



**Leitfaden zum
Datenschutz**

**Ethik und
Patientenwünsche**



Foto: Kölnmesse

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

als Fachmesse schafft es die Internationale Dental-Schau (IDS) in schöner Regelmäßigkeit, die Öffentlichkeit in Erstaunen zu versetzen. Weltwirtschaftskrise hin oder her – alle zwei Jahre purzeln in Köln wieder die Ausstellerrekorde: In 2011 präsentieren über 1 900 Unternehmen und Organisationen aus allen Teilen der Welt ihre Arbeit in der rheinischen Metropole.

Mag der Laie sich wundern, dass hinter dem Thema Zahnmedizin eine Fachwelt steht, deren Industrie fähig ist, das Messegelände einer Millionenstadt zu füllen. Ob der Fachmann staunt, wird sich vom 21. bis zum 26. März in den Hallen der Kölner Messe erst zeigen müssen.

In der Tat spricht auch diesmal vieles dafür. Einiges davon wurde in den letzten Ausgaben der *zm* dargestellt und vorab eingeschätzt. Sicherlich wird es auch diesmal wieder unterschiedliche Bewertungen geben, ob die Neuvorstellungen „bahnbrechend“, nur „modifizierend“ oder gar „überflüssig“ sind – alles wie immer abhängig von der jeweiligen Blickrichtung, die die Beurteilenden in dieser Frage einnehmen.

■ Die Internationale Dental-Schau wird wieder größer und besser als ihre Vorgänger – ein atypischer Vorgang in einer Zeit, in der wirtschaftlich vieles längst nicht mehr im grünen Bereich liegt.

Und selbst, wenn es von den *zm* anders zu erwarten wäre: Es ist nicht die gesundheitspolitische Lage allein, die monokausal das Wohlergehen des Fachs bestimmt. Das wäre zu viel der Ehre für die Politik. Und dafür ist inzwischen schon zu viel Zeit ins Land gegangen, als dass das Argument, allein repressive Sparpolitik könne die Fachwelt ausbremsen, tatsächlich haltbar wäre. Unterm Strich hat die Zahnärzteschaft sich bisher immer noch Wege ebnet, die der Zahnmedizin trotz immer widrigeren Umständen die Beibehaltung von Qualität und Fortschritt ermöglicht hat.

Deshalb vielleicht die Erwartungshaltung, dass auch in diesem Jahr Besucherrekorde in Köln verbucht werden können. Deshalb wahrscheinlich die nach wie vor ungebrochene Motivation, Forschung und Entwicklung in diesem medizinischen Sektor voranzutreiben. Deshalb die Zuversicht, dass der Einsatz für die Patienten – auch im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung der Volksgesundheit – nach wie vor lohnt.

Mit Sicherheit ist nicht zuletzt die Tatsache, dass die weltweit größte Fachmesse ihrer Art nach wie vor ihren Sitz in Deutschland hat, auch ein Hinweis darauf, dass „Zahn-

Medizin“ in diesem Land immer noch groß geschrieben wird – trotz der nach wie vor unübersehbaren Unzulänglichkeiten bei der Schaffung geeigneter politischer Rahmenbedingungen.

Der Grund für das alles lässt sich auf eine recht simple Wahrheit zurückführen: Der Zahnarzt – nicht die Politik, auch nicht die Krankenversicherungen – ist ausschlaggebender Faktor für das Wohl und wehe der Patienten. Das schafft die Kraft, das treibt den Berufsstand an, Zahnmedizin kontinuierlich zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: Koelnmesse GmbH / Titelfoto: Koelnmesse GmbH

Zum Titel

In wenigen Tagen ist es soweit – die IDS öffnet ihre Tore. Die weltweit größte Dentalmesse zeigt jede Menge Neuheiten für alle Bereiche der Zahnmedizin.

Seite 42



Foto: ProDente e.V.

Qualität ist nicht immer gleich Qualität – rechtliche Aspekte sind hier für den Praktiker griffig aufbereitet.

Seite 70

Editorial	1
Leserforum	4
Leitartikel	
KZBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz zur Entbudgetierung	6
Nachrichten	8
Gastkommentar	
Die Berliner Fachjournalistin Dr. Jutta Visarius zum Versorgungsgesetz	
Das aktuelle Thema	
Fusionen bei gesetzlichen Krankenkassen: Die große Kassenschmelze	26

Politik und Beruf

Zukunftskongress öffentliche Apotheken: Weniger Markt – mehr Verantwortung	30
Diabetes-Kongress in München: An jedem Zahn hängt ein Mensch	32
Umfrage des Marburger Bundes zu Klinikärzten: Am Limit	34
Fachtagung: Behandlung von Behinderten stark verbesserungsfähig	38

Titelstory

IDS 2011 – Themen, Trends, Produkte	42
Tickets, Reiserabatte und Hallen-Navigation	50

Zahnmedizin


 Der aktuelle klinische Fall: Brauner Tumor bei Hyperparathyreoidismus	52
Der besondere Fall: Passt, wackelt und hat Luft	56
Der besondere Fall: Neurotmesis nach versuchter Zahnextraktion	58
DGZMK-Arbeitskreis Ethik: Invasive Behandlung auf Patientenwunsch	62
Aus zahnärztlich-prothetischem Blick: Qualitätssicherung – einmal anders	70
Medizin	
Orthopädie: Operieren mit dem iPod	78

Foto: Nona L. Vendel



Im Markt für Naturheilmittel sorgt eine EU-Richtlinie für Aufregung. Kritiker der Regelung fürchten eine starke Marktberreinigung.

Seite 146

Foto: MEV



Immobilien sind ein beliebtes Mittel, um sich vor einer befürchteten Geldentwertung zu schützen. Tipps und Trends:

Seite 114

Foto: picture alliance



Was passiert mit dem toten Körper? Immer häufiger zeigt sich eine Abkehr von traditionellen Bestattungsformen und eine Suche nach unkonventionellen Alternativen.

Seite 102

Akademisches

DGZMK: Arbeitskreis AKEPZ gegründet **80**

Veranstaltungen **82**

Zweitstory

Leichenkult:
Vom Umgang mit dem toten Körper **102**

Finanzen

Hohe Überziehungszinsen:
Preiswertere Alternativen **112**

Immobilien:
Nur bedingter Inflations-Schutz **114**

Praxismanagement

Den richtigen Steuerberater finden:
Gezielt vorgehen **121**

Teamarbeit:

Die Verstärkung kommt **122**

Psychologie für Zahnärzte:
Lernprozesse in der Praxishygiene **124**

Recht

Mehr Rechtssicherheit mit dem Fiskus:
Durch Handschlag besiegelt **128**

Internationales

Ehrenamt auf einem Hospitalschiff:
Die schwimmende Klinik **134**

Dentists for Africa e.V.:
Mehr Hilfe zur Selbsthilfe **136**

Ärztlicher Einsatz in Kurdistan:
Humanitäre Arbeit schafft Hoffnung **138**

EU-Gespräche der BZÄK: Versorgung
zwischen Mobilität und Qualität **140**

Impressum **144**

Phytopharmakamarkt in Europa:
Neue Regeln für Naturheilmittel **146**

EDV und Technik

Datenschutzleitfaden: Sicher im Web **148**

Persönliches **151**

Neuheiten **152**

Bekanntmachungen **164**

Letzte Nachrichten **197**

Zu guter Letzt **200**

Sprengstoff

■ Zur Titelgeschichte „Priorisierung“ in zm 24/2010:

Ein unglaublich guter Artikel in bester zm-Tradition. Ich habe den Artikel sofort an die Bremer Gesundheitspolitik weitergeleitet. Dort wird er vielen Verschlafen die Augen öffnen. Es ist in vielen Bereichen noch immer nicht realisiert, dass wir mit dem „demographischen Wandel“ vor der schwierigsten Aufgabe seit Langem stehen, die nur von allen Mitgliedern einer Gesellschaft gelöst werden kann. Hierin steckt jede Menge sozialpolitischer Sprengstoff. Es wird hier entschieden, ob sich eine Gesellschaft als „human“ bezeichnen kann.

Dr. Hans-Werner Bertelsen
bertelsen@t-online.de

Sechs Beine

■ Zur Glosse „Rettet den Juchtenkäfer“ in zm 03/2011:

Trotz seiner interessanten Duftnote hat der Käfer (wie alle Insekten) keine acht, sondern sechs Beine.



Foto: Siga/Wikipedia

Also doch nicht der vollkommene Ernst?

Dr. Lore Gewehr
lore.gewehr@t-online.de

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

Qualität

■ Zum Beitrag „Gold- versus Keramikeitkrone in klinischer Vergleichsstudie“ in zm 04/2011:



Quelle: Charité Berlin

Da staunt der Praktiker: Ungenachtet der Tatsache, dass „die gegossenen Restaurationen zu 96,4 Prozent weder Randspaltbildung beziehungsweise -verfärbung zeigten“ im Vergleich zu den keramischen Restaurationen, die „nur zu 78,6 Prozent einen klinisch einwandfreien Rand aufwiesen“, wird als Fazit dieser Parameter in der Studie als klinisch irrelevant eingestuft.

Den anspruchsvollen Patienten wird spätestens die hohe Rate der Randspaltverfärbung der Keramikrestaurationen sehr unklinisch in die Praxis treiben. Ob dieser Beitrag dann eine ausreichende Argumentationshilfe bietet? Wenn die Vollkeramik „eine vollwertige Alternative zur klassischen Goldgussrestauration“ werden soll, dann sollten wir auch bei den keramischen Restaurationen den „Goldstandard“ erreichen. Man nennt das – ganz praktisch übrigens – Qualität.

Dr. O. W. Müller
Johannesstr. 7
67346 Speyer

Bitten und Betteln

■ Zum Beitrag „Wut im Bauch, Schweiß auf der Stirn“ in zm 23/2010:

Warum sollten denn die gesetzlichen Krankenkassen diese „fehlenden“ 150 Millionen für die erbrachten Leistungen bezahlen, wenn sie diese Leistungen auch so von den Zahnärzten kriegen können?

Allen Ernstes – ich würde auch nicht bezahlen, wenn ich etwas umsonst kriege. Aber das haben unsere Standespolitiker wahrscheinlich noch nicht verstanden: dass nämlich Krankenkassen und die Politik an einem Strang ziehen. Und am anderen Ende dieses Stranges ist die Schlinge, in der die Zahnärzte „hängen“ (müssen).

Wenn wir immer nur bitten und betteln, dann sind wir auch immer nur die, die a. A. sind. So ist das nun mal.

Vor allem sind wir immer und für alles haftbar. Sogar persönlich sozusagen „frei-“beruflich und privat. Ganz im Gegenteil zu den Kassenvorständen und den Politikern in Berlin/Bonn. Die überlegen nur immer wieder aufs Neue, wie man den Medizinern noch mehr streichen kann. Es ist eine Schande ohnegleichen, wenn von einem Euro noch nicht einmal 15 Cent für die medizinische Behandlung bereitgestellt werden.

Regina Rüger, Bahnhofstr. 2-4,
57518 Betzdorf

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

Nachblutung

■ Zum Beitrag „Aspirineinnahme und post-operative Blutungen durch Zahnextraktion“ in zm 2/2011:

Sie zitieren eine Studie von Brennan et al. von 2008. Danach wurde 36 gesunden Patienten zwei Tage vor der Operation randomisiert entweder Placebo oder Aspirin verordnet und die intraorale Blutungszeit bestimmt. Diese war zwar bei der Aspirin-Gruppe um 19 Prozent (7,2 versus 5,8 Minuten) erhöht, ohne dass allerdings Signifikanz vorlag. Aus Letzterem wird die Unbedenklichkeit des Aspirins für postoperative Blutungen nach einfachen Zahnextraktionen abgeleitet, was aus zwei Gründen



Foto: Wackerbeck

falsch ist: Der, wenn auch nicht signifikante, Trend zeigt das Gegenteil und die Komplexität tatsächlich kranker Patienten mit ihren zusätzlichen Störungen an Leber, Niere, Gefäßen und Stoffwechsel bleibt unberücksichtigt. Trotzdem ist die Frage erlaubt, ob wir bei den verbesserten Möglichkeiten der Lokalbehandlung auch einer Nachblutung nicht Antikoagulantien oder Thrombozythenaggregationshemmer unbedenklich und gefahrlos weiter verordnen dürfen, nur diese Studie beweist gar nichts.

Dr. med. habil. Lutz Tischendorf
Niemyerstr. 23
06110 Halle/Saale



Foto: KZBV / Marc Darchinger

Kontinuität und Kreativität

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

was lange währt, wird endlich gut? Das Thema Entbudgetierung der zahnärztlichen Vergütung scheint laut Ankündigung der Regierungskoalition zumindest in dieser Hinsicht doch noch auf das richtige Gleis gesetzt zu werden. Es wurde Zeit, jetzt sollen die Zahnärzte auch in diesem Feld endlich das erhalten, was für die Ärzte schon seit längerem Status quo ist.

Also ist die Legislative doch gewillt, ihr auf dem Deutschen Zahnärztetag 2010 in Frankfurt uns ge-

genüber erneuertes Versprechen einzuhalten. Und das nicht trotz, sondern gerade wegen unseres im Vorfeld des letzten Zahnärztetages gezielt geäußerten öffentlichen Protests.

Auch im letzten Jahr hatten die berufspolitischen Diskussionen alle Facetten. Sie reichten vom Kurs bedingungslosen Mitschwimmens im gemächlichen Strom schwarz-gelber Reformpolitik bis zur Totalverweigerung eines politischen Dialogs. Unsere Strategie des selbstbewussten politischen Diskurses hatte gerade auch in den

Zeiten, in denen wir öffentlich Kritik äußerten, im eigenen Lager nicht nur Freunde.

Wir haben – und das gilt letztlich für die gesamten sechs Jahre dieses KZBV-Vorstands – den berufspolitischen Pfad des gezielt-kontrollierten Realismus nie verlassen. Dieses konsistente Beharren auf dem klar nachvollziehbaren argumentatorischen Kurs, die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung

in Deutschland unbedingt zu erhalten, hat uns zu anerkannten Gesprächspartnern innerhalb der gesundheitspolitischen Szene werden lassen. Unser Weg, die zahn-

medizinische Versorgung unserer Patienten nie in Frage zu stellen, aber trotzdem Wege aufzuzeigen, mit denen das angeschlagene GKV-System zumindest im Bereich der Zahnmedizin teilentlastet werden konnte, hat uns ganz neue Möglichkeiten eröffnet. Das förderte letztlich trotz des bedingungslosen Sparwillens fast aller Gesundheitspolitiker die Einsicht, dass auch wir „Sparweltmeister“ unsere deutlichen Grenzen dort haben, wo es um die Versorgungslage unserer Patienten geht. Letztlich wissen Politiker und Krankenkassen inzwischen, was

„Wir haben den berufspolitischen Pfad des gezielt-kontrollierten Realismus nie verlassen.“

ihnen diese Politik eingebracht hat. Und sie können anhand der klaren Argumentation auch absehen, wo für unseren Berufsstand diese Grenzen des Erträglichen erreicht sind.

Und auch in dieser letzten Phase der jetzt angekündigten, längst überfälligen Entbudgetierung haben wir immer wieder klar machen können, dass es sich hier eben nicht um unangemessene Geschenke des Staates an unseren Berufsstand handelt. Das Lösen dieser Versorgungsfessel ist ein zwangsläufiger Schritt, diese damals erzeugten Versorgungsengpässe endlich wieder abzubauen und die mittlerweile zusätzlich belastenden Strukturverwerfungen endlich einmal anzugehen.

Wir haben schon immer unsere Bereitschaft erklärt, auf den finanziellen und strukturellen Baustellen der GKV mitverantwortlich mitzuarbeiten. Das war in der Vergangenheit so, das gilt jetzt für das anstehende Versorgungsgesetz und das wird auch beim Patientenrechtegesetz so sein.

Dass wir dabei immer die nicht nur betriebswirtschaftlich notwendigen Freiheitsgrade unserer Berufsausübung im Auge behalten, versteht sich von selbst – versteht auch „die andere Seite“. Kante zeigen hat noch nie geschadet, kuscheln hier noch nie geholfen.

Dass wir Zahnärzte unsere Verlässlichkeit, aber auch unsere anerkannte Sachkompetenz künftig mehr denn je brauchen werden, signalisieren die anstehenden Herausforderungen der kommenden Monate und Jahre. Auch mit der jetzt zugesagten Entbudgetierung sind längst nicht alle Weichen gestellt, die ein sicheres Reisen in eine sorglose Versorgung erlauben. Hier bleibt Vieles zu tun, was es mit Kontinuität und Kreativität anzupacken gilt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz

Vorsitzender der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

BZÄK und KZBV

Öffnungsklausel ist vom Tisch

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel und KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz haben die Entscheidung von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler begrüßt, keine Öffnungsklausel in der GOZ zu implementieren. Der minimale Honorarzuwachs sei allerdings nicht akzeptabel. „Damit ist eines unserer Hauptziele erreicht“, stellte Engel fest. Die aktuellen Verlautbarungen aus dem Bundesgesundheitsministerium zu einer eingeplanten sechsprozentigen Honorarerhöhung seien hingegen offensichtlich unter Sparmaßgaben erstellt. Engel bekräftigte die Forderung nach einer angemessenen Berücksichtigung der Kostensteigerung der letzten 23 Jahre: „Der nun in Aussicht gestellte einstellige Honoraranstieg ist nach 23 Jahren Stillstand nicht hinnehmbar und widerspricht den Vorgaben des Zahnheilkundengesetzes sowie der Koalitionsvereinbarung!“ „Das das Bundesgesundheitsministerium von der Öffnungsklausel abrückt, ist ein wichtiger und richtiger Schritt. Dass es nach über 20 Jahren nur eine marginale Honoraranpassung geben soll, ist ein falsches Signal“, kommentierte auch Fedderwitz die Ankündigung Röslers. Die Vermeidung einer Öffnungs-

klausel, die die Gebührenordnung zur Makulatur machen und ihre Schutzfunktion aushebeln würde, sei immer das zentrale Anliegen der Vertragszahnärzteschaft gewesen, so Fedderwitz weiter. Es bleibe aber ein Problem, wenn die Gebühren nach diesen Jahren des Stillstands nur um sechs Prozent angehoben werden sollen.

Fedderwitz: „Die Zahnmedizin entwickelt sich dynamisch und bietet immer bessere Therapiemöglichkeiten. Eine dauerhafte Teilhabe der Versicherten am wissenschaftlichen Fortschritt ist aber zu Preisen, die auch zukünftig nur knapp über denen des Jahres 1988 liegen sollen, kaum machbar.“

Als Vertreter der deutschen Zahnärzteschaft auf Bundesebene hatten sich BZÄK und KZBV in unzähligen Gesprächen und Anhörungen mit dem BMG und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern intensiv für eine hohe Behandlungsqualität, die Wahrung der Patientenrechte und zugleich eine kostenbewusste und effiziente zahnmedizinische Versorgung eingesetzt. Die für das Fachgebiet zuständige BZÄK war an der Erarbeitung des GOZ-Referententwurfs jedoch nur mit fachlicher Expertise beteiligt. ck/pm



Foto: BZÄK-Pietschmann



Foto: KZBV-Rudnik

Ausbau ambulanter Hilfen

CSU will bei Pflege die Kosten drücken

Angesichts der Koalitionsdebatte über höhere Pflegebeiträge dringt die CSU darauf, die geplante Pflegereform auch für Einsparungen zu nutzen. Unionsfraktionsvize Johannes Singhammer setzt auf mehr ambulante sowie auf Reha-Hilfen, damit Betroffene zuhause wohnen bleiben können. „Wir wollen den Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ umsetzen und den Grundsatz ‚Rehabilitation vor Pflege‘“, sagte Singhammer in Berlin. „Je mehr Pflegebedürftigkeit eintritt und je mehr die Menschen stationär versorgt werden, desto teurer wird die

Pflege.“ Umgekehrt bräuchten in vielen Fällen durch mehr ambulante Hilfe viele Betroffene nicht ins Heim. Sie könnten auch durch gezielte Reha-Maßnahmen oft in den Stand gesetzt werden, sich auch weiter selbst zu versorgen. Eine Verschlechterung des Zustands der Betroffenen sowie der Übergang zur Pflegebedürftigkeit seien dann durchaus verhindert- oder verzögerbar. Singhammer betonte aber auch, dass Demente künftig noch stärker als bisher von den Pflegeleistungen profitieren sollten. ck/dpa



Foto: MEV

Pläne über Honorarbudgets der Zahnärzte

Strikte Grenzen werden aufgehoben

Die Vertragszahnärzte können laut Medienberichten ab komendem Jahr mit mehr Geld rechnen. Union und FDP hätten vereinbart, die strikten Grenzen für die Honorarbudgets aufzuheben, hieß es gestern aus Kreisen der Koalition und im Bundesgesundheitsministerium. Demnach sollen künftig die Krankenkassen und die Zahnärzte über die Budgets verhandeln und sich dabei nicht mehr allein an der Lohnentwicklung orientieren, so die „Financial Times Deutsch-

land“ (FTD). Dies werde die Kassen „im unteren dreistelligen Millionenbereich“ belasten, hieß es aus dem Gesundheitsministerium. Schätzungen der Kassen, wonach sie das Vorhaben bis zu 800 Millionen Euro kosten könnte, wurden dagegen zurückgewiesen. Damit wären die Zahnärzte ihren niedergelassenen Medizinerkollegen gleichgestellt: Deren Budgets werden bereits heute zwischen Kassen und Ärztefunktionären ausgehandelt. mp

Arzneittelsicherheit**EU zertifiziert Online-Apotheken**

Das EU-Parlament will die Bürger besser gegen den Handel mit gefälschten Arzneimitteln über das Internet schützen. Für zertifizierte Online-Apotheken soll es in Zukunft ein spezielles Logo geben, damit die Verbraucher diese von unseriösen Anbietern unterscheiden können. Die neuen Regelungen sollen spätestens ab 2016 gelten.

Gefälschte Medikamente gegen Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind teils zu hoch

oder zu schwach dosiert: Das kann tödlich wirken. 2009 wurden bei Zollkontrollen in Europa 11,5 Millionen illegal nachgemachte Arzneimittel sichergestellt, 30 Prozent mehr als im Vorjahr. Nach einer Studie des US-Pharmakonzerns Pfizer von 2010 liegt der Anteil der Deutschen, die Medikamente dubioser Herkunft kaufen, mit 38 Prozent über dem europäischen Durchschnitt von 21 Prozent.

ck/dpa

EU-Umfrage zu seltenen Erkrankungen**Angemessene Versorgung gefordert**

95 Prozent der Europäer meinen, dass Patienten, die an einer seltenen Krankheit leiden, von einer engen Kooperation der EU auf diesem Gebiet der Gesundheitspolitik profitieren könnten.

Das beinhaltet für sie, dass es ein Anrecht auf angemessene Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat geben sollte. Dies geht aus einer von der Europäischen Kommission veröffentlichten EU-weiten Befragung hervor. Die Umfrage fand zwischen Ende November und Mitte Dezember 2010 in allen 27 Mit-

gliedstaaten statt. EU-weit leiden schätzungsweise bis zu 36 Millionen Europäer an einer seltenen Krankheit. Die Befragten waren mehrheitlich der Ansicht, dass Personen, die an einer solchen Krankheit leiden, die Kosten für die nötigen Arzneimittel erstattet werden sollten, auch wenn diese sehr teuer sind (93 Prozent).

Über 90 Prozent der Befragten befürworteten, dass eine Zuteilung von Mitteln für die Forschung, den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Unterstützung der Patienten gerechtfertigt ist. Die

EU hat ferner seit 1998 mehr als 500 Millionen Euro Forschungsgelder für 156 Projekte in Verbindung mit seltenen Krankheiten bereitgestellt. Weitere 100 Millionen Euro sollen ab Sommer 2011 bereitstehen. pr/ps



Foto: MEV

Sinkendes Preisniveau in ganz Europa

AMNOG drückt Pharmagewinne

Das Anfang des Jahres in Kraft getretene Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) revolutioniert den Markt, denn es wird weltweit die Gewinnmargen der Pharmaunternehmen abschmelzen lassen. Einer Modellrechnung des „Handelsblatts“ zufolge gehen die Umsätze 2011 und 2012 zwar noch nach oben – nur der erhöhte Zwangsrabatt reduziert die Marge. Ab 2013 gingen Gewinne und Umsätze dann aber rasant in den Keller. Allein die Apotheker müssten mit einem Verlust von mindestens zehn Milliarden Euro im Jahr 2020 rechnen. Zu dem „Totalabsturz“ komme es, weil das Pharmaunternehmen ab sofort für seine neuen Produkte ein Nutzendossier nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) anlegen muss, auf dessen Basis das Institut für die Qualitätsbewer-



Foto: Hexal

tung im Gesundheitswesen (IQWiG) innerhalb von drei Monaten urteilt. Vorher habe man in der Pharmabranche die Publikation notwendiger Studien oder anderer Daten länger hinauszögern können. Wer heute nicht pünktlich liefert, sei dagegen „quasi nicht mehr im Markt“. Parallel zu den methodisch schärferen Bewertungen des IQWiG seien auch die Preise enorm gesunken, konstatiert das „Handelsblatt“. Aufgrund einer Umstrukturierung des Verbands forschender Arzneimittelhersteller könne die Industrie mit dem IQWiG nicht mehr intellektuell auf Augenhöhe verhandeln. Wer mit seinem Produkt in den Studien nicht wesentlich besser abschneidet als die Vergleichstherapie, müsse dann in der Festbetragsgruppe Preisabschläge zwischen 70 und 98 Prozent hinnehmen. Alternativ könne mit selbigem Effekt auch die Festlegung auf den Preis einer Vergleichstherapie erfolgen. Weil die deutschen Preise als Referenzgröße für den europäischen Arzneimittelmarkt gelten, wirke das neue Gesetz weit über Deutschland hinaus und werde länderübergreifend für fallende Preise sorgen. ck

Medizinstudium

Mehr Mobilität im PJ

Laut Plänen des Bundesgesundheitsministeriums soll das Praktische Jahr (PJ) künftig auch außerhalb der Heimatuniversität und den dazugehörigen Lehrkrankenhäusern zugelassen wer-

den. Der dem Hartmannbund vorliegende Entwurf eines Positionspapiers zum geplanten Versorgungsgesetz des BMG enthält die Forderung an die Kultusministerkonferenz, die „hierfür

Großbritannien

Neue Initiativen für Krebspatienten

Das Londoner Gesundheitsministerium kündigte jetzt neue Initiativen an, um die Langzeitprognosen für Krebspatienten im Königreich nachhaltig zu verbessern und das Image des staatlichen Gesundheitsdienstes aufzupolieren. Wie der britische Gesundheitsminister Andrew Lansley kürzlich in London sagte, sollen die Hausärzte des National Health Service (NHS) zukünftig stärker in die Krebsfrüherkennung einbezogen werden. Bislang ist es so, dass der Patient zunächst zu seinem Hausarzt gehen muss. Sollte der Primärarzt Krebs vermuten, überweist er den Patienten zu einem Onkologen, der wiederum weiter verweist, um die nötigen diagnostischen Maßnahmen durchzuführen. Oftmals vergehen zwischen Hausarztkonsultation und Diagnose mehrere Monate. Laut Lansley erhalten NHS-Hausärzte von 2011 an neue Befugnisse, damit sie zukünftig direkt in einem Krankenhaus für krebgefährdete Patienten diagnostische Verfahren bestellen können. Dafür stellt



Foto: Cooper-Fotolia.com

das Londoner Gesundheitsministerium jährlich rund zehn Millionen Pfund (rund 13 Millionen Euro) zusätzlich bereit.

Lansley: „Kürzere Überweisungswege erhöhen die Überlebenschancen und sparen Geld.“ Britische Hausärzte begrüßten die Initiative. In Großbritannien sterben jährlich rund 150 000 Patienten an Krebs. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate liegt deutlich hinter vergleichbaren Ländern wie Deutschland, Schweden und Kanada. Der Gesundheitsminister steht innenpolitisch unter Druck, die onkologische Versorgung im NHS zu verbessern. Schlagzeilen wie „Unsere nationale Krebschande!“ (Daily Mail) sorgen für zusätzlichen Druck. Der Ruf des NHS leidet sowohl in Großbritannien als auch im Ausland.

Lansley kündigte außerdem an, landesweit „bis zu 1 200“ zusätzliche Onkologen einzustellen und Millionen in bessere onkologische Diagnoseverfahren zu investieren. Das soll insgesamt rund 800 Millionen Pfund (rund eine Milliarde Euro) kosten. Allerdings

ist bislang unklar, woher dieses zusätzliche Geld kommen soll. Die Finanzkrise hat auch in Großbritannien die öffentlichen Mittel knapp werden lassen. pr/ast

erforderlichen Voraussetzungen [...] zu schaffen. Danach ist die Approbationsordnung für Ärzte entsprechend anzupassen.“ Mit der gesetzlichen Implementierung einer bundesweiten PJ-

Mobilität wäre eine langjährige und wiederholt vorgetragene Forderung des Hartmannbundes erfüllt. mp/pm

Max-Planck-Institut Berlin

20 000 Tote durch Klinikinfektionen

In Deutschland sterben jedes Jahr fast 20 000 Menschen, weil sie sich im Krankenhaus eine Infektion geholt haben. „Betroffen sind vor allem ältere Menschen und Patienten nach schweren Operationen“, sagt der Direktor des Max-Planck-Instituts für Infektionsbiologie in Berlin, Prof. Ste-



Foto: MEV

fan Kaufmann. Die Situation sei mit Ausnahme von den Niederlanden „in ganz Europa sehr besorgniserregend“. Und es sei keine Besserung abzusehen, weil neue Antibiotika fehlten, die die Resistenz der Staphylokokken und der Enterokokken überwinden könnte, sagte Kaufmann. Außer

Kliniken sind laut Kaufmann auch Altersheime von den Infektionsrisiken betroffen. Gefährlich ist die Entwicklung in Deutschland vor allem deshalb, weil die Pharmaindustrie seit Jahren kaum mehr neue Antibiotika entwickelt hat und vor allem keine, die auch die resistenten Erreger abtöten würden. ck/dpa

Versorgungsplanung auf dem Land

Anreize werden für Versicherte teuer

Die von der CDU/CSU und der FDP angestrebte Verbesserung der medizinischen Versorgung auf dem Land wird wohl zu weiter steigenden Versicherungsbeiträgen führen. Um Anreize zu schaffen, sich in Regionen mit Ärztemangel niederzulassen, will die Koalition alle bestehenden Ausgabenbremsen lösen. Die Mehrbelastungen sollen die Versicherten tragen. Während es aus dem Bundesgesundheitsministerium heißt, dass voraussichtlich „keine übermäßigen Kosten“ verursacht werden, widersprachen laut „Berliner Zeitung“ bereits Stimmen aus der Koalition. „Das wird sehr teuer“, hieß es dort. Bisläng werden die von einem niedergelassenen Arzt abgerechneten Leistungen ab einer be-

stimmten Grenze nur noch mit einem Abschlag vergütet. Betroffen sind Mediziner, die mehr Patienten oder kompliziertere Fälle haben als der Durchschnitt. Diese als „Abstaffelung“ bezeichnete Kostenbremse wirkt besonders in Regionen mit Ärztemangel ungerecht, da sich dort niedergelassene Ärzte zwangsläufig um überdurchschnittlich viele Patienten kümmern müssen. Die Aufhebung der Regelung könnte daher dazu beitragen, die ländlichen Regionen wieder für die Niederlassung attraktiv zu machen. Union und FDP betonten, dass sie darauf verzichten werden, Ärzten in überversorgten Gebieten das Honorar zu kürzen, um die Mehrkosten auszugleichen. mp

Demographischer Wandel**Umgang mit dem Alter lernen**

Nach Ansicht des Präsidenten der Nationalen Akademie der Wissenschaft Leopoldina, Prof. Jörg Hacker, müssen die Menschen in Deutschland erst noch lernen, mit einer alternden Gesellschaft umzugehen. Hacker erklärte, es reiche nicht, nur die Lebensarbeitszeit zu verlängern. Stattdessen müsse den Menschen mehr als bisher die Möglichkeit gegeben werden, sich zu bilden und am gesellschaftlichen



Foto: MEV

Leben teilzuhaben. Der demographische Wandel dürfe nicht als Last, sondern müsse als große Chance für Deutschland angesehen werden. Die Arbeitsgruppe „Altern in Deutschland“ der Akademie habe entsprechende Empfehlungen an die Bundesregierung abgegeben. Auf den demographischen Wandel müssten sich auch die Stadtplaner einstellen, etwa mit mehr barrierefreien Wohnungen. Da es aufgrund des Wandels in der Arbeitswelt die klassische Großfamilie in Deutschland mit mehreren Generationen unter einem Dach so gut wie nicht mehr gebe, müsse auch dies stärker bei langfristigen Planungen berücksichtigt werden. sf/dpa

Wirtschaftsfaktor Zahnärzte**KZBV-Jahrbuch 2010 liegt vor**

Das neue Jahrbuch der KZBV liegt vor – in ansprechender Optik und mit bewährter Aussagekraft. Danach belief sich die Zahl der deutschen Vertragszahnärzte Ende 2009 auf 54 453. Sie arbeiteten durchschnittlich 47,4 Stunden pro Woche und erwirtschafteten einen Gesamtumsatz von knapp 21 Milliarden Euro. Ende 2009 beschäftigten die Vertragszahnärzte rund 233 000 Arbeitnehmer, davon rund 4 100 angestellte Zahnärzte und rund 30 000 Auszubildende. Diese und weitere statistische Basisdaten zur gesamtwirtschaftlichen Bedeutung der Zahnärzte, zu GKV-Einnahmen und -Ausga-



ben, zur Bevölkerungsstruktur, zur betriebswirtschaftlichen Situation und zur Entwicklung der Zahnarztpraxen und anderem mehr bietet das KZBV-Jahrbuch 2010.

Die als objektive Quelle und wichtiges „Handwerkzeug“ bewährte Datensammlung aus amtlichen und offiziellen Statistiken von KZBV, BZÄK, Statistischem Bundesamt sowie Bundesgesundheitsministerium kann zum Selbstkostenpreis von acht Euro (zuzüglich Porto) bestellt werden. KZBV

■ **Bezugsquelle:** KZBV, Postfach 410169, 50861 Köln, Tel.: 0221/4001-215, -117, -216, Fax: 0221/4001-180 Internet: www.kzbv.de, Service/Materialien bestellen

BZÄK/ DGZMK**Patienteninformationen aktualisiert**

Die BZÄK und die DGZMK haben zum Thema „Früherkennung Mundhöhlenkrebs“ eine wissenschaftlich abgesicherte Patienteninformation veröffentlicht. Außerdem wurde die Patienteninformation zur Fissurenversiegelung aktualisiert. Die Patienteninformationen beruhen auf den Leitlinien der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung zu „Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms“ und zur „Fissurenversiegelung“ – jetzt gibt es sie auch mit farbigen Abbildungen. Auf den Websites

von BZÄK und DGZMK sind die Patienteninformationen zum kostenlosen Download zur Vielfältigung in den Praxen bereitgestellt. Jeder Zahnarzt und jede Zahnärztin kann sich so einfach und preiswert mit wissenschaftlich abgesicherten Patienteninformationen ausrüsten und ergänzend zum persönlichen Gespräch den Patienten an die Hand geben. zm/pm

■ Mehr dazu unter: <http://www.bzaek.de/presse/medienarchiv/aktuelle-und-wissenschaftlich-abgesicherte-patienteninformationen.html>

Bundesregierung**14 Kassen erheben Zusatzbeitrag**

14 von insgesamt 156 Krankenkassen erheben derzeit einen Zusatzbeitrag von durchschnittlich acht Euro. Sechs gewähren ihren Mitgliedern eine Prämie zwischen 2,50 und sechs Euro. So die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Linken zum Thema „Zusatzbeiträge im Jahr 2011“. Indem die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Festschreibung des Beitragssatzes weiterentwickelt würden, führ-

ten Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen nicht mehr automatisch zu höheren Arbeitskosten, erläuterte die Regierung. Unvermeidbare Ausgabensteigerungen, die die Einnahmen übersteigen, würden künftig über kassenindividuelle Zusatzbeiträge finanziert. Ein Sozialausgleich sei 2011 nicht erforderlich. Mit einem möglichen Anspruch einzelner Mitglieder auf einen Sozialausgleich sei frühestens im Jahr 2012 zu rechnen. ck

Berlin und Saarland

Nachwahlen bei Kammerspitze

Neuwahlen bei zahnärztlichen Spitzenämtern in Berlin und im Saarland machten Nachwahlen in den jeweiligen Vorständen notwendig:

■ Berlin: Die Kammerversammlung wählte Dr. Michael Dreyer zum Vizepräsidenten. Notwendig wurde die Nachwahl, weil der bisherige Vize, ZA Karsten Geist, in den Vorstand der KZV Berlin gewählt worden war. Für ein Vorstandsreferat rückte Juliane Gnoth nach, bisher nicht Mitglied der Delegiertenversammlung.

■ Saarland: Der Rücktritt des neu gewählten Präsidenten der

KZV Saarland, Dr. Ulrich Hell, von seinem Amt als stellvertretender Vorsitzender der Zahnärztekammer machte Neuwahlen zum Kammervorstand notwendig. Die Vertreterversammlung wählte den bisherigen Beisitzer, Prof. Dr. Dr. Josef Dumbach, Leiter der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Klinikums Saarbrücken, zum neuen stellvertretenden Vorsitzenden der Kammer. Dr. Gisela Tascher, Heusweiler-Holz, wurde zur neuen Beisitzerin in den Vorstand für den ausgeschiedenen Dr. Hell nachgewählt. zm/pm

50 Jahre Doktordiplom

„Goldene“ Doktoranden gesucht



Foto: Gina Sandres-Fotolia.com

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. Auch in diesem Jahr ist ein Festakt im Konzert-

haus am Gendarmenmarkt in Berlin geplant. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den dies zutrifft, melden Sie sich bitte im Promotionsbüro der Charité Berlin. sf

*Charité – Universitätsmedizin
Berlin Promotionsbüro
Manuela Hirche
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Manuela.hirche@charite.de*

Zukunft des Gesundheitswesens**Beske will das SGB V reformieren**

Bei der Vorstellung seiner neuen Studie benannte Prof. Fritz Beske, Direktor des gleichnamigen Instituts für Gesundheits-System-Forschung in Kiel die Folgen des Bevölkerungsrückgangs in Deutschland für Gesundheit und Pflege. Sein Fazit: Das SGB V muss reformiert werden. Bisher würde es zu



viele Einzelfallregelungen geben. Beske: „Auch ein liberal geführtes Bundesgesundheitsministerium weigert sich im Prinzip, Kompetenzen abzugeben.“ Im Jahr 2060 werde es rund 17 Millionen (20 Prozent) weniger Einwohner in Deutschland geben. Während heute drei Erwerbstätige für einen Rentner arbeiten müssten, werde das Verhältnis auf eins zu eins schrumpfen, betonte der Gesundheitsforscher. „Immer weniger junge Menschen werden nicht nur finanziell, das heißt mit ihrem Beitrag zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, für

ältere Mitbürger sorgen. Sie werden ältere Mitbürger auch personell unterstützen müssen.“ Das

Statistische Bundesamt rechne bereits für 2025 mit etwa 152 000 fehlenden Pflegekräften, PricewaterhouseCoopers bis 2030 mit 165 000 fehlenden Ärzten, 400 000 fehlenden Pflegekräften

und 950 000 fehlenden Fachkräften in Gesundheit und Pflege insgesamt. In der Konsequenz werde das Gesundheitswesen mit anderen Branchen im Wettbewerb um Nachwuchskräfte stehen. Aus dem Ausland geworbene Fachkräfte könnten einerseits stabilisierend wirken. Andererseits hätten sie einen anderen fachlichen und kulturellen Hintergrund. Beske sprach sich für eine Politik der sozialen Marktwirtschaft aus. Berlin solle die Rahmengesetzgebung schaffen, die Ausführung aber soll den Kommunen obliegen. sf

■ www.igsf.de

Hausärzte-Chef in Bayern**Sichere Verträge mit Kassen angestrebt**

Dieter Geis, designierter Chef des Bayerischen Hausärzterverbands, will künftig mit neuen Hausarztverträgen vor allem jungen Medizinern eine Perspektive bieten. „Wir müssen die Verträge mit den Kassen sicherer machen“, sagte er in Nürnberg. Das sei der Verband vor allem jüngeren Ärzten schuldig. Nur wenn klar sei, was man als Hausarzt zuverlässig verdient, bekämen junge Menschen wieder Interesse an dem Beruf. Einen

Ausstieg aus dem GKV-System strebe er nicht mehr an. Stattdessen wolle er Verhandlungen mit den Krankenkassen auf Augenhöhe. Mit dem gescheiterten Aufruf des bayerischen Hausärzterverbands zu einem kollektiven Ausstieg aus dem GKV-System habe die Organisation ihre Mitglieder wahrscheinlich überfordert, räumte Geis ein. „Wir haben gesehen, dass das nicht die richtige Taktik war.“ ck/dpa

Korruptionsvorwurf**Niebel stoppt Zahlungen an Aids-Fonds**

Bundesentwicklungsminister Dirk Niebel hat die deutschen Zahlungen an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria vorerst gestoppt. Er begründete dies in einer Mitteilung mit Vorwürfen wegen der Fehlverwendung von Geldern und Korruption und rief zu einer schnellen und gründlichen Klärung auf. Bis dahin seien die Zahlungen gestoppt. Die für das laufende Jahr vorgesehenen 200 Millionen Euro blieben für den Globalen Fonds aber reserviert. In internen Berechnungen rechnet der Fonds nach einem Bericht der „Welt am Sonntag“ damit, dass mindestens 43 000

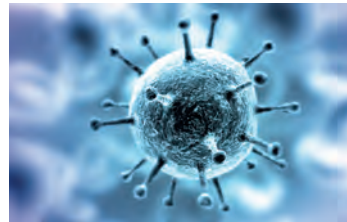


Foto: Sebastian Kaulitzki-Fotolia.com

Leben allein im kommenden Jahr nicht gerettet werden könnten, sollte Deutschland seine Zahlungen nicht wieder aufnehmen. Das Ministerium erklärte, der Fonds habe Ende Januar zugesagt, dass auch ohne die Zahlungen während der Überprüfung die laufende Behandlung von Patienten sichergestellt sei. „Ich trage gegenüber dem deutschen Steuerzahler die Verantwortung, eine sachgerechte Mittelverwendung zu gewährleisten“, erklärte Niebel. Er zeigte sich zufrieden mit der bisherigen Aufdeckung von Unregelmäßigkeiten durch den Fonds. Darüber hinaus werde eine deutsche Sonderprüfung mittels einer qualifizierten Stichprobe vorbereitet für den Fall, dass Art und Umfang der internationalen Prüfung den Anforderungen nicht entsprechen sollten. Die Überprüfung durch den Fonds selbst soll im Sommer abgeschlossen sein. sf/dpa

Unterschiedliche Briefinhalte**City BKK schreckt Versicherte ab**

Die Betriebskrankenkasse City BKK scheint sich gegenüber unliebsamen Versicherten schlecht zu machen, um diese loszuwerden. In Briefen zum Thema Zusatzbeitrag schrieb die Kasse an die einen Adressaten, dass sie ihren erhöhten Zusatzbeitrag durch Bonusprogramme „mehr als ausgleichen“ könnten. Der anderen Gruppe wurde vorgerechnet, dass ihre Versicherung künftig erst so richtig teuer werde. Den Zusatzbeitrag müsse der Versicherte „ja leider“ noch zusätzlich zu „der vom Gesetzgeber beschlossenen Erhöhung des allgemeinen Bei-

tragsatzes“ zahlen, hieß es darin laut „Spiegel“. Die Sachbearbeiter schwärmten manchen von „interessanten Leistungen“ vor, die es nun gratis gebe. Anderen hingegen versetzten sie einen Schrecken: „Einschränkungen bei den Leistungen sind notwendig“, hieß es dort. Das Gebaren der Kasse war aufgefallen, weil ein älterer Versicherter mit Bandscheibenvorfall andere Informationen zugeschickt bekommen hatte als sein gesunder Sohn. Die City BKK bestreitet, dass sie so versuche, zahlungsunwillige oder teure Mitglieder zu vergraulen. mp

Statistisches Bundesamt

Klinikkosten steigen um sechs Prozent

Insgesamt fielen 2009 in den gut 2000 Krankenhäusern Deutschlands Kosten von 77,1 Milliarden Euro an. Das waren 4,5 Milliarden Euro oder 6,1 Prozent mehr als im Jahr davor, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden berichtete. 2009 kostete ein Behandlungsfall im Durchschnitt 3 772 Euro – viereinhalb Prozent mehr als 2008. Größter Kostenpunkt sind die Personalkosten, die um 5,7 Prozent stiegen auf 45,8 Milliarden Euro. Die Sachkosten schlugen mit sieben Prozent mehr zu Buche und betragen 29,3 Milliarden Euro. Dazu



Foto: CC

kamen unter anderem die Kosten für die Ausbildung. Enthalten in den Gesamtkosten der Krankenhäuser sind auch die Ausgaben für nichtstationäre Leistungen wie zum Beispiel der Betrieb von Ambulanzen (3,4 Milliarden Euro) oder Forschung und Lehre (2,6 Milliarden Euro). Die bereinigten Kosten der stationären Versorgung lagen bei 67,2 Milliarden Euro. 2009 wurden 17,8 Millionen Patienten stationär behandelt, 300 000 mehr als 2008. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) verlangt nun eine bessere Ausstattung der

Kliniken: „Jetzt ist es amtlich: Die Krankenhäuser kämpfen mit gewaltigen finanziellen Belastungen. Die vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten Mittel reichen gerade aus, die Kosten zu decken“, sagte Hauptgeschäftsführer Georg Baum. ck/dpa

Studie zur Verschreibung von Medikamenten

Gratis-Ärzteljournale unkritischer

Ärzte-Zeitschriften, die sich über Anzeigen der Pharmaindustrie finanzieren, raten einer aktuellen Studie zufolge eher zur Verschreibung von neuen, umstrittenen Medikamenten. „Wes Brot ich ess, des Lied ich sing! Das mussten wir leider feststellen“, erklärte Prof. Karl Wegscheider vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Bei zwei der elf untersuchten Journale konnte die Forschergruppe aus Hamburg, Göttingen, Marburg und Toronto (Kanada) sogar zeigen,

dass sich die Wahrscheinlichkeit einer Empfehlung mehr als verdoppelt, wenn eine Anzeige geschaltet wurde. Die anzeigenfinanzierten Fortbildungszeitschriften neigten zu einer unkritischen Berichterstattung über innovative Arzneimittel, schreiben die Forscher. Bei einzelnen Gratismagazinen konnten die Wissenschaftler sogar nachweisen, dass eine Empfehlung im redaktionellen Teil mit dem Vorhandensein von Anzeigen im gleichen Heft korreliert. mp/dpa

Hoher therapeutischer Nutzen

Ärzte pushen Placebo-Forschung

Placebos wirken laut Bundesärztekammer (BÄK) stärker und sehr viel komplexer als bisher angenommen. Ihr Einsatz sei von enormer Bedeutung für die ärztliche Praxis. Wird der Begriff als Synonym für Wirkungslosigkeit oder einen nur eingebildeten Nutzen verwendet, werde man laut Expertise des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK der Bedeutung von Placebo in der Medizin nicht gerecht. Die Experten raten, Ärzten bereits in der Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung tiefergehende Kenntnisse der Placeboforschung zu vermit-

teln. Umfangreiche Studien hätten gezeigt, dass sich der auch unter sozioökonomischen Aspekten interessante Einsatz in der Praxis durchaus lohne. Die aktuelle Publikation des Arbeitskreises stellt auch ethische Aspekte sowie juristische Details mit in den Vordergrund. Die Wissenschaftler weisen darauf hin, dass die Mechanismen des Placeboeffekts bisher nur teilweise geklärt sind. Eine der wichtigsten Erkenntnisse sei, „dass der Placeboeffekt hirnpfysiologisch und -anatomisch lokalisierbar ist“. So lege eine Vielzahl von Studien nahe, dass vor allem die Aktivierung der Stirnlappen seine Wirkungsweise erklären kann. sp/ck/pm



Foto: DynamicGraphics

Mehr: Bundesärztekammer (Hg.), „Placebo in der Medizin“, ISBN 978-3-7691-3491-9), Deutscher Ärzte-Verlag

Ausschreibung

Erwin-Reichenbach-Förderpreis

Die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt schreibt zum elften Mal den Erwin-Reichenbach-Förderpreis aus. Er wird für eine hervorragende, bisher noch nicht veröffentlichte und ausgezeichnete Arbeit aus dem Gebiet der gesamten Zahnheilkunde verliehen. Die Arbeit darf parallel nicht für einen anderen Preis einge-

reicht worden sein. Bewerben können sich approbierte Zahnärzte, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Preis ist mit 2500 Euro dotiert. Einsendeschluss ist der 30. Juni 2011. sf/pm

■ info@zahnarztekkammer-sah.de oder Tel.: 0391/7393911

Krankenkassen

AOK mit neuer Spitze

Wechsel an der Spitze des AOK-Bundesverbands: Der Aufsichtsrat hat Jürgen Graalman und Uwe Deh zum Geschäftsführenden Vorstand berufen. Der bisherige AOK-Chef Herbert

Reichelt geht in den Ruhestand. Graalman war bisher schon im Leitungsgremium. Uwe Deh ist Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen-Anhalt. ck/dpa

Acetylsalicylsäure**Zusätzlicher Schutz vor Krebs**

Patienten, die zur Vorbeugung gegen Herzerkrankungen täglich niedrige Dosen von Acetylsalicylsäure (ASS) einnehmen, verringern dadurch offenbar auch ihr Risiko, an Krebs zu sterben. Das ergab eine Metaanalyse von acht randomisierten, kontrollierten Studien mit 25 570 Teilnehmern durch Wissenschaftler der Universität Oxford. Der Schutz setzt nach einer Einnahmedauer von mindestens vier Jahren an und steigt mit der Dauer der Anwendung. Die Krebssterblichkeit an Ösophagus-, Pankreas-, Lungenkrebs und Hirntumoren ging

nach einer Latenzzeit von fünf Jahren zurück, das Risiko von Magen-, Dickdarm- und Prostatakrebs reduzierte sich erst nach noch längerer Einnahme. Der Nutzen von ASS war bei beiden Geschlechtern gleich und nahm mit steigendem Alter zu. *thy*
Quelle: *Lancet* 2011;377:31–41



Foto: MEV

WHO-Report**2,5 Millionen Alkoholtote per anno**

Alkohol tötet weltweit jährlich 2,5 Millionen Menschen. Die meisten davon sterben durch alkoholbedingte Unfälle, viele aber auch an Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Leberzirrhose. Das geht aus dem jüngsten Report zu Alkohol und Gesundheit hervor, den die Weltgesundheitsorganisation WHO jetzt in Genf veröffentlichte. Der meiste Alkohol wird demnach in den Industrieländern der Nordhalbkugel getrunken, aber auch in Argentinien, Australien und Neuseeland. Am niedrigsten ist der Konsum in den Ländern, in denen viele Menschen aufgrund ihres islamischen Glaubens abstinente leben – etwa in Nordafrika, im Nahen Osten und in Südasien. Weltweit gehen laut WHO-Report fast vier Prozent aller Todesfälle auf Alkohol zurück. Darunter sind 320 000 Menschen im Alter von 15 bis 29 Jahren. Damit ist Alkohol Ursache für neun Prozent der Todesfälle in dieser Altersgruppe.



Foto: CC

Es müsse viel mehr gegen den gefährlich hohen Alkoholkonsum getan werden, mahnt die WHO. In Europa nimmt Bosnien-Herzegovina deutlich die Spitzenposition im Alkoholkonsum ein. Hier trinken die Menschen im Durchschnitt 56 Liter reinen Alkohol im Jahr. Umgerechnet sind das 140 Liter 40-prozentiger Schnaps. In Deutschland trinken Menschen ab 15 Jahren laut WHO-Report im Schnitt umgerechnet 12,8 Liter reinen Alkohol pro Jahr. Nur 4,3 Prozent der Deutschen in dem Alter sind abstinent. Dabei greifen Männer hierzulande 2,5-mal so häufig zur Flasche wie Frauen. *ck/dpa*

Bundesärztekammer**PID in besonderen Fällen zulassen**

Die Bundesärztekammer (BÄK) vertritt in einem vom Vorstand verabschiedeten „Entwurf für ein Memorandum zur PID“ die Auffassung, dass eine Präimplantationsdiagnostik (PID) nach gegenwärtigem Erkenntnisstand unter bestimmten Voraussetzungen angeboten werden kann, wie das Deutsche Ärzteblatt schreibt. Sie kommt dem Papier zufolge für anamnestisch stark belastete Paare infrage, für deren Kinder ein hohes Risiko einer familiär bekannten und schwerwiegenden, genetisch bedingten Erkrankung besteht. Es sei ethisch als zulässig anzusehen, wenn sich ein Paar unter bestimmten Voraussetzungen für eine PID entscheidet und wenn ein Arzt dieses Verfahren dann durchführt.



Foto: MEV

Denn „unter Gesichtspunkten der Zumutbarkeit für die Frau und des Entwicklungsstandes des vorgeburtlichen Lebens ist die In-vitro-Befruchtung ‚auf Probe‘ (PID) in bestimmten Fällen ethisch weniger problematisch als eine ‚Schwangerschaft auf Probe‘ (Pränataldiagnostik, PND) mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch“, heißt es in dem Memorandum. Außer Frage steht die Notwendigkeit einer umfassenden Beratung und Aufklärung der Betroffenen. *sp*

100 Jahre Zahnklinik Würzburg**Alte Fotos und Anekdoten sind gefragt**

Im Jahr 2012 feiert die Zahnklinik Würzburg ihr 100-jähriges Bestehen. Dieser denkwürdige Anlass wird in Verbindung mit dem fränkischen Zahnärztetag vom 12. bis zum 14. Juli 2012 gebührend gefeiert. Das genaue Fortbildungs- und Festprogramm wird rechtzeitig veröffentlicht werden.

Neben einem hochkarätigen Fortbildungsprogramm für Zahnärzte und Helferinnen sollen auch Poster und Fototafeln präsentiert werden, auf denen die ehemaligen Studierenden Fotos von sich, ihren Kommilitonen und der Zahnklinik wiederfinden können. Dazu brauchen die Organisatoren die Unterstützung der Ehemaligen. Wer Fotos aus seiner Studentzeit oder der seiner

Eltern, die in Würzburg an der Zahnklinik studiert haben, besitzt, soll sich melden und diese freundlicherweise zur Verfügung stellen. Daher bittet das Organisationskomitee: „Sind Sie so freundlich und blättern in Ihren alten Fotoalben und Ihren Erinnerungen, um das 100-jährige Jubiläum der ZMK Würzburg lebendig mitzugestalten. Legen sie den Fotos auch eine Kurzbeschreibung bei, von wann diese Fotos sind und wer sich auf den Bildern befindet.“ Auch sind noch kleine Anekdoten aus der Studentzeit gefragt. Die Fotos und Geschichten sind zu mailen an: klaiber@mail.uni-wuerzburg.de oder zu senden an: Prof. Dr. B. Klaiber, Zahnklinik, Pleicherwall 2, 97070 Würzburg *sp*

Helicobacter pylori

Neue Therapie trotz Resistenz

Mit einer neuen Therapie ist es möglich, das Magenbakterium *Helicobacter pylori* auch dann noch zu beseitigen, wenn es gegenüber dem Antibiotikum Clarithromycin resistent ist. *Helicobacter pylori* (H.p.) ist ein Krankheitserreger, der sich in der Magenschleimhaut einnistet und dort zu Entzündungen führt. Dabei produziert er Stoffe, die das Risiko für Geschwüre im Magen und im Zwölffingerdarm sowie für Magenkrebs erhöhen. Es wird geschätzt, dass altersabhängig bis zu 40 Prozent der Menschen

nahe von Resistenzen vor allem gegenüber dem Antibiotikum Clarithromycin.

In einer multizentrischen, internationalen und randomisiert kontrollierten open-label Studie mit 440 Männern und Frauen im Alter von über 18 Jahren, die vor der Behandlung nachweislich Magenschleimhautentzündungen aufwiesen, hatte das Ärzteteam um Prof. Dr. Malfertheiner die zu erwartenden Erfolgsraten einer H.p.-Eradikation durch eine herkömmliche Dreifach-Medikamententherapie mit einer alter-



Foto: CDC/Dr. Patricia Fields/Dr. Collette Fitzgerald

in Deutschland den Keim in sich tragen. In Entwicklungsländern mit geringeren hygienischen Standards und schlechter Gesundheitsversorgung sind es bis zu 80 Prozent. Die standardmäßige Eradikation von H.p. besteht derzeit aus einer Kombination von drei Medikamenten – eines Protonenpumpenhemmers und zwei Antibiotika (Amoxicillin und Clarithromycin). Die sogenannte Tripel-Therapie muss sieben Tage lang durchgeführt werden, damit der bakterielle Krankheitserreger vollständig aus dem Magen entfernt wird. In jüngster Zeit beobachten Gastroenterologen in Teilen der Welt eine Zu-

nahme von Resistenzen vor allem gegenüber dem Antibiotikum Clarithromycin. In einer multizentrischen, internationalen und randomisiert kontrollierten open-label Studie mit 440 Männern und Frauen im Alter von über 18 Jahren, die vor der Behandlung nachweislich Magenschleimhautentzündungen aufwiesen, hatte das Ärzteteam um Prof. Dr. Malfertheiner die zu erwartenden Erfolgsraten einer H.p.-Eradikation durch eine herkömmliche Dreifach-Medikamententherapie mit einer alter-

nativen Quadrupel-Therapie verglichen. Letztere bestand in einer zehntägigen Therapie mit einem Protonenpumpenhemmer (Omeprazol) und einer Medikamenten-Kombination aus Wismutsalz mit den beiden Antibiotika Metronidazol und Tetrazyklin, wie aktuell in „The Lancet“ vom 22. Februar veröffentlicht wurde. Die Besonderheit des Medikaments ist die neuartige Galenik mit den drei Wirkstoffen in einer Kapsel. Die Mediziner konnten zeigen, dass H.p. bei 80 Prozent der mit der Quadrupel-Therapie behandelten Patienten entfernt werden konnte.

sp

Adipositas**Fett und Fett sind zweierlei**

Rund 60 Prozent der deutschen Bevölkerung sind übergewichtig, die Tendenz ist steigend. Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes sind häufig die Folge.

Übergewicht alleine stellt jedoch kein gesundheitliches Risiko dar, sondern es ist wichtig, wo im Körper es angelagert ist, wie nun auf einem Expertengespräch der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Mitte Februar in Berlin deutlich wurde. Denn Fettgewebe dient nicht nur als Energiespeicher. Es aktiviert darüber hinaus Hormone und Proteine, die an zahlreichen Organen im Körper wirken.

Auf diese Weise beeinflusst es zum Beispiel den Energiestoffwechsel, den Leberfettgehalt und verschiedene Gefäßfunktionen. „Es kann einerseits eine schützende Funktion, aber auch nega-

tive Auswirkungen auf den Körper haben“, sagte Prof. Dr. Andreas F. H. Pfeiffer, Leiter der Abteilung Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin an der Charité. Fett im Bauchraum steht in Ver- ruf, das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes zu erhöhen. Doch Körperfett beeinflusst die Gesundheit nicht ausschließlich negativ: „Fett in der Brust, an Oberschenkeln und im Gesäß ist zwar sehr hartnäckig und schwer abzubauen. Der Vorteil ist jedoch, dass es auch Hormone produziert, die Arterien schützen, den Blutzuckerspiegel positiv beeinflussen und damit Krankheiten vorbeugen“, erläutert Pfeiffer. Diese Erkenntnisse lassen Fett in einem neuen Licht erscheinen.

So werden mit zunehmendem Körpergewicht durch das Fettgewebe Signalproteine freigesetzt, wie Chemokine und Zytokine. Sie rufen Entzündungen im Gewebe hervor. Hinzu kommt eine Verfettung der Muskel- und der Leberzellen und der Organe durch das Übergewicht. Die häufige Folge: Funktionsstörungen und Stoffwechselerkrankungen sowie Herz-Kreislaufstörungen. Noch ungeklärt ist bisher, wie es zu diesen Entzündungsreaktionen kommt und welche Faktoren hier hineinspielen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Koinzidenz mit Parodontopathien und übermäßig viel Fettgewebe.



Foto: picture alliance - Schroweig/CS

Glatze mit 20**Risiko für Prostatakrebs erhöht**

Männer, die im Alter von 20 Jahren bereits den ersten Haarausfall zeigen, haben ein höheres Risiko, später an Prostatakrebs zu erkranken. Sie könnten daher möglicherweise besonders von einer Früherkennung profitieren.

Im Rahmen einer französischen Studie wurden 388 Patienten, die wegen eines Prostatakarzinoms in Behandlung waren, mit 281 gesunden Männern verglichen. Dafür befragten die Wissenschaftler die Männer zum Verlauf ihrer Krebserkrankung und zum Stadium der Glatzenbildung im Alter von 20, 30 und 40

Jahren. Stadium I war dabei kein Haarverlust, II frontaler Haarverlust, III Haarverlust am Oberkopf und Stadium IV eine Kombination aus beidem. Außerdem wurden von den behandelnden Ärzten weitere Informationen zu Erstdiagnose und Fortschritt des Tumors sowie zu den bisherigen Behandlungen abgefragt.

Die Ergebnisse überraschten: Die Männer mit Prostatakrebs hatten doppelt so häufig schon mit 20 eine beginnende Glatze als die Kontrollgruppe. Bei den Männern, die erst mit 30 oder 40 die ersten Haare verloren hatten,

konnte dagegen kein erhöhtes Risiko für ein Prostatakarzinom nachgewiesen werden, schreibt springer-online. Eine frühe Glatzenbildung mit 20 könnte ein leicht zu identifizierender Risikofaktor sein – dies müsste jetzt in weiteren Untersuchungen überprüft werden. sp/pm



Foto: Sabimm - Fotolia.com

Bisphosphonate**Patienten auf Halitosis prüfen**

Bei Patienten, die gerade aufgrund einer Osteoporose oder einer Karzinomerkkrankung eine Bisphosphonattherapie durchmachen, sollte ganz speziell bei der oralen Untersuchung auf das Auftreten eines foetor ex ore geachtet werden. Denn das ist immer ein deutliches Zeichen einer BION (Biphosphonat-induzierten Osseonekrose), wie Dr. Sebastian Kühl, Basel, anlässlich der 2. Halitosisstage in Berlin konstatierte. Er zeigte Fälle, wo Patienten sich

über einen unangenehmen Geschmack und eine Halitosis beklagt hatten.

Bei der genaueren Inspektion zeigte sich schließlich eine putride Exudation aus einem Fistelgang, und eine Digitale Volumetomographie dekurierte schließlich eine Kieferosteonekrose. Deshalb sei es besonders wichtig, solche Patienten gezielt auf diese Veränderungen hin zu untersuchen, sagte Kühl bei der Veranstaltung. sp

2. Halitosisitag

Fortbildung mit großem Zulauf

Mit rund 200 Teilnehmern fand Ende Februar der 2. Deutsche Halitosisitag in Berlin statt. Federführend durch den Quintessenzverlag organisiert und durch Prof. Dr. Andreas Filippi maßgeblich mit wissenschaftlichen Referenten bestückt, waren Themen der Diagnostik, der Therapie und vor allem auch Randgebiete der Zahnheilkunde Inhalte dieser Fortbildungsveranstaltung. So sprach Dr. Sebastian Kühl, Basel, zum Thema Bisphosphonate und Mundgeruch, eine Symptomatik, die oft die Erstdiagnose von be-

reits als Nebenwirkung entstandenen Osteonekrosen (hier des Kiefers) einläutet. Aber auch Implantate sind nicht selten ein Grund dafür, dass Patienten an einem üblem Geruch aus dem Oralraum leiden. So zeigte Kühl auf, welche prothetischen oder chirurgischen Faktoren eine Keimansiedlung begünstigen, wie eine Fehlpositionierung, eine Abutmentlockerung, eine Kronenlockerung oder auch eine bereits bestehende Periimplantitis, die eventuell durch zu tief inserierte Implantate verursacht wird. sp

DGGZ gegründet

Geschlechterspezifische Zahnmedizin

Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat ihren Gründungsvorstand gewählt. Präsidentin ist PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Mainz. Sie hat die Gründung der Gesellschaft, deren amtliche Eintragung derzeit läuft, als Leiterin der entsprechenden Arbeitsgruppe vorbereitet.

Zum Vizepräsidenten wurde Zahnarzt Dr. Tim Nolting, Bocholt, gewählt. Schatzmeisterin wurde PD Dr. Ingrid Peroz, Charité. Schriftführerin und zuständig für die Öffentlichkeitsarbeit ist die Fachjournalistin Birgit Dohlus, Berlin. Zur Beisitzerin mit dem Aufgabenbereich „Projektleitung Lehre“ gewählt wurde PD Dr. Margrit-Ann Geibel, Universität Ulm.

Die DGGZ wird bei ihrer fachlichen Arbeit unterstützt durch ein Scientific Board aus renommierten Wissenschaftlerinnen und

Wissenschaftlern. Spontan zugesagt haben ihre Unterstützung unter anderem Prof. Dr. mult. Robert Sader, Frankfurt, Prof. Dr. mult. Dominik Groß, Aachen, Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer, Greifswald, Prof. Dr. Meike Stiesch, MH Hannover, OÄ Dr. Christiane Nobel, Charité, Dr. David Klingenberg, Institut der Deutschen Zahnärzte, und aus dem Bereich der Allgemeinmedizin Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Kardiologin, Institut für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité, Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Endokrinologin, Professur für Gender Medicine, Universität Wien.

Mit diesem Team sollen das Spektrum der für diese Fragestellung relevantesten Themenbereiche in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde abgedeckt und das interdisziplinäre Denken und die transdisziplinäre Zusammenarbeit befördert werden.

sp/pm

American Heart Association

Salzrestriktion gefordert

Nach dem Institute of Medicine spricht sich jetzt auch die American Heart Association (AHA) für eine Salzrestriktion in der Nahrung aus. Ein Positionspapier in *Circulation* (2011; doi: 10.1161/CIR.0b013e31820d0793) fasst die Evidenz zum Einfluss von Kochsalz auf den Blutdruck zusammen, schreibt das Deutsche Ärzteblatt. Die meisten US-Amerikaner nehmen täglich mehr als 3 Gramm Natrium auf (entspricht etwa 6 Gramm Natriumchlorid). Nach den Forderungen der US-Kardiologen sollten es nicht mehr als 1,5 Gramm

pro Tag sein. Dies entspricht den Empfehlungen der DASH-Diät (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Im DASH-Sodium-Trial konnte allein durch die Kochsalzrestriktion der systolische Blutdruck gesenkt werden. Und zwar bei jüngeren gesunden Erwachsenen (unter 45 Jahren) um 3,7 mm Hg und bei älteren gesunden Erwachsenen um 7,0 mm Hg. Bei jüngeren Hypertonikern sank der systolische Blutdruck um 4,8 mm Hg und bei älteren Hypertonikern um 8,1 mm Hg [Am J Cardiol 2004; 94: 222 bis 227]. Die Salzrestriktion wirkte damit der Tendenz zu einem mit dem Alter steigenden Blutdruck entgegen. Die Empfehlungen werden jedoch nicht leicht umzusetzen sein, denn die US-Amerikaner nehmen 77 Prozent des Natriums über Fertigprodukte oder Kantinenessen zu sich, die sehr stark gesalzen sind. Die Salzrestriktion kann nur erfolgreich sein, wenn die Salzindustrie mitverpflichtet wird. sp



Foto: Monster - Fotolia.com

Deutsche Krebshilfe

Salmonellen als Tumor-Killer

Salmonellen könnten zukünftig im Kampf gegen Krebs eingesetzt werden. Das meldet die Pressestelle der Deutschen Krebshilfe in Heidelberg. Denn die gefürchteten Krankheitserreger sind in der Lage, Tumorzellen abzutöten, wie Dr. Siegfried Weiß et al. vom

Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig in ihren Untersuchungen entdeckt haben. Als nächstes wollen sie nun die immunologischen Botenstoffe identifizieren, die für diese Mechanismen verantwortlich sind, um die Einwanderung von Salmonellen in das Krebsgewebe gezielt stimulieren zu können. Die Deutsche Krebshilfe unterstützt dieses Forschungsvorhaben mit 245 000 Euro.

