



PKV auf falscher Spur

Verlagerung des
Gaumensegels

WikiLeaks
und die Folgen

Foto: vario images



■ Im Wintersport rät man davon ab, gut befahrbare Pisten mit ungesichertem Gelände zu tauschen. Auch dem PKV-System droht gesundheitspolitisch Lawinengefahr, so die Grenzen zum GKV-System auf breiter Front fallen.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wer sich in Gefahr begibt, kommt darin um? Was alttestamentarisch behauptet wurde, ist statistisch betrachtet sicherlich nicht ohne Ausnahme. Dass die privaten Krankenversicherer mit ihren Ambitionen, die Vorteile der gesetzgebenden GKV-Kostendämpfungsmaßnahmen auch für sich zu reklamieren, darüber nachgedacht haben, sollte man doch hoffen.

Unter Fachleuten gibt es aber durchaus die Auffassung, dass die PKV Gefahr läuft, auf diese Weise ihre spezifische Rolle im dualen Krankenversicherungssystem zu verlieren. Ob die privaten Krankenversicherer damit mittelfristig ihre Existenz in Frage stellen, ist sicher eine der spannendsten gesundheitspolitischen Fragen der nächsten Jahre.

Während früher immer die klare Abgrenzung der beiden Systeme propagiert wurde, fällt inzwischen auf, dass sich die PKVen ohne Skrupel in die GKV-Spur begeben, um die wenigen Rosinen des sogenannten Solidar-Systems auch für sich herauspicken zu können. Eigentlich erstaunlich, sind die Probleme des GKV-Systems doch allgegenwärtig und ganz offensichtlich.

Jüngstes, für Zahnärzte und Ärzte wohl folgenschwerstes Beispiel ist die Forderung, durch eine Öffnungsklausel den Privatversicherern ein zusätzliches Verhandlungsfeld im Selektivvertragswesen zu öffnen.

Damit würde die PKV ihre klassische Rolle als Versicherer verlassen und zum aktiven Steuerer im deutschen Gesundheitswesen avancieren.

Der inzwischen ganz offen propagierte Wechsel vom „Payer“ zum „Player“, so vermittelt der PKV-Verband zurzeit den Eindruck, ist den Versicherern das Risiko wert, ihr „einzigartiges Verkaufsargument“, nämlich sehr hohe, unbudgetierte Versorgungsqualität anbieten zu können, auf diesem Weg langfristig zu verlieren. Aber wer will dann warum noch in eine PKV?

Die Gesundheitspolitiker selbst diskutieren, egal aus welcher fraktionellen Ecke sie stammen, offen darüber, ob das Wohl und Wehe der medizinischen Versorgung tatsächlich zwei parallele Versicherungssysteme braucht. Die einen versuchen, das System Richtung staatlich kontrollierter Bürgerversicherung zu drücken, die anderen stellen sich eine Systematik nach niederländischem Vorbild mit Privatversicherern vor.

Dass die PKV diese wichtigen Unterschiede freiwillig opfert, weil man hofft, das Modell in eine Zeit zu retten, in der demografische

Veränderungen und medizinischer Fortschritt ohne Systemzusammenbruch bewältigt werden müssen, dürfte mittelfristig auch die Politiker irritieren, die bisher auf deren tragende Rolle gesetzt haben.

Mag der Sprung in für die PKVen ungesichertes Gelände auch kurzfristig das Gefühl neuer Freiheit vermitteln: Auf lange Sicht wird man die Ärzte und Zahnärzte, durch deren Leistungen man bisher gut überleben konnte, so sicherlich verlieren.

Mit freundlichen Grüßen



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: BZÄK-axentis.de/Titelfoto: Jan Greune-LOOK foto [M] A. Meinhardt

Zum Titel

Eine geschlossene Front bilden Zahnärzte, Ärzte und Patientenvertreter (hier bei einer gemeinsamen Pressekonferenz) gegen den Plan der PKV, den Korridor der GOZ-Honorierung durch eine Öffnungsklausel zu unterminieren. Ist die Private Krankenversicherung auf falscher Spur?

Seite 28



Foto: CC

Gesund alt werden ist ein konsentierter Wunsch. Dagegen wird der Mythos vom erfolgreichen Altern noch in der Alterssoziologie diskutiert.

Seite 22

Editorial 1

Leitartikel

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel und der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz geben einen Ausblick auf das Jahr 2011 6

Leserforum 8

Nachrichten 10

Die andere Meinung

Ärzte und PKV-Politik: Privatpatienten am Gängelband 16

Gastkommentar

Der Journalist Thomas Grünert über das ärztliche Berufsethos im Jahr 2011 18

Politik und Beruf

Grenzüberschreitendes Medizinstudium: Grünes Licht für Oldenburg 19

Expertenkongress in Berlin: Qualität ist Wettbewerbsfaktor Nummer eins 20

Bürgerversicherung: Aus Schwarz wird Rot 21

Gesundheit und Soziales

Alterssoziologie: Der Mythos vom erfolgreichen Altern 22

Titelstory

Krankenversicherungen: PKV auf falscher Spur 30

Zahnmedizin

 Der aktuelle klinische Fall: Alarmsymptom Verlagerung des Gaumensegels 32

Stellungnahme der DGPro: Kieferrelationsbestimmung 34

Medizin

Repetitorium: Morbus Fabry 42

Tagungen

DGCZ: Digitaltechnik erweitert den klinischen Einsatz 48

DGP: Paro-Mekka in Florenz 52

Rezensionen 55

Foto: Schmidt-Westhausen, Charité



Mit ihren Leitlinien zur Diagnostik und zum Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms will die zq zur besseren Früherkennung von Mundhöhlenkrebs beitragen.

Seite 86

Foto: CC



Wo soll man in unsicheren Zeiten sein Geld anlegen? Experten raten, einen kühlen Kopf zu bewahren und sich die verschiedenen Produkte genau anzuschauen.

Seite 68

Foto: MEV



Wie sich die Symptome der genetisch bedingten lysosomalen Speicherkrankheit Morbus Fabry unter Stress verschlimmern, erläutert das Repetitorium.

Seite 42

Veranstaltungen 56

Finanzen

Geldanlage in schwierigen Zeiten: Mut zur Gelassenheit 68

Bankenabgabe und Praxiswirtschaftlichkeit: Eigeninitiative ist gefragt 72

Kreditbedingungen: Schwer nachvollziehbar 74

Praxismanagement

Leistungsmanagement: Motivieren durch Überzeugen 76

Recht

Säumige Zahler: Die Rechte der Praxis 78

EDV und Technik

WikiLeaks und die Folgen: Regeln für die Revolution 80

Prophylaxe

Gesundheitsförderung bei Jugendlichen: Wenn der Rausch ruft 82

Persönliches 84

Impressum 85

Bekanntmachungen

Leitlinie der zq: Früherkennung von Mundhöhlenkrebs 86

Industrie und Handel

Neuheiten 90

Letzte Nachrichten 109

Zu guter Letzt 112



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Deutschlands Gesundheitssystem hat ein Jahr großer Versprechen und kleiner Reformen hinter sich. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts in der GKV (AMNOG) und das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) haben vor Ende 2010 den Bundesrat passiert.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler's Erstlingswerke haben vielleicht akut Kostenschübe innerhalb der GKV minimiert; wirkliche Arbeiten am System sind aber weitestgehend unterblieben. Vergessen darf man dabei eins nicht: Verglichen mit den Reformen anderer Regierungskonstellationen ist das zwar ärgerlich, aber nichts Außergewöhnliches: Die Politik vermeidet jenseits der Kostendämpfung jegliches Neuland. Die Lust auf weitere Reformen hält sich – über den akuten Bedarf der Kostendämpfung hinaus – deshalb bisher in den bekannten systemstabilisierenden Grenzen.

Wer aber angesichts der nicht zufriedenstellenden Erfahrungen der letzten Monate jetzt mit einem beruhigten „Das war's!“ in das neue Jahr starten will, wird wohl bald auf den Boden harter Tatsachen zurückgeholt. Philipp Rösler hat angekündigt, weitere Projekte anzugehen.

Jenseits der als Megavorhaben geplanten Pflegereform dürfte für uns Zahnärzte von existenzieller Bedeutung sein, ob der mögli-

cherweise schon im Januar veröffentlichte Referentenentwurf des BMG für eine neue GOZ neben neu referenzierten Einzelpositionen tatsächlich den Vorschlag zur Einführung einer Öffnungsklausel enthält. Dazu noch einmal in aller Deutlichkeit: Mit Deutschlands Zahnärzteschaft ist eine solche Öffnung zu einer von den PKVen bestimmten Discount-Zahnmedizin nicht machbar!

Die Debatte um das für dieses Jahr angekündigte Patientenrechtegesetz wird zeigen, inwieweit unsere Forderungen für bessere Bedingungen gerade auch im Bereich der Alters- und Behindertenbehandlung Unterstützung finden wird. Wir werden weiter mit aller Kraft daran arbeiten, dass das SGB V für das weitgehend ehrenamtlich geleistete Engagement der Zahnärzte endlich praktikable Lösungen bietet. Das ist ein Anspruch, den das von Philipp Rösler zum „Pflegejahr“ ausgerufene 2011 erfüllen muss.

Voran kommen muss die Bundesregierung in diesem Jahr auch mit ihren zuletzt auf dem Deutschen Zahnärztag in Frankfurt erneuerten Versprechen, das unsere noch offenen Forderungen nach Budget-Abschaffung, einer ausreichenden Angleichung der GKV-Vergütungen von Ost an West, aber auch der Einführung einer praxisgerechten Form der Kostenerstattung in der anstehenden Gesetzgebung endlich zum Tragen kommen. Ob das im Rahmen der

angedachten Strukturreform stattfinden wird, bleibt offen. Sicher ist, dass wir Zahnärzte hier keine Ruhe geben können.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler hat im vergangenen Jahr nach anfänglich hochgesteckten Zielen – trotz starker Anfeindungen sogar aus eigenen Koalitionskreisen – durchaus politische Teilerfolge verbuchen können. Ob sich die Einführung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages, der „kleinen Gesundheitsprämie“, perspektivisch als Meilenstein zu einer nachhaltigen Finanzierung unseres Gesundheitssystems erweisen wird, sei dahin gestellt. Zumindest hat es dazu geführt, dass das Bundesgesundheitsministerium dieser Legislatur weiter motiviert ist und es – anders als die vorangegangenen – nicht bei einer Gesundheitsreform belassen will.

Wir Zahnärzte werden diesen politischen Prozess beobachten und kritisch begleiten müssen. Wir werden nachhaken, wo unsere Interessen auf die lange Bank geschoben werden. Wir werden protestieren und mit Widerstand reagieren, wo zahnärztliche Interessen vollkommen obstruiert werden. All das müssen wir – ob auf Bundes-, Landesebene oder in den Praxen – gemeinsam tun. Ihnen, Ihrer Familie und Ihrem Team wünschen wir alles Gute, Glück und Gesundheit, aber auch Kraft und Erfolg für das Jahr 2011.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorstandsvorsitzender
der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung



Dr. Peter Engel
Präsident der
Bundeszahnärztekammer

Die andere Seite des Vorhangs

■ Zum Beitrag „Deutsche Spaltung und Wiedervereinigung: Ruin der freien Versorgung“ in zm 22/2010:

Dieser Text ist erstaunlich schwach! Schon die Überschrift passt nicht, denn es geht nur um Einzelschicksale dreier Professoren und nicht um den Ruin der freien Versorgung. Dann so ein handwerklicher Fehler: Halle (nicht in Thüringen sondern in der preußischen Provinz Sachsen gelegen) wurde schon im Juli 1945 von den Amerikanern geräumt. Als Reichenbach den Ruf aus Halle annahm, waren sie schon zwei Jahre lang weg. Und eine aus heutiger Sicht kleine Pingeligkeit: Wer früher „Westberlin“ anstelle von „West-Berlin“ schrieb, galt als Verräter an der deutschen Einheit (und spätes Opfer der SED-Propaganda).

Ich staune auch über den peinlichen verbalen Rückfall in die Rhetorik des Kalten Krieges: „Kulturkolchose der kommunistischen Herrschaft“, „Kultur-Kalfaktoren“, Rosenthal ein „SED-Mann“. Die einstigen NSDAP-Mitglieder Reichenbach und Harndt verschont man mit dem Analogon.

Es geht dann um die Beispielhaftigkeit der Zerstörung Reichenbachs wissenschaftlicher Karriere. Dabei wird vergessen, dass diese Karriere so gut gefördert wurde, dass Reichenbach einen Ruf nach München ablehnte, 1956 sogar Dekan wurde. Dass man ihn mit fast 65 Jahren zwangsweise emeritierte, ist sicher ein ungerechtes Ende einer

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

so produktiven Karriere. Angesichts der vielen gar nicht erst erlaubten Karrieren junger Wissenschaftler war es aber ein vergleichsweise weicher Fall, jedenfalls keine „Zerstörung [...] menschlicher und akademischer Lebensexistenz“. Die Reichenbachsche Karriere ist auch kein besonderes Beispiel „für die Spaltung der Kollegenschaft in einen östlichen und westlichen Teil“. Dies gilt wohl eher für die Nachfolgegeneration, die nie einen Weltkongress besuchen durfte. Und waren wirklich nur die drei Professoren Rosenthal, Hoffmann-Axthelm und Reichenbach die „führenden Protagonisten der Zahnheilkunde“ in den frühen DDR-Jahren? Ihr Verdienst ist unbestritten! Aber auch in Leipzig, Dresden, Jena und Rostock gab es damals herausragende Wissenschaftler und Zahnärzte, beispielsweise Reinmöller, Henkel,



Foto: zm-Archiv

Brückl, Streuer, Jarmer, Klammt. Unangenehm stößt ein feiner Zungenschlag bei der Beschreibung Rosenthals auf. Der war „schillernd“ und aufgrund einer „problematischen“ (ich meine: lebensrettenden!) Erklärung seiner Schwester kein offizieller Jude. Diese „Zeitgenossen“ hätten nur dank „ihrer Glätte“, „chamäleonhaften“ Anpassung und Vermeidung „jeglicher Konfrontation“ die Passage zwischen den Fronten geschafft. Was da mit einem zarten Hauch von Verachtung beschrieben wird, ermöglichte vielen Studenten erst ein

erträgliches Studium, die sonst unter die Fuchtel der Prinzipienfesten geraten wären. Wie viel einfacher hatten es doch Fritz Linnert und Erich Müller (Altona), sich die Einheit fortwährend ans Herz zu legen. Sie mussten sich nie im Interesse ihrer Kollegen, Patienten oder Studenten geistig verbiegen! Vielleicht sollte man diesen quälenden inneren Kompromiss auf der anderen Seite des Vorhangs auch als besondere Leistung würdigen?

Felix Blankenstein,
felix.blankenstein@charite.de

Abstimmung mit Füßen

■ Zum Beitrag „Ärztlemangel: Die neuen Diagnostiker in zm 22/2010:

Mit großem Interesse habe ich den oben angeführten Artikel in den zm gelesen und möchte dazu bemerken:

1. Jeder Staat hat das Gesundheitswesen, das ihm gebührt.
2. Es gilt der eherne und international gültige Grundsatz: „You get, what you pay for“ (Du kriegst das, wofür du bezahlst). Und wenn man nicht bereit ist, sehr viel mehr als bisher für den medizinischen Fortschritt (Motto: „Jedem alles!“), für die enorm gestiegene Lebenserwartung (für die insgesamt viel zu wenig an Beiträgen entrichtet worden ist) und für die in diesem Lande tätigen Ärzte zu bezahlen (dem Vernehmen nach verdient ein deutscher Arzt an drei Tagen am Wochenende zur Wahrnehmung des Notdienstes in England, dabei auf Kosten des englischen Staates ein- und ausgeflogen, mehr als er in Deutschland in einem ganzen Monat verdienen kann), dann wird auch alles He-

rumdoktern mit Einführung eines „Gemeindegurus“ zur angeblichen Behebung des Ärztemangels nichts helfen.

3. Der Zusammenbruch des Ostblocks mit seiner Planwirtschaft hat für jeden sichtbar und eindrücklich gezeigt, dass die Einführung einer Planwirtschaft („Budgetierung“) im Gesundheitswesen über die Mangelwirtschaft letztendlich zum Zusammenbruch des Systems führen muss. Man könnte aus der Geschichte lernen, aber weil man nicht aus der Geschichte lernt, wiederholt die Geschichte sich so oft.

4. Der rasant und dramatisch verlaufende Ärztemangel in Deutschland ist sicher nicht deswegen so, weil dieses Gesundheitswesen für Ärzte so gut ist. Letztendlich findet hier nur die berühmte berüchtigte „Abstimmung“ mit den Füßen statt: Die jungen Ärztinnen und Ärzte verschwinden in das Ausland, wo sie dort hochwillkommen sind. Das Ausland wiederum lacht sich über die Deutschen schlapp, die mit teurem Steuergeld hier die Ärztinnen und Ärzte für ihren „Auslandseinsatz“ ausbilden. Die alten Ärzte wiederum finden keinen Nachfolger mehr für ihre Praxen. Gleichermäßen gilt dies dem Vernehmen nach auch für namhafte Professoren, die Deutschland ebenfalls zugunsten des Auslandes den Rücken gekehrt haben. Diese Entwicklung konsequent zu Ende gedacht, wird dann dazu führen, dass sich der Patient hierzulande selber behandeln muss. Dann endlich wird die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen beseitigt und „die Wirtschaftlichkeitsreserven vollends ausgeschöpft sein“. Quo vadis, Deutschland?

Dr. Jochen Fabian, Königsberger
Straße 14, 42549 Velbert

Mittel für Kinder und Menschen mit Behinderung

AOK und KZV stärken Versorgung

Die KZV und die AOK Baden-Württemberg wollen die zahnmedizinische Vorsorge bei Kindern und Jugendlichen stärken. Dafür stellt die AOK 2011 mehr Finanzmittel für Prophylaxeleistungen zur Verfügung. Zudem werde die Versorgung behinderter Menschen weiter verbessert. KZV-Chefin Ute Maier zeigte sich erfreut über die Mittelerrhöhung seitens der AOK, denn: „Viele Zahnerkrankungen sind durch kontinuierliche Vorsorge vermeidbar. Für die jungen Versicherten der AOK Baden-Württemberg können die Zahnärzte nun verstärkt vorsorgende Leistungen erbringen.“ Dass sich Versäumnisse in der Pflege der bleibenden Kinderzähne auf das gesamte Leben auswirken, betonte Rolf Hoberg, Chef der AOK



Foto: AOK Medizindienst

Baden-Württemberg. „Deswegen muss besonders die Zahngesundheit dieser Altersgruppe gefördert werden.“ Im nächsten Jahr stellt die Krankenkasse daher über 23 Millionen Euro für Individual-Prophylaxeleistungen zur Verfügung. Auch die Betreuung von AOK-Versicherten mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen leben, werde durch einen Exklusivvertrag zwischen AOK und KZV in Baden-Württemberg 2011 weiterhin gefördert. Laut AOK kann diese Gruppe dadurch pro Jahr eine zusätzliche Entfernung harter und weicher Zahnbeläge kostenlos in Anspruch nehmen. Zweimal jährlich könne zudem eine Fluoridierung im Zusammenhang mit der Zahnsteinentfernung erbracht werden. „Damit können wir uns intensiver um die Betreuung von Menschen mit Behinderungen kümmern und Zahnfleischentzündungen und parodontale Schädigungen der Zähne reduzieren“, erläuterte Maier. ck/pm

Jahrbuch der Zahnmedizin

Deutscher Zahnärztekalendar 2011

Das Jahrbuch der Zahnmedizin ist rechtzeitig zum Jahreswechsel im Deutschen Zahnärzte Verlag, Köln, erschienen. Mit seinen 500 Seiten liefert es wieder als „Fibel“ für alle Zahnmediziner eine umfangreiche Adressensammlung aller Standesvertretungen, Kliniken auch aus dem deutschsprachigen Ausland. Einige grundlegende wissenschaftliche Beiträge, mit Blick über den Tellerrand

ergänzt durch aktuelle Zeitschriftenreferate und eine umfangreiche Bücherliste ergänzen das Kompendium, das in die Kitteltasche passt, aber trotz Web-Anschluss auch heute noch auf jedem Schreibtisch seinen Platz findet.. sp

*Deutscher Zahnärztlicher Kalender 2011
Das Jahrbuch der Zahnmedizin
Deutscher Zahnärzte Verlag 2011
ISBN 978-7691-3476-6
49.95 Euro*

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Provisionen bei PKV sind in der Kritik

Private Krankenkassen geraten wegen teils extrem hoher Provisionen für Versicherungsmakler unter Druck, die die Beiträge weiter in die Höhe treiben. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) kündigte in Bonn Prüfungen an. Im Durchschnitt sei die Höhe der Provisionen für Abschlüsse und die Abwerbung von Kunden spürbar gestiegen. Diese schlagen, so die BaFin, letztlich mit steigenden Prämien bei den Versicherten zu Buche. Die Geschäftsleiter der Unternehmen würden ihrer Verantwortung nicht gerecht, wenn sie mit Vermittlern und Maklern zusammenarbeiteten, die offensichtlich aus Profitstreben die Qualität der Beratung vernachlässigten, kritisierte die BaFin. In Einzelfällen lägen die Provisionen

weit über dem Durchschnitt. Nach Medienberichten können pro Abschluss hohe vierstellige Beträge an den Vermittler gehen. Im Fall frühzeitiger Vertragsstornierung sollten die Versicherer mit dem Makler eine Rückforderung der Provision vereinbaren, um den Anreiz zu nehmen, nur im eigenen finanziellen Interesse einem Kunden einen Wechsel zu empfehlen. Nach saftigen Aufschlägen im vergangenen Jahr steigen für viele Privatversicherte die Prämien auch Anfang 2011 wieder deutlich. ck/dpa



Foto: MEY

Krankenkassen

Ausgaben gestiegen

Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen hat sich trotz des Konjunkturaufschwungs in Folge gesteigener Ausgaben weiter verschlechtert. In den ersten neun Monaten dieses Jahres liegt der Überschuss nur noch bei 227 Millionen Euro, wie das Bundesgesundheitsministerium in Berlin mitteilte. Vor einem Jahr hatte das Plus noch bei 1,4 Milliarden Euro gelegen. Ohne die Zusatzbeiträge einiger Kassen wäre die gesetzliche Krankenversicherung bereits jetzt ins Minus gerutscht, hieß es. Das Ministerium verwies darauf, dass in den letzten drei Monaten 2010 mit einem stärkeren Ausgabenanstieg als in den Vorquartalen zu rechnen sei. Für das Gesamtjahr sei davon auszu-

gehen, dass die Zusatzbeiträge und weitere Einnahmen insgesamt nicht ausreichen werden, um die Lücke durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vollständig auszugleichen. Die Ausgabenzuwächse hätten sich jedoch abgeflacht, hieß es weiter. Die Ausgaben der Kassen für Leistungen insgesamt seien bis Ende September um 3,9 Prozent je Versichertem gestiegen. Im 1. Halbjahr habe das Plus noch bei 4,2 Prozent gelegen. Dem Ausgabenanstieg stand ein Zuwachs der Kasseneinnahmen – überwiegend Zuweisungen des Gesundheitsfonds – von 2,7 Prozent gegenüber. Dieses Plus resultierte vor allem aus einem höheren Bundeszuschuss. ck/dpa

Monitor der Bertelsmann Stiftung

Patienten kennen ihre Rechte nicht

Patienten in Deutschland sind noch nicht ausreichend über ihre Rechte im Gesundheitswesen informiert. Das geht aus dem aktuellen Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung hervor. Ein Wegweiser könnte das Patientenrechtegesetz sein, das derzeit im BMG geplant wird. Der Umfrage zufolge wissen gut 60 Prozent der Befragten kaum etwas über wichtige Patientenrechte. Zwar kennt die große Mehrheit der Bevölkerung das Recht auf freie Arztwahl (96 Prozent) oder die umfassende Aufklärungspflicht des Arztes (92 Prozent). Doch nur 38 Prozent wissen, dass der Arzt dem Patienten die Wahrheit

über die jeweilige Erkrankung sagen muss. Zudem gehen mehr als 40 Prozent der Versicherten fälschlicherweise davon aus, dass sie vom Arzt eine gezielte Lebensverkürzung verlangen können. Nur neun Prozent der Befragten wissen, dass sie bei einem Arztwechsel nicht die Herausgabe der Originalunterlagen verlangen können. 20 Prozent der Bevölkerung wissen nicht, ob sie Einsicht in die Behandlungsunterlagen verlangen können oder ob der Arzt die Angehörigen nur mit Zustimmung des Patienten über dessen Erkrankungen informieren darf. ck/pm

BÄK-Wahlen

Montgomery will kandidieren

Hamburgs Ärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery will für den Vorsitz der Bundesärztekammer (BÄK) kandidieren. Er ist bereits Vizepräsident der BÄK. Ärzte-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe wird sich aus Altersgründen nicht wieder zur Wahl

stellen. Als mögliche Gegenkandidaten gelten der Berliner Ärzte-Präsident Günther Jonitz sowie der Kammerpräsident Westfalen-Lippes, Theodor Windhorst. Montgomery wurde jetzt in Hamburg für weitere vier Jahre im Amt bestätigt. ck/dpa

Diabetes

Forscher suchen Kinder für Studie

Die „Forschergruppe Diabetes“ der TU München sucht für eine deutschlandweite Studie mit 1 500 Kindern, die an Diabetes leiden, noch Patienten. Die TEENDIAB-Studie soll sowohl die genetischen als auch die umwelt-

bedingten Faktoren identifizieren, die speziell in der Pubertät die Entstehung von Typ-1-Diabetes beeinflussen. Kostenlose Hotline: 0800-8284868, Mail: TEENDIAB@lrz.tu-muenchen.de thy

BLZK-Patientenbroschüren

Neue Flyer weisen Patienten den Weg

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) hat im Rahmen ihrer Arbeit rund um die Patientenberatung sechs Broschüren aufgelegt. Kompakt, verständlich und ansprechend gestaltet, behandeln die einzelnen Hefte Themen von „Prophylaxe“ über „Parodontitis“ und „Implantate“ bis hin zu den „Wechselbeziehungen zwischen Zähnen und Allgemeingesundheit“ nach neuestem Wissensstand. Alle Hefte sind als Ergänzung zum persönli-



chen Beratungsgespräch gedacht. Zudem hat die BLZK einen sechsseitigen Faltprospekt mit dem vollständigen Beratungsangebot der BLZK für Patienten aufgelegt. Die Broschüren sind in 25 Stück-Paketen à 15 Euro erhältlich. Der Flyer wird in 100 Stück-Paketen à fünf Euro abgegeben. sf/pm

*Ansprechpartner:
BLZK, Ulrike Nover
Telefon 089/ 72 480 200
unover@blzk.de*

Statistisches Jahrbuch der BZÄK

Verbrauch von Zahnpasta steigt

Der Pro-Kopf-Verbrauch von Zahnpasta, Zahnbürsten und Zahnseide ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Auch Zahnarztbesuche haben zugenommen, berichtet die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) mit Verweis auf ihr neues Statistisches Jahrbuch. Um auch größere

krankheitsbezogene, soziale und ökonomische Zusammenhänge aufzuzeigen, wurden neben den kontinuierlichen Erhebungen von Kammern, BZÄK, dem Institut der Deutschen Zahnärzte und den Statistiken der KZBV auch nationale und internationale Quellen verwertet. ck/pm



Foto: CC

■ Das Statistische Jahrbuch 2009/2010 kostet zehn Euro plus Versand und kann über die BZÄK online bestellt werden: www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen/statistische-publikationen/statistische-jahrbuch.html

Rheinland-Pfalz

Stein bleibt KZV-Chef

Die Delegierten der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz haben auf ihrer konstituierenden Sitzung in Mainz Sanitätsrat Dr. Helmut Stein als Vorstandsvorsitzenden einstimmig

wiedergewählt. Stellvertretender Vorsitzender wurde Dr. Michael Reinhard. Auch er war bereits in der letzten Legislaturperiode als KZV-Vorstand tätig. ck/pm

Krankenhausversorgung in Irland

Engpässe durch Winterwetter

Schnee und Eis sorgen in den irischen Krankenhäusern für erhebliche Versorgungsengpässe. Laut Dubliner Gesundheitsministerium fehlen in den Kliniken Betten und OP-Kapazitäten. Als Folge des für Irland ungewöhnlichen harten Winterwetters kämen derzeit „zwischen 30 und 50 Prozent“ mehr Patienten in die Kliniken, so das Ministerium. Besonders die Notaufnahmen seien „hoffnungslos überfüllt“. Irische Klinikärzte melden deutlich mehr Knochenbrüche, Verstauchungen von Gelenken und andere mit Schnee und Eis in Verbindung stehende Erkrankungen. Irische Tageszeitungen berichten von teilweise chaotischen Zuständen in den staatlichen Kliniken. Besonders prekär sei die Versorgungslage derzeit in den Regionen Cork, Galway und Midlands. Dort warteten „hunderte Patienten“ in Notbetten auf den Fluren, weil für sie kein Stationsbett gefunden werden kann. Wie die Tageszeitung „Irish Independent“ berichtete, fehlten landesweit derzeit rund 1 400 Klinikbetten, die vom Gesundheits-

ministerium „im Herbst aus Kostengründen stillgelegt worden“ seien. Hausarztpraxen melden als Folge des strengen Winterwetters einen selten da gewesenen Patientenansturm. Auch Ärzte und Krankenpflegepersonal gelangen wetterbedingt entweder gar nicht oder nur mit großen Schwierigkeiten zur Arbeit. Deshalb haben einige Krankenhäuser damit begonnen, Personal in klinischen Hotels übernachten zu lassen. Das anhaltende Winterwetter sorgt unterdessen auch bei den irischen Zahnärzten für Patientenschwund. Zahnärzte in abgelegenen Landesteilen berichten, die Zahl der Patienten, die in die Sprechstunde kommen, sei wetterbedingt um bis zu 30 Prozent gesunken. pr/ast

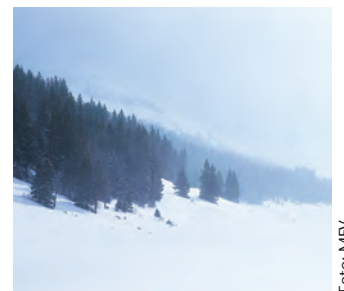


Foto: MEV

Unabhängige Patientenberatung

Modellprojekt beendet

Am 31. Dezember 2010 endete das Modellprojekt Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD). Seitdem greift die neue gesetzliche Regelung, mit der man dauerhaft ein Angebot unabhängiger Patientenberatung zur Verfügung stellen will. Die Ausschreibung dazu läuft. Seit etwa vier Jahren beriet die UPD

rund um das Thema Gesundheit. In dieser Zeit wurden bundesweit über 250 000 Beratungen durchgeführt. Wer die unabhängige Patientenberatung ab 2011 weiterführen wird und ab wann, wird bekannt gegeben, sobald das Ergebnis der Ausschreibung feststeht. ck/pm

Krankenhaus-Report 2011

Konzentration von OP-Komplikationen

Deutschlands Kliniken weisen große Qualitätsunterschiede auf – auch bei häufigen Behandlungen wie dem Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks. Dies zeigt der Krankenhaus-Report 2011. In zehn Prozent der Krankenhäuser gebe es bei so einem Eingriff 80 Prozent mehr Komplikationen als statistisch zu erwarten wären, sagte der Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, Jürgen Klauber. Die Krankenhäuser hätten beispielsweise ihre Abläufe in unterschiedlichem Maß professionalisiert. Je-

de zehnte untersuchte Klinik unterschreitet die erwartete Anzahl an Komplikationsfällen um mindestens 44 Prozent. Berücksichtigt sei bereits, dass es in Kliniken etwa mit vielen Operationen älterer Patienten mit weiteren Vorerkrankungen mehr Komplikationen gebe. Bei der Auswertung wurde verglichen, welche Komplikationen innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff auftreten. Bei jedem zweiten Krankenhaus müssen mehr als vier Prozent der Hüftoperationen binnen eines Jahres wiederholt werden.



Foto: MEV

Nimmt man Hüftbrüche, andere chirurgische Komplikationen, Thrombosen, Lungenembolien und Todesfälle dazu, haben 50 Prozent der Kliniken sogar Komplikationen in mehr als zwölf Prozent der Fälle. ck/dpa

IGES-Studie

Versicherte akzeptieren Zusatzbeiträge

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind bereit, bis zu sechs Euro monatlich höhere Zusatzbeiträge zu zahlen, wenn gleichzeitig die medizinische Qualität steigt. Die höchsten Beiträge akzeptieren der Studie des Forschungsinstituts IGES zufolge Mitglieder der Knappschaft sowie der AOK. „Effektives Versorgungsmanagement von Krankenkassen, das zu einer steigenden medizinischen Qualität führt, darf auch mehr kosten“, sagte Anja Schweitzer, Studienleiterin des IGES Instituts, laut „Deutschem Ärzteblatt“. Das sei auch weitgehend unab-

hängig vom Einkommen. Für die Versicherten sei vielmehr wichtig, dass neue Versorgungskonzepte und Versorgungssteuerungsmodelle transparent seien und ihnen gegenüber glaubwürdig und verständlich kommuniziert würden, so Schweitzer. Laut Umfrage ist dabei die mittlere Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen am preissensibelsten. Auch nach Kassenart ermittelte das Institut deutliche Unterschiede: Die höchste Preisbereitschaft wiesen Knappschaft- sowie AOK-Versicherte auf. Relativ niedrig fiel sie hingegen bei den IKK-Mitgliedern aus. mp

IDS 2011

Neuer Besucherrekord wird angepeilt

Rund 1.800 Anbieter aus 56 Ländern, davon 65 Prozent aus dem Ausland werden vom 22. bis 26. März 2011 auf 143.000 Quadratmetern Bruttoausstellungsfläche in den Hallen 2, 3, 4, 10 und 11 der KölnMesse ein breites Angebot an Produktinnovationen und Dienstleistungen präsentieren. Alle Messehallen grenzen nahtlos aneinander und sind auf kürzestem Weg über die Eingänge Süd, Ost und West und damit auch vom ICE-Bahnhof aus erreichbar.

Die Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH (GFDI), das Wirtschaftsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI), und die KölnMesse äußerten anlässlich einer Pressekonferenz: „Aufgrund des ausgezeichneten Zuspruchs auf Seiten der Aussteller rechnen wir damit, dass wir auch auf Besucherseite an den Erfolg der Vorveranstaltung anknüpfen können, als mehr als 100.000 Besucher nach Köln kamen. Damit wird die IDS ihre Position als Weltleitmesse der Dentalindustrie nicht nur hinsichtlich Ausstellerzahlen, belegter Fläche und Internationalität, sondern auch mit Blick auf Besucherzahlen eindrucksvoll untermauern.“

sp



Foto: KölnMesse

DGI-Jahrestagung

Risikomanagement für Therapieerfolg

„Misserfolge erkennen und beherrschen“ – das war das Motto des 24. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) Ende November 2010 in Hamburg.

Weit mehr als 3000 Teilnehmer waren nach Hamburg gekommen, um hier von zahlreichen Referenten zu erfahren, wie Fehlermanagement funktioniert. Und sie haben interessante Details kennen

gelernt, denn viele Referenten präsentierten Fälle, die „schief gelaufen“ sind und diskutierten anhand ihres eigenen damals fehlerhaften Verhaltens, wie man

es hätte besser machen können. Die Tagung war ein wichtiger Baustein im Vorhaben der DGI, das Risikomanagement für Zahnärztinnen und Zahnärzte im Bereich der Implantologie voran zu bringen und zu erleichtern, denn, wie der Vorstand auf einer Pressekonferenz erklärte, will man sich gerade dem Fehlermanagement bei der Insertion von Implantaten stellen

um diese so gut wie möglich zu minimieren.

Ein umfangreicher Tagungsbericht erscheint in einer der kommenden zm-Ausgaben. sp



Die AKZ informiert

Rote-Hand-Briefe

Mit zwei sogenannten „Rote-Hand-Briefen“ informierten dieser Tage die Pharmakonzerne Pfizer und Roche tausende von Arztpraxen. Zahnärzte sind nur indirekt davon betroffen, sollten aber auf jeden Fall informiert sein.

Roche ist Produzent des bei Krebspatienten eingesetzten Mittels Avastin® (Bevacizumab). Bevacizumab ist ein Angiogenese-Hemmer, der zielgerichtet an den Wachstumsfaktor VEGF bindet und damit

die Neubildung von Blutgefäßen verhindert. Durch diese gezielte Blockade des VEGF bilden sich neu entstandene aber noch unreife Blutgefäße zurück und die Bildung neuer Gefäße wird unterbunden. Dadurch wird die Versorgung des Tumors mit Sauerstoff und Nährstoffen gemindert und damit sein Wachstum gehemmt. Nach der Verabreichung dieses Mittels sind bei Tumorpatienten Fälle von Kiefernekrosen berichtet worden. Die Mehrzahl dieser Patienten wurde vorher oder gleichzeitig intravenös mit Bisphosphonaten behandelt. „Es ist daher möglich, dass die Behandlung mit Avastin® einen zusätzlichen Risikofaktor für die Entwicklung von Kiefernekrosen darstellt. Dies sollte insbesondere bei einer gleichzeitigen oder aufeinanderfolgenden Anwendung von Avastin® und Bisphosphonaten berücksichtigt werden. Vor einer Behandlung mit Avastin® sollte deshalb eine zahnärztliche Untersuchung und geeignete zahnmedizinische Vor-



sorgemaßnahmen erwogen werden. Bei Patienten, die intravenös Bisphosphonate erhalten oder erhalten haben, sollten invasive zahnärztliche Eingriffe nach

Möglichkeit vermieden werden“, heißt es in dem Schreiben von Roche. Das gleiche erhöhte Risiko der Entstehung einer Osteonekrose betrifft den Wirkstoff Sunitinib mit dem Handelsnamen Sutent® der Firma Pfizer, wenn er in Verbindung oder nacheinander mit Bisphosphonaten verabreicht wurde. Imatinib ist ein spezifischer Hemmstoff hauptsächlich zur Behandlung der chronisch myeloischen Leukämie (CML), der die Aktivität der Tyrosinkinase ABL in den erkrankten Zellen blockiert und damit die krankhaft gesteigerte Vermehrung der mutierten Blutstammzellen unterdrückt. Pfizer gibt daher die Empfehlung: „Vor einer Behandlung mit Sutent® sollte eine zahnärztliche Kontrolle und eine entsprechende präventive zahnärztliche Behandlung in Erwägung gezogen werden. Bei Patienten, die zuvor oder gleichzeitig intravenös Bisphosphonate erhalten haben oder erhalten, sollten invasive zahnärztliche Eingriffe nach Möglichkeit vermieden werden.“

sp

Organspende in Deutschland

Chirurgen hinterfragen Transplantationsgesetz

In Deutschland hoffen etwa 12000 schwerkranke Menschen auf ein Spenderorgan wie Niere, Herz oder Leber. Mehr als die Hälfte warten vergeblich: Im Jahr 2009 transplantierten Chirurgen hierzulande nur etwa 4700 Organe, denn es fehlt an Spendern. Eine Alternativ-Lösung sieht die Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in der Widerspruchsregelung.

Der Mangel an Spenderorganen und das Transplantationsgesetz in Deutschland waren letzte Woche Thema auf einer Pressekonferenz der DGCH in Berlin. Das seit dem Jahr 1997 geltende

Transplantationsgesetz besagt: In Deutschland dürfen Chirurgen ein Organ nur dann entnehmen, wenn sich Menschen zu Lebzeiten schriftlich für eine Organspende aussprechen. Ist dies nicht dokumentiert, entscheiden die nächsten Angehörigen. Doch auch 13 Jahre später decken etwa 15 Spender pro eine Million Einwohner – Tendenz fallend – den Bedarf an Organen bei Weitem nicht. Die in Deutschland geltende Regelung, nach der sich Menschen zu Lebzeiten aktiv für eine Organspende entscheiden müssen, stellt die DGCH zunehmend in Frage.

Länder wie Österreich, Portugal, Luxemburg oder Spanien wenden die Widerspruchsregelung längst an: Dort gilt jeder Mensch als Spender, wenn er eine Organentnahme zu Lebzeiten nicht ausdrücklich abgelehnt hat. Das schließt auch Ausländer ein, die

sich zum Beispiel im Urlaub in Österreich aufhalten. In anderen Ländern haben auch Angehörige ein Widerspruchsrecht. Die Zahl der Organspenden in Spanien besetzt mit etwa 34,2 Spendern pro eine Million Einwohner weltweit einen Spitzenplatz. sp/pm



Foto: Organspende_TK

Ärzte und PKV-Politik

Privatpatienten am Gängelband

Hartmut Friel

Die Rechte und Möglichkeiten der Privatversicherten werden auf die verschiedenste Weise immer weiter eingeschränkt. Die PKV, die eigentlich Anwalt ihrer Versicherten sein sollte, wirkt an diesem Trend sogar mit. Die Zahnärzte sind davon doppelt betroffen: als Ärzte in ihrer Privatpraxis und als Versicherte in der PKV.

Privatpatient zu sein ist für viele – vor allem Freiberufler – eine Notwendigkeit, aber auch eine Überzeugungssache. Als selbstständiger, selbstbewusster und anspruchsvoller Bürger lässt man sich nicht gerne kommandieren, bestimmen, einordnen, sondern nimmt alles Mögliche selbst in die Hand, auch die Vorsorge für Alter, Krankheit, Beruf und so weiter. Deshalb wählt man eine private Krankenversicherung mit eigens zusammen gestellten Tarifen, deshalb ist man Privatpatient beim Arzt oder im Krankenhaus. Denn man möchte im Krankheitsfalle selbst bestimmen können, von wem und wo man behandelt wird und möchte dem Arzt seines Vertrauens alle Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stellen können.

Von der Politik gestraft

Doch das Ideal des selbstbestimmten Privatpatienten ist im Zuge der Sozialstaats-Ideologie mit der dominierenden Gesetzlichen Krankenversicherung immer mehr beeinträchtigt worden. Von mehreren Seiten und auf verschiedenen Ebenen wird der Privatversicherte bedrängt und in seinen Rechten beeinträchtigt. Zunächst waren es Neidfaktor und Gleichmacherei, die den Privatversicherten zum anspruchsvollen Außenseiter und seinen Arzt zum reichmachenden Kumpanen stempelten mit dem Ergebnis, dass die PKV eigentlich abgeschafft oder zumindest radikal eingeschränkt gehörte. Individualismus sei – zumindest im Gesundheitswesen – unsozial, unsolidarisch, meint die Linke auch heute noch, aber nicht sie allein. Dieser Stimmung, diesem politischen Trend sind leider auch die Privatversicherer gefolgt. Wohl aus Sorge um ihre Existenz und



Foto: MEV

Wahlfreiheit und hohes Vertrauen zwischen Privatpatient und Arzt ist Grundlage für eine funktionierende Versorgung.

Furcht vor fortwährenden, oft völlig falschen Argumenten und Aggressionen sind sie manchen Schritt der Angleichung an Forderungen der sozialpolitischen Gegner mehr oder weniger freiwillig mitgegangen und haben ihren eigenen Versicherten manchen Nachteil auferlegt. Viel schädlicher sind allerdings die Regelungen, die die Gesundheitspolitik zu Lasten der PKV geschaffen hat, insbesondere die wiederholten Beschränkungen des Zugangs mit dem Ergebnis der Überalterung und damit Verteuerung der Tarife.

Aus Sorge um die unvermeidlichen Kostensteigerungen liebäugeln die Privatversiche-

rer mehr und mehr mit Beschränkungen des Leistungsanspruchs und der Wahlfreiheit der Versicherten. Hierzu gehören bestimmte Angebotsmodelle mit eigener Leistungs- oder Honorargestaltung, wie sie vor allem als Folgen der von der PKV propagierten Öffnungsklausel in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu befürchten sind. Mit ihr würde die Honorierung nach GOZ abgedungen zugunsten spezieller Vereinbarungen zwischen Privatversicherern und Ärztegruppen. Das sind dann Sparprogramme zu Lasten der Privatpatienten, Einschränkungen ihrer Arztwahlmöglichkeit und die Beseitigung der freien Honorarvereinbarung.



Foto: zm-Archiv

Dipl.-Volksw. Hartmut Friel, von 1991 bis 2000 Chefredakteur der zm, fokussiert die aktuelle Lage der Privatversicherer aus Sicht der PKV-Kunden.

PKV will jetzt bestimmen

Es ergäbe sich daraus eine merkwürdige Vertragssituation: Der Arzt ist einerseits seinem Privatpatienten gegenüber vertraglich verbunden, andererseits via Sondervertrag einem bestimmten Privatversicherer verpflichtet. Und ganz schnell kann es dann auch zu Beschränkungen bei der Arzneimittelversorgung kommen, wie es in der GKV schon üblich ist (die PKV fordert bereits bei den Arzneimittel-Konditionen eine Gleichstellung mit der GKV). Noch ist es nicht so weit, aber der Gesundheitsminister lässt schon an der Öffnungsklausel basteln und die PKV macht keinen Hehl mehr aus ihren Plänen: Unter dem Stichwort „Strukturreform der Gebührenordnung“ setzt sie sich „... für eine generelle Vertragskompetenz mit allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen ein, um künftig stärker Einfluss auf die Qualität und die damit verbundenen Mengen und Preise von Gesundheitsleistungen zu nehmen“. Der Verbandsdirektor, der dies jüngst formulierte, meint dazu, dies geschehe „im Interesse der Versicherten“. Ist es denn im Interesse der Versicherten, wenn ihre Freiheiten eingeschränkt werden?

Nicht der Arzt, nicht der Patient, sondern sie, die Versicherung, will über die Qualität von Gesundheitsleistungen entscheiden. Die PKV sollte, statt ihre Versicherten derart zu entmachten, vielmehr zusammen mit ihnen neue Tarifgestaltungen und Dienstleistungen probieren und propagieren: Ver-

feinerte Selbstbehalte, differenzierte Begrenzungen einzelner Leistungsbereiche, Präventionsanreize, es gibt sicher noch manche Möglichkeit, um mit dem Kunden und nicht gegen ihn zu operieren.

Gestraft und bedroht in mehrfachem Sinn sind die Privatversicherten beim Zahnarzt durch die Problematik der GOZ. Auf dem Wege über die ohnehin unzulängliche und veraltete Privatgebührenordnungen helfen sie dem Arzt, die Verluste aus der Kassenpraxis (bis hin zu den Verlusten durch die Budgetierung) auszugleichen und subventionieren damit die Krankenkassen.

Ungerechte Subventionen

Apropos Subventionierung: Weil es dem Gesetzgeber gefiel, bisher nicht versicherte Personen per Gesetz zu erfassen, musste die PKV billige Basistarife schaffen mit dem Ergebnis, dass die Kalkulation aufgrund der gesetzlichen Vorgaben mehr oder weniger zu Unterdeckungen führt, die durch die ordentlichen Tarife der Privatversicherten ausgeglichen werden müssen – eine Quersubventionierung, die dem Grundsatz der Privatversicherung – Risikogerechtigkeit – zuwider läuft. Nur zwei Beispiele von anderen solchen Subventionen zu Lasten der Privatversicherten: Manche Klinikabteilung kann für die Kassenpatienten nur durch die Einnahmen der Chefärzte und ihrer Mitarbeiter gehalten werden und jüngst wurde berichtet, dass die Honorare für Laborarbeiten für Privatpatienten fünfmal so hoch wie für Kassenpatienten sind. Sicher wird von den Ärzten oft zu stark „hingelangt“, aber das ist nicht zuletzt auch wieder eine Folge unzureichender GKV-Honorare.

Die völlig veraltete GOZ bedeutet unnötigen Aufwand beim Zahnarzt und Unübersichtlichkeit für den Patienten, weil für manche moderne Leistungen keine entsprechenden, klaren Leistungspositionen vorhanden sind. Die längst fällige Modernisierung der zahnärztlichen Gebührenordnung soll zu allem Überfluss im Konsens von Politik und Privatversicherern in Richtung auf die GKV-Gebührenordnung Bema entwickelt, das heisst im Klartext, angeglichen werden. Das kann nur bedeuten, dass sie in Struktur und

Volumen vereinfacht und verringert werden soll. Wie soll damit Qualität erhalten oder verbessert werden?

Alles wird schlechter

Die Situation des Privatversicherten verschlechtert sich also ständig. Dass seine Beiträge laufend steigen, muss er im Hinblick auf höhere Lebenserwartung, wachsende Ansprüche und medizinischen Fortschritt hinnehmen. Dass er damit (außer über seine Steuerzahlung hinaus) andere, nämlich Sozialversicherte subventioniert, ist ungerecht, ein Verstoß gegen das Prinzip der Risikogerechtigkeit. Dass die Gebührenordnung dem Niveau der GKV angeglichen werden soll, verschlechtert seine Position beim Arzt. Dass er nun durch Verträge unter Dritten in seiner Wahlfreiheit und seinen Leistungsansprüchen beschränkt und sein Privatvertrag mit seinem Arzt damit ausgehöhlt werden soll, demoliert die Grundlagen seiner Versicherungswahl, einen Teil der individuellen Lebensgestaltung. Und er hat keine Aussicht auf Unterstützung, weder durch die (Sozialstaats-)Politik, noch durch gegängelte und gedeckelte Ärzteschaft und auch nicht durch die ihn bedrängende PKV. Es besteht die skurrile Situation, dass die Privatversicherten einerseits wegen ihrer angeblich egoistischen Ansprüche und vermeintlichen Vorteile kritisiert und desavouiert werden sollen, andererseits aber sehr wichtig und nützlich für Ärzte und Krankenkassen sind, indem sie die existenznotwendige Privatpraxis finanzieren und damit die Kassen entlasten. Ein bedeutsames Stück Selbstverantwortung und Eigengestaltung in unserem sonst streng geregelten Gesundheitswesen wird trotz bedeutender positiver Beiträge zur Volksgesundheit geschmäht, gegängelt, benutzt und, wenn es nach dem DGB geht, am liebsten ganz beseitigt und enteignet – ein Widersinn in unserer Gesellschaft. Es fehlt an Lobby für selbstverantwortlich handelnde Menschen in unserem Gesundheitswesen.

