiefen. Mit der Teilnahme am Astra Tech Jahres-



symposium können Fortbildungspunkte erworben werden.

Die feierliche Verleihung der PEERS-Förderpreise, die zum zweiten Mal nach 2009 vergeben werden, findet am Abend des 23. Oktober statt.

Astra Tech GmbH
An der kleinen Seite 8
65604 Elz
Tel.: 06431 9869-0
Fax: 06431 9869321
E-Mail: Katja.Geis@astratech.com
www.astratechdental.de

Dentalpoint

Natürlich und metallfrei

ZERAMEX T ist der technisch ausgereifte, zweiteilige Zahnwurzelersatz und erlaubt dem Implantologen eine metallfreie Komplettversorgung. Der keramische Werkstoff Zirkonoxid ist antibakteriell und Plaque abweisend.

Die ZERAMEX T Implantate werden außerdem mit den Abutments verklebt und hermetisch abgeschlossen. Mikrobewegungen und der Austritt kontaminierter Flüssigkeit sind somit ausgeschlossen.

Mit dem neuen Durchmesser 3,5 mm sowie den bestehenden 4,2 und 5,5 mm stehen dem Anwender Implantate für alle Anwendungen im Seiten- und Frontbereich zur Verfügung.



Gerade, gewinkelte und Locator Abutments ergänzen das ZERAMEX T Sortiment, so dass praktisch alle Indikationen möglich sind.

Dentalpoint Germany GmbH
Wallbrunnstraße 24
79539 Lörrach
Tel.: 07621 1612749
Fax: 07261 1612780
www.dentalpoint-implants.com
E-Mail: order@dentalpoint-implants.com

Oral-B

Auf die sanfte Tour

Die Zahnpflege mit elektrischen Zahnbürsten hat sich als besonders effizient erwiesen. Oral-B bringt jetzt mit der Precision Clean eine neue Aufsteckbürste auf den Markt, die für eine noch gründlichere und sanftere Reinigung sorgen soll.

Vier Jahre Forschungs- und Entwicklungsarbeit stecken in den kleinen Aufsteckbürsten. Die Bürste

verfügt über neuartige, patentierte Einzel-Filamente sowie rund 30 Prozent mehr Borsten und eine höhere Borstendichte insgesamt. Auch das Borstenfeld



mit einem patentierten bogenförmigen Schnitt wurde überarbeitet. Durch den veränderten Schnitt wird der Zahn besser umschlossen, und die Borsten dringen um bis zu fast 30 Prozent tiefer in die Zahnzwischenräume ein. Hier verbirgt sich ebenfalls schädliche Plaque, die beim Zähneputzen sonst oft nicht erreicht wird.

*Procter & Gamble Germany
Sulzbacher Strasse 40
65823 Schwalbach am Taunus
Tel.: 06196 89-1570
www.oralbprofessional.com/de
E-Mail:
oralbprofessional.im@pg.com*

Nemris

Qualitätsmanagement leicht gemacht

Ein gutes Qualitätsmanagement mit integriertem Hygienemanagement garantiert ein wirtschaftliches Arbeiten, da die Verantwortlichkeiten klar definiert und die Abläufe effektiv organisiert sind. Es sorgt somit dafür, dass die Patienten die verbesserte Behandlungsqualität spüren und so gern in die Praxis kommen. Darüber hinaus: Die Tatsache, dass in die Qualität aller Arbeitsabläufe

stimmt, schützt vor und gegebenenfalls bei juristischen Auseinandersetzungen.

Seit geraumer Zeit haben sich die Qualitätsmanagement-Auditoren (TÜV) von Nemris auf die Einführung und Pflege von Qualitätsmanagementsystemen bei Zahnarztpraxen und -kliniken sowie bei Dentallaboren konzentriert. Damit es sich finanziell für die Praxen rechnet, erhalten diese 50 Prozent der Leistungen vom Europäischen Sozialfonds erstattet.

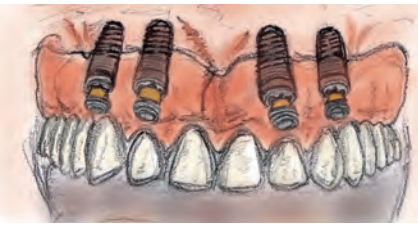


*Nemris GmbH & Co. KG
Marktstrasse 2
93453 Neukirchen/Hl. Blut
Tel.: 09947 904180
Fax: 09947 9041810
www.nemris.de
E-Mail: info@nemris.de*

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

bre dent medical

Sichere Prothesenfixierung mit Locator



Zahnärzte können Patienten mit schlecht sitzenden Prothesen (häufig bedingt durch fortschreitenden Knochenabbau und Veränderung des Weichgewebes) – mit wenigen SKY Implantaten versorgt – mit dem neuen Locator für die SKY und blueSKY Implantate von bre dent medical ohne großen Aufwand eine sichere Fixierung der vorhandenen Prothese anbieten. Bei rechtzeitiger Implantation mit ausreichendem

Knochenangebot kann sogar auf Augmentationen verzichtet werden. Nach spätestens drei Monaten können dann die Locator Matrizen in die bereits bestehende Prothese eingearbeitet werden. Dies wird durch die geringe Aufbauhöhe und den Divergenzausgleich von bis zu 20 Grad sehr erleichtert. Dazu bietet bre dent mit dem Qu-resin ein Befestigungssystem an, welches das Einpolymerisieren der Matrize in wenigen Minuten erlaubt.

*bre dent medical GmbH & Co. KG
Weissenhorner Straße 2
89250 Senden
Tel.: 07309 872-600
Fax: 07309 872-635
www.bre dent.com
E-Mail: info-medical@bre dent.com*

GlaxoSmithKline

X-Zwischenzahnbürste reinigt gründlich



Experte für Zahnbürsten-Tests fand im Laborversuch heraus, dass die schräg gestellten verlängerten Seidenfein-Borsten der Dr.Best X-Zwischenzahnbürste um 40 Prozent tiefer in enge Interdentalräume gelangen als zwei andere

Schräg gestellte Borsten erreichen schwer zugängliche Zahnzwischenräume besser, wenn die Zahnbürste zusätzlich Borsten hat, die über das normale Borstenfeld hinausragen. Zu diesem Ergebnis kommt die Studie, die von Prof. Dr. Samuel L. Yankell von Yankell Research Consultants in Moorestown, NJ, USA, durchgeführt wurde. Der anerkannte

Markenzahnbürsten.

