



Fortbildungsteil 2/2010

Halitosis

**Parlamentarischer Abend
für AuB-Konzept**

**Offene Fonds –
Ratschläge für Anleger**



Foto: Andreas Chudowski

Das hundertjährige zm-Jubiläum im Berliner ewerk war ein Forum, das die Vergangenheit würdigte, aber auf die Zukunft ausgerichtet war: Ein Gemisch aus unterschiedlichsten Fachleuten diskutierte Impulse für die künftige Ausrichtung von Informationsmedien im digital geprägten Zeitalter.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

für die Zahnärztlichen Mitteilungen war das im Berliner ewerk begangene 100-jährige Jubiläum am 27. Oktober 2010 ein ausnehmend denkwürdiger Abend:

Dass es gelang, Vertreter aus Zahnärzteschaft, Dentalindustrie, Fachpresse, Medien, Dienstleistungsunternehmen und anderen Institutionen unseres Handlungsfeldes zu einem Forum zusammenzubringen, auf dem Kontakte und Meinungs austausch gepflegt, Fachgespräche geführt, über die Vergangenheit parliert und über die Zukunft diskutiert werden konnte, erlebt ein Informationsdienstleister in dieser Form auch wirklich nur alle hundert Jahre einmal.

Dieser Gästekreis des vom Deutschen Ärzteverlag und den zm veranstalteten Jubiläums steht stellvertretend für eine große Gruppe von Mitdenkern, Helfern, Kritikern, Sympathisanten und aus unterschiedlicher Perspektive unsere Arbeit begleitenden Menschen, denen an dieser Stelle noch einmal der ausdrückliche Dank des Redaktionsteams gebührt: Die zm sind das, was die zahnärztliche Herausbergerschaft und die kooperierenden Mitstreiter von der Idee bis

zur veröffentlichten Information in einem informationell gut funktionierenden Netzwerk schaffen. Der Dank geht somit letztlich an den weiten Kreis unserer Leser.

Das Jubiläum war aber kein ruhender Rückblick auf vergangene Jahrzehnte, sondern ein Markt, auf dem Ideen für die Informationsdienstleister der zm-Zukunft angestoßen wurden. Nicht nur die zur Podiumsdiskussion eingeladenen Media-Experten, auch das Gros der anwesenden Öffentlichkeitsarbeiter und Marketingfachleute hatte zum Teil recht klare Vorstellungen, wie der gegenwärtige Umbruch zu einem ziel- und bedarfsgerecht ausgerichteten Multimedia-Zeitalter für Fachredaktionen ausgestaltet werden kann.

Ausschlaggebend ist dabei, dass die elektronischen Medien nicht den Abschied von bisherigen Gewohnheiten einläuten, sondern die Informationsvermittlung auf neue Füße stellen werden. Die Voraussetzungen dafür sind, anders als in manchem eher behäbig denkenden Massenmedium, recht gut: Es ist das „Prä“ der zm, dass sie Fachinformationen vermittelt. Die Zielgruppe ist nicht nur Empfänger und Nutznießer, sondern gleichzeitig Urheber dieser Informationen.

Entscheidend ist, dass sich die Verbreitungs-kanäle ändern – ausgerichtet auf Ziel, Zweck und Schnelligkeit der Information. Dieses Umdenken beginnt nicht Übermorgen, es ist längst im Gang – ausgerichtet auf das, was die zahnärztliche Praxis benötigt. Daran werden sich die zm in den kommenden Jahren messen lassen müssen. Hier wird entschieden, ob die zm ihre Rolle als Marktführer im Segment zahnärztlicher Fachinformationsmedien behaupten werden. Mit Ihrer Hilfe und pragmatischer Ausrichtung macht das stark für die nächsten 100 Jahre.

Ihr



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: MEV, Titelfoto: Mauritius

Zum Titel

Ein schlechter Atem ist bei 25 Prozent der europäischen Bevölkerung zumindest zeitweise in aller Munde. Dieses ließe sich aber durchaus beheben, wie fünf Beiträge des Fortbildungsteils „Halitosis“ beleuchten.

Seite 40



Foto: akq-images

Die Charité zeigte zu ihrem 300. Bestehen eine Reihe Medizinischer Kulturfilme

Seite 128

Editorial 1

Leserforum 6

Leitartikel

KZBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz fordert Abschaffung der Budgets 8

Das aktuelle Thema

Ärztmangel: Die neuen Diagnostiker 10

Nachrichten 12

Gastkommentar

Julian Visarius, Fachjournalist, zur Sonder-Gesundheitsministerkonferenz Bedarfsplanung 20

Politik und Beruf

Parlamentarischer Abend AuB: Einsatz für ein besseres Versorgungskonzept 22

FVDZ: Große Mehrheit für ein separates Leistungsmodell 24

Aus den Ländern

Bayerischer Zahnärztetag: Votum für die Freiberuflichkeit 26

Mainzer Forum: Aspekte des Alterns 28

Zahnärztetag Thüringen: Bewährtes – Trends – Innovationen 30

Gesundheit und Soziales

Neuer Gesundheitsbericht: Reine Männersache 32

Weißer Ring: Schnelle Hilfe für Gewaltopfer 36

Präventionsgewinner: Sie geben Aids keine Chance 38

Titelstory

Fortbildungsteil 2/2010 – Halitosis: Wenn der Atem übel riecht 40

Ätiologie und Epidemiologie 42

Diagnostik in der Zahnarztpraxis 50

Therapie oraler Ursachen 56

Hals-Nasen-Ohren-Ärztliche Aspekte 62

Halitophobie 66

Zahnmedizin

Differentialdiagnose der Speicheldrüsenanschwellungen: Warthin-Tumor 72

Foto: Andreas Churdowski



Mit einer Festveranstaltung in der Berliner Event-Location ewerk feierten die zm ihr 100-jähriges Jubiläum.

Seite 84

Foto: Presseagentur Gesundheit



Bis 2015 scheiden 35 994 Ärzte aus dem Dienst aus. Besonders im ländlichen Raum gibt es schon jetzt Versorgungslücken. Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will das mit einem Gesetz bekämpfen. Auch die Länder werden aktiv.

Seite 10

Foto: Weisser Ring.de



Die Organisation Weißer Ring kümmert sich um Opfer krimineller Handlungen.

Seite 36

Medizin

Insuffizienz und Dialyse: Stärkeren Fokus auf die Nierengesundheit richten **76**

Tagungen

Cerec-Weltsymposium in Las Vegas: CAD/CAM zeigt neue Perspektiven **78**

Rezensionen **82**

Zweitstory

Festveranstaltung 100 Jahre zm: Aufbruch in die multimediale Zukunft **84**

Veranstaltungen **88**

Finanzen

Praxisfinanzen: Risiko Kreditkündigung **110**

Finanzmanagement:
Bewertung von Kreditsicherheiten **112**

Offene Immobilienfonds:
Die Spreu trennt sich vom Weizen **114**

Praxismanagement

Work-Life-Balance:
Misserfolge nutzbar machen **118**

Trends **120**

Recht

Einstellungsgespräche:
Vor Diskriminierung hüten **122**

Urteile **126**

Historisches

300 Jahre Charité:
Kulturfilme in der Medizin **128**

EDV und Technik

Patientenlogistik:
Warten wird überflüssig **134**

Persönliches **136, 138**

Impressum **137**

Industrie und Handel

Firmenportrait W&H **140**

Neuheiten **142**

Letzte Nachrichten **173**

Zu guter Letzt **176**

Abgeladen

■ Zum Beitrag „Ein neuer Omnibus – Neues zur elektronischen Gesundheitskarte“ in zm 13/2010:

Ein toller Erfolg, den KZBV und BZÄK da erzielt haben. Sie haben sich mit ihrer Forderung nach größtmöglichem Datenschutz durchgesetzt. Ärzte und Zahnärzte, die ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) vom Telematiknetz getrennt halten wollen, müssen nur die Mehrkosten bezahlen – zum Beispiel für ein zweites Lesegerät.

Dies kann man nur als zynisch bezeichnen. Den Krankenkassen ist es wieder mal gelungen, ihre ureigenen Hausaufgaben auf unsere Praxen abzuladen. Der Bürokratismus bei uns nimmt wieder mal zu. Selbstverständlich dürfen wir das unentgeltlich wie auch beim Abstempeln des Bonusheftes und dem Eintreiben der Praxisgebühr tun. Dafür bekommen wir auch einen Zuschuss zum Erwerb eines neuen Kartenlesegeräts.

Wenn wir aber unsere sensiblen Patientendaten schützen wollen, dürfen wir die dafür entstehenden Mehrkosten selber zahlen. Es ist ja nur ein vom PVS getrennter Kommunikations-PC und ein weiteres Lesegerät und, und, und...

Ich erwarte von der Führungsspitze unserer Bundeskörperschaften in der gegenwärtigen Situation keine Wunder, aber auch keine beschönigenden zm-Artikel. Eine in der Sache harte Verhandlungsführung mit entsprechender Außendarstellung ist angesagt und dass die Zu-

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

nahme der unentgeltlich zu erbringenden Verwaltungsaufgaben endlich aufhört.

Dr. Hans Hugo Wilms
Hauptstr.35, 79725 Laufenburg

Antwort der KZBV
durch KZBV-Vorstandsmitglied
Dr. Günther E. Buchholz:

Wie Sie ja aus Ihrer langjährigen Erfahrung wissen, ist das Wort „Erfolg“ im standespolitischen Kontext immer relativ zu nehmen. Relativ deswegen, weil wir im Rahmen des Möglichen das Optimum erreicht haben. Dazu will ich Ihnen kurz den Rahmen erläutern.

Wie Sie wissen, haben wir seit jeher das Projekt „Elektronische Gesundheitskarte“ abgelehnt. Die Gründe dafür sind vielfach nachzulesen. Allerdings steht seit 2004 der § 291 ff. im SGB V. Mit der neuen Koalition gab es dann ein Moratorium, in das wir große Hoffnungen gesetzt haben. Diese wurden in einem Gespräch mit Herrn Minister Rösler Mitte Januar jäh zerstört. Er relativierte das Moratorium und hat unmissverständlich erklärt, dass er die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte fortsetzen werde. Dafür werde er drei Projekte einfordern, die mittlerweile als bekannt vorausgesetzt werden dürfen. Unter diesen war eben auch der Online-Abgleich der Versichertenstammdaten. Da der Minister in der Diskussion keinen Zweifel an seinem Vorhaben erkennen ließ und er auch eine gesetzliche Regelung andeutete, habe ich dann die Möglichkeit der Trennung von PVS und Kartenterminal als Mindestmaßnahme zum Schutz der Praxisysteme gefordert. Diese hat der Minister dann zugesagt und, wie wir heute nach dem verabschie-

deten Gesetz wissen, auch umgesetzt. Ebenso unmissverständlich, und dann auch in der Folge gesetzlich geregelt, ist die Anschaffung eines Zweitkartenterminals, wenn man sich für die physische Trennung entscheidet. Das zweite Gerät muss selbst finanziert werden. Sie können sich denken, dass das nicht auf meine Zustimmung getroffen ist. Das habe ich dem Ministerium auch so gesagt. Auch Ihr Einwand, dass hier Verwaltungsaufgaben der Krankenkassen in die Praxen verlegt werden, ist von mir immer wieder beim Ministerium und in der Öffentlichkeit als nicht zumutbar markiert worden. Die Politik beruft sich aber darauf, dass damit Missbrauch verhindert und Datenschutz verbessert wird. Da der Datenschützer ausdrücklich hinter diesem Projekt steht, fällt es mir etwas schwer, mit meinen Argumenten durchzudringen. Was die Bezahlung des Aufwandes angeht, so werden wir diese in den hierzu anstehenden Verhandlungen mit den Krankenkassen einfordern. Dazu existiert bereits eine Grundsatzvereinbarung, die Investitionen und Aufwand als zu bezahlenden Bestandteil festgeschrieben haben. Ich kann Ihren Unmut nachvollziehen. Auch ich bin nicht immer begeistert, wenn unsere Arbeit und unsere Argumente so konterkariert werden und im Nichts verhallen. Ich hoffe, dass ich Ihnen mit meinem Schreiben noch einmal den Rahmen habe darstellen können, in dem wir uns bewegt haben. Nicht zu unserer Freude, aber die Ansagen des Ministeriums waren eben so, wie sie sich dann im Gesetz wiedergefunden haben.

Dr. Günther E. Buchholz
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes der KZBV

Vernachlässigt

■ Zum Beitrag „Kindesmisshandlungen – Das sollte der Zahnarzt wissen“ in zm 20/2010:

In letzter Zeit stellt sich mir die Frage nach der Abgrenzung zwischen Misshandlung und Vernachlässigung sowie deren Meldung an entsprechende Stellen. Sehe ich ein Kind mit mehr oder minder komplett zerstörtem Milchgebiss, geht in mir das Adrenalin in astronomische Höhen. Nach meiner Erfahrung stammen diese Kinder beziehungsweise ihre Eltern aus prekären Verhältnissen. In diesem Zusammenhang liegt eine Vernachlässigung sehr nahe.



Foto: Huitt

Ich persönlich bezeichne ein Eltern-Verhalten, das zu solchen Resultaten führt, als kriminell. Manches Mal war ich bereits in Versuchung, den Hörer hochzureißen und das Jugendamt zu benachrichtigen. Jedoch würde ich mich vermutlich einer Verletzung der Schweigepflicht schuldig machen und andererseits den vermutlich ohnehin überlasteten Mitarbeitern dort ein müdes Lächeln abringen – frei nach dem Motto „Was gehen uns ein paar abgefautte Milchzähne an?“ Ich würde daher gerne zur Diskussion stellen, was in solchen Fällen zu tun ist. Schließlich ist mit der Sanierung des kindlichen Gebisses das Problem nur vorübergehend beseitigt und in der Regel geht die Vernachlässigung weiter.

Steffen Balz
steffen.balz@gmx.de

Platin

■ Zum Beitrag „Diese Prothese wird 50“ in zm 17/2010:

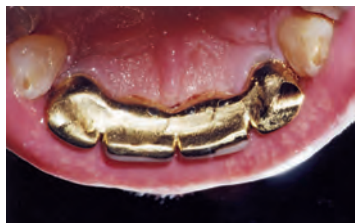


Foto: Holzner

Unter der Überschrift „Diese Prothese wird 50“ wird ein Fall mit einer immer noch funktionstüchtigen Prothese geschildert. Dabei wird von „Porzellanverblendungen“ gesprochen – so etwas gab es damals noch nicht.

Es handelt sich um eine Brücke mit Platin-Langstiftzähnen, eine seinerzeit übliche „Verblen-

dung“, die etwas schwieriger auszuführen war als die mit sonst üblichen Goldknopfzähnen. Diese wurden nur einzementiert in beim Gießen ausgenommene Kästchen.

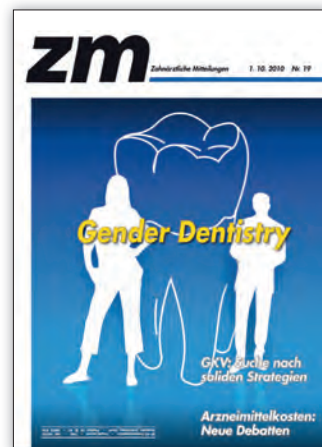
Die Langstiftzähne wurden einzementiert, die überstehenden Stiftenden verkürzt und vernietet. Diese vernieteten Stifte sind im zm-Artikel im unteren Bild auch zu sehen. Zur Sicherung dieser Facetten gegen Bissbelastung wurde die Schneidekante in Metall gefasst. Die jüngeren Kolleginnen und Kollegen haben das nicht mehr kennen gelernt, daher diese ausführlichere Schilderung.

*Dr. H. Wesendahl
Am Stadtpark 8
23758 Oldenburg in Holstein*

Neue Begriffe

■ Zur Titelgeschichte „Gender Dentistry“ in zm 19/2010:

Aus dem ehrgeizigen wissenschaftlichen Hintergrund tauchen immer wieder neue Begriffe auf – die vorher niemand gehört – und jetzt und bis auf weiteres kaum jemand begreift (Schlagwörter der besonderen Art ...). Jeder minderbemittelte Wortkopierer versucht seiner Kommunikation des Alltags und Feiertags internationale Eleganz zu geben – mit Audit, Evaluation und ... Gender Dentistry. Mon Dieu! Auf deutsch oder mit deutschem Untertitel vorläufig ... könnte der dringend Interessierte sich durchaus vorstellen, in welchen Grenzen von Sinn und Unsinn sich



Neues bewegt. Zum Aktuellen: Ob der gute Diagnostiker/Therapeut im weiteren Sinn nicht schon immer weitgehend auch die Unterschiede der Schöpfung bedacht hätte?

*Dr. Josef Sutner
Kufsteiner Str. 6
81679 München*



Foto: KZBV

Weg mit den Budgets

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

uns Zahnärzten ist es fast schon ins standespolitische Stammbuch geschrieben: Mit begrenzten Mitteln kann es keine unbegrenzten Leistungen geben. Ein alter Hut? Leider nein. Das, was schon in den neunziger Jahren vorigen Jahrhunderts politische Tagesordnung war, ist auch heute noch nicht vom Tisch. Dabei war selbst einer rigide denkenden Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt schon klar, dass die Budgetierung von Leistungen in der GKV keine gute Lösung ist. Bei Ärzten und Krankenhäusern wurde das Thema angegangen. Wir Zahnärzte blieben noch außen vor. Bevor die Abschaffung bei uns umgesetzt werden konnte, kam der Regierungswechsel. Jetzt kämpft eine schwarz-gelb verantwortete Regierung mit der Unzulänglichkeit politischer Entscheidungen, die eigentlich in die Seehofer'sche BMG-Ära zurückreichen. Kein Ende in Sicht? Die Botschaft kann nicht eindeutiger sein: Die Budgets gehören abgeschafft! Auch dieses Jahr fehlen Deutschlands Zahnärzten für die Behandlung ihrer Patienten insgesamt 150 Millionen Euro. 1,7 Millionen Patienten werden im Bundesgebiet auf Grund fehlender Zahlungen be-

Die Botschaft kann nicht eindeutiger sein: Die Budgets gehören abgeschafft!

stimmter Krankenkassen auf Kosten der Patienten behandelt. Wer das moniert – in diesem Jahr hat die KZV Bayerns als erste auf die Problemlage aufmerksam gemacht – wird nach allen Regeln lobbyistischer Kunst bekämpft. Dabei stellt sich die Frage jedes Jahr unter gleichen Bedingungen: Einzelne Krankenkassen ziehen sich mit von vornherein zu gering angesetzten Vergütungssummen aus der Verantwortung. Proteste bestrafen sie mit dem Vorwurf, dass die KZVen ganz einfach nicht mit Geld umgehen können. Unsinn! Die Politik reagiert auf die meist zum vierten Quartal auflaufende Problematik immer mit dem Vorwurf, dass die Zahnärzte streikten und damit ihrer im Sozialgesetzbuch fixierten Behandlungspflicht nicht nachkämen. Ebenfalls Unsinn! Keine KZV verschleudert das ihr zur Verfügung gestellte Geld. Jeder von uns geht mit den unzureichenden Mitteln nach ausgeklügelten Systemen um. Hier wird Mangel verwaltet. Das lässt sich – egal durch welche Art der Honorarverteilung – auch an entsprechend aufbereiteten Zahlen der Länder aufzeigen. Fakt ist: Die Systematik ist dem Versorgungsgedanken nicht angemessen. Das wird nach außen kommuniziert. Und niemand auf dieser Welt käme auf die

Idee, ab einem bestimmten Zeitpunkt auf festgeschriebene Gegenwerte zu verzichten. Zahnärzte hingegen sollen das hinnehmen. Wir werden vom Gesetzgeber zu wirtschaftlichem Handeln aufgefordert, also sollte man uns im zweiten Atemzug auch nicht vorwerfen, dass wir genau das tun.

Was uns die Politik ankreidet, wenn wir öffentlichkeitswirksam auf diesen offensichtlichen Mangel hinweisen, ist eine durchschaubare Reaktion: Wer auf eigene Unzulänglichkeiten hingewiesen wird, die er nicht kurzfristig abstellen kann, neigt zum Gegenangriff. Aber: Keiner unserer Patienten wird vernachlässigt, keiner muss auf Grund der mangelhaften Leistungen der Krankenkassen Schmerzen erleiden. Dafür sind wir Zahnärzte. Keiner von uns käme darauf, unsere Fürsorgepflicht nicht nachzukommen. Im Gegenteil: Ganz im Sinne dieser Pflicht müssen wir unsere Patienten auf die Unhaltbarkeit dieser Situation hinweisen. Sie sind zusammen mit uns betroffen, wenn auf Grund falscher Vergütungssysteme immer wieder Schwierigkeiten auftreten, die die Zuverlässigkeit und qualitative Hochwertigkeit unserer zahnmedizinischen Arbeit erschweren.

Übrigens: Auch der Einwand, dass wir in unserer Verantwortung für die Patienten diese nicht verunsichern dürfen, ist nicht neu und stimmt sogar. Deswegen ist es ja so wichtig, den Patienten vor Ort die Sachlage zu erklären, sie darauf aufmerksam zu machen, wie unsinnig das Sachleistungssystem mit ihren Kassenbeiträgen umgeht.

Denn schließlich gehört der Ärger dorthin, wo die Ursache liegt: bei unzulänglichen Regelungen im Sozialgesetzbuch V, in der mangelnden Bereitschaft der Politik, hier Abhilfe zu schaffen und in der lapidaren und falschen Grundhaltung der gesetzlichen Krankenkassen, Geld zu sparen, wo es geht.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Ärztmangel

Die neuen Diagnostiker

Deutschland gehen die Ärzte aus. Bis 2020 müssen allein im ambulanten Bereich 51 774 Ärzte ersetzt werden, darunter 23 768 Hausärzte. Das geht aus der Arztlanzahlstudie von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) hervor. Das Problem: Viele junge Ärzte gehen ins Ausland, weil sich Familie und Beruf dort besser vereinbaren lassen. Wer bleibt, ist gefragt und entscheidet genau, wo er sich niederlässt. Unterversorgte Regionen stehen über-versorgten gegenüber. Prompt warnt BÄK-Vize Frank Ulrich Montgomery vor einer „Wartelistenmedizin“. Ein Blick in die Länder zeigt: Not macht erfinderisch.



Foto: Claudia Paulussen - Fotolia

Den Patienten nicht im Regen stehen lassen. Um die Versorgungslücken im ländlichen Raum zu schließen, suchen alle Akteure nach Lösungen. Die Länder locken mit Fördergeldern, Rösler entwickelt ein Versorgungsgesetz, die Gemeindefraktionen „AGNES“ und „Verah“ helfen vor Ort.

„Der Bedarf an medizinischen Leistungen sinkt nicht mit einer schrumpfenden Bevölkerungszahl. Das Gegenteil wird der Fall sein.“ betonte KBV-Chef Köhler bei der gesundheitspolitischen Diskussionsrunde „kbv kontrovers“ in Berlin. An erster Stelle gehe es darum, den Arztberuf attraktiver zu machen. Hintergrund: Momentan gehen zu wenig Jungmediziner in die Patientenversorgung. Die Allgemeinmedizin hat ein Imageproblem, gilt sie doch unter angehenden Ärzten eher als „uncool“. „Im Zeitraum 2003 bis 2008 haben sich knapp zwölf Prozent der Absolventen gegen eine Tätigkeit als Arzt entschieden oder sind direkt ins Ausland gegangen.“ so Köhler.

Fritz Schösser, Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes in Berlin, vertrat jedoch die Ansicht, Deutschland

brauche nicht mehr Ärzte, „sie sind nur falsch verteilt“. Versorgungslücken, vor allem im ostdeutschen ländlichen Raum stünden einer Überversorgung in attraktiven Regionen, wie rund um den Starnberger See oder in urbanen Zentren gegenüber. Schösser erwog, bundesweit beziehungsweise Abschlüsse als regulierendes Instrument für neue Niederlassungen zu etablieren. Fest steht: Vorschläge und Instrumente, wie man die medizinische Versorgung in unterversorgten Gebieten sicherstellen kann, gibt es reichlich. Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will dem Ärztemangel per Versorgungsgesetz den Garaus machen. Ein Demografiefaktor soll eingeführt und die Bedarfsplanungsbezirke verändert werden. Viele Akteure haben erkannt, dass Geld allein kein Garant für eine

gesicherte Versorgung ist. Für sie geht es deshalb in erster Linie nicht um finanzielle Anreize und mehr Ärzte, sondern um strukturelle Reformen und die Bündelung vorhandener Kräfte. So sieht der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Zukunft der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gebieten vornehmlich in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gewährleistet, sollte es zukünftig tatsächlich weniger Niederlassungen in Einzelpraxen geben. Frauenfreundliche Arbeitszeiten und flexible Angestelltenverträge sind Vorteile, mit denen das MVZ-System beim medizinischen Nachwuchs punktet, erklärt vdek-Vorstandsvorsitzender Thomas Ballast. Für ihn ist der drohende Nachwuchsmangel nicht durch finanzielle Anreize zu lösen.

Versorgung im Verbund

Andere Stimmen plädieren für integrierte Versorgungsverbünde von Ärzten, Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen, die eine bedarfsgerechte medizinische Dienstleistung sicherstellen sollen. Die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen konkretisierte diesen Vorschlag kürzlich in einem Positionspapier. Darin schlägt Dr. Harald Terpe, Obmann im Ausschuss für Gesundheit und gleichzeitig drogen- und suchtpolitischer Sprecher seiner Fraktion sogenannte Primärversorgungsteams als Basis für regionale Versorgungsverbünde vor.

Ganz wichtig sei es aus Sicht von Terpe, rechtliche Hürden für die Beteiligung nicht-ärztlicher Fachkräfte in Versorgungsteams abzubauen. Ein exemplarischer Versorgungsverbund der Zukunft ist, so Terpe, das baden-württembergische Projekt „Gesundes Kinzigtal“. Neue Wege werden in dem Projekt unter anderem dadurch beschritten, dass Patienten, Ärzte, Kliniken und Krankenhäuser, Pflegedienste, Vereine und natürlich die beteiligten Krankenkassen an einem Strang ziehen und somit die Idee der integrierten Versorgung mit Leben erfüllen.

In sehr dünn besiedelten Gebieten in den neuen Bundesländern erwacht die längst totgesagte Gemeindefraktion zu neuem Leben, die bereits in der DDR zur hausärztlichen Entlastung im Einsatz war. Das

Arztgruppe	Abgang 2010 bis 2015	Abgang 2010 bis 2020
Krankenhausärzte	8 214	19 851
Vertragsärzte: – Hausärzte – Fachärzte	12 868 14 912	23 768 28 006
Summe	35 994	71 625

Ersatzbedarf an Ärzten im deutschen Gesundheitssystem nach Berechnungen der KBV

von der Universität Greifswald entwickelte Konzept „AGnEs“ steht für „Arztentlastende, gemeindenahе, E-Health-gestützte, systemische Intervention“. Die „AGnES-Schwestern“ sind mit Auto, Bildtelefon und internetfähigem Laptop ausgestattet. Der Hausarzt kann Routinearbeiten wie das Messen von Puls und Blutdruck, Blutabnahme oder die Kontrolle der Arzneimittel an die qualifizierten Fachkräfte delegieren und hat mehr Zeit für seine Patienten in der Praxis. In Mecklenburg-Vorpommern arbeiten der-

zeit nach Angaben des Sozialministeriums 25 „AGnEs-Schwestern“. „Wir könnten deutlich mehr Schwestern einsetzen“, sagt Gesundheitsministerin Manuela Schwesig (SPD). Aber die Bindung an nur einen Hausarzt und eine geringere Entlohnung als ursprünglich angekündigt, schränkten ihre Zahl ein. Zudem dürften sie nicht für mehrere Ärzte tätig sein. „Das ist nicht rentabel“, kommentierte Schwesig. Das Land warte darauf, dass das Bundesgesundheitsministerium die entsprechenden Rahmenbedin-

gungen verbessere. Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt haben vergleichbare Modelle entwickelt. In Sachsen-Anhalt heißt die Gemeindeschwester „Verah“, was für „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ steht. 319 von ihnen arbeiten bereits bei 302 Ärzten. Bei dem „Aktionsprogramm zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung“ in Nordrhein-Westfalen erhalten Mediziner bis zu 50 000 Euro, wenn sie sich in einer Kleinstadt oder Gemeinde niederlassen, in der die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht. Die Pressestelle des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales bestätigte gegenüber den zm, dass die Fördersummen bis Jahresende Bestand haben. Dann liegt vielleicht auch schon der Röslersche Gesetzentwurf gegen den Ärztemangel vor. sf

■ www.kbv.de

Zahnärzte behandeln auf eigene Kosten

KZBV verweist auf zu knappe Budgets

Das Honorar der Zahnärzte für 2010 ist ausgeschöpft; deshalb akzeptieren viele von ihnen nur noch Notfälle und Privatpatienten.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) teilte in dem Zusammenhang mit, die Budgets seien bei einigen Kassen zu knapp bemessen und hielten nicht der Versorgungsrealität stand. Wie der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz in der „Bild“-Zeitung erläuterte, müssten zahlreiche Zahnärzte die Behandlung ihrer Patienten deswegen auf 2011 verschieben. Viele Behandler arbeiteten schon auf eigene Kosten. Notfälle wie akute Zahnschmerzen würden aber weiterhin behandelt, stellte er klar. Ebenso die jährliche Vorsorgeuntersuchung. „Wir wollen auf keinen Fall, dass die Budgetprobleme auf dem Rücken unserer Patienten ausgetragen werden“, sagte Fedderwitz.

Betroffen von den Einschränkungen sind unter anderem Versicherte der AOK Berlin-Brandenburg, der Bundesknappschaft in Bayern sowie auch der Großteil der mehr als fünf Millionen Versicherten der Innungskrankenkassen (IKK).

„Wir haben in den vergangenen Jahren vieles im Sinne der Zahnärzte geregelt“, wettete der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn (CDU) und nannte beispielhaft die Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren und die Einführung der Festzuschüsse. „Ich habe null Verständnis für diese Aktion. So erzeugt man kein Vertrauen.“ „Alle Kassenzahnärzte sind verpflichtet, ihre Patienten umfassend zu behandeln“, so der parlamentarische Staatssekretär im BMG, Daniel Bahr (FDP). Die KZBV müsse das sicherstellen. Der AOK-Bundesverband warf der KZBV „politisches Geklingel“ und „einen klaren Verstoß gegen ihre gesetzlichen Verpflichtungen“ vor. Das Geld der Kassen für die KZVen reiche, polemisierte Ann Marini, Sprecherin des GKV-Spitzenverbandes.

Dagegen wiesen die Ersatzkassen wie Barmer/GEK, DAK und Techniker darauf hin, dass ihre Mitglieder auch weiterhin behandelt werden könnten, weil sie generell höhere Honorare an die Zahnärzte zahlten als beispielsweise die Allgemeinen Ortskrankenkassen. ck



Foto: proDente e.V.

Bundeszahnärztekammer

Budgetierung ist qualitätsfeindlich

Der Gesetzgeber verpflichtete die Krankenkassen und KZVen, die Vergütung für die zahnärztliche Behandlung festzulegen, stellt die BZÄK fest: „Diese Budgets dürfen nicht überschritten werden. Werden von den Zahnärzten mehr notwendige Leistungen erbracht, arbeiten sie umsonst. Der Mangel des Systems liegt auf der Hand.“ BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel unterstützte damit die KZBV.

Die Budgetierung im Gesundheitswesen sei unethisch, leistungs- und qualitätsfeindlich. Sie werde den Ansprüchen der Patienten nicht gerecht, führe zwangsläufig zu einer Unterversorgung und entziehe dem Zahnarzt das ihm für seine erbrachten Leistungen zustehende

Honorar. Obwohl die Fakten so offensichtlich seien, werde der Budgetgedanke sogar im privaten Krankenversicherungsmarkt bei der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) aufgegriffen. Statt die dort beschriebenen Leistungen nach betriebswirtschaftlichen Prämissen zu bewerten, werde eine Ausgabensumme gebildet, die die mit der Novellierung verbundenen Ausgabensteigerungen begrenzen soll. Die BZÄK ruft daher die Bundesregierung dazu auf, die qualitätsfeindlichen Budgets in der GKV zu beseitigen und die offensichtlich geplanten Budgets in der Privaten Krankenversicherung (PKV) bei der Novellierung der GOZ zu verhindern. ck

Reformgesetze

Weitere 120 Millionen Euro für Ärzte

Die Koalitionsfraktionen haben letzte Änderungen an den Reformgesetzen zur Preisfindung für Arzneimittel und zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen. Unter anderem sollen die Vertragsärzte zusätzliche 120 Millionen Euro erhalten. Mit der Extrazahlung will die Koalition Unwägbarkeiten der Honorarreform ausgleichen, die in einigen Teilen Deutschlands trotz bundesweiter Milliardenzuwächse dazu geführt hatte, dass Ärzte weniger oder kaum mehr hatten als vorher. Wie die „FAZ“ berichtet, ist im Streit um die Hausarztverträge vorgesehen, die Bestandsgarantie für bestehende Verträge von Ende 2012 bis Mitte 2014 zu verlängern. Das ist gut

ein halbes Jahr nach der Landtagswahl in Bayern, wo es nicht nur solche Verträge gibt, sondern wo die Hausärzte auch besonders schlagkräftig organisiert sind. Laut Johannes Singhammer (CSU), Verhandlungsführer der Union, sei dadurch die ärztliche Versorgung auch und insbesondere auf dem Land gesichert. Darüber hinaus soll garantiert werden, dass die gesetzlichen Kassen trotz Mehrausgaben von zehn Milliarden Euro 2011 kein Defizit einfahren. Dafür werden die Beiträge um 6,3 Milliarden Euro erhöht. Zudem gibt es einen Steuerzuschuss von zwei Milliarden Euro für den Sozialausgleich bei den Zusatzbeiträgen; er soll bis 2014 reichen. ck

BMG

Gesetz gegen Ärztemangel geplant

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will den Ärztemangel auf dem Land per Gesetz bekämpfen. In einer Kommission mit den Ländern sollen möglichst binnen eines halben Jahres die Eckpunkte abgestimmt werden, sagte er nach einem Sondertreffen mit den Länder-Gesundheitsministern in Berlin. Mecklenburg-Vorpommerns Gesundheitsministerin Manuela Schwesig (SPD) kritisierte, mit der Kommission verliere die Politik wertvolle Zeit. Niedergelassene Ärzte und Kliniken sollten möglichst schnell besser zusammenarbeiten. Heute seien beide Bereiche



Foto: photography - Fotolia

weitgehend unabgestimmt. „Wir wollen Versorgung aus einer Hand“, sagte Schwesig. Die rheinland-pfälzische Sozialministerin Malu Dreyer (SPD) bemängelte, die Vorschläge aus dem BMG hätten nichts Neues gebracht. Die Länder hatten zuvor umfassende Ausführungen zur Ärzteplanung vorgelegt. „Um die Verteilung von Ärzten in Flächenländern besser steuern zu können, muss die Bedarfsplanung neu gestaltet werden“, bekräftigte die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, die niedersächsische Ressortchefin Aygül Özkan (CDU). Über die Bedarfsplanung hinaus sei es zentral, dass bereits die medizinische Ausbildung stärker auf den Versorgungsmangel abziele. Wichtig sei auch eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärzte. sf/dpa

GKV-Finanzierungsgesetz

Konzessionen auch für Zahnärzte

Die geplante Begrenzung der Ausgabenzuwächse auf die halbe Grundlohnrate soll für 2011 – wie im stationären und ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich – auch für Vertragszahnärzte reduziert werden. Das haben die Koalitionsfraktionen jetzt in ihren Änderungsanträgen zum GKV-Finanzierungsgesetz beschlossen. Dabei soll als Obergrenze für Punktwert- und Gesamtvergütungsveränderungen 2011 nicht



Foto: proDente e.V.

mehr die halbierte sondern die um 0,25 Prozentpunkte reduzierte Grundlohnrate zur Anwendung kommen. Für 2012 sieht der Änderungsantrag dann anstelle der halben Grundlohnrate eine um 0,5 Prozentpunkte reduzierte Grundlohnrate vor. Damit greift die Regierungskoalition eine Forderung des Bundesrates für den Krankenhausbereich auf. Die KZBV hat in ihrer Stellungnahme zum GKV-Finanzierungsgesetz gefordert: „Sollte es entsprechend der Stellungnahme des Bundesrates zu Reduzierungen der prozentualen Begrenzungen kommen, so müssten diese naturgemäß in allen Leistungsbereichen gelten.“ ck

Gesetzliche Krankenversicherung**G-BA darf weiter Arzneien ausschließen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird auch in Zukunft Arzneimittel wegen Unzweckmäßigkeit aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen ausschließen können. Eine entsprechende Änderung der Arzneimittelreform beschlossen gestern die Gesundheitsexperten der Koalition.

Geplant war ursprünglich, dem G-BA dieses Recht zu nehmen, indem er in die Pflicht genommen werden sollte, die Unzweckmäßigkeit zu beweisen. Bislang gilt sie bereits als erwiesen, wenn der Hersteller keine Studien vorlegen kann, die den Nutzen eines Medikaments belegen.

Zwar soll es auch jetzt bei der Umkehr der Beweislast bleiben, doch soll der G-BA darüber hinaus die Möglichkeit haben, vom Hersteller innerhalb einer angemessenen Frist zusätzliche Studien zu verlangen. Vergeht die Frist, kann der Ausschuss das

Mittel aus der Erstattungsliste streichen. Darüber hinaus sollen auch Orphan Drugs, Arzneimittel für sehr seltene Krankheiten, auf ihren Nutzen hin geprüft werden, wenn sie einen Jahresumsatz von 50 Millionen Euro überschreiten. Bislang war vorgesehen, sie generell davon zu befreien. Dies hätte nach Einschätzung führender Arzneimittelexperten aber dazu führen können, dass Pharmafirmen gezielt neue Arzneien als Orphan Drugs anmelden, um die Nutzenbewertung zu umgehen. Die Nutzenbewertung aber ist laut „Handelsblatt“ Dreh- und Angelpunkt der von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) entworfenen Reform. Auf ihrer Basis sollen künftig für neue Medikamente Erstattungspreise festgelegt und dadurch das Preismonopol der Hersteller gebrochen werden. G-BA-Chef Rainer Hess unterstützte die Pläne. ck

Salutogenese in der Zahnmedizin**Neue IDZ-Studie erschienen**

Unter dem Titel „Salutogenese in der Zahnmedizin“ ist eine neue Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) erschienen. Sie stellt die Begriffsgeschichte, die methodischen Grundlagen, die Anwendungsmöglichkeiten und die weiteren



Foto: proDente e.V.

Forschungsbedarfe zur Salutogenese dar und diskutiert den Nutzen speziell für die Zahnmedizin. Der Begriff der Salutogenese ist zwar auf der internationalen wissenschaftlichen Bühne verankert, aber in Deutschland noch wenig bekannt. Im Kern geht es um die Frage, wie der Mensch Gesundheit aktiv in seinem Erleben und Verhalten herstellt und welche Voraussetzungen dafür maßgeblich sind. Unter Bezug auf den sogenannten Sense of Coherence (Kohärenzsinn – gemeint ist die

Präimplantationsdiagnostik**Koalition gibt Abstimmung frei**

Als Ausweg aus ihrem Konflikt zu Gentests an Embryonen geben Union und FDP die Abstimmung im Bundestag über eine Neuregelung frei. Die Mehrheit der Union ist für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik (PID); die FDP schließt dies aus.

Unionsfraktionschef Volker Kauder (CDU) sagte in Berlin, man habe sich in der Koalition bei dieser Gewissensentscheidung auf die Möglichkeit von Gruppenanträgen verständigt. Man könne noch in diesem Jahr zu einem Ergebnis kommen.

FDP-Fraktionsvize Ulrike Flach sagte: „Die Entscheidung zur PID ist eine reine Gewissensentschei-

dung, die wir als Fraktion niemandem vorschreiben sollten.“ Jetzt könne schnell entschieden werden.

Bei SPD und Grünen regt sich Widerstand gegen den Zeitdruck. Die technologiepolitische Sprecherin der Grünen-Fraktion, Priska Hinz, sagte: „Wir wundern uns über die Eile, mit der die Koalitionsfraktionen die PID bereits bis Weihnachten regeln will. Das ginge nur, wenn die PID aus dem Gesamtkomplex eines Fortpflanzungsmedizingesetzes herausgelöst würde.“ Dies lehnten die Grünen ab.

Bei der PID werden im Reagenzglas erzeugte Embryonen vor



Foto: MIEV

ihrer Einpflanzung in den Mutterleib auf Erbkrankheiten untersucht. Sie können dann aussortiert werden. Das Embryonenschutzgesetz sieht keine Regelungen vor, da die PID damals noch nicht verfügbar war.

ck/dpa

Lebensorientierung des Patienten) werden verstärkt Fragestellungen zum Mundgesundheitsbewusstsein des Patienten und zu klinischen Ergebnissen in Angriff genommen. Salutogenese und Pathogenese sind komplementäre Begriffe, die sich nicht ausschließen, sondern der Sache nach ergänzen: Was erhält gesund? Was macht krank? Beide Fragestellungen sind nicht austauschbar, sondern zielen auf jeweils eigenständige Bedingungsgefüge zum Komplex von Gesundheit und Krankheit ab.

Die Autorin der Studie, PD Dr. rer. med. Susanne Singer, Psychologin und Epidemiologin, arbeitet seit Jahren in der Salutogeneseforschung und ist zur Zeit an der Universität Leipzig in Forschung und Lehre tätig. pr

■ Die Studie ist als IDZ-Information Nr. 4/10, 22.11.2010, erschienen und kann kostenlos beim IDZ angefordert werden. Der Text ist auch als Datei von der Homepage des IDZ (www.idz-koeln.de) herunterzuladen.

IDZ INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

Opposition**Kostenerstattung ist „widerlich“**

Die Opposition hat Pläne von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) scharf kritisiert, die Kostenerstattung für GKV-Versicherte zu erleichtern.

Diese Vorkasse sei gerade für Rentner und Geringverdiener eine „unchristliche und widerliche Abzocke“, erklärte der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach im Bundestag. Absehbar sei, dass damit Belastungen für Kassenpatienten weiter steigen. Laut Schätzungen von Krankenkassen würden sie künftig auf der Hälfte der Behandlungskosten sitzen bleiben. Einen raschen

Arzttermin werde künftig nur der Kranke erhalten, der finanziell auch in der Lage sei, in Vorkasse zu treten, warnte Lauterbach. Dies laufe auf eine „Drei-Klassen-Medizin“ hinaus. Ähnlich äußerten sich Vertreter von Grünen und Linkspartei.

Die Koalitionsfraktionen sprachen von einer „Phantomdebatte“ und böswilliger Panikmache der Opposition. Patienten könnten auch künftig frei entscheiden, ob sie medizinische Leistungen direkt beim Arzt bezahlen oder nicht, erklärten Sprecher von Union und FDP. ck/dpa

Kommentar**Du sollst kein falsch Zeugnis reden**

So, so, der Gesundheitsexperte der SPD, Karl Lauterbach, findet also, dass Kostenerstattung mit Vorkasse gleichzusetzen und deshalb „unchristlich und widerlich“ sei. Nun ist man ja von Karl Lauterbach gewohnt, dass er sich in Diskussionen mitunter eher mit dem Schwert denn mit dem Florett zu Wort meldet. Dennoch sei die Frage erlaubt, ob es christlicher und weniger widerlich ist, die Sachebene zu verlassen und mittels Polemik Wirklichkeiten zu verdrehen, nur um Stimmung gegen die Zahnärzteschaft zu erzeugen. Denn zu Recht haben etwa schon Bundeszahnärztekammer, Kassen-

zahnärztliche Bundesvereinigung, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte aber auch die Privatzahnärztliche Vereinigung Deutschlands auf den eklatanten Unterschied hingewiesen. Vorkasse bedeutet: Erst zahlen, dann Leistung. Kostenerstattung aber meint: Erst Behandlung, dann Rechnung, dann Erstattung durch Kostenträger und dann erst Zahlung. Und dies entsprechend eines von den Zahnärzten großzügig bemessenen Zahlungsziels. Man beachte die Reihenfolge. Aber wetten, dass es selbst auch unter Professoren weiterhin Unbelehrbare gibt?

Stefan Grande

KZBV**Karin Ziermann ist Direktorin**

Dr. Karin Ziermann wurde vom Vorstand der KZBV zur Direktorin ernannt. Die Juristin gehört der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung seit dem Jahr 1994 an. Nach ihrer langjährigen Tätigkeit als stellvertretende Leiterin des Justiziariates wechselte Dr. Ziermann 2006 in das Vorstandsbüro und wurde Vorstandsbeauftragte. Mit Wirkung zum 1. September 2010 ernannte der Vor-

stand Dr. Karin Ziermann zur Direktorin der KZBV. pm



Foto: privat

Chronische seltene Erkrankungen**Achse und Central schreiben Preis aus**

Die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. und die Central Krankenversicherung AG schreiben in diesem Jahr erstmals einen Preis aus. Ziel des ACHSE/Central-Versorgungspreises für chronische seltene Erkrankungen 2011 ist die Förderung und Multiplizierung innovativer Projekte, die die Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen stärken. Die Auszeichnung ist mit 5 000 Euro dotiert und richtet sich an Unternehmen, Institutionen, Organisationen oder Einzelpersonen. Bewerbungen sind bis zum 31. Dezember 2010 möglich.



Mit der Verleihung des ACHSE/Central Versorgungspreises für chronische seltene Erkrankungen 2011 haben sich die ACHSE – ein Netzwerk von derzeit über 90 Patientenorganisationen – und die Central Krankenversicherung gemeinsam zum Ziel gesetzt, die Versorgungssituation von Patienten mit chronischen seltenen Erkrankungen zu verbessern. Die Auszeichnung erfolgt voraussichtlich im Mai 2011 in Berlin. Das Bewerbungsformular ist im Netz zu finden. sf/pm

■ www.achse-online.de

Neue Patientenbroschüre**Zahngesundheit und Körper**

Über die Wechselbeziehungen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit klärt eine neue Patientenbroschüre der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK) auf. So können etwa Ent-

zündungsherde im Mund das Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erhöhen. Umgekehrt können chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, Zahnerkrankungen

Organspende**Steinmeier will Gesetz ändern**

Nach der Nierenspende für seine Ehefrau setzt sich der SPD-Fraktionsvorsitzende Frank-Walter Steinmeier für eine Änderung des Organspendegesetzes ein, um die Zahl der Spenden in Deutschland spürbar anzuheben. „Ich schlage vor, dass jeder Bundesbürger von den Krankenkassen

verpflichtend über Organspenden informiert wird, und er sich dann offen und frei entscheidet“, sagte Steinmeier der „Bild am Sonntag“. „Wir wissen doch nicht erst seit meinem Fall, dass viele Menschen leiden, manche sterben, weil es nicht genügend Spenderorgane gibt.“ Deshalb wolle er einen neuen parteiübergreifenden Anlauf für die Änderung des Organspendegesetzes machen. Mit einigen Krankenkassen hat Steinmeier dem Bericht zufolge bereits über eine mögliche Gesetzesänderung gesprochen. ck/dpa



Foto: BZgA

Brücke zwischen Forschung und Praxis**DGÄZ gründet Wissenschafts-Fonds**

Die Deutsche Gesellschaft für ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) hat einen Wissenschafts-Fonds mit einem Grundkapital von 50 000 Euro eingerichtet. Die Summe soll über Kooperationen mit der Industrie zur Forschungsförderung weiter etabliert werden. „Das ist ein Projekt, das mir persönlich sehr am Herzen liegt“, sagte DGÄZ-Präsident Prof. Robert Sader. Er selbst käme aus der Hochschule, sehe aber mit großer Anerkennung, welche wichtigen Erfahrungen aus den Praxen auf das Fachgebiet Einfluss nähmen: „Hier soll der Fonds eine

Brücke zwischen der Hochschule und der wissenschaftlich arbeitenden Praxis bauen.“ Anträge auf Forschungsförderung könnten nur aus der Praxis kommen, betonte Sader. „Der Fonds dient dazu, den Praxen eine wissenschaftliche Arbeit überhaupt erst zu ermöglichen, denn diese ist mit viel Arbeit und daher auch mit Ausfall an Praxistätigkeit verbunden.“ Der Fonds soll ausschließlich diese Finanzlücke in der Praxis abfedern und ist nicht für die Hochschulen vorgesehen. sf/pm

Erfolgreiches 17. Benefiz-Golfturnier der BLZK

Via Golf sport Zeichen setzen

Seit siebzehn Jahren veranstaltet die Bayerische Landeszahnärztekammer einmal im Jahr ein Benefiz-Golfturnier im Golfclub Erding-Grünbach. In diesem Jahr fand die Veranstaltung am 21. Juli 2010 statt. Gespielt wurde traditionell zugunsten der Rudolf Pichlmayr Stiftung. Mit dem Reinerlös von 7992,47 Euro konnte das Ergebnis vom Vorjahr mehr als verdoppelt werden. Finanziert wird das Turnier zum einen durch die Teilnehmergebühr, zum anderen durch die Unterstützung mit Geld- bzw. Sachspenden von Sponsoren, vorwiegend aus der Dental-, Banken- und Versicherungsbran-

che. Die Sachpreise werden im Rahmen einer Tombola verlost bzw. bei einer Auktion meistbietend versteigert. Ein besonderes Highlight der Versteigerung war diesmal ein vom Zeichner Erik Liebermann gestifteter Originalcartoon. Elf Flights aus ganz Bayern gingen an den Start und kämpften um die sportliche Ehre und für den guten Zweck. Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, der Vorsitzende der Stiftung, war zusammen mit dem Kinderarzt und leitenden Reha-Mediziner der Stiftung, Dr. Michael Kerber, sowie einer Patientenfamilie zur Abendveranstaltung nach Erding gekommen. Er dankte der BLZK



Foto: BLZK

wie auch den teilnehmenden Sportlern: Der Reinerlös soll für die Errichtung eines von speziell ausgebildeten Reha-Mediziner begleiteteten Klettergartens verwendet werden. sf/pm

■ www.blzk.de/golf

www.berufskunde2020.de

Abrechnung im Netz

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA) und der Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland (BdZM) wollen mit ihrer Infoseite www.berufskunde2020.de angehende Zahnmediziner auf dem Weg in die Freiberuflichkeit unterstützen.

Ihr Konzept „Berufskunde2020“ soll dabei einen wichtigen Ratgeber für den Berufsstart bieten.

Zum Deutschen Zahnärztetag wird die Website um den Themenkomplex „Grundlagen der zahnärztlichen Abrechnung“ ergänzt. Ziel ist, den zahnmedizinischen Nachwuchs unabhängig von wirtschaftlichen Interessen zu beraten. Zahnmedizinisierende und Absolventen können sich auf der Internetseite www.berufskunde2020.de über alle Aspekte des Themengebietes informieren. ck/pm

Deutsche Haut- und Allergiehilfe e. V.

Hilfe bei chronischem Handekzem

Die Patientenbrochure „Chronisches Handekzem“ informiert über das Krankheitsbild, Auslöser, diagnostische Methoden sowie klassische und neue Behandlungsmöglichkeiten.

Hintergrund: Jeder dritte Berufstätige

kann aufgrund von Beschwerden, die durch Handekzeme ausgelöst werden, zumindest vorübergehend seine Profession nicht ausüben. Insgesamt leiden in Deutschland rund zehn Prozent der Bevölkerung mindestens zeitweise an einem Handekzem. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollten die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur Vorbeugung beruflich bedingter Hautschäden daher un-



bedingt einhalten, warnt Dr. Heike Behrbohm von der Deutschen Haut- und Allergiehilfe in Bonn. Arbeitgeber sind unter anderem verpflichtet, ihren Mitarbeitern Handschuhe aus Baumwolle oder allergenarmem Kunststoff, milde Hautschutz- und Hautpflege-salben sowie hautschonende Reinigungsmittel zur Verfügung zu stellen. Ausführliche Informationen rund um das Thema Handekzem haben Dr. Sonja Molin und Prof. Thomas Ruzicka von der Dermatologischen Universitätsklinik in München zusammengestellt. Die kostenlose Broschüre kann im Internet unter www.dha-handekzem.de angefordert werden. sf/pm

Kampagne der BZgA

Organpate werden

In Berlin startete unter dem Motto „Organpaten werden“ die neue Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die rund um das Thema Organ- und Gewebespende informieren will. Ziel ist es, die Zahl derer, die einen Organspendeausweis bei sich tragen, zu erhöhen.

Um Menschen dort zu erreichen, wo sie sich täglich aufhalten, wandert die Kampagne mit einer Informationstour quer durch Deutschland und macht Station in städtischen Einkaufszentren und bei Großveranstaltungen. Im Mittelpunkt stehen zehn elektronische und mechanische

Informationsmodule. Diese einzelnen Stationen laden Besucherinnen und Besucher ein, sich dem Thema Organspende auf spielerische Art zu nähern. So geben unter anderen Attraktionen Multi-Touch-Tische einen virtuellen Einblick in den Körper. Da die Entscheidung zur Organspende ein sehr persönliches Thema ist, stehen außerdem ein geschultes Team sowie Vertreterinnen und Vertreter von örtlichen Selbsthilfegruppen für Fragen und Anliegen der Besucher zur Verfügung. Die neue Internetseite www.organpaten.de hält darüber hinaus weitere Informationen bereit. sp/pm

Erste Symptome erkennen

Wähle 112 bei Schlaganfall

Hat ein Patient aus heiterem Himmel Seh-, Sprech- oder Bewusstseinsstörungen, kein Gefühl in einem Bein oder Arm oder gar eine einseitige Fazialisparese, dann ist sehr rasches Handeln angesagt. Je schneller er einer Klinik mit einer Schlaganfall-Spezialstation, der Stroke-Unit, zugeführt wird, desto größer ist die Chance, dass er mittels einer Thrombolysebehandlung gerettet und unter Umständen beschwerde- und folgenfrei entlassen werden kann. Die Therapie darf jedoch nur in den allerersten Stunden nach Auftreten der Schlaganfall-symptome zum Einsatz kommen und kommt nur bei solchen Patienten infrage, die keine Hirnblutung aufweisen. Wichtig ist es daher, Warnsignale zu erkennen und umgehend den Rettungsdienst mit der Nummer 112 zu rufen. Doch dies bleibt oft aus oder erfolgt erst Stunden nach den ersten Symptomen, wie anlässlich einer Presskonferenz der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (SDSH) erklärt wurde. Mehr als 70 Prozent der Schlaganfallpatienten erreichen die Klinik heute immer noch zu spät, um mit einer Thrombolyse behandelt zu werden. Man geht von einer Zeitspanne von maximal drei Stunden aus, in denen eine Lysetherapie erfolgreich einsetzbar ist, wie Prof. Dr. Otto Busse, Berlin, erklärte. Erstmaßnahme ist neben dem Notruf die Hochlagerung des Oberkörpers. Die Gabe von ASS (Acetylsalicylsäure) gilt im Akutfall als kontraindiziert. Angehörige sollten das eintreffende Rettungsteam über be-



Foto: fotolia

kannte Medikamenteneinnahme informieren. Sollte ein Patient im Zahnarztstuhl einen Apoplex erleiden, ist es hilfreich, den aktuellen Anamnesebogen mitzugeben, der alle Medikamente enthalten sollte, die der Patient derzeit einnimmt. Nicht zu vergessen ist ein unter Umständen vom Zahnarzt gerade appliziertes Medikament.

Schlaganfälle sind die zweithäufigste Todesursache und die häufigste Ursache für Behinderungen im Erwachsenenalter. Auslöser ist in etwa 80 Prozent der Fälle ein Gerinnsel, das ein Hirngefäß verschließt. Mit der Thrombolyse, die ein solches Gerinnsel auflösen kann, steht seit längerem eine effektive Therapie zur Verfügung. Diese kann das Ausmaß der Behinderungen nach einem Schlaganfall vermindern. „Vor der Lysebehandlung wird durch eine Computer- oder Magnetresonanztomografie ausgeschlossen, dass eine Hirnblutung den Schlaganfall ausgelöst hat“, erläutert Professor Dr. Joachim Röther, Hamburg-Altona. Eine umgehende Einweisung in die nächste Klinik mit Stroke Unit, kann die Chance auf Heilung erheblich verbessern. sp

Deutsche Gesellschaft Laserzahnheilkunde

Dreifacher Jubiläums-Kongress

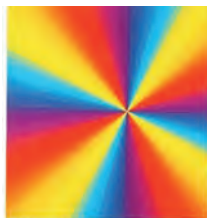
Gleich mit drei Jubiläen startete die 19. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde mit rund 400 Teilnehmern Ende Oktober in der „Einstein-Stadt“ Berlin, wie der Vorsitzende, Prof. Dr. Norbert Gutknecht, Aachen, in seinen einleitenden Worten erläuterte.

Vor 50 Jahren stellte nämlich Theodore Maiman seinen Rubin-Laser erstmalig vor, und fabrizierte Laserlicht, wozu Einstein mit seiner Publikation zur Quantentheorie der Strahlung den Grundstein legte.

Vor 20 Jahren erfolgte erstmalig die Anwendung eines Lasers in der Zahnheilkunde und damit

auch die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde, die den wissenschaftlichen Austausch und Weiterbildung zum Ziel hat.

Vor 15 Jahren gab es die erste Anwendung des Diodenlasers in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Gelehrt wird diese Methode, die in der Augenheilkunde bereits zum Goldstandard reüssiert ist, bislang an den Zahnkliniken der Universitäten Aachen, Bonn, Düsseldorf, Freiburg, Göttingen und München.



dgl. Deutsche Gesellschaft für **laser.** Zahnheilkunde e.V.

Dass nicht weitere deutsche Hochschulen auf diesen Lehrplan aufgesprungen sind, liegt daran,

dass Laserzahnheilkunde in einigen Bereichen auch heute noch kontrovers diskutiert wird. In vielen Bereichen jedoch gehört er, so die Referenten in Berlin, durchaus

zum Fortschritt in der modernen, wissenschaftlich fundierten Zahnheilkunde. Auch, wenn es in dem Fachbereich noch keine Therapiemethode gibt, die ausschließlich mit dem Lasergerät erfolgt, ist das Verfahren in viele Therapieschritte integrierbar, wie Dr. Georg Bach, Freiburg, in seinem Übersichtsreferat sagte.

Das Verfahren erschließt jedoch neue Behandlungsoptionen zur Erweiterung des Praxisspektrums. So hat die Methode durchaus ihre ergänzende Daseinsberechtigung in der zahnärztlichen Chirurgie, in der chirurgischen Parodontologie, in der Endodontie, in der Kariesbehandlung sowie in der Diagnostik, wie sich an der inzwischen in der Praxis etablierten Diagnostik-Methode zeigt. In Deutschland sind knapp 8 000 Lasergeräte in zahnärztlichen Praxen etabliert und kommen dort täglich zum Einsatz. Als Zukunftsperspektive nannte Gutknecht eine mögliche Verquickung mit CAD/CAM, was seiner Meinung nach einen erheblichen Fortschritt darstellen würde. sp

Länderaufstand

Den 25. Oktober 2010 wird Philipp Rösler so schnell nicht vergessen. In seiner nonchalanten Art hatte er den Länderministern auf einer Sonder-Gesundheitsministerkonferenz mitgeteilt, dass er eine Kommission mit KBV, BÄK, DKG, GKV-SV, GBA, Hochschulen und je drei Vertretern von A- und B-Ländern zur Bedarfsplanung bilden werde. Aufgaben der Kommission: Erarbeitung von flexiblen Konzepten, stärkere Einwirkungsmöglichkeiten der Länder, Verständigung über den Ausbau vorhandener Sicherstellungsinstrumente und anderes mehr.

Die Länder zeigten sich empört und gaben dem Bundesgesundheitsminister flugs eine Nachhilfestunde in parlamentarischen Usancen. Die GMK nehme Röslers Vorschlag zur Kenntnis. Sie wolle eine Kommission von Bund und allen Ländern, gemeinsam vom BMG und dem Vorsitzland der GMK geleitet, und dass die wesentlichen Beteiligten nur über Anhörungen und Stellungnahmen einbezogen würden.

Was sie weiterhin wollen, haben sie mit Verweis auf den einstimmigen Beschluss „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der Medizinischen Versorgung“ dargelegt. Lapidar heißt es dort, dass die Länder eine zeitnahe Umsetzung erwarten. Abstimmungsergebnis: 16:0. Sie sollen Philipp Rösler zu verstehen gegeben haben, dass sonst auch im Bundesrat mit einer Abstimmungsniederlage von 16:0 zu rechnen sei. Der Minister soll erzürnt den Saal verlassen haben.

In der Pressekonferenz setzte die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer noch ein Sahnehäubchen obendrauf. Es sei unklar, wohin die Strategie des Bundes laufe, selten sei in einer Sonder-GMK ein derart wenig konkretes Papier vorgelegt



Foto: Bundestag 2006

worden. Es sei notwendig, sich über Zuständigkeiten neu zu unterhalten. Der gesamte Vorgang war eine Steilvorlage für die Länder, hatten sie doch schon seit längerem versucht, auf die gesundheitspolitische Bühne zurückzukehren. Das ist jetzt mit einer herben, öffentlichen Niederlage Philipp Röslers gelungen. Nach Jahren der „politischen Gefangenschaft“ durch die Große Koalition, nach vielen zustimmungsfrei konzipierten Gesundheitsreformen sitzen die Länder bald wieder gleichberechtigt mit am Tisch.