Hartmut Friel
Jägerhofstr. 172
42119 Wuppertal

Hippokrates 2011

Nachdem Gesundheitsminister Philipp Rösler mit erstaunlichem Geschick eine Finanzierungsreform der GKV auf den Weg gebracht hat, ist 2011 das Jahr struktureller Änderungen. Bei der – politischen – langfristigen Stabilisierung des Gesundheitssystems geht es letztendlich um nicht weniger als die Zukunft der ärztlichen und zahnärztlichen Berufsausübung. Auch wenn der Eid des Hippokrates von deutschen Medizinern nicht mehr geschworen wird, so war und ist sein Inhalt doch gewissermaßen ungeschriebenes ethisches Gesetz, auf das sich viele Strukturen unserer Gesundheitsversorgung gründen. Röslers Plan ist ein neues Versorgungsgesetz, das auch ärztliche Honorarstrukturen neu überdenken soll. Einerseits will er damit die flächendeckende Versorgung sicherstellen und den ärztlichen Beruf attraktiver machen. Andererseits werden sicherlich auch Strukturen jenseits der heute üblichen Form freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit Regelhaftigkeit gewinnen. Kernfrage wird sein, wie weit die ganz individuelle Vertrauensbeziehung des Mediziners zum Patienten dabei zu erhalten ist. Denn darin liegt über die Jahrhunderte die klare Verbindung von Hippokrates zu seinen Nachfolgern. Heilen ist eben weit mehr als Gesundheit managen. Um diese Aufgabe zu bewältigen, gehören insbesondere zwei Bereiche in die Hand der Zahnärzte und Ärzte: Das Verhandlungsmandat über eine faire Honorierung der Leistungen und die ausschließliche Kompetenz für die Qualität. Auch diese Punkte sind laut Hippokrates Kernsubstanz ärztlicher Arbeit und Verantwortung. Doch wie sehen nun die Optionen aus? Mit Spannung darf man in diesen Tagen verschiedene Vorschläge verfolgen, wie neue Versorgungsstrukturen aussehen können.



Foto: akg-images

ten. Da ist zum einen das Modell des Kieler Gesundheitsökonom Dr. Drabinski, das Kostenerstattung, Einzelleistungsvergütung, Wegfall der Praxisgebühr und mehr Eigenverantwortung des Versicherten vorsieht. Er

Das Feintuning dieses Modells wird sicher Stoff für spannende Diskussionen in 2011 sein. Doch auch die Opposition meldet sich wieder zu Wort. Während Prof. Karl Lauterbach für die SPD mit seiner Version der Bürger-



Foto: privat

„Rein und heilig werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren ...“, heißt es im Eid des Hippokrates. Wie weit Staat und Politik vom Berufsethos der Mediziner entfernt sind, zeigt gerade dieser Satz: Managed Care gegen Berufung, Systemsteuerung gegen die Intention, sein Leben in den Dienst des Heilens zu stellen. Das ist die gesundheitspolitische Realität für das Jahr 2011, meint Thomas Grünert, Chefredakteur von Vincentz Network Berlin.

soll im Rahmen eines „Gesundheitskontos“ zehn Prozent der für ihn rechnerisch veranschlagten ambulanten Kosten selbst verwalten. Nutzt er sein Budget nicht, gibt's Geld zurück. Cash-Back statt Vorkasse! Basis aller Vergütung soll eine betriebswirtschaftlich gerechnete Gebührenordnung sein – sprich GOZ und GOÄ. Der Unterschied zwischen gesetzlich und privat Versicherten bestände da nur noch im Hebesatz. Doch birgt nicht gerade ein Hebel am Hebesatz die Gefahr einer Steuerung nach politischer Großwetterlage? Überraschend ist, dass KVen reihenweise dem Modell zujubeln. KBV-Chef Köhler verkündete gar das Ende des EBM und Budget-gedeckelter Honorarordnungen.

versicherung wunderbarerweise noch zu den gemäßigten Vertretern gehört, die keine starke Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (Beginnt hier etwa schon der Wahlkampf?) und mehr Steuermittel für das System fordern, macht sich der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) mit

den Grünen gemein: Eine Radikal-Version der Bürgerversicherung soll das Heil bringen. 5 500 Euro Beitragsbemessungsgrenze und noch drei Prozent Soli drauf für Besserverdienende, PKV abschaffen, den Beitragsatz der GKV auf 13 Prozent senken! Utopia beginnt offenbar nicht erst im Wahlkampf 2013 sondern jetzt. Dass Gesundheitsversorgung aber nicht durch politische Phantasien umsetzbar ist, muss sich die Politik wohl auch 2011 erneut in Erinnerung rufen. Die Verantwortung der Mediziner im Sinne des Hippokrates kann nur dann weiter wahrgenommen werden, wenn ihnen Systemphantasien nicht die Existenzgrundlage entziehen.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Grenzüberschreitendes Medizinstudium

Grünes Licht für Oldenburg

Die Pläne sind nicht unumstritten, doch sie werden jetzt konkret: Der Wissenschaftsrat hat den Weg für die European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS) geebnet. Damit soll es ab dem Wintersemester 2011/12 erstmals ein kooperatives europäisches Bachelor-Master-Medizinstudium geben. Die Ärzteschaft warnt vor einer Verwässerung der Ausbildungsqualität.

Mit der Zustimmung zur Gründung eines neuen medizinischen Standortes an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg hat der Wissenschaftsrat auf seiner Sitzung im November die Erprobung neuer Wege in der ärztlichen Ausbildung freigegeben. Das Konzept sieht eine enge Kooperation mit der niederländischen Nachbaruniversität in Groningen vor. Im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS) sollen Studierende beider Universitäten ein gemeinsames humanmedizinisches Studium von sechs Jahren absolvieren, mindestens ein Drittel davon soll am jeweils anderen Ort erbracht werden.

Das Studium kann wahlweise mit einem niederländischen „Master of Science in Geneeskunde“ oder mit einem deutschen Staatsexamen abgeschlossen werden. Auch ein Doppelabschluss ist möglich. Nach europarechtlichen Vorgaben sollen beide Abschlüsse zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in allen EU-Staaten befähigen. Ein nach drei Jahren angebotener niederländischer „Bachelor of Human Life Sciences“ soll für medizinnahe Berufsbereiche qualifizieren, nicht jedoch für eine ärztliche Tätigkeit. Damit will man neue Möglichkeiten zur inhaltlichen und zeitlichen Flexibilisierung der deutschen Mediziner Ausbildung erproben.

Wie das Deutsche Ärzteblatt berichtet [siehe Heft 47, 26. November 2010, Seiten 2322 - 2323], soll das Studium in Oldenburg die Anforderungen der deutschen Approbationsordnung für Ärzte erfüllen. Es falle unter die Klausel für Modellstudiengänge. Die Vergabe eines deutschen Bachelor und Master durch die Universität Oldenburg sei nicht vorgesehen.



Foto: picture alliance

Neue Wege im Medizinstudium beschreitet die European Medical School Oldenburg-Groningen.

Der neue medizinische Standort in Oldenburg mit 40 Studienplätzen soll drei Krankenhäuser der Stadt als Lehrkrankenhäuser einbeziehen, in enger Kooperation mit der Universität Groningen. Dabei sollen neue Wege der Lehre, die bereits in Groningen umgesetzt werden, auch in Deutschland erprobt werden, dazu gehört problemorientiertes und kompetenzbasiertes Lernen.

Bedingungen gestellt

Der Wissenschaftsrat knüpft sein Votum an einige Bedingungen. Es bestehe Nachbesserungsbedarf, um auf Dauer den Qualitätsansprüchen in Lehre, Forschung und Krankenversorgung zu decken. Zu den Kritikpunkten gehöre auch die personelle Abdeckung einiger medizinischer Fächer, Teile des Finanzierungskonzeptes und die rechtliche Ausgestaltung zur Schaffung eines Universi-

tätsklinikums. Ausdrücklich behält sich der Wissenschaftsrat vor, das Konzept im Jahr 2017 noch einmal zu überprüfen.

Der Entscheidungsprozess war lang und schwierig. Kernproblem waren die ursprünglich geplanten BA/MA-Abschlüsse auch für deutsche Studenten, gegen die sich aber das Bundesgesundheitsministerium stellte. Mit dem nun gefundenen Kompromiss des wahlweise deutschen Staatsexamens oder niederländischen Masters scheint auch Gesundheitsminister Philipp Rösler leben zu können: „Die Entscheidung ist zu begrüßen“, zitiert ihn die Nordwest Zeitung (Online-Ausgabe vom 18.11.2010). „Durch unser Engagement wurde das Ziel erreicht, dass Studenten in Deutschland nur das Staatsexamen ablegen können. Bachelor- und Masterstudiengänge für Medizin lehne ich für Deutschland aus fachlicher Überzeugung ab.“ Der niedersächsische Ministerpräsident David McAllister betrachtet die Entscheidung als positiv im Sinne einer vorausschauenden Investition in die künftige Gesundheitsversorgung.

Heftige Kritik kommt hingegen von der Ärzteschaft. Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe warnte eindringlich vor Bachelor/Master-Strukturen in der Medizin: „Absolventen eines drei- bis vierjährigen Bachelor-Medizinstudiums würden dem Arbeitsmarkt zwar als vergleichsweise billige Mediziner zur Verfügung stehen, die Versorgungsqualität der Bürger würde aber erheblich reduziert,“ erklärte er. Eine Schnellausbildung könne den erforderlichen hohen Qualitätsstandard nicht erreichen. Zudem konterkariere die Aufteilung in ein zweistufiges System die deutsche Approbationsordnung, deren Ziel es sei, eine tief greifende Verzahnung von theoretischen Grundlagen und klinischer Anwendung zu erreichen. pr

■ Das ausführliche Gutachten des Wissenschaftsrats ist zu finden unter: www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/10345-10.pdf

Expertenkongress in Berlin

Qualität ist Wettbewerbsfaktor Nummer eins

Qualitätssicherung rückt in den Fokus der Gesundheitspolitik – so lautete jedenfalls die Meinung der Experten auf dem 4. Nationalen Qualitätskongress Ende November in Berlin. Rund 300 Fachleute aus Politik, Wissenschaft, Kliniken, Kassen und Verbandswesen nutzten die Gelegenheit zum Netzwerken und zur Weiterentwicklung von Konzepten. Die „Szene“ wächst.

Der Kongress will Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen eine breite Plattform zum Dialog bieten. Kongresspräsident Ulf Fink zufolge gehe es darum, zu einem Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen beizutragen, denn Qualitätsprobleme setzten die Politik immer mehr unter Handlungsdruck. Qualität und Wirtschaftlichkeit stell-

über Arzneimittel zu verbessern. Fünf Jahre nach Gründung des APS bescheinigte der Vorsitzende Prof. Dr. Matthias Schrappe dessen Initiativen (zum Beispiel „Aktion sauber Hände“, „Aus Fehlern lernen“, Gründung des Instituts für Patientensicherheit in Bonn) eine gute Bilanz. Zu den künftigen Herausforderungen gehörten eine verstärk-

Ulf Fink, Dr. Rainer Hess, Prof. Dr. Bertram Häussler und Dr. Rolf Koschorrek bei der Podiumsdiskussion (v.l.n.r.)



Prof. Dr. Matthias Schrappe

ten keine Gegensätze dar. Vor allem durch das in Kürze avisierte Patientenrechtegesetz seien neue Impulse für die Qualitätssicherung zu erwarten, beispielsweise auch im Fehlermanagement. Die Arzneimitteltherapiesicherheit erweise sich als ein zentrales Interesse. Fink verwies auf den Aktionsplan, den das Bundesgesundheitsministerium 2007 ins Leben gerufen hatte. Hier arbeiteten Ärzte, Apotheker, Patientenvertreter und das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) daran, Strategien zur Vermeidung von Risiken zu entwickeln und Informationen

(P4P) auszurichten. Der Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen komme bisher zu kurz, ebenso die Kassen hielten sich diesbezüglich bedeckt, auch wegen des noch bestehenden Kontrahierungszwangs im stationären Bereich.

An Ergebnissen messen

Klare Worte kamen von der Politik: BMG-Staatssekretär Stefan Kapferer sprach sich während der Podiumsdiskussion dafür aus, bei der Qualitätssicherung den Dokumentationsaufwand in Grenzen zu halten und möglichst auf Routinedaten zurückzugreifen. Seiner Auffassung nach müsse Qualität zum „Wettbewerbsfaktor Nummer eins“ werden, dabei müsse der Weg von der Prozess- hin zur Ergebnisqualität führen. Ziel sei eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung, die den Behandlungsprozess an seinen Ergebnissen misst. Die „Ressource Patient“ sei der wichtigste Schlüssel. Dazu sei es erforderlich, dass der Patient in die Lage versetzt werde, die richtigen Entschei-

dungen zu treffen, ergänzte Dr. Rolf Koschorrek, Obmann der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Bundestags-Gesundheitsausschuss.

Der Vorsitzende der Geschäftsführung des IGES-Instituts Berlin, Prof. Dr. Bertram Häussler, forderte mehr Transparenz und Wahlmöglichkeiten für den Patienten ein und sprach sich für eine qualitätsorientierte Krankenhausfinanzierung aus. Konkrete Arbeitsergebnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses stellte dessen Vorsitzender Dr. Rainer Hess dar. Er verwies auf die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, bei der die Versorgungsqualität in der gesamten Behandlungsqualität bewertet werden soll. Dafür hat das AQUA-Institut inzwischen 52 Qualitätsindikatoren entwickelt, für einige davon sollen demnächst Probeläufe beginnen. Dazu werden pseudonymisierte Patientendaten länderübergreifend zusammengeführt. pr

te Patientensicherheitsforschung und qualitätsbezogene Anreizsysteme. Schrappe, der gleichzeitig auch stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen ist, plädierte dafür, die Vergütung von Ärzten und Kliniken stärker am Ansatz des „pay-for-performance“-Modells



Kooperationspartner

Kooperierende Fachgesellschaften des Nationalen Qualitätskongresses sind das Aktionsbündnis für Patientensicherheit, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie, die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und das Wissenschaftliche Institut der AOK. ■

Bürgerversicherung

Aus Schwarz wird Rot

Zinsen, Pacht und Miete – der SPD zufolge bis dato Vermögenswerte, die auf die Krankenkassenbeiträge anzurechnen sind. Aber alles wird anders: Jetzt setzt die Partei plötzlich auf höhere Steuern. Damit halten die Sozialdemokraten zwar an ihrem Konzept einer Bürgerversicherung fest – bedienen sich aber alter Ideen aus der CDU.

Zu bürokratisch und weniger gerecht für alle sei das alte SPD-Modell einer Krankenversicherung an dieser Stelle gewesen, gestand SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles. „Die reine Logik des Beitragssystems ist nicht so gerecht wie das Steuersystem mit seinem progressiven Tarif“, erklärte sie. Wenn dies keine Kehrtwende ist! Denn obgleich die SPD ihrem Konzept der Bürgerversicherung treu bleibt, greift sie eigentlich

Bekanntlich zahlen vermögende oder gut verdienende GKV-Mitglieder zurzeit bis zur Einkommensgrenze von 3 750 Euro monatlich Beiträge. Jeder Euro, der jenseits davon rollt, ist beitragsfrei. Im Gegensatz dazu sah das bisherige Steuersystem der SPD vor, dass grundsätzlich alle Einnahmen versteuert werden. „Wir selber sind mittlerweile der Auffassung, dass wir das, was wir damals vorgelegt haben, weiterentwickeln müs-

re Beiträge will die SPD jedenfalls nicht versprechen: Das sei unglaublich. Wichtiger sei die Abschaffung der „Zweiklassenmedizin“.

Abkehr von Grün

Im Frühjahr plant die SPD eine große Kampagne zur Bürgerkasse. Alle Details des neuen SPD-Modells sollen bis April nächsten Jahres stehen. Dass die Partei mit ihren Vorschlägen in wichtigen Punkten von den Reformvorschlägen ihrer Bündnispartner abweicht, ist jedoch jetzt schon klar. So halten Grüne wie DGB daran fest, die Krankenkassenbeiträge auch auf Mieten, Zinsen und Pachten auszuweiten und dafür die Beitragsbemessungsgrenze auf bis zu 5 500 Euro im Monat nach oben zu schrauben. Auch in Sachen PKV spaltet sich die SPD von den Grünen und den Gewerkschaften ab. Neuer Plan ist, die PKV nicht komplett einzuschläfern oder sie in den Bereich der Zusatzversicherungen zu verbannen. Vielmehr sollen sich Versicherte künftig frei entscheiden können, ob sie zu einem gesetzlichen oder einem privaten Anbieter gehen. Wer privat versichert ist, darf es auch bleiben. Die milliardenschweren Altersrückstellungen der PKV sollen ebenfalls nicht touchiert werden. Was die Leistungen betrifft: Egal, ob PKV- oder GKV-versichert – sie sollen ein für alle mal einheitlich sein. Und Mediziner für gesetzlich und privat Versicherte das gleiche Honorar erhalten. Um auch die Ärzte auf die Reform einzuschwören, soll das Vergütungsniveau daher über dem heutigen GKV-Niveau liegen. ck



Wo gehts lang? SPD-Chef Sigmar Gabriel und Generalsekretärin Andrea Nahles auf Kurssuche.

eine uralte Idee der Union, respektive von Kanzlerin Angela Merkel (CDU), auf. Die hatte als Plus für ihre Gesundheitsprämie nämlich stets ins Feld geführt, dass der geplante Sozialausgleich über die Steuern gerechter sei als das heutige GKV-System mit seinen prozentualen, an den Lohn gekoppelten Beiträgen. Umgekehrt hatte die SPD die Kopfpauschale immer als Untergang der Solidargemeinschaft verteufelt und stattdessen eine Ausdehnung der Kassenbeiträge über die Löhne hinaus auf Vermögen wie Zins-, Miet- und Pachteinahmen präferiert.

sen“, kommentierte Nahles die Abkehr von den Altkonzepten. Weiterentwickeln, das bedeutet laut Nahles: Es gibt nur noch drei Einnahmequellen – Beiträge der Arbeitnehmer, Zahlungen der Arbeitgeber und Steuerzuschüsse – für das Gesundheitssystem. Fragt sich, was mit den pauschalen Zusatzbeiträgen, die Schwarz-Gelb gerade erst als wichtigen Zapfhahn für die Krankenkassen ausgebaut hat, passiert. Die Antwort der SPD: Weg damit. Wie sich die Beiträge und der Steuerzuschuss von heute gut 14 Milliarden Euro im Jahr zu einander verhalten und entwickeln, ist freilich noch offen. Niedrige-

Alterssoziologie

Der Mythos vom erfolgreichen Altern

Vereinsamte und Zurückgelassene. Auch heute noch ein verbreitetes Bild von alten Menschen. Diese bereits in der Historie verfälschte Darstellung übertrug sich nahezu ungebrochen in die Moderne, sodass sich die heutige Soziale Gerontologie dazu berufen sah, mit ihren Leitbildern des „aktiven“, „erfolgreichen“ und „produktiven Alterns“ ein konzeptionelles Gegengewicht zu den defizitären Vorstellungen von Alter und Altsein vorzulegen – Fakt oder Fiktion?



Die moderne Gesellschaft ist eine somatische Kultur [Boltanski, 1976], in der die Symbolhaftigkeit des Körpers zunehmend an Bedeutung gewinnt, als Medium der Selbstvergewisserung sowie als mediale Größe der Selbstdarstellung. Insofern spielt der Körper eine nicht unerhebliche Rolle bei der Vorstellung von einem erfolgreichen Altern. Er ist so etwas wie ein soziales Layout, das

auch Auskunft über die „richtige“ und „erfolgreiche“ Lebensführung (im Alter) erteilt. In der somatischen Gesellschaft erscheint der Körper als Projekt und Aufgabe. Unter der Norm des aktiven, produktiven und erfolgreichen Alterns herrscht geradezu eine Pflicht, den Körper im Sinne von Gesundheit und Fitness zu regulieren und zu bearbeiten, aber auch im Sinne von Wellness zu konsu-

mieren und zu genießen [Schroeter, 2006]. Der fitte Körper gilt als Ausweis des flexiblen Menschen und als korporales Kapital [Schroeter, 2005a, 2007, 2008a], das man einsetzt, um sich in einer „ungeduldigen Gesellschaft“ [Sennett, 2009] zu behaupten. Und so wird in den Körper Zeit und Arbeit investiert: Etwa durch Training, Ernährung, Kosmetik oder Pflege um auch im Alter das eigene Attraktivitäts- und „Beachtungskapital“ [Koppetsch, 2000] zu erhalten – oder vielleicht auch noch zu steigern. Damit rückt der Körper auch im Alter als konsumierende Größe verstärkt ins Blickfeld. Flankiert wird diese Körperarbeit nicht nur von Mode und Werbung, sondern auch von Lebenshilfe und Gesundheitsförderung, die auf eine erfolgreiche Korrektur der erschlaffenden Körper zielen. Insofern sind auch die zahlreichen Programme der Diäten, Schlankheitskuren und kosmetischen Chirurgie, die sportiven Trends, die Angebote der Beauty-Farms und Wellness-Oasen als Offerten an den Körper zu verstehen, seinen Symbolwert in der Gesellschaft zu steigern.

Wohlgeformte Körper als Statussymbol im Alter

In der Folge entwickelt sich geradezu eine Pflicht, den Körper nach den gesellschaftlich präferierten Normvorstellungen zu modellieren, was eine massenhafte Standardisierung und Uniformierung der Körper nach sich zieht [Schroeter, 2009].

Die Formel des „aktiven, produktiven und erfolgreichen Alterns“ lässt sich den „Dispositiven der Macht“ [Foucault, 1978] zuordnen, die bestimmte Sicht- und Verhaltensweisen auf das Alter fordern, fixieren und kontrollieren. Diese normalisierende Macht zielt darauf, sich bis ins hohe Alter different und optional zu verhalten, flexibel und mobil, aktiv und produktiv auf die Herausforderungen des modernen Lebens zu reagieren. Die damit verbundenen Programme lassen sich als sozialgeronto-

Foto: MEV



Massenphänomen: Das „Beachtungskapital“ des Körpers erhalten – wie hier durch Yoga ...

logische Antwort auf das Unbehagen an dem weitgehend negativ gefärbten Altersbild vergangener Zeiten lesen. Beide Begriffe evozieren zwar einen positiven Bezug zum Altern, dennoch sind sie nicht identisch, aber auch nicht eindeutig voneinander getrennt. Die Grenzen verlaufen unscharf. So gibt es begriffliche Überlappungen zwischen den Vorstellungen von erfolgreichem, produktivem oder gutem Altern, wenn sich etwa das Modell der „Optimierung durch Selektion und Kompensation“ [Baltes; Baltes, 1989] als ein Interventionsmodell versteht, das dem alten Menschen erlaubt, „trotz Verlusten aktiv, erfolgreich und produktiv zu altern“ [Baltes, 1996] oder wenn produktive Tätigkeiten als ein Kriterium für erfolgreiches Altern herangezogen werden [Herzog et al., 1996].

Wenngleich beide Begriffe auch vordergründig positiv besetzt sind, so werfen sie doch ihr Licht aus unterschiedlichen Perspektiven auf das Alter(n). Während der Begriff des erfolgreichen Alterns seinen Spiegel eher auf die physiologischen, psychologischen und sozialen Ressourcen und Kompetenzen älterer Menschen richtet, zielt der Begriff des produktiven Alterns eher auf die soziale Rolle und auf die gesellschaftliche Nutzbarkeit älterer Menschen, etwa im

Rahmen familialer und sozialer Unterstützungsleistungen oder im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements und ehrenamtlicher Tätigkeiten [Caro et al., 1993]. Erfolgreiches Altern wurde zunächst an der Lebenszufriedenheit [Havighurst, 1961], am subjektiven Wohlergehen [George, 1978, 1981] sowie an der kompetenten Bewältigung von Lebensaufgaben und schwierigen sozialen Situationen [Havighurst, 1972; Kuypers, Bengtson, 1973] bemessen. Heute wird der „Erfolg“ bzw. neuerdings auch die „Produktivität“ und „Optimierung“ des (psychologischen) Alterns stärker an der „adaptiven Kompetenz“ [Featherman, 1989] beziehungsweise der aktiv gestaltenden Umweltaneignung [Schäffter, 1989a+b], an der Selbstentfaltung [Staudinger, 1996] und am Ausmaß vorhandener Kompetenzen auszumachen versucht [Jopp, 2003; Depp, Jeste, 2006].

Krankes, nicht-krankes und erfolgreiches Altern

Die vielleicht populärste Vorstellung eines erfolgreichen Alterns stammt von Rowe und Kahn, die damit all jene Faktoren bezeichnen, die es dem Menschen erlauben, sich im Alter physisch und mental effektiv zu betätigen [Rowe, Kahn, 1999].

Sie unterscheiden zwischen krankem und nicht-krankem Altern und differenzieren das nicht durch Krankheiten geprägte Altern noch einmal in normales und erfolgreiches Altern. Der Begriff des normalen Alterns wird von ihnen benutzt, um diejenigen Älteren zu beschreiben, die noch funktionstüchtig, aber zugleich substantziellen Krankheitsrisiken ausgesetzt sind [Rowe, Kahn, 1999]. Diesem, mit einem hohen Risiko behafteten, jedoch krankheitsfreien Altern stellen sie das erfolgreiche Altern gegenüber, das sich aus einer Kombination von drei Faktoren ergibt [Rowe, Kahn, 1997]:

- geringe Risiken für Krankheiten, krankheitsbedingte Einschränkungen oder Behinderungen
- hohe physische und mentale Kapazitäten
- aktives Engagement im sozialen Leben, inklusive interpersonaler Beziehungen und produktiver Aktivitäten.



Fotos: MEV

... oder durch regelmäßige Gymnastik, etwa beim Seniorensport.

Die Vorstellung von einem erfolgreichen Altern gilt heute in weiten Teilen der Altersforschung als ein grundlegendes Credo [Schroeter 2002, 2004], sodass auch längst Gerontologen Erfolg und Produktivität als neue Leitbilder des Alterns propagieren. Dahinter verbirgt sich kein einheitliches und in sich geschlossenes Theorieprogramm, sondern eher eine diffuse Vorstellung des Wünschenswerten, die aus dem Unbehagen an dem lange Zeit verbreiteten und negativ gefärbten gesellschaftlichen Altersbild erwuchs.

Bislang ist es trotz intensiver Forschung nicht gelungen, einen Konsens darüber zu erzielen, wie erfolgreiches Altern definiert werden soll [Jopp, 2003].

Während das erfolgreiche und produktive Altern in der psychologischen Altersforschung noch vordergründig unter individuellen Kompetenz- und Resilienzaspekten behandelt wird, ist der soziologische Diskurs eher auf einen utilitaristischen Verwendungszusammenhang gerichtet.

Eine solche Position wird vor allem von Tews [Tews, 1996] vertreten. Darin unterscheidet er folgende Formen:

- individuelle Produktivität (im Sinne der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung)

- intergenerative Produktivität (der inner- und außerfamiliären Austauschbeziehungen zwischen Älteren und Jüngeren mehrerer Altersgenerationen)

- intragenerative Produktivität von Engagement, Hilfe und Unterstützung im Alter

- „Umfeld“-Produktivität der freiwilligen und ehrenamtlichen Tätigkeiten sowie

- gesellschaftliche Produktivität der Selbstorganisation der Älteren und deren politischer und kultureller Einfluss.

In Weiterführung dieser Überlegungen wird auch zwischen interner (Autoproduktivität) und externer Nutzenstiftung (Heteroproduktivität) differenziert, die jedoch nie einseitig, sondern immer gemischt vorkommen, sodass die Handlungen, die einen individuellen Nutzen haben, in der Regel auch nutzbringend für andere sind und umgekehrt.

So bezeichnet Autoproduktivität eine Produktivität, bei der ein unmittelbarer Nutzen für die handelnde Person entsteht, die aber schwer zu messen und in Zahlen auszudrücken sind. Darunter fallen alle Aktivitäten, die zur Aufrechterhaltung der eigenen Unabhängigkeit und Selbstständigkeit dienen, beispielsweise Selbstfindung und Selbstreflexion, Lernen und Weiterbilden, körperliche Aktivität oder Gesundheitsverhalten.

Heteroproduktivität bezeichnet hingegen jene Tätigkeiten, die einen Nutzen für andere bewirken und zumeist auch ökonomisch fassbar sind. Dazu zählen: Erwerbstätigkeit, ehrenamtliche Tätigkeiten und bürgerschaftliches Engagement, Hausarbeit, Kinder- und Enkelbetreuung sowie Weitergabe von Wissen und Erfahrung [Amann, 2007].

„Erfolgreiches Altern liegt dann vor, wenn im Durchschnitt bei gleichzeitiger Geringhaltung von körperlicher, mentaler und sozialer Gebrechlichkeit immer länger gelebt wird.“

Beim Altern denkt man (oftmals immer noch) zunächst an Verlust, Abbau und nahenden Tod. Erfolg hingegen suggeriert vor allem Gewinn und positive Bilanz. Wie also passen Altern und Erfolg zusammen?

Als Indikatoren des erfolgreichen Alterns gelten unter anderem Lebensdauer, Lebenszufriedenheit, körperliche und geistige



Foto: ddp images/dapd/Sebastian Willnow

Gesellschaftliche Teilhabe bis ins hohe Alter: Senioren treffen in der Rolle von „Lesepaten“ auf die heranwachsende Generation. Ein Beispiel für „intergenerative Produktivität“

Gesundheit, persönliche und soziale Kompetenzen, soziale und gesellschaftliche Produktivität. Das setzt eine Reihe von Fähigkeiten und Kompetenzen voraus, die erhalten, wiederhergestellt oder auch neu erworben werden müssen - Einfallstor für geragogische oder allgemein (sozial-)gerontologische Maßnahmen, um all die Kräfte zu stärken beziehungsweise zu erwecken, die den älter werdenden Menschen dazu befähigen, seinen Lebensplan und seinen Lebensalltag mit einem großen Anteil an Eigenregie möglichst optimal zu gestalten. Dieses Bestreben ist gewiss aller Ehren wert, doch darf dabei nicht übersehen werden, dass Eigenverantwortlichkeit im aktivierenden Staat immer auch bedeutet, „dass Misserfolge jenen zugerechnet werden, denen es nicht gelingt, erfolgreich im Sinne des Aktivierungsimperativs zu handeln“ [Kocyba, 2004].

Die Begriffe des erfolgreichen und produktiven Alterns leuchten in einem utilitaristischen Licht. An welchen Kriterien man auch im Einzelnen den Erfolg oder die Produktivität im Alter festmachen will, sie werden stets in irgendeiner Form mit vorausgegangenen Anstrengungen und Leistungen in Verbindung zu setzen sein. Denn Erfolg ist in der Grundbedeutung des Wortes ein durch Bemühung erzielt positives Ergebnis. Und die Grundlage von Produktion ist Arbeit. Der aus dem lateinischen *producere* (her-

vorbringen, vorführen) beziehungsweise *productum* (Erzeugnis, Ertrag) abgeleitete Begriff der Produktivität setzt immer eine Handlung voraus. Und Handlungen werden gesellschaftlich bewertet. Das Alter selbst aber kann nicht handeln und keine Produktivität erzielen und insofern auch nicht produktiv oder erfolgreich sein, wohl aber der alte Mensch, respektive all jene Menschen, Institutionen und Dienste, die sich mit dem Alter oder älteren Menschen befassen.

Biologisches Altern – ein irreversibler Prozess

Damit können zwar die Interventionen in den Alterungsprozess durchaus erfolgreich sein, nicht aber das (biologische) Altern selber. Das biologische Altern bleibt ein Involutionsprozess, der zwar sozial überformt ist und durch geeignete Interventionen, durch präventive und rehabilitative Maßnahmen, erfolgreich gehemmt, aber letztlich doch nicht gestoppt werden kann. Am Ende des Alterns stehen das Sterben und der Tod. Spätestens hier klänge es zynisch und paradox, von einem Erfolg zu sprechen. Von Erfolg gekrönt oder durch Misserfolg gezeichnet können nur die in den Alterungsprozess eingreifenden Interventionsmechanismen sein. Insofern ist der Begriff des erfolgreichen Alterns irreführend. Er ist eine semantische Falle.

Um den negativen gesellschaftlichen Altersbildern etwas Positives entgegenzustellen, wurde der Alterungsprozess als potenziell mit Erfolg beschieden gedacht.

Gestützt auf die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen wurde den in der öffentlichen Meinung fest verankerten Überzeugungen von einem passiven und defizitären Altern die Vorstellung eines aktiven und prinzipiell erfolgreichen Alterns gegenübergestellt. Insofern wurde der Begriff des erfolgreichen Alterns einst als Heterodoxie, also als bewusster Gegenentwurf zur damaligen Vorstellung eines allgemein defizitären Alterns eingeführt. Seither gilt er – zumindest in weiten Teilen der Sozialen Gerontologie – mittlerweile selber als Orthodoxie, als gängige Lehrmeinung.

Erfolgreiches Altern als bewusste Konstruktion

Doch angesichts der – wenngleich auch erfolgreich hemmbaren, so doch realiter nicht aufhebbaren – biologischen Abbauprozesse erscheint diese orthodoxe Vorstellung als eine fehlerhafte Repräsentation, als eine Allodoxie des Alterns, weil nicht das Altern selber, sondern nur die intervenierenden Steuerungsprozesse erfolgreich, aber eben auch nicht erfolgreich sein können [Schroeter, 2002, 2004].

Der Glaube an ein – zumindest potenziell – erfolgreiches Altern gilt in großen Teilen der Sozialen Gerontologie als selbstverständlich. Dabei liegt die Gefahr des unter- oder hintergründigen Verständnisses von einem erfolgreichen Altern doch sichtbar auf der Hand: Es bleibt immer ein Unbehagen, weil auch immer das Nichterreichen des beabsichtigten Interventionserfolges mitgedacht werden muss.

Dann stehen den „erfolgreich Gealterten“ die „nicht erfolgreich Gealterten“ gegenüber. Wer aber soll dann zu den „erfolglosen“ oder „gescheiterten Alten“ gehören? Die Kranken und schwerstpflegebedürftigen Alten, die Verwirrten und demenziell Erkrankten? Wer von einem „erfolgreichen und produktiven Alter“ spricht, muss dieses wohl oder übel von einem „gescheiterten“ und „unproduktiven Alter“ abgrenzen. –



Foto: T. Kaltenbach-Fotolia

Ein selbstbestimmter Akt, wenn das Ende des „Lebensalters“ naht: Mit einer Patientenverfügung vermittelt der mündige (kranke) Mensch dem Arzt seinen Willen.

Und das wäre eine diabolische Aufgabe. Aber der Teufel steckt nicht nur im individuell erlebten Detail, sondern auch im gesellschaftlich verantworteten Allgemeinen. Das zeigt sich auch bei der Frage, ob durch die vermehrt auftretenden individuell verfügbaren Wünsche nach Unterlassen lebensverlängernder und schmerzleidender Krankheiten nicht durch die Hintertür der Gesellschaft normative Standards eingeführt werden, um dem „nicht mehr erfolgreichen Altern“ ein „erfolgreiches Ende“ zu setzen [Schroeter, 2005b].

Wie viele Lebensjahre muss man erreichen, welchen Grad an körperlicher und geistiger Gesundheit erlangen, welches Ausmaß an persönlicher und sozialer Handlungskompetenz erzielen, wie viel Lebenszufriedenheit muss man zeigen, um als „erfolgreich“ gealtert zu gelten?

Oder in Umkehrung der Fragestellung: Wie jung muss man sterben, welche geistigen und körperlichen Krankheiten muss man er-

leiden, wie viel Inkompetenz muss man zeigen, und wie unzufrieden muss man sein, um als „gescheitert“ und „unproduktiv“ gebrandmarkt zu werden? Derartige Antagonismen polarisieren in unnötiger Weise und laufen zudem Gefahr, durch die „Aufwertung des produktiven Alters (...) das nicht mehr produktive Alter – indirekt zumindest – zu einem unnützen zu machen“ [Lenz et al., 1999]. Eine solche Zuspitzung findet sich zwar nicht in den Modellen des „erfolgreichen“ oder „produktiven“ Alterns, eine derartige normative Zielsetzung ist aber die unausgesprochene implizite Folgerung solcher Überlegungen.

Selbst wenn man die Begriffe des erfolgreichen und produktiven Alterns von Leistung und Arbeit zu entkoppeln versucht und sie auf nahezu alle menschlichen Tätigkeiten und Regungen ausdehnt, sodass selbst das Klagen und Äußern von Ängsten angesichts des nahen Todes als produktive Entlastung angesehen wird [Montada, 1996], bleibt Unbehagen. Denn so verkommen erfolgreiches und produktives Altern zu aussagelosen Allerweltsbegriffen, die für Alles und Nichts erhalten [Schroeter, 2005b].

Mit dem Rücken zur Ethik

Wer vom erfolgreichen und produktiven Altern spricht und damit unweigerlich Kriterien zur Erreichung eines solchen formuliert, der läuft Gefahr, normative Maßstäbe zu setzen, die über Erfolg oder Misserfolg, über Produktivität oder Unproduktivität richten. Man mag das erfolgreiche oder produktive Altern an verschiedenen Kriterien bemessen, etwa an Lebensdauer oder Lebenszufriedenheit, an körperlicher und mentaler Gesundheit, an persönlicher oder sozialen Kompetenzen oder an Teilhabechancen und Partizi-



Heinz Riesenhuber, CDU, ältestes Mitglied des Bundestages und „heteroproduktiv“

Foto: Deutscher Bundestag-Lichtblick-Achim Meide

pationsquoten in Gemeinschaft und Gesellschaft. All das lässt sich gewiss auch quantifizieren, mit Prozentpunkten und Skalenwerten ins statistische Maß setzen. Mit Fantasie und Rechenkunst wird man auch individuelle und gesellschaftliche Erfolgs- und Produktivitätsquoten sowie Gewinn-Verlust-Bilanzierungen aufstellen und gegebenenfalls sogar monetär hochrechnen können. Damit freilich werden zugleich auch immer Durchschnittswerte

ermittelt, die dazu verführen, als Normalmaße oder Richtwerte missdeutet zu werden. Und dann stellt sich die Frage, was mit denen geschieht, die diesen Richtwerten nicht entsprechen und den Normalitätsansprüchen nicht gerecht werden.

Unter dem Schlagtruf der modernen Selbstkontrolle – „Ressourcen erkennen, Ressourcen erweitern, Ressourcen nutzen!“ – hat sich ein Menschenbild entwickelt, das dem eines Unternehmers gleicht.

Der moderne Mensch, ob jung oder alt, krank oder gesund, wird zum „Unternehmer seiner selbst“ [Foucault, 2004; Bröckling, 2007], der in sein eigenes Lebensprojekt investiert, indem er Kompetenzen langsam und stetig entwickelt, Adaptionstechniken und Strategien der Stressbewältigung aufbaut und sich durch mentales und physisches Training „fit“ hält.

Der Apfel der Verjüngung bleibt ein Mythos

Mit unternehmerischem Kalkül wird dem „Risiko“ Krankheit oder Alter vorzubeugen versucht. Doch im so genannten „Vierten“ oder „Fünften Alter“ stößt diese imperative Grammatik an ihre Grenzen. Noch ist „die Krankheit (...) nicht abgeschafft, aber ihr Ende, der Tod, ist verblüffend zurückgedrängt.“

Entgegen aller Fitness-Philosophien hängt der „utopische Apfel der Verjüngung (...)



Nach der nordischen Mythologie ist Idun die Göttin der ewigen Jugend und Hüterin der goldenen Äpfel. Der Sage nach sollen sie Unsterblichkeit verleihen.

Foto: DocStock/Bridgeman Art

noch in ziemlicher Ferne“ [Bloch, 1982].

Die Antwort auf die anfangs ausgewiesene Frage „Erfolgreiches Altern – Fakt oder Fiktion?“ erweist sich als janusköpfig. Auf der einen Seite ist das erfolgreiche ebenso wie das produktive Altern weder Fakt noch Fiktion, sondern zunächst einmal eine irreführende Bezeichnung. Denn das Altern selbst kann weder erfolgreich noch produktiv sein, sondern stellt zunächst einmal eine „irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit“ [Bürger, 1960] dar.

Aus einer humanbiologischen Perspektive ist das Altern „eine bei allen Menschen mit zunehmendem Lebensalter (...) sich schleichend entwickelnde, progressiv verlaufende und nicht umkehrbare Verminderung der Leistungsfähigkeit von Geweben und Organen des Organismus“ [Schachtschabel, 2005].

Auf der anderen Seite werden die biologischen Abläufe stets gesellschaftlich überformt [Schroeter, Künemund, 2010], sodass die individuellen und kollektiven Interventionsprozesse in den Alterungsprozess durchaus erfolgreich sein, aber eben auch scheitern können. Ganz abgesehen davon ist es unzweifelhaft, dass auch ältere Menschen Erfolge erzielen und produktiv sein können. Nur sind Erfolg und Produktivität im Alter eben etwas anderes, als erfolgreiches und produktives Altern. Unabhängig davon wirkt die Vorstellung von einem – wie auch immer definierten – wünschenswerten Erfolg, be-

ziehungsweise von einer angestrebten Produktivität im Alter mächtig in die Lebenswelten der alternden Akteure hinein. Diese durch wissenschaftliche Expertisen legitimierte Altersbilder sind zugleich auch immer „Alterserwartungscodes“, die als Deutungen und Konzepte „vor allem als Positiv- oder Negativ-Vorbilder die sozialen Beziehungen orientieren und beeinflussen wollen“ [Göckenjan, 2000]. Doch damit nicht genug. Denn „Altersbilder sind nicht nur Bilder von der Wirklichkeit,

sie sind selbst Wirklichkeit. Sie beeinflussen unsere Wahrnehmungen, prägen mit Nachdruck unser Handeln und senken ihre vielfältigen Keime ins Altwerden jedes einzelnen Menschen selbst“ [Amann, 2004].

Fiktionen werden Fakten

Die Vorstellungen von einem erfolgreichen und produktiven Altern werden als objektive und unveränderliche Tatbestände suggeriert. Durch das begrifflich Fixierte, empirisch Gemessene wird zwar etwas für den (wissenschaftlichen) Beobachter Bedeutungsvolles erfasst, doch es bleibt stets ein Bedeutungsüberschuss. Und schon Husserl [1985] wusste, dass das aktuell Wahrgenommene „von einem dunkel bewussten Horizont unbestimmter Wirklichkeit“ durchsetzt und umgeben ist.

Prof. Dr. Klaus R. Schroeter
Institut für Sozialwissenschaften
Christian-Albrechts-Universität Kiel
Westring 400, 24098 Kiel
kschroet@soziologie.uni-kiel.de

■ Der Artikel basiert auf einem Referat, das der Autor auf der Jahrestagung 2010 der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin in Kiel gehalten hat.

zm Leser service

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

PKV auf falscher Spur

Egbert Maibach-Nagel

Kompromisslos fordern die privaten Krankenversicherer mit den anstehenden GOZ- und GOÄ-Novellierungen die Öffnungsklausel. Sie soll die PKV berechtigen, Selektivverträge mit Zahn-/Ärzten zu vereinbaren. Nicht „nur“, um Kosten zu reduzieren, heißt es seitens des PKV-Verbandes. Obwohl die PKV-Kassen zurzeit noch klingeln, drohen mit Demografie-Falle und stetigen medizinischen Fortschritt wachsende Belastungen. Taktische Kurzschlüsse zur GKV-Systematik sind längst Teil praktizierter Kostendämpfung. Die Gefahr für Ärzte und Patienten ist ein Einstieg in die Discount-Medizin und der Umstieg Richtung GKV.

Glaubt man dem PKV-Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte, sind die wirklichen Störenfriede des privaten Gesundheitssystems die Ärzte und Zahnärzte: „Mit einer gewissen Verwunderung müssen wir feststellen, dass einige Ärzteverbände mit teils polemischen Worten und überwiegend falschen Behauptungen zum Kampf gegen die sogenannte Öffnungsklausel blasen“, erklärte der PKV-Spitzenvertreter am 9. Dezember 2010 vor Journalisten in Berlin. Mit „einige“ meint Schulte Bundesärzte- und -zahnärztekammer, die – übrigens nach positiver Absprache mit KZBV und KBV – gemeinsam mit Patientenvertretern nicht einmal eine Stunde zuvor öffentlich erklärt hatten, warum sie gegen diesen Prinzipienbruch der PKVen angehen. Schulte seinerseits wollte und musste öffentlich beruhigen: Man sei ohnehin für das Frühjahr mit den Ärztevertretern verabredet. Dann könne „man sich hinsetzen und die Argumente des anderen anhören“. Das Anliegen sei weder Sparprogramm, noch seien Budgets in Planung, die freie Arztwahl werde es weiter geben, beeilte sich Schulte zu versichern. Aber wie korrespondiert dieses Versprechen mit der offiziellen Aussage des PKV-Verbandsvorsitzenden, mit der Öffnungsklausel „stärker Einfluss auf die Qualität und die sich daraus ergebenden Mengen und Preise von Heilbehandlungen“ nehmen zu wollen? Einflussnahme auf Mengen impliziert Budget-

terierung, die auf Preise Einsparungen. Und Selektivverträge schränken die freie Arztwahl ein. Aber darüber sollen Ärzte und Zahnärzte aus Sicht der PKV im Vorfeld der politischen Entscheidungsoptionen besser nicht reden. Eine erstaunliche Finte, bedenkt man, dass in Fachkreisen schon ab Jahresanfang 2011 mit einem Referentenentwurf aus dem BMG für die neue GOZ gerechnet wird. Und auch der PKV-Verband weiß, dass hier Diskussionen unter Dritten wenig bringen: Denn nicht die Ärzte und Zahnärzte, sondern das Ministerium macht den Entwurf für die Verordnungen. Das Bundesgesundheitsministerium setzt die Rahmenvereinbarungen der künftigen Gebührenordnung für Zahnärzte – und im Anschluss die für die Verordnung der Ärzte.

Politische Geisterfahrer

Schon vor gut einem Jahr hatten die beiden Berufsgruppen deshalb gemeinsam auf die Gefahren der Öffnungsklausel hingewiesen. Jetzt, anlässlich der bevorstehenden Referentenentwurfs zur neuen GOZ und damit auch prädestinierend für die GOÄ, haben die Heilberufe ihre große Sorge erneut erläutert. Denn Deutschlands Ärzteschaft sieht das duale System von PKV und GKV durch die Annäherungen jüngerer Zeit durchaus in Frage gestellt: „Es geht um

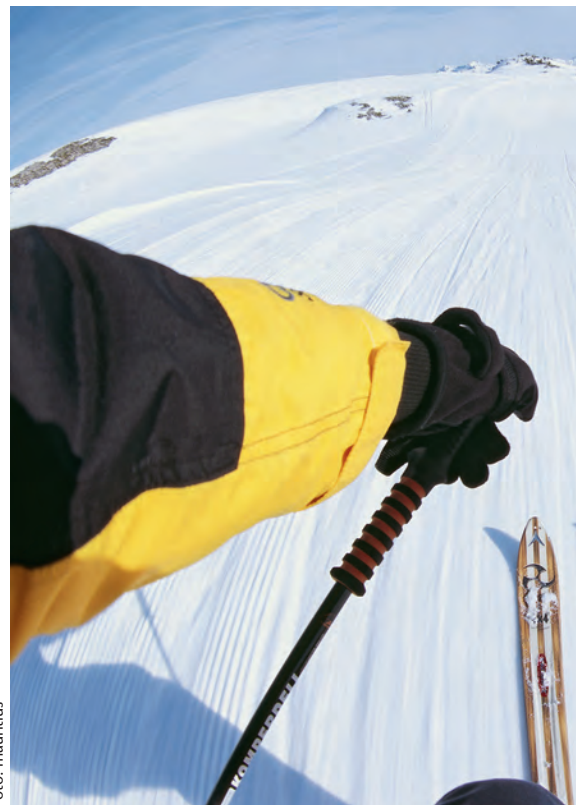


Foto: mauritius

Marktmacht“, moniert der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Mitglied des Bundesärztekammervorstandes, Dr. Theodor Windhorst:

„Die Öffnungsklausel hebt die Schutzfunktion der Gebührenordnungen aus. ‚Discountklausel‘ statt ‚Öffnungsklausel‘ wäre somit der treffendere Begriff für diese gesundheitspolitische Geisterfahrt der PKV, mit der sie viele Patientinnen und Patienten von einer flächendeckenden ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung auf hohem Niveau ausschließen würde.“

Letztlich wurde der Handlungskorridor für die Gebührenordnungen vom Gesetzgeber festgelegt, um Patienten vor überhöhten Honorarforderungen und Zahn-/Mediziner vor Dumpingpreisen zu schützen. Der Verweis der PKV auf die Freiwilligkeit der zusätzlichen Verträge ist dabei Makulatur. Windhorst warnt, dass sich die Ärzte langfristig einer Öffnungsklausel nicht verweigern

*Schussfahrt zum Systemwechsel?
Unterstützt von Teilen der Politik
nutzen die privaten Krankenversicherer
zunehmend eingefahrene Wege der GKV.*



könnten: „Mit der absehbar sehr kleinen Gruppe von ‚freien‘ Patienten würden Praxen in existenzielle Nöte geraten.“

„Die freie Wahl des Arztes ihres Vertrauens würde damit ausgeschlossen, die bewährte ärztliche und zahnärztliche Selbstverwaltung zerschlagen und die Mediziner zu Versicherungsmaklern der Privatkassen degradiert,“ befürchtet BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. Weniger Qualität, höherer Kostendruck, ruinöser Preiswettbewerb und die Dezimierung der zahnärztlichen Versorgung auf „urbane PKV-Zahn-Ketten“ wären die zu erwartende Folge.

Befund: gesund

Dass die Rolle der Versicherungs-Maklerei nicht in das Berufsbild des in direkter Vertrauensbeziehung zum Patienten stehenden Arztes oder Zahnarztes gehört, bedarf aus Sicht der Heilberufe keiner Diskussion. Aktuell läuft die Versicherungsakquise im Bereich

der PKV ohnehin wenig rühmlich: Versicherungsmakler, so wurde erst kürzlich über die breite Schiene der Publikumsmedien beklagt, erhalten in Einzelfällen für die Vermittlung von Vollversicherten Provisionen in „hoher vierstelliger Euro-Höhe“ je Abschluss. Laut Handelsblatt ist jeder neue Privatpatient für einen Vermittler bis zu 10 000 Euro wert.