Die Borsten sind über Kreuz angeordnet und gleiten an den Zahnflanken entlang. Das ermöglicht ein besseres Kontaktvermögen der Zahnbürste mit den Zahnflächen.

*GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
www.dr-best.de*

Dental-Prevent

Injektionssystem für Lokalanästhetika



Für eine effektive und schmerzreduzierende Lokalanästhesie gibt es bei Dental-Prevent erstmalig in Deutschland das neue Analge-Ject. Dank vorprogrammierbarem Mikroprozessor, verabreicht das Injektionsgerät langsam und exakt reguliert das Lokalanästhetikum. Bestehend aus Steuergerät, Handstück und Ablage, lässt sich Analge-Ject gut in den Praxisablauf integrieren. Es ist mit den gängigen Behandlungsein-

heiten kompatibel und lässt sich einfach mit einem Multifunktions-Fußschalter bedienen. Für den mobilen Betrieb nutzen Behandler am besten den kleinen, aufsteckbaren Handschalter. Einsatzgebiete: Infiltrations- und Leitungs- sowie intraligamentäre Anästhesien. Zahnarztpraxen können das Analge-Ject für eine Testpauschale von 50 Euro eine Woche lang in der Anwendung prüfen. Bei anschließendem Kauf wird die Testgebühr auf den Kaufpreis angerechnet.

*Dental-Prevent GmbH
Blumenstr. 54
22301 Hamburg
Tel.: 040 23802781
www.dental-prevent.de
E-Mail: info@dental-prevent.de*

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

solutio

Ampelsystem für Praxisziel-Kontrolle



Die Software Praxiscockpit ist erfolgreich an den Start gegangen. Das Management-Tool gibt Praxen mittels eines Ampelsystems Auskunft über die Zielerreichung. Es ist nicht als Ersatz für das in „Charly“ integrierte Management-Informationssystem gedacht. Vielmehr stellt solutio damit ein in anderen Branchen gängiges Werkzeug bereit. Dank des Ampelsystems ist auf einen Blick erkennbar, ob und wo Handlungsbedarf besteht. Zeit-

nah gibt das System Auskunft darüber, ob die ergriffenen Maßnahmen den gewünschten Erfolg bringen. Zahnärzten steht damit erstmals ein Frühwarnsystem zur Verfügung, mit dem sie regelmäßig überprüfen können, ob sie ihre Ziele erreichen werden.

*solutio GmbH
Max-Eyht-Str. 42
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031 461870
Fax: 07031 461877
www.solutio.de
E-Mail: info@solutio.de*

DENTSPLY DETREY

Intensiv-Kurse für Endodontologen



Moderne Obturationstechniken wie die vertikale Kondensation mittels Downpack- und Backfill-Methode ermöglichen die zeitsparende und dauerhaft dichte Füllung des Wurzelkanals. Speziell für fortgeschrittene endodontisch tätige Zahnärzte stellt Dentsply Maillefer dieses Verfahren in Verbindung mit dem neuen CALAMUS DUAL in einem einträglichen praxisorientierten Inten-

sivkurs mit Workshop vor. An drei verschiedenen Terminen vermitteln namhafte Endo-Experten den Teilnehmern die notwendigen theoretischen und praktischen Kenntnisse. Im Workshop erlernen die Teilnehmer die warme vertikale Kondensation mittels Downpack- und Backfill-Methode. Die Kurse finden am 16. Oktober in Leipzig, am 23. Oktober in Stuttgart und am 30. Oktober in Potsdam (jeweils von 10 bis 17 Uhr) statt. Eine frühzeitige Anmeldung wird empfohlen. Die Veranstaltung ist mit neun Fortbildungspunkten gemäß BZÄK dotiert.

DENTSPLY DETREY GmbH
De-Trey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 07531 83-0
Fax: 07531 583-104
www.dentsply.de
E-Mail: info@dentsply.de

LinuDent

Neue Wege im Einkauf

LinuDent geht neue Wege bei der Zusammenarbeit mit Einkaufsverbänden. Erstmals hat das Starnberger Unternehmen nun eine ganztägige Informationsveranstaltung zum Thema Digitales Röntgen in Starnberg organisiert. Ein ungewöhnlicher Weg: „Eine Gruppe von 29 Zahnärzten ist mit der Bitte an uns herangetreten, sich über das Angebot bei Digitalen Röntgengeräten zu informieren. Das Resultat dieser Veranstaltung war für uns sowie die Zahnärzte ein großer Erfolg. Die Teilnehmer waren begeistert von

den Röntgengeräten; ein Großteil von ihnen hat inzwischen ein Gerät geordert“, erklärt LinuDent-Geschäftsführer Vertrieb, Holger Reinhoff. Er kündigte an, auch künftig individuell gestaltete Veranstaltungen mit Zahnarztgruppen, die als Einkaufsverbände gegenüber der Industrie auftreten, durchzuführen.

LinuDent
Münchner Straße 15
82319 Starnberg
Tel.: 08151 4442-0
Fax: 08151 4442-7000
www.linudent.de
E-Mail: info@linudent.de

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

SHOFU Dental

Komposit mit Spezialprimern

Mit ResiCem bietet SHOFU ein röntgenopakes, dualhärtendes Befestigungssystem mit besonderen physikalischen Eigenschaften an.

Die Stärke des Systems liegt in der Kombination der jeweils besten Lösung zu einem universell einsetzbaren Gesamtkonzept. Speziell für Zirkon- und Aluminiumoxid wurde der AZ-Primer entwickelt. Er garantiert höchste Verbundwerte zwischen der Restauration und der Zahnhartsubstanz.

Beim Einsatz von ResiCem entfällt das Anätzen von Schmelz und Dentin. Die selbstkonditionierenden Zahnprimer A und B dringen nach Vermischen behutsam in die



Mikrostrukturen von Schmelz und Dentin ein. Die ResiCem-Paste enthält zudem Fluorid abgebende und aufnehmende PRG-Füller.