Wie wenig Sinn es macht, sich auf Druck und „Spielchen“ aus Berlin einzulassen, wird sich wohl schon in den kommenden Landtagswahlen erweisen. Das wird die gesundheitspolitischen Autonomiebestrebungen der Länder weiter stärken. Zudem stehen Regionalisierungskonzepte für die Versorgung auf der Agenda, sind in mehreren Parteien programmatisch verankert und zu guter Letzt mit dem wissenschaftlichen Segen des Sachverständigenrats versehen. Ärgerlich für Philipp Rösler, das war das Aus

für ein fröhliches Durchregieren wie beim AMNOG und dem GKV-FinG.

Ärgern wird es auch die KBV, für die nach dem warmen Geldregen die Neuregelung der Bedarfsplanung der zweite, wichtige Schachzug sein sollte. Die entsprechenden Papiere waren längst geschrieben und lesen sich wie die Blaupause für einen Ärztetraum à la KBV. Der Bundesgesundheitsminister kann sie in die Kommission einbringen, aber nicht mehr einfach durchwinken, nicht mehr ohne relevanten Widerstand die KBV

beglücken. Auch die „große Konferenz für das Gesundheitswesen“ unter Leitung von Philipp Rösler ist wie eine Seifenblase geplatzt. Gehen die nächsten Landtags- und Stadtstaatenwahlen zu Gunsten der Opposition aus, wird der Wind aus den Ländern für Rösler noch steifer werden. Da heißt es, Taktik ändern oder sich warm anziehen. ■



Foto: privat

Mit der Sonder-Gesundheitsministerkonferenz zur Bedarfsplanung Ende Oktober haben sich die Länder nach Jahren großkoalitionärer Enge wieder als gleichberechtigte Partner auf Bundesebene etabliert, meint der Berliner Fachjournalist für Gesundheitspolitik Julian Visarius.

Man mag zum Föderalismus stehen wie man will, ihn als anachronistische Kleinstaaterei, als Bremsklotz für Neuerungen oder als notwendiges demokratisches, regionales Korrektiv sehen, die Gesundheitspolitik auf Bundesebene muss wieder mit den Ländern rechnen, und die vertreten zuerst einmal eigene Interessen.

Parlamentarischer Abend für Alters- und Behindertenzahnheilkunde

Einsatz für ein besseres Versorgungskonzept

Rund 120 Teilnehmer diskutierten auf einem Parlamentarischen Abend am 26. Oktober im Berliner Humboldt-Carré das von der Zahnärzteschaft erarbeitete Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ (AuB-Konzept, siehe auch zm-Titelgeschichte 12/2010). Und man war sich einig: Der in der GKV-Versorgung übliche Ansatz, jeder Erwachsene könne seine Mundhygiene selbstverantwortlich durchführen und eine Zahnarztpraxis aufsuchen, berücksichtigt nicht die Lage von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Tenor des Abends: Die Lage muss durch gesetzliche Maßnahmen verbessert werden.



Gruppenbild für das AuB-Konzept (v.l.n.r.): Dr. Dietmar Oesterreich (BZÄK), Dr. Imke Kaschke (BDO), CDU-MdB Dr. Rolf Koschorrek, der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung Hubert Hüppe, Prof. Dr. Ina Nitschke (DGAZ) und Dr. Wolfgang Elßer, (KZBV)

Eingeladen hatten die Bundestagsabgeordneten Ulrike Flach (FDP) und Dr. Rolf Koschorrek (CDU). Gekommen waren Vertreter aus Bundestag, Patientenverbänden, Ministerien, Krankenkassen und Zahnärzteschaft, darunter auch BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel und der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Das Ziel des gemeinsam mit der Zahnärzteschaft intensiv vorbereiteten und durch eine Reihe von politischen Gesprächen eingestimmten Abends, den Informations- und Meinungsaustausch zum Konzept der Zahnärzte voranzutreiben und Aktivitäten im politischen Bereich anzustoßen, wurde durch einhellige Argumentationen gestützt.

Klar definierte Ansprüche

Koschorrek, der schon den „ersten Aufschlag“ zu diesem politischen Projekt vor gut eineinhalb Jahren in Berlin mitgetragen hatte, versprach weiteren Einsatz, um in Richtung Entscheidungsebene „mehr Druck

aufzubauen“. Grundlage für den fachlichen Austausch war ein Impulsreferat der am – von BZÄK und KZBV koordinierten – AuB-Konzept beteiligten Zahnärztinnen Prof. Dr. Ina Nitschke (Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin, DGAZ) und Dr. Imke Kaschke (Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen, BDO). Die Patientengruppen, um die es den zahnärztlichen Machern des Konzeptes geht, nämlich ein nicht unerheblicher Teil Betroffener aus der Gruppe der rund 2,25 Millionen Pflegebedürftigen und der 7,1 Millionen amtlich anerkannten schwerbehinderten Menschen, bedürfen spezifischer zahnärztlicher Betreuung. Gerade ein „Handicap“ bedeute oft auch schlechtere Mundgesundheit.

Das Manko: Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen sei gerade auf diese Gruppen nicht abgestimmt. Hier seien differenzierte Maßgaben, die das zahnärztliche Konzept berücksichtigt, anzusetzen.



Fotos: Lopata

Die Forderung der beiden Zahnärztinnen: „Der Gesetzgeber muss den Versorgungsanspruch für diese Zielgruppe im SGB V verankern. Das erfordert eine klar definierte Berechtigung und einen wissenschaftlich fundierten Leistungskatalog für die in diesem Bereich mit deutlich höherem Aufwand erfolgende Prävention und Therapie.“

Handlungsbedarf bestätigt

Die erforderlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, sei insbesondere auch deshalb von hoher Bedeutung, weil gerade im Alter Krankheiten wie Diabetes mellitus, Herz- und Kreislauferkrankungen, Schlaganfall, Demenz oder Morbus Alzheimer, aber auch Mundschleimhauterkrankungen sowie Tumore im Kopf- und Halsbereich vermehrt auftreten und angesichts der systemischen Zusammenhänge zwischen Mund- und allgemeiner Gesundheit besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

Auf der Ebene des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen habe man das, so Prof. Nitschke, bereits erkannt und das Thema der zahnmedizinischen Unterversorgung der Pflegebedürftigen in das Gutachten von 2009 erstmals aufgenommen.

Deutschlands Zahnärzteschaft habe für die mit belastbaren Zahlen belegte Situation aus schlechter Zahn- und Mundgesundheit dieser Patienten, einer weitgehend leider nur beschwerdeorientierten Versorgung im Bereich der Pflege und aufwändiger Behandlungssituation nach fachlicher Analyse Lösungsansätze entwickelt, die es erlauben,

Parlamentarischer Abend, erstmals
im Humboldt-Carré in Berlin-Mitte



Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige nach Anspruchsberechtigung und klar strukturiertem Leistungsspektrum eine adäquate Behandlung zu ermöglichen.

Maßnahmen muss man gesetzlich verankern

Daraus resultiert ein jetzt umzusetzendes Projekt, das die Anspruchsberechtigung nach einem wissenschaftlich fundierten Leistungskatalog für Prävention und Therapie im Verbund mit einem Ausgleich des Mehraufwandes für die zahnmedizinische Behandlung dieser Patientengruppen fest-schreibt. Dieses Projekt gelte es, so die Darstellung der beiden Referentinnen, in einen Gesetzesvorschlag zur Änderung des Paragraphen 22 a des SGB V münden zu lassen. Eine klare Aufforderung an die politischen Entscheider.

KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Eßer stützte diesen Aufruf an den Gesetzgeber, endlich zu handeln. Denn die gesamte Systematik, zum Beispiel die Befassung des gemeinsamen Bundesausschusses mit der Thematik, brauche den konkreten gesetzlichen Auftrag, um sich mit den vor einem halben Jahr veröffentlichten zahnärztlichen Vorschlägen befassen zu können. Ein Ansinnen der Zahnärzte an den Gesetzgeber, das den durch die Diskussion führenden CDU-Parlamentarier Koschorrek zu dem Fazit veranlasste, der politische Handlungsbedarf für eine bessere zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sei „einhellig anerkannt“. Die zm werden berichten. mn

Bayerischer Zahnärztetag

Votum für die Freiberuflichkeit

Wer bislang von einer gewissen Bipolarität zwischen Österreichern und Deutschen ausging, der wurde beim 51. Bayerischen Zahnärztetag im Oktober in München eines Besseren belehrt. Nicht allein, dass BLZK-Präsident Michael Schwarz fast die gesamte österreichische Kammerspitze begrüßen durfte, in diesem Jahr kam auch der Festredner aus der Alpenrepublik. Politisch ging es um die Rahmenbedingungen von Berufsausbildung und Berufsausübung.



Kammerpräsident Michael Schwarz mit Staatsminister Dr. Markus Söder und BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel (v.l.n.r.)



Festredner Prof. Konrad Paul Liessmann, Wien

Die Vertretung der österreichischen Kammer wurde angeführt von MR DDr. Hannes Westermayer sowie dem Präsidenten des Councils of European Dentists (CED), MR Dr. Wolfgang Doneus. Prof. Konrad Paul Liessmann, Vizedekan der Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaft an der Universität Wien, bilanzierte zehn Jahre nach der Bologna-Deklaration eine „Leere des europäischen Hochschulraumes“. Materielle und geistige Ressourcen der Universitäten seien verschwendet worden, während weder die Mobilität der Studierenden erhöht noch die Chancen der neuen Akademiker-Generation auf dem Arbeitsmarkt verbessert worden seien. Nicht einmal die internationale Anerkennung des europäischen Bachelors sei gewährleistet. Dafür aber sei das Diplom, bislang ein deutsches Qualitätsmerkmal, insbesondere in den Ingenieurwissenschaften, aufgegeben worden. „Die Studienabschlüsse nehmen zwar zu, aber ihr Wert sinkt“, so Liessmann. „Polemisch ausgedrückt: Der Bachelor ist der Studienabschluss für Studienabbrecher. Wer bislang mangels Qualifikation an einer Diplomarbeit scheiterte, der wird nun zum Akademiker befördert.“

Gegen die Öffnungsklausel

Der bayerische Staatsminister Dr. Markus Söder (CSU) ging auf aktuelle Fragen der Gesundheitspolitik ein. „Die Beratungen über eine Gebührenordnung für Zahnärzte müssen zeitnah abgeschlossen werden. Eine Öffnungsklausel lehnen wir strikt ab. Wir wollen die freie Arztwahl.“ Selektivverträge in der privaten Krankenversicherung seien ebenso abzulehnen. Söder bekannte sich erneut zur Freiberuflichkeit im Gesundheitswesen: „Bayern steht zu Ärzten und Zahnärzten als Freie Berufe. Sie sind Garanten für die hohe Qualität unserer Gesundheitsversorgung.“

Dem schloss sich der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, an. Zugleich aber mahnte er, hehren Worten auch Taten folgen zu lassen. Wer das Krankenversicherungssystem krisenfest machen wolle, müsse die Frage beantworten, welche Leistungen eine älter werdende Gesellschaft

zu welchem Preis und auf welchem Qualitätsniveau künftig erwarten dürfe. „Das Bismarcksche Solidarsystem wird angesichts unserer Demografie gegen die Wand fahren, wenn es nicht zu wirkungsvollen Strukturreformen kommt“, sagte Engel. Solche Reformen seien derzeit nur in wenigen Ansätzen erkennbar, so zum Beispiel bei der Debatte über die Erleichterung der Kostenerstattung. Andererseits sei jedoch zu beobachten, dass in der Privaten Krankenversicherung immer mehr staatliche Regulierung spürbar werde, wie die Einführung des Basistarifs zeige. Engel: „Der Basistarif mutiert zur Verhandlungsbasis der Privaten Krankenversicherung für die Öffnungsklausel in der GOZ. Es ist erschreckend, dass sich die PKV bei Leistung und Honorierung immer mehr an der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert.“

Prof. Dr. Werner Geurtsen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und diesjähriger Partner der BLZK für den wissenschaftlichen Kongress, forderte eine noch stärkere Kommunikation zwischen Standespolitik, Praxis und Universitäten. So könne und müsse der von seiner Fachgesellschaft entwickelte Gedanke einer Primär-Primär-Prophylaxe forciert werden, um die Zahngesundheit bei Kindern noch weiter zu verbessern.

Michael Schwarz, Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, forderte von der Politik eine verlässliche Perspektive im Hinblick auf die Zukunft des Gesundheitssystems. „Die Politik sollte gemeinsam mit der Selbstverwaltung der Heilberufe nach Wegen zu suchen, die flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau und zu angemessenen Honoraren zu gewährleisten“, sagte Schwarz. Ohne auf die aktuelle Budgetsituation in Bayern direkt einzugehen, verlangte der bayerische Kammerpräsident auch für Vertragszahnärzte eine angemessene Honorierung erbrachter Leistungen.

Laura Ehrler
Amberger Str. 11, 81679 München

Mainzer Forum Gesundheit

Aspekte des Alterns

Ein prominent besetztes Podium präsentierte am 20. Oktober der Präsident der Landes Zahnärztekammer Rheinland Pfalz, Dr. Michael Rumpf, beim diesjährigen Mainzer Forum Gesundheit den Gästen: Neben der parlamentarischen Staatssekretärin Julia Klöckner (CDU) und dem ehemaligen Minister Heinrich Geißler (CDU) diskutierten der Journalist Ulrich Kienzle und der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Peter Engel sowie die Gerontologen Prof. Dr. Andreas Kruse und Prof. Dr. Roland Harth über die Herausforderungen der Medizin in einer älter werdenden Gesellschaft.



Fotos: T. Zimmermann

Das Mainzer Kurfürstliche Schloss bot eine würdige Kulisse für die Diskutanten.

Julia Klöckner wies darauf hin, dass angesichts des demografischen Wandels, als dessen Folge 2035 jeder Dritte über 65 Jahre sein wird, sich die Ausgaben für Gesundheit fast zwangsläufig stark erhöhen werden – sowohl für jeden Einzelnen als auch für die Gesellschaft. Jeder müsse daher für sich entscheiden, welchen Stellenwert er dem Thema Gesundheit und damit verbundenen Ausgaben geben wolle. Wenngleich es eine freudige Entwicklung sei, dass die Menschen immer älter werden, so bedeute dies aber einen fundamentalen Wandel in Gesellschaft und Medizin. Dies betreffe sowohl positive Aspekte wie etwa das Freizeitverhalten als auch negative Aspekte wie das Thema Pflege.

Heiner Geißler übte massiv Kritik an der generellen gegenwärtigen Ausrichtung. So monierte er, „dass das Gesundheitswesen immer stärker unter dem Primat der Ökonomisierung gesehen wird.“ Vermehrt sei auch in der Medizin die „Selektierung der Menschen und die Kategorisierung der Leistungen“ zu beobachten. „Der Patient mutiert



Dr. Michael Rumpf, Präsident der Landes Zahnärztekammer, begrüßte zahlreiche Gäste aus Medizin, Wirtschaft und Politik.

zum Kunden als ob das Gesundheitswesen ein Elektromarkt wäre. Der Patient gilt immer mehr, je weniger er kostet“. Der von Ulrich Kienzle in der Diskussion geäußerte Zynismus, mit dem die Gesellschaft und vor allem die Medien den Älteren entgegenträten, sei nicht hinnehmbar. Die Allgemeinheit habe die ethische Aufgabe, denen zu helfen, die in Not sind, so Geißler. Daher brauche es nach wie vor ein Solidarsystem im Gesundheitsbereich.

Blickpunkt Solidarsystem

Dass dieses jedoch an seine Leistungsfähigkeit gestoßen sei, darauf verwies der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. Das Solidarsystem, so wie es

Bismarck andachte, sei so nicht länger finanzierbar. „Der Staat wird zukünftig nicht mehr in der Lage sein, das zu regeln, was er bisher alles geregelt hat“, sagte Engel. Jeder Einzelne müsse daher mehr Verantwortung übernehmen, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer.

Engel unterstrich auch die gewaltigen Auswirkungen auf die Medizin, die die Demografie hervorbringe. „Angesichts der Zunahme von multimorbiden und behinderten Patienten werden wir Mediziner mit ganz anderen Sorgen konfrontiert werden“. Dies berühre auch ethische Fragen der Berufsausübung, die immer wieder der Zeit angepasst werden müssten. Die (Zahn-) Mediziner hätten dabei nicht nur eine Verantwortung dem Patienten, sondern auch der Gesellschaft gegenüber.

Ethik und Würde sah auch Ulrich Kienzle als maßgebliche Aspekte, die die Zukunft der Medizin bestimmen werden. Kienzle: „Wenn die Ökonomisierung so weitergeht, dann sehe ich schwarz. Meine Generation ist möglicherweise die letzte, die ein würdiges Alter erleben darf.“

Der Gerontologe Prof. Dr. Andreas Kruse aus Heidelberg plädierte dafür, die zunehmende Lebenserwartung nicht nur unter dem Blickwinkel der Erkrankung, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu sehen, vielmehr sollte die Frage ins Zentrum rücken, wie es über Prävention gelingt, möglichst lange gesund zu bleiben. Für die Patientenversorgung bedeute dies auch, dass es zukünftig mehr gesellschaftliche Netzwerke brauche, die als „caring community“, als fürsorgende Gemeinschaft, fungieren.

Prof. Dr. Roland Harth aus Mainz vertrat die Auffassung, dass die zunehmende Lebenserwartung und der Prozess des Alterns für den Einzelnen auch die Kunst bedeute, Sichtweisen zu ändern. Es gelte, das Bild von einer ewig währenden Jugendlichkeit nicht länger zu verherrlichen. Vielmehr sei angezeigt, zu erlernen, wie die Begleiterscheinungen des Älterwerdens in Würde angenommen werden können. sg

10. Zahnärztetag Thüringen

Bewährtes – Trends – Innovationen

Mit dem zehnten Thüringer Zahnärztetag beging die Zahnärztekammer zeitgleich ein Jubiläum, nämlich das 20-jährige Bestehen der zahnärztlichen Selbstverwaltung, die sich im Herbst 1990 gegründet und ihren Aufbau begonnen hat. Die Zahnärztekammer hat sich bis heute so etabliert, dass sie dem starken Gegenwind, der von der Gesundheitspolitik ausgeht, beständig getrotzt hat und auch weiterhin ihren Mann stehen wird. Gleichzeitig kamen knapp 1 300 Teilnehmer nach Erfurt, um sich fortzubilden, den kollegialen Austausch zu pflegen und Interdisziplinarität in Vorträgen und Seminaren zu erfahren.



Festakt 20 Jahre LZK Thüringen in Erfurt: Dr. Wagner (M.), Dr. Dr. Weitkamp (r.) und der ehemalige Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Prof. Dr. Dr. Joseph Kastebauer (l.) – von beiden hat die Thüringer Kammer viel Aufbauhilfe erfahren

Fotos: Zeiß

Der Kammerpräsident Dr. Andreas Wagner gab in seiner Begrüßungsrede zum Festakt einen Überblick über die Aktivitäten der letzten zwanzig Jahre: „Mit dem Elan der Wendezeit haben wir die Selbstverwaltung aufgebaut. Es wurde uns schnell klar, dass wir nur durch aktive Mitarbeit in den verschiedenen Gremien unserer Körperschaften die Zukunft der Zahnärzteschaft mitgestalten können“. Er lobte die kollegiale Zusammenarbeit und Leistung aller Beteiligten und dankte auch den Kammern, die damals unterstützende „Pionierarbeit“ geleistet haben.

Wagner blickte nicht nur zurück, sondern auch nach vorne: „Aber dies ist kein Prozess, der abgeschlossen ist. Im Gegenteil, auch heute – zwanzig Jahre später – müssen wir uns, vielleicht mehr denn je, engagiert für unsere freie Berufsausübung durch unser aktives Handeln einsetzen und diese dadurch sichern“, sagte Wagner. „Unser Berufsstand ist schon seit langem dafür bekannt, dass er bereit ist, auf die Herausforderungen der gesellschaftlichen Entwicklung Antworten zu

geben. Leider mutieren wir aber oft zum verlängerten Arm des Staates und zum reinen Weisungsempfänger des Bundesgesundheitsministeriums. Immer ist es eine Gratwanderung, staatliche Vorgaben realitätsnah, unbürokratisch und kostengünstig für die Kollegenschaft umzusetzen“. Er machte den Zuhörern Mut, um diesen Prozess positiv meistern zu können.

Keine schleichende Deprofessionalisierung

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Ehrenpräsident der BZÄK, erinnerte sich in seiner Festrede an die Gründungszeit der Thüringer Kammer und ging auf den Stellenwert der freien Berufe und deren besondere Verantwortung in der Gesellschaft ein.

Als größte Gefahren für den zahnmedizinischen Berufsstand sieht Weitkamp unter anderen eine „schleichende Deprofessionalisierung“, wie durch eine inzwischen längst überalterte Approbationsordnung. Weitkamp forderte die Ablösung des Sach-

leistungsprinzips in der GKV durch die Kostenerstattung.

Die Teilnehmer trafen sich bereits am Vormittag vor der offiziellen Eröffnung des Fortbildungszyklus zu Seminaren und Workshops. Unter anderen zu einem Thema, das immer wieder Zahnärzte im Alltag auf Unsicherheit stoßen lässt, wenn ein Alkohol-beziehungsweise Drogenabhängiger Patient zur Behandlung kommt. Professor Dr. Dr. Lutz Päßler, Wachau, erklärte die Pathomechanismen und physiologischen Prozesse gängiger Drogen und mögliche Interaktionen mit vom Zahnarzt verabreichten Medikationen. Vorwiegend sind hier Lokalanästhetika gemeint. Päßler gab Tipps: „Denken Sie daran, dass eine enge Pupille nicht nur von der hellen Behandlungslampe kommen kann, sondern auch der Heroin- und Opiat-Abhängige weist diese auf!“ Diese Patienten haben ein reduziertes Körperbewusstsein, das heißt, Angstgefühl und Hypersensitivität sind unnormale Veränderungen. So klagten Betroffene über Schmerzen, die eigentlich gar keine sind. Päßler gab den Rat: „Sprechen Sie eine anxiolytische Behandlung immer mit dem zuständigen Psychiater ab und verschieben Sie eine Behandlung möglichst in die Zeit nach dem Entzug“. Sollte jedoch als Notfallsituation ein Abszess auftreten, so riet er, nur zu punktieren anstatt zu inzidieren. „Schließen Sie alle Medikamente und Rezepte ein – sie sollten übrigens auch nie im Voraus abgestempelt werden, lassen Sie den Patienten nicht alleine im Zimmer und last but not least: Wenn Sie mehr Lokalanästhetika als die Norm benötigen, dann haben Sie einen Alkoholiker vor sich!“ sp

Neuer Gesundheitsbericht

Reine Männersache

Er qualmt, trinkt und arbeitet zu viel – typisch Mann! Kein Wunder, dass er krank wird, oder? Nein, sagen die Autoren des Ersten Deutschen Männergesundheitsberichts. Richtig ist: Wir wissen zu wenig über Männer und ihre Gesundheit. Männer vernachlässigen sich nämlich nicht nur selbst, sie werden auch vernachlässigt. Und das muss sich ändern.

2001 erschien der erste Frauengesundheitsbericht in Deutschland, jetzt, neun Jahre später, liegt der „Erste Deutsche Männergesundheitsbericht“ vor, herausgegeben von der Stiftung Männergesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. Von Experten wurde diese Ausarbeitung lang erwartet, weil sie den Weg zeigt, den die Männergesundheitsforschung in den vergangenen Jahren zurück-

Tendenz zur Selbstzerstörung kommt freilich nicht von ungefähr. „Wann ist ein Mann ein Mann?“, fragte Herbert Grönemeyer 1984. Eine Frage, die wir auch 26 Jahre später noch nicht abschließend beantworten können. Außen hart, innen weich? Stark und sensibel zugleich? Fest steht: Die gängigen Klischees sind bis heute fest in den Köpfen verankert. Heulen, jammern und sich pflegen? Geht gar nicht, weil unsexy. Der

sonderen Aufmerksamkeit. Letztlich waren Männer in der Gesundheitsforschung bislang kein großes Thema. Aber Autounfälle, Zigaretten, Alkohol, gefährliche Hobbys und Gewalt schaden nicht eben nur den Mitmenschen, sondern sind auch für einen Großteil der Todesfälle verantwortlich. Die Denke, Mann ist doch selber schuld, wenn er früher stirbt, greift den Autoren zu kurz. Auch hier sei die Männergesundheits-

„Männer haben Muskeln, Männer sind furchbar stark, Männer können alles, Männer kriegen nen Herzinfarkt“



„Männer habens schwer, nehmens leicht, außen hart und innen ganz weich“



gelegt hat, und zugleich einen Ausblick auf das gibt, was vor ihr liegt. Ein Meilenstein.

Das Werkzeug pflegen

„Ein Mann, der zu beschäftigt ist, sich um seine Gesundheit zu kümmern, ist wie ein Handwerker, der keine Zeit hat, seine Werkzeuge zu pflegen“, sagt ein spanisches Sprichwort. Tja, deutsche Männer haben wenig Zeit: Im Beruf stark eingespannt ernähren sie sich ungesund, rauchen zu viel, trinken exzessiv und sterben am Ende früher. Prävention? Davon halten sie eher wenig, stattdessen gehen sie oft an ihre Grenzen – körperlich wie physisch. Diese

„Männer sind einsame Streiter, müssen durch jede Wand, müssen immer weiter“

echte Mann ist hart im Nehmen. Wenn also das starke Geschlecht Raubbau an seiner Gesundheit betreibt, gilt auch das als männlich. Eine sehr begrenzte Sicht, sicher. Aber mal ehrlich: Wer will schon eine Memme, ein Warmduscher oder gar ein Vorwärtsparcker sein?

Die Haltung der Gesellschaft, Männer müssten immer leistungsfähig sein, deckt sich eins zu eins mit der landläufigen Meinung der Medizin, Männer bedürften keiner be-

forschung stärker als bisher gefragt, die Ursachen des gewagten Verhaltens aufzudecken, sagen sie. Immer volles Risiko, immer Vollgas – diese Haltung kann auch eine Form von Lebensbewältigung und Selbstmedikation sein, formuliert es beispielsweise eine neue These. Überdies sei es weniger das Verhalten, das die Männer krank macht als



die Verhältnisse. Genau: Risiko Job. Noch heute betreffen 92 Prozent der Arbeitsunfälle Männer. Teilzeit, Sabbatical und Elternzeit – für sie eher exotische Modelle.

Blinde Medizin

Die vorrangige Orientierung Richtung Beruf haben Männer auch verinnerlicht. Das Modell des männlichen Hauptnährers belastet sie zusätzlich, indem sie versuchen, den tradierten Männlichkeitsbildern zu ent-

reduzieren. Erektile Dysfunktionen, koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom, Hypogonadismus, psychische Krankheiten – sie spielen in vielerlei Hinsicht zusammen und erfordern eine ganzheitliche Sichtweise. Dass hier der Männerarzt fehlt, ist für die Forscher nur allzu offensichtlich.

einer geschlechtsspezifischen Symptomforschung zu Angststörungen, und es fehlen valide Daten zu Persönlichkeitsstörungen. Zwar stellt die Medizin dort, wo die Jungen wahrgenommen werden, zunehmend Probleme fest, die damit verbundenen seelischen Nöte werden aber ignoriert. Beispiel Adipositas: Übergewicht stellt bei Jungen ein größeres Problem dar als bei Mädchen. Doch obschon letztere von den Präventionsangeboten profitieren, während erstere kaum erreicht werden, wird die Vorsorge nicht geschlechtsspezifisch ausgerichtet. Wer als Kind dick ist, kämpft bekanntlich auch später mit den Pfunden. Und leidet unter dem Gewicht: In einer Studie zur sozialen Bedeutung und Stigmatisierung von Adipositas bei Kindern erhielten dicke Jungen die schlechtesten Sympathiewerte, außerdem wird ihnen signifikant häufiger als übergewichtigen Mädchen geringe Intelligenz und Faulheit zugeschrieben. Jungenspezifische Konzepte sind gefordert. Wird nicht umgedacht, schreiben sich die negativen Etikettierungen von „richtigem“ und „falschem“ Verhalten fort, obwohl sich dahinter eigentlich Krankheiten verstecken. Fazit: Die Geschlechterblindheit, die die Frauengesundheitsforschung in den 70ern beklagte, betrifft auch die Männer – nur langsam verändert sich die Sicht auf sie und ihre Gesundheit. ck

„Männer sind so verletzlich, Männer sind auf dieser Welt einfach unersetzlich“

„Männer sind auch Menschen, Männer sind etwas sonderbar“



„Männer führen Kriege, Männer sind schon als Baby blau, Männer rauchen Pfeife, Männer sind furchtbar schlau“

sprechen – was ihr Gesundheitsrisiko nochmals erhöht. Allerdings scheint die Medizin immer noch zu blind für männerspezifische Themen: Lässt sie doch die Geschlechtsspezifität weiterhin häufig außer acht.

Nehmen wir die somatische Medizin – auch sie differenziert nicht nach Geschlecht, obwohl die Kranken zumeist Männer sind. Dabei lässt sich die körperliche Spezifik nicht allein auf die primären Geschlechtsorgane

Was für die körperlichen Krankheiten gilt, trifft um so mehr auf die seelischen zu: Psychische Erkrankungen sind chronisch unterdiagnostiziert. So entwickelt sich in Fachkreisen erst allmählich ein Verständnis für spezifische Ausprägungen männlicher Depressionen. Anders als betroffene Frauen versuchen depressive Männer ihre Krankheit häufig mittels Gewalt, Alkoholismus und Suizid zu bewältigen. Daraus folgt aber, dass diese Symptome auch als psychische Störungen erkannt werden müssen. Noch fehlt es jedoch an Gewaltforschung, die psychische Ursachen einschließt, es fehlt an

Wie man die Männergesundheit verbessert

1. Männergesundheitsforschung intensivieren,
2. Präventionsangebote besser an den Bedürfnissen der Männer ausrichten,
3. Männermedizin weiter etablieren,
4. hohen Standard in der medizinischen Versorgung erhalten,
5. männerspezifische Gesundheitsrisiken weiter reduzieren,
6. Lebensqualität verbessern

Forum des Weißen Rings in Mainz

Schnelle Hilfe für Gewaltopfer

Viele Menschen erleiden als Opfer von Kriminalität und Gewalt körperliche und seelische Schäden. Den Betroffenen steht bei der Bewältigung der Folgen einer Tat staatliche Hilfe nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) zu. Die Hilfsmöglichkeiten umfassen Entschädigungszahlungen sowie die Finanzierung einer Heilbehandlung, einschließlich einer psychologischen Betreuung. Das OEG weist allerdings einige Mängel auf. Eine Reform der Vorschriften steht für 2011 an. Intensive Diskussionen über die Hilfe für Gewaltopfer gab es auf einem interdisziplinären Forum des Weißen Rings.



Wer kümmert sich um die Opfer krimineller Handlungen? Der Weiße Ring bietet bei Bedarf fachkundige Hilfestellung für Betroffene und deren Angehörige.

nach dem OEG zustehen. Nur knapp elf Prozent der Geschädigten stellen nach Angaben des Weißen Rings Anträge auf Entschädigungsleistungen. Zum anderen werde das Gesetz vielerorts zu restriktiv angewendet oder die Verfahren ziehen sich unnötig lange hin, bemängelt der Weiße Ring. Der Verein fordert daher, Opfern von Gewalt bei Bedarf sofortige Hilfe durch fachkundige Therapeuten zur Verfügung zu stellen und eine schnelle Leistungsgewährung zu garantieren.

Dies gelte auch für die Behandlung psychischer Folgeschäden eines Verbrechens. „Je früher eine fachkundige Therapie ansetzt, umso besser ist dies für den Patienten“, betonte Dr. Brigitte Bosse, Psychotherapeutin vom Traumainstitut Mainz. Gewaltverbrechen könnten zu ganz unterschiedlichen psychischen Störungen führen. Das fange bei kurzfristigen reaktiven Störungen, einschließlich depressiver

Körperliche und seelische Schäden stellen oft schwerwiegende und mitunter langandauernde Beeinträchtigungen für die Opfer einer Gewalttat dar. Bundesweit werden jedes Jahr mehr als 600 000 Menschen Opfer einer kriminellen Handlung. Die Palette reicht von Einbrüchen, Nachstellungen (Stalking), Mobbing bis hin zu körperlicher Gewaltanwendung und sexueller Nötigung. „Viele Opfer von Kriminalität und Gewalt, aber auch ihre Angehörigen und Hinterbliebenen sind auf die Solidarität des Gemeinwesens und damit auf staatliche Entschädigungsleistungen angewiesen“, so Helmut Rüter, Sprecher des Hilfsnetzwerks für Kriminalitätsoptioner Weißer Ring.

Diese werden ihnen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) gewährt. Nach dem OEG stehen den Geschädigten zu-

zahlungsfreie Heilbehandlungen für die gesundheitlichen Folgen einer Tat und Rehabilitationsmaßnahmen zu. Dies umfasst auch die psychotherapeutische Betreuung von Gewaltopfern.

„Durch die Anbindung des OEG an das Bundesversorgungsgesetz erhalten Gewaltopfer die gleichen Leistungen wie Kriegsopfer“, machte Dr. Rolf Schmachtenberg vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf dem Forum in Mainz deutlich.

Unnötig lange Verfahren

Viele Opfer erhielten die dringend benötigte Hilfe allerdings nicht zeitnah oder gar nicht. Grund hierfür ist zum einen, dass viele Betroffene nicht wissen, dass ihnen Leistungen



Ein Hauseinbruch kann bleibende Schäden hinterlassen – nicht nur bei Sachwerten, sondern auch in der Psyche der Bewohner.



Stalking – eine neue Form der Kriminalität

Beschwerden an und reiche bis hin zu schwerwiegenden dissoziativen Identitätsstörungen. Typisch für traumatisierte Patienten seien Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein sowie das gedankliche Wiedererleben der Tat.

„Die Ausprägung eines Traumas hängt insbesondere von der Dauer und Häufigkeit sowie von der Schwere der Tat ab“, erklärte Bosse. Insbesondere schwere frühkindliche Gewaltanwendungen und extrem sadistische Erfahrungen könnten zu einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung führen.

Für den Heilungserfolg sei es auch wichtig, dass das erlittene Unrecht als Folge der

Gewalttat anerkannt wird. „Eine gute Zusammenarbeit zwischen den Opfern, Opferanwälten und Therapeuten ist die Voraussetzung dafür, dass aus ‚Opfern‘ wieder Menschen werden können, die sich als selbstbestimmt und autark erleben“, unterstrich Bosse.

Stalking als Straftat

Prof. Dr. Reinhard Böttcher, Bundesvorsitzender des Weißen Rings, forderte, auch neue

Formen von Kriminalität zu berücksichtigen. Der Kreis der Anspruchsberechtigten nach dem OEG solle beispielsweise auf Stalkingopfer ausgeweitet werden. Denn Stalking gelte in Deutschland mittlerweile als Straftat und führe in einer nicht unerheblichen Anzahl zu schweren seelischen Belastungen und Erkrankungen.

Der Weiße Ring bemängelt am OEG ferner, dass der Geschädigte glaubhaft nachweisen muss, dass die gesundheitliche Störung Folge des Verbrechens ist, um psychotherapeutische Leistungen erhalten zu können. „Viele Opfer werden dadurch zusätzlich belastet“, so Hartmut Kilger, Fachanwalt für Sozialrecht aus Tübingen.

Hinzu kommt, dass die geltende Versorgungsmedizin-Verordnung nicht die aktuellen medizinischen Erkenntnisse der durch psychische Traumata bedingten Störungen beinhaltet. Eine Anpassung sei dringend erforderlich, betonte Barbara Wüsten, Leiterin des Referats Opferhilfe/Recht beim Weißen Ring. Ärzte sollten außerdem Verbrechenopfer verstärkt auf ihre Rechte nach dem OEG hinweisen.

Petra Spielberg
Christian-Gau-Straße 24
50933 Köln

zm-Info

Weißer Ring

Der Weiße Ring wurde 1976 ins Leben gerufen. Initiator und Mitbegründer war Eduard Zimmermann (Foto), Journalist und Moderator der ZDF-Sendung „Aktenzeichen xy ungelöst“. Der Weiße Ring unterhält derzeit bundesweit 420 Anlaufstellen mit rund 3000

Foto: FOTEX



ehrenamtlichen Mitarbeitern. Sitz der Bundesgeschäftsstelle ist Mainz. Verbrechenopfer oder deren Angehörige können Hilfe anfordern unter der kostenfreien EU-einheitlichen Rufnummer: 116 006. Weitere Informationen: www.weisser-ring.de ps

Präventionsgewinner

Sie geben Aids keine Chance

Die Aids-Präventionskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) läuft seit 1987. Den Slogan „Gib Aids keine Chance“ kennt fast jeder. Die Bilanz ist erfreulich: Heute hat die Bundesrepublik mit 34 Neudiagnosen pro eine Million Einwohner eine der niedrigsten Infektionsraten Europas. Sollen Präventionsansätze auch bei schwer erreichbaren Gruppen, wie männlichen Prostituierten oder Flüchtlinge greifen, ist Ideenreichtum und Engagement gefragt. Sechs herausragende Projekte im Kampf gegen AIDS wurden jetzt im Rahmen des „Bundeswettbewerb Aidsprävention“ in Berlin ausgezeichnet.



Foto: Fotolia



Fotos: BZgA

Neben den sechs Siegern erhielten zwei Projekte Anerkennungspreise und sechs weitere Projekte Urkunden als besondere Würdigung. Volker Leienbach (stehend sechster von rechts): „Aidsprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der es keine Alternative gibt.“

Der Wettbewerb wird von der BZgA gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ausgerichtet und vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) unterstützt. Das Motto „Neue Wege sehen – neue Wege gehen!“ zielt darauf ab, neuartige Präventionsansätze zu identifizieren und zu verbreiten.

Mit Blick auf die gesunkene Infektionsrate sagte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler: „Dieses niedrige Infektionsniveau zu halten und langfristig zu senken, ist unser gemeinsames Ziel. Hierfür benötigen wir in der Präventionsarbeit immer wieder neue Ideen und Ansätze, wie Menschen mit Risikoverhalten erreicht werden können.“ Im Vergleich zu den niedrigen Zahlen in Deutschland liegt die Rate in der Schweiz bei 102 Personen, in Portugal bei 105 und in Großbritannien gar bei 119 (2008). Nach wie vor ist Aids nicht heilbar. Dennoch werden „HIV und Aids in Deutschland kaum noch als Bedrohung wahrgenommen“,

warnte Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA. „Mit dem Bundeswettbewerb können wir innovative lokale und regionale Präventionsprojekte identifizieren und gezielt fördern“, erklärte sie. Die Resonanz auf den Wettbewerb und die Qualität der eingereichten Projekte waren laut Pott beeindruckend. Über 60 Institutionen haben sich an der zweiten Auflage des Wettbewerbs beteiligt. Eine Fachjury prüfte, welche Projekte als besonders innovativ, neuartig, modellhaft und vor allem übertragbar bezeichnet

Die Preisträger des Projekts „AIDS – Muttersprachler klären auf“ von der Stadtmission Nürnberg e.V. mit Philipp Rösler (links), Elisabeth Pott (zweite von rechts) und Dr. Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung (ganz rechts)



werden können. Was macht die sechs Sieger einzigartig? Die Jury betonte, dass jede Initiative vollkommen neue bereichsübergreifende Kooperationen eingeht und die Zielgruppen direkt in die Präventionsarbeit einbezieht. Der sogenannte Peer-Ansatz steht im Mittelpunkt vieler Projekte, die vor allem Menschen mit Migrationshintergrund und besonders gefährdete Gruppen, wie Menschen in schwierigen Lebenslagen, Freier, Prostituierte oder Reisende ansprechen.

Erfolgsmethode Peer-Ansatz

„Peer Education“ ist ein Ansatz im Gesundheitsbereich, bei dem Personen Mitglieder gleicher Alters- oder Statusgruppen („peer-groups“) zu einem Thema informieren und versuchen, deren Einstellungen und Verhaltensweisen zu beeinflussen. Peer Education-Programme werden unabhängig vom Alter der Beteiligten durchgeführt. Die meisten Erfahrungen und Einsatzbereiche beziehen sich aber auf Jugendliche. Ein Beispiel für den gelebten Peer-Ansatz zeigt das von der

zm-Info

Preisträger 2010

- **AIDS – Muttersprachler klären auf, Stadtmission Nürnberg e.V.**
- **DARKANGEL – safer clubbing, manCheck, Berlin**
- **Have a LOOK(S)!, Looks e.V., Köln**
- **Multimediales Präventionsquiz, Aids-Hilfe Bonn e.V.**
- **Projekt „MoVe“, Verein zur Förderung der Drogenhilfe Münster e.V.**
- **Schülerzeitungsredakteure als Peer-Präventions-Akteure, Berliner Aids-Hilfe e.V.**

www.gib-aids-keine-chance.de

Jury ausgezeichnete und mit 7500 Euro dotierte Projekt „Aids – Muttersprachler klären auf“, das von der Aids-Beratung Mittelfranken der Stadtmission Nürnberg e. V. koordiniert wird. Die Aids-Beratung Mittelfranken hat seit der Geburtsstunde der Aids-Präventionskampagne der BZgA Erfahrungen mit kultursensibler Aidsprävention gesammelt. Der Peer-Ansatz greift hier, indem Schlüsselpersonen aus unterschiedlichen religiös-kulturellen Gemeinden ausgewählt werden, die dort bereits intern akzeptierte Ansprechpersonen sind. Insgesamt 18 Frauen und Männern aus zehn Ländern wurden zu Aids-Referenten ausgebildet. Die Präventionsveranstaltungen finden vorwiegend in der zentralen Aufnahmestelle für Flüchtlinge in Zirndorf statt. Außerdem stellen die Referenten ihr Wissen in Übergangsheimen, auf Festen, in Moscheen und Vereinen sowie auf Brauchtumsfesten zur Verfügung. Die Jury lobte, es sei „verdienstvoll und innovativ, dass Neuankömmlinge in Deutschland unmittelbar mit ihrer Ankunft zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) aufgeklärt und beraten werden.“ Eine Leistung, die die Regel darstellen sollte, momentan aber nur als Ausnahme praktiziert wird, so der Tenor. sf

- **Die zm werden über den Welt-Aids-Tag berichten.**

Wenn der Atem übel riecht

Seit Jahrhunderten ist das Problem bekannt – etwa ein Viertel aller Europäer riechen unangenehm aus dem Mund. Sie und ihre Umwelt leiden darunter. Während im Mittelalter Zahnreißer dann den Eiterherd entfernt haben oder aromatisierende Tinkturen den Foetor ex ore übertünchen sollten, gibt es heute einen Arbeitskreis Halitosis in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der sich mit den wissenschaftlichen Fakten – wie Ursachen, Diagnostik und Therapie – dieses für den Patienten doch recht relevanten Problems beschäftigt. Fünf namhafte Wissenschaftler bringen hier interdisziplinär Wissenswertes zum Thema.



Verantwortlich für den
Fortbildungsteil:

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

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

So führt **PD Dr. Michael M. Bornstein**, Bern, in das Thema ein und stellt die Ätiologie und Epidemiologie der Halitosis vor. Er unterscheidet bei der echten Halitosis zur weiteren Differenzierung zwischen physiologischer und pathologischer Halitosis und zwischen einer möglichen extra- beziehungsweise intraoralen Geruchsquelle. Daten aus Mundgeruchssprechstunden zeigen, so der Autor, dass die Ursache einer Halitosis bei bis zu 90 Prozent der Patienten intraoral zu finden ist, dagegen eher selten im HNO- oder Magen-Darm-Bereich.

Für die Entstehung der intraoralen Halitosis nehmen die sogenannten volatile sulphur compounds (VSC, flüchtige Schwefelverbindungen) eine Schlüsselrolle ein, die drei wichtigsten Vertreter dieser VSC sind Schwefelwasserstoff, Methylmerkaptan und Dimethylsulfid.

PD Dr. Rainer Seemann und Mitarbeiter stellen moderne Methoden der Diagnostik vor und diskutieren einige apparative Verfahren zum Teil kritisch. Sie zeigen dem Leser auf, wie auch in der Durchschnittspraxis ein Halitosispatient umfassend untersucht werden sollte und auf welche Parameter es besonders ankommt. Auch der Behandler spielt dabei eine wesentliche Rolle, sie gehen auch auf das zwischenmenschliche Verhältnis bei diesem Tabuthema ein.

Mit speziellen Methoden der Therapie von Mundgeruchspatienten beschäftigt sich **ZA Paco Weiss**, Basel, in seinem Beitrag. Der Zahnarzt ist dafür verantwortlich, kariöse, parodontale und prothetische Verhältnisse in ein Optimum zu überführen, der Patient muss mit zahn- und zungenpflegerischen Maßnahmen unterstützend tätig werden. Weiss empfiehlt seinen Halitosispatienten, zwei bis drei Mal pro Tag die Zunge mit der Zungenbürste von Belag und damit Bakterien zu befreien, antimikrobielle Ingredienzien sollen dabei unterstützend eingesetzt werden.

Wenn eine Ursache für den schlechten Atem im Oralraum nicht auszumachen ist, dann ist das Konsil gefragt. Als nächstes sollte der Hals-Nasen-Ohren-Arzt um Rat gefragt werden. **Prof. Dr. Oliver Kaschke**, Berlin, stellt mögliche geruchsbildende Ursachen im Hals- und Rachenraum sowie den der Mundhöhle angeschlossenen Höhlen vor und geht auf die Ursache als Begleitsymptomatik von Allgemeinerkrankungen ein. Er appelliert, immer auch die Vielfalt extra-oraler Ursachen zu bedenken.

Nicht jeder, der meint, er leide an Mundgeruch, hat wirklich einen foetor ex ore. **Prof. Dr. Andreas Filippi**, Basel, stellt die Halitophobie vor, diskutiert ihre Merkmale wie Zwang und Wahn und gibt dem Praktiker Tipps an die Hand, den Patienten gezielt zu diagnostizieren. Er legt großen Wert auf die Wichtigkeit der Kommunikation mit diesen Patienten. Nicht selten ist bei Halitophobikern letztendlich doch die Überweisung an einen Psychotherapeuten erforderlich.

Ätiologie und Epidemiologie

Michael M. Bornstein

Als *Halitosis* (Synonyme: *Mundgeruch*, *Foetor ex ore*, *bad breath*, *foul breath*, *offensive breath*, *foul smells*, *oral malodor*) wird ein als unangenehm empfundener Geruch aus der Mundhöhle bezeichnet, wobei die Unterscheidung zwischen Geruch durch Atemluft aus dem Munde beziehungsweise der Nase nicht immer scharf gezogen wird [Tangerman 2002].



Abbildung 1:
Ausgeprägte
Faltenzunge
(Lingua plicata)
bei einem 47-jährigen
Patienten

Foetor ex ore bezeichnet einen üblen Geruch beim Ausatmen durch den Mund, bei der Halitosis ist ebenfalls eine übel riechende Atemluft gemeint, die aber im Unterschied zum Foetor ex ore auch bei geschlossenem Mund, also beim Ausatmen durch die Nase wahrgenommen werden kann [Lang und Filippi 2004].

Lange Zeit galt die Halitosis als Tabuthema, was sicherlich zu einer Unterschätzung der Bedeutung dieser Thematik in der täglichen zahnärztliche Praxis geführt hat. Betroffene Patienten berichten über Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Mitmenschen und auch einem Gefühl des chronischen Gehemmt-Seins [Bosy 1997].

In der folgenden Übersichtsarbeit zur Ätiologie und Epidemiologie soll zur Vermeidung von Unklarheiten primär der Begriff „Halitosis“ verwendet werden. Wichtig ist auch festzuhalten, dass die Halitosis in der Regel keine eigenständige Erkrankung darstellt, sondern ein klinisches Symptom einer Krankheit, die zwar oft intraoral ihren Ursprung hat, durchaus aber auch fern der Mundhöhle lokalisiert sein kann. Um die

möglichen zugrundeliegenden Krankheiten besser zu differenzieren, wurde die Halitosis in drei mögliche Erkrankungsgruppen eingeteilt [Yeagaki & Coil 2000]: Echte Halitosis, Pseudo-Halitosis und Halitophobie.

Ätiologie der Halitosis

Bei der echten Halitosis wird zur weiteren Differenzierung zwischen physiologischer und pathologischer Halitosis und zwischen einer möglichen extra- beziehungsweise intraoralen Geruchsquelle unterschieden. Daten aus Mundgeruchssprechstunden zeigen, dass die Ursache einer Halitosis bei bis zu 90 Prozent der Patienten intraoral zu finden ist, dagegen eher selten im HNO- oder Magen-Darm-Bereich [Delanghe et al. 1999, Seemann et al. 2004]. Bei der Entstehung der intraoralen Halitosis nehmen die sogenannten volatile sulphur compounds (VSC / flüchtige Schwefelverbindungen) eine Schlüsselrolle ein, welche durch orale Bakterien über Fermentierung schwefelhaltiger Peptide beziehungsweise Aminosäuren aus Nahrungsresten, desqua-



mierten Epithelzellen, Speichel, Sulkusflüssigkeit oder auch Blut produziert werden [Tonzetch 1977, Porter & Scully 2006]. Die drei wichtigsten Vertreter dieser VSCs sind Schwefelwasserstoff, Methylmerkaptan und Dimethylsulfid.

Intraorale Ursachen der Halitosis

Nach Delanghe und Mitarbeitern (1996) verteilen sich die intraoralen Ursachen einer Halitosis auf Zungenbelag (41 Prozent der Patienten), Gingivitis (31 Prozent) und eine etablierte Parodontitis (28 Prozent). Besonders die Zunge mit ihren teils sehr ausgeprägten Fissuren und Falten (Abbildung 1)



Abbildung 2: Ausgeprägter brauner Zungenbelag bei einer 41-jährigen Patientin in der Mundgeruchssprechstunde



Abbildung 3: Ausgeprägter braun-schwarzer Zungenbelag bei einem 64-jährigen Patienten. Der Patient ist Raucher (> 30 packyears) und benutzte seit etwa einer Woche eine Chlorhexidin-haltige Mundspüllösung.

kann für Nahrungsbestandteile, desquamierte Epithelzellen, Blutbestandteile und Bakterien eine ideale Retentionsnische darstellen. Es wird berichtet, dass sich auf der Zunge etwa 60 Prozent aller oralen Mikroorganismen befinden [Lang & Filippi 2004]. In der Literatur wurde zudem nachgewiesen, dass faltige Zungen mit einer höheren Zahl von Mikroorganismen besiedelt sind und auch mit höheren Werten bei der Mundgeruchsdiagnostik korrelieren [De Boever, Loesche 1995]. Wird vorwiegend weiche Nahrung konsumiert, das heißt, es fehlt ein physiologisch-mechanischer Abrieb der Zungenoberfläche, was bei älteren Patienten (besonders zahnlose) oder auch Äthylkern häufiger der Fall ist, kommt es in der Regel zu einem gesteigerten Mundgeruch. Zudem imponiert dann ein teils ausgeprägter Zungenbelag mit braungrüner, teils auch schwarzer Färbung (Abbildungen 2 und 3).

Eine ungenügende Mundhygiene manifestiert sich zunächst im vermehrten Auftreten von weichen Belägen um / an den Zähnen (Plaque / Biofilm), was zu einer manifesten Gingivitis führen kann. Teils kann eine mangelhafte Mundhygiene auch

zur Ausbildung von Zahnstein in ungewöhnlichem Masse führen (Abbildung 4). Prädilektionsstellen einer Gingivitis sind Interdentalräume, überstehende Füllungs- oder Kronenränder, Rauigkeiten an Zähnen oder Füllungen und bestehende Zahnfleischtaschen. Dass ein Zusammenhang zwischen insuffizienter Mundhygiene und erhöhten Messwerten für Halitosis besteht, konnte in diversen Arbeiten bestätigt werden [Kostelc et al. 1984, Seemann 2001]. Auf der Basis mangelhafter Mundhygiene kann es auch zur Entstehung einer marginalen Parodontitis kommen, bei der diverse parodontopathogene Keime identifiziert wurden, welche schwefelhaltige Verbindungen und somit üble Gerüche produzieren können. Wichtig scheint dabei auch das Vorhandensein von Blutung auf Sondierung zu sein, das heißt das Bestehen von tiefen, aktiven parodontalen Taschen. Blut fördert nämlich die Bildung von VSCs, da es ein essenzielles Substrat für die Mikroorganismen darstellt [Tonzetich & Kestenbaum 1969]. Weitere intraorale Ursachen einer Halitosis sind Erkrankungen der Mundschleimhaut, besonders solche, die mit einem erhöhten Plaquebefall beziehungsweise einer erschwerten Mundhygiene einhergehen. Dazu gehören im Besonderen der orale Lichen planus [Bornstein et al. 2008], aber auch mukokutane Dermatosen wie das Schleimhautpemphigoid (Abbildung 5), welche typischerweise zu Veränderungen am marginalen Parodont führen können. Auch ein Plattenepithelkarzinom der Mundhöhle kann bei weit fortgeschrittenen Stadien mit zerfallendem Gewebe zu einer manifesten Halitosis führen (Abbildung 6) – so wird ein Foetor ex ore in Lehrbüchern immer wieder als klassisches Symptom bei intraoralen Malignomen genannt [Ebhardt & Reichart 2009]. Ein verminderter Speichelfluss kann auch über die eingeschränkte Selbstreinigung der Mukosa und Zähne die Entstehung bakteriell bedingten Mundgeruchs begünstigen.

Systemische Erkrankungen wie beispielsweise das Sjögren-Syndrom, Status nach Radiotherapie im Kiefer-Gesichts-Bereich oder auch eine chronische Medikamenteneinnahme (vor allem Antidepressiva) führen dabei zu einer verminderten Speichelsekretionsrate [Bornstein et al. 2001]. Daneben werden auch Prothesen, welche eine Akkumulation von Mikroorganismen und Nahrungsresten begünstigen, als Ursache einer Halitosis genannt [Scully & Greenman 2008]. Der morgendliche schlechte Atem (morning breath) ist durch die physiologische Speichelflussverminderung in der Nacht bedingt und im Gegensatz zur pathologischen Halitosis von vorübergehender Natur.

Extraorale Ursachen der Halitosis

Bei bis zu 10 Prozent der Patienten ist die Ursache der Halitosis nicht in der Mundhöhle zu suchen, sondern Ausdruck einer systemischen Erkrankung. Die ursächlich betei-



Abbildung 4: Massive Zahnsteinbildung an der Unterkieferfront bei einem 40-jährigen Patienten mit mangelhafter Mundhygiene.

ligten anatomischen Strukturen sind dabei vor allem die oberen Atemwege mit Nase / Nasennebenhöhlen und Pharynx, die unteren Atemwege mit Larynx, Trachea und Bronchien sowie der Gastrointestinaltrakt [Porter & Scully 2006, Scully & Greenman 2008]. Der Geruch ist in diesen Fällen sowohl über den Mund als auch über die Nase messbar. Im Hals-Nasen-Ohren-Bereich kommt es besonders bei Infektionen der

oberen Atemwege zur Ausbildung einer Halitosis. Bei Erwachsenen wird die Tonsillitis als häufigste Ursache des Mundgeruchs angesehen (Abbildung 7), besonders auch bei Ausbildung von Tonsillolithen [Scully & Greenman 2008]. Bei Kindern wiederum sind vor allem in die Nase verlagerte / gesteckte Fremdkörper häufig Ursache einer



Abbildung 5: 57-jährige Patientin mit einem diagnostizierten benignen Schleimhautpemphigoid. Die Mundhygiene wird durch die schmerzhaften Effloreszenzen an der Gingiva deutlich eingeschränkt.

Halitosis. Eine chronische Sinusitis – rhinogen oder dentogen bedingt, teils auch über anatomische Besonderheiten wie eine Septumdeviation begünstigt - oder auch Rhinitis können ebenso Ursache einer Halitosis sein. Diagnostisch kann bei Patienten mit chronischer Sinusitis oder Rhinitis auch ein sogenanntes postnasal drip vorhanden sein, das heißt ein dorsaler Sekretabfluss von der Nase auf den Zungengrund, wodurch das Wachstum von Bakterien begünstigt werden kann [Lambrecht 2006].

Bei den gastrointestinalen Erkrankungen ist besonders der gastroösophageale Reflux aufgrund einer insuffizienten Abdichtung des Mageneingangs im Zusammenhang mit einer Halitosis zu nennen [Moshkovitz et al. 2007]. Eine Infektion mit *Helicobacter pylori* wird als mögliche Ursache teils kontrovers diskutiert. Die Produktion von VSCs durch *H. pylori* wurde zwar nachgewiesen [Lee et al. 2006], aber bisher fehlt der klare Nachweis eines Zusammenhangs zwischen einem peptischen Ulkus, einer Infektion mit *H. pylori* und erhöhten Halitosismesswerten [Seemann 2000]. Weitere,

aber eindeutig seltenere Ursachen einer extraoralen Halitosis werden bei Patienten mit Leberversagen (Foetor hepaticus), Patienten mit Nierenversagen (Foetor uraemicus), bei unkontrolliertem Diabetes mellitus (Azetongeruch) oder bei Einnahme bestimmter Medikamente (beispielsweise Chloralhydrat, Nitrate und Nitrite oder Amphetamine) beschrieben [Scully & Greenman 2008]. Raucher haben auch einen charakteristischen Mundgeruch, den sogenannten smokers' breath, wobei Zigarren- und Pfeifenraucher in der Regel eine stärker ausgeprägte Form aufweisen.

Pseudohalitosis und Halitophobie

Von der echten Halitosis mit intra- und extraoralen Ursachen gilt es die Pseudohalitosis und Halitophobie abzugrenzen. Bei der Pseudohalitosis wird der Mundgeruch nur vom betroffenen Patienten selber empfunden, andere Personen können dies aber nicht objektivieren. Die Situation verbessert sich für den Patienten in der Regel durch eine Besprechung der Untersuchungsergebnisse, das heißt, der Patient lässt sich davon überzeugen, dass eine Halitosis objektiv untersucht und gemessen nicht vorliegt [Nagel et al. 2006]. Im Gegensatz zur Pseudohalitosis liegt bei der Halitophobie eine übersteigerte Angst auf Seiten des Patienten vor, an einem ausgeprägten und vor allem auch sozial inakzeptablen Mundgeruch zu leiden. Hier lassen sich die Betroffenen weder durch intensive Aufklärung noch durch Besprechung objektiver Untersuchungsergebnisse überzeugen. Es ist zu empfehlen, dass Zahnärzte, die regelmäßig Patienten mit Halitophobie in ihrer Sprechstunde

sehen, ein Netzwerk mit einem Psychiater oder Psychotherapeutiker etablieren, um diesen Patienten eine entsprechende Therapie zu ermöglichen.

Epidemiologie der Halitosis

Über die Prävalenz des Mundgeruchs in der Bevölkerung ist bisher noch verhältnismäßig wenig bekannt. Noch immer wird in der Forschung nach einer für epidemiologische Großuntersuchungen geeigneten Methodik gefahndet, um Mundgeruchpatienten sicher und allgemein akzeptiert zu identifizieren. Nur so können Daten verschiedener Studien in Zukunft auch wirklich verglichen und Aussagen zu geografischen oder kulturellen Unterschieden gemacht werden. Patientenbefragungen und insbesondere die Selbsteinschätzung, ob man unter Halitosis leidet oder nicht, entsprechen oft nicht der Realität [Miyazaki et al. 1995, Rosenberg et al. 1995]. Andererseits finden sich teils große Unterschiede in der Bewertung der Sensibilität und Spezifität bei Messmethoden zur Halitosis-Erkennung und Quantifizierung wie der organoleptischen Untersuchung [Seemann 2002] oder instrumentellen Techniken wie der Gaschromatographie, den Sulfidmonitoren oder elektronischen Nasen [Lang & Filippi 2004]. Noch immer dominieren in der Literatur Angaben zur Epidemiologie der Halitosis, die anhand von Befragungen großer Bevölkerungsgruppen gewonnen wurden und somit deutlich subjektiv gefärbt sind. Über die



Abbildung 6: 68-jähriger Patient mit einem weit fortgeschrittenen Plattenepithelkarzinom am anterioren Mundboden und Alveolarfortsatz (T4). Hier imponiert neben der Tumormasse auch ein intensiver Foetor ex ore.

Prävalenz der verschiedenen Halitosis-Typen (echte Halitosis, Pseudo-Halitosis, Halitophobie) und den jeweiligen Schweregrad lassen sich daher kaum wirklich verlässliche Angaben machen.