Salmonellen besitzen eine Eigenschaft, die sich die Krebsforschung

Halitosis

Die Zunge ist der Übeltäter

Bei der oralen Inspektion sollte auch der Begutachtung der Beschaffenheit der Zunge und des hinteren Rachenraumes größere Bedeutung geschenkt werden, wie Prof. Dr. Andreas Filippi kürzlich anlässlich des 2. Halitostages in Berlin forderte. Denn der anaerobe Biofilm auf der Zungenoberfläche hat immer mit dem Auftreten von Mundgeruch zu tun. Daher sollte die Diagnostik der Zunge in der Halitosisprechstunde einen größeren Stellenwert einnehmen, wie sich der Wissenschaftler ausdrückte. Veränderungen wie die Glossitis rhombica, die Lingua plicata oder die Lingua villosa können den Biofilm der Zunge erheblich vergrößern. Gleichzeitig sollten der Schweregrad des Belags sowie seine Lokalisation und seine Farbe festgehalten werden. So ruft zum Beispiel ein gelber Belag eine weitaus schwerere Halitosis hervor als ein leicht weißlicher Belag,

wusste Filippi. Die Therapie besteht auf jeden Fall aus der Eliminierung des Belags und damit des Biofilms. Hierzu bieten sich spezielle Zungenbürsten an. Diese werden am besten in Kombination mit zinkhaltigen Pasten verwendet und zwar nach dem Zähneputzen. Filippi hält den herkömmlichen Zungenschaber für obsolet, da er sehr leicht zu Verletzungen der empfindlichen und dünnen Mukosa führen kann und auch im Verdacht steht, Infektionen zu begünstigen. sp



Foto: Filippi



Foto: National Institutes of Health

zunutze machen will: Sie können in einen Tumor einwandern und diesen für sie äußerst nährstoffreichen Ort besiedeln. Das mit den Salmonellen einströmende Blut sammelt sich im kranken Gewebe, das dann nekrotisiert. Eine Krebstherapie mit aktiven Krankheitserregern war bislang undenkbar, da die Infektion mit Salmonellen ein hohes Risiko für den Patienten bedeutet. Die Wissenschaftler planen nun, die Bakterien so abzuschwächen, dass sie zwar für die Krebsbehandlung

nutzbar werden – aber ohne dabei eine gefährliche Darminfektion auszulösen. Eine genetische Veränderung wäre denkbar, so dass die Bakterien den Tumor „von innen fressen“, ohne das umliegende Gewebe dabei zu schädigen. Diese Methode wäre eine bahnbrechende Entwicklung, steckt jedoch noch in den Kinderschuhen und soll durch die Förderung durch die Deutsche Krebshilfe vorangetrieben werden, da sie ein großer Hoffnungsträger ist. sp

Versorgungs- oder Versorgergesetz

In den vielen Reden der letzten Wochen hören wir von den gesundheitspolitischen Spitzen der Koalition, sie hätten im letzten Jahr erst einmal die Finanzen in Ordnung gebracht und einen „Pharmersatzmarkt“ geschaffen. Jetzt sei die Versorgung an der Reihe.

Da denkt der – nicht durch langjährige gesundheitspolitische Erfahrungen ständig skeptische – Normalbürger, es gehe um eine verbesserte, langfristig zu sichernde Versorgung der Patienten, um Gesundheitsziele, um ein Mehr an überprüfbarer und überprüfter Qualität. Aber vermutet er richtig?

Der 1. Arbeitstitel lautete Versorgungsstrukturgesetz, jetzt soll es Versorgungsgesetz heißen. Ziel des Gesetzes ist aber nicht, die Versorgung selbst zu verbessern, sondern ausschließlich deren Struktur, was zu einer Verbesserung der Versorgung führen soll.

Dahinter stehen konkret eine Reform der Bedarfsplanung, neue gesellschaftsrechtliche Regelungen für MVZ, Regelungen zur Entspannung des Konflikts an den Sektorengrenzen, neue Vorgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung, erweiterte Satzungsleistungsoptionen und Gruppentarife für die Krankenkassen, und so weiter. Der Themenkreis innovative Behandlungsmethoden ist noch nicht bearbeitet.

Die Reform der Bedarfsplanung spielt sich im Umfeld der Auseinandersetzung der Akteure ab: Die KBV will Regelungen, um die Fehlverteilung der Arztsitze abzumildern, mehr regionale Flexibilität, um örtlichen Gegebenheiten Rechnung tragen zu können.



Foto: MEV

Sie will aber nicht das Heft aus der Hand geben, sondern mehr Einfluss nehmen.

Das Letztere wollen auch die Länder, die sich mit Vehemenz auf der gesundheitspolitischen Bühne nach Jahren der Zurückgezogenheit zurückgemeldet haben.



Foto: privat

Das geplante Versorgungsgesetz ist eher ein Versorgerstrukturgesetz. Patienten- und Versicherteninteressen, Gesundheitsziele, Qualitätsverbesserungen und vieles andere mehr bleiben außen vor, meint die Berliner gesundheitspolitische Fachjournalistin Dr. Jutta Visarius.

Auch die Vorstellungen der Union unterscheiden sich von denen des BMG, aber nicht soweit, dass kein Kompromiss zu finden wäre. Die KBV hatte schon im Vorfeld die wichtigsten Punkte der Koalition in die Feder diktiert.

Problematisch werden für Philipp Rösler die Verhandlungen mit den Ländern. Sie sind sich untereinander einig wie selten und werden für ihre Zustimmung im Bundesrat dem BMG einiges abverlangen.

Auch ein Ausbalancieren zwischen den Interessen von KBV und DKG dürfte nicht einfach werden. Die gesellschaftsrechtlichen Vorschriften für MVZ, Regelungen der Bedarfsplanung, Ermächtigung, der

Komplex um ambulante Leistungen im Krankenhaus, nicht zuletzt die innovativen Behandlungsmethoden sind heiß umkämpft. Hier spielen auch die Interessen der Industrie eine wichtige Rolle. Die „Weiterentwicklung“ der vertragszahnärztlichen

Versorgung ist klug aus der Schusslinie genommen. Sicher ist: Preiswerter wird die Versorgung nicht. Wahrscheinlich wird die Versorgung auch nicht dramatisch verbessert. Ob sie in ländlichen Gebieten gesichert wird, bleibt abzuwarten, ebenso, ob eine Regionalisierung der Planung zielgenauer agieren wird.

Der GKV-Spitzenverband hält sich zumindest in der Öffentlichkeit weitgehend

zurück und bekämpft nach wie vor den Mythos vom Arztmangel, der sich längst in den Köpfen als Fakt verfestigt hat. Er steht damit auf verlorenem Posten. Zu den ureigenen Krankenkassenthemen sind die Reaktionen noch verhalten.

Aber noch ist nichts im Bundesgesetzblatt veröffentlicht, das BMG hat noch nicht einmal Eckpunkte vorgelegt, geschweige denn einen Arbeits- oder Gesetzentwurf. Eckpunkte sollen erst kurz vor Ostern öffentlich werden.

Ob wir in dieser Legislaturperiode auch noch ein Gesetz für Versicherte und Patienten mit Gesundheits- und Qualitätszielen erleben dürfen?

Fusionen bei gesetzlichen Krankenkassen

Die große Kassenschmelze

Nach der Fusionswelle der gesetzlichen Krankenkassen liegt ihre Zahl nun auf einem historischen Tief. Von 1 367 Kassen im Jahr 1992 haben lediglich 148 „überlebt“. „Der Trend zur Konzentration wird auch langfristig anhalten“, so Birgit Fischer, Vorstandsvorsitzende von Deutschlands größter Krankenkasse Barmer GEK auf dem diesjährigen „Kassengipfel“ in Berlin. Die Rüge des Bundesrechnungshofes, Kassen-Fusionen brächten meist Nachteile, relativierte sie. Entscheidend für den Erfolg sei die Konstitution der potenziellen Partner.

„sollte die Fachkompetenz beim Bundesversicherungsamt liegen“.

Voraussetzung für eine langfristig erfolgreiche Verbindung sei die Berücksichtigung zahlreicher Faktoren: Vielversprechend sei eine „Verschmelzung“ aus einer Situation der Stärke heraus – strategisch geplant und gut vorbereitet. Die Motive für eine Fusion könnten dabei ganz unterschiedlich sein:

Auf der Hand liege der Gewinn einer größeren Versichertengemeinschaft. Das verbessere die Risikostruktur und sichere die Kasse gegen Hochrisikofälle ab. Zusatzbeiträge könnten hinausgeschoben werden. Dazu kämen betriebswirtschaftliche Synergien und ein Zugewinn an Know-how. Arbeitsprozesse könnten optimiert, Verwaltungskosten reduziert werden. Nicht zu unterschätzen seien auch „weiche Faktoren“ wie Firmenphilosophie, Markenkern oder Führungsgrundsätze. Kurz: Die Spielregeln der Unternehmen müssten harmonisieren. Ebenfalls wichtig: kombinierbare IT-Konzepte. Im Übrigen bringe eine Fusion auch einen Qualitäts- und Innovationsschub mit sich. Frischer Wind und „für Unternehmen eine große Chance“, sagte

Fischer.

Mit Blick auf den politischen Kurs im Bundesgesundheitsministerium ergänzte sie: „Fusionen sind dem Wettbewerb überlassen. Das ist auch politisch so gewollt. Das seit dem 1. Januar 2010 geltende GKV-FinG dreht weiter an der Wettbewerbsschraube.“

» Ein Wettbewerb des Kannibalismus ist ungeeignet, um Gestaltungspotenziale auszuschöpfen.

Brigit Fischer, Barmer GEK

Sukzessive setze nun der Preiswettbewerb über Zusatzbeiträge ein. Für die Zukunft prognostiziert die Kassenchefin: „Je höher das Wechselverhalten, je mehr werden die Starken gestärkt und die Schwachen ge-

Foto: mauritius images

Ende Januar hieß es in einem Gutachten des Bundesrechnungshofes (BRH) für Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP), Fusionen brächten „erhebliche zeitliche und personelle Ressourcen“, führten „zu keinen deutlichen Synergieeffekten“ und seien „mit erheblichen, zum Teil dauerhaften zusätzlichen Aufwendungen verbunden“. Dem stünden „nur geringe Einsparungen gegenüber“. Die Prüfer analysierten 32 Kassen-Fusionen. Häufig stiegen dabei den Prüfern zufolge die Netto-Verwaltungskosten durch zunehmende Reisekosten der Mitarbeiter, Abfindungen oder erhöhte Vergütungen für Kassenvorstände, teure Beraterhonorare sowie durch Fortbildun-

gen. Kurz: Fusionen seien „Kostentreiber“ und führten „nicht immer zu leistungsfähigeren Einheiten“.

Das Beste aus zwei Welten

Dieser Rüge entgegnete Birgit Fischer in Berlin ihre These: „Fusionen führen zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit.“ Aus ihrer Sicht „führt die Publikation in die Irre“ und habe „keine Aussagekraft“. In dem Rechnungshofgutachten handele es sich um kleine Kassen. Daraus könne man nicht pauschal auf alle Kassen in Deutschland abstellen. Zudem forderte Fischer: Wenn es um die Erstellung von Gutachten geht,

schwächt.“ Mit Blick auf die eigene Stellung im Markt ergänzte sie: „Größe ist kein Selbstzweck und hat auch eine kritische Grenze. Nämlich dann, wenn man eine marktbeherrschende Stellung einnimmt.“ Gemäß dem Wettbewerbsbeschränkungsgesetz gerät eine Krankenkasse in eine Monopolstellung, wenn sie mehr als 33 Prozent Marktanteil hält. Es sei eine Binsenweisheit, dass Monopole den Wettbewerb behindern und Innovationspotenziale schwächen. „Große Kassen haben dennoch Vorteile“, so Fischer. Sie ermöglichten eine stärkere Differenzierung sowie eine größere Lösungs- und Leistungsfähigkeit. Unter dem Strich führe das langfristig zu mehr Stabilität.

Finanzielle Ausgangslage

Der Gesundheitsweise Prof. Jürgen Wasem von der Uni Duisburg-Essen erklärte in Bezug auf die unterschiedlichen finanziellen Ressourcen: „Die Kassen pressen die Zitrone unterschiedlich stark aus.“ Ursächlich hierfür seien ein divergierendes Kostenmanagement und die individuelle finanzielle Ausgangslage der Kassen. Gerade die hohe Sensibilität der Versicherten zwingt die

INFO

Ursprung

Im Zuge der Sozialgesetze führte Otto von Bismarck 1883 die Krankenversicherung und 1884 die Unfallversicherung ein. Zunächst waren nur Arbeiter zwangsversichert. Beide Gesetze machten die Schaffung von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften unabdingbar, um den Arbeiter bei einer möglichen Arbeitsunfähigkeit vor großer Not zu bewahren. Die Beiträge zur Krankenversicherung wurden zu einem Drittel von den Arbeitgebern und zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern getragen, die Unfallversicherung hingegen finanzierte der Arbeitgeber komplett. Bei der später eingeführten Rentenversicherung standen die Einzahlungen dann im Verhältnis 50:50.



v.l.n.r.: Prof. Eckart Fiedler, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Köln, Birgit Fischer, Vorstandsvorsitzende Barmer GEK, Prof. Jürgen Wasem, Stiftungslehrstuhl Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

Kassen dazu, „Versorgungsmanagement“ als Zukunftsthema ins Zentrum ihrer Arbeit zu stellen, ist sich Wasem sicher.

Verwalter oder Gestalter

Im Kern bedeute dies, dass die Kassen die ganze Klaviatur beherrschen müssten. Etwa, Patienten mit Risk-Sharing-Verträgen auf neue Arzneimittel einzustellen oder gemeinsam mit Providern Behandlungspfade einzugehen.

Determinanten der finanziellen Situation von Kassen sind laut Wasem:

- die Startpositionen bei den Rücklagen
- unterschiedliche Deckungsgrade durch die Zuweisungen
- die regionale Zusammensetzung der Versicherten
- regionale Kostenstrukturen der Anbieter
- das regionale Inanspruchnahme-Verhalten
- ein unterschiedliches Kostenmanagement bei den Gesundheitsausgaben
- ein unterschiedliches Kostenmanage-

ment bei den Verwaltungsausgaben

- gegebenenfalls unpräzise Zuweisungen durch den Morbi-RSA
 - gegebenenfalls unpräzise Zuweisungen für Krankengeld
 - gegebenenfalls unpräzise Zuweisungen für Verwaltungskosten
- Wasem: „Wettbewerbsvorteile schmelzen auf mittlere bis längere Sicht dahin. Für die Kassen wird es daher zentral sein, an vorderster Stelle zu stehen.“

Die Kassen pressen die Zitrone unterschiedlich stark aus.

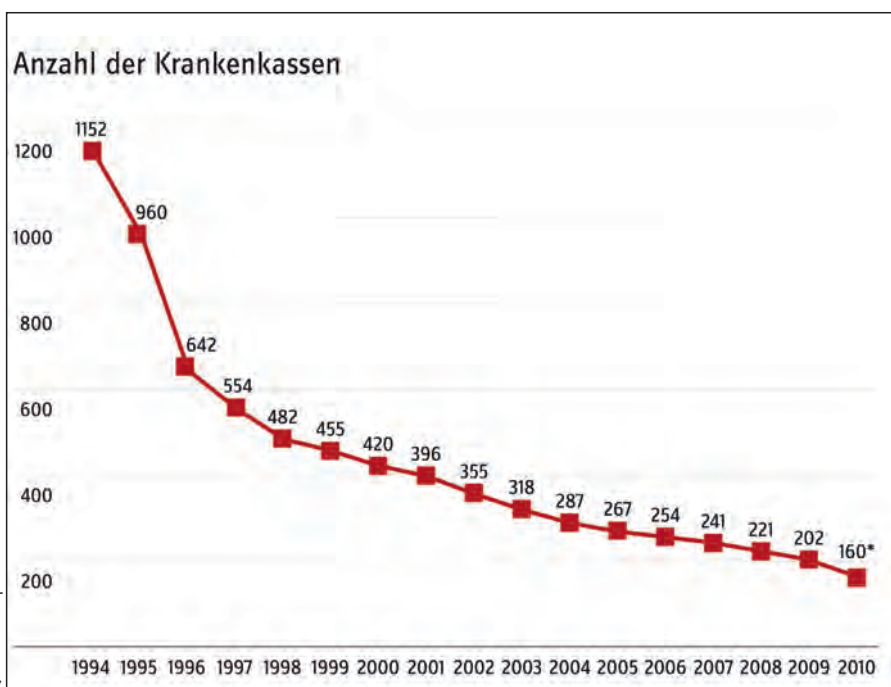
Prof. Jürgen Wasem

Die Politik habe den Akteuren in den vergangenen Jahren zahlreiche Instrumente zur Verfügung gestellt, die es zu nutzen gelte. Hier gebe es Spielraum für Verbesserungen: Wasem: „Sektorale Budgets, einschließlich der Verwaltungskosten der Kassen sind kontraproduktiv. Zudem sollte die duale Finanzierung im Krankenhaus durch Monistik ersetzt werden.“ Wasem sprach sich dafür aus, das obligatorische Berichtswesen zu Qualitätsinformationen (auch im Selektivvertragsbereich) auszubauen. „Die Zukunft von Selektivverträgen als potenzielles Substitut der Kollektivverträge muss politisch entschieden werden“, erklärte der Gesundheitsweise abschließend. Im Übrigen wäre er selbst früher ein Anhänger des radikalen Modells von Selektivverträgen gewesen. Im Laufe der Jahre werde er hier aber zunehmend zögerlicher.

Fusion bis Monopulgrenze

Andreas Mundt, seit 2009 Präsident des Bundeskartellamtes in Bonn sieht in puncto „Kassenhochzeit“ noch Potenzial. „Hier ist noch Raum für Fusionen“, erklärte er in Berlin. „Solange unter den Unternehmen Wettbewerb besteht, spielt die Anzahl der Kassen keine Rolle.“

Die Behörde prüfe gemäß § 171a SGB V lediglich Fälle, in denen es sich um eine wirtschaftlich bedeutsame Fusion handelt. „Der Maßstab liegt bei mindestens 25 Millionen Euro Umsatz pro Jahr“, so Mundt. Geprüft wurde etwa die Fusion von Barmer und Gmünder Ersatzkasse zur Barmer GEK.



Auf Konzentrationskurs: Die Zahl der gesetzlichen Kassen befindet sich auf einem historischen Tief.

Am 17. Februar 2010 hatte das Bundeskartellamt ein Verfahren gegen neun Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet. Dabei geht es um den Verdacht, dass die Kassen gegen das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen verstoßen haben, als sie Ende letzten Jahres gemeinsam angekündigt haben, Zusatzbeiträge zu erheben. Gegenstand des Verwaltungsverfahrens ist die Frage, ob der Festlegung und der Bekanntgabe der Zusatzbeiträge verbotene Kartellabsprachen zugrunde gelegen haben. Das Bundeskartellamt prüft dabei nicht die Angemessenheit der angekündigten Zusatzbeiträge. Mundt: „Wir haben hier bewusst ein Verwaltungs- und kein Bußgeldverfahren eingeleitet.“

Auch bei Entwicklungen im Bereich der Selektivverträge habe das Bundeskartellamt ein prüfendes Auge und kann im Zweifelsfall Einfluss nehmen. Anders bei Kollektiv-

verträgen. „Bei Kollektivverträgen greift das Kartellrecht nicht. Hier müssen sich alle Beteiligten an einen Tisch setzen.“ Schließlich gebe es hier keinen Raum für Wettbewerbsrecht.

Tanz auf Kassenhochzeiten

Viele Versicherte tanzen auf den Kassenhochzeiten mit. Nicht wenige haben auf der Flucht vor Zusatzbeiträgen bereits mehr als einmal gewechselt. Dabei ist „ein Wechsel mehr Flucht und Zuflucht als ein Weiterziehen auf der Suche“, bestätigt Dirk Weller von YouGovPsychonomics. In einer Befragung von 577 Kassenwechslern gaben 49 Prozent an, dies nur einmal getan zu haben. 27 Prozent hätten es bereits zum zweiten Mal getan und 17 Prozent bereits zum dritten Mal. Neben der Flucht vor dem Zusatzbeitrag wollen viele Versicherte mehr Qualität und bessere Leistungen. In zentralen

INFO

Fusionskontrolle

Neben der Durchsetzung eines Kartellverbots, der Missbrauchsaufsicht über marktbeherrschende Unternehmen sowie dem Vergaberechtsschutz obliegt dem Bundeskartellamt die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen in Deutschland, die sogenannte Fusionskontrolle. Anders als Kartell- und Missbrauchsverbot, die bereits seit dem Inkrafttreten im Jahre 1958 im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) verankert sind, wurden die Regelungen über die Fusionskontrolle erst 1973 in das GWB aufgenommen.

Fragen, wie dem Umgang mit dem finanziellen Plus im Gesundheitsfonds sei die Bevölkerung genauso gespalten wie die Politik, sagte Weller abschließend. sf

Zukunftskongress öffentliche Apotheken

Weniger Markt – mehr Verantwortung

Apotheken können oder sollen in Zukunft auch ärztliche Aufgaben übernehmen dürfen, um dazu beizutragen, eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Ärzte sollten im Gegenzug ein Dispensierrecht für bestimmte Medikamente erhalten. Dies regte NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens auf dem „3. Zukunftskongress öffentliche Apotheken“ in Bonn an. Prof. Dr. Heribert Prantl von der Süddeutschen Zeitung wies auf die soziale Verantwortung der Pharmazeuten als Vertrauenspersonen für kranke und hilfsbedürftige Menschen hin.

Zu viel Markt im Gesundheitssystem kann krank machen. Diese These vertrat Prof. Dr. Heribert Prantl, Ressortchef Innenpolitik bei der Süddeutschen Zeitung, in seinem Festvortrag auf dem vom Apothekerverband Nordrhein veranstalteten „3. Zukunftskongress öffentliche Apotheken“ in Bonn. „Das

Vor diesem Hintergrund sei es wichtig, sich Fragen zu beantworten, wie: „In welcher Gesellschaft wollen wir leben?“, „Wollen wir ein soziales Gesundheitssystem?“ oder „Wie muss die Gesellschaft mit alten Menschen umgehen?“ Eine auf dem Sozialstaatsprinzip beruhende Versorgung sei wie eine



Foto: ABDA

Apotheker als Vertrauenspersonen und mehr soziale Verantwortung der Pharmazeuten – das forderten Experten auf dem Kongress in Bonn.

Soziale verliert zunehmend seinen Stellenwert“, so Prantl. Das Menschenbild in unserer Gesellschaft werde zunehmend von ökonomischen Vorstellungen geprägt, mit Folgen insbesondere für die Versorgung von Alten, Schwachen und Hilfsbedürftigen. Ein Gesundheitswesen aber, das der Behandlungsrentabilität Vorrang vor der Mitmenschlichkeit einräume, sei wie eine Kfz-Werkstatt, in der Autos nur repariert werden, solange es sich rechnet. „Das deutsche Gesundheitssystem benötigt wieder mehr Kooperation und weniger Konkurrenz, damit Kranke sich in ihm gut aufgehoben fühlen“, mahnte Prantl.

Klammer, die das Leben von seinem Start bis zu seinem Ende umspanne. Prantl forderte in diesem Zusammenhang auch, die Palliativmedizin auszubauen. „Unsere Gesellschaft muss wieder lernen, sich mit dem Sterben als Teil des Lebens auseinanderzusetzen“, so der Journalist.

Vertrauen geben

Den Apothekern käme bei all dem die wichtige Rolle zu, den Menschen das Vertrauen zu geben, dass sie Hilfe bekommen, wenn sie sie benötigen. „Das Mit-dem-Patienten-

Reden kann dabei so wichtig sein, wie das Arzneimittel selbst“, betonte Prantl. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zum Fremd- und Mehrbesitzverbot sei deshalb ein „unerwartetes Geschenk an die deutschen Apotheken“. Der EuGH hatte im Mai 2009 entschieden, dass die Inhabergeführte Apotheke einen besonderen Stellenwert genießt und dass daher das im deutschen Apothekenrecht bestehende Fremd- und Mehrbesitzverbot bestehen bleiben müsse. Die Luxemburger Richter haben damit der Bildung von Apothekenketten – vorerst jedenfalls – einen Riegel vorge-schoben. Es sei jetzt Aufgabe der Apotheker, das Urteil zu nutzen, um ihr eigenes Überleben zu sichern, so Prantl.

Wohnortnahe Versorgung

Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Die Grünen) wandte sich auf dem Zukunftskongress ebenfalls gegen eine zu sehr in Richtung Kommerz gehende Entwicklung und betonte den Wert der wohnortnahen Versorgung mit Arzneimitteln. „Apotheken sind keine Handelsgeschäfte wie andere, sondern ein wichtiger Teil des Gesundheitswesens“, so die Ministerin. Als solche garantierten sie ein Stück soziale Infrastruktur in den Gemeinden und Quartieren. Die Ministerin sprach sich deshalb nicht nur gegen Apothekenketten, sondern auch gegen den Versandhandel und Pick-up-Stellen aus.

Sinnvoller als solche Ansätze zu forcieren, sei es, über neue Konzepte nachzudenken, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. „Unser System ist zu stark von Sektoren bestimmt“, kritisierte Steffens. Deren starre Grenzen gelte es zu überdenken. „Warum sollen nicht Arztpraxen, dort, wo es im ländlichen Raum keine Apotheken gibt, Arzneimittel abgeben können?“ Apotheker wiederum könnten in Einzelfällen auch medizinische Aufgaben übernehmen, schlug die Ministerin vor. Dies gelte insbesondere für die Prävention. Beispielhaft nannte Steffens die Schulung von Diabetikern und Asthmatikern sowie von Kindergarten-, Schulkindern und Senioren durch Apotheker.

Politiker anderer Parteien beschäftigten sich auf dem Kongress derweil vorrangig mit den Auswirkungen des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG) auf die Apothekenlandschaft, wie bei der Podiumsdiskussion mit Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, und Bärbel Bas, Mitglied der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Fraktion, deutlich wurde. Hans Lanfermann von der FDP hatte aus Termingründen kurzfristig abgesagt.

Dem Vorwurf der Apotheker, dass die „Konstruktionsfehler des AMNOG“ die Apotheken wirtschaftlich über Gebühr belaste, begegnete Spahn grundsätzlich mit Verständnis. So signalisierte er seine Gesprächsbereitschaft, um über die Großhandelsrabatte neu nachzudenken.

Positivliste angeregt

Thomas Preis, Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein, hatte kritisiert, dass die Apotheken durch die neuen Großhandelskonditionen 200 Millionen Euro zusätzlich zu dem gesetzlich vorgesehenen Sparbetrag von 200 Millionen Euro schultern müssten. Dies sei zu befürchten gewesen, bestätigte Bas. Die SPD-Politikerin regte daher an, über eine Positivliste nachzudenken. Spahn räumte gleichwohl ein, dass man derzeit noch nicht genau wisse, wie viel tatsächlich vom Großhandel auf die Apotheken abgewälzt werde. Wenn allerdings das Fass neu aufgemacht werden solle, dann müsse die Diskussion über die Großhandelsrabatte grundlegend neu geführt werden. „Und damit werden wir uns auch über die Arzneimittelpreisverordnung insgesamt unterhalten müssen“, betonte der CDU-Politiker.

Offen zeigte sich Spahn auch für mögliche Änderungen bei der Packungsgrößenverordnung. Die Regelungen des AMNOG sollten zu einer besseren Austauschbarkeit zwischen den Packungsgrößen führen. „Die Mehrkostenregelung muss so gestaltet sein, dass der Patient sein Wunschmedikament als Alternative zu den kassenbestimmten Einheitsmedikamenten frei wählen kann“, forderte Preis.

*Petra Spielberg
Christian-Gau-Str. 24
50933 Köln*

Symposium zum Diabetes-Kongress in München

An jedem Zahn hängt ein Mensch

Auf dem interdisziplinären Fortbildungskongress der Internisten zur Diabetologie am 11. und 12. Februar in München konnte sich auch die Zahnärzteschaft mit einem Symposium präsentieren. Ziel war es, dem ärztlichen Fachpublikum die Bedeutung der Mundgesundheit bei Diabetikern nahezubringen und auf die Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und Allgemeingesundheit hinzuweisen.

Das Satelliten-Symposium der BZÄK, das gemeinsam mit Colgate-Palmolive Deutschland konzipiert und durchgeführt wurde, bot den interessierten Ärzten einen Überblick über die komplexe Materie. BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich skizzierte den Teilnehmern die steigende Bedeutung der Mundgesundheit für die Allgemeingesundheit. Er ging auf soziodemographische Aspekte ein und wies auf die steigende Prä-

Wechselwirkungen zwischen parodontalen Erkrankungen und Diabetes mellitus ein. Die Parodontitis müsse als weitere Komplikation für Diabetes angesehen werden, so sein Fazit (siehe dazu auch ausführlich zum 18/2008, Seiten 28-40). Aus medizinischer Sicht referierte Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und



Rest des Körpers betrachtet werden. Präventive und therapeutische Ansätze müssten über Fach-, Sektor- und Organgrenzen hinweg betrachtet werden. Parodontitis sei als Folge der Diabetes auch bei Betroffenen weitgehend unbekannt. Als einfacher Schritt der Prävention seien auch bei diesen Patienten eine bedarfsorientierte häusliche Mundpflege und PZR sowie die Zahnarztkontrolle wichtig.



Fachübergreifende Informationen auf dem Diabetes-Kongress boten Dr. Dietmar Oesterreich, BZÄK, Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Uni Bonn, Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger, Klinikum München, und Michael Warncke, Colgate (v.l.n.r.).

valenz von Diabetes mellitus und Parodontalerkrankungen bei Senioren hin. Er erklärte die Zusammenhänge von medizinischen und zahnmedizinischen Erkrankungen (zum Beispiel: Diabetes als Risikofaktor für Parodontitis, Parodontitis als Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt, für Frühgeburten, chronische Atemwegserkrankungen oder Osteoporose). Parodontitis sollte als Folgeerkrankung von Diabetes anerkannt werden, forderte Oesterreich. Erfolge bei der Prävention oraler Erkrankungen böten auch eine Chance für die Verbesserung der Allgemeingesundheit. Wichtig sei ein interdisziplinäres Vorgehen in Forschung und Praxis.

Wechselwirkungen

Ausführlich ging Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Direktor der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde an der Universität Bonn, auf die

Angiologie, zur Therapie der Parodontitis bei Diabetikern.

„An jedem Zahn hängt ein Mensch“, betonte Michael Warncke, Direktor Scientific Affairs bei Colgate. Erkrankungen der Mundhöhle dürften nicht unabhängig vom

INFO

Fachkongress in München

Unter dem Motto „Innere Medizin – fachübergreifend: Diabetologie grenzenlos“ veranstaltete der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) seinen interdisziplinären Fortbildungskongress in München. Absicht war, einen Überblick über alle Bereiche im Rahmen der Inneren Medizin zum Komplex Diabetologie zu schaffen und den teilnehmenden Ärzten ein „Update“ ihres Wissenstandes nach neuesten Erkenntnissen zu bieten.

Gute Resonanz

Die Veranstaltung versteht sich als Baustein im Rahmen der von beiden Partnern, BZÄK und Colgate, getragenen Initiative „Gesund im Mund bei Diabetes“. Auf der Grundlage evidenzbasierter Daten soll über eine Vielzahl von Maßnahmen Aufklärungsarbeit betrieben werden. Die inhaltliche Arbeit erfolgt über einen interdisziplinären Wissenschaftsausschuss, besetzt mit Experten aus Diabetologie und Parodontologie. Derzeit ist dort ein Konsensuspapier zur Ergänzung der Leitlinien von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie und der Deutschen Diabetes Gesellschaft in Arbeit, das in Kürze veröffentlicht wird. BZÄK-Vizepräsident Oesterreich zeigte sich erfreut über die Resonanz des Symposiums in der Fachöffentlichkeit: „Unsere Arbeit hat sich gelohnt, wir konnten unsere Inhalte gut weitervermitteln.“

pr

Umfrage des Marburger Bundes unter Klinikärzten

Am Limit

Massenweise Überstunden, schlechte Arbeitsbedingungen, zu viel Bürokratie – das sind die wichtigsten Ergebnisse einer Umfrage des Marburger Bundes unter den deutschen Klinikärzten. Die Stimmung in den Krankenhäusern ist schlecht, die Ärztegewerkschaft sieht Handlungsbedarf.



Foto: CC

Ausgepowert? Klinikärzte leiden unter einer massiven Arbeitsbelastung.

„Die Krankenhausärzte arbeiten nach wie vor am Limit. Die Arbeitsbelastung ist teilweise unerträglich hoch.“ So fasst Rudolf Henke, erster Vorsitzender des Marburger Bundes, die Ergebnisse einer Umfrage unter 12 000 Klinikärzten zusammen. Im Auftrag des Marburger Bundes hatte das Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME) im Herbst 2010 bundesweit eine schriftliche Befragung zur beruflichen Situation der Krankenhausärzte durchgeführt. Nach Angaben der Ärztegewerkschaft handelt es sich dabei um die größte repräsentative ärzteumfrage dieser Art in Deutschland. Befragt wurden bundesweit Assistenz-, Fach-, Ober- und Chefärzte an Kliniken jedweder Trägerschaft.

Die Umfrageergebnisse zeichnen ein schlechtes Bild von der Stimmungslage an deutschen Kliniken. Rund 42 Prozent der befragten Ärzte beurteilen ihre Arbeitsbedin-

gungen als schlecht (32 Prozent) oder sehr schlecht (10 Prozent). Diese Unzufriedenheit resultiert aus Sicht der Gewerkschaft auch aus der Personalnot der Kliniken. Die Probleme bei der Besetzung von freien Arztstellen seien weitaus dramatischer als bisher angenommen. In 71 Prozent der Abteilungen sind nach Angaben der Befragten eine oder mehrere Arztstellen vakant. „Im Durchschnitt sind 1,5 Arztstellen pro Abteilung unbesetzt. Hochgerechnet auf alle rund 8 500 Krankenhausabteilungen in Deutschland können demnach mehr als 12 000 Arztstellen in den Kliniken nicht besetzt werden“, erklärt die Ärztegewerkschaft. „Wir haben den Ärztemangel numerisch unterschätzt“, betont Gewerkschaftschef Henke und verweist auf das Deutsche Krankenhausinstitut, das bislang die unbesetzten Stellen in bundesdeutschen Kliniken offiziell mit 5 500 bis 6 000 Stellen beziffert habe.

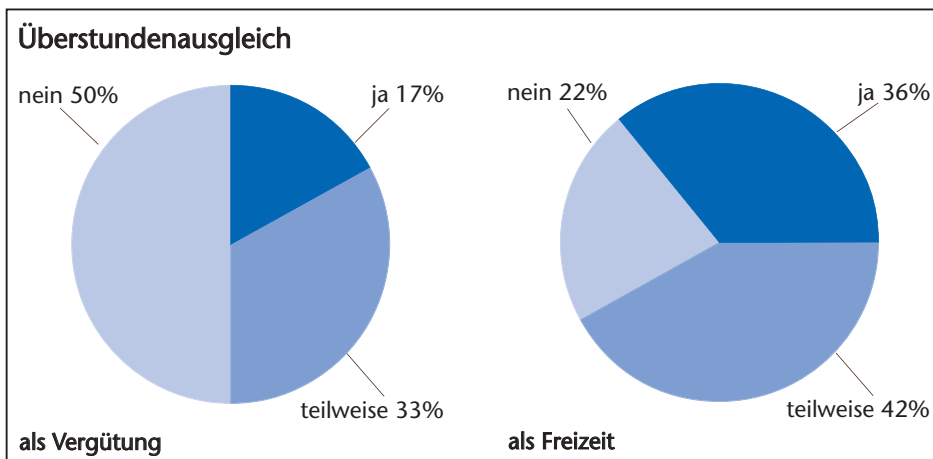
Viele Überstunden

Der Umfrage zufolge scheinen die Krankenhausärzte den Personalmangel zum Teil mit immensen Überstunden zu kompensieren. Die durchschnittliche Arbeitszeit liegt bei 40 Prozent der Befragten inklusive aller Bereitschaftsdienste zwischen 50 und 59 Stunden, weitere 30 Prozent geben an, sogar zwischen 60 und 79 Stunden pro Woche zu arbeiten. Ein Viertel der Befragten erreicht eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 bis 49 Stunden. Im Mittel entspricht das einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 55 Stunden. Hochgerechnet aufs Jahr und alle Klinikärzte kommt der Marburger Bund aufgrund der Umfragedaten auf rund 120 Millionen Überstunden.

Im einzelnen kritisieren die befragten Ärzte neben der Kombination aus Bereitschaftsdiensten und einer damit einhergehenden hohen Überstundenzahl (19 Prozent) vor allem die Leistungsverdichtung (18 Prozent) und die Bürokratisierung des Jobs (18 Prozent) durch die Dokumentationspflichten infolge der DRG-Einführung. Im Vergleich zur letzten Umfrage von 2007 habe sich zudem die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit zum regelrechten „Shootingstar unter den Themen“ entwickelt, so Henke. 55 Prozent der Ärzte (46 Prozent der männlichen und 67 Prozent der weiblichen Ärzte) gaben an, dass eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf ihnen am wichtigsten sei. 57 Prozent beklagen, ihre Klinik tue zu wenig für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Zu viel Bürokratie

Ebenfalls als besonders störend empfinden die Ärzte die Schreibtischarbeit im Krankenhaus. Der tägliche Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten sei zwar in den letzten drei Jahren leicht gesunken, ist aber aus Sicht des Marburger Bundes immer noch viel zu hoch. Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte benötigen täglich mehr als zwei Stunden für



Personalmangel wird durch Überstunden kompensiert. Ein Ausgleich erfolgt oft gar nicht oder nur teilweise.

Verwaltungstätigkeiten. „Den Ärzten stinkt das. Die möchten sich um die Patienten kümmern und sehen nicht ein, warum sie im Krankenhaus Papierverarbeitung leisten sollen. Wir fordern Politik, Krankenkassen und Krankenhäuser dringend auf, gemeinsam Schritte zu einer wirksamen Entlastung einzuleiten. Das sind sie den Ärzten schuldig und auch den Patienten, die mit Recht erwarten, dass die Ärzte mehr Zeit für Gespräche haben sollten“, sagte Henke.

Positiv im Vergleich zur letzten Mitgliederbefragung 2007 scheint allenfalls eine geringfügig gesunkene Bereitschaft der Ärzte, dem Krankenhaus den Rücken zu kehren.

Henke: „Neun Prozent weniger Ärzte als noch 2007 erwägen, ihre Tätigkeit im Krankenhaus aufzugeben.“ Erklärten 2007 noch 53 Prozent der Befragten, dass sie mit dem Gedanken spielen, ihre Tätigkeit im Krankenhaus aufzugeben, sind es jetzt 44 Prozent. Das sei „kein Ergebnis, das uns ruhig schlafen lässt“, aber immerhin sähen heute mehr Ärzte als noch vor drei Jahren wenigstens „ein bisschen Licht am Ende des Tunnels“, so der Gewerkschaftschef.

Patienten in Gefahr

Henke sieht die Politik in der Pflicht, die Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte zu verbessern, und warnt vor einer Zunahme von Behandlungsfehlern aufgrund der Personalnot. Durch die zu langen Arbeitszeiten und vielen Überstunden seien möglicherweise viele Klinikärzte unkonzentriert, die Gefahr von Behandlungsfehler steige dadurch.

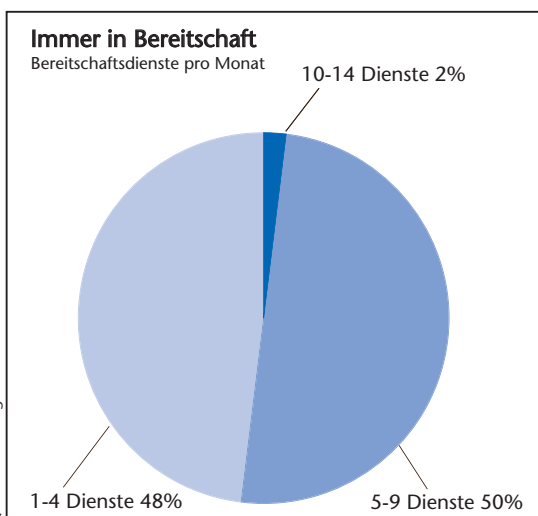
Die Bundesärztekammer in Berlin hatte erst vor Kurzem die aktuelle Statistik der Behandlungsfehler vorgestellt und darauf hingewiesen, dass es immer wieder zu Falschdiagnosen und Behandlungsfehlern komme, weil Ärzte unter Stress und Dauerbelastung stehen. Viele Ärzte seien 24 Stunden und mehr im Dauereinsatz, weil sie den Ärztemangel kompensieren müssten. Auch die Düsseldorfer Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler kam zu dem Ergebnis, dass die Mediziner in Kliniken kaum noch Kapazitäten hätten, Anamnesegespräche in Ruhe durchzuführen. Die Kommission sieht hierin einen Hauptgrund für Falschdiagnosen.

„Wenn sich weniger Menschen um einen kümmern, als eigentlich vorgesehen, dann ist das ein Problem“, warnt deshalb auch Gewerkschaftschef Henke. Um die Patienten zu schützen, müssten mehr Klinikärzte eingestellt werden. Im Hinblick auf die neuesten Sparaufgaben von Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) konstatiert Henke, die Kosten für die Krankenhausversorgung könnten in der nächsten Zeit nicht sinken. Wenn die 12000 freien Stellen von Ärzten besetzt würden, so müsse man einen Betrag im „niedrigen einstelligen Milliardenbereich“ aufbringen.

Gestiegene Ausgaben

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen hält von diesen Forderungen wenig. Er verweist auf die in den letzten Jahren bereits deutlich gestiegenen Ausgaben für Krankenhäuser. Mit über 60 Milliarden Euro gebe es 2011 so viel Geld wie noch nie für die deutschen Krankenhäuser. Erst 2009 seien für die Beitragszahler durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz Mehrkosten in Höhe von 4,1 Milliarden Euro entstanden. Der GKV-Spitzenverband sieht deshalb die Krankenhäuser zuallererst in der Pflicht, bestehende Überkapazitäten abzubauen. Rund 20 Prozent der Klinikbetten stünden leer, heißt es vonseiten der Krankenkassen. Diese Überkapazitäten müssten endlich abgebaut werden.

Otmar Müller
Freier gesundheitspolitischer Fachjournalist
mail@otmar-mueller.de



Die Bereitschaftsdienste summieren sich enorm.

Fachtagung zur Patientenversorgung

Behandlung von Behinderten stark verbesserungsfähig

Die medizinische Behandlung von behinderten Patienten bedarf einer dringenden Verbesserung und zusätzlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen. Dies belegte einmal mehr am 22.02.2011 die Tagung des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung, Hubert Hüppe, in Berlin. Das von BZÄK und KZBV ausgearbeitete Konzept „Mundgesundheit trotz Handicap“ stieß dabei auf der Tagung auf große Resonanz.



Grundlegendes Motto der Tagung war der der Gedanke der Inklusion: Menschen mit Behinderung gehören von Anfang an mitten in die Gesellschaft, auch und erst recht bei der medizinischen Behandlung und Versorgung.

Neben Experten-Statements, die von entsprechenden Referenten abgegeben wurden, tauschten sich die rund 150 Teilnehmer, darunter Betroffene, Angehörige, Selbsthilfegruppen, Ärzte, Verbandsvertreter und Politiker bei der zweitägigen Zusammenkunft auch in Workshops aus. Aus dem zahnärztlichen Bereich beteiligten sich der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dietmar Oesterreich, und der Vize-Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Wolfgang Eßer, sowie Dr. Imke Kaschke von Special Olympics Deutschland e. V. und Ina Nitschke von der Deutschen Gesellschaft für Altersmedizin an den Arbeitsrunden.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen nannte selbst eine ganze Reihe von Problemen, mit

denen Patienten mit Lernbehinderungen konfrontiert seien. „Sowohl hinsichtlich der Ausbildung des medizinischen Personals als auch hinsichtlich der Barrierefreiheit in Arztpraxen und Kliniken gibt es Nachholbedarf in Deutschland. Hinzu kommen teils grundsätzliche Probleme bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung“, so Hubert Hüppe.

Behinderte berichteten aus Versorgungsalltag

Während der Tagung berichteten Betroffene aus verschiedenen Blickwinkeln über Alltagsprobleme in der medizinischen Versorgung. So etwa von medizinischem Personal, das weder fachlich in der Lage sei, Komplexerkrankungen behinderter Menschen richtig zu diagnostizieren und zu behandeln, noch generell im Umgang mit behinderten

Menschen geschult sei. Beispielsweise werde zu wenig berücksichtigt, dass etwa ein Beratungsgespräch mit einem Menschen



Fotos: KZBV-Aventis.de

Stellten sich den Fragen der Tagungsteilnehmer: Die Vize-Chefs von KZBV und BZÄK, Dr. Wolfgang Eßer (l.) und Dr. Dietmar Oesterreich (r.) sowie Dr. Imke Kaschke (2. v. l.) und Dr. Ina Nitschke (2. v. r.).

mit Lernschwierigkeiten länger dauern könne und eine leichtere Sprache erfordere.

Vergleichbares gelte auch bei hörbehinderten Menschen, bei denen die Übersetzungszeit berücksichtigt werden müsse, oder bei Menschen mit einer spastischen Lähmung. „Ausreichende Fachkenntnisse zur Behandlung behinderter Menschen müssen schon im Studium, spätestens in Fort- und Weiterbildungen vermittelt werden“, erklärte Hüppe.

Auch wurde deutlich, dass es einige grundsätzliche Probleme gibt, die die medizinische



Die parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU) dämpfte die Hoffnung auf neue gesetzliche Regelungen.

Versorgung behinderter Menschen zusätzlich erschwert. So stehen etwa immer mehr Menschen mit Behinderungen, die eine teils intensive medizinische Versorgung benötigen, insbesondere im ländlichen Raum immer weniger Ärzte zur Verfügung. Damit ist der Medizinermangel auf dem Land zwar ein allgemeines Manko medizinischer Versorgung, doch trifft dies Patienten mit Behinderungen aufgrund ihrer Immobilität besonders schwer. Die Teilnehmer waren sich einig, dass der Anreiz für junge Ärzte gestärkt werden müsse, sich im ländlichen Raum niederzulassen.

Ansprüche im Sozialgesetzbuch erweitern

Auch bei der zahnärztlichen Versorgung liege noch viel im Argen, sowohl bei der Vorbeugung als auch bei der Akutbehandlung oder der Versorgung mit Prothesen, so der



Berichtete aus dem Alltag von behinderten Patienten: Margit Hudelmayer.

Behindertenbeauftragte. Der Anspruch auf eine ausreichende zahnärztliche Versorgung behinderter Menschen müsse im fünften Sozialgesetzbuch stärker ausgestaltet werden. Damit berief sich Hüppe auf das auf der Tagung vom stellvertretenden KZBV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eßer vorgestellte Konzept von BZÄK und KZBV zur Mundgesundheit. Wegen seiner fundierten Aufbereitung und Professionalität wurde gerade der Vorstoß der beiden Körperschaften von vielen Tagungsteilnehmern ganz besonders hervorgehoben.

Zahnärztliche Behandlung beiderseits anstrengend

Eßer führte aus, dass Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen eine erhöhte Erkrankungsrate

INFO

Veranstaltungsreihe

Die Fachtagung „Patientenversorgung“ bildete eine Teilveranstaltung innerhalb einer Reihe von Veranstaltungen des Beauftragten der Bundesregierung zur Gesundheit für Menschen mit Behinderungen. Das Konzept der Veranstaltungsreihe stellt dabei mit dem Motto „Nichts über uns, ohne uns“ die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen in den Vordergrund. sg

für Karies und Zahnbettentzündungen hätten und deswegen mehr Zähne als Menschen ohne Behinderung verlören. Verschiedene Studien bestätigten, dass die Zähne von Menschen mit Behinderung in vielen Fällen gar nicht oder nur unzureichend zahnmedizinisch versorgt seien. Die körperlichen und/oder geistigen Behinderungen hätten in sehr vielen Fällen eine wesentlich schlechtere Mundpflege zur Folge, vielfach sei auch die Behandlungsfähigkeit durch die Behinderung stark eingeschränkt.



Rief die Tagung ins Leben: Hubert Hüppe, der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung.

Zahnärzte könnten solche Patienten oftmals nur unter ganz besonders aufwändigen Bedingungen behandeln. Durch mögliche Ängste der behinderten Patienten oder durch kurzfristige Behandlungsschwierigkeiten, wie etwa Anfälle bei Epilepsie-Kranken oder andere hinzukommende Faktoren, erhöhe sich der Stress und entwickle sich eine zahnärztliche Behandlung zu einer regelrechten Anstrengung für beide Seiten – sowohl für den Patienten als auch für den Zahnarzt.

Die hohe Erkrankungsrate und der schlechte Versorgungszustand der Zähne, so Eßer, lägen aber nicht nur bei den Patienten selbst, sondern auch im System der gesetzlichen Krankenversicherung begründet. Die gehe von der Prämisse aus, dass alle Erwachsenen ihre Zähne selbst pflegen und selbstständig zum Zahnarzt gehen könnten. Damit richte sich das Gesundheitssystem vorrangig an Fitte und Mobile, die in irgendeiner Weise krank geworden sind. Den Menschen mit

Behinderung werde man unter solchen Bedingungen nicht gerecht, weil die Voraussetzungen nicht zuträfen. Eßer: „Menschen mit Behinderung benötigen eine zahnärztliche Versorgung, die auf ihre besonderen Bedürfnisse abgestellt ist.“

Gesetzgeber ist gefragt

Doch, um solche Lücken in der Versorgung zu beheben, sei zuerst der Gesetzgeber gefragt. Dieser müsse über das SGB V festhalten, dass Menschen mit Behinderung einen besonderen und umfangreicheren Leistungsanspruch haben als Menschen ohne Behinderung. Auf der Basis des aktuellen Leistungskatalogs sei dies nicht möglich, so Eßer. Derzeit seien es vor allem ehrenamtlich tätige Zahnärzte, die sich neben ihrer sonstigen Praxistätigkeit bei der Behandlung von Patienten mit Behinderung engagierten. Eßer betonte, dass BZÄK und KZBV bereits 2010 einen Runden Tisch mit der Wissenschaft ins Leben gerufen und ein Konzept erarbeitet haben. „Wir Zahnärzte haben unsere Hausaufgaben gemacht“, so Eßer, „jetzt ist es am Gesetzgeber, aktiv zu werden. Die zahnmedizinische Versorgung von behinderten Patienten kann nicht an den leeren Kassen der Krankenkassen haltmachen.“

Zähne als unentbehrliche Helfer im Alltag

Dass die mundgesundheitsliche Versorgung noch sehr verbesserungswürdig sei, dies unterstrich auch Margit Hudelmaier vom Bun-

desverband Contergangeschädigter. Hudelmaier berichtete unter anderem, dass Contergangeschädigte oft schon bei der Handhabung einer Zahnbürste scheitern würden. Viele legten die Bürste, statt sie in die Hände nehmen zu können, auf dem Waschbecken ab und umkreisten die Bürste mit dem Mundinneren.

Auch seien die Zähne von Betroffenen härtesten Alltagsstrapazen unterworfen, so etwa, wenn Flaschen geöffnet werden, Türschlüssel umgedreht oder schwere Taschen und Lasten transportiert werden müssten. Hudelmaier: „Die Zähne sind von Geburt an Extremsituationen ausgesetzt und tun viel mehr als das, wofür sie biologisch gedacht sind.“ Viele Betroffene müssten mit 40 Jahren schon zum zweiten Mal komplett mit ZE versorgt werden.

Behinderte fühlen sich oft als Bittsteller

Barbara Stötzner-Manderscheid, die für die Interessenvertretung „Selbstbestimmt leben“ sprach, machte den Anwesenden ebenfalls deutlich, dass sich behinderte Patienten, die eine medizinische Behandlung brauchen, oftmals als Patienten zweiter Klasse und als Bittsteller vorkämen, die unter Umständen von Arzt zu Arzt und von einem Kostenträger zu einem anderen geschickt werden. Stötzner-Manderscheid brachte die Ambivalenz des Problems gesundheitlicher Versorgung auf den Punkt: „Das Gesundheitssystem passt nicht für Menschen mit Behinderung. Und es passt auch nicht für die behandelnden Ärzte. Es muss grundlegend variiert werden unter dem Aspekt, inwieweit die Behandlung und die Versorgung Patienten mit Behinderungen gerecht wird.“

Zurückhaltend, was zusätzliche gesetzliche Regelungen anbelangt, zeigte sich dagegen die parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz, bei der Veranstaltung. Der Behindertenrat habe einen umfassenden Maßnahmenkatalog vorgelegt, mit dem angestrebt sei, die Versorgung zu verbessern, „die Vorschläge werden wir sorgsam prüfen“, so Widmann-Mauz. sg

INFO

UN-Konvention

Durch die Unterzeichnung der UN-Behindertenkonvention ist Deutschland seit 2009 verpflichtet, Maßnahmen zu treffen, um eine gleichberechtigte Teilhabe der rund acht Millionen in Deutschland lebenden behinderten Menschen zu gewährleisten. Die Konvention besagt, dass die Teilhabe behinderter Menschen ein Menschenrecht ist und kein Akt der Fürsorge oder der Gnade. sg

Zahnschubstanz erhalten nach den neuesten Regeln der Kunst

Jan H. Koch

In den ersten vier Teilen der Serie über die diesjährige IDS wurden Trends und neue Produkte aus den Bereichen Implantologie und Regeneration, Prothetik und Funktion, Geräte und Hygiene sowie Prävention und Parodontologie vorgestellt. In diesem letzten Teil werden die Themen direkte Füllungstherapie und Endodontie besprochen sowie Hinweise und Informationen zum Messebesuch gegeben.



IDS
2011

Direkte Füllungstherapie und Endodontie gehören zusammen. Ziel ist es, den Zahn so lange wie möglich zu erhalten. Produktneuheiten in beiden Bereichen werden auf der IDS 2011 nach bisher verfügbaren Informationen eher evolutionär denn revolutionär sein. Die spannendsten neuen Produkte sollen helfen, geschädigte Zahnschubstanz zu reparie-

ration. Zwischen direkten und indirekten Restaurationen gibt es bei minimalinvasiver Denkweise nicht mehr so große Unterschiede. So kann heute, zum Beispiel für keramische Teilkronen im abraderten Gebiss, sehr substanzschonend präpariert und insofern auch zahnerhaltend therapiert werden [Edelhoff, 2011]. Dennoch besteht zwischen „Prothetikern“ und „Konservisten“, zumindest von der wissenschaftlichen Organisation her, noch immer eine klare Abgrenzung.

Dies wird nachvollziehbar, wenn man das präventive Engagement vieler Zahnerhalter betrachtet, das bereits mit der Diagnose des Kariesrisikos beginnt. Der wichtigste Parameter ist hier die bereits vorhandene Karies, die sich visuell, radiologisch und – ergänzend – zum Beispiel mit fluoreszenzoptischen Methoden feststellen lässt. Seit



Foto: Kölnmesse GmbH

ren oder Substanzverluste bei der Therapie so gering wie möglich zu halten. Zahnerhaltende Maßnahmen beginnen bei der Kariesdiagnostik und enden bei retrograden Wurzelfüllungen und Stift-Stumpfaufbauten als Vorbereitung für die Restau-

2007 ist ein intraorales Kamerasystem (Dürr Dental) erhältlich, das mithilfe von Licht einstrahlung die spezifische Fluoreszenz bakteriell kontaminierter Zahnhartsubstanz misst. Die gewonnenen Daten unterstützen den visuellen und radiologischen Befund

Foto: Kölnmesse GmbH

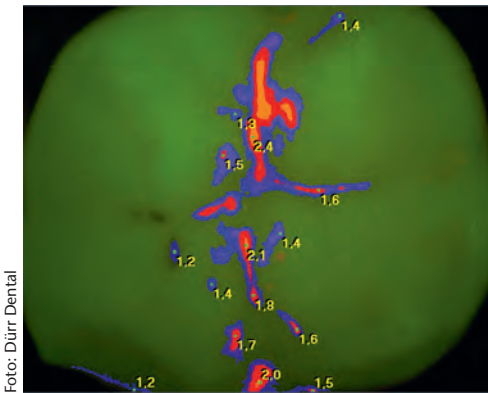
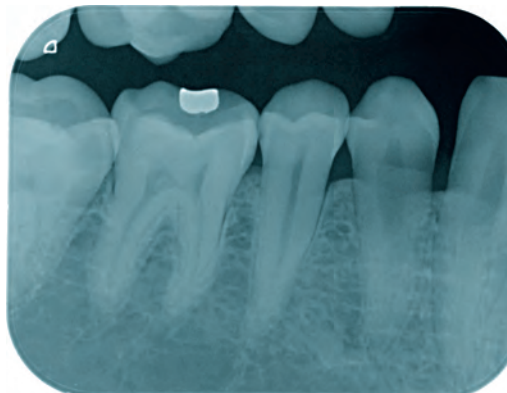


Foto: Dürr-Dental

Je nach Kariesaktivität zeigt ein fluoreszenzbasiertes Kamerasystem unterschiedliche Farben mit zusätzlichem Zahlenwert an (links). Das Röntgenbild gibt bei Kariesverdacht ergänzende Informationen (rechts).



und dienen der Überwachung des Defektverlaufs (Monitoring). Eine neue In-vitro-Studie zeigt eine vielversprechende Vorhersagegenauigkeit, die aber noch in Patientenstudien bestätigt werden muss [Jablonski-Momeni, 2010].

Infiltrieren oder regenerieren

Kann eine von Karies betroffene Approximallfläche vor der Kavitation bewahrt werden, so ist keine Füllung notwendig. Dieses Ziel wird nach neueren Studien mit der sogenannten Kariesinfiltration in vielen Fällen erreicht (DMG). Wenn initiale kariöse Milchzahnläsionen mit lichterhärtendem Kunststoff infiltriert und zusätzlich mit einem Fluoridlack behandelt wurden, ließ sich das Fortschreiten bei 77 Prozent der Läsionen stoppen [Ekstrand, 2010]. Ähnliche Ergebnisse wurden auch bei Erwachsenen gefunden, sogar bei erhöhtem Kariesrisiko [Paris, 2010]. Spannend ist eine im vergangenen Jahr gestartete Studie, bei der ein möglicher wirtschaftlicher Nutzen der Methode gegenüber konventioneller Füllungstherapie über fünf Jahre untersucht werden soll. Als weiteres Anwendungsgebiet könnte sich die Behandlung vestibulärer White-Spot-Läsionen etablieren [Paris, 2009].

Auch beim Exkavieren kariösen Dentins können schonende Methoden wertvolle Zahnschubstanz erhalten. So wurde für einen bereits im Jahr 2003 eingeführten selbstlimitierenden Polymerbohrer gezeigt, dass im Vergleich zu Hartmetall-Rosenbohrern

durchschnittlich 0,5 Millimeter weniger Dentin abgetragen wird [Tsolmon, 2008]. Dieser Unterschied kann bei tiefer Karies darüber entscheiden, ob eine endodontische Behandlung notwendig wird oder nicht. Auf der IDS 2011 wird eine weiterentwickelte Version des Polymerbohrers zu sehen sein (SS White Burs). Aufgrund seiner Materialeigenschaften trägt er, wie sein Vorgänger, laut Anbieter nur kariös erweichtes Dentin mit zerstörter Kollagenstruktur ab. Verändertes, aber erhaltungswürdiges Dentin wird dagegen geschont. Ähnliches gilt nach ersten Informationen auch für einen weiteren, vom Prinzip offenbar vergleichbaren Polymerbohrer, der in Köln erstmals präsentiert wird (Komet/Gebr. Brasseler). Nach dem Exkavieren wird die Dentinoberfläche in der Regel mit einem Dentinadhäsiv bestrichen, das in die Kollagenstruktur eindringt. Dadurch erfolgt, in gewisser Analogie zur oben beschriebenen Infiltrations-

technik, eine Imprägnierung der Zahnschubstanz. Die an sich gewünschte Remineralisation, die eine Annäherung an den Ursprungszustand bedeuten würde, wird also verhindert. Interessant ist hier die Idee einiger Forscher, mithilfe geeigneter Substanzen, zum Beispiel mit Kalziumphosphatzement (Prof. Karl-Heinz Kunzelmann, Universität München) oder sogenannten Dentin-Matrix-Proteinen [Dai, 2010], eine Remineralisation des Kollagens und damit

eine Defektheilung anzuregen. Produkte hierzu werden auf der IDS voraussichtlich noch nicht vorgestellt.

Wenn trotz aller Bemühungen die Pulpa eröffnet wird, aber noch vital und deshalb erhaltungswürdig ist, kann eine direkte Überkappung versucht werden. Ein bereits seit Längerem eingeführtes Produkt für diesen Zweck ist „Mineral Trioxide Aggregate“, eine pastenförmige Mineralmischung, die mit Erfolg reparative Vorgänge in der Pulpa anregt (Dentsply DeTrey). Das Material kann zur Apexifizierung, für die Reparatur von Perforationen in der Endodontie und für direkte Pulpa-Überkappungen verwendet werden. Einen ähnlichen Indikationsbereich hat ein für die IDS als „Dentinersatz“ angekündigtes Produkt mit „Trikalziumsilikat-Kern“ (Septodont). Als zusätzlicher Anwendungsbereich wird die „Behandlung geschädigten Dentins im Bereich der Zahnkrone“ angegeben.



Foto: DMG / MEV

Das als App für Smartphones erhältliche Spiel Zahn um Zahn führt große und kleine Kinder spielerisch an das Thema Kariesprävention heran. Basis ist ein Kariesinfiltrationssystem, das bei initialer Karies ohne Kavitation eine invasive Füllungstherapie vermeiden hilft.



Mit weiterentwickelten Polymerbohrern lassen sich beim Exkavieren in tiefen Läsionen Pulpeneröffnungen vermeiden.

Foto: SS White Burs / atec Dental



Ein weiterer Polymerbohrer mit ähnlichem Anwendungsgebiet zeigt eine leicht abweichende Schneidengeometrie.

Foto: Komet/Gebr. Brasseler

Adhäsivtechnik als Optimum

Sind adhäsive Kompositfüllungen das Ende der Fahnenstange in der direkten Füllungs-therapie? Einige Experten haben daran ihre Zweifel. So weist der Ulmer Hochschullehrer Prof. Bernd Haller darauf hin, dass zur Vermeidung postoperativer Beschwerden möglichst schonend exkaviert werden sollte [Haller, 2009]. Dies könne schon im Vorfeld das Risiko für eine Pulpitis senken. Bei der adhäsiven Vorbereitung des Dentins müssten produktspezifische Besonderheiten in der Anwendung beachtet werden, um zum Beispiel die Ablösung des Komposits vom Kavitätenboden zu verhindern. Als weitere Voraussetzungen für den Langzeiterfolg adhäsiver Kompositfüllungen werden von Praktikern eine gute Mundhygiene des Patienten und das Vorhandensein von Schmelz am Kavitätenrand genannt. Beides kann in der Praxis leider häufig nicht berücksichtigt werden [Kober, 2011].

Bei selbstätzenden Adhäsivsystemen scheint das Risiko undichter Füllungsrän-der beson-

ders groß zu sein [Sauro, 2008]. Auch deutet eine viel zitierte Vergleichsstudie darauf hin, dass einphasige Einkomponenten-Adhäsive, die ohne vorheriges Ätzen und Vorbereiten der Dentinoberfläche anwendbar sind, besonders techniksensitiv sind [van Landuyt, 2009]. Ein neues Adhäsiv, das zudem in nur einer Schicht aufgetragen werden muss, wird mit einer Polymerisationszeit von nur noch zehn anstelle von 20 Sekunden beworben (Dentsply DeTrey). Da die Benetzung aller Flächen plus Einmassieren und Verblasen zusammen mindestens 30, aber eher 40 bis 45 Sekunden dauert, ist dieser Zeitgewinn nicht wirklich entscheidend. Wie bei allen anderen Materialien sollte vor allem auf, nach Möglichkeit unabhängig ermittelte, klinische Langzeitergebnisse geachtet werden. Diese können allerdings naturgemäß erst einige Jahre nach der Produkteinführung vorliegen.

Bei tiefen Kavitäten wird vor Auftragen des Adhäsivs aus toxikologischen Gründen eine Schutzschicht empfohlen, zum Beispiel aus kunststoffmodifiziertem Glasionomerzement [Haller, 2009]. Als günstig bewertet der gleiche Autor auch den Inhaltsstoff Glutaraldehyd, der postoperativen Beschwerden nachweislich vorbeugt. Praktisch sind unabhängig davon die neuesten Darreichungsformen, zum Beispiel mit Sichtfenster zum Füllungsstand und unterschiedlichen Applikatorgrößen (Ivoclar Vivadent).

Auch die Matrizen-technik, die Art des Einbringens des Komposits und die Lichtpoly-

merisation sind kritische Faktoren. Bei den Matrizen hat transluzentes Polyester nach einer neuen Studie den Nachteil, dass die Qualität approximaler Kontakte vier Jahre nach der Restauration abnimmt – im Gegensatz zu Füllungen, die mit metallischen Matrizen gelegt worden waren [Demarco, 2011]. Anatomisch geformte Matrizenbänder und ausgetüftelte Matrizenhalter (zum Beispiel Garrison, Directa) leisten ihren Beitrag zu guten Ergebnissen. Ein batteriebetriebenes Modellierinstrument verändert laut Anbieter die Fließigenschaften von Kompositen. Das Instrument wird in Schwingungen versetzt, verbessert so die Adaption an die Kavitätenwände und reduziert Luftblasen (Kerr).

Erstes selbstadhäsives Flow-Komposit

Als weitere Erfolgsfaktoren sind die Schicht-technik und die Polymerisation zu nennen. Empfohlen wird das Auskleiden der Kavität mit einem fließfähigen Komposit. Hier gibt es mit dem ersten selbstadhäsiven Material tatsächlich etwas (fast) Neues (Kerr). Nach den auf einer Anbieter-Webseite abrufbaren Daten sind Randedichtigkeit und Farbstoffpenetration nach Anwendung des ohne Adhäsiv anwendbaren Flow-Materials günstiger als für die kombinierte Anwendung von Adhäsiven und Flowmaterialien einiger Mitbewerber [Kerr].

In ästhetischer Hinsicht von Interesse ist ein gingivafarbenes Flow-Komposit, das bei Rezessionen im Zahnhalsbereich anwendbar ist (Voco). Unterschiedliche Flow-Viskositäten werden ebenfalls angeboten (zum Beispiel Tokuyama), ein anderes Produkt hebt sich durch seine weiße Einfärbung gut von der Zahnfarbe ab und erleichtert damit die Anwendung als „Unterfüllung“ (Heraeus Dental).

Ein relativ neuer Ansatz ist ebenfalls ein fließfähiges Komposit, das als „selbstnivellierendes“ Unterfüllungskomposit angeboten wird (Dentsply DeTrey). Seine erhöhte Lichtdurchlässigkeit erlaubt es laut Anbieter, das Material in einer Schichtdicke von bis zu vier Millimetern einzubringen, quasi als Dentinersatz. Darüber wird ein Komposit



Foto: Septodont

Ein neues mineralisches Produkt ist als Dentinersatz im Kronen- und Wurzelbereich indiziert.

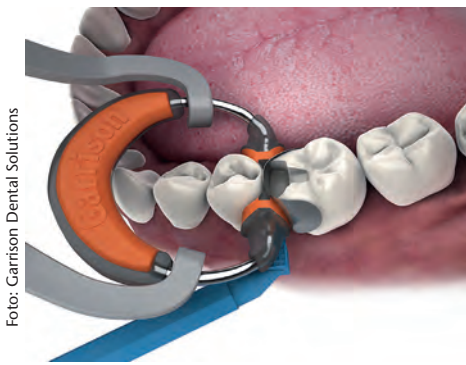


Foto: Garrison Dental Solutions

Ausgefeilte Matrizesysteme helfen, dichte und damit dauerhafte Kompositfüllungen zu legen.

normaler Viskosität geschichtet. Erste klinische Daten werden dem oder der Interessierten mit Hinweis auf das Internet per Presstext versprochen. Sie sind aber leider online nicht einsehbar, sondern nur „auf Anfrage“ erhältlich (Stand 07. Februar 2011).

Verschiedene Kompositanbieter nennen als wichtiges Merkmal ihrer Materialien einen reduzierten Schrumpfstress (zum Beispiel GC Europe). Um diesen voll für einen sicheren adhäsiven Verbund zu nutzen, werden für die Polymerisation Softstart-Geräte empfohlen, nach Möglichkeit mit begrenzter Intensität. Bei den nachfolgenden Schichten sollte dagegen für eine gute Durchhärtung eine höhere Intensität eingesetzt werden. Das heißt, dass zwei unterschiedliche Geräte sinnvoll sein können [Haller, 2009]. Eine Aushärtung in drei Sekunden, die noch immer von einzelnen Anbietern versprochen wird, ist aber nach Expertenmeinungen nicht realistisch und auch nicht zu empfehlen. Interessant sind dagegen minimierte Lichtleiter für die Punktpolymerisation, die zum Beispiel zum „Anheften“ von indirekten Restaurationen verwendet werden können (Ultradent Products).