SHOFU Dental GmbH
Am Brüll 17
40878 Ratingen
Tel.: 021028 664-0
Fax: 02102 8664-65
www.shofu.de
E-Mail: info@shofu.de

Saniswiss

Desinfektion über die Luft

Eine Oberflächendesinfektion mit Sprays oder Putztüchern birgt immer das Risiko von nosokomialen Infektionen, sobald die regelmäßige und protokollierte Anwendung vernachlässigt wird. Saniswiss empfiehlt daher den biosanitizer Automat, der in der Luft vorhandene Partikel verwendet, um den aktiven biosanitizer im gesamten Raum zu

verteilen. Bei der Anwendung wird biosanitizer in Trockennebel umgewandelt, der bei den Keimen einen Selbstzerstörungsmechanismus auslöst. In wenigen Minuten werden alle Flächen gründlich desinfiziert, inklusive derjenigen Bereiche, die von Hand gar nicht oder sehr schlecht erreichbar sind. Zudem hinterlässt diese Anwendung keine Putzspuren, sie ist trocken und kann Oberflächen nicht beschädigen.



Saniswiss AG
ch. des tulpiers 19
CH-1208 Genf
Tel.: 0041 22 7187575
Fax: 0041 22 7187576
www.saniswiss.com
info@saniswiss.com

Straumann

Webauftritt leicht gemacht

Anmelden, Gestalten, Veröffentlichungen. Wer als Zahnarztpraxis seinen Webauftritt neu und Suchmaschinen optimiert gestalten möchte, der kann vom Marketing-Know-how des Dentalunternehmens Straumann profitieren.



Innerhalb seines Partnerprogramms „More Than Implants“ stellt Straumann mit Dentalpilot ein speziell für die Zahnmedizin konzipiertes Webseiten-Gestaltungssystem zur Verfügung. Mit dem anwenderfreundlichen Verfahren können Zahnärzte, Oralchirurgen, MKG-Chirurgen und Dentallabors ihren Internetauftritt individuell und zugleich zielgruppengerichtet gestalten.

Sollten dabei Fragen oder Probleme auftauchen, kann jederzeit auf einen kostenlosen Support von Spezialisten zurückgegriffen werden, heißt es beim Unternehmen.

*Straumann GmbH
Jechtinger Straße 9
79111 Freiburg
Tel.: 0761 45010
Fax: 0761 4501490
www.straumann.de
E-Mail: info.de@straumann.com*

Dent-o-care

Gesunde Zähne fest im Grip



Die Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH, ein Spezialist für Prophylaxe- und Mundhygieneprodukte, hat mit der Proximal Grip flex eine neue Interdentalbürste auf den Markt gebracht, die die Vorteile vieler verschiedener Systeme in einem Produkt vereint. Der handliche, angenehme und flexible Griff sorgt dafür, dass alle Interdentalräume leicht erreicht werden können. Die Bürste selbst

wurde von der seit über 20 Jahren bewährten Proximal Grip classic übernommen und besteht aus dem hochwertigen DuPont Tynex Material sowie einem kunststoffummantelten medizinischen Edelstahl draht. Die Proximal Grip flex ist in sechs verschiedenen Stärken erhältlich, ermöglicht eine effektive, einfache Reinigung nahezu aller Interdentalräume und ist auch für die Anwendung bei Implantaten oder KFO-Apparaturen geeignet.

*Dent-o-care
Dentalvertriebs GmbH
Rosenheimer Str. 4a
85635 Höhenkirchen
Tel.: 08102 7772888
Fax: 08102 7772877
www.dentocare.de
E-Mail: info@dentocare.de*

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

BEYCODENT

Praxis-Organisation vom Spezialisten



Organisation für die Zahnarztpraxis ist das Motto der Firma BEYCODENT. Besonders im Blickpunkt steht auch 2010 die Archivierung und Dokumentation im Zeitalter der EDV. Die Universal-Karteimappe im A4-Format, angelehnt an die DIN 821, wird den Ansprüchen einer individuell ausgerichteten Zahnarztpraxis besonders gerecht: Ausgerichtet auf einen langjährigen Einsatz bietet

die technisch ausgereifte Ausstattung viel Platz für Dokumente im A4-Format, ohne dass diese gefaltet werden. Eine großzügig ausgestattete Innentasche für Schriftgut, Notizen und eventuell Röntgenaufnahmen macht diese Mappe besonders interessant. Der Platzbedarf für die Archivmappe BEYCODENT Universal kann optimal auf ein Minimum reduziert werden, sodass auch bei beengten Raumverhältnissen genügend Platz in der Rezeption verbleibt.

BEYCODENT
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 9200-17
Fax: 02744 766
www.beycodent.de
E-Mail: service@beycodent.de

Dr. Ihde Dental

Einheitliches Bohrstopp-System

Das implantologische Arbeiten soll so einfach und übersichtlich wie möglich sein. Diese Philosophie gilt sowohl für die Implantatsysteme von Dr. Ihde Dental als auch für deren chirurgisches und prothetisches Zubehör. Jetzt bringt das Unternehmen ein neues Bohrstopp-System auf den Markt, das für alle Bohrer der Implantatsysteme Hexacone, Xigñ, KOS und für die S-Implantate verwendet werden kann. Nun haben alle Bohrer genau an der Stelle, an der die Bohrstopp-Hülsen befestigt werden, denselben Durchmesser. Mit dem neuen Bohrstopp-System wird es noch einfacher, die Anzahl des chirurgischen Zubehörs zu begrenzen.



Die abnehmbaren Bohrstopps lassen sich einfach aufstecken und wieder abziehen. Es gibt spezielle Mini-Trays, die dabei helfen, den richtigen Bohrstopp für den Bohrer und die entsprechende Tiefe zu finden.

Dr. Ihde Dental GmbH
Erfurter Straße 19
85386 Eching
Tel.: 089 319761-0
Fax: 089 319761-33
www.ihde-dental.de
E-Mail: info@ihde-dental.de

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

R-dental

Präzise abformen

Zweizeitige Korrekturabformungen und Situationsabformungen gelingen mit dem maschinell anmischbaren R-SI-LINE PUTTY MATIC ebenso erfolgreich wie Abformungen unter Anwendung der einzeitigen Doppelmischtechnik. Das knetbare, puttyartige A-Silikon überzeugt durch seine Materialeigenschaften und Leistungsstärke. Die hydrophile Konsistenz bewirkt eine exzellente Benetzung der Zahnhartsubstanz und ermöglicht damit eine exakte Detailwiedergabe. Eine abgestimmte Shore-A-Härte für die Korrekturabformung der zweiten Phase, eine geringe Schrumpfung sowie ein hervorragendes Stand- und Fließverhal-



ten zeichnen R-SI-LINE PUTTY MATIC aus. Die lange Verarbeitungszeit ermöglicht eine stressfreie, komfortable Abformnahme, das Material ist zudem leicht aus dem Mund zu entnehmen.