Ein für die stellvertretende BÄK-Hauptgeschäftsführerin Dr. Regina Klakow-Frank sehr fragwürdiger Ansatz: Jährlich würden rund 2,5 Milliarden Euro allein für Abschlussaufwendungen ausgegeben, rechnete die Ärztevertreterin im Fachmagazin „Ärztepost“ vor. Dies entspreche in etwa der Hälfte der jährlichen Ausgaben für ambulante privatärztliche Leistungen.

Mit dieser Ansicht steht sie nicht allein: Selbst die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) befürchtet, dass einige Versicherer ihrer unternehmerischen Verantwortung nicht gerecht werden, weil sie zuließen, dass Makler offensichtlich aus Profitgier die Qualität der Beratung vernachlässigten. Die BaFin kündigte Prüfungen an.

Was auch immer dabei herauskommen mag: Die geduldete aggressive Akquise deutet an, mit welchem Druck man das Geschäft ankurbeln will.

Dabei läuft es für die Privatversicherer gegenwärtig gar nicht so schlecht: Die rund 8,8 Millionen Vollversicherten zahlten allein für die Krankenversicherung im Jahr 2009 rund 29,4 Milliarden Euro an Beiträgen. Das sind im Schnitt 3,6 Prozent mehr als noch ein Jahr zuvor. Der Nettoneuzugang belief sich 2009 auf 171 600 Personen, damit erreichte das Neugeschäft fast das Doppelte des Vorjahreswertes (2008: 90 300 Personen). Laut Befund also akut „gesund“?

Immerhin haben selbst im Krisenjahr 2009 Unternehmen wie die Allianz Private Krankenversicherungs AG nach Steuern sehr gute Jahresüberschüsse erzielen können, die übrigens in 2010 noch deutlich übertroffen werden sollen. Die Gruppe der Vollversicherten macht laut PKV-Zahlenbericht nach wie vor 71,9 Prozent der gesamten Beitragseinnahmen aus. Auf Zusatzversicherungen,

die erst seit einigen Jahren ihre Wirkung entfalten, entfallen zurzeit 19,5 Prozent.

Für Leistungen mussten die PKVen im Berechnungsjahr 2009 mit 20,45 Milliarden Euro ganze 4,6 Prozent mehr als ein Jahr zuvor ausgeben, für 2010 sollen es voraussichtlich 21,33 Milliarden Euro sein. Ein Hinweis auf exorbitante Erhöhungen zugunsten der Heilberufe? Klakow-Frank sieht das anders:

„Steigende Ausgaben für die ärztliche Versorgung sind kein Solitärproblem der PKV, sondern auch in der GKV und ubiquitär in allen OECD-Staaten zu beobachten.“ Dieses Phänomen sei demografiebedingt. Altersstrukturbereinigt sei die Ausgabenentwicklung in Deutschland, einschließlich PKV, sogar günstiger als in Ländern wie beispielsweise den Niederlanden, deren System in der Diskussion häufig als effizienter und wirtschaftlicher hingestellt werde.

Die BÄK sieht andere Ursachen für die PKV-Probleme: Schuld seien die gezielten Destabilisierungsmaßnahmen und Wettbewerbsverzerrungen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherungen in der vergangenen Legislaturperiode, die auf eine Bürgerversicherung abzielten.

Ein Tarif als Basis

Hier liegt der erste, übrigens von der Politik verschuldete Sündenfall sicherlich in der Schaffung des Basistarifs, der zur Zeit knapp 18 000 PKV-Mitglieder auf GKV-Niveau versichert. Diese Gruppe muss von der übrigen PKV-Versichertengemeinschaft per Umlage mit finanziert werden, sollten die Beitragseinnahmen für die Versorgung nicht ausreichen. Das GKV-Umlageverfahren lässt grüßen.

Aber für die Ärzte- und Zahnärzteschaft weit gefährlicher dürfte sein, dass bei Nichteinigung zwischen PKV und Zahn-/Ärzteschaft über die Höhe des Tarifs für diese Versichertengruppe eine Schiedsstelle entscheidet, deren paritätisch neutrale Besetzung wegen zusätzlicher Vertreter aus BMG und Bundesfinanzministerium – eine rechtlich sehr umstrittene Eigenmächtigkeit des Gesetzgebers – einfach aufgehoben ist. KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Eßer: „Hier wird der PKV-Verband die Disparität

gezielt für seine wirtschaftlichen Ziele nutzen.“ Und das im Endeffekt nicht nur für die etwas über 18 000 Basistarifversicherten: Denn ein auf diesem Weg einmal durchgefochtener niedriger Basistarif kann die Verhandlungen für die GOZ und GOÄ prädestinieren, aber auch als Hebel für Niedrigsttarife bei etwaigen Selektivverträgen auf Grundlage der Öffnungsklausel dienen. „Damit sind auch bei der PKV alle Möglichkeiten für Honorar-Sinkflüge eröffnet“, befürchtet Eßer. Schöne neue Tarifwelt?

gangenen Jahren auf dem internationalen Kapitalmarkt nicht gerade optimale Bedingungen vorgefunden. Christopher Hermann, stellvertretender Vorsitzender der AOK Baden-Württemberg, mutmaßt im Fachpressedienst „Highlights“: „Die PKV kann ihre Altersrückstellungen, ihre Prognosen dafür mit 3,5 Prozent effektiver Entwicklung nicht mehr realisieren, weil sichere Anlagemöglichkeiten und die Zinsentwicklung dies nicht mehr hergeben.“ Im Jahr 2009 wurde, so parierte PKV-Verbands-

kaum. Da liegt Kritik nicht fern. Ersatzkassen-Verbandschef Thomas Ballast: „Ein Blick auf die enormen Prämiensteigerungen reicht aus, um festzustellen, dass die PKV alles andere als gesund ist.“

Und das gilt, obwohl die Versicherungsleistungen wie 2009 auch in 2010 „niedriger liegen werden als die Beitragseinnahmen“. Für 2011, dem Jahr, in dem die dreijährige Wechselsperre der freiwillig Versicherten wegfallen und die Beitragsbemessungsgrenze gesenkt wird, erwartet man eine ähnliche Entwicklung. Noch gilt also: „Krank ist anders.“

Trotzdem arbeitet die PKV intensiv am Ausweg aus dem künftigen Kostendilemma, zum Beispiel via Öffnungsklausel. Aber die hat auch rechtlich ihre schwachen Seiten: „Der Mindestsatz der Gebührenordnungen ... hat seine kalkulatorische Grundlage darin, dass ... die Sicherung der Behandlungsqualität unter diesem einfachen Gebührensatz nicht mehr gewährleistet ist“, warnt beispielsweise der Medizinrechtler Prof. Dr. Thomas Schlegel. Folglich verbieten die bestehenden Gebührenordnungen „ruinösen Preiswettbewerb“. Hinzu komme, dass es für die PKV nicht möglich sei, den Privatversicherten einfach zu zwingen, sich von einem bestimmten Arzt oder Zahnarzt behandeln zu lassen. Einseitige Vertragsänderungen sind also nicht möglich. Ein Weg, der den Präsidenten der Bürgerinitiative Gesundheit (DGVP) Wolfram-Armin Candidus antreibt, für seine Klientel gegen die Öffnungsklausel anzutreten: „Freie Arztwahl und die Therapiefreiheit der Ärzte würden sukzessive dem Preisdiktat und den einseitigen Sparvorgaben der PKV zum Opfer fallen“, warnt der Patientenvertreter. Aber wie verlaufen die Fronten? „Das Modell Öffnungsklausel wird längst nicht von allen Versicherungen getragen“, weiß Fachrechtler Schlegel: „Es vergrößert nur die Marktmacht der großen Versicherungen, weil diese darüber Vorteile erlangen können und somit der Wettbewerb auf Seiten der PKVen verzerrt wird.“ Problematisch kann sich, so Betriebswirt und Gesundheitsexperte Prof. Jürgen Wasem auf dem



Foto: BZÄK-axentis

Wehren sich aktiv gegen die PKV-Öffnungsklausel (v.l.n.r.): BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, Patientenvertreter Wolfram-Armin Candidus (DGVP), die stellvertretende BÄK-Hauptgeschäftsführerin Dr. Regina Klakow-Frank und BÄK-Vorstandsmitglied Dr. Theodor Windhorst

Eigentlich sollte die PKV erstmal ihre hausgemachten Fehler angehen: Möglichkeiten zu einer vernünftigen Tarifgestaltung, mit der die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt und die Inanspruchnahme von Leistungen gesteuert werden könnten, so kritisiert Regina Klakow-Frank, werden bisher nicht genutzt. Stattdessen setzt man auf ein undurchschaubares Konstrukt von rund 5 000 unterschiedlichen Tarifen ohne interne Steuerungseffekte und auf „einen fragwürdigen Tarif-Preis-Wettbewerb um PKV-Neukunden zu Lasten der Bestandsversicherten“.

Dabei liegt hier die eigentliche, „gute Seele“ des PKV-Geschäftes, das kapitalbildende Verfahren. Mit Alterungsrückstellungen in Höhe von 144 Milliarden Euro haben die PKVen Ende 2009 zwar noch ein Pfund, mit dem das PKV-System wuchern kann. Aber auch diese Sicherheiten haben nach Ansicht beobachtender Konkurrenten in den ver-

direktor Volker Leienbach gegenüber der Financial Times Deutschland, noch eine Verzinsung von 4,2 Prozent erreicht. Aber unübersehbar bleibt: Die ersten Versicherer, darunter Axa und Gothaer, blieben deutlich unter der 3,5 Prozent-Marke.

Unkalkulierbare Beiträge

Also lautet die Devise Beitragserhöhung. Die Allianz verlangt von neuen Kunden inzwischen rund zwölf Prozent mehr. Besonders teuer wird es für Versicherte in sogenannten geschlossenen Tarifen, heißt es seitens des Bundes der Versicherten. Überhaupt zeigen langfristige Branchenüberblicke, wie unkalkulierbar die Entwicklung für Teile der Beitragszahler wurde: Laut Beitragsprüfung des Analysehauses Morgen & Morgen stiegen die Jahresbeiträge in den vergangenen zehn Jahren für Männer durchschnittlich um 1 985 Euro, die Werte für Frauen differierten

im August 2010 vom Euroforum durchgeführten Branchentreff „PKV im Aufbruch“, auch die Problematik der Bestandserhaltung der Kapitalbildung einzelner Versicherter auswirken. Wasem mahnt: „Eine Öffnungsklausel hat nur eine Perspektive, wenn alle Beteiligten hier einen Konsens finden.“ Der besteht aber nicht einmal unter den Privatversicherern. Waren sich schon in den Vorjahren die Branchengrößen nicht einig, ob ihr Heil im Vollversicherungsbereich oder aber in der Akquise von Zusatzversicherungen liegt, sind sich inzwischen selbst Vollversicherer nicht mehr einig, ob die versicherungsmathematisch ausgeklügelten Systeme angesichts der veränderten Demografie und längerer Lebenszeiten auch künftig noch ausreichen werden, den Krankenschutz für ein Versicherungsleben auf derzeitigem Niveau der Rücklagenbildung abzustützen. Lohnt sich angesichts alternder Gesellschaft und medizinischem Fortschritt die PKV-Vollversicherung nach gegenwärtigem Modell noch, fragt man sich in der Branche hinter vorgehaltener Hand.

Im Schlepptau der GKV

Also verlässt die PKV ihre bisher eigenen Spuren: Mit der Gleichstellung zur Rabattgewährung im Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AmNOG) wurde nach Jahren der Abgrenzung ein Weg beschritten, der zunehmend an Phänomenen der GKV-Systematik partizipiert. Zwischenzeitlich wurden auch durch die Beteiligung an der Finanzierung von Gemeinsamen Bundesausschuss und IQWiG die Grenzen weiter aufgeweicht. Durch die jetzt hartnäckig eingeforderte Öffnungsklausel soll der Weg weiterer Parallelen zur GKV konsequent fortgesetzt werden. Und in der Politik wird an allen Ecken offen zugegeben, dass das Ziel der Angleichung beider Systeme auch unter einer schwarz-gelben Regierung keineswegs verworfen wurde. Gestritten wird allenfalls um die Vorzeichen: Geht es in Richtung GKV (Bürgerversicherung) oder PKV (Gesundheitsprämie)?



Foto: Joern Wolter-vario images

Ab in nicht gesichertes Gelände? Die PKV gefährdet ihre Rolle im Dualen System.

Entscheidet man sich im BMG tatsächlich für die Öffnungsklausel, mutieren die PKVen im Gesundheitswesen vom „Payer zum Player“, dann nützen weitere Gespräche untereinander wenig. Deshalb der kurzfristig angesetzte öffentliche Protest der Zahnärzte, deshalb die schnell folgenden Nebelkerzen der privaten Versicherer.

Zumindest mit Stand Redaktionsschluss ist die Meinungsbildung in der Politik quer durch das Regierungslager noch nicht abgeschlossen. Anlass genug, an dieser Ecke hartnäckig, aber sachlich weiter zu agieren. Denn die von der PKV angestrebte Klausel ist keineswegs aus der Luft gegriffen. Mit dem als Leiter der Abteilung für Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik ins BMG geholten ehemaligen stellvertretenden Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, Christian Weber, wird das Ministerium wissen, wo und wie es ansetzen muss.

Die private Versicherungsbranche hat ohnehin laut erklärt, dass sie mehr von dieser Bundesregierung will: „Sie sollte den gesetzlichen Kassen verbieten, Zusatzversicherungen zu verkaufen“, sagt PKV-Chef Schulte. Das geltende Recht verzerre den Wettbewerb. Anders als die Privaten zahlten die

gesetzlichen Krankenkassen keine Steuern und bildeten auch keine Rückstellungen für ihre Versicherten. „Für die PKV sind Zusatzversicherungen eine wesentliche Säule des Geschäftes. Da darf es keine unfaire staatliche Konkurrenz geben“, meint Schulte.

Dr. Hans Josef Pick, Vorstand der Deutschen Krankenversicherung (DKV), spricht es noch deutlicher aus: „Besser für die Versicherer wäre es, wenn sie die Versicherten direkt steuern könnten.“ Der Aufbau von Zahnarzt- und Arztnetzen ist für ihn ein wichtiges Element der von der DKV verfolgten Verzahnung von Versorgung und Versicherung.

Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, Jens Spahn, hat mit Hinweis auf die steigenden Prämien in der PKV geäußert, es könne „Sinn machen, auch über eine Öffnungsklausel zu sprechen“. Zur Sicherheit solle dann aber auch eine Art Untergrenze vereinbart werden, wird Spahn zitiert. Aber

wofür dann eine Öffnungsklausel, wenn der Korridor von GOÄ und GOZ tatsächlich neu festgelegt werden soll?

Preiskartelle befürchtet

Aus Sicht der Ärzte- und Zahnärzteschaft ist dieser Schritt schlicht unverständlich. Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) befürchtet, dass „die Öffnungsklausel die GOÄ zum EBM macht und das Geschäftsmodell der PKV mit der GKV verschmilzt. Damit wäre der Untergang der Privatärztlichen Versorgung vorprogrammiert,“ befürchtet die GFB. Bundesweite Vertragsnetze großer Versicherungsunternehmen kämen Preiskartellen gleich.

Noch sehen 73 Prozent der Deutschen eine dauerhaft gute medizinische Versorgung in der PKV gesichert. Auch in den Punkten „Leistungsumfang“, „Transparenz“ und „Preis-/Leistungsverhältnis“ liegt die PKV nach Ansicht der Deutschen klar vor der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – so ein Ergebnis der aktuellen, repräsentativen „Continental-Studie 2010“. Wollen die Versicherer das alles wirklich aufs Spiel setzen? ■

Retropharyngeales pleomorphes Adenom

Alarmsymptom: Verlagerung des Gaumensegels

Tarik Mizziani, Martin Kunkel



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

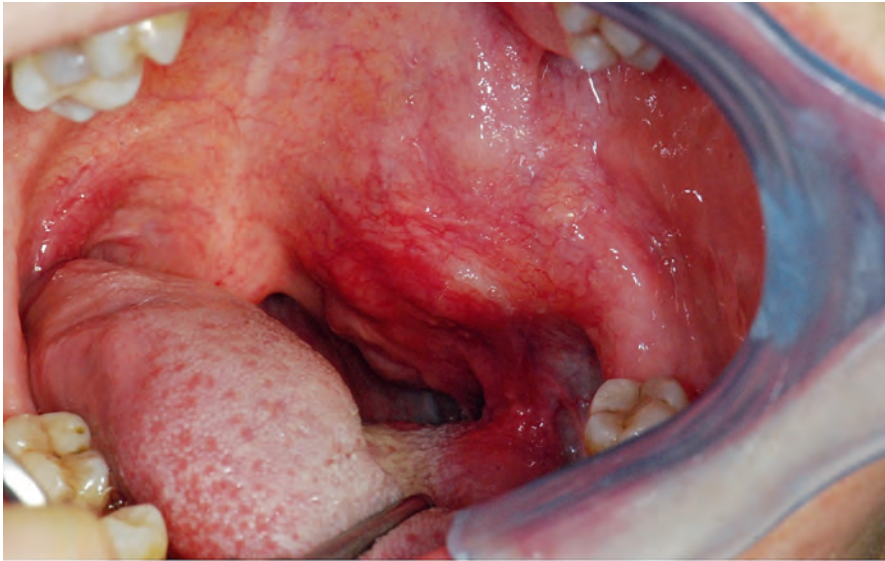


Abbildung 1: Klinischer Aspekt der Raumforderung. Das Velum erscheint vorgewölbt und lässt die höckrige Oberfläche des Tumors erahnen.

Eine 39-jährige Patientin wurde der Klinik unter der Verdachtsdiagnose eines parapharyngealen Abszesses zugewiesen. Bei der Erstuntersuchung befand sich die Patientin in gutem Allgemeinzustand. Die Palpation der Halsregion ergab keine Resistenzen im Sinne eines entzündlichen Infiltrates, die Frage nach Dysphagie oder Odynophagie wurde verneint. Es bestand keine Dyspnoe. Bei der enoralen Inspektion fiel eine ausgedehnte linksbetonte Schwellung im Bereich des linken Velumbereiches auf. Die Raumforderung war von der Konsistenz derb und auf Palpation nicht druckdolent. Der Befund erstreckte sich bis in die seitliche Pharynxregion und war vollständig von intakter Schleimhaut ohne pathologische Gefäßzeichnung bedeckt (Abbildung 1).

Weder klinisch noch laborchemisch ergaben sich Hinweise auf eine Infektion, stattdessen erschien der Befund dringend verdächtig auf eine Neubildung. In der bildgebenden Diagnostik mittels

CT zeigte sich dann auch eine linksseitige parapharyngeale, prästyloide homogene und hypodense Raumforderung von rund 40 x 45 x 50 mm Durchmesser ohne ossäre Arrosionen und ohne infiltratives Wachstumsmuster. Auffällig waren deutliche intraläsionale Verkalkungen (Abbildungen 2 und 3), sodass zunächst auch ein Hamartom als

Verdachtsdiagnose möglich erschien. Die histologische Aufarbeitung einer Biopsie erhärtete diesen Verdacht, da zunächst nur Knorpelanteile beschrieben wurden. Therapeutisch erfolgte danach die Exstirpation des Tumors in toto. Aufgrund der engen Lagebeziehung zur A. Carotis interna wurde ein kombinierter intra-extraoraler Zugang gewählt, um die dorsalen Anteile sicher abgrenzen zu können. Nach der Entnahme stellte sich ein glatt begrenzter (Abbildung 3 a), überwiegend knorpelig erscheinender Tumor dar, der im Anschnitt (Abbildung 3 b) neben den ossären Anteilen eine kleine parenchymatöse Zone aufwies. Interessanterweise ergab sich dann in der endgültigen Aufarbeitung ein pleomorphes Adenom mit überwiegend chondraler Differenzierung.

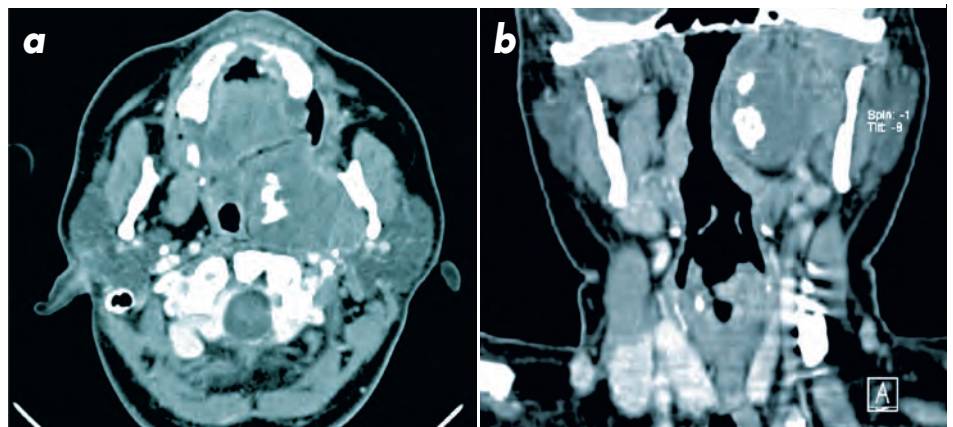


Abbildung 2: Die computertomographische Darstellung zeigt die enorme Ausdehnung des Tumors und die intraläsionalen Verkalkungsstrukturen. Sowohl in der axialen (a) als auch in der frontalen (b) Rekonstruktion wird die deutliche Einengung des Pharynx erkennbar. Bei einer akut entzündlichen Läsion bestünde hier die unmittelbare Gefahr einer Atemwegsverlegung.

Diskussion

Das pleomorphe Adenom kommt als häufigster benigner Speicheldrüsentumor zu meist ab der fünften Lebensdekade und dann typischerweise in der Parotis vor und ist hier anhand klinischer, sonographischer und CT-morphologischer Merkmale üblicherweise recht gut einzuschätzen. Sind kleine Speicheldrüsen betroffen oder bei der Entstehung in Regionen mit ektopem oder akzessorischem Speicheldrüsengewebe kann die klinische Einschätzung sehr viel schwieriger sein und häufig ist dann erst die histologische Aufarbeitung richtungswisend.

Erschwerend kann, wie hier, auch noch eine ungewöhnliche und inhomogene Gewebedifferenzierung hinzukommen, sodass letztlich erst die Gesamt-Aufarbeitung des Tumors zur endgültigen Diagnose führt.

Tatsächlich ist die variantenreiche Differenzierung mit myxoiden, mucoiden aber auch chondroiden und ossären Anteilen besonders charakteristisch für das Vollbild des pleomorphen Adenoms. Eine nicht repräsentative Biopsie kann dann leicht zu einer Fehleinschätzung führen. Im vorliegenden Fall war durch den ganz überwiegend knorpelig differenzierten Tumor die Einordnung als Speicheldrüsentumor sogar nur anhand der randständigen Anteile des Drüsengewebes möglich.

Für den chondroiden Phänotyp ist bei pleomorphen Adenomen das Chondromodulin-I (ChM-I) verantwortlich, das sich physiologischerweise in den Wachstumsfugen

der langen Röhrenknochen findet. Im pleomorphen Adenom fördert es die chondrogene Differenzierung und hemmt die Vaskularisation, da es sich auch um einen potenten Angiogenesehemmer handelt [Kusafuka et al. 2001].

Auffällig war im vorliegenden Fall die Indolenz der recht jungen Patientin, da der Tumor allein von der Größe her eine erhebliche Sprachbehinderung verursachen musste. Generell ist es aber recht typisch, dass pleomorphe Adenome, wie die meisten Speicheldrüsentumoren klinisch über lange Zeit nahezu symptomlos bleiben.

Die Therapie der Wahl stellt die vollständige Entfernung des Tumors, in den Hauptspeicheldrüsen zusammen mit dem umgebenden Drüsengewebe dar. Eine reine Enukleation führt zu erhöhten Rezidivraten, da pleomorphe Adenome häufig ein diskontinuierliches Wachstumsmuster aufweisen. Die

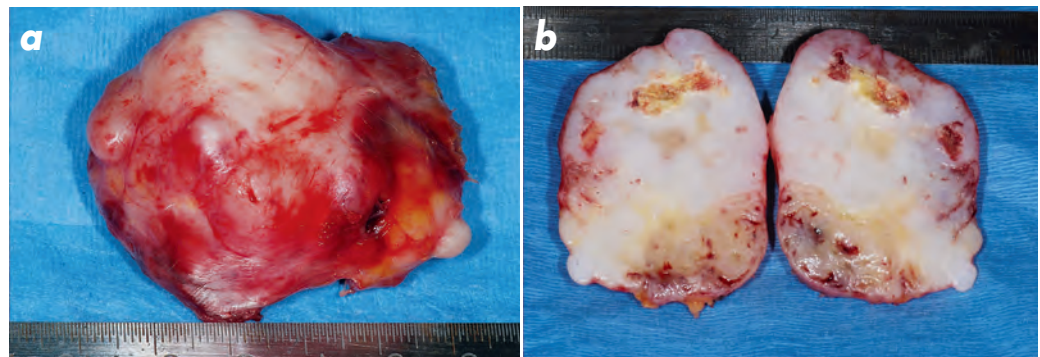


Abbildung 3: Operationspräparat nach der Exstirpation des Befundes. Der Tumor ist glatt begrenzt, zeigt aber eine höckerige Oberfläche (a). Im Anschnitt (b) wird der überwiegend knorpelige Aspekt gut erkennbar. Neben einem Hartgewebsanteil findet sich aber auch ein parenchymatöser Abschnitt, in dem letztlich histologisch Drüsenepitel erkennbar wurde.

vollständige Entfernung ist auch deshalb angezeigt, weil eine relevante maligne Transformationsrate (> 5 Prozent) bei längeren Krankheitsverläufen beobachtet wird.

Fazit für die Praxis

- Unter dem Bild einer pharygealen Raumforderung können sich zahlreiche Pathologien entwickeln, die sich klinisch oft nur schwer differenzieren lassen
- Speicheldrüsentumoren bleiben häufig lange klinisch symptomarm und werden daher klinisch regelmäßig unterschätzt.
- Im Gegensatz zu pleomorphen Adenomen sind parapharyngeale Abszesse durch massive Schluckbeschwerden charakterisiert. Die Patienten haben bei einer sichtbaren Vorwölbung der Pharynxwand in der Regel Fieber, starke Schmerzen und eine hochgradige Kieferklemme.
- Bei dem Verdacht auf einen parapharyngealen Abszess sollte die umgehende stationäre Einweisung erfolgen, da kurzfristig eine akute Atemwegsverlegung eintreten kann.



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

Weiterführende Literatur:

Kusafuka K. et al, Cartilage-Specific Matrix Protein Chondromodulin-I is associated with chondroid formation in salivary pleomorphic Adenoms. *American Journal of Pathology* 158: 1465-1472 (2001)

Dr. Tarik Mizziani
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie
Ruhr-Universität Bochum
Knappschafts-Krankenhaus
Bochum-Langendreer
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
tarik.mizziani@ruhr-uni-bochum.de
martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de

Wissenschaftliche Mitteilung der DGPro

Kieferrelationsbestimmung

Diese Wissenschaftliche Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e.V. (DGPro, vormals DGZPW) zum Thema „Kieferrelationsbestimmung“ ist in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (dzz) vom Dezember 2010 erschienen und wird hier als Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags veröffentlicht.

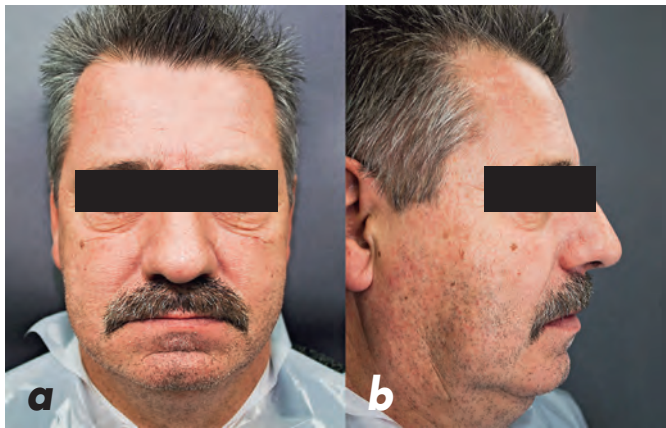


Abbildung 1 a: Die vertikale Kieferrelation ist abgesunken oder zu tief gewählt
Abbildung 1 b: Die vertikale Kieferrelation entspricht der Ruhelage des Patienten.

Fotos: Utz

Hierbei ist die horizontale Lage des Unterkiefers festgelegt, die vertikale Kieferrelation ist im Rahmen der Rotationsmöglichkeiten unbestimmt und muss anhand weiterer Anhaltspunkte, wie Ruhelage, Sprechabstand oder Profilanalyse festgelegt werden.

Die Stellung der Kondylen in maximaler Interkuspitation ist in der Regel nicht identisch mit der zentrischen Kondylenposition. Die Unterschiede betragen bei gelenknaher Messung im Mittel weniger als 0,8 mm im Raum, die vorwiegend in sagittaler Raumrichtung auftreten können. Sagittale Abweichungen von bis über 1 mm werden jedoch auch im gesunden Kauorgan gefunden [10, 11, 60, 101].

Wechselnde Definitionen für die zentrische Kondylenposition in der nationalen und internationalen Nomenklatur haben in der Vergangenheit zu Verunsicherungen geführt, wobei sich die gewünschte optimale Lage der Kondylen in den Definitionen von posterior über kranial nach ventro-kranial geändert hat. Diese unterschiedlichen Definitionen haben zur Bevorzugung von unterschiedlichen Techniken geführt. Die durch verschiedene Praktiken vermuteten Unterschiede liegen im Zehntelmillimeterbereich. Eine Überprüfung (Validierung) verschiedener Verfahren, ob die angestrebte Position der Kondylen in den Fossae auch erreicht wurde, ist klinisch unmöglich und bei funktionell gesunden Patienten auch nicht nötig.

1.3 Zuverlässigkeit

Die Reliabilität (Reproduzierbarkeit) der Positionen wird aufgrund von direkten gelenknahen Messungen am Patienten auf circa 0,02 mm für die maximale Interkuspitation und 0,2 mm für die zentrische Kondylenposition abgeschätzt [10, 11], wobei

1. Einleitung

1.1 Zielgruppen und Grundlagen

Diese Stellungnahme ist auf die Zielgruppen der Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der Zahntechnikerinnen und Zahntechniker ausgerichtet.

Die Kieferrelationsbestimmung dient der Zuordnung von Ober- und Unterkiefermodellen in verschiedenen Formen von Modellhaltern bis hin zu individuellen Artikulatoren.

In der vorliegenden Stellungnahme beschränken sich die Autoren auf die Kieferrelationsbestimmung für die Anfertigung von indirekt hergestellten Restaurationen im funktionell gesunden Kauorgan. Verfahren im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen oder für funktionsdiagnostische oder funktionstherapeutische Zwecke sind nicht Gegenstand dieser Stellungnahme.

Eine Kieferrelationsbestimmung ist als entscheidender Arbeitsschritt für die Herstellung von indirekt hergestellten Restaurationen, wie Inlays, Teilkronen, Kronen, Brücken, implantatgestütztem Zahnersatz so-

wie Teil- und Totalprothesen unerlässlich, um die Modelle von Oberkiefer und Unterkiefer in einer Relation, die möglichst genau die Verhältnisse am Patienten widerspiegelt, in den Artikulator zu montieren.

Die Beziehung zwischen Ober- und Unterkiefer wird vor allem durch die Kiefergelenke, die Kaumuskulatur und die Okklusion bestimmt. Für die Anfertigung von im Labor hergestellten Restaurationen können grundsätzlich zwei Positionen des Unterkiefers in Relation zum Oberkiefer unterschieden werden, die maximale Interkuspitation und die zentrische Kondylenposition.

1.2 Definitionen

Die maximale Interkuspitation wird bei weitgehend erhaltenen Stützzonen und stabiler Verzahnung ausschließlich durch die Okklusion determiniert. In maximaler Interkuspitation ist die Lage des Unterkiefers in Relation zum Oberkiefer in allen drei Raumrichtungen definiert [1, 32].

Die zentrische Kondylenposition ist durch eine idealisierte Position beider Kondylen der Kiefergelenke in den Fossae bestimmt.

nur letztere eine deutliche Untersucherabhängigkeit aufweisen kann [60]. Durch die Übertragung in den Artikulator kommen zusätzliche Fehlerquellen hinzu, so dass sich die Abweichungen räumlich auf rund 0,1 mm für die maximale Interkuspitation und 0,3 mm für die zentrische Kondylenposition erhöhen [101]. Die Festlegung, welche der beiden oben genannten Kieferrelationen für die Anfertigung von indirekten Restaurationen herangezogen wird, hängt maßgeblich vom Restzahnbestand, von der Reproduzierbarkeit der Positionen und den hierfür eingesetzten Verfahren und Materialien ab.

2. Relationsbestimmung bei zahnlosen Patienten

2.1 Problembeschreibung

Mit dem Verlust der Zähne geht die über die Okklusion gesicherte dreidimensionale Beziehung zwischen Ober- und Unterkiefer unwiederbringlich verloren. Die Kieferrelationsbestimmung als wesentlicher Behandlungsschritt bei der Herstellung totaler Prothesen hat daher das Ziel, eine dem ursprünglichen bezahnten Zustand und dem ursprünglichen Aussehen nahe kommende, das stomatognathe System nicht schädigende und vom Patienten sowie seiner Umgebung tolerierte neue dreidimensionale Zuordnung des Unterkiefers zum Oberkiefer einzustellen. Die Kieferrelation lässt sich didaktisch und praktisch in eine vertikale und eine horizontale Relationsbestimmung unterteilen.

2.2 Vertikale Kieferrelationsbestimmung

2.2.1 Literaturrecherche zur vertikalen Kieferrelation

Eine in Medline PubMed im September 2008 durchgeführte Recherche lieferte für eine Suche mit Limits für die Suchbegriffe „complete denture(s) AND vertical dimension“ 75 Studien und 21 Reviews, für „complete dentures AND jaw relation“ 70 Studien und 17 Reviews, und für „complete denture(s) AND rest vertical dimension“ sechs Studien, wovon insgesamt 19 Artikel ver-

wendbar waren.

Bei einer ergänzenden Suche in Medline PubMed im November 2008 ohne Limits wurden für die Suchbegriffe „complete denture(s) AND centric relation“ 240 Studien und 9 Reviews sowie für „complete denture(s) AND centric occlusion“ 402 Studien und 13 Reviews identifiziert, wovon nur 10 zusätzlich zu den obigen verwendbar waren. Darüber hinaus wurde in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift im Oktober 2008 mit den Begriffen „Totalprothesen“ 19 Studien, mit den Begriffen „Vertikale Relation ODER Kieferrelation ODER Bisshöhe“ 0 Studien und mit „Vertikale“ 52 Studien identifiziert, von denen insgesamt zwei verwendet



Abbildung 2: Nach Fertigstellung der Funktionsabformungen wurden diese in der voraussichtlichen späteren vertikalen und horizontalen Kieferrelation über ein Stützstift-Registriermodell verschlüsselt. Die eingestellte vertikale Kieferrelation kann mithilfe des Messzirkels nach Gutowski-Meyding nun gemessen und zum Beispiel mit der Höhe der alten Prothesen verglichen werden.

werden konnten. Alle weiteren Studien wurden mittels Handsuche identifiziert.

2.2.2 Bedeutung der vertikalen Kieferrelation

Die Festlegung einer adäquaten Kieferrelation hat eine grundlegende Bedeutung, weil bei einer fehlerhaften vertikalen Relation funktionelle und ästhetische Probleme zu erwarten sind [36, 74, 75]. Folgende Schwierigkeiten wurden bei zu hoch gewählter Kieferrelation beschrieben:

- verändertes Aussehen
- Prothesenklappern beim Sprechen, Sprachprobleme
- Schleimhautbrennen, Schleimhautreizung, flächige Druckstellen, Prothesenstomatitis

- Mundtrockenheit
- unspezifische Beschwerden, wie Patient „kommt nicht zurecht“, „Unwohlsein“, „Müdigkeit der Muskeln“
- verstärkte Knochenresorption
- craniomandibuläre Dysfunktion, Gelenkschmerzen.

Aber auch bei zu niedrig gewählter Kieferrelation wurden schädliche Auswirkungen auf das stomatognathe System berichtet:

- verändertes Aussehen (Untergesicht zu kurz)
- Lippen eingerollt und/oder faltig, Lippenrot schmal
- Mundwinkel faltig und abfallend, Perleche
- mangelhafte Kaufunktion
- Schluckprobleme
- craniomandibuläre Dysfunktionen.

Ohne Zweifel gibt es einen Mangel an validen klinischen Nachuntersuchungen über die funktionellen Konsequenzen von zu hoch oder zu tief eingestellten vertikalen Kieferrelationen bei Totalprothesenträgern [77]. Dies hängt sicher damit zusammen, dass solche Studien ethisch nicht vertretbar wären.

2.2.3 Vorschläge zur Einstellung der vertikalen Kieferrelation

Im letzten Jahrhundert wurden für die vertikale Kieferrelationsbestimmung bei unbezahnten Patienten zahlreiche unterschiedliche Vorschläge erarbeitet. Eine Vielzahl dieser teils historischen Verfahren kommt jedoch über eine Beschreibung der Methode und deren Vorzüge nicht hinaus.

2.2.4 Geeignete Verfahren zur Einstellung der vertikalen Kieferrelation

Zu den einzelnen Verfahren existieren eine Reihe von vergleichenden Studien, allerdings nicht selten mit einander widersprechenden Resultaten [2, 4, 15, 19, 20, 24, 28–31, 33, 54, 55, 57, 59, 62, 64–66, 72, 78–80, 82, 83, 92, 105, 106, 112, 114]. Am besten untersucht ist die Bestimmung

der Ruhelage in Zusammenhang mit dem Interokklusalabstand bei bezahnten Probanden [3, 5, 6, 14, 16, 28, 30, 39, 43, 52, 58, 68, 76, 87, 88, 90, 107]. Unter der Ruhelage versteht man die unbewusste Abstandshaltung des Unterkiefers vom Oberkiefer bei aufrechter Körper- und Kopfhaltung. Der interokklusale Spalt ist definiert als Abstand der Seitenzähne von Ober- und Unterkiefer bei Einnehmen der Ruhelage beziehungsweise der Bestimmung des engsten Sprechabstandes [1, 32]. Dabei ist zu beachten, dass die Ruhelage von verschiedenen äußeren Faktoren, wie zum Beispiel der Körperhaltung, beeinflusst werden kann.

Die meisten Untersuchungen konnten zeigen, dass sich zur Einstellung der vertikalen Kieferrelation zur Herstellung von Totalprothesen die Verfahren „Bestimmung des engsten Sprechabstandes“ [18, 20–22, 28, 32, 49, 53, 73, 135, 141, 159, 163] und „Einnehmen der Ruhelage“ eignen [7, 30, 31, 81, 82, 95, 116, 129, 144–146, 151, 165].

Der „engste Sprechabstand“ wird in der Regel während der Aussprache des Konsonanten „s“ zum Beispiel in dem Wort „Mississippi“ oder in ähnlichen Wörtern beziehungsweise eingebettet in geeignete Sätze festgelegt. Die Ruhelage kann über die Methoden „Lockerlassen des Unterkiefers aus maximaler Interkuspitation“ oder „Lippenschluss nach Öffnung“ einigermaßen zuverlässig bestimmt werden, ohne dass die Schwierigkeiten, die mit der jeweils einige Millimeter betragenden Standardabweichung verbunden sind, außer Acht gelassen werden sollten. Die praktische Bestimmung der vertikalen Relation wird nicht einfacher dadurch, dass sich die Ergebnisse beider Methoden durchaus unterscheiden können und entgegengesetzte Konsequenzen erfordern würden. Neben der Variationsbreite der Ruhelage ist ein weiteres Problem bei der praktischen Bestimmung der vertikalen Relation, dass die extraoral auf der Haut zum Beispiel zwischen Nasenspitze und Kinn gemessenen Distanzen nicht den intraoral tatsächlich vorhandenen Strecken entsprechen müssen [17, 25, 35, 63, 91].

Alle Autoren sind sich einig, dass zusätzlich zu den oben angeführten und als geeignet

angesehenen Verfahren auch ästhetische Gesichtspunkte die Entscheidung wesentlich beeinflussen müssen, allerdings mit nachgeordneter Bedeutung. Bei Patienten, die bereits Totalprothesen tragen, ist die Untersuchung der vertikalen Kieferrelation der alten Prothese oft eine Entscheidungshilfe. Alle anderen Vorschläge zur Festlegung der vertikalen Kieferrelation haben sich in der Praxis oder den Studien entsprechend nicht in gleicher Art bewährt oder sind nicht geeignet! Da die vertikale Kieferrelation nicht punktgenau festgelegt werden kann [115], muss sie während der Herstellung einer Totalprothese mehrfach und kritisch mit ver-



Abbildung 3: Unterkiefer Registrierschablone zur Festlegung der vertikalen und horizontalen Relation. Die beidseitigen seitlichen Einbuchtungen für die Zeigefinger dienen zur Fixierung der Schablone während der handgeführten Kieferrelationsbestimmung.

schiedenen Verfahren kontrolliert und bei Bedarf entsprechend korrigiert werden.

2.3 Horizontale Kieferrelationsbestimmung

2.3.1 Literaturrecherche zum Thema horizontale Kieferrelation

Eine Literaturrecherche erfolgte im September 2008 in Medline PubMed zunächst ohne Limits. Mit den Suchkriterien „Complete denture(s) AND horizontal relation“ oder „check bite“ wurde keine Studie, mit „Complete denture(s) AND jaw relation“ 70 Studien, mit „Complete denture(s) AND central bearing point“ acht Studien, mit „complete denture(s) AND centric relation“ 15 Studien sowie mit „Complete denture(s) AND centric occlusion“ 21 Studien identifiziert, wovon insgesamt nur vier verwendbar waren.

Bei der Suche in Medline PubMed ohne Limits wurden bei den Suchbegriffen „Complete denture(s) AND centric relation“ 240

Studien und neun Reviews, bei „Complete denture(s) AND centric occlusion“ 402 Studien und 13 Reviews, sowie bei „Complete denture(s) AND Gothic arch“ elf Studien gefunden, wobei insgesamt zwölf verwendet werden konnten.

Die Suche in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift im Oktober 2008 ergab für den Suchbegriff „Totalprothesen“ 19 Studien, wovon eine verwendbar war, während die Suchbegriffe „Horizontale Relation“ und „Horizontale“ keine brauchbaren Resultate lieferte. Die restlichen Studien wurden per Handsuche identifiziert.

2.3.2 Bedeutung der horizontalen Kieferrelation

Für die Lagezuordnung des Unterkiefers in sagittal-transversaler Richtung sind die Ziele allgemein anerkannt: Beim Zahnkontakt während des Kieferschlusses in maximaler Interkuspitation sollen sich die Prothesen rechts und links gleichzeitig und gleichmäßig berühren, ohne dass sich die obere und die untere Prothese auf dem Tegument verschieben. Wird dieses Ziel nicht erreicht, dann werden folgende negative Auswirkungen beschrieben, die für die Akzeptanz und die Funktionstüchtigkeit des Zahnersatzes von Bedeutung sind [75]:

- verändertes Aussehen
- schlechter sitzende (= weniger gut saugende) Prothesen
- Schleimhautreizungen, Druckstellen, Schleimhautbrennen, Prothesenstomatitis
- Prothesenklappern, Phonationsprobleme
- Pressen, Knirschen (indirekt)
- unspezifische Beschwerden: Suchen der Unterkieferposition („Kontrollkontakte“)
- Unwohlsein, Müdigkeit der Muskeln
- verstärkte Knochenresorption
- craniomandibuläre Dysfunktion.

Auch hier ist sicher ein Mangel an validen, vergleichenden Studien zu verzeichnen, die in einem begrenzten Rahmen ethisch vertretbar wären.

2.3.3 Vorschläge zur Einstellung der horizontalen Kieferrelation

2.3.3.1 Übersicht

Da beim Zahnlosen die Zähne zur Einstel-

lung der horizontalen Relation nicht mehr herangezogen werden können, bleiben nur noch zwei Möglichkeiten: Entweder dominiert die Muskulatur die Lagebestimmung, oder der Behandler positioniert den Unterkiefer durch seine Führung in eine Grenzposition der Kiefergelenke. Die empfohlenen Methoden zur Festlegung der horizontalen Kieferrelation sind vielfältig.

2.3.3.2 Zentrische Kondylenposition

Zur Einstellung der zentrischen Kondylenposition als Ausgangspunkt zur Etablierung der statischen Okklusion existieren unterschiedliche Verfahren. Nur wenige Studien zur Reproduzierbarkeit dieser Unterkieferhaltung sind für unbezahnte Patienten vorhanden, wobei nur eine Untersuchung einen systematischen Methodenvergleich beschreibt. Das übliche Verfahren, die horizontale Relationsbestimmung durchzuführen, ist die sogenannte „Handbissnahme“, die im Sinne der im Jahre 2006 neu aufgelegten Nomenklatur besser als „handgeführte Kieferrelationsbestimmung“ bezeichnet wird. Dem steht die Relationsbestimmung mit zentralen Stützstiftplatten gegenüber.

a) Handgeführte Kieferrelationsbestimmung

Die handgeführte Kieferrelationsbestimmung kann auf den Funktionsabformungen, mit Registrierschablonen (Wachswallschablonen, „Bisschablonen“) oder mit Prothesen erfolgen. Als Registrat-Materialien haben sich geeignete Wachse oder thermoplastische Massen bewährt. Hilfreich ist es, Eingriffmulden oder Fingerstützen im Belastungszentrum seitlich der Wachswälle beziehungsweise der Prothesen anzubringen. Während der bimanuellen Durchführung der Relationsbestimmung liegen die Daumen am horizontalen Unterkieferast, die Zeigefinger fixieren gleichzeitig die untere Schablone/Prothese auf dem Tegument. Man achtet auf die Position der Unterarme, die in der Verlängerung der Medianebene des Kopfes liegen sollten, während der Unterkiefer in die zentrische Kondylenposition geführt wird. Gegenüber dem Stützstiftverfahren bietet die handgeführte Kieferrelationsbestimmung



Abbildung 4: Situation nach handgeführter Relationsbestimmung zur Remontage. Zur Lagesicherung der unteren Prothese wurden beidseits Fingerstützen aus Kerr® roten Stangen angebracht. Die Impressionen der antagonistischen Zähne sind in der thermoplastischen Masse (Bite Compound®) sichtbar.

zeitlich deutliche Vorteile und lässt sich mit Registrierschablonen ohne zusätzliches technisches Equipment am Patienten durchführen. Das ist sicher der wesentliche Grund, warum dieses Verfahren in der Praxis die übliche Methode ist. Allerdings ist nicht nur die Reproduzierbarkeit der „Handbissnahme“ der der Pfeilwinkelregistrierung geringfügig unterlegen. Darüber hinaus ist die Gefahr von Fehlregistrierungen wegen der begrenzten Kontrollmöglichkeiten höher [102, 103]. Die handgeführte Kieferrelationsbestimmung – mag sie auch noch so präzise durchgeführt werden – resultiert immer in einer Grenzposition der Kiefergelenke und somit in einer vom Behandler manipulierten Unterkieferhaltung: Ohne Führung des Unterkiefers und Stabilisierung der Schablonen lässt sich keine Relationsbestimmung bei zahnlosen Patienten durchführen.

b) Zentrale Stützstiftregistrierung

Bei der zentralen Stützstiftregistrierung sind folgende Probleme zu berücksichtigen [47, 48, 56, 61, 69, 71, 81, 110, 113, 116]:

- Die Aufzeichnung erfordert eine Aktivität der Muskulatur, die die Unterkieferlage möglicherweise ungünstig beeinflussen kann.
- Die den Zungenraum verkleinernden Platten können das „muskuläre Gleichgewicht“ stören.
- Es ist unklar, was mit dem Begriff „zentral“ gemeint ist.
- Zahlreiche Einflussfaktoren können das Ergebnis der Registrierung verändern.

Die Position des Stützstifts soll die gleichmäßige Belastung der Registrierschablonen und des Teguments gewährleisten, so dass die Schablonen nach dem leichten Kieferschluss bei dann zunehmender Schließkraft in zentrischer Kondylenposition in Ruhe lie-

gen bleiben und keinesfalls auf dem Prothesenlager rutschen.

Die handgeführte Kieferrelationsbestimmung und die Verschlüsselung auf der Pfeilwinkelspitze haben unterschiedliche Unterkieferpositionen zur Folge [13, 50, 53, 85, 99, 103, 116]. Die Differenzen können im Gelenkbereich räumlich um die 1 mm betragen. Da die Studien bei Totalprothesenträgern durchgeführt wurden, kann über die Abweichungsrichtung allerdings keine valide Aussage getroffen werden: Bei den Messungen kann nicht zwischen Verlagerung der Prothesen und Verlagerung des Unterkiefers differenziert werden. Dies wäre nur bei bezahnten Probanden möglich. Nicht nur die Positionen, auch die Reproduzierbarkeit der beiden Verfahren sind verschieden (im Kiefergelenkbereich räumlich: handgeführte Kieferrelationsbestimmung: $0,7 \pm 0,4$ mm; Pfeilwinkelregistrierung: $0,5 \pm 0,3$ mm). Etwas präziser ist also die Relationsbestimmung mit zentralen Stützstiftplatten und der Verschlüsselung auf der Pfeilwinkelspitze [99, 100, 102, 103]. Die Genauigkeit korrespondiert hier eher mit der tatsächlich beim Patienten erforderlichen Präzision der Einstellung der Okklusion (interokklusale Tastempfindung bei Totalprothesenträgern: $0,4 \pm 0,3$ mm) [104]. Für die Pfeilwinkelregistrierung spricht, dass okklusale Diskrepanzen besser sichtbar werden [8].

Nur eine Studie ist uns zu der sicher letztlich entscheidenden Frage bekannt, ob Patienten mit der einen oder anderen Methode auf Dauer besser zurecht kommen. Auch hier scheint die Pfeilwinkelmethode Vorteile zu besitzen (allerdings ohne statistisch signifikante Unterschiede festzustellen) [102, 103].