Bedenkliche Inhaltsstoffe

Bei der adhäsiven Füllungstherapie sollte man auch an das Thema Biokompatibilität denken. So wird der in den meisten Kompositen enthaltene Inhaltsstoff Bisphenol-A wegen seiner hormonähnlichen Wirkung kritisch gesehen. Der Regensburger Wissenschaftler Prof. Gottfried Schmalz empfiehlt

den Herstellern, nach Alternativen zu suchen [Schmalz, 2010]. Auch Allergien gegen Inhaltsstoffe scheinen zu zunehmen [Reichl, 2009]. Ein Schritt in die richtige Richtung könnten daher Komposite sein, die auf einer anderen



Foto: Keir

Mit einem in Schwingungen versetzten Modulationsinstrument lassen sich Komposite laut Anbieter besser an die Kavitätenwände adaptieren.

Chemie basieren. So werden bei einem vor zwei Jahren eingeführten „Nano-Dimer“-Komposit die potenziell schädlichen Monomere besonders effektiv in der Matrix vernetzt, was zu einer besseren Bioverträglichkeit führen soll (Septodont). Aus dem wissenschaftlichen Bericht zu dem Material geht jedoch hervor, dass durchaus geringe Mengen Bisphenol-A abgegeben werden [Septodont]. Ob diese geringen Mengen klinisch relevant sind, wurde nicht untersucht. Dabei handelt es sich offenbar um eine anspruchsvolle toxikologische Frage, deren Beantwortung noch länger auf sich warten lassen könnte.

Dagegen scheinen die bisher erhältlichen Glasionomermaterialien noch immer keine



Foto: Ivoclar Vivadent

Applikatoren für Adhäsive sind in verschiedenen Größen erhältlich, indikationsbezogen zum Beispiel für großflächige Füllungen oder die Vorbereitung des Wurzelkanals für Stift-Stumpfaufbauten.

Alternative zu Kompositen zu sein, da ihre Belastbarkeit nicht ausreicht. In einer Langzeituntersuchung zum Erfolg direkter Pulpa-Überkappungen schnitten diese Materialien

zum Beispiel signifikant schlechter ab als Komposite [Dammachke, 2010]. Dennoch werden immer wieder neue Anläufe genommen, Glasionomere für definitive Füllungen zu entwickeln (Dentsply DeTrey, GC Europe, Voco). Dies ist unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten sicher plausibel. Lang- oder zumindest mittelfristige Erfolgsraten bleiben indes abzuwarten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die adhäsive Füllungstherapie mit Kompositen ein bewährtes Verfahren ist, das aber trotz aller Weiterentwicklungen seine Tücken hat. Deshalb bleibt es spannend, neue Ansätze zu verfolgen, wie zum Beispiel einen in Entwicklung befindlichen „bioidentischen Zahnersatz“. Mithilfe „bio-nanotechnologischer“ Materialien soll nach einer Pressemitteilung der „naturähnliche“ Ersatz verloren gegangener Zahnschubstanz gelingen. Beteiligt sind verschiedene Hochschulen (darunter die Universität Witten/Herdecke), wissenschaftliche Institute und ein Dentalvertrieb (Hager & Werken).

Erfolgreiche Kanalarbeit erwünscht

Der Versuch, eine durch Karies oder andere Infektionen bedrohte Pulpa zu retten, markiert den Grenzbereich zwischen Zahnerhaltung und Endodontie. Wenn die Pulpa irreversible Schädigungssymptome zeigt und schrittweise Kariesentfernung, indirekte oder direkte Überkappung nicht mehr erfolgreich sind, hilft bekanntlich nur noch die Säuberung des Pulpenkavums und des Kanalsystems mit geeigneter Technik.

Dass es sich dabei durchaus um eine medizinische Therapie handelt, zeigt ein lesenswertes Editorial von Michael Hülsmann [Hülsmann, 2010]. Darin betont der Göttinger Professor, dass der Erfolg einer endodontischen Therapie nicht dem Zufall überlassen werden dürfe. Vielmehr müsse diese auf einem kausalen Behandlungskonzept und manuellem Geschick basieren. Insofern sei die endodontische „Kanmarbeit“ mit der chirurgischen Therapie eines infizierten Blinddarms vergleichbar – auch wenn nach

missglückter endodontischer Behandlung noch ein Implantat inseriert werden kann. Erfolgreiche Therapie basiert, nicht nur in der Endodontie, auf sorgfältiger Diagnostik. Neue Möglichkeiten bietet hier offenbar die digitale Volumetomographie, für die eine sehr hohe Übereinstimmung mit histologischen Befunden festgestellt wurde [Michetti, 2010]. Die dritte Dimension

Zugang zum Kanal und seine Aufbereitung

Wenn alle Wurzelkanäle erkannt und über die Zugangskavität erreichbar sind, muss der koronale Abschnitt oft für die Aufbereitung zugänglich gemacht werden. Hierfür gibt es bei den rotierenden Instrumenten bisher die traditionellen Gates-Glidden-Bohrer oder

Effizienz der Schmierschicht-Entfernung untersucht wurde, zeigte allerdings für ein akku-betriebenes Gerät keinen Vorteil gegenüber konventioneller Spülung mit Spritzen und Luer-Lock-Kanülen [Uroz-Torres, 2010]. Insgesamt kann die Verwendung von Ultraschall in der Endodontie aber als etabliert angesehen werden [van der Sluis, 2009].

Wie in der restaurativen Füllungstherapie wird auch für Wurzelfüllmaterialien eine möglichst gute Biokompatibilität gefordert [Geurtsen, 2010]. Dabei zeigen laut Firmeninformationen zum Beispiel UDMA- und silikonbasierte Produkte gute Ergebnisse in zytotoxischen und Sensibilisierungstests (zum Beispiel Ultradent Products, Roeko). Hormonelle Wirkungen dürften hier keine wesentliche Rolle spielen. In Bezug auf die Methodik werden thermoplastische Verfahren (zum Beispiel Dentsply DeTrey, Loser) insgesamt positiv beurteilt, sind aber offenbar relativ techniksensitiv [von Schroeter, 2009].

Bei den maschinellen Feilsystemen gibt es etwas wirklich Neues. Mit nur einer Feile gelingt nach einer Webseite des Anbieters (VDW) die gesamte Aufbereitung des Kanals, meist auch ohne Präparation des Gleitpfads: „In der Hinundherbewegung (reciprocation) wird die Feile zuerst in schneidender Richtung bewegt und dann rückwärts, um das Instrument zu entlasten. Eine 360°-Drehung wird in mehreren reziproken Teilbewegungen vollzogen.“ Passend zu den Instrumenten gibt es einen speziellen Motor, Papierspitzen und Guttapercha-Stifte. Die optimalen Drehwinkel sind im Motor gespeichert, um Überlastungen zu vermeiden.



Ein neues Dentalmikroskop wurde laut Anbieter „von Grund auf“ und speziell für die dentale Anwendung entwickelt.

könnte nach aktuellen Expertenberichten die aus Röntgenbildern abgeleitete Erfolgsrate erheblich verringern. Da ihre Auflösung in der Regel geringer, die Strahlenbelastung aber höher ist als bei zweidimensionalen Techniken, rechtfertigen diese ersten Resultate sicher noch keinen endodontischen Routineeinsatz. Als Ergänzung für die bildgebende Diagnostik wird zurzeit auch eine Ultraschalltechnologie erprobt (ultrasound real time imaging), die sonst in der Allgemeinmedizin Anwendung findet (Siemens) [Raghav, 2010].

Als diagnostische Instrumente im weiteren Sinne werden vergrößernde Sehhilfen von Spezialisten durchgehend verwendet. Sie helfen, den Erfolg endodontischer Behandlungen zu sichern. Während Lupenbrillen auch in anderen Teilbereichen der Zahnmedizin fast schon Standard sind, werden offenbar Mikroskope immer beliebter. Nach Zeiss engagiert sich mit Leica (in Kooperation mit Kavo) ein weiteres renommiertes optisches Unternehmen in der Zahnmedizin. Da die Probleme der mikroskopisch-endodontischen Fotografie inzwischen gelöst sind, lassen sich die Befunde auch mit ein-drucksvollen Fotos dokumentieren.

spezielle Rosenbohrer mit langem, dünnem Übergang vom Arbeitsteil zum Schaft (Kommet/Gebr. Brasseler). Alternativ sind auch diamantierte Ultraschallspitzen anwendbar (zum Beispiel Acteon, American Dental Systems), die allerdings einen feinen Schleifstaub hinterlassen und damit die Sicht erschweren können. Als weitere Möglichkeit werden auf der IDS neuartige rotierende Zugangsbohrer vorgestellt, die mit ihrem konischen Arbeitsteil und der nicht schneidenden Spitze selbstzentrierend wirken (SS White Burs). Dadurch soll sich der Zugang zum Wurzelkanal – im Vergleich zu Rosenbohrern, mit denen relativ leicht eine Via falsa präpariert werden kann – geradlinig und substanzschonend erweitern lassen. Zudem erzeugen die Hartmetallschneiden des Instruments glatte, saubere Flächen, was wiederum die Diagnostik erleichtern soll.

Während und nach der Aufbereitung muss der Wurzelkanal gründlich gespült werden. Hierfür wird häufig empfohlen, mit Ultraschall aktivierte Feilen zu verwenden, die zum Beispiel in speziellen Handstücken angeboten werden. Eine aktuelle Studie, in der die



Eine Serie selbstzentrierender Hartmetallinstrumente wird als Alternative bei der Erweiterung des Wurzelkanalzugangs angeboten.

Foto: SS White Burs / atec Dental



Mit einer neuen maschinell betriebenen Feile mit „reziprozierender“ Funktion soll die Aufbereitung ohne Instrumentenwechsel gelingen.

Foto: VDW

Unter Experten ist es strittig, ob endodontische Feilen, insbesondere die nicht billigen Nickel-Titan-Feilen, mehrmals angewendet werden sollten. Eine optimale Aufbereitung und Sterilisation ist offenbar auch bei Kontrolle der Instrumente unter der Lupe nicht immer möglich, was für den Einmalgebrauch spricht. Hinzu kommt die Gefahr von Ermüdungsbrüchen. Alternativ können Instrumente bei Behandlungen über mehrere Sitzungen auch patientenbezogen aufbewahrt und am Ende der Therapie entsorgt oder dem Patienten mitgegeben werden [Sonntag, 2010].

Auch eine perfekte Desinfektion oder gar Sterilisation des Kanalsystems ist nicht machbar. Daher ist eine möglichst dichte und belastbare postendontische Restauration von größter Bedeutung für den Langzeiterfolg. Bei den Wurzelstiften gibt es eine farbenfrohe Neuheit. Quarzfaser-Wurzelstifte mit temperaturempfindlichen Pigmenten sorgen während des Einbringens für einen guten Kontrast zur Zahnschicht (VDW). Wurzelstifte sind heute in vielen Fällen beschichtet, so dass eine separate Silanisierung oder Silikatisierung nicht mehr notwendig ist.

Die CAD/CAM-Technik eröffnet bei der Gestaltung von Stift-Stumpfaufbauten neue

Möglichkeiten (Sirona). Dazu wird der Stift zusammen mit dem Zahn intraoral gescannt, der Aufbau kann dann mithilfe der Software gestaltet und wie gewohnt CAM-gefräst werden. Die Verbindung beider Komponenten erfolgt nach Silanisierung mit Befestigungskomposit (zum Beispiel Ivoclar Vivadent). Dafür wird zunächst nach Einfüllen des Komposits in die Wurzelkanäle der Aufbau befestigt, dann der Wurzelstift durch eine okklusale Öffnung in die Endposition gebracht und anpolymerisiert [Brunner, 2010].

Endodontie unter einem Dach

Die ganz oben erwähnte Zusammengehörigkeit von Füllungstherapie und Endodontologie hat vor Kurzem in der neuen Struktur der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) eine organisatorische Entsprechung gefunden. Die bisher getrennten Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Endodontie (DGEndo) und Arbeitsgemeinschaft für Endodontologie und Traumatologie in der DGZMK (AGET) haben sich in der entsprechenden Deutschen Gesellschaft (DGET) unter dem Dach der DGZ – und damit der DGZMK – vereinigt.

Was hat das mit der IDS 2011 zu tun? Es zeigt, wie wichtig Vernetzung, der Zusammenhalt innerhalb von Fachgruppen und der Austausch mit kompetenten Partnern sind. Synergien sind auf vielen Ebenen sinnvoll, auch mit Anbietern von Produkten und Dienstleistungen, mit an der Entwicklung beteiligten Praktikern und Wissenschaftlern, mit Vertretern von Fachverbänden und Fachmedien und nicht zuletzt mit Berufsverbänden. In dieser Dichte und Qualität gibt es das nur auf der IDS.

Dr. Jan Hermann Koch
Parkstr. 14
85356 Freising
janh.koch@dental-journalist.de

zm Leser service

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

Tickets, Reiserabatte und Hallen-Navigation



Fotos: Kölnmesse GmbH

Ab dem 22. März 2011 ist es wieder soweit – die KölnMesse öffnet mit der IDS, der großen Weltmesse für Zahnärzte, seine Pforten.

■ Die Messeplanung beginnt mit dem Kauf der **Eintrittskarten**. Wie fast alles rund um die IDS 2011 geht das am einfachsten online: Von der Startseite (www.ids-cologne.de) gelangt man direkt zum Ticket-Shop, wo mit EC- oder Kreditkarte bezahlt werden kann. Ein Tagesticket für einen der Messtage vom 23. bis zum 26. März kostet 13 Euro (für Fachschüler, Azubis, Studenten und Kinder ab 7 Jahren: 7,50 Euro), eine Zweitageskarte 17 Euro, eine Dauerkarte 21 Euro. Die Tageskassenpreise sind etwas höher. Da auch Kinder ab sieben Jahren den ermäßigten Eintritt zahlen müssen und da es in diesem Jahr keine Betreuung gibt, sollten nach Möglichkeit keine Kinder mitgenommen werden.

■ Die **Öffnungszeiten** sind jeweils von 9 bis 18 Uhr. Nach dem Kauf lassen sich die nicht übertragbaren Karten ausdrucken. Sie berechtigen auch zur Benutzung aller öffentlichen Verkehrsmittel im Verkehrsverbund Rhein-Sieg, einschließlich Bussen, Straßenbahnen und der U-Bahn der Stadt Köln (KVB).

■ Umfassende Informationen zu **Anreise- und Übernachtungsmöglichkeiten** können ebenfalls per Internet abgerufen werden.

■ Bei der **Bahn** kosten Hin- und Rückreise zur Messe 99 Euro (2. Klasse) oder 159 Euro (1. Klasse), unabhängig vom Ort der Abreise innerhalb von Deutschland. Die Buchung erfolgt per Telefon.

■ Für den **Flug**: Auch die Lufthansa und Germanwings bieten nach eigener Auskunft vergünstigte Flüge, jedoch überwiegend aus dem Ausland. Die öffentliche Anbin-

Mit dem ICE direkt in die Messe fahren oder vom Flughafen zur Messe – das ist in Köln möglich. Vom Bahnhof Köln-Deutz sind es nur wenige Schritte bis zum Messeingang.



dung zur Messe ist entweder direkt per Bahn (ICE-Bahnhof Messe/Deutz) oder vom Flughafen Köln/Bonn mit der S-Bahn sehr gut organisiert. Auch der Transfer vom Flughafen ist für Messebesucher kostenlos. Mit dem Übernachtungs-Service der Messe können Hotel- oder Privatzimmer reserviert werden.

■ Planung des Messebesuchs:

Wer den maximalen Nutzen aus seinem Besuch ziehen möchte, sollte die Planungshilfen der Kölnmesse in Anspruch nehmen. Der Messerundgang lässt sich am besten über den Menüpunkt „Ausstellersuche“ planen. Einzelne Anbieter oder Produkte werden mit der alphabetischen Schnellsuche schnell gefunden. Auch eine Sortierung der Ergebnisse nach Land oder Halle ist möglich. Wer die Suchbegriffe lieber einer Liste entnimmt, klickt auf den Reiter „Produktgruppen“, wo Hauptproduktgruppen und zur weiteren Verfeinerung Produktgruppen gelistet sind. Diese Gliederung ist allerdings nicht besonders genau. So enthält die Auswahl „Bildgebende Systeme/Röntengeräte“ 79 Treffer, zu viel für eine rationelle Messeplanung. Eine spezielle Suche, zum Beispiel nach Speicherfoliengeräten, ist nicht möglich.

Unter den angezeigten Anbietern werden die gewünschten durch Klicken auf ein entsprechendes Symbol in eine Liste auf-

genommen (grüner Haken erscheint). Für jeden Aussteller kann zusätzlich über ein Formular (rechtes Icon mit der Zahl 4) ein Termin vereinbart werden. Wenn alle Aussteller ausgewählt sind, klickt man rechts oben auf den Link „Messebesuch planen“. Man gelangt auf eine Seite, die das Speichern und Ausdrucken aller vorgemerkten Aussteller mit Hallen- und Standnummer und gegebenenfalls mit Terminen erlaubt. Der Link „Aussteller-Rundgang“ führt auf eine weitere Seite, die nach Auswahl des gewünschten Messehallen-Eingangs (!) alle Anbieter anzeigt, sortiert nach Hallen.

Weiterhin fehlt zum virtuellen Glück eine Funktion, mit der die ausgewählten Aussteller direkt in die einzelnen Hallenpläne eingezeichnet werden, natürlich ebenfalls zum Ausdrucken oder Herunterladen.

■ **IDS-App für Smartphones:**

Stattdessen gibt es ab sofort einen kostenlosen mobilen Messeführer für Smartphones

(iPhone, Blackberry, Windows Mobile, Java), für den iPod touch, aber nicht fürs iPad. Mit der Software können die wichtigsten Recherchefunktionen direkt in den Messehallen genutzt werden. Beim Öffnen wird abgefragt, ob Aktualisierungen heruntergeladen werden sollen. Terminvereinbarungen und andere interaktive Funktionen sind nicht möglich.

■ Den schnellen **W-LAN-Zugang** gibt es über NetCologne, das ist ein lokaler Internet-Telefonie-Provider. NetCologne verkauft spezielle HotSpot-Messekarten (Preise: 1 Stunde = 8 Euro, 24 Stunden = 25 Euro). Ein Schalter der Firma befindet sich gegenüber dem Service-Center Ost.

■ **Termine:** Der Link „Termine“ führt schließlich zu Informationen über zahlreiche Termine rund um die Messe. Dazu gehören wie bei jeder IDS Vorträge und Präsentationen in der Speaker's Corner und Veranstaltungen der Bundeszahnärzte-

kammer und des VDZI mit Informationen und Sprechstunden rund um die Abrechnung, Fachinformationen (zum Beispiel zu den Themen CAD/CAM, Qualitätsmanagement und Periimplantitis), gesundheitspolitische Diskussionen und ein abendliches Get-Together. Nach einem anstrengenden Messetag sollte Mann oder Frau sich diese Möglichkeit zum kollegialen Austausch nicht nehmen lassen.

■ **Abseits der Messe:** Und wer schließlich außerhalb der Fachmesse gern Kölner Luft schnuppern, die Kölsche Gastronomie kennenlernen oder in das umfangreiche Kulturangebot tauchen möchte, findet auf der Messeseite „Anreise und Aufenthalt“ entsprechende Links auf die Tourismus-Seiten der Stadt Köln. J. H. K. ■

Differentialdiagnose riesenzellreicher Knochenläsionen

Brauner Tumor bei Hyperparathyreoidismus

Julia Karbach, Torsten Hansen, Christian Walter



Abbildung 1: klinisches Bild der 20-jährigen Patientin mit äußerlich erkennbarer Schwellung im Bereich des Kinns rechts

Fotos: Karbach, Walter

Eine 20-jährige Patientin stellte sich mit einer derben, nicht verschieblichen, leicht druckdolenten, seit drei Monaten bestehenden und größtenprogreredienten Schwellung vestibulär in Regio 33 bis 45 vor (Abbildung 1). Eine Vincent-Symptomatik bestand nicht, die Zähne in dieser Region waren sensibel, Perkussions-negativ und hatten keine erhöhten Lockerungsgrade. Nebenbefundlich lag eine Eisenmangelanämie vor.

In einer Panoramaschichtaufnahme war ein osteolytischer Prozess in der Unterkiefer-

front rechts aufgefallen (Abbildung 2). In einer ebenfalls zum Zeitpunkt der Erstvorstellung vorliegenden digitalen Volumentomographie (Abbildung 3) ist der osteolytische Prozess im Unterkiefer unter Auflösung der vestibulären Knochenlamelle erkennbar, wobei die Raumforderung die vestibulären Weichgewebe zu verdrängen scheint.

In der Sonographie waren neben unspezifisch vergrößerten, submandibulär gelegenen Lymphknoten eine unklare echoarme, zystische Struktur mit dorsaler Schall-



Abbildung 2: präoperative Panoramaschichtaufnahme mit scharf begrenztem und nach cranial girlandenförmigem osteolytischem Prozess von Regio 32, 33 bis nach 44, 45 reichend



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

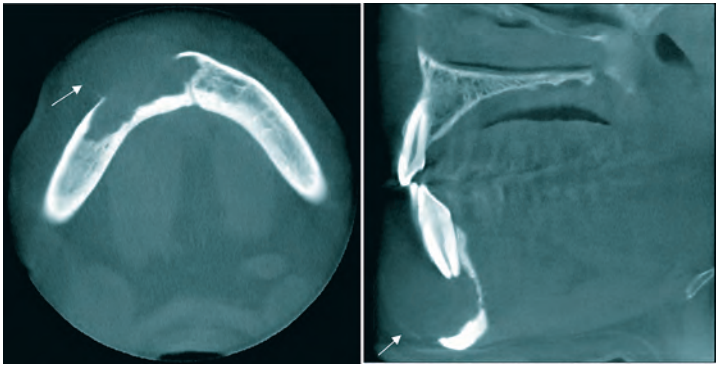
verstärkung im Bereich des rechten Schilddrüsenlappens sowie eine inhomogene echoarme Struktur kaudal des linken Lappens nachweisbar (Abbildung 4). Das Parathormon war mit 536,2 pg/ml stark (Normwert 50 bis 70 pg/ml), das Kalzium mit 2,54 mmol/l leicht erhöht (Normwert 2,18 bis 2,5 mmol/l) bei normalem Phosphat Spiegel (2,3 bis 4,7 mg/dl).

Zur Diagnosesicherung wurde eine Probebiopsie aus der Raumforderung des Unterkiefers gewonnen (Abbildung 5), deren histopathologische Aufbereitung Tumorgewebe, aufgebaut aus mehrkernigen Riesenzellen und blanden Spindelzellen passend zu der klinischen Verdachtsdiagnose eines braunen Tumors bei primärem Hyperparathyreoidismus nachwies (Abbildung 6).

Bei der Patientin folgte, nach Nebenschilddrüsen-Szintigraphie mit Anreicherung im Bereich des linken Schilddrüsenlappens in Projektion auf die sonographisch beschriebene Raumforderung, eine Parathyreoidektomie. Weitere Komplikationen des Hyperparathyreoidismus, wie Nierensteine und Verkalkungen der Gefäße durch Ablagerung von Calcium und Phosphat, waren nicht nachweisbar.

Diskussion

Die Osteitis fibrosa cystica, auch als brauner Tumor bekannt, bildet sich im Knochen auf der Basis eines primären oder sekundären Hyperparathyreoidismus, bei dem durch pathologisch hohe Parathormonsekretion die osteoklastäre Resorption stimuliert wird. In die sich bildenden Hohlräume blutet es aufgrund von Mikrotraumata ein, wobei



*Abbildung 3:
In der präoperativen,
digitalen Volumen-
tomographie ist der
osteolytische Prozess
gut zu erkennen.
Die den Unterkiefer
ausfüllende Raum-
forderung scheint
die vestibulär ge-
legenen Weichteile zu
verdrängen (weiße
Pfeile).*

durch die folgende Bindegewebsproliferation der osteoklastäre Knochenabbau weiter gefördert wird, so dass sich größere, schließlich auch radiologisch nachweisbare Osteolysen bilden [1].

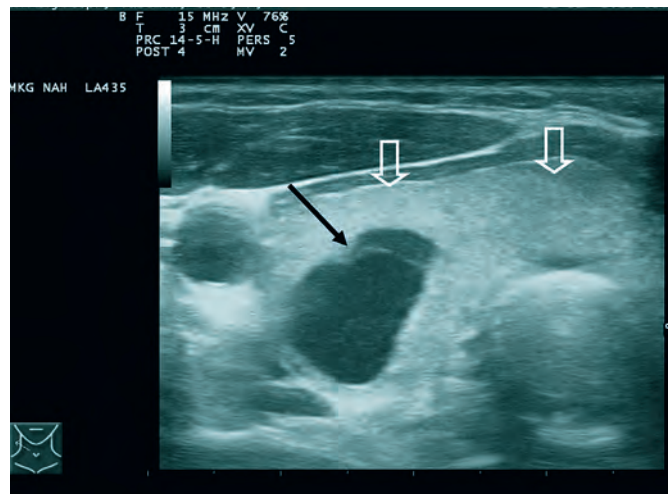
Ursachen des primären Hyperparathyreoidismus (pHPT) sind Nebenschilddrüsenadenome (89 Prozent), Hyperplasien (10 Prozent) oder auch Karzinome (1 Prozent) der Nebenschilddrüse [2]. Beim sekundären Hyperparathyreoidismus (sHPT) wird aufgrund erniedrigter Kalziumspiegel vermehrt Parathormon ausgeschüttet, um Kalzium aus dem Knochen zu mobilisieren [3].

Neben der Manifestation am Knochen lassen sich die weiteren typischen Symptome des pHPT wie Nephrolithiasis, Nephrokalzinose und Ulzera über die erhöhten Kalziumspiegel erklären. Diese Symptomenkonstel-

lation wird in dem klassischen Ausdruck der „Stein-Bein-Magen-Pein“ beschrieben, Schmerzen verursacht durch Steine,

Schmerzen am Knochen und im Bereich des Magens. Neben weiteren gastrointestinalen Beschwerden gehören neuromuskuläre Symptome und hyperkalzämische Krisen zum Krankheitsbild [2].

Durch die Hämosiderin-beladenen Makrophagen aufgrund der Einblutungen erklärt sich die rötlich braune Farbe des braunen Tumors im Anschnitt. Histopathologisch bietet der braune Tumor mit zahlreichen Riesenzellen vom osteoklastären Typ ein ähnliches Bild wie das zentrale Riesenzellgranulom oder auch die aneurysmatische Knochenzyste, so dass zur



*Abbildung 4:
Im Bereich des rechten
Schilddrüsenpols
ist eine zystische
Raumforderung zu
erkennen (solider,
schwarzer Pfeil). Die
hohlen, weißen Pfeile
weisen auf die Schilddrüse.*

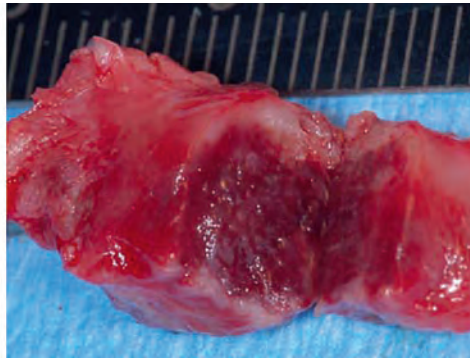
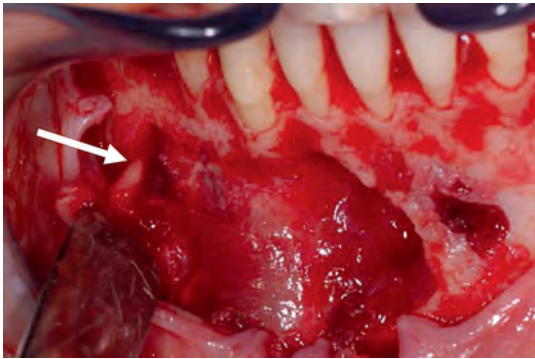


Abbildung 5: Im Bildausschnitt links intraoperativer Situs bei Gewinnung der Biopsie aus dem Bereich der Frontzähne. Zu erkennen ist bei marginalem Zugang der Nervus mentalis (Pfeil). Im Bildausschnitt rechts ist der Anschnitt der gewonnenen Probebiopsie mit rötlich-bräunlicher Oberfläche zu erkennen.

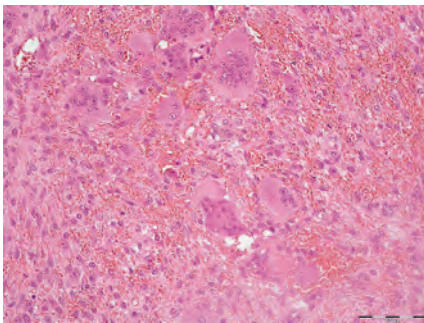


Abbildung 6: Aufnahme aus dem braunen Tumor bei 200-facher Vergrößerung (Balken entspricht 100 μm) mit dem typischen Aufbau aus mononukleären und spindelartigen Zellen in eingeblutetem Stroma sowie zahlreichen prominenten Riesenzellen vom osteoklastären Typ

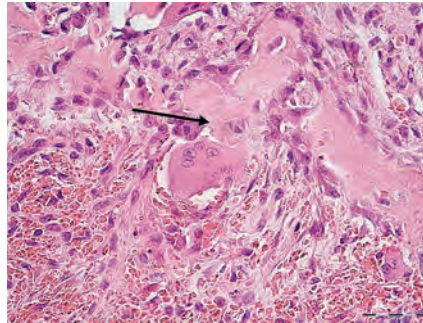


Abbildung 7: Detailaufnahme (Balken entspricht 50 μm) mit einer Riesenzelle am Knochenaum (Pfeil)

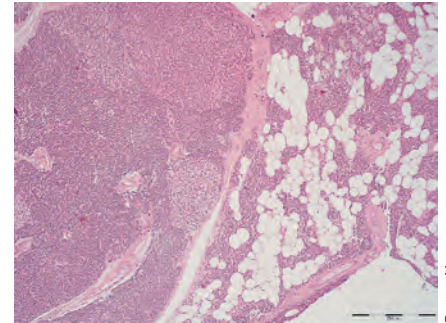


Abbildung 8: Übersichtsaufnahme (x 50; Balken entspricht 500 μm) des Nebenschilddrüsenadenoms (bei pHPT); Tumor auf der linken Seite, rechts normale Parenchymanteile mit lipomatöser Atrophie

Fotos: Hansen

Diagnosefindung neben Klinik und Radiologie auch die Laborchemie herangezogen werden muss [4].

Die Therapie des braunen Tumors besteht in der Therapie des Hyperparathyreoidismus, im Falle des pHPT in der Entfernung der auffälligen Epithelkörper oder bei Hyperplasie aller Epithelkörperchen in der Entfernung derselben mit Autotransplantation von Epithelkörperresten zum Beispiel in den Musculus brachioradialis oder M. sternocleidomastoideus, so dass bei erneuten Komplikationen ein weiterer Eingriff erleichtert wird. Unter dieser Therapie kommt es in der

Regel auch zur Ausheilung der knöchernen Läsionen, so dass diese nicht eigens chirurgisch angegangen werden müssen [5].

Im vorliegenden Fall war die Sonographie, mit Auffälligkeiten im Bereich der Schilddrüse als Veränderung der Nebenschilddrüse interpretiert, hinweisgebend auf das Vorliegen eines braunen Tumors. Aus der

Zusammenschau von Klinik, Bildgebung,

Laborchemie und Histologie konnte die Diagnose des braunen Tumors gestellt und die Patientin zur Parathyreoidektomie weitervermittelt werden.

Dr. Dr. Julia Karbach
PD Dr. Dr. Christian Walter
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Augustusplatz 2
55131 Mainz
walter@mkg.klinik.uni-mainz.de

PD Dr. Torsten Hansen
Institut für Pathologie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Fazit für die Praxis

- Der braune Tumor ist eine Manifestation des Hyperparathyreoidismus.
- Eine Differenzierung zum Riesenzellgranulom gelingt nur über die laborchemische Abgrenzung mit Bestimmung von Kalzium, Phosphat und Parathormon.
- Die Therapie des braunen Tumors ist die Therapie des zugrundeliegenden Hyperparathyreoidismus.



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



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

Der besondere Fall

Passt, wackelt und hat Luft

Jeder Zahnarzt hat im Laufe seines Berufslebens schon mal einen sehr einfallreichen Patienten auf dem Stuhl, zumindest was dessen prothetische Versorgung anbelangt. Der Autor aus jedenfalls staunte nicht schlecht, was sein Handwerksmeister-Patient so fabriziert hatte.



Übersicht UK-Stahlguss und Eckzahn-Teleskope



Eckzahn-Teleskope vergrößert

Als ein Patient in die Sprechstunde mit dem Wunsch nach neuen Totalen kam, klang das noch recht unspektakulär. Nichts Ungewöhnliches soweit – auch dass er seit 20 Jahren nicht beim Zahnarzt war. „Aber wenn Sie die Bilder sehen, werden Sie ein ähnliches Gesicht machen wie ich, als er die alten Prothesen herausnahm (obwohl er mich vorgewarnt hatte)“, schreibt der Zahnarzt an die zm-Redaktion.

Die Oberkiefer-Totale war natürlich insuffizient, der Unterkieferstahlguss aber noch relativ gut erhalten. Die eigenen Dreier dienten als Schleimhautteleskope und waren kariessfrei. Sie waren mit etwas Konkrementen und Farbbelägen behaftet, dafür aber absolut entzündungsfrei. Auch sonst war der Zustand einwandfrei, seit Jahren in situ und mit relativ gutem Halt, so beschrieb es der Patient. Am Empfang meinte er, er selbst

müsse nur die OK-Prothese etwas kleben.

Die Wurzelspitzen der Dreier hatten ihn schmerzhaft gestört, und als guter Automechaniker griff er zur Feile und feilte den ihn störenden caudalen Teil der Wurzel einfach ab, glättete sie und setzte sie wieder ein.

Bei der Anfertigung der neuen Unterkiefer-Totalen wird der Behandler natürlich versuchen, die perfekten Schleimhautlager in die neue Konstruktion einzubeziehen, wie er schreibt. Wenn der Patient diese so gut pflegt wie seine Eigenkonstruktion, wird er die Alveolen nicht revidieren – zumal der Knochen sowieso zur Gänze atrophiert ist

Andreas Vieweg
Feldstr. 13
57290 Neunkirchen
akwv50-zm@yahoo.de



Schleimhautlager von oben



OK- und UK-Zahnersatz und Teleskope in situ



Schleimhautlager von frontal

Der besondere Fall

Neurotmesis nach versuchter Zahnextraktion im Unterkiefer

Thomas Mücke, Klaus-Dietrich Wolff, Frank Hölzle

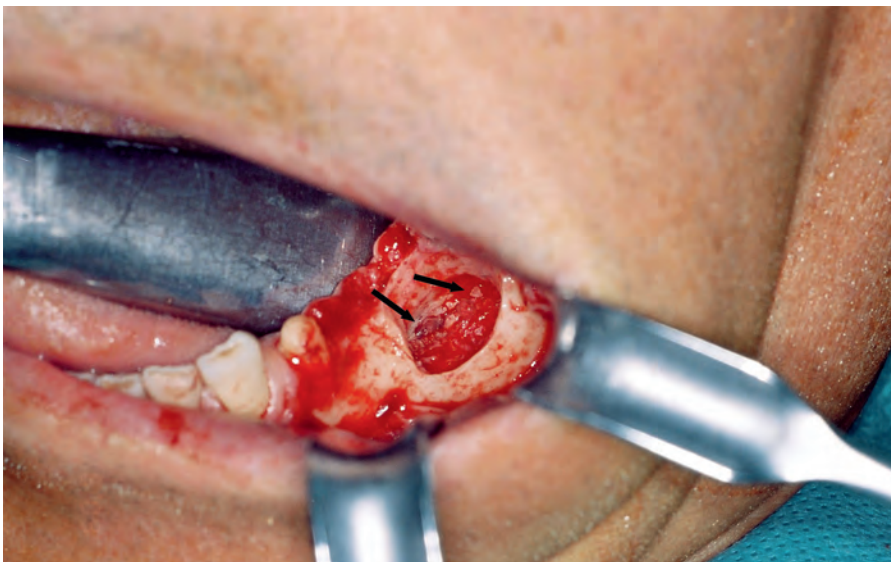
Dentoalveoläre Eingriffe sind ein wesentlicher Bestandteil in der täglichen Routine der zahnärztlichen Praxis. Sowohl aus ärztlicher, aber auch aus rechtlicher Sicht gilt es, die Komplikationsmöglichkeiten zu kennen und den Patienten über diese aufzuklären. Aller Vorsichtsmaßnahmen, einer umfassenden Planung und systematischer Durchführung der Eingriffe zum Trotz, können Schwierigkeiten auftreten, die es zunächst zu erkennen, diagnostizieren und zu behandeln gilt. Die Einleitung der weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte fällt in den Aufgabenbereich des ursprünglichen Behandlers. Im Folgenden wird eine Komplikationsmöglichkeit dargestellt, die ein Zahnarzt in freier Praxis beobachten könnte. Deren Management ist für den Heilerfolg des Patienten von erheblicher Bedeutung.

klinischer Verifizierung dieser Patientenangaben durch den Oralchirurgen wurde der Patient in unsere Klinik mit der Bitte um Weiterbehandlung überwiesen.

Bei der klinischen Untersuchung zeigten sich bei dem Zahn 36 Zeichen der versuchten Extraktion sowie eine komplette Anästhesie des linken N. alveolaris inferior. Dieser Befund wurde zusätzlich durch die Ableitung somatosensibler Potentiale gestützt. Nachdem der Befund mit dem Patienten besprochen wurde, erfolgte die Planung zur Osteotomie des Zahnes 36 sowie die Exploration des N. alveolaris inferior und gegebenenfalls die Rekonstruktion desselben mittels mikrochirurgischer Nervenkoaptation.

In Intubationsnarkose wurde der Befund am fünften Tag nach der versuchten Zahnextraktion von intraoral dargestellt und der Zahn 36 osteotomiert und entfernt. Die Extraktionsalveole wurde anschließend vorsichtig erweitert und der N. alveolaris inferior lokalisiert (Abbildung 1). Der Nervenkanal und der N. alveolaris inferior wurden dargestellt und weiter freigelegt (Abbildung 2). Auf Grund der vollständigen Durchtrennung des Nervens sowie der traumatischen Schädigung wurde die Nervenrekonstruktion mit Hilfe eines autologen Nerveninterponates, entnommen vom N. suralis, durchgeführt (Abbildung 3). Nach sorgfältiger Präparation der Nervenendigungen und deren mikrochirurgischer Anfrischung im Canalis mandibulae wurde das Interponat spannungsfrei mit 10-0 Naht epineural koaptiert.

Der Patient zeigte postoperativ weiterhin eine Anästhesie, entwickelte jedoch in den zunächst alle zwei Wochen vereinbarten Nachsorgen nach vier Wochen ein kribbelndes Gefühl im Bereich der linken Unterlippe. Nach drei Monaten zeigte sich bei dem Patienten in der Testung der Ableitung somatosensibler Potentiale eine deutliche



Fotos: Mücke

Abbildung 1: Klinischer Befund nach erfolgter Osteotomie des Zahnes 36 und anschließender schonender Freilegung des Nervus alveolaris inferior. Neben der Diastase der Nervenendigungen (Pfeile) zeigt sich eine starke traumatische Schädigung des Nervens.

Ein 60-jähriger Patient wurde zur Weiterbehandlung einer frustranen Zahnextraktion überwiesen. Der Patient wurde zunächst durch seinen Hauszahnarzt behandelt, der eine Brückenkonstruktion mit den Zähnen 34 und 37 als Brückenpfeiler plante. Der Zahn 36 zeigte sich kariös zerstört, zusätzlich wies der Zahn eine insuffiziente Wurzelkanalbehandlung auf, so dass der Hauszahnarzt die Extraktion des Zahnes plante. Bei dem Extraktionsversuch des Zahnes konnte dieser nicht luxiert werden, so dass

der Zahnarzt nach Lösung der parodontalen Fasern die Luxation mit dem Bein'schen Hebel versuchte. Hierbei sei es allerdings zu einer apikalen Luxation des Zahnes gekommen, der Zahn konnte aber nicht entfernt werden. Daraufhin wurde der Patient an einen Oralchirurgen überwiesen. Als der Patient sich am Folgetag bei diesem vorstellte, wies er weiterhin eine komplette Anästhesie im Bereich der linken Unterlippe, bis zur Mittellinie, also im Versorgungsgebiet des Nervus alveolaris inferior sinister auf. Nach



Abbildung 2: Intraoperative Situation bei der Entnahme eines circa einen Zentimeter langen autologen Suralistransplantates zur spannungsfreien Koaptation des N. alveolaris inferior.

Besserung, zusätzlich wies der Patient nun klinisch eine Hypästhesie und keine Anästhesie mehr auf. Nach sechs Monaten zeigte sich weiterhin eine deutliche Besserung des Befundes, nach zwölf Monaten weist der Patient nun lediglich eine leichte Hypästhesie im Seitenvergleich auf, die den Patienten jedoch kaum mehr beeinträchtigt, da die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht beeinträchtigt ist.

Diskussion

Nervenschädigungen im Rahmen dentoalveolärer oder endodontischer Eingriffe sind prinzipiell selten, bedürfen jedoch einer besonderen Aufmerksamkeit und präoperativen Aufklärung des Patienten durch den Behandler. Der N. alveolaris inferior ist nach dem N. lingualis der zweithäufigst geschädigte Nerv im Kopf-Hals-Bereich [Hillerup, 2007; Cornelius et al., 1997]. Er kann insbesondere bedingt durch seinen intraossären Verlauf bei der operativen Entfernung tief verlagelter Weisheitszähne oder dentoalveolärer Eingriffe wie auch im vorliegenden Fall durch Zahnextraktionen der Molaren geschädigt werden [Hillerup, 2007; Cornelius et al., 1997; Pogrel et al., 2000; Schmelzle, 1987]. Während Schädigungen des N. alveolaris inferior meist im Rahmen von elektiven Einriffen erfolgen und somit

prinzipiell vermeidbar sind, da sie von der Indikationsstellung abhängen, sollte diese insbesondere auch bei Weisheitszahnentfernung mit tiefer Verlagerung, fehlender Pathologien und ohne bestehenden Leidensdruck des Patienten streng geprüft und nicht leichtfertig gestellt werden [Kunkel et al., 2006]. Zusätzliche Möglichkeiten zur genauen Lokalisation des Nerven bei medizinisch notwendigen Eingriffen bieten dreidimensionale radiologische Bildgebungen wie die digitale Volumentomographie, die Computertomographie oder Magnetresonanztomographie, um eine Schädigung des Nerven durch eine dezidierte chirurgische Planung zu vermeiden [Rood et al., 1990; Rugani et al., 2009; White, 2008]. Als weitere, relativ häufige Ursache einer Nervenschädigung des N. alveolaris inferior ist die Überstopfung mit toxischem Wurzelfüllmaterial in den Nervenkanal oder den Nerven selbst möglich. Zunehmend an Bedeutung gewinnt auch die Insertion von Implantaten bei der Schädigung des Nerven, welche jedoch durch eine obligatorische dreidimensionale Planung häufig als vermeidbar gilt [Hillerup, 2007]. Möglich sind auch Druckschädigungen des Nerven, partielle oder totale Durchtrennungen. Bei der klinischen Diagnostik spielt die Einteilung der Nervenschädigung eine große Rolle. Die Nervenverletzungen können je

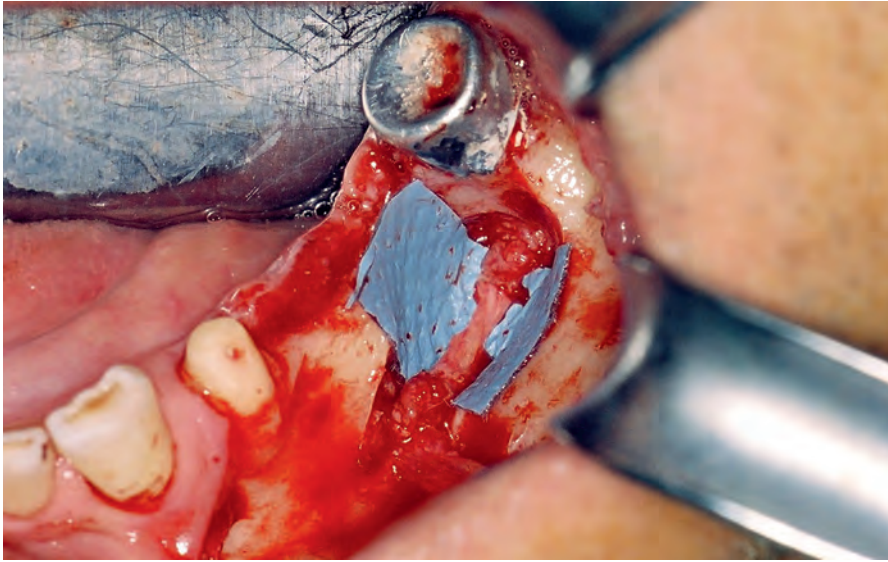


Abbildung 3: Klinisches Ergebnis nach erfolgter mikrochirurgischer Epineuralnaht des entnommenen Suralisinterponates zur Rekonstruktion des N. alveolaris inferior. Die blaue Folie wurde zur Verbesserung des Kontrastes während der mikrochirurgischen Koaptation verwendet.

nach Ausprägungsgrad in eine Neuropraxie, Axonotmesis und, wie in vorliegenden Fall, in eine Neurotmesis eingeteilt werden. Während es bei der Neuropraxie zu einer vorübergehenden Schädigung der Funktion des Nervens bei erhaltenen Strukturen kommt (zum Beispiel bei einer Drucklähmung durch ein Hämatom oder einer Entzündung), kommt es bei der Axonotmesis zu einer Kontinuitätsunterbrechung der Axone, die nervenumgebenden Strukturen sind jedoch weiter erhalten (zum Beispiel bei einer Quetschverletzung). Bei der Neurotmesis sind sowohl die Axone, als auch unterschiedlich viele Anteile der umgebenden Hüllen bis zur totalen Durchtrennung vorhanden (zum Beispiel durch Zerreißen oder ein scharfes Trauma) [Seddon, 1943]. Während es bei der Neuropraxie meist innerhalb von Stunden bis Wochen zu einer Regeneration des Nervens kommt, dauert dies bei der Axonotmesis häufig Wochen bis Monate, bei der Neurotmesis hängt dies insbesondere von den anschließenden Therapiemaßnahmen und vom Schädigungsmechanismus des Nervens ab. Die Regeneration des betroffenen Nervens erfolgt nach mikrochirurgischer Revision über Monate bis Jahre.

Die Indikationen zu sofortigen mikrochirurgischen Revisionen am N. alveolaris inferior sind das frische Trauma mit Anästhesie des

Nervens sowie überstopftes Wurzelfüllmaterial. Die Revision des Nervens sollte relativ früh erfolgen, da eine spätere Rekonstruktion des N. alveolaris inferior mit deutlich schlechteren Ergebnissen verbunden ist als die frühe [Cornelius et al., 1997]. Auch bei geringeren Schädigungen können eine Revision der Nerven sowie eine externe Neurolyse indiziert sein, wenn bei geringeren Traumata der Verdacht auf eine fortbestehende Schädigung des Nervens, wie überpresstes endodontisches Füllmaterial oder Knochenfragmente, besteht. Die Revision des Nervens sollte möglichst schonend, unter ständiger Kühlung bei der Anwendung rotierender Instrumente zur Freilegung des Nervens und unter Einsatz eines Operationsmikroskopes erfolgen. Ist der Nerv komplett oder teilweise durchtrennt, so sollte die mikrochirurgische epineurale oder perineurale Nervennaht erfolgen. Hierbei ist es wichtig, dass diese spannungsfrei erfolgt und beim Auftreten von Spannungen oder bei stärkeren Schädigungen längerstreckiger Areale durch das Trauma über eine autologe Nerven transplantation nachgedacht wird. Das Interponat wird analog der direkten Nervennaht koaptiert, so dass, abhängig vom Ausmaß des Traumas, entweder ein einzelner Faszikel oder der komplette Nerv rekonstruiert wird. Der vorliegende Fall soll deutlich machen, dass bei

dentoalveolären Eingriffen im Unterkiefer eine Gefährdung für eine Nervenverletzung des N. alveolaris inferior sowie des N. lingualis und N. mentalis besteht, über die der Patient präoperativ entsprechend aufzuklären ist. Insbesondere durch eine Atrophie des Alveolarkammes kann es zu einer Veränderung des Nervenverlaufes kommen [Hölzle et al., 2001]. Bei erfolgter Verletzung eines Nervens sind die Aufklärung des Patienten und die rasche Einleitung einer entsprechenden Behandlung zur Ergriffung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen notwendig.

Tipps für die Praxis

Die präoperative Aufklärung über mögliche Nervenschädigungen im Rahmen von dentoalveolären Eingriffen sollte durch den Behandler unbedingt erfolgen. Auch bei Standardeingriffen ist eine Schädigung von Nerven trotz dezidiertem Planung zwar mit einem geringeren Risiko assoziiert, jedoch nicht sicher auszuschließen.

Die klinische Nachkontrolle der Patienten und bei Sensibilitätsstörung die klinisch objektive Verifizierung durch die Ableitung von somato-sensorisch evozierten Trigemini-potentialen sind wichtige Kriterien bei möglichen Begutachtungen, aber auch Instrumente zur Indikationsstellung mikrochirurgischer Revisionen. Intraoperativ werden Nervenverletzungen in den meisten Fällen nicht bemerkt.

Die Neurotmesis zeigt in der Regel ohne die Einleitung und Durchführung mikrochirurgischer Therapiemaßnahmen keine spontane Besserung und sollte entsprechend therapiert werden.

Dr. Thomas Mücke
 Prof. Dr. Klaus-Dietrich Wolff
 PD Dr. Dr. Frank Hölzle
 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Klinikum Rechts der Isar
 Technische Universität München
 Ismaninger Str. 22, 81675 München
 th.mucke@gmx.de

zm Leser service

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

Debatte im DGZMK-Arbeitskreis Ethik

Invasive Behandlung auf Patientenwunsch

Hans Jörg Staehle

Anhand eines konkreten Beispiels wird über eine im DGZMK-Arbeitskreis Ethik in der Zahnheilkunde geführte Debatte über ethische Aspekte von invasiven, „auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten“ vorgenommenen Behandlungsmaßnahmen berichtet.

In der Fortbildungsliteratur finden sich oft Falldarstellungen, die hinsichtlich der Diagnostik, Patientenaufklärung und Indikationsstellung Fragen aufwerfen. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass es in den meisten Artikeln um die Darstellung bestimmter Behandlungstechniken und weniger um Behandlungsentscheidungen geht. Häufig ist die Beschreibung der Ausgangssituation eher knapp gehalten. Bereits vor einigen Jahren wurde auf der Grundlage einer Analyse von Fachzeitschriften die Empfehlung ausgesprochen, Minimalstandards zur Ausgangsdokumentation einzuführen [4]. Beispielhaft für die aufgezeigte Problematik werden im Folgenden zwei Abbildun-

gen aus einer Fachzeitschrift präsentiert [6]. In dem zitierten Artikel [6] werden unter dem Stichwort ‚Ausgangssituation‘ folgende Informationen geliefert:

■ Eine Patientin störten ein leichtes Diastema und eine ungleichmäßige, raue Oberfläche der natürlichen Zähne (siehe Abbildung 1). Die Patientin wünschte wegen einer in Kürze anzutretenden Urlaubsreise eine baldige Verbesserung des Aussehens. Weitere Angaben zur Ausgangssituation fehlen.

■ Zur Erzielung einer „harmonischen, jugendlichen Frontzahnversorgung“ wurden unter anderem die Zähne 14 bis 24 für Überkronungen präpariert (Abbildung 2). Das weitere technische Vorgehen wird im Verlauf des Artikels im Detail beschrieben. Am Schluss des Artikels weist der Autor darauf hin, dass die Patientin mit dem Aussehen der neuen Versorgung sehr zufrieden ist.

Es wird davon ausgegangen, dass der behandelnde Zahnarzt nach bestem Wissen und Können die Ausgangsdiagnostik vorgenommen hat und eine umfangreiche Aufklärung über Behandlungsalternativen (etwa Zahnreinigungen, Polituren zur Glättung von Oberflächen, restaurative Versorgungen mit direkt eingebrachten Kompositen) unter Berücksichtigung von Prognose, Nutzen-Risiko-Abwägung und Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes erfolgte. Des Weiteren wird unterstellt, dass die Patientin durch die Aufklärung nach ausreichender Bedenkzeit in die Lage versetzt wurde, selbstbestimmt und autonom zu entscheiden und die nachfolgende prothetische Behandlung mittels Überkronungen zahlreicher Zähne auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin erfolgte.

Es stellt sich die Frage, wie diese Behandlungsentscheidung unter dem Aspekt ethischer Normen bewertet werden kann.

Ausgangssituation

In der Praxis meines Partners [...] wurde eine Patientin behandelt, die sich eine harmonische, jugendliche Frontzahnversorgung wünschte. Die bestehende natürliche Situation mit einem leichten Diastema und einer ungleichmäßigen, rauen Oberfläche stellte sie nicht zufrieden (Abbildung 1). Erschwerend kam hinzu, dass die Patientin in Kürze eine Urlaubsreise antreten wollte und uns somit nur wenig Zeit zur Verfügung stand [6].



Foto: picture alliance

Umfrage durchgeführt

An die 38 Mitglieder des DGZMK-Arbeitskreises Ethik in der Zahnheilkunde wurde der in Tabelle 1 aufgeführte Fragebogen mit der Bitte um Beantwortung und Kommentare unter Berücksichtigung der eingangs getroffenen Angaben versandt. Die Rücklaufquote betrug 14 von 38. Einige der Mitglieder füllten den Fragebogen aus, ohne weitere Kommentare abzuliefern. Andere verzichteten auf Eintragungen im Fragebogen, gaben dafür aber einen Kommentar ab. In Tabelle 1 sind die Auswertungen des Fragebogens aufgelistet. Übereinstimmend wurde die vorgestellte Behandlung eher als eine restaurative Überversorgung mit nicht gegebener Indikation angesehen, die die Befragten selbst nicht vorgenommen hätten. Ein (größerer) Anteil der Befragten sah ethische Bedenken, ein (kleinerer) Anteil hielt den Eingriff hingegen für ethisch vertretbar.

Diskussion

Die Erörterung ethischer Fragestellungen war in der Vergangenheit in der zahnärztlichen Profession Deutschlands nicht sehr weit verbreitet [1,2,3]. Zur Zeit wird diesem Themenkreis mehr Bedeutung zugemessen, was unter anderem in der Gründung eines entsprechenden DGZMK-Arbeitskreises sichtbar wurde. Besonderes Augenmerk wird unter anderem auf die Patientenautonomie gerichtet [5].



Abbildung 1: Die Patientin stört ein leichtes Diastema und eine ungleichmäßige, raue Oberfläche der natürlichen Zähne.

Foto: Willershäuser

Beantwortung der Fragen

(Anzahl der Nennungen in Klammern)

Die dargestellte Behandlung (Überkronung der Zähne 14 bis 24) zur Verbesserung des Aussehens liefert Hinweise auf eine:

(00) bedarfsgerechte restaurative Versorgung
(11) eher restaurative Überversorgung
(00) eher restaurative Unterversorgung

Würden Sie eine solche restaurative Behandlung auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin nach eingehender Aufklärung für zahnmedizinisch indiziert halten?

(00) ja
(11) nein

Würden Sie eine solche restaurative Behandlung auf Wunsch der Patientin selbst vornehmen, wenn Sie die entsprechende Expertise und Erfahrung dazu haben?

(00) ja
(11) nein

Wie schätzen Sie die aufgezeigte restaurative Behandlung im Hinblick auf ethische Normen ein?

(03*) unter der Voraussetzung einer sachgerechten Aufklärung ist die vorgenommene Behandlung ethisch voll vertretbar
(09*) auch bei sachgerechter Aufklärung erscheint die vorgenommene Behandlung ethisch eher bedenklich

* davon eine Ja-und-Nein-Antwort mit Einschränkung

Tabelle 1: Beantwortung der Fragen (Anzahl der Nennungen in Klammern aufgeführt)

Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen, dass es zu ethischen Fragestellungen unterschiedliche Positionen gibt, die eine Erörterung nahelegen. Im Folgenden werden einige Punkte herausgehoben, die in den Antworten und Kommentaren eine wichtige Rolle gespielt haben.

Verzerrte Darstellung des Berufsstandes

Ein Arbeitskreismitglied befürchtete, dass durch die hier präsentierte Einzelfalldarstellung der Berufsstand kollektiv in Misskredit gerate und lehnte deshalb eine Erörterung der von ihm als suggestiv empfundenen

denen Fragen generell ab. Zu dieser Einschätzung ist anzumerken, dass man zahnärztlicherseits regelmäßig mit Fragen der Unter- und Überversorgung konfrontiert wird. Beides kann mit ethischen Erwägungen und auch mit Konflikten verbunden sein. Eine Aufdeckung solcher Konflikte dürfte eher zur Problemlösung beitragen als deren Verdrängung. Es bietet sich als Diskussionsanstoß unter anderem an, in der Literatur publizierte Falldokumentationen heranzuziehen. Durch die Auswahl bereits älterer Artikel kann die Brisanz der Thematik etwas abgefedert werden. Die Offenlegung bestehender ethischer Dilemmata auf der Grundlage von Fallbeispielen, Transparenz hinsichtlich des Meinungsbildungsprozesses und ein partizipativer Diskussionsstil sind Kennzeichen eines selbstkritischen, eigenverantwortlichen Berufsstandes und somit letztlich ein Ausweis von Professionalität.

Patientenautonomie

Einige Mitglieder sahen die vorgenommene Behandlung zwar nicht a priori als unethisch an, würden sie aber selbst nicht durchführen. Sie wiesen darauf hin, dass – bei allem Respekt vor der Patientenautonomie und den Patientenwünschen – auch die Fachkompetenz, die Verantwortung und die Fürsorge des Arztes zu würdigen seien. Man könne im Einzelfall einen Patienten auch beispielsweise an einen anderen Behandler verweisen. Dieser Aspekt erscheint als sehr wichtig und kommt bei der Diskussion über die Patientenautonomie oft zu kurz. Allerdings dürfte es einem im ökonomischen Wettbewerb stehenden Zahnarzt, der auch die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse der Praxisführung im Auge haben muss, nicht immer leicht fallen, einen potenziell zah-

lungskräftigen und -willigen Patienten wegzuschicken. Der Kommentar „wenn ich's nicht mache, macht's ein anderer“ zeigt diese Problematik anschaulich auf.

Würdigung des Leidensdrucks

Ein Kommentar lautete: „Wenn der Mensch leidet, ist der Arzt aufgerufen, zu helfen“.

Ein weiterer Kommentar warf in diesem Zusammenhang folgende Fragen auf: „Warum will eine Patientin – vermutlich eben gerade nicht mehr in jugendlichem Alter – jetzt (auf einmal) eine „harmonische und jugendliche“ Frontzahnversorgung? Und warum gerade vor einer in Kürze anstehenden Urlaubsreise?“

Welche Bedeutung haben gerade jetzt für die Patientin „Harmonie und Jugendllichkeit“, und welche Bedeutung hat die Urlaubsreise – geht es hier um Beziehungswünsche und/oder -konflikte? Unter welchem Druck steht die Patientin, welcher Druck wird möglicherweise hier auf den behandelnden Zahnarzt weitergereicht ausgeübt? Wie steht es also in diesem Fall um die Entscheidungsautonomie beider Seiten?“

Hier wären die Interpretation des Terminus „subjektiver Leidensdruck“ sowie die Einordnung des – in diesem Fall offenbar dringend vorgebrachten – Patientenwunsches von Bedeutung. Wenn beispielsweise ein Patient mit einer nur geringfügigen, in Sprechabstand kaum wahrnehmbaren Veränderung (hier: leichtes Diastema) einen extrem großen subjektiven Leidensdruck verspürt und dem Zahnarzt mitteilt, dass ihm dadurch jegliche Lebensqualität ge-

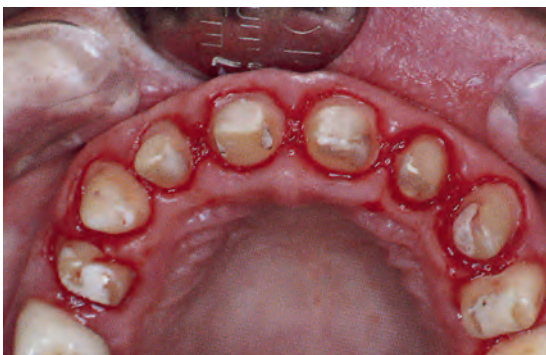


Foto: Willershäuser

Abbildung 2: Für eine harmonische Frontzahnversorgung wurden die Zähne 14 bis 24 für Überkronungen präpariert.

Kommentare 1

(zum Teil leicht gekürzt und redaktionell bearbeitet)

- 1 Ich halte die vorgenommene Behandlung im Sinne der Patientenautonomie dann ethisch für vertretbar, wenn der Patient auch nach ausdrücklicher Nennung und einer abwägenden Diskussion aller bestehenden therapeutischen Alternativen (Pros/Contras) diese Option favorisiert. Gleichwohl hätte ich in diesem Fall persönlich Bedenken, die besagte restaurative Behandlung durchzuführen und würde – als Ausdruck meiner autonomen Entscheidung – diesbezüglich an einen anderen Zahnarzt verweisen.
- 2 Es gibt auch eine zulässige Autonomie des Arztes, der gegebenenfalls eine Behandlung auch verweigern darf.
- 3 Auch wenn ich selber eine derartige Versorgung eher nicht vornehmen würde, heißt dies nicht, dass die dargestellte Versorgung ethisch nicht vertretbar ist. Die Versorgung ist zwar schwer mit medizinischen Normen in Einklang zu bringen; wurde die Patientin aber entsprechend des Informed Consent aufgeklärt, wovon auszugehen ist, so sagt die Durchführung der Behandlung einiges über das Professionsverständnis des Behandlers aus, ist aber m. E. per se nicht unethisch.
- 4 Das Credo des Anfragenden – „Über-, Unter-, Fehlversorgung“ in der Zahnmedizin – ist aus der Literatur einschlägig bekannt. Das Fragedesign ist leicht erkennbar suggestiv und teleologisch auf eine Bestätigung dieser These ausgerichtet. Das naheliegende Ergebnis der Umfrage könnte dazu verwendet werden, die „ethischen Normen“ des Berufsstandes kollektiv anhand einer Publikation eines Einzelfalles in unzulässiger induktiver Beweisführung verzerrt darzustellen. Dabei möchte ich den Anfragenden nicht unterstützen – schon gar nicht als Mitglied eines Ethik-Arbeitskreises [...] Öffentliche Äußerungen unseres Arbeitskreises werden kritisch beobachtet von allen Parteien, denen die Zahnärzteschaft ausgesetzt ist. Sensible und ausgewogene Vorgehensweise ist deshalb wichtig. Diese kann ich in der vorliegenden Umfrage – wie anfangs beschrieben – nicht erkennen. Wir bewegen uns dort im Bereich der simplifizierten Kasuistik, unterste Evidenzschublade, anhand eines wenig aktuellen Einzelfalles. In der Sache kann ich mir eine rechtfertigende Indikation für die beschriebene Vorgehensweise kaum vorstellen und gehe davon aus, dass diese Beurteilung heute Allgemeingut ist. Dies steht ja schon im SGBV/GKV-Richtlinien, BGB und GG. Man würde hier überflüssigerweise öffentlich anprangern, was nicht allgemeine Praxis ist.
- 5 Meine Beurteilung ist vor dem Stand heutigen Wissens und heutiger Möglichkeiten vorgenommen. Wurde die Behandlung in einer Zeit vor unseren modernen Kunststoffen und Klebetechniken durchgeführt, würde ich wohl anders urteilen. Entscheidend ist, ob die Patientin unter ihrem Äußeren litt. „Wenn der Mensch leidet, ist der Arzt aufgerufen, zu helfen“ (Karrer). Dass die parodontale Situation keine „Schnellschüsse“ zuließ, wie sie offensichtlich gemacht wurden, scheint mir an den Bildern erkennbar.

raubt werde, sollte gerade in einem solchen Fall kritisch hinterfragt werden, ob man mit einem irreversiblen, stark invasiven Eingriff dem Patientenwohl langfristig dient. Es könnte sein, dass der Zahnbefund nur vorgeschoben ist und der Patient mit einer zunächst nur leicht erscheinenden Dysmorphophobie von anderen, außerhalb der Zahnmedizin liegenden Problemen belastet wird, die durch zahnärztliche Eingriffe kaum gelöst werden können. Insofern erscheint es gerechtfertigt, neben

der Autonomie des Patienten auch die Integrität des Zahnarztes im Auge zu behalten, selbst wenn dieser Aspekt durch den zunehmend negativ belegten Begriff des „Paternalismus“ zuweilen in Frage gestellt wird.

Behandlung nach aktuellem Wissensstand

Es wurde angemerkt, dass die Beurteilung der Behandlung vor der Komposit-Ära vermutlich anders ausgefallen sei.

Hier ist festzustellen, dass Überkronungen in der Literatur als sehr stabile und langlebige Versorgungen ausgewiesen sind, wohingegen die Datenlage speziell bei Formkorrekturen, die mittels Kompositen ausgeführt

wurden, geringer ist. Andererseits erscheint die lange Überlebensdauer von Kronen noch nicht als alleiniges Entscheidungskriterium, da bekanntlich die irreversiblen Hartsubstanzverluste und die potentiellen endodontischen und parodontalen Implikationen berücksichtigt werden müssen.

Mangelnde Darstellung von Ausgangssituationen bei Falldarstellungen

Es wurde vermerkt, dass bei häufig unzureichenden diagnostischen Angaben (wie dies auch für das präsentierte Beispiel zutrifft) eine fundierte Entscheidung über ein angemessenes weiteres Vorgehen kaum möglich sei. Insofern erscheine es lohnend, auch die Qualitätssicherung in jenen Redaktionen, die über die Publikation von Fallpräsentationen entscheiden, zu erhöhen. Dies wäre zweifellos eine wichtige Aufgabe. Allerdings ergäbe sich aus der Forderung, als Voraussetzung einer Publikation Min-

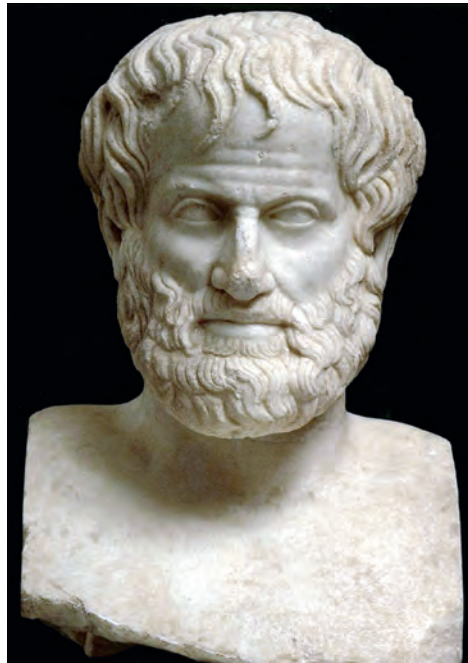


Foto: picture alliance

Die Facetten der Kommentare belegen, wie schwierig die Beurteilung des Falls aus ethischer Sicht ist.

destqualitätsstandards hinsichtlich Ausgangsdiagnostik und Patientenberatung einzufordern, die Konsequenz, dass unzählige Artikel – insbesondere in Marketingzeitschriften – nicht mehr erscheinen könnten. Dies wäre für viele Publikationsorgane, die zum einen bestimmte Kundenerwartungen zu erfüllen haben und zum anderen sich vornehmlich durch Anzeigen finanzieren, vermutlich eine schwierige Entscheidung.

Art des Publikationsorgans

Es wurde eingewandt, dass die Fallpräsentation in einem zahntechnischen Journal erfolgte und dort Informationen zur Ausgangssituation des Patienten und zu Behandlungsentscheidungen kaum eine Rolle spielten.