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 22757617
Fax: 040 22757618
www.r-dental.com
E-mail: info@r-dental.com

American Dental Systems

Innovative Endo-Ultraschallspitzen



In der konventionellen und vor allem in der Mikro-Endodontie stellen Ultraschallspitzen ein ideales Hilfsmittel dar. Mit den Ultraschallspitzen von B&L, die über eine weltweit einzigartige Mikrostruktur verfügen, gelingt die Aufbereitung der Zugangskavität auf optimale Weise. B&L bietet für jede klinische Indikation die passende Ultraschallspitze. Dank ihrer Schneidleistung sowie ihrer hohen Bruchresistenz und Haltbarkeit unterscheiden sich die T's Tips maßgeblich zu den bisher erhältlichen diamant-

beschichteten Spitzen. Sie gewährleisten eine gute Lokalisierung der Kanaleingänge sowie eine effiziente und minimalinvasive Freilegung der Kavitäten und Kanäle. Durch die Kombination des grazilen Handstücks mit den Ultraschallspitzen wird das Behandlungssichtfeld wesentlich erweitert.

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
www.ADSystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de

Kuraray

Bonding mit Geld-zurück-Garantie

Clearfil SE Bond, das selbstätzende Bondingsystem, ist bereits seit zehn Jahren auf dem Markt. Das selbstätzende Adhäsiv feiert sei-



nen Geburtstag mit einem speziellen Jubiläumsangebot. Das Clearfil SE Bond Jubiläums Kit (UVP 133 Euro im Wert von rund 162 Euro) umfasst neben dem normalen Clearfil SE Bond Kit

auch ein Intro Kit (etwa 50 Anwendungen). Bei Nicht-Zufriedenheit mit dem Produkt kann das original verpackte Kit einfach wieder an uns zurückgeschickt werden, der Preis wird dann erstattet.

Das Produkt gilt als eines der häufigsten untersuchten selbstätzenden Adhäsive. Unzählige zufriedene Anwender in den vergangenen zehn Jahren unterstreichen den immensen Wert und Erfolg von Clearfil SE Bond.

Kuraray Europe GmbH
Industriepark Höchst/Geb. F821
65926 Frankfurt/Main
Tel.: 069 30585300
Fax: 069 30585399
www.kuraray.eu
E-Mail: dental@kuraray.eu

Sirona

Günstiger Einstieg in Lasertechnologie

Zahnärzte, die sich bisher wegen des Investitionsaufwandes nicht mit Lasertechnologie beschäftigt haben, können jetzt bequem und kostengünstig in diese innovative Behandlungsmethode einsteigen. Mit dem SIROLaser Xtend bringt Sirona jetzt einen weiteren Diodenlaser auf den Markt, der alle zahnmedizinischen Anforderungen an Laser erfüllt, dabei aber besonders einfach zu bedienen ist und das Budget schont.

Als „kleiner Bruder“ des erfolgreichen SIROLaser Advance bietet das Einstiegsmodell trotz abgespeckter Technik volle Investitionssicherheit, denn der SIROLaser Xtend erhält durch ein Up-



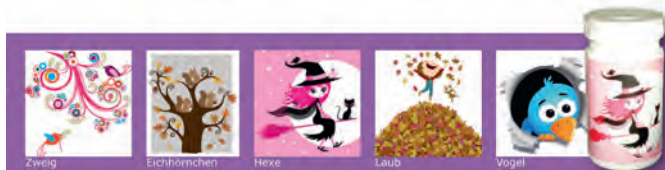
grade alle Funktionalitäten des Advance mit Ausnahme des Funkfußschalters.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0
Fax: 06251 16-2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de

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

Roos Dental

Neuer Look für die Praxis



Die bewährten RD-Hausmarken-Serien „Wischi-Waschi“ und „RDesinfekt“ im Bereich Wischdesinfektion haben sich aufgrund der großen Kundennachfrage weiterentwickelt. Nach Jahreszeiten wechselnde Designs und auch die individuelle Gestaltung mit dem Praxis-Logo sind nun auf Spenderdosen und Eimern möglich.

Profitieren Sie von effizienter Tuchqualität zu günstigen Preisen und erfreuen sich, Ihr Team und Ihre Patienten gleichzeitig

am neuen und aktuellen Look. Unterschiedliche Qualitäten, Größen und Spender-Varianten inklusive Wandhalterungen stehen zur Auswahl. Weitere Informationen gibt es im Flyer „Da ist mehr drin“, der bestellt werden kann, oder direkt an der Hotline.

Roos Dental e.K.
Friedensstraße 12–28
41236 Mönchengladbach
Tel.: 02166 41755
Fax: 02166 611549
www.roos-dental.de
E-mail: info@roos-dental.de

KaVo

Orthoralix: Sehen ist Wissen

Das Gendex Orthoralix 8500 DDE macht eine neue Generation der Panoramabildgebung erlebbar. Die zusätzlichen Ausstattungsmerkmale wie frontale und laterale Kiefergelenks-Projektion, verbesserte Patientenpositionierung oder KINEMAGIC Umlauftechnologie für eine optimale Projektionsgeometrie machen das Gerät zum idealen Werkzeug für die tägliche Routinediagnostik. Dank intelligenter Multi-Motorensteuerung folgt das Aufnahmesystem präzise dem Kieferbogen des Patienten und bildet so mit konstanter Vergrößerung und auf ein Minimum reduzierten Verzeichnungen den gesamten dento-maxillo-fazialen Bereich ab. Ausgestattet mit dem kleinsten Brennfleck aller vergleichbaren Systeme (nur 0,4 mm) bestechen die Bilder durch



eine außergewöhnliche Tiefenschärfe. Ein Softwarealgorithmus erzeugt aus den akquirierten Bilddaten die optimale Darstellung der diagnostisch relevanten Strukturen.