Untersuchungen aus Japan haben aber aufgezeigt, dass die Halitosis weiter verbreitet



Abbildung 7: 24-jähriger Patient mit akuter Tonsillitis. Klinisch imponiert eine symmetrische Schwellung der Tonsillen, eine ausgeprägte Halitosis (organoleptisch) und der Patient berichtet über Schluckbeschwerden.

ist, als ursprünglich angenommen. So ergab eine Befragung von 33427 Personen aus ganz Japan im Alter von 15 Jahren und älter, dass 14,5 Prozent von ihnen Probleme mit ihrem Mundgeruch haben [Saito & Kawaguchi 2002]. Eine Untersuchung aus den USA zeigte auf, dass aus einer Patienten-Gruppe mit über 60-jährigen 43 Prozent angaben, dass sie unter chronischem/wiederkehrendem Mundgeruch leiden beziehungsweise ihnen von einer anderen Person (Verwandte, Bekannte, Arbeitskollegen und -kollegen) gesagt worden sei, sie hätten Mundgeruch [Loesche et al. 1996]. Dieser Wert übertraf in der Studie gar

Beschwerden wie „Zahnschmerzen“ oder „Zahnfleischprobleme“. In einer größeren Untersuchung aus den Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern wurde die Prävalenz der Halitosis bei männlichen Probanden (Rekruten) zwischen 18 und 25 Jahren untersucht [Bornstein et al. 2009a]. Lediglich 17 Prozent der befragten Rekruten gaben an, noch nie an Mundgeruch gelitten zu haben. Dennoch wurde mittels organoleptischer Messung nur bei 156 Personen ein deutlich erhöhter Wert festgestellt, 424 hatten keine beziehungsweise eine kaum wahrnehmbare Halitosis. Der Zungenbelag war als einziger klinischer Faktor mit erhöhten Werten mittels organoleptischer oder instrumenteller (VSCs) Messmethode korreliert. In einer ähnlichen Studie zur Prävalenz der Halitosis im

Raum Bern [Bornstein et al. 2009 b] wurden 419 Probanden mittels Fragebogen und standardisierter klinischer Untersuchung analysiert. Auf Basis des Fragebogens gaben 32 Prozent der Probanden an, regelmässig unter Halitosis zu leiden. Die VSC-Messung ergab bei 28 Prozent der Personen leicht erhöhte Werte, lediglich 1,2 Prozent hatten klar erhöhte Werte. Eine Korrelation zwischen VSC-Messwerten und den organoleptischen Befunden wurde für den Zungenbelag und Rauchen vorgefunden. Männer und Frauen scheinen gleich häufig vom Mundgeruch betroffen zu sein. In der Literatur lassen sich keine geschlechts-

spezifischen Unterschiede in der Prävalenz und dem Schweregrad der Halitosis in der Bevölkerung finden [Rosenberg et al. 1991, Iwakura et al. 1994]. Frauen scheinen aber eher bereit, professionelle Hilfe für ihre Beschwerden aufzusuchen als Männer [Iwakura et al. 1994]. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Frauen generell mehr um ihr gesundheitliches Befinden besorgt sind.

Zusammenfassung

Die Halitosis ist in der Regel keine eigenständige Erkrankung, sondern ein klinisches Symptom diverser intraoraler und auch extraoraler Krankheiten. Ätiologisch stehen bei der Halitosis intraorale Pathologien wie übermäßiger Zungenbelag, Gingivitis, Parodontitis, Erkrankungen der Mundschleimhaut oder Verminderung der Speichelflussrate im Vordergrund, welche bei etwa 90 Prozent der Patienten für die Mundgeruchproblematik verantwortlich sind. Extraorale Ursachen sind seltener, zu beachten sind aber Fremdkörper in der Nase, chronische Sinusitiden, Tonsillitiden oder der gastroösophageale Reflux. Pseudohalitosis und Halitophobie sind Sonderfälle, die zwar durch den Zahnarzt diagnostiziert werden sollten, danach aber in die Hand eines Psychiaters beziehungsweise Psychotherapeuten gehören. Über die Prävalenz der Halitosis in der Bevölkerung ist bisher noch wenig bekannt, der Mundgeruch ist aber sicherlich ebenso häufig wie die Karies oder Gingivitis/Parodontitis. Problematisch ist bei Studien, dass Fragebogenuntersuchungen, welche primär subjektive Befunde evaluieren, kaum mit objektivierbaren Daten aus klinischen Untersuchungen mittels organoleptischer oder instrumenteller Messmethode korrelieren.

PD Dr. Michael M. Bornstein, OA
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie,
ZMK der Universität Bern
Freiburgstr. 7, 3010 Bern
michael.bornstein@zmk.unibe.ch



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



PD Dr. med. dent. Michael Bornstein

Studium der Zahnmedizin in Basel, Staatsexamen 1998, Promotion zum Dr. med. dent. 2001, 1998–2002 Weiterbildung in Oralchirurgie und Stomatologie in Basel und Bern, seit Herbst 2002 Oberassistent an der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie der Uni Bern und Leiter der Stomatologiesprechstunde, 2003 Fachzahnarzt für Oralchirurgie, 2004 Visiting Assistant Professor im Department of Periodontics an der University of Texas Health Science Center at San Antonio, USA, seit September 2004 Lehrbeauftragter für „Stomatologie“ an der Universität Bern, seit August 2007 Leiter der Station für zahnärztliche Radiologie und Stomatologie der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie der Universität Bern. 2009 Habilitation

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

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

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

Hersteller (Adresse)																																	
Handelsname des Medizinproduktes	Art des Produktes (z. B. Prothesenbasismaterial, Füllungsmaterial, Legierung):																																
Modell-, Katalog- oder Artikelnummer	Serien-/Chargennummer(n)																																
Datum des Vorkommnisses	Ort des Vorkommnisses																																
Patienteninitialen	Geburtsjahr	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																															
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten (bitte ggf. Ergänzungsblatt benutzen)																																	
Zahnbefund:	<table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		
Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:																																	
Art des Vorkommnisses (lokal/systemisch, z. B. Rötung, Ulceration, Geschmacksirritation, Ganzkörperbeschwerden)																																	
Lokalisation des Vorkommnisses																																	
Beschreibung des Verlaufes																																	
Behandlungsmaßnahmen																																	
Ergebnis	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>																																

Diagnostik in der Zahnarztpraxis

Rainer Seemann, Karin Kislig, Adrian Lussi

Ungefähr ein Viertel der Europäer leidet zeitweise an Mundgeruch. In etwa 90 Prozent der Fälle liegt die Geruchsquelle im Mund, und der Zahnarzt wäre in der Lage, den Betroffenen zu helfen [Seemann et al., 2006]. Kenntnis der professionellen Diagnostik und Behandlungsmethoden sind in der Praxis deshalb unumgänglich. Viele Zahnärzte wissen jedoch nicht, wie sie insbesondere das Problem einer strukturierten Diagnostik angehen sollen.



Quelle: Seemann

Abbildung 1: Organoleptische Skala zur Messung der Geruchsstärke unter Zuhilfenahme des Abstandes zur Geruchsquelle [Seemann et al., 2006 a,b; Bornstein et al., 2009]

Die Daten aus der Mundgeruchsprechstunde der Charité in Berlin zeigen deutlich, dass bei der Diagnostik Defizite bestehen, denn nur bei etwa fünf Prozent der Patienten wurde von vorangehend aufgesuchten Ärzten eine Beurteilung des Geruches durchgeführt. Es besteht also Informationsbedarf hinsichtlich einer professionellen Halitosisdiagnose.

Diagnostik bei Verdacht auf Mundgeruch

Der erste Schritt einer systematischen Untersuchung bei Mundgeruch ist die Feststellung, ob überhaupt Mundgeruch vor-

handen ist. Dies ist enorm wichtig, da ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten, die mit entsprechenden Beschwerden beim Arzt erscheinen, gar keinen Mundgeruch besitzen. Bei diesen Patienten mit sogenannter Pseudohalitosis ist ein anderes Vorgehen erforderlich als bei Patienten, die objektifizierbaren Mundgeruch aufweisen [Nagel et al., 2006; Seemann et al., 2009].

Folgende Vorgehensweise wird empfohlen:

1. Erhebung einer Mundgeruchsbezogenen Anamnese
2. Organoleptische Untersuchung zur Feststellung, ob Mundgeruch vorhanden ist (Eingrenzung der Geruchsquelle)

3. Instrumentelle Geruchsdiagnostik zur Ergänzung der organoleptischen Untersuchung
4. Zahnärztliche Untersuchung zur Ermittlung möglicher Ursachen und Co-Faktoren
5. Gegebenenfalls Wiederholungsuntersuchungen zur Sicherung der Diagnose

Anamnese

Die Mundgeruchsanamnese ergänzt die allgemein in der Zahnarztpraxis übliche Anamnese zur Erfassung allgemeiner und zahnmedizinischer Erkrankungen um das Mundhygieneverhalten sowie Einstellungen und Beobachtungen des Patienten zum Thema Mundgeruch. Nachfolgend werden die im Fragebogen unserer Sprechstunde verwendeten Fragen erläutert.

Selbstverständlich muss der Fragebogen auf die spezifischen Strukturen und Bedürfnisse der jeweiligen Praxis abgestimmt werden.

Eigen- und Fremdwahrnehmung

- Merken Sie selber, dass Sie Mundgeruch haben? (seit wann / wie häufig?)
- Beobachten Sie Reaktionen anderer Menschen auf Ihren Mundgeruch?
- Hat Ihnen jemand bestätigt, dass Sie Mundgeruch haben (wer?)
- Wie lange haben Sie schon Mundgeruch? (Tage / Monate / Jahre?)

- Wie oft haben Sie Mundgeruch?
 - Haben Sie momentan einen schlechten Geschmack im Mund?
 - Was denken Sie, wie intensiv ist Ihr Mundgeruch (Scala 1-6)?
 - Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch feststellen?
 - Wird Ihr Leben durch den Mundgeruch beeinflusst? (privat, bei der Arbeit)
- Mit Hilfe dieser Fragen lässt sich abschätzen, wie sehr und seit wann der Patient unter

Ernährungsanamnese

- Rauchen Sie?
- Trinken Sie Alkohol? (wieviel?)
- Machen Sie eine spezielle Diät?
- Leiden Sie unter Mundtrockenheit?
- Wie viel und was trinken Sie pro Tag?
- Müssen Sie viel und lange reden (zum Beispiel telefonieren, Vorträge halten)?
- Haben Sie häufig Stress?
- Schnarchen Sie?
- Bekommen Sie gut Luft durch die Nase?
- Haben Sie Allergien?



Quelle: Seemann

Abbildung 2: Halimeter zur Messung flüchtiger Schwefelverbindungen

dem Problem leidet. Aus dem Vergleich zwischen Eigenwahrnehmung und Fremdwahrnehmung ergeben sich möglicherweise bereits Anzeichen auf das Vorliegen einer Pseudohalitosis.

Co-Faktoren und Ernährung

Die folgenden Fragen dienen der Ermittlung möglicher Co-Faktoren, die eine Entstehung von Mundgeruch begünstigen. In der Regel sind dies Begleitumstände, die einen negativen Einfluss auf die Speichelproduktion haben.

Die Ernährungsanamnese ist bewusst kurz gehalten, da es bislang keine verlässlichen Daten zur Beeinflussung von Mundgeruch durch Ernährungsverhalten gibt.

- Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? (welche / gegen was?)

Arzterfahrung

- Haben Sie einen der folgenden Ärzte wegen Mundgeruchs aufgesucht?
- Hausarzt
- Internist
- HNO-Arzt
- Was wurde behandelt?
- Trat eine Besserung ein?
- Wurde von einem der Ärzte eine Beurteilung der Geruchsstärke durchgeführt?

Folgende Fragen ergänzen die Anamnese und erlauben Rückschlüsse auf relevante Vorerkrankungen beziehungsweise durch vorangegangene Diagnostik ausgeschlossene Erkrankungen.

Mundhygiene

- Wie häufig putzen Sie Ihre Zähne?
- Wie oft benutzen Sie Zahnseide, Zahnholzchen oder Interdentalbürstchen?
- Benutzen Sie ein Mundwasser oder eine Spüllösung?
- Haben Sie Beläge auf Ihrer Zunge?
- Reinigen Sie Ihre Zunge?
- Lassen Sie Ihre Zähne regelmäßig reinigen?
- Benutzen Sie Kaugummi?
- Lutschen Sie Bonbons?

Die Mundhygieneanamnese zielt im Wesentlichen darauf ab, zu ermitteln, ob eine Interdentalraumhygiene und regelmäßige professionelle Zahnreinigungen durchgeführt werden. Einige Patienten benutzen exzessiv Kaugummi und Pfefferminzbonbons, um Mundgeruch zu überdecken. Hier gilt es, diese Habits auf ein normales Maß zurückzuführen.

Organoleptische Untersuchung

Als organoleptische Untersuchung wird die Geruchsdiagnostik unter Zuhilfenahme des eigenen Geruchssinns bezeichnet. Da es sich für den Patienten um eine ungewohnte und möglicherweise unangenehme Maßnahme handeln kann, sollte sichergestellt sein, dass vorher ein Vertrauensverhältnis hergestellt wurde.

Die meisten in der Literatur beschriebenen organoleptischen Messmethoden beurteilen die Stärke eines Geruches in einem

definierten Abstand zur Geruchsquelle [Rosenberg, 1992] (Tabelle 1). Nachteil dieser Methoden ist, dass der Untersucher trainiert sein muss, um diese Unterscheidung reproduzierbar vornehmen zu können und dass die Bezeichnung der Geruchsstärken in der Kommunikation mit dem Patienten zu Problemen führen kann. Für einen Patienten klingt es nicht sehr motivierend,

Stärkegrad „1“. Ist auch in einer Entfernung von nur 10 cm kein Geruch wahrzunehmen, entspricht dies der Stärke „0“ [Seemann, 2006 a, b; Bornstein et al., 2009] (Abbildung 1). Lässt sich kein Mundgeruch feststellen, sollte unbedingt zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Beurteilung stattfinden. Damit kann geklärt werden, ob der Patient unter einer Pseudohalitosi leidet

Abbildung 3:
Zungenbelags-Index
nach Winkel
[Winkel et al., 2003]



Quelle: Seemann

Wert	Beschreibung
0	Kein Geruch
1	sehr schwach wahrnehmbarer Geruch
2	leicht, aber wahrnehmbarer Geruch
3	mittelschwerer Geruch
4	starker Geruch
5	extrem fauliger Geruch

Tabelle 1: Organoleptische Messung der Halitosis: Einteilung [nach Rosenberg et al., 1992]

wenn ihm mitgeteilt wird, dass er sich von der Kategorie 5 (extrem faulig) auf die Kategorie 3 (mittelschwer) verbessert hat. Wir empfehlen daher für den Praxisalltag eine Methode, bei der lediglich beurteilt wird, ob ein unangenehmer Geruch wahrgenommen werden kann oder nicht [Seemann, 2006 a, b, Bornstein et al., 2009]. Die Geruchsstärke wird durch Beurteilung in verschiedenen, definierten Abständen zum Patienten ermittelt. Ist bei einem Abstand von einem Meter ein Geruch wahrzunehmen, entspricht dies dem Stärkegrad „3“, 30 cm Abstand entsprechen dem Stärkegrad „2“ und zehn Zentimeter dem

beziehungsweise der Geruch nur zu bestimmten Zeitpunkten auftritt.

Eingrenzung der Geruchsquelle

Um die Geruchsquelle einzugrenzen, wird eine getrennte Beurteilung der Mund-, Nasen- und Lungenluft vorgenommen. Dazu kann ebenfalls die oben beschriebene Methode verwendet werden. Liegt die Quelle im Mund, ist der Zahnarzt zuständig, liegt die Quelle in der Nase, sollte der Patient zum HNO-Spezialisten überweisen werden und liegt die Quelle im Bereich der Lunge, muss eine intensive internistische Abklärung erfolgen (Tabelle 2).

Instrumentelle Geruchsdiagnostik

Ein Messgerät zur Beurteilung von Mundgeruch kann hilfreich sein, ersetzt jedoch nicht die organoleptische Untersuchung.

Mit Hilfe der Gaschromatographie können die Konzentrationen unangenehm riechender Komponenten, insbesondere der flüchtigen schwefelhaltigen Gase (VSC), untersucht werden [Tonzetch und Ng, 1976; Tonzetch, 1997]. Die Geräte sind für den klinischen Gebrauch zu teuer und zu unhandlich. Auch speziell zur Chairside-Messung flüchtiger Schwefelverbindungen konzipierte „Tisch“-Gaschromatographen sind eher für den wissenschaftlichen Einsatz als für die Anwendung in der Zahnarztpraxis geeignet.

Sulfid-Monitore sind in der Regel einfach zu bedienen und noch relativ preisgünstig. Ein in der Praxis bewährtes Gerät ist der so-

aus Kunststoff) etwa vier Zentimeter weit in den Mund eingeführt und der Patient aufgefordert, ruhig durch die Nase zu atmen. Durch eine im Gerät integrierte Pumpe wird einem elektrochemischen Sensor Luft zugeführt. Das Gerät bestimmt die Gesamtkonzentration flüchtiger Schwefelverbindungen in parts per billion (ppb) und stellt diese auf einer digitalen Anzeige dar [Rosenberg et al., 1991 a; Rosenberg et al., 1991 b]. Es wird empfohlen, einen Mittelwert aus zwei bis drei Messungen zu ermitteln, da immer wieder kleinere Schwankungen auftreten. Die Anwendung ist einfach zu erlernen und kann auch von eingewiesenen Mitarbeitern durchgeführt werden. Der Patient sollte einige Minuten vor dem Messvorgang nicht reden und seinen Mund geschlossen halten.

Als Hauptnachteil des Halimeters wird angeführt, dass er nicht in der Lage ist, zwischen einzelnen schwefelhaltigen Kom-

	Befund bei Lokalisation der Geruchsquelle in:		
	Mund	Nase	Lunge
Mundluft	+	-	+
Patient zählt von „999“ bis „990“ oder atmet durch den Mund aus			
Nasenluft	-	+	+
Patient atmet langsam durch die Nase aus			
Lungenluft	-	-	+
Patient atmet forciert durch die Nase aus			

Tabelle 2:
Organoleptische Beurteilung von Luft aus verschiedenen Bereichen und Eingrenzung der Geruchsquelle [Seemann, 2006 a]

genannte Halimeter (Firma Interscan Corporation, Chatsworth, California, USA, Vertrieb über Ansyco, Karlsruhe, Deutschland). Das Gerät ist in der Lage, ohne nennenswerte zeitliche Verzögerung die Konzentration flüchtiger Schwefelverbindungen (VSC = volatile sulphur compounds) direkt am Behandlungsstuhl zu messen. Für die Messung wird ein auswechselbares Mundstück (in der Regel ein einfacher Trinkhalm

ponenten zu unterscheiden. Die wichtigsten VSCs sind Schwefelwasserstoff, Methylmerkaptan und Dimethylsulfid. Wie bereits Yaegaki feststellte, variieren die Konzentrationen von Methylmerkaptan und Schwefelwasserstoff zueinander erheblich [Yaegaki und Sanada, 1992a]. Es besteht eine erhöhte Sensitivität des Halimeters gegenüber Schwefelwasserstoff, die etwa doppelt so groß ist wie für Methylmerkaptan. Die

menschliche Nase hingegen besitzt eine um den Faktor drei größere Wahrnehmbarkeitsschwelle für Schwefelwasserstoff (0,5 ng/10ml für Methylmercaptan und 1,5 ng/10ml für Schwefelwasserstoff) [Seemann, 2006 b]. Dadurch kann es zu Diskrepanzen zwischen objektiv feststellbarem Mundgeruch und Halimeterwerten kommen. Aufgrund dieser Problematik ist die Angabe eines Grenzwertes, oberhalb dessen ein objektivierbarer Mundgeruch vorliegt, nicht möglich. Als Normalbereich werden Werte zwischen 70 und 140 ppb Schwefeläquivalent angegeben [Seemann, 2000]. Der Halimeter sollte aus diesen Gründen nicht als Ersatz für die organoleptische Messung, wohl aber als sinnvolle Ergänzung angesehen werden (Abbildung 2).

Die Benutzung des Halimeters macht es Patienten einfacher, sich jemandem mit dem intimen Problem „Mundgeruch“ anzuvertrauen. Zusätzlich ist eine objektive Verlaufskontrolle möglich [Seemann et al., 2004]. Außerdem hilft der Apparat dabei, Patienten, die unter Pseudohalitosid leiden, davon zu überzeugen, dass von Ihnen kein unangenehmer Mundgeruch ausgeht und das eigentliche Problem an anderer Stelle zu suchen ist.

Weitere Untersuchungen

Bei der zahnärztlichen Untersuchung werden Mundhygiene-, Schleimhaut-, Zahn- und Parodontalbefunde erhoben. Diese Untersuchungen dienen der Auffindung der Geruchsquelle (Zungenbelag, Interdentalraum-Beläge und so weiter) und ursächlicher Erkrankungen (Parodontitis, Schleim-

hautveränderungen, Tonsillitis, posteriore Rhinorrhoe und so weiter). Auf die Erhebung dieser Befunde wird nicht näher eingegangen, da sie zu den Routinetätigkeiten in der Zahnarztpraxis gehören.

Zusätzlich wird eine Beurteilung der Zunge durchgeführt, da bakterielle Zungenbeläge die am häufigsten anzutreffende Geruchsquelle sind. Dabei kommt der Zungenbelags-Index nach Winkel zum Einsatz [Winkel et al., 2003]. Bei diesem Index wird die Zunge in Sextanten unterteilt (I bis VI), und in jedem Segment wird getrennt die Dicke des vorhandenen Belages bewertet (0 = kein Belag, 1 = leichter Belag, 2 = dicker Belag). Nach Addition aller Werte ergibt sich der Zungenbelags-Index (Abbildung 3).

Geruchsquelle und Geruchsursache

Da die Diagnostik die Grundlage für die anschließende Therapie darstellt, ist es wichtig, zwischen der Geruchsquelle und der Geruchsursache zu unterscheiden [Seemann, 2006 a]. Während die Geruchsquelle in der Regel schnell gefunden ist und symptomatisch mit Zungenreinigern und antibakteriellen Substanzen behandelt werden kann, ist die Geruchsursache nicht immer augenscheinlich. Ursache für Zungenbeläge kann zum Beispiel eine Parodontitis, eine Tonsillitis, eine chronische Rhinitis oder ein Fremdkörper in der Nase sein. Ebenfalls ist es möglich, dass eine Reihe verschiedener Co-Faktoren zusammentreffen und zur deutlichen Ausbildung von Mundgeruch führen. Es liegt auf der Hand, dass bei klarer Ursache und deren Beseiti-

gung weniger Aufwand durch Zahnarzt und Patient zur symptomatischen Entfernung von Zungenbelägen verwendet werden muss, da deren Entstehung bei richtiger Behandlung der Ursache verhindert beziehungsweise stark reduziert wird.

Eine korrekte Diagnose sollte immer die Geruchsquelle, die vermutete Geruchsursache und mögliche Co-Faktoren, die einen negativen Einfluss auf die Speichelproduktion haben, beinhalten.

Personen zur Durchführung der Diagnostik

Da sich in seltenen Fällen auch schwerwiegende Erkrankungen hinter einem Mundgeruch verbergen können, sollte die Diagnosestellung auf jeden Fall durch einen Arzt erfolgen. Eine Verlaufskontrolle im Rahmen der prophylaktischen Betreuung kann aber durchaus von Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentinnen und Dentalhygienikerinnen durchgeführt werden.

*PD Dr. med. dent. Rainer Seemann, MBA
Dr. med. dent. Karin Kislig
Prof. Dr. med. dent. Adrian Lussi
Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und
Kinderzahnmedizin
Universität Bern
Freiburgstr. 7, CH-3010 Bern
Rainer.Seemann@zmk.unibe.ch
Karin.Kislig@zmk.unibe.ch
Adrian.Lussi@zmk.unibe.ch*



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



PD Dr. med. dent. Rainer Seemann, MBA

Studium Zahnmedizin in Berlin, diverse Positionen am Zentrum für Zahnmedizin der Charité, 2006 Habilitation und Erhalt des Lehrauftrags in Berlin. 2000 bis 2006 Leitung einer interdisziplinären Mundgeruchsprechstunde in Berlin. 2007 MBA in Health Care Management. Seit 2006 Senior Professional Service Manager bei der Firma Dentsply DeTrey in Konstanz und seit 2008 externer Oberarzt in der Abteilung für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin der Universität Bern.

Therapie oraler Ursachen von Halitosis

Paco Weiss, Andreas Filippi

Unter Berücksichtigung der Ursachenverteilung sollten sich Halitosis-Patienten zuerst an den Zahnarzt wenden, der etwa neun von zehn Patienten professionell von Mundgeruch befreien kann [Filippi und Müller, 2006]. Erst, wenn nach zahnärztlicher Untersuchung keine orale Ursache erkennbar ist, gilt es, die kausalen Zusammenhänge fachärztlich abzuklären.

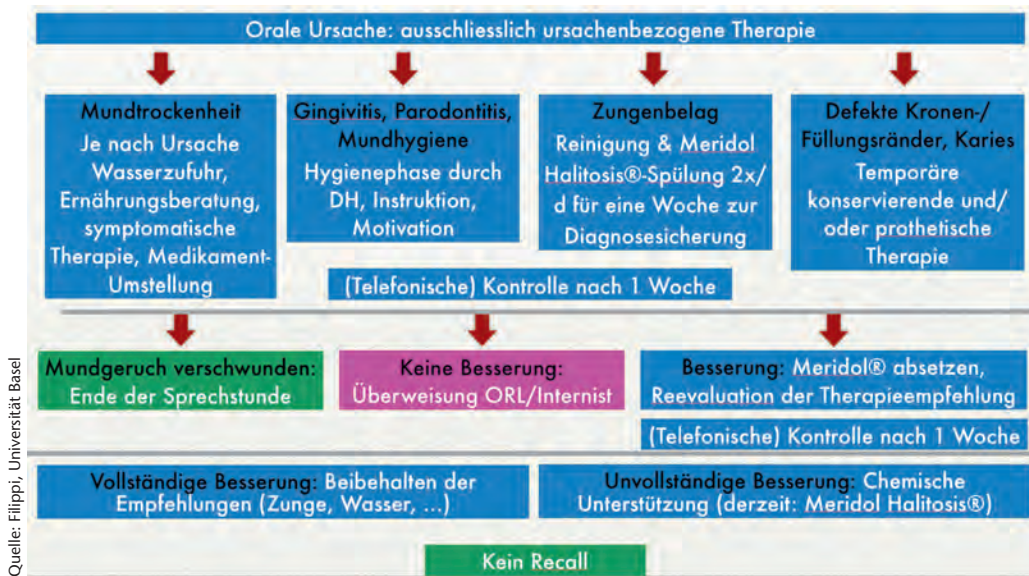


Abbildung 1:
Ursachenbezogenes
Therapiekonzept
der Universität Basel

Generell sollte die Therapie einem standardisierten Schema folgen, welches konkret auf die erhobenen intraoralen Befunde fokussiert [Yaegaki und Coil, 2000] (siehe Abbildung 1). Blind- (zum Beispiel grundsätzlich Mundspüllösung) oder Pauschaltherapien (kommerzielle All-in-one Sets) führen fast immer zu Misserfolg und Unzufriedenheit von Patient und Zahnarzt.

Der behandelnde Zahnarzt sollte sich an folgendem Ablauf orientieren [Quiryen et al., 2002]: Reduktion der Mikroorganismen, Reduktion des bakteriellen Nährstoff-

angebots, Umwandlung von flüchtigen Schwefelverbindungen (= Volatile sulfur compounds VSC) in nichtflüchtige Schwefelverbindungen und nur, falls erforderlich, zusätzliche orale Kosmetika.

Ursachenbezogene Therapie

Kann eine zahnärztliche Diagnose gestellt werden, wird Halitosis grundsätzlich ursachenbezogen therapiert. Das Therapiespektrum ist jedoch nur teilweise gut untersucht, für manche Therapieempfehlungen fehlt noch die wissenschaftliche Grundlage. Gemessen an der steigenden Akzeptanz des

Themas «Halitosis» bei Patienten und Zahnärzten sowie an der derzeitigen Aktivität der Dental-, Lebensmittel- und Pharmaindustrie ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren nicht nur das Bewusstsein gegenüber Halitosis steigen, sondern dass auch die Zahl wissenschaftlicher Daten deutlich zunehmen wird. Dies wird die Diagnose- und Therapiekonzepte von Halitosis in einigen Bereichen entweder noch besser abstützen oder ablösen [Lang und Filippi, 2004].

Systemische Ursachen

Zu jeder Halitosisbehandlung sollte stets auch die Abklärung nicht oraler Ursachen gehören. Zur Abklärung gehört eine umfangreiche Anamnese mit Evaluation des allgemeinen Gesundheitszustands und möglicher Kofaktoren der Halitosisentstehung wie Rauchen, Schnarchen, Mundatmung, Wechseljahre, Trink- und Essverhalten, Medikation sowie Stress, im Hinblick

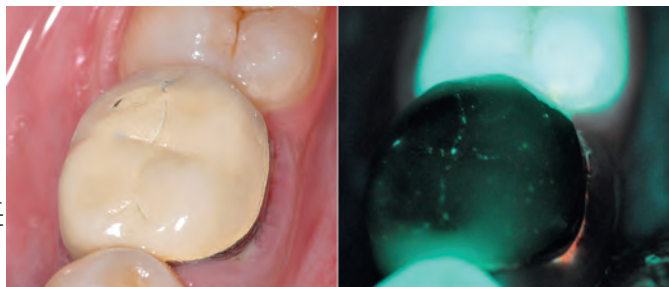


Abbildung 2:
Darstellung
des Biofilms
am Kronenrand
mittels VELscope®

auf eine reduzierte Speichelflussrate [Seemann, 2000]. Diese für den individuellen Patienten zutreffenden Punkte müssen angesprochen und – falls möglich – korrigiert werden. Dieser Ursachenbereich schließt insgesamt auch eine Ernährungsberatung und die Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt ein, bis hin zu symptomatischer zahnärztlicher Therapie. Sind hier bereits extraorale Ursachen erkennbar, sollten diese in erster Line durch entsprechende Fachärzte therapiert werden. Bei rauchenden Halitosispatienten empfiehlt sich die

dents mit geringen Taschentiefen zur Verminderung einer Halitosis führen [Jecke, 2002]. In diesem Zusammenhang wurde eine Reduktion zunächst erhöhter VSC nach Kürettage und Parodontalchirurgie sowie Verbesserung der Mundhygiene beobachtet [Tonzetich und Spouge, 1979; Seemann et al., 1999; Seemann et al., 2001]. Auch für die bakterielle Entzündung der periimplantären Gewebe können die gleichen Überlegungen gemacht werden. Jedoch liegen auch hier keine Ergebnisse von Langzeitstudien vor.

Preis, 1981; Ralph, 1988; Yaegaki und Sanada, 1992; Bony et al., 1994; De Boever und Loesche, 1996; Miyazaki et al., 1996; Clark et al., 1997; Vollmer, 1997; Carlson-Mann, 1998; Quiryen et al., 1998]. Bedenken, dass es durch regelmäßiges Zungenreinigen zu histologischen Veränderungen des Zungenepithels kommen würde, konnten durch Tierversuche widerlegt werden [Vasilakis und Preis, 1981]. In fernöstlichen Kulturkreisen gehört die Zungenreinigung ohnehin zur täglichen Mundhygiene [Jecke, 2002]. Ferner kann eine regelmäßige Zungenreinigung vor allem bei älteren Patienten zu einer deutlichen Verbesserung der Geschmacksempfindung führen [Hyde et al., 1981].

Als Reiniger kommen sowohl Zahnbürsten als auch spezielle Zungenreiniger in Betracht [Ralph, 1988]. Auf dem Markt sind eine Fülle von Zungenreinigern erhältlich (siehe Abbildungen 5, 6 und 7). Den besten



Abbildung 3:
Verschiedene Formen
von Zungenbelag,
der Halitosis
verursachen kann.

«Let it be» – Kampagne (Rauchstopp in der zahnmedizinischen Praxis), da Rauchen schwere Formen der Parodontitis und somit auch Halitosis begünstigt [Ramseier et al. 2007].

Orale Ursachen

Restaurative Ursachen

Scheinen restaurative Ursachen im Vordergrund zu stehen, sollten diese Defekte möglichst rasch durch temporäre Füllungen verschlossen werden, um im ersten Recall die Auswirkung auf den Mundgeruch beurteilen zu können. In Frage kommen offene kariöse Läsionen, undichte Füllungen, nicht korrekt eingesetzte Implantatrekonstruktionen oder überstehende Kronenränder sowie Füllungsüberschüsse (siehe Abbildung 2). Auch schlecht gepflegte abnehmbare Prothesen oder Zahnersatz mit porösen Unterseiten müssen überprüft und gegebenenfalls neu unterfüttert werden.

Parodontale Ursache

Da bei bestehender Parodontitis marginalis eine erhöhte Methylmercaptankonzentration feststellbar ist, müsste die Wiederherstellung eines entzündungsfreien Paro-

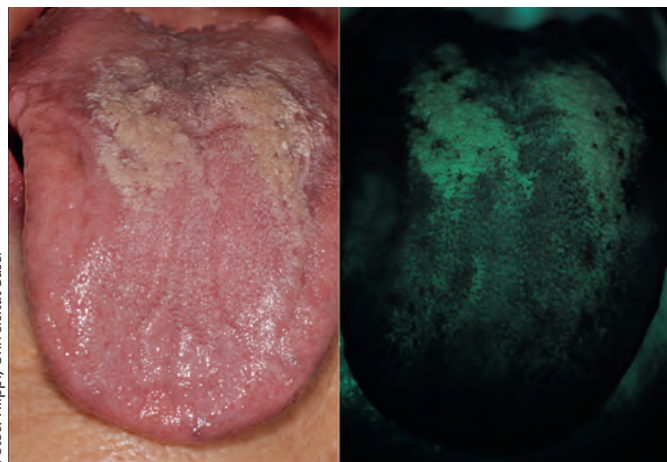


Abbildung 4:
Quantifizierung
des Zungenbelags,
links klinische Darstellung
zum Vergleich

Zungenbelag

Etwa 60 Prozent aller oralen Mikroorganismen befinden sich auf der Zungenoberfläche [Yaegaki und Sanada, 1992; De Boever und Loesche, 1995] (siehe Abbildungen 3 und 4). Daher steht diese auch im Mittelpunkt vieler Therapieansätze. Es konnte in zahlreichen Untersuchungen gezeigt werden, dass eine adäquate Zungenreinigung zur Reduktion der VSC und somit zur Verminderung der Halitosis führt [Gilmore und Bhaskar, 1972; Gilmore et al., 1973; Gross et al., 1975; Tonzetich und NG, 1976; Kaizu et al., 1978; Tonzetich, 1978; Vasilakis und

Zungenreiniger gibt es nicht. Zungenbürsten die zusammen mit einem Zungen-Gel verwendet werden, eignen sich besonders gut für die Zungenreinigung, da sie eine gute Tiefenwirkung haben (siehe Abbildung 8). Die Zunge sollte grundsätzlich von dorsal nach ventral gereinigt werden, ohne dabei das Weichgewebe zu verletzen [Rosenberg und Leib, 1997]. Dieser Vorgang sollte so lange wiederholt werden, bis nur noch ein geringfügiger Belag sichtbar ist [Clark et al., 1997] (siehe Abbildung 9). Viele Patienten leiden während der Zungenreinigung unter Würgeiz [Rowley et al.,

resultierende psychische Belastung des Patienten, bereits erfolgte Behandlungen (Eigenbehandlung, professionelle Behandlung bei Ärzten oder Zahnärzten) sowie über die typischen Kofaktoren von Halitosis (Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Schnarchen, Stress). Der Fragebogen und der Halitosisbefund-Bogen können auf der Internetseite www.andreas-filippi.ch heruntergeladen werden. Nach einem einführenden Gespräch auf Basis dieses Fragebogens erfolgt eine zahnärztliche Untersuchung, die auf Prädilektionsstellen von Halitosis fokussiert. Sie umfasst eine Kontrolle der zahnärztlichen Füllungen und Restaurationen und falls vorhanden auch des abnehmbaren Zahnersatzes, ein parodontales Screening sowie eine Untersuchung der Weichgewebe (wie Befeuchtung der Mundschleimhaut, Speicheldrüsen-Ausführungsgänge, Zungenbelag, Waldeyer'scher Rachenring). Die Resultate der Untersuchung können auf dem Halitosisbefund-Bogen eingetragen werden. Die Diagnostik der Halitosis erfolgt immer organoleptisch und instrumentell (derzeit überwiegend mit dem Sulfidmonitor Halimeter); untersucht werden grundsätzlich Mund und Nase getrennt voneinander. Die Resultate aus den Messungen mit dem Halimeter korrelieren



Abbildung 5: Zahnbürsten mit Zungenreiniger auf der Rückseite

1987; Quiryen et al.; 2002]. Regelmäßiges Zungenreinigen und/oder Schließen der Augen kann das Auslösen des Würgereflexes minimieren [Christensen, 1998]. Vor allem die Höhe des Zungenreinigers entscheidet über die Handhabung und Effektivität eines Zungenreinigers [Schärer, 2007].

Wird Zungenbelag diagnostiziert, muss dieser zunächst professionell entfernt werden. Dies sollte nicht mit rotierenden Bürstchen oder Schallinstrumenten, sondern mit Handinstrumenten geschehen. Anschließend wird der Patient in die Technik der täglichen häuslichen Zungenreinigung instruiert. Zusätzlich zur mechanischen Reinigung ist bei starker Halitosis eine Mundpüllösung empfehlenswert. Die Industrie verspricht mit ihren vielfältigen oralen Kosmetika eine Verbesserung der Halitosis.

Grundsätzlich sollte jedoch nur auf Produkte zurückgegriffen werden deren Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft wurde. Chlorhexidindigluconat, Zinkchlorid, Cetyl-Pyridin-Chlorid (CPC), Wasserstoffperoxid, Triclosan, Aminfluorid und Zinnfluorid beziehungsweise essenzielle Öle wurden bisher in ihrer Wirksamkeit auf Halitosis als positiv bewertet. Der Einsatz all dieser Präparate ist zeitlich limitiert [Quiryen et al., 2002] und sollte in professionellen Sprechstunden temporär zur Diagnosesicherung eingesetzt werden.

Konzept der Basler Halitosis-Sprechstunde

In der Halitosis-Sprechstunde der Universität Basel beantwortet jeder neue Patient zu Beginn der Diagnostik einen 38 Fragen umfassenden Fragebogen (allgemeine und spezielle Halitosis-Anamnese), der die Gesprächsführung über das Tabuthema «Mundgeruch» wesentlich vereinfacht. Er gibt detailliert Aufschluss über Frequenz, Art, Tageszeit und Ausmaß der Halitosis, die



Abbildung 6: Beispiele von auf dem Markt erhältlichen Zungenschabern.

Abbildung 7: Beispiele von auf dem Markt erhältlichen Zungenbürsten. Diese Zungenreiniger, zusammen verwendet mit Zungen-Gel, zeigen eine sehr gute Wirksamkeit.



am besten mit der organoleptischen Bewertung gegenüber anderen Testmethoden [Brunner et al. 2010]. Nur im Einzelfall werden zusätzlich mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt. Bei fehlender oraler Ursache wird der Patient zu einem Facharzt für innere Medizin oder Otorhinolaryngologie überwiesen. Bei diagnostizier-

sche Behandlung an, gegebenenfalls mit dentalhygienischer Unterstützung. Bei diagnostiziertem Zungenbelag wird der Patient in der mechanischen Reinigung des dorsalen Zungenrückens mit einem speziellen Zungenreiniger und Zungen-Gel instruiert, was initial durch die Anwendung einer Mundspüllösung unterstützt werden kann. Zurzeit werden die Patienten mit der Zungenbürste und dem Zungen-Gel von Meridol Halitosis® (Gaba, Therwil, Schweiz) in die Zungenreinigung eingeführt (siehe Abbildungen 8 und 9). Die Zungenreinigung sollte idealerweise zwei- bis dreimal täglich als Ergänzung zur Mundhygiene durchgeführt werden. In Basel wird vor allem bei erheblichem Zungenbelag und/

eine organoleptische und instrumentelle Kontrolle des Patienten. In der Regel ist hier bereits sowohl subjektiv für den Patienten als auch objektiv eine deutliche Verbesserung wahrnehmbar.

Prognose

Die Dauer einer professionellen Halitosis-Therapie beschränkt sich in der Regel auf durchschnittlich zwei Behandlungssitzungen mit einem mittleren Gesamtaufwand von etwa einer Stunde. Werden die oben genannten diagnostischen und therapeutischen Konzepte konsequent und nicht nur halbherzig umgesetzt, lassen sich Therapieerfolgsraten von über 90 Prozent vorhersagbar erzielen [Filippi und Müller, 2006].

Ausblick

Diagnostik und Therapie von Mundgeruch werden sich in den nächsten Jahren deutlich verändern. Dies lässt sich an der Menge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse wie an den vielen neuen Produkten für Mundgeruch-Patienten ablesen. In der Diagnostik werden in absehbarer Zeit günstigere Geräte auf den Markt kommen, die nicht nur die Summe der flüchtigen Schwefelverbindungen sondern auch andere mundgeruchrelevante Substanzen messen können [Mitsubayashi et al., 2006; Tanda et al., 2007]. So wird die Zahl falscher negativer Befunde bei instrumenteller Messung reduziert und die Diagnostik verfeinert. Zusätzlich werden neue semiquantitative Tests zur Überprüfung einzelner Prädilektionsstellen entwickelt, welche die schon heute nicht mehr üblichen mikrobiologischen Probenentnahmen ersetzen.

ZA Paco Weiss
Prof. Dr. Andreas Filippi
Klinik für zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Hebelstr. 3, 4056 Basel

zm Leser service

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



Foto: Universität Basel

Abbildung 8:
Das Zungen-Gel wird mit der Rückseite eines Zungenreinigers auf dem Zungenrücken aufgetragen.



Fotos: Universität Basel

Abbildung 9: Das Zungen-Gel wird auf dem Zungenrücken verteilt und einmassiert. Von ventral nach dorsal wird die Zunge ohne Druck vom Schaum befreit.

ter oraler Ursache der Halitosis wird ausschliesslich ursachenbezogen therapiert. Falls vorhanden, werden zunächst Entzündungen (zum Beispiel Gingivitis, Parodontitis, Perikoronitis, Periimplantitis) behandelt. Dem schließt sich – falls erforderlich – eine parodontale, konservierende oder protheti-

oder bei starkem Würgereiz die Mundspülung Meridol Halitosis® (Gaba, Therwil, Schweiz) als temporäres Adjuvans für einige Wochen favorisiert, dann erfolgt eine Reevaluation. Empfohlen wird, den Mund ein- bis zweimal täglich eine halbe Minute zu spülen. Nach ein bis zwei Wochen erfolgt



ZA Paco Silvio Weiss

Jahrgang 1981, 2001 bis 2004 Grundstudium Medizin Universität Fribourg, ab Oktober 2004 Studium Zahnmedizin in Zürich, September 2007 Abschluss Zahnmedizinstudium am ZZMK in Zürich, seit Januar 2008 Promotionsarbeit am ZZMK in Kieferorthopädie, seit Oktober 2009 Weiterbildungsstelle Oralchirurgie an der Universität Basel

Zahnärztliche Tätigkeit:

Seit Oktober 2009 Assistenz Zahnarzt an Universitätskliniken für Zahnmedizin, Klinik für zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde Basel

Hals-Nasen-Ohren-Ärztliche Aspekte des Mundgeruchs



Oliver Kaschke

Der Sonnenkönig Louis XIV. war mit dem Makel eines besonders schlechten Atems behaftet. Keiner seines Hofstaates wird es damals gewagt haben, ihn darauf anzusprechen. Auch heute noch ist das Thema Mundgeruch vielen Menschen eher peinlich als selbstverständlich.

Die Halitosis ist ein häufig tabuisiertes, unerwünschtes, offensives Körpersymptom. Der aus der Mundhöhle austretende, als unangenehm empfundene Geruch ist in der Regel auf anaerobe Bakterien zurückzuführen. Diese siedeln und vermehren sich in sauerstoffarmen Arealen [Toenzetich 1977]. Sie ernähren sich von Zell- und Nahrungsresten. Dabei werden flüchtige Schwefelverbindungen abgesondert, die den charakteristischen Geruch dominieren. Es gilt als anerkannt, dass die Mehrzahl der Ursachen für die Halitosis in der Mundhöhle selbst und hier besonders im Bereich der Parodontalregion und der Zunge zu suchen ist [Filippi 2008, v. d. Broeck et al. 2008].

In seiner täglichen Praxis ist der Hals-Nasen-Ohren-Arzt mit dem Symptom eines auffälligen Mundgeruches bei diagnostischen und therapeutischen Handlungen intensiv konfrontiert. Trotz der auffällig großen Zahl von Patienten mit Halitosis bitten nur relativ wenige Betroffene direkt um gezielte Beratung und Behandlung.

Auffällig intensiver Mundgeruch kann Begleitsymptom unterschiedlicher spezifischer Erkrankungen des Hals-Nasen-Ohren-Gebietes sein, wobei die empfundene Lokalisation des unangenehmen Körpersymptoms zwar aus der Mundhöhle entstammend empfunden wird, die ursächliche Lokalisation aber in einer angrenzenden Region liegt. Dabei können sowohl die als Geruch verursachenden Störungen in der Nase mit angeschlossenem Nasennebenhöhlensystem und im Nasenrachen liegen wie auch im Hypopharynx und Larynx. Überwiegend kommen aber Ursachen im



Abbildung 1: Typisches Bild bei chronischer Tonsillitis mit kryptenreicher Oberfläche

Pharynx in Frage (Kaschke 2010). Im Falle des Sonnenkönigs lag eine große Fistel zwischen Mund- und Kieferhöhle als Folge einer missglückten Zahnextraktion vor. Ein großes Stück des Oberkiefers war herausgebrochen und eine ausgeprägte Wundinfektion hatte sich gebildet (Michel 2007).

Ursachen für Halitosis im Pharynx und Larynx

Charakteristische Strukturen in der Mundhöhle, die mit Halitosis assoziiert sein können sind die **Gaumentonsillen** und die **Zungengrundtonsille**. Als variabel strukturierte Anteile des Waldeyer'schen Rachenringes können unterschiedliche Krankheiten vorkommen. Die typische Struktur einer buchtenreichen, teilweise zerklüfteten Oberfläche mit Krypten und Taschen bietet günstige Voraussetzungen für lokale, bakteriell bedingte Gewebeerkrankungen.

Besonders starker Mundgeruch tritt bei akuter Tonsillitis (akute Mandelentzündung, Angina) auf, wenn spezifische bakterielle Besiedelungen oder auch Abszedierungen bestehen. Nach Abheilung geht dieses Symptom aber wieder zurück oder verschwindet auch vollständig. Das Problem Halitosis ist bei chronischer Tonsillitis viel größer. In tiefen Krypten der Mandeloberfläche finden sich Zelldetritus und Sekrete, die eine hohe Konzentration anaerober Bakterien beinhalten (Abbildung 1). Beim Kauen, Sprechen und Gähnen werden die Krypten teilweise ausgepresst und geruchstragende Bestandteile der Bakterien freigesetzt. Durch Spateldruck lassen sich diese Sekrete und Detritus aus den Tonsillenkrypten ausdrücken. Zuweilen entleeren sich auch verdichtete Detrituspfropfe, sogenannte **Tonsillolithen**, die einen stark unangenehmen Geruch bilden [Myers et al. 2008, Rio et al. 2008].

Lokale Mundpflegemaßnahmen verringern das Problem meist nur vorübergehend. Frustran verlaufende Behandlungen sind nur durch eine Mandelentfernung (Tonsillektomie) beherrschbar. Bei den seltener problematischen Manifestationen im Zungengrund kann eine laserchirurgische Abtragung hilfreich sein. Mundgeruch bei Kindern tritt auf, wenn **Tonsillenhypertrophien** vorhanden sind. Die dadurch bedingte Mundatmung begünstigt das Schleimhautmilieu, was eine Bakterienanheftung einfach macht. Eine chirurgische Therapie ist wegen anderer Zusammenhänge angezeigt, hilft damit auch das Halitosis-Problem zu lösen. In die Schleimhaut und bevorzugt in die



Abbildung 2a: Lingua plicata. Faltenbildungen in der Zunge begünstigen die Ansiedelung von bakterienreichen Biofilmen.



Abbildung 2b: Lichen ruber der Zungenoberfläche. Diese Effloreszenz geht häufig mit Halitosis einher.

lymphatischen Gewebestrukturen können sich spitze **Fremdkörper**, wie Knochensplitter und kleine Gräten, einspießen. Bleiben diese unbemerkt, bilden sich umschriebene Entzündungsareale, an denen sich kritische Bakterien ansiedeln. Ein auffälliger Mundgeruch ist die Folge [Lee et al. 2007]. Die zweite wichtige Struktur in der Mundhöhle, die der HNO-Arzt bei seiner Untersu-

chung auch stets begutachtet, ist die **Zunge**. Insbesondere die Papillen, aber auch die typischen Furchungen begünstigen die Entstehung von Mundgeruch. Dieser resultiert meist aus einem sich ausbildenden Biofilm aus zellulären und bakteriellen Bestandteilen. Der HNO-Arzt muss mögliche pathologische Veränderungen des Zungenepithels von ungefährlichen Varianten abgrenzen (Abbildung 2 a und b). Anaerobier haften charakteristischerweise an präkanzerösen und kanzerösen Läsionen des Zungenepithels. Der durch hohe Zellmitoseraten bedingte Zelldetritus bietet einen idealen Nährboden dafür. Leider werden zuweilen die versteckt liegenden Epithelveränderungen häufig erst spät erkannt (Abbildung 3). Ein auffälliger Mundgeruch ist daher nicht selten auch ein Frühsymptom für ein mögliches Präkarzinom.

Auf der Zunge manifestieren sich häufig auch unterschiedliche Entzündungen wie bakterielle Biofilme oder Soorbeläge. Die letztgenannten entwickeln meist einen eher süßlich anmutenden Geruch, haben charakteristische weiße Beläge und kommen typischerweise bei Patienten mit Immunsuppression vor. HIV-infizierte Patienten sind davon oft betroffen und bilden dabei am seitlichen Zungenrand ein typisches Schleimhautbild, welches als **Haarleukoplakie** bezeichnet wird. Die besondere wellenartige Struktur begünstigt auch die

anaerobe Bakterienbesiedelung, die wiederum Halitosis verursacht. Die für die **Zungentumoren** geltenden Besonderheiten wirken auch bei Hypopharynx- und Larynxkarzinomen (Abbildungen 4 und 5). Ausgeprägte Halitosis kann bereits in sehr frühen Stadien der Erkrankung und somit als Früh-



Abbildung 3: Zungenrandkarzinom

symptom auftreten. Verantwortlich dafür ist eine bakterielle Sekundärbesiedelung durch Tumornekrose veränderter Epithelläsionen. Dieses Frühzeichen ist beachtenswert, da andere klinische Zeichen, wie Schluckschmerz oder Halslymphknotenschwellungen erst viel später für den Kranken deutlich werden können. Eine andere extraorale Quelle der Halitosis neben den tumorösen Veränderungen sind chronische Kehlkopfentzündungen. Insbesondere chronisch hyperplastische Formen mit pseudomembranösen Bildungen und atrophe Laryngitiden sind zu nennen, die Intensität der Halitosis ist aber eher gering.

Eine weitere extraorale Ursache kann ein **Hypopharynxdivertikel** sein, welches auch als Zenkersches Divertikel bekannt ist. Der



Abbildung 4: Hypopharynxkarzinom mit ulzeröser Schleimhaut

Zerfall der Nahrung verursacht zusammen mit Regurgitationsneigung und Schluckbeschwerden einen eher säuerlichen bis fauligen Geruch, der sich deutlich vom typischen oralen Mundgeruch unterscheidet. Die Verdachtsdiagnose kann durch eine Kontrastmitteluntersuchung bestätigt werden.

Erkrankungen von Nase und Nasennebenhöhlen

Die am häufigsten vorkommenden extraoralen Ursachen von Halitosis sind Erkrankungen der Nase und der Nasennebenhöhlen. Gerucherscheinungen können auch aus der Nase austreten. Die Quelle sind bakteriell besiedelte Sekretentrocknungen in der Nase, wie sie bei der atrophischen chronischen Rhinosinusitis, bei Defekten nach Operationen oder Bestrahlungen vorkommen [Ng et al. 2005]. Wenn die physiologische Nasenatmung auf Grund von anatomischen Engstellen wie Nasenscheidewandverkrümmungen oder Schwellkörpervergrößerungen gestört ist, verstärkt sich die bakterielle Besiedelung auf der Zunge und den Tonsillen mit entsprechenden Folgen. Entzündliches Nasensekret ist eine weitere Quelle von Halitosis. Diese tritt als typisches Begleitsymptom einer Rhinosinusitis auf und fließt überwiegend über den Nasenrachen ab. Die Art des Sekretes kann sehr unterschiedlich sein. Spezielle und hohe Bakterienkonzentrationen begünstigen verständlicherweise die Präsenz des Mundgeruchs. Das klinische Bild der Rhinosinusitis ist auch nicht einheitlich. Besonders die chronischen Entzündungen sind sehr variabel. Eine isolierte Kieferhöhlenentzündung, wie sie auch dentogen bedingt vorkommen kann, erzeugt ein eitrig-fötides Sekret mit entsprechendem Geruch in der Nase, aber auch intraoral. Staphylokokken und Pseudomonaden finden sich oft bei der polypösen Rhinosinusitis. Entsprechend different sind die Geruchssensationen. Für die Halitosis sind die entzündungsbedingten Sekrete entscheidend, wie Eintrocknungen und ein zähflüssiger



Abbildung 5: Stimmlippenkarzinom

Mucus (Abbildung 6). Chronische Rhinosinuitiden gehen auch mit Riechstörungen für den Betroffenen einher. Begleitende Geruchsprobleme in der Nase und in der Mundhöhle werden häufig selbst nicht wahrgenommen.

Die Therapie der chronischen Rhinosinusitis bedeutet auch immer eine Mitbehandlung der begleitenden Halitosis-Problematik. Konservative Behandlungsmaßnahmen mit gezielter antibiotischer Therapie und Anwendung kortisonhaltiger Nasensprays werden mit einer Reinigung der Nasenhöhle durch Salzwasserspülungen kombiniert. Diese Schleimhautpflege verbessert die Keimflora und reduziert geruchsbildende Sekrete und Krusten deutlich. Bei persistie-



Abbildung 6: Typisches Bild bei chronischer polypöser Sinusitis mit Sekretbildungen und Verkrustung

render Symptomatik und frustranen konservativen Therapiemaßnahmen ist eine chirurgische Therapie mit Optimierung der Belüftungs- und Drainagewege sowie Sanierung entzündlicher Herde angezeigt [Dixon et al. 2004]. Nach einer derartigen Therapie ist das entzündungsbedingte Halitosis-Problem nicht sofort überwunden. Durch natürlich bedingte Wundheilungsphänomene kommt es zur Bildung und Ansammlung von Biofilmen in der Nase, die sowohl eine nasale Geruchsbildung wie auch einen deutlichen Mundgeruch verursachen. Dieser Umstand sollte beachtet werden, um den Betroffenen richtig beraten zu können und unnötige Behandlungen zu vermeiden. Bei Kindern sind chronische Rhinosinuitiden selten. Wird eine einseitige Symptomatik beobachtet, muss immer auch ein Fremdkörper in der Nase ausgeschlossen werden.

Xerostomie als HNO-Ursache für Halitosis

Das Symptom Mundtrockenheit wird in der hals-nasen-ohren-ärztlichen Praxis häufig vorgetragen. Ältere Menschen sind dabei vergleichsweise sehr viel häufiger betroffen. Oft geht das beklagte Zeichen mit dem Symptom Zungenbrennen einher. Üblicherweise besteht dabei immer eine begleitende Halitosis [Berk et al. 2004].

Im Wesentlichen sind es drei Hauptgründe die zur Xerostomie führen:

1. An erster Stelle stehen unerwünschte Arzneimittelreaktionen. Medikamente mit anticholinergischer Wirkung erzeugen besonders intensiv eine Mundtrockenheit. Zu dieser Medikamentengruppe zählen blutdrucksenkende und kardial wirkende Präparate. Diese Medikamente sind bekanntermaßen bei älteren Menschen wegen der größeren Prävalenz von Herz-Kreislauf-Krankheiten im Einsatz.

2. Sehr deutlich muss darauf verwiesen werden, dass nach Radiotherapie wegen bösartiger Tumorerkrankungen im Kopf-Hals-Bereich als Nebeneffekt re-

regelmäßig eine Xerostomie infolge der Zerstörung von Speicheldrüsengewebe auftritt. Diese Nebenwirkung der Behandlung ist irreversibel, nur in wenigen Fällen kommt es zum Wiedereinsetzen einer annähernd ausreichenden Speichelproduktion. Die Xerostomie-Phase ist aber immer sehr lang anhaltend. Der wichtigste Faktor zur Vermeidung besteht in einer modernen Bestrahlungsplanung und einem Versuch, die Drüsenparenchymanteile von den Bestrahlungsfeldern auszusparen.

3. Zu einer Umwandlung von Speicheldrüsengewebe kommt es auch bei der B-Zell-Autoimmunerkrankung Morbus Sjögren. Die Erkrankung geht mit einer polyklonalen Hypergammaglobulinämie und einem erhöhtem Risiko für die Ausbildung eines MALT-Lymphoms (18,9 Prozent) einher. Auffällig sind häufig diffuse, meist teigige Schwellungen der Ohrspeicheldrüsen. Eine ausgeprägte Xerostomie ist bei dieser Erkrankung immer vorhanden, eine Halitosis tritt dabei regelmäßig auf.

Therapie der Xerostomie

Therapeutische Strategien bei Xerostomie und damit auch Halitosis besteht in erster Linie in der Gabe von Speichlersatzstoffen. Erfahrungsgemäß kann derzeit nur eine teilweise Verbesserung der Situation erreicht werden und viele künstliche Speichelstoffe die Erwartungen nicht erfüllen. Weiterhin kann eine Stimulation der Speichelsekretionsrate durch die Gabe von Pilocarpin versucht werden. Auch hier zeigen die Erfahrungen nur in wenigen Fällen eine aus-

reichende klinische Verbesserung. Therapeutisch notwendige Dosen können in vielen Fällen wegen der auftretenden Nebenwirkungen nicht erreicht werden. Neuere Therapieansätze zeichnen sich mit Muskarinantagonisten (Cevilemin, Evoxac, derzeit nur in USA erhältlich) und Physostigmin ab [Koshrovani et al. 2008].

Tipps für die Praxis

Halitosis und Erkrankungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs sind häufig miteinander verknüpft. Dabei kann Halitosis zuweilen auch als Früh- oder Leitsymptom von Erkrankungen bewertet werden. In einer Reihe von Fällen kann Halitosis auch ein zusätzlicher Indikator für eine operative Therapie sein. Für diagnostische Beurteilung und Behandlung von Halitosis sollten Zahnärzte und andere ärztliche Kollegen eine HNO-ärztliche Untersuchung anstreben, mindestens eine detaillierte Symptomerfassung und -bewertung vornehmen. Die Vielfalt möglicher extraoraler Ursachen macht dies erforderlich.

*Prof. Dr. Oliver Kaschke
Abteilung für Hals-Nasen-Ohren Krankheiten
Plastische Gesichts- und Halschirurgie
Sankt-Gertrauden-Krankenhaus
Paretzer Str. 12, 10713 Berlin
oliver.kaschke@sankt-gertrauden.de*



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



Prof. Dr. Oliver Kaschke

1979–1985 Studium der Medizin in Berlin, 1985 bis 1994 Assistenzarzt an der Univ.-HNO-Klinik der Charité in Berlin. Während dieser Zeit Promotion zum Dr.med. und Anerkennung zum Facharzt. 1994 bis 1997 Oberarzt an der Univ.-HNO-Klinik der Charité, Klinikum Mitte. 1997–1999 Leitender OA an der Univ.-HNO-Klinik im Virchow-Klinikum/Charité. Seit 1999 Chefarzt der Abteilung HNO, Plastische Gesichts- und Halschirurgie am Sankt-Gertrauden-Krankenhaus in Berlin. Seit 1995 Lehrbeauftragter für Otorhinolaryngologie an der Charité. 2002 Berufung zum APL Professor.

Halitophobie – Angst vor dem nicht existenten Geruch

Delia Schreiber, Andreas Filippi

Das Thema Mundgeruch ist in den letzten Jahren in das Bewusstsein von Patienten und Zahnärzten gerückt. Nicht immer existiert er wirklich. Nach zahlreichen epidemiologischen Studien wird jedoch weltweit von einer Prävalenz von etwa 25 Prozent der Bevölkerung ausgegangen, die zumindest zu bestimmten Tageszeiten sozial inkompatiblen Mundgeruch hat. Im Gegensatz zu den USA gibt es in Europa nach wie vor zu wenige professionelle Anlaufstellen für Halitosis-Patienten. Der Zulauf zu diesen wenigen Sprechstunden ist enorm.

Der Begriff Halitosis fasst unterschiedliche Befunde beziehungsweise Krankheitsbilder zusammen. Man unterscheidet zunächst die echte Halitosis und die psychisch bedingte Halitosis. Die psychisch bedingte Halitosis wird ihrerseits in Pseudohalitosis und Halitophobie unterteilt [Yaegaki und Coil, 2000]. Pseudohalitosis bedeutet, der Mundgeruch wird nur vom Patienten selbst empfunden,

jedoch durch andere nicht wahrgenommen. Diese Situation verbessert sich durch Information und Aufklärung des Patienten und durch das Besprechen der Untersuchungsergebnisse. Bei einer Halitophobie klagt der Patient über objektiv nicht verifizierbaren Mundgeruch. Weder durch intensive Aufklärung noch durch Besprechung der Untersuchungsergebnisse kann der

Patient davon überzeugt werden, dass kein Mundgeruch vorliegt. Es wird heute vermutet, dass Pseudohalitosis die Vorstufe einer Halitophobie sein könnte.