Dem wäre entgegenzuhalten, dass sich – wie auch im hier besprochenen Fall –

etliche Zeitschriften dieser Art sowohl an Zahntechniker als auch an Zahnärzte wenden. Außerdem wurde in der vorliegenden Präsentation ausdrücklich auf die Vorgesichte und die Erwartungshaltung der Patientin hingewiesen (auf Grund des Wunsches nach einer Verbesserung des Aussehens und einer bevorstehenden Urlaubsreise wurde vom Zahntechniker eine in kurzer Zeit realisierbare Überkronungsform verlangt. Es wurde ihm nur wenig Zeit zur

Realisierung eingeräumt). Schließlich wäre zu erörtern, ob es nicht günstig wäre, auch dem Leser zahntechnischer Zeitschriften einige relevante Basisinformationen über den Ausgangszustand (zum Beispiel parodontaler oder funktioneller Art) der präsentierten Falldokumentationen zu liefern. Unbestritten bleibt, dass die Verantwortung über die Behandlungsentscheidungen beim Zahnarzt und nicht beim Zahntechniker liegt.

Kommentare 2

- 6 Auf den ersten Blick liegt die Versuchung zum Kopfschütteln über die Behandlungsentscheidung sehr nahe: Auf der Abbildung 1 lassen eine leichte Rötung des Zahnfleisches und bräunliche Verfärbungen an mehreren Zahnhälsen eine suboptimale Zahnpflege vermuten, dennoch wird – offensichtlich unter Zeitdruck und dementsprechend ohne Vorbehandlung – eine umfangreiche Überkronung von 14 – 24 vorgenommen, und die Frage drängt sich auf, ob das Schließen eines leichten Diastemas zusammen mit den Karies- und Füllungs-Defekten nicht hätte konservativ erfolgen können. Erst der buchstäblich zweite Blick lässt einen möglicherweise ästhetisch ungünstigen Verlauf der OK-Inzisalkanten und Höckerspitzen im Sinne einer negativen Spee'-schen Kurve vermuten und in Abbildung 2 lassen entsprechende Farbkontraste doch etwas ausgedehntere (Aufbau-)Füllungen vermuten. Erst auf den dritten – und m. E. entscheidenden – Blick tauchen die möglicherweise noch gewichtigeren Fragen auf: [...] Warum will eine Patientin – vermutlich eben gerade nicht mehr in jugendlichem Alter – jetzt (auf einmal) eine „harmonische und jugendliche“ Frontzahnversorgung? Und warum gerade vor einer in Kürze anstehenden Urlaubsreise? Welche Bedeutung hat gerade jetzt für die Patientin „Harmonie und Jugendlichkeit“, und welche Bedeutung hat die Urlaubsreise – geht es hier um Beziehungswünsche und/oder -konflikte? Unter welchem Druck steht die Patientin, welcher Druck wird möglicherweise hier auf den behandelnden Zahnarzt weitergereicht ausgeübt? Wie steht es also in diesem Fall um die Entscheidungsautonomie beider Seiten? Genau diese Fragen hätte ich, wenn ich hier – und solche Fälle erlebe ich in meiner konsiliardienstlichen Praxis häufiger – ein Gutachten abzugeben hätte, sicher zunächst einmal dem behandelnden Kollegen gestellt, bevor ich mich zu einer Beurteilung in der Lage gesehen hätte – der nachfragende Kollege selbst kritisiert die unzureichenden Informationen, die der Autor zu seinem Fall gibt, wünscht sich andererseits aber dennoch dann anhand dieser „defizitären Aktenlage“ eine Einschätzung zu der Behandlungsentscheidung, obwohl er selbst wiederum andererseits davon ausgeht, dass der berichtende Kollege eine sachgerechte Ausgangsdiagnostik, Aufklärung und nachfolgende Versorgung durchgeführt hat. Und dann ist da noch die Sache mit dem „ersten Stein“: Wer, der unter betriebswirtschaftlichen Erfordernissen eine Praxis zu führen hat – und dieses zu tun, ist ja nicht schon automatisch unethisch –, hat nicht schon einmal zumindest in Grenzfällen, wenn also beispielsweise Lückenbildungen und Zahnhalskaries und schwer zu reinigende Zahnoberflächen und mit bereits vorhandenen mehrflächigen Füllungen einer Überkronung den Vorzug gegenüber einer möglicherweise im doppelten Wortsinn auf lange Sicht unwirtschaftlichen konservativen Therapie gegeben? – Wer also möchte hier „den ersten Stein werfen“?
- 7 Dieses Beispiel scheint mir insofern etwas unglücklich gewählt, als es sich [...] nicht um eine zahnärztliche Zeitschrift, sondern ein Fachorgan für Zahntechniker handelt. Dass die Frage nach der Behandlungsentscheidung hier nur oberflächlich angerissen wird, liegt in der Natur der Sache, denn für den Zahntechniker ist die Therapieplanung oder gar der Behandlungsablauf nur insofern von Interesse, als er Auswirkungen auf die technische Ausführung der Arbeit hat oder die Arbeitsschritte ineinander greifen. Diagnostik und Therapieplanung – und somit auch die Abwägung möglicher Behandlungsentscheidungen – sind hingegen ureigenste zahnärztliche Aufgaben. Es wäre also wünschenswert, wenn entsprechende Beispiele, bei denen zweifellos auch die Art und Weise der Darstellung zu diskutieren ist, den Organen entnommen werden, die auf die für die Behandlungsentscheidung einzig zuständigen Zahnärztinnen und Zahnärzte fokussieren – also zahnärztliche Fachzeitschriften.

Schlussfolgerungen

Die Vorstellung und Diskussion der präsentierten Falldokumentation erlaubt folgende Schlussfolgerungen:

- Ein Konsens bei der ethischen Bewertung von Behandlungsentscheidungen ist nicht immer möglich. Gleichwohl hilft der Austausch von Argumenten der persönlichen Meinungsbildung; zudem dient er dem Erkenntnisgewinn.

- Speziell in der Abwägung zwischen der Erfüllung des Patientenwunsches (Patientenautonomie) und den Vorstellungen des Zahnarztes kann es zu Konflikten kommen. Die Erörterung konkreter Fallbeispiele kann diese Konflikte zwar nicht immer lösen, aber sie kann sie transparent machen. Damit lässt sich eine Diskussionskultur über ethische Fragen initiieren, die dazu beiträgt, das Selbstverständnis des Berufsstandes besser als bisher zu beschreiben.

- Bei Behandlungsfällen, die ein ethisches Dilemma bieten, sollten wirtschaftliche Aspekte der Entscheidungsfindung keine zentrale Rolle spielen.

- Das Argument, die Erörterungen ethischer Problemfälle (zum Beispiel über Unter- und Überversorgung) sei wegen vermeintlicher „Nestbeschmutzung“ zu vermeiden, greift zu kurz. Die explizite Offenlegung bestehender ethischer Dilemmata auf der Grundlage von Fallbeispielen, ein transparenter Meinungsbildungsprozess und ein partizipativer Diskussionsstil sind Kennzeichen eines selbstkritischen, eigenverantwortlichen Berufsstandes und somit letztlich ein Ausweis von Professionalität und „Good Clinical Practice“.

- Durch die Einführung von diagnostischen Mindeststandards bei der Präsentation von Falldokumentationen in der Fachliteratur könnten Diskussionen über Behandlungsentscheidungen auf wesentlich besserer Grundlage geführt werden, als dies bislang häufig der Fall war. Dies gilt sowohl für zahnärztliche als auch für zahntechnische Fachzeitschriften.

Kommentare 3

- 8 Leider wirft der dargestellte Fall mehr Fragen auf als beantwortet werden. Ein Gesamtbefund, der jeder Therapie vorausgehen sollte, wird nicht dargestellt, und es ist nicht ersichtlich, ob die abgebildete Situation (multiple große Eckenaufbauten?) eine über mehrere Jahre stabile Restauration zeigt oder ob ein regelmäßiger Behandlungsbedarf bestand (zum Beispiel aufgrund von Kantenbrüchen oder Ähnlichem). Auch ist nicht nachvollziehbar, ob weiterer (Vor-)Behandlungsbedarf oder gar Kontraindikationen bestehen. Zur Bestimmung und Bewertung von Prognose, Nutzen-Risiko-Abwägung und Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes sind aber gerade auch Informationen über die bisher erfolgten Restaurierungen oder Restaurierungsversuche notwendig. Ich verfüge in diesem Fall nicht über genügend Informationen, um die Ausgangssituation sowie die vorgenommene Restauration bewerten zu können.
- 9 Die Fotos sind selbsterklärend! Die den ZA betreffenden Zugeständnisse mögen kollegial gemeint sein – keine der genannten Verpflichtungen scheint jedoch in diesem Fall gewahrt. Die Versorgung ist auch dann weder fachlich noch ethisch zu akzeptieren, wenn die Pat. dies ausdrücklich gewünscht haben sollte. Patientenautonomie berechtigt nicht zur Verletzung der ärztlich-moralischen Integrität.
- 10 Fast täglich erreichen uns zahlreiche Publikationen/Zeitschriften aus dem zahnärztlichen und zahntechnischen Umfeld [...] Zu beachten ist, dass die meisten dieser Zeitschriften einen wissenschaftlichen Fachbeirat besitzen. Ich will nur darauf hinweisen und habe aber keine Kenntnis, inwieweit diese Beiräte in die Publikationen eingebunden sind. Vielleicht ergibt sich hier auch ein Ansatzpunkt für unsere ethischen Diskussionen und Möglichkeiten der Einflussnahme oder Wahrnehmung von Verantwortung.
- 11 Dies ist eine täglich immer wiederkehrende Situation: Wenn ich's nicht mache, macht's ein anderer. „Auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin“ befreit den Behandler nicht vor ethischen Überlegungen. Ebenso „die Patientin mit dem Aussehen der neuen Versorgung sehr zufrieden“. Patientin ist verständlicherweise zufrieden, weil sie ihren Kopf durchgesetzt hat. Ist sie das immer noch, wenn die ersten Nachteile dieser Therapie sichtbar und fühlbar werden? Abbildung 2 lässt vermuten, dass die notwendigen parodontalen Vorbehandlungsmaßnahmen nicht durchgeführt wurden und die Präparation der Zähne nicht gerade atraumatisch war.
- 12 Leider ist DAS Alltag im Leben eines ZE-Gutachters [...]
- 13 Selbstbestimmte und autonome Entscheidungen sind nicht immer Entscheidungen, die (zahn)medizinisch indiziert sind. Unter Berücksichtigung von Prognose, Nutzen-Risiko-Abwägung und Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes hätte die dargestellte, hochinvasive Versorgung unterbleiben müssen.

Obwohl die Erörterung eines in der Literatur publizierten Fallberichts Verallgemeinerungen ausschließt, zeigen die hier vorgestellten Antworten und Kommentare dennoch, dass sich dieses Vorgehen gut als konkreter Ausgangspunkt von Debatten über ethische Fragestellungen eignet. Um einen gewissen Abstand zu erhalten, bieten sich Publikationen, die bereits einige Zeit zurückliegen, dazu besonders an.

Die vielfältigen Diskussionsbemerkungen konnten in zahlreichen Facetten deutlich machen, dass allein der Hinweis auf den Patientenwunsch („Der Patient wollte es so“) nicht ausreicht, um eine invasive Behandlung stichhaltig zu begründen.

*Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400
D-69120 Heidelberg
hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de*

Aus zahnärztlich-prothetischem Blickwinkel

Qualitätssicherung – einmal anders reflektiert

Ludger Figgener

Die Qualitätsdiskussion im zahnmedizinischen Bereich hat bereits eine längere und zum Teil bewegte Geschichte. Sie war und ist gekennzeichnet von sehr unterschiedlichen Standpunkten und Pointierungen, von Emotionen und Betroffenheiten einerseits, von Sachlichkeit bis hin zu Eiferertum auf der anderen Seite. Die einen befassten sich mit der Ergebnisqualität, zeigten hier durchaus Defizite auf und ernteten zornige Entrüstung bis hin zu wütender Verunglimpfung. Die anderen wollten von vorneherein nur über Struktur- und Prozessqualität reden. Qualität wurde zum Reizwort, und die Diskussion versank bisweilen in semantischen Verbrämungen des eigentlichen Problems.

Obwohl Qualitätssicherung im Gesetz verankert ist, sind wir von einer Lösung dieses Problems weit entfernt. Die Vertragszahnärzte – und damit der größte Teil der Zahnärzte überhaupt – stehen im Spannungsfeld zwischen zwei hauptsächlichen Blickwinkeln: Das eine ist der Blickwinkel der wissenschaftlichen Erkenntnisse (soweit sie vorhanden sind); der andere Blickwinkel ist der der wirtschaftlichen Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Aufgabe des G-BA

Das Gremium, das den Auftrag hat, diese beiden Blickwinkel zusammen zu bringen, um daraus Leistungen und Leistungsentgelte zu beschreiben, ist für Vertragszahnärzte der Gemeinsame Bundesausschuss.

Da wir uns nach § 135 a des Sozialgesetzbuches alle an einrichtungsübergreifenden

Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen haben, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern, gibt der § 13 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, dass der Nutzen unserer ärztlichen und zahnärztlichen Arbeit durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen ist. Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe 1 sein. Absatz 2 des § 13 der Verfahrensordnung sagt sodann, dass die Anerkennung des medizinischen Nutzens auf Grundlage von Unterlagen einer niedrigeren Evidenzstufe umso mehr einer Begründung bedarf, je weiter von der Evidenzstufe 1 abgewichen wird.

Frage nach der Evidenz

Es stellt sich die Frage, wo wir überhaupt mit unserer Evidenz stehen. Welche relevanten Fragen in der Zahnheilkunde können wir evidenzbasiert beantworten? Es gibt zwar in Medizin und Zahnmedizin zahlreiche Bereiche, die Untersuchungen zugänglich sind, an deren Ende man von Evidenz der

Stufe 1 sprechen kann, beispielsweise der große Bereich der Arzneimitteltherapie. Es gibt aber auch Disziplinen, in denen es schwer oder unrealistisch erscheint, zur Evidenzstufe 1 führende Untersuchungen durchzuführen.

Eine der wichtigsten Fragen im Bereich der Zahnärztlichen Prothetik stellt sich mit Blick

INFO

Der Autor hat diesen Vortrag auf dem zweiten Vertragszahnärztetag der KZVWL am 31. Oktober 2009 in Dortmund gehalten und wurde von vielen Zuhörern gebeten, ihn via zm einem breiteren Publikum vorzustellen. Hier der Text zum Nachlesen.

Nur wenige Ausnahmen

Man muss ganz nüchtern feststellen, dass wir evidenzbasierte Aussagen über Qualität und langzeitliche Bewährung unserer Behandlungen in zur Zeit noch ganz wenigen Ausnahmesituationen machen können. Es fehlen die Untersuchungen, die eine Evidenzbasierung im engeren, speziellen, zur Zeit so verstandenen Sinne zulassen würden. Es wird sie auch, im Unterschied zu manch anderen Disziplinen, zumindest im Bereich der restaurativen oder noch enger der prothetischen Zahnheilkunde so bald nicht geben.

Das darf die Zahnärzteschaft aber nicht mutlos machen und darf vor allem nicht zu einer völlig abstrusen Reaktion führen, wie sie bisweilen anzutreffen ist: Es gibt sie, die Zeitgenossen, die sich des Gedankens der Evidenzbasierung bemächtigen und diesen dahin gehend verabsolutieren beziehungsweise pervertieren, dass nur noch das gelten soll, was evidenzbasiert ist. Wo es keine Evidenzbasierung gibt, weil einschlägige Untersuchungen nicht oder noch nicht existieren und möglicherweise auch nicht oder zumindest nicht in absehbarer Zeit zu erwarten sind, da wird so getan, als befände man sich quasi im Zustand der Anarchie, in der beispielsweise parodontal irritierende Zahnersatzgestaltungen, selbst grobe Randschlussmängel, okklusionsfehlerhafte Ausführungen und mehr als nicht beanstandungsfähig postuliert werden, so lange nicht evidenzbasiert deren Schädigungspotential bewiesen ist. Diese Leute müssten dann eigentlich auch die abstrus fatale Einstellung haben, dass man, solange es keine Evidenzbasierung dazu gibt, auch für den Alltagsgebrauch nicht mehr damit rechnen kann, dass Wasser den Berg herunter fließt, sondern man gerade so gut auch vom Gegenteil ausgehen könnte.

Konsensbasierungen nötig

Solange Evidenzbasierungen im speziellen Sinne fehlen, müssen wir an „Konsensbasierungen“ arbeiten, die unsere bisherigen fachlichen Erkenntnisse und biologischen Offensichtlichkeiten als Grundlage für Be-



Foto: ProDente e.V.

Für Untersuchungen zur Langzeitbewährung müssen viele Patienten über lange Zeiträume hinweg in der Studie bleiben.

auf die Langzeitbewährung der verschiedenen Arten von Zahnersatz.

Während man sich noch recht gut vorstellen kann, dass Untersuchungen zur Wirksamkeit beispielsweise eines konkreten Antibiotikums gegenüber spezifischen Erregern sowohl vom Umfang der Fragestellung, als auch von der Rekrutierbarkeit des einschlägigen Krankengutes, und insbesondere der Überschaubarkeit des Untersuchungszeitraumes, recht gut durchführbar sind, stellen sich die Voraussetzungen für eine vergleichende Untersuchung zur Langzeitbewährung verschiedener Formen von Zahnersatz indessen als beinahe unüberwindbare Hürden dar. Ein zielführendes Studiendesign müsste sehr große Zahlen vergleichbarer Patienten vorsehen mit vergleichbaren Ausgangsbefunden. Diese Patienten müssten eine hinreichende Wahrscheinlichkeit bieten, über die zu untersuchenden langen Zeiträume hinweg in der Studie zu bleiben. Sodann müssten kalibrierte Zahnärzte und Zahn-

techniker die verschiedenen zu vergleichenden prothetischen Versorgungen durchführen. Um relevante, interessierende Aussagen zu gewinnen, müssten die vielen Patienten, wiederum von kalibrierten Untersuchern, über einen hinreichend langen Zeitraum, wenigstens mehrere Jahre, in einem regelmäßigen Recall nachuntersucht werden, wobei allfällig notwendige Nachsorgemaßnahmen (beispielsweise Unterfütterungen) wiederum in kalibrierter Weise festgestellt und durchgeführt werden müssten. Die Aufzählung der problematischen Aspekte erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Unabhängig von den sachlichen Schwierigkeiten lässt sich die Aufzählung um einen sehr menschlichen Aspekt ergänzen. Welche Wissenschaftler tun sich einen solchen Tort an, wohlwissend, dass sie höchstwahrscheinlich die Meriten einer solchen Langzeituntersuchung nicht mehr selbst ernten werden. Wer will es ihnen verdenken, in einer Zeit, in der der Götze „Impact-Faktor“ das Maß aller Dinge ist.

Wenn man sich klar macht, wie weit die Zielvorstellungen davon entfernt sind, in einer auch nur halbwegs absehbaren Zukunft umgesetzt werden zu können, so kommt man ins Grübeln.

handlungsempfehlungen und Leitlinien operationalisieren. Denn wir befinden uns mitnichten im luftleeren Raum oder im Niemandsland. Wir dürfen, können und müssen auf die Vorstellungen von Qualität zurückgreifen, die unser bisheriges zahnärztliches Handeln bestimmt haben – und die können ja angesichts des hohen Versorgungsstandes in unserem Land so falsch nicht sein. Wir müssen uns aber auch – im Hinblick auf die anstehenden Herausforderungen – auf den Weg machen, um möglicherweise andere als die bisher propagierten beziehungsweise postulierten Evidenzen mit Hilfe der fachlichen Kompetenz zu entwickeln und zu entwerfen, mit denen sich die bestehenden Evidenzlücken und Evidenzfreiräume füllen lassen.

Bei aller Verwissenschaftlichung darf dabei auch der gesunde Menschenverstand nicht unbenutzt gelassen werden, und Evidenz dürfte und müsste durchaus auch im Sinne von Offensichtlichkeit begriffen werden. Dabei kann es natürlich überhaupt keinem Zweifel unterliegen, dass das nur mit professionellem Sachverstand geleistet werden kann.

Lösungen müssen umsetzbar sein

Um mit solchen Intentionen Gehör zu finden, darf man natürlich nicht traumverloren davon ausgehen, einzig „Wellness“ und Komfort des Patienten, koste es, was es wolle, im Auge haben zu müssen. Es werden in jedem Fall Lösungen oder Lösungsansätze verlangt werden, die auch für die Solidargemeinschaft umsetzbar sind.

Vor einigen Jahren fand im Bonner Wissenschaftszentrum ein Symposium des Instituts für Gesundheitssystemforschung mit dem Thema „Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin“ statt. Es ging um die Frage, wie in Zukunft trotz finanzieller Einschränkungen die medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann. Der Tenor der meisten Referenten war, dass wegen der knapper werdenden Ressourcen



Fotos: Figgener

Bedarf diese Funktionsuntüchtigkeit einer Evidenzbasierung?



Evidenz durchaus auch im Sinne der Offensichtlichkeit

nicht mehr alle medizinisch möglichen Maßnahmen finanzierbar seien und deshalb Diagnose- und Therapiestandards und Leitlinien immer mehr in den Vordergrund rückten. Als Anlass für die Leitliniendiskussion wurde unter anderem der Kostendruck im Gesundheitswesen angesehen. Gleichlautend wiesen die Beiträge darauf hin, dass die Politik mit Hilfe von Standards und Leitlinien versuchen wolle, Kosteneinsparungen zu erreichen. Hier tut sich also ein Scheideweg auf, je nachdem, ob man die Leitlinienproblematik von der wirtschaftlichen oder von der medizinischen Seite aus angeht. Dass in Zeiten knapper werdender Ressourcen gespart werden muss, steht völlig außer Zweifel. Die Frage ist, ob ein solches Ziel mit Hilfe von Leitlinien als medizinischen Zielvorgaben zu erreichen ist, oder ob nicht die Ver-

folgung wirtschaftlicher Ziele unter dem Segel „Medizinische Leitlinien“ sich als ein Etikettenschwindel herausstellen könnte. Nach allgemeinem Verständnis lassen sich medizinische Leitlinien nur auf die nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnisstand befundadäquate Versorgung des Patienten hin ausrichten, und bei ihrer Entwicklung dürfen und müssen durchaus wirtschaftliche Überlegungen berücksichtigt werden; sie dürfen aber keinesfalls die inhaltlichen Aspekte dominieren. Wenn- und soweit mit Leitlinien als medizinischen Maximen zugleich – der Effekt erzielt würde, Kosten zu dämpfen, so wäre dieser Synergismus in Ordnung und würde sicherlich von jedermann begrüßt. Mitnichten aber muss leitliniengestützte Behandlung per se und unbedingt ausgabenreduzierend wirken, gerade so gut kann das Gegenteil bei der Umsetzung von Leitlinien eintreten.

Gedankenspiel anhand einer Fallsituation

Zu beiden Möglichkeiten ein Beispiel: Die Extraktion eines Weisheitszahnes mit Dentio difficilis bei ansonsten vollständiger Zahnreihe ist zweifellos medizinisch indiziert. Es ist kaum eine andere

Therapiealternative mit mittelfristigem oder langfristigen Erfolg vorstellbar. Jeder Erhaltungsversuch würde weitere Kosten verursachen, wäre für den Patienten nutzlos und letztlich auch wohl vergeblich. Mithin ist die Indikation zur Extraktion eine absolute. Eine Leitlinie würde hier eine sowohl unter medizinischen Gesichtspunkten richtige wie auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten günstige Behandlung befördern.

Der andere Fall: Restierende einzelne Zähne im Unterkiefer, kariös, parodontal geschädigt und locker, deren Extraktion man durchaus als medizinisch vertretbar einstufen würde. Die anschließende Versorgung würde mit einer Totalprothese erfolgen. Nun wissen wir aber, dass auch solche, in ihrer Wertigkeit stark reduzierte Zähne zur Stabilisierung einer Prothese vor allem im

Unterkiefer noch gute Dienste leisten und für den Patienten Funktionserhalt, Adaptation und damit oralen Komfort erleichtern können. Dafür wären erforderlich: Kariestherapie, möglicherweise endodontische Therapie, Parodontitistherapie, prothetische Therapie, wobei sich sogleich die weitere Frage stellt, in welcher Ausführung: Reicht ein einfaches Drahtklammerprovisorium? Lässt die Zahnanatomie eine Gussklammerverankerung zu? Oder muss eine aufwändigere Verankerungsart gewählt



Prämolare Okklusion als Ausgangsbefund für eine große Therapievariabilität



eine von zahlreichen Therapievarianten

werden? Von implantologischen Behandlungskonzepten ganz zu schweigen, deren medizinische Indikation mittlerweile auch zweifelsfrei akzeptiert ist.

Eine medizinisch ausgerichtete, am Funktionserhalt und mithin am Wohl des Patien-

ten orientierte Leitlinie müsste zwingend auf alle vorstehenden Fragen eingehen und, wenn die Detailbefunde dafür sprechen, durchaus hinführen auf die Zahnerhaltung und teilprothetische Versorgung mit möglicherweise noch implantologischer Ergänzung des Behandlungskonzepts. Gegenüber der schlichten Extraktion und anschließenden totalprothetischen Versorgung also ein durchaus großer, sogar riesengroßer Unterschied, sowohl was das medizinisch Erreichbare, als aber auch die Kosten anlangt.

Für vorliegenden Fall beziehungsweise Befund kann also eine medizinische Leitlinie nicht auf nur eine einzige Lösung hinführen. Auf jeden Fall wird sie nicht kostensparend sein, sondern unter medizinischen, patientenorientierten Gesichtspunkten eher kostensteigernd.

Medizinische versus Rationierungsleitlinie

Wenn angesichts dessen im Hinblick auf eine zwingend notwendige Kostendämpfung eine solche Leitlinie gleichwohl zugunsten der Extraktion und totalprothetischen Versorgung formuliert würde, so wäre es im Sinne der Ehrlichkeit ebenso zwingend, dies deutlich herauszustellen und diese Leitlinie dann nicht mehr als medizinische Leitlinie, sondern als „Rationierungsleitlinie“ zu deklarieren. Die unpopuläre Diskussion um Finanzierungsgrenzen der Solidargemeinschaft und um dadurch notwendiges Abweichen von ansonsten bestehenden medizinischen Möglichkeiten darf jedenfalls nicht auf Ärzte und Zahnärzte übergewälzt werden.

Zielkonflikt

Es soll anhand eines weiteren Beispiels versucht werden, den Spagat einer Leitlinie zwischen wirtschaftlicher Ausrichtung und medizinischer Orientierung zu verdeutlichen.

Nehmen wir den Fall eines Patienten, der im Unterkiefer eine beidseits verkürzte Zahnreihe mit Fehlen aller Molaren aufweist. Lässt



Illustration: B.Noeth

Die Sorgfaltspflicht beinhaltet eine Behandlungsplanung unter Berücksichtigung aller wesentlichen Aspekte.

man zunächst die Situation im Oberkiefer außer Betracht, so ergeben sich abstrakt – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – eine Reihe von Behandlungsalternativen.

■ Da nach den Erkenntnissen der Gebissfunktionslehre zehn antagonistische Zahnpaare im allgemeinen als durchaus ausreichend anzusehen sind, könnte die erste Möglichkeit lauten, ganz auf den Ersatz der fehlenden Molaren zu verzichten und das Hauptaugenmerk auf den Erhalt der noch vorhandenen Zähne zu richten.

■ Fühlt sich indessen der Patient durch die verkürzte Zahnreihe kaufunktionell beeinträchtigt, so käme als Ersatz eine gussklammerverankerte Teilprothese in Betracht. Für diese in funktioneller Hinsicht ausreichende Lösung bräuchten keine Zähne beschliffen zu werden, sie ist substanzsparend und kostengünstig. Die Klammerverankerung allerdings ist nur möglich bei korrespondierenden Unterschnitten. Sie kann als ästhetisch störend empfunden werden, und die Verbindung mit dem Restgebiss ist nur bedingt starr.

■ Ästhetisch besser und durch die starre Anbindung an das Restgebiss auch funktio-

nell günstiger wäre eine Teleskopprothese. Das erfordert allerdings das Beschleifen von Zähnen, ist mithin aufwändiger und wesentlich teurer.

■ Eine weitere Möglichkeit der Verlängerung der Zahnreihe bestünde in der Eingliederung von Freidendbrücken. Dafür müssten jeweils die Prämolaren überkront und an die verblockten Kronen jeweils ein Freidendbrückenglied angehängt werden. Bei ohnehin gegebener Überkronungsbedürftigkeit der Prämolaren und im Hinblick auf oralen Komfort und Ästhetik eine gute Lösung. Weil aber immerhin vier Zähne überkront werden müssen, um die Zahnreihe beidseits nur um einen Zahn zu verlängern, ist eine sorgfältige Schaden-Nutzen-Abwägung vorzunehmen.

■ Schließlich ist auch noch als funktionell gute, komfortable, den Knochenabbau in den zahnlosen Gebieten obendrein verlangsamende, allerdings auch erheblich teurere Lösung eine Implantatversorgung zu diskutieren.

Die bislang abstrakten Überlegungen zu den Therapiemöglichkeiten werden natürlich noch weiterhin und ganz wesentlich be-

einflusst durch die denkbaren unterschiedlichen Befundvarianten im Gegenkiefer mit jeweils entsprechenden weiteren Konsequenzen für die Therapieplanung. Darüber hinaus bestehen auch im Hinblick auf die möglichen Restaurationsmaterialien weitere Alternativen. Allein dieses eine Beispiel macht deutlich, mit wie vielen medizinischen Antworten bei gleichem Befund auf die unterschiedlichen Notwendigkeiten und Schwerpunkte, Wünsche und Vorstellungen eines Patienten differenzialtherapeutisch eingegangen werden kann. Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe des Zahnarztes, herauszufinden, welche Einflussgrößen bei der Versorgung eines Patienten eine Rolle spielen, welche beruflichen Implikationen (wie bei einem Blasmusiker) zu beachten sind, welches die geheimen Wünsche und Vorstellungen bezüglich seiner Versorgung sind, welche Wertschätzung er einer funktionellen Lösung oder einer ästhetischen Lösung entgegenbringt, oder, was auch völlig wertneutral zu konstatieren ist, ob er diesen Fragen persönlich keine sehr große Bedeutung beimisst. Es geht also darum, das Problem des Patienten herauszufinden und daran orientiert eine Lösung, die seinen Möglichkeiten entspricht, zu finden. Dafür eine Leitlinie zu formulieren, dürfte schwer fallen. Zumindest müsste sie all die Überlegungen enthalten, die vorstehend angestellt wurden. Selbst wenn eine vergleichende Untersuchung zur Langzeitbewährung verschiedener Zahnersatzarten existierte, könnte sie kaum auf alle gestellten Fragen eine Antwort geben. Trotzdem ist die Lösung dieser anspruchsvollen Aufgabe Inhalt sowohl der zahnärztlichen Sorgfaltspflicht als auch der Aufklärungspflicht.

Medizinisch gesehen wäre es ein großer Rückschritt, in einer Befundsituation wie der beschriebenen, mit verschiedenen möglichen Behandlungsalternativen, per Leitlinie die Entscheidungsfreiheit und den Behandlungsspielraum von Patient und Zahnarzt einzuschränken und auf eine, dann vermutlich kostengünstige Lösung zu reduzieren. Juristisch wären damit haftungsrechtliche Konfliktsituationen geradezu vorprogrammiert.

Aus der allen sicherlich noch erinnerlichen

sogenannten AOK-Studie wurde seinerzeit die Frage abgeleitet, inwieweit zukünftig Zahnärzte bei gleicher Befunderhebung zu identischen oder zu mindestens gleichwertigen Therapievorschlügen im Sinne einer evidenzbasierten Zahnmedizin kommen können. Auch bezüglich dieser Frage macht das oben erwähnte Beispiel recht anschaulich deutlich, dass evidenzbasierte Daten, wenn sie denn existierten, vielleicht einen Teil der in dem Fall anstehenden Fragen beantworten könnten, dass aber andere wesentliche Fragen, die bei der Behandlungsplanung ebenfalls eine entscheidungsleitende Rolle spielen, dem persönlichen, individuellen Bereich des Patienten entspringen und damit nicht evidenzbasiert beantwortet werden können. Man wird also bei der Entwicklung von Leitlinien zu unterscheiden haben zwischen Situationen, die sich für jedermann gleich darstellen und für die sich Leitlinien als 'good medical practice' formulieren las-

sen (beispielsweise Notfallsituationen, in denen ein ganz konkretes, für die Stabilisierung vitaler Funktionen bewährtes Programm abzulaufen hat) und solchen Situationen, in denen nicht nur ein Weg zum Ziel führt und in denen die Wahl des Weges neben den objektiven Befunden von individuellen Aspekten und subjektiven Einschätzungen abhängt.

Solche Aspekte sind zum Beispiel

- Konkordanz oder Diskrepanz zwischen objektivem Befund und subjektivem Befinden des Patienten,
- Funktionalität,
- Ästhetik,
- oraler Komfort,
- individuelle Situation des Patienten mit sozialen und beruflichen Implikationen,
- schließlich noch das ganz und gar nicht notwendigerweise übereinstimmende Verständnis verschiedener Patienten von vorgeannten Aspekten

■ und natürlich auch unterschiedliche ärztliche Einschätzungen dieser Details.

Zahnmedizin ist Biologie

Zahnmedizin ist eben Biologie, nicht Mathematik und nicht Fließbandfertigung.

Ganz abgesehen davon, ist das Problem der Therapievariabilität weder ein deutsches noch ein zahnmedizinisches und auch kein neues Problem. George Bernard Shaw beschrieb es 1906 in seinem „The Doctor's Dilemma“, wo ein Londoner Journalist während der ersten großen Influenzaepidemie alle großen örtlichen Kapazitäten aufsuchte und bei jedem Arzt bei gleichem Befund verschiedene Behandlungsvorschläge erhielt. Welch ein aktueller Bezug zu den Erfahrungen, die jüngst mit der Schweinegrippe gemacht werden mussten!

Die besagte AOK-Studie monierte über die Therapievariabilität hinaus in erster Linie große Defizite in der Anamnese- und Be-

funderhebung sowie deren Dokumentati-
on. Diesem Kritikpunkt muss in aller Deut-
lichkeit und mit Nachdruck beige-
pflichtet werden. Und hier ergäbe sich zweifellos ein
guter Ansatzpunkt für die Formulierung einer
Leitlinie, die sicherstellen kann, daß für
eine Behandlungsplanung unverzichtbare
Befunde nicht vergessen werden, die dann
in Verbindung mit den individuellen an-
amnesticen Gesichtspunkten den medizi-

kompromisslos dem aktuellen, wissen-
schaftlich anerkannten Stand des zahn-
medizinischen Wissens und Könnens. Alle sich
daraus ergebenden, im konkreten Einzelfall
möglichen Therapiealternativen sind nach
der Rechtsprechung aufklärungsbedürftig.
Im Rahmen seines grundgesetzlich ge-
schützten Selbstbestimmungsrechts hat der
Patient nach gehöriger Aufklärung das
Recht, an der Auswahl, Entscheidung und

oder Zahnarzt zuzuschieben, wäre jeden-
falls feige und zynisch.

Bleibt nur das Wunschdenken

Nach allem wäre es schön, bleibt aber ein
Wunschtraum, Leitlinien formulieren zu
können, die für den Patienten immer medi-
zinisch optimale Behandlung gewährleisten
würden, für die Krankenkassen die kosten-
günstige Versorgung darstellen würden und
für die Ärzte und Zahnärzte gleichwohl eine
betriebswirtschaftlich-juristisch sichere Lö-
sung bedeuten würden. Jede Interessenlage
ist für sich genommen nachvollziehbar, legi-
tim und eigentlich selbstverständlich. Sie
anhand von Leitlinien kollisionsfrei erfüllen
zu wollen, erscheint hingegen nur bedingt
möglich und zum Beispiel in Situationen,
wie den aufgezeigten, unlösbar. Da, wo es
sich als möglich herausstellt, sollten medizi-
nische Leitlinien unter Nutzung der bereits
verfügbaren und noch zu erforschenden
wissenschaftlichen Erkenntnisse auf der Ba-
sis breiten Konsenses zum Wohl der Patien-
ten formuliert werden. Soweit die Ressour-
cen eine Vollkaskoversorgung nicht zulas-
sen, muss dies offen ausgesprochen werden
und wirtschaftliche Leitlinien, die dann aber
auch so heißen müssen, vorgegeben wer-
den. Fairness und Ehrlichkeit bezüglich der
Ziele und Wege sind notwendig.

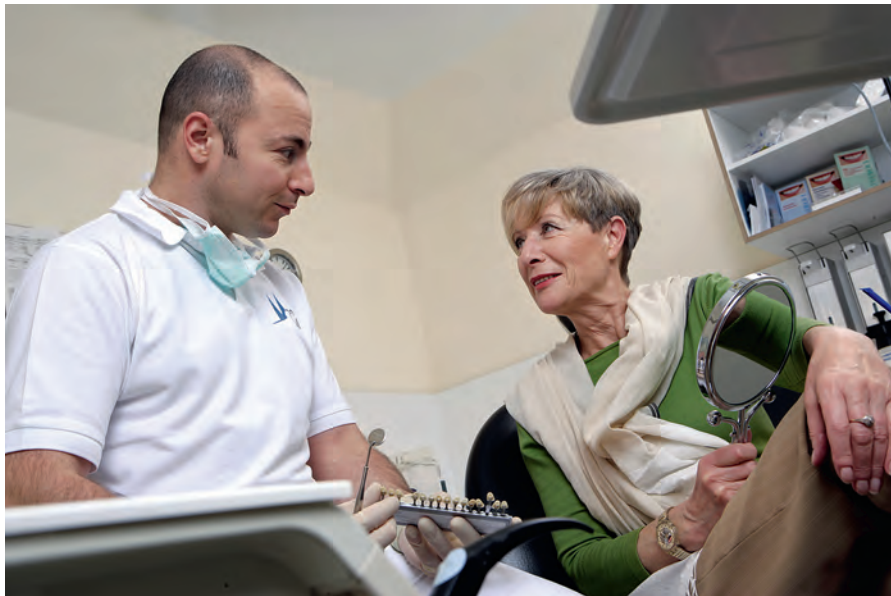


Foto: ProDente e.V.

*Einwilligung nach Aufklärung (informed consent) als Rechtmäßigkeitsvoraussetzung der
zahnärztlichen Behandlung*

nischen Hintergrund für die konkrete Thera-
pieplanung transparent machen.

Die Arbeitsgruppe „Präventionsorientierte
Zahnheilkunde“ hat seinerzeit ein Arbeits-
papier zur zahnärztlichen Diagnostik ent-
wickelt, dessen Nutzbarmachung bezie-
hungsweise Aufbereitung für die Erstellung
einer einschlägigen Leitlinie sich geradezu
anböte.

Juristische Fußangeln

Die Diskussion um die Problematik von im
Zusammenhang mit der Qualitätssicherung
zu erarbeitenden Leitlinien bliebe unvoll-
ständig, wenn nicht auch die juristische Di-
mension gebührend berücksichtigt würde.
Die von der Rechtsprechung an die Sorg-
faltspflicht und die Aufklärungspflicht ange-
legten Maßstäbe entlehnt sie eindeutig und

Planung bezüglich einer konkret durchzu-
führenden Therapie mitzuwirken. Eine Ver-
letzung der Aufklärungspflicht beziehungs-
weise eine Nichteinbeziehung des Patienten
in die Entscheidungsfindung zieht in aller
Regel haftungsrechtliche Sanktionierungen
nach sich.

Wie will man sich von Seiten der Politik und
der Krankenkassen dazu stellen, dass nach
zivilrechtlichem Sorgfaltsmaßstab über
mögliche Therapiealternativen aufgeklärt
werden muss, die aber möglicherweise in ei-
ner einschlägigen wirtschaftlich orientierten
Leitlinie nicht vorgesehen sind? Wer soll
sich mit dem Patienten darüber ausein-
andersetzen, daß der von Politik und
Krankenkassen gerne erweckte Eindruck, alle
medizinischen Möglichkeiten seien selbst-
verständlich für alle verfügbar, nicht
stimmt? Die Rationierungsdebatte dem Arzt

*Prof. Dr. Dr. Ludger Figgner
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Waldeyerstraße 30
48149 Münster
figgenl@uni-muenster.de*

Fortschrittliche Orthopädie

Operieren mit dem iPod

Die modernen MP3-Player halten nun offenbar auch Einzug in den OP-Saal – nicht zum Musikhören, sondern als Hilfsmittel für den Operateur. In einigen Fachdisziplinen sind sie schon im Einsatz.

Neue Wege gehen die Orthopäden am Städtischen Klinikum Köln-Merheim: Dort läuft derzeit eine Pilotstudie, in der ein iPod bei Hüft- und Kniegelenksoperationen eingesetzt wird. Geprüft wird, inwieweit das kleine Gerät die Abläufe bei der Operation vereinfachen und möglicherweise die Präzision bei der Gelenkersatz-OP noch steigern kann.

Das geht folgendermaßen: Der iPod, an dem Antennen-Kugeln sowie ein kleiner Taststab angebracht sind, steckt in einer sterilen Hülle und kann über die Antennen-Kugeln von einem Infrarot-Kamerasystem, das sich zwei Meter vom OP-Tisch entfernt befindet, geortet werden. Der iPod-Taststab wird über die Stelle gehalten, wo das neu zu implantierende Hüftgelenk eingepasst werden muss, und innerhalb von Millisekunden wird die Gelenk-Geometrie erfasst, digitalisiert und an das Kamera-System übermittelt. Via iPod kommen die Informationen zum Operateur zurück. „Das funktioniert kabelfrei mit W-Lan, ganz ohne Stolperfallen im OP“, sagt Dr. Holger Bätthig, der die neue Technologie am Kölner Klinikum erprobt.

W-Lan als Übermittler

Voraussetzung für die innovative Übermittlungstechnik ist die bereits seit Jahren etablierte computergestützte Navigation, die laut Prof. Dr. Rolf Haaker nicht nur in der Orthopädie Anwendung findet, sondern auch in der Neurochirurgie, bei Operationen im HNO-Bereich und in der Gesichtschirurgie. In all diesen Bereichen, in denen die computergestützte Navigation laut Haaker zur deutlichen Verbesserung der Operationsergebnisse geführt hat, ist ebenfalls eine Informationsübertragung per iPod denkbar. „Die Exaktheit mit dem iPod ist ausreichend gut“, betont der Mediziner. Das Gerät hat dabei den Vorteil, dass es einfach zu bedienen ist und erheblich kleiner als die bisherige „Workstation“ mit Rechner und Großmonitor. „Das ermöglicht wahrscheinlich auch kürzere OP-Zeiten“, vermutet Haaker. Auch für Bätthig ist dies ein wichtiges Argument pro iPod: „Die Systeme sind bislang groß wie Kühlschränke und erfordern immer zusätzliches Personal für die Bedienung“. Mit dem iPod lässt sich diese jedoch deutlich vereinfachen, der Operateur hat

zudem das kleine Gerät selbst in der Hand und genau im Blickfeld und muss sich nicht zum Monitor umdrehen.

Bei Hüftoperationen setzt der Kölner Mediziner den MP3-Player als Kontrollelement für die Position des neuen Gelenks und für die Beinlänge ein, bei Knieoperationen unterstützt das Gerät die Vorbereitung und kann Ansatz und Verlauf des Schnittes bestimmen. Die neue Technologie vereinfacht dabei den Arbeitsablauf und das bei verbesserter Präzision, so die ersten Erfahrungen in Köln. Sie fußen auf derzeit rund 40 absolvierten Operationen. Dabei sind die Kölner Orthopäden mit ihrem Pilotprojekt nicht alleine. Im amerikanischen Nashville/Tennessee wird derzeit ebenfalls als Pilotversuch mit dem iPod operiert.

Für die Kliniken ist dieses Vorgehen durchaus wirtschaftlich attraktiv: Denn während die bisherigen Computersysteme mit Kosten von bis 200 000 Euro zu Buche schlagen, sind für die Umrüstung auf den iPod deutlich weniger als 50 000 Euro aufzuwenden.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Neuer DGZMK-Arbeitskreis AKEPZ gegründet

Fachbereich Ethno- und Paläo-Zahnmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Sitz in Düsseldorf ist um einen neuen Arbeitskreis erweitert worden. Hier die wesentlichen Inhalte.



Zahnfeilung einer 25-Jährigen von der Ethnie der Bench (Äthiopien)

Foto: Dr. Carve

Unsere Gegenwart ist einerseits durch zunehmende Globalisierung und Migration, andererseits durch wachsenden Tourismus in alle Teile der Welt gekennzeichnet. Dies führt unweigerlich dazu, dass man mit mundgesundheitsbezogenen Phänomenen und Praktiken konfrontiert wird, die hierzulande weitgehend unüblich und/oder unbekannt sind. Alle orofazialen Strukturen können von solchen Veränderungen und Eingriffen betroffen sein:

- die Zähne (zum Beispiel anatomisch-morphologische Variationen; Zahnfeilungen und nicht medizinisch indizierte Extraktionen; Verfärbungen von Zähnen, wie durch den Verzehr von Kolanüssen, Betelnüssen oder Oraltabak; exzessive Abrasionen aufgrund der Verwendung von Zahnputzhölzern),

- die Mundschleimhaut (natürliche oder künstliche Gingiva-Pigmentierungen; Präkanzerosen und Tumoren aufgrund kulturbedingter Nahrungsgewohnheiten; Durchbohrung von Zungen- und Wangenmukosa durch rituelle Praktiken und ihre Folgen),



Foto: Prof. Dr. Alt

Untersuchung der sterblichen Überreste einer historischen Bestattung aus dem Magdeburger Dom

- die Kiefer und Schädel (wie durch Deformierungen).

Darüber hinaus kamen und kommen in anderen Kulturkreisen zum Zwecke der Zahn- und Mundhygiene und zur Behandlung zahnmedizinisch relevanter Erkrankungen lokaltypische, altüberlieferte Hilfsmittel und Methoden zum Einsatz, die teilweise weit von dem in unseren Breiten Üblichen abweichen (zum Beispiel Verwendung von Zahnputzhölzern, Heilpflanzen und Drogen; Wirkung ritueller Techniken), die möglicherweise auch Potential für die westliche Zahnmedizin besitzen. Ähnlich ungewöhnliche, aber zahnmedizinisch höchst interessante Beobachtungen offenbaren sich, wenn man das Fenster in die Vergangenheit öffnet und die Zahn- und Mundgesundheit unserer Vorfahren studiert.

Gesundheit und Krankheit im Kontext

Es ist wenig bekannt, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse rund um das Thema Zahn auch jenseits der Zahnmedizin gewonnen werden, vor allem in der Ethnologie und in der biologischen Anthropologie. Die Dentalanthropologie kann auf zahlreiche Studien verweisen, die sowohl evolutive als auch kulturelle Aspekte der Menschwerdung berücksichtigen.

Die Auseinandersetzung mit Gesundheit, Krankheit und Verhalten im orofazialen Kontext aus der Perspektive der Ethno- und der Paläozahnmedizin bietet neue Sichtweisen auf die Prävention und die Behandlung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen, die den Menschen als Teil der Natur und der Kultur begreifbar machen. Diese Gegebenheiten systematisch und interdisziplinär zu erforschen, zu dokumen-

INFO

Gründungsmitglieder:

Prof. Dr. med. dent. Kurt W. Alt, Mainz

Dr. med. dent. Ralf Bechly, Lüneburg

Dr. med. dent. Wolfgang Bengel,
Heiligenberg

Prof. Dr. med. dent. Jochen Fanghänel,
Greifswald

Dr. med. dent. Roland Garve, Lüneburg

Prof. Dr. med. habil. Thomas Hoffmann,
Dresden

Prof. Dr. med. Thomas Koppe,
Greifswald

Prof. Dr. med. dent. Dr. h.c. Georg
Meyer, Greifswald

Prof. Dr. med. dent. Dr. h.c. Heinz
Spranger, Dersum

Prof. Dr. med. dent. Jens C. Türp, Basel

tieren und zu bewerten, ist die Aufgabe einer Ethno-Paläo-Zahnmedizin.

Am 11. März 2011 fand daher in Mainz (Johannes Gutenberg-Universität, Institut für Anthropologie, Campus der Universität, Colonel-Kleinmann-Weg 2) die konstituierende Sitzung eines Arbeitskreises Ethno- und Paläo-Zahnmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) statt. Ein solcher Arbeitskreis ist weltweit bislang einmalig.

Ziele des Arbeitskreises

Allgemeine Ziele des Arbeitskreises sind:

■ das Fördern von Interesse an ethno-beziehungswise paläozahnmedizinischen Fragestellungen unter Zahnärzten, Studierenden und anderen interessierten Personenkreisen;

■ der intra- und interdisziplinäre (Anatomie; Ethnologie/Kulturanthropologie beziehungsweise Ethnomedizin; Anthropologie und andere) internationale Austausch von Fachwissen auf dem Gebiet der Ethno- und Paläo-Zahnmedizin;

■ die Anregung interdisziplinärer Forschungsvorhaben, einschließlich der Vermittlung und Förderung von Master- und Dissertationsthemen aus dem Gebiet der Ethno- und Paläo-Zahnmedizin.

Interessenten melden sich bitte bei:

Prof. Dr. Kurt W. Alt

Institut für Anthropologie

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Colonel-Kleinmann-Weg 2

55099 Mainz

altkw@uni-mainz.de



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	KZV Baden-Württemberg	S. 83	Hygiene	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 88	
	ZÄK Bremen	S. 84	Hypnose	ZÄK Bremen	S. 84	
	ZÄK Nordrhein	S. 85		DGZH	S. 92	
Akupunktur	KZV Baden-Württemberg	S. 83	Implantologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 87	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 88		ZÄK Mecklenburg-Vorpommern	S. 89	
Ästhetik	Bildgebende Verfahren	ZÄK Nordrhein	S. 85	DGI	S. 93	
		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 86	DGZI	S. 94	
		LZK Rheinland-Pfalz	S. 88	Kieferorthopädie	ZÄK Mecklenburg-Vorpommern	S. 89
		LZK Berlin/Brandenburg	S. 84		Uni Düsseldorf	S. 92
		ZÄK Nordrhein	S. 85	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 87
ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 86	Konservierende ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84		
ZÄK Westfalen-Lippe	S. 88		ZÄK Niedersachsen	S. 87		
Dentalhygiene	Uni Greifswald	S. 92	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 88		
	Endodontie	KZV Baden-Württemberg	S. 83	RWTH Aachen	S. 92	
LZK Berlin/Brandenburg		S. 85	APW	S. 93		
Ergonomie	ZÄK Nordrhein	S. 85	Nothfallmedizin	KZV Baden-Württemberg	S. 83	
	ZÄK Bremen	S. 84		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 86	
	ZÄK Nordrhein	S. 85	Parodontologie	KZV Baden-Württemberg	S. 83	
ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 86	ZÄK Sachsen-Anhalt		S. 86		
Funktionslehre	LZK Berlin/Brandenburg	S. 84	ZÄK Niedersachsen	S. 87		
	ZÄK Nordrhein	S. 85	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 88		
	ZÄK Niedersachsen	S. 87	ZÄK Mecklenburg-Vorpommern	S. 89		
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 88	Praxismanagement	KZV Baden-Württemberg	S. 83	
	ZÄK Mecklenburg-Vorpommern	S. 89		ZÄK Bremen	S. 84	
			LZK Berlin/Brandenburg	S. 85		
			ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 86		
			ZÄK Niedersachsen	S. 87		
			Prophylaxe	KZV Baden-Württemberg	S. 83	
				ZÄK Bremen	S. 84	
			Prothetik	ZÄK Bremen	S. 84	
				ZÄK Mecklenburg-Vorpommern	S. 89	
			APW	S. 93		
			Qualitätsmanagement	KZV Baden-Württemberg	S. 83	
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 88	
			Recht	KZV Baden-Württemberg	S. 83	
				KZV Baden-Württemberg	S. 83	
			ZÄK Nordrhein	S. 85		
			ZFA	S. 93		

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 83**

Kongresse **Seite 90**

Hochschulen **Seite 92**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 92**

Freie Anbieter **Seite 94**

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

Thema: Betreuung der PAR-Patienten in jedem Lebensalter
Referentin: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 01.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 185
Kurs-Nr.: 11/425

Thema: Praxisfit Management-Fortbildung für Zahnärztinnen und Zahnärzte – Modul 7 „Recht“
Leitung: Christa Maurer, Lindau
Termin: 01./02.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 444
Kurs-Nr.: 10/602G
Fortbildungspunkte: 13

Thema: Chronischer Kopfschmerz – Nicht unser Problem?
Referent: Dr. André von Peschke, Kiel
Termin: 02.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 360
Kurs-Nr.: 11/109
Fortbildungspunkte: 8

Thema: Revision – Management des endodontischen Misserfolgs
Referent: Prof. Dr. Jörg Schirrmeister, Freiburg
Termin: 02.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 425
Kurs-Nr.: 11/110
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Ohrakupunktur für Zahnärzte – Teil II
Referent: Prof. h.c. VRC Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg
Termin: 08./09.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 525
Kurs-Nr.: 11/111
Fortbildungspunkte: 14

Thema: Grundmodul – Notfalltraining für Zahnärztinnen, Zahnärzte und deren Assistenzpersonal
Referent: Reimund Andlauer, AMS Medizinische Seminare
Termin: 08.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 145 (Zahnärztin/Zahnarzt), EUR 95 (ZFA / Mitarbeiter/-in)
Kurs-Nr.: 11/309
Fortbildungspunkte: 5

Thema: Telefontraining: Patientenbezogen und stressfrei in allen Situationen telefonieren!
Referentin: Brigitte Kühn, Tutzing
Termin: 08.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 225
Kurs-Nr.: 11/410

Thema: Feinheiten der erfolgreichen Rezeptionstätigkeit!
Referentin: Brigitte Kühn, Tutzing
Termin: 09.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 225
Kurs-Nr.: 11/411

Thema: Bisshebung des Abrasionsgebisses mit Adhäsivtechnik
Referenten: Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich und Dr. Uwe Blunck, Berlin
Termin: 09.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 575
Kurs-Nr.: 11/112
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Grundlagen der Betriebswirtschaft für die Zahnarztpraxis – Für Einsteiger
Referent: Dirk Nayda, Titisee-Neustadt
Termin: 13.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 120
Kurs-Nr.: 11/113
Fortbildungspunkte: 4

Thema: Wie und was MitarbeiterInnen zum Praxiserfolg beitragen
Referent: Dipl.-oec. Hans Dieter Klein, Stuttgart
Termin: 13.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 175 (Zahnärztin/Zahnarzt), EUR 150 (ZFA/ Mitarbeiter/-in)
Kurs-Nr.: 11/300
Fortbildungspunkte: 6

Thema: Handeln statt hoffen – Mitarbeiter- und Unternehmensführung in der Zahnarztpraxis
Referent: Dipl.-Psych. Bernd Sandock, Berlin
Termin: 15./16. 04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 515
Kurs-Nr.: 11/114
Fortbildungspunkte: 11

Thema: Prophylaxe – Konzept
Referentinnen: Iris Karcher, Freiburg und Kristine Theurer, Neuenburg
Termin: 15.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 185
Kurs-Nr.: 11/412

Thema: Zahnärztliche Schlafmedizin – Teil II. Aufbaukurs mit praktischen Übungen und Anleitungen
Referent: Prof. Dr. Dr. Edmund Rose, Dietikon
Termin: 16.04.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 325
Kurs-Nr.: 11/115
Fortbildungspunkte: 5

Thema: QM Individuell – Qualitätsmanagement in der Praxis
Referent: Prof. Dr. Ing. Bruno Bachmann, Schweiz
Termin: 16.04./05.11.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 1 480 (pro Praxis)
Kurs-Nr.: 11/310

Thema: Aufbaumodul Notfalltraining – Fallsimulationstraining für Zahnärztinnen, Zahnärzte und deren Assistenzpersonal
Referent: Reimund Andlauer, AMS Medizinische Seminare
Termin: 11.05.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 145 (Zahnärztin/Zahnarzt), EUR 95 (ZFA / Mitarbeiter/-in)
Kurs-Nr.: 11/311
Fortbildungspunkte: 5

Thema: Die Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen von Anfang an richtig!
Referent: Kurt Schüssler, Mannheim
Termin: 11.05.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: EUR 49
Kurs-Nr.: 11/504
Fortbildungspunkte: 5

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

ZÄK Bremen**Fortbildungsveranstaltungen**

Fachbereich: Kommunikation
Thema: Dental English – Treating the Patient – Fit in der Behandlung englisch sprechender Patienten
Referent: Sabine Nemeč
Termin: 26.03.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11208
Gebühr: 230 EUR (ZÄ), 184 EUR (ZFA)

Fachbereich: Prothetik
Thema: Festsitzender oder abnehmbarer Zahnersatz? -Entscheidungsfindung und Behandlungsstrategien – Perioprothetische Behandlungskonzepte
Referent: Prof. Dr. Reiner Hans Herbert Biffar
Termin: 02.04.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11511
Gebühr: 285 EUR

Fachbereich: Abrechnung
Thema: Mehr Ertrag – mehr Erfolg – Da geht noch was!
Referent: Heike Rubehn/ Herbert Prange
Termin: 08.04.2011:
 14.00 – 19.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11212
Gebühr: 205 EUR (ZÄ), 165 EUR (ZFA)

Fachbereich: Ergonomie
Thema: Trend: Begleiter Rückenschmerzen? – Lassen Sie sich von diesem Begleiter scheiden!
Referent: Manfred Just
Termin: 09.04.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11002
Gebühr: 248 EUR (ZÄ), 198 EUR (ZFA)

Anzeige

Fachbereich: Hypnose
Thema: 2. Bremer Hypnose- und Kommunikations-Curriculum
Referent: Dr. Horst Freigang/ Ute Neumann-Dahm/ Dr. Wolfgang Kuwatsch
Termin: Einführungsseminar 13.05.2011: 14.00 – 17.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11200
Gebühr: 158 EUR (ZÄ), 126 EUR (ZFA)

Fachbereich: Prophylaxe
Thema: Ästhetisch-Power-Day/ Themen-Power rund um das Thema Zahnästhetik in der Prophylaxe
Referent: Sona Alkozei/ Christine Baumeister/ Sabine Mack/ Christina Marschhausen/ Silvia Syväri
Termin: 14.05.2011:
 09.30 – 16.30 Uhr
Ort: Berufsschulzentrum Walle, Am Wandrahm23, 28195 Bremen
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11026
Gebühr: 135 EUR

Fachbereich: Abrechnung
Thema: Abrechnung: auf ein Neues – Für Wiedereinsteiger
Referent: Alma Ott
Termin: 27./28.05.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 12
Kurs-Nr.: 11035
Gebühr: 214 EUR

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

Fachbereich: Praxismanagement
Thema: Die Praxis – (k)ein Ruhepol? – Konflikt- und Gefahrensituationen in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. Martin Eichhorn
Termin: 15.04.2011:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11213
Gebühr: 230 EUR (ZÄ), 185 EUR (ZFA)

**LZK Berlin/
Brandenburg****Fortbildungsangebot des
Philipp-Pfaff-Instituts Berlin**

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Refresher 2011: Funktionsanalyse und Funktionstherapie
Referent: Dr. Uwe Harth (Bad Salzflufen)
Termin: 09.04.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 1004.5
Kursgebühr: 295 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Update Zahnheilkunde 2011: Kronenfreie Restaurationen von devitalen Zähnen, Die Front im Fokus – chirurgische und prothetische Arbeitstechniken für ästhetischen Zahnersatz, Parodontologie – wirtschaftlich
Referenten: Prof. Dr. Rainer Buchmann (Düsseldorf), Dr. Joachim Hoffmann (Jena), Prof. Dr. Ivo Krejci (Genf)
Termin: 07.05.2011:
 09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4506.0
Kursgebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Praktischer Chirurgiekurs für Zahnärzte mit Life-OP
Referent: PD Dr. Dr. Meikel Vesper (Eberswalde)
Termin:
 13.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 14.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 0602.3
Kursgebühr: 545 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Curriculum Endodontie
Moderator: Prof. Dr. Michael Hüls-
mann (Göttingen)
Erster Termin:
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 (Früh-
bucherrabatt möglich)

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Bisshebung des Erosions-
gebisses mit direkter Adhäsivtech-
nik: Die Phase zwischen der Schie-
ne und der permanenten Restau-
ration – ein praktischer Übungs-
kurs
Referenten: Prof. Dr. Thomas Attin
(Zürich), Dr. Uwe Blunck (Berlin)
Termin: 14.05.2011:
09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4030.4
Kursgebühr: 415 EUR

Fachgebiet: Praxisführung
Thema: Die moderne Zahnmedi-
zin im Spiegel der korrekten
Berechnung
Referentin: Dr. Christine Jann
Termin: 21.05.2011:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 5110.0
Kursgebühr: 185 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Sachgerechte Herstellung
von Okklusionsschienen. Arbeits-
kurs für ZA/ZÄ und ZT
Referentin: M. A. Theresia Assel-
meyer (Nörten-Hardenberg)
Termin:
27.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
28.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 1009.5
Kursgebühr: 295 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Curriculum Ästhetische
Zahnmedizin
Moderator: Prof. Dr. Roland Fran-
kenberger (Marburg)
Erster Termin:
27.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
28.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 95
Kurs-Nr.: 4044.1
Kursgebühr: 3 680,00 EUR (Früh-
bucherrabatt möglich)

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

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Thema: Intensiv-Abrechnungs-
seminar in Düsseldorf. Seminar für
Assistentinnen, Assistenten und
neu niedergelassene Zahnärzt-
innen und Zahnärzte
Referent: Dr. med. Peter Minder-
jahn, Stolberg
Termin: 01./02.04.2011:
je 09.00 – 19.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 11392
Kursgebühr: ZA 190 EUR

Thema: Funktionstherapie und
Einschleifkurs. Praktischer Ein-
schleifkurs
Referent: Dr. Jürgen Dapprich,
Düsseldorf
Termin: 02.04.2011:
09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 11018
Kursgebühr: ZA 360 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Professionelle Dentalfoto-
grafie – Basiswissen Dentalfoto-
grafie. Praxis der Patientenfoto-
grafie
Referent: Erhard J. Scherpf, Kassel
Termin: 09.04.2011:
09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11019
Kursgebühr: ZA 390 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Endo-Revision – ganz ein-
fach. Die Entfernung von Wurzel-
füllungen und -stiften
Referent: Dr. Michael Cramer,
Overath
Termin: 13.04.2011:
14.00 – 20.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11020
Kursgebühr: 240 EUR

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: Ergonomisch Arbeiten für
das ganze Team. Korrekte Arbeits-
haltung, optimale Patientenlage-
rung, gezielter Ausgleich
Referent: Manfred Just, Forchheim
Termin: 13.04.2011:
14.00 – 19.30 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11021
Kursgebühr: ZA 300 EUR, ZFA 150
EUR

Fachgebiet: Vertragswesen
Thema: Vorbereitung auf die Wirt-
schaftlichkeitsprüfung. Probleme
bei der kons.-chirurg. BEMA-
Abrechnung (Fehler und Mängel).
Sie fragen – Wir antworten.
Seminar für niedergelassene und
niederlassungswillige Zahnärztin-
nen und Zahnärzte
Referent: Dr. Hans-Joachim Lint-
gen, Remscheid, Dr. Wolfgang
Schnickmann, Neunkirchen-Seel-
scheid
Termin: 13.04.2011:
14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11310
Kursgebühr: ZA 30 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Schnitt- und Nahttechnik
für Anfänger
Referent: Dr. Nina Psenicke,
Düsseldorf
Termin: 16.04.2011:
09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11040
Kursgebühr: ZA 280 EUR

Fortbildung für ZFA

Thema: Hygienische Aufbereitung
von Medizinprodukten in der
Zahnarztpraxis. Freiwilliges Fort-
bildungsangebot für zahnmedizi-
nisches Hilfspersonal mit abge-
schlossener Berufsausbildung
Referent: Ass. jur. Katharina Dierks,
Köln
Termin: 02.04.2011:
09.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11202
Kursgebühr: 280 EUR

Thema: Prophylaxe – für jedes Le-
bensalter die richtige Strategie.
Seminar mit Demonstrationen
und praktischen Übungen
Referent: Andrea Busch, ZMF, Köln
Termin: 06.04.2011:
14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11215
Kursgebühr: 95 EUR

Thema: Wechselwirkung von Ernährung und Mundgesundheit – Ernährungsberatung in der zahnmedizinischen Prophylaxe

Referent: Beate Bettinger, Tübingen

Termin: 06.04.2011:

14.00 – 18.30 Uhr

Kurs-Nr.: 11235

Kursgebühr: 95 EUR

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 30. April 2003

Referent: Dr. Regina Becker, Düsseldorf, Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf, Dr. Andreas Künzel, Hilden

Termin: 08. – 10.04.2011:

Fr. + Sa.: 08.30 – 17.45 Uhr

So.: 08.30 – 11.45 Uhr

Kurs-Nr.: 11209

Kursgebühr: 240 EUR

Thema: Ausbildung von ZMF und ZMP zur zertifizierten pädagogischen Unterrichtsassistentin in Pflegeberufen

Referent: Dr. Friedrich Cleve, Rheurdt, Paul Doetsch-Perras, Rott/Lech

Termin: 08./09.04.2011:

je 09:00 – 18:00 Uhr

Kurs-Nr.: 11237

Kursgebühr: 450 EUR

Thema: Alte Zähne sind wie Oldtimer: pflegen, cremen, schonen. Altersprophylaxe. Praktischer Arbeitskurs für fortgebildete ZFA, ZMP, ZMF, BAZ

Referent: Annette Schmidt, München

Termin: 13.04.2011:

14.00 – 20.00 Uhr

Kurs-Nr.: 11248

Kursgebühr: 150 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8 40547 Düsseldorf

Tel.: 0211/526 05-0

Fax: 0211/526 05-48

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut
„Erwin Reichenbach“

Fachbereich: Allgemeine Zahnheilkunde

Thema: Alternative Prävention in der zahnärztlichen Praxis – Entlastung von Rücken und Augen des behandelnden Zahnarztes

Referent: Dr. Georg Kwiatkowski, Berlin

Termin: 06./07.05.2011:

14.00 – 19.00 Uhr /

09.00 – 16.00 Uhr

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

Fortbildungspunkte: 12

Kurs-Nr.: Z/ZH 2011-009

Gebühr: ZA 200 EUR, ZH 160 EUR

Fachbereich: Praxismanagement

Thema: Organisation einer Prophylaxepaxis. Ohne Praxisteam geht in der Prophylaxe nichts

Referent: Dr. Klaus-Dieter Bastendorf, Eislingen

Termin: 07.05.2011:

09.00 – 16.00 Uhr

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

Kurs-Nr.: ZH/Z-018-2011

Gebühr: 1ZA/1 ZH 350 EUR

Fachbereich: Notfall

Thema: Notfallseminar für das Praxisteam (mit praktischen Übungen)

Referenten: Prof. Dr. Detlef Schneider, Dr. Matthias Lautner, Dr. Jens Lindner, alle Halle (Saale)

Termin: 07.05.2011:

09.00 – 14.30 Uhr

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

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: Z/ZH 2011-012

Gebühr: ZA: 100 EUR, ZH: 70

EUR, Team: 1 ZA/1 ZH 150 EUR

Fachbereich: Röntgen

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

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

Termin: 14.05.2011:

09.00 – 16.00 Uhr

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

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: Z/2011-013

Gebühr: 120 EUR

Fachbereich: Allgemeine Zahnheilkunde

Thema: Der allgemein-medizinische Risikopatient in der ZAP

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel

Termin: 20.05.2011:

09.00 – 17.00 Uhr

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

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: Z/2011-014

Gebühr: 180 EUR

Fachbereich: Chirurgie

Thema: Moderne zahnerhaltende Chirurgie – es müssen nicht immer Implantate sein

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel

Termin: 21.05.2011:

09.00 – 17.00 Uhr

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

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: Z/2011-015

Gebühr: 180 EUR

Fachbereich: Parodontologie

Thema: Curriculum Parodontologie mit anschließendem Erwerb „Kammerzertifikat Fortbildung Parodontologie“. Baustein 5: Plastische Parodontalchirurgie

Referentin: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger, Freiburg/Breisgau

Termin: 20./21.05.2011:

14.00 – 18.00 Uhr /

09.00 – 17.00 Uhr

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

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: Z/2011-080

Gebühr: 2500 EUR Kurspaket,

380 EUR Einzelkursgebühr

Fachbereich: Allgemeine Zahnheilkunde

Thema: Ergonomisch arbeiten – vital bleiben. Korrekte Arbeitshaltung, gezielter Ausgleich, effektive Pausen

Referent: Manfred Just, Forchheim

Termin: 28.05.2011:

09.00 – 17.00 Uhr

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

Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: Z/ZH 2011-018

Gebühr: ZA 230 EUR, ZH 190 EUR

Fachbereich: Praxismanagement

Thema: Mehr Ertrag – mehr Erfolg in der Zahnarztpraxis

Referenten:

Herbert Prange, Thomasburg, Heike Rubehn, Elmshorn

Termin: 28.05.2011:

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Halle (Saale), im Ankerhof

Hotel, Ankerstr. 2a

Kurs-Nr.: ZH/Z-022-2011

Gebühr: ZA/ZH 500 EUR

Fachbereich: Praxismanagement

Thema: Beraten mit Herz und Verstand. Patienten von Qualität und Nutzen außervertraglicher Leistungen überzeugen

Referentin: Dipl.-Germ. Karin

Namianowski, Wasserburg/

Bodensee

Termin: 07.05.2011:

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Halle (Saale), im Hotel Ankerhof, Ankerhofstr. 2a

Kurs-Nr.: H-19-2011

Gebühr: 215 EUR

Fachbereich: Röntgen

Thema: Qualitätssicherung und Röntgen. Die Konstanzprüfung an Röntgeneinrichtungen

Referent: Dipl.-Ing. Gerald König, Erfurt

Termin: 11.05.2011:

13.00 – 19.00 Uhr

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

Kurs-Nr.: H-20-2011

Gebühr: 110 EUR

Fachbereich: Röntgen

Thema: Radiologie und Strahlenschutz für Zahnarztthelferinnen – Kurs zur Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz

Referent: PD Dr. Dr. Alexander

Walter Eckert, Halle (Saale)

Termin: 14.05.2011:

09.00 – 13.00 Uhr

Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Kurs-Nr.: H-21-2011
Gebühr: 45 EUR

12. ZMP- und 9. ZMV-Tage
Termin: 20./21.05.2011
Ort: Magdeburg, im Ramada Hotel, Hansapark 2
Referenten: DH Angelika Kohler-Schatz, Stuttgart, Prof. Dr. Stefan Kopp, Frankfurt/M., Sandra Abraham, Mautitz, Petra C. Erdmann, Dresden

Anmeldungen bitte schriftlich über ZÄK Sachsen-Anhalt
 Postfach 3951
 39014 Magdeburg
 Frau Einecke: 0391/73939-14,
 Frau Bierwirth: 0391/73939-15,
 Fax: 0391/73939-20
 e-mail: bierwirth@zahnarztekkammer-sah.de oder
 einecke@zahnarztekkammer-sah.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Praxisführung und -organisation
Thema: Moderne Isolation des zahnärztlichen Behandlungsfeldes
Referent: Enno Kramer
Termin: 23.03.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z/F 1116
Kursgebühr: 375 EUR Teamgebühr (1 ZA + 1 ZFA)

Fachgebiet: Konservierende Zahnheilkunde
Thema: Kronen- und Brückenprothetik: Altbewährt und doch noch zu verbessern
Referent: Prof. Dr. Matthias Kern
Termin: 30.03.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1121
Kursgebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Praxisführung und -organisation
Thema: Digitale Fotografie in der Kieferorthopädie
Referent: Klaus-Dieter Fröhlich
Termin: 30.03.2011:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z 1122
Kursgebühr: 125 EUR

Fachgebiet: Funktionsdiagnostik
Thema: Patienten mit Funktionsstörungen erkennen und behandeln
Referent: Siegfried Leder
Termin: 02.04.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z 1124
Kursgebühr: 315 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept. Seminar und praktischer Arbeitskurs
Referent: Dr. Michael Maak
Termin: 08.04.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: Z/F 1125
Kursgebühr: 285 EUR

Fachgebiet: Konservierende Zahnheilkunde
Thema: Doppelkronen auf natürlichen Zähnen und Implantaten
Referent: Dr. Gabriele Diedrichs
Termin: 08.04.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1126
Kursgebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Kinderzahnheilkunde in der Praxis
Referent: Prof. Dr. Christian Splieth
Termin: 13.04.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: Z 1128
Kursgebühr: 185 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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Psychosomatik
Thema: Rücken-/Nackenprobleme – Stress im Praxisalltag? Yoga – gezielte Entspannung für das Praxisteam
Referentin: Anneliese Schobel
Termin: 19.03.2011:
 10.00 – 15.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 118262
Kursgebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Fortbildungshighlight 1. HJ 2011 – Anatomischer Präparationskurs für Zahnärzte/innen und Implantologen/innen
Referenten: Dr. Daniel Grubeanu, Dr. Peter Mohr, Dr. Fred Bergmann
Termin: 25./26.03.2011:
 14.00 – 20.00 Uhr/
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 118135
Kursgebühr: 1100 EUR
Max. Teilnehmerzahl: 15

Fachgebiet: Psychosomatik
Thema: Wer hat Angst vorm bösen Wolf? Angst und Angstabbau
Referentin: Dr. Elvira Antonini-Rumpf
Termin: 30.03.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118263
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Dental English – Englisch für die Praxis – Grundkurs
Referentin: Sabine Nemeč
Termin: 06.04.2011:
 13.00 – 20.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 118292
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Dentalfotographie – Basiskurs – praktischer Arbeitskurs mit Theorie und Praxis
Referent: Erhard Scherpf
Termin: 13.04.2011:
 13.00 – 21.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 118261
Kursgebühr: 270 EUR
max. Teilnehmerzahl: 12

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 04.05.2011:
 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118285
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS-EDV-Grundlagen – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin: 04.05.2011:
 16.45 – 19.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 118286
Kursgebühr: 80 EUR

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

Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 015
Kursgebühr: 65 EUR
Anmeldung: ZÄKWL, Annika Brümmer

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

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

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

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

Fachgebiet: Hygiene
Thema: MPG für Niedergelassene
Referent: Dr. Hendrik Schlegel
Termin: 06.05.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 760 000
Kursgebühr: 59 EUR
Anmeldung: ZÄKWL, Ingrid Hartmann

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Klinische manuelle Funktionsanalyse mit Patientenbeispielen
Referent: Prof. Dr. Ulrich Lotzmann
Termin: 07.05.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11 740 075
Kursgebühr: 349 EUR
Anmeldung: ZÄKWL, Dirc Bertram

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisation mit Kompositen
Referent: Prof. Dr. Bernd Klaißer
Termin:
 13.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 14.05.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 13
Kurs-Nr.: 11 740 056
Kursgebühr: 559 EUR
Anmeldung: ZÄKWL, Dirc Bertram

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Lückenschluss im Seitenzahnbereich durch Zahnverbreiterung – als Alternative zu Brücken und Implantaten
Referent: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger
Termin: 14.05.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11 740 055
Kursgebühr: 299 EUR
Anmeldung: ZÄKWL, Dirc Bertram

Auskunft:
 Akademie für Fortbildung der ZÄKWL, Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Herr Bertram, Tel.: 0251/507-600
 dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de
 Frau Hartmann,
 Tel.: 0251/507-607
 Ingrid.Hartmann@zahnaerzte-wl.de
 Frau Brümmer,
 Tel.: 0251/507-627
 Annika.Bruegger@zahnaerzte-wl.de
 Fax: 0251/507 619

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern



Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Update Funktionslehre
Referent: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer
Termin: 04.05.2011:
 14.00 – 19.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer M-V
 Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 28
Kursgebühr: 230 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Festsitzender Zahnersatz – ein Update
Referent: Dr. Torsten Mundt
Termin: 07.05.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zentrum für ZMK, Rotgerberstraße 8, 17489 Greifswald
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 29
Kursgebühr: 245 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kariesprophylaxe in der Kieferorthopädie
Referent: Dr. Sebastian Zingler
Termin: 18.05.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: TriHotel am Schweizer Wald
 Tessiner Str. 103, 18055 Rostock
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 30
Kursgebühr: 220 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: PA-Behandlung/scaling and root planing – Erfolg oder Misserfolg – was nun?
Referent: Prof. Dr. Holger Jentsch
Termin: 21.05.2011:
 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer M-V
 Wismarsche Straße 304, Schwerin
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 31
Kursgebühr: 235 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Funktionsdiagnostik und -therapie in der Implantologie
Referenten: Prof. Dr. Bernd Kordas, Zahnarzt Daniel Hützen
Termin: 28.05.2011:
 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer M-V
 Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 33
Kursgebühr: 225 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Professionelle Zahnreinigung, Mundhygiene, Langzeitbetreuung, Erhaltungstherapie
 Fortbildung für das Praxisteam (Zahnarzt – Prophylaxepersonal)
Referentinnen: Dr. Jutta Fanghänel, DH Jutta Daus
Termin: 17./18.06.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr,
 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Straße 42a, 17489 Greifswald
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 34
Kursgebühr: 350 EUR

Anmeldung:

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Referat Fort- und Weiterbildung
Christiane Höhn
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Telefon: 0385/5910813
Fax: 0385/5910820
ch.hoehn@zaekmv.de
www.zaekmv.de (Stichwort: Fortbildung)

Kongresse**■ März****40. Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung**

Thema: Ästhetik – Funktion – Behandlungskonzepte
Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Kieferorthopädie
Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. H.-P. Bantleon, Univ.-Prof. Dr. H. Droschl, Univ.-Prof. DDr. Martin Richte
Termin: 05. – 12.03.2011
Ort: Kitzbühel – K3 KitzKongress
Information: Ärztezentrale Med.Info
Helferstorfer Str. 4, A-1014 Wien
Tel. +43/1/53116-38, Fax -61
azmedinfo@media.co.at
www.oegkfo.at
Anmeldung: Christine Lusser
Webergasse 13, A-6370 Kitzbühel,
Tel.: +43/5356/64084
tagung-kitz@aon.at

43. Davoser Fortbildungskongress

Thema: Neue Technologien im Praxistest.
Was bringen CAD/CAM & Co?
Leitung: Dr. Norbert Grosse
Termin: 06. – 11.03.2011
Ort: Davos
Fortbildungspunkte: maximal 8 pro Tag
Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte – Bundesgeschäftsstelle
Tel. 0228/855755
rs@fvdz.de
www.fvdz.de

21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGZ)

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 und Anmeldung: sekretariat@dgaz.org.
www.dgaz.org

Karl-Häupl-Kongress 2011

Thema: Behandlungserfolg durch optimierten Therapiezeitplan
Fortbildungstage für Zahnärzte und Praxismitarbeiter mit begleitender Dentalausstellung
Termin: 18.03.2011: 09:00 – 17:00 Uhr
19.03.2011: 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Gürzenich Köln
Martinstraße 29–37, 50667 Köln
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 11031
Kursgebühr: ZA 150 EUR, ZFA 50 EUR
Auskunft und Anmeldung: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Str. 8
40547 Düsseldorf (Lörick)
Tel. 0211/526 05–0
Fax: 0211/526 05–48

57. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Thema: Kopf- und Gesichtsschmerzen – eine interdisziplinäre Herausforderung
Tagungspräsident: Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich, Bremen
Termin: 30.03. – 02.04.2011
Ort: Gütersloh
Auskunft: Akademie für Fortbildung der ZÄKWL, Auf der Horst 31, 48147 Münster, Herr Bertram
Tel.: 0251/507-600, Fax: -609

■ April**57. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe**

Thema: Kopf- und Gesichtsschmerzen – eine interdisziplinäre Herausforderung

Tagungspräsident: Prof. Dr. Dr.

Andreas Bremerich, Bremen
Termin: 30.03. – 02.04.2011
Ort: Gütersloh
Auskunft: Akademie für Fortbildung der ZÄKWL
Auf der Horst 31, 48147 Münster, 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. 0431/38971-28, Fax -00
info@kzv-sh.de, www.kzv-sh.de

DDHV-Fortbildungstagung 2011

Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.
Termin: 02.04.2011
Ort: München
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 240 EUR, Mitglieder 180 EUR
Auskunft: DDHV-Geschäftsstelle, Weichselmühle 1, 93080 Pentling
Beatrix Baumann
Tel.: 0941/91069210
Beatrix.Baumann@gmx.de
www.ddhv.de

**1. Iraqi Dental Reunion
IDA Annual Conference 2011**

Thema: Breaking New Opportunities
Termin: 15. – 16.04.2011
Ort: Erbil, Iraq
Informationen und Anmeldung: Tel. +971/4/3616174
info@cappmea.com
www.cappmea.com/idr2011

■ Mai**25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)**

gemeinsam mit der Frühjahrs-tagung der Deutschen Gesellschaft für Endodontie (DGEndo)
Termin: 06. – 07.05.2011
Thema: Gestiegene Lebenserwartung – Endodontie und Zahnerhaltung

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ), Deutsche Gesellschaft für Endodontie (DGEndo)

Ort: Hotel Hilton Düsseldorf, Georg-Glock-Straße 20
40474 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: maximal 20
Gebühren: Mitglieder DGZ/DGEndo: 150 EUR (bis 31.3.) / 170 EUR (ab 1.4.), Nicht-Mitglieder 270 EUR (bis 31.3.) / 290 EUR (ab 1.3.), Tagungspauschale 45 EUR pro Tag
Weitere Gebühren und Ermäßigungen entnehmen Sie bitte dem Flyer im Internet
Informationen und Anmeldung: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.
Holbeinstr. 29,
04229 Leipzig
Tel. 0341/48474202
Fax 0341/48474290
sekretariat@dgendo.de
www.deendo.de
www.dgz-online.de
www.oemus.com

5. CAD/CAM and Computerized Dentistry International Conference

Thema: Cynoprod
CAD/CAM Dental Solutions: Empowering Dental Labs
Termin: 12./13.05.2011
Ort: The Address Hotel Dubai Marina, UAE
Informationen und Anmeldung: Tel. +971/4/3616174
Tel. mobil +971/50/2793711
info@cappmea.com
www.cappmea.com/cadcam5

Dritter Zahnärztinnen-Kongress

Thema: Frauen – die Zukunft der ZahnMedizin
Termin: 13./14.05.2011
Ort: Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen, Frankfurt am Main
Informationen: www.lzkh.de

Dental Salon International Conference

Termin: 25. – 28.04.2011
Ort: Moskau
Informationen: international@dental-expo.com

Stuttgarter Zahnärztetag 2011

Thema: Zahnärztliche Chirurgie. Bewährtes und Neues im Praxisalltag
Termin: 27./28.05.2011
Ort: Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle Stuttgart

Informationen:

Bezirkszahnärztekammer
Stuttgart,
Albstadtweg 9, 70567 Stuttgart,
Tel. 0711/7877233
Fax 0711/7877238

**Gemeinsame Jahrestagung
der AGAZ in der DGZMK
und der ESDE**

Arbeitsgemeinschaft Arbeits-
wissenschaft und Zahnheilkunde
European Society of Dental
Ergonomics

Termin: 27./28.05.2011

Ort: Biberach, Riß

Informationen und Anmeldung:

Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Pauwelstr. 30, 52074 Aachen
Tel. 0241/8088733
Fax 0241/8082468
jrotgans@ukaachen.de
president@esde.org

■ Juni

Jahreskongress 2011 des DZOI

Deutsches Zentrum für orale
Implantologie e.V.

Termin: 02. – 03.06.2011

Ort: München

Informationen und Anmeldung:

DZOI-Geschäftsstelle
Tel.: 0871 / 6600934
office@dzoide
www.dzoide

**Jahrestagung der Österreichischen
Gesellschaft für Parodontologie**

Thema: Wissen was geht ...
Parodontologie und Allgemein-
medizin – Was geht chirurgisch?
Was geht konservativ? Was geht
mit dem Sinuslift?

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. DDr. Michael Matejka

Termin: 02. – 04.06.2011

Ort: Kitzbühl, Tirol

Anmeldung: über die Homepage
www.oegp.at

**40. Jahrestagung der Arbeits-
gemeinschaft Dentale Technologie**

Thema: Lebensqualität durch
Zahnmedizin und Zahntechnik

Termin: 02. – 04.06.2011

Ort: Böblingen

Anmeldung:

AG Dentale Technologie e.V.
Frau Stockburger
Hartmeyerstr. 62
72076 Tübingen
Tel. 07071/967696
info@ag-dentale-technologie.de

53. Sylter Woche
**Fortbildungskongress der Zahnärz-
tekammer Schleswig-Holstein**

mit integrierter Fortbildung für
Zahnmedizinische Fachangestellte
und einer Dentalausstellung

Termin: 6.– 10.06.2011

Ort: Sylt/Westerland

Hauptthema: „Für Zähne ist man
nie zu alt!“

Auskunft:

Zahnärztekammer Schleswig-
Holstein

Westring 496, 24106 Kiel

Tel. 0431/260926-82

Fax 0431/260926-15

E-Mail: hhi@zaek-sh.de

Internet: www.zaek-sh.de,

Rubrik Fortbildung

25. International Congress
CARS 2011

Joint Congress of CAR, ISCAS,
CAD, CMI and EuroPACS

Thema: Computer Assisted

Radiology and Surgery

Leitung: Michael W. Vannier, MD

Termin: 22. – 25.06.2011

Ort: Berlin

Auskunft: CARS Conference Office

Im Gut 15, 79790 Küssaberg

Tel.: 07742/922434

Fax: 07742/922438

office@cars-int.org

www.cars-int.org

16. Greifswalder Fachsymposium

der Mecklenburg-Vorpommer-
schen Gesellschaft für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde an
den Universitäten Greifswald und
Rostock e.V.

Fachgebiet: Allgemeine ZHK

Thema: Zukunftsperspektiven der
Zahn-, Mund- und Kieferheilkun-
de – Generalist oder Spezialist –
pro und contra

Termin: 25.06.2011

Ort:

Alfried-Krupp-Wissenschaftskolleg,

Martin-Luther-Str. 14,

17489 Greifswald

Kursgebühr: Mitglieder 65 EUR ,

Nichtmitglieder 85 EUR

Anmeldung:

Prof. Dr. Wolfgang Sümnick,

Poliklinik für MKG-Chirurgie

Ernst-Moritz-Armdt-Universität

Rotgerberstr. 8, 17475 Greifswald

Tel. 03834/867168

Fax 03834/867302

suemnick@uni-greifswald.de

25. Bergischer Zahnärztetag

115 Jahre
Bergischer Zahnärzterein
Thema: Kinderzahnheilkunde – State of the Art
Termin: 27./28.05.2011
Ort: Historische Stadthalle Wuppertal
Gebühr: bis 15.04.2011 Mitglieder 155 EUR, Nichtmitglieder 205 EUR
Anmeldung: Geschäftsstelle Bergischer Zahnärzterein e.V. Holzer Str. 33, 42119 Wuppertal Tel. 0202/4250567 Fax 0202/420828 info@bzaev.de http://2011.bzaev.de

■ Juli

Festspielgespräch 2011

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Interdisziplinärer Erfahrungsaustausch zur Gesamtschau des Menschen: „Wahrnehmung“ propriozeptive, neurophysiologische, quantenmedizinische Aspekte
Leitung: DDr. Irmgard Simma
Termin: 28. – 31.07.2011
Ort: Propstei St. Gerold, Vorarlberg
Fortbildungspunkte: 38
Veranstalter: Gesellschaft für ganzheitliche Zahnheilkunde der ÖGZMK
Anmeldung: Wiener Medizinische Akademie Mag. Hedwig Schulz +43/1/405138319 hedwig.schulz@medacad.org

■ September

Schweizer Implantat Kongress

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Prävention biologischer Komplikationen, Kontroversen Implantatchirurgie, Kontroversen Implantatprothetik
Termin: 02. – 03.09.2011
Ort: Bern
Veranstalter:
Anmeldung: Implantat Stiftung Schweiz Caroline Chételat Markgasse 7, CH-3011 Bern Tel. +41/31/3124316 Fax +41/31/3124314 caroline.chetelat@dentaleducation.ch oder iss@kongressadministration.ch

DGP-Jahrestagung

Thema: Gesunde und schöne Zähne für ein besseres Leben? – Parodontale Therapien im Spannungsfeld zwischen Lifestyle und Lebensqualität
Termin: 15. – 17.09.2011
Ort: Kongresshaus Baden-Baden
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.
Anmeldung: DGP Tel.: 0941/942799-0 www.dgparo.de

Gemeinsamer Kongress 2011 von BDIZ EDI und DGOI

Thema: Implantologie im Team
Veranstalter: BDIZ EDI und DGOI
Termin: 16./17.09.2011
Ort: München, Hotel Sofitel Munich Bayernpost
Anmeldung und Informationen: BDZI EDI Tel.: 0228/93592-44 Fax: 0228/93592-46 office-bonn@bdizedi.org www.bdizedi.org DGOI Tel.: 07251/618996-13 Fax: 07251/618996-26 mail@dgoi.info www.dgoi.info

44. Jahrestagung der DGFD

Thema: Schmerz und Dysfunktion bei CMD-Therapie (mit Neurologen)
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK
Termin: 23./24.09.2011
Ort: Bad Homburg
Anmeldung und Informationen: DGFD http://www.dgfdt.de/

Hochschulen**Universität Düsseldorf**

Thema: Mini-Implantate in der Kieferorthopädie. Kurs I für Einsteiger: „Indikationen, Konzepte und Risiken“
Termin: 16.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Referenten: Prof. Dr. Dieter Drescher, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie / PD Dr. Benedict Wilmes, Oberarzt der Poliklinik für Kieferorthopädie

Ort: Uniklinik Düsseldorf
Kursgebühr: 380 EUR (für Assistenten 280 EUR)

Auskunft:

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

RWTH Aachen**CEREC-Seminar**

Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curricularentwicklung und -forschung
Termin: 20./21.05.2011: Fr., 08.30 bis 19.30 Uhr, Sa., 08.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR oder Sirona-Gutschein
Trainer: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
Kurs-Nr.: A-05
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

Auskunft/Anmeldung:

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

Universität Greifswald

Thema: 18. Kurs mit Dentalhygienikerinnen aus den USA. Praktischer Arbeitskurs Prophylaxekonzepte, Ergonomie, Diagnostik, Hand- versus Ultraschallinstrumentierung, neue Forschungsergebnisse (für ZFA, fortgebildete Assistentin Prophylaxe / Prophylaxeassistentin, Zahnmedizinische Fachassistentin, ZA)

Termin: 18. – 22.07.2011
Ort: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Teilnehmerzahl: max. 20
Referent: Prof. Dr. Kathleen Newell, Universität Minneapolis (Minnesota)/ Kim Johnson
Sonstiges: Kurssprache englisch mit Übersetzung
Kursgebühr: 950 EUR (inkl. Kursverpflegung, Skripten u.a.)

Anmeldung: Frau Renate Guder / Frau Dörte Schlüßler / Frau OÄ Dr. Jutta Fanghänel
Abteilung Parodontologie, Zentrum für ZMK-Heilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42a
17475 Greifswald
Tel.: 03834/867127
Fax: 03834/8619648
eMail: guder@uni-greifswald.de

Wissenschaftliche Gesellschaften**DGZH****Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose**

Thema: Einführung in die zahnärztliche Hypnose
Referent: U. Neumann-Dahm
Termin: 01./02.04.11: 14.00 – 20.00 Uhr / 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: balladinsSUPERIOR Hotel Peine, Ammerweg 1, 31228 Peine
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: NHRZ1
Kursgebühr: 450 EUR (425 EUR für DGZH-Mitglieder)

Anmeldung: DGZH Regionalstelle Niedersachsen/Hamburg, Ute Neumann-Dahm
Regierungsstr. 24
39104 Magdeburg
Tel.: 0391/603350
www.dgzh-niedersachsen.de

APW**Akademie Praxis und Wissenschaft**

Fachgebiet: Konservierende Zahnheilkunde

Thema: Was gibt es Neues auf dem Gebiet der Adhäsivsysteme? Übersicht – Wertung – Handhabung: ein praktischer Übungskurs

Termin: 07.05.2011:
09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Berlin

Referent: Dr. Uwe Blunck

Fortbildungspunkte: 10

Kursnr.: CR01

Kursgebühr: 530 EUR;
(500 EUR DGZMK-Mitglieder;
480 EUR APW-Mitglieder)

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Computergestützte Implantologie und CAD/CAM in der zahnärztlichen Prothetik

Termin: 07.05.2011:
09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Ulm

Referent: Prof. Dr. Ralph Luthardt,
Dr. Sebastian Quaas, Dr. Heike Rudolph

Fortbildungspunkte: 10

Kursnr.: CW01

Kursgebühr: 640 EUR;
(610 EUR DGZMK-Mitglieder;
590 EUR APW-Mitglieder)

Fachgebiet: Konservierende Zahnheilkunde

Thema: Direkte Seitenzahnrestauration mit Komposit – Langzeiterfolg durch richtige Technik und Materialauswahl

Termin: 14.05.2011:
09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Frankfurt

Referent: Prof. Dr. Bernd Haller

Fortbildungspunkte: 8

Kursnr.: CR02

Kursgebühr: 620 EUR;
(590 EUR DGZMK-Mitglieder;
570 EUR APW-Mitglieder)

Fachgebiet: ZFA

Thema: Curriculum Alterszahnmedizin für die Zahnmedizinische Fachangestellte

Veranstalter: APW gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)

Termin: 20./21.05.2011 (insg. drei zweitägige Kursblöcke und Abschlussprüfung)

Ort: Bad Honnef

Auskunft:

APW

Anna Lo Bianco / Julia Schröder

Liesegangstr. 17a

40211 Düsseldorf

Tel.: 0211/669673-40 oder -41

Fax: 0211/669673-31

e-mail: apw.lobianco@dgzmk.de

apw.schroeder@dgzmk.de

http://www.dgzmk.de

DGI

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

Landesverband Hessen im DGI e.V.

Thema: Innovationen und Bewährtes

Veranstalter: Landesverband Hessen im DGI e.V.

Referent: verschiedene

Termin: 13./14.05.2011

Ort: Kloster Eberbach Eltville/
Rheingau

Anmeldung: Zahnärztliche Gesellschaft in Hessen e.V. (ZGH e.V.),
Dr. Edgar Spörlein,
Friedhofstr. 13, 64407 Fränkisch-Crumbach,
Tel.: 06164/2489
Fax: 069/173204499

Landesverband Bayern im DGI e.V.

Thema: Implantologie als Mannschaftsspiel – Implantatprothetik digital und analog

Veranstalter: Landesverband Bayern im DGI e.V. gemeinsam mit dem Landesverband Baden-Württemberg im DGI e.V.

Referent: verschiedene
Termin: 27./28.05.2011

Ort: Maritim Hotel Ulm

Fortbildungspunkte: 15

Anmeldung:

Praxis Dr. Schmidinger, Monika Pangerl

Bahnhofstr. 8, 82229 Seefeld

Tel.: 08152/99090

DGZI**Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie**

Thema: Curriculum „Zahnärztliche und Zahntechnische Implantatprothetik“

Termin: 16./17.09.2011:
14.00 – 20.00 Uhr (insg. 4
Wochenenden)

Ort: Schulungszentrum Fundamental, Essen

Fortbildungspunkte: 80

Anmeldung:

Fundamental Schulungszentrum
Tel.: 0201/86864-0
www.fundamental.de

Thema: Spezielle implantologische Prothetik

Termin: 20./21.05.2011

Ort: Berlin

Referent: Prof. Dr. Michael Walter

Fortbildungspunkte: 20

Kurs-Nr.: Pflichtmodul 2

Kursgebühr: 750 EUR

Informationen und Anmeldung:

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Feldstr. 80, 40479 Düsseldorf
Tel.: 0211/16970-77, Fax: -66
Tel. 0800-DGZITEL
(0800-33494835)
sekretariat@dgzi-info.de
www.dgzi.de

Freie Anbieter

In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt. Die Kursangebote können per Mail an die zM-Redaktion gesendet werden; dort ist eine entsprechende Manuskriptvorlage erhältlich. Die Informationen sollten mindestens acht Wochen vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Kurzfristig zugesandte Veröffentlichungswünsche können nicht berücksichtigt werden.

Die Redaktion

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Der Patient 2.0. Wie richte ich mich auf die Generation Google ein

Veranstalter: Initiative Zahngesundheit

Referent: Hans J. Schmid

Ort: In Ihrer Praxis

Kursgebühr: 399 EUR, zzgl. MwSt. incl. Fahrt und Spesen

Dauer: 3 inspirierende Stunden

Anmeldung: Initiative Zahngesundheit, Kerzenleite 12
97209 Veitshöchheim
Tel.: 0931/2076262

eMail: Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Allgemeine ZHK

Thema: Bleaching wirklich erfolgreich ausbauen. Das Teamtraining

Veranstalter: Initiative Zahngesundheit

Referent: Hans J. Schmid

Ort: In Ihrer Praxis

Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt. incl. Fahrt und Spesen

Dauer: 3 inspirierende Stunden

Anmeldung: Initiative Zahngesundheit, Kerzenleite 12
97209 Veitshöchheim
Tel.: 0931/2076262

eMail: Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Ästhetik

Thema: Troubleshooting für CEREC und inlab

Veranstalter: Vita Zahnfabrik

H. Rauter GmbH & Co. KG

Referent: Manfred Leissing

Termin: nach Vereinbarung

1. Tag 12.00 – open end,

2. Tag 8.30 – 13.00 Uhr

Ort: Vita LeistungsCenter,
25421 Pinneberg/Hamburg

Kursgebühr: 455 EUR

Anmeldung: Vita Zahnfabrik

H. Rauter GmbH & Co. KG

Tel. 07761/562235

Fax 07761/562816

u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Ergonomie

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

Veranstalter: Dr. Wolf Neddermeyer, Zahnarzt/Oralchirurgie

Termin: nach Vereinbarung

Ort: Anmelderpraxis

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

Kursgebühr: 2 Zahnärzte jeweils
525 EUR + MwSt.

Auskunft: www.feelbased.com

Fachgebiet: Qualitätsmanagement

Thema: Beziehungsmanagement in der Praxis – Ein besonderes Beratungsangebot für Zahnärzte

Veranstalter: Dagmar Wiegel – Beratung im Kontext

Termin: nach Vereinbarung

Ort: Großraum Köln

Sonstiges: Im Rahmen des Qualitätsmanagements unterstütze ich Sie darin, eine positive Praxisatmosphäre zu fördern und Ablaufprozesse besser abzustimmen.

Kursgebühr: nach Vereinbarung

Auskunft: Beratung im Kontext

Dagmar Wiegel

Vogelsangerstr. 18

50823 Köln

Tel.: 0221/9234969

Fax: 0221/9234969

www.beratungimkontext.de

Fachgebiet: ZFA

Thema: Ausbildung zur zertifizierten Dentalberaterin bei uns in Niederbayern.

Veranstalter: Thumfart's

Zahntechnik GmbH

Referent: Arthur Bruno Hodapp

Termin: 6 Trainingstage,

nach Vereinbarung

Ort: Fortbildungszentrum, Passauer

Straße 16, 94060 Pocking

Kursgebühr:

zu 100 Prozent vom Staat gefördert

Auskunft: Thumfart's

Zahntechnik GmbH

Passauer Straße 16,

94060 Pocking

Tel.: 08531/510303

Fax: 08531/510304

zahn@thumfart.com

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Das effiziente Bestellsystem: keine Wartezeit – keine Zeiträuber – mehr (Frei-)Zeit

Veranstalter:

Initiative Zahngesundheit

Referent: Hans J. Schmid

Termin: nach Vereinbarung

Dauer: 3 Stunden

Ort: In Ihrer Praxis

Kursgebühr: 399 EUR + MwSt.

Anmeldung:

Initiative Zahngesundheit

Kerzenleite 12

97209 Veitshöchheim

Tel. 0931/2076262

Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Marketing

Thema: Das erfolgreiche Füllungsgespräch. 50 Prozent mehr Privatliquidaution

Teamschulung

Veranstalter:

Initiative Zahngesundheit

Referent: Hans J. Schmid

Termin: nach Vereinbarung

Dauer: 3 Stunden

Ort: In Ihrer Praxis

Kursgebühr: 399 EUR + MwSt.

Anmeldung:

Initiative Zahngesundheit

Kerzenleite 12

97209 Veitshöchheim

Tel. 0931/2076262

Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Implantologie

Thema: White Sky – Versorgung von Zirkonimplantaten während und nach der Einheilphase

Veranstalter: bredent medical

GmbH & Co. KG

Termin: Termine auf Anfrage

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Fortbildungszentrum Senden

bei Ulm; auf Anfrage auch vor Ort

Kurs-Nr. 950 M009 0

Fortbildungspunkte: 4

Kursgebühr: 99 EUR + MwSt,

zuzüglich Material)

Anmeldung: bredent medical GmbH & Co. KG

Weissenhorner Straße 2

89250 Senden

Andreas Bischoff

Tel. 07309/872-390

Fax: 07309/872-655

Andreas.Bischoff@bredent.com

www.bredent-medical.com

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Vom Wissen zum Können – Basiskurs Chirurgie

Veranstalter: bredent medical

GmbH & Co. KG

Termin: Termine auf Anfrage

3-Tages-Kurs 09.00 bis 17.00 Uhr

Ort: CMF Care Weinheim

Referent:

PD Dr. Dr. Horst Ernst Umstadt

Kurs-Nr. 950 0073 0

Fortbildungspunkte: 24

Kursgebühr: 1 500 EUR + MwSt,

zuzüglich Material)

Anmeldung:

bredent medical GmbH & Co. KG

Weissenhorner Straße 2

89250 Senden

Andreas Bischoff

Tel. 07309/872-390

Fax 07309/872-655

Andreas.Bischoff@bredent.com

www.bredent-medical.com

Thema: Craniosacraltherapie 1
Grundkurs. Ergänzende Therapien
zur Zahnheilkunde

Veranstalter: Aufwind Consulting
GmbH

Referent: Dr. Martina Obermeyer

Termin: 31.03. – 01.04.2011: je
9.00 – 18.00 Uhr

Ort: 82444 Schlehdorf

Fortbildungspunkte: 1

Kursgebühr: 690 EUR

Anmeldung:

Aufwind Consulting GmbH

Kocheler Str. 1

82444 Schlehdorf

Fax 08851/615690,

E-mail: info@aufwind.org

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: „Führung einfach“ = ein-
fach führen – It's simple – but not
easy

Veranstalter: Haranni Akademie

Referent: Friedrich W. Schmidt

Termin: 01.04.2011:

09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 1060

Kursgebühr: 390 EUR, 270 EUR für
jede weitere Person aus derselben
Praxis, inkl. Tagungspauschale,
zzgl. MwSt.

Anmeldung: Haranni Akademie,
Schulstraße 30, 44623 Herne
Tel. 02323-9468 300, Fax 9468
333, info@haranni-academie.de,
www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Organisation

Thema: Erfolgskonzepte für die
Zahnarztpraxis

Veranstalter: Kieferchirurgische
Gemeinschaftspraxis. Fachärzte
für Mund-, Kiefer und Gesichtschir-
urgie Dr. med. Dr. med. dent. Ul-
rich Stroink, Dr. med. Dr. med.
dent. Bernd Biermann, Dr. med.
Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt,
Dr. med. Dr. med. dent. Thomas
Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo
Fritze-meier

Referent: Dr. Joachim Droste

Termin: 01.04.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210
Düsseldorf

Fortbildungspunkte: 4

Kursgebühr: Gebühr pro Person
zzgl. MwSt. 100 EUR
Pro Person aus Überweiserpraxen
80 EUR

Anmeldung: Kieferchirurgische Ge-
meinschaftspraxis. Fachärzte für
Mund-, Kiefer und Gesichtschir-
urgie, Stresemannstraße 7-9
40210 Düsseldorf
Tel: 0211/875508-0, Fax: -99
www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Kieferorthopädie

Thema: Das neue Incognito-
Bracketsystem – Praktischer
Arbeitskurs für die kieferorthopä-
dische Mitarbeiterin

Veranstalter: Haranni Akademie,

Schulstraße 30, 44623 Herne

Referent: Dr. Andrea Thalheim

Termin: 01.04.2011:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie

Kurs-Nr.: 2600

Kursgebühr: 325 EUR, 560 EUR für
2 Mitarbeiterinnen aus derselben
Praxis, 230 EUR für jede weitere
Person aus derselben Praxis, inkl.
Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

Anmeldung: Haranni Akademie,
Schulstraße 30, 44623 Herne
Tel. 02323-9468 300, Fax 9468
333, info@haranni-academie.de,
www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Bildgebungsverfahren

Thema: Röntgenkurs für ZÄ und
ZFA

Veranstalter: Dental-Depot R.

Spörrer

Termin: 01.04.2011:

14.00 – 19.00 Uhr

Ort: 95679 Waldershof

Referent: Gerald König (Dipl. Ing.
FH), Erfurt

Kursgebühr: 120 EUR zzgl. MwSt.
inkl. Verpflegung

Anmeldung:

Dental-Depot R. Spörrer

Frau Spörrer

Ludwig-Hüttner-Str. 19, 95679

Waldershof

Tel.: 09231/71479

Fax: 09231/972128

e-mail: info@spoerrerr-dental.de

www.spoerrerr-dental.de

Fachgebiet: Implantologie

Thema: Curriculum Minimal Inva-
sive Implantologie – Teil 1

Veranstalter: Haranni Akademie

Referent: Dr. Henriette Lerner

Termin: 01./02.04.2011:

14.00 – 19.00 Uhr /

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie

Fortbildungspunkte: 16

Kurs-Nr.: 6800

Kursgebühr: 675 EUR, inkl.

Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

Anmeldung: Haranni Akademie,

Schulstraße 30, 44623 Herne

Tel. 02323/9468 300, Fax -333,

info@haranni-academie.de,

www.haranni-academie.de

Thema: Kick-Off-Veranstaltung „Frühkontakte“
Veranstalter: University upon Sea
Termin: 01./02.04.2011:
Ort: Lindauer Hafen
Fortbildungspunkte: 12
Gebühr: 200 EUR, zzgl. MwSt., inkl. Dinner, Nachtfahrt und einer Übernachtung und Frühstück im Bayerischen Hof in Lindau
Anmeldung:
 www.university-upon-sea.de
 Tel.: 089/352737

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Der sichere Einstieg in die Implantologie mit Live-OP
Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH
Termin: 01./02.04.2011
Ort: Frankfurt
Referent: Dr. Johannes Heimann
Kursgebühr: 249 EUR
Anmeldung:
 Nobel Biocare Deutschland GmbH (Frau Gönül Öntas)
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/50085-151
 Fax: 0221/50085-352

Thema: Augmentationskurs mit Live-OP, Hands-On (Sinuslift & NobelReplace™)
Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH
Termin: 02.04.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Karlstadt
Referent: ZA Stefan Scherg
Kursgebühr: 99 EUR
Anmeldung: Nobel Biocare Deutschland GmbH (Gönül Öntas)
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/50085-151
 Fax: 0221/50085-352

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Teil 1: KFO Abrechnung nach Bema und GOZ, Teil 2: Abrechnung von Invisalign (u. a. Aligner-Systemen), AVL
Veranstalter: KFO-Abrechnung & Schulungen Friedrich
Referent: Bettina Friedrich
Termin: 02.04.2011:
 Teil 1 09.00 – 13.00 Uhr, Teil 2 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 4 – 8
Kursgebühr: je Teil 195 EUR + MWSt., beide Teile 315 EUR + MWSt.
Anmeldung: KFO Abrechnung & Schulungen Friedrich, Bettina Friedrich
 Kanalstraße 17, 85774 Unterföhring

Tel. 089/95822400
 Fax 089/95822401,
 kontakt@kfo-service.de,
 www.kfo-service.de

Fachgebiet: Funktionslehre
 Craniosacraltherapie 2. Aufbaukurs
Thema: weitere ergänzende Therapien zur Zahnheilkunde
Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH
Referent: Dr. Martina Obermeyer
Termin: 02./03.04.2011:
 je von 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: 82444 Schlehdorf
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 690 EUR
Anmeldung: Aufwind Consulting GmbH, Kocheler Str. 1
 82444 Schlehdorf
 Fax: 08851/615690
 E-mail: info@aufwind.org

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Vita VMK Master individuell
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referentin: Rosita Bacher
Termin: 04./05.04.2011:
 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 85445 Schwaig/München
Kursgebühr: 395 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761/562816
 u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Grundkurs Prophylaxe – Anpassungsfortbildung mit objektivem Qualifikationsnachweis
Veranstalter: Haranni Akademie
Referent: Dr. Wolfgang Stoltenberg, Angelika Doppel, Kristina Lindner
Termin:
 04. – 06.04.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
 04.05.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Schulstraße 30, 44623 Herne
Kurs-Nr.: 3300
Kursgebühr: 645 EUR zzgl. 64 EUR für Kursskript und Prüfungsgebühr der ZÄK Westfalen-Lippe inkl. Tagungspauschale, MwSt.-befreit
Anmeldung: Haranni Akademie, Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel. 02323/9468 300
 Fax 02323/9468 333
 info@haranni-academie.de
 www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Qualitätsmanagement in der Zahnarzt-, kieferorthopädischen- und kieferchirurgischen Praxis
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis. Fachärzte für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheimer
Referent: Dr. Dr. Ulrich Stroink, Dr. Mathias Höschel
Termin: 05.04.2011:
 19.00 – 22.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: Gebühr pro Person zzgl. MwSt. 45 EUR, pPro Person aus Überweiserpraxen 35 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie
 Stresemannstraße 7–9
 40210 Düsseldorf
 Tel: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Vita Physiodens Aufbaukurs
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referentin: Martina Rosenbusch
Termin: 05./06.04.2011:
 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 04159 Leipzig
Kursgebühr: 365 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761/562816
 u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Festzuschüsse – Ein Buch mit sieben Siegeln
Veranstalter: MVC-Consult
Referent: Mariella Voßhall-Contrino / Michaela Koch
Termin: 06.04.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Kiel, Hörn Campus
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 189 EUR zzgl. MwSt
Anmeldung:
 Fax: 0431/2378416
 info@mvc-consulting.de
 www.mvc-consulting.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Vita VM 7/9 Workshop
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referentin: Rosita Bacher
Termin:
 06.04.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 85445 Schwaig/München
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761 562816
 u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Recht
Thema: Zahnärztliche Haftung in der Implantologie
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis. Fachärzte für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheimer
Referent: RA Uwe H. Hohmann
Termin: 06.04.2011:
 15.00 – 17.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7–9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: Gebühr pro Person zzgl. MwSt. 70 EUR, pro Person aus Überweiserpraxen 60 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie
 Stresemannstraße 7–9
 40210 Düsseldorf
 Tel: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Thema: Prophylaxe Master Class für ZÄ und ZMP
Veranstalter: Dental-Depot R. Spörrer
Termin: 06.04.2010
Ort: 95679 Waldershof
Referentin: Sandra di Pietro, EMS Dental Coach
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: Teil 1: 200 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dental-Depot R. Spörrer
 Frau Spörrer
 Ludwig-Hüttner-Str. 19,
 95679 Waldershof
 Tel.: 09231/71479
 Fax: 09231/972128
 eMail: info@spoerrerr-dental.de
 www.spoerrerr-dental.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Top oder Flop –
 BWL als Schlüssel zum Praxiserfolg
Veranstalter: Dens Akademie
Referent: Birgit Tünsmann, Spar-
 kassenwirtin, KlapdorKollegen,
 Dental-Konzepte
Termin:
 06.04.2011: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Dens Akademie,
 Georg-Wilhelm-Str. 7,
 10711 Berlin-Wilmersdorf
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 2.12
Kursgebühr: 145 EUR
Anmeldung: Dens GmbH
 Berliner Str. 13, 14513 Teltow
 Tel. 03328/334540

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Okklusionskonzepte –
 der rationelle Weg zur
 funktionalen Kaufläche
Veranstalter: Bego Traing Center
Termin: 07./08.04.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bremen
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt
Anmeldung: gloystein@bego.com
 Tel. 0421/2028372
 Fax 0421/2028395

Thema: Kinesiologie 1 Grundkurs.
 Materialtestung
Veranstalter: Aufwind Consulting
 GmbH
Referent: Dr. Martina Obermeyer
Termin: 07./08.04.2011:
 je 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: 82444 Schlehdorf
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 690 EUR
Anmeldung: Aufwind Consulting
 GmbH,
 Kocheler Str. 1, 82444 Schlehdorf
 FAX 08851/615690,
 Email: info@aufwind.org

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Führung und
 Kommunikation in der ZA-Praxis
Veranstalter: Dens Akademie
Referent: Rainer Tente,
 Tente Training
Termin:
 08.04.2011: 16.00 – 20.30 Uhr
Ort: Dens Akademie,
 Georg-Wilhelm-Str. 7,
 10711 Berlin-Wilmersdorf
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 2.7
Kursgebühr: 98 EUR
Anmeldung: Dens GmbH
 Berliner Str. 13, 14513 Teltow
 Tel. 03328/334540

Thema: Fortbildungsreihe Oral-
 Prevent macht fit im Umgang mit
 PA-Patienten: Behandlung und Be-
 treuung des PA-Patienten / Profes-
 sionelle Zahnreinigung. Aufbau-
 kurs Anfänger für ZFA, ZMP und
 ZMF:
Termin:
 Modul I 08./09.04.2011
 Modul II 06./07.05.2011
 Modul III 27./28.05.2011
 je Fr.: 14.00 – 19.00 Uhr
 Sa.: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hamburg
Anmeldung und Kontakt:
 Oral Prevent
 Kerstin Ehlers
 Blumenstraße 54
 22301 Hamburg
 Tel: 040/460 6088
 Fax: 040/46 23 16
 info@oral-prevent.de
 www.oral-prevent.de

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: FA II: Instrumentelle
 Funktionsanalyse mit arbiträrer
 Scharnierachse
Veranstalter:
 Westerburger Kontakte
Referenten: Dr. Diether Reusch,
 ZA Jochen Feyen,
 ZTM Paul Gerd Lenze
Termin: 08./09.04.2011
Ort: 56457 Westerburg
Kursgebühr: 980 EUR + MwSt.
Anmeldung:
 Westerburger Kontakte
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel. 02663/91190-30
 Fax 02663/91190-34
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: DROS-Therapie
 Workshop für Teamplayer:
 Zahnärzte und Zahntechniker
Veranstalter:
 Gesellschaft für Zahngesundheit,
 Funktion und Ästhetik mbH
Termin: 08./09.04.2011
Ort: München
Anmeldung: GZFA
 Gesellschaft für Zahngesundheit,
 Funktion und Ästhetik mbH
 Gollierstr. 70 D, 80339 München
 Tel. 089/58988090
 Fax 089/5029092
 info@gzfa.de
 www.gzfa.de

Fachgebiet: Psychosomatik
Thema: Hocheffektive Angst- und
 Stressbewältigung durch multiple
 Neurostimulation
Veranstalter: Dipl.-Psych. Dipl.-
 Päd. Psychologische Psychothera-
 peutin Gertrud Fahnenbruck
Termin: 08./09. April 2011
Ort: Karlsruhe
Kursgebühr: 300 Euro
Anmeldung: www.eft-coaching.de
 Neuensteinstr. 15
 76227 Karlsruhe
 Tel.: 0721/1321414
 Fax: 0721/1321416

Fachgebiet: Organisation
Thema: Erstellung von HKPs für
 Implantatprothetik mit Anlage
 und Rechnung
Veranstalter: Kieferchirurgische
 Gemeinschaftspraxis. Fachärzte
 für Mund-, Kiefer und Gesichtschir-
 urgie Dr. med. Dr. med. dent. Ul-
 rich Stroink, Dr. med. Dr. med.
 dent. Bernd Biermann, Dr. med.
 Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt,
 Dr. med. Dr. med. dent. Thomas
 Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo
 Fritzemeier
Referent: ZMV Birgit Sayn
Termin: 09.04.2011:
 10.00 – 13.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7–9, 40210
 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: Gebühr pro Person
 zzgl. MwSt. 100 EUR, pro Person
 aus Überweiserpraxen 80 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische Ge-
 meinschaftspraxis
 Fachärzte für Mund-, Kiefer und
 Gesichtschirurgie
 Stresemannstraße 7–9
 40210 Düsseldorf
 Tel: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Thema: Erfolgsgeheimnis „01“
 und „01Neu“. Einfach ungenutzte
 Potenziale aktivieren!
Veranstalter: Deep Coaching®
Termin: 09.04.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Dipl. Psych. Dörte
 Scheffer
Kursgebühr: 220 EUR zzgl. MwSt.
 inkl. Bewirtung
Auskunft: Dipl. Psych. Dörte
 Scheffer, Postfach 11 25 , 24331
 Eckernförde
 Tel.: 04351/667716
 Fax: 04351/667715
 Email: d.scheffer@deep-
 coaching.de
 www.deep-zahnarzt.de
 www.deep-coaching.de

Thema: Bonenmanagement Kurs
Veranstalter: Nobel Biocare
 Deutschland GmbH
Termin: 09.04.2011:
 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Neunburg vorm Wald
Referent: Dr. Christoph von Wenz
 zu Niederlahnstein
Anmeldung:
 Nobel Biocare Deutschland GmbH
 (Frau Gönül Öntas)
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/50085-151
 Fax: 0221/50085-352

Thema: Kinesiologie 2 Aufbaukurs
 Störfeldsuche
Veranstalter: Aufwind Consulting
 GmbH
Referent: Dr. Martina Obermeyer
Termin: 09./10.04.2011:
 je 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: 82444 Schlehdorf
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 690 EUR
Anmeldung: Aufwind Consulting
 GmbH,
 Kocheler Str. 1, 82444 Schlehdorf
 FAX 08851/615690
 E-mail: info@aufwind.org

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Zielstrebig zum Erfolg! Die
 Praxismanagerin (IHK)
Veranstalter: Haranni Akademie
Referent: Angelika Doppel, Fried-
 rich W. Schmidt
Termin: 11. – 13.04.2011,
 05./06.05.2011,
 27. – 29.06.2011,
 je 09.00 – 18.00 Uhr,
 Projektpräsentation: 30.06.2011
Ort: Haranni Akademie
Kurs-Nr.: 1000
Kursgebühr: 2900 EUR, inkl.
 Tagungspauschale, zzgl. MwSt.
Anmeldung: Haranni Akademie,
 Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468 300,
 Fax: 02323/9468 333,
 info@haranni-academie.de
 www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Fachkurs Praxismanager/in für die Zahnarztpraxis
 Lehrinhalte: Praxisorganisation und -management, Grundlagen Betriebswirtschaft, Betriebliches Finanz- und Rechnungswesen, Personalmanagement und -führung, Qualitätsmanagement, Kommunikation und Gesprächsführung, Abrechnungsmanagement, Hygienemanagement, Praxis-EDV, Professionelles Praxis-Marketing, Arbeits- und Vertragsrecht
Veranstalter: Quintessenz Verlag, GO Consulting
Termin: 11. – 15.04.2011
Ort: Köln
Kursgebühr: 1 940 EUR zzgl. 150 EUR Verpflegungspauschale + MwSt)
Anmeldung: GO Consulting
 Praxis- u. Qualitätsmanagement
 Gabriele Oppenberg
 Ismaninger Str. 55,
 81675 München
 Tel. 089/260 193 01
 Fax 089/437 46 989

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Morgen bin ich Chef – ein Kurs für Existenzgründer
Veranstalter: Dens Akademie
Referent: Herr Dr. Heckner
Termin: 12.04.2011: 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: Dens Akademie, Georg-Wilhelm-Str. 7, 10711 Berlin-Wilmersdorf
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 2.10
Kursgebühr: 49 EUR
Anmeldung: Dens GmbH
 Berliner Str. 13, 14513 Teltow
 Tel. 03328/334540

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: Feldmann Consulting GmbH & Co. Beratungs KG
Referentin: Bettina Thomas, AescuLabor-Karlsruhe GmbH
Termin: 12.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Feldmann Consulting Fortbildungsakademie, Kronenstraße 11 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11017
Kursgebühr: 350 EUR + MWSt, 245 EUR + MwSt pro Person für Teilnehmer aus Baden-Württemberg, 175 EUR + MWSt pro Person für Teilnehmer über 50 Jahren aus Baden-Württemberg

Anmeldung:
 Nicole Feldmann, Anna Münch
 Wilhelmstraße 1
 76275 Ettlingen
 Tel: 07243/7254-0
 Fax 07243/7254-20
 info@feldmannconsulting.de
 www.feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Modellguss Fortgeschrittenen-Kursus I
Veranstalter: Bego Training Center
Termin: 12./13.04.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Vita Kurscenter München
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt
Anmeldung: gloystein@bego.com
 Tel. 0421/2028-372
 Fax 0421/2028-395

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Schwerpunkttraining CEREC/inLab
 Tipps, Tricks und Variationen im Frontzahnbereich
Veranstalter: D.S.&C. Dental-Service & Consulting, München
Referentin: Marianne Höfermann
Termin: 12.04./13.04.2011:
 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita Leistungszentrum, 04159 Leipzig
Kursgebühr: 620 EUR
Anmeldung: D.S.&C.
 Marianne Höfermann
 Tel. 089/751261
 Fax 089/7595782
 Nandi.hoefermann@kabelmail.de

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Alternative Versorgungsformen für Allergiker
Veranstalter: Dens Akademie
Referent: ZTM Chr. Esser, Jonas – ganzheitliche Zahntechnik
Termin: 13.04.2011: 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: Dens Akademie, Georg-Wilhelm-Str. 7, 10711 Berlin-Wilmersdorf
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 1.5
Kursgebühr: 49 EUR
Anmeldung: Dens GmbH
 Berliner Str. 13, 14513 Teltow
 Tel. 03328/334540

Thema: Praxis der Rot-Weiß-Ästhetik
Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH
Termin: 13.04.2011:
 18.00 – 21.30 Uhr
Ort: Herzogenaurach
Referenten: Dr. Thomas Schwenk, Dr. Marcus Striegel

Kursgebühr: 49 EUR
Anmeldung:
 Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH (Frau Gönül Öntas)
 Adresse: Stolberger Str. 200,
 50933 Köln
 Tel.: 0221/50085-151
 Fax: 0221/50085-352

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: LavaTM Chairside Oral Scanner – C.O.S. – digitale Abformung live erleben
Veranstalter: CORONA LavaTM Fräszentrum
Referent: Johannes Semrau
Termin: 13.04.2011:
 15.00 – 18.00 Uhr, auch jederzeit nach persönlicher VB
Ort: CORONA LavaTM Fräszentrum, Münchener Str. 33 82319 Starnberg
Fortbildungspunkte: 4
Anmeldung: Frau Fritzsche,
 Tel. 08151/555388

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Zahnärztliches Abrechnungssseminar für ZÄ und ZFA
Veranstalter: Dental-Depot R. Spörrer
Termin: 13.04.2010:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: 95679 Waldershof
Referentin: Stani Hoffmann, Aalen
Kursgebühr: 100 EUR zzgl. MwSt. inkl. Verpflegung
Anmeldung: Dental-Depot R. Spörrer
 Frau Spörrer
 Ludwig-Hüttner-Str. 19
 95679 Waldershof
 Tel.: 09231/71479
 Fax: 09231/972128
 e-mail: info@spoerrerr-dental.de
 www.spoerrerr-dental.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Kommunikation – Wer erfolgreich kommuniziert, hat Erfolg in der Individualprophylaxe
Veranstalter: MVC-Consult
Referent: Bettina Gempp, DH
Termin: 13.04.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Kiel, Hörn Campus
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 189 EUR zzgl. MwSt
Anmeldung: Fax: 0431/2378416
 info@mvc-consulting.de
 www.mvc-consulting.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Schwerpunkttraining CEREC/inLab. Tipps, Tricks und Geheimnisse zur CEREC/inLab Software
Veranstalter: D.S.&C. Dental-Service & Consulting, München
Referentin: Marianne Höfermann
Termin: 14./15.04.2011:
 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita Leistungszentrum, 04159 Leipzig
Kursgebühr: 580 EUR
Anmeldung: D.S.&C.
 Marianne Höfermann
 Tel. 089/751261
 Fax 089/7595782
 Nandi.hoefermann@kabelmail.de

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Kompositversorgung im Seitenzahnbereich
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referent: Dr. Markus Lenhard
Termin: 15.04.2011
Ort: 56457 Westerburg
Kursgebühr: 490 EUR + MwSt
Anmeldung: Westerburger Kontakte
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel. 02663/91190-30
 Fax 02663/91190-34
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Vita VM 13/15 Workshop
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referentin: Rosita Bacher
Termin: 15.04.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita Leistungszentrum, 85445 Schwaig/München
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Vita Physiodens Aufstellkurs
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Viktor Fürgut
Termin: 15./16.04.2011:
 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita Leistungszentrum, 25421 Pinneberg/Hamburg
Kursgebühr: 383 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Die Fortbildung für wahre Genießer
Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH
Referenten: Dr. Walter Schneider, Thomas Pelzl
Termin: 15./16.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Stuttgart
Fortbildungspunkte: 10
Kursgebühr: 790 EUR pro Person, 1440 EUR Teampreis
Anmeldung: Tanja Spatschek
 Tel. 07031 461869

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Ästhetische Frontzahnversorgung mit Komposit
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referent: Dr. Markus Lenhard
Termin: 16.04.2011
Ort: 56457 Westerburg
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt
Anmeldung: Westerburger Kontakte
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel. 02663/91190-30
 Fax 02663/91190-34
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer
Veranstalter: Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültemann-Hagedorn
Termin: 16.04.2011: 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Bremen
Kursgebühr: 195 EUR
Fortbildungspunkte: 7
Anmeldung: Praxis Dr. Dr. Heinrich Bültemann-Hagedorn und Dr. Thieme
 Faulenstr. 54, 28195 Bremen
 Tel.: 0421/382212,
 Fax: 0421/39099532
 Praxis@MKH-HB.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: DVT Fach- und Sachkunde
Veranstalter: Bauer & Reif GmbH
Referent: Prof. Dr. Christoph Benz
Fortbildungspunkte: 14
Termin: 16.04.2011
Ort: Vita LeistungsCenter, 63225 Langen/Frankfurt
Kursgebühr: 950 EUR + MwSt
Anmeldung: Bauer & Reif Dental
 Fuggerstr. 20, 86150 Augsburg
 Frau 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: 18./19.04.2011
Ort: Vita LeistungsCenter, 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: Prothetik
Thema: Modellguss Fortgeschrittenen Kursus I
Veranstalter: Bego Training Center
Termin: 18.– 20.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bremen
Kursgebühr: 280 EUR + MwSt
Anmeldung: gloystein@bego.com
 Tel. 0421/2028-372
 Fax 0421/2028-395

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: VMK Master individuell
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Barbi Eggink
Termin: 19./20.04.2011
Ort: Vita LeistungsCenter, 04159 Leipzig
Kursgebühr: 395 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Thema: Bleaching mit Erfolg – mit Live-Bleaching – für ZÄ und ZFA
Veranstalter: Dental-Depot R. Spörrer
Termin: 20.04.2011: 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: 95679 Waldershof (Nordbayern)
Referentin: Regina Regensburger, Dentalhygienikerin
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 200 EUR zzgl. MwSt. inkl. Verpflegung
Anmeldung: Dental-Depot R. Spörrer
 -Frau Spörrer-Ludwig-Hüttner-Str. 19, 95679 Waldershof
 Tel.: 09231-71479
 Fax: 09231-972128
 e-mail: info@spoerrere-dental.de
 www.spoerrere-dental.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: VitaBlocs RealLife und Neuheiten
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Michael Zander
Termin: 20.04.2011: 13.00 – 18.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 25421 Pinneberg/Hamburg
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Metallkeramik Intensivkursus – für erfahrene Keramiker
Veranstalter: Bego Training Center
Termin: 26. – 29.04.2011 : 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bremen
Kursgebühr: 390 EUR + MwSt
Anmeldung: gloystein@bego.com
 Tel 0421 2028 372
 Fax 0421 2028 395

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Vita VM Workshop
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Barbi Eggink
Termin: 27.04.2011
Ort: Vita LeistungsCenter, 04159 Leipzig
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761/562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Vita VMK Master Workshop
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Barbi Eggink
Termin: 28.04.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 04159 Leipzig
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761 562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: ZFA
Thema: praxisDienste ZMV-Aufstiegsfortbildung I
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Referent: Manfred Grutschkuhn
Start: 28.04.2011
Ort: München
Kursgebühr: 2950 EUR
Anmeldung: praxisDienste Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
 Tel. 06221/649971-0
 Fax 06221/649971-20

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Additional Veneers aus Vita PM 9
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Joachim Magdanz
Termin: 29.04.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 63225 Langen/Frankfurt
Kursgebühr: 298 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761 562235
 Fax 07761 562816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Vom Umgang mit dem toten Körper

Zu Beginn dieses 21. Jahrhunderts zeigt sich ein sehr merkwürdiger Trend: Der Mensch erdenkt sich seinen Tod, den Umgang mit dem eigenen Leichnam und seine postmortale Existenz neu. Damit einher geht eine Abkehr von traditionellen Bestattungsformen und eine Suche nach Alternativen. Immer häufiger wird die Leiche als Mittel eingesetzt, sei es, um sich selbst zu inszenieren, eine besondere Naturverbundenheit zu zeigen oder mithilfe von Technik die Vergänglichkeit vermeintlich zu überwinden. Der Artikel analysiert ein noch wenig beleuchtetes gesellschaftliches Phänomen.

Fotos: MEV

Bestattungsrituale geben wichtige Hinweise auf den Umgang einer Gesellschaft mit dem Tod und dem toten Körper. Bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts galt die Beerdigung nicht nur in Deutschland als die mit Abstand häufigste Form der Bestattung eines Leichnams. Zwar waren seit dem Ende des 19. Jahrhunderts Feuerbestattungen möglich, doch blieben sie bis weit in das 20. Jahrhundert hinein vor allem auf städtische und nicht-christlich geprägte Regionen beschränkt. Demgegenüber hat sich in jüngster Zeit ein bemerkenswerter „Bestattungsppluralismus“ entwickelt: Mittlerweile stehen weit mehr als 20 Formen der Bestattung zur Wahl – darunter so kurios oder auch befremdlich anmutende Dienste wie Almwiesen- und Felsbestattung, ökologische Bestattungen, Kryonik, Plastination oder Weltraumbestattung.

Was aber sind die Hintergründe und Auswirkungen dieses Wandels im Umgang mit dem toten Körper?

Eine Fülle von Optionen

Wer sich mit den gegenwärtigen Möglichkeiten der Bestattung eines Leichnams beschäftigt, sieht sich mit einer überraschenden Fülle von Optionen konfrontiert:

■ Erd- oder Sargbestattungen

In Deutschland ist das Friedhofs- und Bestattungsrecht durch landesrechtliche Vorschriften geregelt, die – trotz Liberalisierungstendenzen in einigen Bundesländern – einen „Friedhofszwang“ vorsehen. Hierunter wird eine Vorschrift verstanden, die es verbietet, die physischen Reste eines toten Menschen an einem anderen Ort als auf einem Friedhof (oder – bei Asche – im Meer) aufzubewahren. Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass die Beerdigung (Inhumation) auf einem Friedhof als die traditionelle Bestattungsart gilt; ihr Anteil an den Bestattungsformen beläuft sich noch auf rund 60 Prozent, ist aber rückläufig. Doch auch hier sind neue Tendenzen auszumachen: Diese betreffen die Särge selbst – neben konfektionierten Särgen finden sich mittlerweile bun-



Fotos: picture alliance

Die Gruft als Denkmal für die Ewigkeit – ein Relikt vergangener Tage

ment in Nutzung. Manche Kammern können zwei oder mehrere Urnen aufnehmen, was die Verwendung als Familiengrab erlaubt.

Von den bisher beschriebenen Bestattungen abzugrenzen ist die vergleichsweise kostengünstige anonyme Urnenbestattung auf einem Grabfeld. Sie machte um das Jahr 2000 bereits 12 Prozent aller Bestattungen aus, wobei sie im Norden und Osten



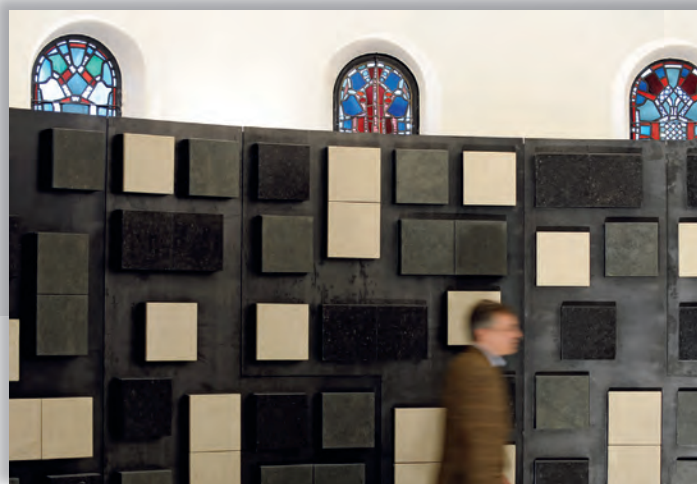
Auch die pompös gestaltete Erdbestattung wird immer seltener.

te, selbstgestaltete beziehungsweise individualisierte Särge oder Sargformen –, aber auch die Sargbeigaben – zum Beispiel individuell gestaltete Sargwäsche und Trauertextilien.

Erdgräber werden als Einzelgrab, als sogenanntes zweistelliges Grab, als einzelnes Reihengrab (zum Beispiel als Rasengrab) oder als Gemeinschaftsgrab angeboten. Zweistellige Gräber werden häufig als Doppelgräber genutzt; werden Särge dagegen nicht neben-, sondern aufeinander platziert, spricht man von Tiefgräbern. Für exponierte Bestattungen besteht darüber hinaus die Möglichkeit, den Sarg in ein ummauertes Grab – eine Gruft – oder in ein gebäudeartiges Grab – ein Mausoleum – einzubringen.

■ Urnenbestattungen

Im Gegensatz zur Erd- und Sargbestattung nimmt der Anteil feuerbestatteter Leichname deutlich zu; er beträgt gegenwärtig circa 40 Prozent. Voraussetzung der Feuerbestattung ist die Einäscherung des Leichnams. Zumeist wird die Asche der Verstorbenen nachfolgend in einer Urne beigesetzt. Hierbei unterscheidet man zwischen Urnen-Einzelgräbern und -Gemeinschaftsgräbern. Daneben gibt es Urnenstelen, die freistehend oder neben anderen Stelen verankert werden und eine oder mehrere Urnen aufnehmen können. Für Urnen ist aber auch das Einstellen in einer Urnenwand (Kolumbarium) oder in Urnen-Nischen der Friedhofsmauer zuneh-



Schlichte Urnenbestattungen – wie hier in einer Urnenwand – nehmen in den letzten Jahren deutlich zu.

Deutschlands weit häufiger anzutreffen ist als im Süden und Westen. Zeitpunkt und Ort der Beisetzung sind den Angehörigen hierbei in aller Regel nicht bekannt.

■ Spezielle Naturbestattungen

In jüngster Zeit werden im Rahmen von „Naturbestattungen“ auch schnell abbaubare Urnen eingesetzt; oft wird sogar ganz auf Urnen verzichtet. Findet die Beisetzung im Wurzelbereich von Bäumen statt, spricht man von Baumbestattung. Zu unterscheiden sind „Gemeinschaftsbäume“, an deren Wurzeln mehrere Aschen ruhen, sowie „Einzel-“ und „Familienbäume“. Allen Baumgrabstätten gemein ist, dass die Ruhestätte nicht von Angehörigen gepflegt werden



Fotos: picture alliance

Immer beliebter wird die Baumbestattung.



Die Zahl der Seebestattungen wächst.

muss, aber dennoch ein konkreter Ort des Erinnerns existiert.

Vor der amerikanischen Ostküste wird mittlerweile auch eine Korallenriff-Bestattung angeboten. So schuf „The Neptun Society“ an der Küste Floridas das „Memorial Reef“ – ein künstliches Riff für bis zu 125 000 Verstorbene, das aus der Asche und 10 Prozent Beton geschaffen wurde. Als Grabkugel wird die Totenasche auf dem Meeresboden versenkt, um sich langsam im Umfeld des Riffs aufzulösen.

Bei der Almwiesenbestattung wird die Asche des Verstorbenen in der Schweiz auf einer Almwiese an einer bestimmten Stelle in die Erde eingebracht. In der Regel besteht hierbei nicht die Möglichkeit zur Aufstellung eines Grabsteines oder Kreuzes; Hintergrund ist der Wunsch, den natürlichen Charakter der Landschaft nicht zu verändern.

■ Naturverstreungen

Einer zunehmenden Beliebtheit unter den Bestattungsformen erfreut sich die Natur-

verstreung. Sie ist in der Regel in Deutschland wegen des Friedhofzwangs nicht erlaubt; allerdings ist letzterer etwa durch den Nachweis einer Einäscherung des Verstorbenen im Ausland durchaus zu umgehen. So besteht zum Beispiel in der Schweiz die Möglichkeit, die Asche auf ausgewiesenen Aschestreuwiesen zu verstreuen.