Für eine gute Reproduzierbarkeit ist generell die Aufzeichnung des Pfeilwinkels unter Handführung des Behandlers und die Verschlüsselung auf der Pfeilwinkelspitze empfehlenswert. Eine anteriore Verschlüsselung hinter der Pfeilwinkelspitze, möglicherweise in der individuell zu definierenden Mitte eines Adduktionsfeldes, mit dem Ziel eine unphysiologisch weit dorsale oder manipulierte Unterkieferposition zu vermeiden, lässt dagegen keine brauchbare Überprüfung der Position zu. Für die Verschlüsselung auf

der Pfeilwinkelspitze spricht auch die Tatsache, dass unter Führung des Unterkiefers durch den Behandler eine gegenüber der handgeführten Kieferrelationsbestimmung weiter anteriore Lage der Mandibula resultiert [41]. Es ist also nicht notwendig (wäre aber auch nur bei diesem Verfahren möglich), „hinter der Pfeilwinkelspitze“ zu verschlüsseln, um gezielt einen Abstand zwischen ZKP und der neuen maximalen Interkuspitation zu erzeugen.

Die Aufzeichnung des Pfeilwinkels lässt sich heute mit elektronischer Unterstützung durchführen [109]. Die Möglichkeit, die angewendete Kieferschließkraft während der Registrierung zu kontrollieren, ist von Vorteil. Allerdings gibt es keine Studien zu der Frage, wie hoch die Kraft sein muss/darf. Die Schließkräfte liegen unkontrolliert meist unter 10 N [44]; Kräfte über 5 N scheinen negative Einflüsse zu haben [47, 48, 113]. Unklar ist auch, inwieweit die Höhe der aufgewendeten Kieferschließkraft etwas mit dem späteren Zurechtkommen der Patienten mit den Prothesen zu tun hat. Die bei dieser oder vergleichbarer Technik vorgegebene Platzierung des Unterkiefers zur Pfeilwinkelspitze lässt sich weder nachvollziehen noch trifft sie mit den natürlichen Gegebenheiten überein [21].

Im Gegensatz zur handgeführten Kieferrelationsbestimmung hat die zentrale Stützstiftregistrierung Kontraindikationen, die auf der prinzipiellen Systematik beruhen:

- ausgedehnte Schlotterkämme, die ein ungleichmäßiges Einsinken der Prothesen bei Belastung bewirken
- Defektprothesen, bei denen das Tegument nicht gleichmäßig belastet werden kann
- stark abweichende Prothesenschwerpunkte in Ober- und Unterkiefer
- keine stabile Lage der Prothesen (große Zunge, Proglissement u.a.)
- Patienten, die nicht mitarbeiten können (Bewusstseinslage!).

2.3.3.3 Neuromuskulär bestimmte Position

Beim Bezahnten führt die Muskulatur den Unterkiefer in der Regel komplikationslos in die maximale Interkuspitation hinein. Da-

her liegt es nahe, die Schließbewegungen der Mandibula zur Registrierung der Unterkieferlage beim unbezahnten Patienten heranzuziehen, in der Annahme, dass dadurch eine der ursprünglichen maximalen Interkuspitation nahekommende und damit physiologische horizontale Unterkieferhaltung festgelegt wird. Dies ist aus mehreren Gründen kritisch zu sehen:

1. Registrierungen der neuromuskulär bestimmten Lage resultieren nicht in einer punktförmigen, eindeutigen Position. Mit Stützstiftplatten ergeben sich verschieden geformte „Adduktionsfelder“. Daraus eine „richtige“ Position für den Unterkiefer herauszulesen, ist der individuellen Interpretation des Behandlers überlassen und deshalb mit Fehlern behaftet. Auch mit anderen muskelorientierten Verfahren ist keine eindeutige Interkuspitation zu erhalten, die später eine sichere Zuordnung der Schablo-

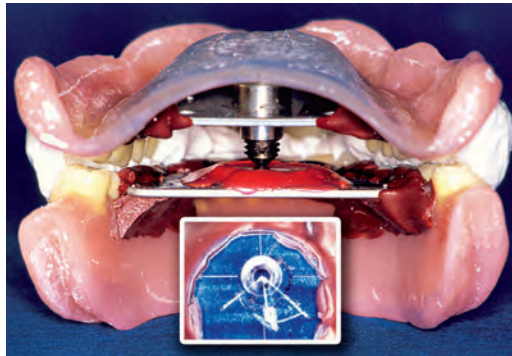


Abbildung 5 kleines Foto: Zentrales Stützstift-Registriergerät. Das Plexiglasplättchen, welches die Position des Unterkiefers festlegt, wurde über der Spitze des Pfeilwinkels fixiert. Diese Position entspricht in etwa der zentralen Kondylenposition; Abbildung 5 großes Foto: Zentrales Stützstiftregistriergerät bei der Remontage von Totalprothesen nach der intraoralen Verschlüsselung von dorsal.

nen außerhalb des Mundes erlaubt. Die Reproduzierbarkeit dieses Verfahrens ist daher zwangsläufig reduziert [34, 98].

2. Messergebnisse zeigen, dass selbst bei Bezahnten die mit zentralen Stützstiftplatten erzielte neuromuskulär bestimmte Position nicht mit deren maximaler Interkuspitation identisch ist [12, 21, 26, 34, 38, 42, 46, 49, 51, 86, 98, 111]. Das Ziel, die ursprüngliche maximale Interkuspitation im idealen Fall zu übertragen, wird nicht erreicht.

3. Die praktische Durchführung einer von der Muskulatur dominierten Registrierung wird zusätzlich dadurch kompliziert, dass die Stützstiftplatten die Muskulatur in nicht voraussehbarer Weise beeinflussen und dem Unterkiefer eine fremdkörperbedingte Lage geben, mit mannigfaltigen Einflüssen auf die Registrierung [12, 37, 52, 70, 84, 98].

4. Registrierungen nach vorhergehender Stimulation der Kaumuskulatur zum Beispiel mit dem Myomonitor [45] aktivieren nur einen kleinen Anteil der Kaumuskulatur. Die resultierende Position kann daher nicht als physiologisch angesehen werden.

5. Die Unterkieferlage verändert sich bei Patienten mit Totalprothesen im Laufe der Tragezeit in eine zunehmend anteriore Haltung, bedingt durch Einlagerung der Prothesen, Abrasion der Zähne, Resorption der Alveolarknochen und resultierender Verschiebung der Okklusion der Prothesen [18, 23, 89, 93 bis 97]. Die Muskulatur adaptiert sich. Das würde im Laufe der Jahre eine immer weiter nach anterior verschobene Unterkieferhaltung bedeuten.

Aus den oben dargelegten Gründen sollte die neuromuskuläre Registrierung zur Herstellung von Totalprothesen keinesfalls als alleiniges Verfahren eingesetzt werden.

2.4 Fazit zur Kieferrelationsbestimmung bei zahnlosen Patienten

Die Kieferrelationsbestimmung bei zahnlosen Patienten beinhaltet bei der Festlegung der vertikalen und der horizontalen Dimension einige Unsicherheitsfaktoren, die in der Fehleranfälligkeit dieser Arbeitsschritte begründet sind. Daher ist die kritische Kontrolle

der eingestellten vertikalen und horizontalen Unterkieferlage sehr zu empfehlen. Für den Erfolg ist neben der für das Vorgehen vorausgesetzten Gesundheit des stomatognathen Systems [73] auch die Aufklärung des Patienten von wesentlicher Bedeutung: In jedem Fall darf nicht vergessen werden, dass eine Adaptation an die neue Unterkieferhaltung beziehungsweise an den neuen Zahnersatz insgesamt nach der Eingliederung einer Prothese erforderlich ist [67]. Die Bedeutung der Adaptation machen indirekt solche

Studien deutlich, die in der Mehrheit keinen Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Herstellungsverfahren von Totalprothesen und der Zufriedenheit der Patienten nachweisen konnten (allerdings ist in einigen Fällen die Methodik in Zweifel zu ziehen, weil oft zu viele Parameter miteinander vermischt wurden) [7, 9, 22, 27, 40, 108].

2.5 Forschungsbedarf

Es fehlen prospektive, doppelblinde klinische Studien, die mehrere unterschiedliche Verfahren vergleichend untersuchen und die eine größere Stichprobe unter Beachtung folgender Parameter beinhalten:

- Adaptierbarkeit/Zurechtkommen
- Reproduzierbarkeit
- Validität des verwendeten Untersuchungsprotokolls
- Aufwand
- Behandlerinfluss
- Kosten.

3. Relationsbestimmung bei Teil- und Vollbezahnten

3.1 Bestimmung der zentralen Kondylenposition

3.1.1 Grundlagen

Wenn nicht ausreichend viele okkludierende Zahnpaare zur Verfügung stehen, oder wenn Änderungen der vertikalen oder horizontalen Kieferrelation angestrebt werden, muss beim Teil- und Vollbezahnten die Registrierung der zentralen Kondylenposition erfolgen. In den übrigen Fällen kann die Zuordnung des Unterkiefer- zum Oberkiefermodell in maximaler Interkuspitation durchgeführt werden [2, 11]. Auch bei der Bestimmung der zentralen Kondylenposition beim funktionsgesunden Teil- und Vollbezahnten muss auf die Verwendung der geeigneten Technik und die Materialauswahl geachtet werden [7].

3.1.2 Literaturrecherche

Die folgende Literaturübersicht beruht auf einer Literaturrecherche vom September 2008. Es wurde eine MeSH-Suche in PubMed mit folgenden Begriffen durchgeführt: „Jaw relation record“ OR „centric relation“ NOT „craniomandibular disorders“ NOT



Abbildung 6: Intraorale Adaption eines Checkbiss-Registrates. Der Unterkiefer sollte dabei unter sachter Führung des Behandlers in die zentrale Kondylenposition geleitet werden.

„dental occlusion, traumatic“ NOT „dental occlusion, balanced“. Die Suche erbrachte 93 Treffer, wobei zehn Publikationen für die Fragestellung gänzlich ungeeignet waren und 2 Publikationen nicht auf Deutsch oder Englisch vorlagen. Zusätzlich wurde in der Datenbank des Deutschen Ärzte-Verlags (Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift) eine Suche durchgeführt (neun Treffer). Ferner wurden die Literaturverzeichnisse der gefundenen Studienartikel analysiert; es konnten 13 weitere relevante Beiträge identifiziert werden. Alle gefundenen Artikel wurden hinsichtlich der Fragestellung „Materialauswahl“ und „Technik“ (siehe unten) untersucht. 32 Studienartikel erfüllten die Kriterien.

3.1.3 Reproduzierbarkeit

Die Reproduzierbarkeit des intraoralen Stützstiftregistrats liegt im Kiefergelenkbereich bei Vollbezahnten räumlich bei etwa 0,4 bis 0,5 mm und positioniert den Unterkiefer weiter anterior und kranial als andere Methoden [8, 12]. Zusätzlich ist dieses Verfahren recht aufwendig und erfordert die aktive Mitarbeit des Patienten. Die Reproduzierbarkeit der Registrierung mittels Kinnmanipulation (wie Lauritzen-Griff) liegt zwischen 0,4 und 0,5 mm, wobei die Erfahrung des Behandlers bei der Führung des Patienten generell einen Einfluss hat [15]. Eine gute Reproduzierbarkeit weist die bimanuelle Führung auf [7, 14]. Hier ist eine mittlere Schwankungsbreite von 0,3 bis 0,4 mm zu erwarten [12]. Dabei wird die überlegene Reproduzierbarkeit der bimanuellen Führung gegenüber der intraoralen Stützstiftregistrierung und der Kinnmanipulation

durch die Streubreite der Messwerte relativiert. Somit erscheinen die genannten Verfahren grundsätzlich geeignet [4]. Für andere Methoden ist die Datenlage bisher unzureichend [1, 3].

Da jedoch die Reproduzierbarkeit der maximalen Interkuspitation deutlich besser ist als die Reproduzierbarkeit der zentralen Kondylenposition [13], sollte die maximale Interkuspitation als bevorzugte Kieferrelation verwendet werden, wenn dies möglich und aus zahnmedizinischer Sicht sinnvoll ist.

3.1.4 Materialauswahl

Bei der Materialauswahl zur Registrierung der zentralen Kondylenposition bei Teil- und Vollbezahnten sollten möglichst dimensionsstabile Werkstoffe zum Einsatz kommen [9]. Hierfür sind grundsätzlich Trägerplatten aus Kunststoff, Zinn oder Wachsen geeignet [12]. Die Reproduzierbarkeit der Wachsträgerplatten [5] (in Kombination mit Aluwachs oder Zinkoxid-Eugenol-Präparaten als Verschlüsselungsmaterial) ist im Vergleich zu den Kunststoffplatten oder Zinnfolien geringfügig besser (0,3 mm versus 0,4 mm), wobei auch hier die Streuung der Messwerte dieses Ergebnis relativiert [12].

3.1.5 Zusammenfassung

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die Reproduzierbarkeit von bimanuellen Registraten unter Verwendung von Wachsträgerplatten alleine oder in Kombination mit Zinkoxid-Eugenol-Präparaten beziehungsweise Aluwachs als Verschlüsselungsmaterial gegenüber den anderen Verfahren/Materialien geringfügig überlegen ist. Ob von dieser verbesserten Reproduzierbarkeit der Patient profitiert, lässt sich durch die derzeitige Datenlage nicht klären [10]. Zusätzlich ist unabhängig vom verwendeten Verfahren eine Adaptionsfähigkeit des Patienten Grundlage eines jeden Behandlungserfolgs.

3.2 Kieferrelationsbestimmung in maximaler Interkuspitation

3.2.1 Literaturrecherche

Bei der Bestimmung der maximalen Interkuspitation beim funktionsgesunden Teil- und Vollbezahnten muss auf die Verwendung



Abbildung 7: Verschiedene Check-biss-Registrate, mit denen die zentrische Kondylenposition festgelegt werden kann.

Wachse erscheinen für die Registrierung der maximalen Interkuspitation hingegen nicht geeignet, da diese bei In-vitro-Studien rund vier Mal größere Abweichungen aufweisen, als zum Beispiel Polyethermaterialien (38 μm versus 8 μm) [6].

3.2.4 Zusammenfassung

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die Reproduzierbarkeit der Registrierung der maximalen Interkuspitation unter Verwendung von Vinyl-Polysiloxanen als auch

der geeigneten Technik und die Materialauswahl geachtet werden [5, 10]. Die folgende Literaturübersicht beruht auf einer Literaturrecherche vom September 2008. Es wurde eine Suche in PubMed mit folgenden Begriffen durchgeführt: „intercuspatation“ or „maximal occlusion“ or „maximum intercuspal contacts“ or „intercuspal contact“. Die Suche erbrachte 240 Treffer, wobei lediglich 20 Publikationen für die Fragestellung geeignet waren. Zusätzlich wurde in der Datenbank des Deutschen Ärzte-Verlags (Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift) eine Suche durchgeführt (drei relevante Treffer). Zusätzlich wurden die Literaturverzeichnisse der relevanten Treffer durchsucht (zwei weitere Treffer).

3.2.2 Reproduzierbarkeit

Grundsätzlich lässt sich die maximale Interkuspitation deutlich zuverlässiger/reproduzierbarer bestimmen als die zentrische Kondylenposition. Der Interclass-Correlation-Coeffizient liegt bei rund 0,8 [4] und die sagittale Reproduzierbarkeit im Kiefergelenkbereich bei 0,1 mm [10]. Es muss jedoch beachtet werden, dass das Vorliegen zweier vollbezahnter Kiefer beim Patienten keineswegs bedeutet, dass die Modelle später schaukelfrei aufeinander positioniert werden können [10]. Daher empfiehlt es sich, auch die maximale Interkuspitation mittels geeigneter Materialien zu fixieren. Zusätzlich spielt offensichtlich die Abformtechnik in diesem Zusammenhang eine Rolle [8].

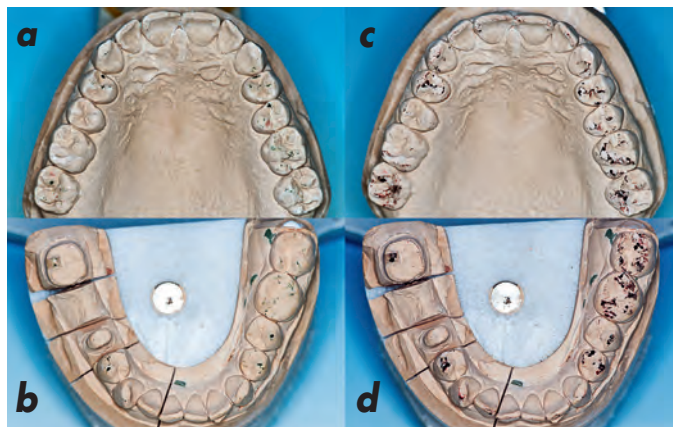


Abbildung 8: Ober- und Unterkiefermodelle wurden nach mundoffener Abformung in einen halb-einstellbaren Artikulator montiert („gezielte okklusale Reduktion“):

- a) Interokklusale Kontakte auf dem Oberkiefermodell direkt nach der Montage und nach dem Absenken. Es zeigen sich nur wenige Markierungen.
 b) Interokklusale Kontakte auf dem Unterkiefermodell direkt nach der Montage und nach dem Absenken. Es zeigen sich nur wenige Markierungen.
 c) Interokklusale Kontakte auf dem Oberkiefermodell nach der Korrektur (Reduktion) der Kontakte unter a). Die Markierungen entsprechen jetzt der intraoralen Situation.
 d) Interokklusale Kontakte auf dem Unterkiefermodell nach der Korrektur (Reduktion) der Kontakte unter b). Die Markierungen entsprechen jetzt der intraoralen Situation.

3.2.3 Materialauswahl

Bei der Materialauswahl zur Registrierung der maximalen Interkuspitation sollten möglichst dimensionsstabile Werkstoffe zum Einsatz kommen, die einerseits dem Durchbiss einen möglichst geringen Widerstand entgegensetzen, andererseits im ausgehärteten Zustand eine ausreichende Stabilität besitzen [5]. Daher sind hierfür Vinyl-Polysiloxane [7] geeignet, als auch Polyethermaterialien [1, 6] und multifunktionelle Methacrylate auf Bis-Acrylat-Basis [12]. Doch auch bei der Verwendung dieser Materialien ist mit Ungenauigkeiten zu rechnen [12], weshalb das Radieren der Modelle bis zum Auftreten gleich lokalisierter Kontakte wie im Mund, empfohlen wird [11, 3].

Polyethermaterialien ausreichend genau ist. Das Radieren der einartikulierten Modelle bis zum Auftreten von gleich lokalisierten Kontakten wie im Mund erscheint zielführend.

Karl-Heinz Utz, Bonn
 Marc Schmitter, Heidelberg
 Wolfgang B. Freesmeyer †, Berlin
 Thomas R. Morneburg, Erlangen
 Alfons Hugger, Düsseldorf
 Jens C. Türp, Basel
 Peter Rammelsberg, Heidelberg

zm Leser service

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

Repetitorium

Morbus Fabry

Brennende Schmerzen an Händen und Füßen, Hautläsionen, Erbrechen, Diarrhoen, Hörverlust und Hornhautveränderungen am Auge – das sind typische Frühsymptome des Morbus Fabry, einer genetisch bedingten lysosomalen Speicherkrankheit, die durch eine Enzymersatztherapie zu behandeln ist, allerdings oft erst sehr spät richtig diagnostiziert wird.

Beim Morbus Fabry handelt es sich um eine schwerwiegende Erkrankung, die lebensbedrohliche Schädigungen von Herz, Nieren, weiteren Organen sowie des Zentralnervensystems (ZNS) verursacht, jedoch wenig bekannt ist und meist entsprechend spät diagnostiziert wird. Die Störung, die auf einer X-chromosomal vererbten Speicherkrankheit beruht, gilt allgemein als seltene Erkrankung.

Sie findet sich weltweit in praktisch allen Bevölkerungsgruppen, wobei die Häufigkeit auf 1:40 000 bis 1:100 000 Neugeborene geschätzt wird. In Deutschland wird derzeit offiziell von rund 700 Betroffenen ausgegangen. Allerdings wird eine hohe Dunkelziffer vermutet, da die Erkrankung längst nicht immer adäquat diagnostiziert wird. Sie ist zudem neueren Erhebungen zufolge häufiger als bislang angenommen. Das zeigt eine Screeninguntersuchung bei Neugeborenen, bei der aktuell eine Inzidenz von 1:3 100 ermittelt

Foto: CC

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

wurde. Damit dürften tatsächlich rund 26 000 Menschen in Deutschland von der Erkrankung betroffen sein.

Diese wird allerdings häufig als „rheumatische Erkrankung“ oder als neurologische Störung fehldiagnostiziert, da Schmerzen im Vordergrund der Symptomatik stehen. So dauert es nach Angaben der Morbus Fabry Selbsthilfegruppe e. V. (MFSH) im Mittel zwölf Jahre, ehe die richtige Diagnose feststeht, und in rund 25 Prozent der Fälle wird zunächst eine falsche Diagnose gestellt. Bei Kindern werden die Schmerzen vor allem häufig als „Wachstumsschmerz“ fehlinterpretiert.

Erstmals beschrieben wurde der Morbus Fabry Ende des 19. Jahrhunderts parallel, aber unabhängig voneinander von zwei Dermatologen, dem Deutschen Johannes Fabry sowie dem Engländer William Anderson. Die Erkrankung wurde zunächst als Fabry-Krankheit oder Fabry-Anderson-Krankheit bezeichnet, inzwischen hat sich der Name Morbus Fabry etabliert. Es handelt sich um eine von mehr als 40 bekannten genetisch bedingten sogenannten lysosomalen Speicherkrankheiten. Bei diesen Krankheiten kommt es zu Störungen im lysosomalen Abbau von Stoffwechselprodukten, wodurch sich Zwischen- und Endprodukte der Abbaukette in verschiedenen Organsystemen ablagern.

Enzymmangel als Krankheitsgrundlage

Basis des Morbus Fabry ist ein Mangel des lysosomalen Enzyms Alpha-Galaktosidase infolge einer oder mehrerer Genmutationen auf dem langen Arm des X-Chromosoms. Bislang wurden mehr als 400 Mutationen beschrieben, die den Gendefekt verursachen können.

Dieser hat zur Folge, dass Glykosphingolipide in der Zellmembran nicht abgebaut werden können. Dadurch kommt es in verschiedenen Geweben zur Akkumulation und Ablagerung von Lipiden und speziell von Globotriaosylceramiden (Gb3). Von der Lipidspeicherung in den Zell-Lysosomen sind besonders häufig Endothelzellen, Kardiomyozyten wie auch Nervenzellen be-

troffen, was die Vielfalt der möglichen Symptome und Funktionsverluste erklärt. So kann sich der Morbus Fabry primär auf kardiovaskulärer, renaler oder zerebrovaskulärer Ebene manifestieren.

Durch die zunehmende Lipidakkumulation nimmt die Erkrankung einen progredienten Verlauf. Den Betroffenen drohen multiple Organschädigungen mit entsprechend hoher Morbidität und auch Mortalität. Die

len. Unbehandelt versterben Männer mit Morbus Fabry im Mittel mit 55 und Frauen mit 60 Jahren.

Männer und Frauen gleichermaßen betroffen

Die Erkrankung tritt trotz X-chromosomaler Vererbung des Defektes nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen auf, berichte-



Typisch für den Morbus Fabry sind Angiokeratome, punktförmige dunkelrote Hautflecken, die vor allem an den Oberschenkeln, am Gesäß sowie im unteren Bauch- und Lendenbereich auftreten.

Foto: Okapia

Lebenserwartung von Männern ist dadurch im Durchschnitt um 20 und von Frauen um 15 Jahre kürzer als bei der Normalbevölkerung, wobei ein Nierenversagen, eine Kardiomyopathie sowie zerebrovaskuläre Ereignisse die Haupttodesursache darstel-

te Professor Dr. Arndt Rolfs, Rostock, kürzlich bei der Neurowoche in Mannheim. Denn auch wenn zwei X-Chromosomen vorliegen, kann ein Defekt, der auf einem der beiden Chromosomen lokalisiert ist, laut Rolfs nicht unbedingt durch das zweite Chromosom kompensiert werden.

Vielmehr gibt es hinsichtlich der Aktivität ein dominantes und ein untergeordnetes X-Chromosom. Ist das dominante X-Chromosom von dem Defekt betroffen, wird bei Frauen der Morbus Fabry manifest, wenn auch häufig mit weniger schwerem Verlauf und in deutlich höherem Lebensalter als bei Männern. Davon abgesehen ist zu beachten, dass verschiedene Verlaufsformen möglich sind. So gibt es Krankheitsfälle mit leichteren Erscheinungsformen, die auf wenige Organe beschränkt sind und praktisch erst im höheren Lebensalter manifest werden sowie Krankheitsfälle mit sehr schwerem Verlauf und bereits frühzeitigem Auftreten von Organschäden durch die Lipidakkumulation in den Zellen.

Hinsichtlich der Vererbung ist zu bedenken, dass eine Frau, die Trägerin des Gendefektes



Die Lebenserwartung der Morbus-Fabry-Patienten ist um 15 bis 20 Jahre reduziert.

Foto: CC

ist, diesen statistisch an 50 Prozent ihrer Kinder – Söhne wie Töchter gleichermaßen – weitergeben wird. Ein Mann, der Merkmalsträger ist, wird hingegen gesunde Söhne haben, jedoch werden alle Töchter Trägerin des Gendefektes sein, da von den betroffenen Vätern mit dem X-Chromosom stets der Gendefekt an die Tochter weitergegeben wird.

Schmerzen als Hauptsymptom

Die sich aus dem Gendefekt ergebende Symptomatik ist beim Morbus Fabry vielgestaltig, was dadurch bedingt ist, dass die Störung in den verschiedenen Geweben unterschiedlich ausgeprägt ist. Oft stehen brennende Schmerzen an den Händen und Füßen (Akroparästhesien), die Folge einer „Small-Fibre-Neuropathie“ sind, im Vordergrund und machen den Betroffenen das Leben regelrecht zur Hölle. Rund 70 bis 80 Prozent der Patienten geben neuropathische Schmerzen an, wobei es meist lebenslang immer wieder zu langen Phasen



Schmerzen stehen bei Morbus Fabry im Vordergrund, aber auch häufige Übelkeit ist ein Signal.

schmerzhafter Krisen und unter Umständen auch zu chronischen Schmerzen kommt. Die Schmerzen verschlimmern sich oft bei körperlicher Anstrengung, also zum Beispiel beim Sport, bei Stress und bei Temperaturschwankungen.

Sie werden durch die Akkumulation von Gb3 in den Nervenzellen verursacht. Es kommt dabei vor allem zu Veränderungen

in den Nervenfasern, die für die Leitung von Schmerz- und Temperaturempfindungen verantwortlich sind.

Vielfältige Symptomatik

Neben Schmerzen leiden die Betroffenen infolge der Multisystemerkrankung oft auch unter gastrointestinalen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoen. Auch können als Folge der Akkumulation von Gb3 krampfartige Bauchschmerzen auftreten. Dies geschieht vor allem nach den Mahlzeiten. Die Beschwerden werden allerdings oftmals als Reizdarmsyndrom oder sogar als chronisch entzündliche Darmerkrankung wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa fehldiagnostiziert.

Häufig besteht ferner eine Wärmeintoleranz, da die Schweißbildung gegenüber Gesunden eingeschränkt ist. Patienten mit Morbus Fabry vertragen deshalb meist Hitze schlecht. Es kann außerdem zum Auftreten von Hautläsionen kommen. Typisch sind Angiokeratome, punktförmige dunkelrote Hautflecken, die vor allem an den Oberschenkeln, am Gesäß sowie im unteren Bauch- und Lendenbereich auftreten. Viele Betroffene entwickeln mit fortschreitendem Alter zudem Hörstörungen bis hin zum Hörverlust und dem Auftreten einer Schwerhörigkeit. Es kommt ferner nicht selten zum Tinnitus und/oder zu einem Hörsturz. Beteiligt sind bei der Erkrankung oft auch die Augen, wobei durch die Einlagerung von Gb3 charakteristische kleine gelbliche Linien auf der Hornhaut erscheinen. Sie sind mit bloßem Auge kaum wahrzunehmen und beeinträchtigen das Sehvermögen nicht. Jeder fünfte Patient mit Morbus Fabry entwickelt außerdem Lymphödeme.

Die Erkrankung geht nicht selten mit Fieberschüben einher und mit einer Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit, was zum Teil schon im Kindes- und Jugendalter auffällig ist, ohne dass die Ursache der Einschränkungen bekannt ist. Viele Patienten mit Morbus Fabry leiden unter Depressionen, die aber nicht zuletzt auch eine Folge der belastenden Schmerzen, der massi-

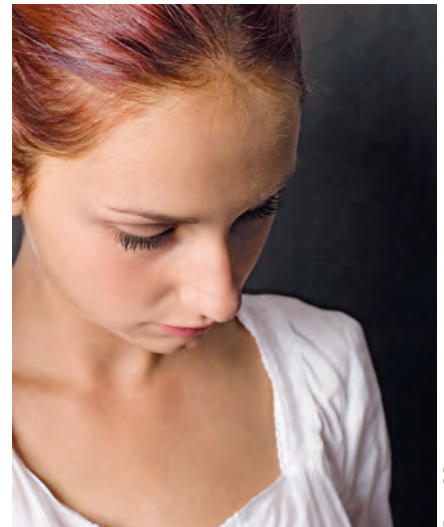


Foto: CC

Ständige Schmerzen bei Jugendlichen werden oft mit psychosomatischen Problemen erklärt.

ven Einschränkung der Lebensqualität und des oft enormen Leidensdrucks sein kann.

Organschädigungen bestimmen Symptome

Im weiteren Verlauf der Erkrankung treten Symptome der sich auf Organebene entwickelnden Funktionsdefizite hinzu. Es kann zur linksventrikulären Hypertrophie kommen, zu Reizleitungsstörungen und Arrhythmien, zu pectangionösen Beschwerden, einer Myokardischämie und zur Ausbildung einer Herzinsuffizienz mit entsprechenden Symptomen wie einer Dyspnoe und einer weiter eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit.

Die neurologischen Symptome können sowohl das periphere wie auch das zentrale Nervensystem betreffen. Gefürchtet sind vor allem die zerebrovaskulären Manifestationen der Erkrankung, die in neurologische Ausfälle und transitorisch ischämische Attacken (TIAs) münden können und letztlich in einen Schlaganfall des Patienten.

Sehr häufig ist beim Morbus Fabry zudem eine Nierenbeteiligung, wobei den Betroffenen schon früh Nierenschädigungen drohen. Sie manifestieren sich in frühen Jahren in einer Mikroalbuminurie. Bei Jugendlichen kommt es oft bereits zur Makroproteinurie und ohne adäquate Enzym-Ersatztherapie entwickelt sich im weiteren Verlauf nicht

selten eine Niereninsuffizienz, die schließlich zur Notwendigkeit einer Dialysebehandlung oder einer Nierentransplantation führen kann.

Je nachdem welche Organe von der lysosomalen Speicherkrankheit am stärksten betroffen sind, wird von einer kardialen oder auch einer renalen Variante des Morbus Fabry gesprochen.

Typische Symptome in verschiedenen Altersstufen

Die Symptomatik kann sich im Krankheitsverlauf zudem wandeln. So treten meist schon bei Kindern brennende Schmerzen in den Händen und Füßen auf, die als sehr stark erlebt werden und enorm belastend sind. Viele Kinder entwickeln die charakteristischen Hautflecken und Veränderungen der Augen wie die speichenradähnliche Hornhauttrübung, teilt die MFSH mit. Bei Jugendlichen werden die Hautflecken zahlreicher, und es kommt zu ersten Anzeichen einer Nierenschädigung. Auffällig wird im Jugendalter zudem meist eine gestörte Schweiß-Produktion und die Jugendlichen bekommen Probleme bei der Regulation der Körpertemperatur. Im Erwachsenenalter stehen dann allgemein Schmerzen, Kopfschmerzen sowie Fieberschübe und ein Tinnitus im Vordergrund.



Foto: MEV

In der Gravidität lässt sich der Gendefekt schon früh erkennen.

Bei frühem Schlaganfall an den Morbus Fabry denken

Da der Schlaganfall eine häufige Komplikation beim Morbus Fabry darstellt, muss beim Auftreten eines Schlaganfalls in vergleichsweise jungem Alter immer an diese Form der lysosomalen Speicherkrankheit als mögliche Ursache gedacht werden. So wurde laut Rolfs in einer prospektiven Untersuchung bei 721 Patienten mit kryptogenem Schlaganfall zwischen dem 18. und 55. Lebensjahr bei knapp fünf Prozent der Männer und 2,4 Prozent der Frauen ein Morbus Fabry festgestellt. Das erklärt, warum Experten wie Dr. Tobias Böttcher aus Rostock bei allen jungen Patienten mit Schlaganfall ebenso wie bei allen Patienten mit entzündlicher Erkrankung des ZNS und bei neurologischen Defiziten in ungewöhnlich jungem Alter die Abklärung der lysosomalen Speicherkrankheit fordern.

Bestätigt sich die Verdachtsdiagnose, sollten auch die Nachfahren frühzeitig untersucht werden, da bei der therapierbaren Erkrankung den betroffenen Kindern durch rechtzeitige Enzym-Substitution erhebliche Beschwerden sowie Folgekomplikationen erspart werden können.

Von der Familienanamnese bis zum Gentest

Ergibt sich ein Verdacht auf einen Morbus Fabry, so kann dieser anhand der Familienanamnese erhärtet werden, zum Beispiel, wenn familiär gehäuft Herzerkrankungen, Schlaganfälle oder Nierenprobleme bekannt sind. Die Diagnose wird durch den Nachweis einer sehr niedrigen oder fehlenden Aktivität an Alpha-Galaktosidase gestellt. Bei Männern ist eine solche Diagnostik meist beweisend für die Erkrankung. Bei Frauen ist das Bestimmen der Enzymaktivität aber nicht ausreichend, da trotz deutlicher Symptome normale Enzymwerte erreicht werden können. Deshalb muss die Diagnose bei Frauen auf jeden Fall durch eine molekulargenetische Diagnostik gesichert werden.

Kommt es zur Schwangerschaft, so lässt sich bereits ab der 15. Schwangerschaftswoche

im Rahmen einer Amniozentese oder einer Chorionzottenbiopsie feststellen, ob das Kind den Gendefekt aufweist oder nicht. Die pränatale Diagnostik ist sinnvoll, um im Fall des Falles frühzeitig eine Therapie einleiten zu können. Oft wird jedoch zu spät an die Möglichkeit eines Morbus Fabry gedacht. Daher haben die Patienten zumeist eine Odyssee von Arzt zu Arzt hinter sich, ehe die richtige Diagnose gestellt wird.

Enzymersatz als zentrale Therapiemaßnahme

Da dem Morbus Fabry ein Enzymdefekt zugrunde liegt, besteht die zentrale therapeutische Maßnahme im Ersatz des Enzyms Alpha-Galaktosidase A über eine Infusionstherapie. Ziel der Maßnahme ist es, weiteren Organschädigungen entgegenzuwirken, die Symptomatik zu bessern und möglichst das seit Jahren eingelagerte Gb3 aus den Zellen wieder zu entfernen. Dies gelingt umso eher, je früher die Diagnose gestellt wird. Sind jedoch bereits Organveränderungen manifest, können diese oftmals nicht mehr rückgebildet werden.

Ist die Diagnose gestellt, sollten die Patienten zunächst an ein auf die Behandlung spezialisiertes Zentrum überwiesen werden. Dort erfolgt die weitere Abklärung, auch im Hinblick auf bereits bestehende Organschädigungen, sowie die Einstellung der Enzymersatztherapie. Die Infusionen werden in aller Regel im Abstand von zwei Wochen verabreicht. Nach etwa drei Monaten ist meist eine Weiterbehandlung durch den Hausarzt möglich, die jedoch in enger Kooperation mit dem Zentrum erfolgen sollte. Die Behandlung muss dabei lebenslang fortgeführt werden und es sind zudem regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Herzens, der Hirngefäße und vor allem der Nieren erforderlich.

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

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



Aus Sicht der Zahnmedizin

Morbus Fabry – orale und kraniofaziale Symptomatik

Bei den primären Symptomen des Morbus Fabry handelt es sich um Fieberschübe, Brennschmerzen an Händen und Füßen und gastrointestinale Probleme. Die Akkumulation der Glycophospholipide führt schließlich zu multiplen systemischen Manifestationen wie Apoplex, kardiovaskulären Erkrankungen und Niereninsuffizienz. Die Vielfältigkeit der Krankheit zeigt sich auch in möglichen Beeinträchtigungen des Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereichs. So wurde ein gehäuftes Vorkommen vor allem perioraler aber auch en-oraler Angiokeratome (kleine, dunkelrote bis bläuliche, papulöse oder makulöse Hautveränderungen) beobachtet. Peri- und en-orale Teleangiektasien (erweiterte kutane Kapillargefäße) scheinen ebenfalls mit Morbus Fabry assoziiert zu sein. Weiterhin gibt es Hinweise auf eine erhöhte Rate an Kieferhöhlenzysten wie beispielsweise Schleimretentionszysten. Im dentalen Bereich wurde über eine hohe Rate an Malokklusionen sowie über Abnormalitäten von Zahnentwicklung und -eruption (Agenesie, Impaktierung, verzögerte Eruption) berichtet. Die Beteiligung von Nerven führt potentiell zu rekurrenten Kopf- und Gesichtsschmerzen, Parästhesien sowie zu Beeinträchtigungen von Geschmacks- und Geruchssinn. Eine Funktionsstörung der A-delta-

und C-Fasern konnte nicht nur an Händen und Füßen der Patienten, sondern auch perioral diagnostiziert werden. Somit wären diese Beschwerden als neuropathische Schmerzen zu interpretieren. Vermehrte Ablagerungen von Glycophospholipiden im autonomen Nervensystem können sich in Schweißsekretionsstörungen, Xerostomien oder Hyposalivation manifestieren.

Zusammenfassung

Bei dem Morbus Fabry handelt es sich um eine systemische Erkrankung mit vielfältigen Erscheinungsformen. Eine frühere Diagnose und damit auch eine frühere Behandlung der unbehandelt schmerzhaft und letztendlich tödlich verlaufenden Krankheit ist wünschenswert. Die Symptome im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sind weitgehend unspezifisch, können jedoch zumindest den Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Fabry lenken.

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

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



Ein Vater wird gesunde Söhne zeugen, seine Töchter werden jedoch Merkmalsträger des Gendefektes sein.

Foto: CC

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 nein

aufgetreten am: _____ Dauer: _____

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④ dieses früher gegeben ja nein vertragen ja nein ggf. Reexposition neg. pos. | | | | |

Allgemeinerkrankung: _____

behandelt mit: _____

Anamnestische Besonderheiten: Nikotin Alkohol Schwangerschaft Kontrazeptiva Arzneim. Abusus

Sonstiges: _____

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen: _____

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: _____

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:
wiederhergestellt wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt unbekannt Exitus
(ggf. Befund beifügen) Todesursache: _____

Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.): _____

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM , Hersteller , Arzneim.-Komm. Ärzte sonstige _____ Beratungsbrief erbeten

Name des Zahnarztes (evtl. Stempel) _____ Klinisch tätig? ja nein Datum: _____

Unterschrift _____

Jahrestagung der DGCZ

Digitaltechnik erweitert den klinischen Einsatz

Die Jahrestagung der DGCZ (Deutsche Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde e.V.) hat sich zu einer der größten, wissenschaftlichen Veranstaltungen für Digitaltechnik und computergestützte Verfahren in der Zahnheilkunde entwickelt. Als Fachgesellschaft der DGZMK arbeitet diese Gruppe eng mit der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung in Karlsruhe sowie auf internationaler Ebene mit der International Society of Computerized Dentistry (ISCD) und anderen wissenschaftlichen Organisationen zusammen.

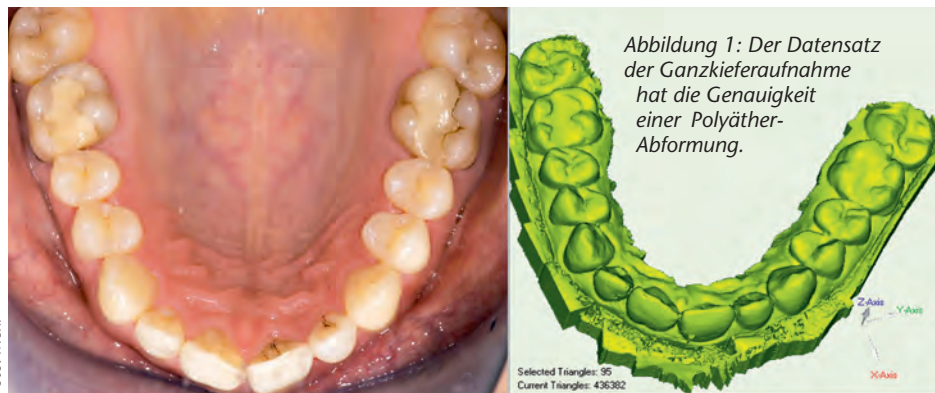


Foto: Mehl

Die diesjährige, 18. Jahrestagung der DGCZ, von über 300 Teilnehmern besucht, entwickelte durch die Mitwirkung universitärer Referenten und niedergelassener, CAD/CAM-erfahrener Zahnärzte unter der Leitung von Dr. Bernd Reiss, Malsch, und Dr. Klaus Wiedhahn, Buchholz, jenen Reifeegrad wissenschaftlicher und praktischer Kompetenz, die den Wert eines Symposiums auszeichnet.

Den Nutzen der digitalen, intraoralen Abformung thematisierte Prof. Albert Mehl, Physiker, Humanbiologe und Zahnarzt, der vor kurzem für die Stiftungsprofessur für Computergestützte Restaurative Zahnmedizin an die Universität Zürich berufen wurde und damit die Arbeit von Prof. Werner Mörmann fortsetzt. In seinem Beitrag „Optische Abformung und Biogenerik – neue Möglichkeiten der restaurativen Zahnmedizin“ definierte Mehl den Vorteil der CAD/CAM-Technik, der sich daraus ableitet, dass alle Systeme das Potential für eine erhebliche Zeit- und Kostenersparnis ohne Qualitätseinbußen bei der Konstruktion und

Fertigung von konservierenden und prothetischen Rekonstruktionen bieten. Entscheidend für die Passung der Restauration ist die Messgenauigkeit von Kamera und Scanner. Die Detailauflösung konnte laut Mehl gesteigert und die Messtoleranz dadurch um den Faktor zwei reduziert werden, dass das lichteoptisch arbeitende System kurzwelliges Blaulicht (470 Nanometer Wellenlänge) zur Erfassung der Zahnoberflächen emittiert. In Vergleichsmessungen mit einem geeichten, stationären Referenzscanner zeigten Quadranten-Scans, mit Cerec AC aufgenommen, eine Abweichung von rund 35 Mikrometer (Mittelwert). Dieser Wert ist klinisch akzeptabel, auch für Brückenrekonstruktionen innerhalb eines Quadranten. Bei Ganzkieferaufnahmen treten etwa 51 Mikrometer Abweichung auf (Abbildung 1). Mit neuen Messmethoden und Einsatz von klinischen Ganzkiefersituationen kann

te erstmalig nachgewiesen werden, dass bei konventionellen Abformverfahren, zum Beispiel mit Polyäther und Gipsmodell, ebenfalls Abweichungen und zwar von rund 43 Mikrometer auftreten. Damit kommt die Genauigkeit der Ganzkieferaufnahme mit dem lichteoptischen Verfahren schon in die Größenordnung konventioneller Abformungen. Durch weitere Software-Anpassungen dürften sich diese Werte laut Mehl noch deutlich verbessern lassen. Andererseits können niedrigere Toleranzwerte der Datensätze von den

heute in der Dentaltechnik verwendeten Fräs- und Schleifeinheiten nicht entsprechend umgesetzt werden. Maschinen, die auf geringere Toleranzwerte ausgelegt sind, erforderten jedoch Investitionsmittel, die das in Dental vertretbare Kostenniveau deutlich übersteigen würden.

Signifikant abweichende Toleranzen wurden noch bei stereolithografisch hergestell-

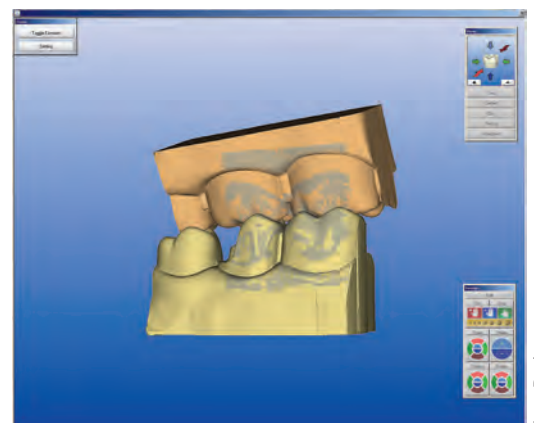


Abbildung 2: Der Bukkal-Scan ersetzt das plastische Registrat.

Foto: Devigius



Foto: Mehl

Abbildung 3: Natürliche Kaubewegungen, digital registriert, sind Basis für die Software-Entwicklung der elektronischen Artikulation.

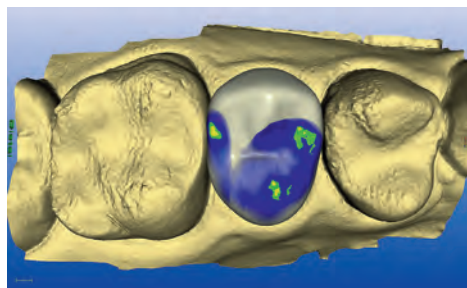
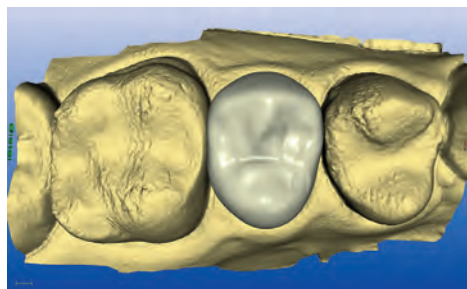
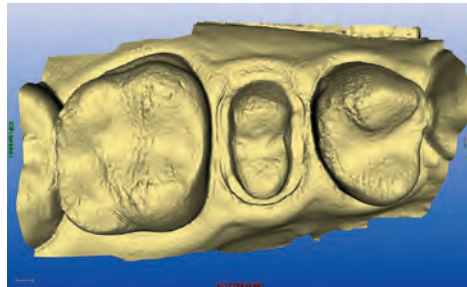
ten Ganzkiefer-Kunststoffmodellen (SLA) gemessen. Die Abweichung wird der Polymerisationsschrumpfung des Acrylats zugeschrieben. Deshalb ist es laut Mehl angezeigt, für das zahntechnische Ausschleifen des Gerüsts den digital generierten Datensatz zu verwenden und das SLA-Modell lediglich für das Verblenden der Restauration zu nutzen. Für die Registrierung der Interkuspitation beim habituellen Schlussbiss, bisher mit einem plastischen Okklusall-Registrierat ermittelt, kann nun alternativ eine lichtoptische Quadrantenaufnahme von bukkal erstellt werden. Die Software führt Präparation und Gegenbezahnung exakt zum virtuellen Modell mit habitueller Interkuspitation zusammen (Abbildung 2).

In Entwicklung befinden sich laut Mehl Verfahren, elektronisch gewonnene Kaubewegungsdaten des Patienten in ein Artikulationsprogramm zu überführen. Dadurch wird es künftig möglich sein, bereits bei der CAD-Konstruktion Kaubewegungen zu simulieren und Zahnführungsbahnen sowie funktionell ausgerichtete Kontaktflächen zu reproduzieren (Abbildung 3).

Kauflächen nach dem Vorbild der Natur

Okklusalkonzepte zur Gestaltung von Kauflächen basieren in der Aufwachstechnik weitgehend auf persönlichen Erfahrungen des Zahntechnikers. Untersuchungen an den Universitäten München und Zürich haben gezeigt, dass manuell angefertigte Okklusall-Morphologien gegenüber dem

Testmodell Abweichungen bis zu ± 350 Mikrometer aufwiesen. Deshalb erfordern Kauflächen mit funktionellen Eigenschaften gute anatomische Kenntnisse. Die biogenerische Kauflächen-Berechnung, seit einiger Zeit in der Cerec-Software V3.80 hinterlegt, stützt sich auf metrische Messungen von zahntypischen Merkmalen – wie Höckerspitzen, Lage der Fissuren, Randleisten, Höhenprofile. Dadurch wurden natürliche Gesetzmäßigkeiten entschlüsselt, die jedem Zahn genetisch zugrunde liegen und für harmonische Kaufunktionen sorgen. Der Scan eines Referenzzahns, idealerweise in Nachbarschaft der Kronenrekonstruktion gelegen, wird in einer Korrespondenzanalyse mit einem im System hinterlegten Algorithmus-zahn des Zahntyps abgeglichen. Abweichungen werden als typische Merkmale in die Berechnung der okklusalen und approximalen Kontaktflächen eingespeist. Als Er-



Fotos: DCCZ

Abbildung 4: Scan der Präparation 15. Biogenerischer Vorschlag, erzeugt mit Referenz-zahn 16. Okklusallfläche harmonisiert mit Antagonist-Kontaktpunkten.

gebnis entsteht eine Zahnform, der hinsichtlich Aussehen und Funktion nicht nur exakt zu den restlichen Zähnen passt, sondern auch in allen wesentlichen Zahnstrukturen der ursprünglichen Morphologie entspricht. Die patientenspezifische Okklusallfläche bietet den Vorteil, dass die berechnete Form auch funktionelle Eigenschaften hat und sich so harmonisch in das natürliche Zahnbild einfügt. So sind bei der definitiven Eingliederung kaum noch Einschleifmaßnahmen erforderlich (Abbildungen 4).