KaVo Dental GmbH
Hartmut Köhler
Sachsenstr. 5
20097 Hamburg
Tel.: 040 899688-0
Fax: 040 899688-19
www.kavo.com
E-Mail: info@kavo.com

Ultradent Products

Polymerisationslampe ausgezeichnet



Reality, die „Stiftung Warentest“ des amerikanischen Dentalmarkts, hat kürzlich die VALO von Ultradent Products als die Nr. 1 unter den Polymerisationslampen bewertet und dafür die Bestnote „Fünf Sterne“ vergeben. In der ausführlichen Bewertung wird hervorgehoben, dass VALO „klein, leicht, ergonomisch und very stylish“ sei. „Unter dem Strich: cooles Design, Energie im Überfluss und eine pffiffige Elektronik, für deren Gebrauch man kein Studium

braucht.“ Und: „Es gibt keinen Akku, um den man

sich kümmern muss“.

Es wird darauf hingewiesen, dass alle Materialien ausgehärtet werden können. Da kein Ventilator nötig ist, ist das Gerät sehr leise. Gelobt wurde außerdem die kratz feste und Teflon-beschichtete Oberfläche, das Gewicht („leichter als ein Handstück“) und die gute Balance.

Ultradent Products, USA
UP Dental GmbH
Am Westhoyer Berg 30
51149 Köln
Tel.: 02203 359215
Fax: 02203 359222
www.updental.de
E-Mail: info@updental.de

RitterConcept

Mit Format auf den Fachdentals

Die Fachdentals stehen für Ritter-Concept ganz unter dem Motto: „Weniger ist mehr – aber das Wichtige und Richtige für den Kunden“. So wurde mit den aktuellen Aktionen, die bis zum Jahresende laufen, dem Kundenwunsch Rechnung getragen, solide Pakete anzubieten, die Qualität, Preis-Leistung, Komfort und Design in hohem Maße vereint. Neuerungen, wie etwa ein verbessertes Arzt-Bedienelement, das mehrere neue Funktionen beinhaltet, sowie die technischen Veränderungen einzelner Bauteile sind hier mit eingeflossen. Selbstverständlich bietet Ritter neben dem Aktionsschwerpunkt die Möglichkeit, die unterschiedlichen Einheiten nach Kun-



denwunsch auszustatten.

Ritter ist unter anderem auf diesen Fachdentals vertreten: Düsseldorf, Halle 8a, Stand G09 München, Halle A6, Stand C43

RitterConcept GmbH
In der Wanne 47
89075 Ulm
Tel.: 0731 175410-55
www.ritterconcept.com
E-Mail:
thomas.sahler@ritterconcept.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 22. 10. 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

Ich bitte um Zusendung näherer Informationen zu den von mir angekreuzten Produkten. Mir ist bekannt, dass für die Zusendung der von mir gewünschten Informationen eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die jeweiligen Firmen erforderlich ist, damit diese mir die Produktinformationen unmittelbar zusenden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Deutscher Ärzte-Verlag GmbH meine nebenstehenden Kontaktdaten weitergibt.

- 3M ESPE** – Individuelle Lava-Abutments (S. 140)
- American Dental Systems** – Endo-Ultraschallspitzen (S. 146)
- Astra Tech** – Symposium in Frankfurt (S. 140)
- BEYCODENT** – Praxisorganisation vom Spezialisten (S. 146)
- bredent** – Sichere Prothesenfixierung mit Locator (S. 142)
- Dentalpoint** – Natürlich und metallfrei (S. 140)
- Dental-Prevent** – Injektionssystem für Lokalanästhetika (S. 142)
- Dent-o-Care** – Gesunde Zähne fest im Grip (S. 145)
- Dentsply DeTrey** – Intensiv-Kurse für Endodontologen (S. 144)
- Dr. Ihde Dental** – Einheitliches Bohrstopp-System (S. 146)
- Garrison Dental Solutions** – Retraktionsfaden-Stopfer (S. 140)
- GSK** – X-Zwischenzahnbürste reinigt gründlich (S. 142)
- Nemris** – Qualitätsmanagement leicht gemacht (S.141)
- KaVo** – Sehen ist Wissen (S. 147)
- Kuraray** – Bonding mit Geld-zurück-Garantie (S. 147)
- LinuDent** – Neue Wege im Einkauf (S. 144)
- Oral-B** – Auf die sanfte Tour (S. 141)
- R-dental** – Präzise abformen (S. 146)
- Ritter** – Mit Format auf den Fachdentals (S. 148)
- Roos Dental** – Neuer Look für die Praxis (S. 147)
- Saniswiss** – Desinfektion über die Luft (S. 144)
- SHOFU Dental** – Komposit mit Spezialprimern (S. 144)
- Sirona** – Günstiger Einstieg in Lasertechnologie (S. 147)
- solutio** – Ampelsystem für Praxiszielkontrolle (S. 142)
- Straumann** – Webauftritt leicht gemacht (S. 145)
- Ultradent Products** – Polymerisationslampe ausgezeichnet (S. 148)