Ebenfalls an naturverbundene Menschen richtet sich das Angebot der Felsbestattung. Hierbei wird die Asche des Verstorbenen unter der Grasnarbe eines „Gemeinschaftsfelsens“ verstreut, so zum Beispiel im Schweizer Kanton Wallis, auf dem Gelände einer Bergalm.

Auch die Himmels- oder Luftbestattung gehört zur Kategorie der Naturverstreungen: Himmelsbestattung ist eine naturreligiös begründete Form der Bestattung. Hier wird die Asche aus der Luft verstreut – sei es aus einem Flugzeug oder einem Heißluftballon. Die Koordinaten werden auf Wunsch festgehalten

und in einem Dokument verzeichnet; auch die Anfertigung eines Videos ist möglich.

Bei der Flugbestattung handelt es sich um eine Kombination von Luftbestattung und Seebestattung. Die Asche wird mit einem Helikopter über dem Meer ausgestreut. Im Rahmen einer Seebestattung wird die Asche des Verstorbenen in einer wasserlöslichen Urne aus Zellulose,

Sand- oder Salzstein der See übergeben. Die Übergabe erfolgt in der Regel in gesondert ausgewiesenen Gebieten in Nord- oder Ostsee, auf speziellen Wunsch aber auch in allen Meeren der Welt. Die Beisetzung selbst kann zum Beispiel über bestimmten Positionen von untergegangenen Schiffen stattfinden; zusätzlich ist die Ausfertigung einer Seekarte möglich, die den exakten Beisetzungsort verzeichnet. Die Zahl der Seebestattungen lag in Deutschland am Ende des 20. Jahrhunderts bei circa 5 000 jährlich. Seit einiger Zeit werden – zum Beispiel in den Niederlanden – auch Flussbestattungen auf Binnengewässern angeboten.

■ Weltraumbestattung und Ascherakete

Als besonders exklusiv gilt die sogenannte Weltraumbestattung: Sie wird zum Beispiel von der Firma Celestis Space Services aus den USA angeboten. Dabei wird ein gerin-

ger („symbolischer“) Teil der Asche mit Raketen in den Weltraum befördert und dort der „Ewigkeit“ übergeben. Die übrige Asche wird konventionell beigesetzt. Einer breiteren Öffentlichkeit bekannt wurde diese Form der Bestattung durch den 2005 verstorbenen Schauspieler James Doohan, dessen Asche am 28. April 2007 unter großem Medieninteresse zusammen mit der anderer Verstorbener in den erdnahen Weltraum gebracht wurde. Momentan ist diese Bestattungsart in Deutschland zwar offiziell nicht zugelassen, dennoch wird auch sie von deutschen Bestattern angeboten.

Weitaus billiger ist die Bestattung in einer Ascherakete: Hier wird ein kleiner Teil der Totenasche in einen



Mit einer Rakete ins All und von dort in die Ewigkeit – das ermöglicht die exklusive Weltraumbestattung.

Feuerwerkskörper eingebracht und – ähnlich einer Silvesterrakete – in den Himmel geschossen.

■ **Verwahrung im Privatbereich**

Der Friedhofszwang verbietet in Deutschland die Möglichkeit, die Asche eines Verstorbenen im Privatbereich zu verwahren. Dennoch steigt die Zahl der Menschen, die diese Regelung umgehen, stetig an: Die Einäscherung muss hierbei entweder im Ausland vorgenommen werden, oder eine ausländische Urnenanforderung geht dem lokalen deutschen Krematorium zu. Das Krematorium verschickt daraufhin die Asche in der Regel per Post ohne weitere Formalitäten ins Ausland. Wird von den lokalen Behörden zur Ausstellung der Bestattungserlaubnis der

Nachweis einer Grabstätte im Ausland gefordert, werden in der Regel kostengünstige ausländische Verstreuungsgrabstätten angegeben. Anschließend holen Angehörige die Asche entweder selbst im Ausland ab oder sie wird ihnen vom ausländischen Bestatter per Post zugeschickt. Aufgrund der beschriebenen Praxis gewinnt die Verwahrung der Totenasche im Privatbereich zunehmend an Bedeutung – auch vor dem Hintergrund, dass die Kosten für diese Art der privaten Bestattung vergleichsweise niedrig sind. Von der Verwahrung der Asche in einer Schmuckurne im Wohnzimmer über die Beisetzung im eigenen Garten bis zur Aufbewahrung eines Teils der Asche in einem Amulett eröffnen sich hier vielfältige Optionen. 2005 äußerten sechs Prozent aller Teilnehmer einer Umfrage des Magazins *Chrismon* den Wunsch, dass ihre Urne später den Angehörigen ausgehändigt werden möge.

■ Ökologische Bestattungen

Als Innovation auf dem Gebiet der Bestattungstechnologie gilt die sogenannte Promession. Ziel des auch als „Öko-Bestattung“ bezeichneten Verfahrens ist die harmonische Eingliederung des Verstorbenen in den Kreislauf der Natur. Im Rahmen der Promession wird der Tote zunächst auf minus 18 Grad Celsius heruntergekühlt, dann in mi-



Foto: MEV

*Ein Monument auf dem Grab?
Für viele Bürger ist das obsolet.*

nus 196 Grad Celsius kalten flüssigen Stickstoff getaucht und schockgefroren. Schallwellen in einer Vibrationskammer lassen den Körper anschließend in grobes, geruchsfrei-

es Pulver zerfallen. In einer Vakuumkammer wird das Pulver getrocknet, anschließend in einen kompostierbaren Sarg gefüllt und bestattet. Die Überreste werden in sechs bis zwölf Monaten komplett zu Humus abgebaut, das heißt, der Leichnam hinterlässt keine Rückstände. Zudem reduziert sich der Einsatz fossiler Brennstoffe. Zwischenzeitlich sind in mehreren Staaten erste „Promotarien“ in Betrieb genommen worden.

Eine weitere neue Bestattungsmethode ist die alkalische Hydrolyse oder Resomation, bei welcher der Leichnam durch die Einwirkung einer starken Lauge aufgelöst wird. Die Leiche wird in einem Druckbehälter aus Edelstahl bei Temperaturen von 150 bis 160 Grad Celsius in Kalilauge binnen weniger Stunden zersetzt. Die erhöhte Temperatur beschleunigt die Verseifung der Körperfette (Hydrolyse). Abgesehen von wenigen Knochenresten (Calciumphosphat) resultiert hierbei eine braune hochvisköse Flüssigkeit, die über den Abfluss entsorgt werden kann. Bis zum Sommer 2007 wurden in den USA angeblich etwa 1 000 Menschen auf diese Art bestattet.

Markante Transformationen

Während die bisher beschriebenen Bestattungsformen die Unüberwindbarkeit des Todes anzuerkennen scheinen, trifft dies für einige andere Formen des Umgangs mit dem Leichnam nicht (mehr) zu. Sie zielen ab auf eine bestimmte Form der Unsterblichkeit. Besonders markante Beispiele hierfür sind die Diamantierung, die Plastinierung und die Kryonisierung.

■ Diamantierung

Diamanten sind unvergänglich – eben diese Eigenschaft dürften Menschen im Sinn haben, die sich post mortem eine Diamantierung ihrer Asche wünschen. Die Diamantierung setzt eine Kremierung voraus. Durch spezielle Verfahren wird der Kohlenstoff aus der Asche gelöst und der extrahierte Kohlenstoff in Grafit verwandelt. In dieses wird ein Startkristall eingebettet, um den unter konstant zunehmendem Druck und steigender Hitze langsam ein Diamant entsteht.



Befragungen zu neuen Formen der Bestattung

Bürger zeigen sich offen

Nur noch 51 Prozent der Bundesbürger wünschten sich 2007 gemäß einer Befragung von TNS Infratest für die eigene Beisetzung ein traditionelles Erd- oder ein Urnengrab. Damit zeigt sich ein klarer Trend weg von den klassischen Bestattungsformen, deren Anteil 1998 noch bei 87 Prozent (Emnid) und 2004 bei 62 Prozent (Emnid) lag. Die Befürworter moderner beziehungsweise alternativer Bestattungsformen ziehen derselben Umfrage zufolge konkret die Verstreuung der eigenen Asche außerhalb eines Friedhofs (45,6 Prozent), die Urnenbeisetzung außerhalb eines

Friedhofs (45,5 Prozent) und die Baumbestattung auf einem Friedhof (39,8 Prozent) in Betracht. Jeweils ein Drittel sieht auch in der Urnenbeisetzung im eigenen Garten (33,4 Prozent), in der Urnenaufbewahrung zuhause (29,4 Prozent) und in der Verstreuung der Asche aus einem Heißluftballon heraus (Luftbestattung, 31,4 Prozent) denkbare Optionen, während die neuen Formen Diamantenpressung und Weltraumbestattung immerhin für 13,8 Prozent in Frage kamen. Insgesamt zeigt sich somit eine bemerkenswerte Offenheit der Befragten für neue Maßnahmen und Ideen. dg

Der eigentliche Transformationsprozess, die Umwandlung von Grafit in einen Diamanten, nimmt je nach Größe des Steines vier bis acht oder mehr Wochen in Anspruch. Durch einen entsprechenden Schliff entsteht dann ein Brilliant. Dabei sind verschiedene Schliffarten möglich. Die Kosten werden je nach Unternehmen, Steingröße und Quelle mit 4 500 bis 22 000 Euro beziffert. Die Diamantbestattung ist in Deutschland aufgrund des Bestattungszwangs unzulässig, wird aber de facto geduldet, wenn die Asche des Verstorbenen in Länder gebracht wird, in denen die Diamantierung als or-

nicht vor. Doch offensichtlich gewinnt die Diamantierung wirtschaftlich an Bedeutung: So gelang es Algordanza, binnen weniger Jahre Vertretungen in 21 Ländern aufzubauen.

Dass man mit der Diamantierung der Vergänglichkeit des menschlichen Lebens entgegenzutreten glaubt, suggerieren die beteiligten Unternehmen in ihren Werbekampagnen. So wird die Diamantierung als Prozesskette beschrieben, an dessen Beginn eine „Leiche“ und an dessen Ende ein „Lebensjuwel“ („LifeGem“) stehe. LifeGem Memorials versprechen, die sterblichen Reste in



Foto: lifegem



Foto: algordanza



Foto: MEV

Zur Diamantierung von Leichnamen bieten verschiedene Firmen ihre Dienste an, so zum Beispiel in den USA oder der Schweiz.

dentliche Bestattung akzeptiert wird. Die Aschekapsel wird von auswärtigen Bestattungsunternehmen angefordert und von außerhalb ansässigen Unternehmen bearbeitet. Es verbleibt eine Substanzmenge, die gesetzeskonform beigesetzt werden kann. Zu den bekanntesten Anbietern gehören LifeGem Memorials mit Sitz in Elk Grove Village, Illinois und das 2004 gegründete schweizerische Unternehmen Algordanza mit Sitz in Chur. Verlässliche Daten zur Zahl der teuren Diamantbestattungen liegen

ein „ewiges Andenken“ zu verwandeln. Auch Algordanza glaubt, in den entstehenden Diamanten „ein Symbol der persönlichen Nähe, der Unvergänglichkeit“ zu erkennen. Darüber hinaus wird suggeriert, dass der Prozess der Diamantierung sogar der Individualität und Unverwechselbarkeit des betreffenden Menschen Rechnung trägt. „Der Erinnerungsdiamant erstrahlt einmal in weiss bis zu einem bläulichen Ton. So unterschiedlich die Menschen sind, so differiert auch die Farbe in seiner Abhängigkeit vom individuellen Bor-Gehalt der Urnenasche.“ Folglich sei die Asche eines Menschen „wie ein chemischer Fingerabdruck“. Die Diamantierung des Leichnams ist mit verschiedenen Erwartungen verbunden: Im

einfachsten Fall ist sie an die Vorstellung geknüpft, mit dem Schmuckstein eine konkrete Erinnerung an den Verstorbenen zu erhalten. Dass die Anbieter aber nicht allein die Hinterbliebenen, sondern gerade den Lebenden im Blick haben, zeigt ein Blick auf

teilen Verwendung findet. Die von Gunther von Hagens etablierte Technik wurde bekannt durch die Wanderausstellung „Körperwelten“ („bodyworlds“), in der anatomische Präparate sowie vollständige Leichen öffentlich präsentiert werden. Die Leichen

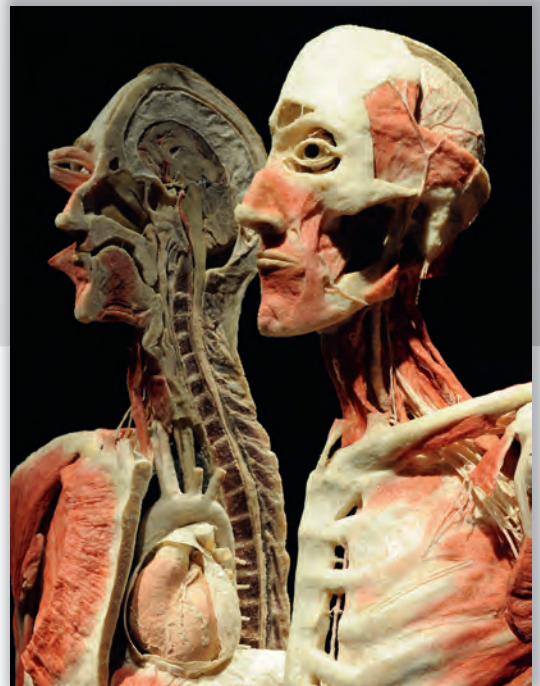
ses. Mehr als 9 700 Personen waren Ende 2008 am Heidelberger Institut für Plastination als Körperspender registriert.

Der Wunsch, den eigenen Leichnam posthum in ein Plastinat überführen zu lassen, anstatt ihn zu beerdigen oder zu kremieren, kann durchaus unterschiedlich motiviert sein: Er kann an das Ziel geknüpft sein, post mortem durch die fortdauernde physische Präsenz besser in Erinnerung zu bleiben, also ein Weiterleben im Blick anderer zu errei-



Auch die Aufbewahrung der Asche im Privatbereich ist denkbar.

Fotos: picture alliance



Das Konservierungsverfahren der Plastination ist durch Gunther von Hagens „Körperwelten“ bekannt geworden.

die Homepages der Unternehmen. Diese werben mit dem Angebot, Diamanten bereits zu Lebzeiten vorzubestellen. Auch der Nutzen der Transformation wird erklärt: „Der Erinnerungsdiamant wird für Ihre Angehörigen das ‚Juwel von Mensch‘ sein, welches sie in Ihnen sehen.“

Ebenso wesentlich scheint die mit der Diamantierung erreichte Ästhetisierung der Erscheinungsform; auch sie steht in starkem Kontrast zu Zerfall und Zersetzung insbesondere erdbestatteter Leichname. Bezeichnenderweise richten sich die Anbieter an Menschen, die „statt zu Kompost lieber zum bleibenden Juwel“ werden möchten. Besonders verdichtet ist diese Botschaft in der Bezeichnung LifeGem („Lebens-Juwel“): sie verbindet die Aspekte Vitalität („Leben“) und Ästhetik („Juwel“).

■ Plastination

Der Begriff Plastination beschreibt ein vergleichsweise neues Konservierungs-Verfahren, das bei der anatomischen Präparation von toten Körpern beziehungsweise Körper-

entstammen unter anderem einem speziellen Körperspendenprogramm, das vom Heidelberger Institut für Plastination unterhalten wird. Die Körperspende zur Plastination beruht hierbei auf einer Willensbekundung, die jederzeit widerrufen werden kann.

Das Verfahren ist dadurch charakterisiert, dass das in den Zellen vorhandene Wasser durch Kunststoff (Polymere, zum Beispiel Silikone, Epoxidharze, Polyesterharze) ersetzt wird. Plastinate sind dauerhaft haltbar. Anders als die Diamantierung oder die nachfolgend beschriebene Kryonik fallen für die Körperspende mit dem Ziel der Plastination keine Kosten an; sie ist somit der breiten Bevölkerung zugänglich. Tatsächlich erfreut sich die Plastination international, aber auch in Deutschland eines wachsenden Interes-

chen. In diesem Fall steht der Wunsch, die Sterblichkeit im Sinne von Verwesung beziehungsweise Vergänglichkeit zu überwinden, im Mittelpunkt des Interesses.

Die eigene Plastinierung kann aber auch an den weitergehenden Wunsch gekoppelt sein zu „über“leben. Derartige an die Materialität der eigenen Leiche geknüpfte Unsterblichkeitsphantasien befördert Gunther von Hagens gezielt mit Statements wie „Willst du wirklich ewig leben, musst du deinen Körper geben“, mit der Interpretation der Plastination als „eine[r] neue[n] Form postmortaler Existenz“ oder der „Aufrechterhaltung des befleischten Leibes“. Dazu bedient



Foto: picture alliance

weggründe für seine Spende zu markieren. Unter den im Vordruck angebotenen Optionen finden sich die Aussagen „Mich fasziniert der Gedanke, dauerhaft der Nachwelt erhalten zu bleiben“ und „Ich bin von den Möglichkeiten der Plastination begeistert“. Zudem befindet sich auf dem Vordruck ein freies Feld für Anmerkungen. Dieses ist im Fall des angesprochenen Posters in musterhafter Weise mit folgendem handschriftlichen Kommentar versehen: „Ich weiß jetzt,

*Kältekonservierung
für die Zukunft:
Kryonisierung macht's möglich.*

sich von Hagens einer Ästhetik der Vitalität: Dies gelingt ihm, indem er Plastinate in dynamische, bewegte Posen einrückt: Tote Körper werden lebensnah inszeniert, das heißt in Mimik und Gestik zu posierenden „lebendigen“ Leichen und damit letztlich zu Akteuren umgestaltet. Besonders eindrückliche Beispiele sind die bewegten Posen der „Sportler“ unter den Plastinaten – ein Sachverhalt, den die beiden Wissenschaftlerinnen Eva Blome und Johanna A. Offe in einem 2007 veröffentlichten Aufsatz als „Verlebendigung des Todes“ bezeichnen. Bietet die Plastination dem Körperspender also ewiges Leben? Zumindest befriedigt sie auf zeitgemäße Weise die Sehnsucht nach Unvergänglichkeit. Diese Vorstellung wird auch durch den Vordruck „Körperspende zur Plastination. Verfügung des Spenders“ genährt, den das Institut für Plastination im Rahmen seiner Ausstellung „Körperwelten & Der Zyklus des Lebens“ (Berlin, Mai bis August 2009) in Postergröße an der Wand befestigt hatte. In diesem Vordruck wird der potenzielle Körperspender gebeten, die Be-

dass ich auch nach dem Tod weiterleben kann, wenn auch nur als Exponat“.

■ Kryonisierung

Ein besonders weit reichender Versuch, den Tod gefügig zu machen, stellt die Kryonik oder Kryostase (griech. kryos = kalt) dar. Sie dient dem Ziel, verstorbene Menschen mittels Kältekonservierung für die Zukunft zu erhalten, um sie zu einem geeigneten Zeitpunkt ins Leben zurückzuführen. Anhänger der Kryonik gehen davon aus, dass die Medizin künftig die Krankheit, die zum Tod des Menschen geführt hat, heilen und darüber hinaus Körper, Geist und Intellekt des Verstorbenen wiederbeleben kann.

Der Betroffene wird hierbei unmittelbar nach seinem Tod kältekonserviert. Dazu bedient sich die moderne Kryonik der Vitrifizierung, das heißt, das Blut wird durch eine Kühlflüssigkeit ersetzt, um damit die Entstehung von Eiskristallen, welche die Zellmembranen zerstören würden, zu verhindern. Zur Lagerung wird der Organismus üblicherweise bei minus 196 Grad Celsius in

flüssigem Stickstoff gekühlt. Zu einem unbekanntem Zeitpunkt in der Zukunft soll der kryokonservierte Körper „reanimiert“ werden, um sein Leben fortzusetzen. Neben der Ganzkörperkonservierung besteht die Möglichkeit der Neurokonservierung, bei der allein der Kopf beziehungsweise das Gehirn (als Organ des Ich-Bewusstseins) kryonisiert werden. Dies hat zur Folge, dass dem Menschen, je nach Konservierungsmethode, ein „neues“ Leben mit dem eigenen Körper (= Ganzkörperkonservierung) oder ein Leben mit einem neuen Körper (= Neurokon-

servierung) in Aussicht gestellt werden. Menschen, die ihrem Tode durch einen solchen „Dornröschenschlaf“ entgehen wollen, müssen bereits zu Lebzeiten Vorsorge für eine zeitnahe postmortale kryonische Behandlung treffen. Zu den bekanntesten Kryonik-Unternehmen gehören die US-amerikanischen Gesellschaften Alcor und Cryonics Institute und der russische Anbieter KrioRus. Die Kosten für eine Ganzkörperkonservierung bei Alcor werden auf 120 000 Dollar beziffert, der Betrag für eine Neurokonservierung mit 50 000 Dollar angegeben. Während die Kryokonservierung von Leichen in Deutschland verboten ist, finden sich mittlerweile in einigen westeuropäischen Staaten Anbieter, so auch in der Schweiz und in Großbritannien.

Kryoniker nennen als Motivation die „Neugier auf die Zukunft“; Kryonik halte „die Zeit an, bis die Medizin soweit ist“. Dementsprechend interpretieren Kryonik-Befürworter den Tod als passageres, reversibles Ereignis. Der typische Kunde wird als „atheistisch, männlich, gebildet und vermögend“ beschrieben. Tatsächlich erklären die Anhänger der Kryostase selbst ihre Motivation mit

Abkehr von der Tradition

der „Schwierigkeit nichtreligiöser Menschen, sich vom vermutlich einzigen Leben zu trennen, das sie besitzen“.

Der Mensch des beginnenden 21. Jahrhunderts denkt sich seinen Tod, den Umgang mit seinem eigenen Leichnam und seine postmortale Existenz neu. Damit einher geht eine Abkehr von den traditionellen Bestattungsformen, aber auch eine Abkehr vom christlichen Wiederauferstehungsglauben.

Frage zu stellen beziehungsweise zu relativieren.

Dabei dient die Leiche als Mittel, um einen Zustand der materiellen Fortexistenz als Überleben zu inszenieren. Bei der Diamantierung stehen hierbei Unvergänglichkeit und Ästhetisierung im Mittelpunkt – Eigenschaften, die im direkten Gegensatz zum Zerfall und zur Verwesung konventionell bestatteter Leichname stehen. Die Plastination ist ihrerseits als Inszenierung einer „Verlebendigung“ zu interpretieren; hier wird Unvergänglichkeit (verkürzt) mit Unsterb-



Fast die Hälfte aller Deutschen ist heutzutage offen für alternative Bestattungsformen. Der Wandel der Bestattungsriten spiegelt hierbei in beispielhafter Weise die gesellschaftlichen Trends zur kulturellen Vielfalt (Pluralisierung), Individualisierung, Privatisierung und Liberalisierung. Die Versorgung der Leiche wird nicht mehr (allein) den Hinterbliebenen überlassen. Immer häufiger wird die eigene Leiche als Mittel eingesetzt – sei es mit dem Ziel, sich selbst durch die Wahl einer Aufsehen erregenden Bestattungsform zu „inszenieren“, den eigenen Lebensverlauf durch die Wahl der Bestattung zu „spiegeln“, eine besondere Naturverbundenheit oder ein herausragendes ökologisches Bewusstsein zu demonstrieren oder mit Hilfe der Technik (scheinbar) die Vergänglichkeit zu überwinden.

Die Diamantierung, die Plastination und die Kryonisierung sind besonders charakteristische Beispiele für den neuen und gezielten Zugriff auf den eigenen Leichnam. Die Indienstnahme des toten Körpers erfüllt hier – über die vorgenannten Motive hinaus – den Zweck, den Tod als Beendigung aller menschlichen Handlungsmöglichkeiten in

lichkeit gleichgesetzt. Besonders weitreichend ist indessen die Kryonik, die als neue, auf Technikgläubigkeit fußende, alternative Form des Wiederauferstehungsglaubens interpretiert werden kann.

In allen drei Fallbeispielen handelt es sich schlussendlich um Versuche der Grenzverschiebung zwischen Leben und Tod. Ziel ist die Erreichung eines Zustands, in dem der Tod nicht mehr Tod im absoluten Sinne bedeutet, und bei dem keiner mehr „vergeht“, wenn er stirbt. Der Tote wird aufgrund seiner materiellen Fortexistenz zum Weiterlebenden umdefiniert. Inwieweit derart verschobene Auffassungen von Leben und Tod Bestand haben werden, wird die Zukunft zeigen.

*Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Dr. phil. Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik
der Medizin der RWTH Aachen
Wendlingweg 2, 52074 Aachen
dgross@ukaachen.de*

■ **Literaturhinweis:**
*Dominik Groß, Jasmin Grande (Hrsg.),
Objekt Leiche – Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper,
Frankfurt am Main, 2010*

Hohe Überziehungszinsen

Preiswertere Alternativen

Der Zinssatz des Überziehungs- oder Kontokorrentkredits auf dem Praxiskonto ist für viele Zahnärzte spätestens seit Beginn der Wirtschaftskrise bisweilen kaum mehr zu kalkulieren. Je nach Bankinstitut werden derzeit Überziehungszinsen nicht eingerechnet, zwischen etwa acht und vierzehn Prozent verlangt. Dabei bleiben die Banken eine schlüssige Erklärung oft schuldig.



Foto: Postbank

Wem der Zinssatz seines Kreditkontos zu hoch ist, sollte mit anderen Banken ins Gespräch gehen.

Die immer wiederkehrende lapidare Antwort („Eine problemlose Kreditbereitstellung besitzt eben ihren Preis“) auf die durchaus berechtigte Frage, wieso der Zins so hoch ausfällt, wird einem kundenfreundlichen Umgang jedenfalls nicht gerecht. Zeit also, über Alternativen nachzudenken.

Kurzfristalternativen

Bei einer regelmäßig kostengünstigeren Kreditvariante des Überziehungskredites, dem **Abrufkredit**, werden Verfügungen innerhalb des Kreditrahmens ebenfalls flexibel zugelassen, darüber hinaus gibt es aber kon-

krete Vereinbarungen bezüglich fester Tilgungsraten, deren Höhe sich an den finanziellen Möglichkeiten des Kreditnehmers orientieren. Vor allem bei kleineren Praxen kann der Abrufkredit eine interessante Finanzierungsalternative mit Zinssätzen darstellen, die je nach Bonität des Kreditnehmers um einige Prozentpunkte unterhalb der Sätze des Kontokorrentkredites liegen. Das gilt ebenfalls für eine weitere Alternative des Überziehungskredites, dem **kurzfristigen Geldmarkt- oder Eurokredit**, der diesen ergänzen beziehungsweise ersetzen kann. So ist eine Aufteilung des bisherigen Überziehungskredites dadurch möglich, dass ein

Teil der ursprünglichen Kreditlinie für den Eurokredit zur Verfügung gestellt wird. Es ist grundsätzlich üblich, dass der Eurokredit während der vereinbarten Laufzeit in voller Höhe in Anspruch genommen werden

muss. Nur vorübergehende Inanspruchnahmen oder regelmäßige oder unregelmäßige Einzahlungen sind in der Regel also nicht möglich. Dafür gibt es aber flexible Gestaltungen bei den Laufzeiten. Die üblichen Zeiträume bei Eurokrediten bewegen sich zwischen einem Monat und einem Jahr. Gegebenenfalls erforderliche Verlängerungen der ursprünglichen Laufzeit sollten rechtzeitig mit der Bank besprochen werden. Bei einer Aufteilung des bisherigen Kontokorrentkredites sind zusätzliche Sicherheiten meist nicht erforderlich, da sich am Kreditvolumen insgesamt nichts ändert. Wird der Eurokredit dagegen zusätzlich bereitgestellt, hängt ein eventueller zusätzlicher Sicherheitenbedarf vor allem von einer erneuten Bonitätsprüfung ab. Es gibt auch die Möglichkeit, einen **Eurokredit in einer anderen**

Währung als dem Euro in An-

spruch zu nehmen. Allerdings sind hiermit Risiken schwankender Wechselkurse verbunden. Ob sich ein Eurokredit in einer Fremdwährung etwa in Verbindung mit einer Währungsabsicherung möglicherweise dennoch lohnt, sollte mit der Hausbank besprochen werden.

Ausnahme Akzeptkredit

Je nach Bank scheint er ein wenig aus der Mode gekommen zu sein, dennoch kann auch der **Akzeptkredit** für Praxisinhaber eine Finanzierungsalternative darstellen. Dazu akzeptiert das Kreditinstitut einen vom

Kunden ausgestellten Wechsel und ist gegenüber einem Dritten, an den der Wechsel vom ursprünglichen Kreditnehmer weitergegeben werden kann, zur Einlösung dieser Urkunde verpflichtet. Es ist üblich, dass die wechselrechtliche Haftung der Bank nur unter der Bedingung übernommen wird, dass sich der Zahnarzt als Kreditnehmer verpflichtet, den Wechselbetrag rechtzeitig zum Fälligkeitstermin des Wechsels zur Verfügung zu stellen. Üblich sind kurze Laufzeiten von etwa bis zu einem halben Jahr.

Strategische Überlegungen

Bei entsprechendem Beratungsbedarf sollten sich Zahnärzte von den Banken, mit denen sie zusammenarbeiten, die dort angebotenen Kreditalternativen vorstellen lassen. Dazu sollten sie sich nicht ausschließlich auf die jeweilige Hausbank beschränken, da Nebenbankverbindungen durchaus interessante Kreditalternativen anbieten können, die bei der Hausbank nicht verfügbar sind.

Gibt es beim Vergleich der Angebote Zweifel an der Qualität der Kreditwürdigkeit des Zahnarztes, sollten entsprechende Details mit dem Kundenberater erörtert werden. Vielleicht bieten sich kurzfristige Optionen

zur Verbesserung der Situation und damit der Möglichkeit weiterer kurzfristiger Finanzierungsalternativen an.

Die zur Verfügung stehenden Kreditsicherheiten sollten gezielt zur Verbesserung der Kreditkonditionen eingesetzt werden. Dazu sollte die Bank um eine Offenlegung der Bewertung dieser Kreditsicherheiten und um eine Einschätzung gebeten werden. Es emp-

fehlt sich, seine Bank in einem Gespräch auf diese erforderlichen Schritte höflich darauf hinzuweisen.

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

INFO

Kurzfristige Kredite

■ Kreditlinie (Kreditrahmen)

Damit wird der vom Kreditgeber zur Verfügung gestellte Kreditbetrag bezeichnet.

■ Genehmigte Überziehung

Innerhalb dieser Kredithöhe kann der Kontoinhaber über den jeweiligen Betrag verfügen.

■ Geduldete Überziehung

Hier lässt die Bank als Kreditgeber über die genehmigte Überziehung hinausgehende Kontoverfügungen zu. Der Kunde bezahlt diese Dienstleistung mit zusätzlichen Überziehungszinsen.

■ Prolongation

Es handelt sich um eine Verlängerung der jeweils vereinbarten Kreditlaufzeit. Weitere Details wie Kredithöhe, Zinssatz oder Kre-

ditssicherheiten werden bei Prolongationsverhandlungen grundsätzlich ebenfalls angesprochen und gegebenenfalls neu verhandelt.

■ Euribor

(European Interbank offered Rate)

Dieser unter Banken übliche Verrechnungszinssatz dient beim Eurokredit in der Regel als Orientierungsgröße für den Kundenzinssatz.

■ Wechsel

Der Wechsel ist eine Urkunde, die eine unbedingte Zahlungsanweisung beinhaltet und vor allem beim Akzeptkredit mit einem Bankinstitut als Zahlungspflichtigem gegenüber dem Wechselbegünstigten eine große Sicherheit gewährleistet.

Immobilien

Nur bedingter Inflations-Schutz



Alles wird teurer – zumindest die Preise für die Dinge des täglichen Lebens wie Benzin und Nahrungsmittel legen deutlich zu. Anleger denken sofort daran, wie sie ihr Geld vor der Entwertung schützen können. Eine beliebte Möglichkeit ist der Kauf von Immobilien. Damit sie ihre Schutzfunktion wahrnehmen können, müssen Käufer beim Häuserwerb jedoch einiges beachten.

Foto: MEY

Der Liter Super für 1,50 Euro und mehr, die Tafel Schokolade jetzt 99 Cent, im letzten November waren es noch 85 Cent. Brot, Kaffee, Gurken und Tomaten – die Preise für Nahrungsmittel und Benzin steigen stetig. Die Verbraucher spüren die Teuerung direkt im Portemonnaie. Viele glauben deshalb, dass wir auf eine galoppierende Inflation zusteuern. Doch derzeit sprechen die Fakten dagegen. Bislang liegt die Teuerungsrate im Euroraum bei etwa 2,4 Prozent und in Deutschland im Januar bei 1,9 Prozent. Die gefühlte Geldentwertung aber schätzen die Verbraucher deutlich höher ein. Das liegt daran, dass vor allem die Dinge für den täglichen Bedarf sich verteuern. Schuld daran ist nicht zuletzt der sehr kalte Winter. Er trieb die Nachfrage für Heizöl und Gas und damit auch die Preise für Gemüse aus dem Treibhaus in die Höhe. Und natürlich steigt die weltweite Nachfrage nach Nahrungsmitteln und Rohstoffen. Daran wird man sich gewöhnen müssen und sparen.

Mehr sparen sollten auch die Amerikaner. Mit ihrer immensen Verschuldung treiben sie die weltweite Inflationsgefahr – vielleicht sogar mit Absicht, ist sie doch die schnellste Art der Entschuldung. In Deutschland brummt die Wirtschaft und die Arbeitnehmer verlangen einen kräftigen Nachschlag bei den Gehältern – zu Recht, wie viele meinen. Ihr steigender Konsum aber verstärkt den Preisauftrieb. Die Europäische Zentral-

bank steht nun vor der fast unlösbaren Aufgabe, hier die Zinsen zu erhöhen und sie gleichzeitig für die hoch verschuldeten Länder wie Griechenland, Portugal und Spanien niedrig zu halten, damit sie ihre Schulden überhaupt bedienen können. Eine Lösung ist nicht in Sicht. Bleibt der Leitzins niedrig, fürchten Wirtschaftsexperten wie der Chefvolkswirt der Deutschen Bank Thomas Mayer und Thomas Straubhaar, Direktor des

INFO

Vorsicht bei dubiosen Angeboten

Der einsetzende Run auf Immobilien birgt eine Gefahr. Die Vermittler von Schrottimmobiliën wittern trotz der für sie negativen Rechtsprechung neue Chancen. Anleger, die sich für die steinerne Rendite interessieren, sollten sich niemals auf einen Blindkauf einlassen. Verspricht der Vermittler sensationelle Steuervorteile, muss sofort

das Misstrauen erwachen. Liegt die wahrscheinlich völlig überbewertete Wohnung auch noch in weit entfernten Orten und bleibt für die Entscheidung kaum Zeit, kann die Devise nur lauten: „Finger weg!“ Seriöse Anbieter informieren ausführlich und geben dem Kunden reichlich Zeit für die Entscheidung.

Hamburgischen Weltwirtschafts-Instituts (HWWI), einen Anstieg der Inflationsrate auf bis zu vier Prozent innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre.

Sachwerte als Anlage

Kein Wunder, dass viele Anleger angesichts dieser Unwägbarkeiten ihr Geld in Sicherheit bringen wollen. Gefragt sind Sachanlagen wie Edelmetalle und Betongold. Der Preis für Gold hält sich immer noch auf Topniveau bei 1400 Dollar je Feinunze, für den Einstieg ist das zu teuer. Außerdem wirft die risikoreiche Investition keine Zinsen ab.

Mehr als 50 Prozent der Deutschen – so das Ergebnis einer Forsa-Umfrage – setzt auf Immobilien als Inflationsschutz. Ist die Anlage in Betongold klug gewählt, bringt sie ordentliche Renditen. Für ein paar tausend Euro gibt es Anteilsscheine an einem offenen Immobilienfonds. Als Schutz vor der Inflation sind die Fonds insofern geeignet, als die Mieten für die im Portfolio enthaltenen Gebäude üblicherweise an die Teuerungsrate gekoppelt sind. Diese Assetklasse ist während der vergangenen Monate ins Gerede gekommen, weil einige Fonds aufgrund mangelnder Liquidität Anteilsscheine nicht mehr zurücknehmen konnten. Derzeit sind immer noch zehn Fonds geschlossen, zwei werden abgewickelt. Der Gesetzgeber setzt nun neue Regeln für die Branche fest, die vor allem privaten Anlegern zugute kommen werden. Hier wird sich die Situation innerhalb der nächsten Monate klären. So lange sollten Interessenten noch abwarten. Mit größeren Risiken behaftet sind die geschlossenen Fonds: Es gibt wenig Informationen, das Geld liegt über Jahrzehnte fest und eigentlich weiß der Anleger nicht, wie viel am Ende vom eingesetzten Kapital übrig bleibt.

Aktuell günstige Zinsen für Hauskauf werden steigen

Der Kauf einer eigenen Immobilie hingegen erlaubt die Kontrolle über die Investition. Die Voraussetzungen für den Erwerb sind derzeit noch günstig. Zwar haben die Konditionen für Baukredite bereits angezogen, doch liegen sie immer noch in dem Bereich,

in dem sich eine möglichst lange Festschreibung lohnt. So kosten zum Beispiel 100 000 Euro, 20 Jahre fest, bei der Debeka Mitte Februar effektiv 4,19 Prozent. Bei der Cosmos Direkt-Versicherung sind es 4,28 Prozent. Über kurz oder lang werden die Zinsen steigen, so die allgemeine Meinung der Experten. Deshalb rät Robert Haselsteiner, Vorstand des Hypotheken-Portals Interhyp AG: „Bis sich eine klare Richtung abzeichnet, sind Baufinanzierungskunden gut beraten, jetzt die Konditionen für Baugeld langfristig zu sichern.“

Bereits angezogen haben die Preise für Immobilien in Deutschland. Wie das Marktforschungs- und Beratungsunternehmen BulwienGesa feststellte, stiegen in 2010 die Preise für Wohnimmobilien insgesamt um zwei Prozent. Eigentumswohnungen erreichten ein Plus von 3,8 Prozent. Die Kauf-

Weil sich vor allem Dinge des täglichen Bedarfs verteuert haben, haben Verbraucher oft den Eindruck, dass eine enorme Geldentwertung eingetreten ist.



Foto: MEV

preise für Reihenhäuser stiegen um zwei Prozent. Nur die Grundstückspreise zeigten im vergangenen Jahr einen leichten Rückgang um 0,3 Prozent. Die Mieten hingegen verzeichnen einen Zuwachs um 2,5 Prozent. Doch reichen die positiven Zahlen, um die Inflation zu schlagen? Auch dazu liefern die Untersuchungen von BulwienGesa Aufschluss. Danach lag die Teuerungsrate in den vergangenen 15 Jahren fast immer über den Miet- und Preissteigerungen des Immobilienmarktes. Für die beiden vergangenen Jahre 2009 und 2010 gilt das nicht. Bei Inflationsraten von 0,4 (2009) beziehungsweise

einem Prozent in 2010 konnten Immobilienbesitzer ein Plus verzeichnen.

Diese Tendenz dürfte auch in naher Zukunft anhalten. Denn in den letzten Jahren ist kaum neuer Wohnraum in Deutschland entstanden. In manchen Regionen wie zum Beispiel in der Rheinschiene herrscht Knappheit. Ein Überangebot ist daher nicht zu befürchten. Zumal die Nachfrage noch weiter steigen wird, weil immer mehr Anleger auf risikoarme Investitionen setzen, um den Wert ihres Vermögens zu erhalten.

Restrisiko bleibt

Allerdings warnt Dr. Tobias Just, Leiter des Branchen- und Immobilienmarkt-Research bei der Deutschen Bank in Frankfurt, vor zu großer Euphorie: „Es gibt keinen generellen Schutz gegen Inflation durch Immobilien.“

Er funktioniert nur dort, wo Veränderungen auch auf Immobilien durchschlagen, zum Beispiel dann, wenn die Einkommen steigen. Dann steht den Menschen mehr Geld zur Verfügung, mit dem sie auch Häuser oder Wohnungen kaufen können.“ Immobilien sind begehrt. Das gilt vor allem für ausgesuchte Lagen, deren Preise sich weit oberhalb der Durchschnittsangebote bewegen. Wie gut Betongold also vor der Geldentwertung schützen kann, hängt entscheidend vom Standort ab. Im letzten Jahr haben sich die regionalen Unterschiede noch stärker bemerkbar gemacht. Auf einen einfachen

Nenner gebracht: Im Süden steigen die Preise, im Osten bleiben sie niedrig. Doch sollten sich Anleger davor hüten, auf diese einfache Wahrheit zu setzen und möglicherweise ein völlig überbeuertes Haus in München oder Stuttgart zu erwerben.

Entscheidungshilfen

Vor der Entscheidung für Haus oder Wohnung empfiehlt Experte Tobias Just, folgende Überlegungen anzustellen:

■ Demografische Veränderungen

Klar ist, dass die Preise in Regionen, in denen die Bevölkerung zunimmt, steigen und wo sie abwandert, sinken. In Zuzugsgebieten werden die Wohnungen knapp und in Abwanderungsgebieten entsteht Leerstand. Allerdings zeigt die Untersuchung der Deutschen Bank, dass Preisauftrieb und Verfall sich nicht in gleichem Maße verändern. Denn in Wachstumsregionen siedeln sich Unternehmen an, die Menschen anlocken. Viele Firmen schaffen deshalb auch Wohnungen für ihre Angestellten. Das heißt: das Angebot wächst schneller und die Preise steigen entsprechend langsamer. In Gegenden mit schrumpfender Bevölkerung aber verfallen die Preise entsprechend schneller, weil das Angebot ungebremst steigt.

■ Lage

Dass Immobilien in München teuer sind, weiß inzwischen jeder. Wer sich vor Ort nicht auskennt, gerät leicht in Gefahr, einen zu hohen Preis zu zahlen. Just warnt: „Es ist die Frage, ob es Sinn macht, in Stuttgart oder München das 25- bis 30fache der Jahresmiete zu zahlen.“ Normalerweise liegt der Preis für ein Mietshaus in guter Lage beim 20fachen der Jahresmiete. Liegt der Preis deutlich darüber, muss sich der Anleger fragen, ob er diese Kosten über die Miete wieder einnehmen kann. Interessant können Wohnhäuser zum Beispiel in ostdeutschen Städten sein, wenn die Infrastruktur stimmt. Wer sich etwa in Chemnitz auskennt und weiß, wo ein Kindergarten oder ein Supermarkt gebaut wird, weiß auch,



Foto: MEV

Wer an einer Immobilie interessiert ist, sollte sehr darauf achtgeben, in welcher Lage sie angesiedelt ist.

dass die Chancen für die Vermietung einer Eigentumswohnung in diesem Viertel steigen. Dann bietet die etwas risikoreichere Investition für das zehner- oder elffache der Jahresmiete gute Chancen auf einen ordentlichen Gewinn. Dazu Just: „Die regionale Expertise ist wertvoll.“ Es lohnt sich also auf jeden Fall, möglichst viele Informationen wie über Bauvorhaben, Unternehmen, Bevölkerungsstruktur, Schulen, Kindergärten und so weiter zu beschaffen. So zahlt sich auch der Mut zu mehr Risiko aus.

■ Energetische Ausstattung

Der Gesetzgeber verlangt von Hausbesitzern ständig mehr Nachweise über Einsparungen bei der Energie. Dazu gehören Dämmung von Fassade und Keller, eine neue Heizung und/oder ein neues Dach. Kosten, die schnell in die Hunderttausende Euro gehen. Eine energetisch gute Ausstattung sorgt für Wertstabilität und genügt den Ansprüchen des Gesetzgebers.

■ Altersgerechte Ausstattung

Dass der Anteil der älteren Bevölkerung zunimmt, ist keine Neuigkeit. Umso wichtiger

ist es für Hauskäufer darauf zu achten, dass das Haus beziehungsweise die Wohnung – wenn nötig – altersgerecht umgebaut werden kann. Lässt sich im Treppenhaus ein Lift anbringen? Sind die Wohnungen schwellenfrei? Kann man das Bad ohne großen Aufwand altersgerecht umändern? Darauf sollten besonders Käufer achten, die sich für ein Haus entscheiden, das in einer Gegend liegt, in der viele alte Menschen leben. In Universitätsstädten wie Heidelberg oder Marburg erfreuen sich hingegen Studentenwohnungen großer Nachfrage.

Diversifikation besser als Konzentration

Wer alle Informationen zusammenträgt und auswertet, hat durchaus die Chance, sich mit dem Kauf einer Immobilie gegen die Geldentwertung zu wappnen. Experten wie Tobias Just

oder sein Berliner Kollege Till Staffeldt prognostizieren Renditen für Mietimmobilien von vier bis sechs Prozent. Das entspricht in etwa den Werten der vergangenen Jahre. Tobias Just meint: „Steigt die Nachfrage intensiv, kann die Rendite kurzfristig sogar darüber liegen.“ Er hofft, dass sich die Situation bei den Mieten noch verbessert: „Zurzeit haben wir Druck auf die Mieten und mehr Wertzuwächse, das heißt die Preise steigen schneller als die Mieten. Ideal ist, wenn beide Komponenten ausgeglichen sind.“

Sich auf Immobilien als alleiniger Schutz vor der Geldentwertung zu verlassen, davon rät Verbraucherschützer Niels Nauhauser ab: „Wer seine Ersparnisse wirklich einigermaßen krisensicher anlegen möchte, kommt um eine ausgewogene Vermögensaufteilung auf die verschiedenen Anlageklassen nicht herum. Nur eine solche Diversifikation schafft Sicherheit, nicht aber die Konzentration der Anlage auf eine einzelne Vermögensklasse.“

Marlene Endrueit
Wirtschaftsjournalistin
m.endrueit@netcologne.de

Den richtigen Steuerberater finden

Gezielt vorgehen

Es gibt viele gute Gründe, seine Steuerangelegenheiten als Selbstständiger so lange wie möglich selbst zu erledigen. Doch leider ist das deutsche Steuersystem so kompliziert, dass man immer wieder an den Punkt kommen kann, an dem die Hilfe eines Steuerberaters benötigt wird. Dann lautet die Frage: Wie findet man den richtigen?



Foto: MEV

1. Adressen sammeln

Die wertvollsten Informationen erhält man über die Mundpropaganda. Also: Im Kollegen-Kreis herum hören, wer welchen Steuerberater hat und wie zufrieden er mit ihm ist.

INFO

Das Erstgespräch mit dem Steuerberater

Folgende Fragen sollten während des Erstgesprächs geklärt werden:

- Wer wird die laufenden Angelegenheiten betreuen?
- In welchem Umfang wird sich der Steuerberater selbst um den Mandanten kümmern?
- Hat der Steuerberater bereits andere Zahnärzte als Mandanten betreut?
- Welche Informationen und Auswertungen bekommt man direkt von ihm?
- Welche Kosten kommen auf einen zu?
- Während des Gesprächsverlaufs darauf achten, ob der Steuerberater in Ruhe zuhört, bei Unklarheiten nachfragt und Fragen verständlich beantwortet.

2. Vorauswahl treffen

Bei der Vorauswahl sollte man Vorsicht walten lassen vor großen Sozietäten, die überregional oder gar international agieren. Diese haben an kleineren Mandaten selten ein großes Interesse und sind wegen ihrer oftmals hohen Verwaltungskosten bisweilen auch recht teuer.

3. Erstgespräch führen

Hat man eine oder mehrere geeignet erscheinende Kanzleien ausfindig gemacht, steht ein Termin an, um sich persönlich kennenzulernen. Es sollte gleich bei der Terminvereinbarung gefragt werden, ob dafür Kosten berechnet werden. Die meisten Steuerberater werden kein Geld fürs Erstgespräch verlangen, wenn sie nicht gleich mit konkreten Fragen konfrontiert werden.

4. Entscheidung fällen

Wurden mehrere Gespräche geführt, ist eine systematische Entscheidung sinnvoll. Man kann beispielsweise jedem Kandidaten eine Note für Gesprächseindruck, Kompetenz, Sympathie und Kosten geben. Danach wird dann für jeden die Durchschnittsnote ermittelt – und man hat den Steuerberater gefunden, der am besten zu einem passt.

5. Vertrag abschließen

Am besten ist es, einen schriftlichen Vertrag mit dem Steuerberater abzuschließen. Wenn es einmal zum Streit kommt, ist die Position besser, wenn man nachweisen kann, was wirklich vereinbart wurde. Es ist darauf zu achten, dass aus dem Vertragstext hervorgeht, wer welche Aufgaben und Pflichten zu welchen Kosten übernimmt.

Dietmar Kern, Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5
71638 Ludwigsburg

Teamarbeit

Die Verstärkung kommt

Die neue Mitarbeiterin ist da – damit die Zusammenarbeit von vorneherein effizient wird, ist es von Vorteil, möglichst Vieles auf diese Situation hin vorzubereiten. Die Kolleginnen können auf vielfältige Weise dazu beitragen, der Neuen die oft schwierige und aufregende erste Zeit zu erleichtern.



Foto: mauritius images

Damit neue Mitarbeiter tatsächlich zu einer Verstärkung des Teams werden können, ist eine gute Einarbeitung notwendig.

Natürlich wurde das Team vorher von der Praxisleitung informiert und jeder weiß, dass eine Verstärkung kommt. So ist jeder entsprechend darauf vorbereitet. Das ist allemal angenehmer für alle Beteiligten als wenn die Betriebsleitung alle im Unklaren lässt und die neue Kollegin plötzlich vor einem steht und womöglich als Patientin angesehen wird. Der günstigere Fall: Ein sauberer Schrank oder eine Schublade für die Ablage von Garderobe und Zubehör stehen bereit. Da das Einarbeiten am ersten Tag besonders aufwändig ist, sollte die Praxis personell optimal besetzt sein. Wird hingegen eine Mitarbeiterin in den Urlaub geschickt, ist der Stress schon vorprogrammiert.

Optimalerweise kommen neue Teilzeitkolleginnen in der ersten Phase ganztags. Zwei Wochen Vollzeit bewirken eine Qualität und Quantität an Einarbeitung, die bei Teilzeiteinarbeitung bisweilen erst nach mehreren Monaten erreicht wird. Ob es sich um Arzt, Azubi oder eine erfahrene ZMFA handelt: Eingearbeitet werden muss immer. Ein Plan erleichtert dies allen Beteiligten. Er sollte unter anderem folgende Fragen beantworten:

Wann soll was erklärt werden? Welche Aufgabengebiete übernimmt die Neue ganz? Von wem und wann? Was ist elementar, was an den Anfang zu stellen und was ist vom ersten Tag an ihre ureigene Aufgabe? Dies gewährleistet, dass die neue Kraft in „kleinen Häppchen“ mit dem Betrieb vertraut gemacht wird. Sie kann sich mehr merken und muss weniger nachfragen.

Neugierig sein

Ist die Kollegin erst da, sollte man auf jeden Fall unvoreingenommen und freundlich auf das neue Teammitglied zugehen. Schließlich kommt sie in ein festes, ihr unbekanntes Sozialsystem mit eingespielten Regeln und verteilten Rollen. Woher soll sie wissen, dass bestimmte Garderobenplätze oder Stühle für bestimmte Leute reserviert sind oder

dass manche Aufgaben nur von bestimmten Personen erledigt werden dürfen? Um ihre Fähigkeiten zu entfalten und „die Alten“ zu entlasten, braucht sie von jedem Offenheit, Geduld und Toleranz. So hilft man der neuen Kollegin über das Handicap des Anfangs hinweg. Überlegen kann man dabei auch, was für einen selbst in den ersten Wochen hilfreich beziehungsweise hinderlich war. Bei umfangreichen Erklärungen vergewissert man sich über bereits bestehende Kenntnisse. Wird zu viel vorausgesetzt und in der Mitte begonnen, versteht das Gegenüber allenfalls Bruchteile der Ausführungen. Falls man zu wenig voraussetzt, verliert man Zeit und Energie. Beides wirkt kontraproduktiv. Irritationen und Ärger übereinander sollten nicht im Raum stehen bleiben, besser ist es, die Hintergründe direkt zu klären. Auch das Stammpersonal profitiert durch die Erfahrungen, die die Kollegin aus anderen Betrieben mitbringt. Durch Fragen der Neuen werden eigene eingefahrene überflüssige oder umständliche Gewohnheiten aufgedeckt. Auch als erfahrener Zahnarzt kann man sich noch manches zum Beispiel an methodischem Vorgehen anschauen.

Der allwissende Ordner

Wunderschön für alle Beteiligten ist die Verschriftlichung des Wissenswerten in einem Ordner. Wo sind beispielsweise die Broschüren und wie sind diese geordnet, wer bestellt nach? Wie ist die Zusammenarbeit mit anderen Praxen geregelt? Alle profitieren und sparen Zeit, die Neue freut sich über den Hilfestellungen ihrer Kolleginnen.

Zunächst heißt es, seinen Platz im Team finden: An wessen Stelle tritt man im neuen Team, welche Rolle besetzte man im vorherigen Betrieb, wird hier eine andere angeboten oder aufgezwungen? Was wird erwartet? Zu Beginn und am Ende des Arbeitstages ist es fruchtbar, den neuen Stoff zu wiederholen und alle aufgetauchten Fragen abzuklären. Eine besondere Herausforderung kann ein unbekanntes Computersystem be-



Gerade am Anfang einer neuen Tätigkeit braucht es viel Anerkennung – vom Chef genauso wie vom Team.

deuten. Der besondere Tipp: Ein Tastenbild organisieren. Mit dieser Skizze setzt man sich zu Hause, im Bus oder anderswo in Ruhe hin und wiederholt zweimal täglich die normalen Abläufe. Dabei tippt man auf die entsprechenden Tasten und trainiert so das Gedächtnis.

Auf die persönlichen Stärken konzentrieren

Spürt man die Unsicherheit des Neubegegins, merken das auch die Patienten. Sie glauben unter Umständen, man wäre noch in der Ausbildung und zweifeln an den Fähigkeiten. Es gilt, sich auf eigene Stärken im Umgang mit Menschen und das erstklassige

Fachwissen zu konzentrieren. So gewinnt man wieder mehr Selbstvertrauen und Ruhe und behandelt die Patienten schließlich genauso souverän wie früher. „Schwarze Momente“ in der ersten Zeit nach einem Stellenwechsel sind normal. Mal verzweifelt man an Geräten, mal an Kollegen, mal glaubt man, Alles vergessen zu haben und vollkommen ungeeignet für den Job zu sein. Das ist normal in den ersten Wochen oder Monaten, ganz egal, ob man ganz- oder teilzeitbeschäftigt ist.

Auf jeden Fall schildert man eigene Erfahrungen und Beobachtungen. Den Alteingesessenen können neue Ideen manchmal helfen, ihre eigene Betriebsblindheit zu erkennen. Auch, wenn Vorschläge anfangs nicht immer auf Gegenliebe stoßen, sollte man keinesfalls resigniert verstummen. Nicht der Mensch wird abgelehnt, sondern lediglich eine Idee. Bei Un- und Missverständnissen aller Art empfiehlt sich umgehende Klärung mit der Kollegin, die es betrifft. Ein gutes Verhältnis und das Einleben im Team wird auch durch das Wahrnehmen aller Kontaktchancen gefördert. Geburtstage, gemeinsame Besuche von Fortbildun-

INFO

Die ersten Schritte

Aller Anfang wird leichter, wenn auf dem Programm der neuen Kollegin etwa folgender Einarbeitungsplan steht:

- Eine ausführliche Betriebsrundführung mit Vorstellung aller Kollegen und deren Arbeitsschwerpunkten.
- Die Einweisung am Computer. Die neue Kollegin probiert die wichtigsten Funktionen selbst aus und macht sich Notizen, eventuell geht sie zu einem Einsteigerseminar bei der Softwarefirma.
- Die Funktion der Telefonanlage. Die neue Kraft spielt auch hier verschiedene Situationen selbst durch, um sie besser zu verankern.
- Die Erläuterung von wichtigen Geräten.
- Eine erste Einführung in wichtige Arbeitsabläufe und Besonderheiten im Betrieb
- Übrigens: Wie wäre es mit einem Blumenstrauß als Willkommensgruß?

gen oder der Einstand mit selbst gebackenem Kuchen sind hierfür hervorragende Gelegenheiten.

*Ute Jürgens
Diplompädagogin/Kommunikationstrainerin
Peter-Sonnenschein-Str. 59
28865 Lilienthal*

Psychologie für Zahnärzte

Lernprozesse in der Praxishygiene



Foto: Koelmese GmbH

Hygienevorschriften einzuhalten ist für das Team in einer Zahnarztpraxis eine stetige Aufgabe. Mitunter übersteigt die Fülle an Informationen und Handlungsanweisungen die Aufnahmekapazität und in manchen Fällen dadurch bedingt auch den Willen einzelner Mitarbeiter. An dieser Stelle gewährt die Psychologie Einsichten in entsprechende Lernmodelle und deren Anwendbarkeit.

Grundsätzlich gilt: Jedes Teammitglied der Praxis ist in der Lage, Hygienevorschriften zu erlernen und einzuhalten. Wenn aber Instrumente und Apparate ungenügend gesäubert werden, beziehungsweise suboptimal desinfiziert oder sterilisiert wird, ist es an der Zeit, sich einige fundamentale psychologische Lernaspekte ins Gedächtnis zu rufen, um das Team motiviert und konstruktiv zu schulen. [zum Beispiel Mamerow, 2008; Winkel, Petermann & Petermann, 2006].

Neuronale Strukturen

Nüchtern betrachtet funktioniert der Mensch entsprechend seiner neuronalen Verbindungen. Es gibt Nervenzellen, Synapsen, Neurotransmitter, Aktionspotentiale und Rezeptoren. Wird eine synaptische Übertragung durch eine bestimmte Handlung besonders häufig ausgelöst, vernetzen sich die neuronalen Strukturen und die Handlung kann schneller und leichter aus-

geführt werden („cells that fire together wire together“ [Zellen die gemeinsam feuern, verdrahten sich]) [Hebb, 1949].

Nehmen wir nun an, eine junge Helferin beginnt ihre Ausbildung in der Zahnarztpraxis. Das Gehirn muss lernen, dass „Operationsbesteck“ eine Sonderform der Kategorie

„Besteck“ ist, das sofort gereinigt und desinfiziert werden muss. Es müssen nicht nur neue neuronale Bahnen geformt werden wie bei einer vollständig unbekanntem Handlung (was einfacher wäre). Alte Bahnen – nämlich die für den Umgang mit „Essbesteck“ – müssen gleichzeitig gehemmt und abgebaut werden. Dieser Lernprozess ist langwierig: Mindestens sieben Wochen und bis zu drei Monate dauert es, bis sich neue Verknüpfungen zuverlässig gebildet haben – und das bei regelmäßiger Rückmeldung. Das erfordert viel Geduld.

Lernprinzipien beachten

Grundsätzlich wird in der Psychologie davon ausgegangen, dass jeder Mensch lernfähig ist – ohne Ausnahme. Allerdings gibt es Bedingungen, die den Lernprozess optimieren [Rogers, 1969]) (siehe Kasten). Unter Berücksichtigung der genannten Faktoren wird die Vermittlung von Praxishygiene erleichtert. Wichtig hierbei: Die Mitarbeiter müssen den Sinn erkennen, Abläufe selbst erarbeiten und trainieren und schließlich aus einer Eigenmotivation heraus handeln. Um einzelne Lernerfolge identifizieren zu können, ist eine Übersicht über die Lernschritte sinnvoll.

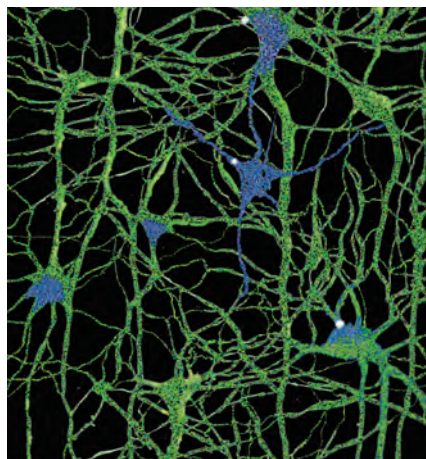


Foto: CC

Das Gehirn unter dem Mikroskop: Zellen die gemeinsam feuern, verdrahten sich.

INFO

Lernprinzipien nach Carl Rogers■ **Menschliche Wesen haben die natürliche Gabe zu lernen.**

Praxisbezug: Prinzipiell können sich alle Mitarbeiter Handlungsmuster aneignen, um Routine in die Praxishygiene zu bringen.

■ **Lernen findet statt, wenn der Schüler den Lerninhalt für sich selbst als relevant einstuft.**

Praxisbezug: Die Helferin muss davon überzeugt sein, dass sie von korrekt durchgeführten Handlungen profitiert. Das könnte Gesundheit sein oder grundsätzlich die Sicherung ihres Arbeitsplatzes.

■ **Selbstgewähltes Lernen, das die Person als Ganzes inklusive Emotionen und Intellekt fordert, erzeugt die durchdringendsten und nachhaltigsten Lernerfahrungen.**

Praxisbezug: Die Teammitglieder müssen sowohl im Positiven als auch im Negativen erfahren, was gute und schlechte Praxishygiene bedeutet. Kultivieren Sie beispielsweise ein paar Bakterien und lassen Sie die Teammitglieder den Ekel spüren – vorzugsweise außerhalb der Praxis. Hygiene nimmt nun einen anderen Stellenwert ein. Geben Sie ein positives Feedback, indem Sie das gemeinsame Erschaffen und Einhalten von Vorschriften lobend kommentieren.

■ **Wenn es wenig Gefahren für das eigene Selbst gibt, können Erfahrungen in unterschiedlichen Facetten wahrgenommen werden. Der Lernprozess kann voranschreiten.**

Werden Fehler als Feedback und nicht als Versagen gesehen, stehen dem Mitarbeiter mehr körperliche und geistige Ressourcen für resultierende Lernprozesse zur Verfügung.

■ **Lernerfahrungen sind verankert, wenn sie durch Handlungen angeeignet wurden.**

Praxisbezug: Es hilft im Lernprozess, wenn die neuen (und alten) Hygieneabläufe mehrfach aktiv durchgeführt werden. Es reicht keinesfalls aus, die Abläufe nur aufzuschreiben und abzuheften.

■ **Lernerfahrungen werden leichter wahrgenommen, angenommen und verarbeitet, wenn es kaum äußere Bedrohungen gibt.**

Praxisbezug: Loben Sie Ihre Mitarbeiter nach erfolgreichen Handlungen.

■ **Gefördert und erleichtert wird ein Lernprozess dann, wenn ein Schüler (selbst-)verantwortlich daran teilnimmt.**

Praxisbezug: Motivieren Sie Ihr Team, die Vorschriften aktiv mitzugestalten und zu erproben. Erörtern Sie beispielsweise in einer Besprechung, welche Vorschriften die einzelnen Mitarbeiter für besonders wichtig halten. Diskutieren Sie konstruktiv Änderungsvorschläge und lassen Sie die Erfahrungen des Einzelnen einfließen. Wichtig: Erkennen Sie an, dass jedes Teammitglied Experte für sein jeweiliges Aufgabengebiet ist.

■ **Lernprozesse, die als Veränderung des Selbst wahrgenommen werden, werden als bedrohlich eingestuft und abgewehrt.**

Praxisbezug: Soll die Helferin etwas erlernen, was ihrer Persönlichkeit und ihren bisherigen Gewohnheiten widerspricht, stößt das instinktiv auf Abwehr. Der Organismus versucht so zu bleiben, wie er ist, da er bisher auf diese Art und Weise gut überleben konnte. Dazu besagen Lernprinzipien vier und fünf, dass leichter und umfassender gelernt wird, wenn keine Bedrohung vorhanden ist.

■ **Unabhängigkeit, Kreativität und Selbstvertrauen werden gefördert, wenn Selbstkritik und Selbsteinschätzung von entscheidender und die Beurteilung durch andere von zweitrangiger Bedeutung sind.**

Praxisbezug: Teammitglieder, die nur aus Angst vor dem Chef auf Hygiene achten, werden weniger genau sein als jene, die in erster Linie mit sich selbst zufrieden sein möchten. Fördern Sie die Eigenverantwortung, ermöglichen Sie Weiterbildungen und loben Sie.

■ **Den größten sozialen Nutzen erbringt das Erlernen von Lernprozessen als solches.**

Praxisbezug: Vermitteln Sie ihren Mitarbeiterinnen, dass Lernen an sich positiv bewertet wird und nicht als zusätzliches Übel empfunden wird. Gehen Sie mit gutem Beispiel voran.

Deklaratives Faktenwissen

Am Anfang befindet sich die als lernwillig erkannte Helferin im Stadium des Wissens. Sie muss Fakten erlernen und sich die Abfolge der Schritte einprägen.

Prozedurales Handlungswissen

Darauf aufbauend kommt sie in das Stadium der Assoziationen und praktischen Übungen. Sie eliminiert Verständnisfehler, einzelne Zwischenschritte werden zu Handlungseinheiten. Im autonomen Stadium braucht es keine gezielte Aufmerksamkeit oder verbale Beschreibung mehr. Das Besteck wird ohne Überlegung gesäubert und für die nächste Benutzung adäquat vorbereitet.

Trotz Lernerfolg fällt eventuell auf, dass die Lernfortschritte anfangs enorm waren und

mit der Zeit nachlassen. Mangelnde Motivation ist nicht zwangsläufig der Grund für dieses Phänomen. Vielmehr ist es so, dass sich jede motorische und kognitive Fertigkeit zu Anfang rapide verbessert, da sozusagen „das Grobe“ erlernt wird. Für die spätere Optimierung wird immer mehr Übung nötig, um das „Feintuning“ vorzunehmen.

Lernprozess aktiv begleiten

Das Einhalten von Hygienevorschriften erfordert das Erlernen, Einprägen und Automatisieren von unzähligen Handlungs- und Gedankenabläufen. Klar strukturierte und verständliche Anweisungen erleichtern diesen Prozess. Zusätzliche Faktoren wie Moti-

vation, Einsicht oder Interesse kommen noch hinzu und addieren sich zu den lernpsychologischen Hürden auf dem Weg zur optimalen Praxishygiene.

Ziel sollte sein, bei den Handlungsabläufen der einzelnen Teammitglieder Schwachstellen zu erkennen und die Sicht der Teammitglieder einzunehmen und hier gegebenenfalls zu steuern. Dadurch kann der Zahnarzt Verbesserungsvorschläge anregen. Vor allem aber hilft diese Sichtweise, sich weg vom emotionalen Ärger und hin zur analytisch-stressreduzierten Herangehensweise zu begeben.

Dr. Lea Höfel, Dipl. Psychologin
Zugspitzstr. 74
82467 Garmisch-Partenkirchen

Mehr Rechtssicherheit mit dem Fiskus

Durch Handschlag besiegelt

Die Politik mit dem so genannten Handschlag-Verfahren hat sich zwischenzeitlich im Steuerwesen fest etabliert. Was viele Steuerzahler nicht wissen: Mit dem so genannten Handschlag hat jeder Steuerzahler die Möglichkeit, eine tatsächliche Verständigung vor dem Fiskus über die Steuerhöhe herbeizuführen.

Vielfach liegen Steuerzahler im Clinch mit ihrem Finanzamt. Gleichzeitig wird auch der Sachverhalt immer verfahrenreicher. Genau für diese oftmals „ausweglosen“ Fälle sorgt ein „Antrag auf eine tatsächliche Verständigung“ für beide Seiten dafür, dass es letztlich doch noch zu einer akzeptablen Lösung des Problems kommt. Der „Handschlag mit dem Fiskus“ oder die „tatsächliche Verständigung“ dienen nämlich der Herstellung des Rechtsfriedens.

Das Verfahren selbst ist relativ einfach: Das Finanzamt vereinbart dabei meist auf Basis einer für die Behörde und für den Betrieb beziehungsweise für den Steuerzahler akzeptable Schätzung. Man stellt also gemeinsam fest, dass etwa bestimmte Umsätze erzielt oder geltend gemachte Betriebsausgaben oder Werbungskosten angefallen sind. Der hieraus entstehende Kompromiss ist dann für beide Seiten verbindlich. Zusätzlicher Vorteil: Im Gegensatz zu einer verbindlichen Auskunft, die ein Steuerzahler stellt, ist das Handschlag-Verfahren kostenlos.

Legalitätsprinzip kontra tatsächliche Verständigung

Das Bundesfinanzministerium lässt die tatsächliche Verständigung aktuell auch in aufwendigen Ermittlungen oder schwierigen Einspruchsverfahren zu (aktuelles Aktenzeichen hierfür ist IV A 3 – SO 223/07/10002). Bislang war ein derartiger Kompromiss lediglich in einer regulären Betriebs- oder Steuerprüfung, in einer Steuerfahndungsprüfung oder nach der Einleitung eines Strafverfahrens statthaft.