Neue Konzepte für die Behandlung

Die Bisserrhöhung und den Aufbau von funktionellen Stütz-zonen bei stark abradieren Zähnen thematisierte Prof. Daniel Edelhoff, Universität München. Diese „Table Tops“ werden zuerst als temporäre Langzeitver-

sorgungen ausgeführt, um Bissverhältnisse und Funktion umzustellen, erst dann erfolgt die definitive Restauration mit Vollkeramik. Für diese temporären Repositions-Onlays als „Restaurationsentwurf“ eignen sich PMMA-Kunststoffe als Blocks, die im CAD/CAM-Verfahren ausgefräst werden (Artegral, Merz; CAD-Temp, Vita; Everest C-Temp, KaVo; Paradigm MZ 100, Espe; Polycon, Straumann; Telio CAD, Ivoclar). Die präparative Behandlung der Okklusallfläche erfolgt sehr substanzschonend, die Schichtdicke des PMMA (Telio) wurde bis 0,3 mm ausgedünnt. Befestigt wurde mit dualhärtendem Kompositement (Abbildung 5). Die PMMA-Blocks sind auch für temporäre Kronen- und Brückenprovisorien geeignet. Seitenzahnbrücken bis zu zwei Zwischen-glieder können bis maximal zwölf Monate getragen werden.

Rapid Layer versus Chippings

Verblendkeramiken auf metallgestützten oder oxidkeramischen Gerüsten haben eine ästhetische Aufgabe zu erfüllen. Jedoch werden in der Fachwelt Verblendfrakturen (Chippings) bei Kronen

Foto: Edelhof



Abbildung 5: Kaulflächen-Veneers aus PMMA im Durchlicht zur Bisserrhöhung abradierter Zähne (Telio CAD, Ivoclar).

Foto: Vita



Abbildung 6: Rapid-Layer-Verblendung links: ZrO₂-Gerüst gefräst und gesintert rechts: Verblendung ausgeschliffen und poliert

und Brücken auf ZrO₂-Gerüsten diskutiert. Mit der Rapid Layer-Technik (Vita) – auch CAD-on (Ivoclar) genannt – stellte Dr. Wiedhahn ein neues Verblendverfahren vor, das die zugbelastungskritischen Schwachstellen der geschichteten Fluorapatit-Sinterglaskeramik und deren geringe Biegebruchfestigkeit (40 MPa) kompensieren kann. Im Prinzip wird die Verblendung computergestützt aus Feldspatkeramik als dünne Schale ausgeschliffen und auf das ZrO₂-Gerüst aufgesintert (Ivoclar) oder geklebt (Vita). Die CAD-Software (Cerec V3.80) rechnet bei der Konstruktion des ZrO₂-Gerüsts die biogenerisch gestaltete, vollanatomische Außenform um Verblendschichtdicke zurück. Die Software zerlegt das Gerüst (Primärstruktur) und die hinterschnittfreie Verblendschicht (Sekundärstruktur) in zwei Datensätze für getrennte Schleifprozesse. Die Verblendschale wird aus Feldspatkeramik (TriLuxe forte, Vita) oder aus Lithiumdisilikat (e.max CAD-on, Ivoclar) ausgeschliffen. Nach der Politur erfolgt die Verklebung (Vita) durch Monomerphosphat beziehungsweise Selbstadhäsives Komposit – oder die Aufsinterung (Ivoclar) auf dem Gerüst. Dadurch entsteht ein spannungsfreier Verbund am Interface Verblendung und Gerüst; das Chipping-Risiko wird reduziert. Die

Mindestwandstärken von Gerüst und Verblendung werden automatisch prozesskontrolliert (Abbildung 6).

Zwei Minuten entscheiden ...

... ob eine Restauration zwei, fünf oder 15 Jahre hält. Mit diesen Worten wies Prof. Roland Frankenberger, Marburg, darauf hin, dass die adhäsive Befestigung eine exakte Handhabung benötigt, dafür aber einen dauerhaften Verbund an Schmelz und Dentin gewährleistet. Hierbei zeigen die Mehrflaschen-Systeme (Syntac und andere) die besseren Langzeitergebnisse hinsichtlich Dentinhaftung und Randperfektion. Dreh- und Angelpunkt ist die Schmelzätzung (SÄT); sie bereitet einen innigen Verbund am Interface Zahn zur Keramik vor. Für Glaskeramik ist die SÄT unabdingbar. Für Lithiumdisilikat (LS2) haben sich auch selbstadhäsive Präparate bewährt (RelyXUnicem, Multilink, Panavia F2.0, Maxcem, G-Cem und mehr). Selbstadhäsiv gilt auch für Oxidkeramiken (Al₂O₃, ZrO₂), die überwiegend Dentin als Kontaktfläche haben. Bei konventioneller Befestigung sollte Glasionomerzement gewählt werden. Laut Frankenberger liegt der Vorteil des Chairside-Verfahrens in der vollkeramischen Sofortversorgung ohne Provisorium. Temporär eingesetzte PMMA-Inlays und -Onlays mit dem gerin-

gen E-Modul des Kunststoffes destabilisieren dünnwandige Höcker, lösen unter Kaubelastung Schmelzranddefekte aus, und provisorische Zemente kontaminieren die Kavität und verschlechtern trotz Reinigung den Haftgrund für die adhäsive Befestigung (Abbildung 7). Das Abstrahlen von Dentinoberflächen mit Prophypers verringern bei nachfolgender selbstadhäsiver Befestigung die Haftung am Dentin. Die Carbonatpartikel verhindern die Adhäsion zwischen Befestigungskomposit und Zahn. Lediglich Bimssteinpulver ist zur Reinigung der Kavität angezeigt.

Feldstudie in der Praxis

In der Praxis platzierte klinische Feldstudien haben den Vorteil, dass die dokumentierten Fälle sich aufgrund der Patiententreue über einen langen Zeitraum verfolgen lassen. Eine der wenigen Studien, die vollkeramische Restaurationen in einem Praxis-Panel über einen langen Zeitraum begleitet, ist die „Ceramic Success Analysis“ (CSA) unter der Leitung von Dr. Bernd Reiss, unterstützt von der DGCZ und der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde (AG Keramik). Reiss erklärte die Struktur der Studie, bei der der teilnehmende Zahnarzt nach Registrierung seine Befunde auf der Plattform www.csa-online.de eingibt. Darauf wird sofort und anonym ein individuelles,

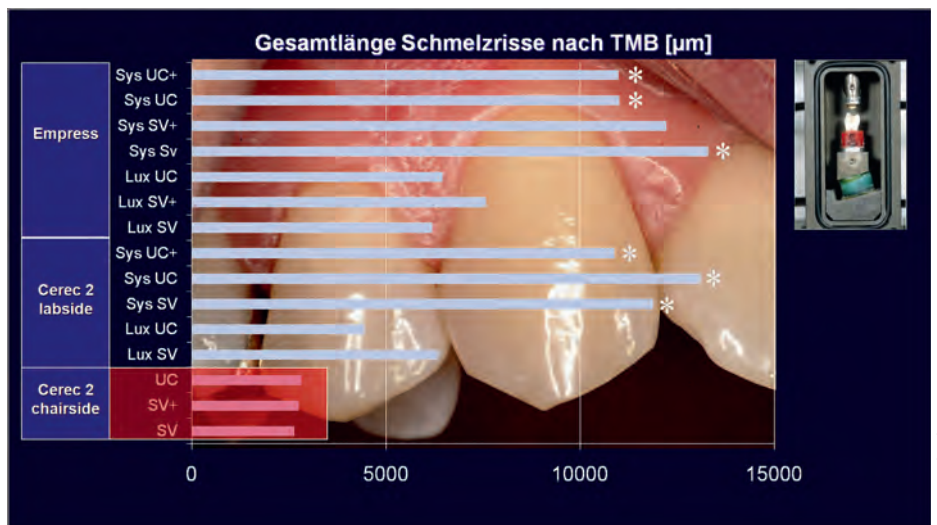
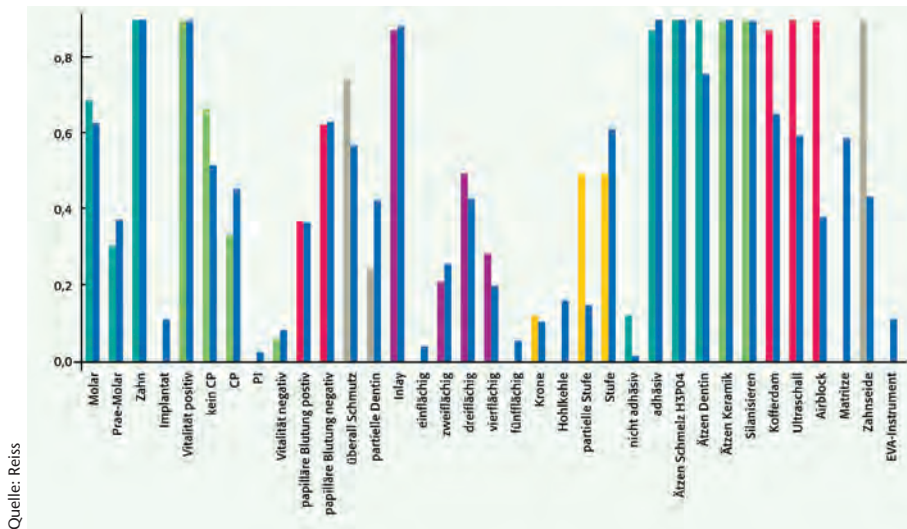


Abbildung 7: Sofortversorgte, provisorienfreie Restaurationen zeigen deutlich weniger Schmelzkanaldefekte nach Kausimulation als temporär Kunststoff-versorgte Kavitäten.



Die Auswertung von über 3000 Nachuntersuchungen zeigte, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit (Kaplan-Meier) für vollkeramische Inlays, Onlays, Teilkronen und Kronen nach 13 Jahren bei 83 Prozent und damit auf jenem Wert liegt, der in der Literatur auch Gussrestaurationen zugeschrieben wird. Restaurationen aus präfabrizierter, CAD/CAM-ausgeschliffener Industriekeramik wiesen doppelt so hohe Überlebensraten auf als laborgeschnittene Versorgungen (Abbildung 8).

Abbildung 8: Die Auswertung der Befunde zeigt jedem Studienteilnehmer anonym sein individuelles Behandlungsprofil im Vergleich zur Gesamtheit aller Praxen.

grafisches Behandlungsprofil dargestellt, das das klinische Vorgehen und die Ergebnisse mit jenen aller anderen Studienteil-

nehmer vergleicht. Derzeit sind mehr als 5700 Restaurationen aus über 200 Praxen Grundlage der Ergebnisse.

Manfred Kern, DGCZ
Deutsche Gesellschaft für
Computergestützte Zahnheilkunde e.V.
Karl-Marx-Straße 12, 12043 Berlin
manfr.kern-dgcz@t-online.de

DGP-Kurs

Paro-Mekka in Florenz

Florenz ist eine Hochburg für Kulturtouristen und Freunde der Frührenaissance. Am 15. und 16. Oktober 2010 war es auch ein Mekka der Parodontologie. Aufbauend auf dem Vorkongresskurs (Modul 1) der Frühjahrstagung am 23. April 2010 in Berlin hatte die DGP einen Intensivkurs (Modul 2) organisiert.



Blick auf Florenz

28 Kollegen waren aus dem Norden nach Italien gereist, um mit dem Expertenteam Pierpaolo Cortellini und Prof. Dr. Maurizio Tonetti (Ergoperio, Genua) ihre Kenntnisse und Fertigkeiten in regenerativer Parodontalchirurgie weiter zu entwickeln.

Der Freitagvormittag war den operativen Techniken gewidmet, die an den folgenden Tagen sowohl in vier Live-Operationen demonstriert, als auch in praktischen Übungen am Model geübt wurden. Es ging um die Therapie intraalveolärer Knochen-taschen mittels verschiedener Schnittführungen: modifizierter (modified papilla preservation flap: MPPF) beziehungsweise vereinfachter (simplified papilla preservation technique: SPPT) Papillenerhaltungslappen, „minimal invasiv surgical technique“ (MIST) (Abbildung 1) und schließlich die modifizierte MIST-Schnittführung (mMIST). Die Gemeinsamkeit all dieser Techniken ist, dass das Gewebe der Interdentalpapille möglichst komplett erhalten

wird, um den Defekt nach dem regenerativen Eingriff dicht verschließen zu können. Der MPPF erfordert einen ausreichend breiten und hohen Papillensteg (größer gleich zwei Millimeter).

Ist die Papille zu schmal, wird auf den SPPT zurück gegriffen. Bei MPPF und SPPT wird ein Mukoperiostlappen über die mukogingivale Grenzlinie hinaus mobilisiert. Dies

ermöglicht einerseits nach Periostschlitzung eine Koronalverschiebung. Allerdings verursacht die breite Mobilisation des Lappens andererseits auch eine ausgeprägte Wundinstabilität. Wenn es aber um das Ausmaß der Regeneration geht, spielt die Stabilität der Wunde eine entscheidende Rolle. Faktoren, die die Stabilität des postoperativ in der Knochen tasche entstehenden Blutkoagulum beeinträchtigen (wie erhöhte Zahnbeweglichkeit, weniger Knochenwände, weit mobilisierter Lappen), hemmen auch die Regeneration. Deshalb ist die Anwendung von MPPF und SPPT nur sinnvoll, wenn eine Koronalverschiebung des Lappens beabsichtigt ist. Dies macht aber eine zusätzliche Stabilisierung der Wunde durch die Verwendung von Barriermembranen („Exoskelett“) oder Füllmaterial („Endoskelett“) erforderlich.

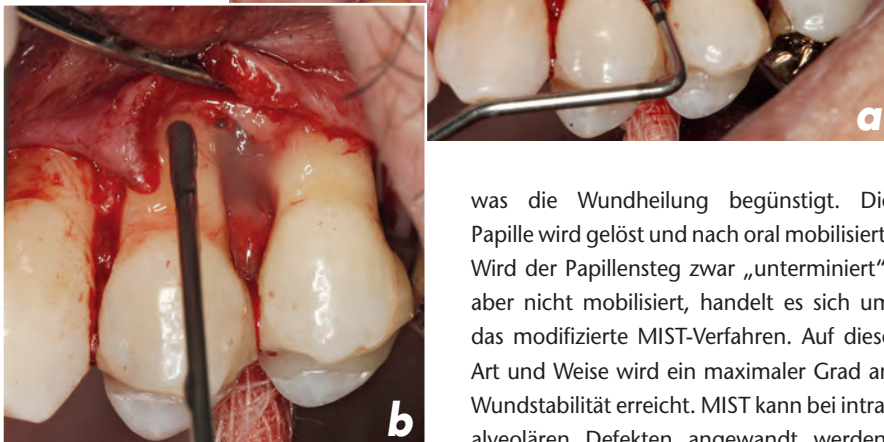
MIST und modified MIST

Wird der Lappen nur gerade bis zum knöchernen Rand des Defektes mobilisiert spricht man von der MIST-Schnittführung. So bleibt ein größerer Teil des Gefäßanschlusses erhalten als bei MPPF und SPPT,



Abbildung 1: Schnittführung für die „minimal invasiv surgical technique“ (MIST)

Abbildung 2:
Tiefer (7 mm) intra-
alveolärer Defekt
distal Zahn 24:
a) intraoperative
Defektdarstellung;
b) Applikation
von Schmelz-
Matrixprotein



was die Wundheilung begünstigt. Die Papille wird gelöst und nach oral mobilisiert. Wird der Papillensteg zwar „unterminiert“, aber nicht mobilisiert, handelt es sich um das modifizierte MIST-Verfahren. Auf diese Art und Weise wird ein maximaler Grad an Wundstabilität erreicht. MIST kann bei intraalveolären Defekten angewandt werden,

die ein Drittel der Zahnflächen umfassen. Wenn der Defekt komplett von bukkal gereinigt werden kann, ist er für mMIST geeignet. Ist auch ein Zugang von oral erforderlich, muss die Papille mobilisiert werden (MIST). Bei Defekten, die drei Viertel der Zahnflächen umfassen und weit fortgeschritten sind, eignen sich MPPF beziehungsweise SPPT besser für die regenerative Therapie. Für MIST in unterstützenden Defekten (überwiegend dreiwandig) und mMIST reicht die Verwendung von Schmelz-Matrix-Protein zur Regeneration (Abbildung 2). Die Kombination mit Füllmaterial ist sinnvoll bei nicht unterstützten Defekten (zum Beispiel primär einwandig).

Fallauswahl

Im Anschluss stellte Prof. Pierpaolo Cortellini die vier Fälle vor, die er am Freitagnach-

mittag und Samstagvormittag in seiner Praxis operieren würde: drei Patienten mit Knochentaschen im Frontzahn-, eine Patientin mit intraalveolären Defekten im Seitenzahnbereich. Bei allen Patienten war die antiinfektiöse nichtchirurgische Therapie erfolgreich abgeschlossen. Im Frontzahnbereich muss bei der nichtchirurgischen Instrumentierung darauf geachtet

tauschten beide Gruppen die Plätze. Die Operationen von Prof. Cortellini wurden in zwei Räume übertragen, in denen die Teilnehmer dem Geschehen auf zwei Ebenen synchron folgen konnten. Eine Kamera nahm zum einen die gesamte Behandlungseinheit mit allen Interaktionen zwischen Operateur, Patient und Assistenz auf. Zum anderen wurde auf eine große Leinwand die

führungen Schritt für Schritt erläutert und anschließend umgesetzt. Bei optimaler Sicht konnten die Nahttechniken, bei MIST und mMIST bevorzugt eine Laurell-Naht, ausprobiert und immer weiter perfektioniert werden. Die Skalpell-Klinge der Wahl ist eine Micro-Mini-Klinge der Spezifikation USM 6900 (Abbildung 1) und ohne Lupenbrille ging praktisch nichts (Abbildung 3).



Abbildung 3:
praktische Übungen
mit Prof. Tonetti.
Ohne Lupenbrille
ging praktisch nichts.

Fragen über Fragen

Beide Gruppen trafen sich am Samstagnachmittag wieder zu einer Diskussion der operierten Fälle. Natürlich gab es viele Fragen. So zum Beispiel wie sieht das postoperative Regime konkret aus? Für vier Wochen spülen alle Patienten mit 0,12 prozentiger Chlorhexidinlösung für eine Minute drei mal täglich und putzen alle Zähne normal mit Ausnahme der regenerativ behandelten Region. Eine Woche postoperativ erfolgt die Nahtentfernung, und alle Zahnflächen werden gereinigt (Politur). Der Patient erhält eine sehr weiche Zahnbürste. In der zweiten postoperativen Woche sind Zahnzwischenraumbürsten im Operationsgebiet noch Tabu. Zahnreinigungen erfolgen wöchentlich, ab der dritten postoperativen Woche darf eine unterdimensionierte Zahnzwischenraumbürste eingesetzt werden. Bei komplikationsloser Heilung kann der Patient vier Wochen postoperativ zu seiner normalen Mundhygiene zurückkehren.

Ausblick

Die DGP setzt ihr neues Konzept der Frühjahrstagungen fort: Am 25./26. Februar 2011 wird die „Göteborger Schule“ in Frankfurt am Main zum Thema „25 Jahre Implantieren im parodontal kompromittierten Gebiss. Wo stehen wir heute?“ Stellung nehmen. Auch hier besteht wieder die Möglichkeit am 6. und 7. Oktober 2011 ein vertiefendes Modul 2 an der Wirkungsstätte der Referenten in Göteborg zu besuchen.

Peter Eickholz (Universität Frankfurt am Main)
Ulrich Schlagenhauf (Universität Würzburg)
Heinz Topoll (Münster)
Kai Worch (Garbsen)
eickholz@med.uni-frankfurt.de

werden, dass das Weichgewebe nicht verletzt wird, um die Retraktion der Gingiva zu begrenzen. Diese antientzündliche Therapie kann durch die zusätzliche Applikation eines lokalen Antibiotikums etwa eine Woche präoperativ unterstützt werden. Eine weitgehende Reduktion der Entzündung ist eine wesentliche Voraussetzung für die regenerativen Lappentechniken. Großer Wert wird auf effektive individuelle Plaquekontrolle (Plaqueindex < 15 Prozent) und zumindest eine Reduktion des Nikotinkonsums (< zehn Zigaretten/Tag) gelegt.

Die Live-Operationen

Die Gruppe teilte sich nach einer kurzen Mittagspause, die bereits zu intensiven Diskussionen genutzt wurde: 14 Kursteilnehmer folgten Prof. Pierpaolo Cortellini in seine Praxis, während die anderen im Kursraum die chirurgischen Techniken mit Prof. Maurizio Tonetti an Modellen üben konnten. Am folgenden Samstagvormittag

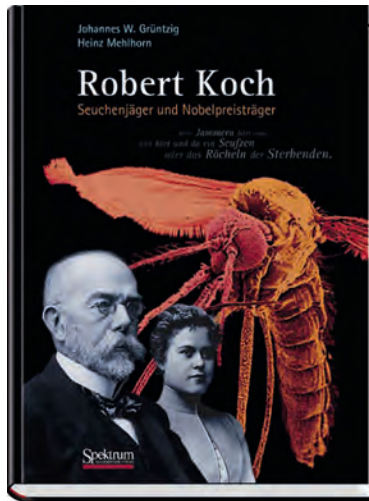
Sicht von Prof. Cortellini durch das Operationsmikroskop auf das Operationsfeld übertragen. Die Kursteilnehmer hatten also zu jeder Zeit die intraoperative Sicht des Operateurs. Alle zuvor vorgestellten Techniken (MPPF, SPPT, MIST und modified MIST) kamen zum Einsatz, so dass jeder Teilnehmer ausgiebig Gelegenheit hatte alle Details dieser Operationsverfahren zu betrachten.

Hands-on

Jeweils eine Hälfte der Gruppe konnte mit Prof. Maurizio Tonetti (Abbildung 3), während die anderen die Live-Operationen verfolgten, vier Defekte beziehungsweise Defektkombinationen an speziell präparierten Phantommodellen operieren. In der Folge wurde das Vorgehen bei MPPF mit Füller und einer Kollagenmembran, MIST mit Schmelz-Matrix-Protein, modified MIST und schließlich einer Kombination von MIST und mMIST trainiert. Anhand von Videodemonstrationen wurden die Schnitt-

Robert Koch – Seuchenjäger und Nobelpreisträger

Bei einer Literaturrecherche über deutsche Forscher in Neuguinea bin ich kürzlich auf ein hervorragendes Werk gestoßen, das jeden Mediziner begeistern wird. Es handelt sich um die bisher umfangreichste, außerordentlich gut recherchierte und bebilderte Biografie Robert Kochs, die pünktlich zum hundertsten Todestag des Nobelpreisträgers erschienen ist. Im Unterschied zu anderen Büchern über Robert Koch wurde es nicht von Historikern oder Journalisten verfasst, sondern von zwei renommierten Medizinern und Spezialisten für Parasitologie. Prof. Dr. J. W. Grüntzig, Augenarzt an der Heinrich Heine-Universität in Düsseldorf untersuchte auf seinen zahlreichen Forschungsreisen und in Kooperation mit dem Hamburger Tropeninstitut in Afrika, Indien, Indonesien, Lateinamerika besonders parasitäre Augenerkrankungen wie zum Beispiel den Augenschwamm „Loa-Loa“. Prof. Dr. H. Mehlhorn war von 1991 bis 1995 Präsident der Gesellschaft für Parasitologie und der Weltgesellschaft für Protozoologie. Er gilt als einer der angesehensten Parasitenforscher Deutschlands und ist durch zahlreiche Fernsehfilme einem großen Publikum bekannt. Um die Bedeutung der epidemiologischen Arbeit Kochs und anderer wichtiger Forscher



sowohl im Mittelalter als auch in der heutigen Zeit besser verstehen zu können, schlagen die Autoren den Bogen von den katastrophalen Pestepidemien des 14. Jahrhundert bis hin zum deutschen Kolonialzeitalter, in dem Robert Koch wissenschaftlich aktiv wird und schließlich Weltruhm erlangt. Der Leser begleitet den Entdecker des Tuberkelbazillus Robert Koch nicht nur auf seinen teils lebensgefährlichen Seuchenexpeditionen und spannenden tropenmedizinischen Einsätzen in Neuguinea, Afrika, Ägypten und Indien und Vortragsreisen nach Japan. Er erfährt auch eine Menge an historischen Erkenntnissen der damaligen Zeit über Ursachen, Übertragungswege und Bekämpfung vieler tropischer Infektionskrankheiten wie Malaria, Frambösie, Zeckenrückfallfieber, Schlafkrankheit, Cholera, Leishmaniose, Lungenpest, Elephantiasis und mehr. Erstmals wird die Arbeit von Hedwig Koch-Freiberg, der zweiten und couragierten Ehefrau von Robert Koch gewürdigt, die, um ihrem Mann bei der Forschung zu unterstützen, auch vor lebensgefährlichen Selbstversuchen nicht zurück-

schreckte. Der Spannungsbogen des Buches erstreckt sich bis hin zur Entdeckung und Erforschung seltsamer Prionen – Erkrankungen wie zum Beispiel die durch Endokannibalismus übertragene tödlich verlaufende Kuru-Erkrankung beim Fore-Stamm in Neuguinea oder den Rinderwahnsinn BSE. Auch werden Ergebnisse und Hintergründe jüngster in den Medien aufgebauschter Epidemien wie Schweinegrippe

oder die Bedrohung der Bevölkerung mit Milzbranderreger nach dem 11. September 2001 sachlich dargelegt. Kurz und gut ein wunderbares Nachschlagewerk, das in keinem ärztlichen Bücherschrank fehlen sollte.

Roland Garve

Johannes W. Grüntzig,
Heinz Mehlhorn,
Robert Koch – Seuchenjäger und
Nobelpreisträger.
Akademischer Verlag Spektrum
Heidelberg, 2010
ISBN 978-3-82742710-6
99,95 Euro

Basis Parodontologie

Das gerade erschienene Buch „Basis Parodontologie“ von Cord Langhorst (mit Illustrationen seiner Tochter Eva Langhorst) ist von seiner Aufmachung und Gliederung her zweifellos ein außergewöhnliches Buch auf dem Gebiet der Parodontologie. Entstanden ist das Buch aus der langjährigen praktischen Erfahrung eines niedergelassenen Zahnarztes durch die tägliche Behandlung von parodontal erkrankten Patienten seiner Praxis. Und aus diesem klinisch-praktischen Erfahrungsschatz ist nun ein theoretisch gut gegliedertes Basislehrbuch entstanden, das von der Anatomie des Parodonts, über die Erkrankungsformen, die Bakteriologie, die Befunderhebung, die Notwendigkeiten einer Verhaltensänderung, die diversen Ansatzpunkte einer geeigneten Mundhygiene bis hin zu den Grundlagen der zahnmedizinischen Therapieoptionen einschließlich der konkreten Behandlungsstrukturierung im Praxisalltag knapp und klar Auskunft gibt. Vor allem ist positiv hervor-



zuheben, dass der Autor die psychologischen Grundlagen einer notwendigen Verhaltensänderung des Parodontitispatienten differenziert herausarbeitet; gerade der zahnärztliche Leser erhält dadurch ein solides Basiswissen zur Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und fachpsychologisch fundierter Patientenführung. Der Clou des Buches liegt aber in der grafischen Gesamtgestaltung. Durch das Zusammenspiel von Text-Wissen und leicht eingängigen Illustrationen mit comicartiger Bebilderung vermittelt das Buch auch großen Lesespaß. Dieses außergewöhnliche Buch ist nur zu empfehlen. Wolfgang Micheelis

Cord Langhorst,
Basis Parodontologie.
Elan Art Verlag 2010
ISBN 978-3-00-031952-5
39,90 Euro

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



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	KZV Baden-Württemberg	S. 57	Halitosis	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64	
	ZÄK Bremen	S. 59		LZK Rheinland-Pfalz	S. 62	
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 62		KZV Baden-Württemberg	S. 57	
Alterszahnheilkunde	LZK Sachsen	S. 62	Hypnose	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58	
	ZÄK Hamburg	S. 59		LZK Sachsen	S. 62	
Arbeitssicherheit	LZK Rheinland-Pfalz	S. 62	Implantologie	DGZH	S. 65	
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58		LZK Berlin/Brandenburg	S. 58	
Ästhetik	KZV Baden-Württemberg	S. 57	Kieferorthopädie	ZÄK Nordrhein	S. 60	
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58		LZK Rheinland-Pfalz	S. 62	
Bildgebende Verfahren	ZÄK Nordrhein	S. 61	Kinderzahnheilkunde	DGI	S. 65	
	RWTH Aachen	S. 64		ZÄK Hamburg	S. 59	
Chirurgie	ZÄK Hamburg	S. 59	Notfallmedizin	LZK Sachsen	S. 62	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63		KZV Baden-Württemberg	S. 57	
Endodontie	KZV Baden-Württemberg	S. 57	Parodontologie	ZÄK Niedersachsen	S. 60	
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58		ZÄK Hamburg	S. 60	
Funktionslehre	ZÄK Hamburg	S. 60	Praxismanagement	ZÄK Niedersachsen	S. 60	
	ZÄK Nordrhein	S. 60		KZV Baden-Württemberg	ZÄK Nordrhein	S. 61
	KZV Baden-Württemberg	S. 57			LZK Rheinland-Pfalz	S. 62
	ZÄK Bremen	S. 59		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	
	ZÄK Niedersachsen	S. 60	Restaurative ZHK	KZV Baden-Württemberg	S. 57	
	LZK Sachsen	S. 62		ZÄK Bremen	S. 59	
			ZFA	ZÄK Niedersachsen	S. 60	
				ZÄK Nordrhein	S. 61	
			Zahnärztliche Zahnkassen	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64	
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 62	
			Kongresse Seite	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	
				KZV Baden-Württemberg	S. 57	
			Hochschulen Seite	ZÄK Bremen	S. 59	
				ZÄK Niedersachsen	S. 60	
			Wissenschaftliche Gesellschaften	ZÄK Nordrhein	S. 60	
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64	
			Freie Anbieter	FHNW Olten	S. 65	
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 63	
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	
				KZV Baden-Württemberg	S. 57	

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 57

Kongresse Seite 64

Hochschulen Seite 64

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 65

Freie Anbieter Seite 65

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

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Fachgebiet:

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

Fachgebiet:

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

Fachgebiet:

ZFA
Thema: Wie und was Mitarbeiterinnen 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.: 11/300

Fachgebiet:

Praxismanagement
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

Fachgebiet:

Funktionslehre
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

Fachgebiet:

Praxismanagement
Thema: Marketing für Zahnärzteams: 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

Fachgebiet:

Kinder-ZHK
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: 2400 EUR
Kurs-Nr.: 11/600

Fachgebiet:

Praxismanagement
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

Fachgebiet:

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

Fachgebiet:

ZFA
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

Fachgebiet:

Notfallmedizin
Thema: Grundmodul: Notfalltraining für Zahnärztinnen, Zahnärzte und deren Assistenzpersonal
Referenten: LandesRettungsSchule Baden
Termin: 09.02.2011
Gebühr: ZA 145 EUR, ZFA 95 EUR
Kurs-Nr.: 11/302

Fachgebiet:

Hygiene
Thema: Update Modul F: Hygiene – Anforderungen an Organisation, Dokumentation und Freigabe
Referentin: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 23.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: ZA 120 EUR, 60 EUR je weiteres Mitglied der Praxis
Kurs-Nr.: 11/500

Fachgebiet:

Ästhetik
Thema: Ästhetische Korrekturen mit Komposit – Es geht besser als man glaubt
Referent: Prof. Dr. Bernd Klaiber, Würzburg
Termin: 11./12.02. 011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Fortbildungspunkte: 11
Gebühr: 535 EUR
Kurs-Nr.: 11/102

Fachgebiet:

Abrechnung
Thema: Selbst erstellte Buchführung in der Zahnarztpraxis
Referentin: Andrea Leder, Erding
Termin: 12.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Fortbildungspunkte: 9
Gebühr: ZA 225 EUR, ZFA, MA 200 EUR
Kurs-Nr.: 11/303

Fachgebiet:

Endodontie
Thema: Einstieg in die maschinelle Wurzelkanalaufbereitung
Referent: PD Dr. Karl-Thomas Wrbas, Freiburg
Termin: 16.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: 150 EUR
Kurs-Nr.: 11/103

Fachgebiet:

Prophylaxe
Thema: Praktisch fitter in der Prophylaxe – Ein Refresher-Kurs für Prophylaxehelferinnen, ZMP und ZMF
Referentinnen: Christina Bregenhorn und Iris Karcher, Freiburg
Termin: 16.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 11/403

Fachgebiet:

Ganzheitliche ZHK
Thema: Siegen ohne zu kämpfen – Profitieren Sie vom Jahrtausende alten Wissen der Shaolin-Mönche aus China (Aufbauseminar)
Referent: Gerhard Conzelmann, Hadamar, gemeinsam mit einem Shaolin-Mönch
Termin: 18./19.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Fortbildungspunkte: 18
Gebühr: ZA 730 EUR, ZFA, MA 700 EUR
Kurs-Nr.: 11/304

Fachgebiet:

Prophylaxe
Thema: Prophylaxe für Patchwork-Zähne: Zahnersatz und Implantate
Referentin: Annette Schmidt, München

Termin: 18.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 11/404

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: ABC der Wirkstoff-Prävention und -therapie
Referentin:
 Annette Schmidt, München
Termin: 19.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 11/405

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Praxisfit Management-Fortbildung für Zahnärztinnen und Zahnärzte
 Modul 5 „Praxismarketing“
Referentin: Christa Maurer, Lindau
Termin: 25./ 26.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Fortbildungspunkte: 12
Gebühr: 444 EUR
Kurs-Nr.: 10/602E

Fachgebiet: Akupunktur
Thema: Einführung in die Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte – Kurs I
Referent:
 Prof. h.c. VRC Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg
Termin: 25./26.02.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Fortbildungspunkte: 14
Gebühr: 525 EUR
Kurs-Nr.: 11/104

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

Fortbildungsveranstaltungen der Regionalstelle Stuttgart

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Einführung in die medizinische Hypnose für Zahnärzte und Ärzte
Referent: Dr. A. Schmierer
Termin:
 02.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Stuttgart, Esslinger Str. 40
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: STRKHZ111

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Einführung in die medizinische Hypnose für Zahnärzte und Ärzte
Referent: Dr. A. Schmierer
Termin:
 09.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Stuttgart, Esslinger Str. 40
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: STRKHZ211

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Einführung in die zahnärztliche Hypnose
Referent: G. & A. Schmierer
Termin:
 25.02.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
 26.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Stuttgart, Esslinger Str. 40
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: STRZ111
Gebühr: 490 EUR,
 460 EUR für DGZH-Mitglieder

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

Fortbildungsveranstaltungen der Bezirkszahnärztekammer Freiburg

22. Fortbildung für ZFA
Fachgebiet: ZFA/Kons. ZHK
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
Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Zahnerhaltung im Grenzbereich – moderne endodontologische 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

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Strukturierte Fortbildung: Implantologie
Moderator:
 Prof. Dr. Dr. Volker Strunz, Berlin
Termine:
 11.02.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 12.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 12 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 94
Kurs-Nr.: 2014.8
Kursgebühr: 3 285 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin
Moderator:
 Dr. Horst Freigang, Berlin
Termine:
 18.02.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
 19.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
 insgesamt 12 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 96
Kurs-Nr.: 6030.3
Kursgebühr: 2 775 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Kinder-ZHK
Thema: Curriculum Kinder- und Jugend-Zahnmedizin
Moderator: Prof. Dr. Christian H. Splieth, Greifswald
Termine:
 04.03.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 05.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 10 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 80
Kurs-Nr.: 4020.5
Kursgebühr: 2 775 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Strukturierte Fortbildung: CMD – interdisziplinär –

Ganzheitliche Funktionsdiagnostik und -therapie
Moderatorin:
 Dr. Andrea Diehl, Berlin
Termine:
 18.03.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 19.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 10 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 75
Kurs-Nr.: 6070.0
Kursgebühr: 2 110 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Strukturierte Fortbildung: Homöopathie für Zahnärzte
Moderatorin:
 Dr. Andrea Diehl, Berlin
Termine:
 01.04.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 02.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 8 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 60
Kurs-Nr.: 6055.0
Kursgebühr: 1 750 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Curriculum Ästhetische Zahnmedizin
Moderator: Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg
Termine:
 27.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 28.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 12 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 95
Kurs-Nr.: 4044.1
Kursgebühr: 3 680,00 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Curriculum Endodontie
Moderator: Prof. Dr. Michael Hülsmann, Göttingen
Termine:
 13.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 14.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 13 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 96
Kurs-Nr.: 4036.2
Kursgebühr: 3 325 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde
Moderator: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer, Greifswald
Termine:
 26.08.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 27.08.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
 insgesamt 24 Veranstaltungstage

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 185
Kurs-Nr.: 4029.3
Kursgebühr: 5 200 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

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

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Prophylaxe
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: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Kurs-Nr.: 11009
Gebühr: 110 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe. Der zweite Schritt
Referentin: Sabine Mack
Termin: 29.01.2011: 10.00 – 13.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Buchwald, Debstedter Weg 7, 27578 Bremerhaven
Kurs-Nr.: 11011
Gebühr: 109,00 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe. Der dritte Schritt
Referentin: Sabine Mack

Termin: 04.02.2011: 16.00 – 19.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Kurs-Nr.: 11012
Gebühr: 109,00 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: GOZ Teil I
Referentin: Alma Ott
Termin: 09.02.2011: 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11033
Gebühr: 135,00 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Service-Kompetenz-Tag. Marktchancen nutzen – denn Service macht den Unterschied.
Referentin: Christine Rieder
Termin: 19.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11001
Gebühr: 245,00 EUR

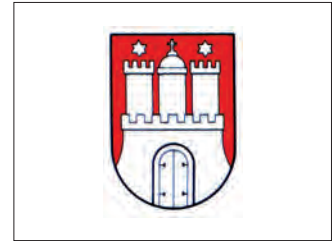
Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: 1. Bremer Curriculum Praxisführung
Termin: 01.2011 - 03.2012
 8 Wochenenden
 freitags 14.00 - 19.00 Uhr
 samstags 09.30 - 17.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 13 je Wochenende
Hinweis: umfangreiches Seminarprogramm schriftlich bei der ZÄK Bremen oder auf www.zaek-hb.de

Fachbereich: Funktionslehre
Thema: Wellness für die Kiefermuskulatur – Tiefenentspannung mit der R.E.S.E.T.-Methode
Referent: Josef Stotten
Termin: 19.02.2011: 09.30 – 17.00 Uhr
Ort: FobiZe Bremen, Westerstr. 35, 28199 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11209
Gebühr: ZÄ 185 EUR, ZFA 148,00 EUR

Fachbereich: Hygiene
Thema: Aufbereiten von Medizinprodukten – Hygiene-Update für die Instrumentenfreigabe
Referent: Dr. Hendrik Schlegel

Termin: 04.03.2011: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Kurs-Nr.: 11030
Gebühr: 95 EUR

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Anzeige

Fachgebiet: Alters-ZHK
Thema: Vom fehlenden Zahn bis zur ektodermalen Dysplasie – mehr als ein pädiatrischer und humangenetischer Blick
Referent: Dr. Axel Bohring, Münster
Termin: 21.01.11: 19.30 – 21.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 1016 kfo
Kursgebühr: 60 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Der isolierte kieferorthopädische Lückenschluss. Wie weit können, sollen, dürfen wir Kieferorthopäden gehen, um Zahnersatz zu vermeiden?
Referent: Dr. Bernd Zimmer, Kassel
Termin: 04.02.2011: 19.30 – 21.00 Uhr
Ort: Hörsaal der Orthopädie des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Gebäude O45, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 1017 kfo
Kursgebühr: 60 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Rekonstruktion von Rot-Weiß. Restaurationen unter ästhetischen Aspekten in der Parodontologie und Implantologie – Hands-on Übungen zum Weichgewebsmanagement
Referent: Dr. Arndt Happe, Münster
Termin: 04.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr, 05.02.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Hamburg
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 40226 kons
Kursgebühr: 420 EUR

Nähere Informationen und schriftliche Anmeldung:
 Zahnärztekammer Bremen
 Rubina Ordemann
 und Thorsten Hogrefe
 Universitätsallee 25,
 28359 Bremen
 Tel.: 0421/333 03 – 77
 Fax 0421/333 03 – 23
 r.ordemann@zaek-hb.de
 oder t.hogrefe@zaek-hb.de
 www.zaek-hb.de

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Operationskurs Zahnärztliche Chirurgie
Referent: Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch, Hamburg

Termin:

09.02.2011: 08.00 – 16.00 Uhr
Ort: Asklepios Klinik Nord,
 Heidberg Haus 2, Tangstedter
 Landstraße 400, 22417 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 31047 A chir
Kursgebühr: 150 EUR

Fachgebiet: Dentale Fotografie

Thema: Professionelle Dental-
 fotografie – Kompaktkurs
 Basiswissen und Praxis der
 Patientenfotografie
Referent: Erhard J. Scherpf, Kassel
Termin:
 12.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Hamburg
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 21050 inter
Kursgebühr: 335 EUR

Fachgebiet: Endodontologie

Thema: Endodontie –
 praxisgerecht
Referenten:
 Dr. Clemens Bargholz, Hamburg
 Dr. Horst Behring, Hamburg
Termin:
 16.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Behring und
 Partner, Wandsbeker Chaussee 44,
 22089 Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 50061 kons
Kursgebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Tapeanlagen vor zahnärzt-
 lich-chirurgischen Eingriffen und
 Implantation
Referentin: Martina Sander, Ham-
 burg
Termin:
 25.02.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 26.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Physiotherapie im CiM,
 Falkenried 88/Haus C,
 20251 Hamburg
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 21051 inter
Kursgebühr: 310 EUR

Fachgebiet: Parodontologie

Thema: Operationstechniken
 in der Parodontologie
Referent:
 Prof. Dr. Klaus Roth, Hamburg
Termin:
 25.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr,
 26.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Hamburg
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 40217 paro
Kursgebühr: 420 EUR

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 Niedersachsen**Fortbildungsveranstaltungen****Fachgebiet:** Kinder-ZHK

Thema:
 Endodontie im Milchgebiss
Referent:
 Prof. Dr. Christian Splieth, MSc.
Termin:
 14.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 145 EUR
Kurs-Nr.: Z 1101

Fachgebiet: Funktionslehre

Thema: Funktionsanalyse und
 -therapie als Refresher-Kurs
Referent: Dr. Uwe Harth
Termin:
 15.01.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 210 EUR
Kurs-Nr.: Z 1102

Fachgebiet: Parodontologie

Thema: Parodontales Debridement
 Mechanische antiinfektiöse
 Therapie zwischen Wissenschaft
 und Praxis
Referent: PD Dr. Gregor Petersilika
Termin:
 02.02.2011: 14.30 – 19.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 345 EUR Teamgebühr
 (1 ZA + 1 ZFA)
Kurs-Nr.: Z/F 1103

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Wellness für Rücken und
 Augen in der zahnärztlichen Praxis
 – mühelos präziser sehen
Referent: Dr. Georg Kwiatkowski
Termin:
 04.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
 05.02.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 10
Kursgebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: Z/F 1104

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Erfolgsgeheimnis „01“
 und „01 Neu“ in der
 Zahnarztpraxis
Referentin:
 Dipl.-Psych. Dörte Scheffer
Termin:
 12.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kursgebühr: 285 EUR
Kurs-Nr.: Z/F 1105

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: KFO-Spezial:
 vom Spannungsfeld zur erfolg-
 reichen Dreiecksbeziehung –
 Service – Beratung – Patienten-
 bindung in der KFO-Praxis
Referentin:
 Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin:
 16.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z/F 1106
Kursgebühr: 285,- EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin

Thema: Hilfeleistung
 bei Notfallsituationen
 in der zahnärztlichen Praxis
Referent:
 Prof. Dr. Hartmut Hagemann
Termin:
 16.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: Z/F 1107
Kursgebühr: 150,- EUR

Fachgebiet: Restaurative ZHK

Thema: Vollkeramik im Überblick:
 Inlays, Onlays, Kronen und
 Brücken
Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart
Termin:
 19.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z 1108
Kursgebühr: 200,- EUR

Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen
 Zahnärztliche Akademie
 Niedersachsen, ZAN

Zeißstr. 11a
 30519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-311 oder -313
 Fax: 0511/83391-306
 Aktuelle Veranstaltungstermine
 unter www.zkn.de

ZÄK Nordrhein**Zahnärztliche Kurse
im Karl-Häupl-Institut****Fachgebiet:** Praxismanagement

Thema: Schulungsprogramm
 proQM®
 Kursprogramm Teil III
Referent: Rolf Rüchel, Hemer
Termin:
 12.01.2011: 14:00 – 19:00 Uhr
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 10163
Kursgebühr: 30 EUR

Fachgebiet: Endodontie

Thema: Abschnitt X
 des Curriculums Endodontologie
 Endodontie im Kontext
 mit Nachbargebieten
 Kasuistikorientierte Abschluss-
 gespräche
Referenten:
 Prof. Dr. Claus Löst, Tübingen
 Prof. Dr. Roland Weiger, Basel
 Dr. Udo Schulz-Bongert, Düssel-
 dorf
Termin:
 14.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
 15.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 10079
Kursgebühr: 480 EUR

Fachgebiet: Implantologie

Thema: Abschlussgespräche mit
 Fallpräsentation
 Modul 17
 des Curriculums Implantologie
Referenten:
 Prof. Dr. Michael Augthun,
 Mülheim
 Dr. Hans-Joachim Nickenig,
 Troisdorf

Termin:

14.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
15.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: 10088

Kursgebühr: 480 EUR

Fachgebiet: Vertragswesen / ZFA

Thema: BEMA – Fit

Die seit Januar 2004 geltenden Abrechnungsbestimmungen im konservierend-chirurgischen Bereich. Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referenten: ZA Andreas Eberhard
Kruschwitz, Bonn
Dr. Hans-Joachim Lintgen,
Remscheid

Termin:

19.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 11304

Kursgebühr: 30 EUR

Fachgebiet: Parodontologie

Thema: Modul 8 des Curriculums Parodontologie

Ästhetische Parodontologie

Referent:

Prof. Dr. Dr. Soren Jepsen, Bonn

Termin:

21.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

22.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: 10097

Kursgebühr: 480 EUR

Fachgebiet: Endodontologie

Thema: Abschnitt I des Curriculums Endodontologie
Ziele und Grundlagen des Curriculums

Referenten:

Prof. Dr. Claus Löst, Tübingen
Prof. Dr. Paul R. Wesselink,
Amsterdam (NL)

Termin:

21.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

22.01.2011: 09.00 – 15.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: 10070

Kursgebühr: 480 EUR

Fachgebiet: Prävention

Thema: Mehr Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen

Referent:

Dr. Steffen Tschackert, Frankfurt

Termin:

19.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 11304

Kursgebühr: 30 EUR

Fachgebiet: Implantologie / ZFA

Thema: Einstieg in die Implantologie in der zahnärztlichen Praxis
Modul 1–2 Einstieg in das Curriculum Implantologie
Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referenten:

Dr. med. habil.
Dr. Georg Arentowicz, Köln
Dr. Johannes Röckl, Tenningen
b. Freiburg

Termin:

28.01.2011: 14.00 – 20.00 Uhr

29.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: 11080

Kursgebühr: 480 EUR

**Fortbildung für Praxismitarbeiter
im Karl-Häupl-Institut**

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren

Thema: Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 18a, Abs. 3, Satz 2 in Verbindung mit Abs. 1, Satz 3 der Röntgenverordnung

Referent:

Prof. Dr. Peter Pfeiffer, Köln

Termin: 26.01.2011: 14:00 – 18:00 Uhr

Kurs-Nr.: 11901

Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Patientenbeziehung

Thema: Telefontraining – Intensiv-Workshop

Referent:

Ursula Weber, Neustadt

Termin: 29.01.2011: 09:00 – 16:30 Uhr

Fortbildungspunkte: 0

Kurs-Nr.: 11244

Kursgebühr: 220 EUR

Fachgebiet: Hygiene

Thema: Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis
Freiwilliges Fortbildungsangebot für Zahnmedizinisches Hilfspersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung

Referent:

Ass. jur. Katharina Dierks, Köln

Termin: 29.01.2011: 09:00 – 19:00 Uhr

Fortbildungspunkte: 0

Kurs-Nr.: 11201

Kursgebühr: 280 EUR

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Curriculum Parodontologie
Referenten: Dr. Ralf Rössler et al.
Termine:
7 Module á 2 Tage ganztags
14.01.2011 – 28.04.2012
Ort: LZK,
Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
und Klinikum Saarbrücken
Fortbildungspunkte: 122
Kurs-Nr.: 118170
Kursgebühr: 3 960 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Abrechnungs-Grundkurs
für Anfänger/-innen und Wieder-
einsteiger/-innen
Referent: Brigitte Conrad
Termin:
26.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118231
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: BuS-Einführungseminar
für Praxisinhaber/-innen
Referenten: Sabine Christmann,
Archibald Salm
Termin:
02.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Frauenklinik in Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118121
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene-Workshop
Referentin: Sabine Christmann
Termin:
09.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118271
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen
Anwendung – Das Zahnärztliche
Qualitätsmanagementsystem in
der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann,
Archibald Salm
Termin:
16.02.2011: 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologie-
zentrum der Handwerkskammer
in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118281
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS-EDV-Grundlagen –
Das Zahnärztliche Qualitätsmana-
gementsystem in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin:
16.02.2011: 16.45 – 19.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologie-
zentrum der Handwerkskammer
in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 118282
Kursgebühr: 80 EUR

Fachgebiet: Halitosis
Thema: Halitosis erfolgreich
behandeln
Referent: Susanne Lauterbach
Termin:
09.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118291
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Curriculum Implantologie
inkl. Hospitation und Supervision
Referenten: Dr. Ralf Rössler et al.
Termine:
10 Module á 2 Tage ganztags
27.05.2011 – 27.04.2013
Ort: LZK,
Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz,
Zahnklinik Mainz und
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken,
Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 230
Kurs-Nr.: 118191
Kursgebühr: 6 795 EUR

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

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Craniomandibuläre
Dysfunktion – Basisuntersuchung
Referent: Prof. Dr. Stefan Kopp,
Frankfurt am Main
Termin:
07.01.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
08.01.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Fortbildungspunkte: 19
Kurs Nr.: D 01/11
Kursgebühr: 435 EUR

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Allergiebehandlung
mit Hypnose
Ein selbstorganisatorisches
Anti-Allergiekonzept
Referent:
Dr. Eberhard Brunier, Mainz
Termin:
21.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
22.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Fortbildungspunkte: 14
Kurs Nr.: D 02/11
Kursgebühr: 305 EUR

Fachgebiet: Psychosomatik
Thema: ZahnÄrztliche Kompetenzen
in der interdisziplinären
Zusammenarbeit angesichts
psychosomatischer Störungen
Referentin: Priv.-Doz. Dr. Anne
Wolowski, Münster
Termin:
29.01.2011: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Fortbildungspunkte: 8

Kurs Nr.: D 06/11
Kursgebühr: 195 EUR

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Die zauberhafte Zahnarztpraxis
Therapeutisches Zaubern®, ein
Medium zur positiven Kontakt-
aufnahme und zur Entspannung
von ängstlichen Patienten
Referentin: Dipl.-Soz.-Päd.
Annalisa Neumeyer, Gifhorn
Termin:
29.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Fortbildungspunkte: 8
Kurs Nr.: D 07/11
Kursgebühr: 225 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Neue (revolutionäre)
kieferorthopädische Behandlun-
gsmethoden
Referent:
Dr. Heinz Winsauer, Bregenz (A)
Termin:
04.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
05.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Fortbildungspunkte: 18
Kurs Nr.: D 08/11
Kursgebühr: 470 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Alltägliche Probleme bei
der herausnehmbaren Teil- und
Totalprothetik
Referent:
Dr. Felix Blankenstein, Berlin
Termin:
05.02.2011: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Fortbildungspunkte: 8
Kurs Nr.: D 09/11
Kursgebühr: 165 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Sind Sie fit in der
Umsetzung der Richtlinien? –
Erfolgreich abrechnen und
Honorar optimieren
Referentin:
Sandra Abraham, Mautitz
Termin:
09.02.2011: 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Fortbildungspunkte: 8
Kurs Nr.: D 10/11
Kursgebühr: 130 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Moderne Füllungs-
materialien und -techniken
(Komposite, Adhäsive, GlZ, mini-
invasive Verfahren,
wann indirekte Restaurationen)

Referent: Prof. Dr. Reinhard Hickel,
München
Termin:
09.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Fortbildungspunkte: 5
Kurs Nr.: D 11/11
Kursgebühr: 160 EUR

Anmeldung:
Fortbildungsakademie der
Landeszahnärztekammer Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden
Fax: 0351 8066-106oder
fortbildung@lzk-sachsen.de

Unser komplettes Fortbildungs-
angebot finden Sie im Internet:
www.zahnaerzte-in-sachsen.de.