In früheren Untersuchungen konnte eine Inzidenz von fünf Prozent aller Ursachen für Halitosis [Delanghe et al., 1996] beschrieben werden. Spätere Untersuchungen der Universitäten Berlin und Basel zeigen jedoch, dass in professionellen und exponierten Halitosis-Sprechstunden der Anteil von Patienten mit psychischer beziehungsweise psychiatrischer Ursache sogar bei zwölf bis 27 Prozent liegen kann [Seemann et al., 2004; Filippi und Müller, 2006].

Psychologische und psychiatrische Ursachen

Das Selbstbild des Menschen über seinen Atem ist mehr oder weniger klar und kann in sehr geringem bis hin zu äußerst inadäquatem, pathologischem Maße von der Realität abweichen [Eli et al., 2001]. So ist ein bekanntes und paradoxes Phänomen, dass Menschen mit Mundgeruch diesen selbst oft nicht wahrnehmen. Ebenso ist die Behauptung eines Patienten, er leide unter starkem Mundgeruch, der jedoch vom Gegenüber weder organoleptisch noch metrisch erfasst werden kann, im ersten Moment irritierend. Die Betroffenen suchen Hilfe beim Spezialisten in einer Halitosis-Sprechstunde, der nach eingehender Unter-

Patienten mit psychisch bedingter Halitosis sind ständig wegen ihres objektiv nicht vorhandenen Mundgeruchs besorgt ...



Foto: Pronomen GmbH



Der vorliegende Beitrag ist in modifizierter Form bereits vor einigen Jahren in den zm erschienen. Die Autoren haben den Inhalt und die Literatur aktualisiert. Da der Beitrag für den Praxisalltag aber substanzial ist, erscheint er im Rahmen dieses Fortbildungsteils erneut, da er die Thematik „Halitosis“ abrundet. ■



... sie reinigen ihre Zunge mehrfach am Tag, ...

Foto: Pronomen GmbH

suchung die eigentlich angenehme Mitteilung machen kann, dass kein Mundgeruch vorhanden ist. Ein echter Halitosis-Patient ist darüber glücklich. Ein Halitophobie-Patient aber wird mit Unverständnis oder gar mit Unmut reagieren. Da er seinen Geruch subjektiv deutlich registriert und unter Umständen sogar noch einen schlechten Geschmack im Mund wahrnimmt, ist er für jegliche Art der Argumentation nicht erreichbar. Die sinnlichen Wahrnehmungen sind zu stark, um sich einer anderen, objektiven Wirklichkeit zu öffnen.

Kommt solch ein Patient in die Praxis, so ist der Umgang mit ihm nicht einfach, da eben diese gemeinsame Wirklichkeit kaum geschaffen werden kann. Er ist nicht selten enttäuscht und reagiert ablehnend auf die Überzeugungsarbeit des Behandlers. In der Regel ist die Einsicht in das Wahnhafte seiner Eigendiagnose nicht vorhanden. Schnell einmal fühlt er sich nicht ernst genommen und zweifelt schließlich an der Kompetenz des untersuchenden Zahnarztes. Einen Halitophobie-Patienten jedoch kann man weder durch professionelle Diagnostik, noch durch metrische Beweise technischer Messungen davon überzeugen, dass sein Problem fiktiv ist und keiner somatischen Behandlung bedarf [Rosenberg und Leib, 1997].

Der Begriff Halitophobie beschreibt die übertriebene Angst des Patienten, andere Menschen mit seinem vermeintlichen Mundgeruch unerträglich zu belästigen. In

Internetforen beschreiben Halitophobiker ihr eigentliches Leid immer mit ähnlichen Worten: „Wie kann etwas, das ich so klar rieche und schmecke nicht existieren? Das will mir nicht in den Kopf. Ich beobachte mein Gegenüber ganz genau und ich finde immer eine Reaktion, die darauf hindeutet, dass ich eben doch schlecht aus dem Mund rieche. Das macht mich so unsicher. Ich traue mich kaum noch unter Leute.“ Diese Tendenz sich zu isolieren, ist gefährlich, denn sie kann zu einer sekundären Depression führen, beziehungsweise eine häufig vorhandene larvierte Depression verstärken. Die Auswertung von speziellen Anamnesebögen [Lang und Filippi, 2004a] der Halitosis-Sprechstunde der Universität Basel hat gezeigt, dass für Patienten mit nicht-realer Halitosis das relative Risiko einer negativen Beeinflussung des Soziallebens doppelt so hoch ist wie für Patienten mit echter Halitosis [Filippi und Müller, 2006]. Dies erklärt teilweise die offenbar erhöhte Suizidgefährdung bei persistierender Halitophobie.

Der Halitophobie-Patient sieht in jeder sozialen Interaktion – wie natürlich vorkom-

mende Gesten, zum Beispiel ein kurzes Bedecken der Nase oder das Wegdrehen des Kopfes – objektivierbare „Indizien“ für sein Leiden. Bei genauem Nachfragen sind diese Patienten jedoch noch nie auf unangenehmen Mundgeruch angesprochen worden [Johnson, 1996]. Wohl aber beschreiben einige, früher einmal mit einer Bemerkung über angeblichen Mundgeruch verletzt worden zu sein. Neurobiologisch könnte hier eventuell eine Erklärung für die Entstehung dieser Krankheit zu suchen sein. Ähnlich dem Phantomschmerz bei Amputationspatienten, wäre es möglich, dass das Hirn in einer besonders sensiblen Situation einen einmal tatsächlich vorhandenen Geruch oder Geschmack memoriert hat und nun ständig reproduziert. Die Ursachen für diesen Memory-Effekt sind noch nicht erforscht.

Von der Angst über den Zwang zum Wahn

Der Begriff „olfaktorisches Referenzsyndrom“ fasst die im Laufe der Zeit immer stärker werdenden Wahnvorstellungen vom Eigengeruch zusammen [Johnson, 1996]. Über die Halitophobie gibt es trotz der insgesamt hohen Inzidenz in speziellen Halitophobie-Sprechstunden [Delanghe et al., 1996; Seemann et al., 2004; Filippi und Müller, 2006] kaum psychologische oder psychiatrisch wissenschaftliche Daten. Die meisten Halitophobie-Patienten erscheinen auch nicht in psychologischen oder psychiatrischen Sprechstunden, da sie davon überzeugt sind, dass ihr Problem organischer und nicht psychischer Natur ist. Die Eigengeruchshalluzinose und das olfaktorische Referenzsyndrom sind Psychologen, Psychiatern und Neuropsychologen zwar bekannt, das Phänomen der Halitophobie jedoch nicht. Die Halitophobie wird wohl

fixe Idee, Unsinn
eingebildeter Mundgeruch, sich einbilden, „Das kommt Ihnen nur so vor.“
Pseudohalitosis, Halitophobie
psychisch, psychosomatisch, pathologisch, Psychotherapie

Tabelle 1: Begriffe, die man im Kontakt mit Halitophobie-Patienten vermeiden sollte

am schlüssigsten dem olfaktorischen Referenzsyndrom innerhalb der Zwangsstörungen zugeordnet [Stein et al., 1998]. Patienten, die unter dem olfaktorischen Referenzsyndrom (ORS) leiden, glauben mehr oder weniger wahnhaft, durch einen vermeintlichen Körper- oder Mundgeruch im Berufs- und im Privatleben eingeschränkt zu sein. Obsessive Handlungsmuster kommen hinzu. Dieser eingebildete Geruch kann verschiedenen Körperteilen zugeordnet werden. ORS-Patienten sind ständig mit ihrem Körpergeruch beschäftigt. Sie entschuldigen sich für den inexistenten Geruch und beschäftigen sich – ähnlich wie Zwangserkrankte – häufig mit Aktivitäten und Ritualen, um sich davon zu befreien. Diese Patienten reduzieren ihr öffentliches Erscheinen und häufig auch ihre sozialen und beruflichen Kontakte. Sie werden oft von großer Scham über den vermeintlichen Geruch und von depressiven Tendenzen geplagt. Somit könnte die Halitophobie die Kriterien für Zwangserkrankungen innerhalb des Klassifikationssystems für psychische Störungen (DSM-IV) erfüllen [Sass et al., 2002]. Es sind jedoch weitere Studien erforderlich, um eine exakte Einordnung der Halitophobie innerhalb des olfaktorischen Referenzsyndroms und damit in die Gruppe der Zwangsstörungen zu rechtfertigen. Bei der Entstehung von Zwangsstörungen wird sowohl von neurobiologischen als auch von psychologischen Faktoren ausgegangen.

Die Zuständigkeit bei Halitophobie

Es ist anzuraten, Halitophobie-Patienten – sobald diese dazu bereit sind – an einen Psychiater oder Allgemeinmediziner mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zu verweisen. Eine medikamentöse Therapie (Antidepressiva) kann die Beschwerden in der Regel lindern. Allerdings tauchen diese auch nach vorsichtigem Ausschleichen der Therapie (langsames Absetzen der Medikamente über einen längeren Zeitraum hinweg) häufig wieder auf, wenn nicht begleitend eine Psycho- oder Verhaltenstherapie durchgeführt wird.

Kommunikation mit betroffenen Patienten

Die professionelle Halitosis-Sprechstunde bietet den Vorteil, Teile der Anamnese mittels eines Fragebogen erheben zu können, der einige Fragen zur psychischen Situation des Patienten beinhaltet [Lang und Filippi, 2004a; Filippi, 2005]. Patienten mit nicht-realer Halitosis werden so bereits im Vorfeld erkannt. Dem entsprechend kann die Kommunikation von Anfang an diagnosegerecht gestaltet werden.

zu diesem Zeitpunkt vom Patienten nicht kognitiv verarbeitet werden. In seinem Inneren wird ein Widerstreit zwischen Kognition und Emotion ausgelöst, der auch zu Wutreaktionen führen kann.

Mittelpunkt der Behandlung sollte sein, eine Beziehung zum Patienten herzustellen, die von Akzeptanz, Mitgefühl, Unterstützung und Ermutigung getragen wird [Yaegaki und Coil, 1999]. In der Psychotherapie ist seit Längerem bekannt, dass nicht in erster Linie die Technik der Therapie, sondern viel mehr die Haltung und der gute Beziehungs-

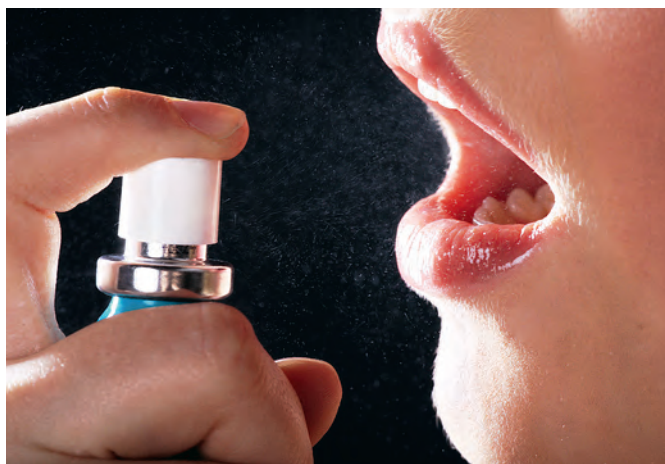


Foto: Nick Freund – Fotolia

... versuchen, ihre Atemluft durch orale Kosmetika zu verbessern, ...

Ruhe und Zeit sind sehr wichtig für das erste Gespräch. Nach der intraoralen, organoleptischen und instrumentellen Diagnostik [Lang und Filippi, 2004a; Filippi, 2005; Brunner et al., 2010] ist es ratsam, auch Patienten mit wahnhafter Halitosis in die Mund- und Zungenhygiene einzuweisen [Filippi, 2005; Filippi, 2009]. Es liegt im Ermessen des Behandlers, ob man den Patienten bereits zum Zeitpunkt der Erstdiagnostik mit der Tatsache des nicht-verifizierbaren Mundgeruchs konfrontiert. Entscheidend ist in erster Linie, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen. Beginnen könnte man beispielsweise damit, zu erwähnen, dass der wahrgenommene Geruch sehr viel schwächer ist, als der Patient glaubt. Einige Patienten haben eine ausgedehnte Doctorshopping-Phase hinter sich, sind enttäuscht und überempfindlich und sehnen sich verzweifelt nach dem Ende ihrer Probleme. Eine aufmunternd gemeinte Bemerkung, dass gar kein Mundgeruch vorhanden sei, kann

aufbau des Therapeuten die Initiation eines inneren Heilungsprozesses ermöglichen [Grawe et al., 1994]. Mit dieser empathischen Kommunikationsart ermöglicht man dem Patienten, sich den Luxus zu erlauben, die innere Abwehr aufzugeben und sich eine neue Sicht der Dinge anzuhören. In der Regel nimmt keiner der Patienten initial das Angebot einer psychologischen Beratung und Therapie an [Delanghe et al., 1997; Delanghe et al., 1999a; Delanghe et al., 1999b; Yaegaki und Coil, 1999]. Bevor das Verhältnis zwischen Behandler und Patient nicht von Vertrauen geprägt ist, wird der Versuch, den Patienten zu einem Psychotherapeuten oder psychologisch geschulten Allgemeinmediziner zu überweisen im Normalfall scheitern. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass der Behandler genau zuhört und die Klagen des Patienten ernst nimmt. Während des Gesprächs immer wieder zu nicken, zuzustimmen und das Leiden anzuerkennen, schafft Vertrauen. Mit Sätzen



Foto: Wrigley

... benutzen regelmäßig Atem erfrischende Kaugummis oder Lutschtabletten und ...

wie: „Das kann ich gut verstehen“, „Das muss sehr belastend für Sie sein“, „Schauen wir mal, was ich für Sie tun kann“ zeigt man Verständnis. Unbedingt vermieden werden sollten Begriffe, die suggerieren, dass es sich um eine psychische und nicht um eine somatische Störung handeln könnte (siehe Tabelle 1). Zumal diese Störung, sofern sie neurobiologische Ursachen haben sollte, damit sehr wohl somatisch mitgeprägt wird. Man darf nicht vergessen, dass sich Behandler und Patient in verschiedenen Wirklichkeiten befinden. Für den Patienten ist die Halitosis zu seinem Leidwesen eine sinnlich erfahrbare Realität. Diese Realität anzuerkennen und aus ihr herauszuführen, ist das Kernziel einer Halitophobie-Therapie. Eine aus psychologischer Sicht viel versprechende Umgangsbasis mit dem Patienten umfasst fünf Regeln [Yaegaki und Coil, 1999] (Tabelle 2).



Foto: Promomen GmbH

... führen oft sehr motiviert alle Möglichkeiten der Mundhygiene durch, ohne dass sich ihr Leiden verbessert.

Eines der Hauptprobleme der Halitophobie ist die Gewohnheit, andere Menschen zu beobachten und in ihren Reaktionen ständig Hinweise auf den eigenen schlechten Atem zu suchen. Daher ist es empfehlenswert, den Patienten auf diese Gewohnheit und die damit einhergehenden Angstgefühle und Kontrollbedürfnisse aufmerksam zu machen. Eine Möglichkeit, um dem Patienten einen Gegenbeweis zu liefern, wäre, ihn an einem Blindversuch teilhaben zu lassen: Er füllt eine Plastiktüte mit seiner Atemluft und reicht diese selbst – unter einigen anderen Lufttüten – einer Testperson, die beurteilen muss, wie der Inhalt der Tüte riecht.

Die Stunde der Wahrheit

Das Ziel dieser speziellen Mundgeruch-Sprechstunde ist es, Halitophobie-Patienten an einen Arzt mit psychotherapeutischer Weiterbildung oder an einen Psychotherapeuten weiter zu weisen. Dies braucht sehr viel Fingerspitzengefühl. Spätestens bei der zweiten oder dritten Sitzung ist es an der Zeit, den Patienten behutsam aufzuklären.

Folgende Sätze können dabei helfen, dem Patienten eine andere Wirklichkeit als seine eigene nahezubringen:

Nennen Sie die Tatsache: „Ich kann bei Ihnen keinen Mundgeruch feststellen. Es gibt wirklich keinerlei Indizien dafür.“

Anerkennen des Problems: „Sie nehmen aber den schlechten Geschmack und den Geruch trotz Ihrer hervorragenden Mundhygiene noch immer deutlich wahr.“

Objektivierung: „Die Wissenschaft nennt dieses Phänomen Halitophobie. Es ist so, dass Sie wahrscheinlich tatsächlich einmal unter Mundgeruch gelitten haben. Ihr Hirn hat sich diesen Geruch gemerkt und gaukelt Ihren Geruchs- und Geschmacksnerven diesen immer wieder vor. Wieso es das macht, konnte noch nicht erforscht werden.“

Lösungsangebot: „Ich kann Ihnen einen Kollegen empfehlen, der Ihnen hier weiterhelfen kann“ (Visitenkarte eines Neuropsychologen oder Psychiaters mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung bereit halten).

Entdramatisieren: Nicht erschrecken, wenn hier Psychiater/Psychologe steht – mit Ihnen

1. Der Behandler lässt sich nicht auf Diskussionen ein, ob der Mundgeruch vorhanden ist oder nicht.
2. Es sollte abgeklärt werden, ob der Patient vermehrt auf Reaktionen von anderen achtet und aus diesen das Vorhandensein von störendem Mundgeruch ableitet.
3. Dem Patienten sollte wiederholt erklärt werden, dass Gesten wie das Bedecken der Nase mit der Hand oder das Abwenden des Gesichts bei Gesprächspartnern häufig vorkommen und nicht bedeuten, dass er Mundgeruch hat.
4. Um den therapeutisch wichtigen Kontakt zum Patienten aufrechtzuerhalten, sollte man ihm zeigen, wie er seine Mundhygiene optimieren kann. Er ist von der Anwesenheit seiner Halitosis überzeugt und wird – wenn nicht ernst genommen – andere Spezialisten aufsuchen.
5. Der Patient sollte immer wieder daran erinnert werden, dass er den Zustand seiner Atemluft auf keinen Fall an Gesten oder Reaktionen anderer Menschen ablesen soll, da er damit immer falsch liegt.

Tabelle 2: fünf Regeln im Umgang mit Halitophobie-Patienten [nach Yaegaki & Coil, 1999]

ist alles in Ordnung! Der Kollege kennt sich aber mit der modernen Hirnforschung aus (das sollte dann auch stimmen! Ein Psychoanalytiker dürfte für den Halitophobiker nicht der geeignete Ansprechpartner sein) und kann Ihnen sicher in kürzester Zeit helfen, dieses Geruchsphänomen loszuwerden.

Sofortmaßnahme: „Kauen Sie häufig zuckerfreien Kaugummi – das kann helfen, damit Ihr Hirn einen anderen Geschmack 'lernt'.“

Zusatzangebot: „Ich möchte gerne mit Ihnen einen weiteren Termin ausmachen, damit wir sehen, wie sich das Ganze entwickelt. Es ist mir wichtig, dass wir eine gute Lösung finden, denn ich kann verstehen, wie belastend diese Geruchswahrnehmungen für Sie sein müssen. Mit diesem Zusatzangebot unterstreichen Sie, dass Sie weiter-

hin für ihn da sind und ihn nicht einfach loswerden wollen. Das zu Ihnen aufgebaute Vertrauen zerschlägt sich nicht einfach so, sondern bleibt ein Hoffnungsschimmer für den Patienten. In Anbetracht der nicht seltenen Suizidgefährdung von Halitophobikern ist eine zusätzliche Konsultation ethisch durchaus vertretbar, auch wenn Ihr Auftrag als Zahnmediziner momentan erfüllt ist.

Schlussfolgerung

Jeder Zahnarzt, der eine Halitosis-Sprechstunde anbietet und somit früher oder später mit Halitophobie-Patienten konfrontiert werden wird, sollte sich einen Psychiater oder Allgemeinmediziner, beide mit Zusatzausbildung in Psychotherapie, in der Nähe

suchen und ihm die Symptome einer Halitophobie schildern, damit dieser weiß, was auf ihn zukommt, wenn ihm ein solcher Patient überwiesen wird. Der Umgang mit Halitophobie-Patienten ist für den Zahnarzt schwierig. Voraussetzungen sind Grundkenntnisse über die Hintergründe der Erkrankung, die adäquate Kommunikation mit Halitophobie-Patienten sowie die therapeutischen Möglichkeiten auf psychologischer Seite.

Zusammenfassung

Ein Großteil der Bevölkerung leidet unter Halitosis. Ursachen können sowohl orale als auch nicht orale Veränderungen sein. Zungenbelag sowie Parodontitis marginalis gehören zu den häufigsten oralen Ursachen. Nicht orale Ursachen sind vor allem Tonsillitis und Sinusitis aber auch Allgemeinerkrankungen sowie spezielle Ernährungsgewohnheiten. Unter nicht realer Halitosis beziehungsweise Halitophobie versteht man die zwanghafte Vorstellung, unter Mundgeruch zu leiden. Die betroffenen Patienten geraten in einen Distress-Kreislauf, der vermutlich die Wahrnehmung des Eigengeruchs verstärkt oder zumindest aufrechterhält. Die Folgen sind soziale Isolation bis hin zum Suizid. Halitosis-Sprechstunden sollten daher auf Patienten mit Halitophobie vorbereitet sein und im Vorfeld interdisziplinäre Kontakte aufbauen.

*Delia Schreiber
Lic. phil. Psychologin, Institut für
konvergent-systemisches Coaching
Im Schneeberg 3, CH-8708 Männedorf*

*Prof. Dr. Andreas Filippi
Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde, Universitätskliniken
für Zahnmedizin, Universität Basel
Hebelstr. 3, CH-4056 Basel
andreas.filippi@unibas.ch*

zm Leser service

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



Prof. Dr. Andreas Filippi

1990 bis 1998 Wiss. Mitarbeiter und wiss. Ass. (C1) der Abteilung Oralchirurgie und Zahnärztliche Poliklinik der Universität Gießen/Deutschland, 1991 Promotion, 1992 Erlangung der Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ in Deutschland, 1999 Habilitation, 1999 Ernennung zum Privatdozent, 1999 bis 2001 OA der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie in Bern, seit 2001 OA und Stellvertreter des Klinikvorstehers der Klinik für ZÄ Chirurgie, -Radiologie, M.-K.-Heilkunde Basel, 2001 FachZA für Oralchirurgie in der Schweiz, 2005 Ernennung zum Professor der Universität Basel, 2006 Gründung des Zahnunfall-Zentrums Basel, seit 2007 Präsident der Schweizerischen Ges. f. Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS)

Differentialdiagnose der Speicheldrüsenschwellungen

Warthin-Tumor der Glandula parotidea

Maximilian Krüger, Christian Walter

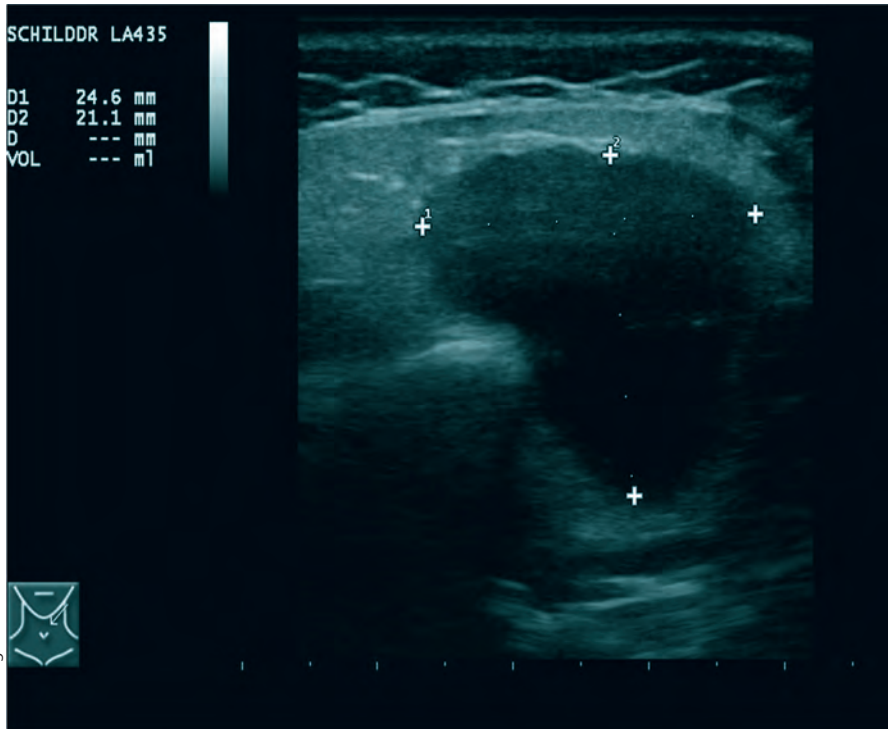


Abbildung 1: Sonographischer Befund des kaudalen Pols der linken Glandula parotidea mit Anschnitt des Kieferwinkels. Der Befund selbst ist relativ glatt begrenzt, zieht hinter den aufsteigenden Unterkieferast und hat eine Größe von über 2 cm in seiner größten Ausdehnung.

Eine 64-jährige Patientin stellte sich mit einer seit über einem Jahr bestehenden, langsam wachstumsprogredienten Raumforderung präaurikulär links nach Überweisung durch einen niedergelassenen Kollegen vor (Abbildung 1).

In der klinischen Untersuchung imponierte eine derbe, nicht druckdolente, etwa pflaumengroße Schwellung im Bereich der linken Glandula parotidea. Die Haut über

dem Befund war gut verschieblich und zeigte keine inspektorischen Auffälligkeiten. Schmerzen, Sensibilitätsstörungen oder eine Beeinträchtigung des Nervus facialis konnten nicht festgestellt werden.

Sonographisch zeigte sich ein im dorsocaudalen Parotispol gelegener, aus mehreren Einzelknoten bestehender, etwa 25 x 21 mm großer, glatt begrenzter im Vergleich zum umgebenden Drüsengewebe hyposonorer Befund, der ein leichtes Binnenecho und eine deutliche dorsale Schallverstärkung aufwies (Abbildung 1).

In einem zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bereits vorliegendem CT der Kopf-Hals-Region wies die Raumforderung nur in einem marginalen Saum eine deutliche Kontrastmittelaufnahme auf, wobei die zentralen Anteile jeweils homogen waren, aber



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

untereinander unterschiedliche Grauwerte aufwiesen (Abbildung 2).

In Intubationsnarkose wurde die Raumforderung im Sinne einer lateralen Parotidektomie entfernt (Abbildung 3). Bei Anschnitt der Befunde entleerte sich teils klares, teils trübes Sekret, wobei die Schnittflächen neben zystischen, teils gelblich-bräunlich solide Anteile aufwiesen (Abbildung 4). Die histopathologische Aufbereitung des Präparats bestätigte die Verdachtsdiagnose eines Warthin-Tumors (Abbildung 5).

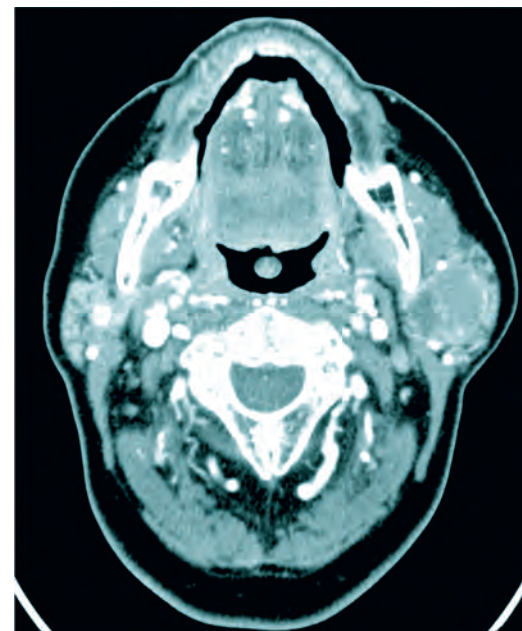


Abbildung 2: Präoperative Computertomographie mit Kontrastmittelgabe. Die linke Glandula parotidea zeigt eine mehrkammerige Raumforderung mit unterschiedlichen Dichteintensitäten. Unmittelbar perifokal ist eine leichte Kontrastmittelaufnahme ersichtlich.



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

Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos, sodass die Patientin nach wenigen Tagen in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden konnte. Hierbei werden sonographische Kontrollen durchgeführt.

Diskussion

Der Warthin-Tumor ist nach dem pleomorphen Adenom der zweithäufigste Speicheldrüsentumor [Machtens, 2000] und kommt fast ausschließlich in der Glandula parotidea zu liegen [O'Neill, 2009], wo er einen Anteil von etwa 15 Prozent ausmacht [Teymoortash et al., 2006].

Wegen der Verwechslungsgefahr zu malignen lymphatischen Erkrankungen und auch dem Lymphadenom wird in der WHO-Klassifikation von der Verwendung früher synonym gebrauchter Begriffe, wie dem Zystadenolymphom, dem Adenolymphom und dem papillären Cystadenoma lymphomatosum abgeraten [Barnes et al., 2005]. Das durchschnittliche Alter zum Diagnosezeitpunkt liegt für den Warthin-Tumor bei gut 60 Jahren, wobei das vor mehreren Jahrzehnten deutlich häufigere Auftreten unter Männern (10:1) inzwischen nur noch eine leichte Geschlechtsbevorzugung gegenüber Frauen (1,2 bis 1,6:1) erkennen lässt

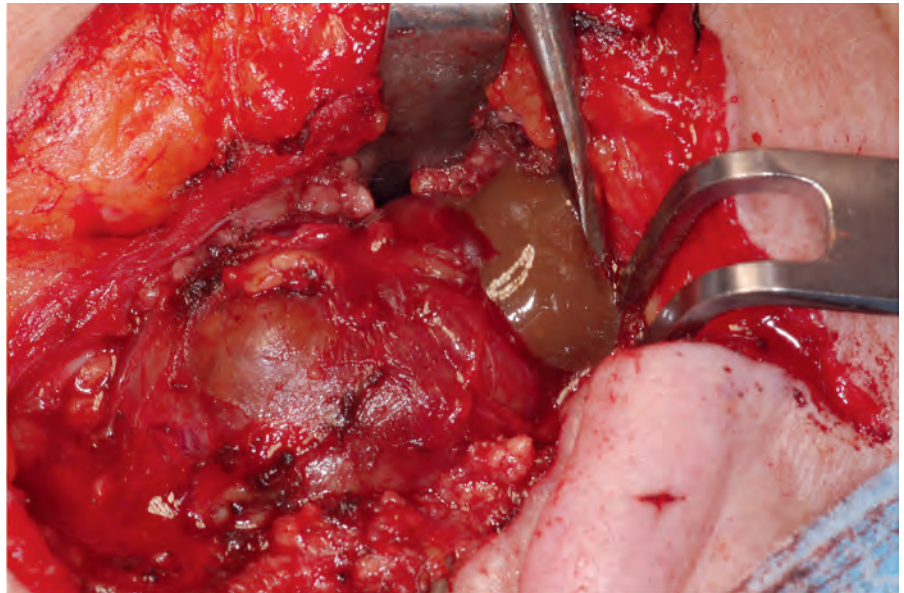


Abbildung 3: Intraoperativer Situs mit Darstellung der oberflächlich im Drüsenparenchym gelegenen, glatt begrenzten, zystisch imponierenden Raumforderung

[Barnes et al., 2005]. Erklärt wird dies durch das häufigere Auftreten des Warthin-Tumors unter Rauchern und den veränderten Rauchgewohnheiten mit einem inzwischen deutlich höherem Frauenanteil [O'Neill, 2009]. Weitere diskutierte Risikofaktoren sind Bestrahlung und eine fragliche virale Komponente mit EBV [Barnes et al., 2005]. Klinisch werden die meisten Patienten mit einer seit Monaten, langsam wachsenden,

2 bis 4 cm großen Schwellung im caudalen Parotispol vorstellig. Schmerzen werden selten berichtet. Eine Parese des Nervus facialis, bedingt durch Komprimierung oder Entzündung mit anschließender Fibrosierung, stellt die Ausnahme.

Ultraschall und Magnetresonanztomographie sind zurzeit bei Tumoren der Parotis Diagnostikum der Wahl [Bozzato et al., 2007] und ermöglichen die Bestimmung

der Lokalisation, der Größe und des Perfusionsmusters der Veränderungen.

Die meist gut umschriebenen ovalen Warthin-Tumore, aus denen häufig eine klare bis bräunliche Flüssigkeit austritt, zeichnen sich histopathologisch durch eine dünne Kapsel und im Inneren durch Faltungen mit zystischen Hohlräume aus, die von einer zweilagigen Schicht onkozytärer Epithelien ausgekleidet sind. Das Stroma enthält reichlich polyklonal, lymphatisches Gewebe mit Keimzentrumsbildung.

Bedingt durch das histologische Bild werden zwei Theorien zur Entstehung des Warthin-Tumors diskutiert: Neben der Versprengung von Drüsengewebe in intra- oder periparotidale Lymphknoten wird eine duktale Zellproliferation mit sekundärer lymphatischer Infiltration beschrieben [O'Neill, 2009]. Neuere immunhistochemische Studien stützen erste Theorie [Hansen, Kirkpatrick].

Therapeutisch wird der Warthin-Tumor meist im Sinne einer lateralen Parotidektomie entfernt, eine weitere Option stellt die Enukleation der Befunde und einige wenige Autoren sehen unter bestimmten Voraussetzungen ein abwartendes Verhalten als gerechtfertigt [Thangarajah et al., 2009]. Eine Besonderheit des Warthin-Tumors ist das häufige synchrone oder metachrone Auftreten (etwa zwölf Prozent) von kontralateralen Zweitbefunden beziehungsweise eine multifokale Läsion in sechs Prozent

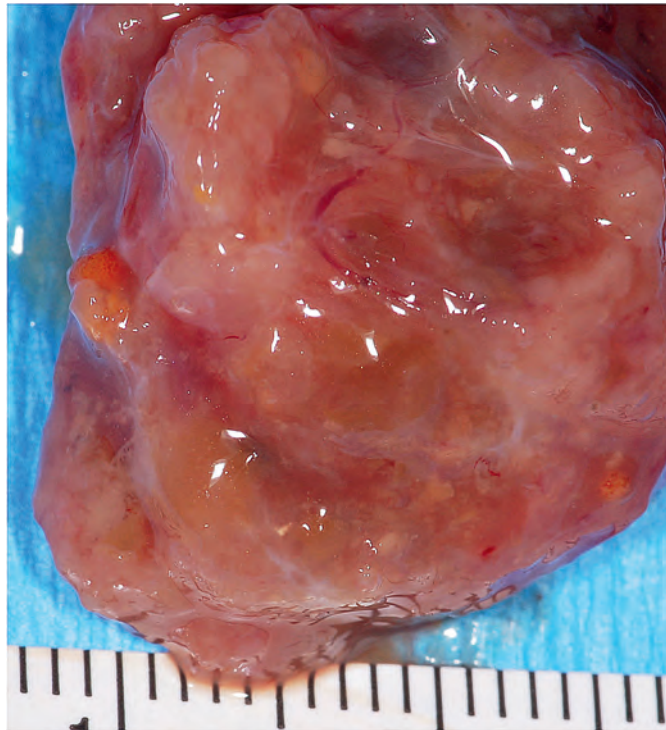


Abbildung 4: Anschnitt des aus dem Präparat entnommenen Befundes mit Aufsicht auf den mit Epithel ausgekleideten Hohlraum

[Teymoortash et al., 2006]. In seltenen Fällen ist eine maligne Entartung beschrieben worden [Thangarajah et al., 2009].

*Dr. Maximilian Krüger
Dr. Dr. Christian Walter
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie – plastische Operationen
Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Augustusplatz 2, 55131 Mainz
christian.walter@unimedizin-mainz.de*

Fazit für die Praxis

- Schwellungen im Bereich der Glandula parotidea sind abklärungsbedürftig, da neben dem pleomorphen Adenom und dem Warthin-Tumor auch maligne Differentialdiagnosen in Frage kommen.
- Zur Diagnostik von Speicheldrüsentumoren gehört neben Anamnese und klinischer Untersuchung vor allem die Ultraschalluntersuchung.
- Zur definitiven Diagnosestellung und zum Ausschluss eines Malignomes ist die histopathologische Befundung obligat.

Abbildung 5:
Im HE-gefärbten Präparat ist deutlich der papilläre Aufbau mit doppelschichtigem, onkozytärem Epithel und darunter befindlichem lymphischem Gewebe zu erkennen. In der Bildmitte kommt deutlich ein Keimzentrum zur Darstellung. Das Zystenlumen ist mit Zelldetritus, einzelnen Makrophagen und multiplen Cholesterinkristallen gefüllt.



zm Leser service

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

Insuffizienz und Dialyse

Stärkeren Fokus auf die Nierengesundheit richten

Wie bei vielen Bundesbürgern die Herzgesundheit inzwischen regelmäßig geprüft wird, so sollte auch die Nierenfunktion in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden. Das haben Experten während des 116. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden gefordert.



Foto: Jochen Zick/Keystone

Stundenlanges Sitzen an den Dialysegeräten und dann anschließend viele Stunden Müdigkeit, das ist ein schweres Los für Menschen, deren Niere nicht richtig funktioniert.

Das Blutdruckmessen und auch die Bestimmung der Blutfette ist mittlerweile Routine in den Arztpraxen, zumindest bei Risikopatienten für kardiovaskuläre Erkrankungen. Kaum jemals aber wird ohne konkreten Anlass die Nierenfunktion geprüft. Dabei drohen Menschen mit Nierenschädigung erhebliche Komplikationen: Die Erkrankung verläuft in aller Regel über Monate und Jahre progredient mit stetig fortschreitendem Verlust der Nierenfunktion. Sie mündet nicht selten im chronischen Nierenversagen, so dass eine Dialysebehandlung und gegebenenfalls eine Nierentransplantation notwendig werden.

Damit es nicht soweit kommt und frühzeitig sich entwickelnden Nierenschädigungen entgegengewirkt werden kann, forderte

Privatdozent Dr. Jan T. Kielstein, Hannover, auf dem Kongress eine regelmäßige Kontrolle der Nierenfunktion und das insbesondere bei Risikopatienten wie Menschen mit einem Diabetes und/oder einer Hypertonie. „Davon abgesehen wäre es sinnvoll, generell häufiger nach einer Nierenfunktionsstörung zu fahnden“, betonte der Mediziner. Immerhin weisen nach seinen Angaben rund 14 Prozent der Bevölkerung eine eingeschränkte glomeruläre Filtrationsrate auf, wobei die meisten Betroffenen dies gar nicht wissen. Zeigen sich bei der Untersuchung Auffälligkeiten, so sollte nicht lange mit der Vorstellung beim Nephrologen gezögert werden, damit rasch eine zielgerichtete Behandlung eingeleitet werden kann.

Der Nephrologe kommt oft erst spät ins Boot

Leider ist aber genau dies in der Realität nicht der Fall: „Die Patienten werden häufig deutlich zu spät an den Facharzt überwiesen“, moniert Professor Dr. Markus Ketteler aus Coburg.

Bis zu 40 Prozent der Patienten sehen nach seinen Worten den Nephrologen zum ersten Mal, wenn ihre Nierenfunktion soweit abgefallen ist, dass eine Dialysebehandlung kurz bevorsteht. Dabei ist die Niereninsuffizienz keinesfalls selten. Konkrete Zahlen zur Häufigkeitsentwicklung in Deutschland fehlen. Aus den USA ist bekannt, dass die Prävalenz der chronischen Niereninsuffizienz beständig zunimmt. Sie ist in den vergangenen elf Jahren um 30 Prozent angestiegen. Auch die Häufigkeit einer notwendigen Dialysebehandlung nimmt parallel dazu kontinuierlich zu.

Das kardiovaskuläre Risiko ist hoch

Der häufigste Grund für die Entwicklung einer chronischen Nierenerkrankung ist ein Diabetes mellitus und es sollte deshalb selbstverständlich sein, zumindest bei Diabetikern regelmäßig zu prüfen, ob eine Proteinausscheidung mit dem Urin erfolgt. Dies ist als direktes Zeichen einer beginnenden Nierenschädigung zu werten. Die Proteinurie wie auch die manifeste Nierenfunktionsstörung hat dabei nicht nur Bedeutung für die Nieren, sondern ist auch ein kardiovaskulärer Risikofaktor, so Kielstein. „Die Gefahr, an einer Herz- und Gefäßkomplikation



Foto: INAS-H. Morgan/OKAPIA

Schon die Kleinsten kann es treffen. Mehr Lebensqualität liefert dann eine Spenderniere oder eine rechtzeitige Diagnose.

zu versterben, ist bei jungen Menschen mit Niereninsuffizienz um etwa das 1000-fache gegenüber Nierengesunden erhöht“, berichtete der Mediziner in Wiesbaden. Das Herz-Kreislauf-Risiko steigt dabei mit dem Grad der Niereninsuffizienz und ist folglich besonders hoch bei Menschen unter einer Dialysebehandlung. Potenziert wird die Gefährdung dann noch durch den zumeist erhöhten Phosphatspiegel, weshalb die Betroffenen in aller Regel mit einem so genannten Phosphatbinder behandelt wer-

den. Um der Gefäßverkalkung, die sich bei Patienten mit Niereninsuffizienz vor allem als Mediasklerose manifestiert, weiter vorzubeugen, sollten die Patienten nach Kielstein einen kalziumfreien Phosphatbinder erhalten.

Unabhängig davon sollte, so hieß es in Wiesbaden weiter, generell in der Bevölkerung für eine bessere Awareness in Sachen Nierengesundheit gesorgt werden und in diesem Zusammenhang auch für eine umfassende Aufklärung über einen „nierengesunden“ Lebensstil. Dazu gehört es in erster Linie, einem Diabetes mellitus vorzubeugen. Es sollte auf eine ausgewogene gesunde Ernährung geachtet werden, auf Normalgewicht, ausreichende und regelmäßige körperliche Aktivität sowie einen konsequenten Nikotinverzicht.

Christine Vetter
Merkenicher Straße 224, 50975 Köln

Cerec-Weltsymposium in Las Vegas

CAD/CAM zeigt neue Perspektiven

Der „25th Cerec Anniversary“ war nicht nur eine Geburtstagsfeier des weltweit erfolgreichsten, computergestützten Restaurationssystems. Das CAD/CAM-Weltsymposium eröffnete auch neue Perspektiven zur Nutzung der Digitaltechnik in der Zahnmedizin.

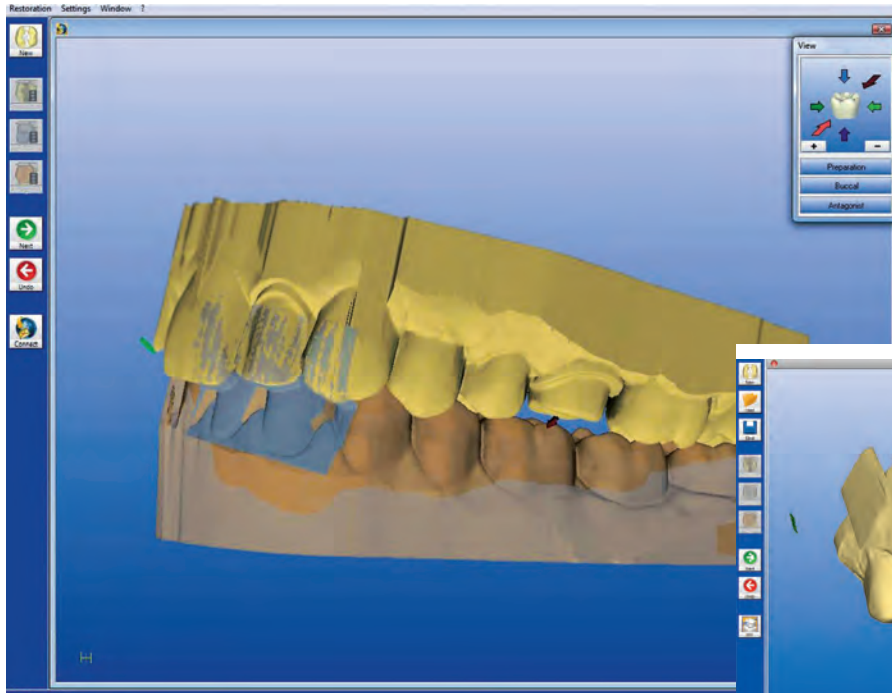


Abbildung 2: Mit dem Scan eines benachbarten Referenzzahns berechnet und rekonstruiert die biogenerische Software Form und Okklusalfäche der Krone.

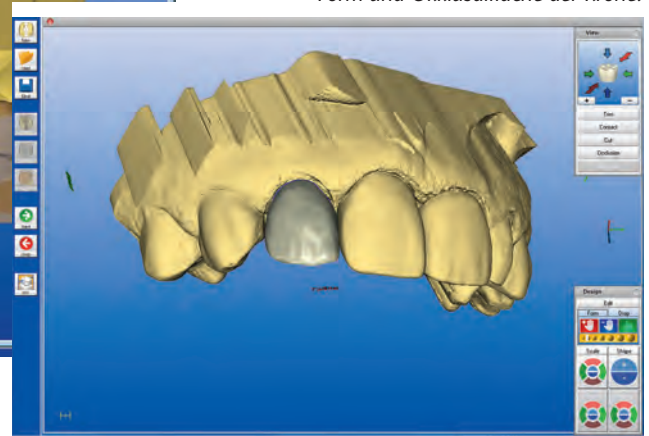


Abbildung 1: Die digitale Intraoral-Abformung mit Gegenbiss ist das künftige Medium zwischen Zahnarztpraxis und ZT-Labor. Der Datensatz ist präziser als ein konventioneller Elastomerabdruck.

Wenn in einem Vierteljahrhundert bis heute weltweit insgesamt rund 26 Millionen vollkeramische Restaurationen mit Hilfe aller CAD/CAM-Systeme konstruiert und NC-gesteuert ausgeschliffen worden sind, erinnert man sich kaum noch an das Jahr 1985, als das erste computergestützt ausgeschliffene Keramikinlay an der Universität Zürich entstand. Der Erfolg der computergestützten Verfahren dominiert unser Erinnerungsvermögen, weil wir uns daran gewöhnt haben, dass die Digitaltechnik heute viele restaurative Behandlungsschritte vereinfacht und klinisch dauerhafte Ergebnisse produziert. Das Cerec-System war lange Zeit der einzige Vertreter der optoelektronischen Intraoralabformung und der computergestützten Rekonstruktion. Heute ist es das meist verbreitete CAD/CAM-Verfahren für voll-

keramische Versorgungen und ihre Anwendungen können als einzige auf ein Vierteljahrhundert Erfahrung in Klinik und Praxis zurückblicken.

25 Jahre Erfahrung

Die Geburtstagfeier, die im August im Rahmen eines Welt-Symposiums in Las Vegas, USA, in Anwesenheit von rund 3000 System-Anwendern und CAD/CAM-Interessierten stattfand, war jedoch nicht nur dem Rückblick gewidmet. 40 international bekannte Referenten thematisierten auch neue Applikationen, die Praxis und ZT-Labor weitere Prozessschritte und Schnittstellen zur Vernetzung mit externen Systemen bieten. Die Langlebigkeit der CAD/CAM-Restaurationen ist laut Prof. Dennis Fasbin-

der, Universität von Michigan, Ann Arbor, durch viele Studien hinlänglich bewiesen, so dass der „Goldstandard“ nicht mehr allein metallgestützten Versorgungen zugeschrieben werden kann. Dass Cerec nicht stehen geblieben ist, sondern sich zusehends zum Nukleus für vernetzte Anwendungen entwickelt, beschrieb Prof. Werner Mörmann, Universität Zürich, und verwies auf die „interaktive, abformfreie Praxis“, auf die arbeitsteilige Schnittstelle zur Zahntechnik (Abbildung 1) und zur digitalen Volumentomografie für die Implantologie. Die Weiterentwicklung der biogenerischen Kauflächengestaltung für Kronenrekonstruktionen stellte Prof. Albert Mehl, Universität Zürich, vor – ein Verfahren, das die Gestaltung patientenspezifischer Okklusalfächen mit funktionellen Eigenschaften

ermöglicht (Abbildung 2). Ihre Erfahrungen aus der Praxis zu biogenerisch gefertigten Kronen berichteten die US-Zahnärzte James Klim, Jacob Park, Sameer Puri, die der Software eine gute Praxistauglichkeit zur



Foto: Ganz

Abbildung 3: Die Genauigkeit des Datensatzes ermöglicht die Fertigung von gerüstfreien, monolithischen Kronen und Brücken aus Lithiumdisilikat (LS_2 , e.max CAD) ohne eine Modellaufpassung.

Herstellung individueller Kauflächen bescheinigten.

Zahnersatz modellfrei fertigen

Vom Online-Datenaustausch intraoral erzeugter, virtueller Modelle zum ZT-Labor mit Cerec Connect berichteten Michael Skramstad sowie die Zahntechniker Tom Nieting und Lindy Sikes. Auf breiter Basis nutzen diese Software inzwischen die Glidewell-Labors in Kalifornien; der Inhaber des ZT-Labors mit 2600 Mitarbeitern verzeichnet zunehmende Eingänge von Digitaldatensätzen aus Praxen, die auf dem „in-Lab-System“ zu vollkeramischen Kronen und Brücken verarbeitet werden. Mit den Worten „no model, no problem“ gewinnt laut James Glidewell die mittels Digitalabformung modellfrei hergestellte, gerüstfreie Kronenrestauration zunehmend an Bedeutung (Abbildung 3). Die im Vergleich zur konventionellen Abformung höhere Übertragungspräzision der via Internet übermittelten Datensätze wird laut Glidewell dazu führen, dass künftig für die Herstellung von monolithisch gefrästen Kronen und drei- bis viergliedrigen Brücken kein Modell mehr erforderlich sein wird. Durch die modellfreie Fertigung würden Zeitaufwand und Her-

lungskosten ohne Qualitätseinbußen reduziert. Wachstum prognostizierte Glidewell ebenso der Multilayertechnik auf Kronen- und Brückengerüsten. Hierbei wird die Verblendung computergestützt aus Feldspatkeramik oder Lithiumdisilikat ausgeschliffen und mit dem anatomisch reduzierten Zirkonoxid-Gerüst dauerhaft verbunden (Abbildung 4).

Den virtuellen Import von Cerec-Scans in die dreidimensional bildgebende,



Foto: Ivoclar

Abbildung 4: Für hohe Ästhetikansprüche lassen sich Verblendungen computergestützt ausschleifen und auf das Gerüst sintern. Links: ZrO_2 -Gerüst, Mitte: LS_2 -Verblendung vor dem Kristallisieren, rechts: Verblendung bereit zum Aufsintern.

digitale Volumentomografie (GALILEOS) thematisierten die Zahnärzte Tarun Agarwal, Andreas Bintl, Yukio Kusama, Jay Reznick, Neal Patel. Mit diesem Verfahren kann erstmalig die Planung einer implantologischen Versorgung präzisiert, die Behandlung vereinfacht und die klinische Sicherheit erheblich gesteigert werden (Abbildung 5). Cerec hat auch wirtschaftliche Aspekte

bedient. So können ästhetische Restaurationen zu sehr unterschiedlichen Arbeitskosten erzielt werden. Monolithisch ausgeschliffene Kronen aus Feldspat oder Lithiumdisilikat, poliert, glasiert oder charakterisiert, alternativ mit der Cutback-Methode im Schichtinter- oder Pressverfahren verblendet – alle diese Techniken verfolgen zwei Ziele: Ästhetik für jeden individuellen Anspruch und zu unterschiedlichen Kosten zu fertigen, die im Einzelfall den wirtschaftlichen Möglichkeiten des Patienten entgegen kommen. Vollkeramik und CAD/CAM haben Ästhetik zu wirtschaftlichen Bedingungen möglich gemacht.

In den USA, in denen sich der technische Fortschritt in allen Bereichen der Medizin besonders schnell durchsetzt, ist das computergestützte Chairside-Verfahren besonders schnell aufgenommen worden. Die Referenten auf dem Cerec-Weltsymposium ließen aber auch keinen Zweifel daran, dass die Anforderungen der Anwender hinsichtlich Produktivität, Flexibilität und Wirtschaftlichkeit weiterhin steigen werden. Las Vegas hat jedoch gezeigt, dass Cerec das Rüstzeug dazu hat, auch weiterhin den Standard in der CAD/CAM-Technik zu prägen.

Manfred Kern
Deutsche Gesellschaft für
Computergestützte Zahnheilkunde (DGCZ)
Karl-Marx-Straße 124
12034 Berlin
m.kern-dgcz@t-online.de

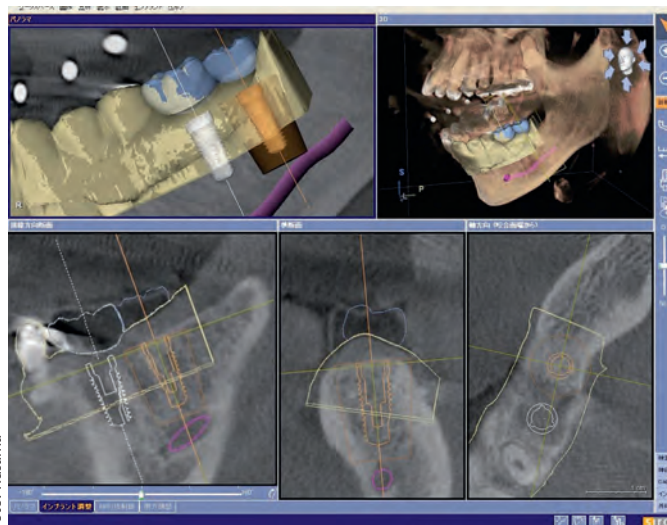


Foto: Kusama

Abbildung 5: Digitale Volumentomografie unterstützt die Implantatplanung durch die 3D-Darstellung. Der importierte Intraoral-Scan der Cerec-Krone positioniert die Lage der Suprastruktur sowie des Enossalpfeilers.

Der Arzt und sein Instrumentarium in der Römischen Legion

Das Buch entstand aus einer Magisterarbeit im Fach Vor- und Frühgeschichte der Johannes-Gutenberg-Universität zu Mainz im Jahre 2003. Seiner Abhandlung über das Heeressanitätswesen, seine Ärzte und deren Instrumentarium, stellt Olaf Krause eine Einführung der griechisch-römischen Medizin voran, wobei er sich an dem Vierphasenschema des Medizinhistorikers Wolfgang U. Eckart orientiert.

Wie kam es im Römischen Reich zu einem organisierten Heeressanitätswesen? Der Autor hebt hervor, dass die Römer die ersten waren, die „Militärärzte als feste Institution ins stehende Heer integrierten.“ Inwieweit bereits zur Zeit der Römischen Republik beim Milizheer Ärzte dauerhaft anwesend waren, ist nicht eindeutig zu sagen. Mit der immer größeren Ausdehnung des Reiches wurde ein stehendes Heer notwendig. In der Regierungszeit von Kaiser Augustus (27 vor bis 14 nach Christus) finden sich „erstmalig Zeugnisse für einen organisierten Militärsanitätsdienst.“ Seit Kaiser Vespasian (69 bis 79 nach Christus) lässt sich laut Krause von einem eigenständigen organisierten Sanitätsdienst ausgehen.

In einem weiteren Abschnitt seines Buches geht Olaf Krause auf die Stellung der Ärzte in der militärischen Hierarchie ein. Die genaue Beantwortung bedürfe noch weiterer Forschung, darauf weist der Autor in der Schlussbetrachtung ausdrücklich hin. Nach dem heutigen Kenntnisstand sei auch noch nicht abschließend zu sagen, ob die Ärzte



in den Legionslagern nur speziell für Kriegsverletzungen ausgebildet waren oder die Soldaten in Friedenszeiten zum Beispiel auch bei Augen- oder Zahnkrankheiten behandelt haben.

Anhand epigraphischer Zeugnisse listet der Autor die verschiedenen Ärztetypen und das medizinische Personal auf, das in den Valetudinaria der Legionslager arbeiteten. Am häufigsten ist die Bezeichnung „medicus legionis“ zu finden. Erwähnt werden auch die Namen „miles medicus“ oder „medicus ordinarius legionis“. Der optio valetudinarii hatte die Verwaltung des Militärlazarettes inne. Ferner waren in den Legionskrankenhäusern auch veterinarius, capsarii (Sanitäter), discentes capsariorum (Sanitätslehrlinge), marsi (Spezialist für Schlangen und Skorpionbisse), pecuarii (Tierarzt oder eventuell ein Verwalter des Viehbestan-

des) und librarii tätig. Olaf Krause widmet sich in seinem Buch zudem der Ausbildung der Ärzte, den Uniformen der Militärärzte und den Verwundungen und blutigen Verlusten.

Schwerpunkt der Arbeit ist das Instrumentarium der Ärzte in den Legionslagern. Dazu gehörten Brenneisen, Haken, Katheter, Klistier, Knochenmeißel, Knochenheber, Lanzette, Pinzette, Säge, Schere, Schröpfkopf, Skalpell, Sonden, Specu-

lum, Trepanationsinstrumente, Wundklemmen, Knochenzange und Zahnzange. Erwähnt wird auch notwendiges Zubehör wie Büchsen, Kästchen, Salbreibplatte, Schwamm, Tasche, Verbandzeug und Heilkräuter.

Dem Autor ist zuzustimmen, wenn er die Modernität des

Instrumentariums im Vergleich mit heutigen medizinischen Geräten hervorhebt. Dies kann der Leser durch einen Bildteil gut nachvollziehen. Eine Abbildung zeigt eine Zahnzange, die im Kastell Saalburg gefunden wurde und ihre Rekonstruktion. In der frühen Kaiserzeit wurde die Gestalt der Zahnzange optimiert. Dadurch konnte der Zahn fixiert und so besser gezogen werden. Abschließend enthält das Werk einen Beitrag über die Militärlazarette und deren Lage in den Legionslagern mit einem Kartenteil. Das Buch von Olaf Krause gibt einen interessanten Einblick in das Militärsanitätswesen des Römischen Reiches. Auch in unserer Zeit hat das Thema leider wieder große Aktualität.

Kay Lutze, Hilden

Olaf Krause,
Der Arzt und sein Instrumentarium in der Römischen Legion.
BAG-Verlag 2010
ISBN 978-3-86705-046-3
19,80 Euro



Antike Zahnzange und ihre Rekonstruktion aus dem Römerkastell Saalburg bei Bad Homburg in Hessen

Foto: BAG-Verlag, Weinstadt

Aufbruch in die multimediale Zukunft

Vom einem drögen historischen Rückblick weit entfernt, begingen die zm zusammen mit Spitzenvertretern von Herausgeberschaft und Verlag, mit zahnärztlichen Standesvertretern, Journalisten, Autoren und Angehörigen der Dentalfamilie aus Industrie, Unternehmen und Institutionen ihren 100. Geburtstag. Es war eine informative, aber lockere Festveranstaltung, bei der eines im Mittelpunkt stand: der Blick in die journalistische Zukunft des Standesblattes und die Weiterentwicklung der Marke zm im multimedialen Zeitalter.

27. Oktober
Festveranstaltung

zm
100JAHRE



Warfen einen Blick in die Zukunft der zm: der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz (links), BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel (rechts) ...

Ihren eigentlichen 100. Geburtstag beging die zm zwar am 1. Juli 2010 (siehe Sonderausgabe zm 13/2010), gefeiert wurde aber später – nämlich mit rund 250 Gästen am 27. Oktober in der angesagten Berliner Event-Location ewerk. Fern von Rückwärtschau und Jubiläumsmuff brachte die Festveranstaltung, konzipiert von der zm-Chefredaktion und organisiert vom Deutschen Ärzte-Verlag, in gelöster Atmosphäre den Gästen die mediale Zukunft des Standesorgans der Zahnärzte nahe.

Als „mediales Flaggschiff der Zahnärzteschaft“, das einen fachlich korrekten Kurs durch die Zeitläufte gefunden habe, bezeichnete BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel die zm. Die Zahnärzteschaft besitze ein Medium, das unangefochtener Marktführer sei und einen Ruf sowie eine Tradition aufweise, die in der Fachpresse beachtet



... und der Geschäftsführer des Deutschen Ärzte-Verlags Dieter Weber.

werde: „Die zm machen nicht nur all das journalistisch transparent und gedanklich konsumierbar, was wir als zahnärztliche Interessensvertreter tun und lassen. Sie berichten auch über sämtliche Facetten zahnärztlichen Wissens, um dadurch dem Zahnarzt und seinem Team zu nutzen.“ Engel

prognostizierte dem Medium auch im zweiten Jahrhundert seines Bestehens eine erfolgreiche Existenz: Informationen professionell aufzuarbeiten, sei ein wesentliches Rüstzeug für die Zukunft, unabhängig davon, auf welchem Weg – ob per Bild, Ton, Papier, per Glasfaser oder durch den Äther – diese an den Konsumenten gelangen.

Schnellebiges Umfeld

Auf die Dauerhaftigkeit der Zeitschrift inmitten eines schnellebigen medialen Umfeldes wies der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz hin. In Zukunft würden es immer weniger Printprodukte sein, denen ein langes Leben beschied sei. Angesichts wachsender Konkurrenz in Form von elektronischen Medien und Foren spiele die Verlässlichkeit von Informationen

Aufbruch in die Cross-Media-Zukunft?