- 3M Espe AG**
Seite 33 und 63
- American Dental Systems GmbH**
Seite 31
- APW Akademie Praxis & Wissenschaft**
Seite 141
- BEGO Bremer Goldschlägerei Wilh. Herbst GmbH & Co.**
Seite 43
- Beycodent Beyer + Co GmbH**
Seite 89
- Brasseler GmbH & Co.KG**
Seite 7
- Carestream Health Deutschland**
Seite 127
- Champions-Implants GmbH**
Seite 35
- Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG**
Seite 17 und 106
- dental bauer – vormals Technodent GmbH**
Seite 143
- Dental Magazin**
Seite 138
- Dentalpoint Germany GmbH**
Seite 93
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 9
- Dentaurum Implants GmbH**
Seite 105
- dent-o-care Dentalvertriebs GmbH**
Seite 41
- Der Lampen Handel**
Seite 107
- Directa AB**
Seite 77
- DKL GmbH**
Seite 83
- DKV**
Seite 129
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 11 und 27
- Doctorseyes GmbH**
Seite 111
- Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG**
Seite 131
- Dürr Dental AG**
2. Umschlagseite
- Financière de Participation**
Seite 99
- Girardelli Dental-Medizinische Produkte**
Seite 23
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG**
Seite 56, 57 und 91
- Hager & Werken GmbH & Co. KG**
Seite 55
- Heinz Kers Neon Licht**
Seite 111
- Hu-Friedy Mfg. Co., LLC.**
Seite 119
- ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**
Seite 51
- IMEX Dental + Technik GmbH**
Seite 19
- Instrumentarium Dental GmbH**
Seite 101
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 125
- J. Morita Europe GmbH**
Seite 15
- Johnson & Johnson GmbH**
Seite 123
- KaVo Dental GmbH**
Seite 4, 5, 21 und 45
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
3. Umschlagseite
- Keystone Dental GmbH**
Seite 47
- Korte Rechtsanwälte**
Seite 139
- Kuraray Europe GmbH**
Seite 115
- Landesmesse Stuttgart GmbH**
Seite 113
- mectron Deutschland Vertriebs GmbH**
Seite 87
- Medentis Medical GmbH**
Seite 25
- MICRO-MEGA Dentalvertrieb GmbH & Co. KG**
Seite 69
- orangedental GmbH & Co.KG**
Seite 137
- Permidental Zahnersatz**
4. Umschlagseite
- Pfersee Kolbermoor GmbH**
Seite 79
- Philips GmbH**
Seite 65
- Semperdent Dentalhandel GmbH**
Seite 37
- Septodont Holding S.A.S**
Seite 53
- SIRONA Dental Systems GmbH**
Seite 71
- Southern Dental Industr.GmbH**
Seite 29
- Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine**
Seite 145
- Tokuyama Dental Corporation**
Seite 75
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 121
- Ultradent Dental-medizinische Geräte GmbH & Co. KG**
Seite 81
- Ultradent Products USA**
Seite 103
- Voco GmbH**
Seite 95
- youvivo GmbH**
Seite 13
- Zahnärzte.com**
Seite 97
- Zimmer Dental GmbH**
Seite 49
- ZM-Jahresband**
Seite 109
- Vollbeilagen**
Corona Metall GmbH
Dental-Union GmbH
NSK Europe GmbH
Roos Dental e.K.
Zeitverlag Gerd Bucerus GmbH & Co.KG

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., Stellvertretende Chefredakteurin/
Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte), 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 (Leserservice), 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 Verfasseramen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile 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 IWW-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:

Tel. +49 2234 7011-467
E-Mail: vertrieb@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 Ärztekasse, 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 2. Quartal 2010:

Druckauflage: 84 183 Ex.

Verbreitete Auflage: 83 032 Ex.

100. Jahrgang

ISSN 0341-8995

AOK-Arztnavigator

Ab 2011 bundesweit online

Vor einem Jahr entwickelte die AOK ihren Arztnavigator. Anfang 2011 soll die derzeit in Pilotregionen getestete Onlinebewertung bundesweit an den Start gehen und dann auch auf Zahnärzte und



Psychotherapeuten ausgeweitet werden. Beurteilungen abgeben können zunächst nur die 24 Millionen AOK-Versicherten. Offen sind die Ergebnisse aber für alle. An Details basteln die AOK-Experten noch. Erfahrungen sammeln sie in Berlin, Hamburg und Thüringen. Auch die Barmer GEK will sich an der Seite beteiligen.

Als die AOK den Plan für den Arzt-Navigator vor einem Jahr erstmals ankündigte, brach ein Sturm der Entrüstung los. Die Ärzte wollten sich nicht an den elektronischen Pranger stellen lassen.

Doch nun gibt der Vizechef des AOK-Bundesverbands, Jürgen Graalman, teilweise Entwarnung: „Die Patienten werden keine Möglichkeit haben, Schmähkritik abzugeben.“ Stattdessen soll es nun 33 Fragen geben. Hört der Arzt gut zu? Erklärt er Diagnosen und Behandlungen verständlich? Hat er seine Praxis

gut organisiert? Muss man lange warten? Und schließlich: „Würden Sie diesen Arzt Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?“ Kommen mehr als zehn Bewertungen zusammen, werden die Ergebnisse

freigeschaltet. Der Arzt kann der Veröffentlichung widersprechen – das wird dann auch auf der Seite vermerkt. Zu erwarten ist ein gemischtes Bild. ck/sg/dpa (siehe auch Kommentar unten)



Foto: MEV

Pharmabranche und GKV

Kritik an Entlastung für PKV

Die Regierungspläne, die PKV-Preise für neue Arzneimittel denen der GKV anzupassen, stößt bei der Pharmabranche und den gesetzlichen Krankenkassen auf Verärgerung. Die GKV-Regeln sollten laut „Welt“ auf Wunsch der Union in bestimmten Bereichen der privaten Krankenversicherung (PKV) gelten, sagte Christian Lipicki, der Sprecher von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP), in Berlin. Im BMG arbeiteten derzeit die Experten an Vorschlägen zu dem Verhältnis von PKV und GKV, sagte der Sprecher weiter. Die Union verlangte der „Welt“ zufolge zudem in einem Positionspapier, dass Zusatzleistungen wie Chefarztbehandlung, Auslandskrankenversicherungen oder Ein- und Zweibettzimmer tarife künftig ausschließlich von den privaten Kassen angeboten werden sol-

len. Diese Zusatzangebote seien „der Idee der gesetzlichen Sozialversicherung wesensfremd“, lautet die Begründung. Auch die Pharmaindustrie lehnte die Pläne ab. Die Hauptgeschäftsführerin des Verbandes der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa), Cornelia Yzer, tadelte, die Politik sei „tatsächlich auf dem Weg in die Einheitsversicherung“.

Es sei Sache der mit Gewinnerzielungsabsicht operierenden privaten Kassen, ihre Finanzen in Ordnung zu halten und nicht Sache des Gesetzgebers. Man könne die Kostendämpfungsinstrumente der GKV nicht auf die PKV transferieren, im Gegenzug aber die privaten Kassen gegen Wettbewerb durch die gesetzlichen Kassen abschotten. „Diese Rosinenpickerei muss zum Systembruch führen“, meinte Yzer. ck