ZÄK Schleswig- Holstein



Fortbildungsveranstaltungen am Heinrich-Hammer-Institut

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema:
Direkte adhäsive Restauration
Referent:
Prof. Dr. Claus-Peter Ernst
Termin:
14.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
15.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 12
Kurs-Nr.: 11-01-004
Kursgebühr: 260 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Provisorienkurs
Referentin: Dr. Eleonore Behrens
Termin:
19.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
22.01.2011: 09.00 – 13.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11-01-025
Kursgebühr: 215 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Zeitgemäße Endodontie –
Von der Diagnose bis zur Wurzel-
füllung

Referent:
Dr. Andreas Schult, Sandra Möller
Termin:
28.01.2011: 14.30 – 19.00 Uhr
29.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11-01-015
Kursgebühr: 350 EUR

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Compendium der
Implantatprothetik in 4 Teilen
Teil 3: Die implantologisch-prothe-
tische Versorgung der verkürzten
und unterbrochenen Zahnreihe
Referent: Prof. Dr. Dipl.-Ing.
Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Termin:
09.04.2011: 09.30 – 12.30 Uhr
Ort: Münster
Akademie für Fortbildung
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 740 026
Kursgebühr: 159 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Compendium der Implan-
tatprothetik in 4 Teilen
Teil 4: Sinnvolle und bewährte
Therapiekonzepte für den zahn-
losen Oberkiefer
Referent: Prof. Dr. Dipl.-Ing. Ernst-
Jürgen Richter, Würzburg
Termin:
09.04.2011: 13.30 – 20.00 Uhr
Ort: Münster
Akademie für Fortbildung
Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11 740 027
Kursgebühr: 159 EUR

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Indikationserweiterung
Adhäsivtechnik:
Vom befestigten Wurzelstift bis zur
direkten Seitenzahnrestauration
mit Höckerersatz aus Komposite
Referent:
Dr. Markus Kaup, Münster
Termin:
09.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster
Akademie für Fortbildung
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11 740 021
Kursgebühr: 299 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Chirurgische
Weisheitszahnentfernung
Referent: Prof. Dr. Dr. Stefan
Haßfeld, Dortmund
Termin:
13.04.2011: 15.00 – 18.30 Uhr
Ort: Dortmund,
Klinikum Dortmund Nord,
Münsterstr. 240,
44145 Dortmund
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 740 082
Kursgebühr: 189 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Vom Access Flap bis zur
Z-Plastik – Wie viel Chirurgie
(v)erträgt ein Zahn?
Referent:
Prof. Dr. Benjamin Ehmke,
Inga Schäfer, Münster
Termin:
13.04.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster
Akademie für Fortbildung
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 015
Kursgebühr: 65 EUR

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Fluoride in der Prophylaxe
Adhäsivtechnik effizient nutzen
Referent:
PD Dr. Till Dammaschke, Münster,
Dr. Markus Kaup, Münster
Termin:
13.04.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Gelsenkirchen,
InterCity Hotel,
Ringstr. 1-3, 45879 Gelsenkirchen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 008
Kursgebühr: 65 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Vertiefender QM-Workshop – Zeitmanagement für den Zahnarzt und sein Team
Referenten:
 Dozententeam der ZÄKWL
Termin:
 15.04.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11 762 106
Kursgebühr:
 ZA 278 EUR, ZFA 199 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Instrumentelle Artikulatoranalyse – Demonstrationskurs mit gegenseitigen praktischen Übungen
Referent:
 Prof. Dr. Karl-Heinz Utz, Bonn
Termin:
 15.04.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 16.04.2011: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Münster
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 12
Kurs-Nr.: 11 740 054
Kursgebühr: 459 EUR

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

Kongresse

Januar

43. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung (AfG) in der DGZMK
Fachgebiet: Grundlagenforschung
Referenten:
 Tagungsworkshop Schmerz:
 Prof. Schaible, Jena,
 Prof. Forster, Erlangen,
 PD Magerl, Heidelberg,
 Mannheim,
 PD Ettl, Zürich

Termin: 13. – 14.01.2011
Ort:
 Zahnklinik der Universität Mainz,
 Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Anmeldung: vor Ort
5. Hamburger Zahnärztetag
Thema: Endodontie – Zahnerhalt um jeden Preis?
Termin:
 28.01.2011: 14.00 – 18.30 Uhr,
 anschließend Get-together
 29.01.2011: 09.30 – 16.15 Uhr
 Vorträge für ZFA:
 28.01.2011: 14.00 – 18.30 Uhr,
 anschließend Get-together
Ort: Hotel Empire Riverside
Auskunft u. Anmeldung:
 Zahnärztekammer Hamburg –
 Fortbildung
 Postfach 740925, 22099 Hamburg
 Frau Knüppel:
 Tel.: 040/733405-37, Fax: -76
 susanne.knueppel@zaek-hh.de
 Frau Westphal:
 Tel.: 040/733405-38
 pia.westphal@zaek-hh.de
 www.zahnaerzte-hh.de

Februar

15. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie
Termin: 02. – 05.02.2011
Ort: Neues Kongresshaus,
 Bad Hofgastein, Salzburg
Tagungsleitung: Prim. Univ.-Doz.
 DDr. Oliver Ploder
Auskunft: Ärztezentrale Med.Info
 Helferstorferstraße 4
 A-1014 Wien
 Tel.: +43/1 532 16 48
 Fax +43/1 531 16 61
 azmedinfo@media.co.at

DGP-Frühjahrstagung
Thema: Das Göteborger Konzept:
 25 Jahre Implantieren im
 parodontal kompromittierten
 Gebiss. Wo stehen wir heute?
Termin: 25./26.02.2011
Ort: Frankfurt am Main
Auskunft: Deutsche Gesellschaft
 für Parodontologie e.V. (DGP)
 Neufferstr. 1
 93055 Regensburg
 Tel.: 0941/942799-0
 www.dgparo.de

März

21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAMZ)
Thema: Der geriatrische Patient –
 eine spezielle Patientengruppe
 in der Seniorenzahnmedizin
Wissenschaftliche Leitung: Univ.-
 Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
Termin: 12.03.2011
Ort: Karl-Häupl-Institut,
 Fortbildungszentrum der
 Zahnärztekammer Nordrhein,
 Emanuel-Leutze-Straße 8,
 40547 Düsseldorf
Auskunft: www.dgaz.org
Anmeldung von Kurzbeiträgen:
 bis 31.01.2011 unter
 sekretariat@dgaz.org.

57. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Thema: Kopf- und Gesichtschmerzen –
 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 Gesichtschmerzen –
 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

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
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr:
 240 EUR, Mitglieder 180 EUR
Auskunft: DDHV-Geschäftsstelle,
 Weichselmühle 1, 93080 Pentling
 Beatrix Baumann
 Tel.: 0941/91069210
 Beatrix.Baumann@gmx.de

Hochschulen

RWTH Aachen

Universitätsklinikum Aachen

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: CEREC-Seminar
 Intensives HandsOn-Training im
 gesamten CEREC-Chairside-
 Indikationsbereich
Referent:
 Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
Termin:
 28.01.2011: 08.30 – 19.30 Uhr
 29.01.2011: 08.30 – 14.00 Uhr
Ort: Universitätsklinikum Aachen
 Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: A-01
Kursgebühr: 1 000 EUR
 oder Sirona-Gutschein
Anmeldung:
 Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
 CEREC-Hotline: 0175/4004756
 jrotgans@ukaachen.de
 www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: CEREC-Seminar
 Intensives HandsOn-Training im
 gesamten CEREC-Chairside-Indika-
 tionsbereich
Referent:
 Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Termin:
 11.02.2011: 08.30 – 19.30 Uhr
 12.02.2011: 08.30 – 14.00 Uhr
Ort: Universitätsklinikum Aachen
 Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: A-02
Kursgebühr: 1 000 EUR
 oder Sirona-Gutschein
Anmeldung:
 Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
 CEREC-Hotline: 0175/4004756
 jrotgans@ukaachen.de
 www.zahnerhaltung.ukaachen.de

FH Nordwestschweiz

Hochschule für
 Angewandte Psychologie

Fachgebiet: Praxismanagement-
Thema: Führung und Zusammen-
 arbeit in der Zahnarztpraxis
Leitung:
 Prof. Dr. Michael Dick
 in Zusammenarbeit mit der
 Akademie für zahnärztliche
 Fortbildung Karlsruhe
Termine:
 11. – 12.02.2011
 11. – 12.03.2011
Ort: Olten, Schweiz
Kursgebühr: 2 750 CHF
Anmeldung:
 Fachhochschule Nordwest-
 schweiz, Hochschule für
 Angewandte Psychologie,
 Riggerbachstr. 16, CH4600 Olten
 weiterbildung.aps@fnw.ch
 www.fnw.ch/aps/weiterbildung

Universität Bern

Klinik für Zahnerhaltung,
 Prävention und Kinderzahnmedizin

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Zahnerhaltung, Prävention
 und Kinderzahnmedizin für den
 Familienzahnarzt
 Vorlesungen und Seminare
Termin: 20. – 26.03.2011

Ort: St. Moritz
Gebühr: 2 400 CHF
Fortbildungszeit: 36 Stunden
Auskunft: Frau Alexandra Tütsch
 Chöpfliweg 15
 CH-4114 Hofstetten
 Tel.: 0041/61/7313671
 Fax: 0041/61/7313614
 tuetsch@digi-com.ch
 www.fortbildungunderholung.ch

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGI

Deutsche Gesellschaft für
 Implantologie im Zahn-, Mund-
 und Kieferbereich e.V.

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Minimalinvasive und
 verkürzte Behandlungsprotokolle
 – Wann resp./wann nicht? Wie ge-
 hen wir gezielt vor?
Referent: Dr. R. Glauser, Zürich
Termin:
 04.02.2011: 09.00 bis 17.00 Uhr
Kursort: Frankfurt am Main
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 01/11-A
Kursgebühren:
 355 EUR für DGI-APW-Mitglieder
 405 EUR für Nichtmitglieder

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Sinus-Spezial-Kurs
Referenten: Prof. Dr. Dr. P. Tetsch,
 Dr. J. Tetsch, Dr. M. Volmer
Termin:
 11.02.2011 ab 14.00 Uhr
 12.02.2011 bis 15.30 Uhr
Kursort: Münster
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 02/11
Kursgebühren:
 710 EUR für DGI-APW-Mitglieder
 810 EUR für Nichtmitglieder

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Grundlagen der
 ästhetischen Implantologie
Referent: Dr. D. Weng
Termin:
 18.02.2011 ab 14.00 Uhr
 19.02.2011 bis 17.00 Uhr
Kursort: Starnberg
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: S1/11-1

Kursgebühren:
 710 EUR für DGI-APW-Mitglieder
 810 EUR für Nichtmitglieder

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Bone Management
 in der Implantologie
Referenten: Prof. Dr. Th. Weischer,
 Prof. Dr. M. Augthun
Termin:
 25.02.2011 09:00 Uhr
 26.02.2011 bis 15:00 Uhr
Kursort: Essen
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 03/11
Kursgebühren:
 710 EUR für DGI-APW-Mitglieder
 810 EUR für Nichtmitglieder

Anmeldung:
 DGI-Sekretariat für Fortbildung
 Ludwigshafen
 info@dgi-fortbildung.de

DGZH

Deutsche Gesellschaft
 für Zahnärztliche Hypnose e. V.

Regionalstelle Stuttgart

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Schnupperkurs für
 Zahnärzte. Einführung in die
 medizinische Hypnose
 für Zahnärzte und Ärzte
Referent/in: Dr. A. Schmierer
Termin:
 02.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort:
 DGZH-Regionalstelle Stuttgart,
 Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 2

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Schnupperkurs für
 Zahnärzte. Einführung in die
 medizinische Hypnose
 für Zahnärzte und Ärzte
Referent/in: Dr. A. Schmierer
Termin:
 09.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort:
 DGZH-Regionalstelle Stuttgart,
 Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 2

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Curriculum Z1:
 Einführung in die
 medizinische Hypnose
Referenten: G. und A. Schmierer
Termin:
 25.02.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
 26.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort:
 DGZH-Regionalstelle Stuttgart,
 Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 16
Kursgebühr: 490 EUR
 460 für DGZH- Mitglieder

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

Freie Anbieter

*In dieser Rubrik veröffentlichen
 wir einmalig Informations- und
 Fortbildungsveranstaltungen
 außerhalb der offiziellen Berufs-
 vertretungen und Wissenschaft-
 lichen Gesellschaften. Mit der
 Veröffentlichung übernehmen
 Herausgeber und Redaktion keine
 Gewähr für Angaben und Inhalte.
 Der Umfang der Veröffentlichung
 ist begrenzt. Die Kursangebote
 können per Mail an die zm-
 Redaktion gesendet werden; dort
 ist eine entsprechende Manu-
 skriptvorlage erhältlich. Die Infor-
 mationen sollten mindestens acht
 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
 vorliegen. Kurzfristig zugesandte
 Veröffentlichungswünsche können
 nicht berücksichtigt werden.*
 Die Redaktion

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: VITA VMK Master
 Power-Workshop
Veranstalter: VITA Zahnfabrik
 H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Manfred Grutschkuhn
Termin:
 14.01.2011: 8.30 Uhr – open end
Ort:
 Dentales Fortbildungszentrum der
 Kreishandwerkerschaft Hagen
Kursgebühr: 200 EUR
Anmeldung: VITA Zahnfabrik
 H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel.: 07761/562235
 Fax: 0761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Dentale Sedierung mit Lachgas - Grundkurs
Veranstalter: Institut für dentale Sedierung
Referenten: Dr. med. Frank G. Mathers, Dr. med. Andreas Molitor, Dr. med. dent. Msc Gerald Thun, Dr. jur. Christina Töfflinger
Termin: 14.01.2010: 13.30 – 19.00 Uhr
 15.01.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Köln
Fortbildungspunkte: 15
Kursgebühr: ZA 980 EUR, ZMF 590 EUR
Anmeldung: Institut für dentale Sedierung, Köln
 Tel.: 0221/1694920
 Fax: 0221/9651106
 info@ids-sedierung.de
 www.ids-sedierung.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädie auf Passhöhe!
 36. KFO-Symposium in Lech
Veranstalter: Haranni Academie
Referenten: Prof. Dr. M. Baxmann, Prof. Dr. H. Eufinger, Dr. M. Heise, Prof. Dr. R. Hinz, Dr. Th. Hinz, Dr. A. Sabbagh, PD Dr. B. Wilmes
Termin: 23. – 28.01.2011
Ort: Hotel Arlberg in A-6764 Lech
Fortbildungspunkte: 48
Kurs-Nr.: 2900
Kursgebühr: 630 EUR, zzgl. österreichische Ust. v. 20%
Anmeldung: Haranni Academie, Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468 300
 Fax: 02323/9468 333
 info@haranni-academie.de
 www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Anspruchsvolle Ästhetik im VITA VM Konzept
Veranstalter: VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Michael Zander
Termin: 24./25.01.2011: jeweils 8.30 – 17.00 Uhr
Ort: VITA LeistungCenter 25421 Pinneberg/Hamburg
Kursgebühr: 395 EUR
Anmeldung: VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel.: 07761/562235
 Fax: 0761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Wer schreibt, der bleibt?!
 Vollständige Dokumentation für vollständige Honorare
Veranstalter: Christine Baumeister
Referentin: Christine Baumeister
Termin: 26.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: 45721 Haltern am See
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Christine Baumeister, Heitken 20, 45721 Haltern am See
 Tel.: 02364/68541

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Verblendkeramik Basiskurs VITA VMK Master
Veranstalter: VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Barbi Eggink
Termin: 26./27.01.2011: jeweils 8.30 – 17.00 Uhr
Ort: VITA LeistungCenter 04159 Leipzig
Kursgebühr: 295 EUR
Anmeldung: VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel.: 07761/562235
 Fax: 0761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Vom richtigen Umgang mit Erstattungsstellen (PKV und GKV)
Veranstalter: Christine Baumeister
Referentin: Christine Baumeister
Termin: 28.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: 45721 Haltern am See
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 247 EUR
Anmeldung: Christine Baumeister, Heitken 20, 45721 Haltern am See
 Tel.: 02364/68541

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Orale zahnärztliche Sedierung - Grundkurs
Veranstalter: Institut für dentale Sedierung
Referenten: Dr. med. Frank G. Mathers, Dr. med. Andreas Molitor
Termin: 28.01.2011: 13.00 – 19.00 Uhr
 29.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Köln
Fortbildungspunkte: 15
Kursgebühr: ZA 980 EUR, ZMF 590 EUR
Anmeldung: Institut für dentale Sedierung, Köln

Tel.: 0221/1694920
 Fax: 0221/9651106
 info@ids-sedierung.de
 www.ids-sedierung.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: DVT Fach- und Sachkunde-Kurs
Veranstalter: Bauer & Reif Dental GmbH
Referent: Prof. Dr. Christoph Benz, München, et al.
Termin: Teil 1: 05.02.2011
 Teil 2: 21.05.2011:
Ort: München
Fortbildungspunkte: 14
Kursgebühr: 950 EUR für beide Kurse
Anmeldung: Bauer & Reif Dental, Frau Sabine Bittner
 Tel.: 089/76708316
 Fax: 089/76708350

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Vita VMK Master individuell
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Manfred Grutschkuhn
Termin: 14.02. – 15.02.2011
Ort: Vita LeistungCenter, 63225 Langen/Frankfurt
Kursgebühr: 395 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel.: 07761/562235
 Fax: 07761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Schwerpunkttraining CEREC/inLab
 Tipps, Tricks und Variationen im Frontzahnbereich
Veranstalter: D.S.&C. Dental-Service & Consulting, München
Referentin: Marianne Höfermann
Termin: 15.02.2011: 8.30 Uhr – open end
Ort: Vita LeistungCenter, 25421 Pinneberg/Hamburg
Kursgebühr: 620 EUR
Anmeldung: D.S.&C. Marianne Höfermann
 Tel.: 089/751261
 Fax: 089/7595782
 Nandi.hoefermann@kabelmail.de

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Expertenseminar Vollkeramik und Befestigung – Update 2011
Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH
Termin: 16.02.2011: 14.30 – 20.15 Uhr
Ort: Holiday Inn Munich City Centre, Hochstr. 3, 81669 München
Kursgebühr: 198 EUR – Frühbuche-Rabatt
Auskunft: Ivoclar Vivadent GmbH
 Dr. Adolf-Schneider-Str. 2, 73479 Ellwangen
 Jutta Nagler
 Tel.: 07961/889205
 Fax: 07961/6326
 www.ivoclarvivadent.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Verblendkeramik Basiskurs Vita VMK Master
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Manfred Grutschkuhn
Termin: 21.02. – 22.02.2011
Ort: Vita LeistungCenter, 63225 Langen/Frankfurt
Kursgebühr: 295 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel.: 07761/562235
 Fax: 07761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Honorarpotenziale jetzt nutzen
Veranstalter: Christine Baumeister
Referentin: Christine Baumeister
Termin: 25.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: 45721 Haltern am See
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Christine Baumeister, Heitken 20, 45721 Haltern am See
 Tel.: 02364/68541

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Wer schreibt, der bleibt?!
 Vollständige Dokumentation für vollständige Honorare
Veranstalter: Christine Baumeister
Referentin: Christine Baumeister
Termin: 26.02.2011: 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: 45721 Haltern am See
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Christine Baumeister, Heitken 20, 45721 Haltern am See
 Tel.: 02364/68541

Fachgebiet: ZFA
Thema: Zahnmedizinische Kieferorthopädie-Assistentin, Baustein I
Veranstalter: Haranni Academie
Referent: Dr. Markus Heise
Termin: 28.02. – 02.03.2011
Ort: Haranni Academie, Schulstraße 30, 44623 Herne
Kurs-Nr.: 2000
Kursgebühr: 775 EUR zzgl. 255 EUR für KFO-Fachassistentinnen Buch und Prüfungsgebühr der ZÄK Westfalen-Lippe, inkl. Tagungspauschale
Anmeldung: Haranni Academie, Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468 300
 Fax: 02323/9468 333
 info@haranni-academie.de
 www.haranni-academie.de

Landes Zahnärztkammer Baden-Württemberg mit den Bezirks Zahnärztekammern

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

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

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

k

ZÄK Niedersachsen

Verlust von Kammerausweisen

Ausweis Nr. 5882
 Annette Killmer

Ausweis Nr. 3468
 Götz Ahlers

Ausweis Nr. 3253
 Dr. Martin Deike

Ausweis Nr. 2066
 Martin Sussek

Ausweis Nr. 5640
 Christian Dockter

Ausweis Nr. 5648
 Matthias Senge

Ausweis Nr. 6393
 Dr. Julie Färber

Ausweis Nr. 3714
 Dr. Rasmus Renziehausen

Ausweis Nr. 6495
 Dr. Thomas Peters

Ausweis Nr. 5631
 Dr. Bernd Behlau

wurden verloren, gestohlen beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

Kontakt:
 ZÄK Niedersachsen
 Frau Agnes Schuh
 Postfach 810661
 30506 Hannover
 Tel.: 0511/83391-142
 Fax: 0511/83391-116
 aschuh@zkn.de

LZK Baden-Württemberg

Dr. Ali Sohani
 Bergheimer Str. 12
 69115 Heidelberg
 geb. 27.09.1966
 Ausweis gültig ab: 10.04.2000

Dr. Boris Sonnenberg
 Sonnenbühl 33
 70597 Stuttgart
 geb. 17.12.1969
 Ausweis gültig ab: 01.12.1997

Dr. Cornelia Sonnenberg
 Sonnenbühl 33
 70597 Stuttgart
 geb. 13.12.1968
 Ausweis gültig ab: 23.03.1995

Dr. Matthias Wolfgarten
 Gänseheidestr. 92
 70186 Stuttgart
 geb. 29.12.1967

Dr. Peter G. Kuhn
 Villinger Str. 5
 88499 Riedlingen
 geb. 05.06.1939
 Ausweis gültig ab: 09.11.2010

wurden verloren, gestohlen beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

ijd profashion GmbH
 2. Umschlagseite

Coltene Whaledent AG
 Seite 59

Dentaltrade GmbH & Co. KG
 Seite 13

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ Dental Magazin
 Seite 27

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ ZM-Online
 Seite 41

Directa AB
 Seite 73

Doctorseyes GmbH
 Seite 63

Heinz Kers Neonlicht
 Seite 63

ic-med EDV-Systemlösungen
 Seite 45

ifg Internatinalle Fortbildungsges. mbH
 Seite 57

Intersanté GmbH
 3. Umschlagseite

KaVo Dental GmbH
 Seite 4 und 5

Medentis Medical GmbH
 4. Umschlagseite

Miele & Cie. KG
 Seite 53

Permadental Zahnersatz
 Seite 11

Protiland
 Seite 9

Roos Dental e.K.
 Seite 51

STI Steinbeis Transfer-Institut
 Seite 61

youvivo GmbH
 Seite 7

youvivo GmbH
 Seite 15

Vollbeilagen
 Dental Union GmbH
 Roos Dental e.K

Oscar Rothacker
 Verlagsbuchhandlung
 GmbH & Co. KG

Teilbeilage in den PLZ-Bereichen 8 und 9 auslaufend
 J + K Chirurgische Instrumente GmbH

Geldanlage in schwierigen Zeiten

Mut zur Gelassenheit

Kippt der Euro? Drohen weitere Bankpleiten? Wo ist das Geld überhaupt noch sicher? Gold oder Schweizer Franken – so lauten derzeit die angeblich besten Alternativen zu Aktien und Anleihen. Doch wer darauf setzt, riskiert ebenfalls Verluste. Deshalb raten Experten dazu, einen kühlen Kopf zu bewahren, sich die tatsächlichen Risiken genau anzuschauen und dann zu entscheiden.



Foto: MEV

Wie entwickelt sich die Stabilität des Euro? Dies fragt man sich nicht nur in Frankfurt, sondern auch in anderen Bankenmetropolen.

Das Geschäft mit der Angst der Anleger funktioniert zurzeit tadellos – jedenfalls aus Sicht der Banken. Ihre Kunden suchen Rat, um ihr Vermögen vor Inflation und den Folgen der Eurokrise zu schützen. Die Ängste der Anleger bieten vielen Beratern eine perfekte Vorlage, um das Depot der Kunden häufig umzuschichten und auf diese Weise viele Kosten zu produzieren. Da heißt es zum Beispiel schnell raus aus den Immobilienfonds, denn die sind alle schlecht und rein in den derzeit erfolgreichen Aktienfonds – selbstverständlich von der hauseigenen Fondsgesellschaft. Dazu noch schnell ein paar Zertifikate, ausgegeben von der Bank, und schon hat der Berater die Vorgaben seines Chefs erfüllt und ein Plus für die Bank erwirtschaftet. Ob der Kunde ebenfalls einen Vorteil aus dem Geschäft bezieht, bleibt erst einmal unklar. Der Zahnarzt, den sein Beruf so auslastet, dass ihm kaum Zeit bleibt, sich um sein Vermögen

selbst zu kümmern, vertraut auf seinen Berater und zahlt. Am Ende haben die Kosten und Gebühren für die Anlage die Rendite nicht selten weitestgehend aufgefressen.

Gefährdungen europaweit

Diese Erfahrung macht Niels Nauhauser, Geldanlage-Experte bei der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg in Stuttgart, jeden Tag und warnt: „Geldanlage ist längst nicht so komplex wie viele Anleger glauben. Die Banken gaukeln ihren Kunden eine hohe Komplexität vor, um damit die Notwendigkeit von vielen kostenträchtigen Umschichtungen des Depots plausibel zu machen.“ Er rät dazu, die Schreckensnachrichten und ihre möglichen Auswirkungen auf die Geldanlage erst einmal genau zu prüfen. Die Entwicklungen in Europa und in den USA stimmen nicht gerade optimistisch. Seit Griechenland als erster Staat die EU um Hilfe

bat, reißen die schlechten Nachrichten von der Eurofront nicht mehr ab. Jetzt ist Irland unter den Euroschirm geschlüpft. Die nächsten Kandidaten sind Portugal und möglicherweise das große Spanien. Das bedeutet eine starke Herausforderung für die Euroländer. Allein für Irland steht Deutschland mit zehn Milliarden Euro gerade. Und auch für weitere Fälle wird Deutschland gerade stehen. Dabei gilt es nicht nur, die Kassen der betroffenen Länder erneut zu füllen, Experten halten die Verschuldung der Banken in diesen Ländern für die weitaus größere Gefahr. Auch deutsche Institute haben Schuldscheine dieser Länder in ihren Büchern. Das ist ein wichtiger Grund, warum Angela Merkel ihre Unterstützung zugesagt hat. Erst Ende November 2009 war Deutsche Bank-Chef Josef Ackermann in Berlin vorstellig geworden, um die Regierung auf eine Stützung Irlands einzustimmen.

Panikmacher sprechen von einem möglichen Zusammenbruch des Euros. Und weil sie eine galoppierende Inflation in Aussicht stellen, rechnet mancher Deutsche sogar schon mit einer Währungsreform. Tatsache aber ist, dass der Euro während der Griechenland-Krise zwar an Wert verloren, sich aber anschließend erholt hat und seitdem stark geblieben ist. Auch die Inflationsrate hält sich stabil unter der Zwei-Prozent-Marke, die die Europäische Zentralbank als die Grenzmarke festgeschrieben hat, ab der sie eingreifen will. Dass allerdings auch die deutsche Regierung demnächst mehr Zinsen für die Schuldenaufnahme zahlen muss, hängt laut Expertenmeinung kaum mit einer schlechteren Bewertung des deutschen Risikos zusammen. Schon in den vergangenen Monaten stiegen die Renditen für deutsche Staatsanleihen von 1,8 auf 2,3 Prozent und die Kurse sinken.

Den Grund sehen Experten weniger in der steigenden Verschuldung als vielmehr in den immer noch anziehenden Aktienkursen. Das Geld wandert von den Anleihen an die Börse. Am 7. Dezember 2010 erreichte der Dax zum ersten Mal seit 2008 wieder die 7000 Punkte. Die Investoren haben erkannt, dass die Anlage in Renten ausgereizt ist und setzen deshalb wieder auf Aktien. Sie gehen davon aus, dass die positive Phase noch anhält.

Aktien wieder gefragt

Die Aussichten für die deutsche Wirtschaft katapultieren das Land auf Platz eins unter den Industrienationen. Die Konjunktur brummt, die Arbeitsmarktzahlen glänzen geradezu und die Unternehmen erwarten für 2011 so hohe Gewinne, dass im Dezember vergangenen Jahres sogar Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt deutliche Lohnerhöhungen befürwortet hat. Und die dürften den Konsum weiter anheizen. Allerdings kann sich Deutschland nicht vom Rest Europas abkoppeln. Doch Achim Tiffe, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Finanzdienstleistungen in München, sagt: „Man braucht keine Angst um Deutschland zu haben. Selbst wenn dieses Land zahlungsunfähig würde, würden die Menschen dank ihres Know-hows und ihrer Kreativität



Foto: Fantasista – Fotolia

Immobilien gelten nach wie vor als verlässliches Anlagenmodell, einige jedoch haben Liquiditätsprobleme.

die Wirtschaft ganz schnell wieder in Gang bringen.“ Außerdem haben Staaten im Vergleich zu Unternehmen einen großen Vorteil in der Krise. Geraten sie in finanzielle Schwierigkeiten, können sie – anders als Unternehmen – die Einnahmen lenken, indem sie einfach die Steuern erhöhen und Leistungen abbauen.

Etwas mehr Gelassenheit bei der Betrachtung der Dinge könnte dabei helfen, Ängste abzubauen. Auch der cleverste Anleger kann sich nicht gegen alle Eventualitäten und schon gar nicht gegen eine Staatspleite schützen. „Denn“, so Verbraucherschützer Nauhauser, „Es gibt keine Anlage, die langfristig sicher ist.“ Anleihen von Staaten wie

Deutschland oder den Niederlanden gelten kurz- und mittelfristig als sicherer Hafen. Wer beispielsweise Bundesanleihen im Depot hat, kann die Papiere behalten. Der Staat wird seine Schulden bis zum Ende der Laufzeit bedienen. Der Sparer gibt sich mit weniger Erträgen zufrieden und muss bei steigender Inflation mit einem kleinen Verlust rechnen.

Tagesgeld statt Renten

Doch grundsätzlich sind Renten derzeit nicht das Gebot der Stunde. Wer ganz auf Nummer sicher gehen will, legt einen Teil seines Vermögens in Fest- oder Tagesgeld



© Don Bosco

www.hilfswerk-z.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Ermöglichen Sie mit einer regelmäßigen
Zustiftung eine Erhöhung des HDZ-
Stiftungskapitals. Damit unterstützen
Sie nachhaltig das soziale Engagement
der Zahnärzteschaft für benachteiligte
und Not leidende Menschen.

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

Zahnärzte stärken Gemeinwohl – in Deutschland und weltweit!



Deutsches
Zentralinstitut
für soziale
Fragen/DZI
dzi
DZI Spenden-Siegel:
Geprüft • Empfohlen

an. Mehr als drei Prozent Zinsen für zwei Jahre gibt es derzeit nicht. In absehbarer Zeit ist mit Zinserhöhungen zu rechnen. Deshalb sollte man sich auch nicht länger als maximal ein bis zwei Jahre festlegen.

Als Möglichkeit für eine längerfristige Anlage empfiehlt Achim Tiffe die Investition in börsengehandelte Fonds (ETF). Das können indexbasierte Aktienfonds sein, eventuell auch mit Renten gemischt. Der Vorteil liegt in den niedrigen Kosten von 0,15 bis 0,4 Prozent. Dabei sollten Käufer darauf achten, dass es sich um einfach strukturierte ETF handelt. „Es dürfen nur die Papiere darin enthalten sein, die auch außen angegeben sind“, mahnt Tiffe zur Vorsicht. Anleger, die ETF günstig über die Börse kaufen wollen, sollten sich sehr genau auskennen. Auf der sicheren Seite sind sie, wenn sie sich Unterstützung von einem seriösen Honorarberater holen. Wer sich für Aktien entscheidet, sollte mit einem Anlagehorizont von 15 Jahren kalkulieren.

Auch gegen die Geldentwertung haben sich die in den Fonds enthaltenen Aktien bewährt. Denn Unternehmen, die gute Produkte produzieren, setzen ihre Ware auch zu höheren Preisen ab. Mehr Schutz gegen die Inflation bieten ETF, die auf inflations-

indexierten Anleihen basieren. Die höhere Sicherheit bezahlt der Anleger allerdings mit einem Abzug bei der Rendite. Auf Gold als ultimative Lösung aller Anlageprobleme setzen zurzeit Sparer wie Spekulanten. Nur so lässt sich erklären, warum Aktien- und Gold-



Foto: CC

Die Weltwirtschaft kann sich keine weiteren globalen Finanzjongleure erlauben.

kurs gleichzeitig steigen. Experte Nauhauser glaubt, dass hohe Beträge aus der Geldschwemme in Gold geflossen sind. Jetzt auf das edle Metall zu setzen, wäre ein teurer Spaß, der auch ins Auge gehen kann. Dazu Tiffe: „Vom Goldkauf raten wir ab. Die Verkäufer weisen immer nur auf die Kursentwicklung der letzten fünf Jahre hin. Wer aber die Entwicklung der Jahre ab 1980 betrachtet, weiß, dass es auch massive Verluste gegeben hat.“ Außerdem bringt Gold keine Zinsen. Und sollten die Spekulanten aussteigen, weil sich an anderer Stelle ein lukrativerer Markt auftut, stürzt der Preis ab. Zudem klappt zwischen An- und Verkaufspreis eine große Spanne.

Immobilienfonds teilweise mit Liquiditätsproblemen

Als wertbeständige Investition standen Immobilien immer auf der Sicherheitsliste ganz oben. Denn egal ob Staatspleite oder Inflation, Hausbesitzer behalten in jedem Fall die

Eigentumsrechte an ihrer Immobilie. Das galt in der Vergangenheit auch für Offene Immobilienfonds. Sie erlaubten, auch mit kleineren Beträgen steinernes Kapital zu schaffen. Inzwischen gelten sie als schwierig, weil sie Liquiditätsprobleme haben. Die Hälfte der Fonds ist geschlossen. Bei der anderen Hälfte sollte man erst einmal abwarten, wie die Gutachter, die in den Fonds enthaltenen Immobilien bewerten und welche neuen Regeln die Politik aufstellen wird. Darüber können ein bis zwei Jahre vergehen. So lange kann man das dafür vorgesehene Geld woanders parken. Wer bereits in einem der immer noch gut arbeitenden Fonds investiert hat, kann sein Geld dort lassen. Aufschluss über die Situation des Fonds geben Daten zur Vermietung, Art der Immobilien und ihre Bewertung sowie die vorhandene Liquidität. Diese Angaben kennt der Bankberater; aber auch die Fondsgesellschaft gibt Auskunft darüber. Als Beimischung zum Depot eignen sich Rohstoffe. Vanyo Walter, Mitglied der Geschäftsleitung bei der Frankfurter Niederlassung der Schweizer Privatbank Pictet & Cie. dazu: „Obwohl Rohstoffe hohen Volatilitäten (Schwankungen) unterworfen sind, beurteilen wir die langfristigen Aussichten positiv. Wir sehen eine ungebrochene Nachfrage nach Agrar- und Industrierohstoffen, vor allem in den aufstrebenden Märkten – an erster Stelle China.“ Weil das Angebot knapp ist, rechnet er mit einem attraktiven Wachstum – allerdings mit Schwankungen. Private Anleger, die zwar Risiken nicht scheuen, sollten dennoch nicht direkt investieren sondern sich für einen guten Rohstofffonds entscheiden. Er kann dem Depot Stabilität verleihen. Die Bedingungen für die Geldanlage sind nach wie vor schwierig und in naher Zukunft wird sich daran auch kaum etwas ändern. Deshalb erfordert sie ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und profunde Kenntnisse. Wer sich nicht selbst darum kümmern kann, sollte sich fachliche Unterstützung holen. Es dürfte preiswerter sein, 1000 Euro für eine gute Beratung auszugeben als viel Geld für Provisionen zu zahlen und dann doch aufs falsche Pferd zu setzen.

Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de

zm-Info

Tipps für die Beratung

Ein guter Honorarberater sollte über eine gründliche Ausbildung wie zum Beispiel die des Certified Financial Planners verfügen, ethische Grundsätze vertreten und eine Vermögenshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Nicht jeder gute Berater rechnet ausschließlich über Honorare ab. Mancher kassiert auch Provisionen von den Unternehmen, deren Produkte er empfiehlt. Das kann daran liegen, dass die Kunden immer noch glauben, ein Honorar sei teurer als die Provision, nur weil sie die nicht direkt zahlen – ein Trugschluss. Seriöse Berater legen ihre Provisionen ungefragt offen. Einige Adressen von guten Beratern gibt es unter anderem auf der Internetseite www.honorarberater.de.

**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"/>																																

Bankenabgabe und Praxiswirtschaftlichkeit

Eigeninitiative ist gefragt



Nicht abwarten, sondern selbst handeln: Eine regelmäßige Überprüfung sämtlicher Praxisfinanzen ist ratsam.

ARTO – Fotolia.de

Mit der Bankenregulierung, die die Bundesregierung im März 2010 beschloss, werden Geldinstitute verpflichtet, Reserven anzulegen, um in künftigen finanziellen Notlagen nicht wieder in dem Ausmaß mit Steuergeldern versorgt werden zu müssen, wie bei der Krise 2008. Das wird auch an Arztpraxen nicht spurlos vorübergehen, denn diese Verpflichtung birgt die Gefahr, dass sich die Banken das Geld, das sie investieren müssen, von ihren Kunden zurückholen.

Als vor rund zwei Jahren die amerikanische Investmentbank Lehman Brothers zusammenbrach und nach und nach deutlich wurde, in welchem Umfang „Ramschpapiere“ in Bankbilanzen verborgen waren, kam es zu einem weltweiten Finanzbeben, das auch in Deutschland noch längst nicht verdaut wurde. Die Bankenbranche bekommt nun, neben einem zum Teil erheblichen Vertrauensverlust auf Seiten der Kunden, auch finanziell die Rechnung präsentiert. Sie wird mit einer Abgabe rechnen müssen, die pro Jahr rund 1,2 Milliarden Euro kosten und insgesamt 70 Milliarden Euro betragen soll. Damit wird eine finanzielle Reserve gebildet, auf die in künftigen Notfällen zurückgegrif-

fen werden kann. Schließlich soll sich ein finanzielles Eingreifen des Staates, dessen Ende immer noch nicht abzusehen ist, zumindest in dieser Form möglichst nicht wiederholen.

So weit, so gut. Allerdings wird erst noch die wirtschaftliche Praxis zeigen, in welchem Umfang Bankinstitute zukünftig tatsächlich in der Lage sein werden, diese Bankenabgabe aus eigenen Mitteln aufzubringen oder ob dafür Kunden und damit auch Praxisinhaber herangezogen werden. Immerhin bestehen dazu umfangreiche Möglichkeiten, sowohl bei den Kreditzinssätzen als auch bei den vielfältigen Bankgebühren. Praxisverantwortlichen wird also nichts an-

deres übrig bleiben, als sich erneut klar zu machen, dass sprichwörtliches „Aussetzen“ fast automatisch zu einer finanziellen Mehrbelastung führen wird. Eigene Aktivitäten sind gefragt.

Bank- und Kreditkosten überprüfen

Eine erste Übersicht kann dazu bereits ein Blick in die betriebswirtschaftlichen Auswertungen bieten, in denen die Bankkosten zu finden sind. Hier spielen in aller Regel die Kreditkosten eine entscheidende Rolle. Bei einem nach wie vor niedrigen Zinsniveau ist es in den meisten Fällen hilfreich, wenn bei Praxiskrediten und Immobiliendarlehen mittel- und langfristige Zinsbindungen gewählt werden, an die sich beide Vertragspartner während dieser Zeiträume zu halten haben.

Übrigens: Praxisinhaber, die in der glücklichen Lage sind, liquide Mittel anlegen zu

können statt aufnehmen zu müssen, sollten sich derzeit für Tages- oder Termingeldkonten mit Laufzeiten von bis zu maximal zwei, drei Monaten entscheiden, da sie bei längerfristigen Anlageformen ohnehin kaum mehr Zinsen erhalten.

Praxisinhaber, die an Anlagezeiträume von mehr als einem Jahr denken, sollten ebenfalls vorsichtig agieren. Geht es mit den Zinsen nämlich wieder aufwärts, müssen sie bei mittel- und langfristigen Anlagen mit Kursverlusten rechnen, wenn sie das Geld vor dem jeweiligen Ablauftermin benötigen.

Zusatzgebühren unter die Lupe nehmen

Zurück zu den Kosten: Neben den Kreditzinsen gehören auch sämtliche weitere Bankkosten auf den regelmäßigen Prüfstand. Vor allem jene Gebühren, die rund um die Praxiskonten entstehen, sind hier von entscheidender Bedeutung.

Dazu gehören neben den Kontoführungsgebühren in Form einer Kontopauschale oder eines Kostenmodells, das sich an den Kontoumsätzen orientiert, auch mögliche Zusatzgebühren etwa für Bank- und Kreditkarten. Je nach Kreditinstitut sind weitere Gebühren möglich, wenn beispielsweise der Überziehungskredit nicht in Anspruch

genommen wird oder eine Provision berechnet wird, die sich am betrieblichen Umsatz orientiert.

Darüber hinaus sollte regelmäßig geklärt werden, ob durch eine Optimierung des Online-Bankings Kostenverringerungen möglich sind. Um die vielfältigen Produktvarianten, die diese Technik bietet, auch tatsächlich kennen zu lernen, bieten sich auf das individuelle Unternehmen zugeschnittene Praxisimulationen der Banken an. So sind neben der Abwicklung des Zahlungsverkehrs längst anspruchsvolle Programmalternativen üblich, die vom täglichen Kontoausgleich bei verschiedenen Banken zur Vermeidung von teuren Kredit- und Überziehungszinsen bis zur Terminüberwachung von Zahlungseingängen respektive von fälligen Zins- und Tilgungsraten reichen. Auch komplexe Liquiditäts- und Rentabilitätsprogramme, die Praxisinhaber bei der Unternehmenssteuerung helfen können, gehören zu den diesbezüglichen Angeboten der Finanzbranche.

Die Notwendigkeit einer vollständigen Kostentransparenz sollte im Ergebnis also nicht strittig sein. Vor diesem Hintergrund dürfte die bisher oft übliche Hausbankfunktion zukünftig an Bedeutung verlieren, da bisherige Nebenbankverbindungen die Gelegenheit nutzen werden, ihren Marktanteil

bei interessanten Mittelbetrieben wie Arztpraxen über preiswerte Angebote zu verbessern. Die Notwendigkeit der Bankenbranche, hier Aktivitäten zu entwickeln, ergibt sich auch durch die Anforderungen, die zurückgehende Erträge im Wertpapiergeschäft der Kreditinstitute mit sich bringen werden. Es ist selbstverständlich legitim, dass Praxisinhaber dieses Spannungsfeld besetzen und sich spätestens jetzt als gleichberechtigter Geschäftspartner profilieren.

Vorsicht vor übereilten Umsatzverlagerungen

Häufig erwarten bisherige Nebenbankverbindungen zusätzliche Umsätze, wenn sie Praxen in ihren Kosten entgegen kommen. Dies ist durchaus üblich und auch verständlich. Allerdings sollten Praxisinhaber vor einem solchen Schritt erst einmal sorgfältig prüfen, ob bestehende Darlehensverträge mit der bisherigen Hausbank dies überhaupt zulassen. Je nach Vertrag sind nämlich Kreditkonditionen auch hier mit Umsatzzuweisungen in einer fixen Höhe verbunden, die ernst genommen werden sollten.

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

Kreditbedingungen

Schwer nachvollziehbar

Einerseits müssen Kreditnehmer nach wie vor mit hohen Zinsen der Banken leben. Andererseits haben die Geldinstitute ihre Refinanzierungskosten erheblich reduzieren können – wie passt das zusammen ?



Foto: Fotolia

Miese auf dem Konto? Dazu tragen auch die Zinsen für Überziehungskredite bei.

Praxisinhaber müssen nach wie vor mit Zinssätzen von zehn Prozent und mehr rechnen, wenn sie ihren Überziehungs- oder Kontokorrentkredit auf dem Geschäftskonto innerhalb der so genannten „genehmigten Überziehung“ in Anspruch nehmen. Dies wird von vielen Ärzten vor allem deshalb als nicht mehr nachvollziehbar wahrgenommen, weil sich die Refinanzierungskosten der Bankinstitute vor allem durch die Niedrigzinspolitik der Notenbanken während der Wirtschafts- und Finanzkrise erheblich verringert haben. So lag der Basiszinssatz Mitte 2008 bei rund 3,20 Prozent, während am kurzfristigen Geldmarkt Mitte 2010 Durchschnittzinssätze von etwa 0,80 Prozent gezahlt werden mussten. Diese drastischen Zinssenkungen finden sich längst in nahezu allen Anlageprodukten der Bankinstitute wieder. Zinssätze von jährlich mehr

als einem oder zwei Prozent bilden derzeit bei den Banken eher die Ausnahme als die Regel.

Niedrige Zinsen nur bei Darlehen

Bei Krediten zeigt sich dieser Trend dagegen allenfalls bei Darlehen und langfristigen Immobilienkrediten, während beim für Praxisverantwortliche meist sehr wichtigen Kontokorrentkredit die Zinssätze je nach Bankinstitut kaum von den Zinssätzen abweichen, wie sie bereits vor zwei Jahren berechnet wurden. Hier besteht zumindest Erklärungsbedarf, dem sich die Kreditbranche auch stellen sollte. Erfahrungsgemäß ist davon in der betrieblichen Praxis allerdings viel zu selten die Rede. Dabei kann es durchaus Gründe für die jeweilige Zinssatzhöhe des

Kontokorrentkredites geben, die vor allem durch die Bonitätsstufe des Kontoinhabers begründet sind. Die bevorstehenden Veränderungen in der Kreditvergabepolitik, die „Basel III“ mit den erhöhten Eigenkapitalanforderungen an Bankinstitute für Kreditnehmer aller Voraussicht nach mitbringen wird, bieten eigentlich eine hervorragende Möglichkeit, bankseitig auf Arztpraxen zuzugehen. Tatsächlich scheint die Finanzbranche davon aber noch ein gutes Stück entfernt zu sein, sodass Ärzte sorgfältig darüber nachdenken sollten, selbst aktiv zu werden und das Thema der Kreditzinsen zu problematisieren.

Entscheidungen des BGH

Dazu gibt es höchstrichterliche Unterstützung, die als Argumentationshilfe dienen



Banken bieten mitunter auch Alternativen zu Kontokorrentkrediten an.

Foto: KfW-Bildarchiv

kann. So hat der XI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs (BGH), der für das Bankrecht zuständig ist, gegen zwei Sparkassen entschieden (Aktenzeichen: XI ZR 55/ 08 sowie XI ZR 78/ 08). Danach darf die folgende Klausel der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Sparkassen im Bankverkehr mit Privatkunden, die auch für Praxisinhaber durchaus von Interesse ist, nicht verwendet werden, da sie diese unangemessen benachteiligt und somit unwirksam ist:

„Festsetzung und Ausweis der Entgelte: Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden die Entgelte im Privat- und Geschäftskundenbereich von der Sparkasse unter Berücksichtigung der Marktlage (z.B. Veränderung des allgemeinen Zinsniveaus) und des Aufwandes nach gemäß § 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches nachprüfbar billigen Ermessen festgelegt und geändert.“

Nach Meinung der BGH-Richter sind die Voraussetzungen, die die Sparkassen zu einer Änderung berechtigen, einerseits unklar und sehen andererseits keine eindeutige Pflicht der Sparkassen zur Herabsetzung der Entgelte bei sinkenden Kosten vor. Noch konkreter: Die Klausel enthält bei einer Preiserhöhung keine Bindung an den Umfang der Kostensteigerung und bei einer Preisreduzierung keine Verpflichtung der Sparkassen zur Senkung der jeweiligen Entgelte.