Print lebt zwar weiter, aber Multimedia gehört die Zukunft - so das Fazit auf der Podiumsdiskussion. V.l.n.r.: Simon Bolz, Geschäftsführer Novamondo Interactive, Ehrhardt F. Heinold, Geschäftsführer der Unternehmensberatung Heinold, Spiller & Partner, Moderator Jörg Thadeusz, Dr. Andreas Lehr, Verleger und Fachjournalist im Let V Verlag und Karl-Heinz Bonny, Geschäftsführer des Landwirtschaftsverlages.

eine wachsende Rolle: „Das Geheimnis des dauerhaften Erfolges liegt darin, eine Marke zu kreieren, die Glaubwürdigkeit vermittelt, und die den Nutzern beziehungsweise Lesern Orientierung in einem unübersichtlichen Markt gibt.“ Fedderwitz zeigte sich zuversichtlich, dass die zm die dynamischen Veränderungen in der Medienlandschaft bewältigen werde. „Formate und Kanäle, die man ‚bespielt‘, werden sich verändern, aber die Marke bleibt.“ Langlebige, hochwertige und verlässliche Leitmedien seien erforderlich, die als Leuchttürme aus den Fluten des Web-basierten Informationsgeschehens ragten.

Neue Bedürfnisse

Dieter Weber, Geschäftsführer des Deutschen Ärzte-Verlages, hob die 53-jährige vertrauensvolle und konstruktiv-kritische Zusammenarbeit des Verlages mit den zm hervor. Was das Anzeigenvolumen angehe, sei die Zeitschrift seit Jahren Marktführer. Die hohe Akzeptanz der Inhalte werde von unabhängigen Marktforschungsinstituten belegt. Er verwies auf Weiterentwicklungen in der Redaktion wie den Start von zm-online oder die Einführung eines Redaktionssystems, das die Basis für künftige Mehrfachnutzungen in allen digitalen Kanälen geschaffen habe. An-

gesichts rasanter technologischer Entwicklungen wie Facebook, Twitter, iPhone und iPad stelle sich die Frage, nach welchen Kriterien der zukünftige Leser oder Nutzer Informationen abfordere, an welchem Ort, zu welcher Zeit oder auf welchem Ausgabe-kanal. Angesichts neuer Bedürfnisse der Generation der „digital natives“ müssten Redaktion wie Verlag nach innovativen Wegen suchen, um die Zukunft zu sichern.

Variabel mit Qualität

In einem Interview standen zm-Chefredakteur Egbert Maibach-Nagel und Norbert Froitzheim, Leiter Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin, zukünftiger Geschäftsführer des Deutschen Ärzte Verlages, dem Journalisten, Rundfunk- und Fernsehmoderator Jörg Thadeusz Rede und Antwort zur Zukunft der zm. Froitzheim verwies auf veränderte Informationsbedürfnisse der jüngeren Generationen, die mit dem Internet aufwachsen. Das betreffe auch die Zahnärzte. Schnell, variabel und qualitätsgesichert müssten Fakten aufbereitet und verfügbar gemacht werden – eine große Herausforderung für Verlag wie Redaktion. Dazu bedürfe es einer cross-medialen redaktionellen Plattform, in der alle Fäden zusammenliefen, betonte Maibach-Nagel. Die zm werden auch künftig weiterleben: in neuen Konturen und mit neuen Formen der journalistischen Informationsaufbereitung, jedoch mit weiterhin verlässlichen redaktionellen Inhalten.



Der Moderator im Gespräch mit Norbert Froitzheim, Leiter Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin, zukünftiger Geschäftsführer des Deutschen Ärzte Verlages, und Egbert Maibach-Nagel, zm -Chefredakteur (v.l.n.r.)

Schicksal der Fachmedien

Um das Schicksal der Fachmedien ging es in der anschließenden, von Jörg Thadeusz moderierten Podiumsdiskussion. „Stehen wir am Ende einer Ära oder am Aufbruch in die Cross-Media-Zukunft?“ – so lautete die Fragestellung an Medienexperten, die unterschiedliche Positionen und Modelle bei der Informationsaufbereitung vertraten.

Simon Bolz, Geschäftsführer Novamondo Interactive, favorisiert Internet-geprägte Standpunkte, Karl-Heinz Bonny, Geschäftsführer des Landwirtschaftsverlages, steht mit dem Publikumstitel „Landlust“ für ein erfolgreiches Printmodell, Ehrhardt F. Heindl, Geschäftsführer der Unternehmensberatung Heinold, Spiller & Partner, beschäftigt sich mit Fachkommunikation der Zukunft und Dr. Andreas Lehr, Verleger und Fachjournalist im L et V Verlag, leitet eine cross-mediale Informationsplattform für das Gesundheitswesen. Entsprechend der unterschiedlichen Positionen entwickelte sich



Festakt in lockerer Atmosphäre: Rund 250 Gäste kamen zum zm-Jubiläum ins Berliner erwerk.

eine lebhaftere Diskussion. Das Fazit: Print lebt zwar weiter, aber Multimedia gehört die Zukunft.

■ Weitere Fotos zum Event finden sich unter www.zm-online.de



Zwanglose Gespräche: KZBV-Vizevorsitzender Dr. Günther E. Buchholz, BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich und Dr. Reiner Kern, KZBV-Pressesprecher



Der ehemalige zm-Chefredakteur Hartmut Friel mit Rüdiger Sprunkel, Verlagsleiter, und Heinz Stüwe, Chefredakteur des Deutschen Ärzteblatts (v.l.n.r.)



Der Vorsitzende der KZBV-Vertreterversammlung, Dr. Karl-Heinz Pochhammer (l.) mit dem Präsidenten der KZV Saarland, Sanitätsrat Dr. Manfred Grub



BZÄK-Vizepräsident Dr. Michael Frank (r.) mit Victor Oehm, Key Account Institutionen und Kliniken im Deutschen Ärzte-Verlag



Der KZBV-Vizevorsitzende Dr. Wolfgang Eber (l.) mit Maria-Luise Decker, Geschäftsführerin, und Jürgen Herbert, Präsident der Kammer Brandenburg



BZÄK-Hauptgeschäftsführer Florian Lemor mit Dr. Markus Schulte, Hauptgeschäftsführer der Kammer Hessen

Fotos: Chudowski-D&V



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	KZV Baden-Württemberg	S. 89	Kieferorthopädie	ZÄK Hamburg	S. 91
	ZÄK Hamburg	S. 91		ZÄK Nodrhein	S. 92
	ZÄK Nodrhein	S. 92		ZÄK Niedersachsen	S. 94
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 96		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 96
Akupunktur	ZÄK Niedersachsen	S. 94	Kinderzahnheilkunde	Universität Frankfurt am Main	S. 98
	LZK Sachsen	S. 97		KZV Baden-Württemberg	S. 90
Ästhetik	ZÄK Hamburg	S. 91	Parodontologie	ZÄK Hamburg	S. 91
	ZBV Unterfranken	S. 97		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 96
Bildgebende Verfahren	ZÄK Hamburg	S. 91	Praxismanagement	ZÄK Hamburg	S. 91
	ZÄK Nodrhein	S. 93		ZÄK Nodrhein	S. 92
Chirurgie	ZÄK Hamburg	S. 91	Prophylaxe	ZÄK Niedersachsen	S. 95
	LZK Sachsen	S. 97		LZK Sachsen	S. 97
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 90		KZV Baden-Württemberg	S. 90
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 90	Prothetik	ZÄK Hamburg	S. 90
	ZÄK Hamburg	S. 91		ZÄK Nodrhein	S. 94
	ZÄK Niedersachsen	S. 94		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 96
Hypnose	LZK Berlin/Brandenburg	S. 90	Qualitätsmanagement	DGZH	S. 99
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 96		KZV Baden-Württemberg	S. 89
Implantologie	KZV Baden-Württemberg	S. 89	ZFA	LZK Berlin/Brandenburg	S. 90
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 90		ZÄK Nodrhein	S. 93
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 96
				ZÄK Hamburg	S. 91
				ZÄK Nodrhein	S. 93
				RWTH Aachen	S. 98
				KZV Baden-Württemberg	S. 89
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 94
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 96
				KZV Baden-Württemberg	S. 90
				LZK Berlin/Brandenburg	S. 90
				ZÄK Nodrhein	S. 93
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 96

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 89

Kongresse Seite 97

Universitäten Seite 98

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 98

Freie Anbieter Seite 99

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. - 13. 11. 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. 11. 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.dzt.de**

KZV Baden- Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Grundmodul – Notfalltrain-
ing für Zahnärztinnen, Zahnärzte
und deren Assistenzpersonal
Referenten: LebensRettungs-
Schule, Baden
Termin: 17.11.2010
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: 190 EUR, jedes weitere
Praxismitglied 45 EUR
Kurs-Nr.: 10/322

Thema: Hartgewebsmanagement
in der Implantologie Workshop
Referent: Prof. Dr. Dr. Hendrik Ter-
heyden, Kiel
Termin: 19./20.11.2010
Fortbildungspunkte: 3
Gebühr: 580 EUR
Kurs-Nr.: 10/135

Thema: Vom guten zum besseren
Geschäftsbrief. Briefe und E-Mails
mit Pfiff
Referent: Dr. Hans-Dieter
Grospietsch, Stuttgart
Termin: 20.11.2010
Fortbildungspunkte: 9
Gebühr: 325 EUR, jedes weitere
Praxismitglied 75 EUR
Kurs-Nr.: 10/323

Thema: Seminar QM intensiv
Referent: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 26./27.11.2010
Fortbildungspunkte: 18
Gebühr: 695 EUR
Kurs-Nr.: 10/527

Thema: Psychische Störungen in
der Zahnheilkunde
Referent: Dr. Anton Fabinger,
Breisach-Oberrimsingen
Termin: 27.11.2010
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 360 EUR
Kurs-Nr.: 10/136

Thema: Patientenbindungsmana-
gement – Von der Patientenzufrie-
denheit zur Patientenloyalität
Referentin: Bettina Lingenfelder,
Ulm
Termin: 27.11.2010
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: 295 EUR, weitere 45 EUR
Kurs-Nr.: 10/324

Thema: Aufbaumodul – Notfalltrain-
ing für Zahnärztinnen, Zahnärzte
und deren Assistenzpersonal
Referenten: LebensRettungs-
Schule, Baden
Termin: 03.12.2010
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: 190 EUR, jedes weitere
Praxismitglied 45 EUR
Kurs-Nr.: 10/325

Anzeige

Kurs-Nr.: 10/529
Thema: CranioMandibuläre Dys-
funktion: Präzise Diagnostizieren,
Dokumentieren und Therapieren –
Aufbaukurs
Referent: Gert Groot Landeweer,
Freiburg
Termin: 10./11.12.2010
Gebühr: 495 EUR
Kurs-Nr.: 10/137

Thema: Steigerung der Akzeptanz
und Wirksamkeit der Prophylaxe
durch Anwendung gesundheits-
psychologischer Prinzipien
Referent: Dr. Thomas Schneller,
Hannover
Termin: 14.01.2011
Gebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: 11/400

Thema: Grundlagen zahnmedizinischer
Psychologie
Referent: Dr. Thomas Schneller,
Hannover
Termin: 15.01.2011
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: 320 EUR
Kurs-Nr.: 11/100

Thema: Wie und was Mitarbeite-
rinnen zum Praxiserfolg beitragen
Referent: Dipl. oec. Hans Dieter
Klein, Stuttgart
Termin: 19.01.2011
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr:
ZA 175 EUR, ZFA/MA 150 EUR
Kurs-Nr.: 11/322

Thema: Praxisfit Management-
Fortbildung für Zahnärztinnen
und Zahnärzte.
Modul 3: Mitarbeiterführung und
Teamentwicklung
Referent: Christa Maurer, Lindau
Termin: 20. – 22.01.2011
Fortbildungspunkte: 20
Gebühr: 740 EUR
Kurs-Nr.: 10/602C

Thema: Manuelle Funktions- und
Strukturanalyse (MSA-I)
Referent:
Prof. Dr. Axel Bumann, Berlin
Termin: 28./29.01.2011
Fortbildungspunkte: 17
Gebühr: 980 EUR
Kurs-Nr.: 11/101

Thema: Seminar QM intensiv
Referent: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 03./04.12.2010
Fortbildungspunkte: 18
Gebühr: 695 EUR
Kurs-Nr.: 10/528

Thema: Das GOZ-Abc in der KFO
Referent: Heike Herrmann, Köln
Termin: 04.12.2010
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 150 EUR

Thema: Marketing für Zahnärzte-
Teams: Beziehungspflege mit
Patienten 50 plus
Referent:
Hans-Georg Pompe, Bruchsal

Termin: 29.01.2011
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr:
 ZA 335 EUR, ZFA/MA 295 EUR
Kurs-Nr.: 11/301

Thema: Strukturierte Fortbildung
 Kinderzahnheilkunde
Referent:
 Prof. Dr. Elmar Hellwig et al.
Termine:
 Teil 1: 02. – 05.02.2011
 Teil 2: 12. – 14.05.2011
Fortbildungspunkte: 74
Gebühr: 2 400 EUR
Kurs-Nr.: 11/600

Thema: Praxisfit Management-
 Fortbildung für Zahnärztinnen
 und Zahnärzte.
 Modul 4: Qualitätsmanagement
Referent: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 04.02.2011
Fortbildungspunkte: 12
Gebühr: 444 EUR
Kurs-Nr.: 10/602D

Thema:
 Professionelle Umgangsformen,
 Zielgerichtete Gesprächsführung,
 Umgang mit Beschwerden
Referent:
 Gundi Brockmann, Weiden
Termin: 04.02.2011
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 11/401

Thema: Von Anfang an.
 Fortbildung für Auszubildende in
 der Zahnarztpraxis
Referent:
 Gundi Brockmann, Weiden
Termin: 05.02.2011
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 11/402

Thema: Grundmodul: Notfall-
 training für Zahnärztinnen, Zahn-
 ärzte und deren Assistenzpersonal
Referenten:
 Landesrettungsschule Baden
Termin: 09.02.2011
Gebühr:
 ZA 145 EUR, ZFA/MA 95 EUR
Kurs-Nr.: 11/302

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

Fortbildungsveranstaltungen der Bezirkszahnärztekammer Freiburg

22. Fortbildung für ZFA
Thema: Zahnerhaltung und
 Patientenbetreuung im Team
Organisation: Dr. Peter Riedel
Termin: 06.05.2011
Ort: Schluchsee
Anmeldung:
 Frau Sabine Häringer
 Tel. 0761/4506352
 Fax 0761/4506450
 sabine.haeringer@bzk-freiburg.de

**36. Schwarzwaldtagung
 der südbadischen Zahnärzte**
Thema: Zahnerhaltung im Grenz-
 bereich – moderne endodontolo-
 gische Verfahren
Organisation:
 Prof. Dr. Elmar Hellwig,
Termin: 06./07.05.2011
Ort: Titisee
Anmeldung:
 Frau Gudrun Kozal
 Tel. 0761/4506311
 Fax 0761/4506450
 gudrun.kozal@bzk-freiburg.de

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Thema: 15. Berliner Prophylaxetag,
 Vortragsblock
Themen: Implantate als Teil der
 präventionsorientierten Zahn-
 medizin, Das Ah und Oh der
 Anamnese, Kariesrisiko-orientierte
 Präventionsstrategien, Bauch-ent-
 scheidungen, Der PAR-Patient:
 State of the Art
Referenten: Prof. Dr. Dr. Henning
 Schliephake (Göttingen);
 Dr. Catherine Kempf (München);
 Prof. Dr. Michael Noack (Köln);
 Dr. Wolfgang Gaissmaier (Berlin);
 Dr. Ralf Roessler (Wetzlar)

Termin
 04.12.2010: 09.00 – 16.15 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kursnr.: 3090.0
Kursgebühr: 119 EUR
Thema: Strukturierte Fortbildung:
 Implantologie
Moderator: Prof. Dr. Dr. Volker
 Strunz (Berlin)
Termin:
 11.02.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 12.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 12 Veranstaltungstage
Fortbildungspunkte: 86
Kursnr.: 2014.8
Hinweis:
 Frühbucherrabatt möglich

Thema: Curriculum für Hypnose
 und Kommunikation in der Zahn-
 medizin
Moderator: Dr. Horst Freigang
 (Berlin)
Termin:
 18.02.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
 19.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
 insgesamt 12 Veranstaltungstage
Fortbildungspunkte: 96
Kursnr.: 6030.3
Hinweis:
 Frühbucherrabatt möglich

Thema: Aufstiegsfortbildung
 zum/r Dentalhygieniker/in
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr.
 Bernd-Michael Kleber (Berlin)
Klinische Leitung:
 Prof. Dr. Andrej Kielbassa (Berlin)
Organisatorische Leitung:
 ZÄ Ilona Kronfeld (Berlin)
Kursbeginn: April 2011
Nähere Informationen
 auf www.pfaff-berlin.de oder
 telefonisch unter 030/414 72518

Thema: Curriculum Endodontie
Moderator: Prof. Dr. Michael
 Hülsmann (Göttingen)
Termin:
 13.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 14.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 12 Veranstaltungstage
Fortbildungspunkte: 96
Kursnr.: 4036.2
Hinweis:
 (Frühbucherrabatt möglich)

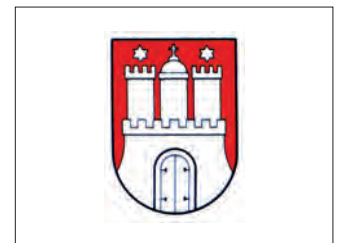
Thema: Strukturierte Fortbildung:
 Funktionsanalyse und -therapie für
 die tägliche Praxis
Moderator:
 Dr. Uwe Harth (Bad Salzungen)
Termin:
 insgesamt 6 Veranstaltungstage
Fortbildungspunkte: 45
Kursnr.: 1001.7

Thema: Strukturierte Fortbildung:
 Zahnärztliche Chirurgie
Moderator:
 Prof. Dr. Andreas Filippi (Basel)
Termin:
 insgesamt 6 Veranstaltungstage
Fortbildungspunkte: 47
Kursnr.: 0603.2

Thema: Strukturierte Fortbildung:
 Prothetik
Moderator: Prof. Dr. Peter
 Pospiech (Homburg/Saar)
Termin:
 21.10.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
 22.10.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 8 Veranstaltungstage
Fortbildungspunkte: 70
Kursnr.: 0713.3
Hinweis:
 Frühbucherrabatt möglich

Auskunft und Anmeldung:
 Philipp-Pfaff-Institut Berlin
 Aßmannshäuser Str. 4-6
 14197 Berlin
 Tel.: 030/4147250
 Fax: 030/4148967
 info@pfaff-berlin.de

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

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:

19.11.2010: 14.30 – 18.30 Uhr,
20.11.2010: 09.00 – 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: 09.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: 140 EUR

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 21044 praxisf

Thema: Stift oder kein Stift? Adhäsiv befestigt odetr 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 Knochentransplantate

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:

26.11.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,
27.11.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 420EUR

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: 09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 200 EUR

Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: 50059 impl

Thema: Der „schwierige“ Patient unter psychosomatischen Gesichtspunkten

Referent: PD Dr. Anne Wolowski, Münster

Termin:

04.12.10: 09.00 – 12.30 Uhr

Gebühr: 90 EUR

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 20039 inter

Thema: Mini-Implantate zur Verankerung in der Kieferorthopädie

Kurs III für Profis: die optimale Nutzung der Mini-Implantate

Referent: OA PD Dr. Benedict Wilmes, Düsseldorf

Termin:

04.12.10: 09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 260 EUR

Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: 40201 kfo

Thema: Sinuslift-OP, State of the art Live-OP und Hands-on Kurs

Referent: Dr. Dr. Werner Stermann, Hamburg

Termin:

04.12.10: 09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 200 EUR

Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: 50059 impl

Thema: Wissenschaftlicher Abend Bewährte Konzepte in der Par- Behandlung

Referent: Prof. Dr. Heiko Visser, Oldenburg

Termin:

06.12.10: 20.00 Uhr s.t.

Sonstiges: An diesen Vortrag können auch die Praxismitarbeiterinnen teil-

nehmen, die erfolgreich eine Fortbildung zur ZMP, ZMF oder

DH absolviert haben.

keine Gebühr

Fortbildungspunkte: 2

Kurs-Nr.: 42 paro

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 A RöV mit Erfolgskontrolle

Referent: Prof. Dr. Uwe Rother, Hamburg

Termin:
08.12.10: 14.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 60 EUR
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 70028 rö

Thema: Vorhersagbarer endodontischer Erfolg
Referent: Dr. Edith Falten, Hamburg
Termin:
10.12.10: 14.00 – 18.00 Uhr
11.12.10: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 440 EUR
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 40207 kons

Thema: Warme vertikale Kondensationstechnik
Referent:
Dr. Edith Falten, Hamburg,
Dr. Karin Kremeier, Hamburg
Termin:
18.12.10: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 310 EUR
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 40208 kons

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:
Zahnärztekammer Hamburg –
Fortbildung
Postfach 740925
22099 Hamburg
Frau Westphal:
Tel.: 040/733405-38
pia.westphal@zaek-hh.de
Frau Knüppel:
Tel.: 040/733405-37
susanne.knueppel@zaek-hh.de
Fax: 040/733405-76
www.zahnaerzte-hh.de

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Aktualisierung der Fachkunde: Kenntnisse im Strahlenschutz für ZÄ/ZAH/ZFA
Referent: Dr. Hendrik Schlegel

Termin:
26.11.2010: 16.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 10904
Gebühr: 60 EUR

Thema: Körpersprache: Der Königsweg der Kommunikation. Setzen Sie die Sprache des Körpers bewußter ein
Referent: Betül Hanisch
Termin:
27.11.2010: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 10210
Gebühr: ZÄ 60 EUR, ZFA 130 EUR

Thema: 1. Bremer Curriculum Praxisführung
Termin: 01.2011 - 03.2011
8 Wochenenden
freitags 14.00 - 19.00 Uhr
samstags 09.30 - 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 13
je Wochenende
Hinweis: umfangreiches Seminarprogramm schriftlich bei der ZÄK Bremen oder auf www.zaek-hb.de

Thema: Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe. Der erste Schritt
Referenten: Dr. Jan Peter Reineke, Sabine Mack, Sabine Lapuks
Termin:
08.01.2011: 09.00 – 14.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Kurs-Nr.: 11009
Gebühr: 110 EUR

Thema: Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe. Der zweite Schritt
Referentin: Sabine Mack
Termin:
26.01.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Kurs-Nr.: 11010
Gebühr: 109 EUR

Thema: Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe. Der dritte Schritt
Referentin: Sabine Mack
Termin:
29.01.2011: 10.00 – 13.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Buchwald, Debstedter Weg 7, 27758 Bremerhaven
Kurs-Nr.: 11011
Gebühr: 109 EUR

Schriftliche Anmeldung:
Zahnärztekammer Bremen
Rubina Ordemann
Thorsten Hogrefe
Universitätsallee 25
28359 Bremen
Tel.: 0421/33303-77
Fax: 0421/33303-23
r.ordemann@zaek-hb.de oder
t.hogrefe@zaek-hb.de

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Thema: Temporärer Zahnersatz und prä-implantologische Therapie mittels Mini-Implanten
Kurs für Zahnärzte sowie Oral- und MKG-Chirurgen
Referent: Dr. Benedict Wilmes, Düsseldorf
Termin:
01.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 10134 P
Gebühr: 160 EUR

Thema: Augmentation Teil 2
Modul 15–16 des Curriculums Implantologie
Referenten: Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich, Bonn, Prof. Dr. Walter Lückcrath, Bonn, Dr. Dr. Markus Martini, Sankt Augustin
Termin:
03.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
04.12.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 10087 P
Gebühr: 480 EUR

Thema: Parodontologie Intensiv
Ein praktischer HandsOnKurs mit Livebehandlung
Referent: Dr. Christian Sampers, Düsseldorf, Dr. Rainer Erhard, Wuppertal

Termin:
03.12.2010: 14.00 bis 20.00 Uhr
04.12.2010: 09.00 bis 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 10135 P
Gebühr: 450 EUR

Thema: Organisation des Infektschutzes in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. Richard Hilger, Kürten
Termin:
11. 12. 2010: 9.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 10124 T
Bitte beachten Sie auch den Kurs 10123.
Gebühr: 240 EUR, ZFA 75 EUR

Thema: Kofferdam in 100 Sekunden. Wie Sie Ihre konservierende Behandlung vereinfachen, verbessern und beschleunigen
Referent: Dr. Johannes Müller, Wörth a.d. Isar
Termin:
11. 12. 2010: 10.00 – 15.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 10137
Gebühr: 290 EUR, ZFA 140 EUR

Thema: Dental English 2
Referent: Sabine Nemeč, Langensfeld
Termin:
11. 12. 2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 10126 TP
Beachten Sie bitte auch den Kurs 10125.
Gebühr: 180 EUR

Vertragswesen

Thema: Vorbereitung auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung
Probleme bei der kons.- chirurg. BEMA-Abrechnung (Fehler und Mängel)
Sie fragen – Wir antworten
Seminar für niedergelassene und niederlassungswillige Zahnärztinnen und Zahnärzte
Referent: Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
Dr. Wolfgang Schnickmann, Neunkirchen-Seelscheid
Termin:
08.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 10333
Gebühr: 30 EUR

Thema: Die leistungsgerechte Abrechnung prophylaktischer Leistungen nach Bema und GOZ unter besonderer Berücksichtigung der privaten Vereinbarung. Alle relevanten BEMA, GOZ und GOÄ-Positionen werden besprochen. Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent:
 ZA Lothar Marquardt, Krefeld
Termin:
 15. 12. 2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 10334
Gebühr: 30 EUR

Hochschultag

12. Nordrheinischer Hochschultag
 Gemeinschaftstagung der Nordrheinischen Universitätskliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit dem Karl-Häupl-Institut
Termin:
 04.12.2010: 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Essen
 Auditorium Maximum
 Hufelandstraße 55
 45122 Essen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 10171
Gebührenfrei
Anmeldung erforderlich

Fortbildung in den Bezirksstellen Duisburg

Thema: Präparationstechnik – Basisbaustein des Qualitätsmanagements in der restaurativ-prothetischen Zahnmedizin
Referentin:
 Dr. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf
Termin:
 01.12.2010: 15.30 bis 18.00 Uhr
Ort: Franky's im Wasserbahnhof
 Alte Schleuse 1, 45468 Mülheim
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 10433
Gebührenfrei
Anmeldung nicht erforderlich

Fortbildung für ZFA

Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis (inkl. Begehungen nach MPG) Teil 1
 Hier sind auch Chefin und Chef willkommen!
Referent: Dr. Johannes Szafraniak, Viersen
Termin:
 01.12.2010: 16.00 bis 20.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10288
 Bitte beachten Sie auch den Kurs 10289.
Gebühr: 120 EUR, ZFA 60 EUR

Thema: ABC der Prophylaxe der Implantate
Referent: Andrea Busch, Köln-Weidenpesch
Termin:
 01.12.2010: 14.00 bis 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10262
Gebühr: 80 EUR

Thema: Abrechnung und Kontrolle von Laborleistungen – die Übereinstimmung mit der Zahnarztabrechnung -
Referent: ZA Lothar Marquardt, Krefeld
Termin:
 01.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10280
Gebühr: 60 EUR

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 30. April 2003
Referenten:
 Dr. Regina Becker, Düsseldorf
 Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
 Dr. Andreas Künzel, Hilden
Termin:
 03.12.2010: 08.30 – 17.45 Uhr
 04.12.2010: 08.30 – 17.45 Uhr
 05.12.2010: 08.30 – 11.45 Uhr
Kurs-Nr.: 10256
Gebühr: 240 EUR

Thema: Den Spaß entdecken, Patienten von unseren Selbstzahlerleistungen zu überzeugen und zu begeistern
Personal Power II
Referent: Dr. Gabriele Brieden, Hilden
Termin:
03.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
04.12.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10277
Gebühr: 195 EUR

Thema: Prophylaxe beim Kassenspatienten nach IP1 bis IP4
Referent:
ZA Ralf Wagner, Langerwehe
Daniela Zerlik, ZMF, Roetgen
Termin:
03.12.2010: 15.00 – 19.00 Uhr
04.12.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10282
Gebühr: 220 EUR

Thema: „Stütze der Praxis“ statt „Zwischen Baum und Borke“
Die Ehefrau als Praxismitarbeiterin
Seminar für in der Praxis tätige Zahnarztchefs
Referent: Bernd Sandock, Berlin
Termin:
03.12.2010: 15.00 – 18.00 Uhr
04.12.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10283
Gebühr: 280 EUR

Thema: Abrechnung implantologischer Leistungen – Assistenz in der zahnärztlichen Implantologie
Referent: Dr. med. habil. Dr. Georg Arentowicz, Köln
Termin:
08.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10286
Gebühr: 80 EUR

Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis (inkl. Begehungen nach MPG) Teil 2
Referent: Dr. Johannes Szafraniak, Viersen
Termin:
10.12.2010: 15.00 – 20.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10289
Bitte beachten Sie auch den Kurs 10288.
Gebühr: 160 EUR, ZFA 80 Euro

Thema: Abrechnungsworkshop der Festzuschüsse
Referent: Dr. Hans Werner Timmers, Essen
ZA Lothar Marquardt, Krefeld
Termin:
10.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: 10284
Gebühr: 90 EUR

Thema: Praxisrelevante Kommunikations-Strategien
Nur für ZMF/ZMP
Referent: Dr. phil. Esther Ruegger, Hergiswil (CH)
Termin:
10.12.2010: 13.00 – 17.45 Uhr
Kurs-Nr.: 10285
Gebühr: 120 EUR

Thema: Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis
Freiwilliges Fortbildungsangebot für zahnmedizinisches Hilfspersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung
Referentin:
Ass. jur. Katharina Dierks, Köln
ZA Frank Paulun, Essen
Termin:
11.12.2010: 09.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 10291
Gebühr: 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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: ZQMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin:
17.11.2010: 13.30 – 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: 16.45 – 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: 14:00 – 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:
19.11.2010: 15.00 – 19.00 Uhr
20.11.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: LZK, Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: EUR 60
Kurs-Nr.: 108134

Thema: BuS-Workshop Arbeitssicherheit
Referentin: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin:
24.11.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Frauenklinik, Hörsaal 1 (EG), Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: EUR 160
Kurs-Nr.: 108223

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Augmentative Verfahren mit autologen Knochentransplantaten – mit Sicherheit zum Implantaterfolg
Referent: Dr. Jochen Tunkel, Bad Oeynhausen
Termin:
17.11.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Seminargebühr: 82 EUR
Kurs-Nr.: Z 1080

Thema: Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte – Stufe 2
Referent:
Prof. h. c. VRC Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg
Termin:
19.11.2010: 14.00 – 19.00 Uhr
20.11.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 13
Seminargebühr: 330 EUR
Kurs-Nr.: Z 1081

Thema: Kofferdam in 100 Sekunden – Wie Sie Ihre konservierende Behandlung vereinfachen, verbessern und beschleunigen
Referent:
Dr. Johannes Müller, Wörth
Termin:
20.11.2010: 09.00 – 14.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 6
Seminargebühr: 580 EUR
Teamgebühr für 1 ZA und 1 ZFA
Kurs-Nr.: Z/F 1082

Thema: Lichtblicke für die Kanalarbeit – WK-Behandlungssystem mit präaktiver Erfolgssicherheit
Referent:
Prof. Dr. Knut Merte, Leipzig
Termin:
26.11.2010: 14.00 – 19.00 Uhr
27.11.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 13
Seminargebühr: 440 EUR
Kurs-Nr.: Z 1084
Anmerkung: Materialliste nach verbindlicher Anmeldung

Thema: Komposit im Front- und Seitenzahnbereich – Von A bis Z für den Praktiker

Referent:

Dr. Markus Lenhard, Frauenfeld

Termin:

11.12.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 7

Seminargebühr: 185 EUR

Kurs-Nr.: Z 1086

Thema: Plastisch-ästhetische Parodontalchirurgie

Referent:

Dr. Raphael Borchard, Münster

Termin:

17.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr

18.12.2010: 09.00 – 18.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 13

Seminargebühr: 695 EUR

Kurs-Nr.: Z 1087

Anmerkung: Materialliste nach verbindlicher Anmeldung

Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen, ZAN
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover
Tel.: 0511/83391-311 oder 313
Fax: 0511/83391-306

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

Referent: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Edgar Spens, Halle (Saale)

Termin: 20.11.2010: 09 – 16 Uhr

Ort: Magdeburg, 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: 09 – 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

Referent: Simone Klein, Berlin

Termin: 20.11.2010: 09 – 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: 14 – 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 – 18 Uhr

27.11.2010: 09 – 14 Uhr

Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162

Gebühr: 300 EUR

Kurs-Nr.: Z/2010-022

Thema: Zahngesunde Ernährung
Referent: Ottilia Wielvers, Wörrstadt
Termin:
 27.11.2010: 09 – 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: 09 – 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

Anmeldung:
 Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
 Postfach 3951
 39014 Magdeburg,
 0391/7 39 39 14 (Frau Einecke)
 0391/7 39 39 15 (Frau Bierwirth)
 Fax: 0391/7 39 39 20
 einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder
 bierwirth@zahnaerztekammer-sah.de

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Spezialkurs der Fachkunde im Strahlenschutz für die digitale dentale Volumentomographie (DVT)
Referenten:
 Dr. Irmela Reuter, Münster
 Prof. Dr. Dr. Ulrich Meyer, Münster
Fortbildungspunkte: 20

Termin:
 08.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 16.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZA 990 EUR
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 3, 48147 Münster
 Tel: 0251 / 507 614
Kurs-Nr.: 11 740 019

Thema: Vertiefender QM-Workshop für den Zahnarzt und sein Team – Der Kunde am Telefon – erfolgreich kommunizieren
 TEAM
Referent: Dozententeam ZÄKWL
Fortbildungspunkte: 8
Termin:
 15.01.2011: 09.00 – 16.30 Uhr
Gebühr:
 ZA 199 EUR, ZFA 139 EUR
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel: 0251 / 507 614
Kurs-Nr.: 11 762 200

Thema: KFO kompakt – Was der Hauszahnarzt wissen muß
Referentin:
 Dr. Stefanie Flieger, Holzwickede
 Dr. Thomas Ziebura, Hamm
Fortbildungspunkte: 4
Termin:
 26.01.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA 65 EUR
Ort: Paderborn
 „Zu den Fischteichen“
 Dubelohstr. 92
 33104 Paderborn
 Tel: 0251 / 507 627
Kurs-Nr.: DEZ 11 750 013

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärztinnen und Zahnärzte
 TEAM
Referent:
 Dr. Hendrik Schlegel, ZÄKWL
Fortbildungspunkte: 9
Termin:
 29.01.2011: 09.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: ZA 102 EUR inkl. Skript, E-Learning: 92EUR
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel: 0251 / 507 600
Kurs-Nr.: 11 740 070

Thema: Professioneller Einsatz von Word-Dokumenten in der täglichen Praxis
Referent:
 Dozententeam der ZÄKWL

Fortbildungspunkte: 8
Termin:
 29.02.2011: 09.00 – 16.30 Uhr
Gebühr:
 ZA 199 EUR, ZFA 139EUR
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel: 0251 / 507 614
Kurs-Nr.: 11 762 205

Thema: Wie sieht mich mein Team?
 Intensives Feedback-Seminar
Referent: Dipl.-Betriebswirt Uwe Hermansen, Münster
Fortbildungspunkte: 6
Termin:
 02.02.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: ZA 199 EUR
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel: 0251 / 507 600
Kurs-Nr.: 11 740 009

Thema: Schmerz lass nach – Prävention und Selbsttherapie am Arbeitsplatz für das Team
 TEAM
Referent: Manfred Just, Forchheim
Fortbildungspunkte: 12
Termin:
 04.02.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 05.02.2011: 09.00 – 15.00 Uhr
Gebühr:
 ZA 449 EUR, ZFA 224 EUR
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel: 0251 / 507 600
Kurs-Nr.: 11 740 013

Thema: Z-PMS 2007 – Einführungsveranstaltung für Zahnärztinnen und Zahnärzte
Referent:
 Dozententeam der ZÄKWL
Fortbildungspunkte: 5
Termin:
 05.02.2011: 09.00 – 12.30 Uhr
Gebühr: ZA 199 EUR
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel: 0251 / 507 614
Kurs-Nr.: 11 762 001

Thema: KFO kompakt – Was der Hauszahnarzt wissen muß.
Referenten:
 Dr. Stefanie Flieger, Holzwickede
 Dr. Thomas Ziebura, Hamm

Fortbildungspunkte: 4
Termin:
 09.02.2011: 15.:00 – 18.:00 Uhr
Gebühr: ZA 65 EUR
Ort: Gelsenkirchen
 InterCity Hotel
 Ringstr. 1 – 3
 45879 Gelsenkirchen
 Tel: 0251 / 507 627
Kurs-Nr.: DEZ 11 750 022

Thema: Homöopathie für Zahnärzte – Kurs 3
Referent:
 Dr. Heinz-Werner Feldhaus
Fortbildungspunkte: 14
Termin:
 11.02.2011: 14.00 – 18.30 Uhr
 12.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZA 459 EUR
Ort: Münster Akademie für Fortbildung Auf der Horst 31 48147
 Münster Tel: 0251 / 507 614
Kurs-Nr.: 11 740 051

Thema: Spannende und entspannende Kinderzahnbehandlung mit Hypnose und Akupressur
 TEAM
Referent: Dr. Gisela Zehner, Herne
Fortbildungspunkte: 8
Termin:
 12.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr:
 ZA 359, ZFA 179 EUR
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel: 0251 / 507 600
Kurs-Nr.: 11 740 037

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

ZBV Unterfranken**Fortbildungsveranstaltung**

Thema: Ästhetische Korrekturen mit Komposit - Es geht besser, als man glaubt
Referent: Prof. Dr. Bernd Klaiber
Termin: 30.11.2010: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Auskunft und Anmeldung:

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

LZK Sachsen**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Reparaturen von Verblendungen im Mund
 Kurs mit praktischen Übungen
Referenten: Prof. Dr. Edwin Lenz, Kiliansroda, Dr. Andreas Wagner, Erfurt
Termin: 20.11.2010: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 230 EUR
Kurs Nr.: D 213/10
Fortbildungspunkte: 9
Thema: Augmentations-Weichgewebsworkshop mit Hands-On am Tierpräparat

Referent: Dr. Dr. Thomas Mehnert, Köln
Termin: 26.11.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 280 EUR
Kurs Nr.: D 217/10
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Der ältere multimorbide Patient in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. Hans Sellmann, Marl
Termin: 04.12.2010: 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 215 EUR
Kurs Nr.: D 220/10
Fortbildungspunkte: 8

Thema: Mundakupunktur – Therapie mittels westlicher Akupunktur-Systeme (MAPS)
Referent: Dr. Jochen Gleditsch, Baierbrunn
Termin: 04.12.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 210 EUR
Kurs Nr.: D 221/10
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Zeitgemäße Parodontologie und ihre Realisation in der Praxis
Referent: PD Dr. Rainer Buchmann, Dortmund
Termin: 04.12.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 240 EUR
Kurs Nr.: D 222/10
Fortbildungspunkte: 8

Auskunft und Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen
 Schützenhöhe 11
 01099 Dresden
 Tel.: 0351/8066-101
 Fax: 0351/8066-106
 e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de
 www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Kongresse**■ November**

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

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Biomaterialien
Thema: Gewebeersatz/Gewebe-regeneration – Von der Grenzfläche zum Biointerface
Termin: 18.11. – 20.11.2010
Ort: Heilbad Heiligenstadt
Auskunft: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
 Markt 8
 07743 Jena
 Tel.: 03641/3533-2703
 Fax: 03641/3533-21
 www.conventus.de/dgbm2010

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.lzk.de

2. internationaler Kongress Jüdischer Mediziner
Thema: Judentum und Medizin: gestern, heute, morgen
Termin: 19. – 21.11.2010
Ort: Düsseldorf
Auskunft: Landesverband

Jüdischer Mediziner NRW
 info@kongress-juedischer-mediziner.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: -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/Marsfelder Str.
Referenten: Prof. Arnetzl – Graz, Prof. Lauer – Frankfurt/Main, Prof. Scherer – Genf, PD Dr. Holst – Erlangen, Prof. Wöstmann – Gießen, 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 Privatmedizin GOÄ/GOZ
Termin: 04.12.2010
Ort: Maternushaus Köln
Auskunft: Tel.: 0221/139836-69
 info@bundeskongress-privatmedizin.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“ - 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“ - 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 Ge-s. 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

Kongress 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

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

18. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag
Thema: Risikopatienten, Allgemeinerkrankungen, Notfälle
Termin:
 02.04.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Neumünster, Holstenhallen
Auskunft: KZV Schleswig-Holstein
 Frau Martina Ludwig
 Westring 498, 24106 Kiel
 Tel. 0431/3897128
 Fax 0431/3897100
 info@kzv-sh.de
 www.kzv-sh.de

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

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC-Seminar

Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curricularentwicklung und -forschung
Termine:
 26.11.2010: 08.30 – 19.30 Uhr
 27.11.2010: 08.30 – 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR
 oder Sirona-Gutschein
Trainer: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen,
 Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

Auskunft/Anmeldung:
 Tel.-Hotline: 0175/4004756
 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

Ort: Universität Frankfurt am Main

Auskunft und Anmeldung:
 Petra Klug 0611/86846

Wissenschaftliche Gesellschaften

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

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 Frankenberg
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: -31
apw.barten@dgzmk.de

ICCMO**Ärztegesellschaft für Erfahrung-
heilkunde e.V.**

Themen: Synergien in der CMD
Behandlung. Die Schleuder-
verletzung der HWS –
ein Thema für den Zahnarzt?
Guter Biss – guter Schlaf.
Synergien zwischen Zahn- und
Schlafmedizin

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

Termin: 30.10. – 01.11.2010

Ort: Baden-Baden

Themen: Oberflächen-Elektro-
Myographie (EMG) und CMD:
Wissenschaft und Praxis.

Interdisziplinäre Kooperation bei
der neuromuskulären Therapie
rund um die Myozentrik

Referenten: PT. Shewmann, BA
Kin, Dr. B. Losert-Bruggner, R.
Schöttl D.D.S. (USA)

Termin: 03. – 06.02.2011

Ort: Le Meridien Parkhotel,
Frankfurt am Main

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

DGZH

Thema: Supervision
mit Fallvorstellung per Video
Referentin: Gudrun Schmierer

Termin:
20.11.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: DGZH-
Regionalstelle Stuttgart

Fortbildungspunkte: 8

Kursgebühr: 180 EUR,

Auskunft und Anmeldung:

Deutsche Gesellschaft für Zahn-
ärztliche Hypnose e.V.,
Regionalstelle Stuttgart,
Marion Jacob,
Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart,
Tel. 0711/2363761
Fax 0711/244032
mail@dgzh-stuttgart.de
www.dgzh-stuttgart.de

DGI**LV Berlin-Brandenburg****15. Jahrestagung**

Thema: Rückblick, Augenblick,
Ausblick

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

Termin: 04./05.03.2011

Ort: Hotel Berlin, Berlin

Auskunft und Anmeldung:

MCI Deutschlanf GmbH
Tel.: 030/204590
Alexandra Glasow
bbi2011@mci-group.com

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: Phantom-Navigation im modularen System, Module 01/02
Veranstalter: bredent medical GmbH & Co. KG

Termin:

19.11.2010 Modul 1:
09.00 – 17.30 Uhr,
20.11.2010 Modul 2:
09.00 – 17.30 Uhr,
weitere Termine auf Anfrage

Ort: IFZI Nürnberg

Sonstiges: Ref.: Prof. (NY) Dr. med. dent. Manfred Lang;
22 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 700 EUR pro Modul

zzgl. MwSt. zzgl. Material

Anmeldung: IFZI-Sekretariat

Anne Monnier Winterstein

Tel.: 0911/3474624

Fax: 0911/3474623

e-mail: anne1805@hotmail.com

www.ifzi.de

Auskunft:

bredent medical GmbH & Co. KG

Andreas Bischoff, Leiter Marketing

Weissenhorner Str. 2

89250 Senden

Tel.: 07309/872-390

Fax: 07309/872-655

Andreas.Bischoff@bredent.com

www.bredent-medical.com

Thema: Frontzahnästhetik mit

NobelActive™ und Live-OP

Veranstalter: Nobel Biocare

Deutschland GmbH

Termin: 20.11.2010:

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Osnabrück

Referent: Dr. Stefan Hümmcke

Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH, Gönül Öntas

Stolberger Str. 200, 50933 Köln

Tel.: 0221/50085- 51, Fax: -329

gonul.ontas@nobelbiocare.com

Thema: The art of oral rehabilitation Dr Eduardo Anitua MD DDS:

1. Immediate loading – risk or

predictable therapy 2. The atrophic

jaw – vertical and horizontal

Veranstalter: B.T.I. Deutschland

GmbH

Termin: 20.11.2010

Ort: Essen

Sonstiges: in englischer Sprache

Kursgebühr: 195 EUR

Auskunft: B.T.I. Deutschland GmbH

Mannheimer Str. 17

75179 Pforzheim

Tel.: 07231/4280610

Fax: 07231/4280615

Thema: Workshop zur kiefer-

orthopädischen Fallplanung

Veranstalter: Dentaurum GmbH

Termin: 20.11.2010

Ort: Ispringen

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Ralf J.

Radlanski; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Dentaurum GmbH & Co. KG

Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Turnstr. 31

75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Update Implantatprothetik

inkl. Hands-On-Übungen

Veranstalter: Xental® Akademie

Termin: 20.11.2010:

09.00 – 15.00 Uhr

Ort: Schönebeck

Sonstiges: 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 250 EUR inkl. Verpfle-

gung

Auskunft: Xental Akademie

Kay Baumbach

Straßburger Str. 1

06184 Großkugel

Tel.: 034605/50400

Fax: 034605/50401

Thema: Implantatchirurgie mit

Live-OP

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 20.11.2010

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Christian

Vocke; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 383 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: Hart- und Weichgewebs-

management

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 20.11.2010

Ort: Nürnberg

Sonstiges: Ref.: Dr. Stephan

Kressin; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 295 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: Live-OP: Stammzellen-

transplantation zur Kieferkamm-

augmentation

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

Fritzemeier

Termin: 20.11.2010:

09.00 – 15.00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ulrich

Stroink, Dr. Jürgen Gallas

Kursgebühr: 299 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Kieferchirurgische

Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und

Gesichtschirurgie

Stresemannstr. 7-9

40210 Düsseldorf

Tel.: 0211/875508-0

Fax: 0211/875508-99

www.kieferchirurgie.org

Thema: SKY fast & fixed /

Feste Zähne – sofort!

Veranstalter: bredent medical

GmbH & Co. KG

Termin: 20.11.2010:

08.30 – 17.00 Uhr

Ort: Landsberg

Sonstiges: Ref.: Dr. Georg Bayer,

Dr. Frank Kistler; 8 Fortbildungs-

punkte

Kursgebühr: 950 EUR zzgl. MwSt.

pro Team (1 ZA + 1 Zahntechn.)

Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG

Andreas Bischoff, Leiter Marketing

Weissenhorner Str. 2

89250 Senden

Tel.: 07309/872-390

Fax: 07309/872-655

Andreas.Bischoff@bredent.com

www.bredent-medical.com

Thema: SKY fast & fixed –

Sofortversorgung für den zahn-

losen Kiefer

Veranstalter: bredent medical

GmbH & Co. KG

Termin:

22.11.2010: 09.00 – 17.00 Uhr,

23.11.2010: 09.00 – 17.00 Uhr,

weitere Termine auf Anfrage

Ort: Crailsheim

Sonstiges: Ref.: Dr. Stephan Ryssel

(Master of Science in Oral Implan-

tology); 22 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 1 750 EUR zzgl.

MwSt. zzgl. Material

Anmeldung: Dentalklinik Dr. Ryssel + Partner

Lange Str. 20

74564 Crailsheim

Tel.: 07951/469220

info@dentalklinik-dr-ryssel.de

www.dentalklinik-dr-ryssel.de

Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG

Andreas Bischoff, Leiter Marketing

Weissenhorner Str. 2

89250 Senden

Tel.: 07309/872-390

Fax: 07309/872-655

Andreas.Bischoff@bredent.com

www.bredent-medical.com

Thema: Upgrade in Beratung

und Motivation, auf veränderte

Bedingungen richtig agieren

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

Fritzemeier

Termin: 24.11.2010:

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Dr. Michael Cramer

Kursgebühr: 150 EUR zzgl. MwSt.,

aus Überweiserpraxen 130 EUR

Auskunft: Kieferchirurgische

Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und

Gesichtschirurgie

Stresemannstr. 7-9

40210 Düsseldorf

Tel.: 0211/875508-0

Fax: 0211/875508-99

www.kieferchirurgie.org

Thema: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Veranstalter: Gem.praxis Dres. H.-P. Schlien, K. Niemeyer, W. Hammerl und M. Black

Termin: 24.11.2010:
15.00 – 19.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum ARCADEON, Lennestr. 91, 58093 Hagen

Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 45 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Praxis Dres. Schlien-Niemeyer-Hammerl-Black, Bahnhofstr. 46

58095 Hagen

Tel.: 02331/32191-2

Fax: 02331/182589

Thema: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Dr. Dr. H.-P. Schlien und Partner

Termin:

24.11.2010: 15.00 – 19.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum Arcadeon, Lennestr. 91, 58093 Hagen

Fortbildungspunkte: 4

Kursgebühr: 45 EUR

Auskunft: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Dr. Dr. H.-P. Schlien und Partner

Bahnhofstr. 46, 58095 Hagen

Thema: Das Teamgespräch – Lästige Pflicht oder Kür?

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin:

24.11.2010: 14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Herne

Referentin: ZMV Christine Bau-meister

Kursgebühr: 210 EUR zzgl. MwSt., 170 EUR zzgl. MwSt. für jede weitere Person aus derselben Praxis

Auskunft: Haranni Academie

Frau Renate Dömpke

Schulstr. 30, 44623 Herne

Tel.: 02323/9468309

Fax: 02323/9468333

Thema: Expertensymposium „Adhäsive und Komposite Restaurationen“

Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH

Termin: 24.11.2010, 15.00 – 20.45 Uhr

Ort: Konzerthaus „Neue Welt“, Leipziger Str. 182, 08058 Zwickau

Kursgebühr: 248 EUR zzgl. MwSt., Frühbucherrabatt

Auskunft: Frau Jutta Nagler

Ivoclar Vivadent GmbH

Dr. Adolf-Schneider-Str. 2

73479 Ellwangen

Tel.: 07961/889205

Fax: 07961/6326

www.ivoclarvivadent.de

Thema: Biofunktionelle Therapie

Veranstalter: bredent GmbH & Co. KG

Termin: 24.11.2010:

15.00 – 20.00 Uhr,

weitere Termine auf Anfrage

Ort: Köln

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. med. Dr.

med. dent. Wilfried Engelke;

5 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 190 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

bredent GmbH & Co. KG

Andreas Bischoff, Leiter Marketing

Weissenhorner Str. 2

89250 Senden

Tel.: 07309/872-390

Fax: 07309/872-655

Andreas.Bischoff@bredent.com

www.bredent-medical.com

Thema: Nobel Biocare Workshop

„Wie profitieren Prothetik und Chirurgie von der CAD/CAM – Technologie? mit Live-OP“

Veranstalter: Nobel Biocare

Deutschland GmbH

Termin: 25.11.2010: 14.30 –

17.00 Uhr

Ort: Hamburg

Referent: Dr. Ole Richter

Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH, Gönül Öntas

Stolberger Str. 200, 50933 Köln

Tel.: 0221/500 85 151

Fax: 0221/500 85 329

gonul.ontas@nobelbiocare.com

8. International Orthodontic Symposium

Thema: Experiences and Visions, Reliable Methods and New Trends in the Systemic Interdisciplinary Orthodontics

Veranstalter: IOS-Hannover Dr. Jan V. Raiman

Termin: 25.11.2010: 09.00 Uhr – 27.11.2010: 17.00 Uhr

Ort: Prag, Kaiserstejnsky palace, Malostranské náměstí 23/37, Prague 1

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski – Berlin, Dr. James A. McNamara – Michigan, Prof. Dr. Nezar Watted – Jerusalem u. a.; 12 + 6 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 25.11.: Pre-Course (Dr. James A. McNamara): ZA: 330 EUR, Postgraduierte: 260 EUR, Gruppe (mind. 3): 210 EUR 26./27.11.:

ZA: 380 EUR, Postgraduierte: 300 EUR, Gruppe (mind. 3): 270 EUR Combination Pre-Course & Orthodontics:

ZA: 580 EUR, Postgraduierte: 440 EUR, Gruppe (mind. 3): 380 EUR

Auskunft: www.orthodontics-ios.eu

Thema: RAYID-Familiensystematik (Geburtsreihenfolge) Kurs 6

Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH

Termin: 25. – 27.11.2010

Ort: Schlehdorf in Obb

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte

Kursgebühr: 650 EUR steuerfrei

Auskunft: Dr. Martina Obermeyer Aufwind Consulting Kocheler Str. 1

82444 Schlehdorf am Kochelsee

Tel.: 08851/6156-91

Fax: 08851/6156-90

e-mail: info@aufwind.org

Thema: QS 3: Praxismarketing und Preisgestaltung

Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH

Termin: 26.11.2010

Ort: Holzgerlingen

Sonstiges: Ref.: Alma Ott

Kursgebühr: 460 EUR pro Person, 690 EUR zwei Personen

Auskunft: Tanja Spatschek Dr. Walter Schneider Team GmbH Max-Eyth-Str. 42

71088 Holzgerlingen

Tel.: 07031/461869

Fax: 07031/461877

Thema: QS 1: Grundlagen exzellenter Praxisführung

Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH

Termin: 26.11.2010

Ort: Frankfurt

Sonstiges: Ref.: Dr. Walter Schneider

Kursgebühr: 460 EUR pro Person, 690 EUR zwei Personen

Auskunft: Tanja Spatschek

Dr. Walter Schneider Team GmbH Max-Eyth-Str. 42

71088 Holzgerlingen

Tel.: 07031/461869

Fax: 07031/461877

Thema: Implantologie für die tägliche Praxis

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 26.11.2010:

16.00 – 20.00 Uhr

Ort: DENS GmbH, DENS Akademie

Georg-Wilhelm-Str. 7,

10711 Berlin (Wilmerdorf)

Sonstiges: Anmeldung erbeten;

4 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 70 EUR

Auskunft:

DENS GmbH, DENS Akademie

Berliner Str. 13

14513 Teltow

Tel.: 03328/334540

Fax: 03328/334547

www.dens-berlin.com

Thema: Dental Pearls Meeting

Veranstalter: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Termin/Ort:

26.11.2010 Dortmund

Auskunft: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

e-mail: info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: KFO Creativ – der etwas andere Kurs

Veranstalter: Dentaurum GmbH

Termin: 26.11.2010

Ort: Hagen

Sonstiges: Ref.: ZT Claudia Stößer

Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Dentaurum GmbH & Co. KG

Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Turnstr. 31

75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Teleskopkrone aus emf

Veranstalter: Dentaurum GmbH

Termin: 26.11.2010

Ort: Essen

Sonstiges: Ref.: ZTM Carsten

Haake

Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Dentaurum GmbH & Co. KG

Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Turnstr. 31

75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: W01 – Updatekurs:

Neues und Bewährtes in der

Prophylaxe

Veranstalter: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Termin/Ort:

26.11.2010 Berlin,

03.12.2010 Frankfurt/Main

Kursgebühr: 248 EUR / 198 EUR /

178 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

e-mail: info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Der sichere Einstieg in die

Implantologie mit Live-OP

Veranstalter: Nobel Biocare

Deutschland GmbH

Termin: 26./27.11.2010:

jeweils 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Frankfurt

Referent: Dr. Johannes Heimann

Kursgebühr: 399 EUR

Auskunft: Nobel Biocare Deutsch-

land GmbH, Gönül Öntas

Stolberger Str. 200, 50933 Köln

Tel.: 0221/500 85 151

Fax: 0221/500 85 329

gonul.ontas@nobelbiocare.com

Thema: Hocheffektive Angst- und

Stressbewältigung durch multiple

Neurostimulation

Veranstalter: Dipl.-Psych. Dipl.-Päd.

Psychologische Psychotherapeutin

Gertrud Fahrenbruck

Termin: 26./27.11.2010

Ort: Karlsruhe

Sonstiges: Die multiple Neuro-

stimulation ist ein effizienter

Ansatz bei der Bewältigung von

Ängsten, Schmerzen und Stress;

Spezialtageskurse für den zahn-

ärztlichen Bereich

Kursgebühr: 280 EUR

Auskunft: Dipl.-Psych. Dipl.-Päd.

Psychologische Psychotherapeutin

Gertrud Fahrenbruck

Neuensteinstr. 15

76227 Karlsruhe

Tel.: 0721/1321414

Fax: 0721/1321416

www.eft-coaching.de

Thema: LASER 2010 „LASER im

Praxisalltag“

Veranstalter: SGOLA (Schweiz.

Gesellschaft für orale Laserapplika-

tionen)

Termin: 26./27.11.2010

Ort: Zürich (Schweiz)

Sonstiges: Referenten der Universi-

täten Zürich, Bern, Wien, Bonn,

der TH Aachen, der TU München

und aus Privatpraxen

Kursgebühr: sFr. 380 (ca. 270 EUR)

Auskunft: MediAccess AG

Hofstr. 10

CH-8808 Pfäffikon

Tel.: +41 55 4153058

Fax: +41 55 4153054

www.fbrb.ch

Thema: FA II: Instrumentelle

Funktionsanalyse mit arbiträrer

Scharnierachse

Veranstalter: Westerburger

Kontakte

Termin: 26./27.11.2010

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Diether

Reusch, ZA Jochen Feyen, ZTM

Paul Gerd Lenze

Kursgebühr: 980 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte

Schloss Westerburg

56457 Westerburg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02663/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Typodontkurs III –

Spezialfälle im Rahmen der

Non-Extraktionstherapie

Veranstalter: Dentaurum GmbH

Termin: 26. – 28.11.2010

Ort: Ispringen

Sonstiges: Ref.: Dr. Jürgen P. Bach-

mann; 23 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 899 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Dentaurum GmbH & Co. KG

Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Turnstr. 31

75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Dschungel der Adhäsivsysteme: Übersicht – Neuentwicklungen – Wertung – Handhabung (Hands-on)

Veranstalter: biodentis GmbH / biodentis Schulungszentrum GmbH

Termin: 27.11.2010

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

Sonstiges: Ref.: Dr. Uwe Blunck; 10 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 395 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax
Tel.: 0800/9394956
(bei Buchungsfragen oder bei Fragen zu Kursinhalten)
Fax: 0341/35527330

Thema: Abrechnung „Implantologie/Suprakonstruktionen“

Veranstalter: Feldmann Consulting® GmbH & Co. Beratungs KG

Termin: 27.11.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen

Sonstiges: Teilnehmer aus Baden-Württemberg erhalten einen Verbilligungszuschuss von 30 %, über 50 Jahre in Höhe von 50 %; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 350 EUR + MwSt.

Auskunft:

Nicole Feldmann / Anna Münch Wilhelmstr. 1

76275 Ettlingen

Tel.: 07243/7254-0

Fax: 07243/7254-20

Thema: Workshop „Orofaziale Schmerzen / Bruxismus / Schlafstörungen“

Veranstalter: Saarbrücker Qualitätszirkel CMD/Orofaziale Schmerzen

Termin: 27.11.2010:

09.00 – 18.00 Uhr

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

Sonstiges: Workshop mit praktischen Vorführungen; begrenzte Teilnehmerzahl; detailliertes Programm unter www.sqschmerz.de;

10 Fortbildungspunkte (beantragt)

Kursgebühr: 330 EUR

Auskunft: Dr. Horst Kares

Grumbachtalweg 9

66121 Saarbrücken

Tel.: 0681/894018

Fax: 0681/5847075

e-mail: praxis@dr-kares.de

Thema: Wie sieht die Zukunft meiner Praxis aus?

Praxisanalysen und -vergleiche

Veranstalter: Zukunftspraxis 50 Plus e.V.

Termin: 27.11.2010

Ort: Essen

Auskunft:

Zukunftspraxis 50 Plus e.V.