Zwar gilt trotz des Handschlags das Legalitätsprinzip nach § 85 AO, bei dem die Finanzbehörde angehalten ist, Steuern weder verkürzt (das heißt zu niedrig) noch zu Unrecht (das heißt zu hoch) festzusetzen.



Foto: KfW-Bildarchiv

Agieren statt reagieren – bei Streitigkeiten mit dem Finanzamt kann man selbst etwas dazu tun, damit sich die Fronten klären und eine Einigung über die zu begleichende Steuer erzielt wird.

Die Herbeiführung einer tatsächlichen Verständigung soll hingegen neben Unsicherheiten auch Ungenauigkeiten in einem konkreten Besteuerungssachverhalt beseitigen. Das Handschlagprinzip gilt somit während eines Veranlagungsverfahrens, anlässlich einer Außenprüfung sowie während eines anhängigen (gerichtlichen/außergerichtlichen) Rechtsbehelfs- respektive Rechtsmittelverfahrens. Die Gesetzgrundlage bilden hierbei Urteile des BFH (Az. VIII R 131/76, III R 19/88, V R 70/91) sowie der OFD Nürnberg (S 02223 – 20 – St 24).

Spezielle Vereinbarung mit der Finanzbehörde

Der Handschlag mit dem Fiskus dient selbst bei Steuerfahndungsprüfungen sowie nach der Einleitung eines Strafverfahrens. Betroffene können hierbei mit ihrer Finanzbehörde spezielle Vereinbarungen treffen (OFD Nürnberg, Az. S 0223 – 20 – St 24). Ein weiterer Vorteil der tatsächlichen

Verständigung liegt darin, wenn Sachverhalte gegeben sind, die ausschließlich unter erschwerten Voraussetzungen ermittelt werden können. Hier dienen spezielle Vereinbarungen nicht nur der Effektivität der Besteuerung, sondern sorgen auch weitreichend für einen Rechtsfrieden. Dies allerdings nur unter der Tatsache, dass sich die Beteiligten einigen können.

Eine weitere Voraussetzung ist zudem, dass für den jeweiligen Sachverhalt auch ein entsprechender Beurteilungs-, Bewertungs- oder Schätzungsspielraum besteht (Rechtsgrundlage § 88 AO in Verbindung mit § 201 AO). Das Handschlagprinzip ist hingegen immer dann ausgeschlossen, wenn die Verständigung zu einem offensichtlich unzutreffenden Ergebnis führt (BFH, Az. I R 13/86). Ist die tatsächliche Verständigung hingegen wirksam, dann ist sie für beide Seiten bindend (sogenannte Bindungswirkung nach dem Grundsatz von Treu und Glauben). Wird der Sachverhalt allerdings vom Betriebsinhaber oder vom Steuerzahler ver-

fälscht, muss sich die Finanzbehörde nicht mehr an ihre Zusage in der tatsächlichen Verständigung halten!

Der Unterschied zur verbindlichen Auskunft

Die tatsächliche Verständigung unterscheidet sich von der verbindlichen Auskunft in der Weise, dass diese sich ausschließlich auf einen abgeschlossenen Sachverhalt bezieht (BFH, Az. I R 63/06). Dies gilt entsprechend auch für einen für die Zukunft festgelegten Sachverhalt – vorausgesetzt natürlich, die tatsächlichen Verhältnisse bleiben gleich (BFH, Az. I R 12/97). Damit alle formellen Voraussetzungen erfüllt sind, geht die tatsächliche Verständigung nur über eine entscheidungsbefugte Person des Finanzamtes.

Dies gilt insbesondere nicht für einen Außenprüfer, denn dieser darf im Rahmen seiner Außenprüfung weder mit dem Unternehmer oder Arbeitgeber noch mit dem Steuerberater eine Vereinbarung über die Höhe einer Steuernachforderung treffen. Dies gilt im Übrigen auch für die strafrechtliche Würdigung nach § 201 Abs. 2 AO. Eventuelle Zusagen durch einen Außenprüfer binden somit keinen der Beteiligten, also auch nicht das Finanzamt.

INFO

Muster-Schreiben

So könnte ein Schreiben zwischen Steuerzahler und Finanzbehörde zur Beseitigung von Unstimmigkeiten aussehen:

Protokoll der Finanzbehörde
über eine tatsächliche Verständigung zur Vereinfachung und Beschleunigung des Besteuerungsverfahrens

Beteiligte: ...

Nach Erörterung der Sachlage erklären die Beteiligten übereinstimmend und ver-

bindlich, dass wegen der erschwerten Sachverhaltsermittlung die Voraussetzungen für eine tatsächliche Verständigung vorliegen.

Der Sachverhalt: ...

Begründung: ...

Die Beteiligten erklären: Mit Abschluss dieser Vereinbarung sind die Beteiligten an die vereinbarte Tatsachenbehandlung gebunden.

Datum, Unterschrift

Insgesamt gilt: Zusagen oder Vereinbarungen unzuständiger Beamter sind stets unwirksam. Dies kann auch nicht im Nachhinein durch eine Vereinbarung mit einem entscheidungsbefugten Beamten widerrufen werden (BFH, Az. XI R 68/92). Schriftform ist hierbei nicht vorgeschrieben, wäre allerdings sinnvoll.

Wichtig: Eine einseitige Aufhebung einer einmal vereinbarten tatsächlichen Verständigung ist nicht möglich. Eine Aufhebung ist nur im beidseitigen Einvernehmen zwischen Finanzbehörde und Unternehmer beziehungsweise Arbeitgeber möglich.

Weiter zu beachten: Durch die Aufhebung der tatsächlichen Verständigung wird nicht gleichzeitig auch der Steuerbeziehungsweise der Haftungs-/Nachforderungsbescheid aufgehoben. Gegen diese Bescheide ist nur ein Anfechten mittels Einspruch möglich, und zwar innerhalb der vorgegebenen Rechtsbehelfsfrist. Danach ist eine Bescheidänderung nur noch zulässig, wenn die Abgabenordnung (AO) eine entsprechende Berichtigungsvorschrift vorsieht.

*Dietmar Kern, Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5, 71638 Ludwigsburg*

Schadensersatz bei ZE

Anspruch bis zwei Jahre nach Abnahme

Mängel an Zahnprothesen müssen innerhalb von zwei Jahren geltend gemacht werden – danach ist kein Schadensersatz mehr möglich. Das entschied das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt in einem Urteil.

Nach Auffassung des Gerichts greift die geltende Verjährungsfrist des Zahnersatzes von zwei Jahren für handwerkliche Leistungen und nicht die für die zahnärztliche Leistung laufende Frist von drei Jahren. Beruhe die Fehlerhaftigkeit einer eingesetz-

ten Zahnprothese allein auf zahntechnischen Herstellungsmängeln, so seien diese nach Werkvertragsrecht zu beurteilen. Die Mängelansprüche verjähren also innerhalb von zwei Jahren ab Abnahme (§ 634 a Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 BGB). Das Gericht wies damit die Schadensersatzklage einer Patientin ab.



Urteile

„Allen Menschen Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann“, besagt ein griechisches Sprichwort. Wie die Richter entscheiden? Hier einige Urteile, deren Kenntnis dem Zahnarzt den eigenen Alltag erleichtern kann.

gebildet, die sich später verfärbten. Mehrere Ausbesserungsarbeiten des Zahnarztes blieben ohne Erfolg. Die Klägerin verlangte vom Zahnarzt 5.500 Euro zur Beseitigung der mit Mängel versehenen Brückenkonstruktion. Das OLG Frankfurt jedoch hielt die Ansprüche für verjährt, denn die Klägerin machte ihre Ansprüche gerichtlich erst mehr als zwei Jahre nach der Zahnbehandlung geltend. Anders als das Landgericht meinte das OLG, die Herstellung der Prothese sei kein Arbeiten „am lebenden Menschen“, sondern an einer Sache.

Daher gelte die kürzere Verjährungsfrist. sg

OLG Frankfurt/Main
Urteil vom 23.11.2010
Az.: 8 U 111/10



Foto: proDente

Diese hatte den Zustand ihrer Zahnprothese reklamiert, weil sich auf der Keramikverblendung einer Brücke für die Schneidezähne des Oberkiefers Verfärbungen

Elternunterhalt

Kinder müssen für Eltern zahlen

Kinder müssen auch dann für ihre pflegebedürftigen Eltern aufkommen, wenn sie seit Jahren keinen Kontakt zu Ihnen haben. Das entschied der Bundesgerichtshof (BGH).

Das Sozialamt forderte von einem 49-jährigen Mann eine monatliche Kostenbeteiligung in Höhe von 701 Euro für die Unterbringung seiner schizophrenen Mutter in einem Pflegeheim. Der Mann verweigerte die Zahlung mit dem Argument, dass er als Kind unter der Schizophrenie seiner mittlerweile verstorbenen Mutter sehr gelitten und deshalb seit dem Jahr 1977 keinen Kontakt mehr zu ihr gehabt habe. Durch die Erkrankung der Mutter hätte sich keine normale Mutter-Kind-Beziehung entwickeln können.

Bereits das Oberlandesgericht Hamm bestätigte den Anspruch des Sozialamts. Auch der BGH folgte den Argumenten des Mannes nicht. Nach Ansicht der Richter liegt kein Grund vor, die schicksalsbeginnende Erkrankung der Mutter und deren Auswirkung und somit die Unterhaltslast dem Staat aufzubürden. Der Elternunterhalt ist die rechtliche Verpflichtung von Kindern und (indirekt) auch Schwiegerkindern, in Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten den Bedarf der (Schwieger-) Eltern durch Unterhaltszahlungen zu sichern. Für den Unterhalt der Eltern ist häufig dann zu zahlen, wenn diese in einem Alters- oder Pflegeheim untergebracht werden müssen. Bei entsprechender Pflegestufe leistet zwar die Pflegeversicherung einen gewissen Beitrag, jedoch sind die monatlichen Entgelte für die Unterbringung üblicherweise deutlich höher als das eigene Einkommen



Foto: MEY

oder Vermögen der Heimbewohner.

Ein möglicher Differenzbetrag zwischen dem Einkommen und den Heimkosten wird zunächst vom Sozialamt übernommen. Das Sozialamt ist jedoch berechtigt, die Kinder des Heimbewohners in Zahlungsregress zu nehmen. Es ermittelt, ob von den Kindern Elternunterhalt verlangt werden kann. Dazu verlangt das Sozialamt von den Kindern zunächst eine Auskunft über deren Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Die Kinder sind verpflichtet, dem Sozialamt diese Auskünfte zu erteilen. Aufgrund der Angaben ermittelt das Sozialamt die Höhe des Betrages, mit dem das jeweilige Kind den Elternteil unterstützen muss. Verweigert das Kind die Zahlung, muss die Behörde ihre Forderung auf dem Gerichtsweg einklagen.

BGH
Urteil vom 15.09.2010
Az.: VII ZR 148/09

ZÄ Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

*Kindergeld***Betreuendes Elternteil bevorzugt**

Der Bundesfinanzhof (BFH) bestätigt, dass das Kindergeld demjenigen zusteht, der sich vorrangig um das Kind kümmert. Erhält der andere Elternteil – zum Beispiel nach einer Trennung – das Kindergeld, muss er es zurückzahlen. Er kann sich nicht darauf berufen, er habe das Geld weitergeleitet.

Bestätigt der Ex-Partner den Erhalt des Geldes, kann das Finanzamt von einer Rückforderung absehen. Bleibt allerdings die Bestätigung aus, ist der unberechtigte Empfänger vom Gesetz her verpflichtet, das Geld zurückzuzahlen.

Kindergeld wird ab dem Geburtsmonat des Kindes und unabhängig vom Einkommen der Eltern gezahlt. Der Betrag hat sich in den vergangenen Jahren erhöht und liegt zur Zeit für das erste und zweite Kind bei 184 Euro, für das dritte bei 190 Euro

und für das vierte und jedes weitere Kind jeweils bei 215 Euro. Wohnen die Eltern nicht zusammen, wird das Geld nach dem sogenannten Obhutsprinzip demjenigen gezahlt, der das Kind in seinem Haushalt aufgenommen hat. Ein Haushaltswechsel des Kindes ist unverzüglich der zuständigen Familienkasse mitzuteilen. Ab dem Zeitpunkt der Änderung erhält der bisherige Leistungsempfänger kein Kindergeld mehr und muss das ohne rechti-

chen Grund gezahlte Kindergeld zurückzahlen. Der Elternteil, der das Kindergeld unberechtigt erhält, kann sich nicht darauf berufen, dass er das Kindergeld an den eigentlich berechtigten Elternteil weitergeleitet hat. Selbst, wenn das Kindergeld tatsächlich dem berechtigten Elternteil überlassen wurde, schließt das die Rückforderung nicht aus. Nur wenn der Ex-Partner schriftlich bestätigt, dass er das Kindergeld erhalten hat, kann von dieser Regelung abgewichen werden.

Nach Ansicht des BFH ist es schließlich nicht Aufgabe der Familienkasse, Unterhaltsvereinbarungen beziehungsweise -zahlungen unter verschiedenen Kindergeldberechtigten zu berücksichtigen, zu überprüfen und zivilrechtlich zu beurteilen. Es ist Sache beider Eltern-

teile ihre privatrechtlichen Vereinbarungen der Gesetzeslage anzupassen oder bei verspäteter Anpassung mögliche Überzahlungen auf privatrechtlichen Weg zu regeln, so die Meinung der Richter.

*BFH
Beschluss vom 29.09.10
Az.: III B 94/09*

*ZÄ Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen*



Foto: MEV

und für das vierte und jedes weitere Kind jeweils bei 215 Euro. Wohnen die Eltern nicht zusammen, wird das Geld nach dem sogenannten Obhutsprinzip demjenigen gezahlt, der das Kind in seinem Haushalt aufgenommen hat. Ein Haushaltswechsel des Kindes ist unverzüglich der zuständigen Familienkasse mitzuteilen. Ab dem Zeitpunkt der Änderung erhält der bisherige Leistungsempfänger kein Kindergeld mehr und muss das ohne rechti-

Aufklärungspflicht**Arzt muss Behandlungsfehler erläutern**

Ein Arzt muss einen Behandlungsfehler dem Patienten genau erklären. Die beiläufige Aussage eines Arztes, bei der Operation sei „irgendwas komplett schief gelaufen“, ist keine ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten. Das entschied das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt in einem Urteil.

Der Arzt hätte dem Kläger genau erläutern müssen, zu welchen Fehlern es gekommen sei, meinte das OLG. Insbesondere müsse ein Patient wissen, ob sich ein Behandlungsrisiko verwirklicht habe. Denn nur dann könne er beurteilen, ob eine Klage überhaupt Aussicht auf Erfolg habe. Nach Auffassung des Gerichts

ten. Vielmehr beginnt die Verjährungsfrist von drei Jahren mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entsteht und der Geschädigte von dem haftungsbegründenden Geschehen sowie der Beteiligung des Schädigers genau Kenntnis erlangt.

Das Gericht hob mit seinem Urteil eine gegenteilige Entscheidung des Landgerichts Wiesbaden auf. Das Gericht hatte die Schmerzensgeldklage eines Patienten wegen Verjährung abgewiesen. Das OLG verwies die Sache an die Vorinstanz zurück, die nun erneut prüfen muss, ob Schadensersatzansprüche vorliegen. sg

*OLG Frankfurt
Urteil vom 30.11.2010
Az.: 8 U 102/10*

beginnt daher mit einem wenig aussagekräftigen Satz über die Komplikationen auch nicht die Verjährungsfrist für eventuelle Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche des Patienten.

Internetbestellungen**Anbieten der Ware ist kein Angebot**

Das Anbieten einer Ware auf der Homepage eines Internetshops stellt nach Ansicht des Amtsgerichts München noch kein Angebot dar. Wird eine Ware auf einer Homepage angeboten, entspricht dies dem Auslegen von Waren in einem Supermarkt.

Auch die Bestellbestätigung – sofern sie lediglich den Eingang der Bestellung bestätigt – bedeutet keine Annahme der Bestellung. Erst, wenn die Bestellung des Käufers vom Inhaber des Shops angenommen wird, kommt ein gültiger Kaufvertrag zustande. Ein Internetshops bot auf seiner Internetseite ein Verpackungsge-

rät zum Preis von 129 Euro an. Ein Kunde bestellte acht dieser Geräte, und ihm wurde eine Bestellbestätigung zugestellt. Es wurden dann aber nicht die Geräte, sondern die dazugehörigen Akkus geliefert. Daraufhin klagte der Kunde und verlangte die Lieferung der Verpackungsgeräte. Das Gericht

Kurzarbeitergeld**Kein Anspruch wegen Gesundheitsreform**

Ein Arzt aus Offenbach hatte wegen der Gesundheitsreform 2004 auf Kurzarbeitergeld für seine Beschäftigten geklagt – und musste nun vor dem Landessozialgericht (LSG) Hessen eine Niederlage einstecken.

Im vorliegenden Fall beantragte ein Hautarzt aus Offenbach für Februar bis Juni 2004 die Zahlung von Kurzarbeitergeld für zwei Mitarbeiterinnen. Begründung: Infolge des zum 1.1.2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes seien die Patientenzahlen massiv zurückgegangen. Hierdurch sei es zu einem Arbeitsausfall und einer verkürzten Arbeitszeit seiner Mitarbeiterinnen gekommen. Bereits die Bundesagentur für Arbeit lehnte den Antrag mit der Begründung ab, der Arbeitsausfall beruhe nicht auf wirtschaftlichen Ursachen. Die hessischen Richter gaben der Bundesagentur Recht. Arbeitnehmer haben zwar Anspruch auf Kurzarbeitergeld bei erheblichem Arbeitsausfall, aber nur, soweit dieser auf wirtschaftlichen Gründen beruht. Hiervon sei nicht auszugehen, wenn aufgrund gesetzlicher Änderung im



Foto: MEY

Gesundheitsrecht die Patientenzahlen rückläufig seien. Bei den erforderlichen wirtschaftlichen Gründen für den Arbeitsausfall müsse es sich um konjunkturelle und strukturelle Störungen der Gesamtwirtschaftslage handeln. Nicht hierzu zählten gesetzliche Veränderungen im Gesundheitsrecht. Diese seien mit vorübergehenden konjunkturellen Schwankungen nicht vergleichbar. sg

*LSG Hessen
Urteil vom 28.01.2010
Az.: L 7 AL 80/08*



Foto: MEY

wies die Klage mit der Begründung ab, dass kein Kaufvertrag über die Geräte zustande gekom-

men sei. Eine Bestellbestätigung bestätige nur den Eingang der Bestellung, sage aber nach Ansicht der Richter nichts darüber aus, dass das Kaufangebot vom Verkäufer angenommen wurde.

*AG München
Urteil vom 04.02.2010
Az.: 281 C 27753/09*

*ZÄ Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen*

Ehrenamtliches Engagement auf einem Hospitalschiff

Die schwimmende Klinik



Foto: Mercy Ships Deutschland e.V.

Mit sechs OP-Räumen und einer 78-Betten-Station ist die „Africa Mercy“ von Mercy Ships das größte privat betriebene Hospitalschiff der Welt.

Ein internationales Team aus 50 Nationen leistet medizinische Behandlungen und nachhaltige Entwicklungshilfe in den ärmsten Gegenden dieser Welt. Vor Ort ergänzen Projekte im Landesinnern die Arbeit. Jetzt hat die Africa Mercy im Hafen von Freetown, Sierra Leone, festgemacht. Freiwillig mit an Bord war ZMF Sandra Vukovic.

Vukovic hatte sich als Zahnmedizinische Fachangestellte für zwei Jahre bei der Hilfsorganisation „Mercy Ships“ verpflichtet. Aufmerksam geworden war sie damals durch einen Fernsehbericht. „Ich war sofort davon begeistert“, erinnert sich Vukovic.

Ein normaler Arbeitstag begann für Vukovic nach dem Frühstück mit einer Autofahrt in die Klinik des jeweiligen Einsatzortes. Mit europäischen Vorstellungen von einer Zahnklinik habe das allerdings wenig zu tun, häufig handele es sich um sehr einfache Häuser, die man hierzulande bestenfalls als Hütte bezeichnen würde. Oftmals verfügen sie über keinerlei Ausrüstung, deshalb bringen die Dentalteams ihre eigenen Instrumente vom Schiff mit. Manchmal kann das Team auch in einer normalen allgemeinmedizi-

nischen Klinik behandeln oder in anderen eigens dafür bereitgestellten Gebäuden.

Kliniken sind in weiten Teilen Westafrikas dünn gesät. Generell ist die (zahn)medizinische Versorgungslage in vielen dieser Länder schlecht bis katastrophal. Entweder sind sie unterentwickelt oder sie leiden unter politischen Wirren, oft genug kommt eins zum anderen. In Liberia beispielsweise ist es nach dreißig Jahren Bürgerkrieg schwierig, überhaupt einen Zahnarzt aufzutreiben.

Vukovic musste bei ihren Einsätzen oft unter extrem schwierigen Bedingungen arbeiten, so etwa in Gefängnissen oder in Flüchtlingslagern (in Benin). Zudem lagen die Zielorte häufig in entlegenen Gebieten. Gerade dort muss die Ankunft eines Hilfsteams unbedingt gut vorbereitet werden. Wichtigstes

Ziel im Vorhinein ist es daher, einen geeigneten Behandlungsort beziehungsweise eine Klinik zu finden und den eigenen Ankunftstermin bekanntzugeben. Manchmal kommen bürokratische Hürden hinzu. Aus diesem Grund klärt ein „Explorationsteam“ vor dem eigentlichen Einsatz all diese Fragen ab. Damit bleibt dann auch genug Zeit, in der sich die Nachricht über das Hilfsschiff bis zu dessen Ankunft herumsprechen kann.

Hohe physische und psychische Belastung

Wenn das Schiff anlegt, warten dann in aller Regel schon die Patienten. Üblicherweise wird in den ersten zwei bis drei Tagen erst einmal untersucht, die Behandlungen selbst



Fotos: Mercy Ships / Debra Bell

Von vielen Nationen das Beste: Versorgungsalltag im Team der Africa Mercy.

Hand in Hand: An Bord verschmilzt internationales zahnmedizinisches Know-how.

Die Arbeit auf der Africa Mercy wird ergänzt durch Projekte im Hinterland.

schließen sich an den Folgetagen an. „Normalerweise konnten wir uns rund achtzig Patienten am Tag anschauen – wenn alles reibungslos lief und wir nicht lauter sehr komplizierte Fälle bekamen“, sagt Vukovic. „Wir haben aber auch schon hundertdreißig Patienten geschafft; da muss man dann aufpassen, dass man das durchsteht.“

„Gemeinsam leben wir auf diesem Planeten und gehören zu einer Rasse, egal in welchem Land wir wohnen, welche Religion oder Hautfarbe wir haben. Jeder Einzelne zählt.“

Mercy Ships

Die Arbeitsbelastung kann bei tropischen Temperaturen und hoher Luftfeuchtigkeit vor allem für Helfer hoch werden, die sich wie Vukovic für längere Zeit verpflichtet haben. Etwa die Hälfte der Schiffsbesatzung arbeitet nur für einen kurzen Zeitraum an Bord. Manche Zahnärzte sind zwei bis drei Wochen auf dem Schiff.

Für viele Patienten ist die Africa Mercy die einzige Hoffnung auf eine sinnvolle medizinische Behandlung. „Ein großes Problem besteht darin, dass die Beschwerden ganz oft verschleppt werden“, weiß Vukovic. „Das hängt auch damit zusammen, dass die Leute sehr leicht an Antibiotika kommen,



die kann man überall kaufen. Sie nehmen die so lange, bis sie sich besser fühlen und setzen sie dann ab. Das verschafft ihnen zwar Linderung, aber die zugrunde liegende Ursache wird nicht beseitigt.“

Sehr häufig haben es die Zahnärzte mit schlimmen Abszessen zu tun: „Ich hatte mal einen Patienten, der stellte sich mit einer Schwellung im Mundbereich vor, die bis zum Auge reichte; er hatte große Schmerzen und konnte kaum noch essen. Außerdem hatte er sich ein Bein ausgerenkt, deshalb musste ihn sein Bruder tragen“, erzählt Vukovic. „Patrick, circa 25 Jahre alt, hatte dazu hohes Fieber, von der normalerweise

INFO

Die Africa Mercy...

... ist das größte privat betriebene Hospitalschiff der Welt, mit einer Besatzung von über 400 Ehrenamtlichen aus der ganzen Welt, und bringt Hoffnung und Hilfe zu Hunderttausenden, die das nie für möglich gehalten hätten. Zur Besatzung zählen Chirurgen, Krankenschwestern, Wasserbauingenieure, Bauleute, Landwirtschaftsexperten, Köche und viele weitere Helfer.

Im April 2000 wurde die ehemalige Eisenbahnfähre „Droning Ingrid“ von Norma Major, der Frau des früheren englischen Premierministers, in „Africa Mercy“ umbenannt. Der 45 Millionen Euro teure Umbau wurde durch Spenden der Oak Foundation, der Balcraig Foundation und anderer Stiftungen, sowie durch Sachspenden verschiedener Firmen und Einzelspenden finanziert. Der Umbau in der A & P-Werft im englischen Newcastle wurde im März 2007 abgeschlossen und war das bislang größte Projekt dieser Art in Großbritannien.

sehr schmerzhaften Behandlung hat er deswegen kaum etwas mitbekommen. Wir mussten eine Drainage legen. Innerhalb der folgenden zwei Wochen kam Patrick dann immer wieder zum Reinigen der Wunde und zur Einnahme von Antibiotika. Als sich schließlich der Behandlungserfolg komplett eingestellt hatte, war er überglücklich.“

„Solche emotionalen Erlebnisse gleichen die Belastung durch die oft erschöpfende Arbeit wieder aus“, resümiert Vukovic rückblickend. „Allein die Herzlichkeit und die Dankbarkeit der vielen Mütter, die mit ihren Kindern zu uns kamen, gaben ein tief befriedigendes Gefühl und zeigten uns den Wert unseres Einsatzes hier.“

*Christian Ehrensberger
Zum Gipelhof 8
60594 Frankfurt am Main*

*Kontakt: Mercy Ships Deutschland e.V.
Hüttenstr. 22, 87600 Kaufbeuren
Tel.: 08341/966199-20*

■ www.mercyships.de

Dentists for Africa e.V.

Mehr Hilfe zur Selbsthilfe

Auf der Jahreshauptversammlung der Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V. (AZHK e.V.) wurden weitreichende Beschlüsse gefasst. So initiierte der Vorstand, die zahnmedizinische Versorgung in Afrika auszuweiten. Der neue Name „Dentists for Africa e.V.“ soll dabei helfen, über die Grenzen Kenias hinaus das Vereinsziel zu verwirklichen: Hilfe zur Selbsthilfe im Bereich Zahngesundheit für die mittellose Landbevölkerung.



Die Kinder Afrikas – Menschen auf einem vergessenen Kontinent? Hilfswerke intervenieren.

Der Verein betreut und unterhält mittlerweile neun Zahnstationen in Kenia, die fast alle mit kenianischem Personal besetzt sind. Über 400 kenianische Patenkinder werden von deutschen Paten und dem Verein finanziell sowie ideell gefördert und damit auf ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben vorbereitet. Außerdem unterstützt der Verein über 800 Aids-Witwen in einem Witwendorf in Nyabondo. Mithilfe der Unterstützung können die Frauen ihren Lebensunterhalt sowie den ihrer Kinder bestreiten.

Intensive Kooperation mit kenianischer Universität

Die Zusammenarbeit mit der neu gegründeten „Uzima Universität“ am Victoriasee in Kisumu befindet sich noch in einer intensiven Planungsphase. Der Verein wird die Einrichtung einer zahnmedizinischen Fakultät fördern, damit kenianisches zahnmedizinisches Fachpersonal unter dem Stichwort „Hilfe zur Selbsthilfe“ ausgebildet werden kann.

Harry Kathurima war bis Juni 2010 in Deutschland als kenianischer Botschafter akkreditiert. Er wird in Zukunft die Interessen des Vereins gegenüber der kenianischen Regierung vertreten. Im November wurde dann mit zusätzlicher Unterstützung des amtierenden kenianischen Botschafters in Berlin, Ken Osinde, ein Antrag auf Anerkennung als NGO (Non Governmental Organisation) gestellt. Die Deutsche Botschafterin in Nairobi, Margit Hellwig-Bötte, hat ihre Unterstützung zugesagt.

„Dentists for Africa e.V. hat einen Punkt erreicht, an dem die Verwaltungsaufgaben nicht mehr ausschließlich ehrenamtlich bewältigt werden können. Daher werden Wege gesucht, diese Aufgaben mit dem geringstmöglichen Kostenfaktor zu bewältigen“, erklärt der 2. Vorsitzende Dr. Peter Dierck. Das Prinzip, dass jeder gespendete Cent den Projekten zugute kommt, werde aber beibehalten. Die Kosten für die Verwaltungsaufgaben würden dank des ehrenamtlichen Engagements unterdurchschnittlich sein.

„Die zahnmedizinische Versorgung ist in den meisten afrikanischen Ländern auf einem abgrundtiefen Niveau. Wir sind gefordert, dies zu verändern.“

Dr. Peter Dierck, Dentists for Africa e.V.

In den Vorstand ist Dieter Bolten als Kassenswart gewählt worden und löst damit Kerstin Pietschmann, Gründungsmitglied des Vereins, ab. Sie wird aber weiterhin neben dem Vorstand erste Ansprechpartnerin des Vereins sein und mit Ihrem unermüdlichen Engagement jederzeit helfen.

Ziel des Vereins ist es, die Fähigkeit zur Selbsthilfe der Menschen in Afrika kontinuierlich



Fotos: Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V.

Mundhygiene nach westlichem Standard? Sachspenden machen es möglich ...



... und manche betagte Praxiseinrichtung erfüllt in „zweiter Hand“ noch einen guten Dienst.

zu fördern. Um dies zu erreichen, sind die Mitglieder auf finanzielle Zuwendungen oder Altgoldspenden sowie die Bereitschaft zur Übernahme einer Patenschaft für ein Waisenkind angewiesen. Ein wichtiger Faktor ist das Spendenaufkommen durch Edelmetalle wie Zahngold und Paladiumlegierungen. Die Firma Heraeus scheidet die Metalle und erstattet dem Verein den gesamten Ertrag gegen eine Spendenbescheinigung für die Scheidekosten.

Dentists for Africa e.V. sucht neue Mitglieder, die sich mit der Arbeit des Vereins identifizieren können.

sf/pm

*Kontakt: Dentists for Africa e.V.
Bahnhofstrasse 21
99610 Sömmerda
Tel.: 03634-39321
info@azhk.de*

■ dentists-for-africa.org

Ärztlicher Einsatz in Kurdistan

Humanitäre Arbeit schafft Hoffnung

In Flüchtlingslagern herrscht ein riesiger Bedarf an medizinischem Support. Um humanitäre Hilfe zu leisten, reiste ein fünfköpfiges deutsches Ärzteteam in ein Camp nach Südkurdistan. Ziel der Reise: Neben ärztlicher Hilfe auch Versorgungsdefizite vor Ort zu identifizieren und neue Projekte anzustoßen. Mit im Team: Kieferorthopäde Dr. Cihat Yildizhan aus Wermelskirchen im Bergischen Land (Nordrhein-Westfalen).

Durch die vom Kurdischen Ärzteverein im Ausland und der Barzani-Stiftung organisierte und finanzierte humanitäre Hilfsaktion konnten auch Medikamente aus Deutschland mitgebracht werden. Mit den ersehnten Arzneien konnten die bedürftigen Menschen vor Ort behandelt werden. In dem aus Vereinsmitgliedern bestehenden Ärzteteam waren fünf Fachärzte aus den Bereichen Gynäkologie, Urologie, Kardiologie, Innere Medizin und Kieferorthopädie.

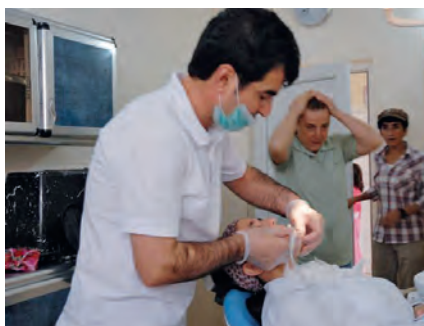
Das Team konnte innerhalb einer Woche ungefähr 2 000 Patienten ambulant medizinisch versorgen. Die Behandlungen konzentrierten sich besonders auf die unterversorgten ländlichen Gebiete in Mergasor, Coman und Maxmur.

Zahnmedizinisch besonders problematisch waren die medizinischen Verhältnisse im Flüchtlingscamp Maxmur. Hier leben ungefähr 11 800 Menschen, darunter 3 200 Kinder und Jugendliche, die aus Nordkurdistan stammen und aus der Türkei vertrieben wurden. Die im Camp vorhandene Einrichtung ist so desolat, dass dort keine Behandlung nach heutigem zahnmedizinischen Standard durchgeführt werden kann. Die Instrumente waren größtenteils verrostet, weder Sterilisationsmöglichkeiten noch Desinfektionsmittel waren vorhanden.

Die Zustände in den kurdischen Flüchtlingslagern sind für einen Westeuropäer nur schwer vorstellbar.

Cihat Yildizhan, Kieferorthopäde

Yildizhan besorgte aus der Apotheke Betaisadona. Ein Hilfsmittel, um die Instrumente zumindest in einem Joghurtbecher zu desinfizieren. Die vorhandene dentale Behandlungseinheit war nicht voll funktionsfähig. Auch in anderen medizinischen Bereichen herrschten defizitäre Zustände.



Mit wenig Mitteln viel leisten: Dr. Cihat Yildizhan versorgte die Patienten im Camp.

Mit aufsuchender Medizin Missstände abbauen

Erkenntnis der einwöchigen Reise: In Südkurdistan sind die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und die technisch-materielle Ausstattung der Einrichtungen insbesondere in unterversorgten Gebieten unzureichend. Die Kenntnisse für den richtigen Umgang mit den medizinischen Geräten sind lückenhaft. Medizinische Not herrscht insbesondere im Camp Maxmur.

Der Verein konnte zwischenzeitlich einen Autoklav, UV-Lampen, Kunststoff-Füllungsmaterial, Instrumente und pflegende Desinfektionsmittel besorgen und nach Südkurdistan schicken. Zudem ist geplant, im Camp Maxmur und in Mergesor zuerst etwa 2 000 Kinder und Jugendliche mit einem zahnprophylaktischen Start-Kit auszustatten. Der Umgang mit den medizinischen Geräten und deren Pflege muss von den Menschen vor Ort erlernt werden. Zu diesem Zweck werden Mitglieder des Vereins erneut nach Südkurdistan reisen, um die Einarbeitung in den Umgang mit den zahn-/medizinischen Geräten und Instrumenten zu begleiten. Sachspenden wie Verbrauch- oder Füllungsmaterialien werden dringend



Die hygienischen Missstände wurden mit Tricks (Betaisadona) überwunden.

Fotos: Kurdischer Ärzteverein im Ausland

benötigt. Kollegen, die das Projekt unterstützen wollen, werden gebeten, Kontakt aufzunehmen. sf/pm

Ansprechpartner:
Dr. Cihat Yildizhan, Kieferorthopäde
Kölner Str. 11
42929 Wermelskirchen
Tel.: 02196/973703
praxis@kfo-wermelskirchen.de

INFO

Der Verein

Der „Kurdische Ärzteverein im Ausland e.V.“ wurde am 28.09.2008 in Berlin ins Leben gerufen und ist eine überparteiliche Vereinigung mit dem Ziel, die kurdische Bevölkerung in und außerhalb Kurdistans im medizinischen Bereich aufzuklären und zu unterstützen.

Kurdischer Ärzteverein im Ausland e.V.
Tel.: 030/54715862
Karl-Marx-Str. 27
12043 Berlin
info@kurdish-doctors.com

■ www.kurdish-doctors.com

Gesundheitspolitischer Gesprächskreis in Straßburg

Versorgung zwischen Mobilität und Qualität

Vertreter des geschäftsführenden BZÄK-Vorstands und des Arbeitskreises Europa der BZÄK kamen Mitte Februar mit deutschen EU-Abgeordneten zu einem Parlamentarischen Gesprächskreis in Straßburg zusammen. Im Zentrum standen Diskussionen zur Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Bereits zum zweiten Mal nutzte die BZÄK die Abendveranstaltung, um in offener Atmosphäre mit ausgewählten Parlamentariern aktuelle binnen- und gesundheitspolitische Fragestellungen der Europäischen Union zu diskutieren und dabei für die Anliegen der deutschen Zahnärzteschaft zu werben. BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel begrüßte unter anderen den Vizepräsidenten des Europäischen Parlaments, Rainer Wieland (CDU), den Vorsitzenden des Ausschusses für Umwelt, Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI), Jo Leinen (SPD), die binnenmarktpolitische Sprecherin der sozialdemokratischen Fraktion und Berichterstatterin der Dienstleistungsrichtlinie, Evelyne Gebhardt (SPD), die parlamentarische Geschäftsführerin der CDU/CSU-Gruppe im Europäischen Parlament, Dr. Angelika Niebler (CSU), die auch Sonderbeauftragte für Freiberuflichkeit der CSU-Europagruppe ist, sowie Kurt Lechner (CDU), Mitglied des Binnenmarktausschusses und der Lenkungsgruppe Berufsqualifikationen des Europäischen Parlaments.

Sondergast war der amtierende Präsident des Europäischen Dachverbandes der Zahnärzte, des Council of European Dentists (CED), Dr. Wolfgang Doneus aus Österreich.

Widersprüche

Die Teilnehmer stimmten der Analyse von Dr. Engel zu, dass sich in den vergangenen Jahren in der Europäischen Union zwei grundlegende Entwicklungen herauskristallisiert hätten, die bei Weitem nicht frei von Widersprüchen

seien: So stünden angesichts des demographischen Wandels alle EU-Mitgliedstaaten vor der drängenden Frage, wie auch in Zukunft im Gesund-

heitsbereich eine umfassende und flächendeckende Versorgung mit ausreichend Fachpersonal sichergestellt werden könne. Gleichzeitig werde innerhalb der Europä-

ischen Institutionen intensiv diskutiert, wie im Interesse des Patientenschutzes und der Patientenmobilität europaweit eine Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau garantiert werden könne.



BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, der Vizepräsident des Europäischen Parlaments, Rainer Wieland, CDU, und der Präsident des Council of European Dentists, CED, Dr. Wolfgang Doneus (v.l.n.r.) beim Austausch zu Fragen des Berufsstandes.



Foto: picture alliance



Foto: picture alliance-Schütze-Rodem

Das Europäische Parlament in Straßburg – hier werden auch gesundheitspolitische Belange erörtert und bestimmt.

Berufsqualifikationen

Aus aktuellem Anlass war neben der jüngst verabschiedeten Richtlinie über grenzüberschreitende Patientenrechte vor allem die bevorstehende Überarbeitung der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen Gegenstand der Gespräche. Wie kaum ein anderes europäisches Regelwerk betrifft diese Richtlinie aus dem Jahr



Fotos: BZÄK Brüssel

Gingen mit den EU-Parlamentariern ins Gespräch: Dr. Wolfgang Schmiedel, Kammerpräsident Berlin, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Kammerpräsident Hamburg und neuer Vorsitzender des Arbeitskreises Europa, Dr. Peter Engel, Dr. Ernst-J. Otterbach, FVDZ, Dr. Wolfgang Doneus, ZA Michael Schwarz, ehemaliger Vorsitzender des Arbeitskreises Europa, und Dr. Michael Sereny, Kammerpräsident Niedersachsen.

2005 die Zahnärzteschaft als reglementierten Beruf ganz unmittelbar. Auf der Grundlage gemeinsamer Ausbildungsstandards schafft sie den Rahmen für die automatische Anerkennung von innerhalb der Europäischen Union erworbenen zahnärztlichen Berufsqualifikationen. Die Europäische Kommission arbeitet derzeit an einer umfassenden Evaluierung der Richtlinie. Bereits 2012 will sie dem Europäischen Parlament und den im Rat versammelten Mitgliedstaaten einen Vorschlag für eine Überarbeitung vorlegen. Erklärtes Ziel der Brüsseler Behörde ist eine weitere Vereinfachung der Anerkennungsregeln, um die Mobilität von Berufstätigen zu erhöhen.

Vor diesem Hintergrund mahnte Engel mit Nachdruck, dass sich die Europäische Union bei den Gesundheits- und Heilberufen keine Vereinfachung auf Kosten einer hochwertigen Ausbildung leisten könne. Dies stünde im Gegensatz zum Ziel eines effektiven Patientenschutzes. Der BZÄK-Präsident erteilte bei dieser Gelegenheit auch dem Bologna-Prozess eine klare Absage. Mit einem „bolognakompatiblen“ Masterabschluss sei man als Zahnarzt keinesfalls schon berufsfertig, so Engel.

Positiv werteten die Vertreter der BZÄK daher die deutliche Aussage von Evelyne Gebhardt, dass es im gemeinsamen europäischen Binnenmarkt zwar eine weitgehende Mobilität der Arbeitnehmer geben müsse, diese aber nicht zulasten der Qualität der

Leistungen gehen dürfe. Mobilität und Qualität seien demnach kein Widerspruch.

Engel hob die Rolle der Freiberuflichkeit hervor, deren Erhalt eine wesentliche Garantie für eine qualitativ hochwertige patientenorientierte Versorgung sei. Ziel der BZÄK sei es daher, auf europäischer Ebene mehr Bewusstsein für die spezifischen Belange der Freien Berufe zu schaffen. Einer Aufgabe, der sich die BZÄK bereits gemeinsam mit dem Council of European Dentists in einer Arbeitsgruppe Freiberuflichkeit angenommen habe.

Folgegespräche

In vielen Einzelgesprächen konnten die Vertreter der BZÄK die aufgeworfenen Fragen mit den Europaabgeordneten vertiefen und die Positionen der Zahnärzteschaft verdeutlichen. Für die Veranstalter erfreulich war, dass sich die Abgeordneten sehr viel Zeit für die Diskussion nahmen. Die BZÄK will auch im kommenden Jahr die Veranstaltung fortsetzen, weil dann die heiße Phase der Beratungen über die Revision der Berufsanerkennungsrichtlinie unmittelbar ansteht. Zudem wurden verschiedene bilaterale Folgegespräche mit den Europaabgeordneten vereinbart.

Dr. Alfred Büttner
Leiter der Abteilung Europa / Internationales der BZÄK
Avenue de la Renaissance 1, B-1000 Brüssel

- 1 & 1 Internet AG**
Seite 117 und 119
- 3M ESPE Implantologie**
Seite 25 und 45
- ALPRO Medical GmbH**
Export & Marketing Division
Seite 30
- American Dental Systems GmbH**
Seite 35
- APW Akademie**
Praxis & Wissenschaft
Seite 157
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 151
- Beycodent Beyer + Co GmbH**
Seite 121
- BIEN-AIR Deutschland GmbH**
Seite 163
- Brasseler GmbH & Co.KG**
2. Umschlagseite
- Bundeszahnärztekammer**
Arbeitsgem. der deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Seite 120
- Busch & Co KG**
Zahnbohrerfabrik
Seite 75
- Carestream Health**
Deutschland
Seite 95
- Carl Zeiss MediTec**
Vertriebs GmbH
Seite 49
- Champions-Implants GmbH**
Seite 63
- Coltène/Whaledent**
GmbH & Co.KG
Seite 5 und 84
- CompuGroup Medical**
Dentalsysteme GmbH
Seite 59
- DCI Dental Consulting GmbH**
Seite 131
- dental bauer –**
vormals Technodent GmbH
Seite 137
- Dentalimpex-Stockenhuber**
GmbH
Seite 147
- Dental Magazin**
Seite 143
- Dental Online College GmbH**
Seite 167
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 9
- Dental-Union GmbH**
Seite 79
- Dentsply Friadent**
Seite 99
- Deutscher Ärzte-Verlag/
Versandbuchhandlung**
Seite 150 und 168
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 13
- Digital tooth Schulungs- u.**
Handelsgesellschaft mbH
Seite 159
- DKL GmbH Dental**
Kunstleder & Leder-Service
Seite 73
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 21 und 91
- Doctorseyes GmbH**
Seite 88
- Dreve Dentamid GmbH**
Seite 107 und 109
- Dürr Dental AG**
Seite 7
- Dux Dental BV**
Seite 125
- E. Hahnenkratt GmbH**
Seite 155
- enretec GmbH**
Seite 165
- Ergo DKV**
Seite 81
- Girardelli Dental-**
Medizinische Produkte
Seite 53
- Heraeus Kulzer GmbH**
Seite 37
- ic med EDV-Systemlösungen**
für die Medizin GmbH
Seite 69
- IFG Internationale Fort-**
bildungsgesellschaft mbH
Seite 83 und 85
- IMEX Dental + Technik**
GmbH
Seite 27
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 133
- J. Morita Europe GmbH**
Seite 55
- Karl Baisch GmbH**
Seite 67
- KaVo Dental GmbH**
Seite 17
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 33
- Korte Rechtsanwälte**
Seite 151
- Kuraray Europe GmbH**
Seite 77
- lege artis Pharma**
GmbH & Co. KG
Seite 133
- Medentis Medical GmbH**
Seite 65
- Metrax GmbH**
Medical Systems
Seite 142
- Miele & Cie KG**
Seite 105
- Müller-Omicron**
GmbH & Co. KG
Seite 115
- Multivox Petersen GmbH**
Seite 87
- Nobel Biocare**
Management AG
3. Umschlagseite
- orangedental GmbH & Co.KG**
Seite 101
- Permamental Zahnersatz**
4. Umschlagseite
- Pharmatechnik**
GmbH & Co. KG
Seite 89
- Philips GmbH UB**
Elektro-Hausgeräte
Seite 127
- Procter & Gamble GmbH**
Seite 57
- Protilab**
Seite 41
- R-dental**
Dentalerzeugnisse GmbH
Seite 123
- Roos Dental e.K.**
Seite 51
- SciCan GmbH**
Seite 47
- Semperdent**
Dentalhandel GmbH
Seite 31
- Septodont GmbH**
Seite 23
- SIRONA**
Dental Systems GmbH
Seite 39
- solutio GmbH**
Seite 153
- Southern Dental**
Industr.GmbH
Seite 135
- Stefanie Lohmeier**
Deutsche Zahnärzteberatung
Seite 151
- Steinbeis-Transfer-Institut**
Management of Dental
and Oral Medicine
Seite 19
- Tokuyama Dental**
Deutschland GmbH
Seite 129
- Ultradent Dental-medizini-**
sche Geräte GmbH & Co. KG
Seite 93
- Ultradent Products USA**
Seite 139
- Vita Zahnfabrik H.Rauter**
GmbH & Co.KG
Seite 15
- Voco GmbH**
Seite 111
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 141
- WhiteSmile GmbH**
Seite 11
- youvivo GmbH**
Seite 29
- Zimmer Dental GmbH**
Seite 61
- ZM-Online**
Seite 182
- Einhefter 4-stg.**
Protilab zwischen
Seite 48/49
- Einhefter 2-stg.**
Cumdente Ges. für
Dentalprodukte mbH
zwischen Seite 96/97
- Deutscher Ärzte-Verlag/
Versandbuchhandlung
zwischen Seite 144/145
- Vollbeilagen**
BANDELIN elektronik
GmbH & Co. KG
- Dental-Union GmbH
- F1 Dentalsysteme
Deutschland GmbH
- mectron Deutschland
Vertriebs GmbH
- MUSS-Dental
- NSK Europe GmbH

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/Picture Desk:

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 IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



LA-DENT
geprüft 2009

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, 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 Anzeigentel:

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 Ärztebank, 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 4. Quartal 2010:

Druckauflage: 84 933 Ex.

Verbreitete Auflage: 83 651 Ex.

101. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Phytopharmakamarkt in Europa

Neue Regeln für Naturheilmittel



Eine im Frühjahr 2004 in Kraft getretene EU-Richtlinie sorgt im Markt für Naturheilmittel für Aufregung. Sie schreibt vor, dass über mindestens drei Jahrzehnte medizinisch bewährte pflanzliche Arzneimittel, die als Fertigpräparate zur Verfügung stehen, nach einem EU-weit einheitlichen Verfahren registriert werden müssen. Kritiker der Neuregelung fürchten eine Marktberreinigung. Die Regeln treten ab dem 1. Mai in Kraft.

Mild wirksame und risikoarme pflanzliche Arzneimittel, die seit mindestens 30 Jahren in Verkehr sind, müssen einer EU-Richtlinie zufolge nach einem einheitlichen Verfahren registriert werden. Dies gilt sowohl für rein pflanzliche Präparate als auch für Produkte, die zusätzlich Vitamine beziehungsweise Mineralstoffe enthalten. Homöopathische Arzneimittel fallen nicht unter die Richtlinie. In vielen europäischen Ländern, darunter Deutschland, wurden die EU-Vorschriften bereits in nationales Recht umgesetzt. „Der deutsche Gesetzgeber hat die EU-Richtlinie im September 2005 in das Arzneimittelgesetz implementiert“, so Dr. Rose Schraitle vom Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) in Bonn.

Ab dem 1. Mai werden die Vorschriften nach einer siebenjährigen Übergangsfrist EU-weit endgültig wirksam.

Vor allem kleine und mittlere Phytopharmaka-Unternehmen fürchten, dass die Richtlinie das Aus für zahlreiche Präparate bedeuten wird. „Nur was sich patentieren und mit einer Schutzmarke im Handel monopolisieren lässt, ist erwünscht. Was einfach in der Natur wächst, wird als illegal abgestempelt“, wettern beispielsweise die Geschäftsinhaber von NaturBurg, Eva-Maria und Dirk Burghausen.

Kritik geht am Ziel der Richtlinie vorbei

Die Kritik geht allerdings am Ziel der EU-Richtlinie vorbei. Denn das vereinfachte Registrierungsverfahren sollte gerade dazu beitragen, dass traditionelle pflanzliche Arzneimittel nicht vom Markt genommen werden müssen. Gäbe es die Richtlinie nicht, wären die Hersteller nach einem aus dem Jahr 2001 stammenden EU-Gesetz nämlich



Die zm berichten regelmäßig über die Belange der Zahnärzte in Europa sowie über neue gesundheitspolitische Entwicklungen in der Europäischen Union.

verpflichtet, einen wissenschaftlichen Nachweis für Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit ihrer Produkte zu erbringen, wie dies auch für andere Medika-

mente gilt. „Viele pflanzliche Arzneimittel mit langer Tradition konnten diese Anforderungen nicht erfüllen“, so Arne Krüger, stellvertretender Sprecher der Arzneimittelkommission der deutschen Heilpraktiker.

Eigener Regelungsrahmen geschaffen

Die EU-Kommission hatte daraufhin eigens für die Gruppe der traditionellen Phytopharmaka einen eigenen Regelungsrahmen auf den Weg gebracht. Er verlangt zwar ebenfalls, dass die Hersteller Belege für die Unbedenklichkeit ihrer Präparate liefern. Darüber hinaus reicht es aber aus, wenn die Unternehmen aufgrund von Sachverständigengutachten und Bibliographien nachweisen können, dass die Wirksamkeit des jeweiligen pflanzlichen Arzneimittels aufgrund einer mindestens 30-jährigen Anwendung und Erfahrung (davon 15 in der EU) plausibel ist. Klinische Studien für die Sicherheit und die Wirksamkeit



sind für diese Produktgruppe somit nicht erforderlich.

Die EU hat darüber hinaus einen Ausschuss bei der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA in London damit beauftragt, Pflanzen-Monographien zu erstellen, um die gegenseitige Anerkennung der Produkte in den einzelnen EU-

Mitgliedstaaten zu erleichtern und die wissenschaftliche Bewertung zu harmonisieren. Die Monographien informieren unter anderem über das Anwendungsgebiet einzelner pflanzlicher Stoffe, die spezifische Stärke und Dosierung sowie den Verabreichungsweg. Der Ausschuss legt außerdem fest, ob für eine bestimmte Arzneipflanze die langjährige medizinische Verwendung innerhalb Europas ausreicht, beispielsweise wenn es sich um eine in der traditionellen chinesischen Medizin verwendete Pflanze handelt. Nach den Regeln des Arzneimittelgesetzes (AMG) mussten deutsche Phytopharmaka-Unternehmen für ihre Produkte bis zum 31. Dezember 2008 einen Registrierungsantrag beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellen. Langjährig verwendete Präparate, für die keine Registrierung beantragt wurde, dürfen nach dem 30. April dieses Jahres nicht mehr als Arzneimittel vertrieben werden.

Ungefähr 500 der insgesamt etwa 2 100 zugelassenen Phytopharmaka gelten hierzulande nach Angaben des BAH als traditionelle pflanzliche Arzneimittel. Für rund 250 von ihnen haben die Unternehmen eine Registrierung beim BfArM beantragt. „Für die übrigen Produkte, insbesondere für Arzneimittel mit vielen Wirkstoffen, wäre der Aufwand allein für die Aktualisierung des pharmazeutischen Dossiers zu hoch gewesen“, sagt Schraitle. Hinzu kommen Registrierungsgebühren in Höhe von circa 16 000 Euro.

Kaum Auswirkungen in Deutschland

Somit werden rund 250 Präparate deutscher Hersteller ab dem Frühjahr ihre Verkehrsfähigkeit als Phytopharmaka verlieren. „Der Wegfall der Zulassungen wird aber keine spürbaren Auswirkungen auf die Vielfalt pflanzlicher Arzneimittel in Deutschland haben“, so Dr. Werner Knöss, Leiter der Abteilung besondere Therapierichtungen im BfArM.

Auch Krüger sieht die Marktentwicklung gelassen: „Die Verordnungsfähigkeit einzelner Pflanzen oder Pflanzenteile im Rahmen eines individuellen Rezepts bleibt genauso erhalten wie die Möglichkeit, zum Beispiel ein Teerezept oder eine Tinktur nach individueller Ausrichtung mischen zu lassen.“

Der europäische Markt für pflanzliche Arzneimittel beläuft sich Schätzungen zufolge auf rund 3,5 Milliarden Euro. Deutsche Phytopharmaka machen mit rund 38 Prozent den größten Umsatzanteil aus, gefolgt von Frankreich mit 22 Prozent. Andere europäische Länder kommen lediglich auf Anteile zwischen zwei und neun Prozent.

Dennoch sorgt die EU-Richtlinie in einigen europäischen Staaten weiterhin für Diskussionen. Der Grund: In Großbritannien beispielsweise können pflanzliche Arzneimittel schon seit Jahrzehnten ohne jedwede Überprüfung oder behördliche Zulassung als Arzneimittel vertrieben werden. Dies gilt auch für Produkte aus der traditionellen chinesischen Medizin. Britische Phytopharmaka-Hersteller fürchten daher, an den EU-Vorgaben für die Registrierungspflicht zu scheitern. Ändern wird die Kritik freilich nichts mehr. Denn die Übergangsfrist läuft im April 2011 unwiderruflich ab.

Petra Spielberg
Christian-Gau-Str. 24
50933 Köln



Fotos: MEY (10) / CC (2)



Neuer Leitfaden für die Zahnarztpraxis-EDV

Datenschutz für die Praxis-IT

Datenschutz – ein wichtiges Thema, auch für Zahnärzte und ihre Patienten. Denn ein großer Teil der Daten, mit denen die Praxis jeden Tag umgeht, ist sensibel und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Nutzt die Praxis das Internet, muss sie ihre Rechner absichern. Wie, das erklären die Experten von KZBV und BZÄK jetzt in einem verständlichen Leitfaden, der im März erstmals erscheint.

Datenschutz ist doch selbstverständlich? Ja, aber ein angemessener Sicherheitsstandard ist mitunter gar nicht so einfach. Allein weil Hard- und Software zunehmend komplexer aufgebaut sind und die Praxis mehr und mehr mit externen Dienstleistern vernetzt ist. Darüber hinaus erfordern der Schutz elektronisch gespeicherter Daten und deren Aufbewahrung eine besondere Sorgfalt. Dennoch ist Absicherung kein Hexenwerk. Sie fängt schon damit an, dass man Bildschirm, Tastatur und Maus so in der Praxis aufstellt, dass niemand von außen Zugriff beziehungsweise Einblick hat. Verlässt der Zahnarzt oder eine seiner Mitarbeiterinnen den Arbeitsplatz, sollte der Computer sofort gesperrt sein. Auch der Bildschirmschoner kann so konfiguriert werden, dass zwingend ein Kennwort abgefragt wird, sobald man die Arbeit wieder aufnehmen will.

Sicher im Web

Grundsätzlich sollte die Praxis einen Router installieren, der die Verbindung zum Internet aufbaut. Plus einer Firewall, die den Datenverkehr in und aus dem Netz regelt. Um die gesamte Praxis-Infrastruktur zu schützen, empfiehlt sich der Einsatz einer Firewall- beziehungsweise einer Proxy-Lösung an zentraler Stelle. Insbesondere ein drahtloses Netzwerk birgt das Risiko, dass man es auch außerhalb der Praxisräume anwählen kann, wenn kein ausreichender Passwortschutz – möglichst verschlüsselt via WPA2-Verfahren – besteht. Fachliche Unterstützung macht sich in diesem Fall bezahlt. Eine weitere Möglichkeit, das Internet zu nutzen und gleichzeitig mit der KZV zu kommunizieren, ist das Intranet. Und zwar in Form von VPN, dem virtuellen privaten Netzwerk. Was bedeutet, dass jeder Kontakt



Foto: proDente

Der Patient geht davon aus, dass seine Daten vertraulich behandelt werden. Datensicherheit hat in der Zahnarztpraxis daher höchste Priorität.

zu anderen VPN-Teilnehmern über eine geschützte Verbindung läuft. Und man darüber auch den Zugriff auf das Internet absichern kann – etwa durch Vergabe dynamischer Rechneradressen oder Firewalls. Welche Möglichkeiten gibt es, die Praxis-IT an das World Wide Web anzubinden?

Drei Wege sind denkbar:

- die Nutzung eines eigenen unabhängigen Internet-PCs – ohne Patientendaten (**sicher**)
- die Nutzung eines Proxy-Servers (**nahezu sicher**)
- die direkte Anbindung von Praxisrechnern mit Patientendaten an das Internet (**extrem unsicher**)

Die höchste Sicherheitsstufe, die Praxis-IT ans Internet anzubinden, bietet also der Internet-PC. Das heißt, alle Rechner im Praxisnetz sind miteinander verbunden und nutzen einen gemeinsamen Server für die Praxis- und Patientendaten. Zusätzlich wird ein

einzelner Rechner aufgebaut, der keine Netzwerkverbindung zu den anderen Rechnern und damit auch keinen Zugriff auf Patienten- und Praxisdaten hat. Dafür hat er als einziger eine Verbindung zum Internet.

Nutzt man stattdessen einen Proxy, haben alle Rechner Zugang zum Netz. Wenn auch nicht direkt. Alles in und aus dem Netz läuft über den Proxy-Server. Er sendet die

Anfragen ins Web und verteilt dementsprechend die eingehenden Antworten an die anfragenden PCs. Ein Proxy reicht, um den Internet- und Mailverkehr zu filtern und das Risiko einer Infektion durch bösartige Software zu minimieren. Der dritte, aber absolut ungangbare Weg: Praxisrechner direkt mit dem Internet zu verbinden. Von dieser Variante sollte man unbedingt absehen. Wer mit Browser und E-Mail-Programm arbeitet, riskiert immer feindliche Attacken.

INFO Für alle Praxen

Der komplette Datenschutzleitfaden für die Zahnarztpraxis-EDV von BZÄK und KZBV, wird Ihnen in Kürze via KZV beziehungsweise Kammer zugeschickt und auch im Internet veröffentlicht.

Stichwort Schadsoftware. Aktive Komponenten wie Multimedia Plugins, Scriptsprachen und ActiveX beim Webbrowser bieten eben Angriffsfläche. Bei modernen Browsern kann man diese Nutzung jedoch einschränken oder untersagen und die Sicherheitslücke schließen. Unbekannte Websites sind No-go-Areas – das gilt vor allem für Seiten, die Filme oder Musik anbieten. Denn: Jede



Foto: Fotoline

„Na so was?! Meine Nachbarin Corinna hat Halitosis?“ Das sollten andere Patienten nicht zufällig erfahren.

Infektion des Praxisrechners stellt wegen der Patientendaten ein unkalkulierbares Risiko dar. Was die Mails betrifft: Vorsicht bei Anhängen. Sie sollten auf keinen Fall arglos geöffnet werden, weil auch sie Viren transportieren können. Bei unbekanntem Absender und unbekanntem Betreff lieber misstrauisch sein. Am besten mit einem kurzen Anruf beim Absender klären, ob man die angehängten Dateien öffnen darf oder nicht. Übrigens: Fast alle Programme und Betriebssysteme verfügen schon über vorinstallierte Sicherheitsmechanismen. Wer sie nicht nutzt, verzichtet auf Sicherheit zum Nulltarif. Hinweise dazu stehen im betreffenden Handbuch. Ein weiteres Bollwerk im Kampf gegen Eindringlinge: das Kennwort. Grundsätzlich sollte man die eingesetzten Abrechnungsprogramme durch Kennwörter schützen. Kennwort ist freilich nicht gleich Kennwort. Viele Anwender übernehmen einfach das voreingestellte Kennwort oder vergeben eins, das jeder Laie knacken kann. Tipp: Das optimale Kennwort ist länger als

sieben Zeichen, kommt nicht im Wörterbuch vor und enthält keine Namen oder Geburtstage. Idealerweise wird es aus Sonderzeichen, Ziffern und einem Wechsel aus Groß- und Kleinbuchstaben gebildet. Dass man es nicht auf einem Zettel notiert, der unter der Schreibtischunterlage liegt, versteht sich von selbst. Der Hersteller des Praxisverwaltungssystems sollte in dem Zusammenhang zusichern, dass er keine versteckten Kennwörter – sogenannte Backdoors – zu Wartungszwecken in sein Produkt eingebaut hat.

Virenschutz

Ebenfalls unverzichtbar: ein zuverlässiger Virenschutz. Und zwar unabhängig davon, ob das System ans Internet angeschlossen ist oder nicht. Allein der Datenaustausch via CD, DVD oder USB-Stick birgt nämlich immense Gefahren. Jeder Zahnarzt sollte darum unbedingt ein Virenschutzprogramm installieren – mit „Echtzeitschutz“. Und darauf achten, dass es auf dem neuesten Stand ist. Wobei auch ein regelmäßig aktualisiertes Programm inklusive Updates keinen absoluten Schutz bietet, weil bekanntlich ständig neue Viren auftauchen, die die Killer-Software noch nicht identifizieren beziehungsweise eliminieren kann.

Nicht nur die Software ist beim Datenschutz relevant. Ein simpler Hardwaredefekt kann dazu führen, dass plötzlich sämtliche Daten auf der Festplatte verschwunden sind. Von Feuer, Einbruch und Diebstahl ganz zu schweigen. Ein regelmäßiges Backup ist daher nötig. Mit einer marktgängigen Software kann man seine Daten auf externen Speichermedien, wie externen Festplatten, USB-Sticks, DVDs oder CDs, absichern. Und zwar automatisiert, so dass nur das Wechseln der Sicherungsmedien von Hand erfolgt. Selbstverständlich müssen auch diese gegen unbefugte Zugriffe geschützt werden, am besten durch eine geeignete Verschlüsselung. Als Faustregel gilt: Je mehr Daten sich in kurzer Zeit ändern, desto häufiger ist eine Datensicherung notwendig. Ob täglich oder wöchentlich: Man sollte dabei stets mehrere Datenträger im Wechsel einsetzen.

ck

Günther Popp ist 90

Generalarzt a. D. Dr. Günther Popp, zuletzt Inspizient Zahnmedizin der Bundeswehr, feierte am 31. Januar 2011 seinen 90. Geburtstag. Der Jubilar ist 1921 im thüringischen Greiz geboren

und trat nach dem Abitur als Offizieranwärter in die Kriegsmarine ein. Seine Ausbildungen erhielt er auf den Schiffen „Schleswig-Holstein“, „Scharnhorst“ und dem



Foto: privat

U-Boot „U 872“. Zu Kriegsende wurde er zum Oberleutnant zur See befördert. Nach seiner Entlassung aus britischer Kriegsgefangenschaft studierte er Zahnmedizin in Würzburg und legte 1950 dort das Staatsexamen ab. Im selben Jahr wurde er zum Dr. med. dent. promoviert. Bis zu seinem Eintritt als Stabsarzt in die Bundeswehr im Jahr 1958, arbeitete Popp als Assistent in Praxen sowie in Zahnkliniken der US-Streitkräfte.

Schon bald wurde er Leiter der Zahnstation Schleswig, dann wurde er Hilfsreferent im zahnmedizinischen Fachreferat der Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens im Bundesministerium der Verteidigung in Bonn. Sechs Jahre lang gestaltete er den Aufbau eines zahnärztlichen Dienstes der Bundeswehr mit und prägte ihn entscheidend. Von Mai 1964 bis 1972 war er dann Leiter der Zahnstation in Regensburg, zunächst noch als Oberstabsarzt, ab 1967 als Oberfeldarzt, bald als Divisionszahnarzt der 4. Jägerdivision. Ab Oktober 1972 war er dann als

Leitender Zahnarzt des Heeres im Heeresamt in Köln tätig. Hier erarbeitete er die beachtenswerten Grundlagen für einen zahnärztlichen Dienst im Heer. Die damals geschaffenen Strukturen

für die zahnärztliche Versorgung der Soldaten des Heeres hatten immerhin bis Anfang der 80er-Jahre Bestand, was deren Qualität beweist. Im Oktober 1975 erreichte Popp mit der Ernennung zum Inspizienten Zahnmedizin der Bundeswehr nun als Generalarzt den Gipfel seiner Laufbahn. Eine materielle Ausstattung der Behandlungseinrichtungen auf dem Stand der Technik und eine zahnärztliche Behandlung der Soldaten auf höchstem Niveau waren seine Ziele. Generalarzt Dr. Popp vertrat den zahnärztlichen Dienst der Bundeswehr im nationalen und internationalen militärischen wie zivilen Bereich bis zu seiner Versetzung in den Ruhestand 1981 mit großem Erfolg und hoher Anerkennung. In Würdigung seiner Leistungen wurde er 1979 mit dem Verdienstkreuz Erster Klasse des Bundesverdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Darüber hinaus nahm er unter anderem den stellvertretenden Vorsitz der Militärkommission (SDFDS) der Fédération Dentaire Internationale (FDI) wahr. Im Namen der Sanitäts-offiziere Zahnarzt der Bundeswehr gratuliere ich dem Jubilar sehr herzlich.

Dr. Wolfgang Barth, Admiralarzt

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 162

W&H

Multidem Wasser-Aufbereitungssystem



Das Wasser-Aufbereitungssystem Multidem liefert qualitativ hochwertiges demineralisiertes Wasser für die Dampferzeugung im Autoklaven und gewährleistet dadurch eine gleichmäßige, optimale Leistung und verlängert so die Lebensdauer des Sterilisators oder Aufbereitungsgärts. Weiter sorgt das demineralisierte Wasser aus dem Multidem für beste Voraussetzungen für fleckenloses Instrumentarium. Zusätzlich ist

das Gerät mit einer Sprühpistole ausgestattet und eignet sich ideal zum Spülen von Instrumenten vor der Sterilisation. Mit Multidem wird Reinwasser für die Instrumentenaufbereitung kostengünstig in kürzester Zeit selbst hergestellt. Destilliertes Wasser muss somit nicht mehr extra zugekauft werden. Multidem schon die Umwelt: Die Filterkartusche ist recyclebar.

W&H Deutschland GmbH
Raiffeisenstraße 4
83410 Laufen/Obb.
Tel.: 08682 8967-0
Fax: 08682 8967-11
www.wh.com
E-Mail: office.de@wh.com

BEGO Bremer Goldschlägerei

Neuheiten und Highlights auf der IDS

Eine Vielzahl von Produktneuheiten und Highlights präsentiert BEGO zur IDS. Innovative Schwerpunkte sind unter anderem neue CAD/CAM-Abutments für die Implantatprothetik und das Thema navigierte Chirurgie. Mehr Materialvielfalt für die Implantatprothetik ermöglichen die neuen einteiligen CAD/CAM-Abutments von BEGO Medical – neue Möglichkeiten für eine noch individuellere Patientenversorgung. Ab sofort stehen neben den bewährten Ästhetik-Abutments aus BeCe CAD Zirkon XH



auch patientenindividuelle Abutments aus BEGO Titan Grade 4 und Wirobond MI+ (EMF-Legierung) zur Verfügung. BEGO Implant Systems zeigt ein für den Behandler flexibles System zur navigierten Chirurgie, das unabhängig vom eingesetzten Implantatsystem funktioniert.

BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co. KG
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-261,
Fax: 0421 2028-44261
www.bego.com
E-Mail: koenecke@bego.com

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Kettenbach

Scanfähiger Abformlöffel



Seit kurzer Zeit gibt es von Kettenbach einen neuen, scanfähigen partiellen Abformlöffel zum Einmalgebrauch. Auch die Multi Tray Einweglöffel lassen eine gleichzeitige Abformung beider Kiefer zu. Damit sind Abdruck, Gegenabdruck und Bissregistrierung in einem Schritt erledigt. Der Löffel wird mit mittel- bis

zähfließenden Präzisionsabformmaterialien auch in Verbindung mit dünnfließenden Materialien verwendet. Nach der Positionierung auf den zu präparierenden Zähnen wird der Patient gebeten zubeißen. Damit erhält man eine gleichzeitige Abformung des Präparationsgebietes mit dem Gegenkiefer und die Bissrelation. Füllt man die präparierten Zähne in der Abformung mit dem provisorischen Kronen- und Brückenmaterial aus und lässt den Patienten wieder zubeißen, erhält man schon eine Vorkonturierung der Okklusalfächen.

Kettenbach GmbH & Co. KG
Im Heerfeld 7
35713 Eschenburg
Tel.: 02774 70599
www.kettenbach.com

lege artis

Zukunft mit Biss

Auf der diesjährigen IDS stellt das Unternehmen aus Baden-Württemberg gleich zwei neue Produkte vor: zum einen ORBAT forte, das starke Flüssig-Gel auf der Basis von Eisen(III)sulfat zur Zahnfleischretraktion und Blutstillung. Eisensulfat wird wegen seiner blutstillenden, koagulierenden Eigenschaften auch bei der Pulpotomie angewandt. Zum anderen: die sehr feine Implantat-Reinigungs-Paste REMOT implant mit einem RDA-Wert kleiner als 7. Die Paste ist ausgezeichnet für schonendes Biofilm-Management geeignet, entfernt Plaque und Keime auf Implantaten und deren Aufbauten, an Zähnen und Zahnfleisch und beugt Zahnfleischerkrankungen vor. Weitere Informationen und Produktproben gibt es



auf der IDS am lege artis Stand Nr. 011 Q in Halle 11.2.

lege artis
Pharma GmbH & Co. KG
Breitwasenring 1
72135 Dettenhausen
Tel.: 07157 5645-0
Fax: 07157 564550
www.legeartis.de
E-Mail: info@legeartis.de

Kuraray

Panavia F 2.0 Complete Kit



Die Marke Panavia kann heute auf eine über 20-jährige wissenschaftliche und klinische Erfolgsgeschichte zurückblicken und setzt mit seinen speziellen Hafteigenschaften den Maßstab für dentale Kunststoffzemente.

Das in Panavia F 2.0 enthaltene patentierte MDP-Monomer ermöglicht eine universelle Haftung an Schmelz, Dentin, Kom-

posit, Keramik sowie EM- und NEM-Legierungen. Die anaerobe Aushärtung erlaubt einfache und bequeme Entfernung der Überschüsse und stellt einen zuverlässigen Haftverbund zwischen den Flächen sicher.

Das neue Panavia F 2.0 Complete Kit beinhaltet nun den CLEARFIL CERAMIC PRIMER für dauerhaften Halt an allen Materialien für ästhetische Restaurationen.

*Kuraray Europe GmbH
BU Medical Products
Industriepark Höchst/F 821
65926 Frankfurt am Main
069 305-35835, Fax: -9835835
www.kuraray-dental.eu
E-Mail: dental@kuraray.eu*

CarieScan

orangedental vertreibt CarieScan PRO

Die CarieScan Ltd. aus Dundee, Schottland, ist ein führender Hersteller von Geräten zur Kariesfrüherkennung. Mit Produkten wie PRO führt CarieScan erstmals eine neue Technologie zur Kariesdiagnose im Dentalbereich ein. Es ist das erste dentale Diagnosegerät, das auf AC-Impedanzspektroskopie (ACIST) zurückgreift, um Karies mittels Messung von Veränderungen der Zahndichte festzustellen. CarieScan PRO bestimmt zu 92,5 Prozent genau sowohl gesunde Zähne als auch bestehende Karies. Damit wird



das Risiko von falsch-positiven und falsch-negativen Diagnosen deutlich gesenkt. Die Ergebnisse sind präzise und zuverlässig, erlauben daher ein einfaches Monitoring. Ab sofort übernimmt orangedental aus Biberach den Exklusivvertrieb für CarieScan PRO in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

*CarieScan Ltd.
Unit 5, Gateway West
Luna Place, Technology Park
Dundee, DD2 1XZ (UK)
Tel.: +44 1382 560910
www.cariescan.com
E-Mail: support@cariescan.com*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Ivoclar Vivadent

Starker Auftritt

Tetric EvoCeram ist ein lichthärtendes, universelles Nano-hybrid-Komposit für hochwertige Standardrestorationen im Front- und Seitenzahnbereich. Es wurde jetzt einem umfassenden Redesign unterzogen: Die Farbpalette von Tetric EvoCeram wurde um die Farben A2 Dentin, B1 und D2 erweitert. Die bewährte Farbkodierung nach A-D-Farbschlüssel wurde auf die neuen Spritzen und Cavifils übertragen. Durch die Transparenzabstufungen zwischen Dentin und Schmelzfarben können sehr natürlich wirkende Restaurationen



gestaltet werden.

Die Farben passen sich natürlich an die umliegende Zahnschubstanz an. Das Besondere am Photoinitiator-System von Tetric EvoCeram ist ein patentierter Zusatzstoff. Dank diesem kann das Komposit lange unter Operationslicht verarbeitet werden und trotzdem schnell unter Blaulicht polymerisieren.

Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen, Jagst
Tel.: 07961 889-0
www.ivoclarvivadent.de
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de

Coltène/Whaledent

Direct Composite Veneers



Mit COMPONEER präsentiert Coltène/Whaledent ein neues und einfach zu verarbeitendes System zur Frontzahnrestauration. Dabei handelt es sich um polymerisierte, vorgefertigte Nano-Hybrid-Komposit Schmelz-Schalen, die eine ausgezeichnete Homogenität und Stabilität gewährleisten. Die äußerst dünnen Veneerstärken ab 0,3 mm ermöglichen dazu eine sehr zahnschubstanzschonende Präparation. Die Veneers können vom Zahnarzt direkt eingesetzt werden, dabei entfällt der „Umweg“ über

das Zahnlabor. COMPONEER ist in unterschiedlichen Produktgrößen erhältlich und kann sowohl bei Einzel- als auch Komplettrekonstruktionen im Frontzahnbereich eingesetzt werden. Die Produktserie kommt ab April 2011 auf den Markt und wird jetzt auf der IDS in Köln dem Fachpublikum vorgestellt.

Coltène/Whaledent
Raiffeisenstr. 30
89129 Langenau
Tel.: 07345 805-0, Fax: -201
www.coltenewhaledent.com
E-Mail: info@coltenewhaledent.com

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

easyC.M.D.

Für eine sichere Diagnose

Zahnschmerz oder CMD? Das neue Programm easyC.M.D. bietet einen sicheren Weg zur Diagnostik einer entsprechenden Symptomatik.

C.M.D. steht bei diesem Produkt für Clinical Management Device und verdient den Namen „Klinisches Management-Instrument“, denn die Software bietet eine geführte Abfrage zur Craniomandibulären Dysfunktion. Ob Schnelltest, Basischeck oder ausführliche Tests inklusive neurologischer oder orthopädischer Tests – easyC.M.D. leitet den Nutzer durch einen bebilderten und mit Hilfetexten versehenen Befundablauf. An dessen Ende steht ein automatisch erstellter Diagnosevorschlag, der auf die langjäh-

rige Erfahrung professioneller Funktionstherapie von Gert Groot Landeweer und Dr. Christian Köneke (Foto) aufbaut. easyC.M.D. kann 14 Tage kostenfrei



getestet werden und ist per Download aus www.easy-cmd.de oder per CD erhältlich.

easyC.M.D. GmbH
Lüder-von-Bentheim-Str. 18,
28209 Bremen
Tel.: 0421 5796200
www.easy-cmd.de

BEYCODENT

Passendes Schild für die Praxis

Das Unternehmen bietet eine vielfältige Auswahl an Praxischildern für den Zahnarzt und das Labor. Unterschiedliche Materialien und Drucktechniken bieten optimale Gestaltungsmöglichkeiten. Ein sorgfältig ausgesuchtes Praxischild hebt das Erscheinungsbild der Praxis positiv hervor. Langjährig bewährt hat sich bei allen Praxischildern die Siebdruck-Qualität von BEYCODENT auf 8 mm starkem gegossenem Plexiglas. Farbige Hintergrundplatten aus dem gleichen Material heben die Schilder optisch hervor. Eine preisgünstige Alternative ist die BEYCO-Tec Folienbeschriftung auf Acrylglas.



Für mehrfarbige Logos oder Fotos wird Digitaldruck empfohlen. Glastüren oder Fensterscheiben lassen sich hervorragend für die Anbringung eines Praxislogos oder eines Schriftzuges nutzen.

BEYCODENT
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 9208-55
Fax: 02744 9208-28
E-Mail: schilder@beycodent.de

dentaltrade

Preisfeuerwerk für Prothetik zur IDS



Zur IDS geht dentaltrade in die Preisoffensive. Innerhalb der Full-Service-Plus-Strategie stellen die Hanseaten in Halle 11.2, Stand P-033 ihr Angebots-Special 2011 vor. Dabei gewährt der Bremer Anbieter von Zahnersatz aus internationaler Produktion einen zusätzlichen Rabatt von 20 Prozent auf alle Leistungen von Kronen und Brücken sowie elf Prozent auf Leistungen von kombiniertem Zahnersatz. Das Angebot ist bis zum 30. April 2011 gültig. dentaltrade produziert im

eigenen TÜV zertifizierten Meisterlabor Expert Dental Lab in Shenzhen nach deutschen Qualitätsstandards. Als erstes Unternehmen seiner Branche kann dentaltrade die erfolgreiche TÜV-Zertifizierung aller Standorte nach 13485:2003 + AC 2007 nachweisen.

*dentaltrade GmbH & Co. KG
Grazer Str. 8
28359 Bremen
Tel.: 0421 247147-0
Fax: 0421 247147-9
www.dentaltrade-zahnersatz.de
E-Mail: service@dentaltrade.de*

DCIs-Dental Consulting

Neue Maßstäbe in LED-Technologie

Zur IDS 2011 setzt DCI erneut Maßstäbe in der LED-Technik mit einer neuen Generation der weltweit kleinsten LED-Kopflichter: drei Gramm leicht und adaptierbar an alle Lupen und Brillengestelle.



Die optimierte Linsentechnik des HighLights ermöglicht einen Powerbeam von 60 000 Lux. Ein wiederaufladbarer Lithium-Ionen-Akku neuester Technologie garantiert den Einsatz für 50 000 Arbeitsstunden und erzeugt konstante Lichtleistung für mindestens acht Stunden. Das HighLight produziert 5500 Grad K Weißlicht in einem abgegrenztem Lichtfeld. Die Lichtintensität ist mit zwei Helligkeitsstufen einstellbar. Außerdem wird die Rest-

laufzeit angezeigt. Ein Tief- wie Überladeschutz ist integriert. Für eine hygienische Bedienung während der Behandlung in der Praxis oder im OP sorgt ein patentierter Flächenschalter, der mit dem Ellenbogen bedient werden kann.

*DCI-Dental Consulting GmbH
Kämpenstr. 6 b
24106 Kiel
Tel.: 0431 35038
www.dci-dental.com
E-Mail: info@dci-dental.com*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Procter & Gamble

Pflegeset gegen Halitosis

Zur Eindämmung und Vorbeugung von Halitosis empfiehlt sich gezielt die gründliche Reinigung der Zunge sowie schwer zugänglicher Bereiche mit Spezialinstrumenten. Hierfür hat Oral-B das „Oral-B OralCare Essentials Kit“ entwickelt. Dieses vereint drei Hilfsmittel für die häusliche Anwendung: einen Zungenreiniger, eine Interspace-Bürste sowie einen Interdental-Reiniger. Alle drei Instrumente passen auf jede oszillierend-rotierende Zahnbürste von Oral-B. Der Zungenreiniger ist mit weichen Noppen versehen, um Zungenbeläge effizient und gleichzeitig sanft zu entfernen. Die Interspace-Bürste ist insbesondere für Patienten mit Brücken, Kronen, Implantaten und anderen restaurativen Arbeiten sowie kieferorthopädische Apparaturen entwickelt. Der Interdental-Reiniger mit seinen austauschbaren Kunststoffspit-



zen erlaubt eine zahnfleischschonende Lockerung und Herauslösung grober Speisereste aus den Zahnzwischenräumen.

*Procter & Gamble Germany
Professional Oral Health
Sulzbacher Straße 40
65823 Schwalbach am Taunus
Tel.: 06196 893504*

Hu-Friedy

Instrumenten-Recycling-Aktion

Hu-Friedy hat ein besonderes Angebot für den deutschen Dentalmarkt neu aufgelegt und erweitert: Die neue Recycling-Aktion umfasst nun Instrumente aus allen Behandlungsbereichen von der Diagnostik über die konservierende Behandlung bis hin zur Chirurgie. Wer also beim Kauf von Sonden, Scalern, Küretten oder Zangen seine alten Instrumente eintauscht, erhält neue Instrumente gratis dazu. Die zurückgegebenen Materialien werden fachgerecht gesammelt und

wiederverwertet. Zahnärzte können so aktiv zum Umweltschutz beitragen und gleichzeitig durch die Verwendung hochwertiger Instrumente die Wertschöpfung in ihrer Praxis steigern. Bereits in 2010 haben die Zahnärzte in Deutschland das Angebot von Hu-Friedy in großer Zahl genutzt.

*Hu-Friedy Mfg. BV
European Headquarters
Customer Care Department
Rotterdam
Tel.: 00800 48374339
Fax: 00800 48374340
www.hufriedy.eu
E-Mail: info@hufriedy.eu*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

DMG

Geballte Kompetenz auf dem IDS-Stand

Neue Produkte und kompetente Vorträge – das will der Hamburger Hersteller DMG seinen Besuchern auf der IDS 2011 bieten. Die Materialexperten präsentieren mit Luxatemp Star und Honigum Pro erstmals die neueste Generation zweier Erfolgsprodukte.

Außerdem sind zahlreiche namhafte Experten zu Gast am DMG Stand. Unter ihnen OA PD Dr. Hendrik Meyer-Lückel und Dr. Sebastian Paris, die – gemeinsam mit Prof. Dr. A. M. Kielbassa und OA Dr. J. Müller – maßgeblichen Entwickler der Kariesinfiltration. So prominent unterstützt, bietet die Innovation Lounge am DMG Stand täglich praxisorientierte Vorträge zu verschiedenen The-



men, sowohl in deutscher als auch englischer Sprache (Halle 10.1, Stand F40/G41).

*DMG
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Kostenfreies Service-Telefon:
0800 3644262
www.dmg-dental.com
E-Mail: info@dmg-dental.com*

DENTSPLY Friadent

Im Zeichen langfristiger Erfolge



Zu den Neuheiten, die zur IDS das Gesamtkonzept „von der Wurzel bis zur Krone“ perfekt ergänzen, gehören vor allem Entwicklungen im Bereich digitaler Lösungen: Mit der zweiteiligen TitaniumBase-Klebebasis für individuell gefertigte Keramikaufbauten ermöglicht DENTSPLY Friadent hochästhetische personalisierte Prothetik auf ANKYLOS und XiVE ab der individuellen Ausformung des Weichgewebes. Auch der für DENTSPLY Friadent und DeguDent einheitlich organisierte, zentrale Compartis-

Scan&Design-Service für digitale Prothetik und das „Mehr als Custom Abutments“ wird am IDS-Stand vorgestellt. Über diesen können Behandler ihre individuelle Implantatprothetik zukünftig noch einfacher und schneller erhalten. Die Behandlungszeit am Stuhl reduzieren – das wird nun mit ExpertEase, dem Guided-Surgery-System von DENTSPLY Friadent, möglich.

*DENTSPLY Friadent GmbH
Steinzeugstraße 50
68229 Mannheim,
www.dentsply-friadent.com*

Loser

Neuer Einwegansatz ProTip Turbo

Noch mehr Behandlungskomfort mit ProTip Turbo: Die hygienischen Einwegansätze für die Multifunktionsspritze sind besonders grazil gestaltet und ermöglichen jederzeit einen guten und direkten Zugang zum Behandlungsfeld. Aufgrund des optimierten Designs und verringerten Durchmessers entsteht ein kräftiger und fokussierter Luftbeziehungsweise Wasserstrahl zur effektiven Trocknung oder Spülung des Behandlungsbereiches. Die absolut sichere Trennung von Luft- und Wasser wird durch zwei im Ansatz separat verlaufende Kanäle ermöglicht. Auch die neuen ProTip Turbo

werden mittels Adapter an der Funktionsspritze befestigt. Der Einwegansatz wird mit einem Bajonettverschluss sicher auf dem Adapter fixiert.

ProTip Turbo ist ab April 2011 über den Fachhandel zu beziehen. Loser&Co bietet kostengünstige Einführungssets an, die den Wechsel und Einstieg in das System erleichtern.

*Loser & Co GmbH
Benzstr. 1c
51381 Leverkusen
Tel.: 02171 7066-70, Fax: -66
www.loser.de
E-Mail: info@loser.de*



orangedental

Neues 3D-Röntgengerät

PaX-Flex3D

– DVT - Multi FOV [8x5 u. 5x5], OPG, Scan-CEPH - modular

Das modulare DVT für maximale Flexibilität.



die auch implantologisch tätig sind, ausgerichtet. Das DVT ist hochauflösend und ermöglicht durch das Multi-FOV strahlungsoptimierte 3D-Aufnahmen mit einem

Nach der Einführung der 3D-Röntgengeräte Duo3D, Reve3D und Zenith3D wird auf der IDS 2011 das Flex3D vorgestellt. Das Flex3D ist ein modulares 3D-Röntgengerät, das als aufrüstbares Panoramagerät sowie als DVT mit integriertem OPG oder optional mit CEPH angeboten wird. Das Flex3D ist auf die Bedürfnisse der allgemeinen Praxen,

FOV von 8x5 cm oder 5x5 cm. Die Aufrüstung auf 3D ist durch einfaches Einsetzen der 3D-Sensorkassette jederzeit möglich. Auch im Bereich Software und Spezialgeräte wird orangedental zur IDS mit Innovationen aufwarten.

*orangedental
Aspachstrasse 11
88400 Biberach
Tel.: 07351 47499-0
www.orangedental.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Imex Dental und Technik

Anatomische Vollzirkon-Krone

Zirkon und die CAD/CAM-Technologie sind aus der modernen Zahntechnik nicht mehr wegzudenken. Nicht nur die Nachfrage steigt kontinuierlich, auch die technischen Möglichkeiten und die Anwendungsbereiche werden immer vielfältiger. Die Imex Dental und Technik GmbH mit ihrem Essener Fräszentrum zählt zu den Spezialisten auf diesem Gebiet. Das Fräszentrum wurde im vergangenen Jahr um eine zusätzliche hochmoderne CAD/CAM-Anlage der Firma Wieland erweitert. Seit Anfang 2011 hat Imex auch verblendfreie, anatomische Vollzirkon-Kronen und Brücken „aus einem Stück“ im Leistungsspektrum. Sie stellen eine echte Alter-



native zu metallischen Vollguss-Versorgungen dar. Die Vollzirkon-Krone gibt es bei Imex – „100 Prozent made in Germany“ – schon für 99 Euro inklusive aller Leistungen, Mehrwertsteuer und Versand.

*Imex Dental und Technik GmbH
Bonsiepen 6-8
45136 Essen
Tel.: 0201 74999-0, Fax: -21
www.imexdental.de
E-Mail: info@imexdental.de*

Tokuyama Dental

Fließfähiges Supra-Nanofüller-Komposit

ESTELITE FLOW QUICK (Foto) und FLOW QUICK HIGH FLOW sind zwei fließfähige Materialien, die das gesamte Einsatzspektrum von Flow-Kompositen abdecken. FLOW QUICK bietet als „Standardkomposit“ vielfältige Einsatzmöglichkeiten.



Beide Materialien überzeugen mit ihren runden Füllstoffen, die die Basis für den hervorragenden

Chamäleoneneffekt bilden. ESTELITE ist das einzige Komposit weltweit mit sphärischen und gleichzeitig größenkontrollierten Füllstoffen, die einen idealen und naturtreuen Lichtbrechungsindex erzeugen. Die kugelförmigen Füllstoffe brechen das Licht so, wie es in einem natürlichen Zahn geschieht und es die Natur vorgesehen hat. Dies erzeugt den Effekt, dass sich das Komposit dem Zahn, unter den unterschiedlichsten Lichtverhältnissen, ideal anpasst.

*Tokuyama Dental
Deutschland GmbH
Siemensstr. 46
48341 Altenberge
www.tokuyama-dental.de
E-Mail: info@tokuyama-dental.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Philips

Sonicare Weltneuheit

Philips Sonicare lädt die Besucher der IDS ein, eine Weltneuheit kennenzulernen. Das neue Philips Sonicare Produktprogramm deckt das Spektrum Mundhygiene, Interdentalraumreinigung und Patient compliance kompetent ab. Die neuen Philips Sonicare Produkte können direkt auf dem IDS-Messestand ausprobiert werden. Der eigene Eindruck zählt und zeigt den individuellen Nutzen auf. Die Gäste von Philips Sonicare sind darüber hinaus eingeladen, auf dem IDS-Stand an einer Erhebung zur Compliance ihrer Patienten bei der Interdentalpflege teilzunehmen – die Ergebnisse werden nach der IDS veröffentlicht. Besuchen Sie den



Erleben Sie eine Philips Sonicare Weltneuheit!

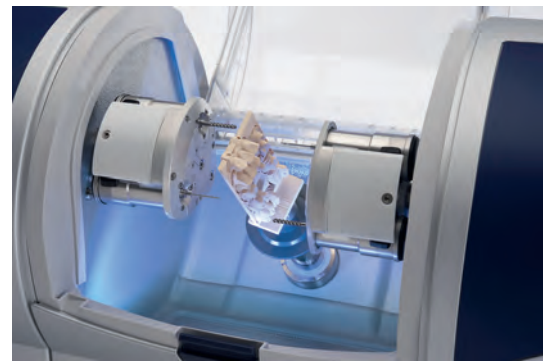
Ausstellungsstand von Philips Sonicare auf der IDS und erleben Sie die Weltneuheit: Halle 11.3, Stand H010 J019/G010 H019.

*Philips GmbH
UB Consumer Lifestyle
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 040 2899-0
www.sonicare.de*

Sirona

Modelle im eigenen Labor erstellen

Der Zahntechniker kann im digitalen Verfahren künftig auch die Modelle selbst herstellen, und holt damit die Wertschöpfung komplett ins eigene Labor. Die weiterentwickelte Schleifeinheit inLab MC XL wurde mit neuen Motoren ausgestattet, die sowohl Schleifen als auch Fräsen können. Zusammen mit dem sofort erhältlichen Software Update inLab V3.85 kann der Zahntechniker künftig erstmals Pin-Modelle fräsen. Damit schließt Sirona die digitale Prozesskette von CEREC Connect komplett. Seit 2009 können Zahnärzte und Zahntechniker über CEREC Con-



nect von Sirona digitale Abformungen austauschen. Jetzt ist es erstmals möglich, auf Grundlage der digitalen Daten das Modell mit inLab selbst herzustellen.

*Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0
Fax: 06251 16-2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de*

SHOFU

Plus für den Anwender

Mit den auch speziell für okklusionstragende Klasse-I- und Klasse-II-Füllungen zugelassenen fließfähigen Komposit-Materialien

BEAUTIFIL Flow Plus F00 („Zero Flow“) und F03 („Low Flow“) ist

SHOFU Dental eine vorteilhaft nutzbare Neuerung gelungen.

Durch diese werkstoffkundlich neu konzeptionierten, in Kavitäten gezielt „injizierbaren“ Restaurationswerkstoffe lassen sich auch morphologisch komplexe Kavitäten leicht und daher in angenehm kurzer Behandlungszeit anatomisch-funktionell stimmig auffüllen.



Ausarbeitung und Polierbarkeit dieser Komposite sind hervorragend.

SHOFU ist auf der IDS in Halle Halle 4.1, Stand A40/B49, zu finden.

SHOFU Dental GmbH
Am Brüll 17
40878 Ratingen
Tel.: 02102 8664-0, Fax: -65
E-Mail: info@shofu.de
www.shofu.de

R-dental

Abformmaterial für direkte Scans

Das neue MONO S SCAN von R-dental ist das erste scanbare Einphasen-Präzisionsabformmaterial für das direkte Scannen einer intraoralen Abformung. MONO S SCAN wird von SIRONA für CEREC AC mit CEREC Bluecam empfohlen.

Der Vorteil des Materials liegt darin, dass durch das direkte Scannen der Abformung (des Negativs) der Schritt Ausgießen mit anschließendem Scannen des Modells eingespart wird. Das reduziert eine mögliche Fehlerquelle dieses Arbeitsschrittes und den Zeitaufwand. MONO S SCAN ist neben Einphasenabformungen auch für Doppelmischtechniken indiziert. Das standfeste und thixotrope Material kann



puderfrei gescant werden. Die super hydrophile Konsistenz ermöglicht eine sehr gute Benetzbarkeit der Zahnhartsubstanz. MONO S SCAN ist in handelsüblichen Doppelkartuschen à 50 ml erhältlich.

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

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Straumann

Intra-orales Scannen – live

Dem intra-oralen, puderfreien Scannen mit Cadent iTero dürfte die Zukunft gehören, meint das Unternehmen Straumann. Auf der IDS können die Besucher die Fähigkeiten des iTero Intra-oral-Scanners am Straumann-Messestand live erleben. Deshalb ist der IDS-Besuch eine gute Gelegenheit, sich dieses Verfahren in der Anwendung einmal genauer anzusehen und alle Facetten des Systems kennenzulernen. „Das intra-orale Scannen ist der sicherste Weg, um Behandlungszeiten zu reduzieren, Neuanfertigungen zu vermeiden und die Patientenzufriedenheit zu steigern“, erklärt Straumann. Die Vorteile der digitalen Abformung sprechen



für sich. Durch Patientenbewegungen während der Abformung und dem Entfernen des Abdrucks oder während der Desinfektion können Verzerrungen entstehen. Diese bleiben hier außen vor. Eine eventuell nötige Korrektur des digitalen Abdrucks sei mit Hilfe der Software auf dem Bildschirm sofort möglich.

*Straumann GmbH
Jechtinger Straße 9
79111 Freiburg
Tel.: 0761 45010
Fax: 0761 4501490
www.straumann.de
E-Mail: info.de@straumann.com*

Komet/Gebr. Brasseler

Microsoft Tag Reader

Komet benutzt jetzt eine neue Technologie, die es jedem Smart Phone-Besitzer ermöglicht, Videos von den drei innovativsten Komet-Produkten abzuspielen. Die Microsoft Tag Technologie ermöglicht es, per Telefon den „Tag zu scannen“ und ohne Einsatz eines Computers die Videos vom Einsatz der OS Scheiben inklusive dem oszillierenden Handstück OS30, vom Endo Rescue Set (Satz 4601) sowie dem Angle Modulation System abzuspielen. Die Technologie kann mit jedem Smart Phone (etwa Android, Blackberry oder iPhone)

angewandt werden. Um diesen kostenfreien Service auf dem Telefon zu benutzen, gibt der Nutzer im Internetbrowser seines Telefons den Link <http://gettag.mobi> ein und folgt dann den Anweisungen. Sowie die Software auf das Smartphone geladen wurde, können die Tags eingescannt und die Produkte in Aktion abgespielt werden.

*Komet/Gebr. Brasseler
GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 05261 701-239
Fax: 05261 701-289
www.kometdental.de
E-Mail: info@brasseler.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

American Dental Systems

Sichere und zuverlässige Haftung

Die neue patentierte Gummi-Urethan-Formel von Tuff-Temp sorgt dafür, dass provisorische Veneer-, Kronen- und Brücken-Restaurationen fest verankert sind. Das Resin Tuff-Temp ist robuster, belastbarer und stabiler als Prothesen-Kunststoffe. Bruchrisiko und schlechte Haftung werden signifikant minimiert. Tuff-Temp lässt sich sehr gut verteilen, es hinterlässt klare und akurate Ränder, die sich weder ent härten noch verzerren. Mit Tuff-Temp bleiben Finishing-Instrumente sauber und verkleben nicht.

Tuff-Temp ist dualhärtend und eignet sich gut bei der Anwendung von durchsichtigen Vinyl-



Polysiloxan-Schablonen. Das Material zeichnet sich aus durch eine hohe Biegefestigkeit und schnelle Lichtaushärtung.

*American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
www.ADSystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de*

Wrigley Oral Healthcare Programs

Kaugummistreifen mit Mikrogranulaten

Zähneputzen morgens und abends. Für die Mehrheit der Patienten ist dies inzwischen zum täglichen Ritual geworden. Doch auch wenn tagsüber keine Zahnbürste zur Hand ist, kann jeder etwas für die Gesunderhaltung seiner Zähne tun:

durch Speichelstimulation mit Zahnpflegekaugummi. Darauf macht Wrigley Oral Healthcare Programs mit seiner Kampagne „Prophylaxe nach dem Mittagessen“ aufmerksam und stellt auf der IDS 2011 Wrigley's Extra Professional Mini-Streifen vor. Wichtig ist dies vor allem nach kohlenhydrathaltigen Mahlzeiten, die einen raschen pH-Wert-Abfall im Mundraum zur Folge haben. Durch anschließendes 15- bis



20-minütiges Kauen von Zahnpflegekaugummi wie Wrigley's Extra Professional mit Mikrogranulaten lässt sich der Speichelfluss bis um das Zehnfache stimulieren [Dawes C et al.: Caries Res 26 (1992)].

*Wrigley Oral Healthcare Programs
Biberger Str. 18
82008 Unterhaching
Tel.: 089 66510-514
Fax: 089 66510-457
www.wrigley-dental.de
E-Mail: info@germany@wrigley.com*

GlaxoSmithKline

PerioMarker auf der IDS testen

Zahnärzte und ihr Team können jetzt erstmals parodontalen Gewebeabbau und somit das Risiko für eine parodontale Progression diagnostizieren, noch bevor klinische Zeichen sichtbar werden. Der PerioMarker aMMP-8 Schnelltest von Chlorhexamed weist mittels einer patentierten Technologie das Enzym Matrix-Metalloproteinase-8 nach.

Insbesondere bei Parodontitispatienten in der Nachsorge, bei Implantatpatienten und bei Risikopatienten ist die Früherkennung einer aktiven parodontalen Entzündung eine wertvolle Hilfe. Der Schnelltest kann chair-side vom Zahnarzt oder einer Mitar-



beiterin in etwa zehn Minuten durchgeführt werden. Das individuelle Parodontitis-Risiko können IDS-Besucher auf der Messe direkt am GSK-Stand ausprobieren (Halle 11.3., Stand K020).

GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
Tel.: 07223 76-2681
www.chlorhexamed.de

WIELAND Dental + Technik

Fräsen mit Kompaktgerät

Dass HighTech nicht immer groß sein muss, zeigt das ultrakompakte Frässystem ZENOTEC mini. Es glänzt mit Effizienz und Wertigkeit. Vereint mit Scanner und PC komprimiert die Fräsmaschine das Labor auf Schreibtischgröße. Und das zu einem erschwinglichen Preis.



Mit Hilfe ihrer 4-Achsgeometrie, einer hochwertigen Schnellfrequenzspindel sowie integrierter Steuerungselektronik und -software ist die Maschine für alle Arbeiten im Labor gerüstet. Sauber und präzise verarbeitet das Frässystem Zirkonoxide, Kunststoffe und Wachse zu den Indikationen der Wahl.

Das Softwarepaket der ZENOTEC mini umfasst neben der Maschinensteuerung auch die bereits etablierte ZENOTEC CAM Basic Software.

WIELAND Dental + Technik
GmbH & Co. KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 07231 3705-0
Fax: 07231 357959
www.wieland-dental.de
E-Mail: info@wieland-dental.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

enretec

Professionelle Entsorgung

In Zusammenarbeit mit führenden deutschen Dental-Fachhändlern hat das Entsorgungsunternehmen enretec GmbH ein neuartiges Entsorgungskonzept für Praxisabfälle entwickelt. Gemeinsam mit den Dental-Depots bietet der Entsorger ein behördlich kontrolliertes Rücknahmesystem in höchster Qualität. Danach brauchen Zahnärzte nicht mehr einen oder mehrere vertrauenswürdige Entsorger. Sie können einfach bei ihrem Dental-Depot entsorgen: im 24-Stunden-Service, bedarfsgerecht – ohne Vertrag, zu fairen Konditionen. Von Flensburg bis ins Allgäu haben die Kunden der Dental-Depots die Möglichkeit, ihre Abfälle nun noch schneller und kostengünstiger



entsorgen zu lassen. Neben den angebotenen Serviceleistungen will enretec mit einem Gewinnspiel (Einsendeschluss 31. März 2011) und attraktiven Preisen die Praxen neugierig machen.

enretec GmbH
Kanalstraße 17
16727 Velten bei Berlin
Tel.: 0800 3673832
www.enretec.de
E-Mail: info@enretec.de

Linudent

Neue Generation der Software ZE

LinuDent

powered by PHARMATECHNIK

Mit der neuesten Generation der ZE aus dem Hause LinuDent wird die Arbeit in der Zahnarztpraxis kinderleicht und übersichtlich. Jede Planung wird befundorientiert auf einen Klick erledigt. Alternativpläne werden direkt mit erstellt und können auf einen Blick miteinander verglichen werden.

„Für das Praxisteam bringt die neue Software eine deutliche Arbeiterleichterung, Zeitersparnis und zufriedene Patienten“, erklärt Holger Reinhoff, Geschäftsführer Zahnmedizin bei Linu-

Dent. Für interessierte Neukunden hat LinuDent auf der IDS attraktive Prämien im Angebot. Jeder Zahnarzt, der sich für die Software entscheidet, erhält ein iPhone. Wer sich zu einem OPG oder DVT der Marke Morita entschließt, erhält ein iPad. LinuDent ist auf der IDS in der Halle 11.3, Stand G08-H09, vertreten.

LinuDent
Münchener Straße 15
82319 Starnberg
Tel.: 08151 4442-0
Fax: 08151 4442-7000
www.linudent.de
E-Mail: info@linudent.de

Medentis

Individuelle Implantat-Abutments

Neben den klassischen Versorgungsformen wie Brücken, Kronen und Inlays aus Keramik, NE-Metall und Glaskeramik ist denta5 auch für die individuelle und passgenaue CAD/CAM-Fertigung von Abutments aus Titan und Keramik anderer Implantatsysteme geeignet. Das Komplettsystem (bestehend aus Scanner, Monitor, CAD-Software und PC) erhalten die denta5-Anwender kostenfrei, wenn sie in den ersten 48 Monaten einen Mindestumsatz von 660 Euro monatlich beauftragen.

Die medentis medical GmbH bietet mit denta5 die nächste Innovation aus dem Bereich der individuellen CAD/CAM-gefertigten Prothetik für passgenaue Restaurationen vom Implantat bis zur Krone.

medentis medical GmbH
Gartenstraße 12
53507 Dernau
Tel.: 02643 902000-0
Fax: 02643 902000-20
www.templant.de
E-Mail: info@medentis.de

Müller-Omicron

Aqium 3D setzt neuen Standard

Müller-Omicron Dental präsentiert auf der IDS, passend zum 50. Firmengeburtstag, sein neues, wegweisendes Abformsystem Aqium 3D. Damit ist es gelungen, eine hohe und sofort einsetzende Hydrophilie zu erzielen bei gleichzeitig hoher Reißdehnung und -festigkeit. Das Material bietet Sicherheit und ist in dieser Kombination einzigartig im Dentalmarkt.

Ein Vergleichstest mit bekannten Markenprodukten, durchgeführt von einem externen Prüflabor, bestätigt die außergewöhnliche Performance von Aqium 3D. Aspekte des Handlings wie Viskositäten, Farbkontrast und Abbindezeiten wurden in Zusammenarbeit mit Zahnärzten aus der

Praxis justiert. Die mit Aqium 3D hergestellten Abformungen sind scanbar. So kann eine auf digitalen Daten basierende, computergestützte Fertigungsprozesskette genutzt werden. IDS-Stand von Müller-Omicron Dental: Gang J090/K099, Halle 4.2

Müller-Omicron GmbH & Co.KG
Schlosserstraße 1
51789 Lindlar
Tel.: 02266 47420
Fax: 02266 3417
www.mueller-omicron.de
E-Mail: info@mueller-omicron.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 22. 5. 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** – Zuverlässige Haftung (S. 160)
- BEGO** – Highlights auf der IDS (S. 152)
- BEYCODENT** – Passendes Schild für die Praxis (S. 154)
- CarieScan** – Exklusivvertrieb durch orangedental (S. 153)
- Coltène/Whaledent** – Direct Composit Veneers (S. 154)
- DCI** – Neue Maßstäbe in LED-Technologie (S. 155)
- dentaltrade** – Preisfeuerwerk für Prothetik zur IDS (S. 155)
- DENTSPLY Friadent** – Im Zeichen langfristiger Erfolge (S. 156)
- DMG** – Geballte Kompetenz auf dem IDS-Stand (S. 156)
- enretec** – Professionelle Entsorgung (S. 161)
- easyC.M.D.** – Für eine sichere Diagnose (S. 154)
- GlaxoSmithKline** – PerioMarker auf der IDS testen (S. 161)
- Hu-Friedy** – Instrumenten-Recycling-Aktion (S. 156)
- Imex** – Anatomische Vollzirkon-Krone (S. 158)
- Ivoclar Vivadent** – Starker Auftritt (S. 154)
- Kettenbach** – Scanfähiger Abformlöffel (S. 152)
- Komet** – Microsoft Tag Reader (S. 160)
- Kuraray** – Panavia F 2.0 Complete Kit (S. 153)
- lege artis** – Zukunft mit Biss (S. 152)
- Linudent** – Neue Generation der Software ZE (S. 161)
- Losier** – Neuer Einwegansatz ProTip (S. 157)
- Medentis** – Individuelle Implantat-Abutments (S. 161)
- Müller-Omicron** – Aqium 3D setzt neuen Standard (S. 161)
- orangedental** – Neues 3D Röntgengerät (S. 157)
- Procter & Gamble** – Pflegeset gegen Halitosis (S. 156)
- Philips** – Sonicare Weltneuheit (S. 158)
- R-dental** – Abformmaterial für direkte Scans (S. 159)
- SHOFU** – Plus für den Anwender (S. 159)
- Sirona** – Modelle im eigenen Labor erstellen (S. 158)
- Straumann** – Intra-orales Scannen – live (S. 160)
- Tokuyama** – Fließfähiges Supra-Nanofüller-Komposit (S. 158)
- W&H** – Multidem Wasser-Aufbereitungssystem (S. 152)
- Wieland** – Fräsen mit Kompaktgerät (S. 161)
- Wrigley** – Kaugummi mit Mikrogranulaten (S. 160)

Basis-Rollout

Aktuelle FAQs zur eGK

Nach Jahren gefühlten Stillstands nimmt das Projekt elektronische Gesundheitskarte (eGK) plötzlich an Fahrt auf: Ab Oktober ist die eGK neben der Krankenversichertenkarte gültiger Versicherungsnachweis. Was auf die Zahnärzte und ihre Praxen zukommt, hat die KZBV jetzt übersichtlich zusammengestellt. Hier die wichtigsten Fragen und Antworten zum Thema eGK.

Ende 2009 hatten die Regierungsfractionen im Koalitionsvertrag eine Überprüfung des Projekts „elektronische Gesundheitskarte“ festgeschrieben. Darin heißt es:

„Vor einer weitergehenden Umsetzung werden wir eine Bestandsaufnahme vornehmen, bei der Geschäftsmodelle und Organisationsstrukturen der gematik und ihr Zusammenwirken mit der Selbstverwaltung und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie die bisherigen Erfahrungen in den Testregionen überprüft und bewertet werden. Danach werden wir entscheiden, ob eine Weiterarbeit auf Grundlage der Strukturen möglich und sinnvoll ist.“

Die Bestandsaufnahme ist mittlerweile beendet. Die Regierung hat beschlossen, dass zunächst die Anwendungen Online-Versichertenstammdatenabgleich, Notfalldatenspeicherung auf der eGK und der elektronische Arztbrief realisiert werden sollen. Alle anderen Anwendungen sind bis auf Weiteres mit einem Moratorium belegt.

■ Was ist der aktuelle Stand bei der Einführung der Karte?

Die Ausstattung der Zahnarztpraxen für den Umgang mit der eGK in der Region Nordrhein ist abgeschlossen. Erste eGKs wurden an Versicherte in Nordrhein ausgegeben. Sie sind zurzeit noch kein gültiger Versicherungsnachweis. Nach Abschluss der Ausstattung der übrigen Regionen werden die Kassen mit der Ausgabe der Karten fortfahren. Ab dem 1.10.2011 können eGKs neben der Krankenversichertenkarte als gültiger Versicherungsnachweis in den Praxen vorgelegt werden. In welchem Umfang und in welchen Regionen die Kassen mit der Ausgabe der eGK beginnen werden, ist nicht bekannt.



Fotos für die eGK. Die neue Karte ist mit einem Lichtbild des Versicherten versehen.

■ Müssen Praxen außerhalb von Nordrhein nun ebenfalls ein eGK-fähiges Kartenterminal anschaffen?

Ja. Die Ausstattung der übrigen Regionen beginnt spätestens am 1.4.2011 und muss bis zum 30.9.2011 abgeschlossen sein. Möglicherweise bieten KZVen ihren Praxen auch schon früher die Refinanzierung der anzuschaffenden Kartenterminals an. Ihre KZV wird Sie auf jeden Fall rechtzeitig über den genauen Ablauf informieren.

■ Wie hoch sind die Pauschalen für Kartenterminals?

Die Einführung der eGK wird von den Krankenkassen finanziert. Jede Praxis und auch jeder ermächtigte Zahnarzt erhält Pauscha-

len für die Anschaffung der ihr zustehenden stationären und mobilen Kartenterminals und deren Installation (Anschluss an das Praxisverwaltungssystem).

Die Pauschalen werden aber nur für den Kauf von Geräten erstattet, die eine Zulassung der gematik erhalten haben. Für die Region Nordrhein ist die Ausstattung und die Refinanzierung der Geräte abgeschlossen. Für die weiteren Regionen wurden folgende Pauschalen zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband vertraglich vereinbart:

- Stationäres E-Health-BCS-Kartenterminal 355 Euro
- Installationsbedingte Mehraufwendungen 215 Euro
- Migrationsfähiges mobiles Kartenterminal 280 Euro



Ab Oktober müssen Zahnarztpraxen die eGK einlesen können. Dann gilt sie als Versicherungsnachweis.

Durchführung von Hausbesuchen). Welche und wie viele Kartenterminals Ihrer Praxis erstattet werden, erfahren Sie ebenfalls von Ihrer KZV. Vor der Auswahl und Anschaffung von Kartenterminals sollten Sie daher Kontakt zu Ihrer KZV aufnehmen, um zu erfahren, welche Erstattung Ihrer Praxis zusteht. Außerdem sollten Sie mit Ihrem PVS-Hersteller klären, welche Kartenterminals mit Ihrem Praxisverwaltungssystem zusammenarbeiten.

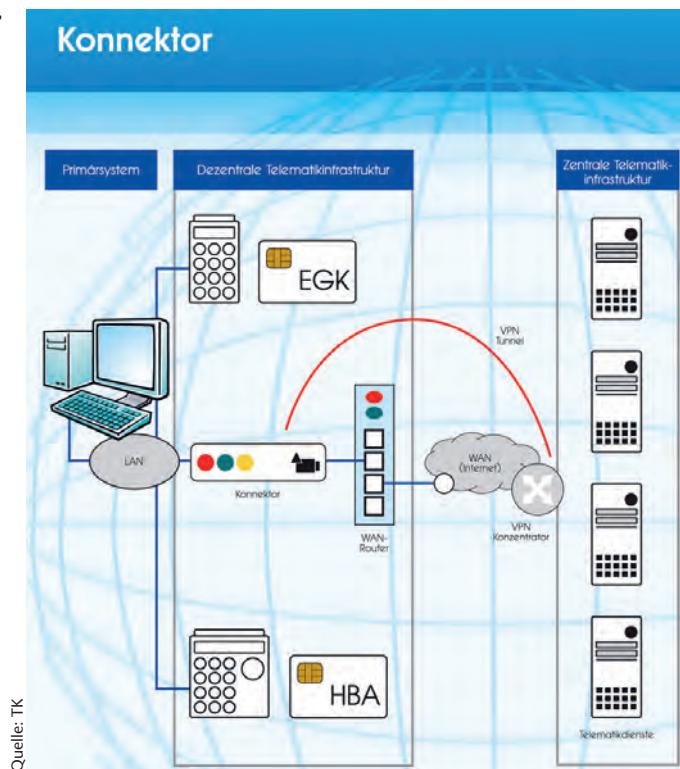
■ Wie ist heute bei Defekt eines Kartenterminals zu verfahren?

Wenn Sie ein defektes Terminal austauschen oder aus anderen Gründen ein neues Kartenlesegerät anschaffen müssen, sollten Sie darauf achten, ein von der gematik zugelassenes eHealth-BCS-Kartenterminal zu kaufen, das die eGK lesen kann. Nur dann ist

Die Kostenerstattung erfolgt durch Ihre KZV, die Ihnen auch rechtzeitig mitteilen wird, wann der Basis-Rollout in Ihrer Region beginnt. Grundsätzlich wird für jede Praxis mindestens ein stationäres Kartenterminal

refinanziert. Für große Praxen – Gemeinschaftspraxen mit mehr als drei Zahnärzten – werden weitere Terminals erstattet. In begründeten Fällen werden auch mobile Terminals refinanziert (bei nachgewiesener

Die eGK erfordert eine neue Infrastruktur in der Praxis.



eine Erstattung der Pauschale möglich. Die Pauschale wird ausbezahlt, wenn Sie – nach Beginn des Ausstattungszeitraums – gegenüber Ihrer KZV nachweisen, dass Ihre Praxis eGK-fähig ist. Es spielt keine Rolle, ob Sie das Lesegerät schon vorher angeschafft haben. Informationen zu zugelassenen Kartenterminals gibt es auf der Webseite der gematik (<http://www.gematik.de>).

Wichtig: Sie sollten sich vor dem Kauf eines Kartenterminals mit dem Hersteller Ihres Praxisverwaltungssystems in Verbindung setzen und klären, welche zugelassenen Kartenterminals mit dem Praxisverwaltungssystem harmonieren.

Sollten Sie anstelle eines stationären Kartenterminals ein mobiles Kartenterminal anschaffen wollen, so kann das grundsätzlich bis auf Weiteres auch als stationäres Terminal eingesetzt werden. Allerdings ist zu beachten, dass die durch die gematik zugelassenen mobilen Terminals nicht netzwerkfähig sind. Für den Fall, dass Sie sich später für eine Online-Anbindung Ihres Praxisverwaltungssystems entscheiden sollten, wäre also die Anschaffung eines netzwerkfähigen (stationären) Geräts auf eigene Kosten notwendig.

■ Kann die KZV den Kauf eines bestimmten Kartenterminals empfehlen?

Nein. Zum einen darf die KZV aus wettbewerbsrechtlichen Gründen keine Präferenzen aussprechen, zum anderen muss das Terminal mit dem jeweiligen Praxisverwaltungssystem kompatibel sein. Dazu kann nur der Hersteller des Praxisverwaltungssystems Auskunft geben. Eine Liste der zugelassenen Terminals finden Sie unter: <http://www.gematik.de>.

■ Woran erkenne ich die eGK?

Die eGK unterscheidet sich optisch von der Krankenversichertenkarte. Rechts oben befindet sich die Aufschrift „Gesundheitskarte“. Die eGK trägt ein Foto des Versicherten, wenn er über 15 Jahre alt ist. Es kann in seltenen Ausnahmefällen fehlen, wenn dem Versicherten eine Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich war. Für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr wird die eGK im Regelfall daher nur mit Lichtbild einen gültigen Versicherungsnachweis darstellen.

■ Was ist zu tun, wenn Patienten mit ihrer eGK in eine Praxis kommen?

Ein Teil der Versicherten in Nordrhein hat bereits eine eGK erhalten. Nach Abschluss des Basis-Rollouts – also ab dem 1.10.2011 – werden die Kassen mit der Ausgabe fortfahren. Elektronische Gesundheitskarten sind ab dem 1.10.2011 als Versicherungsnachweis zugelassen. Das gilt unabhängig davon, ob die Praxis dann bereits mit einem eGK-Lesegerät ausgestattet ist. Präsentiert bis dahin ein Versicherter (zum Beispiel aus Nordrhein) in der Praxis eine eGK, muss er gebeten werden, seine bisherige Krankenversichertenkarte vorzulegen. Ist das nicht möglich, muss ein anderer gültiger Versicherungsnachweis vorgelegt werden (zum Beispiel eine Faxbestätigung der Krankenkasse mit Namen und Adresse der Kasse, Versichertenstammdaten mit Mitgliedsnummer und Versichertenstatus).

■ Ab wann ist die eGK gültiger Versicherungsnachweis?

Die eGK wird ab dem 1.10.2011 bundesweit gültiger Versicherungsnachweis. Auch nach diesem Stichtag bleibt die Krankenversichertenkarte bis auf Weiteres – parallel zur eGK – gültiger Versicherungsnachweis.

■ Ab wann wird die heutige Krankenversichertenkarte nicht mehr gültig sein?

Auch nach Abschluss des Basis-Rollouts bleibt die bisherige Krankenversichertenkarte bis auf Weiteres gültiger Versicherungsnachweis.

Der Stichtag, ab dem sie ihre Gültigkeit verliert, wird zu gegebener Zeit auf Bundesebene festgelegt. Die Krankenversichertenkarte kann erst dann für ungültig erklärt werden, wenn sichergestellt ist, dass alle Versicherten eine eGK erhalten haben. Dieser Zeitpunkt ist heute noch nicht absehbar. ■

KZBV

Versicherungen in der EU

EuGH entscheidet für Unisex-Tarife

Frauen und Männer sind bei der Berechnung von Versicherungstarifen ab dem 21. Dezember kommenden Jahres gleich zu behandeln. Dies entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH) Anfang März in einem lang erwarteten Urteil. Demnach dürfen Versicherer bei der Kalkulation ihrer Prämien und Leistungen künftig keine geschlechtsspezifischen Unterschiede aufgrund rein statistischer Risiken mehr machen. Vielmehr sind differenzierte Versicherungstarife künftig nur noch zulässig, wenn sie auf eindeutig nachweisbare biologische Unterschiede zurückgehen. Dies gilt beispielsweise für das „biologische Risiko“ einer Schwangerschaft bei der Berechnung privater Krankenversicherungsbeiträge. Der EuGH folgte mit seinem Urteilsspruch dem Rechtsgutachten der Generalanwältin Juliane Kokott. Die Niederlande-

rin hatte bereits im September letzten Jahres gefordert, in der Versicherungsbranche EU-weit Einheitstarife für Männer und Frauen einzuführen. Die Luxemburger Richter verwiesen in ihrer Begründung auf den seit 2004 gültigen Gleichbehandlungsgrundsatz nach EU-Recht, der eine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts verbietet. Für die Berechnung von Versicherungsprämien galt bislang allerdings eine Ausnahmeregelung. Die Versicherungen durften folglich weiterhin unterschiedliche Prämien verlangen, sofern sich das jeweilige geschlechtsspezifische Risiko durch versicherungsmathematische und statistische Daten belegen ließ. Diese Ausnahmeregelung hat der EuGH nun gekippt. Dem Urteil zufolge müssen die Versicherer nach einer Übergangsfrist von drei Jahren Einheitstarife für alle Policen anbieten. Auch Altverträge müssen angepasst werden. Der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft kritisierte das Urteil und warnte, Unisex-Tarife würden zu einem Anstieg des durchschnittlichen Prämienniveaus führen.

pr/ps



Foto: CC

Terminvergabe bei Fachärzten

Rösler gegen Frist für GKV-Patienten

Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) lehnt die von der Union vorgeschlagene Vorgabe für Fachärzte ab, dass sie Kassenpatienten künftig binnen drei Wochen einen Termin geben müssen. „Versprechen kann man viel, aber so löst man keine Probleme“, sagte Rösler der Zeitung „Die Welt“. „Eine gute Versor-

gungssituation kann man nicht einfach per Gesetz bestimmen“, erklärte der Minister weiter. Grund für die derzeit langen Wartezeiten ist nach Röslers Ansicht nicht der Unwillen der Ärzte, Patienten zu behandeln. Es gebe zu wenige Ärzte, die überhaupt noch Termine vergeben könnten.

pr/sf

KOMMENTAR

Missbrauch verhindern

Endlich hat der europäische Gerichtshof Klarheit geschaffen, was die Unisex-Tarife im Versicherungswesen angeht. Männer und Frauen bei der Erhebung der Prämien gleichzustellen, bedeutet ein Stück mehr Gerechtigkeit. Denn bisher sind zum Beispiel Männer bei der privaten Kranken-, bei der Pflege- oder bei der Rentenversicherung besser dran, Frauen dagegen bei Lebens- oder Kfz-Versicherungen. Die unterschiedliche Handhabung

ist nicht immer einsichtig, eine Angleichung also überfällig. Doch ist zu befürchten, dass die Versicherungswirtschaft das Votum des Gerichtshof nutzen wird, um ihre Prämien nach oben anzupassen. Die Verbraucherzentralen haben deshalb Recht, wenn sie vor teureren Versicherungen warnen. Es gilt, Missbrauch zu verhindern. Hier ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gefordert, aktiv zu werden.

Gabriele Prchala

Bund-Länder-Kommission

Flexiblere Bedarfsplanung avisiert

Bund und Länder wollen die Bedarfsplanung flexibler gestalten, indem die Planungsbereiche nicht mehr zwingend den Stadt- und Landkreisen entsprechen, sondern so gestaltet werden, „dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen“. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll zudem die Möglichkeit erhalten, die Planungsbereiche in hausärztliche, fachärztliche und spezialisierte fachärztliche Versorgung aufzufächern, so ein weiteres Ergebnis der Klausurtagung der Bund-Länder-Kommission zum Thema „Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland“. Außerdem kann der Landesausschuss, bestehend aus Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen, von den Bedarfsplanungsrichtlinien abweichen, um die vertragsärztliche Versorgung in bestimmten Regionen sicherzustellen, berichtet das „Deutsche Ärzteblatt“. Bund und Länder gehen auch konform darin, dass

die Bedarfsplanung künftig sektorübergreifend geregelt werden und die demographische Entwicklung und gegebenenfalls die Morbidität Berücksichtigung finden sollen. Erweitern will man dem Blatt zufolge darüber hinaus die Möglichkeiten der KVen, den freiwilligen Verzicht von Ärzten auf ihre Kassenzulassung zu fördern. Bislang ist eine solche Förderung auf Ärzte beschränkt, die mindestens 62 Jahre alt sind. Diese Altersgrenze soll gekippt werden.

zm

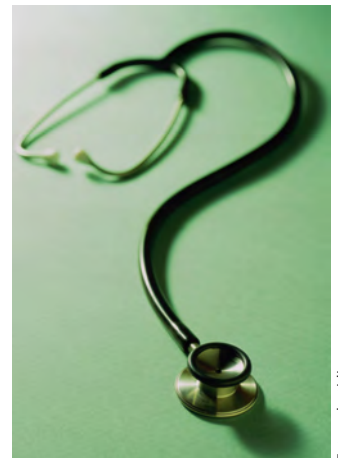


Foto: photidisc

Tag der Zahngesundheit 2011

Fokus auf Prophylaxe bei Kleinkindern

„Gesund beginnt im Mund – je früher, desto besser!“ ist das Motto des diesjährigen Tags der Zahngesundheit, das alle präventiv orientierten Bereiche der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde umfasst. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Prophylaxe im Kleinkindalter.

Themen für die Mitveranstalter können beispielsweise Schwan-



gerenberatung, häusliche Mundhygiene, frühkindliche Karies, der erste Praxisbesuch, Bedeutung von Milchgebiss und Zahnwechsel, Fluoride, gesunde Ernährung, aber auch kulturelle Besonderheiten und Public-Health-Gesichtspunkte sein. Die zentrale Pressekonzferenz zum Tag der Zahngesundheit

findet am 16. September 2011 in Berlin statt. pr/pm

TK-Zukunftskongress

Personalisierte Medizin ist noch Fiktion

Bei 30 Prozent aller Patienten wirken Medikamente noch nicht in der vorgesehenen Weise. Die „individualisierte Medizin“, in der die Therapie bestmöglich auf den einzelnen Menschen abgestimmt wird, stellt heute aber noch kein Allheilmittel dar. Zu diesem Ergebnis kommt der dritte TK-Zukunftskongress zum Thema „Arzneimittelversorgung 2.0“. „Die individualisierte und personalisierte Medizin halte ich derzeit noch für Science-Fiction“, erklärte Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Chefarzt am Helios-Klinikum Berlin-Buch und Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Allerhöchstens könne es Stratifizierung geben, indem Patientengruppen identifiziert und danach behandelt würden. Für viele Erkrankungen gebe es

noch keine Biomarker oder es sei eine so große Zahl an Genveränderungen vorhanden, dass dies kein Ansatz für eine Therapie sein könne. Hintergrund: Während Antidepressiva durchschnittlich bei 62 Prozent der Patienten wirken, sind es bei Krebsmedikamenten nur 25 Prozent. Beim Rest besteht sogar die Gefahr von gesundheitlichen Schäden. Die Forschung nach den unterschiedlichen Wirkungsweisen der Stoffe schreite immer weiter voran. „Während wir bislang immer nur im Nachhinein gucken konnten, was dem Patienten gut tat, sind wir inzwischen soweit, dass wir auch prospektiv schon abschätzen können, ob ein Patient von der Therapie profitieren wird“, bestätigte Dr. Claus Runge vom Arzneihersteller AstraZeneca. mp

Niedersachsen und Bremen

Zahntechniker fusionieren

Es gibt eine neue Zahntechniker-Innung, die sich über zwei Bundesländer erstreckt: Die Zahntechniker-Innungen Bremen und

Niedersachsen fusionierten zur Zahntechniker-Innung Niedersachsen-Bremen (ZINB). Mit der Fusion ist die neue Zahntechniker-

Großbritannien

Callcenter soll Praxisrezeption ersetzen

Britische Hausärzte sind empört, weil das Londoner Gesundheitsministerium mittelfristig die meisten Praxisrezeptionen durch anonyme Callcenter ersetzen will. Zehntausende Arbeitsplätze in den Praxen sind bedroht, warnten die Berufsverbände.

Gesundheitsminister Andrew Lansley steht unter Druck, weil er Kosten im staatlichen Gesundheitswesen (National Health Service, NHS) einsparen muss. Deshalb ließ er im vergangenen Jahr von Gutachtern prüfen, ob im Primärarztsektor rationalisiert werden kann. Die Experten empfahlen, bei den Hausärzten die Telefonrezeptionen zu ersetzen.

Patienten, die sich einen Hausarzttermin geben lassen möchten, müssen danach künftig statt in der Praxis in einem Callcenter namens „NHS Direct“ anrufen. Das Callcenter bucht dann den Hausarztbesuch online in der Praxis des Patienten. Der direkte Kontakt zwischen Praxis und Patient wird also eingeschränkt. Das spart jährlich dreistellige Millionenbeträge, so die vom

Gesundheitsministerium beauftragten Gutachter. Sowohl die Patientenverbände und die Gewerkschaften als auch die hausärztlichen Berufsverbände im Königreich laufen dagegen Sturm. „Das ist eine verrückte Idee“, urteilt beispielsweise Dr. Philip Cox aus Buckinghamshire. Der Hausarzt befürchtet, dass die Abschaffung der Telefonrezeption in seiner eigenen Praxis „organisatorisches Chaos und frustrierte Patienten“ hinterlassen werde. Andere Hausärzte sehen das ähnlich. Der britische Ärztenbund (British Medical Association, BMA) steht der Idee ebenfalls kritisch gegenüber. Jahrelang hätten sich britische Hausärzte um mehr Patientennähe bemüht. Jetzt versuche das Gesundheitsministerium aus Kostengründen, diese neu gefundene Patientennähe abzuschaffen.

Lansley hält ungeachtet der Kritik an seinen Plänen fest. Das neue Buchungssystem wird bereits in rund 20 NHS-Hausarztpraxen in der Grafschaft Surrey (Südost-England) getestet. Erste Ergebnisse seien „interessant und vielversprechend“, berichten britische Medien. Britische Zahnärzte fürchten nun, dass über kurz oder lang auch in den Zahnarztpraxen rationalisiert werden könnte. pr/ast



Foto: MEV

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Osten besonders von Demenz betroffen

Der Anteil der Demenzkranken beträgt bei uns über 1 600 je 100 000 Einwohner. Er dürfte sich binnen der nächsten dreißig Jahre verdoppeln. In weiten Teilen Ostdeutschlands gibt es einer neuen Studie zufolge jedoch bereits in 15 Jahren doppelt so viele Demente wie heute. Im „Demenz-Report“ legte das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung „Landkarten der Demenz“ für Deutschland, Österreich und die Schweiz vor, aus denen sich für jede einzelne Region der heutige Stand auf Basis der Daten von 2008 und die Prognose für 2025 ablesen lassen. Danach liegt die von Abwanderung geprägte östlichste Ecke Deutschlands, nahe der Grenze zur Tschechischen Republik, derzeit mit geschätzten 2 190 demenziell Erkrankten je 100 000 Einwohner weit über dem gesamtdeutschen Durchschnitt. Hier, wie auch in weiten

Teilen Ostdeutschlands, dürfte sich diese Zahl nach den Berechnungen des Berlin-Instituts bereits im Jahr 2025 verdoppelt haben. Die niedersächsischen Kreise Cloppenburg und Vechta hingegen blieben infolge überdurchschnittlich hoher Geburtenzahlen deutlich unter dem Durchschnitt. Dies gelte auch für den erweiterten Speckgürtel um München, wo das Angebot an Arbeitsplätzen junge Menschen und Familien anzieht. ck/pm



Foto: CC

Reform der Ärztehonore

Union fordert bessere Verteilung

Die Union dringt bei der geplanten Reform der Arzthonore auf eine Lösung ohne zusätzliche Belastungen für die Krankenkassen. Sie wehrt sich vor allem gegen Pläne von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler, geltende Honorarbegrenzungen für Landärzte aufzuheben, ohne im Gegenzug an anderer Stelle zu kürzen. Er unterstütze das Ziel von Rösler (FDP), Ärztemangel auf dem Land zu verhindern, sagte der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn (CDU), dem „Handels-

blatt“. „Doch vermissen wir in den Reformeckpunkten klare Vorgaben für einen Abbau von Überversorgung in Ballungszentren.“ Die Reform dürfe nicht zu zusätzlichen Belastungen für die Krankenkassen führen. Damit schwenkt Spahn auf die Linie der Krankenkassen ein, die vor steigenden Kassenbeiträgen gewarnt hatten. Das BMG hatte dagegeng gehalten, die Pläne zur verbesserten Bezahlung von Ärzten betrafen nur einen überschaubaren Bereich. ck/dpa

Bürgerversicherung Pflege

DGB präsentiert ein neues Konzept

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat zur Stabilisierung der Gesetzlichen Pflegeversicherung eine „Bürgerversicherung Pflege“ vorgeschlagen – in diese sollen auch die Privatversicherten einbezogen werden, also Beamte, Selbstständige und Besserverdiener. „Der steigende Pflegebedarf ruft nach einer solidarischen Antwort, damit Pflegebedürftige und Pflegekräfte sowie Beitragszahler und Kommunen vor Überlastungen geschützt werden“, erläuterte DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach. Nach DGB-Berechnungen müsste der Beitragssatz ohne eine Finanzreform bereits im Jahr 2014 auf 2,8 Prozent-



punkte angehoben werden. Nur so ließen sich der steigende Pflegebedarf, die notwendige Dynamisierung der Pflegeleistungen sowie die Berücksichtigung von Demenzkranken finanzieren. Mit der DGB-Variante dagegen könne der Beitragsanstieg bis 2030 auf 2,45 Prozentpunkte begrenzt werden. Beim DGB-Konzept wird die private Pflegeversicherung in einen Finanzausgleich mit der gesetzlichen Pflegeversicherung einbezogen und es werden Beiträge auf Kapitaleinkünfte fällig. Hinzu kommen eine höhere Beitragsbemessungsgrenze sowie die Steuerfinanzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige. mp/dpa

Versand-Apotheken in Deutschland

Online-Kauf bei Medikamenten ist hoch

Fast jeder sechste Internetnutzer über 14 Jahren hat bereits Medikamente online gekauft. Das ergab eine aktuelle Umfrage im Auftrag des Hightechverbands Bitkom. Insgesamt neun Millionen Deutsche bestellten bereits frei verkäufliche oder apotheken- und verschreibungspflichtige Arzneimittel im Web. Vor einem Jahr waren es laut Bitkom erst sieben Millionen. Seit 2004 ist der Online-Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln erlaubt. Die Zahl zugelassener Internet-Apotheken steigt seitdem kontinuierlich an – derzeit sind es 2 560. Viele Präsenz-Apotheken haben laut Bitkom mittlerweile eine Website, auf der sie Online-

Bestellungen anbieten. Die geringeren Fixkosten im Online-Versandhandel ermöglichen bei rezeptfreien Medikamenten günstigere Preise als im Laden. Jedoch sollten Verbraucher beim Medikamentenkauf im Internet vorsichtig sein, warnt der Verband. Dubiose Anbieter böten dort gefälschte, nicht zugelassene oder falsch dosierte Waren an. ck/pm



Foto: Tortenboxer-Fotolia.com



Der Landärztfänger

Kolumne

Mach's Gutt

„Wir wollen Guttenberg zurück!“ Mit dieser Bekundung haben über 545 000 Fans des Ex-Verteidigungsministers auf Facebook einen regelrechten Hype ausgelöst. Immerhin 41 500 Freunde fand die Gegengruppe „Wir wollen Guttenberg nicht zurück“, und 300 Leute sagten: „Wir freuen uns über Guttenbergs Rücktritt & wollen ihn bloß nicht zurück.“

Mittlerweile fordern auch 3 000 Leute „Wir wollen Guttenberg zurück!“ Ihr Motto: „Es muss ein Buchd-Ruck durch Deutschland gehen!“ Denn: „Immerhin hätte Guttenberg ohne Gutenberg kein einziges Buch zum Plagieren gehabt. Und ohne Gutenberg wäre die christliche Botschaft nie bis nach Bayern verbreitet worden – auch die CSU verdankt Gutenberg alles!“ Noch einen drauf setzt das Microblog „wirwollenirgendwenzurueck“ auf tumblr.com. Unter der Maxime „Rückrufaktion für Helden“ kann

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

dort jeder seine alten Ikonen reanimieren. Bisher dabei: „Matlock“, „Dalli Dalli“, Peter Lustig, „Raider“, der „Dodo“ und der „Grünofant“.

Ich warte nur noch auf den Einsatz Philipp Röslers, dessen Gruppe sich mit „Wir wollen Zahnreißer statt Profizahnärzte“ zu Wort meldet. Innovative Zahnmedizin scheint im BMG ja zurzeit ziemlich out zu sein. Bei dem geplanten Honorarzuwachs sind jedenfalls bald nur noch Therapien des tiefsten Mittelalters drin. Wahrscheinlich postet auch PKV-Chef Leienbach demnächst auf Facebook, sein letzter (hoffentlich zum Scheitern verurteilter) Versuch, so nach dem Motto: „Öffnet die Klausel!“ Was sag ich: „Es muss ein Präventionsd-Ruck durch Deutschland gehen!“ Eventuell erhört mich wenigstens die Zahnfee.

Ihr vollkommener Ernst

Treuer Begleiter

Ein ratloser Autofahrer ist mit einem fremden Hund im Wagen bei der Polizei im ostsächsischen Bautzen erschienen. Der Mischling, so berichtet Spiegel Online, sei dem 28-Jährigen in der Nähe des Stausees Burk zunächst vor das Auto gelaufen, dann in den Wagen gesprungen und nicht wieder zum Aussteigen zu bewegen gewesen. Auch vor der Polizeiwache wollte der tierische Tramper zunächst nicht aussteigen und knurrte die Beamten an. Mit Überzeugungskraft schafften es die Polizisten schließlich dennoch. Der Hund kam ins Tierheim, weil Herrchen oder Frauchen zunächst nicht zu ermitteln waren. sg