Durch die seitens der Sparkassen damit verbundene Möglichkeit, Preisänderungen nicht nur zur Abwälzung eigener Kosten, sondern zur Steigerung ihres Gewinns vorzunehmen, wird das ursprünglich verein-

barte vertragliche „Äquivalenzverhältnis“ zu Gunsten der Kreditinstitute verändert. Das gilt übrigens ebenfalls bezüglich des in der Klausel enthaltenen einseitigen Zinsanpassungsrechtes der Sparkassen. Demnach sind auch für Zinsanpassungsklauseln die allgemeinen Grundsätze für Preisanpassungsklauseln zu beachten. Die Bank darf nicht einseitig begünstigt werden.

Zinsanpassungsklausel

Auch eine weitgehend in Vergessenheit geratene BGH-Entscheidung aus 1986 verdeutlicht die diesbezüglichen Anforderungen an Banken: Danach dürfen Zinsanpassungsklauseln in Kreditverträgen bei variabel verzinsten Krediten von Bankinstituten nicht nur zu Zinserhöhungen genutzt werden. So kann auch eine Zinssenkungsverpflichtung entstehen, wenn sich die Refinanzierungskosten der jeweiligen Bank beispielsweise durch eine Zentralbankzinssenkung verbessern (AZ: III ZR 195/ 84).

Hohe Kreditzinsen können darüber hinaus durch folgende zu ergreifende Maßnahmen vermieden werden:

- Es sollte konsequent geprüft werden, ob der Kontokorrentkredit ausschließlich für kurzfristige Zahlungszwecke genutzt wird. Sämtliche längerfristigen Kosten wie vor allem der finanzielle Aufwand für Investitionen sollten grundsätzlich nicht über den kurzfristigen Geschäftskredit, sondern über Darlehen oder Betriebsmittelkredite finanziert werden.

- Banken bieten je nach Geschäftspolitik zinsgünstige Alternativen zum Kontokorrentkredit wie beispielsweise Geldmarktkredite an. Die Bedingungen sollten vom Arzt erfragt werden. Möglicherweise ist eine Aufteilung zwischen beiden Kreditarten möglich.

- Durch eine Optimierung des eigenen Finanzmanagements können Ärzte, zum Beispiel mit Hilfe von Factoring, also der Finanzierung des Kredits durch eine Dritten, ihre Liquiditätslage unmittelbar verbessern.

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

zm-Info

Überziehungszinsen vermeiden

Überziehungszinsen, die bei der so genannten „geduldeten Überziehung“ berechnet werden, fallen grundsätzlich an, wenn der Arzt Kontoverfügungen über den eingeräumten Geschäftskredit hinaus vornimmt. Da sie zusätzliche Kosten von bis zu etwa vier bis sechs Prozent verursachen können, sollten sie naturgemäß vermieden werden. Bei kurzfristig erforderlichem zusätzlichem Liquiditätsbedarf sollte daher mit dem Bankinstitut eine offizielle Erhöhung der Kreditlinie ohne Überziehungszinsen vereinbart werden.

Leistungsmanagement

Motivieren durch Überzeugen

Ein (Zahn-)Arzt als Unternehmer kann verschiedene Möglichkeiten nutzen, seine Mitarbeiter so zu motivieren, dass sie sich mit Begeisterung für den Praxiserfolg einsetzen. Ein entscheidender Faktor ist die Kommunikation.

Die Psychologie hat diverse Führungsprinzipien entwickelt, die Kreativität und Innovationsgeist fördern. Ein grundlegender Ansatz ist hierbei, Führung durch Sinnggebung und Visionen lebendig werden zu lassen: Der Mitarbeiter muss seine Arbeit mit positiven Zukunftsaussichten für sein persönliches Leben in Verbindung bringen können. Dies erfordert ein hohes Maß an Transparenz durch Information sowie an ausgeprägter und guter Kommunikation.

Richtige Entscheidungen kann der Arzt als Unternehmer nur dann treffen, wenn dahinter auch eine eigene Vision davon steht, wohin er mit seinem beruflichen wie privaten Leben möchte. Nur dort, wo in den Praxen Mitwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten für die Beteiligten bestehen, steigt auch die Innovationsfähigkeit.

Der Mitarbeiter muss in Teams eingebunden werden, in denen er sich wohl fühlt und es ist wichtig, dass ihm die Arbeit Freude macht. Um nicht falsch verstanden zu werden: Hier ist nicht gemeint, dass die Praxisführung dafür verantwortlich ist, den Spaßfaktor an der Einstellung des Mitarbeiters zu seiner Tätigkeit zu erhöhen. Dennoch kann versucht werden, den Mitarbeiter in Gesprächen aufzufordern, Ärgernisse zu benennen. Das ermöglicht, bei Missständen in der Arztpraxis Abhilfe zu schaffen, sodass durch Störungen wenig Energie verloren geht.

Zu den Führungsprinzipien gehört auch die konstruktive Rückmeldung. Das bedeutet: Ärzte führen ihr Personal sowohl über Lob und Anerkennung, die wichtigste Motivation, als auch über konstruktive Kritik. Doch gerade dieses Feedback muss gelernt werden. Im Idealfall mündet dies in einer Zielvereinbarung mit dem Mitarbeiter. Dabei sollte dieser die Höhe seiner „Messlatte“ nicht nur kennen, sondern gemeinsam mit dem Arzt auch selbst bestimmen.

Vorbildfunktion

Führen durch Vorbild zeigt, dass dort, wo Ärzte als Führungskräfte durch menschliche Integrität (das heißt persönliches Sicheinbringen) und fachliche Kompetenz Vorbild sind, die Motivation der Mitarbeiter höher ist. Diesen Führungskräften gelingt es, Mitarbeiter mitzuziehen und zu begeistern. Ärzte sind daher zunächst einmal aufgefordert, ihre Führungsleitlinien zu definieren, sie zu kommunizieren, dann auch umzusetzen und mit Leben zu füllen. Viele Ärzte glauben aufgrund ihrer eigenen Selbsteinschätzung, sie würden führen, kommunizieren und ein Vorbild sein. Dieser Einschätzung stimmen die meisten Mitarbeiter jedoch häufig nicht zu. Der Grund: Es wird immer noch zu wenig gefragt.

Dabei gibt es einen eklatanten Unterschied zwischen „aus Interesse fragen“ und „ausfragen“. Wer spürt, dass er etwas aus Interesse gefragt wird, fühlt sich gesehen und in seiner Person Wert geschätzt. Wer spürt, dass er ausgefragt wird, fühlt sich in eine unangenehme Situation gedrängt.

Ebenfalls ist es wichtig, dass das Infragestellen eines status quo in der Praxis und ein Verbesserungsvorschlag seitens der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters vom Praxischef nicht gleich als störend und lästig interpretiert werden. Das Zulassen von Fragen stellt keine Bedrohung dar, sondern kann dazu dienen, den Praxisalltag „besser“ werden zu lassen. Mündigkeit und Selbstverantwortlichkeit sind die Grundlagen für Innovation und Kreativität. Der Arzt muss sich mehr denn je als Coach und Mentor seiner



Foto: MEV

Mitarbeiter verstehen und sie fördern. Dazu gehört auch, dass er ihre Wünsche berücksichtigt und weiß, was ihnen wichtig ist. Die Leitung einer ärztlichen Einrichtung hat viel mit den Begriffen „Führung“ und „Management“ zu tun. Diese zentralen Funktionen können auch im Sinne von Menschen-



führung verstanden werden und damit als eine spezifische Kategorie der Kommunikation zwischen zwei oder mehreren Personen definiert werden. „Führen“ oder „Managen“ bedeutet dann eine zielorientierte personelle Einwirkung auf das Verhalten von Menschen. Führung ohne die Übernahme der Vorbildfunktion und die unklare Vorgabe von Richtlinien sind dabei zu vermeiden.

Systematisches Vorgehen

Bezogen auf das Zusammenwirken eines Praxisteam können folgende Untersuchungsaspekte eine Rolle spielen:

■ Gemeinsame Ziele formulieren

Zunächst ist es wichtig, Einigkeit über die Ziele, die die Praxis medizinisch, ökonomisch und sozial erreichen will, herzustellen. Hierzu gehört, Ziele zu formulieren und zu konkretisieren. (Auf welche Ziele haben wir am meisten Einfluss?)

■ „Problemlandschaften“ beschreiben

Dazu empfiehlt es sich, Knackpunkte des Praxisalltags zu notieren (etwa auf Karten, die jeder einzeln beschriftet) und so Problemzusammenhänge zu erarbeiten. (Welche Informationen sind für uns wichtig, welche haben wir, welche fehlen? Welche Mitarbeiter/Teams sind betroffen?)

■ Handlungsansätze finden

Hier gilt es festzustellen, wo geschlossene Systeme im Praxisablauf vorhanden sind, die schlecht funktionieren und auf welche Ursachen dies zurückzuführen ist.

■ Strategien und Maßnahmen festlegen

Welche Maßnahmen sind für den Veränderungsprozess geeignet? Welche Maßnahmen lassen sich verknüpfen, um einen Mehrfachnutzen zu erzielen? Welche unerwünschten Wirkungen könnte es geben? An welchen „Signalen“ lässt sich der Erfolg festmachen?

■ Schrittfolge bestimmen

Es sollte vereinbart werden, mit welcher Maßnahme begonnen wird – möglichst unter Einbeziehung günstiger Gelegenheiten und Abschätzung der Erfolgsaussichten.

■ Auswertung vornehmen

Nach jeder Phase sollten die Maßnahmen bewertet, die „Signale“ identifiziert und die Auswirkungen im Team besprochen werden.

Zufriedenheit schafft Erfolg

Untersuchungen zeigen, dass die Zufriedenheit mit der Arbeit und – damit zusammenhängend – das Leistungsergebnis eine entscheidende Rolle spielen, wenn es um die Mitarbeitermotivierung geht. Insbesondere der Ansporn, der aus der bewältigten Aufgabe geschöpft wird, führt zur Zufriedenheit mit der Arbeit und unterstützt die Selbstverwirklichung jedes Einzelnen.

Der Praxischef sollte dennoch nicht übersehen, dass das Gehalt eine ebenso motivierende Rolle spielt. Es sind nicht nur ideelle, sondern auch materielle Werte, die zur Arbeit und zum Erfolg anregen. Darüber hinaus zeigen immer wieder Studien, dass sich der Mitarbeiter kooperative Vorgesetzte und Kollegen wünscht, dass er informiert sein möchte, dass er klare Aufgabenstellungen bekommt und – last but not least – dass er nach Anerkennung sucht.

Als Vorgesetzter und Führungsverantwortlicher sollte sich der Arzt deshalb auch darum kümmern, die Motivationen seiner Mitarbeiter kennen zu lernen um dann zu entscheiden, wie er sich selbst und sein Praxisteam am besten motiviert, um das vereinbarte Ziel zu erreichen. Dabei genügt es nicht, lediglich dem Mitarbeiter die eigenen Ziele aufzudrängen. Stattdessen ist es ratsam, ihn zu überzeugen. Nur so ist es möglich, zu einem guten Kompromiss zu kommen, der für beide Seiten zufriedenstellend im besten Sinne des Wortes ist.



Foto: michaeljung/Fotolia.com

Ein motiviertes Praxisteam stellt den Patienten in den Mittelpunkt.

Dietmar Kern
Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5
71638 Ludwigsburg (Württemberg)

Säumige Zahler

Die Rechte der Praxis

Jeder Zahnarzt kennt das Problem: Am Ende einer – im Zweifel aufwendigen – Behandlung zahlt der Patient nicht. Würden auch noch zahntechnische Arbeiten durchgeführt, steht der Zahnarzt darüber hinaus vor dem Problem, dass er nicht nur sein Honorar, sondern auch noch die von ihm vorfinanzierten Laborkosten betreiben und damit im Ergebnis das Inkasso für ein Fremdlabor durchführen muss.



Manchmal vergeht eine ganze Zeit, bis ein Patient die Rechnung bezahlt hat und ‚abgestempelt‘ werden kann.

Foto: MEV

1. Verzug

Zunächst ist darauf zu achten, dass die Honorarabrechnung eine angemessene Zahlungsfrist – in der Regel zwischen zwei und vier Wochen – enthält. Zahlt der Patient dann innerhalb der gesetzten Zahlungsfrist nicht, kommt er gemäß § 286 Absatz 2 BGB alleine dadurch in Verzug. Dass der Patient in Verzug ist, ist wichtig für den Ersatz der späteren Beitreibungskosten.

Zahlt der Patient nicht, sollte die Praxis ihn schriftlich zur Zahlung auffordern und hierzu erneut eine kurze Zahlungsfrist von ein bis zwei Wochen setzen. Sollte der Patient auf diese Zahlungsaufforderung hin weiter nicht leisten, gibt es zwei Wege: Der Zahnarzt beantragt selbst beim zuständigen Mahngericht einen gerichtlichen Mahnbescheid oder er schaltet einen Anwalt ein, der dann – gegebenenfalls nach Versendung eines anwaltlichen Mahnschreibens – das gerichtliche Mahnverfahren auf den Weg bringt.

Die sogenannten Rechtsverfolgungskosten (dazu gehören auch die Anwaltskosten beim anwaltlichen Mahnschreiben) sind

jedoch nur dann vom Patienten zu tragen, wenn dieser zum Zeitpunkt der Abgabe an den Rechtsanwalt respektive des Mahntrages beim Mahngericht bereits in Verzug gesetzt worden ist.

Die rechtlichen Voraussetzungen des sogenannten Schuldnerverzugs regelt § 286 BGB. Diese sind:

- die Honorarabrechnung muss nach § 10 GOZ fällig sein und
- der Patient muss eine Mahnung erhalten haben.

Einer Mahnung bedarf es dann nicht, wenn für die Leistung eine Zeit nach dem Kalender bestimmt ist, also eine Zahlungsfrist gesetzt wurde.

Eine Mahnung ist auch dann nicht erforderlich, wenn der Patient innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Honorarabrechnung nicht bezahlt hat und der Patient in der Honorarabrechnung des Zahnarztes auf diesen „automatischen Verzug“ ausdrücklich hingewiesen worden ist. Gesetzliche Folge des Verzugs ist, dass dann – vorausgesetzt die Abrechnung ist nicht aus anderen Gründen rechtlich nicht

durchsetzbar – die Rechtsverfolgungskosten (Anwaltskosten, Mahn- und Gerichtskosten) als sogenannter Verzugschaden vom Patienten zu tragen sind. Außerdem besteht nach § 288 Absatz 1 BGB ein Anspruch auf Zahlung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr. Das sind derzeit 5,12 % Zinsen p. a.

2. Gerichtliches Mahnverfahren

Das gerichtliche Mahnverfahren ist ein vereinfachtes Gerichtsverfahren, das zur erleichterten Durchsetzung von Geldforderungen führen kann. Es kann die Vollstreckung einer Geldforderung ohne Klageerhebung, also auch ohne Urteil, ermöglichen und eine schnelle und kostensparende Alternative zum gewöhnlichen Zivilprozess sein, wenn über den Honoraranspruch kein Streit besteht. Am Ende des Mahnverfahrens kann der sogenannte Vollstreckungsbescheid stehen. Das ist ein Vollstreckungstitel, mit dem der Zahnarzt seine Honorarforderung gegen den Patienten vollstrecken kann. Insbesondere bei geringen Streitwerten bietet es sich an, gerichtliche Auseinandersetzungen um Honorarforderungen mit

zm-Info

Rechtliche Grundlagen

Um einen Antrag auf Mahnbescheid zu stellen, benötigt ein Zahnarzt keinen Anwalt. Geregelt ist das gerichtliche Mahnverfahren in den §§ 688 bis 703 d ZPO. Sollte der Zahnarzt das gerichtliche Mahnverfahren alleine betreiben wollen, empfiehlt es sich, bei dem für den Praxissitz zuständigen Amtsgericht nachzufragen, wie ein Mahnverfahren ablaufen muss. In den meisten Bundesländern gibt es zentrale Mahngerichte, die für alle Mahnsachen eines Bundeslandes zuständig sind. ■

einem Mahnbescheid zu beginnen. In den meisten Bundesländern ist nämlich bei Streitwerten bis 750 Euro vor Erhebung einer Klage eine obligatorische Streit-schlichtung durchzuführen, die durch einen zulässigen Mahnbescheid umgangen werden kann. Im Mahnverfahren erlässt das zuständige Amtsgericht einen Mahnbescheid. Gegen diesen Mahnbescheid kann der Patient innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung des Mahnbescheids an ihn Widerspruch einlegen. Tut er das nicht, kann der Zahnarzt nach Ablauf der Widerspruchsfrist den Erlass eines Vollstreckungsbescheides beantragen. Das Mahngericht informiert den Zahnarzt über die Zustellung des Mahnbescheids beim Patienten, damit er weiß, wann die 14-Tage-Frist für den Widerspruch des Patienten abgelaufen ist. Die Widerspruchsfrist muss der Zahnarzt, wenn er die Beitreibung nicht an einen Anwalt abgegeben hat, selber überwachen.

3. Widerspruch des Patienten

Legt der Patient gegen den Mahnbescheid Widerspruch ein, sollte der Zahnarzt die sogenannte Durchführung des streitigen Verfahrens beantragen, ansonsten läuft das Mahnverfahren aus. Hat der Zahnarzt die „Durchführung des streitigen Verfahrens“ beantragt, kommt es zu einem normalen Klageverfahren. Der Zahnarzt wird in diesem Fall vom Gericht aufgefordert, einen Klageantrag zu stellen und zu begründen. Hat der Patient gegen den Mahnbescheid keinen Widerspruch eingelegt, wird auf Antrag des Zahnarztes der Vollstreckungsbescheid erlassen. Auch gegen diesen kann der Patient innerhalb von 14 Tagen Einspruch einlegen. Wird vom Patienten innerhalb der Frist Einspruch eingelegt, kommt es auch hier ohne Zutun des Zahnarztes zu einem streitigen Klageverfahren.

Legt der Patient gegen den Vollstreckungsbescheid innerhalb der 14-tägigen Frist keinen Einspruch ein, wird der Vollstreckungsbescheid rechtskräftig. Der Zahnarzt kann seine Honorarforderung dann aus diesem Vollstreckungsbescheid vollstrecken.



Foto: mapoli-photo/Fotolia.com

Praxen haben ein berechtigtes Interesse, Patienten-Schulden auch mit juristischen Mitteln einzutreiben.

Die Vollstreckung erfolgt aber nicht von selbst, sondern es muss ein förmliches Zwangsvollstreckungsverfahren eingeleitet werden.

4. Strittige Honorarforderung

Steht fest, dass die Honorarforderung des Zahnarztes strittig ist, sodass von vornherein zu erwarten ist, dass man über das Mahnverfahren nicht zu einem schnellen Vollstreckungstitel kommen kann, empfiehlt es sich, bei Streitwerten über 750 Euro sofort Klage zu erheben.

Vor der Klageerhebung ist zunächst zu prüfen, um welchen Zahlungsbetrag gestritten wird. Der so zu berechnende „Streitwert“ ist entscheidend für die Frage, welches Gericht zuständig ist. Bei einem Streitwert bis zu 5 000 Euro ist die Zuständigkeit der Amtsgerichte gegeben, ab einem Betrag von 5 000 Euro ist die Zuständigkeit der Landgerichte gegeben.

Ist die Klage vor einem Landgericht zu erheben, braucht der Zahnarzt zur Durchsetzung seiner Honorarforderung zwingend einen Rechtsanwalt.

Im Zweifel muss der Zahnarzt beweisen können, dass seine Honorarabrechnung den Vorgaben der GOZ oder GOÄ entspricht und damit inhaltlich korrekt ist. Er muss im Streitfall beweisen können, dass die Behandlung indiziert war, technisch korrekt ausgeführt wurde und dass sich der Patient im Rahmen seiner Entscheidungsfreiheit für diese und gegen andere ihm genannte etwaige Alternativen entschieden hat.

Vor folgender Situation ist dringend zu warnen: Der Patient darf zwar grundsätzlich die

Versorgung erhalten, die er wünscht. Aber es ist lange nicht alles, was der Patient wünscht, tatsächlich auch durch seinen Versicherer zu bezahlen.

5. Haftungsfallen beachten

Eine klassische Haftungsfall für einen Zahnarzt sind daher Äußerungen gegenüber dem Patienten zur Erstattungspflicht der privaten Krankenversicherung oder seiner Beihilfe. Auskünfte des Zahnarztes zur Erstattungspflicht der privaten Krankenversicherung oder sonstiger Kostenträger sollten nach

Möglichkeit unterbleiben und der Patient stattdessen darauf verwiesen werden, Einzelheiten der Erstattung im Vorfeld selbst mit seinem Versicherer abzuklären.

Sollten sich Auskünfte des Zahnarztes zur Erstattung der Behandlungskosten im Nachhinein als falsch herausstellen, kann



Hilfe im Internet

Informationen zum Ablauf des Mahnverfahrens und eine Auflistung der zuständigen Mahngerichte finden sich auf dem Internetportal www.mahngerichte.de, einem gemeinsamen Auftritt der Mahngerichte der Bundesländer. Auf dieser Homepage findet sich auch ein Online-Mahnantrag. ■

dies nämlich als Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht des Zahnarztes gewertet werden. Dies kann im Ergebnis dazu führen, dass der Zahnarzt auf seiner Rechnung und den möglicherweise vorgestreckten Laborkosten „sitzen bleibt“.

Nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Köln vom 23. März 2005 (Az.: 5 U 144/04) gilt folgende Faustformel: Eine Erstattungs-Auskunft des Zahnarztes muss entweder richtig sein oder hat ganz zu unterbleiben.

*Dr. Maike Erbsen
Fachanwältin für Medizinrecht
Marienstr. 41
70178 Stuttgart*

WikiLeaks und die Folgen

Regeln für die Revolution



Foto: Eugène Delacroix-Apple [M] André Meinardus

Wenn sich die Medien verändern, verändert sich die Gesellschaft, sinnierte 1905 der Philosoph Walter Benjamin. Sein Zitat bleibt aktuell und beschreibt sehr treffend die digitale Revolution, die um uns herum stattfindet. Der Prozess wirft ethische, politische und juristische Fragen auf – Antworten lassen auf sich warten. Welche Regeln braucht die digitale Gesellschaft?

„Die Digitalisierung ist revolutionär, sie ist kein evolutionärer Schritt“, sagt der Internetsoziologe Stephan Humer von der Universität der Künste in Berlin. Der Umbruch ist tiefgreifend. Manche feiern ihn, anderen ist er suspekt. Sie lehnen ihn ab oder ignorieren ihn ganz einfach. Egal, welchen Standpunkt man einnimmt, fest steht: Die Digitalisierung lässt sich nicht rückgängig machen. Humer hofft deshalb, dass sie endlich als das angesehen wird, was sie ist: „Epochal. Revolutionär. Die Zukunft. Und mehr als Google Street View oder Facebook.“ Gleichzeitig fordert Humer soziale Regeln, die den Fortschritt begleiten. Wie

das digitale Zeitalter ethische, juristische und politische Gegebenheiten umkrempelt, zeigt – stellvertretend – WikiLeaks.

Öffentlich für Jedermann

2010 wurde WikiLeaks einer breiten Öffentlichkeit bekannt – im April veröffentlichten die Whistleblower, zu deutsch Informanten oder interne Hinweisgeber, das Video der Bordkamera eines amerikanischen Kampfhubschraubers im Irak aus dem Jahr 2007: Ohne Warnung feuern die US-Soldaten in die Menge, töten einige Personen und begleiten das Geschehen mit menschenver-

achtenden Kommentaren. „Schau dir die toten Bastarde an“, sagt einer der Soldaten. Die Opfer seien Aufständische gewesen, wird das Pentagon später sagen. Nein, es habe sich um Zivilisten gehandelt, hält die Nachrichtenagentur Reuters dagegen – zwei ihrer Mitarbeiter waren mit der Gruppe unterwegs.

Politische Sprengkraft hatten auch die Veröffentlichungen der Dokumente zum Afghanistan- und Irak-Krieg im Jahr 2010. Für eine enorme Erschütterung der internationalen Politik sorgte WikiLeaks dann erneut Ende November mit dem Go-Live von über 250 000 amerikanischen Botschafts-

depeschen. Viele der politischen Partner der USA, vor allem in Europa, kamen dabei schlecht weg – peinlich für die Weltmacht. Die Publikation der Depeschen löste auch in der breiten Öffentlichkeit heftige Diskussionen darüber aus, was im Internet erlaubt sein darf. Die Meinungen zu WikiLeaks repräsentieren den Konflikt, dem sich die im Werden befindliche digitale Gesellschaft stellen muss. Die Veröffentlichung der Akten sei ein juristisch illegaler Akt, der zudem die politischen Beziehungen gefährde, heißt es auf der einen Seite. Sie schaffe Transparenz und stärke die Bürgerrechte, auf der anderen.

Rechtlich scheint ein Vorgehen gegen WikiLeaks zwar nicht haltbar zu sein – dennoch lassen sich mit den herkömmlichen sozialen und juristischen Regeln solche Vorfälle nicht mehr adäquat bewerten. Viele aus der Netzgemeinde wollen das auch nicht. Von ihnen ist zu hören, dass WikiLeaks einen wertvollen Beitrag zur Demokratie liefert: Die Plattform verbreitet Informationen ungefiltert und ohne Umwege. Bürger erhalten News so nicht mehr aus zweiter Hand durch Medien, sondern können ihre eigenen Schlüsse ziehen. WikiLeaks zeigt, dass eine neue Ära des Informationszeitalters angebrochen ist. Menschen sehen klar wie nie zuvor, was ihre politischen Vertreter tun. Befürworter loben WikiLeaks dafür, dass es die Rolle des schwächelnden Journalismus als vierte Macht im Staat übernimmt. Die klassischen Medien kämpfen mit strukturellen Problemen wie Geldmangel, unausgereiften Recherchen und Angst vor juristischen Klagen. WikiLeaks hingegen liefert die Informationen pur. Punkt.

Ethische Bewertung

Doch die Whistleblower-Plattform hat unbestreitbare Defizite. Ihre Arbeitsprozesse sind undurchsichtig und der Führungsstil von Gründer Julian Assange gilt internen Quellen zufolge als autoritär. Die Plattform vernachlässigte zudem bislang die Frage, welche weitreichenden und unabsehbaren Folgen die Veröffentlichung geheimer Dokumente haben könnte. Das sollen jetzt neue Abläufe ändern: Dokumente sollen nur online gehen, wenn ein Beirat von Journalis-

ten vorher Nutzen und Gefahren abgewogen hat. Unter öffentlichem Druck bemüht sich WikiLeaks nun, Regeln zu finden und sich damit der ethischen Verantwortung zu stellen. Ob das Installieren einer Zwischeninstanz seine Bedeutung als Informationslieferant schmälert, wird sich zeigen.

WikiLeaks ist eine hervorstechende Innovation der digitalen Welt – eine Herausforderung, will man belastbare Normen entwickeln. Macht man sich online auf die Suche nach Regeln fürs Internet, stößt man vor allen Dingen auf Sicherheitstipps à la „Aktualisieren Sie Ihren Virenschutz!“ oder „Achten Sie auf ein gutes Passwort!“. Ein typisches Verhalten hierzulande, erklärt Internetsoziologe Humer: „In Deutschland konzentriert man sich häufig nur auf technische Regeln. Man sollte das Internet aber ganzheitlich betrachten. Alle Akteure müssen an einem Strang ziehen, damit wir dauerhafte Strategien entwickeln können.“

Ganzheitliche Strategien

Humer setzt sich seit längerem mit der Frage auseinander, was im Netz erlaubt ist und was nicht – und warum es so schwerfällt, Regeln, die wir in der analogen Welt ganz selbstverständlich befolgen würden, auch für das Internet umzusetzen. Seiner Einschätzung nach gibt es zahlreiche Gründe. „Einer der wichtigsten ist sicherlich die Tatsache, dass die Digitalisierung und damit das Internet etwas epochal Neues ist. Es gibt keine vergleichbaren Vorläufer, an denen man sich orientieren kann. Und das heißt, dass es vergleichsweise anstrengend ist, neue Regeln zu entwerfen, also die Möglichkeiten der Digitalisierung zu beherrschen.“ Das koste Zeit, Geld, Nerven, Anstrengungen und man benötige besondere Fertigkeiten, zum Beispiel die Fähigkeit zu abstrahieren und zu imaginieren. Humer: „Gleichzeitig ist die Digitalisierung extrem schnell. Was gerade eben erst verstanden und positiv eingesetzt wurde, kann bald schon wieder wenig oder gänzlich unbrauchbar sein.“

Mit alten Besen kehrt es sich auch im Netz nicht gut. So bieten zahlreiche Formeln der analogen Welt nicht ausreichend viele Anknüpfungspunkte beziehungsweise De-

ckungsgleichheiten, die sie für die digitale Welt brauchbar erscheinen lassen. Humer: „Man sieht, wie wenig es in vielen Fällen hilft, altbekannte Regeln einfach in die digitale Welt zu überführen, beispielsweise die Sendezeitbeschränkung des Fernsehens für Websites zum Schutz von Kindern vor Angeboten für Erwachsene.“ Das Internet hat keinen Sendeplan, hier bekommt man jederzeit alles, wonach man sucht.

Welche konkreten Vorschriften aber sind möglich und denkbar? „Es gibt bisher schon ein paar Skizzierungen. Worauf man achten sollte, ist zum Beispiel eine Verwebung von Technik, Recht und Gesellschaft. Techniker sollen nicht einfach etwas Digitales auf den Markt werfen, ohne auf rechtliche Implikationen oder soziale Phänomene zu achten“, erklärt der Internetsoziologe. Beides müsse ineinandergreifen.

Nicht zu privat werden

Darüber hinaus müssen User an ihrer Abstraktionsfähigkeit und ihrem Vorstellungsvermögen arbeiten. Als Beispiel nennt Humer die Diskussion um Kinderfotos im Netz: „Eltern müssen für ihre Kinder digital mitdenken. Sie sind nicht nur für ihre eigene Identität im digitalen Raum verantwortlich, sondern auch für die ihrer Kinder.“ Hier gilt: Je weniger Mütter und Väter über die Folgen einer Veröffentlichung, etwa auf Facebook, wissen, desto höher sollte die Scheu sein, ein Foto ins Netz zu stellen. Wenn eine Risikoabschätzung kaum oder gar unmöglich ist, rät Humer, ganz darauf zu verzichten: „Auch auf die Gefahr hin, dass man einen Trend verpasst und ständig gefragt wird, warum man seine Bilder nicht auch online stellt. Das sei doch schließlich so einfach und praktisch.“ Gut kann man sich schützen, wenn man nach der Maxime handelt: Nicht zu privat werden.

Ein konkreter Regelkatalog ist noch lange nicht in Sicht, die Diskussion und das Bewusstsein für Gefahren im Netz entsteht bei vielen Usern gerade erst.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

Wenn der Rausch ruft

Kleine Kinder machen kleine Sorgen, große Kinder größere, heißt es. Eltern und Lehrer können davon ein Lied singen. Die jungen Erwachsenen neigen zu riskantem Verhalten, das sich negativ auf ihre Gesundheit auswirkt. Besonders auffällig ist der exzessive Alkoholkonsum. Durch die Medien wandern Begriffe wie „Flatrate-Party“ oder „Komasaufen“. Fest steht: In Deutschland werden immer mehr Kinder und Jugendliche mit der Diagnose „Akute Alkoholintoxikation“ stationär behandelt. Die Zahl der Notfälle stieg vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2008 um 170 Prozent.



Foto: MEV

Dem Archiv des Statistische Bundesamtes in Wiesbaden (Destatis) ist zu entnehmen: „Im Jahr 2008 wurden rund 25 700 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen zehn und 20 Jahren aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär im Krankenhaus behandelt.“ Weit mehr Menschen, als eine Kleinstadt Einwohner hat. Und ein Anstieg von elf Prozent gegenüber 2007. Im Milleniums-jahr waren es „lediglich“ 9 500 Patienten. Auffällig ist: Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis unter 20 Jahren wurden mehr Männer (64 Prozent) behandelt. Dagegen dominieren bei den Patienten im Alter von 10 bis unter 15 Jahren die Mädchen (53 Prozent), obwohl ihr entsprechender Anteil an der Bevölkerung nur 49 Prozent beträgt.

Früh übt sich ...

Das Zeitfenster vom ersten Konsum, bis zum ersten Rausch ist kurz. Während der bundesdeutsche Durchschnitt mit 13,2 Jahren zum ersten Mal am alkoholischen Getränk nippt, findet der erste Rausch bereits sieben Monate später statt (13,9 Jahre).

Heidi Kuttler ist Diplompädagogin und Geschäftsführerin der Villa Schöpfung, einem Zentrum für Suchtprävention im baden-württembergischen Lörrach. Sie warnte beim Symposium zur Vorstellung des neuen „Weißbuches Prävention“ in Hannover vor einer Stigmatisierung der Heranwachsenden. „Es handelt sich nicht um eine Generation von Komatrinkern, sondern um eine Teilgruppe“, betonte Kuttler. Zudem sei es aus ihrer Sicht grundsätzlich positiv, auch mal Risiken einzugehen: „Es geht nicht darum, Wagnisse zu verdammen.“

Jedoch berge die Unerfahrenheit im Umgang mit Alkohol, kombiniert mit einer jugendtypischen hohen Risikobereitschaft Gefahren. Kuttler wies darauf hin, dass jede vierte Gewalttat unter Alkoholeinfluss geschieht. Bei 28,7 Prozent aller Vergewaltigungen, ist der Täter alkoholisiert. Und: Die Wahrscheinlichkeit von Unfällen - etwa im Freien zu erfrieren - nehme unter Alkoholeinfluss dramatisch zu. Erstaunlich ist: Jugendliche überschätzen in der Regel den Alkoholkonsum ihrer peers (Gleichaltrigen). In entsprechenden Studien sind die Befragten der Meinung, dass 80 bis 90 Prozent

aller Jugendlichen jeden Monat einen Rausch haben. In Wirklichkeit sind es weniger.

Um zu verhindern, dass Jugendliche durch Alkohol zu Schaden kommen, führt Heidi Kuttler mit ihrem Team den Workshop „Tom & Lisa“ zur Alkoholprävention in Schulklassen durch. Das Projekt richtet sich an 14- bis 16-jährige und gezielt gegen das komatöse Rauschtrinken. Den roten Faden bilden die Vorbereitung und Durchführung einer Party. Unter Berücksichtigung des Jugendschutzgesetzes wird der Einkauf von Getränken geplant. Die Stimmung soll mit Spielen ohne Alkohol erzeugt werden. Eine simulierte Eskalation durch eine schwere Alkoholvergiftung bildet den tragischen Höhepunkt.

... der Umgang mit Alkohol

Auf Grundlage der frischen Erfahrungen werden Regeln für künftige Partys besprochen. Die Entwicklung, Herstellung und Evaluation von „Tom & Lisa“ wurden von der KKH-Allianz gefördert. „Die pädagogische Arbeit mit den Klassen zielt nicht in erster Linie auf Abstinenz, sondern auf einen



Kontra Komatrinken: Der Klassenworkshop „Tom & Lisa“ erzieht Jugendliche zum altersgemäßen Umgang mit Alkohol.

altersgemäßen, verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol“, erklärt die Diplompädagogin, die auch Initiatorin des Bundesmodellprojektes „HaLT - Hart am Limit“ ist (siehe Info-Kasten). Kuttler erklärt: „Nach allem, was wir aus der Präventionsforschung wissen, reicht es nicht aus, Jugendliche über die Gefahren aufzuklären. Vielmehr braucht es ein umfassendes Gesamtkonzept.“

Risikogruppen im Fokus

In diese Kerbe stieß in Hannover auch der KKH-Vorstandsvorsitzende Ingo Kailuweit: „Die Weichen für die Prävention müssen von den politisch Verantwortlichen gestellt werden.“ Gleichzeitig monierte er: „Wenn ich mir die Landschaft meiner Kollegen ansehe, wird gespart, wo es geht. Auch an den falschen Stellen. So wurden Präventionsmodelle gestoppt.“ Mit Sorge blicke er auf die steigende Zahl der jungen Leute, die mehr als einmal im Jahr wegen Alkoholmissbrauches ins Krankenhaus müssen. „Das Jugendalter ist auch Ausgangspunkt für gesundheitliches Risikoverhalten. Gerade weil in dieser Lebensphase die Weichen für das spätere Verhaltensrepertoire gestellt werden, müssen präventive Maßnahmen



Foto: KKH-Allianz

Ingo Kailuweit fordert, stärker auf Prävention zu setzen.

möglichst alle Lebensbereiche tangieren“, betonte er. Elementar sei die Stärkung von Elternkompetenz und die Etablierung von Gesundheitsförderung und Prävention als feste Bestandteile des Schulunterrichts. Auch auf gesundheitspolitischer Ebene müsse die Bedeutung der Prävention gestärkt werden, gerade in Zeiten des Gesundheitsfonds. „Deshalb fordern wir seit längerem, dass der Gesundheitsfonds zweckgebundene Mittel für die Prävention ausweisen muss“, erklärte der Kassenchef. Bisher komme Prävention in der Konstruktion des Fonds praktisch nicht vor. „Wir haben einen riesigen Datenfundus – übertragbar auf die Bundesrepublik. Sprich, wir können Grundlagenmaterial für eine Diskussion stellen“, bot Kailuweit an. „Prävention bei Jugendlichen geht uns alle an“, erklärte in Hannover Mechthild Dyckmans, Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Aus ihrer Sicht zeige das Weißbuch besorgniserregende Befunde: Eine Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen bei Allergien, psychischen Erkrankungen, Adipositas, sowie problematischem Rauch- und Trinkverhalten. „Die Sitten verändern sich. Früher völlig unüblich, trifft man sich jetzt gezielt zum Rauschtrinken in der Öffentlichkeit“, stellte sie



Mechthild Dyckmans fordert Konsequenz beim Jugendschutz.

fest. Das „Binge-Drinking“ („Komasaufen“) nehme zu. Dieser Trend zeichne sich im gesamten europäischen Raum ab. Dyckmans: „Auch

wenn diese Gruppe nur eine Minderheit unter den Kinder und Jugendlichen darstellt, brauchen wir einen gesellschaftlichen Konsens darüber, dass Alkohol nicht in die Hände von Kindern und Jugendlichen gehört“ Dazu sollte zum einen der Jugendschutz konsequent durchgesetzt werden. Zum anderen aber muss die Alkoholprävention spezifisch auf diese Risikogruppe abzielen.“

Aus der Vogelperspektive präsentiert sich die Jugend 2010 „sehr erwachsen, kontrolliert und vernünftig“. Dieses Ergebnis der Jugendstudie des Kölner Marktforschungsinstituts Rheingold basiert auf längeren Tiefeninterviews.

In den Lebensentwürfen der 18- bis 24-Jährigen scheint immer mehr eine Biedermeierwelt durch. Sie streben nach Erfolg, einem sicheren Job, treuer Partnerschaft und familiärer Heimeligkeit. Aufhorchen lässt, dass die Teenagerzeit vieler Befragter von Komasaufen und Drogenexzessen geprägt gewesen sei. Mit 16 oder 17 seien sie dann an einen Wendepunkt gekommen. Der Lust auf den Rausch überdrüssig, folgte ein Umschwung hin zu Selbst-Kontrolle, Anpassung und Vernunft. Die Ergebnisse der Studie lassen alle Akteure hoffen. sf



zm-Info

HaLT-Projekt

„HaLT - hart am Limit“ ist ein, vom BMG gefördertes Suchtpräventionsprojekt, das Kindern und Jugendlichen umfangreiche Beratung bietet, die bereits durch exzessiven Alkoholkonsum aufgefallen sind. Gleichzeitig zielt das Projekt darauf ab, auf kommunaler Ebene durch Information und Prävention eine erhöhte Sensibilität beim Thema Alkoholkonsum unter Jugendlichen zu schaffen und zugleich die Verantwortlichen in den Kommunen aufzufordern, auf die Einhaltung des Jugendschutzes zu achten.

■ halt-projekt.de



Verleihung des BZÄK/DGZMK/Dentsply-Förderpreises



Fotos: Dentsply De Trey

Anlässlich des Deutschen Zahnärztetages in Frankfurt trafen sich diesmal 19 Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler mit ihren Tutoren und den Preis-Juroren in einem feierlichen Rahmen zur 24. Verleihung des BZÄK/DGZMK/Dentsply-Förderpreises. „Der Preis fördert und fordert junge Forscher und bietet ihnen eine Plattform für die Präsentation der eigenen Arbeiten“, wie es Claus-Peter Jesch (kleines Foto rechts), Geschäftsführer Dentsply De Trey, Konstanz, in seiner Laudatio ausdrückte. „Wir sind wirklich stolz auf die exzellenten Verbindungen, die wir hier in Deutschland mit den Fachorganisationen – im Speziellen mit der DGZMK und der Bundeszahnärztekammer – über die Jahre haben aufbauen können“, erklärte er rückblickend.

Erstmals in 24 Jahren dieser Preisvergabe in Deutschland, international sind es sogar 50 Jahre, wurden diesmal aus den eingereichten Arbeiten zwei Sieger gekürt. Sie können sich auf einen Besuch der nächsten Tagung der American Dental Association (ADA) in Las Vegas freuen und ihren Wissenshorizont dort auch

auf internationaler Ebene erweitern. Sie erhalten zusätzlich jeweils ein Preisgeld in Höhe von 1 500 Euro. Die Sieger dieses Jahres heißen Stephan Hollstein (kleines Foto links), Bochum, und Lena Baensch, Freiburg. Stephan Hollstein überzeugte die Jury unter Vorsitz des DGZMK-Past-Präsidenten Prof. Dr. Heiner Weber mit der Arbeit „Histologische, molekularbiologische und Micro-CT-Analyse der Knochenheilung bei ultraschallgestützter versus konventioneller Osteotomie an Kaninchen“. Lena Baensch (kleines Foto Mitte) gewann mit ihrer Arbeit, die sie mit „Funktionelle Nachbehandlung nach Kiefergelenkfortsatzfrakturen mit Hilfe eines Federaktivators – Eine retrospektive Studie“ betitelte.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, lobte die Motivation der Teilnehmer „für neue Schritte, die über das Altbekannte hinaus gehen. Der ein oder andere von Ihnen



wird vielleicht auch in Zukunft lieber wissenschaftlich Forschen und Wirken, der andere doch eher eine eigene

Praxis führen. Und den ein oder anderen könnte es auch in die Industrie oder Publizistik verschlagen, je nach Neigung und weiterer Ausbildung. Engel formulierte: „Ganz gleich, wofür Sie sich entscheiden: Sie haben gezeigt, dass Sie Ihre eigene besondere Motivation wecken können“, und ermunterte die Teilnehmer, auch weiterhin Höchstleistungen anzustreben. Claus-Peter Jesch lobte die besondere Vorzüge Deutschlands als Industriestandort von höchster, auch gesellschaftlicher Qualität und großer Innovationskraft. Er hatte beobachtet, dass viele Deutsche dieses Juwel selbst gar nicht wahr haben wollten. Das Ausland sehe jedoch die Stärken Deutschlands wesentlich klarer. Der Laudator weiter: „Dies gilt selbstverständlich auch für unsere Profession Dental, und die

wird getrieben durch die exzellente Forschung. Voller Stolz können wir auf die Errungenschaften innerhalb der Zahnmedizin zurückzublicken. Denn Zwölfjährige haben heute im Durchschnitt nur 0,7 kariöse, gefüllte oder wegen Karies fehlende Zähne – dieser Wert lag 1997 noch bei 1,7 und Deutschland hat damit eine Spitzenposition innerhalb der Mundgesundheit von Kindern erreicht. Oder auch beim Zahn-

ersatz, wo inzwischen hochästhetische Versorgungen von Lücken ohne Opferung gesunder Zahnhartsubstanz möglich sind.“ Er appellierte an die Teilnehmer des Wettbewerbs „in der Zukunft die Weiterentwicklung dieser Profession und deren Spitzenplatz zu erhalten. Und dazu gehört – wie schon gesagt – eine Menge an Disziplin und Hingabe. Vorbild sein in Beruf und Familie, ist anstrengend und nur mit harter Disziplin gegen sich selbst durchzuhalten. Aber es lohnt sich, liebe Teilnehmer, denn Sie werden die nächsten 30 bis 40 Jahre die Geschichte der Dentalmedizin mit begleiten oder auch lenken und somit etwas für den Erhalt von Werten innerhalb dieses Berufsweiges tun müssen oder sollen.“

Das unterstrich auch der während des Deutschen Zahnärztes aus seinem Amt scheidende DGZMK-Präsident Prof. Dr. Thomas Hoffmann aus Dresden. Er empfahl den Teilnehmern, diesen Preis als Beispiel für einen Partner der Wissenschaft zu begreifen, in dem die deutsche Zahnmedizin gefördert werde, ohne dass ethische Grenzen verletzt werden. sp

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 Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Mitgliedern einer Zahnärztekammer empfehlen wir, sich bezüglich einer Änderung der Lieferanschrift direkt an die Bundeszahnärztekammer unter Tel. +49 30 40005122 zu wenden.

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. des Monats. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Diese Zeitschrift ist der IWV-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, Fax: +49 2234 7011-255
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Dieter Weber, Norbert Froitzheim

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

Key Account Dental:

Andrea Nikuta-Meerloo, Tel. +49 2234 7011-308
Mobil: +49 162 2720522, E-Mail: nikuta-meerloo@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. +49 2234 7011-243
E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:

Katja Höcker, Tel. +49 2234 7011-286
E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:

Michael Laschewski, Tel. +49 2234 7011-252
E-Mail: laschewski@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: +49 179 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

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse, Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 53, gültig ab 1.1.2011.

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2010:

Druckauflage: 84 933 Ex.

Verbreitete Auflage: 83 387 Ex.

101. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Leitlinie der zzq

Früherkennung von Mundhöhlenkrebs

Zu „*Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*“ ist eine aktuelle Leitlinie erschienen. Die zm dokumentieren die Kurzfassung der Leitlinie im Wortlaut:

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für angemessene ärztliche beziehungsweise zahnärztliche Vorgehensweisen bei Präventionsmaßnahmen und speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen einen durch definiertes, transparent gemachtes Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus verschiedenen Fachbereichen und/oder Arbeitsgruppen dar. Die Aufgabe einer Leitlinie ist ferner die Wertung des aktuellen Wissens zu speziellen Gesundheitsproblemen und ärztlichem Handeln. Sie dient zudem der Klärung oder auch der Formulierung gegensätzlicher Standpunkte.

Sie sind keine vom Ordnungsgeber vorgeschriebene Richtlinie, sondern Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, zur Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, und sie sind Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Sie sollen Behandlungsrisiken minimieren und zu einer wissenschaftlich begründeten, ärztlichen Vorgehensweise mo-

tivieren und zugleich die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten berücksichtigen. Leitlinien orientieren sich am Stand des medizinischen Wissens, unabhängig vom aktuellen Leistungsumfang einzelner Versicherungssysteme.

Letztlich dienen Leitlinien der Beantwortung folgender Fragen: Was ist notwendig und sinnvoll? Was ist überflüssig? Was ist obsolet?

Auf der Basis der Evidenzstärke der Aussagen erfolgt im Konsensusverfahren aller Beteiligten eine Einstufung in Empfehlungsgrade; dabei sind unter anderem Patientenpräferenzen, klinische Relevanz oder Umsetzbarkeit in den ärztlichen Alltag zu berücksichtigen:

- A** Starke Empfehlung
- B** Empfehlung
- O** Empfehlung offen/
Güterabwägung im Einzelfall

1. Einleitung

1.1. Priorisierungsgründe

Die Notwendigkeit für die Entwicklung einer Leitlinien zur Diagnostik und zum Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms ergibt sich aus:

- der Prävalenz des klinischen Problems
- der Bedeutung der Erfassung und eventuellen Therapie von Vorläuferläsionen als Prävention einer Entstehung maligner Tumoren
- der diagnostischen Unsicherheit der klinischen Untersucher

Obwohl Vorläuferläsionen und auch kleine Karzinome ganz überwiegend charakteristische morphologische Merkmale aufweisen (Abbildungen 1 und 2), ist die klinische Abgrenzung zu unspezifischen Läsionen nicht immer möglich.

1.2 Adressaten der Leitlinie

- Zahnärzte und Fachzahnärzte für Oralchirurgie
- Ärzte, speziell Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

1.3 Ausnahmen von der Leitlinie

Nicht unter diese Leitlinie fallen:

Patienten in der Nachsorge nach manifesten Karzinomen der Mundhöhle und des Oropharynx

2. Definitionen

In der aktuellen WHO-Klassifikation der Kopf-Hals-Tumoren (2005) wird das Konzept der intraepithelialen Neoplasie (englisch: Squamous Intraepithelial Neoplasia; abgekürzt: SIN) auf Vorläuferläsionen des Plattenepithelkarzinoms angewandt. Der Begriff der intraepithelialen Neoplasie ist der alten Bezeichnung der Epitheldysplasie gleichzusetzen und zu bevorzugen, da der potentiell neoplastische Charakter der Läsionen damit auch in der Nomenklatur abgebildet ist. Zur Verbesserung der Lesbar-

Einteilung der Evidenzstärke, modifiziert nach AWMF 2001

Kriterium	Evidenz-Typ
I	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien Evidenz aufgrund einer randomisierten, kontrollierten Studie
II	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z. B. Querschnittsstudien)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten, Fallstudien

keit wird im folgenden Text einheitlich der Begriff der Vorläuferläsion anstelle der ansonsten sehr unterschiedlichen Bezeichnungen (Präkanzerose, präkanzeröse Läsion, potentiell maligne Läsion, Precursorläsion und mehr) verwendet.

Man unterscheidet analog der Dysplasiegrade eine niedriggradige, mäßiggradige und hochgradige intraepitheliale Neoplasie (SIN I – SIN III). In dieser Nomenklatur entspricht die hochgradige intraepitheliale Neoplasie (SIN III) dem alten Begriff des Karzinoma in situ (Karzinomrisiko von 90 Prozent).