Martin-Crusius-Str. 8

72076 Tübingen

Tel.: 07071/5654249

Fax: 07071/610448

info@zukunftspraxis-50plus.de

www.zukunftspraxis-50plus.de

Thema: Workshops zu intraoralen Protrusionsschienen (IPS) bei Schlafapnoe und Schnarchen

Veranstalter: Idsteiner Zentrum

für Zahnärztliche Somnologie

Termine: 27.11.2010:

09.00 – 18.00 Uhr

sowie exklusiv für geschlossene

Gruppen (nach Absprache)

Ort: Dentallabor „Oral design“

AL DENTE, Höhenweg 10,

65510 Idstein

Sonstiges: 11 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 400 EUR, inkl. Skripte,

Catering und logist. Basismaterial

Auskunft: IZS – Idsteiner Zentrum

für Zahnärztliche Somnologie

Bahnhofstr., 65510 Idstein

Tel.: 06126/989667

Fax: 06126/953857

e-mail: [info@zahnaerztliche-schlaf-](mailto:info@zahnaerztliche-schlafmedizin.de)

[medizinen.de](http://www.zahnaerztliche-schlafmedizin.de)

[www.zahnaerztliche-schlafmedi-](http://www.zahnaerztliche-schlafmedizin.de)

[zin.de](http://www.zahnaerztliche-schlafmedizin.de)

Thema: Assistenz und Abrechnung

für die ZFA

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 27.11.2010

Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Andrea Eggert
Kursgebühr: 125 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 Dentaurum Implants GmbH
 Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Hintergründe und Umsetzung in HKP's
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 Fritzeimer

Termin: 27.11.2010:
 10.00 – 13.30 Uhr
Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: ZMV Birgit Sayn
Kursgebühr: 100 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 80 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: W02 – Die Mundgeruchs-sprechstunde von A-Z – Konzepte für Ihre Praxis
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungen GmbH
Termin/Ort:
 27.11.2010 Berlin,
 04.12.2010 Frankfurt/Main
Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR / 258 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungen GmbH
 Brückenstr. 45
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0, Fax: -20
 e-mail: info@praxisdienste.de
 www.praxisdienste.de

Thema: Abrechnung von Supra- konstruktionen
Veranstalter: Praxisklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Esslingen, Dr. Dr. Weyer, Dr. Kissing
Termin: 01.12.2010:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Esslingen am Neckar
Referent: ZMF S. Steverding

Kursgebühr: 100 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Praxisklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Esslingen, Fabrikstr. 10/1
 73728 Esslingen am Neckar
 Tel.: 0711/44009982
 Fax: 0711/93276941
 e-mail: info@praxisklinik-weyer.de
 www.praxisklinik-weyer.de

Thema: Telefontraining
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 01.12.2010:
 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS GmbH, DENS Akademie
 Georg-Wilhelm-Str. 7,
 10711 Berlin (Wilmerdorf)
Sonstiges: Anmeldung erbeten;
 2 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft:
 DENS GmbH, DENS Akademie
 Berliner Str. 13
 14513 Teltow
 Tel.: 03328/334540
 Fax: 03328/334547
 www.dens-berlin.com

Thema: Möglichkeiten und Grenzen einer minimalinvasiven Implantologie
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 Fritzeimer
Termin: 01.12.2010:
 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: PD Dr. Frank Schwarz – Universität Düsseldorf
Kursgebühr: 85 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Thema: PC-Schulung – Grundlagen Hardware – Vermittlung von Grundlagen der PC-Technik
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 02.12.2010:
 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS GmbH, DENS Akademie
 Georg-Wilhelm-Str. 7,
 10711 Berlin (Wilmerdorf)
Sonstiges: Anmeldung erbeten;

Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft:
 DENS GmbH, DENS Akademie
 Berliner Str. 13
 14513 Teltow
 Tel.: 03328/334540
 Fax: 03328/334547
 www.dens-berlin.com

Thema: Zetrifizierte Fortbildung zur Erlangung der Sachkunde in der 3-D-Röntgendiagnostik (DVT-Fachkunde)
Veranstalter: Dentinic Privatklinik für Zahnmedizin & Ästhetik, Institut für Fortbildung und Patienteninformatio
Termin:
 20.11.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Klammstr. 7,
 82467 Garmisch-Partenkirchen
Referenten:
 Dr. med. Dr. med. dent.
 H. Martens FA für MKG-Chirurgie
 PD Dr. med. Dr. med. habil.
 L. Jäger FA für Radiologie
Kursgebühr: 990 EUR
Auskunft: Dr. Dr. H. Martens
 Fr. Evillard, Klammstr. 7,
 82467 Garmisch-Partenkirchen
 Tel.: 08821/93600
 Fax: 08821/936036
 info@dentinic.de
 www.dentinic.de

Thema: Top-Seminar: Keine Leistung wird mehr vergessen
Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH
Termin: 03.12.2010
Ort: Holzgerlingen
Sonstiges: Ref.: Alma Ott
Kursgebühr: 390 EUR pro Person, 690 EUR zwei Personen
Auskunft: Tanja Spatschek
 Dr. Walter Schneider Team GmbH
 Max-Eyth-Str. 42
 71088 Holzgerlingen
 Tel.: 07031/461869
 Fax: 07031/461877

Thema: W03 – Ernährung und Homöopathie: Einsatz in der Prophylaxe
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungen GmbH
Termin/Ort:
 03.12.2010 Leipzig
Kursgebühr: 248 EUR / 198 EUR / 178 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungen GmbH
 Brückenstr. 45
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20
 e-mail: info@praxisdienste.de

Thema: Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz

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 Fritze

Termin: 03.12.2010:
14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dirk Schulze, Dr. Dennis Rottke, Dr. Jonathan Fleiner – Universität Freiburg

Kursgebühr: 120 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Stresemannstr. 7-9
40210 Düsseldorf

Tel.: 0211/875508-0

Fax: 0211/875508-99

www.kieferchirurgie.org

Thema: NobelGuide™ End User Kurs

Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH

Termin:

03.12.2010: 09.00 – 18.00 Uhr,

04.12.2010: 09.00 – 15.00 Uhr

Ort: Karlstadt

Referent: ZA Stefan Scherg

Auskunft: Nobel Biocare

Deutschland GmbH, Gönül Öntas
Stolberger Str. 200

50933 Köln

Tel.: 0221/500 85 151

Fax: 0221/500 85 329

gonul.ontas@nobelbiocare.com

Thema: Twin Block

Veranstalter: RealKFO - Fachlaboratorium für Kieferorthopädie

Termin: 03./04.12.2010

Ort: Universität Regensburg

Sonstiges: mit Erfinder Dr. W.

Clark. Kurssprache Englisch mit

Simultanübersetzung in Deutsch

Kursgebühr: 299 EUR ohne
Abendveranstaltung, 699 EUR mit,
jeweils zzgl. MwSt.

Auskunft: RealKFO - Fachlaboratorium für Kieferorthopädie
GmbH, Monika Harmann
In derMark 53

61273 Wehrheim

Tel.: 06081/942131

Fax: 06081/942132

Thema: Kieferorthopädischer
Grundkurs Teil II – Herstellung
von bimaxillären Geräten

Veranstalter: Dentaurum GmbH

Termin: 03./04.12.2010

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: ZT Jörg Meier

Kursgebühr: 429 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Dentaurum GmbH & Co. KG

Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Turnstr. 31

75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Zweitätiges Twin Block
Seminar – Horizonte in der Kieferorthopädie und der dentofazialen Orthopädie von und mit dem Erfinder Dr. William J. Clark

Veranstalter: Universitätsklinikum
Regensburg und RealKFO GmbH

Termin: 03./04.12.2010

Ort: Poliklinik für Kieferorthopädie,
Universitätsklinikum Regensburg,
Franz-Josef-Strauß-Allee 11,
93053 Regensburg

Kursgebühr: 599 EUR + MwSt.,
699 EUR + MwSt. inkl. Abend-
veranstaltung

Auskunft: Monika Harmann, RealKFO
Fachlaboratorium für Kieferorthopädie
GmbH, In derMark 53,
61273 Wehrheim,

Tel.: 06081/9421-31

Fax: 06081/9421-32

Thema: FA III: Computerunterstützte,
instrumentelle Funktionsanalyse mit
arbiträrer Scharnierachse

Veranstalter: Westerburger
Kontakte

Termin: 03./04.12.2010

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Diether

Reusch, ZA Jochen Feyen,

ZA Tadas Korzinskas

Kursgebühr: 980 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte

Schloss Westerburg

56457 Westerburg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02663/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Kostenloser praxisDienste-
ZMP/DH-Infoabend

Veranstalter: praxisDienste
Fortbildungs GmbH

Termin/Ort:

03.12.2010 Stuttgart,

17.12.2010 München

Auskunft: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0, Fax: -20

e-mail: info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: 2. Bundeskongress für
Privatmedizin

Veranstalter: Frielingsdorf Consult
GmbH / PVS – Die Privatärztlichen
Verrechnungsstellen

Termin: 04.12.2010

Ort: Maternushaus Köln

Sonstiges: Vorreiter Privatmedizin:

Qualitätsszenarien für Praxis und

Patient; zertifizierter Tageskongress

Kursgebühr: 139 EUR,

für ZMFA 79 EUR

Auskunft: Andrea Böhle /

Frielingsdorf Consult

Kaiser-Wilhelm-Ring 50,

50672 Köln

Tel.: 0221/139836-69, Fax: -65

www.bundeskongress-privatmedi-

zin.de

Thema: Wie sieht die Zukunft meiner Praxis aus?
Kooperationsmodelle. Vor- und Nachteile
Veranstalter: Zukunftspraxis 50 Plus e.V.
Referent: RA Michael Lennartz
Termin: 04.12.2010
Ort: München
Auskunft:
Zukunftspraxis 50 Plus e.V.
Martin-Crusius-Str. 8
72076 Tübingen
Tel.: 07071/5654249
Fax: 07071/610448
info@zukunftspraxis-50plus.de
www.zukunftspraxis-50plus.de

Thema: A07 – Prophylaxe-Fahrplan für KFO-Patienten
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Termin/Ort:
04.12.2010 Köln
Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR / 258 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 45
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/649971-0, Fax: -20
e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Implantationskurs an Humanpräparaten
Veranstalter: Dentaurum Implants
Termin: 04.12.2010
Ort: Bonn
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Werner Götz, 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
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Thema: Fehlerteufel in der adhäsiven Zahnmedizin
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 04.12.2010
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Lenhard
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
Schloss Westerburg
56457 Westerburg
Tel.: 02663/91190-30
Fax: 02663/91190-34
www.westerburgerkontakte.de

Thema: Spezialkurs zum Strahlenschutz und Erwerb der erforderlichen Sachkunde für die dentale digitale Volumentomographie (Fachkunde DVT)
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 Fritze
Termin:
04.12.2010: 09.00 – 16.00 Uhr,
05.03.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dirk Schulze, Dr. Dennis Rottke, Dr. Jonathan Fleiner – Universität Freiburg
Kursgebühr: 1 500 EUR zzgl. MwSt. inkl. Catering
Auskunft: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Stresemannstr. 7-9
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/875508-0
Fax: 0211/875508-99
www.kieferchirurgie.org

Thema: ZMP-Aufstiegsfortbildung
Veranstalter: praxisDienste Fortbildung GmbH
Termin: Start 06.12.2010
Ort: München
Kursgebühr: 3 450 EUR (steuerfrei nach § 4 Nr. 21 UStG) inkl. aller Unterlagen, Bücher und Skripte
Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 45
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/649971-0
Fax: 06221/649971-20

Thema: Topfit in die Gesellenprüfung
Veranstalter: BEGO
Termin: 06. – 10.12.2010
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: Wie sieht die Zukunft meiner Praxis aus?
Kooperationsmodelle. Vor- und Nachteile
Veranstalter: Zukunftspraxis 50 Plus e.V.
Referent: RA Michael Lennartz
Termin: 08.12.2010
Ort: Berlin
Auskunft:
Zukunftspraxis 50 Plus e.V.
Martin-Crusius-Str. 8
72076 Tübingen
Tel.: 07071/5654249
Fax: 07071/610448
info@zukunftspraxis-50plus.de
www.zukunftspraxis-50plus.de

Thema: Weniger Umsatz – trotzdem mehr Gewinn?
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 08.12.2010:
16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS GmbH, DENS Akademie
Georg-Wilhelm-Str. 7,
10711 Berlin (Wilmerdorf)
Sonstiges: Anmeldung erbeten;
2 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft:
DENS GmbH, DENS Akademie
Berliner Str. 13
14513 Teltow
Tel.: 03328/334540
Fax: 03328/334547
www.dens-berlin.com

Thema: Der Praxisknigge. Seminar für das gesamte Praxisteam
Veranstalter: Haranni Academie
Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Referent: Sybille David
Termin:
08.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Kursgebühr: Team 350 EUR,
Mitarbeiterin 150 EUR,
jede weitere Person 130 EUR
Auskunft:
Haranni Academie
Schulstr. 30, 44623 Herne
Frau Renate Dömpke
Tel.: 02323/9468309
Fax: 02323/9468333

Thema: Wie sieht die Zukunft meiner Praxis aus?
Veranstalter: Zukunftspraxis 50 Plus e.V.
Termin: 08.12.2010
Ort: Berlin
Auskunft:
Zukunftspraxis 50 Plus e.V.
Martin-Crusius-Str. 8
72076 Tübingen
Tel.: 07071/5654249
Fax: 07071/610448

info@zukunftspraxis-50plus.de
www.zukunftspraxis-50plus.de

Thema: PC-Schulung – Grundlagen Software – Handhabung von Windows
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 09.12.2010:
16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS GmbH, DENS Akademie
Georg-Wilhelm-Str. 7,
10711 Berlin (Wilmerdorf)
Sonstiges: Anmeldung erbeten;
2 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft:
DENS GmbH, DENS Akademie
Berliner Str. 13
14513 Teltow
Tel.: 03328/334540
Fax: 03328/334547
www.dens-berlin.com

Thema: Umwelt-ZahnMedizin Anwendertreffen
Veranstalter: Netz-Werk-Medizingesellschaft mbH
Termin: 09./10.12.2010
Ort: Stuttgart
Referent: Dipl.-Psych. Martin Simmel
Kursgebühr: 395 EUR
Auskunft: Netz-Werk-Medizingesellschaft mbH,
Schulstr. 26,
44623 Herne
Tel.: 02323/147531-604
Fax: 02323/147531-633

Thema: Logopädie in der Zahnheilkunde – Myofunktionelle Behandlung
Veranstalter: Dr. Hinz Dental
Termin: 10.12.2010:
15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Globana Airport Hotel,
04435 Schkeuditz (Leipzig),
Frankfurter Str. 4
Referent: Ulrike Hörstel
(Logopädin und Myofunktions-
Therapeutin, AK MFT e.V.),
4 Fortbildungspunkte
Auskunft: www.dr-hinz-dental.de

Thema: Umwelt-ZahnMedizin Anwendertreffen
Veranstalter: Netz-Werk-Medizingesellschaft mbH
Termin: 10./11.12.2010
Ort: Nürnberg, Süd-West-Park-Hotel
Referent: Dipl.-Psych. Martin Simmel
Kursgebühr: 395 EUR
Auskunft: Netz-Werk-Medizingesellschaft mbH,
Schulstr. 26,

44623 Herne
Tel.: 02323/147531-604
Fax: 02323/147531-633

Thema: DVT Fach- und Sachkunde

Veranstalter:

Bauer & Reif Dental GmbH

Referenten:

Prof. Dr. Christoph Benz et al.

Termin:

11.12.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
2. Teil: 16.04.2011

Fortbildungspunkte: 14

Kursgebühr: 950 EUR

Auskunft:

Bauer & Reif Dental GmbH

Fuggerstr. 20, 86150 Augsburg

Fr. Bittner:

Tel.: 089/76708316

Fax: 089/76708350

Thema: Umsetzung der Implantations- und Operationsverfahren in der Praxis. 3. Kurs des Curriculums Implantologie

Veranstalter: Haranni Akademie

Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Referent: Dr. Achim Wöhrle

Termin:

10.12.2010: 10.00 – 18.00 Uhr

11.12.2010: 09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Kursgebühr: 750 EUR,

Auskunft:

Harani Akademie

Schulstr. 30, 44623 Herne

Frau Renate Dömpke

Tel.: 02323/9468309

Fax: 02323/9468333

Thema: Interdisziplinäre Parodontologie

Veranstalter: Netz-Werk-Medizin-gesellschaft mbH

Termin: 11.12.2010

Ort: Nürnberg, Süd-West-Park-

Hotel

Kursgebühr: 345 EUR

Auskunft: Netz-Werk-Medizinge-

sellschaft mbH,

Schulstr. 26,

44623 Herne

Tel.: 02323/147531-604

Fax: 02323/147531-633

Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer

Veranstalter: Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültemann-Hagedorn

Termin: 11.12.2010:

09.00 – 14.00 Uhr

Ort: Bremen

Fortbildungspunkte: 7

Kursgebühr: 195 Euro

Auskunft:

Praxis Dr. Dr. Heinrich Bültemann-

Hagedorn und Dr. Thieme

Faulenstraße 54, 28195 Bremen

Tel.: 0421/382212

Fax: 0421/39099532

E-Mail: Praxis@MKG-HB.de

Thema: Workshops zu intraoralen

Protrusionsschienen (IPS) bei

Schlafapnoe und Schnarchen

Veranstalter: Idsteiner Zentrum

für Zahnärztliche Somnologie

Termine: 11.12.2010:

09.00 – 18.00 Uhr

sowie exklusiv für geschlossene

Gruppen (nach Absprache)

Ort: Dentallabor „Oral design“
AL DENTE, Höhenweg 10,
65510 Idstein

Sonstiges: 11 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 400 EUR, inkl. Skripte,

Catering und logist. Basismaterial

Auskunft: IZS – Idsteiner Zentrum

für Zahnärztliche Somnologie

Bahnhofstr., 65510 Idstein

Tel.: 06126/989667

Fax: 06126/953857

e-mail: info@zahnaerztliche-schlaf-

medizin.de

www.zahnaerztliche-schlafmedi-

zin.de

Thema: Implantatchirurgie mit
Live-OP

Veranstalter: Dentaforum Implants

Termin: 11.12.2010

Ort: Bad Salzungen

Sonstiges: Ref.: Dr. Friedhelm

Heinemann; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 383 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Dentaforum Implants GmbH

Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Thema: Augmentative Techniken und Sinusbodenelevation mit Live-OPs
Veranstalter: Dentaforum Implants
Termin: 11.12.2010

Ort: Ispringen
Sonstiges: Ref.: Dr. Manfred Sontheimer; 9 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 435 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:

Dentaforum Implants GmbH
 Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

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

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 11.12.2010

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: OA Dr. Markus

Kaup + Dr. Sven Duda

Kursgebühr: 500 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte

Schloss Westerburg

56457 Westerburg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02663/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Kurs zum Erwerb der Fachkunde für die dentale digitale Volumentomographie (DVT)

Veranstalter: Praxisklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Esslingen, Dr. Dr. Weyer, Dr. Kissing

Termin: Teil 1: 11.12.2010, 09.00 – 16.00 Uhr, Teil 2: 12.03.2010: 09.00 – 15.00 Uhr

Ort: Esslingen am Neckar

Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Nils Weyer, PD Dr. Dirk Schulze

Kursgebühr: 1 500 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Praxisklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Esslingen, Fabrikstr. 10/1

73728 Esslingen am Neckar

Tel.: 0711/44009982

Fax: 0711/93276941

e-mail: info@praxisklinik-weyer.de

www.praxisklinik-weyer.de

Thema: Umwelt-Zahntechnik
Veranstalter: Netz-Werk-Medizin-gesellschaft mbH
Termin: 12.12.2010

Ort: Nürnberg, Süd-West-Park-Hotel

Referent: Dipl.-Psych. Martin Simmel

Kursgebühr: 442,10 EUR

Auskunft: Netz-Werk-Medizin-gesellschaft mbH,

Schulstr. 26,

44623 Herne

Tel.: 02323/147531-604

Fax: 02323/147531-633

Thema: Qualitätsmanagement – Komplette Ausarbeitung für die Prophylaxe

Veranstalter: Dental-Depot

R. Spörrer

Termin: 15.12.2010:

13.00 – 19.00 Uhr

Ort: Waldershof (Nordbayern)

Sonstiges: komplette Ausarbeitung

der einzelnen Prophylaxebehandlungen; Zielgruppe: ZÄ, fortgebildete ZMA, ZFA; Ref.: Regina

Regensburger, Dentalhygienikerin

Kursgebühr: 200 EUR zzgl. MwSt.

inkl. Verpflegung

Auskunft: Dental-Depot R. Spörrer

Ludwig-Hüttner-Str. 19

95679 Waldershof

Tel.: 09231/71479

Fax: 09231/972128

e-mail: info@spoerrerdental.de

www.spoerrerdental.de

Thema: Mitarbeiterfortbildung

Damon-System (Ormco®).

Die Top-Assistenz für das Damon-System

Veranstalter: Haranni Akademie

Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Referent: Dr. Markus Heise

Termin:

15.12.2010: 09.30 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Kursgebühr:

750 EUR, 560 EUR für 2 Teilnehmer aus derselben Praxis,

230 EUR jede weitere Person

Auskunft:

Haranni Akademie

Schulstr. 30, 44623 Herne

Frau Renate Dömpke

Tel.: 02323/9468309

Fax: 02323/9468333

Thema: Recherche im Internet

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 16.12.2010:

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.: 03328/334540

Fax: 03328/334547

www.dens-berlin.com

95679 Waldershof

Tel.: 09231/71479

Fax: 09231/972128

e-mail: info@spoerrerdental.de

www.spoerrerdental.de

Thema: Schlafstörungen zwischen Wiege und Führerschein – Diagnostik und Therapie.

Grundlagen und Anwendung von Screening-Methoden und -Systemen. 2. Kurs des Curriculums Schlafmedizin.

Veranstalter: Haranni Akademie

Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Referenten:

Dr. Michael S. Urschitz, M. Sc.

Dr. Marion Burmann-Urbank

Termin:

17.12.2010: 10.00 – 18.00 Uhr

18.12.2010: 09.00 – 16.30 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Kursgebühr: 650 EUR,

Auskunft:

Haranni Akademie

Schulstr. 30, 44623 Herne

Frau Renate Dömpke

Tel.: 02323/9468309

Fax: 02323/9468333

Thema: Aufschleifen des parodontalen Instrumentariums (Schleifkurs)

Veranstalter: Dental-Depot

R. Spörrer

Termin: 12.01.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Waldershof (Nordbayern)

Sonstiges: theoretischer und praktischer Intensivkurs; Zielgruppe: ZÄ, ZFA; Ref.: Regina Regensburger, Dentalhygienikerin

Kursgebühr: 120 EUR zzgl. MwSt.

inkl. Verpflegung

Auskunft: Dental-Depot R. Spörrer

Ludwig-Hüttner-Str. 19

Thema: Familienunternehmen

Zahnarztpraxis

Veranstalter: Feldmann Consulting

Termin: 19.01.2011

Ort:

Kronenstr.11, 76275 Ettligen

Kursgebühr: 125 EUR,

195 EUR für zwei Personen

Auskunft:

Feldmann Consulting

Beratungs KG

Frau Nicole Feldmann,

Frau Anna Münch

Wilhelmstr. 1, 76275 Ettligen

Tel.: 07243/72540

Fax: 07243/725420

info@feldmannconsulting.de

www.feldmannconsulting.de

Thema: Praxismanager/in

mit IHK-Lehrgangszertifikat

Veranstalter: Feldmann Consulting

Termin:

24.01. – 26.01.2011

31.01. – 02.02.2011

Ort:

Kronenstr.11, 76275 Ettligen

Kursgebühr: 2 350 EUR, bis zu 50 Prozent Zuschuss möglich

Fortbildungspunkte: 57

Auskunft:

Feldmann Consulting

Beratungs KG

Frau Nicole Feldmann,

Frau Anna Münch

Wilhelmstr. 1, 76275 Ettligen

Tel.: 07243/72540

Fax: 07243/725420

info@feldmannconsulting.de

www.feldmannconsulting.de

Thema: Wie sieht die Zukunft

meiner Praxis aus?

Kooperationsmodelle. Vor- und Nachteile

Veranstalter: Zukunftspraxis 50

Plus e.V.

Referent: RA Michael Lennartz

Termin: 21.01.2011

Ort: Dresden

Auskunft:

Zukunftspraxis 50 Plus e.V.

Martin-Crusius-Str. 8

72076 Tübingen

Tel.: 07071/5654249

Fax: 07071/610448

info@zukunftspraxis-50plus.de

www.zukunftspraxis-50plus.de

Thema: Endodontie für den

Praxisalltag

Veranstalter: Westerburger

Kontakte

Termin: 21./22.01.2011

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Henning

Bahnemann MSC

Kursgebühr: 900 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte

Schloss Westerburg

56457 Westerburg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02663/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Praxisfinanzen

Risiko Kreditkündigung

Inhaber von Arztpraxen sollten sich mit den wesentlichen Voraussetzungen einer möglichen Kreditkündigung durch die Bank auch dann auseinandersetzen, wenn es (noch) keinen konkreten Anlass dazu gibt.



Fotos: MEV

Unterschiedliche Auffassungen über die Kreditsicherheiten können dazu führen, dass man bei Geldinstituten auf dem Absatz kehrt machen kann und sich die Bank anderen Kunden zuwendet.

Die Richter des Oberlandesgerichts (OLG) Frankfurt haben in einem interessanten Beschluss erst vor kurzem verdeutlicht, dass eine Kreditkündigung für das beteiligte Bankinstitut durchaus schwierig sein kann. Diese Kreditkündigung „aus wichtigem Grund“ wurde von der Bank damit begründet, dass sie von ihrem Kunden beim Vertragsabschluss angeblich getäuscht wurde. Dieser hatte seinerzeit nämlich verschwiegen, dass seine Frau vor einigen Jahren zwei eidesstattliche Versicherungen auf Grund finanzieller Probleme leisten musste. Die OLG-Richter argumentierten dagegen ihrerseits, dass die Schufa-Angaben keine entsprechenden Informationen enthielten und der Kunde diese von sich aus nicht ansprechen musste (AZ: 19 U 41/ 10). Die vorzeitige Kündigung des Kreditvertrages sei somit rechtswidrig.

Wichtige Gründe für eine Kreditkündigung

Dieses Urteil zeigt, dass es keineswegs ins mehr oder weniger freie Ermessen des

jeweiligen Kreditgebers gestellt ist, wann und in welcher Form ein so genannter „wichtiger Grund“ zu einer Kündigung ohne Kündigungsfrist vorliegt, auf den die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Banken in diesem Zusammenhang übrigens ausdrücklich abstellen.

Ein wichtiger Kündigungsgrund kann vor allem dann vorliegen,

- wenn der Kunde unrichtige Angaben über seine Vermögensverhältnisse gemacht hat, die vor allem für die Entscheidung der Bank über eine Kreditgewährung von „erheblicher Bedeutung“ waren;
 - wenn eine wesentliche Verschlechterung der Vermögensverhältnisse des Kunden oder der Werthaltigkeit einer Sicherheit „eintritt oder einzutreten droht“ und somit die Kreditrückzahlung gefährdet ist;
 - wenn der Kunde einer möglichen Verpflichtung zur Bestellung oder Verstärkung von Kreditsicherheiten innerhalb einer angemessenen Frist nicht nachkommt.
- Ergänzend dazu ist es für Praxisinhaber wichtig zu wissen, dass eine Kündigung

grundsätzlich erst nach dem erfolglosen Ablauf einer „zur Abhilfe bestimmten angemessenen Frist“ oder nach einer erfolglosen Abmahnung zulässig ist. Die Erfahrung zeigt, dass eine tatsächliche fristlose Kündigung nach exakt dieser Definition dagegen in aller Regel kaum erfolgt. Die heutige Kommunikation zwischen Kunde und Bank einschließlich der betriebswirtschaftlichen Kontrollmechanismen auf beiden Seiten lassen vor allem zu erwartende Verschlechterungen der Vermögensverhältnisse regelmäßig früh erkennen. Dies bietet die Möglichkeit rechtzeitiger Reaktionen, die sowohl vom Kunden als auch von der Bank ausgehen können und die dabei helfen, eine Kündigung zu verhindern.

Bewertung der Kreditsicherheiten

Schwieriger ist dagegen die Einschätzung der jeweils aktuellen Kreditsicherheiten, deren Höhe sich im Laufe der Zeit durchaus verändern kann. Hier besteht Handlungsbedarf vor allem auf Seiten der Bankinstitute, die sich nach wie vor häufig zurückhalten, wenn es um ihre konkreten Wertansätze beispielsweise bei einer Grundschuld, bei einer Bürgschaft oder bei einer Verpfändung der Praxisausstattung geht. Eine vorschnelle Nachforderung weiterer Sicherheiten sollte vielmehr voraussetzen, dass dem Kunden detailliert und plausibel dargelegt wird, wie die Bank als Kreditgeber zu ihrer veränderten Bewertung gekommen ist und welches Zahlenmaterial sie dazu verwendet hat. Bei einem derartig transparenten Verfahren kann der Kunde seinerseits durch eine eigene Wertermittlung dagegen halten. Dies kann bei einer Grundschuld beispielsweise durch das Gutachten eines Sachverständigen erfolgen, der möglicherweise zu einem anderen für den Kreditnehmer günstigeren Wertansatz des mit dieser Grundschuld belasteten Grundstücks kommt. Führt in absoluten Ausnahmefällen an einer fristlosen Kündigung tatsächlich

kein Weg vorbei, steht dem Kreditnehmer für die Abwicklung auch hier grundsätzlich eine „angemessene Frist“ zu. Oft muss nämlich erst einmal ein neuer Kreditgeber gefunden werden, um den bisherigen Kredit abzulösen. Dies kann gerade in heutiger Zeit, wenn es denn überhaupt möglich ist, einige Monate dauern. Ist die Kunde-Bank-Beziehung aber erst einmal an diesem Punkt angekommen, erfolgt die Kommunikation meist ohnehin nur noch zwischen dem Anwalt des Kunden und der Rechtsabteilung der Bank.

Kündigung durch den Kreditnehmer

Neben dem Kündigungsrecht der Bank sehen die Banken-AGB die Kündigung „aus wichtigem Grund“ auch durch den Kunden als Kreditnehmer vor. Im Gegensatz zur bankseitigen Kündigung finden sich hierzu



Aktive Kontaktpflege mit dem gelegentlichen persönlichen Aufsuchen sind wichtig für das Vertrauensverhältnis zur kreditgewährenden Bank.

in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen jedoch keine exemplarischen Gründe. Je nach Bedeutung einer solchen Kündigung ist es daher sinnvoll, zunächst den Rat eines sachkundigen Anwalts einzuholen. Ein sprichwörtlicher „Schnellschuss“ kann für

den Kreditnehmer dagegen vor allem dann zu Nachteilen führen, wenn eine erforderliche Kreditablösung noch nicht endgültig gesichert ist.

*Michael Vetter
vetter-finanz@t-online.de*

Finanzmanagement

Bewertung von Kreditsicherheiten

Die Bewertung von Kreditsicherheiten hat während der vergangenen Jahre neben der Beurteilung der Kreditwürdigkeit oder Bonität des jeweiligen Betriebes an Bedeutung zugenommen. Diese Orientierung der Kreditvergabepolitik sowohl an der Bonität des Kunden als auch an der Qualität seiner Sicherheiten verdeutlicht, wie wichtig es für Unternehmer und Betriebsinhaber heutzutage ist, sich bei den Details zu diesem komplexen Thema auszukennen.

Unternehmer, die mit Hilfe der Bankinstitute ihre Verhandlungsspielräume bei der Bewertung von Kreditsicherheiten kennen, verfügen über Möglichkeiten, bei bevorstehenden Finanzierungen oder Umschuldungen nicht nur ihre zukünftige Kreditversorgung zu sichern, sondern darüber hinaus bei erstklassigen Sicherheiten Kreditzinsen gegebenenfalls zu verringern oder frei gewordene Sicherheiten für Neukredite zu verwenden. Banken wiederum profitieren ihrerseits von möglicherweise erstklassigen Sicherheiten, die nur einen geringen Verwaltungsaufwand erfordern und darüber hinaus die Kunde-Bank-Beziehung insgesamt stabilisieren können.

Bei den bankinternen Bewertungen der unterschiedlichen Kreditsicherheiten (siehe nebenstehende Tabelle) muss zwischen dem „**Beleihungswert**“, der sich am jeweils vorsichtig ermittelten Verkehrs- oder Verkaufswert der Kreditsicherheiten orientiert und der regelmäßig darunter liegenden „**Beleihungsgrenze**“ unterschieden werden. Diese Beleihungsgrenze berücksichtigt von den Bankinstituten vorgesehene Sicherheitsabschläge, sodass sich die maximale Kredithöhe grundsätzlich an der Höhe der jeweiligen Beleihungsgrenze orientiert.

Bei Kreditverhandlungen sollte das jeweilige Bankinstitut um Offenlegung seiner diesbezüglichen Bewertungsrichtlinien gebeten werden.

Die Zusammenstellung, die von Annäherungswerten ausgeht, soll dem Unternehmer Entscheidungshilfen zur professionellen Vorbereitung seiner Kreditgespräche geben.

Michael Vetter
Wirtschaftsjournalist
vetter-finanz@t-online.de

Sicherungsgegenstand	Beleihungsgrenze vom Beleihungswert
Wohnimmobilien (Eigentumswohnungen, Ein- und Mehrfamilienhäuser)	bis zu 80 %
Gewerbeimmobilien	bis zu 60 %
Grundstücke für Wohn- und Gewerbeimmobilien	bis zu 80 %
Anlageformen der Banken (zum Beispiel Sparguthaben, Sparbriefe und Termineinlagen)	bis zu 100 %
Festverzinsliche Wertpapiere öffentlicher Schuldner und Schuldner mit vergleichbarer Qualität in Euro (zum Beispiel Bundesschatzbriefe, Bundesanleihen, Pfandbriefe, Schuldverschreibungen oder Anleihen diverser Euro-Länder)	bis zu 90 %
Festverzinsliche Wertpapiere anderer Schuldner mit guter Kreditwürdigkeit (zum Beispiel Anleihen diverser Bankinstitute)	bis zu 80 %
Festverzinsliche Wertpapiere ausländischer Schuldner mit guter Kreditwürdigkeit in Fremdwährung (zum Beispiel in US-Dollar)	bis zu 60 %
Aktien bekannter in- und ausländischer Unternehmen	bis zu 50 %
Aktien sonstiger in- und ausländischer Unternehmen	bis zu 30 %
Investmentfonds (Aktien- und gemischte Aktien- und Rentenfonds)	bis zu 50 %
Investmentfonds (Geldmarkt- und Rentenfonds)	bis zu 70 %
Offene Immobilienfonds	bis zu 70 %
Sonstige liquide Werte (zum Beispiel Rückkaufwerte von Lebensversicherungen und Bausparguthaben)	bis zu 100 %
Bürgschaften von Personen und Institutionen mit guter Kreditwürdigkeit	bis zu 100 %
Abtretungen (etwa von Kundenforderungen des Kreditnehmers)	bis zu 50 %
Sicherungsübereignungen (zum Beispiel von Betriebsausstattung)	bis zu 50 %
Sonstige Kreditsicherheiten (zum Beispiel Edelmetalle)	bis zu 50 %

Offene Immobilienfonds

Die Spreu trennt sich vom Weizen

Vorbei sind die Zeiten, in denen Anteile an Offenen Immobilienfonds wie selbstverständlich zur Absicherung eines Depots dienten. Inzwischen gelten manche sogar als Risikopapiere, andere wiederum bringen nach wie vor eine sichere Rendite. Es ist Zeit für eine Bestandsaufnahme.



fen können, um den Fonds wieder zu öffnen. Bis zum 31. März 2012 werden jetzt die noch vorhandenen Immobilien verkauft und die Anteilseigner ausgezahlt. Noch in diesem Jahr will KanAm an sie 250 Millionen Dollar überweisen, die aus dem Verkauf von zehn Immobilien stammen. Das Restportfolio besteht aus sechs Gebäuden, die langfristig vermietet sind und auf denen keine

Rund 100 000 Anleger des Morgan Stanley P2 Value-Fonds erfuhren am 26. Oktober von der Schließung ihres Fonds. Dieser hatte bis zuletzt die Hoffnung auf eine Wiedereröffnung geschürt. Die im Fonds verbliebenen 34 Immobilien sollen bis September 2013 verkauft werden. Die Erlöse sollen ebenfalls halbjährlich an die Anleger ausgeschüttet werden. Seit der Schließung vor zwei Jahren hat der Fonds rund die Hälfte seines Werts verloren.

Der Hauptgrund für die Abwicklung bei den drei Fonds und die Schließung von weiteren acht Fonds liegt in der mangelnden Liquidität, die nötig wäre, um die Rücknahme der Anteile zu bewerkstelligen. In der Finanzkrise haben viele institutionelle und semi-institutionelle Anleger Anteile verkauft, weil sie flüssiges Geld benötigten, um die Verluste aus Aktien- und anderen Wertpapiergeschäften auszugleichen.

Doch damit waren und sind viele Fonds überfordert, aus der Not heraus verweigern sie die Rücknahme der Anteilsscheine. Laut Gesetz dürfen sie dies maximal zwei Jahre tun. Insgesamt liegen derzeit rund 25 Milliarden Euro hinter verschlossenen Riegeln. Während der vergangenen Monate erlitten die Fonds-Objekte zum Teil einen regelrechten Absturz bei den Bewertungen durch die Gutachter. Neben den alljährlichen Überprüfungen müssen sie vor allem die zum Verkauf stehenden Gebäude neu begutachten. Etliche Verkäufe konnten deshalb nur mit Verlusten realisiert werden.

Fotos: MEV / Bildmaschine/Bilderbox

Wer in Offene Immobilienfonds investierte, fühlte sich in der zweiten Jahreshälfte von seiner Bank mitunter schlecht beraten.

Kredite lasten. Den auf die USA spezialisierten Fonds hat die amerikanische Immobilienkrise voll getroffen. Dazu gesellte sich noch das Währungsrisiko.

Mangelnde Liquidität

Als nächster gab der Degi Europa am 22. Oktober zu, dass es nicht möglich sei, den Fonds wieder zu öffnen. In Abstimmung mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht BaFin wird sich die Abwicklung über drei Jahre hinziehen. In dieser Zeit werden die noch vorhandenen 14 Immobilien verkauft und die Erlöse halbjährlich an die rund 90 000 betroffenen Anleger ausgezahlt werden.

Hausinterne Schwierigkeiten

Neben den Auswirkungen der weltweiten Finanzkrise haben hausgemachte Probleme zu den derzeitigen Schwierigkeiten geführt. Sonja Knorr, Experte für offene Immobilien-

Der Herbst 2010 wird in die Geschichte der Investmentfonds eingehen. Zum ersten Mal überhaupt musste in Deutschland ein Offener Immobilienfonds seine Abwicklung bekannt geben. Und diese Nachricht erteilte die Anleger gleich dreimal. Als erster kündigte der KanAm US-Grundinvest Fonds am 30. September 2010 an, dass er nach einer Abstimmung unter seinen Anteilseignern, den Fonds auflösen wird. Die Manager rechnen also nicht mehr damit, dass sie die notwendige Liquidität beschaf-

Fonds-Auswahl

Die Auswahl des Fonds sollte im Wesentlichen nach drei Kriterien geschehen:

■ Fondsvolumen

Je größer das Fondsvolumen ist, desto geringer sind die Risiken. Damit ist normalerweise gewährleistet, dass der Fonds bei seinen Anlagen eine große Diversifikation aufweist. Von Vorteil ist es auch, wenn er weltweit anlegt.

■ Kosten

Neben dem Ausgabeaufschlag, der bereits beim Kauf anfällt und bei Offenen Immobilienfonds in der Regel 5,25 Prozent beträgt, fallen zudem jährliche Gebühren für die Fondsverwaltung an. Sie beeinträchtigen die Rendite nachhaltig. Laut Niels Nauhauser (Verbraucherzentrale Baden-Württemberg) sollten sie weit unter einem Prozent liegen.

■ Diversifikation

Anleger sollten in jedem Fall ihr Kapital immer auf mehrere Fonds verteilen, um so die Risiken zu minimieren.

fonds bei der Ratingagentur Scope erklärt: „Der Degi Europa hat ein großes Vertriebsproblem.“ Der Fonds gehört inzwischen zum britischen Finanzdienstleister Aberdeen. Die Fondsgesellschaft kommt aus dem institutionellen Bereich und hat die Degi Fonds gekauft, um ihren Vertrieb zu verbessern. Das ist nach Knorrs Meinung nicht gelungen. Der Stanley Morgan P2 Value erfreute sich besonders bei den Vermögensverwaltern großer Beliebtheit, weil er schnell hohe Renditen produzierte. „Seine Manager verfolgten eine aggressive Ankaufspolitik“, kritisiert Knorr, „das rächt sich jetzt. Er hat bei den Anlegern einen großen Vertrauensverlust erlitten.“ Dieser Fonds hat ein deutlich höheres Risikoprofil als klassische Offene Immobilienfonds.

Die Schotten dicht gemacht hat auch der Dachfonds PMIA von Allianz Global. Die Gründe dafür liegen in der Übernahme der Dresdner Bank durch die Commerzbank und der gleichzeitigen Auslagerung der alten Fondssparte Cominvest zur Allianz. Die Commerzbanker stuften in der Folge die Investition in den Dachfonds als unattraktiv ein, so dass viele Kundengelder abgezogen und in den eigenen Hausinvest Fonds umgeleitet wurden.

Auch der Gesetzgeber beschäftigt sich mit Fonds

Neben den besprochenen Fonds bleiben acht andere Offene Immobilienfonds bis auf weiteres geschlossen, darunter Dickschiffe wie der SEB Immoinvest und der CS Euroreal. Sonja Knorr glaubt, dass einige abwarten wollen, welche Lösung letztendlich der Gesetzgeber finden wird.

Dafür interessieren sich auch schätzungsweise drei Millionen deutsche Anleger, die derzeit insgesamt noch knapp 88 Milliarden Euro in Offene Immobilienfonds investiert haben. Nach dem Entwurf von Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble dürfen sie während der ersten zwei Jahre nach dem Kauf keine Anteile zurückgeben. Anlegern, die nach Ende der Haltefrist verkaufen wollen, zieht die Fondsgesellschaft zehn Prozent vom Rücknahmekurs ab und schreibt sie dem Fonds gut. Verkaufen sie im vierten Jahr, werden fünf Prozent abgezogen. Allerdings verfügt jeder Anleger über einen Freibetrag von monatlich 5 000 Euro. Das macht in vier Jahren 240 000 Euro. Um in Zukunft Abwertungsschocks zu vermeiden, sollen die in den Fonds enthaltenen Immobilien in Zukunft monatlich geschätzt werden. Experten halten diesen Vorschlag für unrealistisch. Sie plädieren für eine Überprüfung einmal im Quartal. Außerdem würden sich die so entstehenden Mehrkosten mit Sicherheit in den Gebühren wiederfinden.

Gutachter in der Kritik

Die Gilde der Gutachter wehrt sich derzeit gegen die Vorwürfe, sie hätten die Immobilien in der Vergangenheit zu hoch und ganz im Sinne ihrer Auftraggeber, den Fondsgesellschaften, bewertet. Dr. Gernot Archer, Geschäftsführer des Bundesverbands der Immobilien-Investment-Sachverständigen, hält im Gespräch mit dem Fondsspezialisten Björn Drescher, dagegen: „Im Gegensatz zu allen anderen Beteiligten haften die Gutachter auch gegenüber den Fondsanlegern persönlich und unbeschränkt mit ihrem gesamten Vermögen. Das ist ein sehr scharfes Schwert.“ So sieht er zum Beispiel die Gründe für den Absturz des P2 Value darin, dass

der Fonds „zirka 90 Prozent seines Portfolios auf oder nahe am Höhepunkt schwankender Auslandsmärkte gekauft hat. Die Anschaffungskosten kamen noch obendrauf.“

Ausnahmen mit relativ stabilen Renditen

Sonja Knorr hat noch einen anderen Grund für die Unruhe bei den Immobilienfonds ausgemacht: „Das Anlegerverhalten hat sich verändert. Grund dafür sind die neuen Medien. Immer mehr Anleger kontrollieren selbstständig die Entwicklung ihrer Investitionen. Auch die Berater agieren heutzutage aggressiver. Darüber hinaus sind sie dazu verpflichtet, ihre Kunden auf Veränderungen hinzuweisen.“ Die Kunden reagieren, indem sie kaufen oder verkaufen. So wurde ein Produkt, das eigentlich nur für die langfristige Anlage geeignet ist, zur Alternative zum Tagesgeld mit verheerenden Folgen für einige Fonds.

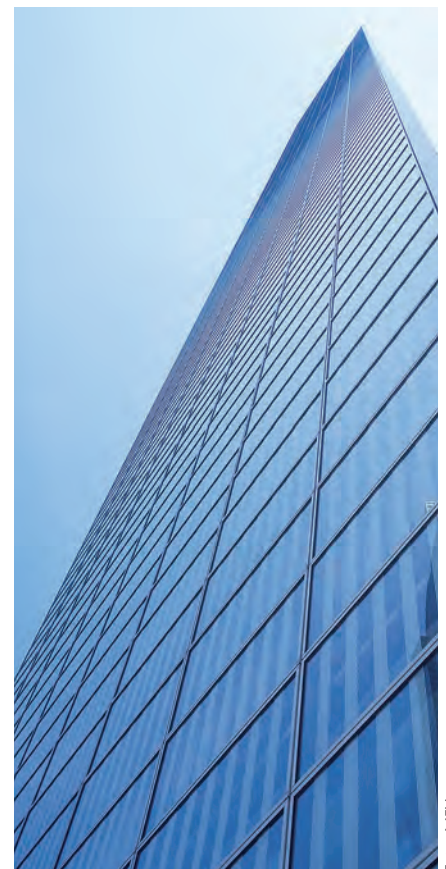


Foto: MEV

Kritiker bemängeln, dass den Fonds bisweilen die nötige Transparenz fehlt.

Dabei übersehen viele Kritiker, dass einige Immobilienfonds trotz der massiven Probleme immer noch relativ stabile Renditen erwirtschaften. Ein Grund für die Beständigkeit ist der sehr gut organisierte Vertrieb am Bankschalter. Zu ihnen gehören der Grundbesitz Europa und der Grundbesitz Global der Deutschen Bank, der Deka Immobilien Global sowie der Deka Immobilien Europa der Sparkassen, der Hausinvest Europa der Commerzbank und Uni Immo Global sowie der Uni Immo Deutschland der Volksbanken. Sie alle sind geöffnet und haben im vergangenen Jahr Renditen zwischen 1,84 (Uni Immo Global) und 3,23 Prozent (Hausinvest Europa) erwirtschaftet. Insgesamt lag die Jahresrendite zum 30. September 2010 laut Berechnungen von Scope bei minus 0,8 Prozent. Dafür sorgten der P2 Value mit einem Minus von 37 Prozent, der Degi Global mit minus 24 Prozent und der ACI III mit minus 13 Prozent. Ohne diese Ausreißer ergab sich eine durchschnittliche Rendite von 2,5 bis 3 Prozent. Neben den Abwertungen sorgen allerdings auch die niedrigen Zinsen, die es derzeit für die liquiden Anlagen der Fonds gibt, für magere Renditen. Im Zehnjahres-Vergleich erzielten die Offenen Immobilienfonds immerhin im Schnitt ein Plus von 3,8 Prozent.

Eine solche Langzeitbetrachtung empfiehlt auch der auf Geldanlagen spezialisierte Verbraucherschützer Niels Nauhauser von der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg in Stuttgart. Trotz der Einbrüche bei diesem Produkt rät er: „Wir empfehlen Offene Immobilienfonds für eine Geldanlage von fünf Jahren an aufwärts.“ Er hält die derzeitige Krise für vorübergehend.

Anlagemodell behält Basischarakter

Das bestätigt auch die Ratingagentur Scope: „Auf einer verkleinerten, aber robusteren Produktbasis wird der Offene Immobilienfonds gegenüber den Privatanlegern seinen Charakter als gute Basisinstrument wieder erheblich besser herausstellen können.“ Die Experten rechnen damit, dass die Konzentration auf große, vertriebsstarke Anbieter weiter zunehmen wird: „Nutz-

nießer der Situation werden die Fonds von Deka Immobilien, Union Investment Real Estate, RREEF (Deutsche Bank) und Commerz Real Investment sein.“

Für Anleger, die aufs falsche Pferd gesetzt haben, allerdings nur ein schwacher Trost. Wollen sie sich von ihren eigentlich nicht verkaufbaren Anteilen trennen, bleibt ihnen der Gang zur Börse. Allerdings müssen sie mit einem Abschlag rechnen. Optimisten hoffen auf eine tatsächliche Wiedereröffnung und halten durch. Nauhauser sieht

aber noch einen dritten Weg, sich sein Geld zurückzuholen: „Der Anleger muss prüfen, ob er richtig beraten worden ist. Eventuell kann er den Berater in Regress nehmen.“ Eine erste außergerichtliche Einigung zwischen einer Anlegerin und der Commerzbank in Sachen P2 Value hat es bereits gegeben. Nicht auszuschließen, dass weitere Verfahren folgen.

Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de

zm-Info

Juristische Möglichkeiten für Anleger

Bei der Geltendmachung von Schadensersatz in Zusammenhang mit dem Erwerb von Anteilen an einem offenen Immobilienfonds ist zunächst die Verjährung zu prüfen. Bei fahrlässiger Falschberatung durch ein Wertpapierdienstleistungsunternehmen tritt sie gemäß § 37 a Wertpapierhandelsgesetz drei Jahre nach Erwerb der Fondsanteile ein. Für Anleger offener Immobilienfonds bestehen aus rechtlicher Sicht gute Erfolgsaussichten für die Inanspruchnahme der anlageberatenden Bank bei Falschberatung aus dem Anlageberatungsvertrag. Daneben kommen grundsätzlich auch Ansprüche gegen die Kapitalanlagegesellschaft wegen unrichtiger Prospektangaben nach § 127 Absatz 5 Investmentgesetz in Betracht. Die anlageberatende Bank schuldet ihrem Kunden eine anleger- und objektgerechte Beratung. Wenn ein Anleger sein Geld für ein bis zwei Jahre in einer sicheren Anlage nur parken wollte, war die Empfehlung der Bank, Anteile zum Beispiel an einem Fonds wie „P2 Value“ von Morgan Stanley zu erwerben, nicht anlegergerecht. Nicht objektgerecht ist eine Beratung, wenn dem Kunden vor Erwerb von Fondsanteilen kein Verkaufsprospekt angeboten wurde und der Inhalt – insbesondere die Risiken – mündlich nicht erläutert wurden. Die Bank ist weiterhin zu einer Plausibilitätsprüfung des Fondskonzepts mit banküblichem Sachverstand verpflichtet. Sie hat den Anleger auf negative Berichte aus der Wirtschaftspresse über die angebotene Anlage hinzuweisen und sie muss schließlich auf Rückvergütungen hinweisen, die sie für die erfolgreiche Vermittlung

erhält. Weil hier beim Verschweigen von Rückvergütungen in der Regel Vorsatz anzunehmen ist, dürften diese Ansprüche meist noch nicht verjährt sein.

Da es sich juristisch um Neuland handelt und bisher keine gerichtlichen Verfahren anhängig sind, sollte ein geschädigter Anleger bei Geltendmachung von Prospekthaftungsansprüchen gegen die Kapitalanlagegesellschaft wegen der Kostenrisiken über eine eintrittspflichtige Rechtsschutzversicherung verfügen. Was kostet die Beauftragung eines Rechtsanwalts und lohnt sich eine solche Mandatierung überhaupt? Das hängt vom Einzelfall ab: Je geringer die Forderung ist, desto weniger rechnet es sich. Bei sehr geringen Schadensersatzforderungen ist meist ein vorzeitiger Verkauf über den Zweitmarkt sinnvoll, es sei denn, es besteht eine eintrittspflichtige Rechtsschutzversicherung. Eine Erstberatung und schriftliche Erstbewertung ist schon für 250 Euro zu bekommen. Die außergerichtliche Vertretung ohne Abschluss eines Vergleiches bei einem Streitwert zwischen 25 000 Euro und 500 000 Euro kostet zwischen 6,6 respektive 2,5 Prozent der Schadensersatzforderung: Denn je höher die Forderung, desto geringer sind prozentual – bezogen auf den Streitwert – die Anwaltsgebühren. Eine außergerichtliche Vertretung mit Abschluss eines Vergleiches kostet zwischen 11 Prozent und 2,5 Prozent der Forderung.

Peter Hahn
Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht
Am Kaiserkei 10, 20457 Hamburg

Work-Life-Balance

Misserfolge nutzbar machen

Erfolg duldet keine Rückschläge. Überflieger kennen keine Fehler. So in etwa wird das kolportiert – von denen, die ihre Misserfolge nicht gern zugeben. Dass Erfolg meist auf zahlreichen Misserfolgen aufbaut, ist dann allenfalls eine Fußnote wert.

Wer bei Misserfolgen deren Lernpotenzial erkennt, kann gelassener mit ihnen umgehen.



Foto: Meddy Popcorn - Fotolia

Funktionieren wie ein Uhrwerk? Hinter dieser Sichtweise steckt der Perfektionismus des deutschen Maschinenbaus. Ein Rad greift in das andere und die Sache läuft rund. Dabei wird vergessen, dass Menschen keine Maschinen sind und Teams keine Fertigungskette. Maschinen funktionieren vergleichsweise trivial und vorhersagbar. Aber Teams und andere menschliche Gemeinschaften lassen sich nicht wie die Flugbahn einer Rakete berechnen. Und ebenso wenig werden mit einer einzigen Spielweise alle Konkurrenten aus dem Weg geräumt. Weder beim Fußball noch im Beruf. Komplexe Systeme funktionieren anders.

Doch es fällt uns schwer, das zu akzeptieren. Alles muss gelingen. Immer. Dabei liegen stets auch Misserfolge auf dem Weg der

Erfolgreichen, auch wenn die nicht gern darüber reden. Ein berühmtes Beispiel ist Abraham Lincoln. Der fiel zweimal geschäftlich auf die Nase, erlitt einen Nervenzusammenbruch, verlor insgesamt sieben Mal bei Wahlen zum Senat, zum Repräsentantenhaus und zum Vizepräsidenten, bevor er zum Präsidenten der USA gewählt wurde.

Es kommt letztlich nicht darauf an, ob Menschen scheitern oder nicht, sondern darauf, wie sie mit Misserfolgen umgehen. Wenn Misserfolge die Selbstzweifel nähren, dann stehen sie in der Tat dem Erfolg im Weg. Wenn wir Scheitern aber als wertvolle Erfahrung verbuchen können, wenn wir das Lernpotenzial dahinter erfassen, dann kann es uns sogar den Weg zum Erfolg ebnen. Dieses Paradoxon beschreibt der amerikanische Coach Anthony Robbins so: „Erfolg

ist das Ergebnis von guter Einschätzung. Gute Einschätzung ist das Ergebnis von Erfahrung, und Erfahrung ist oft das Ergebnis von schlechter Einschätzung.“

Über uns selbst hinauswachsen können wir nur, wenn wir auch Grenzbereiche austesten, in denen scheitern eine Möglichkeit ist. Wer nichts riskiert, wird auch nichts gewinnen.

Die Logik des Misslingens

Fehler sind aber nicht nur menschlich, sondern unvermeidlich. Gerade in einer immer komplexer werdenden Welt wäre es eine Illusion zu glauben, immer treffsicher agieren zu können. Komplexe Systeme sind schwer berechenbar. Es gibt immer mehrere mögliche Auswirkungen unserer Handlungen. Wir sind es aber gewohnt, mechanistisch zu denken. Auf eine Handlung folgt eine bestimmte Wirkung. Und wir denken meist in linearen Dimensionen: Verdoppeln wir den Input, verdoppelt sich die Wirkung.

zm-Info

Misserfolge managen – fünf Tipps

- Sehen Sie dem Feind ins Auge: Reden Sie Misserfolge nicht klein, sondern stellen Sie sich ihnen selbstkritisch.
- Oft ist die Sicht des Problems schon das Problem: Verschenden Sie nicht zu viel Zeit damit, sondern suchen Sie nach Lösungen.
- Schütten Sie nicht das Kind mit dem Bade aus: Zweifelnd Sie nicht an Ihren Zielen, sondern suchen Sie nach besseren Wegen, diese zu erreichen.
- Steter Tropfen höhlt den Stein: Bleiben Sie hartnäckig. Ohne freundliche Penetranz bleiben Sie auf halbem Weg stecken.
- „If you loose, don't miss the lecture.“ Erkennen Sie das Lernpotenzial in Misserfolgen. Sonst wären sie wirklich nutzlos.

Wenn es so einfach wäre. Für exponentielle Entwicklungen haben die meisten Menschen genau so wenig ein Gefühl wie für die Tatsache, dass komplexe Systeme oft träge reagieren. Wenn eine Fortbildungsmaßnahme nicht kurzfristig zu dem gewünschten Erfolg führt, dann muss das noch lange nicht heißen, dass die Maßnahme fruchtlos war. Auch fällt es uns schwer zu verstehen, wie Feedback funktioniert. In Konflikten sehen sich oft beide Seiten als Opfer, nicht bedenkend, dass sie selbst durch ihr Verhalten auch das Verhalten der anderen Seite beeinflussen. Dies sind nur einige Beispiele, in denen Menschen versagen, weil sie wenig systemisch denken. Allzu menschlich.

Leben ist immer lebensgefährlich

Die Tatsache, dass sie scheitern können, verleitet viele Menschen dazu, möglichst wenig zu entscheiden. Damit erweisen sie sich und anderen einen Bärendienst. Zum einen besteht Management nämlich aus Entscheidungen. Entscheidungen sind verbindliche Kommunikation, wie der Soziologe Niklas Luhmann sagte. Zum anderen: Wer nicht

entscheidet, zieht den sicheren Stillstand der unsicheren Veränderung vor. Und wird dann zwangsläufig von der Entwicklung früher oder später überrollt. Denn komplexe Systeme sind immer in Veränderung begriffen.

Es muss uns klar sein: Wir können nur Dinge wirklich entscheiden, die wir eigentlich nicht entscheiden können. Entscheidungen unter Sicherheit und ohne Risiken sind keine echten Entscheidungen. Wir wüssten dann ja, was uns erwartet, und da gäbe es nichts mehr zu entscheiden.

Sicherheit ist also eine Illusion. Wir können zwar versuchen, Risiken zu minimieren, aber wir können sie nicht beseitigen. Wer vollständige Sicherheit anstrebt, wird Entwicklung unmöglich machen.

Hier hilft uns nur die eigene menschliche Erfahrung weiter. Und die vermehrt sich auch durch Misserfolge. Wer denen immer aus dem Weg geht und nicht das Lernpotential dahinter wittert, vergibt die Chance perfekter zu werden. Das heißt nicht, dass man über jeden Stein stolpern sollte, der auf dem Weg liegt. Man sollte aber dann, wenn man stolpert, die Lektion nicht verpassen.

*Dr. Constantin Sander
Business Coach
Felix-Wankel-Straße 5, 69126 Heidelberg*

zm-Info

Umkehr der Betrachtungsweise

■ Abschied vom kausalistischem Denken. Stattdessen: Lernen, zirkulär zu denken. Scheinbare Ursachen ebenso als Wirkungen sehen und umgekehrt.

■ Weniger mit Zuständen, sondern mehr mit Prozessen beschäftigen. Es interessiert wenig was ist, sondern mehr, in welche Richtung es sich entwickelt.

■ Stetiges Wachstum gibt es in komplexen Systemen nicht. Hypes sind immer von kurzer Dauer. What goes up, must come down. Je steiler das Wachstum, umso heftiger der Absturz. In vernetzten Systemen wird Wachstum immer wieder von Krisen unterbrochen.

■ Segeln statt rudern. Systeme sind träge. Das macht die Steuerung so schwierig. Da gilt es,

die Nerven zu behalten und die Winde kreativ zu nutzen, anstatt sich abzu trampeln.

■ Das Ganze im Blick behalten. Wer zu sehr auf Details fokussiert, sieht oft den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr. Das heißt aber auch: Im Management muss die Richtung stimmen, nicht das i-Tüpfelchen.

■ Planen, aber mit dem Unmöglichen rechnen. Veränderungsprozesse just-in-time gibt es nicht. Prozesse machen Dreck, Lärm und Unordnung – und sind gut für Überraschungen. Die Notwendigkeit der Nachregulation ist also unvermeidlich. Wer hingegen darin grundsätzlich ein Scheitern sieht oder stur auf der Umsetzung der Planung beharrt, hat nicht verstanden, wie Systeme funktionieren.

Ärztegenossenschaften**Vom Arzt zum Unternehmer**

Immer mehr niedergelassene Ärzte schließen sich zu genossenschaftlich organisierten Netzwerken zusammen, garantieren die Versorgung ihrer Patienten auch in ländlichen Räumen und werden künftig von Krankenkassen als professionelle Partner für Selektivverträge akzeptiert. Das wurde bei der 1. Fachtagung des Rheinisch-Westfälischen Genossenschaftsverbandes (RWGV) in Münster zum Thema „Den Wandel im Gesundheitswesen nutzen – das Potenzial von Ärztegenossenschaften“ in den Räumen der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) in Düsseldorf deutlich.