Kommentar

Vertrauen kontrollieren

Die Meisten unter uns haben den Arzt ihres Vertrauens gefunden. Laut Statistik ist es der, den man irgendwann kennen und schätzen gelernt hat. Aber mal angenommen, es wäre anders: Wie findet man dann den neuen „guten“ Arzt? Die AOK ist überzeugt, mit einem Arztnavigator das Mittel der Wahl gefunden zu haben. Ihre Urteils- und Tippgeber wären potentiell 24 Millionen AOK-Versicherte. Die können künftig nach vorgefassten Kategorien bewerten: Freundlichkeit, Verständlichkeit, geringe Wartezeiten, Pünktlichkeit – das und vieles mehr soll der Arztnavigator ab 2011 als Auswahlkriterien anbieten. 33 Fragen sind für die Prüfung angedacht. Wichtig dabei: Der Arzt hat die Möglichkeit, seine Beurteilung zu kommentieren oder der Veröf-

entlichung ganz zu widersprechen. Es muss also kein Wettkampffeld der Heilberufler werden, so sich alle auf das Stigma des Widerspruchs gegen die Veröffentlichung einigten. Andererseits: Faire Bedingungen vorausgesetzt, spräche ja auch nichts gegen ehrlichen Wettbewerb. Das eigentliche Problem, und da werden die Krankenkassen den Patienten nicht helfen wollen, liegt auf anderer Ebene. Wer erklärt den bewertenden Patienten die Bedingungen: Begrenzte Mittel, knappe Zeitraster, gesetzlich auferlegte Eile, mangelnde Möglichkeiten für unlimitierte Therapie in einem System, das vom Sparzwang regiert wird? Die Krankenkassen sicher nicht. Sie wollen Vertrauen kontrollieren.

Egbert Maibach-Nagel

Mitgliederversammlung 2010

proDente-Vorstand bestätigt

Der Vorstand der Initiative proDente um Joachim Hoffmann vom FVDZ wurde auf der Mitgliederversammlung 2010 in seinem Amt bestätigt. Die Bundeszahnärztekammer wird weiterhin durch Dr. Dietmar Oesterreich vertreten. Jeder Mitgliedsverband entsendet einen Vertreter in das Gremium.

Markus Heibach (VDDI) und Thomas Lüttke (VDZI) wurden als stellvertretende Vorsitzende benannt. Lutz Müller vom BVD bekleidet erneut das Amt des Finanzvorstands. Wie proDente berichtet, konnten im vergange-

nen Jahr durch die Pressekampagne über 230 Millionen Kontakte zu Lesern, Hörern und Zuschauern verzeichnet werden. Die Steigerung im Vergleich zum Vorjahr betrug damit 12,9 Prozent. Über 109.000 Besucher informierten sich auf der Internetseite der Initiative – das sind 1,9 Prozent mehr als im Vorjahr. Über 426.000 Broschüren wurden 2009 bestellt. Das ist der zweithöchste jemals verzeichnete Wert. Auf dieser Basis fiel die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung einmütig aus.

mp/pm



Zahnärztetag Niedersachsen und Bremen

Hohe Fortbildungsbereitschaft

Der gemeinsame Zahnärztetag der Kammern Niedersachsen und Bremen am 18. September in Oldenburg konnte mit 600 Teilnehmern auch in diesem Jahr einen vollen Erfolg verbuchen. Dr. Wolfgang Menke, Präsident der Kammer Bremen (Foto) und Dr. Michael Sereny, Präsident der Kammer Niedersachsen, freuten sich über die hohe Fortbildungsbereitschaft der Kollegen und Praxismitarbeiterinnen. Für die Zahnärzte ging es thematisch um den aktuellen Stand der zahnärzt-

lichen Chirurgie, um Zahnerosion und ihre Ursachen, um erfolgreiche Wurzelbehandlungen und um ästhetisch-funktionelle Restaurationen im Front- und Seitenzahnbereich mit Vollkeramik. Die Vorträge für die Mitarbeiterinnen befassten sich mit den Themen: Welche Zahnmedizin brauchen Patienten in der Zukunft? Prophylaxe bei Implantat-Patienten, individuelle Prophylaxe, Ursache, Aufklärung und Behandlungsmöglichkeiten von Zahnerosionen, sowie Bleaching als unerlässlicher Bestandteil moderner ästhetischer Zahnheilkunde. Referenten aus Deutschland, der Schweiz und den USA erfüllten die hohen Erwartungen der Gäste.

pr/pm



Foto: Jörg Röver

GKV-Finanzierungsgesetz

Kabinetts beschließt Kassenreform

Das Kabinetts hat die neuen Finanzierungsregeln für die gesetzliche Krankenversicherung beschlossen. Der Entwurf sieht vor, dass künftig allein die Arbeitnehmer Kostensteigerungen durch Zusatzbeiträge bezahlen. Zwar ist auch ein Sozialausgleich vorgesehen, doch Röslers Reform stößt auf breite Kritik. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will die Lohnabhängigen Beiträge von 14,9 auf 15,5 Prozent erhöhen. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen den Anstieg jeweils zur Hälfte, wobei für letz-

selbst zahlen müssen. Die Hartz IV-Empfänger müssen dagegen, anders als heute, ihre Zusatzbeiträge nicht erst vorstrecken, sondern sind befreit.

Durch die Neuregelung dürfte sich auch das Problem mit den säumigen Zahlern verringern. Denn darunter sind viele Hartz IV-Empfänger. Im Gesetzesentwurf sind Sanktionen für Verweigerer vorgesehen. Die Regierung geht davon aus, dass die meisten Kassen 2011 noch keine Zusatzbeiträge erheben werden. Das erwartete Defizit von elf Milliarden Euro soll durch die Beitragssteigerung und durch Einsparungen ausgeglichen werden.

Die Ausgabenzuwächse der Kliniken werden begrenzt, die Honorarsteigerungen von Ärzten und Zahnärzten beschnitten. Auch höher dotierte Hausarztverträge können nur noch eingeschränkt abgeschlossen werden. Ebenfalls neu ist: Wer ein Jahreseinkommen von mehr als 49.500 Euro erreicht, darf künftig schon nach einem statt bisher drei Jahren in die Privatversicherung wechseln. Heftige Kritik kommt aus der Opposition, berichtet „tageschau.de“: Gesundheit dürfe nicht von Geld oder Bildung abhängen, sagte Martina Bunge (Die Linken). Karl Lauterbach (SPD) hält der Regierung vor, Parlament und Öffentlichkeit über den Lobby-Einfluss bei der Formulierung der Gesundheitsreform bewusst zu täuschen. Die Grüne Biggi Bender zweifelt, dass der Sozialausgleich tatsächlich funktioniert. Schelte auch aus den eigenen Reihen: CSU-Mann Max Straubinger kündigt an, Röslers Pläne bei der Fraktionsbefassung abzulehnen. pr/ck