3. Ziele der Leitlinie

Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist die Erkennung von Schleimhautveränderungen und konkret die Prävention einer malignen Transformation durch die Beseitigung von relevanten Vorläuferläsionen. Dies setzt insbesondere die Abgrenzung entzündlicher und irritationsbedingter von neoplastischen Läsionen voraus. Die konkreten Empfehlungen der Leitlinie sollen die Versorgungsqualität für die betroffene Patientengruppe verbessern durch:

- a) Vermeidung einer iatrogenen Verzögerung der Therapie bei malignen Läsionen oder nicht malignen Läsionen, die einer spezifischen Therapie bedürfen.
- b) Vermeidung einer verzögerten Diagnosestellung bei oralen Indikatorläsionen (Paraneoplasien, blasenbildende Derma-

tosen und mehr).

c) Verminderung der Morbidität, die durch die Entfernung harmloser Läsionen verursacht wird.

4. Symptome

Klinische Symptome von Mundschleimhautveränderungen können sein:

- Verlust des Oberflächenglanzes
- Verhornungstendenz (weiße Läsionen/ Leukoplakie)
- Flächiger Verlust der Oberflächenintegrität (rote Läsionen/Erythroplakie)
- Erosion
- Ulzeration
- Blasenbildung/Desquamation
- Induration
- Atrophie
- Pigmentierung
- Schmerzempfindung, Brennen

5. Untersuchungen

5.1 Notwendige Untersuchungen zur Therapieentscheidung

- Inspektion: Hierbei soll durch einen systematischen Untersuchungsgang sichergestellt werden, dass sämtliche relevante Regionen der Mundschleimhaut eingesehen und kritisch gewürdigt werden.
- Palpation

5.2 Weiterführende Untersuchungen

- Überprüfung auf Ursachen mechanischer Irritationen

- Vitalitätsprobe der benachbarten Zähne zur Erfassung odontogener entzündlicher Ursachen
- Bestimmung parodontaler Parameter zur Erfassung parodontaler entzündlicher Ursachen
- Röntgenuntersuchung zur Erfassung ossärer entzündlicher Ursachen
- Untersuchung des Lymphknotenstatus zur Bewertung entzündlicher Begleitreaktionen oder zur Erkennung einer Tumorausbreitung
- Sensibilitätsprüfung (N. lingualis und N. mentalis) zur Bewertung der Schmerzempfindung oder zur Erkennung einer Tumorausbreitung

5.3 In begründeten Einzelfällen hilfreiche Untersuchungen

- Abstrich für mikrobiologische Diagnostik
- Virologische Diagnostik
- Intravitalfärbung mit Toudinblau [siehe Langversion der Leitlinie]
- Autofluoreszenzdiagnostik [siehe Langversion der Leitlinie]

6. Therapie/Diagnostik

6.1 Konservative Therapie und Maßnahmen zur Abgrenzung inflammatorischer/irritativer Phänomene

- Beseitigung der Ursache bei mechanisch/toxisch irritativen Läsionen
- Lokale antiseptische Maßnahmen bei akuten Entzündungen
- Antibiotikatherapie bei akuter Entzündung mit Ausbreitungstendenz
- Lokale Kortikoidtherapie (bei Lichen der Mundschleimhaut) [siehe Langversion der Leitlinie]
- Andere topische Medikamente: Retinoide, Bleomycin, Ketorolac [siehe Langversion der Leitlinie]

6.2 Operative Diagnostik/Therapie

- Zytologie unter Gewinnung von mittleren Zellschichten durch Bürsten- („Brush-“) Biopsie
- Inzisionsbiopsie
- Exzisionsbiopsie
- Laserablation (Vaporisierung) nach histologischer Absicherung
- Laborchemische Untersuchungen bei Begleiterkrankungen

WHO 2005: Dysplasie	Ljubljana Klassifikation squamöser intraepithelialer Läsionen (SIL)	Squamöse intraepitheliale Neoplasie (SIN)	Squamöse intraepitheliale Neoplasie (SIN) reduziert
Squamöse Hyperplasie	Squamöse (einfache) Hyperplasie	-	
Geringgradige Dysplasie	Basale und parabasale Hyperplasie	SIN I	SIN: Geringes Risiko
Mäßiggradige Dysplasie	Atypische Hyperplasie (Risikoepithel)	SIN II	SIN: hohes Risiko
Hochgradige Dysplasie		SIN III	
Karzinoma in situ	Karzinoma in situ		
Invasives Karzinom			

Synopsis der Klassifikationen oraler Vorläuferläsionen

6.3 Ergänzende Maßnahmen

- Änderung, Neuanfertigung oder Umstellung von restaurativen oder prothetischen Maßnahmen
- Systematische Kontrolluntersuchungen
- Verhaltenslenkung zur Vermeidung/Reduktion von Risikofaktoren

7. Risikofaktoren, die eine klinische Erkennung oder die Biopsie von Vorläuferläsionen erschweren

- Eingeschränkte Mundöffnung
- systemische Erkrankungen mit Einfluss auf das lokale Operationsrisiko (wie Hämorrhagische Diathesen)
- Erschwerte Zugänglichkeit der Läsionen durch Würgereiz oder Compliance-Defizit
- Nähe zu funktionell/anatomisch wichtigen Strukturen
- Lokalisation in Regionen mit hoher morphologischer Variationsbreite (Gingiva)

8. Komplikationen

8.1 Komplikationen aus dem konservativen Vorgehen bei Mundschleimhautveränderungen

- Verzögerung der Therapie
- Psychische Belastung des Patienten durch längere diagnostische Unsicherheit
- Abbruch des Arzt-Kontaktes durch den Patienten

8.2 Komplikationen aus der operativen Entfernung von Mundschleimhautveränderungen

- Infektion, Blutung
- Schädigung von Nachbarstrukturen
- Ungünstige Narbenbildung

9. Empfehlungen

9.1 Grundsätzliche Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen

Im Rahmen der zweimal jährlich empfohlenen systematischen Untersuchung der Mundhöhle soll sichergestellt werden, dass sämtliche Regionen der Mundschleimhaut, der Lippen und der unmittelbar angrenzenden Gewebe eingesehen und kritisch gewürdigt werden. Bei Veränderungen ist eine weitere diagnostische Abklärung erforderlich. **A** Wenn die Ursache für die Schleimhautver-



Fotos: Kunkel

Abbildung 1: Fortgeschrittene Vorläuferläsion der Zunge. Als führendes klinisches Symptom fällt die Inhomogenität der Läsion auf; erosive Bezirke und hyperkeratotische Areale liegen nebeneinander vor. Histologisch wurde die Läsion als squamöse intraepitheliale Neoplasie Grad 3 klassifiziert und entspricht daher einer High-Risk Läsion, die zwingend entfernt werden muss.

änderungen zum Beispiel in einer mechanischen oder entzündlichen Grunderkrankung vermutet wird, soll eine Ursachenbeseitigung gegebenenfalls auch Therapie der Grunderkrankung erfolgen. **A**

Bei Verdacht auf ein manifestes Karzinom, soll eine umgehende Überweisung zur Einleitung weiterführender Diagnostik und Therapie erfolgen. **A**

Bei Verdacht auf eine Vorläuferläsion ist eine histologische Klärung erforderlich. **A**

Als verdächtig gilt jede Läsion, die nach einer Beobachtung oder Therapie über zwei Wochen keine Rückbildungstendenz zeigt und sich nicht eindeutig einer definierten Grundkrankheit oder Ursache zuordnen lässt (wie Lichen planus). **A**

9.1.1 Empfehlungen zur Methodik der Probengewinnung

Die konventionelle Exfoliativzytologie, beispielsweise mittels Watteträger, erfasst nur oberflächliche Zellschichten und kann deshalb die Malignität einer Läsion nicht mit hinreichender Sicherheit ausschließen. Sie soll daher nicht angewendet werden. **A** Stattdessen soll für eine zytologische Untersuchung eine Entnahme mit Bürsten erfolgen, die auch die mittleren und tieferen Zellschichten erfasst. Für die Bürstenbiopsie ist zwischenzeitlich eine hohe Treffsicherheit belegt. **A**

Zur Zeit werden zusätzliche Verfahren wie beispielsweise die DNA-Zytometrie und immunhistochemische Verfahren zur Erhöhung der diagnostischen Treffsicherheit erprobt. **O**

Bei jeder klinisch malignomsuspekten Läsion stellt die histologische Untersuchung einer repräsentativen Biopsie den Goldstandard der Diagnosesicherung dar. Eine vollständige (diagnostische) Exzision der gesamten Läsion muss nicht regelmäßig gefordert werden, kann aber bei inhomogenen oder flächigen Befunden alternativ zu Mehrfachbiopsien sinnvoll sein. Eine vollständige diagnostische Exzision ist insbesondere dann vorzunehmen, wenn eine Inzisionsbiopsie eventuell nicht repräsentativ für die gesamte Läsion sein

könnte. **A**

Mundschleimhautläsionen, bei denen primär nicht die Indikation zu einer Biopsie gestellt wird, sondern bei denen eine Verlaufskontrolle vorgesehen ist, bei denen aber dennoch eine Restunsicherheit bezüglich der Dignität besteht, sollten einer Bürstenzytologie zugeführt werden. **B**

9.1.2 Empfehlungen zum Zeitpunkt einer Biopsie

[siehe Langversion der Leitlinie]

Von einer Inzisions- oder Exzisions-Biopsie kann Abstand genommen werden, wenn innerhalb von zwei Wochen nach Ausschaltung einer adäquaten Ursache eine Rückbildung der Läsion erkennbar wird. **A**

In diesem Fall muss die klinische Kontrolle bis zur vollständigen Rückbildung fortgesetzt werden, da eine partielle Rückbildung bei malignen Läsionen durch die Ausheilung einer überlagerten entzündlichen Komponente vorgetäuscht werden kann. **A**

Ist nach weiteren zwei Wochen keine vollständige Ausheilung erfolgt, soll daher eine histologische Abklärung (Biopsie) erfolgen. **A**

9.1.3 Empfehlungen zur Therapie und zur klinischen Verlaufsbeobachtung

[siehe Langversion der Leitlinie]

Klinisch homogene, histologisch als benigne oder als SIN I (gering dysplastisch) gewertete Läsionen können nach überwieg-

der Auffassung zunächst beobachtet werden. Histologisch als SIN II oder III klassifizierte Läsionen (mäßig- oder höhergradige Dysplasien) sollen vollständig exzidiert werden. **A**

Bei Diskrepanz zwischen dem klinischen Erscheinungsbild und der histologischen Bewertung (inhomogene Leukoplakie ohne histologische Dysplasie) soll eine erneute histologische Überprüfung erfolgen. **A**

Bei dysplastischen leukoplakischen Läsionen ist ein Kontrollintervall von drei Monaten, bei nicht dysplastischen leukoplakischen Veränderungen ein Kontrollintervall von sechs Monaten anzuraten. Für den Lichen der Mundschleimhaut existieren konkrete Empfehlungen zum Nachsorge-Intervall. Hier soll das Untersuchungsintervall vier Monate nicht überschreiten. **A**

Unabhängig von der Art der Therapie soll dem Patienten eine langfristige Kontrolle empfohlen werden. **A**

9.2. Empfehlungen zur Durchführung operativer Maßnahmen

9.2.1 Ambulante/Stationäre Behandlung/Narkosebehandlung

Im Allgemeinen ist eine ambulante Behandlung in Lokalanästhesie ausreichend. Eine Behandlung unter Allgemeinanästhesie/Sedierung kann abhängig von der Lokalisation bei erwartbaren Problemen der Mitarbeit (wie Würgereiz) des Patienten, bei großem Gesamtumfang der mukogingivalen Maßnahmen, bei manifesten lokalen Risikofaktoren [siehe unter 7] oder nach Berücksichtigung dieser und allgemeinmedizinischer Kriterien nach der Präferenz des Patienten indiziert sein.

Eine stationäre Behandlung kann beispielsweise bei schwerwiegenden Allgemeinerkrankungen oder besonderen OP-Verläufen indiziert sein. **B**

10. Literatur

Siehe Leserservice am Ende des Beitrags.



Abbildung 2: Frühstadium eines invasiven Plattenepithelkarzinoms. In der Umgebung der zentralen, wenige Millimeter durchmessenden Ulzeration finden sich hyperkeratotische Schleimhautareale in unterschiedlicher Ausprägung. Auch diese Läsion erscheint daher klinisch inhomogen.

11. Links

Im Zusammenhang relevante wissenschaftliche Stellungnahmen der DGZMK:

Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis:

<http://www.DGZMK.de/set5.htm>

Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe

bei Diabetikern:

<http://www.DGZMK.de/set5.htm>

Schädigung von Nerven im Zahn-, Mund- und Kieferbereich:

<http://www.DGZMK.de/set5.htm>

Zahnärztliche Eingriffe und Endokarditis-Prophylaxe:

<http://www.DGZMK.de/set5.htm>

Zahnärztliche Betreuung von Patienten mit tumortherapeutischer Kopf-Hals-Bestrahlung:

<http://www.DGZMK.de/set5.htm>

Zahnärztliche Chirurgie bei Patienten mit Antikoagulanzen-Therapie:

<http://www.DGZMK.de/set5.htm>

Zahnärztliche Behandlung in der Schwangerschaft:

<http://www.DGZMK.de/set5.htm>

Verkehrstauglichkeit nach Lokalanästhesie:

<http://www.DGZMK.de/set5.htm>

12. Angaben zur Erstellung der Leitlinie

Die Erstellung der Leitlinie erfolgte im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), die Konsensusverfahren wurden von der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) organisiert und von der Arbeits-

gemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF, Prof. Dr. Ina Kopp, Marburg) moderiert.

Die Leitlinie wird 2015 aktualisiert werden.

Autoren der Leitlinien und Teilnehmer am Konsensusprozess

Entwurf und Koordination:

Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel, Bochum

Dr. Katrin Hertrampf, MPH, Kiel

Weitere Autoren: siehe Langversion der Leitlinie

Am Konsensusprozess beteiligte Fachgesellschaften und Berufsverbände:

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)

Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie in der DGZMK (AGKi)

Arbeitskreis Oralpathologie und Oralmedizin

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e. V. (DGZPW)

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP)

Bundesverband Deutscher Oralchirurgen (BDO)

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie

Deutsche Gesellschaft für Pathologie

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Langversion der Leitlinie unter

www.zzq-koeln.de



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

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 92

American Dental Systems

Erhöhte Fluorid- aufnahme

Im Vergleich zu herkömmlichen Fluoridlacken erhöht Enamel Pro Varnish durch die ACP-Technologie die Fluoridaufnahme in den Zahnschmelz um das Doppelte. Die Auflösung der Calcium-, Phosphat-, und Fluorid-Salze in Enamel Pro Varnish steigert die Durchlässigkeit. So werden die Zähne kontinuierlich mit Fluorid-, Calcium- und Phosphationen versorgt. Diese nachhaltige Abgabe stellt sicher, dass alle Zahnflächen mehr Fluorid erhalten, insbesondere die schwer zu erreichenden proximalen, zervikalen und okklusalen Bereiche.



Der lösliche ACP- und ACP-Fluorid-Komplex fördert die Remineralisierung und verwandelt sich schnell in eine sehr stabile kristalline Substanz aus Calcium-Phosphat, die zahnbildendes Apatit beinhaltet. Dank Enamel Pro Varnish werden Dentinhypersensibilität und hydraulische Leitfähigkeit verringert.

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300, Fax: -310
www.ADSystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de

Roos Dental

Praxisbedarf zwei Mausklicks entfernt



Zahnarzt und Techniker finden auf der Seite www.

roos-dental.de Artikel und Problemlösungen für alle Bereiche der Praxis und des Labors. Von Geräten über Material zur Hygiene sind Produkte aller Hersteller vertreten. Die RD-Hausmarke ist ebenfalls als qualitativ hochwertige und doch preisgünstige Alternative zahlreich vertreten. Auch die Schnäppchen- und Gebrauchtgeräteleiste ist immer wieder einen B(K)lick wert.

Aktionen können 24 Stunden am Tag gemütlich von zu Hause aus geordert und Porto gespart werden. Termine für Schulungen findet man ebenfalls auf der Startseite. Auch hat man online die Möglichkeit mit zwei Maus-Klicks eine kostenlose Reparaturabholung zu veranlassen. Wer nicht online gehen will oder kann, findet den Service von Roos in Mönchengladbach vor Ort.

Roos Dental e.K.
Friedensstraße 12-28
41236 Mönchengladbach
Tel.: 02166/41755
Fax: 02166/611549
http://www.roos-dental.de
E-mail: info@roos-dental.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Astra Tech

Für eine leichtere Implantatinsertion

Für die Entwicklung des OsseoSpeed TX Implantats gibt es gute Gründe: Der wurzelförmige Apex erleichtert die Implantatinsertion bei allen Indikationen und ermöglicht besonders bei Einzelzahnversorgungen den Einsatz eines Implantates mit größerem Durchmesser. OsseoSpeed TX ist darüber hinaus ideal für spongiosen Knochen, wenn eine reduzierte Aufbereitung des Implantatbettes gewünscht wird.

Das umfassende Größensortiment dieser neuen Implantate deckt alle Indikationen ab. Es ist einsetzbar bei normalen Knochenverhältnissen wie auch bei Fällen mit eingeschränkter Kieferbreite im Front- und Seitenbereich. Die Implantate haben bemerkenswerte Fähigkeiten, die Knocheneinheilung zu unterstützen und zu beschleunigen. Die fluoridmodifizierte Nanostruktur der Implantatoberfläche bewirkt eine stärkere Knochen-Implantat-Bindung.

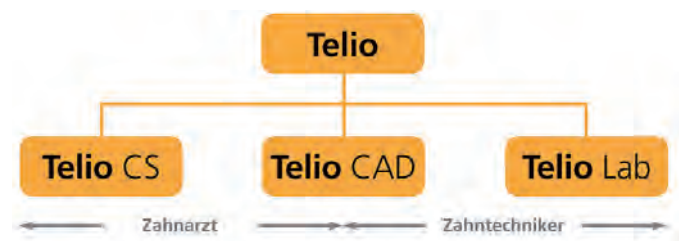


Astra Tech GmbH
An der kleinen Seite 8
65604 Elz
Tel.: 06431 9869-0
Fax: 06431 9869321
E-Mail:

Katja.Geis@astratech.com
www.astratechdental.de

Ivoclar Vivadent

System für temporäre Versorgung



Telio CS Inlay und Telio CS Onlay von Ivoclar Vivadent sind lichterhärtende Einkomponenten-Materialien, mit denen Zahnärzte sowohl Kavitäten der Klasse I als auch der Klasse II temporär versorgen können – und zwar ohne zusätzliche Verwendung eines provisorischen Zements. Telio CS Inlay und Onlay runden das Telio-System ab – das bisher umfassendste Produkt-System für die temporäre Versorgung. Dank seines weichelastischen Endzustandes eignet sich das Material insbesondere für tiefe, parallelwandige Inlay-Präpara-

tionen – selbst wenn die Präparationen geringfügige Unterschnitte aufweisen. Zahnärzte können mit Telio CS Inlay aber auch vorgefertigte Polycarbonat-Kronen unterfüttern oder Implantatschrauben-Löcher verschliessen. Telio CS Onlay hingegen ist hartelastisch und kommt vor allem für größere sowie weniger retentive Präparationen zum Einsatz.

Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen, Jagst
Tel.: 07961 889-0
www.ivoclarvivadent.de
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de

R-dental

Passgenau positionieren

ZACK Implant ist ein universeller, dualhärtender, semi-permanenter Implantat-Zement zur Befestigung von Kronen, Brücken und Suprakonstruktionen auf Abutments. Der eugenolfreie Zement ist selbstadhäsiv, automatisch anmischbar und wird direkt in die Kämpchen von Kronen oder Brücken beziehungsweise auf das Abutment appliziert. Der elastische Charakter und die leichte Expansion des Befestigungszements führen zu einer hohen Randdichtigkeit und verhindern die Gefahr des Eindringens von Keimen und somit eine Periimplantitis. Eine passgenaue Position der Restauration ohne Mikrobeweglichkeit ist gewährleistet.



Eine ausreichend lange Verarbeitungszeit ermöglicht zudem ein stressfreies und komfortables Zementieren. Mit ZACK Implant gelingt die Wiederausgliederung der Restauration ausgezeichnet.

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 22757617
Fax: 040 22757618
www.r-dental.com
E-Mail: info@r-dental.com

VOCO

Einstufiges Poliersystem für Komposite



Dimanto ist das neue einstufige Poliersystem für die Vor- und Hochglanzpolitur von Kompositen einschließlich jener der neuesten Generation mit besonders harter Oberfläche. Es wird ohne Polierpaste angewendet. Weil es sich bei Dimanto um ein einstufiges System handelt, entfällt hier das bei mehrstufigen Poliersystemen notwendige Wechseln der Polierer beim Übergang von der

Vor- zur Hochglanzpolitur. Die diamantdurchsetzten Silikon-Polierer sind hochwertig verarbeitet und autoklavierbar. Damit sind sie für den mehrmaligen Gebrauch geeignet und verfügen über eine sehr lange Lebensdauer. Die Dimanto-Polierer sind in folgenden fünf Ausfertigungen erhältlich: Linse, kleine und große Spitze, kleiner und großer Kelch. Ein präzise gefertigter Metallschaft sorgt jeweils für einfaches Einspannen in das Winkelstück und vibrationsfreien Lauf.

VOCO
Anton-Fletchner-Straße 1-3
27472 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-0
Fax: 04721 719-169
www.voco.de
E-Mail: info@voco.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

ic med

Anwender diskutierten Praxissoftware

Mit einer Beteiligung von insgesamt 120 Besuchern zieht die ic med zu ihren erfolgreich verlaufenen DAVIDx-Informationsveranstaltungen eine positive Bilanz. Die Tagungen im Dezember erfreuten sich eines ausgesprochen regen Zuspruchs. Ein Schwerpunkt der Veranstaltung war die Vorstellung der zur Medica erstmalig präsentierten Neuerungen für DATA VITAL.

Unter der Überschrift „Tipps und Tricks im X“ wurde der Arbeitsergonomie mit DAVIDx besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Das Tool zur Terminverwaltung oder auch „telemed net“ für eine Arzt-zu-Arzt-Kommunikation in Chat-Form zeigten wie komfortabel



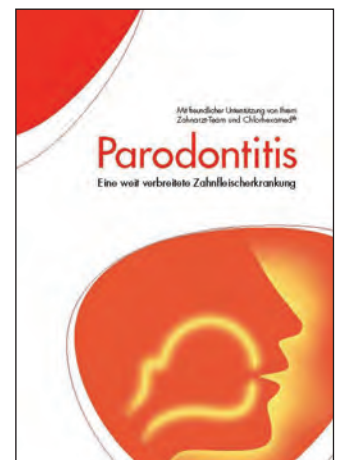
ein Praxisverwaltungssystem sein kann. Die Abrundung erfuhren die Anwenderkonferenzen durch Informationen zu aktuellen Themen wie etwa der Online-Abrechnung.

ic med
Walther-Rathenau-Str. 4
06116 Halle/Saale
Tel.: 0345 2984190
Fax: 0345 29841960
www.ic-med.de
E-Mail: info@ic-med.de

GlaxoSmithKline

Rote Karte für Parodontitis

In Deutschland leiden etwa 80 Prozent aller Erwachsenen an Zahnfleischerkrankungen – Tendenz steigend. Der neue Ratgeber im Pocket-Format informiert über die Ursachen und die Behandlung von Zahnfleischerkrankungen. Die Warnzeichen sind übersichtlich aufgelistet, eine Grafik verdeutlicht anschaulich die Entwicklung vom gesunden Zahnfleisch zur Parodontitis. „Bei bestimmten Patientengruppen ist es besonders wichtig, Parodontalerkrankungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dazu zählen zum Beispiel Schwangere, Diabetiker und Raucher“, erläutert Dr. Miriam Ruberg aus der Chlorhexamed-Forschung. Der Leser erfährt, dass der Gewebeabbau mit Hilfe eines Schnelltests sogar schon nachgewiesen werden kann, be-



vor die versteckte Entzündung im Röntgenbild sichtbar wird. Die Broschüre „Parodontitis“ können Zahnarztpraxen und Apotheken kostenlos bei Glaxo SmithKline bestellen.

GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
www.chlorhexamed.de

DENTSPLY Friadent

Symbiose von Implantat und Prothetik

Mit festsitzenden, implantatgetragenen CAD/CAM-Stegprothesen oder -Brücken ersetzen Anwender die schlecht sitzenden schleimhautgetragenen Prothesen, welche meist zu erschwerter Phonetik und Nahrungsaufnahme führen, und verbessern so signifikant die Lebensqualität des Patienten. Mit dem transgingivalen XiVE TG Implantat erzielt der Anwender eine ideale Primärstabilität in allen Knochenklassen. Gegenüber subgingival einheilenden Implantaten spart der Einsatz von XiVE TG bei CAD/CAM-Versor-



gungen deutlich Kosten. Die Prothetik passt aufgrund des einzigartigen CAD/CAM-Fräsverfahrens von DENTSPLY Friadent bei der Eingliederung spannungsfrei auf Anheb. Diese höchst präzise und zudem sehr wirtschaftliche kombinierte Lösung ermöglicht nach exakter Abdrucknahme einfaches Arbeiten ohne Nachjustierungen.

*DENTSPLY Friadent
Friadent GmbH
Steinzeugstraße 50
68229 Mannheim
Tel.: 0621 4302-000, Fax: -001
www.dentsply-friadent.com
E-Mail: info@friadent.de*

Sirona

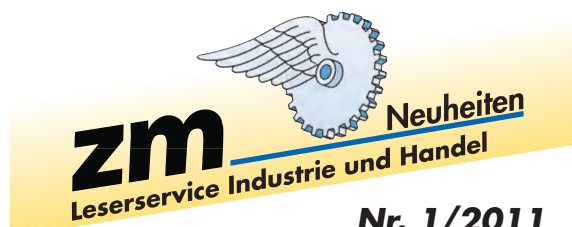
Infektionsprävention in Europa

Auf der Tagesordnung der ersten offiziellen Jahreskonferenz der Association for European Safety & Infection Control (AESIC) standen die Wahl des Vorstandes und eine Forumsdiskussion zum Thema „Infektionsprävention – die Wissenschaft hinter der Politik“. Darin wurden unter anderem Aspekte der Antibiotikaresistenz sowie Fragen nach den wissenschaftlichen Grundlagen für europäische Normen und deren Verbindlichkeit für die einzelnen Mitgliedsstaaten erörtert. Ziel der Diskussion war es, für die von AESIC definierten Themen einen Konsens zu finden und einen Leitfadern für die Arbeit der Gesellschaft in den nächsten zwei Jahren zu entwickeln.



Zum Vorstandsvorsitzenden wurde Andrew Smith von der Universität Glasgow ernannt. In den Vorstand wurde auch Lone Jager Lindquist (Foto), Präsidentin des AESIC Gründungsmitglieds Nitram Dental berufen. Das Unternehmen gehört seit 2004 zu Sirona Dental Systems

*Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
D-64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0, Fax: -2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de*



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 21. 1. 2011 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.

- American Dental Systems** – Erhöhte Fluoridaufnahme (S. 90)
- Astra Tech** – Für die leichtere Implantatinserion (S. 90)
- DENTSPLY Friadent** – Symbiose von Implantat und Prothetik (S. 92)
- GlaxoSmithKline** – Rote Karte für Parodontitis (S. 91)
- ic med** – Anwender diskutierten Praxissoftware (S. 91)
- Ivoclar Vivadent** – System für temporäre Versorgung (S. 90)
- R-dental** – Passgenau positionieren (S. 91)
- Roos Dental** – Praxisbedarf zwei Mausclicks entfernt (S. 90)
- Sirona** – Infektionsprävention in Europa (S. 92)
- VOCO** – Einstufiges Poliersystem für Komposite (S. 91)

Internationale Studie zu Gesundheitsinformationen

Über die Hälfte aller User googelt

Ob auf der Suche nach apothekenpflichtigen Medikamenten, einem Arzt oder einer Krankenversicherung: Mehr als die Hälfte aller deutschen Internetnutzer zieht bei Gesundheitsfragen Online-Suchmaschinen zu Rate, lautet das Ergebnis einer aktuellen Studie. Beim Abschluss einer privaten oder zusätzlichen Krankenversicherung vertrauten 74 Prozent Informationen von Produkt- oder Preisvergleichsseiten und 55 Prozent auf Kommentare anderer Internetnutzer.

Dagegen stehe für Verbraucher die Informationssuche auf Unternehmensseiten erst an dritter Stelle. Auch bei apothekenpflichtigen Medikamenten spielten Unternehmensseiten und Marketing-Instrumente wie Online-Werbebanner mit 30 und 17 Pro-



Foto: Noma L. Vendel

zent demnach eine eher untergeordnete Rolle.

Für die Studie befragte die PR-Agentur Fleishman-Hillard zusammen mit Harris Interactive 4 243 repräsentativ ausgewählte Internetnutzer aus China, Japan, Großbritannien, Frankreich, Deutschland, Kanada und den USA.

Neue ZZQ-Leitlinien

Neue Versionen als Download im Netz

Die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) hat jetzt Zahnarztversionen und Patienteninformationen zu der Leitlinie „Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms“ (siehe auch Seite 86 ff in diesem Heft) sowie ein Update der bereits erschienenen Leitlinie zur „Fissurenversiegelung“ im Internet veröffentlicht. Das ZZQ, eine gemeinsame Einrichtung von BZÄK und KZBV, hat die Leitlinien als besser lesbare Zahnarztversion und als ansprechend gestaltete Patienteninformation auf ihre Homepage gestellt. Eine Veröf-



fentlichung in Papierform ist laut ZZQ zwar nicht mehr vorgesehen, die Patienteninformation könne aber gut ausgedruckt werden, um sie an Patienten zu verteilen.

■ Die Leitlinien zum Download: [http://www3.zzq-koeln.de/zzqpubl3.nsf/\(aktuell-D-N\)/B36EAF47E29B334CC12576E9004ED01C](http://www3.zzq-koeln.de/zzqpubl3.nsf/(aktuell-D-N)/B36EAF47E29B334CC12576E9004ED01C)

[http://www3.zzq-koeln.de/zzqpubl3.nsf/\(aktuell-D-N\)/DD878A3D9B6A8529C12576E700349CD7](http://www3.zzq-koeln.de/zzqpubl3.nsf/(aktuell-D-N)/DD878A3D9B6A8529C12576E700349CD7)

Kommentar

Die Spreu vom Weizen trennen helfen

Wieder eine Studie mehr, die den Stellenwert des Internets bei Gesundheitsfragen untermauert. Und wieder ein Beweis dafür, dass der sogenannte User vor allem eines sucht: verlässliche, qualitätsgesicherte Informationen, fernab von PR und Interessensbindungen. Aber auch fernab von selbst ernannten Stimmen, die mal mehr, mal weniger fundiert ihre subjektiven Einschätzungen in Internet-Foren zum Besten geben. Letztlich ist bei solchen Infos der User eigenverantwortlich auf sich gestellt – und ist nach dem Googeln oft genauso schlaue oder ratlos wie vorher. Immer noch ist es

schwer, unter all der Informationsflut die Spreu vom Weizen zu trennen. Insofern kann – ganz im Sinne von Patienten- und Verbraucherschutz – der Ruf nach Transparenz, objektiven Fakten und Qualitätskriterien für die Informationen gar nicht laut genug erschallen, vor allem in einem solch sensiblen Bereich wie Gesundheitsbelangen. Der Appell an die Anbieter kann nur lauten: Klasse statt Masse. Ärzte und Zahnärzte haben vorgemacht, wie das geht, zum Beispiel mit qualitätsgesicherten Patienteninfos im Netz.

Gabriele Prchala

Krankenkassenfinanzierung

2011 offenbar kein Sozialausgleich

Wie das Internetportal Krankenkassen.de warnt, fällt der Sozialausgleich im Jahr 2011 voraussichtlich aus. Er wird nach dem „durchschnittlichen Zusatzbeitrag“ berechnet. Da dieser aus der Differenz zwischen den erwarteten Gesamtausgaben und den erwarteten Gesamteinnahmen der Krankenkassen berechnet wird und laut Bundesgesundheitsministerium die Kassen derzeit nicht unterfinanziert sind, wird auch der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ 2011 null Euro betragen. Das heißt: Der Sozialausgleich fällt aus. Tatsächlich zahlten derzeit allerdings rund zehn Millionen Mitglieder der GKV einen Zusatzbeitrag, hat Krankenkassen.de errechnet. Die Krankenkassen-Mitglieder, deren Zusatzbeitrag aus sozialen Grün-

den in diesem Jahr reduziert wird, gehen im nächsten Jahr leer aus, warnt das Internetportal. Im Rahmen des neuen Sozialausgleiches soll der Arbeitgeber bei der Gehaltsabrechnung prüfen, ob der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ zwei Prozent des Bruttoeinkommens übersteigt. Ist dies der Fall, senkt der Arbeitgeber den Krankenkassenbeitrag, den er vom Gehalt einbehält. Wie hoch die Belastung eines Kassenmitglieds durch den Zusatzbeitrag tatsächlich ist, bleibt unberücksichtigt. Auch die Mitglieder von Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag profitieren damit vom Sozialausgleich. Wenn der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ über zwei Prozent ihres Bruttoeinkommens liegt, erhöht sich ihr Nettogehalt.

mp/pm

Kassen**Neue Therapien besser prüfen**

Angesichts möglicher Risiken für Klinikpatienten dringen die Krankenkassen auf eine bessere Prüfung neuer Therapien. „Das zentrale Problem ist, dass es für neue Methoden keine verpflichtende wissenschaftliche Bewertung des Nutzens gibt“, sagte die Chefin des GKV-Spitzenverbands, Doris Pfeiffer. Immer wieder rufen neue Therapien im Milliardenmarkt der Klinikversorgung Zweifel hervor, obwohl sie bereits vielfach in deutschen Krankenhäusern angewendet werden. Pfeiffer forderte in der „Ärzte Zeitung“, zur Abhilfe müssten an Kliniken Innovationszentren geschaffen werden, in denen neue Methoden vor der flächendeckenden Anwendung geprüft werden.

In den vergangenen zehn Jahren wurden beispielsweise mehr als 6 000 Menschen in Deutschland



Foto: PA – Fotolia

mit Hilfe von Robotern am Hüftgelenk operiert. Implantate sollen dadurch genauer passen. Studien zeigten nach Angaben der Kassen dann jedoch, dass diese Operationen nicht nur länger dauern als normalerweise – die Betroffenen litten auch häufiger unter Schmerzen. Verfechter einer schnellen Einführung von Innovationen in den Klinikbetrieb betonen dagegen, nur so könnten Patienten schnell von neuen Entwicklungen profitieren. ck

Arztbehandlungen**Jeder vierte Versicherte zahlt selbst**

Mehr als jeder vierte gesetzlich Versicherte bezahlt Arztbehandlungen selbst. Die Zusatzeinnahmen der Ärzte durch solche Leistungen, die von den Krankenkassen nicht bezahlt werden, stiegen um 0,5 auf 1,5 Milliarden Euro im Jahr, teilte das Wissenschaftliche Institut der AOK in Berlin mit. Von den Kassen nicht bezahlte Ultraschalluntersuchungen liegen dabei mit 20 Prozent an der Spitze. Trotz Risiken werden sie meist bei Frauen zur Krebsvorsorge angewendet. Die Studienautoren betonten, alle nötigen Leistungen würden von den Kassen bezahlt. Insgesamt 28 Prozent der Versicherten erhalten pro Jahr mindestens eine medizinische Leistung

auf Privatrechnung, fünf Jahre zuvor waren es noch 23 Prozent. In 54 Prozent der Fälle kommt es laut AOK bei diesen Individuellen Gesundheitsleistungen zum Rechtsbruch: Anders als vorgeschrieben bestätigen die Betroffenen in diesen Fällen nicht vorher schriftlich, dass sie auf eigene Kosten behandelt werden wollen. Rund drei Viertel gaben an, nicht von sich aus nach solchen Leistungen gefragt zu haben. Besonders häufig zahlen die Patienten auch Vorsorge vor Grünem Star am Auge sowie verschiedene Medikamente und Hilfsmittel selbst. Aber auch Tests auf Prostatakrebs werden häufig als IGeL-Leistung angeboten. ck/dpa

Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte**Auftakt im Sterbehilfe-Prozess**

Der Staat könne nicht dazu verpflichtet werden, Hilfe zum Selbstmord zu gewähren. Mit diesem Argument verteidigte ein Vertreter der Bundesregierung die Haltung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg im Prozess um den Sterbehilfefall einer Deutschen. Die Frau war aufgrund eines Unfalls im Jahr 2002 von der Halswirbelsäule ab gelähmt. 2004 beantragte sie beim BfArM, ihr die Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis des Barbiturats Natrium-Pentobarbital zu erteilen, um ihrem Leben ein Ende setzen zu können. Die Behörde verweigerte ihr dies jedoch mit Verweis auf das Betäubungsmittelgesetz. Dieses

verietet die Verschreibung tödlich wirkender Mengen. Die Familie reichte Klage gegen das BfArM ein, mit dem Argument, die Weigerung des Bundesamtes verstoße gegen das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens und gegen das Recht auf einen würdigen Tod. Die Verwaltungsgerichte in Köln und das Bundesverfassungsgericht lehnte die Klage

aus formalen Gründen ab. 2005 beging die Patientin in der Schweiz mit Hilfe der Organisation Dignitas Selbstmord. Der Fall landete vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg. Beim Prozessauftakt ging es vor allem darum zu klären, ob es in Deutschland unter bestimmten Umständen erlaubt werden darf, ein Suizid-Medikament zu bekommen. Die Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung sieht die Klage kritisch. „Es gibt ein Recht auf Sterben. Es gibt aber



Foto: Sandor Kacso – Fotolia

kein Menschenrecht, von jemand anderem getötet zu werden“, erklärte der Geschäftsführende Vorstand der Stiftung, Eugen Brysch. Ob die Straßburger Richter dem Kläger Recht geben werden, ist ungewiss. In einem ähnlichen Fall hatte der Gerichtshof geurteilt, man könne Staaten nicht zwingen, Sterbehilfe zu erlauben. Mit einem Urteil ist erst in einigen Monaten zu rechnen. pr/ps

Vom Bundesrat verabschiedet**Reformen treten in Kraft**

Die Finanzierungsreform für die Gesetzlichen Kassen (GKV-FinG) von Union und FDP hat im Bundesrat ihre letzte Hürde genommen. Auch die grundlegende Neuordnung des Pharmamarkts durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)

wurde durch die Länderkammer beschlossen. Bei den beiden großen gesundheitspolitischen Gesetzen der schwarz-gelben Koalition scheiterten die SPD-geführten Länder erwartungsgemäß mit Anträgen auf Anrufung des Vermittlungsausschusses. mp/dpa

Statistisches Bundesamt zum Gesundheitswesen

Zahl der Beschäftigten ist gewachsen

Trotz Wirtschaftskrise ist die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen 2009 um 2,2 Prozent gewachsen. Damit arbeiteten Ende vergangenen Jahres 4,7 Millionen Menschen in Krankenhäusern, Arztpraxen, bei Krankenkassen und in anderen Bereichen, wie das Statistische Bundesamt mitteilte.

Jeder neunte Beschäftigte in Deutschland war also im Gesundheitswesen tätig. 2,1 Millionen Menschen waren in der ambulanten und 1,9 Millionen in der stationären oder teilstationären Gesundheitsversorgung beschäftigt. Besonders hoch ist der Anstieg in der ambulanten Pflege mit plus 6,9 Prozent. Auch in der stationären Pflege verzeichneten die Statistiker ein deutliches

Plus mit 3,5 Prozent. Rund 700 000 Menschen arbeiteten in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Dazu zählt etwa der Gesundheitsschutz mit den Gesundheitsämtern oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Auch Rettungsdienste, die Verwaltungen der Krankenkassen oder die sogenannte Vorleistungsindustrie wie die Pharma-Industrie, die Medizintechnik oder Laboratorien zählen hierzu. ck/dpa



Foto: CC

WikiLeaks

Pfizer-Tricks nach Kinder-Tod

Der Pharma-Konzern Pfizer wollte nach Erkenntnissen von US-Diplomaten einen nigerianischen Staatsanwalt unter Druck setzen, um hohen Strafzahlungen nach dem Tod von Kindern bei einem Medikamententest zu entgehen. Das habe ein damaliger Manager in dem Land freimütig in der Botschaft erzählt, wie aus Depeschen einer WikiLeaks-Enthüllung hervorgeht. Die Nachricht aus Nigeria wirft neues Licht auf einen alten Fall. Pfizer hatte 1996 während einer schweren Meningitisepidemie in der nigerianischen Provinz Kano 100 Kindern das neue Medikament Trovan verabreicht. Fünf von ihnen starben, einige trugen bleibende Gesundheitsschäden

davon. Später gab es Vorwürfe, die Zustimmung der Eltern sei nicht ordnungsgemäß eingeholt worden; die Behörden klagten. Der Pharmakonzern betonte, alles sei rechtmäßig verlaufen und die Todesfälle gingen allein auf die Krankheit zurück. Von weiteren 100 Kindern, die von Pfizer-Ärzten zum Vergleich mit dem damals meistgenutzten Medikament behandelt worden waren, starben nach Angaben des Konzerns sechs. Pfizer setzte dem jahrelangen Streit erst im Oktober 2009 ein Ende mit der Zahlung von 75 Millionen Dollar, nachdem zeitweise bis zu acht Milliarden Dollar an Straf- und Schadenzahlungen verlangt worden waren. ck/dpa

Foto: CC

DGZI

Frank Palm ist neuer Präsident

Die DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie) wählte am 18. Dezember 2010 einen neuen Präsidenten. Prof. Dr. Dr. Frank Palm, MKG-Chirurg und Chefarzt der Klinik für MKG-Chirurgie



am Klinikum Konstanz, wurde in das höchste Amt der Fachgesellschaft gewählt. sp/pm

EU-Verbraucherschutzminister

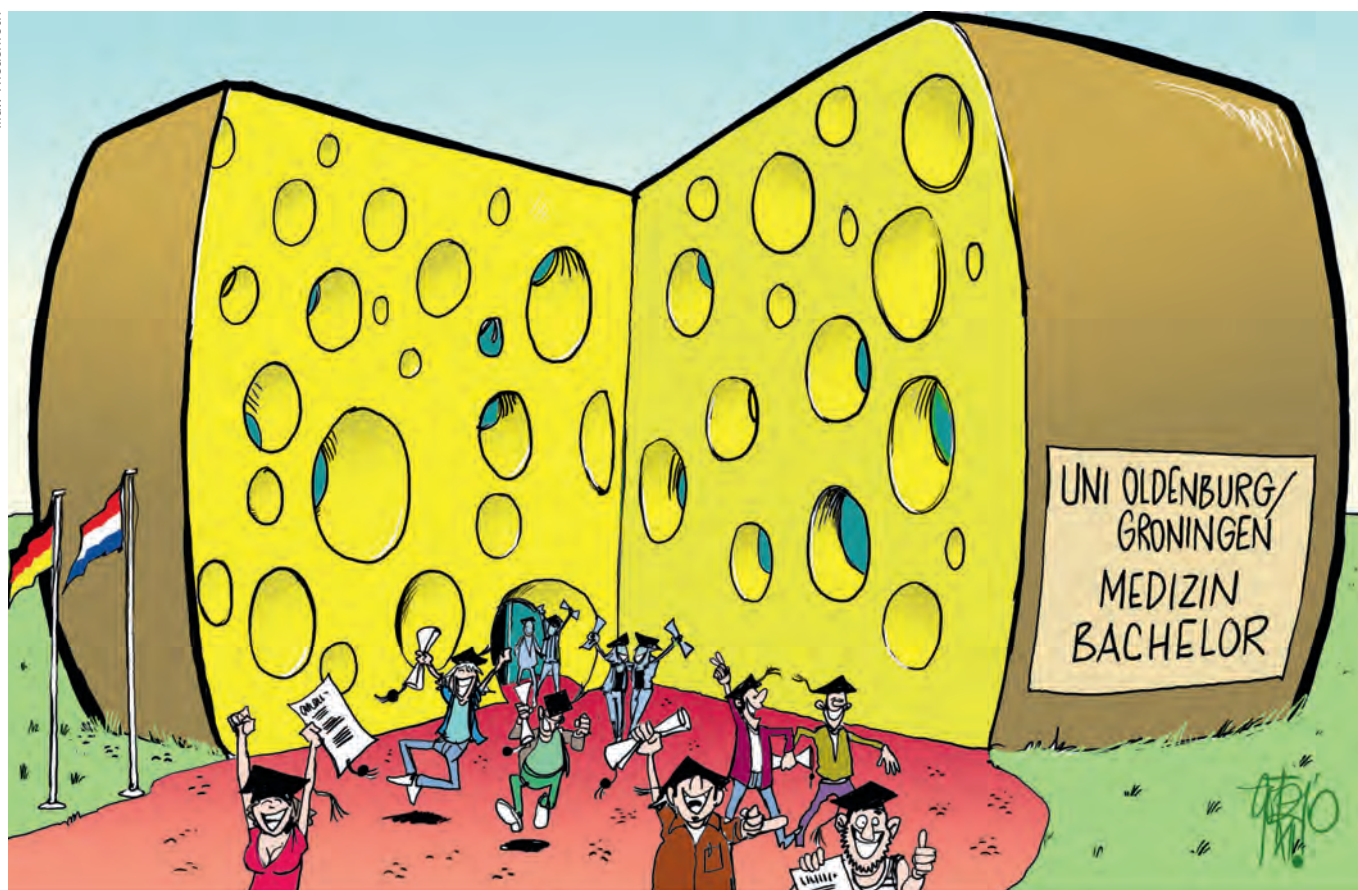
Lebensmittelkennzeichnung beschlossen

Die EU-Verbraucherschutzminister haben sich auf einen Kompromiss für eine EU-weit einheitliche Kennzeichnung von Lebensmitteln geeinigt. Demnach sollen verpackte Nahrungsmittel künftig grundsätzlich Angaben zum Gehalt von Eiweiß, Fett, Zucker sowie Salz und zum Nährwert des Produkts enthalten. Bislang sind die Angaben freiwillig. Mit einer einheitlichen Kennzeichnung will die EU der zunehmenden Fettleibigkeit in Europa entgegenwirken. Für Fleisch soll eine verpflichtende Information über das Herkunftsland eingeführt werden. Die Angabe soll sich auf den Ort der Verpackung und nicht der Aufzucht des Tieres beziehen. Die Minister setzten ferner durch, dass koffeinhaltige Produkte einen Warnhinweis für Schwangere oder Kinder tragen

müssen. Alkoholische Getränke wie Wein, Bier und Spirituosen sind von der Kennzeichnungspflicht ausgenommen. Dies gilt jedoch nicht für Energydrinks. Der Handel soll verpflichtet werden, Verbraucher auch bei unverpackter Ware, wie Eier, Fisch oder Erdnüsse, auf allergieauslösende Stoffe hinzuweisen. Lebensmittelimitate wie Analog-Käse oder Schinken sollen durch einen entsprechenden Hinweis als solches erkennbar sein.

Endgültig vom Tisch ist eine Kennzeichnung in den Ampelfarben rot, gelb, grün, wie sie Ernährungsexperten, Kinderärzte und die Allgemeinen Ortskrankenkassen in Deutschland gefordert hatten. Die vom Europäischen Parlament (EP) geforderte Streichung der Kilojoule-Angabe hat der Rat ebenfalls nicht übernommen. Die neuen Vorschriften können erst in Kraft treten, wenn das Parlament zugestimmt hat. Die Abgeordneten werden voraussichtlich im Juni kommenden Jahres noch einmal über das Dossier entscheiden. Die Regeln sollen ab 2014 gelten. pr/ps





Wir haben fertig

Kolumne

Tratsch und Stille

Unser Beruf, so denk ich mir manchmal, ist doch ein schöner! Das zeigt sich natürlich nicht an jedem Tag. Aber hin und wieder wird es einem dann doch bewusst. So hat unsere Arbeit den eindeutigen Vorteil, dass es dabei, verglichen mit anderen Tätigkeiten, relativ ruhig zugeht und dass der Patient während der Behandlung

nicht reden kann. Reden ist Silber, Schweigen ist Gold, so heißt es ganz richtig. Und während des Schweigens setzt man eine Goldkrone, hört im Winter draußen den Schnee fallen und im Sommer die Sonne auf die Straße scheinen. Mir geht es jedenfalls so, dass ich die andauernde und allgegenwärtige Quasselrei nur noch schwer ertragen kann. Ob beim Umziehen im Sportstudio, in öffentlichen Verkehrsmitteln oder in der Sauna: Irgendwo ist garantiert einer, der meint, seiner ganzen Umwelt mitteilen zu müssen, was Un-

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

glaubliches er oder sie doch kürzlich erlebt habe. Es folgt meist eine an Banalität nicht mehr zu unterbietende Anekdote, gegen die Mikado ein wahres Eventfeuerwerk ist. Und dann noch diese unsäglichen Talk-Shows im Fernsehen, oder die Tratschmeldungen der Gazetten. Neulich war etwa zu lesen, dass irgendein Buzzido, oder wie der oder die heißt, 'nen Bandscheibenvorfall hatte. Schön

auch diese Meldung: „Verena Kerth und Martin Krug: Liebes-Aus.“ Verena wer? Und Martin Krug – der Name

klingt ja gerade so, als ob er bei uns in der Patientendatei wäre. Nun egal, aber bei diesen Klatschnews, da ist der berühmte umfallende Sack Reis nicht fern. Gut, dass unsere Behandlungsräume keine Frisierstuben sind, denk ich mir dann immer. Das wollte ich nur mal kurz gesagt haben, in Sorge, es war nicht zu blödsinnig

Ihr vollkommener Ernst

Sofa mit Schlange

Ein französisches Ehepaar hat zusammen mit seinem neuen Sofa eine Giftschlange geliefert bekommen. Die etwa 50 Zentimeter lange Viper kroch am Tag nach der Zustellung aus dem Sitzmöbel und schlängelte sich durchs Wohnzimmer. Der Sofa-besitzer bewies Mut und schlug dem Tier mit einem Stock auf den Kopf, dann stülpte er eine Salatschüssel über die Schlange, die kurz darauf verendete. Das Versandhaus ließ das Möbelstück umgehend abholen, erstattete den Kaufpreis und legte eine Entschädigung in Höhe von 100 Euro drauf. Wie die Schlange ins Sofa kam, war zunächst unklar. Der Produzent in Polen sei informiert, sagte der Geschäftsführer des Versandhauses. sg/ÄZ