Hintergrund der Zusammenkunft: Der Druck, der auf den Medizinern lastet. Sie müssen sich zwischen Staat und Markt zurechtfinden und gleichzeitig damit leben, dass sich die Zahl der Krankenkassen in Zukunft deutlich reduzieren wird, heißt es in einer Pressemeldung. Der Genossenschaftsverband lud zu der Fachtagung aus gutem Grund ein: Noch nie haben sich in Rheinland und Westfalen so viele Ärzte zu Genossenschaften zusammengeschlossen. Allein in den Jahren 2008 und 2009 waren es 18 Neugründungen, die der Verband begleitete. Bundesweit gibt es derzeit bereits

400 Arztnetze, allein in NRW mehr als 150. sg/pm

Alle Vorträge stehen zum Download bereit auf:

RWGV.de und apobank.de

Gekündigte Lebensversicherung**Vor Silvester dem Versicherer schreiben**

Verbraucher, die ihre Lebens- oder Rentenversicherung in den Jahren 2005, 2006 oder 2007 gekündigt haben, können möglicherweise bei ihrem früheren Versicherer noch einmal die Hand aufhalten. Darauf verweist der Bund der Versicherten (BdV). „Wer den Mindestrückkaufwert nach der Kündigung nicht

herausbekommen hat“, erläutert Lilo Blunck, Vorstandsvorsitzende des BdV, „kann den noch bis Jahresende beanspruchen.“

Der Mindestrückkaufwert liegt knapp bei der Hälfte der eingezahlten Beiträge. Ansprüche aus den Verträgen der genannten Kündigungsjahrgänge können nur noch bis Ende

2010 gestellt werden, sonst verfallen sie. sg/pm

Im Internet ist ein Musterbrief abrufbar:

www.bunddersicherten.de



Foto: BdV-Dreyling

cherweise bei ihrem früheren Versicherer noch einmal die Hand aufhalten. Darauf verweist der Bund der Versicherten (BdV). „Wer den Mindestrückkaufwert nach der Kündigung nicht

Qualitätsmanagement**EU-Fördermittel für QM-System**

Führt eine Praxis ein Qualitätsmanagement-System (QM-System) bei sich ein, können beim Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle bis Ende 2011 EU-Fördermittel beantragt werden. Voraussetzung hierbei ist, dass im Rahmen der QM-System-Einführung ein externer Berater in der Praxis eine Analyse vornimmt und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigt. Darauf verweist das Göttinger AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

Nach erfolgreicher Einführung des QM-Systems kann sich eine Praxis ein für Patienten sichtbares Qualitätszertifikat ausstellen lassen, das in der Regel auf drei Jahre befristet ist. Um das Zertifikat erneut zu bekommen, muss das QM-System noch einmal durchlaufen werden. Hierfür können ebenfalls EU-Fördermittel beantragt werden. sg/pm

Weitere Informationen im Internet:

www.europaeches-praxisassessment.de; www.aqua-institut.de

GKV**Beiträge lassen Renten schmelzen**

GKV-versicherte Rentner müssen nicht nur auf ihre staatlichen Bezüge Beiträge zahlen, und zwar bis zu einer Grenze von 3750 Euro monatlich, sondern auch auf sämtliche Zusatzeinnahmen, die einen beruflichen Impetus haben. Das sind laut „Finanztest“ Betriebsrenten, Direktversicherungen, die Riester-Rente, Geld aus Pensionskassen oder -fonds, Lebensversicherungen als Direktzusage – sobald diese zusammen über der aktuellen Bagatellgrenze von 127,75 Euro liegen.

Auf ihre staatliche Bruttorente müssen Rentner den allgemeinen Beitragssatz der Kassen von 14,9 Prozent bezahlen – davon zahlen sie 7,9 Prozent, die Rentenversicherung die restlichen sieben Prozent. Bei größeren Zweitrenten und Extra-Einnahmen müssen sie dagegen die vollen 14,9 Prozent bezahlen. Noch teurer kommt

die Krankenversicherung für alle freiwillig versicherten Rentner. Bei ihnen zieht die Kasse zusätzlich zu Erst- und Zweitrenten nämlich noch alle privaten Einkünfte heran – auch Zinsen, Dividenden, Mieteinnahmen, private Lebens- und Rentenversicherungen. Auf ihre gesetzliche Rente und Zweitrenten müssen freiwillig Versicherte 14,9 Prozent Beitrag zahlen, wie Pflichtversicherte auch. Zuschüsse gibt es nicht. ck



Foto: CC

Medienfonds und Schadensersatz

Ansprüche schnell geltend machen

Ehemals als Steuersparmodell angepriesen, erweisen sich viele Medienfonds jetzt als Bumerang. Denn zahlreiche Anleger sehen sich mit Steuernachzahlungsforderungen konfrontiert. Wer deswegen Schadensersatzansprüche geltend machen will, muss sich beeilen, darauf verweisen

So verdeutlicht etwa die Kapitalmarkt-Fachanwältin Nicole Mutschke aus Düsseldorf: „Anleger, die sich an Medienfonds beteiligt haben, sollten schnell ihre Ansprüche prüfen lassen. Da die Prospektangaben zu den Steuervorteilen häufig falsch waren, bestehen gute Chancen,



Foto: MEV

Anwälte. Denn die Verjährungsfrist endet zum Teil bereits mit dem 31. Dezember 2010.

Von den Steuernachzahlungen betroffen sind Anleger, die in Filmfonds mit Schuldübernahme- beziehungsweise Defeasance-Strukturen investiert haben.

Bereits im Jahr 2007 hatten die Einkommensteuerreferenten der Länder und des Bundes beschlossen, dass bei diesen leasingähnlichen Fondskonstruktionen Abschlusszahlungen steuerlich gesehen nicht erst am Ende der Laufzeit anfallen, sondern über die gesamte Laufzeit zu verteilen sind. Zahlreiche Anleger erhielten daraufhin vom Finanzamt die Aufforderung, für die zurückliegenden Jahre Steuern nachzahlen, und zwar zuzüglich der Zinsen.

das angelegte Geld zurückzubekommen. Über die steuerliche Behandlung dieser Fonds wurden nie schriftliche Zusicherungen der Finanzbehörden eingeholt. Hierauf hätte im Fondsprospekt hingewiesen werden müssen“, so Mutschke.

Ein weiterer Grund für eine Schadensersatzforderung könne darin bestehen, dass der Anleger von seiner Bank oder einem Vermittler falsch oder unvollständig beraten worden sei.

sg/pm

**Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:**

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

Einstellungsgespräche

Vor Diskriminierung hüten

Die richtigen neuen Mitarbeiter zu finden ist nicht immer leicht. Dies gilt umso mehr, nachdem durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) die Rahmenbedingungen, speziell beim Fragerecht, für Praxisinhaber enger gesteckt worden sind. Welche Fragen Arbeitgeber aber immer noch stellen dürfen und wo man in Zukunft schweigen sollten, zeigt die folgende Übersicht:

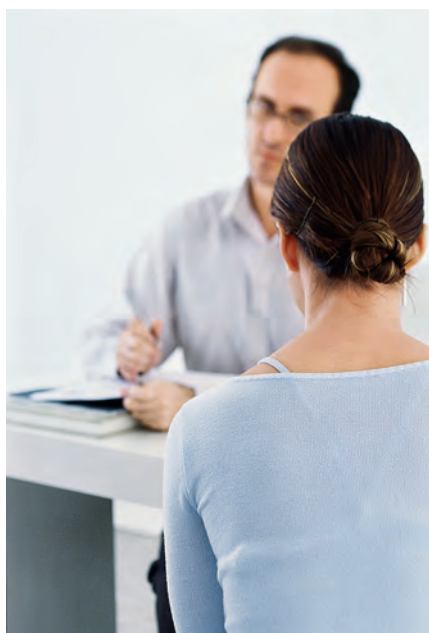


Foto: PhotoAlto/FT online

Falsche Fragestellungen im Bewerbungsgespräch können für den Arbeitgeber auch ein juristisches Nachspiel haben.

Aids

Arbeitgeber müssen unterscheiden zwischen einer HIV-Infizierung und einer Aids-Erkrankung, denn die Frage im Einstellungsgespräch nach einer Aids-Erkrankung ist grundsätzlich als zulässig anzusehen und muss deshalb auch wahrheitsgemäß beantwortet werden. Das folgt aus der Schwere der Krankheit und den voraussehbaren Arbeitsausfällen bis zum völligen Ausschluss der Arbeitsfähigkeit.

Nach einer HIV-Infizierung dürfen Arbeitgeber allerdings nur dann fragen, wenn der Bewerber hierdurch die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit verliert. Eine solche Auswirkung auf eine vorgesehene Tätigkeit wird unterstellt

- in den Heilberufen,

- beim Umgang mit Lebensmitteln,
- im Friseurberuf,
- bei Floristen oder beispielsweise
- bei Optikern bei der Anpassung von Kontaktlinsen.

Das bedeutet, dass Arbeitgeber bei „normalem“ Tätigkeitseinsatz nach einer HIV-Infektion grundsätzlich nicht fragen dürfen.

Alter

Bisher war diese Frage zulässig. Jetzt aber ist sie nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz ein Indiz für eine Diskriminierung. Konsequenz: Nicht fragen.

Behinderung

Die Frage nach einer Behinderung ist grundsätzlich unzulässig. Das gilt selbst dann, wenn Arbeitgeber gerade einen Behinderten einstellen wollen. Ausnahme: Wenn zwingende berufliche Gründe im Sinne des § 8 AGG vorliegen, die der Beschäftigung eines Behinderten entgegenstehen.

Beruflicher Werdegang

Arbeitgeber dürfen alle Angaben zur fachlichen Qualifikation des Bewerbers verlangen. Diese Fragen sind zulässig. Hierzu gehört auch der vollständige berufliche Werdegang. Auch haben Arbeitgeber ein berechtigtes Interesse daran, zu erfahren, wie häufig und in welchen Abständen der Bewerber seine Stellen gewechselt hat.

Ein Fragerecht besteht nach

- beruflichen und fachlichen Fähigkeiten, Kenntnissen und Erfahrungen,
 - dem beruflichen Werdegang,
 - Prüfungs- und Zeugnisnoten,
- um die Eignung des Bewerbers für die angebotene Tätigkeit festzustellen. Hier liegt auch keinerlei Indiz für eine Diskriminierung vor.

Beruf des Ehepartners

Diese Frage ist nur dann zulässig, wenn der Bewerber in seiner zukünftigen Position Zugang zu wichtigen Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen hat. Dann liegt kein Indiz für eine Diskriminierung vor. Tipp: Diese Frage nur in berechtigten Einzelfällen stellen.

Betriebsratstätigkeit

Diese Frage ist weiter unzulässig. Hier kann manchmal ein Anruf vor der endgültigen Anstellung beim Vorarbeitgeber helfen.

Eheschließung

Die Frage nach einer geplanten Eheschließung ist unzulässig, da sie ein starkes Indiz für eine mögliche Diskriminierung in Bezug auf die sexuelle Identität ist. Deshalb sollten Arbeitgeber diese Frage nie stellen.

Ermittlungsverfahren

Die Frage nach laufenden Ermittlungsverfahren ist in der Regel nicht zulässig (ArbG Münster, Urteil vom 20.11.1992, Aktenzeichen: 3 Ca 1459/92). Diese Frage ist dann zulässig, wenn bereits ein Ermittlungsverfahren Zweifel an der persönlichen Eignung des Mitarbeiters begründen kann (BAG, Urteil vom 20.05.1999, Aktenzeichen: 2 AZR 320/98).

Das ist der Fall, wenn es beispielsweise um die Einstellung als Kassierer geht und gegen den Bewerber ein Verfahren wegen Verdachts von Unterschlagungen anhängig ist.

Familienplanung

Diese Frage ist unzulässig. Das gilt für Fragen an Bewerber beiderlei Geschlechts, da deren sexuelle Orientierung Gegenstand der Frage sein könnte.

Familienstand

Gegen die Frage nach dem Familienstand sind keine Einwände zu erheben. Hiervon kann die Versetzungsmöglichkeit oder die Auswahl des Beschäftigungsorts abhängen.

Geburtsdatum

Die Frage nach dem Geburtsdatum ist zulässig. Zwar könnte ein Indiz für eine Diskriminierung wegen des Alters vorliegen, jedoch ist diese Angabe zur eindeutigen Identitätsfeststellung unabdingbar.

Gehalt

Nach dem Gehalt beim früheren Arbeitgeber dürfen Arbeitgeber nur unter bestimmten Voraussetzungen fragen. Nach der Rechtsprechung zählen die Einkommensverhältnisse eines Bewerbers grundsätzlich zur geschützten Privatsphäre. Die Frage ist in jedem Fall dann unzulässig, wenn einem Arbeitgeber das bisherige Einkommen keinen Aufschluss über die erforderliche Qualifikation des Bewerbers gibt (BAG, Urteil vom 19.05.1983, Aktenzeichen: 2 AZR 171/81). Wenn der Bewerber jedoch von sich aus seinen bisherigen Verdienst zur Verhandlungsgrundlage macht oder wenn die bisherigen Bezüge Schlüsse auf seine Eignung erlauben, ist die Frage zulässig.

Gesundheitszustand

Bei der Frage nach dem Gesundheitszustand des Bewerbers greifen Arbeitgeber nicht unerheblich in die rechtlich geschützte Privatsphäre des Mitarbeiters ein. Dieses Fragerecht ist für Arbeitgeber deshalb nur unter bestimmten Voraussetzungen gegeben.

Es ist zu unterscheiden: Das Interesse als Arbeitgeber muss objektiv so stark sein, dass dahinter das Interesse des Mitarbeiters am Schutz seines Persönlichkeitsrechtes zurücktreten muss. Folgende Fragen sind zulässig (BAG, Urteil vom 01.08.1985, Aktenzeichen: 2 AZR 101/83; BAG, Urteil vom 07.06.1984, Aktenzeichen: 2 AZR 270/83):

- Liegt eine Krankheit oder eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes vor, durch die die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in periodisch wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist?
- Liegen ansteckende Krankheiten vor, die zwar nicht die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, jedoch die zukünftigen Arbeitskollegen oder Kunden gefährden?
- Ist zum Zeitpunkt des Dienstantritts oder in absehbarer Zeit mit einer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen, etwa durch eine geplante Operation, eine bewilligte Kur oder durch eine zurzeit bestehende Krankheit?

- Besteht eine Anerkennung als Schwerbehinderter oder eine Gleichstellung?

Wichtiger Hinweis: Sofern die Berechtigung der bisher zulässigen Frage nach dem Vorliegen einer Behinderten- beziehungsweise einer Schwerbehinderteneigenschaft (BAG, Urteil vom 03.12.1998, Aktenzeichen: 2 AZR 754/97) auf Grund einer neuen gesetzlichen Regelung in § 81 Absatz 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX und in § 7 Absatz 1 AGG angezweifelt wird, dürfen Arbeitgeber dennoch nach dem Vorliegen bestimmter körperlicher Funktionen, geistiger Fähigkeiten oder seelischer Gesundheitsaspekte fragen. Maßgeblich ist, dass dies eine wesentliche und entscheidende berufliche Anforderung für die auszuübende Tätigkeit ist.

Gewerkschaftszugehörigkeit

Nach der Gewerkschaftszugehörigkeit dürfen Arbeitgeber im Einstellungsgespräch nicht fragen. Eine Ausnahme gilt für so genannte Tendenzbetriebe oder kirchliche Einrichtungen nach § 118 BetrVG. Nach erfolgter Einstellung ist diese Frage jedoch zulässig.

Homosexualität

Die Frage nach der Homosexualität der Bewerberin oder des Bewerbers ist unzulässig,

da andernfalls gegen das Diskriminierungsverbot „sexuelle Identität“ des AGG verstoßen würde. Diese Frage müssen sich Arbeitgeber also in jedem Fall verkneifen.

Konfession

Diese Frage ist unzulässig. Denn das Recht zur freien Religionsausübung ist grundgesetzlich gewährleistet, Artikel 4 Grundgesetz (GG). Ausnahme: Tendenzbetriebe oder kirchliche Einrichtungen.

Konkurrenzbetrieb

Zulässig ist die Frage, ob ein Bewerber bereits bei einem Konkurrenzbetrieb beschäftigt gewesen ist. Hier dürfen Arbeitgeber den Namen der Firma und die dort ausgeübte Tätigkeit erfragen.

Kur

Die Frage nach einer geplanten Kur ist zulässig, kann aber ein Indiz für eine Diskriminierung darstellen.

Lohnpfändungen

Diese Frage ist grundsätzlich unzulässig. Auch hier wird in die geschützte Privatsphäre des Bewerbers eingriffen. Das gilt selbst dann, wenn Arbeitgeber durch spätere Lohnpfändungen erheblichen Arbeitsaufwand haben werden, der bereits bei Beginn des Arbeitsverhältnisses abzusehen ist (ArbG Berlin, Urteil vom 16.07.1986, Aktenzeichen: 8 C 141/86). Arbeitgeber dürfen die Kosten oder einen Teil der Kosten durch Lohnpfändungen nicht mehr auf den Mitarbeiter abwälzen (BAG, Urteil vom 18.07.2006, Aktenzeichen: 1 AZR 578/05).

Nebentätigkeit

Zulässig ist lediglich die Frage nach einer bestehenden Nebenbeschäftigung des Bewerbers.

Parteizugehörigkeit

Diese Frage ist nicht erlaubt. Denn auch hier besteht die Gefahr, dass dem Arbeitgeber eine unzulässige Diskriminierung vorgeworfen wird. Das Recht, politischen Parteien

beizutreten, ist im Grundgesetz gewährleistet, Artikel 9 GG. Ausnahmen gelten wiederum nur für Tendenzbetriebe oder kirchliche Einrichtungen.

Schwangerschaft

Die Frage nach der Schwangerschaft einer Bewerberin ist generell unzulässig (Europäischer Gerichtshof (EuGH), Beschluss vom 04.10.2001, Aktenzeichen: Rs.C-109/00; BAG, Urteil vom 06.02.2003, Aktenzeichen: 2 AZR 621/01; EuGH, Beschluss vom 05.05.1994, Aktenzeichen: Rs C-421/92; EuGH, Beschluss vom 03.02.2000, Aktenzeichen: Rs. C-207/98).

Die Frage ist selbst dann unzulässig, wenn die angestrebte Tätigkeit gar nicht aufge-

Obwohl schwerbehinderte Mitarbeiter durch das Verbot einer Benachteiligung geschützt sind, ist die Frage nach einer Schwerbehinderung – unabhängig von der Tätigkeit – zulässig.

Sofern die Berechtigung der bisher zulässigen Frage auf Grund der neuen gesetzlichen Regelungen in § 81 Absatz 2 Nr. 1 SGB IX und § 7 Absatz 1 AGG angezweifelt wird, dürfen Arbeitgeber dennoch nach dem Vorliegen bestimmter körperlicher Funktionen, geistiger Fähigkeiten oder seelischer Gesundheitsaspekte fragen. Maßgeblich ist allerdings, dass dies eine wesentliche und entscheidende berufliche Anforderung für die auszuübende Tätigkeit ist.

Scientology

Die Frage nach der Zugehörigkeit zur Scientology-Organisation ist zulässig, wenn es sich nicht um eine untergeordnete Position handelt (BAG, Beschluss vom 22.03.1995, Aktenzeichen: 5 AZB 21/94), weil es sich um keine Religionsgemeinschaft handelt.

Vermögensverhältnisse

Die Frage nach den Vermögensverhältnissen des Bewerbers ist zulässig, wenn ein objektiver Zusammenhang mit der zu besetzenden Position vorhanden ist.



Foto: CC

Eheschließung oder Familienplanung – beide Themen sind Tabu im Bewerberauswahlverfahren.

nommen werden kann. Das gilt für befristete wie unbefristete Arbeitsverhältnisse.

Erlaubt ist die Frage nur, wenn bei einem kurzfristigen, befristeten Arbeitsverhältnis das Arbeitsverhältnis gar nicht realisiert werden kann. Beim Einstellungsgespräch darf die Mitarbeiterin also die Frage nach einer Schwangerschaft falsch beantworten (BAG, Urteil vom 06.02.2003, Aktenzeichen: 2 AZR 621/01).

Schwerbehinderung

Arbeitgeber dürfen den Bewerber im Einstellungsgespräch nur fragen, ob er an Behinderungen leidet, durch die er für die vorgesehene Arbeitsleistung ungeeignet ist. Davon zu unterscheiden ist die Frage nach dem Status als Schwerbehinderter oder Gleichgestellter.

Vorstrafen

Man darf nur dann fragen, wenn die Antwort für die zu besetzende Stelle von Bedeutung ist (BAG, Urteil vom 20.05.1999, Aktenzeichen: 2 AZR 320/98).

Wehrdienst

Die Frage nach der Ableistung von Wehrdienst/Wehrübungen ist nicht zulässig.

Wettbewerbsverbote

Die Frage im Einstellungsgespräch nach nachvertraglichen Wettbewerbsverboten, die die Arbeit für einen Arbeitgeber einschränken würde, ist zulässig.

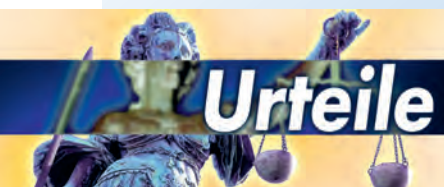
*Dietmar Kern, Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5, 71638 Ludwigsburg*

Vergleichsmiete**Keine Mieterhöhung bei Eigenarbeiten**

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass Wohnwertverbesserungen, die ein Mieter vorgenommen und finanziert hat, bei der Ermittlung der ortsüblichen Vergleichsmiete im Rahmen von Mieterhöhungen im Regelfall nicht zu berücksichtigen sind.

Die Richter hatten in einem Fall zu entscheiden, in dem sich ein Mieter im Mietvertrag verpflichtete, in die Wohnung auf eigene Kosten ein Bad und eine Sammelheizung einzubauen. Der Mieter bewohnte die Wohnung seit dem Jahr 1976. Verlangte die

Bad und Sammelheizung ausgestattet sind. Hat der Mieter Wohnwertverbesserungen vorgenommen und finanziert, sind diese bei der Ermittlung der ortsüblichen Vergleichsmiete nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch dann, wenn die Wohnwert-

**Urteile**

„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.

Vermieterin in den Folgejahren eine Mieterhöhung, legte sie als ortsübliche Vergleichsmiete Wohnungen ohne Bad und Sammelheizung zu Grunde. Im Jahr 2008 verlangte sie ebenfalls eine Mieterhöhung, wobei sie sich jedoch auf Wohnungen mit normaler Wohnlage und einer Ausstattung mit Bad und Sammelheizung bezog.

Die Richter entschieden, dass die ortsübliche Vergleichsmiete für die Wohnung des Mieters anhand vergleichbarer Wohnungen zu ermitteln ist, die nicht mit

verbesserung auf einer vertraglichen Verpflichtung beruht und – wie im vorliegenden Fall – im Mietvertrag vereinbart wurde. Andernfalls müsste der Mieter die Ausstattung seiner Wohnung doppelt bezahlen. Zunächst müsste er die Kosten für die Wohnwertverbesserung tragen und später die sich durch die gehobene Ausstattung ergebende Mieterhöhung. Von diesem Prinzip kann nur abgewichen werden, wenn die Parteien etwas anderes vereinbart haben oder der Vermieter dem Mieter die verauslagten Kosten erstattet hat.

BGH
Urteil vom 07.07.2010
AZ: VIII ZR 315/09



Fotos: MEV

Steuerhinterziehung**Straffreiheit nur bei voller Steuerehrlichkeit**

Nur, wenn der Beschuldigte zur völligen Steuerehrlichkeit zurückkehrt, ist eine Strafbefreiung aufgrund einer Selbstanzeige bei Steuerhinterziehung möglich. So entschied der Bundesgerichtshof (BGH).

Die völlige Steuerehrlichkeit setzt voraus, dass der Beschuldigte vollständige und richtige Angaben zu allen von ihm hinterzogenen Steuern macht. Eine Teilselbstanzeige – mit der lediglich die hinterzogenen Steuern nach-erklärt werden, deren Entdeckung befürchtet werden – reicht nicht aus, so der BGH.

Geklagt hatte ein Geschäftsführer einer US-amerikanischen Gesellschaft, der wegen Steuerhinterziehung und Betruges in mehreren Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von sieben Jahren verurteilt wurde. Der Geschäftsführer hatte Anleger um etwa drei Millionen Euro geschädigt und es zudem unterlassen, für das Jahr 2000 eine Einkommensteuererklärung abzugeben und somit Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag von mehr als 5,8 Millionen DM hinterzogen.

Gegen das Urteil legte er Revision ein. Der BGH ließ die Revision nicht zu, machte aber zur Selbstanzeige bei Steuerhinterziehung folgende Ausführungen:

Es besteht für einen Steuerhinterzieher die Möglichkeit, mit einer strafbefreienden Selbstanzeige nachträglich Straffreiheit zu erlangen. Dazu ist es allerdings notwendig, dass sich durch die Berichtigung, Ergänzung oder Nachholung von Angaben gegenüber dem Finanzamt dem Fiskus bislang verborgene Steuerquellen erschließen.

Hinzukommen muss die Rückkehr zur Steuerehrlichkeit, was bedeutet, dass der Steuerhinter-



zieher hinsichtlich aller Konten „reinen Tisch“ machen muss. Es reicht nicht, wenn er von mehreren bisher den Finanzbehörden verheimlichten Auslandskonten nur diejenigen offenbart, deren Aufdeckung er fürchtet.

Ist die Steuerhinterziehung bereits entdeckt, scheidet eine Strafbefreiung ebenfalls aus. Das ist immer dann der Fall, wenn der Abgleich mit der Steuererklärung des Steuerpflichtigen ergibt, dass die Steuerquelle nicht oder unvollständig angegeben wurde. Die Entdeckung der Steuerhinterziehung ist in der Regel bereits dann anzunehmen, wenn die Aufdeckung einer Steuerquelle eine Steuerstraftat oder -ordnungswidrigkeit wahrscheinlich macht. Deshalb kommt auch bei einer Durchsuchung wegen des Verdachts einer Steuerstraftat oder Steuerordnungswidrigkeit eine strafbefreiende Selbstanzeige nicht mehr in Betracht. Gleiches gilt auch für solche Taten, die mit dem bisherigen Ermittlungsgegenstand in sachlichem Zusammenhang stehen.

Da bei dem Angeklagten die Tat zum Teil bereits entdeckt war, war eine strafbefreiende Selbstanzeige nicht mehr möglich.

BGH
Beschluss vom 20.05.2010
AZ: 1 StR 577/09

Redeverbot im Arbeitsvertrag über Vergütung

Nicht rechtens

Durch eine Klausel im Arbeitsvertrag können Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern nicht verbieten, miteinander über ihr Gehalt zu sprechen. Eine solche Klausel ist unzulässig. Sie hindert Arbeitnehmer, Verstöße gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz bei der Lohngestaltung gegenüber dem Arbeitgeber geltend zu machen. Das entschied das Landesarbeitsgericht (LAG) Mecklenburg-Vorpommern.

Im Anstellungsvertrag des Klägers findet sich folgende Klausel: „Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, die Höhe der Bezüge vertraulich zu behandeln, im Interesse des Betriebsfriedens und auch gegenüber anderen Firmenangehörigen.“ Der Arbeitgeber war der Ansicht, dass sich der Angestellte mit einem Arbeitskollegen

mit den Kollegen über das Gehalt, würde das dazu führen, dass die Arbeitnehmer nicht kontrollieren können, ob der Arbeitgeber gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstößt. Schließlich sind solche Gespräche die einzige Möglichkeit für den Arbeitnehmer festzustellen, ob er weitergehende Lohnansprüche aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz gegenüber seinem Arbeitgeber hat. Zudem verstößt die vertragliche Verschwiegenheitspflicht gegen die Koalitionsfreiheit, denn sie verbietet auch die Mitteilung über die Lohnhöhe gegenüber einer Gewerkschaft. Wenn die Gewerkschaft die Lohnstruktur in einem Unternehmen nicht in Erfahrung bringen könnte, wären sinnvolle Arbeitskämpfe gegen das Unternehmen nicht möglich.



Foto: MEV

über die Höhe der Bezüge unterhalten habe. Der Angestellte erhielt eine Abmahnung, gegen die er klagte.

Das Gericht entschied, dass die Abmahnung aus der Personalakte entfernt werden muss, da sie nicht gerechtfertigt ist. Die Richter legten dabei die ständige Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts zu Grunde, wonach Arbeitgeber auch bei der Lohngestaltung den Gleichheitsgrundsatz beachten müssen. Verboten ein Arbeitgeber seinen Arbeitnehmern die Gespräche

*LAG Mecklenburg-Vorpommern
Urteil vom 21.10.2009
Az.: 2 Sa 237/09*

*ZÄ Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen*

**Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:**

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

300 Jahre Charité

Kulturfilme in der Medizin

Im Rahmen der Feierlichkeiten zu ihrem 300. Bestehen veranstaltete die Charité eine Vortrags- und Filmreihe im Medizinhistorischen Museum. Im Fokus stand die Genese der medizinischen Kulturfilme, die zwischen 1895 und 1948 unter der Leitung von Wissenschaftlern der Charité vor Kulissen der Berliner Traditions klinik gedreht wurden. Lebendig und realitätsnah galten die Werke als Pionierarbeiten auf diesem Gebiet und erreichten weltweite Anerkennung.

Mit der Entwicklung des Kinematografen durch die Brüder Auguste und Louis Lumière entstand ein neues Medium, welches das 20. Jahrhundert maßgeblich geprägt hat. Das unterhaltende Potential des Mediums Film zeigte sich bereits im „Kino der Attraktionen“, aneinandergereihte Kurzfilme, die oft nicht mehr als ein paar Szenen zeigten. Wissenschaftliche Disziplinen, etwa die Botanik oder die Biologie bedienten sich rasch dieser Technik für ihre Zwecke. Auch in der Medizin wurde die neue Bildermaschine in kürzester Zeit von zahlreichen internationalen Wissenschaftlern rezipiert. So produzierte der Radiologe John Macintyre bereits 1897 in Glasgow erste Röntgenfilme von Gliedmaßen und aktiven Organen.

Erschließung des Körpers...

Mit der Röntgenkinematografie sowie durch die Aufnahme von sich bewegenden Bakterien schien sich das Körperinnere neu zu erschließen. Beispielhaft waren auch die Aufnahmen eines schlagenden Hundeherzens durch Ludwig Braun in Wien. Mit diesen Bildern erhofften sich die Mediziner, neue Geheimnisse der Natur entziffern zu können.

Bereits 1898, also ein Jahr nach Macintyres Röntgenaufnahmen, filmte der Rumäne Gheorge Marinesco Bewegungsabfolgen bei Menschen mit Bewegungsstörungen, die er Wissenschaftlern in Paris darbot. Auch in Berlin entstanden Aufnahmen von neurologischen Patienten mit Bewegungsdysfunktionen, wie von Paul Schuster, Professor der Neurologie und späterer Direktor der Nervenabteilung im Städtischen Hufeland-Hospital in Berlin. Diese Aufnahmen von menschlichen Bewegungsabfolgen sind



Foto: Franke, Berliner Medizinhistorisches Museum

Eindrucksvoller Schauplatz für die historische Filmreihe: die Ruine des ehemaligen Rudolf-Virchow-Hörsaales im Medizinhistorischen Museum an der Berliner Charité

in Anlehnung an die chrono-fotografischen Bewegungsstudien von Eadweard Muybridge und Etienne-Jules Marey in Paris Ende des 19. Jahrhunderts zu verstehen. Doch im Unterschied zu letzteren konnten im Film jetzt Bewegungsabfolgen gezeigt werden, die zeitlich identisch schienen mit natürlichen Abläufen.

... als sinnliche Erfahrung ...

Die bewegten Bilder ermöglichten eine neue sinnliche Erfahrung. Denn die Abbildungen suggerierten eine Lebendigkeit, die identisch zu sein schien mit der Realität. Darüber hinaus fanden kinematografische Aufnahmen auch als Formen der Selbstkontrolle und der Wissenschaftsinszenierung ihren Einsatz. So erstellte der französische Mediziner Eugène Louis Doyen bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts operationstechnische

Aufnahmen von sich selbst. Er tat dies aus zwei Gründen: Einerseits, um seine Praktiken zu verbessern und zu rationalisieren. Die Kamera übernahm dabei eine Kontrollfunktion. Andererseits intendierte er mit der Sichtbarmachung seiner OP-Technik und seiner Effektivität einen Prestige-Gewinn innerhalb seiner Zunft. Es war auch Doyen, der nach Berlin reiste, um eine Unterschenkelamputation durch seinen Berliner Kollegen Ernst von Bergmann filmisch in Szene zu setzen. Allerdings erzeugte dieser Vorgang ein unangenehmes Ergebnis: harsche Kritik seitens der Kollegen wegen mangelnder Wissenschaftlichkeit. Die Szenenbilder spiegeln die Theatralität seiner Selbstinszenierung. Das Potenzial dieser ein- bis zweiminütigen Lehrfilme wurde schnell offensichtlich: Es diente der Aufnahme, Analyse und der Repräsentation von lebenden Phänomenen. Insbesondere in Europa und den

USA avancierte die Kinematografie rasch zu einem bevorzugten Instrument der Forschung und Lehre. Die Bildgebung bahnte sich durch diese technische Innovation verstärkt ihren Weg in die Klinik.

... und zur Aufklärung

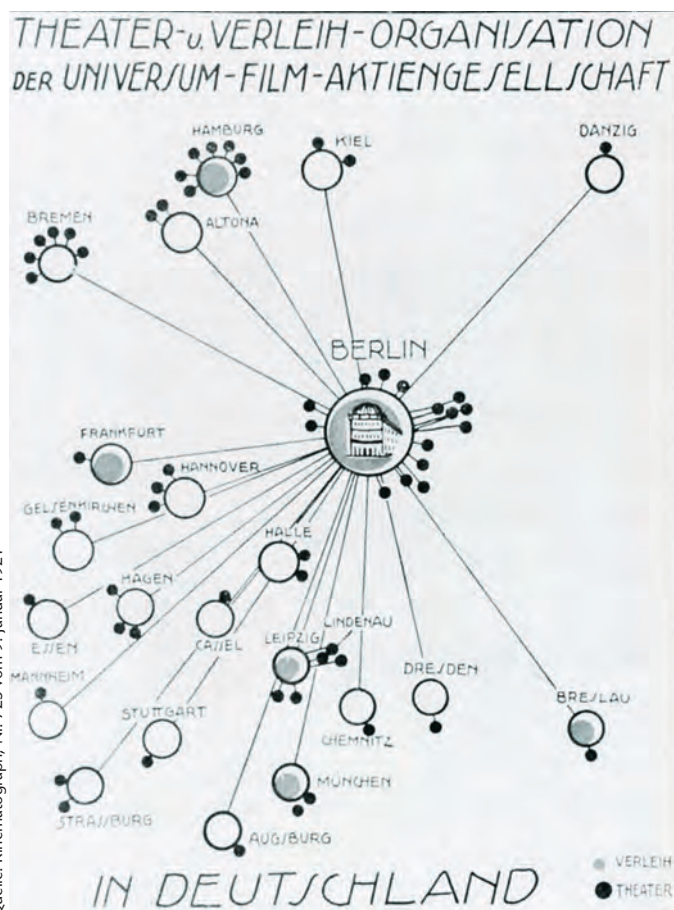
In den 1910er Jahren entstanden dann zunehmend medizinische Filme, die sich in der Narrationsstruktur, dem adressierten Publikum und den Aufführungsorten von den bisherigen Unterrichtsfilmen unterschieden. Auch in den USA wurden, initiiert durch Thomas Alva Edison, zahlreiche melodramatische Filme zur Gesundheitsaufklärung hergestellt, die in kommerziellen Kinos gezeigt wurden. Damit war der Beginn der Produktion von sogenannten Aufklärungs- und Kulturfilmen markiert, die im folgenden für Gesundheitskampagnen primär zur Bekämpfung von Tuberkulose, Syphilis, Alkoholismus und Krebs genutzt wurden. Charakteristisch für die Filme war ihr behel-

render Geist und die wirklichkeitsnahe Szenerie.

Gründung der UFA

Das forcierte öffentliche Interesse am Medium Film fand mit der Gründung der „Universal Film Aktiengesellschaft“ (UFA) 1917/18 in Berlin seine institutionelle Umsetzung. Die UFA, kofinanziert von der deutschen Regierung, etablierte am 1. Juli 1918 eine Kulturfilm-Abteilung, zu der auch eine medizinische Film-Abteilung gehörte. Hier wurden in der Folge Hunderte von Filmen gedreht: Filme für die medizinische Profession wie auch instruierende Filme für die allgemeine Öffentlichkeit. Die Verbreitung der UFA-Filme im gesamten damaligen Deutschen Reich ist in der Karte anschaulich dargestellt.

Ziel der UFA-Aufklärungsfilme war es insbesondere, massenwirksam und flächendeckend Kampagnen gegen zentrale Krankheiten wie Tuberkulose, Pocken oder



Von Hamburg bis Breslau, von Danzig bis Straßburg wurden Aufklärungsfilme der UFA gezeigt.

Syphilis zu betreiben. Leitende Akteure in dieser Abteilung waren dabei die Mediziner Alexander von Rothe, Curt Thomalla und Nicholas Kaufmann. Sie erkannten bereits früh das Potential der Filme, als zentrales Medium der Gesundheitsaufklärung zu fungieren. In der Folge entstanden Filme wie „Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen“ (1919) unter der Regie von Curt Thomalla und Nicholas Kaufmann. Thomalla drehte ein Jahr später „Die Pocken. Ihre Gefahren und ihre Bekämpfung“. „Die weiße Seuche“ folgte 1921. Mit „Falsche Scham“ erreichte Thomalla 1925/1926 seinen künstlerischen Höhepunkt. Die Titel der Filme verweisen



Foto: Deutsches Filminstitut, Frankfurt am Main

Nicholas Kaufmann war Arzt an der Charité und leitete den Bereich Medizinischer Film in der Kulturabteilung der UFA.

bereits auf den didaktischen Gestus, der den Kulturfilm insgesamt charakterisierte.

Expansion der Kulturfilme

Die Zeit von der Jahrhundertwende bis in die Zeit unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg lässt sich insgesamt als eine intensive, stark expandierende Phase dieser Kulturfilme bezeichnen, die vor allem in Frankreich, im Deutschen Reich und in den USA ihre Zentren hatte.

Einhergehend mit erheblichen filmtechnischen Neuerungen (Zeitraffer, Untereinander-, Röntgen- und Nahaufnahmen,

Vergrößerungen und Animationstechniken) entstanden zahlreiche solcher Filme, die dann als „naturwissenschaftliche Abende“ im kommerziellen Kino angepriesen wurden. Für die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts lässt sich konstatieren, dass medizinische Filme zunehmend eine eigene visuelle Sprache entwickelten. Doch bereits ab dem Ende der 1910er Jahre wurden diese didaktischen Filme durch äußerst populäre fiktionale Filme herausgefordert.

In Werken von international bekannten Regisseuren wie Richard Oswald, Martin Berger, Georg Wilhelm Pabst oder Robert Wiene wurde das Dramatisierungspotenzial medizinischer Themen insbesondere im Bereich der Sexualaufklärung aufgegriffen und bis zum gesellschaftlichen Skandal hin ausgelotet. Das Publikum war fasziniert. Denn dabei entstanden nicht selten „Obscönfilme“, die das Label des Kultur-/Aufklärungsfilms nutzten, aber im Ergebnis als pornografische oder Sexfilme einzustufen waren.

Herausgeforderte Zensur

Die damit einhergehende Debatte, die filmisch und publizistisch ausgetragen wurde, endete in dem Reichslichtspielgesetz vom 12. Mai 1920. De facto eine Filmzensur. Von nun an musste jeder Film der Filmprüfstellen in Berlin und München zur Sichtung und Beurteilung vorgelegt werden, was zu Schnittaufgaben, Titel- oder Zwischentiteländerungen oder sogar Aufführungsverbot führen konnte. Zunächst führten die Restriktionen zu einer Besucherkrise bei den herkömmlichen medizinischen Aufklärungsfilmen.

Nicht zuletzt weil diese Filme ein großes öffentliches Interesse erreichten, markieren sie den Beginn eines intensiven Diskurses über den Inhalt und die Funktion von sogenannten Aufklärungsfilmen. Ein Diskurs, der



auch Auswirkungen auf die formale Ausgestaltung sogenannter medizinischer Filme hatte. Weil die medizinischen Aufklärungsfilme durch die erfolgreichen Fiktionalisierungen herausgefordert wurden, waren erstere gezwungen, andere Erzählstrategien zu suchen.

Verfremdung durch Fiktion

Unter dem Deckmantel der Dokumentation wurde mit neuen Möglichkeiten der filmischen Darstellung experimentiert. So entstanden medizinische Filme, bei denen man durch den Einbau fiktionaler Elemente versuchte, sowohl Wissen über den Körper zu vermitteln, als auch das Publikum emotional anzusprechen.



Szenen aus dem Film
„Bein-Amputation“
von Eugène Louis Doyen (1903)



Quelle: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

Verbindung zur Charité

Dass die Geschichte dieser Filme in vielfacher Hinsicht eng verknüpft ist mit der Geschichte der Charité und der Berliner Medizin zeigt sich auf mehreren Ebenen. In personeller Hinsicht sind hier Ärzte der Charité zu nennen, die das Medium Film in ihrer Arbeit integrierten und die Weiterentwicklung forcierten, wie der Chirurg der Charité Ernst von Bergmann oder der Neurologe Paul Schuster. Insbesondere sei hier die Bedeutung von Nicholas Kaufmann hervorgehoben. Der ehemalige Assistenzarzt an der Charité leitete die medizinische Filmabteilung, die der Kulturabteilung der UFA zugeordnet war. Kaufmann selbst wurde als Regisseur, Drehbuchautor (u.a. „Wege zu Kraft und Schönheit“) und wissenschaft-

licher Berater zu einer zentralen Figur dieser Filmproduktionen und zugleich das Bindeglied zwischen der UFA und der Charité.

Auch der Berliner Facharzt der Chirurgie und ehemaliger Leiter einer Berliner Privatklinik, Alexander von Rothe ist an dieser Stelle zu erwähnen. Mit einem neukonstruierten Apparat löste er das zentrale Problem der Antisepsis, also der Notwendigkeit, während der Aufnahmen Kamera und Scheinwerfer steril zu halten. Zugleich hat Rothe die Perspektive der Aufsicht standardisiert. Der Apparat war Kamera und Schweinwerfer zugleich, positioniert direkt über dem OP-Tisch. Per Fußklick konnte der operierende Arzt die Kamera in die gewünschte Position steuern. Dieser sogenannte Rothesche Apparat fand internationale Aufmerksamkeit und regen Absatz.

Auch institutionell bestand eine enge Verbindung zwischen dem Medium und der Charité. So wurden Lehrfilme immer wieder in der Charité gedreht wie der 1919/1920 produzierte Operationsfilm „Transperitonealer Kaiserschnitt“, der sich durch Zeichentrickanimationen auszeichnete und neben anderen Filmen auf dem Berliner Gynäkologenkongress im Juni 1920 gezeigt wurde.

Einen enormen Bedeutungszuwachs im Hinblick auf die Filmproduktion erfuhr die Charité in den 1920er Jahren. Aufgrund ihrer geringen marktwirtschaftlichen Relevanz war die UFA gezwungen, die Produktion von Aufklärungsfilmen einzustellen. Auf Regierungsinitiative wurde als eine Form der

Kompensation das Medizinisch-Kinematografische Universitätsinstitut an der Charité eingerichtet, von Alexander von Rothe geleitet. In der Folge entstanden zahlreiche Filme. Vermutlich bis zum Beginn der 1930er Jahre wurden hier Filme produziert, die ein breites Spektrum der Medizin abdeckten: Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Mikrobiologie. Von diesen Filmen sind leider nur noch einige wenige überliefert.

Auch wenn sich in der Fülle der entstehenden Filme strukturelle Merkmale identifizieren lassen, so ist zugleich die Varianz und Vielfalt der Filme in ihrer formalen Ausgestaltung und thematische Breite bezeichnend.

Die Film- und Vortragsreihe

Diese doppelte Vielfalt sollte in einer Filmreihe verdeutlicht werden, die von Januar bis April 2010 im von Prof. Thomas Schnalke geleiteten Medizinhistorischen Museum der Charité lief. In der Ruine des ehemaligen Rudolf-Virchow-Hörsaales konnte ein interessiertes Publikum die Vielschichtigkeit dieser Filme an sieben Abenden mit Filmbeispielen aus der Zeit von 1895 bis 1948 wahrnehmen. Ein einführender Beitrag in die historischen Zusammenhänge des Films ging jeder Präsentation voraus. Hierfür konnten jeweils ausgewiesene Experten aus dem In- und Ausland gewonnen werden: Filmwissenschaftler, Historiker, Medizinhistoriker aus Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Im Anschluss an die Vortrags- und Filmpräsentation bestand die Möglichkeit einer Publikumsdiskussion. Dieses Angebot traf auf reges Interesse. Inhaltlich fokussierte die Veranstaltung Filme, die in engem Zusammenhang mit der Geschichte der Charité stehen und sich thematisch mit dem „kranken“ versus „gesunden“, dem „idealisierten“ versus „verpönten“ Körper beschäftigten.

Die Reihe begann mit dem ersten Kulturfilm der UFA: „Krüppelnot – Krüppelhilfe“ von 1919/1920 bot einen Einblick in die medizinisch-orthopädische Arbeit des Berliner Oskar-Helene-Heims Ende der 1910er Jahre. Die Stärke des Films lag in der Fokus-

sierung der Diskrepanz zwischen Darstellung und historischer Realität, zwischen Schein und Sein. In idealisierender Form wird die umfassende Arbeit der orthopädischen Klinik des Oskar-Helene-Heims in Berlin gezeigt, in dem Kinder und Heranwachsende neben einer medizinischen Behandlung von Rachitis sowie Knochen- und Gelenktuberkulose auch die Möglichkeit einer schulischen und beruflichen Ausbildung erhielten. Der Film markierte zugleich eine Zäsur, indem er medizinische Aufklärungsfilm mit seiner abendfüllenden Länge vom Status des Kino-Begleitprogramms emanzipierte.

Mit „Wege zu Kraft und Schönheit“ wurde ein Film zur Inszenierung des idealisierten, ästhetisierten Körpers diskutiert. Dieser von Wilhelm Prager 1925 produzierte und im Berliner Ufa-Palast am Zoo uraufgeführte Film war, an der Zuschauerrezeption gemessen, die erfolgreichste UFA-Produktion und im Hinblick auf die sich daran anschließenden Diskussionen, einer der umstrittensten Kulturfilme, wurden hier doch nackte tanzende Körper gezeigt. Der Regisseur Prager, der seine Karriere als Theaterschauspieler, -direktor und -intendant begonnen hatte, arbeitete für diesen Film mit dem Mitbegründer der medizinischen Filmabteilung und Nicholas Kaufmann zusammen. Kaufmann hatte das Drehbuch des Films verfasst und begleitete die Filmproduktion als wissenschaftlicher Berater – war er es doch, der bereits extensive Erfahrungen in der Produktion von medizinischen Filmen hatte.

Die in „Wege zu Kraft und Schönheit“ ange deutete Thematisierung der Sexualität wurde dann in dem Film „Geschlecht in Fesseln“ durchbuchstabiert. Der spezifische Fokus dieses fiktionalen Filmes von Wilhelm Dieterle aus dem Jahr 1928 wird durch den Untertitel des Filmes deutlich: „Die Sexualnot der Strafgefangenen“. Mithilfe des Protagonisten, des arbeitslosen Ingenieurs Franz Sommer, der durch ein Missgeschick ins Gefängnis gerät, klagt Dieterle eine Reform des Strafgesetzes ein und fordert, auch Strafgefangenen ein Recht auf Sexualität zuzubilligen. Welchen Verlauf eine Verweigerung dieses Rechts nehmen kann, zeigt die

Geschichte von Franz Sommer, der von Wilhelm Dieterle selbst gespielt wird: aus Verzeherung nach Sexualität wird eine Freundschaft zu einem Mitgefangenen zu einer Liebesgeschichte. Als er seine Homosexualität seiner Frau gesteht, die im Verlauf der Gefangenschaft ihres Mannes ebenfalls untreu geworden ist, begehen beide in ihrer Verzweiflung Selbstmord.

Sozialkritik im frühen Film

Dramatische Szenen waren auch im daran anschließenden fiktionalen Film „Kreuzzug des Weibes“ zu sehen, einem Film von Martin Berger aus dem Jahr 1926. In diesem

lers: Der Staatsanwalt, der für seine schwarzweiß-malerische Härte bekannt ist, beginnt erst die geltende Rechtsprechung zu hinterfragen, als er erfährt, dass seine Verlobte das Vergewaltigungsopfer ist.

An dieses Drama schloss sich dann der überwiegend dokumentarisch gedrehte Film „Frauennot – Frauenglück“ von Eduard Tissé und Sergej Eisenstein aus dem Jahr 1929 an. Der Impetus des Anti-Abtreibungsfilms wird dabei durch den Untertitel sehr deutlich: Das Hohelied der ärztlichen Kunst. Idealisiert wird hier nicht nur der schwangere Frauenkörper besprochen, sondern auch die herausragende Rolle der Medizin und der Mediziner. Mit dieser schweizerischen



Foto: akgy-images

Szene aus dem dem Kulturfilm „Robert Koch – der Bekämpfer des Todes“ aus dem Jahr 1939

Film wird um den damaligen Starschauspieler Conrad Veidt als starrsinniger Staatsanwalt das Thema der Abtreibung verhandelt. Veidt ist mit drei Abtreibungsfällen aus verschiedenen sozialen Schichten konfrontiert: der eines Arbeiterehepaars, eines etablierten wohlhabenden Ehepaars sowie einer Lehrerin, die Opfer einer Vergewaltigung durch einen geistig behinderten Menschen wird. Dabei macht Berger deutlich, welche Relevanz die soziale Herkunft für einen verbotenen Eingriff in die Schwangerschaft hat. Zugleich vollzieht sich im Film ein Wandel der Haltung des Hauptdarstel-

Produktion wurde zugleich der internationale Zusammenhang der Kulturfilmproduktion deutlich. Denn diese Filme entstanden zwar in nationalen Zusammenhängen, hatten aber Reichweiten und Verbreitungswege, die über die Nation hinausgingen. „Frauennot – Frauenglück“ wurde überwiegend in der Universitäts-Frauenklinik Zürich gedreht, um dann in der Schweiz, Österreich, Frankreich und Deutschland in jeweils unterschiedlichen Fassungen gezeigt zu werden. Zudem markiert dieser Film eine zentrale Zäsur in der Filmgeschichte: die Einführung des Tonfilms im Jahr 1929.

Waren die ersten international zirkulierenden Fassungen des Films stumm, wurde später der in der Charité gezeigte Film mit Tonelementen ausgestattet.

In dem fiktionalen Tonfilm „Robert Koch – Bekämpfer des Todes“ von Hans Steinhoff aus dem Jahr 1939 wurde eine zentrale Figur der Bakteriologie und der Berliner Medizin thematisiert. Darüber hinaus wurde mit diesem Film auch der Zusammenhang zwischen nationalsozialistischer Ideologie und der Filmgeschichte verdeutlicht. Parteaufmärsche oder nationalsozialistische Parolen zeigte der Film nicht. Und doch ist er repräsentativ für die nationalsozialistische Filmpolitik: Die Aufopferung und Hingabe Robert Kochs, um seine Ziele zu erreichen, wird mit dem Kampf gegen die Bakterien und dem „Sieg des Verstandes über sie“ dramatisiert. Subtile Anspielungen, körperliche Gesten, aber auch bewußte Auslassungen werden in der Reihe als Stilmittel des Films der 1930er Jahre aufgezeigt.

Geschlechtskrankheiten als zentrales Thema

Die Filmreihe begann mit einer Berliner Institution, der orthopädischen Klinik des Oskar-Helene-Heims. Der Kreis schloss sich,



Foto: Ingram

denn sie endete auch am Drehort Berlin. Mit dem Film „Straßenbekanntschaft“ wurde ein zentrales Thema der medizinischen Filme aufgegriffen: Geschlechtskrankheiten. Dieser von Peter Pewas 1948 fertiggestellte Film, ist einer der ersten Filme der Deutschen Filmaktiengesellschaft, kurz der DEFA (Berlin/Ost). Pewas inszenierte dabei in dramatischer Weise die vor allem in Zusammenhang mit der Prostitution verhandelten Ansteckungswege. Vor dem Hintergrund der Mangelwirtschaft wird über die Figur Erika insbesondere die Rolle der Frauen, ihrer Bedürfnisse und Ängste in der frühen Nachkriegszeit diskutiert. Dabei gerät die

lebenshungrige Hauptdarstellerin, gespielt von Gisela Trowe, schon bald auf die „schiefe Bahn“. Durch Sex mit einem Freier erkrankt sie an Syphilis. Erst nach Interventionen ihres Freundes, des Journalisten Walter Helbig, gespielt von Siegmар Schneider, lässt sie sich erfolgreich behandeln.

Fazit

Das Ziel der Reihe, auf bisher weitestgehend unbekannte Zusammenhänge zwischen der Film- und Charité-Geschichte aufmerksam zu machen, kann als gelungen bezeichnet werden. Eindeutige Belege sind die sehr gut besuchte Filmreihe und das starke Diskussionsbedürfnis der Zuschauer.

Zweifelsohne besitzen historische Filme auch heute noch das Potential, wissenschaftliche Themen verständlich an die Öffentlichkeit zu tragen. Sie geben Einblicke in Zusammenhänge und ermöglichen zugleich eine Diskussion über unser heutiges Gesundheitssystem.

*Dr. phil. Anja Laukötter
Forschungsbereich „Geschichte der Gefühle“
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
laukoetter@mpib-berlin.mpg.de*

Patientenlogistik

Warten wird überflüssig

Im Krankenhaus fühlen sich viele Patienten hilflos – häufige Bettenwechsel, Wartezeiten beim Röntgen und kurzfristig abgesagte OP-Termine belasten und nerven. Doch auch das Personal leidet unter Schleifen und redundanten Tätigkeiten. Eine Ursache: die dezentrale Planung der Kliniken. Fachübergreifende Strukturen müssen her.

Prozesse im Krankenhaus sind in der Regel hierarchisch und professionsgebunden aufgebaut: Eine Stelle überblickt die Aufnahmen, die einzelnen Abteilungen planen ihre Funktionsdiagnostik und die Anästhesie ihre Einsätze. Eine insgesamt sehr starre Arbeitsteilung, in der wenig synchronisiert wird. Diese Ineffizienz verunsichert die Krankenhausmitarbeiter und macht Patienten unzufrieden. Messbar ist das etwa in steigenden Wartezeiten, zunehmenden Behandlungsfehlern und häufigen Doppeluntersuchungen. Patientenlogistik, also eine zentrale Ablaufplanung für jeden Patienten, halten Experten daher für längst überfällig.

Wirtschaftlich ...

Aufschlussreich ist eine Studie zur Patientenlogistik der Arbeitsgruppe für Supply Chain Services (SCS) des Fraunhofer-Instituts, für die die verantwortlichen Entscheider von 24 bayerischen Krankenhäusern Auskunft gaben. Neun von zehn Befragten maßen dem Bereich eine große Bedeutung zu, gleichzeitig bewertete aber nur ein Drittel die aktuelle Situation in ihrem Haus als gut.

Um die Patientenlogistik zu optimieren, müssen nach Ansicht der Befragten insbesondere verbessert werden:

- Terminierung (77 Prozent)
- Verantwortungsübergang (59 Prozent)
- Ablaufprognose (58 Prozent)
- Aufenthaltsort (50 Prozent)



Wenn Patienten zu den Abteilungen begleitet werden, in denen sie untersucht werden sollen ...

Foto: MEV

Wichtigstes Kriterium dabei: die Wirtschaftlichkeit des Hauses. In einem Krankenhaus mit 50 000 stationären und 100 000 ambulanten Fällen können laut Schätzungen jährlich 2,7 Millionen Euro Zusatzerlös generiert werden – allein indem die Verweildauer aufgrund besserer Organisation und optimierter Nutzung von Personalressourcen verkürzt wird. Außerdem könnte man die zeitaufwendige Koordination durch ein intelligentes Terminplanungstool halbieren. Ist eine Klinik dementsprechend organisiert, arbeiten Ärzte und Pfleger laut dem Magazin „e-Health“ zu 40 Prozent effektiver.

... effektiv ...

Die Ursachen für eine mangelhafte Patientenlogistik sind vielfältig. Ganz einfache Veränderungen können schon große Verbesserungen bringen, etwa die Organisation des Patientenbegleitdienstes oder gut sichtbare Wegweiser. Das Hauptaugenmerk – gleichzeitig die größte Herausforderung der Patientenlogistik – ist aber die räumliche und zeitliche Koordination von Patient und Arzt oder Pflegepersonal mit dem benötigten Untersuchungsraum und den gegebenenfalls notwendigen technischen Apparaturen. Termine müssen abteilungsübergreifend geplant werden, denn auf dem Weg eines Patienten von der Aufnahme über die Vorbereitung zur OP sind unterschiedliche Experten gefragt. Dafür bietet sich moderne Logistiksoftware an, die den Überblick über den Workflow behält.

Deutsche Krankenhäuser haben in den letzten Jahren viele Prozesse optimiert, doch die Koordination der abteilungsübergreifenden Patientenströme greift derzeit häufig nur auf eine unzureichende Datenbasis zurück. Das Krankenhaus-

zm-Info

Patientenlogistik

Patientenlogistik ist die begleitete und nichtbegleitete Bewegung und Unterbringung von ambulanten und stationären Patienten innerhalb eines Krankenhauses. Es geht darum, Patientenströme zu steuern und zu koordinieren. Dafür müssen alle notwendigen Komponenten (Patienten, Mitarbeiter, Räumlichkeiten, Informationen sowie Ge- und Verbrauchsmittel) am jeweils gebuchten Ort zusammengeführt werden. mp

informationssystem (KIS) liefert Routinedaten, weiterhin gibt es teilweise Terminkalender der Leistungsstellen und Stationen – insgesamt aber weisen die Planungs- und Koordinationsdaten noch Lücken auf. Sie gilt es, mit Hilfe geeigneter Verfahren, Verhaltensweisen und Technologien zu schließen. Immer mehr Computersysteme werden dafür entwickelt.

Ein integriertes IT-Ressourcenplanungstool ist ein komplexes Instrument, weil es Termine für viele unterschiedliche Abteilungen und Krankenhausmitarbeiter festlegt. Es muss eine Vielzahl an Schnittstellen und Planungskreisen beachten.

... und erholsam für alle

Inzwischen gibt es immer mehr Programme zum „Enterprise Resource Planning“ (ERP), der „Planung der Unternehmensressourcen“. Diese Programme tun nichts anderes,



Foto: CC

... leidet auch das OP-Personal nicht unter unnötigen Wartezeiten.

als die hohe Komplexität der Terminplanung aufzufangen: Die Regeln dafür sind nämlich je nach Krankenhaus unterschiedlich, sehr komplex und veränderlich.

Die Termine verdichten sich außerdem, weil die Patienten immer schneller aus der Klinik wieder entlassen werden. Die Folge: Der

zeitliche Abstand einzelner Termine wird enger.

Dass der Patient selbst in diesem computergesteuerten System kaum mehr eine Rolle spielt, ist weit gefehlt. Denn er ist im komplexen Prozess der wichtigste Faktor. Er beeinflusst durch sein Verhalten und seine Entscheidungen die Abläufe maßgeblich. Daher muss das Programm auch sicherstellen, dass er zielgerichtet informiert, gesteuert und koordiniert wird.

Doch unabhängig von individualisierter Patientenlogistik sind in einem Krankenhaus Wartezeiten unvermeidlich – denn nicht planbare Ereignisse wie Notfälle und Verzögerungen werden immer Informationsasymmetrien im System erzeugen und Änderungen im Ablauf erzwingen. mp

Annerose Borutta erhält Tholuck-Medaille 2010

Jahrzehntelange internationale Forschung und Lehre, über 300 Publikationen, mehr als 400 Vorträge im In- und Ausland – und bis heute ein Engagement im Dienste der dentalen Prophylaxe, das seines gleichen sucht: Ihr berufliches Lebenswerk macht Prof. Dr. Dr. h. c. Annerose Borutta aus Jena zu einer renommierten Expertin im Bereich der präventiven Kinderzahnheilkunde. Dafür erhielt sie die Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene e.V. (VFZ). Anlässlich der Übergabe im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit in Wildbad Kreuth fasste Michael Mohr, Erster Vorsitzender des VFZ, das Wirken der Geehrten zusammen: „Selten wird einem der Begriff ‚Berufung‘ so klar vor Augen geführt wie bei der Vita der Preisträgerin. Das verlangt allerhöchsten Respekt.“ Dazu leistete Prof. Annerose Borutta Pionierarbeit. Zu Beginn ihrer Berufstätigkeit Mitte der 1960er Jahre in der DDR war sie zwar bereits als Bereichszahnärztin für die Gebissanierung von tausenden Kindern aus ländlichen Regionen verantwortlich, doch die Vorteile einer zahnärztlichen Prävention waren damals nur theoretisch bekannt. In den 1970er Jahren setzte schließlich der Paradigmenwechsel in der kinderzahnärztlichen Betreuung von einer kurativen zu einer präventiv ausgerichteten Strategie ein. Fortan war die Idee der Prophylaxe



Foto: Verein für Zahnhygiene e.V.

nicht nur von akademischem, sondern auch praktischem Interesse. Die berufliche Tätigkeit der Preisträgerin war dabei geprägt von zahlreichen Aktivitäten zur Optimierung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen: Neben der präventiv orientierten kinderzahnärztlichen Versorgung engagierte sie sich in vielen Bereichen. Von 1994 bis zu ihrer Emeritierung 2008 war Prof. Borutta als Professorin und Leiterin der Abteilung Kinderzahnheilkunde der Poliklinik für Präventive und Kinderzahnheilkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena tätig. Gleichzeitig engagierte sie sich auch international mehr als zehn Jahre lang bis 2009 als Direktorin des WHO-Kollaborationszentrums „Prävention oraler Erkrankungen“. Die Auszeichnung ist nach dem Frankfurter Obermedizinalrat in Ruhe Dr. Hans-Joachim Tholuck benannt. Verliehen wird sie seit 1973 an Persönlichkeiten, die sich um die zahngesundheitsliche Aufklärung und Erziehung verdient gemacht haben.