Foto: Pressefoto

tere der Beitragsanteil danach eingefroren wird. Teuerungen im Gesundheitswesen sollen die Kassen dann über Zusatzbeiträge ihrer Mitglieder ausgleichen. Diese werden einkommensunabhängig als Pauschale erhoben – die bisherige Deckelung entfällt. Jede Kasse soll selbst über die Höhe entscheiden. Findet ein Versicherter seine Kasse zu teuer, kann er wechseln. Ein Sozialausgleich soll Ungerechtigkeiten auffangen. Verantwortlich dafür sind die Arbeitgeber, im Fall der Rentner die Rentenkassen. Arbeitgeber erstatten den Kassenmitgliedern die „zu viel gezahlten“ Beiträge über die Gehaltsabrechnung. Geändert wurde, dass die Bezieher von Arbeitslosengeld I jetzt doch den Zusatzbeitrag

EuGH-Generalanwalt zu Rettungsdiensten

Keine europaweite Ausschreibung

Leistungen des öffentlichen Rettungsdienstes, die von den Sozialversicherungsträgern vergütet werden (Konzessionsmodell), unterliegen nicht dem Vergaberecht. So jedenfalls sieht es der Generalanwalt des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), Ján Mazák. Das Fehlen einer unmittelbaren Vergütung des Rettungsdienstes durch die öffentliche Stelle, die die Dienstleistung vergeben hat,



Foto: Otmar Smit - Fotolia

sei hinreichend, um die entsprechenden Verträge als Dienstleistungskonzession im Sinne des europäischen Rechts zu qualifizieren, so der Generalanwalt.

Die Leistungen wären demnach nicht europaweit auszuschreiben. Zudem seien die Sozialversicherungsträger von der die Dienstleistung vergebenden öffentlichen Stelle hinreichend verschieden und unabhängig. Das rechtfertige die Annahme, „dass es sich um eine Vergütung des Dienstleistungserbringers durch Dritte handelt“. Die Frage, inwieweit das Kostendeckungsprinzip das wirtschaftliche Risiko für den Leistungserbringer senkt, sei dabei nachrangig zu beurteilen. Ob der EuGH Mazáks Schlussanträgen folgen wird, bleibt abzuwarten. mp/sg/ps

Patientenmobilität

EU-Gesundheitsminister einigen sich

Die europäischen Mitgliedstaaten haben sich auf Vorschriften für geplante EU-Auslandsbehandlungen geeinigt. Der Standpunkt berücksichtigt die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zur Patientenfreizügigkeit. Demnach müssen die Krankenkassen Versicherten die Kosten für medizinische Leistungen im EU-Ausland in der dafür im Inland üblichen Höhe erstatten. Zur Steuerung der Patientenströme sollen die Kostenträger für bestimmte Leistungen Vorabgenehmigungen erteilen dürfen. Dies betrifft in erster Linie stationäre und kostenintensive Leistungen sowie Behandlungen, die nicht den heimischen Qualitätsstandards entsprechen. Die

Mitgliedstaaten werden ferner verpflichtet, Kontaktstellen einzurichten, bei denen sich ausländische Versicherte nach den Qualitäts- und Sicherheitsstandards der Behandlungen erkundigen können. Patienten sollen ferner künftig problemlos Arzneimittelverordnungen auch im EU-Ausland einlösen können. Die Mitgliedstaaten einigten sich darüber hinaus auf eine engere Zusammenarbeit im E-Health-Bereich und bei der Diagnose und Therapie seltener Erkrankungen. In Kürze wird sich das Europäische Parlament in zweiter Lesung mit der Position der Mitgliedstaaten zur Richtlinie über die Rechte der Patienten bei Auslandsbehandlungen beschäftigen. pr/ps

BZÄK-Koordinierungskonferenz ZFA

Qualität der Ausbildung erhalten

Eine Novellierung der Ausbildungsverordnung ZFA sei dringend notwendig, die Qualität der Ausbildung müsse erhalten werden und die dreijährige Ausbildungszeit müsse bestehen bleiben. So lauten die Empfehlungen der ZFA-Referenten der Landes Zahnärztekammern auf der BZÄK-Koordinierungskonferenz am 15. September 2010 in Berlin. Dabei wurden sowohl Modelle einer echten Stufenausbildung wie auch einer gestreckten Abschlussprüfung diskutiert. Der BZÄK-Vorstand wird auf einer seiner nächsten Sitzungen über das Thema beraten und das weitere Vorgehen beschließen.

Weiterhin diskutierten die Teilnehmer über Akademisierungstendenzen bei den Heilhilfsberu-

fen. Im zahnärztlichen Bereich würden Qualitätsverbesserungen durch eine akademische Ausbildung nicht zwingend erreicht, so die Meinung der Referenten. Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich und der BZÄK-Vorstandsreferent für Belange der ZFA, Dr. Michael Sereny, verwiesen auf die bewährten Aufstiegsfortbildungen. Die Vorteile des dualen Systems sollten jedoch noch mehr genutzt werden, um Durchstiegsmöglichkeiten zu verbessern und die Qualifizierung des Berufsbildes zu erhöhen.

Auf der Tagesordnung stand ferner das Thema Alterszahnmedizin und ZFA. Einhellig sprach man sich dafür aus, dass der Zahnarzt immer erster Ansprechpartner für zahnmedizinische Fragen sein müsse.

Es dürfe nicht zu einer Substitution zahnärztlicher Leistungen im Bereich der Alten- und Behindertenzahnheilkunde durch fachfremde Berufe kommen. pr/BZÄK



Foto: BZÄK

FDI-Sektion Zahnärztinnen

Petersen als Weltpräsidentin bestätigt

Dr. Brita Petersen, wurde auf der Weltkonferenz der Zahnärzte (FDI) in Salvador da Bahia, Brasilien, für weitere drei Jahre als Weltpräsidentin der Sektion Zahnärztinnen Weltweit (WDW) wiedergewählt. Als Präsidentin fällt ihr die Aufgabe zu, die nationalen Aktivitäten der Zahnärztinnen zu koordinieren und darüber zu informieren. Ein Netzwerk soll helfen, Kontakte herzustellen

und etwaige Ungleichheiten oder Ungerechtigkeiten aufzuzeigen und auszugleichen. 2010 beschäftigte sich der Kongress in erster Linie mit der Qualifizierung von Frauen zu Führungskräften im Berufsleben, was durch die steigende Anzahl der Ärztinnen und Zahnärztinnen laut FDI weltweit ein wichtiges Thema für die Zukunft ist. ck/pm