Mathias Lehr, Darmstadt

Joseph Kastenbauer zum Honorarprofessor ernannt

Eine außergewöhnliche Ehre hat der ehemalige Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK), Dr. Dr. Joseph Kastenbauer (65), erfahren. Auf Antrag der Medizinischen Fakultät wurde ihm jetzt durch den Senat der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München der Titel eines Honorarprofessors verliehen. Seit Mitte der 1960er-Jahre hat es in der deutschen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eine solche akademische Auszeichnung nicht mehr gegeben. Gewürdigt wird damit insbesondere Kastenbauers Lehrtätigkeit: Seit 1988 kommt er einem ordentlichen Lehrauftrag für Zahnärztliche Berufskunde und Geschichte der Medizin an der Medizinischen Fakultät der LMU München nach. Professor Kastenbauer hat von 1964 bis 1970 Medizin und Zahnmedizin in München und Erlangen studiert und promovierte 1971 in beiden Fächern. 1972 erhielt er die Approbation als Arzt und Zahnarzt und ließ sich 1973 in eigener Praxis in Altötting nieder.

Zahlreiche Aufgaben nahm der in Schwäbisch Hall geborene Zahnarzt seit den 1980er-Jahren für seinen Berufsstand wahr. Beispielsweise war er von 1984 bis 1990 Mitglied des Direktoriums der Akademie Praxis und Wissenschaft, daneben lange Jahre Mitglied des Landesgesundheitsrates in Bayern, Mitglied des Gesundheitsforums der Süddeutschen Zeitung und zwischen 1995 und 2002 Vorsitzender des Landesausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung. Ebenso zahlreich die standespolitischen



Foto: privat

Ämter, die Kastenbauer, der auch Autor zahlreicher Fachbücher und -publikationen ist, innegehabt hat. Von 1990 bis 2001 trug er Verantwortung als Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. 1992 bis 1998 war er Vizepräsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern. Die Bundeszahnärztekammer würdigte die vielfältigen Verdienste des Standespolitikers, darunter zwischen 1993 und 1994 auch die Tätigkeit als Vorstandsvorsitzender des Verbands, durch die Verleihung des Goldenen Ehrenzeichens.

Laura Ehrler M.A., München

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

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

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 Zeitungsbezugspreisgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0
Fax: +49 2234 7011-255 oder -515
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Medizinische und Zahnmedizinische Fachkommunikation:

Norbert Froitzheim
E-Mail: froitzheim@aerzteverlag.de

Produktmanagement:

Christina Hofmeister
Tel.: +49 2234 7011-355
E-Mail: hofmeister@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 Industrieanzeigen:

Verkaufsgebiete Nord/Ost: Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,
Mobil: +49 172 3103383

E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Mitte: Dieter Tenter

Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775,
Mobil: +49 170 5457343

E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Süd: Ratko Gavran

Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414,
Mobil: +49 172 2413276

E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

Herstellung:

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

Datenübermittlung Anzeigen:

ISDN +49 2831 396-313, +49 2831 396-314

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 52, gültig ab 1. 1. 2010.

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2010:

Druckauflage: 84 933 Ex.

Verbreitete Auflage: 83 387 Ex.

100. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Wolfgang Freesmeyer ist tot

Am 22. Oktober 2010 verstarb, kurz nach Vollendung seines 66. Geburtstages, Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeyer. Wenn jemand seinem Beruf mit Leidenschaft nachging und darin eine Kapazität war, dann vergisst man oft, dass dieser Fachmann auch und vor allem ein Mensch gewesen ist. Bei Wolfgang B. Freesmeyer wird das niemand vergessen, denn auch wenn sein Name untrennbar mit der Prothetik und der Funktionstherapie verbunden ist, wird allen, die je seinen Weg kreuzten und näher mit ihm zu tun hatten, sehr gegenwärtig bleiben, dass Wolfgang B. Freesmeyer in erster Linie ein besonderer Mensch war. Geboren am 17. September 1944 in Meiningen, verbrachte er seine Jugend in Thüringen und studierte von 1965 bis 1970 Zahnmedizin in Jena, wo er bis 1974 auch Assistent der prothetischen Abteilung war. Es folgten durchaus wechselvolle und bedrückende Jahre in der DDR, bevor Wolfgang B. Freesmeyer 1978 als wissenschaftlicher Angestellter der prothetischen Abteilung der Universität Tübingen seine Laufbahn fortsetzen durfte. Nach seiner Habilitation im Jahre 1985 war er Leitender Oberarzt und stellvertretender Direktor der Abteilung; 1991 wurde er zum Außerplanmäßigen Professor ernannt. Im Jahre 1992 folgte Wolfgang B. Freesmeyer dem Ruf auf den Lehrstuhl für Zahnärztliche Prothetik der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der FU Berlin; nach der Fusion der Berliner Universitätsmedizin war er Direktor der Abteilung für Zahnärztliche Prothetik, Alterszahnmedizin und Funktionsleh-



Foto: privat

re. Wolfgang B. Freesmeyer erhielt für seine wissenschaftlichen Arbeiten mehrere Preise, unter anderem 1986 den Miller-Preis der DGZMK. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen und diverser Lehrbücher; mehr als 100 von ihm betreute Doktoranden werden sich gerne an ihn erinnern. Es verwundert nicht, dass Wolfgang B. Freesmeyer viele Jahre als Vorsitzender sowie Präsident unterschiedlicher Gesellschaften (Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft in der Zahnmedizin“ der DGZMK, Verein der Freunde und Förderer der Zahnmedizin an der Freien Universität Berlin, Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK) tätig war. Er bestach in allen Ämtern neben grundlegender Sachkenntnis und einem ausgeprägten Pflichtbewusstsein vor allem durch seine beeindruckende Menschlichkeit und seinen tiefgründigen Humor. Im Rahmen der Akademie „Praxis und Wissenschaft“ hat er sich durch zahlreiche Kurse und Fortbildungsreihen um die Weiterbildung der zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Bereich der Funktionslehre verdient gemacht.

Unermüdetlich war auch sein Einsatz für die Berliner Zahnmedizin. Über viele Jahre war das von ihm mit Hingabe organisierte

Wilmersdorfer Symposium ein fester Bestandteil der Berliner Fortbildungslandschaft. Von 1993 bis 1995 war er Prodekan des Fachbereichs Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Freien Universität Berlin; von 1995 bis 2007 Geschäftsführender (beziehungsweise Stellvertretender) Direktor der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin.

Wolfgang B. Freesmeyer war für seine Mitarbeiter stets ein sehr sympathischer und äußerst liberaler Vorgesetzter, der mit großer Fairness und visionärer Weitsicht zu fördern wusste. Mit ihm geht ein großartiger Kollege und Freund verloren. Wir werden ihn für immer in unseren Herzen und Erinnerungen bewahren.

*Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa
im Namen der Kollegen und
Mitarbeiter des CharitéCentrums 3
für Zahnmedizin*

Manfred Grub wurde 70

Am 30. Oktober 2010 vollendete der Präsident der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Saarland, Sanitätsrat Dr. Manfred Grub, sein 70. Lebensjahr. Von 1969 bis Ende 2006 in Losheim am See als Vertragszahnarzt in eigener Praxis niedergelassen, begann er seine Tätigkeit im Vorstand der KZV Saarland im Jahr 1975. Als Präsident führt Dr. Grub die Körperschaft der Zahnärzte im Saarland seit 1993 ununterbrochen. Darüber hinaus bekleidet er zahlreiche Ehrenämter in den Selbstverwaltungsorganen der Zahnärzteschaft auf Landes- und Bundesebene sowie in der Ärzteschaft des Saarlandes. So war er neben seiner Tätigkeit für die KZV mehr als zehn Jahre Mitglied des Vorstandes und stellvertretender Vorsitzender der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte – und jahrzehntelang Mitglied im Verwaltungsrat des gemeinsamen Versorgungswerkes der Ärzte und Zahnärzte im Saarland. Sanitätsrat Dr. Grub ist seit 1991 Mitglied der Vertreterversammlung der KZBV und deren stellvertre-



Foto: privat

tender Vorsitzender seit 2005. Die Zahnärzteschaft ehrte ihn für sein berufspolitisches Wirken mit der Verleihung der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft bereits im Jahr 1985. Die erfolgreiche Arbeit von Dr. Manfred Grub und seine gesellschaftlichen Verdienste wurden auch von der Politik durch die Verleihung des Titels „Sanitätsrat“ im Jahr 2001 und des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2005 gewürdigt und anerkannt.

*Peter Schuler, Stellvertretender
Vorsitzender der KZV Saarland*

- 3M Espe AG**
Seite 21 und 35
- American Dental Systems GmbH**
Seite 47
- APW Akademie Praxis & Wissenschaft**
Seite 127
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 145
- Beycodent Beyer + Co GmbH**
Seite 119
- Busch & Co KG**
Seite 93
- Champions-Implants GmbH**
Seite 39
- Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG**
Seite 9, 61 und 89
- CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH**
Seite 69
- DAMPSOFT Software-Vertriebs GmbH**
Seite 109
- Dentaid GmbH**
Seite 133
- Dental Magazin**
Seite 125
- Dentalpoint Germany GmbH**
Seite 113
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 13
- Dentsply De Trey GmbH**
4. Umschlagseite
- Dentsply Friadent**
Seite 99 und 103
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 7
- DGP e.V.**
Seite 121
- DGZI e.V.**
Seite 117
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 33 und 59
- Doctorseyes GmbH**
Seite 104
- Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG**
Seite 83
- Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG**
Seite 77
- Dürr Dental AG**
2. Umschlagseite
- Dux Dental BV**
Seite 111
- Euronda Deutschland GmbH**
Seite 123
- Financière de Participation**
Seite 95
- Hager & Werken GmbH & Co. KG**
Seite 19
- ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**
Seite 51
- IMEX Dental + Technik GmbH**
Seite 23
- Instrumentarium Dental GmbH**
Seite 73
- INTER Versicherungen**
Seite 101
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 87
- Kaladent AG**
Seite 145
- KaVo Dental GmbH**
Seite 4, 5 und 29
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 31 und 71
- Kuraray Europe GmbH**
3. Umschlagseite
- mectron Deutschland Vertriebs GmbH**
Seite 37
- Medentis Medical GmbH**
Seite 81
- orangedental GmbH & Co.KG**
Seite 45
- Permadental Zahnersatz**
Seite 15
- Pharmatechnik GmbH & Co. KG**
Seite 25
- R-dental Dental-erzeugnisse GmbH**
Seite 105
- Semperdent Dentalhandel GmbH**
Seite 65
- SIRONA Dental Systems GmbH**
Seite 55
- Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine**
Seite 143
- Sun Dental Laboratories GmbH**
Seite 107
- SUPERMAX Deutschland GmbH**
Seite 53
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 129
- Ultradent Dental-medizinische Geräte GmbH & Co. KG**
Seite 17
- Ultradent Products USA**
Seite 91
- Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co.KG**
Seite 27
- Voco GmbH**
Seite 75
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 79
- youvivo GmbH**
Seite 11
- ZM-Jahresband**
Seite 135
- 4-seitiger Einhefter Protilab**
zw. Seite 48 und 49
- 2-seitiger Einhefter Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung**
zw. Seite 96 und 97
- Vollbeilagen F1 Dentalsysteme Deutschland GmbH**
Gaba GmbH
Plan International Deutschland e. V.

Firmenportrait W&H

Global Player mit traditionellen Wurzeln

Als weltweit ältester Hersteller dentaler Übertragungsinstrumente feiert W&H in diesem Jahr seinen 120. Geburtstag. Ein guter Anlass, die Geschichte des Unternehmens genauer zu betrachten.

Als die Berliner Feinmechaniker Weber und Hampel im Jahr 1890 das Dentalwerk W&H gründeten, starteten sie mit einer cleveren Geschäftsidee: Sie produzierten die ersten mechanisch betriebenen Hand- und Winkelstücke für Zahnärzte und brachten damit frischen Wind in die Dentalbranche. Ob sie geahnt haben, dass aus dem Lüftchen ein starker Rückenwind werden würde, der das Unternehmen 120 Jahre später noch vorwärts treibt? Heute gehört W&H zu den weltweit führenden Herstellern zahnmedizinischer Übertragungsinstrumente und wartet mit einer großen Produktpalette auf. Sie umfasst Instrumente und Geräte für die Restauration und Prothetik sowie für die Endodontie, außerdem für die Oralchirurgie, Implantologie, Prophylaxe, Parodontologie, für den Hygiene- und Pflegebereich und für Dentallabore.

Seit 1958 in Familienbesitz

Die Erfolgsstory des Unternehmens basiert auf einer Kombination aus glücklichen Fügungen und den richtigen Entscheidungen am richtigen Ort. Nachdem W&H in den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts ein Teil von Degussa wurde, siedelte es im Jahr 1944 von Berlin nach Bürmoos in Österreich. Im März 1946 setzten die Alliierten Konsul Dipl.-Ing. Peter Malata als

Die Produktionsstätte links in den ersten Jahren und rechts heute sowie das repräsentative Hauptgebäude in Bürmoos, Österreich



Unternehmensverwalter ein. Im Jahre 1958 ging das Unternehmen in den Besitz der Familie Malata über und blieb es bis heute. Da das Unternehmen stetig wuchs, war bereits 1960 die erste Erweiterung notwendig, 1969 folgte ein weiterer Neubau. Während sich die ersten Jahre vor allem auf den österreichischen und deutschen Markt konzentrierten, dachte Konsul Malata frühzeitig über die Grenzen hinaus und knüpfte Geschäftsbeziehungen zu anderen Ländern. Schritt für Schritt wurde W&H internationaler und heute ist der Export das Standbein: 95 Prozent der Produkte gehen in über 90 Länder, vor allem nach Europa, Russland und in die USA.

Eigenverantwortung in flexiblen Teams

Bereits 1984 holte Konsul Malata seinen Sohn, Dipl.-Ing. Peter Malata, in die Geschäftsführung. 1996 übernahm dieser die Geschäfte von seinem Vater, der sich 1999 endgültig zurückzog. Malata junior brachte innovative Ideen ein und krepelte die zuvor traditionellen in teamorientierte Strukturen um: „Nur miteinander kann man etwas bewegen, und vom Erfolg sollen alle Beteiligten profitieren“, sagt er. In mittlerweile rund 80 Teams arbeiten die Mitarbeiter eigenverantwortlich, aber mit klaren Zuständigkeitsbereichen. Die Säulen dieses Kon-



zeptes sind eine gut funktionierende interne Kommunikation sowie ein umfassendes Aus- und Weiterbildungssystem. Herzstück ist ein Produktionsprozess, der sich konsequent am tatsächlichen Kundenbedarf ausrichtet. Dazu wird an einem Arbeitstag der Kundenbedarf montiert. Durch dieses Sell&Call-Prinzip konnte das Fertigprodukt-

lung, 30 Prozent des Umsatzes stammen aus Produkten, die maximal drei Jahre alt sind. Aus der internen Ideenschmiede gingen bereits etliche Pionierleistungen hervor. Beispielsweise entstand dort 1979 die erste Druckknopfspannung, die für einen sekundenschnellen Wechsel und eine sichere Haltung des Bohrers sorgt. 1985 entwickelte

LED+: Dabei handelt es sich um einen adaptierten, hohen Farbwiedergabe-Index der LED-Instrumente.

People have Priority

„People have Priority“ – diese Firmenphilosophie gilt nicht nur für die Kunden,



Fotos: W&H, Bürmoos

lager eliminiert werden. Der Fokus auf Kundenorientierung, Eigenverantwortung und flexible Teamstrukturen hat sich als Erfolgsrezept entpuppt: 980 Mitarbeiter beschäftigt W&H inzwischen weltweit, davon 645 in Bürmoos. Dort und im italienischen Brusaporto entstehen die medizinischen High-Tech-Geräte. In Bürmoos entstand vor zwei Jahren eine neue Werkshalle, die die Gesamtproduktionsfläche auf rund 25 000 Quadratmeter erweiterte.

Kreative Ideenschmiede

Die zweite Besonderheit bei W&H ist die Konzentration auf Forschung und Entwick-

das Unternehmen ein Winkelstück, das erstmals eine Arbeitsgeschwindigkeit von 160 000 Umdrehungen pro Minute (Upm) erreichte, 1993 gelang eine Steigerung auf 200 000 Upm. Damit wurde präzises Arbeiten am Zahn erst möglich. Eine weitere Innovation ist der starke Labormotor mit 100 000 U/min, mit dem Zirkon leichter bearbeitet werden kann. 2007 überraschte W&H mit der Integration sterilisierbarer LEDs in rotierende Dentalinstrumente, 2009 kamen die Alegria Winkelstücke auf den Markt, die ihr eigenes taghelles, farbneutrales LED-Licht erzeugen. Ein Generator im Winkelstück dient dabei als autarke Energiequelle. Der jüngste Coup gelang 2010 mit

sondern auch für die eigenen Leute. Das Unternehmen fordert und fördert seine Mitarbeiter vom ersten Lehrlingstag an. Zehn Prozent der Belegschaft in Bürmoos besteht aus Lehrlingen, die insgesamt in sieben Berufen ausgebildet werden – darunter Mechatroniker, Zerspanungstechniker, Mediadesigner und Industriekaufmänner. 2003 wurde W&H als bester Lehrlingsausbildungsbetrieb des Bundeslandes Salzburg ausgezeichnet. „People have priority“ umfasst darüber hinaus ein ausgeprägtes soziales Engagement, das Dipl.-Ing. Peter Malata im Jubiläumsjahr nochmals verstärkte: Im Fokus steht das von SOS initiierte Familienstärkungsprogramm in Kakiri, Uganda, dessen Existenz dank der Unterstützung der Firma über zwei Jahre gesichert ist. Es hilft derzeit 480 armen und kranken Kindern aus 130 Familien und umfasst neben medizinischer Unterstützung die Sicherung der Ernährung und Bildungsmaßnahmen. Solche Projekte, Visionen und die Ausrichtung auf Innovationen zeichnen das Unternehmen aus – und stellen damit die Weichen auf eine weiterhin erfolgreiche Zukunft.

Dipl. oec. troph. Dorothee Hahne
Mozartstraße 9, 50674 Köln
www.hahne-redaktionsbuero.de



Typische Firmenprodukte:
Universalhandstück 1895,
die Turbo 60 aus dem Jahr
1960 und das Handstück
mit Druckkopfspannung
von 1979 (v.l.n.r.)

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 148

3M ESPE

Gut untersuchtes Lava Zirkonoxid



Weltweit erfreut sich Lava Zirkonoxid (3M ESPE) großer Beliebtheit. Das Renommee der Keramik wird durch die Ergebnisse von klinischen In-vivo-Studien sowie der In-vitro-Forschung aus einem Zeitraum von mittlerweile mehr als acht Jahren gestützt. Diese belegen, dass Lava Zirkonoxid nicht nur im Vergleich zu anderen Dentalkeramiken, sondern auch zu anderen Zirkoniumdioxiden in jeder Hinsicht überzeugt.

Die bei keramikgerechtem Design hohe Langzeitstabilität von Restaurationen aus Zirkoniumdioxid ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sie nicht bei dynamischer Kaubewegung einer Altersemüdung von bis zu 50 Prozent unterliegen. Auch durch das feuchte Mundmilieu bedingte Korrosionserscheinungen entfallen. Die langfristig hohe Biegefestigkeit der Hochleistungskeramik, deren Initialwert bei Lava Zirkonoxid > 1.000 MPa liegt, macht den Werkstoff zu einem wahren Allrounder.

3M ESPE
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Freecall: 0800 2753773
Freefax: 0800 3293773
www.3mespe.de
E-Mail: info3mespe@mmm.com

LinuDent

Zehn Jahre intelligente Software

LinuDent
powered by PHARMATECHNIK

Zehn Jahre Kompetenz in Zahnarztpraxen, zehn Jahre intelligente Praxissteuerung – LinuDent entwickelt seit dem Jahr 2000 Software für Zahnärzte und feiert sein zehnjähriges Jubiläum.

„Seit zehn Jahren sehen wir uns als zuverlässigen Partner der Zahnärzte, der ihnen zukunftsorientierte Lösungen für die täglichen Anforderungen in den Praxen bietet. Unsere anwenderfreundliche und moderne Soft-

ware wird in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Nutzergruppen ständig weiterentwickelt. Das bedeutet zukunftsorientierte Lösungen für die zahnmedizinische Praxis“, erklärt LinuDent Geschäftsleiter Holger Reinhoff. Eine weitere Stärke von LinuDent liegt im umfangreichen Servicenetz.

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.

Acteon

Knochenchirurgie, die tiefer geht

Für jede Knochenstruktur das richtige Design, für jede Schnitttiefe die richtige Länge: Mit den zwei neuen Chirurgieansätzen BS1 Slim und BS1 Long erweitert die Firma Satelec (Acteon



Group) ab sofort ihr Sortiment an Bone Surgery-Instrumenten für die Ultraschallgeneratoren Piezotome 2 und ImplantCenter 2. So stehen dem Zahnarzt ab sofort neben der BS1-Knochensäge noch zwei längere Designs zur Verfügung: BS1 Slim ermöglicht eine Schnitttiefe bis zu 9 mm, BS1 Long schneidet bis zu 15 mm tief – für mehr Präzision und Sicherheit in der Osteotomie, speziell bei einer dicken Kompak-

ta. Extrem dünn, lang und mit vier speziell geschärften Sägezähnen ausgestattet ermöglichen es die beiden neuen BS1-Chirurgieansätze, Knochenstrukturen mikrometergenau zu schneiden und herauszulösen.

Acteon Germany GmbH
Industriestr. 9
40822 Mettmann
Tel.: 02104 956510
Fax: 02104 956511
www.de.acteongroup.com
E-Mail: info@de.acteongroup.com

DENTAID

Für perfekte Interdentalpflege

Die Schmelzschicht an den Apikalflächen der Zähne ist dünn und damit empfindlicher gegenüber mechanischem Abrieb. Eine gereizte Gingiva verlangt eine behutsame Pflege. Kronen, Brücken und Implantate müssen schonend gereinigt, Entzündungen vorgebeugt werden. DENTAID hat daher ein Interdentalgel entwickelt, das diese Anforderungen berücksichtigt: interprox gel. Es enthält die antibakteriell wirkende Substanz Cetylpyridiniumchlorid (CPC) in einer hohen Konzentration (0,3 Prozent) und schützt so vor bakteriellen Entzündungen.

Bakterien, die sich gerne in Nischen des Interdentalraums ansiedeln, können zu Geruchsbil-

dung führen. Zinklaktat neutralisiert freie Schwefelverbindungen und führt zu einem frischen Atem. Natriumfluorid (1500 ppm) stärkt den Zahnschmelz der empfindlichen Apikalflächen gegen Karies. interprox gel enthält keinerlei Putzkörper, Alkohol oder Natriumlaurylsulfat.



DENTAID GmbH
Innstr. 34
68199 Mannheim
Tel.: 0621 842597-28
Fax: 0621 842597-29
www.dentaid.de
E-Mail: service@dentaid.de

VOCO

Hochviskoses Universal-Flow-Komposit

GrandioSO Heavy Flow, das neue hochviskose fließfähige universelle Nano-Hybrid-Füllungsmaterial, verfügt über einen sehr hohen Füllstoffgehalt (83 Gew.prozent) und eine besondere Stand-

festigkeit im Vergleich zu herkömmlichen Flow-Komposits. Damit empfiehlt es sich für Anwendungen, bei denen es gerade auf diese Qualitäten ankommt, wie zum Beispiel die Versorgung von Klasse-V-Kavitäten, Füllungen im Oberkiefer und dem Schienen von Zähnen in der Kieferorthopädie, Parodontologie und Traumatologie. Bei direkt in der Mundhöhle modellierten Komposit-Restaurationen bewirkt die höhere Viskosität ein einfacheres und stressfreies Legen der Komposit-Schichten bei ausgezeichneten Benetzungseigenschaften.



festigkeit im Vergleich zu herkömmlichen Flow-Komposits. Damit empfiehlt es sich für Anwendungen, bei denen es gera-

VOCO
Anton-Flettner-Straße 1-3
27472 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-0
Fax: 04721 719-169
www.voco.de
E-Mail: info@voco.de

Komet/Gebr. Brasseler

S-Diamanten mit längerem Arbeitsteil

Die bewährten S-Diamanten, die Komet/Gebr. Brasseler sowohl in typischen Formen für die Kavitätenpräparation als auch für die Kronenstumpfpräparation anbietet, gibt es in diversen Formen, Größen und Arbeitsteillängen. Komet bietet sie mit sechs, acht, zehn und jetzt auch mit zwölf Millimeter Arbeitsteillänge an. Der Grund: Immer mehr Menschen erfreuen sich im fortgeschrittenen Alter an den eigenen Zähnen, doch damit nimmt auch die Anzahl parodontal vorgeschädigter Zähne und längerer Kronen zu. Speziell bei den Frontzähnen, bei denen der Anwender typischerweise zu einem



S-Diamanten mit 10 mm Arbeitsteillänge greift, können bei parodontal vorgeschädigten Zähnen 12 mm gefordert sein. Doch egal welche Länge: Alle S-Diamanten ermöglichen ein effizientes Arbeiten, denn die Kombination aus strukturiertem Rohling und grobem Korn erlaubt einen schnellen und effektiven Materialabtrag bei verbesserter Kühlung.

Komet/Gebr. Brasseler
GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 05261 701-700
Fax: 05261 701-289
www.kometdental.de
E-Mail: info@brasseler.de

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

American Dental Systems

Keydent Clothing: Farbe für Ihre Praxis



Keydent ist ein Konzept, das für Exklusiv-Produkte von besonderer Qualität steht. So werden auch an die Praxis- und OP-Bekleidung hohe Ansprüche gestellt. Die farbige und leicht zu pflegende Keydent-Bekleidung zeichnet sich aus durch höchste Qualität. Keydent Clothing vereint frische Farben mit sehr guten Lichtechtheitswerten bei gleichzeitig langer Lebensdauer. Funktionalität im Detail und ge-

ringer Schrumpf sind selbstverständlich. Bei der Herstellung von Keydent-Bekleidung werden nur Materialien auf höchstem Qualitätsniveau verarbeitet, die unter dem Gewährleistungsprinzip ISO 9001 festgelegt sind. Zum Sortiment gehören Blusen, Hosen, OP-Mäntel, Patientenumhänge, Patienten-Lochtücher, OP-Tücher, Tischüberzüge und Schlauchüberzüge. Die Praxis- und OP-Bekleidung von Keydent ist erhältlich in den verschiedensten Größen und Farben. Die Kleidungsstücke können sterilisiert werden.

*American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
www.ADSsystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de*

Tokuyama

Von „Dental Advisor“ ausgezeichnet

Alljährlich zeichnet das amerikanische Fachmagazin „Dental Advisor“ empfehlenswerte Produkte mit seinen „Product Awards“ aus. In 2010 erhielt Tokuyama gleich in vier Kategorien diesen Preis.

Als Top-Produkt 2010 in der Kategorie Komposit wurde „Estelite Sigma Quick“ gekürt, das mit seinen sphärischen Füllstoffen einzigartige ästhetische Eigenschaften aufweist. Zudem wurde das Flow-Komposit „Flow Quick“ als bestes Produkt seiner Klasse ausgezeichnet. In der Kategorie der 7. Bonding Generation ist das „Bond Force“ laut Dental Advisor



das Material der Wahl und Gewinner des Product Awards 2010. Das Unterfütterungsmaterial „Sfreliner Tough“ komplettiert das Feld der Product Award Gewinner 2010.

*Tokuyama Dental
Deutschland GmbH
Siemensstr. 46
48341 Altenberge
www.tokuyama-dental.de
E-Mail: info@tokuyama-dental.de*

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

Straumann

Enge Lücken – schmale Zwischenlösung

Mit ihren schmalen Durchmessern eignen sich die neuen Provisoriums-Sekundärteile für das Straumann Bone Level Implantat ideal für enge Interdentalräume. Damit erweitern sie die Restaurationsmöglichkeiten von Einzelkronen und Brücken im Front- und Seitenzahnbereich. Laut Straumann können die Sekundärteile bis zu sechs Monate im Mund bleiben.

Bei verschraubten und zementierten Kronen sowie bei zementierten temporären Brücken kommen rotationsgesicherte Sekundärteile zum Einsatz. Nicht rotationsgesicherte Sekundärteile werden dagegen für ver-



schraubte temporäre Brücken verwendet.

„Patienten profitieren in jedem Fall, denn auf Bone Level Provisorien ist Verlass. Sie passen präzise, sind äußerst stabil und ästhetisch“, heißt es bei Straumann. Um auch das Weichgewebe auf die finale Versorgung vorzubereiten, werden für das Bone Level Implantat diverse Komponenten mit abgestimmten Emergenzprofilen angeboten.

*Straumann GmbH
Jechtinger Straße 9
79111 Freiburg
Tel.: 0761 45010
Fax: 0761 4501490
www.straumann.de
E-Mail: info.de@straumann.com*

DAMPSOFT

Karteikartenloses Arbeiten

Zahlreiche Zuhörer nahmen in einem regen Austausch an der OPTI-Vortragsreihe zum Karteikartenlosen Arbeiten (KKA) teil (Foto). Dabei wurde in einem aktiven Austausch mit den Teilnehmern auf Fragen wie: „Welche Sicherheiten bietet mir dieses neue System?“ oder „Was kommt im Zuge der Umstellung auf mich und mein Personal zu?“ eingegangen. Der wesentliche Konflikt besteht in der unterschiedlichen Nutzung der Karteikarten durch die Zahnärzte. Werden in der einen Praxis lediglich Leistungen eingetragen, werden in anderen Praxen alle Kommentare und die Krankenakte geführt. Um hier eine Einheit zu schaffen und einen jederzeit abrufbaren Informationsfluss entstehen zu lassen, werden von OPTI in Verbindung



mit DAMPSOFT Möglichkeiten geboten, um auf lange Sicht die Karteikartenschränke verschwinden zu lassen. Die Veranstaltungsteilnehmer bestätigten, dass das Verhältnis von Aufwand und Nutzen im vollen Maße rentabel ist.

*DAMPSOFT
Software Vertrieb GmbH
Vogelsang 1
24351 Damp
Tel.: 04352 917116
www.dampsoft.de*

Heraeus

Venus Diamond Masters entschieden

Heraeus hatte im Frühjahr Zahnärzte aus Europa und den USA zur Teilnahme an der internationalen Venus Diamond Masters Competition aufgerufen. Der Gewinner wurde jetzt auf dem 3. Heraeus Dental Symposium in Rom ausgezeichnet.

Der Gewinner der internationalen Venus Diamond Masters Competition heißt Dr. Fredrik Wennerlund.

„Zur Verbesserung der Okklusion habe ich die unteren Inzisalkanten etwas gekürzt und das Diastema unter Berücksichtigung des Goldenen Schnitts geschlossen. Die Form von Zahn 13 habe ich etwas verändert.“

Wennerlunds Fall sowie fünf weitere prämierte Fälle werden für die Präsentation in einem Venus Diamond Masters Booklet aufbe-



Der Gewinnerfall: Eine 45-jährige Patientin mit Diastema, kurzen Zähnen und suboptimaler Lachlinie (o). Finale Situation nach Restauration mit Venus Diamond: ein natürliches Lächeln.

Der niedergelassene Zahnarzt aus Ängelholm (Schweden) war dem Aufruf von Heraeus gefolgt, hochästhetische Venus Diamond Restaurationen einer international besetzten Jury aus Zahnärzten und Produktentwicklern vorzustellen. Er beeindruckte die Jury mit einem Diastemaschluss mit Frontzahnverlängerung unter Verwendung von Venus Diamond. „Mein Ziel war es, die Lachlinie des Patienten zu optimieren“, erklärt Wenner-

reitet. Auch drei deutsche Gewinner sind darunter: Andrea Piccone Davids und Delia van den Bosch, beide aus Münster, sowie Tobias Mache aus Berlin freuen sich über ein kostenloses Venus Diamond PLT Masters Kit im Wert von etwa 570 Euro.

*Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
www.heraeus-dental.de
E-Mail: info.dent@heraeus.com*

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

GlaxoSmithKline

Jetzt kann gewählt werden



Der 6. September 2010 war ein wichtiges Datum für GlaxoSmithKline (GSK): Zu diesem Zeitpunkt ist das Patent von Oral-B für die Bürstenköpfe ihrer elektrischen Zahnbürste abgelaufen. Nun ist der Markt frei, und GSK ist da – mit neuen Wechselkopfbürsten.

Dr.Best hat jetzt zwei verschiedene Wechselkopfvarianten für elektrische Zahnbürsten von

Oral-B auf den Markt gebracht. Eine Variante beruht auf der Zwischenzahn-Technologie, die von den Handzahnbürsten bekannt ist. In-vitro-Tests haben gezeigt, dass die Borstenenden in enge Zahnzwischenräume gelangen und auch den Zahnfleischrand reinigen. Bei der Variante „Hoch-Tief“ können Anwender zwischen den Härtegraden „weich“ und „mittel“ wählen.

Dr.Best will sich mit seinen Bürsten ein neues Marktfeld erschließen und nach eigenen Angaben für den Verbraucher „Wahlmöglichkeiten“ schaffen.

*GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
www.dr-best.de*

BEYCODENT-Verlag

Solarleuchten mit Bewegungssensor

Das Unternehmen Beycodent bietet Edelstahl-Solarleuchten mit LED-Licht in einer Auswahl unterschiedlicher Formen und Größen an.

Ob beispielsweise Schilder ausgeleuchtet, Hausnummern oder



Treppenstufen beleuchtet werden sollen – für jeden Verwendungszweck findet sich das passende Modell.

Die Montage der Leuchten ist besonders einfach, es wird kein Stromanschluss benötigt. Das Solarmodul lädt den Akku bei Tageslicht auf. Ein automatischer Helligkeitssensor schaltet die Lampe ein und wieder aus. Solarleuchten mit integriertem Bewegungsmelder leuchten bei Bewegung besonders hell.

*BEYCODENT-Verlag
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 920815
Fax: 02744 766
www.beycodent.de
E-Mail: service@beycodent.de*

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

Ivoclar Vivadent

Bewährtes System mit neuen Optionen

IPS Empress Direct Flow von Ivoclar Vivadent ist die fließfähige Variante des lichterhärtenden Nanohybrid-Komposits IPS Empress Direct. Beiden Konsistenzen liegt die gleiche Chemie zugrunde. Mit den drei Farben dieser Präparate können ästhetische Effekte im Frontzahnbereich

noch gezielter generiert werden: Dabei eignet sich Trans Opal zur Erzeugung eines Opal-Effekts, Trans 30 zur Erzeugung von Transluzenz im Inzisalbereich und Bleach XL zur Erzeugung von zum Beispiel Fluorose-Effekten. Dank der neuen ergonomischen Luerlock-Spritze und der 0,9 mm breiten Metallkanüle können Zahnärzte die Flowables punktgenau applizieren. IPS Em-



press steht seit rund 20 Jahren für Vollkeramik und hohe Ästhetik. Mit IPS Empress Direct wurde die Ästhetik der Keramik mit den Anwendungsvorteilen eines Komposits verbunden.

*Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2
FL-9494 Schaan
Tel.: 00423 2353535
Fax.: 00423 2353360
www.ivoclarvivadent.com
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com*

Permadental

Alternativversorgung für Bruxisten



Für Bruxismus-Patienten bietet der Zahnersatzhersteller Permadental seit kurzem eine alternative Versorgung an. Ästhetisch ansprechender als Vollgusskronen oder Metallkaufächen sind die transluzenten, vollaratomischen Zirkonkronen „Calypso Bruxist“, so Permadental. Dieses Eigenprodukt hat das Unternehmen neu in seine Angebotspalette aufgenommen.

Da dieser Kronen- und Brückenersatz aus einem Stück Zirkon ge-

fräst wird, ist kein zusätzliches Aufbrennen einer Glaskeramik notwendig. Bei einer so verblendeten Zirkonversorgung bestünde die Gefahr des sogenannten „Chippings“. Diese sei hier nicht gegeben.

Nach Meinung der Geschäftsführerin Sigrid Spitznagel, ist eine „Calypso Bruxist“ somit nahezu unzerbrechlich. Dank einer neuen CAD/CAM Technologie, mit der konstruiert und gefräst wird, sei keine zusätzliche Korrektur nach dem Sintern/Fräsen nötig.

*Permadental Zahnersatz
s-Heerenberger Str. 400
46446 Emmerich
Tel.: 02822 10065
www.permadental.de
E-Mail: info@permadental.de*

SHOFU Dental

Indikationserweiterung für Flowables



Mit der Produktlinie Beautifil Flow Plus stellt SHOFU Dental die Indikationserweiterung für Flowables auf den okklusionstragenden Seitenzahnbereich vor.

Beautifil Flow Plus steht in einer injektionsfähigen, aber absolut standfesten Variante „F00“ und einer moderat fließfähigen Variante „F03“ zur Verfügung. Beide können in den bekannten Flow-Indikationen, aber auch für die Füllungstherapie im Front- und

Seitenzahnbereich eingesetzt werden.

Als wesentliche Innovation ist die Freigabe dieser Flowables für okklusionstragende Klasse-I- und -II-Restaurationen anzusehen. Die physikalische Basis für diese Indikationserweiterung sind die gegenüber dem klassischen Beautifil Flow um mehr als 50 Prozent erhöhte Dehngrenze und um fast 30 Prozent erhöhte Biegefestigkeit sowie ein Elastizitätsmodul von 8,5 (F00) bzw. 8,4 GPa (F03).

SHOFU Dental GmbH
Am Brüll 17
40878 Ratingen
Tel.: 021028664-0, Fax: -65
www.shofu.de
E-Mail: info@shofu.de

ROOS Dental

Reparatur mit Hol- und Bringservice

Für defekte Geräte und Instrumente stellt ROOS Dental einen Reparaturservice zur Verfügung. Mit einem Erfahrungsschatz von fast vierzig Jahren bietet die Fachwerkstatt einen zuverlässigen, schnellen und preiswerten Service an. Das Unternehmen holt die defekten Geräte und Instrumente kostenfrei in der Praxis ab. Nach einer sorgfältigen Prüfung zur Fehlerdiagnose durch zertifizierte Techniker unterbreitet ROOS Dental vorab immer einen Kostenvoranschlag. Das Gerät wird gewissenhaft demontiert, repariert und montiert. Zusätzlich gibt es stets eine gründliche Reinigung inklusive Probelauf und Endprüfung mit sechs Monaten Garantie auf die durchge-



Ihr Team von Roos-Dental

führte Reparatur. Für die Zeit der Reparatur werden Aushilfsgeräte zur Verfügung gestellt. Sollte eine Reparatur unwirtschaftlich sein, unterbreitet das ROOS-Team (Foto) ein Angebot über ein Neugerät.

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



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 7. 12. 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** – Gut untersuchtes Lava Zirkonoxid (S. 142)
- Acteon** – Knochenchirurgie, die tiefer geht (S. 142)
- American Dental Systems** – Keydent Clothing (S. 144)
- BEYCODENT** – Solarleuchten mit Bewegungssensor (S. 146)
- DAMPSOFT** – Karteikartenloses Arbeiten (S. 144)
- DENTAID** – Für perfekte Interdentalpflege (S. 142)
- GlaxoSmithKline** – Jetzt kann gewählt werden (S. 146)
- Heraeus** – Venus Diamond Masters entschieden (S. 145)
- Ivoclar** – Bewährtes System mit neuen Optionen (S. 146)
- LinuDent** – Zehn Jahre intelligente Software (S. 142)
- Komet/Gebr. Brasseler** – Längere S-Diamanten (S.143)
- Permamental** – Alternativversorgung für Bruxisten (S. 146)
- ROOS Dental** – Reparatur mit Hol- und Bringservice (S. 147)
- SHOFU** – Indikationserweiterung für Flowables (S. 147)
- Straumann** – Enge Lücken – schmale Zwischenlösung (S. 144)
- Tokuyama** – Vom „Dental Advisor“ ausgezeichnet (S. 144)
- VOCO** – Hochviskoses Universal-Flow-Komposit (S. 143)

Betrugsvorwürfe bei ApoBank

Vorstände entlassen – Neustart im Blick

Der Aufsichtsrat der Bank hat die zwei Vorstandsmitglieder Stefan Mühr und Claus Verführt von ihren Ämtern enthoben. Als Nachfolger ist bereits der bisherige Generalbevollmächtigte der Bank, Thomas Siekmann, in den Vorstand berufen worden. Bernd Span, bisher Vorstandssprecher der Oldenburgischen Landesbank, soll ebenfalls in den Vorstand nachrücken. Damit reagierte der Aufsichtsrat der ApoBank auf staatsanwaltliche Ermittlungen um Betrugsvorwürfe.

Auch beschloss das Aufsichtsgremium mit dem Vorstandssprecher Herbert Pfennig Maßnahmen zur lückenlosen Aufklärung der erhobenen Vorwürfe. Ziel sei es, so die Bank, „alle Vorfälle in Abstimmung mit der Staatsanwaltschaft

und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zu klären, eventuelle Missstände zu beseitigen so-

wie zusätzliche Kontrollmechanismen zu installieren und die Präventionsmaßnahmen zu optimieren“. Zudem setzt die Bank eine unabhängige Untersuchungskommission ein, die sich aus internen und externen Wirtschaftsprüfern, Juristen und Bankfachleuten zusammensetzt und die insbesondere die Einhaltung sämtlicher gesetzlichen Vorschriften und der internen Compliance unter die Lupe nehmen soll.

Nach bereits internen Untersuchungen in der Bank deuten die ersten Ergebnisse darauf hin, „dass sich einzelne Vorstandsmit-

glieder und Mitarbeiter nicht korrekt verhalten haben und unter Verdacht stehen, unerlaubt persönliche Vorteile erhalten zu haben“. Vorstandssprecher Pfennig sagte, es gäbe einen Anfangsverdacht gegen Stefan Mühr sowie die beiden Vertriebsleiter Markus Herzig und Jürgen Grabensee. Bei Herzig und Grabensee habe Verfürth, der für sie personell verantwortlich war, „bestimmte Dinge nicht verhindert“, so Pfennig. Hintergrund der Vorwürfe ist eine mutmaßliche Betrugsaffäre in Leipzig: Im Bereich Kapitalanlagen kooperiert dort die ApoBank mit Medicon, einer hundertprozentigen Tochterfirma des Unternehmens Licon. Licon saniert denkmalgeschützte Altbauten, Medicon kümmert sich als Tochtergesellschaft

um den Vertrieb. Wegen des Verdachts auf gewerbs- und bandenmäßiger Untreue sowie Steuerhinterziehung waren drei Licon-Manager verhaftet worden. Die ApoBank hat seit 2008 eine Kooperationsvereinbarung mit Medicon und stellt bei Bedarf die Erwerberfinanzierung zur Verfügung. Dafür erhalte die Bank „eine marktübliche Provision“, so die ApoBank. Vorstandssprecher Pfennig unterstrich, dass nach bisherigem Erkenntnisstand keine Fälle bekannt seien, in denen Kunden, die Licon-Immobilien erworben haben, Schaden erlitten hätten. Kunden können sich per Telefon 0800-5998900 an ihre Berater, und per Mail fragenzumedicon@apobank.de direkt an die Bank wenden. sg



Foto: ApoBank

Nachrichten in zm 19/2010, S. 12

Erratum

Im Heft 19/2010 wurden im Beitrag „Beitragsbemessungsgrenze soll sinken“ leider falsche Angaben gemacht. Ein Angestellter kann die GKV 2011 verlassen, wenn er mehr als 49 500 Euro verdient hat – und nicht wie angegeben bereits ab 44 550 Euro. Die ausschlaggebende Versiche-

rungspflichtgrenze wurde vom Kabinett mit Beschluss vom 13. Oktober 2010 festgesetzt. Bei den erwähnten 44 550 Euro handelt es sich um die davon unabhängig festgesetzte Beitragsbemessungsgrenze. Die Verordnung bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates. zm

EU

Kassen sollen Arzt direkt zahlen

Das EU-Parlament will Arztbesuche im Ausland erleichtern. Nachdem die EU-Gesundheitsminister im Sommer entschieden hatten, das Recht auf freie Arztwahl grenzüberschreitend in ganz Europa in einer Richtlinie zu verankern, forderte der Gesundheitsausschuss jetzt weitere Zugeständnisse. Wer unter einer seltenen Erkrankung leidet, soll

für eine Diagnose im Ausland dann keine vorherige Genehmigung von seiner Kasse brauchen. Außerdem will man in der EU erreichen, dass Patienten im Ausland nicht in Vorkasse gehen müssen, berichtet die „Financial Times“. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte das Recht auf Patientenmobilität in zahlreichen Urteilen angemahnt: Wer sich im Urlaub ambulant verarztet lässt oder gezielt für eine schwierige Operation ins Ausland fährt, muss die Kosten von seiner Kasse ebenso erstattet bekommen wie zu Hause. In der Praxis haben EU-Bürger allerdings oft Mühe, ihr Geld zurückzubekommen. Parlament und Regierungen wollen sich bis Jahresende einigen. ck



Foto: cameraraw - Fotolia

2011

DAK schließt neue Rabattverträge ab

Zum 1. Januar 2011 schließt die DAK neue Rabattverträge für weitere Arzneimittel-Wirkstoffe ab, darunter Antibiotika und Medikamente zur Behandlung von Bluthochdruck und Asthma. Die neuen Verträge haben ein Um-

satzvolumen von 125 Millionen Euro und mit rund 46 Herstellern für eine Laufzeit von zwei Jahren vereinbart. Vergangenes Jahr standen bei der DAK Arzneimittel mit 3,1 Milliarden Euro auf Platz zwei der Ausgaben. ck/pm

Zwangsrabatt**Apotheker sollen mitsparen**

Die schwarz-gelbe Koalition will die 21 500 Apotheker offenbar jetzt doch direkt mit einem dreistelligen Millionenbetrag an den geplanten Einsparungen im Gesundheitswesen beteiligen. Wie die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (FAZ) unter Berufung auf Kreise der Regierungskoalition schreibt, seien die betroffenen Interessenverbände in die Einigung der Fachpolitiker einbezogen worden. Demnach soll der Zwangsrabatt, den Apotheker gesetzlichen Kassen auf ihre Kas-



Foto: Victoria P. - Fotolia

sengebühr von 8,10 Euro je Rezept gewähren müssen, von heute 1,75 ab Januar auf zwei Euro angehoben werden. Unter dem Strich sollen die Apotheker den Kassen damit 170 Millionen Euro weniger in Rechnung stellen. Bei einer weiter steigenden Zahl abgegebener Medikamentenschachteln könnte der Betrag entsprechend steigen. Im Gegenzug werde der Sparbeitrag des pharmazeutischen Großhandels auf 180 bis 190 Millionen Euro annähernd halbiert, schreibt die Zeitung. Die Neuerungen sollen in das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (Amnog) einfließen, das das Parlament am 12. November zusammen mit dem Gesetz zur Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beschließen soll. mp/dpa

Prävention**Rösler will gezielte Strategie**

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will nach jahrelangen Debatten eine neue Initiative für mehr Gesundheitsvorsorge in Deutschland starten. „Dazu braucht es kein neues Präventionsgesetz, wohl aber eine schlüssige Präventionsstrategie“, sagte Rösler in Berlin.

Im Kern sollen niedergelassene Ärzte für Prävention besser bezahlt und die Gesundheitsvorsorge in deutschen Unternehmen gestärkt werden. Nicht nur Rückenübungen oder Lärm-schutz am Arbeitsplatz seien nötig. Rösler: „Es geht bei Prävention eben auch um ganz andere Sachen wie Arbeitsabläufe

und psychische Stärkung. Wir wollen nicht nur diejenigen erreichen, die heute schon Gesundheitskurse – von der Rückenschule bis zu Kochkursen – besuchen und sich um ihre Gesundheit kümmern“, sagte er. Besonders Hausärzte und Kinderärzte könnten eine zentrale Rolle spielen. Durch die 2011 anstehende Honorarreform solle „sprechende Medizin“ besser honoriert werden. „Dabei wollen wir auch die Prävention berücksichtigen.“ Zum Arbeitsleben meinte er: „Wir müssen Angebote schaffen, um seelischen Erkrankungen besser vorbeugen zu können.“ sf/dpa

KZBV-Vorstands-Vize Dr. Buchholz**Reformen bei Zahnärzten angemahnt**

Im Beisein von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) konnte der Stellvertretende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Günther E. Buchholz, bei einer Diskussion auf die aktuelle Budget-Problematik aufmerksam machen. Auf der Veranstaltung „Gesundheit zukunfts-fest gestalten“ der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) am 2. November 2010 in Berlin erläuterte er die für Zahnärzte und Patienten prekäre Lage aufgebrauchter Budgets im zahnärztlichen Bereich. Buchholz zeigte sich kritisch zur aktuell beschlossenen Finanzierungsreform



Foto: Marc Darchingier

des Gesundheitswesens durch die CDU/FDP-Koalition. Angesichts fehlender vollständiger Ost-West-Anpassung, versagter Aufhebung der Budgets und ausgebliebener Aktualisierung des zahnärztlichen Vergütungssystems könnte man auf den Gedanken kommen, dass die Zahnärzte beim Sparen zwar wiederentdeckt worden, bei der Reform aber außen vor geblieben seien. Buchholz äußerte die Hoffnung, dass die seit langem mit den Verantwortlichen aus der Politik konsentierten und von dort auch als dringend erforderlich anerkannten strukturellen Reformen in allernächster Zeit wieder aufgegriffen werden könnten. Gesundheitsminister Rösler zeigte sich gesprächsbereit. „Die Honorarreform steht auf der Tagesordnung“, sagte er. Zusätzlich nannte er die Kostenerstattungsregelungen und Öffnungsklausel als weitere Themen, über die zu reden sein werde. sg

PKV-Studie**Pro-Kopf-Laborkosten fünfmal höher**

Das Wissenschaftliche Institut der privaten Krankenversicherung (WIP) zeigt in einer aktuellen Studie, dass sich die Ausgabendifferenz zwischen GKV und PKV bei den Laborleistungen im ambulanten Sektor weiter vergrößert hat. Waren die Pro-Kopf-Laborkosten für Privatversicherte im Jahr 2004 bereits 4,2-mal höher als die für Kassenpatienten, habe sich dieser Unterschied 2008 um 19 Prozent auf das 5-Fache ausgeweitet. Diese Ausgabendifferenz zwischen PKV und GKV sei umso gravierender, weil es sich bei Laboruntersuchungen um

hoch technisierte, standardisierte und automatisierte Leistungen handele, die keinen Zusatznutzen, wie beispielsweise mehr Service oder mehr Qualität, enthielten. Da rund 80 Prozent der Laborleistungen von den auftraggebenden Ärzten in eigener Praxis erbracht werden, sei ein Grund für dieses Ergebnis auch im ökonomischen Anreiz zur Mengenausweitung zu sehen. Insgesamt unterstreiche die aktuelle WIP-Studie laut PKV-Verband die dringende Reformbedürftigkeit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). ck/pm

Teltower Kreis

„Gesundheit“ soll Schulfach werden

„Gesundheit“ soll zum Schulfach werden, forderte der Teltower Kreis auf einem Symposium am 4. November in Berlin. Eine Bildungsoffensive könne gesundheitlichen Defiziten vorbeugen. Je höher der Bildungsstand, desto stärker sei das Interesse an gesundheitlichen Themen wie Ernährung, Bewegung und gesundheitsbewusstem Verhalten. „Wir brauchen eine breite gesellschaftliche Diskussion, ob bereits in der Schule das Thema „Gesundheit“ umfassend angeboten werden sollte, um dadurch die Grundlage für eine gesündere Lebensweise zu legen. Das wiederum hätte positive Auswirkungen



Foto: Johann Goodyear

gen auf die Ausgaben im Gesundheitswesen insgesamt“, erklärte Rainer Holldorf, Sprecher des Teltower Kreises. Auch Sylvia Canel MdB (FDP), setzte sich für eine frühzeitige Gesundheitsförderung ein. „Für die Entwicklung kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten ist es fundamental, dass Kinder frühzeitig mit anregenden Lernangeboten in Berührung kommen, die das Gesundheitsbewusstsein fördern und gesundheitsbewusstes Verhalten vermitteln.“ Für Dr. Wolfgang Gaissmaier, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, besteht erheblicher Verbesserungsbedarf bei der Darstellung und Übermittlung medizinischer Informationen für Patienten. Menschen sollten deshalb einen grundlegenden Umgang mit Unsicherheit und statistischen Informationen in der Medizin und darüber hinaus bereits frühzeitig lernen.

Der Teltower Kreis versteht sich als Ideenschmiede für neue, effektive Ansätze in gesundheitspolitischen Fragen. pr/pm

KZV-Wahlen

Weitere Ergebnisse

Die KZV-Wahlen gehen weiter. Zum Zeitpunkt des zm-Redaktionsschlusses waren folgende Wahlergebnisse bekannt:

■ Vorstandswahlen KZV Bremen: Für die Amtsperiode 2011 bis 2016 wiedergewählt worden sind der Vorsitzende Dr. Dirk Mittermeier und sein Stellvertreter Oliver Voitke.

■ Wahl zur VV der KZV Niedersachsen: Die Fraktion Zahnärzte

für Niedersachsen (ZfN) verfügt über 26 Sitze, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte über 24 Sitze.

■ Wahl zur VV der KZV Sachsen: Auf Platz ein liegt die Liste „Zahnärzte für Sachsen“ (34 Sitze), gefolgt von der Liste „Kieferorthopäden engagiert für Sachsen“ (vier Sitze) und Regionallisten (zwei Sitze). zm/pm

Bundeszahnärztekammer

Mehr Auszubildende zur ZFA

Die Anzahl neu abgeschlossener Ausbildungsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) ist in diesem Jahr im Vergleich zu 2009 leicht gestiegen, teilt die Bundeszahnärztekammer mit. Dies ist ein Trend, der sich bei den Freien Berufen insgesamt widerspiegelt. Bundesweit wurden bis zum 30. September



Foto: proDente e.V.

insgesamt 11 721 Ausbildungsverträge für ZFA neu abgeschlossen, davon in den alten Bundesländern 10 435 und in den neuen 1 286. Gegenüber dem Vorjahr gingen die Ausbildungszahlen damit trotz Wirtschafts- und Finanzkrise im Durchschnitt um 0,8 Prozentpunkte nach oben. Die Ausbildungsleistung gilt als Spiegel der wirtschaftlichen Konjunktur und reagiert sensibel auf gesundheitspolitische Entscheidungen. Laut BZÄK hat sie sich über die letzten fünf Jahre auf einem hohen Niveau stabilisiert.

mp/pm

■ Die zm werden darüber ausführlich berichten

Gesundheitsbranche

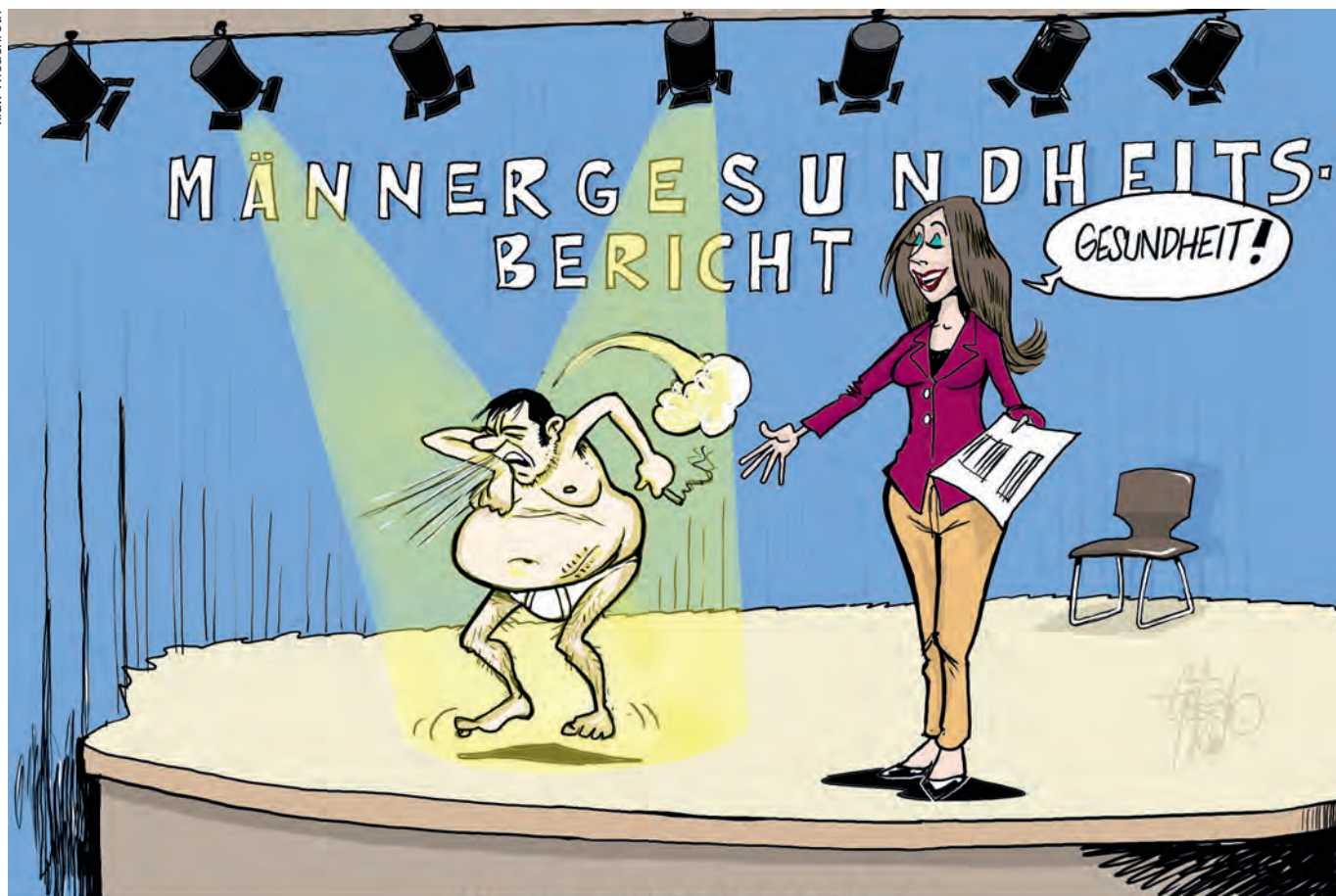
Wirtschaft hofft auf 60 000 neue Jobs

Der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) hält die Schaffung von 60 000 neuen Arbeitsplätzen in der Gesundheitsbranche im kommenden Jahr für möglich. Grund sind vor allem die Privatausgaben der Bürger für ihre Gesundheit, wie der DIHK nach einem Treffen mit Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) in Berlin mitteilte. Dazu zählen etwa Gesundheitstourismus, Wellness, gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote, Schönheitsoperationen, Massagen und Appetitzügler, die wegen mangelnden medizinischen Nutznachweises nicht von den Krankenkassen bezahlt werden. Der Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheitswirtschaft des DIHK, Ludwig Georg Braun, forderte mehr Möglichkeiten für

Versicherte, Leistungen aus diesem Segment zu kaufen. Rösler betonte: „Unser Ziel ist es, das Gesundheitswesen durch mehr Wettbewerb und Transparenz so umzusteuern, dass Wachstum und Beschäftigung bei steigenden Gesundheitsausgaben nicht gefährdet werden.“ Die Gesundheitswirtschaft hat den Angaben zufolge über 250 Milliarden Euro Umsatz. pr/dpa



Foto: MEV



Wiederentdeckt: Der Mann

Kolumne

Kammer machen

Vielleicht sollte der Gesetzgeber in manchen Fragen doch dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag das Feld überlassen. Ganz vollmundig hält der allein für das nächste Jahr die Schaffung von 60 000 zusätzlichen Arbeitsplätzen in der Gesundheitsbranche für möglich. Das Rezept, was vorschwebt, wird vom Bundesgesundheitsminister goutiert und ist denkbar einfach: Mehr Wettbewerb und Transparenz sollen das Gesundheitswesen so umsteuern, dass Beschäftigung und Wachstum trotz steigender Gesundheitskosten nicht gefährdet werden. Das hört sich doch gut an.

Also nichts wie ran an die Bewältigung des Ärztemangels: Gesundheitstourismus und Wellness statt

■ *Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de*

gut ausgerüsteter wohnortnaher Krankenhäuser, gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote statt Hausärzte auf dem Land. Schönheitsoperationen, Massagen und Appetitzügler statt fachmedizinischer Betreuung. Die Krankenkassen frohlocken, sie haben das eh im Portfolio. Und der Ärger mit den ewig auf Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen pochenden Ärzten und Zahnärzten erübrigt sich. Die sind nur noch für Fälle da, wo Not an Frau oder Mann ist. Kammer doch machen meint

Ihr vollkommener Ernst

Ihr vollkommener Ernst

Mutter als Geisel genommen

Ein junger Mann ist kürzlich verhaftet worden, weil er seine Mutter als Geisel genommen hat: Sie hatte es abgelehnt, seine Wäsche zu bügeln. Robert Edward Tyrrell aus Villa Rica im US-Bundesstaat Georgia ist bereits 29, lebt aber noch bei seinen Eltern. Als sich seine Mutter geweigert habe, die Hemden ihres Sohnes zu bügeln, habe Tyrrell ein Gewehr aus dem Schrank geholt, seiner Mama Schlüssel sowie Handy abgenommen und sie daran gehindert, das Haus zu verlassen. In einem unbeobachteten Moment ist der 51-Jährigen dann dennoch die Flucht geglückt. sg/ÄZ